

Ursi Barandun Schäfer<sup>1</sup> (MNS), Anja Ulrich<sup>2</sup> (MNS), Barbara Meyer-Zehnder<sup>3</sup> (Dr. med.), Irena Anna Frei<sup>4,5</sup> (PhD, RN)

<sup>1</sup> Medizinische Querschnittsfunktionen, Operative Intensivbehandlung, Universitätsspital Basel, Schweiz

<sup>2</sup> Bereich Medizin, Universitätsspital Basel, Schweiz

<sup>3</sup> Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel, Schweiz

<sup>4</sup> Abteilung Praxisentwicklung Pflege/MTT, Universitätsspital Basel, Schweiz

<sup>5</sup> Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, Schweiz

## Ethische Reflexion von Pflegenden im Akutbereich – eine Thematische Analyse



- **Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?**  
Pflegende artikulieren im Alltag immer deutlicher ethische Probleme.
- **Was ist neu?**  
Die Befragung fokussiert ethische Fragen im pflegerischen Verantwortungsbereich und zeigt die Relevanz ethischer Fragen und Möglichkeiten zur Sensibilisierung auf.
- **Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**  
Die Sensibilität für ethische Fragen im pflegerischen Verantwortungsbereich kann und soll gefördert werden. Die Ergebnisse geben wertvolle Anregungen dafür.

**Hintergrund:** Im Pflegealltag werden ethische Herausforderungen immer deutlicher artikuliert. Pflegenden bringen Fragen zum pflegerischen Verantwortungsbereich jedoch selten zur systematischen Bearbeitung vor. Dies gab Anlass für eine Befragung ethisch engagierter Fachpersonen. Ziel: Anregungen zur Weiterentwicklung der Kompetenzen von Pflegenden in ethischen Reflexionen gewinnen. Methode: In zwei Fokusgruppen- und vier Einzelinterviews wurden 14 ethisch engagierte Fachpersonen befragt, darunter neun Pflegenden.

**Resultate:** Ethisch problematisch ist für Pflegenden, wenn Präferenzen der Patienten nicht berücksichtigt oder wenn Patientinnen zu etwas gezwungen werden und der Eindruck entsteht, dass Pflege Leiden verschlimmert. Diese Aspekte werden oft übersehen, weil die Konsequenzen nicht unmittelbar

sichtbar sind. Ethische Fragen aus dem pflegerischen Verantwortungsbereich werden häufig niederschwellig in informellen, unsystematischen Gesprächen unter Pflegenden angegangen. In Diskussionen zu den Therapiezielen engagieren sich Pflegenden selbstbewusst und die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird darin meist als partnerschaftlich erlebt. Dennoch zeigt sich das hierarchisch geprägte Rollengefüge zwischen Pflege und Medizin auch in Fragen der Ethik. Schlussfolgerung: Das Üben ethischer Reflexionen im Alltag, die strukturierte Gestaltung ethischer Fallbesprechungen und gezielte Fortbildungen können und sollen Pflegenden befähigen, ethische Fragen aus dem Verantwortungsbereich der Pflege wahrzunehmen, zu analysieren und Antworten zu finden.

**Schlüsselwörter:** Ethische Reflexion, Pflege, pflegerischer Verantwortungsbereich, qualitative Befragung, Pflegeethik

### Einleitung

Im pflegerischen Alltag sind ethische Herausforderungen alltäglich und werden immer deutlicher artikuliert. Wenn Pflegenden den Eindruck haben, dass die Patienten<sup>1</sup> nicht angemessen betreut werden, erleben sie moralischen Stress und Belastung (moral distress), (Tanner et al., 2014), jüngere Pflegenden stärker als Erfahrene (Ulrich et al., 2010). Gemäß der American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2008) ist moralischer Stress eines der Schlüsselthemen bezüglich der Arbeitsbedingungen.

Pflegenden erheben den berechtigten Anspruch, ihre Zweifel an der ethischen Angemessenheit von Diagnostik und Therapie – im folgenden ethische Zweifel genannt – im multiprofessionellen Diskurs auszudrücken. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2012) empfiehlt, Gremien zur systematischen interprofessionellen ethischen Entscheidungsfindung einzurichten, um eine ethisch angemessene Behandlung zu erzielen und das Personal ethisch zu entlasten.

Am Universitätsspital Basel (USB) wurde vor zehn Jahren die Methode METAP (Module, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess) mit vier Eskalationsstufen entwickelt (Reiter-Theil et al., 2011; Albisser Schleger et al., 2013, 2014). Bringt die ethische Reflexion auf einer Stufe keine Lösung, wird die Frage auf der nächsten angegangen: Stufe 1: strukturierte Selbstreflexion einer Fachperson. Stufe 2: strukturiertes Gespräch mit einer in Ethik geschulten Kollegin. Stufe 3: interprofessionelle ethische Fallbespre-

<sup>1</sup> Im Sinne der Geschlechtsneutralität und der besseren Lesbarkeit verwenden wir abwechselnd die weibliche und die männliche Form.

chung (eFB). Stufe 4: Ethikkonsilium durch ein Mitglied des Ethikbeirats des USB. Fundierte Grundlagen unterstützen die Reflexion auf allen vier Stufen (Albisser Schleger, Mertz, Meyer-Zehnder & Reiter-Theil, 2012).

Bei formalen eFB und informellen Gesprächen über Ethik fällt auf, dass Pflegende selten Fragestellungen ansprechen, die im pflegerischen Verantwortungsbereich liegen. Darunter verstehen wir in Anlehnung an die Definition professioneller Pflege (SAMW, 2004; Spichiger et al., 2006) Aufgaben, die Pflegende selbständig übernehmen: Förderung der Gesundheit, Vorbeugung gesundheitlicher Schäden, Unterstützung in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien.

Eine Analyse der Protokolle der Ethikkonsultationen des Ethikbeirates sowie der eFB METAP Stufe 3 einer der beiden Intensivstationen bestätigt: Keine der 47 Ethikkonsultationen und der 64 eFB wurde aufgrund einer pflegerischen Fragestellung initiiert. Obwohl immer Pflegende mitwirkten, wurden nur in 20 % der eFB-Protokolle pflegerische Aspekte dokumentiert. Dies gab Anlass, folgenden Fragen nachzugehen: Aus welchen Gründen beteiligen sich Pflegende engagiert an ethischen Reflexionen zu Fragen des ärztlichen Verantwortungsbereichs, und weshalb bringen sie kaum Fragen aus dem pflegerischen Verantwortungsbereich ein? 2. Wie lässt sich das ändern? Ziel war, durch die Befragung von Fachpersonen mit besonderem Engagement in klinischer Ethik Einsichten in und Anregungen zu ethischer Reflexion von Pflegenden zu generieren.

## Methode

Zur Darstellung der Sicht der Befragten und zum besseren Verständnis der Wirklichkeit eignet sich ein qualitati-

ver Ansatz (Flick, von Kardoff & Steinke, 2012). Für die Beantwortung der Fragestellungen planten wir Fokusgruppeninterviews mit Pflegenden und Einzelinterviews mit Vertreterinnen anderer Berufsgruppen. Alle sollten mehrjährige Erfahrung und besonderes Engagement in klinischer Ethik haben. Deshalb baten wir Mitglieder des Ethikbeirats sowie Kolleginnen, die sich bei der Entwicklung der Methode METAP beteiligten und/oder aktiv deren Umsetzung unterstützen, um Mitwirkung.

Wir wählten Fokusgruppen, um den Kollegen die Möglichkeit zu geben, sich gegenseitig anzuregen, die Gedanken der Anderen weiterzuentwickeln und im monoprofessionellen Kreis selbstkritische Überlegungen machen zu können (Flick, 2009). Aus organisatorischen Gründen (Schichtdienst etc.) führten wir zwei Fokusgruppeninterviews innerhalb einer Woche durch. Die Erst- und die Zweitautorin, beide Pflegefachpersonen mit Erfahrung in formaler ethischer Reflexion, leiteten gemeinsam die leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews. Die Nicht-Pflegenden interviewte die Erstautorin als Studienleiterin allein aufgrund der Annahme, dass so eher auch allfällige kritische Wahrnehmungen über andere Berufsgruppen geäußert werden. Der Fokus lag auf der Wahrnehmung von Pflegenden bei ethischen Reflexionen und darauf, wie diese ihre Sicht einbringen.

Die Fokusgruppeninterviews wurden wörtlich transkribiert, die Einzelinterviews sinngemäß dokumentiert. Eine Eingabe bei der Ethikkommission war nicht erforderlich, da weder Patientendaten noch persönliche Daten der interviewten Personen erhoben wurden. Die Teilnehmenden wurden bei der Anfrage zur Teilnahme und zu Beginn der Interviews auf die Vertraulichkeit und die Möglichkeit des Rückzugs der Teilnahme hingewiesen. Alle Befragten

gaben mündlich ihr Einverständnis für die Verwendung der Interviewdaten.

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die «Thematische Analyse», einem flexiblen Analyseansatz nach Braun und Clarke (2006, 2013). Im Gegensatz zu anderen qualitativen Analysemethoden ist kein expliziter theoretischer oder philosophischer Rahmen nötig, und das pragmatische, induktive siebenstufige Vorgehen passt hier gut (Braun & Clarke, 2013). Als Vorbereitung auf die Interviews und zu einem reflexiven Umgang mit den Daten hatten alle vier Autorinnen im Voraus und unabhängig voneinander ihre Annahmen zu den Fragestellungen formuliert.

## Ergebnisse

Im Herbst 2014 fragten wir 16 Pflegende für die Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview und neun Vertreterinnen anderer Berufe für ein Einzelinterview an. Neun Pflegende und fünf Personen anderer Berufe nahmen teil. Die Pflegenden, alle mit einer Ausnahme aus dem Bereich Intensivpflege, arbeiten in der direkten Pflege, in der Berufsbildung, in der Praxisentwicklung oder als Stations- und Abteilungsleitung. Die Nicht-Pflegenden sind in den Bereichen klinische Psychologie, Seelsorge, klinische Ethik und im ärztlichen Dienst tätig und haben einen engen Bezug zum Arbeitsbereich der befragten Pflegenden. Alle Interviewten haben eine Weiterbildung zu und vertiefte Erfahrung mit ethischen Fallbesprechungen. Die Fokusgruppeninterviews dauerten 75 und 90 Minuten, die Einzelinterviews 20 Minuten bis eine Stunde. Die Diskussion in den Fokusgruppen verlief naturgemäß unterschiedlich, brachte jedoch ähnliche Themen und Aussagen hervor.

Bei der Darstellung der Resultate priorisieren wir die Daten der Pflegenden.

Die Zitate sind mit «F» für Fokusgruppeninterview und «E» für Einzelinterview gekennzeichnet; ergänzend findet sich bei Zitaten aus Fokusgruppeninterviews die Angabe der Zeile im Transkript.

### Relevanz ethischer Fragen im Pflegealltag

«Wenn Pflege Leiden verschlimmert, statt lindert»

Ethische Probleme im pflegerischen Bereich entstehen aus Sicht der Befragten, wenn Patientenpräferenzen im Widerspruch zum Pflegebedarf stehen, das heißt, wenn sich Patienten gegen Pflegemaßnahmen wehren, nicht kooperativ oder aggressiv sind oder zu etwas gezwungen werden müssen. Ethisch belastend ist, wenn Patienten scheinbar leiden z.B. an Stress, Schmerzen, Angst, «wenn das Prädikt «Pflege lindert Leiden» verletzt wird» (F2, 262) und man den Eindruck hat, dass Patienten «gequält» werden (F2, 263). Das ist ethisch umso problematischer, je länger der Widerstand oder das Leiden anhalten und/oder der Erfolg der medizinischen Therapie infrage gestellt wird. Widerstand gegen einzelne Maßnahmen, respektive der Zwang zu deren Durchführung wird ethisch weniger problematisch erlebt als eine insgesamt fraglich sinnvolle Therapie.

Weiter empfinden es Pflegende als ethisch problematisch, wenn sie Patientinnen wegen Personalengpässen nicht so betreuen können, wie sie es für richtig halten. Gemäß Aussagen von Nicht-Pflegenden kommt es vor, dass hinter einem ethischen Zweifel primär die Belastung der Pflegenden steht und nicht die des Patienten.

Viele Probleme lassen sich nicht trennen in «pflegerische» oder «ärztliche», sie greifen ineinander über. «Es gibt Mischsachen, wo man nicht unbedingt sagen kann, das ist rein medizinisch

oder pflegerisch» (F1, 86-7); «Ethik ist nicht teilbar» (F1, 515), z.B. Patientenverfügungen, Abwehr bei Delir, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und die prognostizierte Lebensqualität. Jedoch beschreiben alle Befragten, dass Pflegende und Ärztinnen einen unterschiedlichen Fokus haben. Ärztinnen fokussieren typischerweise auf die Erreichung der Therapieziele, Pflegende auf die Auswirkungen der Behandlung und die Belastung für den Patienten. Weiter stellen Pflegende «schneller die gesamte medizinische Behandlung in Frage» (E1). Sie lösen eine eFB aus, «wenn sie in Not sind» (E3). Ärzte machen das, wenn sie uneinig sind oder um sich juristisch abzusichern.

«Wir nehmen unsere Arbeit teilweise zu wenig wichtig» (F2, 129-30) versus «Es läuft auch ganz viel ... niederschwellig ab» (F1, 257).

Pflegende nehmen ethische Fragen aus dem eigenen Bereich nicht so wichtig wie Therapieentscheide, «auch wenn das Problem brennt» (E3). Man ordnet den Umgang mit Widerstand gegen pflegerische Handlungen dem medizinischen Ziel unter. «Wir nehmen uns selbst nicht so ernst» (F2, 154) und «sie trauen sich nicht» (F2, 137), ihre Probleme anzuführen, respektive «sie kommen sich blöd vor» (E4), nach einer Diskussion über Leben und Tod Widerstand gegen Mundpflege zu thematisieren. Als möglichen Grund dafür sehen die Befragten, dass ethische Entscheidungen zu Pflegemaßnahmen weniger unmittelbare Konsequenzen haben. Sie sind weniger vital als Entscheidungen über ärztliche Therapien, bei denen es «ums Ganze» geht (F1, 28).

Gleichzeitig beschreiben die Befragten, dass Pflegende ihre Fragen niederschwellig lösen, «ad hoc» (F1, 178) mit den Patienten, mit Kolleginnen oder mit der Ärztin. Dieses niederschwellige Vorgehen senkt die Hemmschwelle, ethische Fragen anzusprechen und ist einfacher zu organisieren. Zudem

schätzen Pflegende formale Gremien zur ethischen Reflexion und beteiligen sich gerne daran. Dass dort pflegerische Fragestellungen kaum thematisiert werden, wird als Ausdruck davon erlebt, dass Pflegende Fragen zur Pflege weniger wichtig nehmen. Die befragten Pflegenden beklagen das unsystematische Vorgehen und die geringere Perspektivenvielfalt solcher informeller Reflexionen: «Ich glaube, dass wir manchmal gar nicht darüber nachdenken, was für Konsequenzen es hat» (F1, 165-6).

«Hierarchisch» (F2, 171) versus «Jeder ... ist gleich wichtig» (E4).

Die berufliche Sozialisation spielt auch bei der ethischen Reflexion eine wichtige Rolle. Das historisch-hierarchische Gefälle setzt sich durch die Verordnungs- und Delegationsmacht der Ärzte fort, auch wenn das Verhältnis heute viel kollegialer ist als früher. Pflegende sind bei eFB genauso wichtig wie die Chefarztin, aber die Pflegenden fühlen sich noch nicht «als Gleichwertige in diesen Diskussionen» (F1, 155). «Die Power Distanz ist einfach eine Realität» (E4). So kommt es vor, dass ein Chefarzt entsprechende Anliegen von Pflegenden ignoriert und alleine bestimmt, welche Situation in einer eFB besprochen wird.

Dem gegenüber steht die Beobachtung, dass Pflegende selbstbewusster und die Zusammenarbeit besser geworden ist. «Es gibt Pflegende, die die Chefarzt[visite] nutzen ... damit verschaffen Sie sich Gehör» (E1). «Man [Pflegende] kann schon gut mit ihnen [Ärzten] reden, ... wenn die Argumentation gut ist» (F2, 178-9). «Man sitzt zusammen an einem Tisch» (E2). Ärzte, die gute Erfahrung mit ethischen Fallbesprechungen machen, geben ihre negative Einstellung dazu auf: «... macht dieser Oberarzt eine gute Erfahrung im Gespräch und gibt das so weiter und dann bewegt sich auch ... etwas» (F2, 158-9).

Gemäß den Befragten machen Pflegende Ärztinnen mitunter vorschnell Vorwürfe, ohne sich vorher vertieft mit der Situation auseinanderzusetzen. «Für manche ist [das] einfacher, als sich mit der Situation auseinanderzusetzen» (F2, 72). Andere scheinen davon auszugehen, dass «die Pflege die Moral gepachtet» (F2, 321) hat. Eine Pflegende fragt kritisch, weshalb manche erst im Konfliktfall bereit sind zur sorgfältigen Argumentation, statt sich vorher als Gleichwertige mit Ethik auseinanderzusetzen.

Alle Befragten befürworten, dass ethisch problematische Situationen im interprofessionellen Team besprochen werden und betonen, dass die Perspektive der Pflegenden eine wichtige Ergänzung ist. Pflegende bringen ethische Zweifel emotionaler zur Diskussion als Ärztinnen. Das erklärt sich durch ihre größere Nähe zum Patienten. Für einen befragten Nicht-Pflegenden liegt das explizit nicht am geringeren Grundwissen in Ethik, sondern an den unterschiedlichen Aufgaben. Die Befragten fänden es sinnvoll, auch ethische Reflexion zu Pflege vermehrt interprofessionell zu besprechen und würden sich auch gerne daran beteiligten.

#### **Sensibilität für ethische Fragen fördern**

Ethische Fragen aus dem Bereich Pflege werden häufig nicht als solche wahrgenommen, nicht explizit thematisiert, nicht systematisch besprochen und nicht dokumentiert. Widerstand wird oft aus Gewohnheit «als Sachzwang» (F1, 96) überwunden. Es wird nicht als ethisches Dilemma, sondern als fachliche Aufgabe wahrgenommen, sich bei Widerstand des Patienten durchzusetzen. Manche Pflegende sind sich kaum bewusst, welche Folgen ihre Maßnahmen haben können. «Es kann sehr wohl Konsequenzen haben, ob jemand angebunden wird oder nicht» (E4). Demgegenüber wirken

Pflegende mit viel Gespür präventiv, indem sie die Patienten vor Überforderung schützen und so deren Kooperationsfähigkeit aufrechterhalten. «Ethik ... [geht dann] sehr ins Fachliche» (F2, 383–4).

Manchmal werden Pflegeethemen nicht angesprochen wegen der falschen Vorstellung, bei eFB ginge es immer um Therapieabbruch. Bei Ablehnung von Pflegemaßnahmen wird die Urteilsfähigkeit oft nicht so sorgfältig erhoben wie bei Ablehnung ärztlicher Therapie – gemäß der Befragten ein Beleg für relevante Wissensdefizite der Pflegenden.

«Man kann Pflegende befähigen» (F2, 307).

In Aus-, Weiter- und Fortbildungen können und sollen Pflegende befähigt werden, «die Finessen von Pflegehandlungen und ihre ethische Dimension» zu erkennen (F1, 522-3), Fragen zu formulieren und zwischen der Belastung der Patientin und der eigenen zu unterscheiden. Sie sollen lernen, eine ethische Reflexion vorzubereiten, für die Interessen der Patienten und ihre eigenen aktiv einzustehen und diese so zu vertreten, dass Ärztinnen sie hören und ernst nehmen.

Auch gilt es Strukturen des Alltags, wie Pflegevisite oder Sozialrapport, durch Ansprechen ethischer Dimensionen, wie die Lebenswelt des Patienten und sein Wille bezüglich Behandlung und Betreuung, zu nutzen. Ziel ist, «Freude [zu] wecken am Differenzierter-Sein» (F2, 485). Pflegende wissen oft erstaunlich wenig über die Patientinnen, die sie betreuen. Also geht es auch um das Interesse, die Patienten besser zu kennen.

Pflegende mit Engagement zu Ethik können als Vorbild wirken, indem sie auf ihre Sprache achten, Diskussionen strukturieren und Emotionales rational analysieren. Sie sollen eFB initiieren, «bevor die Katastrophe passiert ist» (E3) und sich – wo nötig – «[mit

diese[r] gewisse[n] Hartnäckigkeit» dafür einsetzen (F2, 163). Führungs- und Bildungsbeauftragte können das Thema explizit bei Visiten und Rapporten oder auch als Jahresziel einbringen.

«Man kann nicht oft genug üben» (E2).

Es trägt zur Sensibilisierung und zur Kompetenz bei, wenn die ethische Dimension an pflegefachlichen Fallbesprechungen systematisch besprochen wird. Die strukturierte Form wirkt in den Alltag; strukturierte Reflexion trägt zum Verstehen ethischer Begriffe und Argumentation bei. Bei interprofessionellen eFB wächst das gegenseitige Verständnis über die eigene Perspektive hinaus: «Es kommt auf beiden Seiten zu einem Aha-Effekt» (F1). Je häufiger eFB stattfinden, desto besser haben auch Fragen zu Alltäglichem Platz. Die Moderatoren von eFB können die Sensibilität fördern, indem sie die ethische Dimension von Pflege bewusst ansprechen und das dazu Besprochene auch ins Protokoll aufnehmen.

«Es kommt auf die ethische Vorbildung und Erfahrung an ... bei Ärzten ist das nicht anders» (E4).

Alle Befragten berichten, dass das Verhalten von Pflegenden bei ethischen Reflexionen sehr heterogen ist. Es reicht von unqualifiziertem Vertreten vorschneller Urteile bis zum differenzierten Argumentieren sorgfältig abgewogener Einschätzungen.

Wichtige Voraussetzungen dafür, dass Pflegende «professionell, auf Augenhöhe, verantwortlich für sich, verantwortlich für den Patienten» (F2, 309-10) über Ethik diskutieren und auch ihre Zweifel zu pflegerischen Maßnahmen einbringen, sind gemäß den Befragten Interesse, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Manche Pflegende vermuten wohl, dass sich Ärzte nicht für ethische Aspekte von Pflege interessieren. Andere betonen, dass «Informationen zur Lebenswelt auch für Ärzte bereichernd [sind]» (E3). Manchmal werfen

Pflegende Ärzten Paternalismus vor. Mehrere Befragte geben jedoch an, dass es auch unter Pflegenden paternalistisches Verhalten gibt. Deshalb ist Selbstreflexion wichtig: «*Gehe ich von meinen Vorstellungen oder von der Perspektive des Patienten aus?*» (E4).

## Diskussion

Wir befragten Fachpersonen, die sich in klinischer Ethik besonders engagieren, zur ethischen Reflexion von Pflegenden. Mittels «Thematischer Analyse» konnten wir Themen, Muster und Anregungen zu unseren Fragen erkennen. Zu den Themen, die aus unserer Studie als ethisch belastend für Pflegende resultieren, finden sich einige Übereinstimmungen mit einer systematischen Übersicht (Rees, King & Schmitz, 2009) und jüngeren Einzelstudien (Fernandes & Moreira, 2012; Park, Jeon, Hong & Cho, 2014; Ulrich et al., 2010): a) Behandlung am Lebensende, b) Zusammenarbeit mit Ärztinnen: Fokus auf Leben-Retten und Heilung, Verweigerung ethischer Reflexion, Über- und Unterversorgung, c) Recht auf Informationen und Selbstbestimmung, d) Zusammenarbeit mit Patientinnen und Angehörigen, e) Palliative Care, f) ungenügende Qualität wegen Personalmangel, g) Haltung in der Organisation, wie auf Routine ausgerichtete Betreuung und h) Zusammenarbeit mit Kollegen, z. B. Hierarchie, Aufteilung von Verantwortung. Ethische Themen im primär pflegerischen Bereich nennen Heindl und Ruppert (2012) «die kleinen ethischen Entscheidungen», die in der (Intensiv-)Pflege anfallen. Neben konkreten Beispielen zu Körper- und Behandlungspflege, Besuchszeit und Angehörigen sowie Visite und Übergabe führen sie als übergreifende pflegeethische Themen Kommunikation mit und über die

Patienten, Wahrung der Intimsphäre und Wahrung der Würde auf.

Mit den Resultaten einer Befragung derselben Gruppe (Ruppert, Heindl & Kozon, 2012) deckt sich, dass ethische Probleme nicht immer erkannt und thematisiert werden. Werden sie erkannt, ist ein weiteres Muster, dass sie oft niederschwellig durch informellen Austausch bearbeitet werden. Ruppert et al. (2012) stellen auch fest, dass Entscheidungsprozesse oft unstrukturiert und informell ablaufen und entsprechend schwer nachvollziehbar sind. Um die niederschwellige Bearbeitung effektiver zu gestalten, kann eine systematische Reflexion anhand der Fragen des Reflexionsmodells von Rolfe, Freshwater und Jasper (2001) beitragen: «*What? So what? Now what?*» (Was liegt vor? Gedanken, Gefühle und Beurteilungen, Ideen oder Theorien dazu? Was kann helfen, was lernen wir daraus?).

Auffallend ist, dass Pflegende sich weniger am Widerstand der Patienten gegen einzelne Maßnahmen zu stören scheinen, solange sie das Therapieziel für erreichbar halten. Urteils- und Autonomiefähigkeit der Patienten, die bei der Abwägung ärztlicher Entscheidungen dazu gehören, sind dabei kaum Thema. Das weist darauf hin, dass sich Pflegende unter Umständen nicht bewusst sind, dass urteilsfähige Patienten das Recht haben, Pflegemaßnahmen abzulehnen. Das könnte ein möglicher «kollektiver blinder Fleck» sein, insbesondere bei der Betreuung schwerkranker Patientinnen, deren Urteilsfähigkeit in Bezug zu Pflegemaßnahmen oft, aber nicht immer eingeschränkt ist.

Die Befragten nannten einige Ideen zur Sensibilisierung der Pflegenden für ethische Fragen aus dem eigenen Bereich. Die Pflegenden verbringen zwar mehr Zeit mit den Patientinnen als Ärztinnen und erleben dadurch mehr Emotionalität. Das bedeutet nicht im-

mer, dass sie die Lebensumstände und die Präferenzen der Patientinnen auch wirklich kennen. Es gilt, ihr Interesse daran zu wecken. Dies bereichert die Pflegearbeit, befähigt Pflegende dazu, bei Therapieentscheiden partnerschaftlich mitzureden, Entscheidungen zur Pflege professionell zu treffen und reduziert den moralischen Stress. Die unterschiedliche Perspektive von Ärzteschaft und Pflegenden hinsichtlich ethischer Fragen zeigt sich auch in einer quantitativen Studie von Sauer (2014). Er betont, dass diese nicht einfach zu überwinden ist und plädiert dafür, die Kompetenz in ethischer Reflexion zu fördern. Auch Rees et al. (2009) postulieren, dass moralisches Wohlbefinden abhängig ist von der Fähigkeit, ethische Probleme zu lösen. Die von uns Befragten betonen, dass sich ethische Kompetenz fördern lässt. Die Evaluation der Methode METAP (Tanner et al., 2014; Meyer-Zehnder, Barandun Schäfer, Albisser Schlegler, Reiter-Theil & Pargger, 2014) zeigt, dass praktizierte Alltagsethik von den Mitarbeitenden geschätzt wird und sie im Umgang mit ethischen Fragen und moralischem Stress unterstützt. Das bestätigt das Postulat unserer Befragten: Ethische Reflexion kann man gar nicht genug üben. Ein anderer Ansatz zur Sensibilisierung ist, ethische Konsilien zu häufigen ethischen Problemen auf der Metaebene zu machen, beispielsweise zum Umgang mit Widerstand gegen Mundpflege (Barandun Schäfer et al., 2011).

Die Ergebnisse sind limitiert, da die meisten befragten Pflegenden in der Intensivpflege und alle befragten Nicht-Pflegenden im Akutbereich tätig sind. Der Umfang der Untersuchung ist klein. Nichtsdestotrotz hat sie reichhaltige Einblicke zu einem Thema generiert, das in der Literatur wenig Beachtung findet. Die Aussagen der befragten Pflegenden und Nicht-Pflegenden stimmen auffallend überein

und viele meinten, die Befragung habe sie für das Thema sensibilisiert.

### Schlussfolgerungen

Pflegemaßnahmen haben eine ethische Dimension, wenn auch die Folgen (beispielweise posttraumatische Belastungsstörung als Folge von Fixation) oft erst später zu Tage treten, und die Zusammenhänge nicht immer erkennbar sind. Eine systematische ethische Reflexion hat den Vorteil, dass sie auch nach primär Verdecktem fragt. Interprofessionelle Reflexion bringt Perspektivenvielfalt und trägt zudem dazu bei, die Relevanz der Pflege aufzuzeigen. Pflegende interessieren sich sehr für ethische Reflexion. Gelingt es, sie für die ethischen Fragen des eigenen Bereiches zu sensibilisieren, gilt dies sicherlich auch für die Auseinandersetzung zu spezifischen ethischen Fragen zur Pflege.

Zur Sensibilisierung eignen sich die gezielte Aus- und Fortbildung, die Unterstützung im Alltag durch bewusstes Ansprechen potenzieller ethischer Fragen, die Strukturierung der niederschweligen Bearbeitung ethischer Fragen sowie die Schaffung und Nutzung spezifischer Strukturen wie Fallbesprechungen und klinische Ethikkonsultationen. Weiter sind die Vorbildfunktion von Führungs-, Fach- und Bildungsverantwortlichen sowie die Integration gelebter ethischer Reflexion in die Alltagsstrukturen wichtig.

### Interessenskonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenskonflikte.

### Beitrag der einzelnen Autorinnen

Konzeption der Untersuchung, Durchführung der Interviews: UBS, AU

Datenanalyse und Verfassen des Manuskriptes: UBS

Begleitung im Analyseprozess und kritische Kommentierung des Manuskriptentwurfs: AU, MBZ, IAF

### Acute care nurses' ethical reasoning: a thematic analysis

**Background:** In the day-to-day course of nursing, ethical issues are being openly articulated to a growing extent. However, nurses only rarely systematically address these issues. This subject was explored in interviews with professionals who have a particular focus on ethics.

**Objective:** Gain input for further developing the skills of nursing staff in ethical reasoning.

**Method:** In two focus groups and four individual interviews, we questioned 14 professionals, including nine nurses, who have a special interest in ethics.

**Results:** Nurses find it ethically problematic when the wishes of patients are not respected or something is forced on them, creating the impression that the care being given is exacerbating rather than alleviating the patient's suffering. These problematic aspects are often overlooked because the consequences of the action in question are not immediately apparent. Ethical issues in nursing are often addressed in informal, non-systematic discussions among nursing staff. Nurses actively and confidently engage in discussions on treatment goals, and the teamwork with doctors is usually experienced as being based on mutual respect and partnership. The inherent hierarchical role differences between

nursing and medical staff nevertheless manifest in ethical issues.

**Conclusion:** Through the practical application of ethical reasoning in day-to-day nursing, structured discussions of the ethical aspects of cases and dedicated further education, nurses should learn to better recognise ethical issues in nursing and effectively analyse them and find solutions.

**Key words:** clinical ethics, nursing care, qualitative research, nursing ethics

### Literatur

- Albisser Schleger, H.; Mertz, M.; Meyer-Zehnder, B.; Reiter-Theil, S. (2012). Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungsfindungen am Krankenbett. Berlin: Springer.
- Albisser Schleger, H.; Meyer-Zehnder, B.; Tanner, S.; Mertz, M.; Schnurrer, V.; Pargger, H.; Reiter-Theil, S. (2013). Massgeschneiderte klinische Alltagsethik. *Krankenpflege*, (5), 12 – 16.
- Albisser Schleger, H.; Meyer-Zehnder, B.; Tanner, S.; Mertz, M.; Schnurrer, V.; Pargger, H.; Reiter-Theil, S. (2014). Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. *Bioethica Forum*, 7 (1), 27 – 36.
- AACN. (2008). Moral Distress. AACN Public Policy Position Statement. American Association of Critical Care Nursing (AACN). [www.aacn.org/wd/practice/docs/moral\\_distress.pdf](http://www.aacn.org/wd/practice/docs/moral_distress.pdf) [30.11.2014].
- Barandun Schäfer, U.; Gügel, R.; Pasini, D.; Schärli, D.; Steiner, L.; Uhl, S.; Wenger, A.; Woodtli, S.; Reiter-Theil, S. (2011). Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – am Beispiel Mundpflege. In: Stutzki, R.; Ohnsorg, K.; Reiter-Theil, S. (Hrsg.). *Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis*. Münster: Lit Verlag.
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77 – 101.

- Braun, V.; Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Fernandes, M. I. D.; Moreira, M. P. B. (2012). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, 20 (1), 72–82.
- Flick, U. (2009). *Qualitative Research* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (2012). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Berlin: Rowohlt.
- Heindl, P.; Ruppert, S. (2012). «Kleine ethische Entscheidungen» auf der Intensivstation. *Intensiv-News*, (1), 28–30.
- Meyer-Zehnder, B.; Barandun Schäfer, U.; Albisser Schleger, H.; Reiter-Theil, S.; Pargger, H. (2014). Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation – Vom Versuch zur Routine. *Der Anaesthesist*, 63 (6), 477–487.
- Park, M.; Jeon, S.; Hong H, Cho S. (2014). A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nursing Ethics*, 21 (5), 594–607.
- Rees, J.; King, L.; Schmitz, K. (2009). Nurses' perception of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16 (4), 436–52.
- Reiter-Theil, S.; Mertz, M.; Albisser-Schleger, H.; Meyer-Zehnder, B.; Kressig, R.; Pargger, H. (2011). Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann. *Ethik in der Medizin*, 23 (2), 93–105.
- Rolfe, G.; Freshwater, D.; Jasper, M. (2001). *Critical reflection for nursing and the helping professions: a user's guide*. Basingstoke: Palgrave.
- Ruppert, S.; Heindl, P.; Kozon, V. (2012). Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen. *Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik*, 19 (2), 97–105.
- SAMW (2004). *Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Projekt «Zukunft der Medizin Schweiz»*. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW (2012). *Ethische Unterstützung in der Medizin. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)*. [www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-guel-tige-Richtlinien.html](http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-guel-tige-Richtlinien.html) [07.10.2014].
- Sauer, T. (2014). Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. *Empirische Daten und theoretische Überlegungen. Ethik in der Medizin*. doi: 10.1007/s00481-014-0291-y
- Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R.; De Geest, S. und die Gruppe «Zukunft Medizin Schweiz» der SAMW (2006). *Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege*, 19 (1), 45–51.
- Tanner, S.; Albisser Schleger, H.; Meyer-Zehnder, B.; Schnurrer, V.; Reiter-Theil, S.; Pargger, H. (2014). Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109 (5), 354–63.
- Ulrich, C. M.; Taylor, C.; Soeken, K.; O'Donnell, P.; Farrar, A.; Danis, M.; Grady, Ch. (2010). *Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. Journal of Advanced Nursing*, 66 (11), 2510–2519.

### Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die Analyse und Zusammenfassung der reichhaltigen Interviewdaten.

### Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Mehr systematische interprofessionelle Reflexion ethischer Fragestellungen zum selbständigen Bereich der Pflege.

### Was empfehlen Sie den LeserInnen zum Weiterlesen/Vertiefen?

Sauer, T. (2014). Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. *Empirische Daten und theoretische Überlegungen. Ethik in der Medizin*, 27 (2), 123–140.



### Korrespondenzadresse

Ursi Barandun Schäfer  
Operative Intensivbehandlung  
Departement Anästhesie  
Universitätsspital Basel  
Spitalstr. 21  
4031 Basel  
Schweiz

[Ursi.BarandunSchaefer@usb.ch](mailto:Ursi.BarandunSchaefer@usb.ch)