

Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – eine flankierende Pflegeheimethik aus theologisch-ethischer Motivation und Perspektive

Kerstin Schlögl-Flierl, Pia Heutling

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Schlögl-Flierl, Kerstin, and Pia Heutling. 2023. "Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – eine flankierende Pflegeheimethik aus theologisch-ethischer Motivation und Perspektive." *Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego* 42 (2): 73–94.
<https://doi.org/10.25167/sth.4912>.

KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL

Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Augsburg
kerstin.schloegl-flierl@kthf.uni-augsburg.de

PIA HEUTLING

Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Augsburg
anett.hohenleitner@kthf.uni-augsburg.de

Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – eine flankierende Pflegeheimethik aus theologisch-ethischer Motivation und Perspektive

1. Das Pflegeheim im Wandel von ‚totaler Institution‘ hin zu einer offenen Einrichtung mit Sozialraumbezug – auch in Zeiten von Corona – 2. Vulnerabilität als konzeptionelle Grundlage für eine Pflegeheimethik – 3. Relationale und assistierte Selbstbestimmung – 4. Care-ethischer Strang einer Pflegeheimethik – 5. Organisationsethische Eckpunkte – 6. Große ethische Fragen, ‚kleine‘ Ethiken des Alltags

Das stationäre Pflegeheim steht im Fokus der Aufmerksamkeit in der Corona-Pandemie – aber eher ungewollt und mit nicht einfachen Vorzeichen: als Ort von unkontrollierbaren Virusausbrüchen, als Ort, der abgeriegelt werden muss und als Ort, an dem massiver Pflegepersonalmangel herrscht, was nunmehr der medialen und gesellschaftlichen Öffentlichkeit bilderreich vor Augen geführt wurde. Die prekären Vorzeichen des Pflegeheims als bedeutende gesundheitliche Versorgungseinrichtung und zentraler Lebensort vor allem für Ältere und Schwerstbehinderte und seine Pflegepraxis traten für alle sichtbar zu Tage. Die durch den Wegfall von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sowie An- und Zugehörigen entstehende zusätzliche Belastung des Pflegeheimpersonals in Corona-Zeiten ist mit mindestens einer Stunde zusätzlicher Arbeitszeit pro Tag

zu beziffern¹. Den Pflegeheimen in Deutschland wird dabei zumeist kein gutes Zeugnis ausgestellt, was auch an diversen Skandalheimen liegen mag.

Noch vor der Corona-Pandemie hat ein an der Universität Augsburg angesiedeltes Drittmittelprojekt, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, in nach Kriterien der empirischen Sozialforschungen ausgewählten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege gestartet und über die Corona-Zeit hinweg geforscht. Das Thema des Forschungs- und Praxisprojekts *Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim* (SeLeP) wurde noch durch den Untertitel *Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase* im Zuschnitt unterstrichen. Es ging neben den großen Fragen am Lebensende insbesondere um die kleinen Fragen des Alltags (Kleiderfrage, Essensauswahl, Regeln und Routinen etc.) und dies an einem Ort, an dem auf den ersten Blick die Selbstbestimmung eher klein geschrieben wird. Im Rahmen des zwischen den Disziplinen Soziologie (Werner Schneider und sein Team) und Ethik (beratend Pflegewissenschaften) angesiedelten zweijährigen Projektes wurde der Frage nach Selbstbestimmung auf unterschiedlichste Weise nachgegangen: Vor-Ort-Besuche, qualitative Interviews, quantitative Befragungen der Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern im Pflegeheim und ein Online-Fragebogen für Heim- und Pflegedienstleiter und -leiterinnen². Jedes zehnte Pflegeheim in Deutschland hat sich daran beteiligt.

In diesem Artikel soll ein spezieller Ausschnitt des Ergebnisberichtes vorgestellt werden: der Entwurf einer Pflegeheimethik, basierend auf den empirischen Ergebnissen aus der qualitativen wie quantitativen Forschung. Als theologische Ethikerin ging es mir vor allem darum, die Frage nach der Selbstbestimmung für diesen Lebensabschnitt stark zu machen: das selbstbestimmte Leben im Pflegeheim – auch als Gegenentwurf zur immer lauter werdenden Forderung nach dem selbstbestimmten Sterben, wie es durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts bezüglich der Abschaffung des § 217 StGB noch einmal forciert wurde. Gerade Verantwortliche in Pflegeheimen in kirchlicher Trägerschaft und deren Trägerorganisationen, wie beispielsweise der Caritasverband, befinden sich in ihren Einrichtungen im Verständigungsprozess über die Frage nach dem „ob“ und „wie“ der Suizidbeihilfe. Aber wie kann man das Leben im Pflegeheim überhaupt selbstbestimmter gestalten? Eine Reihe von *Good Practice* Beispielen wurden im Ergebnisbericht entlang ausgewiesener Kriterien gelistet.

¹ Heinz Rothgang, Karin Wolf-Ostermann. 2020. „Regelmäßige Tests sind dringend erforderlich“. *Altenheim* 7: 37.

² Kerstin Schlögl-Flierl, Werner Schneider. Forschungs- und Praxisprojekt Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Schwerpunkt_SeLeP/pflegenetzwerk-deutschland-selep-ergebnisbericht.pdf (10.08.2022).

1. Das Pflegeheim im Wandel von ‚totaler Institution‘ hin zu einer offenen Einrichtung mit Sozialraumbezug – auch in Zeiten von Corona

Die Pflegeeinrichtung galt lange Zeit als totale Institution³, die nach eigenen Regeln das Leben und Zusammenleben aller im Pflegeheim Tätigen und Lebenden gestaltet bzw. bestimmt hat. Diese Einordnung des Pflegeheims erweist sich angesichts jüngerer Entwicklungen, beispielsweise aufgrund der Ausrichtung und Öffnung des Heims in den umgebenden Sozialraum, zwar in wesentlichen Aspekten als überholt, aber durch die Corona-Pandemie sind die Geschlossenheit des Systems Pflegeheim und der aus diversen Gründen schwierige und auch fragile Zugang für An- und Zugehörige sowie ehrenamtliche Helfer und Helferinnen erneut deutlich geworden. Manchem Leser und mancher Leserin mag nun das Bild der über das ‚Besuchsfenster‘ kommunizierenden Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit ihren Liebsten vor dem geistigen Auge stehen.

Die Frage nach dem Schutz der besonders vulnerablen Gruppe im Pflegeheim prägte die Diskussion in der Pandemie. Das Risiko der Verletzung von Menschenrechten angesichts von Quarantänemaßnahmen, Kontaktvermeidung (und teilweise dem Verzicht auf Tagesroutinen) war und ist für diesen besonderen Ort erhöht⁴. So heißt es in der Leitlinie für die Pflegeheime:

Das heißt, neben den komplexen pflegefachlichen Fragen (u. a. Infektionsschutz, präventive Schutzmaßnahmen) verweist die Pandemie auf neue, unbekannte, situativ moralisch verunsichernde und vielfach auch belastende ethische Konfliktfelder. Ethische Konflikte und moralisch belastende Situationen fordern in dem jeweiligen Kontext zunächst deren Identifikation, insbesondere in Abgrenzung zu anderen Fragestellungen (zum Beispiel struktureller, organisatorischer Genese). Die Grundlage solcher Abwägungsprozesse bildet jedoch stets die Menschenwürde, die nicht zur Disposition steht⁵.

Diese Leitlinie gilt zudem in einem neuen Verständnis von Pflege: In Anlehnung an das *Pflegeberuf(reform)gesetz* (PflBRefG) und die Explikationen in der dazu-

³ Erving Goffman. 1981. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

⁴ Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP). S1 Leitlinie. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19 Pandemie (Stand: 26.10.2020), ⁴, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-0011_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1-abgelaufen.pdf.

⁵ DGP. Leitlinie, 6.

gehörigen *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe* (PflAPrV), welche beide die Entwicklung pflegeethischer Kompetenz fordern, heißt es programmatisch:

In diesem Zuge hat sich allmählich ein verändertes Pflege- und Berufsverständnis durchgesetzt, das an die Stelle eines medizinischen Modells der Pflege, verbunden mit einer defizit- und krankheitsorientierten Sicht, eine ressourcen- und klientenorientierte Sicht setzt. Der hiermit verbundene Pflegebegriff zielt ‚auf Autonomieerhalt und -gewinn von Menschen mit Gesundheitsproblemen in ihrem erlebten und gelebten Alltag‘ – kurz auf ihre Alltagskompetenz⁶.

Man spricht in diesem Zusammenhang von der Person-zentrierten Langzeit-Pflege⁷. Eine Pflegeheimethik kann diese herausfordernden Situationen keinesfalls lösen, jedoch einen Rahmen des Nachdenkens schaffen und versuchen, neue Ansprüche und Herausforderungen, die durch die Corona-Pandemie noch augenfälliger wurden, zu benennen. Deswegen wird in einem ersten Schritt auf die Vulnerabilität als konzeptioneller Ausgangspunkt einer Pflegeheimethik eingegangen, um daraus folgend und darauf aufbauend eine *care*- wie organisationsethische Konzeption einer Pflegeheimethik vorzulegen.

2. Vulnerabilität als konzeptionelle Grundlage für eine Pflegeheimethik

Vulnerabilität (Verwundbarkeit) ist mittlerweile ein Schlüsselbegriff in der Medizin und der Gesundheitspolitik, der Hydrogeologie und der Agrarökonomik, der philosophischen Ethik und Anthropologie usw.⁸ Schon zu Beginn des Forschungs- und Praxisprojekts wurde die grundlegende anthropologische Kategorie Vulnerabilität für den Lebens- und Arbeitsort Pflegeheim festgehalten, die als Risiko und Ressource⁹ zu verstehen ist.

⁶ Gertrud Hundenborn. 2015. „Für die allgemeine Pflege verantwortlich sein. Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung“. Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 12: 272; Gertrud Hundenborn. 2021. „Verantwortlich für die allgemeine Pflege. Hintergründe, Ziele und zentrale Innovationen der Pflegeberufereform“. ZME 67: 6.

⁷ Vgl. Themenheft zur personenzentrierten Langzeitpflege in der ZME 63,1 (2017).

⁸ Hildegard Keul. 2015. „Verwundbarkeit – eine unerhörte Macht. Christliche Perspektiven im Vulnerabilitätsdiskurs“. HerKorr 69: 648.

⁹ Heike Springhart. 2016. *Der verwundbare Mensch. Sterben, Tod und Endlichkeit im Horizont einer realistischen Anthropologie* (Dogmatik der Moderne 15). Tübingen: Mohr Siebeck.

Die Risikobehaftung wurde in der Corona-Pandemie selbst deutlich, insofern die Etikettierung als (besonders) vulnerable Gruppe erhebliche Einschränkungen von Grundrechten ‚begründete‘. Vulnerabilität ist demgegenüber zudem als Ressource zu verstehen, die in dieser Begrifflichkeit die menschliche Kontingenzerfahrung auf den Punkt bringt und damit die gemeinsame Verbundenheit aller ausgewiesen wird. Statt der gängigen Defizitperspektive auf Vulnerabilität erscheint, zumal im Pflegeheimkontext, die oben genannte risiko- und ressourcenorientierte Sichtweise instruktiv, als sie „die Freiheit und Notwendigkeit zum – wenigstens teilweisen – Verzicht auf Kontrolle impliziert und so zur Bedingung beziehungsstiftenden Vertrauens wird“¹⁰.

Zurückgehend auf die Vor-Mütter der Vulnerabilitätsforschung Catriona Mackenzie und Susan Dodds,¹¹ unterscheidet Miriam Leidinger vier Formen:¹²

- (1) ein somatisch verankertes, inhärentes (*inherent*) ‚verletzbar Sein‘ (aus dem Basis-Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schutz etc. erwachsen),
- (2) eine situative (*situational*) oder kontextuelle (sowohl kurz- wie langfristig beeinflussende) Verwundbarkeit,
- (3) eine ‚veranlagt-ereignishafte‘ (*dispositional-occurent*) Verletzbarkeit im Blick auf vulnerable Phasen der menschlichen Entwicklung im Allgemeinen bzw. einer Verletzbarkeit vulnerabler Gruppen im Speziellen, sowie
- (4) eine ‚pathogene‘ (*pathogenic*) Verletzbarkeit. Damit ist eine strukturell bedingte Verletzbarkeit gemeint.

So lautet eine Grundannahme für eine Ethik für den spezifischen Lebens- und Arbeitsort Pflegeheim: Dort sind alle Beteiligten (Bewohnerinnen und Bewohner wie Personal) vulnerabel. Dies kommt beispielsweise darin zum Ausdruck, dass ein hohes Risiko besteht, dass *Second Victims* in Pflegeheimen in zunehmender Zahl vorkommen. *Second Victims* sind für Cornel Schiess und Settimio Monteverde

¹⁰ Springhart. 2016. *Der verwundbare Mensch*, 214; 2018. *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin. Menschenrechte – Ethik – Empowerment*. Hg. Lutz Bergemann, Andreas Frewer. (Menschenrechte in der Medizin 6). Bielefeld: Transcript; Martina Schmidhuber. 2020. Vulnerabilität in der Krise. In *Die Corona-Pandemie*. Hg. Wolfgang Kröll u. a., 271–282. Baden-Baden: Nomos.

¹¹ Catriona Mackenzie, Wendy Rogers, Susan Dodds. 2013. Introduction: What is Vulnerability, and Why Does It Matter for Moral Theory? In *Vulnerability. New essays in ethics and feminist philosophy* (Studies in feminist philosophy). Hg. Catriona Mackenzie, Wendy Rogers, 1–29. Oxford: Oxford University Press.

¹² Miriam Leidinger. 2018. *Verletzbarkeit gestalten. Eine Auseinandersetzung mit ‚Verletzbarkeit‘ anhand der Christologie von Jürgen Moltmann und Jon Sobrino und Graham Ward*. Regensburg: Friedrich Pustet Verlag, 27.

Gesundheitsfachpersonen, die in unerwartete unerwünschte Patientinnen- und Patientenereignisse, in medizinische Fehler und/oder patientenbezogene Verletzungen involviert sind und die daher im Sinne einer Traumatisierung zu zweiten Opfern (*Second Victims*) werden¹³.

Auf Sturzereignisse, die das Pflegepersonal erlebt hat, folgen gerade im Kontext des Pflegeheims besonders häufig Selbstzweifel und -vorwürfe.

Angesichts dessen gilt es – wie auch in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur Frage *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*¹⁴ leitend –, Vulnerabilität als ethische Kategorie für Fragen der Selbstbestimmung grundzulegen und nicht in der Defizitperspektive (zum Beispiel in Verbindung mit Opferrolle, Mangel, Abhängigkeit, Pathologie) zu verbleiben. Vulnerabilität ist damit einhergehend kein Defizit, das es zu überwinden oder zu überspielen gilt, sondern sie ist als *conditio humana* anzuerkennen¹⁵.

In diesem Sinne würde eine positive Bestimmung auch eine Verquickung von Vulnerabilität, Anerkennung und Selbstbestimmung im Alter heißen. Steht im Zentrum des Menschenbildes also nicht der autonome Mensch, der in Form von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Sterben scheitert, sondern hingegen der vulnerable, dem Autonomie und Selbstbestimmung weitmöglichst zuzuerkennen und zu ermöglichen sind, werden die genannten Vulnerabilitätsmomente Teil der Humanität. Anders formuliert: Der Mensch verliert nicht sofort, teilweise oder in Teilen das, was ihn zentral ausmacht¹⁶.

Der Sozialethiker Felix Krause spricht in diesem Zusammenhang von einer anerkennungssensiblen Pflege selbstbestimmten Handelns¹⁷. Vulnerabilität bildet die Bezugsgröße für Selbstbestimmung, die an Anerkennung gebunden ist. Tritt im

¹³ Cornel Schiess, Settimio Monteverde. 2017. Second Victims im Pflegealltag. Überlegungen am Beispiel der Sturzprävention. In *Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip. Ein Dilemma im Gesundheitswesen*. Hg. Frank Mathwig, Torsten Meireis, Rouven Porz, 88. Zürich: TVZ.

¹⁴ Deutscher Ethikrat. 2019. *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. Berlin, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Studien/befragung-hilfe-durch-zwang.pdf.

¹⁵ Schmidhuber. 2020. Vulnerabilität in der Krise, 273; Marianne Moyaert. 2012. „On Vulnerability: Probing the Ethical Dimensions of Comparative Theology“. *Religions* 3: 1144–1161.

¹⁶ Springhart. 2016. *Der verwundbare Mensch*, 215; Moyaert. 2012. „On Vulnerability“, 1146.

¹⁷ Felix Krause. 2016. Vulnerabilität als Bezugsgröße für eine anerkennungssensible Praxis selbstbestimmten Handelns im Alter. In *Alter und Altern. Herausforderungen für die theologische Ethik*. Hg. Stephan Ernst, 325–343. Fribourg: Academic Press; Felix Krause. 2016. „Vulnerabilitätsrisiken“ in der Pflege. Eine sozialethische Analyse. In *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege* (Sozialethik konkret). Hg. Martin Dabrowski, Judith Wolf, 9–44. Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.

Pflegegeschehen also keine Form der Anerkennung auf, führt dies zu ‚pathogener‘ Vulnerabilität, die sich durch eine Dysfunktion und Repression interpersonalen und sozialer Beziehungen in der Pflege ausdrückt.

Für eine Pflegeheimethik, basierend auf der anthropologischen Kategorie der Vulnerabilität, bedeutet dies, dass Anerkennungs- und Aushandlungsprozesse als Reaktion auf die inhärente Vulnerabilität des Individuums unabdingbar im Umgang miteinander sind und Gegenstand auch einer ethischen Betrachtung sein müssen. Für Akteurinnen und Akteure im Pflegeheim ist als Impuls zu formulieren, dass in diesen Anerkennungsprozessen eine praktische Umsetzung von Autonomie für alle dort Lebenden und Arbeitenden als erfahrbare Selbstbestimmung zu erfolgen hat. Vor allem an Demenz erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner sind besonders vulnerabel¹⁸.

3. Relationale und assistierte Selbstbestimmung

Mit Sigrid Graumann¹⁹ ist in diesen Fällen, aber nicht nur hier, von einer assistierten Selbstbestimmung zu sprechen. Bei der Frage nach der Konzeption der Selbstbestimmung im Pflegeheim wurde aufgrund der Beziehungsdichte dieses Lebensortes von einer relationalen ausgegangen. Nur innerhalb von Beziehungen entsteht Selbstbestimmung. Eine relational gedachte Selbstbestimmung nimmt dabei nicht nur die eigene Vulnerabilität in den Blick, sondern vor allem ebenso die Vulnerabilität der anderen Bewohnerinnen und Bewohner, da die gegenseitige Verschränkung der Lebenswelten im Pflegeheim konstitutiv ist. Wie wird beispielsweise die Frage nach sexuellem Verlangen zwischen zwei Bewohnerinnen und Bewohnern gehandhabt?

Aufgrund der empirischen Befunde und ausgehend von Vulnerabilität als anthropologischer Kategorie, die allen im Pflegeheim Lebenden und Tätigen inhärent ist, sich aber situativ anders darstellen bzw. auch in der Organisation zu pathogener, sprich strukturell generierter Vulnerabilität führen kann, liegt es nahe, die für den Ort Pflegeheim spezifische Ethikkonzeption mit einem *care*-ethischen Strang wie auch einem organisationsethischen zu bilden.

¹⁸ Heike Baranzke. 2022. Person-zentrierte Pflege als relationale Selbstbestimmungsrechtsassistenz bei Menschen mit Demenz. Ethische Sondierungen in einem komplexen Spannungsfeld unter besonderer Berücksichtigung der stationären Langzeitpflege. In *Ethik im Gesundheitswesen* (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit), Hg. Annette Riedel, Sonja Lehmeier, 1–21. Berlin: Springer.

¹⁹ Sigrid Graumann. 2011. *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Utrecht: Campus.

Im ersten kommt die Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch aller im Pflegeheim Arbeitenden (Betreuungskräfte, Hauswirtschaft, Auswärtige Dienstleisterinnen und Dienstleister), in Bezug auf Selbstbestimmung besonders zum Ausdruck und hat hier ihren Ort. Im zweiten steht die Frage im Mittelpunkt, wie die Organisation (auf der Leitungs- wie auch auf der Trägerebene) den Möglichkeitsraum (räumlich und zeitlich) für die Anerkennung der verschiedenen Vulnerabilitäten und Vorstellungen von Selbstbestimmung und deren Umsetzung herstellen kann. Der *care*-ethische Strang versucht den individuellen Momenten der Selbstbestimmung (primär der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch aller an Interaktionen Beteiligten) eine Stimme zu verleihen; der organisationsethische soll flankierend die dadurch angestoßene oder sich weiterhin etablierende Kulturveränderung in der Organisation Pflegeheim dezidiert einfangen.

4. *Care*-ethischer Strang einer Pflegeheimethik

Zuerst soll noch kurz auf das Verständnis von *Care* abgehoben werden, dann auf den Debattenstand zur nicht unumstrittenen *Care*-Ethik, vor allem auch im Hinblick auf eine Pflegeethik im Allgemeinen. Erst zum Schluss steht dann die spezifische Pflegeheimethik mit ihrer *care*-ethischen Akzentuierung im Fokus.

Es bietet sich an – statt einfach von Versorgung zu sprechen und ein herkömmliches Verständnis von Sorge/n zu hinterlegen – im Kontext des Pflegeheims eher mit dem Fachterminus *Care* zu arbeiten, denn: „Mit ‚Care‘ können sprachliche Verengungen und negative Assoziationen vermieden werden, die mit Alternativen wie Sorge (z.B. Angst) oder Pflege (z.B. Last, Mühe, Pflicht) verbunden sind, weil damit alles von Haushaltstätigkeiten über die händische Pflege von (kranken) Alten sowie emotionale und finanzielle Unterstützungsleistungen bis hin zu Formen der Selbstsorge angesprochen wird“²⁰. Mit der Verwendung des Fachbegriffs *Care* steht nicht nur das Wohl einzelner Menschen im Mittelpunkt, sondern dasjenige aller Pflegeheimakteure²¹.

Zentrale Punkte, die von der *Care*-Ethik in den Diskurs der Pflegeethik eingebracht wurden, sind die Hervorhebung des Beziehungsaspektes sowie die besondere Wahrnehmung von Hierarchie- und Autoritätskonflikten, und dies besonders auf der Grundlage der Genderperspektive, welche der *Care*-Ethik als einer ursprüng-

²⁰ Marie-Kristin Döbler. 2020. Mehr als nur Pflege. Care in Alten(pflege)heimen. In *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Hg. Bundeszentrale für politische Bildung, 106. Bonn.

²¹ Annette Riedel, Sonja Lehmeyer, Nadine Treff. 2020. Sorgen am Lebensende. Gegenstand professioneller Sorge in der Pflege. In *Pflege – Praxis – Geschichte – Politik*. Hg. Bundeszentrale für politische Bildung, 334. Bonn.

lich feministischen Ethik wichtig ist²². Giovanni Maio hebt einen entscheidenden Vorteil der *Care*-Ethik gegenüber anderen Ethiken hervor: Eine *Care*-Ethik erkennt zum einen das Angewiesen-Sein des Menschen auf andere an, und befreit gleichzeitig zum anderen im besten Fall von dessen negativer Konnotation. „Die *Care*-Ethik impliziert somit eine deutliche Aufwertung der affektiven Verbindung und den Primat interaktiver Handlungen zur Lösung ethischer Konflikte“²³.

Damit ist die individuelle Ebene wie auch diejenige der Interaktion gleichermaßen adressiert. Dies wurde im vorgestellten Forschungsprojekt immer wieder gezielt offengelegt: welche Probleme wie auch Lösungen liegen auf der individuellen Ebene, welche auf der Ebene der Interaktion (sei es zwischen Bewohnern untereinander, zwischen Bewohnern und Pflegekräften, zwischen Pflegekräften untereinander, zwischen Angehörigen und Pflegekräften usw.)?

Manfred Baumann und Helen Kohlen²⁴ halten im Rahmen der Diskussion um Pflegeethik für *Care* die entsprechende Haltung als Verständnisrahmen fest. In der *Care*-Ethik, die Elisabeth Conradi²⁵ als eine Ethik der Achtsamkeit konkretisiert, wird deutlich, dass es ihr nicht zentral um die Abstraktion ethischer Probleme und Fragestellungen geht, sondern darum, die Sorgepraxis möglichst konkret an alltäglichen Sorgen zu bestimmen. Dementsprechend standen die kleinen Fragen im Alltag von Beginn an im Fokus des SeLeP-Forschungsteams.

Aber ebenso ist viel Kritik an der *Care*-Ethik laut geworden: Neben Fragen nach einer gendergerechten *Care*-Perspektive und nach der Fallibilität achtsamer Wahrnehmungen der Pflegenden, war es vor allem diejenige nach der Rolle von Autonomie:

Es ließe sich ergänzend fragen, ob nicht sogar dann, wenn von vornherein die Abwesenheit der Autonomie (im Sinne der Fähigkeit zur Selbstbestimmung) in den Mittelpunkt gestellt wird, ein erneuter pflegerischer Paternalismus/Maternalismus resultieren würde, der in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis mit der Betonung des Autonomieprinzips in den letzten Jahren gerade mühsam zurückgedrängt wurde?²⁶

²² Vgl. exemplarisch Settimio Monteverde, Silvia Käppeli, Verena Tschudin (Hg.) 2012. *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

²³ Giovanni Maio. 2016. „Grundelemente einer *Care*-Ethik“. *Jahrbuch für Recht und Ethik* 24: 245.

²⁴ Manfred Baumann, Helen Kohlen. 2019. Welche Ethik braucht Palliative Care? Ein Plädoyer für eine Ethik der Sorge. In *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Hg. Susanne Kreutzer, Claudia Oetting-Roß, Meike Schwermann, 93. Weinheim: Beltz.

²⁵ Elisabeth Conradi. 2001. *Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*, Frankfurt a.M.: Campus.

²⁶ Gisela Bockenheimer-Lucius, Renate Dansou, Timo Sauer. 2012. *Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption*. Frankfurt a. M.: Campus, 83.

Gerade aber mit der Konzeption einer relationalen Autonomie, welche die *Care*-Interaktionen als Beziehungsgeschehen versteht, wird die Richtung auf die Selbstbestimmung hin ausbuchstabiert. Zwar ist die Selbstbestimmung damit das Richtziel, aber vor allem im *Caring* muss diese hergestellt werden, möchte man auch den berufsethischen Standards gerecht werden. Den Bewohnerinnen und Bewohnern Selbstbestimmung zu ermöglichen, ist dann als Gestaltungsauftrag dem alltäglichen pflegerischen Geschehen eingeschrieben.

Ein grundlegender Bestandteil einer Pflegeheimethik ist damit die von Riedel et al. geforderte pflegeethische Reflexionskompetenz:

Sorge(n) als professionelle Haltung und Wertorientierung, Umsorgen und (Für-)Sorge als bewusste und ethisch reflektierte Verantwortungsübernahme für die professionelle Versorgung in der letzten Lebensphase und somit in einer genuin professionellen Sorge-Beziehung mit den jeweils situativ inhärenten Sorgegefühlen, integriert sorgfältig abwägend die evidenzbasierten Erkenntnisse (...) ²⁷.

5. Organisationsethische Eckpunkte

Aber was helfen alle *care*-ethischen Überlegungen, wenn keine Zeit dafür da ist? Oder wenn das Personal für das Notwendigste im Pflegealltag fehlt oder wenn die ‚Hausregeln‘ anderes als die achtsame Haltung für relationale Autonomie und Selbstbestimmung fordern?

Die Wichtigkeit einer Organisationsethik zeigt sich auch in internationalen Studien zum Thema *Zeitdruck für die Pflegekräfte im Pflegeheim*. Dierckx de Casterlé et al. haben 2020 in elf qualitativen Interviews Folgendes herausgefunden:

Nurses felt compelled to ‚reduce‘ good-quality care to basic care by focusing on the physical and visible aspects of care. (...) Being sensitive to this vulnerability requires an understanding of what they go through and how illness and ageing affect their lives and well-being. Understanding and encountering the deep vulnerability of older persons may be an ethical challenge for nurses working under time pressure ²⁸.

²⁷ Riedel, Lehmeier, Treff. 2022. Sorgen am Lebensende, 337.

²⁸ Bernadette Dierckx de Casterlé u. a. 2020. „Nurses‘ experiences of working under time pressure in care for older persons”. *Nursing Ethics* 27: 979f.

Die Zeitnot kann natürlich nur durch größere politische Umwälzungen gelöst werden, die Organisation kann nur mildernd bezüglich der Konsequenzen auftreten,²⁹ da subjektives Handeln der Pflegekräfte und Interaktionen nie losgelöst von institutionellen und organisatorischen Merkmalen des Pflegeheims betrachtet werden können. Der Zeitdruck kann hier als prominentes Beispiel angeführt werden, aber darin erschöpft sich die Organisationsethik nicht; sie „behandelt Fragestellungen des Rechten (Was soll eine Organisation tun?), des Guten (Wonach strebt eine Organisation?) und des Charakters (Durch welche Kultur zeichnet sich eine Organisation aus?)“³⁰. Organisationsethik sucht demnach „nach den strukturellen Rahmenbedingungen einer Organisation, welche das alltagsethische Handeln in der alltäglichen Praxis ermöglichen“³¹.

Für das Pflegeheim als Organisation muss zudem eine Differenz der Perspektiven beachtet werden; denn für die Bewohnerinnen und Bewohner ist das Pflegeheim das neue Zuhause, für die Pflege- und Leitungskräfte Arbeitsort. Hinzu kommen noch die Leitung bzw. der Träger eines Pflegeheimes, in deren Perspektive auf die Strukturen und Prozesse neben den genannten Aspekten zwingend auch und vor allem wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind³². Nicht selten geraten die Logiken von *Care* und Ökonomie miteinander in Konflikt³³.

Organisationen, die als lernende Organisation verstanden werden, nimmt auch Schmidt³⁴ an, der diese Annahme mit Formen der Planung und Partizipation verbindet. Das planvolle Einbringen möglichst vieler Interessengruppen ermöglicht es, unterschiedliche Erwartungen bereits im Voraus einzubeziehen, wenn Konflikte also noch gar nicht manifest sind. Er schlägt in der Frage nach geeigneten Interventionen innerhalb der Organisation auch eine Unterscheidung zwischen Strategie, Struktur und Kultur vor.

²⁹ Marianne Rabe. 2017². *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*. Bern: Hogrefe, 277.

³⁰ Jürgen Wallner. 2015. Organisationsethik: Methodische Grundlagen für Einrichtungen im Gesundheitswesen. In *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Hg. Georg Marckmann, 236. Berlin: MWV.

³¹ Heidi Albisser Schleger. Hg. 2019. *METAP II – Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege*. Bd. 2: *Ein Ethikprogramm für Berufspersonen*. Basel: Schwabe Verlag, 184.

³² Annette Riedel, Sonja Lehmeyer. 2021. Organisationsethik in der stationären Langzeitpflege aus der Pflege heraus und mit der Pflege entwickeln – Professionelle Besonderheiten als Motiv und als intrinsische Motivation in den strukturierten Entwicklungs- und Implementierungsprozess einbinden. In *Ethik im Gesundheitswesen*. Hg. Annette Riedel, Sonja Lehmeyer, 7. Berlin: Springer.

³³ Heike Baranzke. 2021. Würde, Preis und Scham in der Pflege. Zur strukturellen Depersonalisierung durch die ökonomische Sachlogik. In *Herausforderung Menschenwürde. Anthropologie und Humanwissenschaft im Diskurs*. Hg. Ingo Proft, Franziskus von Heereman, 133–148. Ostfildern: Grönewald.

³⁴ Thomas Schmidt. 2018. „Mit dem Dritten sieht man besser. Die Kunst der Unterscheidung als Methode der Organisationsethik“. *LebZeug* 73: 263–274.

Dies kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Nicht unerwähnt soll ein Phänomen bleiben, nämlich *moral distress*, das wie folgt umschrieben wird: „Wird jedoch die Möglichkeit, auch diesem Ethos gemäß zu arbeiten, durch schlechte organisationale Rahmenbedingungen immer wieder beschnitten, so stellt sich eine tiefe Frustration ein, die auch als ‚moral distress‘ bezeichnet wird“³⁵.

Nach Jameton³⁶, der diesen Begriff in die Debatte eingeführt hat, ist *moral distress* Folge eines mangelnden Umgangs mit vornehmlich moralisch belastenden (Alltags-)Situationen in der Pflege. „Moralischer Stress ist demnach ein zutiefst komplexes Phänomen, da es sich auf die jeweiligen moralischen Überzeugungen und auf die Einhaltung von moralischen Werten bezieht, die die Würde und die Selbstachtung stark beeinflussen“³⁷.

Die Ursachen für *moral distress* können vielfältig sein. Exemplarisch genannt seien mangelnde oder unvollständige Absprachen und Einbeziehung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie An- und Zugehörigen, Kommunikationsprobleme, nur geringfügige Mitbestimmung bei (wichtigen) Entscheidungen, die aber dann von den Pflegekräften umgesetzt werden müssen, Vorgaben rechtlicher oder institutioneller Natur (Zeit- und Personalmangel). Die Pflegewissenschaftlerin Karin Kersting spricht in diesem Zusammenhang von „Coolout“ von Pflegekräften, einem innerlichen Distanznehmen zur persönlich hochgeschätzten Pflegearbeit³⁸.

Organisationsethisch könnte diesem Phänomen auf unterschiedlichen Ebenen begegnet werden. Die Organisationsebene beispielsweise wird mit diesen Programmen adressiert, die auf der Interaktionsebene mit institutionalisierten (ethischen) Fallbesprechungen³⁹ und der individuellen Haltung gegenseitiger Wertschätzung einhergehen.

³⁵ Rabe. 2017. *Ethik in der Pflegeausbildung*, 278.

³⁶ Andrew Jameton. 1984. *Nursing practice: the ethical issue*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

³⁷ Sabine Wöhlke. 2018. Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In *Ethische Reflexionen in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene*. Hg. Annette Riedel, Anne-Christin Linde, 43. Berlin: Springer.

³⁸ Karin Kersting. 2019. ‚Coolout‘ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.

³⁹ Klinische Ethikberatung kann nicht auf das Pflegeheim übertragen werden, ist doch der Alltag im Pflegeheim nicht nur von medizinischen Problemen bestimmt, sondern zudem von pflegerischen und sozialen. Als Defizite werden von Schuchter und Heller die ungenügende Einbeziehung von Betroffenen und An- und Zugehörigen und die Delegation ans Expertenkomitee (vgl. Patrick Schuchter, Andreas Heller. 2016. Von der klinischen zur politischen Ethik. Sorge- und Organisationsethik empirisch. In *Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*. Hg. Johann Platzer, Franziska Großschädl, 146. Baden-Baden: Nomos), das „Verkennen der Rolle von Gefühlen“ (ebd.), die Fokussierung auf den autonomen Willen als überzogenen Bezugspunkt (ebd., 147) und die Reduktion der Ethik auf Dilemma- und moralische Notfallsituationen (ebd., 148)

Eine gelebte Organisationsethik zeigt sich (...) darin, dass in Situationen von moralischem Unbehagen (zum Bsp. im Umgang mit demenziell veränderten Menschen bei der Frage nach der Verlegung in ein Krankenhaus in der letzten Lebensphase einer Bewohnerin/eines Bewohners, in Situationen der wiederholten Ablehnung von Essen und/oder Trinken) Strukturen zu Verfügung stehen (wie z.B. ethische Fallbesprechungen, Ethik-Visiten), um einer systematisierten ethischen Abwägung und Reflexion (z.B. im Rahmen ethischer Fallbesprechungen) die Spezifika der je individuellen Vulnerabilität herauszuarbeiten, ein angemessenes Wertesystem zu generieren, Situationen von Macht und Zwang zu reflektieren, Schutzansprüche zu analysieren und eine ethisch gut begründete und verantwortete Entscheidung zu treffen⁴⁰.

6. Große ethische Fragen, ‚kleine‘ Ethiken des Alltags

Grundsätzlich sind zwei große Handlungsfelder einer Pflegeheimethik zu konstatieren: große ethische Fragestellungen und ‚kleine‘ Ethiken des Alltags. Beispiele für eine kleine Ethik des Alltags kommen aus dem Stellenwert und der Reichweite der Probleme und Konflikte im Alltag⁴¹. Also handelt es sich im Grunde um keine Kleinigkeiten, sondern sie gehen gerne im ‚Klein-klein‘ des Alltags unter.

Als alltäglich anzusehen, und damit als ‚kleine‘ Ethiken relevant, sind vor allem Situationen, in denen Bewohnerinnen und Bewohner auf Hilfe angewiesen sind, bei gleichzeitigem Wissen, dass sie diese Tätigkeit vor einiger Zeit noch selbständig ausführen konnten. Dazu können nicht nur das selbständige Aufstehen, Waschen und Ankleiden am Morgen, das nunmehr durch eine Pflegekraft unterstützt werden muss, zählen, sondern teilweise auch die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr während der Mahlzeiten oder der Toilettengang. Dies gilt auch für die Frage nach dem Essen, das zuvor eigenständig gekocht wurde, nun allerdings meist von einer hauseigenen Küche oder einem Lieferdienst für die Bewohnerinnen und Bewohner fertig zur Verfügung gestellt wird. Damit entfällt sowohl das Besorgen und Einkaufen der notwendigen Lebensmittel als auch das eigenstän-

benannt. So sollten institutionalisierte Formen für das Pflegeheim gefunden werden, die auch die „alltäglichen Entscheidungen beziehungsweise überhaupt zum Gespräch über grundlegende existentielle Fragen des Lebens und Sterbens und des Alterwerdens“ den nötigen Raum geben. (ebd., 151).

⁴⁰ Riedel, Lehmeier. 2021. Organisationsethik, 8.

⁴¹ Bei den folgenden Beispielen handelt es sich um Beobachtungen aus dem Pflegealltag, die im Rahmen des Projektes von Pia Heutling als Mitarbeiterin gemacht wurden.

dige Zubereiten der Mahlzeit. Zwar bleibt in zahlreichen Einrichtungen oft die Möglichkeit zwischen unterschiedlichen Menüs wählen zu können, gleichzeitig ist es den Speisenden aber verwehrt, die genaue Zusammensetzung und Zubereitungsart der Speise nachzuvollziehen. Für Menschen, die ihr gesamtes Leben mit der Organisation und Abwicklung des Haushaltes betraut waren, kann dies beunruhigend sein. Denkbar sind und auch beobachtet wurden in diesem Kontext beispielsweise gemeinsame Kochvormittage mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, in die alle eingebunden wurden. Sowohl das Gemüseschnippeln als auch das anschließende Würzen der Mahlzeit kann von Bewohnerinnen und Bewohnern übernommen werden.

Zu den ‚kleinen‘ Ethiken des Alltags gehören aber auch ganz einfache Dinge, die nicht zwingend an die Organisation des Pflegeheims gebunden sind, aber grundsätzlich einen wertschätzenden Umgang miteinander zum Ausdruck bringen, wie das Anklopfen an die Zimmertür der Bewohnerinnen und Bewohner, bevor das Zimmer betreten wird. Dies wird begrüßend aufgenommen. Damit einher geht auch die Frage, ob Bewohnerinnen und Bewohner einen Schlüssel für das eigene Zimmer erhalten und damit selbst über das subjektive Sicherheitsgefühl innerhalb des Pflegeheims entscheiden können. Dabei gilt es dieses Sicherheitsgefühl gegenüber einer schnellen Hilfe bei einem möglichen Notfall zu gewichten. Bei einem Notfall kann es kurzfristig zu Verzögerungen kommen, wenn die Zimmertür nicht direkt zu öffnen ist, die mitunter lebensgefährdend für die Bewohnerin oder den Bewohner sein können. Gezeigt hat sich, dass individuelle Absprache zwischen einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern mit dem Pflegepersonal zu einer praktikablen und tragfähigen Lösung führen konnten. Eine organisationsweite übergreifende Lösung erscheint hier womöglich eher untauglich.

Darüber hinaus konnten im Laufe des Projektes, speziell in den Feldaufenthalten, unterschiedliche Herangehensweisen beobachtet werden, wie mit desorientierten und demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern umgegangen wurde. Exemplarisch sei neben dem Modell einer Demenz-WG, in der Menschen mit demenziellen Erkrankungen zusammen bei intensiver Betreuung separat vom restlichen Pflegeheim leben, auf das Phänomen einer Bushaltestelle im Garten oder Innenhof der Einrichtung hingewiesen. Es gilt hier von einem *care*-ethischen Zugang aus, das Wohl des Bewohners und der Bewohnerin zu fokussieren und das Moment einer Täuschung dagegen abzuwägen. Auch die Gestaltung der Flure mit Gegenständen, die plastisch aus der Wand hervortreten, geben Menschen mit demenzieller Erkrankung, die möglicherweise nachts schlaflos durch die Flure wandeln, eine wortwörtlich greifbare Orientierungsmöglichkeit und einen Anhaltspunkt.

Als ein weiterer zentraler Bestandteil der ‚kleinen‘ Ethiken des Alltags kann die Frage nach Aktivierung gelten: inwiefern gelingt es dem Pflege- und Betreuungspersonal, Bewohnerinnen und Bewohner zu angebotenen Aktivitäten einzuladen und sie dafür motivieren zu können. Dabei soll ein Mittelweg zwischen einer Unter- und Überforderung der Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne ihrer eigenen Aktivität gefunden werden.

Daran anknüpfend ist auch auf eine möglicherweise ungewollte Berührung oder Körperkontakt hinzuweisen: Die Bewohnerinnen und Bewohner sind im Pflegealltag *quasi* permanenten Körperkontakt gewohnt. Im Betreuungsalltag ist das nicht in diesem Ausmaß und Umfang gegeben. Die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, nach besonders viel oder besonders wenig Körperkontakt sollten berücksichtigt werden. Im Rahmen des Betreuungsprogramms sollte dies variabel sein, während es im Pflegealltag weniger flexibel zu gestalten ist.

Weiterhin ist im Kontext der ‚kleinen‘ Ethiken des Alltags auf kommunikative Strategien des Pflegepersonals hinzuweisen. Im alltäglichen Umgang kommt es häufig zur Übertretung von Schamgrenzen der Bewohnerinnen und Bewohner (etwa bei der Intimpflege). Instrumente im Umgang damit sind zum Beispiel, so in den Feldaufenthalten beobachtet, die Banalisierung dieser Überschreitung durch alltägliche, weiche Kommunikation. Das Nebeneinander der Überschreitung der Schamgrenzen und einem Gespräch, das ebenso auch am Kaffeetisch stattfinden könnte, erweist sich als fragwürdig. Die Frage dabei bleibt, inwiefern der eigentliche Konflikt, nämlich, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner nicht mehr selbstständig dazu in der Lage ist, sich zu versorgen, dadurch nicht auch banalisiert und in ihrer Wichtigkeit unterschätzt wird. Unter der Maßgabe, dass die Pflegekraft in ihrem Verhalten und in ihrer Kommunikation authentisch bleibt, lohnt es eine individuell eigene Methode zu suchen. Teil dessen kann beispielsweise die Benennung und Erklärung des jeweils aktuellen und darauffolgenden Schrittes in der Pflege sein. Damit wird gewährleistet, dass der Bewohner oder die Bewohnerin Kenntnis darüber hat, was mit ihm oder ihr geschieht und gegebenenfalls Einspruch erheben kann. Wird überhaupt nichts erläutert oder geschildert, erlebt die Bewohnerin oder der Bewohner jeden nächsten Schritt als Überraschung im positiven oder negativen Sinne.

‚Kleine‘ Ethiken des Alltags berühren den Raum des Intimen, ein Raum von Privatsphäre, darüber hinaus auch in anderer Hinsicht. Ein solcher Raum ist in der Institution Pflegeheim nicht leicht herzustellen. Es bedarf einer Sensibilität des Personals im Pflegeheim. Dies beinhaltet zum Beispiel, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in Momenten, in denen sie dies wollen (beispielsweise, wenn Körperhygiene noch selbstständig durchgeführt werden kann) allein gelassen werden. Ein davon zu unterscheidendes Vorgehen würde die Bewohnerinnen und Bewohner durchgängig im

Auge behalten, auch wenn sie dies nicht wünschen. Eine Gratwanderung bleibt es, stets das richtige Maß an Beobachtung, Alleinlassen und „auf Abruf verfügbar sein“ zu finden. Eine typische Situation, die in diesem Themenkomplex immer wieder angebracht wird, ist das Warten vor der angelehnten Badezimmertür, während eine Bewohnerin oder ein Bewohner die Morgenhygiene verrichtet.

Daran anknüpfend lassen sich unter dem Schlagwort „impliziter Paternalismus“ verschiedene Situationen sammeln, die zum Ausdruck bringen, dass eine Pflegekraft besser weiß, was für eine Bewohnerin oder einen Bewohner gut sei, als die Bewohnenden selbst. Dabei handelt es sich um Situationen wie das Entsorgen eines schmutzigen Hemdes eines Bewohners in den Wäschebehälter, während der Bewohner beispielsweise auf dem Toilettensstuhl sitzt, um zu verhindern, dass er es erneut anzieht. Hier lohnt es sich noch einmal genauer zu unterscheiden, was die Pflegekraft mit dem impliziten Paternalismus bezwecken möchte und wie hoch die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Maßnahme ist. Kategorien, in denen sich eine Beurteilung und Verortung in einer graduellen Abstufung als hilfreich erweisen, sind: die Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, Hygienestandards, Sturzprävention, etc. Aber hier ist die persönliche und professionelle Haltung des Pflegenden gefragt. Solche Situationen können als paradigmatisch für den zuvor ausgeführten *moral distress* gelten. Pflegekräfte finden sich in Situationen wieder, in denen sie zu einer kurzfristigen Entscheidung gezwungen werden, die sie im Nachhinein als moralisch falsch qualifizieren. Das kann sich zum Beispiel im Gefühl äußern, den Bewohner übergangen zu haben. Solche Situationen sind nicht rückgängig zu machen, gleichzeitig können sie dauerhaft zu einer enormen Belastung werden. Eine der Einrichtungen, die im Rahmen der Feldaufenthalte besucht wurde, setzte als wirksames Instrument zur Entlastung der Pflegekräfte organisationsintern routinierte und terminlich fixierte ethische Fallbesprechungen ein, die die Pflegekräfte nicht nur als entlastend beschrieben, sondern sie auch als sprachfähig in Bezug auf den erfahrenen *moral distress* auswies. Mittlerweile ist eine große Bandbreite an unterschiedlichen Modellen für ethische Fallbesprechungen verfügbar, die auch zum Einsatz kommt⁴².

Große ethische Fragestellungen betrachten gesamtgesellschaftlich debattierte Problemfelder (wie exemplarisch den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit), die über individuelle Interaktionen zwischen zwei oder mehreren Akteu-

⁴² Exemplarisch soll hier auf den Protokollbogen einer Einrichtung des Frankfurter Ethiknetzwerkes und der Franziska Schervier Altenhilfe hingewiesen werden: <https://schervier-altenhilfe.de/images/schervier-altenhilfe/pdfs/Leitfaden-Lebensende-150dpi.pdf>. Er findet sich auf S. 22f. (13.04.2022).

rinnen und Akteuren hinausgehen (hier als Beispiele genannt: Zwangsmaßnahmen, Technikeinsatz). Auch der assistierte Suizid wird immer mehr zu einem Thema in den Pflegeheimen, sei es bewohnerseitig oder durch die gesellschaftliche Debatte.

Pflegeheime stehen angesichts des gravierenden Pflegemangels vor weitreichenden Veränderungen, auch im Bereich der Technisierung und Automatisierung dieses Lebensortes. Exemplarisch für die Frage nach einem sinnvollen Technikeinsatz im Pflegeheim, eine als große ethische Frage zu verstehende, kann folgendes Szenario dienen: Eine Bewohnerin bewegt sich aktiv in der Nacht von einer auf die andere Seite. Eine Sensorik ist in ihrem Bett installiert, die die Pflegekräfte sofort auf die Bewegung der Bewohnerin im Bett hinweist. Dadurch wird das Pflegepersonal jedes Mal benachrichtigt, dass es nach der Bewohnerin schauen muss. Selbst wenn die Pflegekräfte über die Bewegungshäufigkeit der Bewohnerin Bescheid wissen und nicht davon ausgehen müssen, dass die Bewohnerin einen Schaden davonträgt, müssen sie jedes Mal im Zimmer der Bewohnerin quittieren, dass sie nach ihr geschaut haben und es ihr gut geht.

Hier stellt sich klar die Frage nach der Bewegungsfreiheit und deren Selbstbestimmung durch die Bewohnerin. Gleichmaßen ist an dieser Stelle auch die Ressourcenkapazität des Pflegepersonals mitzudenken. Denn indem die Sensorik regelmäßig anschlägt und damit, ohne direkte Steuerung der Bewohnerin, eine Pflegekraft anfordert, kann die Pflegekraft nur eingeschränkt eine Priorisierung der aktuellen Pflegeaufgaben vornehmen. Unabhängig davon, wie dringend und lebensbedrohlich die durch die Sensorik aufgenommene und weitergeleitete Bewegung der Bewohnerin ist, wird von der Pflegekraft erwartet, der von der Sensorik gemeldeten Aktion mit dringlichster Priorität nachzugehen. Das beeinflusst die eigenständige und nach Dringlichkeiten sortierte selbstbestimmte Arbeit der Pflegekraft enorm. Gleichmaßen kann eine solche Sensorik zur Stärkung des Sicherheitsgefühls der Bewohnerin und ihrer Angehörigen beitragen. Zu wissen, dass sobald etwas auffällig erscheint, jemand zu Hilfe eilt, mag langfristig die Qualität des Schlafes der Frau verbessern.

An dieser Beispielsituation lässt sich verdeutlichen, dass der Einsatz technischer Assistenzsysteme durchaus komplexe ethische Fragestellungen aufwirft, die keineswegs eindeutig für oder gegen einen Einsatz solcher Systeme sprechen. Es gilt Chancen und Risiken miteinander abzuwägen und daran anknüpfend eine Entscheidung über einen möglichen Einsatz zu treffen. Entscheidend ist, dass insbesondere im Alltäglichen der geübte Einsatz verschiedener Assistenzsysteme als Entlastung von den Pflegepersonen wahrgenommen wird. In Anbetracht des anhaltenden Pflegepersonalmangels in Deutschland könnte der Einsatz technischer Assistenzsysteme zumindest auf mittlerem Niveau kompensatorische Wirkung

erzielen. Gleichzeitig gilt es auch dabei abzuwägen – sofern Stellen in der Pflege ausreichend besetzt werden können –, ob der Technikeinsatz als Hilfe und Ergänzung der pflegerischen Tätigkeit dienlich ist oder ob er im Grunde einen solch tragenden Anteil der Versorgung abdecken kann, dass Personalstellen, die grundsätzlich mit Pflegepersonal besetzt würden, überflüssig geworden sind. Dies ist eine Frage, die es, in Anbetracht des aktuellen Stellenmarktes in Pflegeberufen in Deutschland, aller Voraussicht nach erst zukünftig und vorausschauend zu diskutieren gilt.

Sowohl die einen, als auch die anderen, erfordern eine *care*-ethische und organisationsethische Perspektive, denn um ethisch schwierige Situationen des Alltags wie auch die großen Fragen zu lösen, braucht es individuelle, situationsadäquate Umgangsweisen, organisatorische Lösungen sowie Vergewisserungen und Neujustierungen auf der Interaktionsebene.

*

Bibliographie

- Albisser Schleger Heidi. Hg. 2019. *METAP II – Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege*. Bd. 2: *Ein Ethikprogramm für Berufspersonen*. Basel: Schwabe Verlag.
- Baranzke Heike. 2021. Würde, Preis und Scham in der Pflege. Zur strukturellen Depersonalisierung durch die ökonomische Sachlogik. In *Herausforderung Menschenwürde. Anthropologie und Humanwissenschaft im Diskurs*. Hg. Ingo Proft, Franziskus von Heereman, 133–148. Ostfildern: Grünewald.
- Baranzke Heike. 2022. Person-zentrierte Pflege als relationale Selbstbestimmungsrechtsassistenz bei Menschen mit Demenz. Ethische Sondierungen in einem komplexen Spannungsfeld unter besonderer Berücksichtigung der stationären Langzeitpflege. In *Ethik im Gesundheitswesen* (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). Hg. Annette Riedel, Sonja Lehmeyer, 1–21. Berlin: Springer.
- Baumann Manfred, Kohlen Helen. 2019. Welche Ethik braucht Palliative Care? Ein Plädoyer für eine Ethik der Sorge. In *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Hg. Susanne Kreutzer, Claudia Oetting-Roß, Meike Schwermann, 88–113. Weinheim: Beltz.
- Bergemann Lutz, Frewer Andreas. Hg. 2018. *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin. Menschenrechte – Ethik – Empowerment*. (Menschenrechte in der Medizin 6). Bielefeld: Transcript.
- Bockenheimer-Lucius Gisela, Dansou Renate, Sauer Timo. 2012. *Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption*. Frankfurt a. M.: Campus.

- Conradi Elisabeth. 2001. *Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*, Frankfurt a.M.: Campus.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP). S1 Leitlinie. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19 Pandemie (Stand: 26.10.2020), 4, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-0011_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1-abgelaufen.pdf.
- Deutscher Ethikrat. 2019. *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. Berlin, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Studien/befragung-hilfe-durch-zwang.pdf.
- Dierckx de Casterlé Bernadette u. a. 2020. „Nurses’ experiences of working under time pressure in care for older persons”. *Nursing Ethics* 27: 979–990.
- Döbler Marie-Kristin. 2020. Mehr als nur Pflege. Care in Alten(pflege)heimen. In *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Hg. Bundeszentrale für politische Bildung, 106–117. Bonn.
- Goffman Erving. 1981. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Graumann Sigrid. 2011. *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Utrecht: Campus.
- <https://schervier-altenhilfe.de/images/schervier-altenhilfe/pdfs/Leitfaden-Lebensende-150dpi.pdf>. (13.04.2022).
- Hundenborn Gertrud. 2015. „Für die allgemeine Pflege verantwortlich sein. Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung“. *Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen* 12: 272–279.
- Hundenborn Gertrud. 2021. „Verantwortlich für die allgemeine Pflege. Hintergründe, Ziele und zentrale Innovationen der Pflegeberufereform“. *ZME* 67: 3–15.
- Jameton Andrew. 1984. *Nursing practice: the ethical issue*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kersting Karin. 2019. *„Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*, Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Keul Hildegard. 2015. „Verwundbarkeit – eine unerhörte Macht. Christliche Perspektiven im Vulnerabilitätsdiskurs“. *HerKorr* 69: 647–651.
- Krause Felix. 2016. „Vulnerabilitätsrisiken“ in der Pflege. Eine sozialetische Analyse. In *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege (Sozialethik konkret)*. Hg. Martin Dabrowski, Judith Wolf, 9–44. Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Krause Felix. 2016. Vulnerabilität als Bezugsgröße für eine anerkennungssensible Praxis selbstbestimmten Handelns im Alter. In *Alter und Altern. Herausforderungen für die theologische Ethik*. Hg. Stephan Ernst, 325–343. Fribourg: Academic Press.
- Leidinger Miriam. 2018. *Verletzbarkeit gestalten. Eine Auseinandersetzung mit ‚Verletzbarkeit‘ anhand der Christologie von Jürgen Moltmann und Jon Sobrino und Graham Ward*. Regensburg: Friedrich Pustet Verlag.

- Mackenzie Catriona, Rogers Wendy, Dodds Susan. 2013. Introduction: What is Vulnerability, and Why Does It Matter for Moral Theory? In *Vulnerability. New essays in ethics and feminist philosophy* (Studies in feminist philosophy). Hg. Catriona Mackenzie, Wendy Rogers, 1–29. Oxford: Oxford University Press.
- Maio Giovanni. 2016. „Grundelemente einer Care-Ethik“. *Jahrbuch für Recht und Ethik* 24: 241–251.
- Monteverde Settimio, Käppeli Silvia, Tschudin Verena (Hg.) 2012. *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Moyaert Marianne. 2012. „On Vulnerability: Probing the Ethical Dimensions of Comparative Theology“. *Religions* 3: 1144–1161.
- Rabe Marianne. 2017². *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*. Bern: Hogrefe.
- Riedel Annette, Lehmeyer Sonja, Treff Nadine. 2020. Sorgen am Lebensende. Gegenstand professioneller Sorge in der Pflege. In *Pflege – Praxis – Geschichte – Politik*. Hg. Bundeszentrale für politische Bildung, 330–340. Bonn.
- Riedel Annette, Lehmeyer Sonja. 2021. Organisationsethik in der stationären Langzeitpflege aus der Pflege heraus und mit der Pflege entwickeln – Professionelle Besonderheiten als Motiv und als intrinsische Motivation in den strukturierten Entwicklungs- und Implementierungsprozess einbinden. In *Ethik im Gesundheitswesen*. Hg. Annette Riedel, Sonja Lehmeyer, 1–16. Berlin: Springer.
- Rothgang Heinz, Wolf-Ostermann Karin. 2020. „Regelmäßige Tests sind dringend erforderlich“. *Altenheim* 7: 34–37.
- Schiess Cornel, Monteverde Settimio. 2017. Second Victims im Pflegealltag. Überlegungen am Beispiel der Sturzprävention. In *Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip. Ein Dilemma im Gesundheitswesen*. Hg. Frank Mathwig, Torsten Meireis, Rouven Porz, 87–103. Zürich: TVZ.
- Schlögl-Flierl, Kerstin, Schneider Werner. Forschungs- und Praxisprojekt Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Schwerpunkt_SeLeP/pflegenetzwerk-deutschland-selep-ergebnisbericht.pdf (10.08.2022).
- Schmidhuber Martina. 2020. Vulnerabilität in der Krise. In *Die Corona-Pandemie*. Hg. Wolfgang Kröll u. a., 271–282. Baden-Baden: Nomos.
- Schmidt Thomas. 2018. „Mit dem Dritten sieht man besser. Die Kunst der Unterscheidung als Methode der Organisationsethik“. *LebZeug* 73: 263–274.
- Schuchter Patrick, Heller Andreas. 2016. Von der klinischen zur politischen Ethik. Sorge- und Organisationsethik empirisch. In *Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*. Hg. Johann Platzer, Franziska Großschädl, 141–161. Baden-Baden: Nomos.
- Springhart Heike. 2016. *Der verwundbare Mensch. Sterben, Tod und Endlichkeit im Horizont einer realistischen Anthropologie* (Dogmatik der Moderne 15). Tübingen: Mohr Siebeck.

- Wallner Jürgen. 2015. Organisationsethik: Methodische Grundlagen für Einrichtungen um Gesundheitswesen. In *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Hg. Georg Marckmann, 233–243. Berlin: MWV.
- Wöhlke Sabine. 2018. Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In *Ethische Reflexionen in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene*. Hg. Annette Riedel, Anne-Christin Linde, 41–46. Berlin: Springer.

*

Zusammenfassung: Basierend auf den Ergebnissen des interdisziplinären Forschungs- und Praxisprojektes ‚Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim‘ an der Universität Augsburg wird die Konzeption einer Pflegeheimethik vorgestellt, die sowohl aus einem *care*-ethischen wie auch einem organisationsethischen Strang besteht. Sozialwissenschaftliche Studienergebnisse werden hierbei ethisch reflektiert. Das Konzept einer relationalen Selbstbestimmung hat sich als tragfähig erwiesen, um den Bedürfnissen und Wünschen der im Pflegeheim Lebenden, aber auch derjenigen dort Arbeitenden gerecht zu werden. Ausgangspunkt für die hier entworfene Pflegeheimethik ist die Vulnerabilität der Bewohnenden – besonders augenscheinlich in der Corona-Pandemie –, die als Risiko wie Ressource verstanden wird. Dabei wurden Fragen einer ‚kleinen‘ Ethik des Alltags entwickelt wie auch die großen ethischen Fragestellungen, beispielsweise zum Technikeinsatz an diesem Lebens- und Arbeitsort eruiert.

Schlüsselworte: Pflegeheim, *Care*-Ethik, Organisationsethik, Vulnerabilität, Kleine Ethiken des Alltags.

Abstract: Self-Determined Life in the Nursing Home – an Accompanying Nursing Home Ethics from the Theological Ethics’ Motivation and Perspective. A concept of nursing home ethics is presented based on the results of the interdisciplinary research and practice project “Self-determined life in the nursing home” at the University of Augsburg. This nursing home ethics consists of both a care-ethical and an organisational-ethical strand. The results of the cooperating social science studies are reflected ethically. The concept of relational self-determination has proven to be viable in order to meet the needs and wishes of those living in the nursing home, but also of those working there. The starting point for the nursing home ethics outlined here is the vulnerability of the residents – particularly evident in the Coronavirus pandemic – which is understood as both a risk and a resource. In the research process, questions concerning the ‘small’ ethics of everyday life were developed as well as larger ethical questions, for example, about the use of technology in this place of living and working.

Keywords: nursing home, care ethics, organizational ethics, vulnerability, ethical issues of everyday life.

Streszczenie: Niezależne życie w domu opieki – wspierająca etyka domów opieki w świetle motywacji i perspektywy teologiczno-etycznej. Artykuł, bazując na wynikach interdyscyplinarnego projektu badawczego i praktycznego pt. *Niezależne życie w domu opieki* Uniwersytetu w Augsburgu, przedstawia koncepcję etyki domu opieki, która składa się zarówno z etyki opieki (*care-ethics*), jak i etyki organizacji. Zostały przy tym uwzględnione wyniki studiów nauk społecznych. Koncepcja relacyjnej niezależności okazała się do przyjęcia, aby sprostać potrzebom i życzeniom ludzi żyjących w domu opieki, ale także tym, którzy tam pracują. Punktem wyjścia dla naszkicowanej w tekście etyki domu opieki jest podatność na zranienia mieszkańców (szczególnie podczas pandemii koronawirusa), która jest rozumiana zarówno jako ryzyko, jak i szansa. Zostały przy tym rozwinięte problemy „małej” etyki życia codziennego, jak również wielkie kwestie etyczne, odkrywane przykładowo przy zastosowaniu techniki w tym miejscu życia i pracy.

Słowa kluczowe: dom opieki, etyka opieki, etyka organizacji, podatność na zranienia, „małe” etyki życia codziennego.