

Bedingungen einer guten Pflege

Aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflege und in der Pflegepraxis

Zusammenfassung

Der Beitrag diskutiert aktuelle Entwicklungen in der deutschen Pflegewissenschaft und -praxis, insbesondere die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege. Während früher zur Abgrenzung von der Medizin der Begriff Ganzheitlichkeit verwendet wurde, schärft aktuell die Pflege ihr eigenständiges wissenschaftliches Profil. In der Praxis hat das Auswirkungen durch die Einführung z. B. pflegerischer Diagnostik und Standards. Davon ausgehend erörtert der Text anhand der Unterscheidung von zweckrationalem und kommunikativem Handeln (J. Habermas) sowie zwischen den Prinzipien der Fürsorge und der Autonomie Auswirkungen auf das pflegerische Handeln. In diesem Zusammenhang werden Kriterien für die Legitimation paternalistischen Handelns vorgestellt.

Abstract

This contribution discusses recent developments in German nursing science and practice, especially with regard to the processes of professionalization and academization of nursing care. While formerly nursing set itself off from medicine by the idea of a holistic approach, it is now engaged in a process of developing its scientific profile. The effects for nursing practice are for example the implementation of nursing diagnostics and nursing standards. In this context, this article discusses further consequences for nursing practice on the grounds of the distinction between functional and communicative action introduced by J. Habermas, and the ethical distinction between autonomy and caring. On the basis of this discussion, the text introduces criteria for the legitimacy of paternalistic action.

Die Eckdaten der Krankenversorgung in Deutschland sprechen eine deutliche Sprache. Auf der einen Seite nimmt die Zahl der Patient/-innen in Krankenhäusern weiterhin zu, auf der anderen Seite hat sich die durchschnittliche Verweildauer auf mittlerweile 7,4 Tage (vgl. Destatis 2015) reduziert. In den letzten 20 Jahren erhöhte sich die Fallzahl um gut 19%, während die Verweildauer um 30% sank, gleichzeitig stieg die Anzahl des ärztlichen Personals um etwa 40% bei einem Rückgang des pflegerischen Personals um gut 11% (vgl. Wolke 2016). Kurz: Immer mehr Patient/-innen werden in immer kürzerer Zeit von weniger Pflegenden versorgt.

Die Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren für die Pflegeberufe verschärfen, denn schon jetzt ist in der Pflege im Krankenhaus ein akuter Fachkräftemangel festzustellen (vgl. Isfort/Weidner 2010). Allein bis zum Jahr 2025 wird mit einem Mehrbedarf an Vollzeitkräften in der Größenordnung von 19,5% gerechnet, der sich insbesondere im Bereich ambulanter und stationärer Pflege ergibt (35,4%), während im Krankenhausbereich die Steigerung geringer (8,1%) ausfällt (vgl. Afentakis/Maier 2010, 998). Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung geht von noch dramatischeren Entwicklungen aus. Im Jahr 2030 wird demzufolge eine Personallücke allein in der ambulanten Pflege von 117.000 Vollzeitäquivalenten entstehen, die zu 81% auf die Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen und zu 19% auf den Rückgang der Erwerbspersonen zurückzuführen sein wird. (Rothgang u. a. 2012, 53). Der Bedarf in der stationären Pflege wird derselben Studie zufolge um 318.000 Vollzeitäquivalente steigen (vgl. ebd., 54).

Eine mögliche Reaktion auf diese sich abzeichnende Entwicklung ist die Neuverteilung und Erweiterung von Aufgaben in der Versorgung im Krankenhaus zum Beispiel an akademisch qualifiziertes pflegerisches Personal unter anderem zur Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen (vgl. Wolke 2016). Deswegen soll im Folgenden diskutiert werden, wie sich diese Option in den Zusammenhang der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege einfügt und welche Folgen dies auch für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen nach sich zieht. Wir werden dabei zunächst die aktuellen Entwicklungen der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege rekonstruieren, um dann Möglichkeiten und Grenzen der Neubestimmung des pflegerischen Handlungsbereiches auszuloten (Abschnitt 1). Dies führt dann zur Notwendigkeit, die Spezifik pflegerischen Handelns präziser zu bestimmen, was anhand der Unterscheidung zweckrationalen und kommunikativen Handelns erfolgt. Dabei ist die Orientierung der Pflege an den Prinzipien der Fürsorge und Autonomie zu beachten sowie die Frage nach den Grenzen der Autonomie zu beantworten (Abschnitt 2).

1 Aktuelle Entwicklungen – Professionalisierung und Akademisierung der Pflege

Die Frage nach ihrer Professionalität begleitet die Entwicklung der Pflege seit hundert Jahren und sie ist nach wie vor aktuell (vgl. Eylmann

2014). Für die Pflege ist sie auch deshalb von besonderer Brisanz, weil sie lange Zeit einer klassischen Profession untergeordnet war, den Ärzten. Nicht zuletzt deshalb ist die Professionsdebatte in der Pflege auch Ausdruck eines ‚Kampfes um Anerkennung‘.

1.1 Was Professionen auszeichnet

In der klassischen merkmalsorientierten Professionstheorie werden Elemente genannt, die Professionen gegenüber anderen Berufen auszeichnen. Dies sind insbesondere eine wissenschaftliche Grundlage, die die Ausbildung strukturiert, die Kontrolle über den Berufszugang (zum Beispiel durch Kammern), die Autonomie der Berufsführung, die Selbstkontrolle der Professionsangehörigen sowie ein aus einem gesellschaftlichen Mandat resultierender Status. So basiert der Zugang zu Professionen in der Regel auf einem Hochschulstudium, das sich auf eine Basisdisziplin bezieht (deswegen wird die Auseinandersetzung über die Ausrichtung der Pflegewissenschaft und ihrer Theorien so heftig geführt). Die Selbstkontrolle der Professionsangehörigen ist normativ durch entsprechende Berufskodizes (Berufsethiken) normiert (vgl. zur Diskussion Helsper u. a. 2000). Die berufspolitische Frage der Notwendigkeit einer Kammer wird seit Jahren kontrovers diskutiert; die erste Pflegekammer in Deutschland wurde 2015 in Rheinland-Pfalz eingerichtet (vgl. Kuhn 2016).

In der Pflege hat in der Diskussion um Professionalisierung die Theorie Ulrich Oevermanns (vgl. Garz/Raven 2015, insbesondere 107–135) besondere Beachtung gefunden. Dieser geht von einem handlungstheoretischen Ansatz aus und lokalisiert die Besonderheiten von Professionen in einer Reihe *widersprüchlicher Einheiten*: Die erste ist gekennzeichnet durch die Differenz zwischen Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung. Diese ist eine Folge aus dem Theorie-Praxis-Problem. Auf der einen Seite ist der/die Pflegende dem *State-of-the-Art*, dem aktuellen Stand der Wissenschaft verpflichtet, auf der anderen Seite muss sie/er aktuell handeln, ohne über alle Informationen zu verfügen, alle Einschätzungen reflektiert und alle Folgen abgeschätzt zu haben. Es ist dann zwar nicht unbegründet, doch lässt es sich in der Regel erst im Nachhinein rational rechtfertigen. Mit dieser widersprüchlichen Einheit ist die zwischen universalem Wissen und Einzelfall eng verknüpft. Professionelle beziehen sich zum einen auf eine wissenschaftliche Basis, deren Aussagen eine universalistische Geltung beanspruchen, haben es

in der Praxis zum anderen jedoch mit ganz spezifischen Fällen zu tun. Fallverstehen, Aktivierung von Selbsthilfe und stellvertretende Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen sind Elemente der Perspektive auf den Einzelfall. Schließlich ist die Beziehung zwischen Professionellem und Klienten/-in durch die Spannung zwischen spezifischen und diffusen Erwartungen geprägt. Diese widersprüchliche Einheit lässt sich als die zwischen „Amt und Person“ verstehen, denn diffuse Sozialbeziehungen werden von Oevermann (1996, 110) als nicht-rollenförmige Beziehungen konzipiert, die Rollenförmigkeit strukturell ausschließen. Professionelle repräsentieren Fachlichkeit und wollen oder sollen gleichzeitig als konkreter Mensch wahrgenommen werden. Bedroht ist diese Professionalität, wenn sich die wissenschaftlich-technokratische Orientierung durchsetzt und die widersprüchliche Einheit zugunsten einer Seite aufgehoben wird. Die Autonomie des Handelns wird dann durch eine rigide Orientierung an Theorien und Methoden ersetzt. Für die Pflege ist diese widersprüchliche Einheit auch deshalb von besonderer Bedeutung, da insbesondere im Krankenhaus die spezifische Orientierung den Ärzt/-innen und die diffuse den Pflegenden zugewiesen wird (vgl. Streckeisen 2008, 195). Entsprechend sind Pflegende stärker als Ärzt/-innen emotional involviert und erfahren dabei emotionale Dissonanz, die sich allerdings nicht in einer stärkeren psychischen Belastung als bei jenen ausdrückt (vgl. Pracht/Bauer 2009). Auswirkungen hat dieser Widerspruch zudem auf die Pflegenden selbst, die jeweils austarieren müssen, wie das Verhältnis von *Caring* und *Curing* aussehen soll (vgl. Bishop/Scudder 1987) bzw. wieviel *Caring* (diffuse Orientierung) das *Nursing* (spezifische Orientierung) verträgt (vgl. Dallmann 2003).

1.2 Pflege und Medizin

Neben der widersprüchlichen Einheit Spezifität und Diffusität werden weitere Aspekte diskutiert, wie sich die Arzt-Patienten- und die Pflege-Patienteninteraktion auf spezifische Weise unterscheidet. Irmhild Saake (2003) z. B. führt diese Differenz auf unterschiedliche Zeithorizonte zurück. Dabei ist das ärztliche Handeln vor allem an zeitlichen Perspektiven, die Pflege eher an der Gegenwart orientiert. Saakes Charakterisierung ist allerdings etwas plakativ. Zwar ist die Logik ärztlichen Handelns kurativ ausgerichtet, also auf Zukunft hin angelegt, dies dominiert jedoch nicht jede Handlungsform. Insbesondere bei Notfällen muss jeder

Zeithorizont ausgeblendet werden. Ebenso spielt bei der Pflege im Sinne einer rehabilitativen Prozesspflege der zeitliche Horizont eine erhebliche Rolle. Allerdings ist zuzugestehen, dass der Bezug auf die Zukunft das pflegerische Handeln nicht allein konstituiert, da auch – und oft insbesondere dann – gepflegt wird, wenn für Patient/-innen keine längerfristige zeitliche Perspektive mehr verbleibt, so etwa in der Palliativpflege.

Damit stellt sich das Problem, wie die Pflege auf diese unterschiedlichen Handlungslogiken in ihrer Selbstbeschreibung reagiert. Dies gilt umso mehr, wenn sie sich von den überkommenen Strukturen emanzipieren und professionalisieren will. Dann gilt es „das Originäre der Pflege“ zu entdecken, wie der Titel einer Fachtagung des damaligen DV (heute DG) Pflegewissenschaft 2002 in Berlin lautete. Eine Strategie ist, in erster Linie Aspekte wie Körperlichkeit und Leiblichkeit auf der einen und die Gestaltung des Beziehungsprozesses auf der anderen Seite zu thematisieren. In diesem Zusammenhang hat lange der Bezug auf *Ganzheitlichkeit* zum einen die Differenz zum ärztlichen Handeln nicht nur beschreiben, sondern vielmehr das Besondere der eigenen Orientierungs- und Handlungslogik herausstreichen sollen. Dies funktioniert über die Konstruktion einer besonderen Beziehung zu den Patient/-innen.

„Der ganzheitliche Blick der Pflegenden, genauer müsste man formulieren, die pflegerische Kommunikation, die den ganzheitlichen Blick erzeugt, macht einen Patienten mit Gefühlen, Emotionen, Leiden und einer eigenständigen Biographie sichtbar, der ab diesem Moment nicht mehr ignoriert werden kann. *Sie stellen mit anderen Worten einen fühlenden Patienten erst her, indem sie kommunikativ auf ihn aufmerksam machen*“ (Findeiß 2008, 320).

Das Originäre der Pflege wäre aus dieser Perspektive die Ganzheitlichkeit, der Blick auf den ganzen Menschen – was immer damit im Einzelnen gemeint sein mag. Anzumerken ist allerdings, dass Ganzheitlichkeit eine pflegerische Konstruktion ist, bei der die Patient/-innen selbst zunächst gar nicht im Zentrum stehen. Ob diese tatsächlich in ihren gesamten Bezügen wahrgenommen werden *wollen*, bleibt ohne Belang. Es liegt an dieser Stelle die Vermutung nahe, dass die Pflege die Patient/-innen nach ihrem Bilde modelliert. Ein Hinweis darauf könnte die Studie von Stefan Dreßke (2008) geben, der die Pflege in einem stationären Hospiz untersucht. Als problematisch erscheinen dort die Patient/-innen, die sich der pflegerischen Beziehungsgestaltung entziehen. Distanz, Schweigen, Abwendung des/der Patienten/-in werden als Scheitern der

eigenen pflegerischen Strategie interpretiert. Wie auch immer man diese Beobachtungen interpretiert, deutlich wird, dass zu einer ganzheitlichen Pflege auch ‚ganzheitliche Patient/-innen‘ gehören.

Der Begriff Ganzheitlichkeit bleibt meist völlig unbestimmt (vgl. Dallmann 2009). Als zentrales Dogma des Ganzheitlichkeitstheorems kann der Satz gelten: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“ Prominent geworden ist dieser Satz vor allem durch die Gestaltpsychologie, wenn sich seine Geschichte auch bis in die antike griechische Philosophie zurückverfolgen lässt. Aber weder ist klar, was dieses ominöse Ganze genauer bedeutet, noch wird deutlich, welches Verständnis von Teil zugrunde gelegt wird; und auch der Begriff der Summe wird eher unspezifisch gebraucht. Der Verweis auf Ganzheitlichkeit hatte in der Pflege auch keine analytische Funktion, vielmehr fungierte er als ein spezifischer Wert der Pflege, mit der ihre Besonderheit insbesondere von der Medizin proklamiert werden sollte. Mittlerweile wird nur noch selten auf den Begriff zurückgegriffen. Das liegt sicher auch an der früh einsetzenden pflegewissenschaftlichen Kritik dieses Konzepts (vgl. Meyer 1995; Stemmer 1999), vor allem aber an der Akademisierung der Pflege, die zur Differenzbeschreibung keinen diffusen Wert, sondern vielmehr eine eigene wissenschaftlich fundierte Fachlichkeit verwendet.

1.3 Akademisierung der Pflege

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern oder den Vereinigten Staaten eine nachholende Entwicklung (vgl. Moses 2015). Erste Studiengänge entstanden (nach gescheiterten Modellprojekten in den 1980er Jahren in West- und den Studiengängen in Ostdeutschland) in den 1990er Jahren (in den USA am Anfang des 20. Jahrhunderts) (vgl. Korporal/Dangel 2014). Allerdings waren die Studiengänge zunächst – aus politischen Gründen – auf Fachhochschulen beschränkt und setzten zumeist eine einschlägige Berufsausbildung voraus. Zudem zielten die ersten Studiengänge weniger auf die primäre, personenbezogene Pflege, sondern vielmehr auf die Qualifizierung der Lehrer/-innen für Pflegeberufe (Pflegepädagogik) und Leitungspersonen (Pflegemanagement). Damit waren Lehrer/-innen für Pflegeberufe schlechter gestellt als ihre Kolleg/-innen an Berufsbildenden Schulen, für die ein universitärer Master-Abschluss vorgesehen ist und die damit tariflich höher eingruppiert werden. Von Anfang an stellte

sich das Feld der Studiengänge durchaus heterogen dar, Curricula und Abschlüsse differierten in großem Maße. Dies hat sich auch in Folge der Bologna-Reform an den Hochschulen nicht grundlegend geändert, im Gegenteil kam es durch die konsekutive Bachelor-Master-Struktur zu einer noch größeren Vielfalt von – teils spezialisierten – Angeboten und Abschlüssen. Inzwischen liegen für pflegebezogene Studiengänge ein pflegewissenschaftliches Kerncurriculum (vgl. Hülsken-Giesler u. a. 2010) und ein Fachqualifikationsrahmen (vgl. Hülsken-Giesler 2013) vor, die die inhaltliche Ausrichtung der Studiengänge erleichtern und vergleichbar machen.

Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags wurde die Neufassung des Pflegeberufgesetzes beraten (vgl. BMG 2015). Dieses sieht nun für die Berufsqualifikation sowohl eine generalistische dreijährige Ausbildung vor als auch ein mindestens dreijähriges primärqualifizierendes Studium (§37 Abs. 1). Es wird zu beobachten sein, ob sich dieses – an die Praxis anderer Länder – anschließende Modell durchsetzen wird, zumal einige Fragen, wie die Finanzierung und die Vergütung für zumindest die Praxiszeiten (vgl. Diakonie Deutschland/Deutscher Caritasverband 2015, 35; ver.di 2015, 4 f.), noch offen sind. Ungeklärt ist weiterhin, ob und gegebenenfalls wie die derzeit an den Hochschulen dominierenden dualen (ausbildungsintegrierten oder ausbildungsbegleitenden) Studiengänge weitergeführt werden können.

Ebenfalls von Interesse wird sein, wie sich das Nebeneinander von akademisch und beruflich qualifizierten Pflegenden in der Praxis gestaltet. Auch hierzu wurden Orientierungen entwickelt, damit eine Aufgabenteilung je nach Qualifikationsgrad ermöglicht wird. Geplant ist, dass akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen stärker konzeptionelle, planerische, beratende und koordinierende Aufgaben übernehmen. Gleichwohl sind sie auch für pflegepraktische Aufgaben zuständig, die auch von dreijährig Ausgebildeten übernommen werden. Hier liegt durchaus Konfliktpotential. Wichtig ist, dass sich dreijährig Ausgebildete nicht als lediglich ausführende Pflegenden ‚zweiter Klasse‘ verstehen, sondern sich mit ihrer fachlichen Kompetenz in den gesamten pflegerischen Prozess einbringen und umgekehrt auch als wichtige Verantwortliche wahrgenommen und geachtet werden (vgl. Bögemann-Großheim 2004, 105). Vorgesehen ist, dass akademisch gebildete Pflegenden zum Beispiel in hochkomplexen Pflegesituationen oder für spezielle Felder eingesetzt werden sollen (vgl. BMG 2015, §37 Abs. 3 Zif. 1), z. B. im Schmerzmanagement und hierfür über die Fähigkeit verfügen, die besten Instrumente und Methoden zu

recherchieren, um sie in der Pflegepraxis zu implementieren (vgl. dazu kritisch ver.di 2015, 20). Auf jeden Fall muss der Eindruck vermieden werden, dass der professionelle Anspruch allein den Akademisierten zugeschrieben wird.

1.4 Selbstregulierung durch Kammern, Berufsverbände und Berufskodizes

Professionen zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass sie sich selbst regulieren. Sie legen Rechenschaft darüber ab, auf welchen Grundlagen ihre Arbeit beruht und welche Normen das Handeln der Professionellen bestimmen. Seinen Ausdruck findet das in Berufskodizes, die durch berufsständische Organisationen entwickelt und für ihre Mitglieder als verbindlich beschlossen werden.

Ethikkodizes haben eine Funktion nach innen und außen. Nach außen dienen sie der Legitimation der Pflege und proklamieren deren Zuständigkeit für bestimmte Aufgaben. Der *International Council of Nurses* z. B. schreibt der Pflege in seinem Ethikkodex von 2012 (vgl. ICN 2012), den sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe zu Eigen gemacht hat, vier grundlegende Verantwortungsbereiche zu: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.“ Nach innen definieren sie die Grenze dessen, was als Verhalten von Mitgliedern toleriert werden kann und was nicht. So wird im ICN-Kodex formuliert: „Bei ihrer professionellen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“ Auffallend ist, dass der sonst so zentrale Wert der Autonomie der Patient/-innen und Bewohner/-innen vor allem unter dem Aspekt der informierten Zustimmung eingeführt wird: „Die Pflegenden gewährleistet, dass die pflegebedürftige Person zeitgerecht die richtige und ausreichende Information auf eine kulturell angemessene Weise erhält, auf die sie ihre Zustimmung zu ihrer pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.“ So entsteht die Gefahr, dass Autonomie auf informierte Zustimmung verkürzt und vor allem auf die Zustimmung zu Versorgung und Behandlung bezogen wird. Auf das Prinzip der Autonomie wird weiter unten ausführlicher eingegangen.

Im Gegensatz zu den Berufsverbänden ist die Mitgliedschaft in einer *Pflegekammer* nicht freiwillig. Kammern sind, so sie in Bundesländern eingerichtet werden, Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Gesetzgeber weist ihnen bestimmte Aufgaben zu. Grundsätzlich hat eine Kammer gegenüber den Bürger/-innen professionelle Pflege zu ermöglichen, zu sichern und gegebenenfalls zu überwachen. Dies geschieht u. a. durch die Verabschiedung einer Berufsordnung, in der Berufsbild und -aufgaben definiert, Qualitätsstandards und berufliche Pflichten festgelegt und die Fortbildungsverpflichtungen geregelt werden. In diesem Sinne sind Kammern Organe der Selbstregulierung des Berufsstandes. Die Berufsmitglieder benötigen zur Berufsausübung eine Registrierung bei der Kammer. Diese wiederum überwacht, ob die Mitglieder über die nötigen Voraussetzungen für die Berufsausübung verfügen oder gegen Richtlinien – auch ethischer Art – verstoßen; in diesem Fall besteht die Möglichkeit, Mitglieder nach einem geregelten Verfahren auszuschließen. Sie verlieren dann das Recht, als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (künftig: Pflegefachfrau und -fachmann) (vgl. BMG 2015, §1) beschäftigt zu werden.

Als Instrument der weiteren Professionalisierung der Pflege und als Organ ihrer beruflichen und fachlichen Autonomie ist die Einrichtung von Kammern natürlich zu begrüßen. Gleichwohl werden Kritikpunkte genannt, die nicht allein die Pflege, sondern zum Teil auch andere Berufsgruppen betreffen, die in Kammern organisiert sind. Zum einen ist dies die Frage der faktischen Zwangsmitgliedschaft. Das Recht, den Beruf auszuüben, wird so nicht allein an eine entsprechende Qualifikation, sondern auch an die Mitgliedschaft in einer Organisation gekoppelt, für die das Mitglied einen Beitrag bezahlen muss. Kritiker wenden ein, dass dies gegen das grundgesetzliche Recht auf freie Berufsausübung verstößt. In Deutschland allerdings ist dies rechtens. Grundsätzlicher noch ist der Einwand, dass Kammern weniger die Gesellschaft vor nicht-professioneller Tätigkeit schützen, sondern vielmehr die Berufsführung monopolisieren und damit unerwünschte Konkurrenz ausschließen. In manchen Ländern (z. B. USA) ist die deutsche Berufsqualifikation allein nicht ausreichend, um eine Kammerzulassung zu erhalten. Ob sich in Konfliktfällen Standes- mit gesellschaftlichen Interessen decken, ist zudem fraglich.

1.5 Akademisierung, Professionalisierung und die Neubestimmung des pflegerischen Aufgabenbereichs

Die eingangs genannten Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen führen zum einen zur Notwendigkeit, den pflegerischen Aufgabenbereich neu zu verorten und damit zum anderen die pflegerische Expertise (z. B. im Zusammenhang *Advanced Nursing Practice*) auch für die Aufgabenübernahme ärztlicher Tätigkeiten zu nutzen (vgl. Rogalski u. a. 2012). Dies steht im größeren Zusammenhang der Herausforderung, die Verteilung der Aufgaben angesichts der demographischen Entwicklung und struktureller Defizite neu zu gestalten und insbesondere durch interprofessionelle Standards zu erleichtern; dabei steht die bisherige Arztzentriertheit der Versorgung durchaus zur Disposition (vgl. Sachverständigenrat 2007, 17). In diesem Kontext muss überprüft werden, welche Tätigkeiten z. B. an die Pflege delegiert, aber auch welche bislang ärztlichen Tätigkeiten substituiert werden können (vgl. ebd., 22).

In ihrem Positionspapier sehen der Deutsche Pflegerat sowie die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft für akademisch qualifizierte Pflegepersonen insbesondere die Aufgaben, die Pflege durch die Unterstützung empirischer Pflegeforschung weiterzuentwickeln, Forschungsergebnisse in die Praxis zu implementieren, Konzepte zu identifizieren und zu erstellen, die Versorgungs- und Betreuungsqualität zu evaluieren sowie weitere Mitarbeitende zu beraten und anzuleiten (vgl. DPR/DGP 2014, 3).

Der derzeit meistdiskutierte Ansatz besteht in der Implementierung von *Advanced Nursing Practice* (ANP) in die deutsche Versorgungslandschaft (vgl. Weskamp 2016). Hier geht es zwar auch, aber nicht in erster Linie, um die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, sondern um eine spezialisierte, erweiterte und integrierte Versorgung, die vor allem Schnittstellen im Blick hat. In Deutschland gestaltet sich die Entwicklung zögerlich; sowohl die (akademische) Qualifikation als auch der rechtliche Rahmen sind noch uneindeutig (vgl. Panfil/Meyer 2010). Gleichwohl zeigen erste Modellprojekte und die Erfahrungen insbesondere in der Schweiz (vgl. Müller u. a. 2012; Zúñiga u. a. 2010) positive Resultate.

Mit der Aufgabenneuverteilung verbunden ist jedoch auch eine Delegation pflegerischer Tätigkeiten an geringer qualifizierte Beschäftigte. Man braucht an dieser Stelle nicht so weit zu gehen, dass professionalisierte „Eliten“ die Unterfütterung durch eine Schar von „Heloten“ benötigen (vgl. Meifort 2001). Diskutiert wird allerdings, dass patientenfernere, aber auch patientennahe Tätigkeiten an entsprechende Beschäftigte delegiert

werden können. Eine Studie des Deutschen Krankenhaus Institutes nennt hier insbesondere Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege und Ernährung, aber auch Bewegung und Lagerung (vgl. Offermanns/Bergmann 2010, 25–48). Ob dies mit den zum Teil komplexen Zusammenhängen in den genannten Bereichen vereinbar ist, muss hinterfragt werden. Offensichtlich ist jedoch, dass auf jeden Fall geklärt werden muss, wie unterschiedliche Prozesse und Abläufe sinnvoll miteinander vernetzt werden. So müssen *Assessment* und Planung mit den konkret umzusetzenden Interventionen abgestimmt, durchgeführt und evaluiert werden. Ohne entsprechende organisationale Regelungen droht sonst die Tendenz, weiterreichende Pflegeziele aus den Augen zu verlieren und stattdessen nur noch die Minimalversorgung (satt und sauber) vorzuhalten. Unter diesen Umständen wäre dann die Deprofessionalisierung der Einen die Kehrseite der Professionalisierung der Anderen:

„Diejenigen, die Verantwortung für die Bewältigung von ‚pflegerischen Anordnungen‘ tragen, erleiden Einbußen, den Sinn ihrer Arbeit (mit) zu definieren. Wenn sie lediglich das ausführen sollen, was übergeordnete Autoritäten ihnen vorgeben, ist ihr Beitrag auf die technisch korrekte Ausführung von ‚Verrichtungen‘ beschränkt. Sie sind von Dequalifizierung und Deprofessionalisierung bedroht“ (Bögemann-Großheim 2004, 106).

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich der Effekt des Einsatzes akademisierter Pfleger nicht abschließend einschätzen. Erste Untersuchungen deuten jedoch auf positive Ergebnisse hin. So nennt Wolke (2016) in der Auswertung diverser Studien sowohl einen einzelwirtschaftlichen, etwa durch Effizienzsteigerung und niedrigere Komplikationsraten (Dekubiti, Medikationsfehler, Stürze), als auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen. Bereits 2006 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auf den grundsätzlichen Zusammenhang zwischen Mortalität und Morbidität und der Pflegekapazität hingewiesen (vgl. IQWiG 2006). Neuere Untersuchungen bestätigen diesen Befund (vgl. Wolke 2016).

Professionalisierung und Akademisierung verändern das pflegerische Handeln. Es war dabei stets von zwei unterschiedlichen Dimensionen geprägt, deren Verhältnis zueinander nicht konfliktfrei ist. Dies ist zum einen die kommunikative, auf Beziehung ausgerichtete, zum anderen die pflegfachliche, an Wissen und Wissenschaft orientierte Dimension. Um die Veränderungen einschätzen zu können, sollen beide im Folgenden näher bestimmt werden.

2 Pflegerisches Handeln

Pflegerisches Handeln ist von zwei Perspektiven geprägt, die mitunter im Widerspruch stehen. Zum einen ist Pflege an der Durchführung fachlich begründeter Handlungen orientiert, zum anderen an der Interaktion und Kommunikation mit den Zu-Pflegenden und mit den Mitgliedern des therapeutischen Teams. Während es im ersten Fall um ein fachliches – möglichst wissenschaftlich – fundiertes Regel- und Methodenwissen geht, das im Einzelfall zielorientiert eingesetzt wird, bezieht sich der zweite auf eine kommunikative Verständigung, bei der gegenseitiges Verstehen und Aushandlungsprozesse im Zentrum stehen (vgl. Remmers 2000). Dem entsprechen unterschiedliche Logiken. Jürgen Habermas spricht hier von Arbeit und Interaktion bzw. von zweckrationalem und kommunikativem Handeln (vgl. Habermas 1980). Dabei ist die Unterscheidung nicht so zu verstehen, dass in komplexen Handlungszusammenhängen nur eine der beiden Orientierungen vorherrscht. Auch Aushandlungsprozesse können – und sollten sogar – ergebnisorientiert sein und in der Durchführung rein fachlicher Verrichtungen sind gegenseitige Abstimmungsprozesse notwendig. Aber es geht um Grundorientierungen, die miteinander konfliktieren können.

2.1 Pflegen als zweckrationales Handeln

Zweckrational handelt nach der klassischen Definition von Max Weber, „wer sein Handeln nach Zweck, Mitteln und Nebenfolgen orientiert und dabei sowohl die Mittel gegen die Zwecke, wie die Zwecke gegen die Nebenfolgen, wie endlich auch die verschiedenen möglichen Zwecke gegeneinander rational abwägt“ (Weber 1980, 13). Zweckrationales Handeln ist zielorientiert und auf Effizienz ausgerichtet. Es geht letztlich um eine kalkulierte und regelgeleitete Praxis, die sich insbesondere in Methoden und Technologien zeigt. Diese Form zu denken und zu handeln hat sich in den letzten Jahrhunderten immer weiter durchgesetzt; Weber spricht in diesem Zusammenhang von der Rationalisierung der Lebensführung. Diese Rationalisierung ist eng verbunden mit einer bestimmten Vorstellung von wissenschaftlicher Erklärung. Diese findet ihre klassische Ausdrucksform im sogenannten *H-O-Schema*, das auf Carl Gustav Hempel und Paul Oppenheim zurückgeht (vgl. Poser 2012, 49–67): Sind die (Natur-)Gesetze bekannt

und stehen die Rahmenbedingungen fest, kann man jegliches Phänomen erklären. Erklärungen beruhen auf strikter Kausalität, wenn das eine gegeben ist, folgt das andere notwendig. Kennt man die Gesetze und bestehende und zukünftige Rahmenbedingungen, ist man in der Lage, Phänomene vorauszusagen, Prognosen für die Zukunft zu erstellen. Diese Form von (wissenschaftlichem) Wissen lässt sich nutzen, um technologisch in die Umwelt einzugreifen, um sie zu bearbeiten und zu verändern. Wissen dient dann dazu, unter bekannten Gesetzen die Rahmenbedingungen so zu verändern bzw. zu arrangieren, dass gewünschte Zustände (Phänomene) hergestellt werden.

Die physikalisch-technologische Denkweise hatte besonders im technischen Bereich große Erfolge zu verzeichnen. Auch die moderne Medizin basiert letztlich auf dieser Vorstellung, bei der Kenntnis der Abläufe gezielt eingreifen zu können (durch z. B. verschiedene Stoffe oder chirurgische Eingriffe), um gewünschte Ergebnisse zu erzielen. Aber bei der Medizin sind auch die Grenzen dieses Denkens zu sehen. Abläufe und Faktorenbündel sind so komplex, dass allenfalls statistische Aussagen getroffen werden können, die für den Einzelfall keine eindeutige Prognose zulassen. Solche Rahmenbedingungen im Sinne des H-O-Schemas sind vielleicht noch unter Laborbedingungen kontrollierbar, aber im Einzelfall ist eine solche Eindeutigkeit in der Regel nicht gegeben. Noch komplexer stellt sich dies in der Pflegeforschung dar: Studien geschehen dort in natürlichen Situationen, in unterschiedlichen Settings mit individuellen Patient/-innen oder Bewohner/-innen und Pflegenden (vgl. Höhmann/Bartholomeyczik 2013). Pflegerische Maßnahmen haben immer einen interaktiven und einen kommunikativen Charakter, der sich nur schwer standardisieren lässt. Dies stellt die Interventionsforschung in der Pflegewissenschaft vor erhebliche Herausforderungen, da sich eben keine standardisierten Laborsituationen herstellen lassen. Dadurch sind so genannte hochwertige Studiendesigns wie randomisierte kontrollierte Studien erschwert und wenn, dann nicht oder nur mit erheblichem personellen und finanziellen Aufwand realisierbar.

Im Vergleich zur Medizin ist die Pflege – nicht zuletzt aus diesen Gründen – durch ein Technologiedefizit (vgl. Luhmann/Schorr 1982) gekennzeichnet. Allerdings gibt es seit den letzten Jahrzehnten verstärkt Bestrebungen, durch forschungsbasierte Standards die Pflege auf ein wissenschaftliches Fundament zu gründen, um Pflege besser planen und evaluieren zu können.

Beispiele für Standardisierungen innerhalb der professionellen Pflege finden sich immer häufiger: So werden zur Einschätzung von Pflegeproblemen *Pflegediagnosen* genutzt, die zumeist aus Klassifikationssystemen des angloamerikanischen Raumes abgeleitet wurden (vgl. Lunney 2007). Sie bilden die Grundlagen für das zu erreichende Pflegeziel und das daran ausgerichtete weitere pflegerische Handeln. Auch hier gibt es festgelegte Ziel- und Interventionskataloge, die den Pflegediagnosen zugeordnet und damit standardisiert angewendet werden können. Ziel ist eine festgelegte Fachsprache sowie Transparenz und Vergleichbarkeit von Pflegehandlungen und damit die Möglichkeit diese zu evaluieren (vgl. Höhmann 1999). Allerdings wird auch die Tendenz gesehen, dass durch den Einsatz der Diagnosen die zweckrationale therapeutische Logik die Orientierung an den Bedürfnissen der zu Pflegenden dominiert (vgl. Powers 1999).

Bei der Einschätzung von Pflegeproblemen bzw. der Pflegediagnostik werden häufig *Assessmentinstrumente* angewendet. Auch sie ordnen und gewichten auf wissenschaftlicher Basis die Kriterien, die zu der Bestimmung eines Problems herangezogen werden können. Alle Klassifikationen und Assessmentinstrumente werden aber durchaus auch kritisch diskutiert, wenn sie nicht ausreichend theoretisch-inhaltlich fundiert und auf ihre Qualität hin geprüft sind (vgl. Reuschenbach 2012). Kritisiert wird außerdem deren Anwendung als Selbstzweck. Sie sollen vielmehr als Hilfsmittel genutzt werden und Entscheidungen unterstützen, aber nicht Fachkenntnisse und Reflexion ersetzen (vgl. Meyer u. a. 2005).

Standardisierungen finden sich ebenfalls bei der Entwicklung von *Qualitätsstandards* wie Leitlinien, nationalen Expertenstandards oder davon abgeleiteten einrichtungsbezogenen Praxisstandards. Alle Instrumente sollen für ein hohes Qualitätsniveau sorgen. Nationale *Expertenstandards* z. B. gelten in der Pflege als professionell abgestimmtes Leistungsniveau. Sie zeigen Qualitätskriterien für pflegerische Problemlagen auf, die besonders häufig vorkommen (vgl. DNQP 2015).

Es sollen also auf wissenschaftlicher Basis Empfehlungen für die Praxis gegeben werden. Die Standardebenen folgen dem Pflegeprozess: Die Einschätzungsebene mit der Suche nach geeigneten Assessmentinstrumenten; die Kooperationsebene, in der Empfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit und auch übergreifende Kooperationen zwischen den verschiedenen Settings und Sektoren entwickelt werden; die Beratungsebene, die nach geeigneten Formen der Information, Anleitung und Beratung sucht; die Interventionsebene, die nach geeigneten

Maßnahmen fragt; die Evaluationsebene, die sich mit Möglichkeiten einer systematischen Bewertung beschäftigt. Expertenstandards sind als wissenschaftlich fundierter Rahmen zu verstehen und bieten Handlungsspielräume. Verrichtungsorientierte Standards eignen sich nicht für professionelles Handeln, sondern sind nur sehr begrenzt sinnvoll, z. B. wenn es um die Vermeidung der Ausbreitung von Infektionen wie MRSA oder Ebola geht und ein striktes Einhalten von Abläufen und Hygienestandards erforderlich ist. Insgesamt wird in der Qualitätsdebatte und den entsprechenden Auditverfahren vor allem die Ergebnisqualität fokussiert und zu wenig die Prozessqualität, die die Erlebens- und Beziehungsdimension in den Fokus rückt.

Alle standardisierten Verfahren (vgl. Bartholomeyczik 2007) sind von einer grundlegenden Ambivalenz geprägt. Zum einen werden durch sie Standards definiert, die wissenschaftlich fundiert sind und die den jeweiligen *State-of-the-Art* repräsentieren, das jeweils derzeit angemessene Niveau professionellen Handelns. Auf der anderen Seite bergen diese Verfahren – mehr oder weniger – die Gefahr, dem Einzelfall gegenüber blind zu werden. Deshalb ist bei den Professionellen eine theoretisch und praktisch bewährte Urteilskraft nötig, die den Einzelfall dahingehend würdigen kann, dass begründet von standardisierten Verfahren abgewichen werden kann, wenn Person und Situation das erfordern.

Mit – zudem wissenschaftlich fundiertem – Wissen wird Professionellen eine Expert/-innenrolle zugeschrieben. Auch diese ist ambivalent. Auf der einen Seite wird Expert/-innen eine hohe Problemlösungskompetenz unterstellt, auf der anderen entsteht so eine Abhängigkeit vom Expert/-innenwissen. Das ist schon im Alltag offensichtlich: Wer selbst über keine oder wenige technischen Kenntnisse verfügt, ist den Mechaniker/-innen mehr oder weniger hilflos ausgeliefert, die eine Waschmaschine oder ein Auto reparieren sollen. Wenn dies schon bei Gegenständen des Alltags zu Schwierigkeiten führen kann, wird umso deutlicher, wie sich diese Expert/-innenmacht auswirken kann, wenn es um existentielle Fragestellungen geht.

2.2 Pflegen als kommunikatives Handeln

Pflege vollzieht sich als körpernahe Interaktion. Für Interaktionen gilt, was Weber als Kennzeichen sozialen Handelns definiert: Es ist ein Handeln, „welches seinem von dem oder der Handelnden gemeinten Sinn

nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist“ (Weber 1980, 1). Und da alle an einer Interaktion beteiligten Personen sich jeweils auch am Verhalten der anderen orientieren, entsteht eine komplexe Situation. Dies ist im Alltag meist unproblematisch, da die Beteiligten über gemeinsame Wissensmuster und Deutungsvorräte verfügen, die eine Verständigung ermöglichen, sie befinden sich in einer gemeinsam geteilten *Lebenswelt* (vgl. Schütz/Luckmann 2003). Zu Konflikten kann es kommen, wenn entweder Teile der gemeinsamen Lebenswelt ihre fraglose Gültigkeit verlieren oder wenn die Beteiligten keine gemeinsame Lebenswelt teilen. Das kann der Fall sein, wenn diese verschiedenen Kulturen entstammen oder unterschiedlichen Generationen angehören. In Krankenhäusern und Einrichtungen sind die Beschäftigten mit ihrer Umwelt vertraut: Sie kennen das Gebäude, wissen, wo was zu finden ist, sie haben einen Überblick über die organisatorische Struktur, wissen daher, wer für was zuständig ist – und sie kennen die Organisationskultur, also die Art und Weise, wie miteinander (und auch übereinander) kommuniziert wird, wer vertrauenswürdig ist und so weiter. Die Patient/-innen und Bewohner/-innen verfügen über dieses Wissen in der Regel nicht. In gewisser Weise ist die Einrichtung für sie eine ‚fremde Welt‘.

Entsprechend schwierig kann es sich deshalb gestalten, wenn die Verstehenshorizonte der Pflegenden und die der Patient/-innen oder Bewohner/-innen nicht übereinstimmen. Dies lässt sich gut am Beispiel der Weigerung, Nahrung zu sich zu nehmen, verdeutlichen (vgl. Borker 2002). Auf der einen Seite sieht sich die Pflegende in der Verantwortung gegenüber dem/der Patienten/-in. Dieser/Diese kann sich darin äußern, ihm genügend Nahrung und Flüssigkeit zukommen zu lassen. Denn dies ist die Voraussetzung für einen eventuellen Erfolg der rehabilitativen Bemühungen, aber auch für das körperliche und psychische Wohlbefinden. Auf der anderen Seite steht der Wille des Betroffenen, der sich den Maßnahmen entzieht, indem er kein Essen und zu wenig Flüssigkeit zu sich nimmt. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Sie hängen aber – wenn keine organischen oder physiologischen Probleme bestehen – von der Deutung der Situation durch die Betroffenen ab. Die Situation wird vielfach dadurch erschwert, dass nicht genau feststellbar ist, was dem Willen der zu Pflegenden entspricht. Dies gilt insbesondere bei desorientierten Menschen (vgl. Kolb 2003). Die Lösung einer solchen Situation setzt voraus, dass die an der Interaktion Beteiligten eine gemeinsame Situationsdeutung entwickeln. Diese kann – oder

sollte – in der Regel nicht darin bestehen, dass die professionelle Sicht mit mehr oder weniger Druck durchgesetzt wird. In den kommunikativen Aushandlungsprozessen spielt die Selbstdeutung der zu Pflegenden offensichtlich eine zentrale Rolle (vgl. Höhmann 1999, 12).

2.3 Fürsorge und Autonomie

An diesem Beispiel wird deutlich, dass die *fachlichen* Probleme pflegerischen Handelns häufig mit dem *ethischen* Konflikt zwischen Fürsorge und Autonomie verknüpft sind (vgl. Dallmann/Schiff 2007). *Fürsorge* soll hier als eine Orientierung verstanden werden, die sich am Wohl der anderen Person orientiert. Das fachliche Wissen der Pflegenden führt mitunter dazu, dass diese „besser“ als die zu Pflegenden wissen, was zumindest bezogen auf ihr körperliches Wohlbefinden sinnvoll ist. Dass dies eine dilemmatische Situation ist, liegt auf der Hand. Wer will sich schon von einem anderen sagen lassen, was für sie oder ihn gut ist? Allerdings können Patient/-innen und Bewohner/-innen ein vollkommen anderes Verständnis davon haben, was für sie gut ist. Die Aufrechterhaltung von Lebensgewohnheiten kann dann wichtiger sein als eine gesundheitsförderliche Änderung dieser Gewohnheiten. Oder ein schmerzfreies Leben wichtiger als ein längeres. Oder allgemeiner formuliert: Auf der einen Seite sieht der/die Pflegende sich den subjektiven Bestimmungen der Patient/-innen verpflichtet, die für sich entscheiden, was für sie gut und förderlich ist. Auf der anderen Seite ist z. B. mit dem rehabilitativen Ansatz impliziert, dass bestimmte Wünsche der Patient/-innen schlicht vorausgesetzt werden, nämlich die Wünsche nach Unabhängigkeit, nach Eigenständigkeit in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens und nach Gesundheit. Dies trifft aber nicht in allen Fällen zu. Die Frage ist, wo bei bestimmten Maßnahmen (z. B. eigenständige Körperpflege, Mobilitätstraining) die Grenze zwischen Motivierung und mehr oder minder ausgeprägtem Druck zu ziehen ist.

Der Begriff der *Autonomie* wird in unserem Zusammenhang als Patientenautonomie verstanden. Der Sache nach lässt sich dieses Prinzip in Deutschland bis zum Ende des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen (vgl. Giese 2002, 16–22). Zunächst geht es um die Einwilligung von Patient/-innen zu medizinischen Eingriffen. Das Modell der Zustimmungregel, der sogenannte *Informed Consent*, entstammt allerdings nicht der medizinischen Ethik, sondern der, vor allem US-amerikanischen,

Rechtsprechung hinsichtlich ärztlicher Kunstfehler (vgl. Irrgang 1995, 71). Entsprechend zögerlich ist es von ärztlicher Seite aufgegriffen worden. Aber auch innerhalb der Ethik der Pflege bestehen Vorbehalte gegen dieses Modell. Grundsätzlich lassen sich die Einwände auf zwei Hauptargumente reduzieren: zum einen die Kollision mit dem berufsständischen Ethos, zum anderen die Kritik am zugrundeliegenden Begriff der Autonomie.

Das Konzept der Patientenautonomie bleibt unterbestimmt, wenn es allein – im Sinne des *Informed Consent* – als Abwehrrecht gegen medizinische oder pflegerische Eingriffe verstanden wird. Entsprechend entfaltet Monika Bobbert (2002, 134–144.) Patientenautonomie in fünf Hinsichten: als Recht auf Zustimmung oder Ablehnung, als Recht auf Information, als Recht auf Festlegung des Eigenwohls, als Recht auf Wahl zwischen möglichen Alternativen und als Recht auf möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums durch Institutionen. Im Wesentlichen hat Autonomie allein ihre Grenze in der Autonomie betroffener Personen, nicht jedoch in der wie auch immer verstandenen Notwendigkeit „guter“ Pflege und Therapie.

In der aktuellen Debatte bündelt sich die Kritik am Autonomieprinzip unter dem Dachbegriff der „relationalen Autonomie“. Gemeinsam ist den unterschiedlichen kritischen Ansätzen, dass zum einen das Prinzip des Respekts vor der Autonomie vor allem als liberales oder gar liberalistisches Abwehrrecht rekonstruiert und zum anderen dagegen ein gehaltvolleres Verständnis von Autonomie stark gemacht wird. *Johannes C. Ach* und *Bettina Schöne-Seifert* unterscheiden dann auch zwischen sechs unterschiedlichen Lesarten relationaler Autonomie (vgl. Ach/Schöne-Seifert 2013, 49–56). Ohne an dieser Stelle ausführlicher auf die unterschiedlichen Lesarten eingehen zu können, kann jedoch angemerkt werden, dass die kritischen Anliegen im Großen und Ganzen selbstverständlich nachvollziehbar sind (ob sie das klassische Modell der Patientenautonomie tatsächlich treffen, ist eine andere Frage). Sicher ist Autonomie voraussetzungsreicher und umfassender als ein verschlanktes liberales Konzept nahelegt. Dem kommunitaristisch motivierten Hinweis, dass Personen als Träger/-innen von Autonomie immer sozial eingebettet verstanden werden müssen (vgl. schon den mittlerweile klassischen Text von Sandel 1982), ist zuzustimmen. Einzuwenden ist allerdings: Auch wenn man von der gesellschaftlichen Konstitution der Person ausgeht, muss noch zu denken sein, wie sich diese in ihrer Selbstbestimmung von ihrem Kontext unterscheidet. Denn nur, wenn das Selbst die Möglichkeit

hat, die eigenen starken Wertungen (im Sinne Charles Taylors) auch zu verändern oder bestimmte gemeinschaftliche Werte und Bindungen zu hinterfragen, kann von einem wirklichen Selbst gesprochen werden. Die Person und ihr sozialer Kontext sind wechselseitig aufeinander bezogen, daher haben die sozialen Beziehungen, in denen eine Person vernetzt ist, auch hinsichtlich ihrer Autonomie eine hohe Bedeutung, diese darf aber nicht gegen die Autonomie ausgespielt werden. Konkret: Die besonderen Bindungen einer Person müssen in konkreten Situationen eine Rolle spielen können, die Achtung der Autonomie ist in diesem Sinne beziehungs- und kontextsensibel (so auch Ach/Schöne-Seifert 2013, 56). Über sich bestimmen kann jedoch letztlich immer nur die Person selbst.

Ähnliches gilt für weitere Einwände, die etwa darauf hinweisen, dass insbesondere vulnerable Personen befähigt werden müssen, ihre Autonomie auch wahrzunehmen (vgl. ebd., 49 f.) oder auf Einschränkungen aufmerksam machen, die sich aus Machtstrukturen oder sozialer Lage ergeben. Das Problem hierbei ist: Wenn Autonomie an das Vorliegen weitreichender Bedingungen wie Freiheit von jeglicher Einschränkung verbunden mit einer umfassenden Befähigung rationaler, emotionaler und volitionaler Art gebunden ist, sind nur moralische Virtuos/-innen in einem herrschaftsfreien Raum in der Lage, sich selbst zu bestimmen. Der berechtigte Hinweis auf die Voraussetzungen von Autonomie und ihrem Gebrauch geraten so in Gefahr, die Möglichkeit autonomer Entscheidungen grundsätzlich zu negieren. Nur was wäre die Alternative? Dies spricht unseres Erachtens sehr dafür, grundsätzlich am Autonomieprinzip festzuhalten, wenn auch bedacht werden muss, wo dieses an seine Grenzen stößt. Dies soll abschließend im Blick auf paternalistische Interventionen geschehen.

2.4 Paternalistische Interventionen

Paternalistisches Handeln nennt man eines zugunsten eines Menschen, für den eine gewisse Verantwortung besteht, ohne oder gegen dessen (ausdrücklichen) Willen. Stark paternalistisch verfährt, wer mit Zwangsmitteln oder aufgrund einer starken Machtposition seinen oder ihren Willen gegen Widerstreben durchsetzt; schwach paternalistisch verfährt, wer durch Überredung, pädagogische Mittel oder Anreize die andere Person dahingehend beeinflusst, einer Intervention zuzustimmen, die diese zuvor abgelehnt hat. In der Pflege kommen beide Formen vor.

Diese reichen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (z. B. Fixierung) bis zu pädagogisierenden Formen der Beratung. Auf jeden Fall bedarf paternalistisches Handeln einer ethischen Rechtfertigung (vgl. Dallmann/Schiff 2016, 85–88).

Wir benennen vier Kriterien, die gegeben sein müssen, um eine paternalistische Intervention als Ausnahmefall rechtfertigen zu können. Paternalistische Interventionen sind also zunächst nicht legitim und nur dann zu rechtfertigen, wenn starke Gründe vorliegen. Wir erläutern das am Beispiel der Fixierung. Das erste Kriterium, der *legitime Grund*, fragt nach dem Anlass für die Intervention. Zu solchen Gründen gehört insbesondere die nicht nur geringfügige Bedrohung oder Missachtung der legitimen Interessen, Güter oder des Wohles Dritter. Wichtig ist es zu bestimmen, was „nicht geringfügig“ heißt. So kann etwa die nächtliche Unruhe eines Bewohners/einer Bewohnerin kein Grund sein, solange andere Personen dadurch nicht gefährdet werden. Eine Störung allein reicht als Begründung massiver Maßnahmen nicht aus. Schwieriger ist die Abwägung bei selbstgefährdenden Handlungen. Grundsätzlich besteht kein Recht, bei solchen präventiv einzugreifen. Fixierung ist kein Mittel der Sturzprävention. Ausnahmen können dann gegeben sein, wenn der oder die Betroffene zum entsprechenden Zeitpunkt nicht in der Lage ist, die Gefährlichkeit ihres oder seines Handelns einzuschätzen, etwa wenn ein Patient/eine Patientin auf einer Intensivstation seine Schläuche zieht. Kontrovers diskutiert wird, wie mit Personen umgegangen werden soll, die – etwa aufgrund demenzieller Erkrankungen – prinzipiell nicht mehr in der Lage sind, eine solche Einschätzung vorzunehmen.

Das zweite Kriterium, die *rechte Intention*, bezieht sich auf das Ziel der Intervention. Kann solch ein Ziel formuliert werden und hat es auch eine angemessene Reichweite? Und kann bei Erreichen des Ziels die Intervention auch wieder beendet werden? Auch hier gilt grundsätzlich, dass paternalistische Interventionen nicht auf Dauer gestellt werden dürfen. Bekanntlich bedürfen Fixierungen über einen längeren Zeitraum einer richterlichen Anordnung. Zudem muss dieses Ziel geeignet sein, den Grund (Kriterium 1) der Intervention zu beheben. Die Intervention muss in diesem Sinn also effektiv sein. Bei der Fixierung gilt aber zusätzlich, dass mitbedacht und geplant werden muss, wie in Zukunft ohne Fixierung vorgegangen werden kann.

Bei beiden Kriterien ist es wichtig darauf zu achten, dass sie darauf zielen, Schaden zu verhindern. Dieses *Schadensprinzip* wurde von John Stuart Mill formuliert. Ihm zufolge ist die einzig legitime Absicht, in die

Handlungsfreiheit eines anderen Menschen einzugreifen, die, Schaden zu verhüten. Nicht zu rechtfertigen ist ein Eingriff zum Wohle eines anderen: „Er kann nicht rechtmäßig gezwungen werden, etwas zu tun oder zu unterlassen, weil es für ihn besser wäre, so zu handeln, weil es ihn glücklicher machen würde, weil so zu handeln nach der Meinung anderer klug oder sogar richtig wäre“ (Mill 1969, 16). Dies folgt aus dem Prinzip, dass jeder und jede seine oder ihre Lebenspläne (Mill nennt sie Lebensexperimente) selbst bestimmen und verantworten muss und diese Freiheit nur zum Schutz anderer eingeschränkt werden darf.

Das dritte Kriterium, die *vorhandene Kompetenz*, zielt auf die Kompetenz der handelnden Person im doppelten Sinn: Ist die entsprechende Person sowohl befugt als auch befähigt, entsprechend zu handeln? Die Befähigung bezieht sich auch auf den Umgang mit den möglichen (Neben-)Folgen der Intervention. Dies dient letztlich auch dem Schutz des oder der Handelnden. Niemand darf über sein Können hinaus verpflichtet werden. Ebenso kann aber auch erwartet werden, dass er oder sie die Reichweite und Grenze der eigenen Kompetenzen richtig einschätzen kann.

Das letzte Kriterium, die *Verhältnismäßigkeit der Mittel*, zielt auf eine möglichst wenig invasive Form der Intervention. Allerdings sind Maßnahmen, die wenig oder nichts bewirken, ebenso fragwürdig wie solche, die über das Ziel hinausschießen. Positiv gewendet bedeutet dieser Grundsatz, dass von den möglichen und effektiven immer die schonendste Intervention und Methode den Vorrang vor anderen verdient. Im Blick auf Fixierungen heißt dies, dass der Maßnahme der Vorrang eingeräumt werden soll, die mit weniger weiteren Einschränkungen und Nebenfolgen verbunden ist.

3 Fazit

Die Professionalisierung und mit ihr die Akademisierung der Pflege ist eine notwendige und sinnvolle Reaktion auf die diversen Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem. Diese Professionalisierung bleibt jedoch so lange unabgeschlossen und unvollständig, wie nicht mitlaufend eine Veränderung und Erweiterung des pflegerischen Arbeitsfeldes durchgesetzt wird. Dies betrifft insbesondere die Delegation und die Substitution von Aufgaben und Tätigkeiten, die bislang von anderen Berufsgruppen, vor allem den Ärzt/-innen, verantwortet und durchgeführt werden.

Zwar werden diesbezügliche Maßnahmen gegenwärtig erprobt (vgl. z. B. Stemmer u. a. 2014), aber bis zu einer flächendeckenden Umsetzung ist es noch ein weiter Weg, bei dem sowohl rechtliche als auch organisatorische Barrieren aus dem Weg geräumt und erhebliche Widerstände überwunden werden müssen. Hinzu kommen weitere Maßnahmen wie Einrichtung von Pflegekammern und besonders weitere Schritte zur Akademisierung der Pflegeberufe, wobei vor allem einheitliche Standards zur Qualifikation für eine *Advanced Nursing Practice* notwendig erscheinen.

Da das pflegerische Handeln von zwei unterschiedlichen Perspektiven geprägt ist, kann Professionalisierung dann nicht unproblematische Konsequenzen haben, wenn sie vor allem oder gar ausschließlich als Optimierung zweckrationalen Handelns verstanden wird. So begrüßenswert und notwendig eine wissenschaftliche Fundierung pflegerischer Methodik und die Standardisierung pflegerischer Tätigkeiten ist, darf die kommunikative Seite nicht marginalisiert oder funktionalisiert werden. Nicht zuletzt die ethische Kompetenz der Pflegenden bedarf um ihrer Orientierung an den Vorstellungen der Patient/-innen und Bewohner/-innen willen einer Verankerung in kommunikativen Aushandlungsprozessen. Außer in Ausnahmesituationen kann die fachliche Expertise nicht herangezogen werden, um gegen den Willen der Betroffenen zu handeln.

Literatur

- Ach, Johannes S.; Schöne-Seifert, Bettina** (2013): „Relationale Autonomie“: eine kritische Analyse. In: Wiesemann, Claudia; Simon, Alfred (Hg.): *Patientenautonomie: theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 42–60.
- Afentakis, Anja; Maier, Tobias** (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik* (11), 990–1002.
- Bartholomeyczik, Sabine** (2007): Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. In: *Pflege* 20, 211–217.
- Bishop, Anne H.; Scudder Jr., John R.** (1987): Nursing Ethics in an Age of Controversy. In: *Advances in Nursing Science* 9(3), 34–43.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit** (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/160113-pflegeberufsgesetz.html>, abgerufen am 27. 04. 2016.
- Bobbert, Monika** (2002): *Patientenautonomie und Pflege: Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts (Kultur der Medizin: Geschichte – Theorie – Ethik 5)*. Frankfurt/Main: Campus.

- Bögemann-Großheim, Ellen** (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: *Pflege und Gesellschaft* 9(3), 100–107.
- Borker, Siegfried** (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege: eine deskriptiv-analytische Studie. Bern: Huber.
- Dallmann, Hans-Ulrich** (2003): Fürsorge als Prinzip?: Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik. In: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 47(1), 6–20.
- Dallmann, Hans-Ulrich** (2009): Reaktionen der Pflege auf den biomedizinischen Fortschritt: die Funktion der Rede von Ganzheitlichkeit für die Positionierung der Pflege. In: Dungs, Susanne; Gerber, Uwe; Mührel, Eric (Hg.): *Biotechnologie im Kontext der Sozial- und Gesundheitsberufe: professionelle Praxen – disziplinäre Nachbarschaften – gesellschaftliche Leitbilder*. Frankfurt/Main: Peter Lang, 233–252.
- Dallmann, Hans-Ulrich; Schiff, Andrea** (2007): Ethik der Pflege. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hg.): *Ethik Sozialer Arbeit: ein Handbuch*. Paderborn: Schöningh, 311–330.
- Dallmann, Hans-Ulrich; Schiff, Andrea** (2016): *Ethische Orientierung in der Pflege*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Destatis – Statistisches Bundesamt** (2015): Pressemitteilung Nr. 290 vom 12. 08. 2015. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_290_231.html, abgerufen 25. 04. 2016.
- Diakonie Deutschland, Deutscher Caritasverband** (2015): Stellungnahme: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Online verfügbar unter http://www.diakonie.de/media/10122015_Diakonie_Caritas_Stellungnahme_RE_Pflegeberufe.pdf, abgerufen 29. 04. 2016.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hg.) (2015): *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Online verfügbar unter <https://www.dnqp.de/de/materialien/#c83192>, abgerufen 06. 05. 2016.
- DPR/DGP – Deutscher Pflegerat; Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft** (2014): *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen*. Online verfügbar unter http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf, abgerufen 20. 04. 2016.
- Dreßke, Stefan** (2008): Die Herstellung des ‚guten Sterbens‘: Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz. In: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, 215–235.
- Eylmann, Constanze** (2014): Der Pflege auf der Spur: vom Beruf zur Profession? In: Kaufhold, Marisa; Knigge-Demal, Barbara (Hg.): *Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung* (FS B. Knigge-Demal). Münster: Lit, 55–84.
- Findeiß, Anja** (2008): „Die Ganzheitlichkeit der Pflege: ein notwendiger Mythos klinischer Organisationen. In: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, 307–325.

- Garz, Detlef; Raven, Uwe** (2015): Theorie der Lebenspraxis: Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns. Wiesbaden: Springer VS.
- Giese, Constanze** (2002): Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit: das Modell des „Informed Consent“ in der Diskussion (Studien der Moraltheologie 22) . Münster: Lit.
- Habermas, Jürgen** (1980): Theorie des kommunikativen Handelns (2 Bände). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Helsper, Werner; Krüger, Heinz-Hermann; Rabe-Kleberg, Ursula** (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung: Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 1(1), 5–19.
- Höhmman, Ulrike** (1999): Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 4(1), 8–13.
- Höhmman, Ulrike; Bartholomeyczik, Sabine** (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. In: Pflege und Gesellschaft 18(4), 293–312.
- Hülken-Giesler, Manfred** (Hg.) (2013): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung (FQR Pflege 6–8). Unter Mitarbeit von Bärbel Dangel und Johannes Korporal. Berlin: Porschke + Hensel.
- Hülken-Giesler, Manfred; Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Keogh, Johann; Muths, Sabine; Sieger, Margot; Stemmer, Renate; Stöcker, Gertrud; Walter, Anja** (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: Pflege und Gesellschaft 15, 216–236.
- ICN – International Council of Nurses** (2012): ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Online verfügbar unter http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/fileadmin/de/pflege-charta-arbeitshilfe/content_de/Dokumente/material/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf, abgerufen 25. 01. 2016.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – eine systematische Übersicht (IQWiG-Berichte 11). Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf, abgerufen 18. 04. 2016.
- Irrgang, Bernhard** (1995): Grundriss der medizinischen Ethik. München: Reinhardt.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank** (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Online verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf, abgerufen 23. 04. 2016.
- Kolb, Christian** (2003): Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken: PEG-Sonde – ja oder nein? Frankfurt/Main: Mabuse.
- Korporal, Johannes; Dangel, Bärbel** (2014): Der schlussendlich schwierige Einstieg in die Akademisierung der Pflege und seine Prämissen für die Entwicklung. In: Kaufhold, Marisa; Knigge-Demal, Barbara (Hg.): Bildung im Gesundheitsbereich:

- Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung (FS B. Knigge-Demal). Münster: Lit, 97–116.
- Kuhn, Andrea** (2016): Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz: der fehlende Baustein zur Professionalisierung? Wiesbaden: Springer VS.
- Luhmann, Niklas; Schorr, Karl Eberhard** (1982): Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. In: Dies.: Zwischen Technologie und Selbstreferenz: Fragen an die Pädagogik. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 11–40.
- Lunney, Margaret** (2007): Arbeitsbuch Pflegediagnostik: pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess – Fallstudien und -analysen. Bern: Huber.
- Meifort, Barbara** (2001): Eliten brauchen Heloten: heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege. In: *Mabuse* 26, 40–44.
- Meyer, Gabriele; Köpke, Sascha; Mühlhauser, Ingrid** (2005): Effizienz pflegerischer Einschätzung im Vergleich zu empfohlenen Testinstrumenten zur Vorhersage des Sturzrisikos in Alten- und Pflegeheimen. In: *Pflege und Gesellschaft* 10, 41–44.
- Meyer, Jörg-Alexander** (1995): Was hat ganzheitliches Denken in der Pflege mit Wissenschaft zu tun? In: *Pflege* 8, 21–26.
- Mill, John Stuart** (1969): Über Freiheit. Frankfurt/Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Moses, Simone** (2015): Akademisierung der Pflege in Deutschland. Bern: Huber.
- Müller, Margrit; Jaggi, Sabina; Kouriaichi, Carina; Eggenschwiler, Prisca; Mahrer-Imhof, Romy** (2012): Praxistätigkeit einer Advanced Practice Nurse im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum. In: *Pflege* 23, 385–391.
- Oevermann, Ulrich** (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 70–183.
- Offermanns, Matthias; Bergmann, Karl-Otto** (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Düsseldorf. Online verfügbar unter http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung_pflege_langfassungr.pdf, abgerufen 21. 04. 2016.
- Panfil, Eva-Maria; Meyer, Gabriele** (2010): Editorial: Advanced Nursing Practice in Deutschland: Fokussierung auf die juristischen Grenzen statt auf die Gestaltung des Möglichen. In: *Pflege* 23, 367–369.
- Poser, Hans** (2012): Wissenschaftstheorie: eine philosophische Einführung. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Reclam.
- Powers, Penny** (1999): Der Diskurs der Pflegediagnosen. Bern: Huber.
- Pracht, Gerlind; Bauer, Ullrich** (2009): Burnout im Klinikalltag: empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. In: *Pflege und Gesellschaft* 14, 67–85.
- Remmers, Hartmut** (2000): Pflegerisches Handeln: Wissenschafts- und Ethikkurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern: Huber.
- Reuschenbach, Bernd** (2012): Assessmentinstrumente. Hilfe oder Hemmschuh? In: *JuKiP* 1(3), 125–130.

- Rogalski, Hagen; Dreier, Adina; Hoffman, Wolfgang; Oppermann, Roman Frank** (2012): Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. In: *Pflege* 25, 11–21.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer** (2012): Themenreport Pflege 2030: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Unter Mitwirkung von Klie, Thomas, Göhner, Anne und Schumacher, Birgit, Gütersloh. Online verfügbar unter <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-7BF34348-E61606CE/bst/hs.xsl/nachrichten_114244.htm>, abgerufen 25. 04. 2016.
- Saake, Irmhild** (2003): Die Performanz des Medizinischen: zur Asymmetrie der Arzt-Patienten-Interaktion. In: *Soziale Welt* 54, 429–459.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 Kurzfassung. Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf>, abgerufen 23. 04. 2016.
- Sandel, Michael** (1982): *Liberalism and the Limits of Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas** (2003): *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK.
- Stemmer, Renate** (1999): Ganzheitlichkeit in der Pflege – unerreichbar, da unerreichbar? In: *Pflege und Gesellschaft* 4(4), 86–91.
- Stemmer, Renate; Schmid, Martin; Wolke, Reinhold** (2014): Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, Berichte aus der Pflege, Nr. 26. Mainz. Online verfügbar unter <https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_26.pdf>, abgerufen 28. 04. 2016.
- Streckeisen, Ursula** (2008): Legitime und illegitime Schmerzen: ärztliche und pflegerische Strategien im Umgang mit invasiven Maßnahmen bei Sterbenden. In: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, 191–213.
- ver.di** (2015): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Referentenentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Online verfügbar unter <<https://gesundheit-soziales.verdi.de/+file/+5669a6c64f5e924a0f000b2a/download/verdi-stn-RefE-PflBG.pdf>>, abgerufen 25. 04. 2016.
- Weber, Max** (1980): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. revidierte Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Weskamp, Andrea** (2016): Pflegeexperten im Einsatz. In: *Die Schwester, der Pfleger* 55(1), 40–43.
- Wolke, Reinhold** (2016): Ökonomische Dimension von Aufgabenneuverteilung und Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger im Krankenhaus. In: Stemmer, Renate; Rimmel-Faßbender, Ruth; Schmid, Martin; Wolke, Reinhold (Hg.): *Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen*. Heidelberg: Medhochzwei (im Erscheinen).

Zúñiga, Franziska; Jenni, Giovanna; Wiesli, Ursula; Schwendimann, René (2010):
Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeit-
pflege älterer Menschen in der Schweiz. In: *Pflege* 23, 375–383.

Über die Autorin und den Autor

Hans-Ulrich Dallmann, Dr. theol., Professor für Theologie und Ethik am
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Ludwigs-
hafen am Rhein. E-Mail: hans.dallmann@hs-lu.de.

Andrea Schiff, Dr. rer. pol., Professorin für Pflegewissenschaften am Fach-
bereich Gesundheitswesen der KatHO NRW, Abteilung Köln. E-Mail:
a.schiff@katho-nrw.de.