

Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen

Empirische Daten und theoretische Überlegungen

Timo Sauer

Eingegangen: 6. Mai 2013 / Angenommen: 21. Oktober 2013 / Online publiziert: 9. Februar 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Zusammenfassung Pflegende und Ärzte haben in der beruflichen Alltagspraxis unterschiedliche Perspektiven. Dies zeigt sich insbesondere in ethisch relevanten Entscheidungssituationen, in denen sie oft zu grundlegend unterschiedlichen Urteilen kommen. Aus dieser „Unterschiedlichkeit der Perspektiven“ können in der beruflichen Alltagspraxis mitunter erhebliche Dissonanzen entstehen, die einer konstruktiven Zusammenarbeit im Wege stehen. Die vorliegende Arbeit will zum einen den in der Praxis der klinischen Ethik gewonnenen Eindruck und die daraus formulierte These einer „perspektivischen Differenz“ empirisch nachweisen. Um dies zu leisten, wurde am Universitätsklinikum Frankfurt eine quantitative Erhebung durchgeführt. Zum anderen sollen die empirischen Ergebnisse zur Erklärung in einem weiteren theoretischen Kontext verortet werden. Hierfür wird im Anschluss an Bourdieu das Habituskonzept rekonstruiert, um zu erklären, warum die perspektivische Differenz weder unmittelbar wahrgenommen wird noch ohne weiteres überwunden werden kann. Die These der perspektivischen Differenz wird durch die empirische Studie gestützt. Dieser Sachverhalt ist insbesondere vor dem Hintergrund der habitustheoretischen Rekonstruktion von erheblicher Relevanz für die klinische Ethik, die einerseits Verfahren zur diskursiven Bearbeitung ethischer Konflikte in der klinischen Praxis und andererseits Konzepte für die medizinethische Fortbildung anbietet.

Schlüsselwörter Ärztliche und pflegerische Ethik · Perspektivische Differenz · Habitus · Moral Distress · Interdisziplinarität

Diese Arbeit ist eine gekürzte Version der Dissertationsschrift des Autors aus dem Jahr 2011 [23].

Dr. rer. med. T. Sauer, M. A. (✉)
Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Universitätsklinikum Frankfurt am Main,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Deutschland
E-Mail: Timo.Sauer@kgu.de

On the different perspectives of perception by nurses and physicians – Empirical data and theoretical implications for clinical ethics

Abstract *Definition of the problem* Nurses and physicians approach their daily professional lives from different perspectives. This becomes especially apparent in ethically charged decision-making situations, where nurses and doctors often arrive at different conclusions. Significant dissonance can sometimes arise in daily professional practise as a result of these differences in perspective, which can stand in the way of constructive collaboration. *Arguments* One aim of the present study is to attempt to empirically confirm the impression derived from the practice of clinical ethics and the theoretical hypothesis of different perspectives. To accomplish this, a quantitative survey has been conducted at the Frankfurt University Hospital. In addition, the study will try to situate the empirical findings within a broader theoretical context. For this purpose, Bourdieu's concept of habitus will be reformulated in order to explain why this difference in perspectives is neither directly perceived nor readily overcome. *Conclusion* The hypothesis of differences in perspective will be supported through the empirical study. Particularly in the context of its reformulation through habitus theory, this issue takes on major relevance for clinical ethics, as it attempts to provide discursive procedures for the resolution of ethical conflicts in clinical practice and develop models for advanced training in medical ethics.

Keywords Nursing and medical ethics · Differences in perspective · Habitus · Moral distress · Interdisciplinarity

Einleitung

Pflegende nehmen in der klinischen Praxis auftretende ethische Fragestellungen anders wahr als Ärzte. Besonders in Fragen der Therapiebegrenzung scheinen Pflegende früher und eindeutiger zum Schluss zu kommen, dass aus „ethischen Gründen“ auf den Beginn oder die Fortsetzung von therapeutischen Maßnahmen zu verzichten ist. Diese klinische Alltagswahrnehmung lässt sich ansatzweise durch empirische Studien belegen. Daher soll arbeitshypothetisch von einer perspektivischen Differenz gesprochen werden, von einer regelmäßigen und regelhaften Unterschiedlichkeit der Blickwinkel von Pflegenden und Ärzten auf ethische Fragestellungen und Konflikte der klinischen Praxis.

Relevant ist dieser Sachverhalt mindestens in zweierlei Hinsicht: Zum einen, weil die Unterschiedlichkeit der Perspektiven unmittelbaren Einfluss auf Entscheidungsprozesse haben kann, und zum anderen, weil die Pflegenden zwar eine eigene Situationseinschätzung haben, aufgrund der etablierten „Arbeitsteilung“ im Gesundheitswesen jedoch primär nach der Situationseinschätzung der Ärzte arbeiten müssen. Dies kann zusätzlichen moralischen Stress („moral distress“) erzeugen.

Die vorliegende Arbeit will den Alltagsbefund auf eine empirische Basis stellen und die Alltagswahrnehmungen aus der klinischen Ethik durch eine gezielt auf diese Fragestellung zugeschnittene Erhebung reproduzieren. Im Anschluss sollen die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Erhebung in einen weiteren theoretischen Kontext gestellt werden.

Empirischer Teil

Methodik und Rücklauf

Die in der Einleitung angedeutete klinische Alltagswahrnehmung der Unterschiedlichkeit der Perspektiven zeigt sich in Ansätzen in verschiedenen Studien zur klinischen Ethik ([1, 5] und insbesondere [18]), jedoch ohne dass Erkenntnisse zu diesem Sachverhalt im Focus der Studien gestanden hätten. Darauf aufbauend wurde ein Fragebogen entwickelt, um Daten zur Wahrnehmung bzw. Einschätzung von „Ethischen Konflikten im Klinikalltag“ mit einem speziellen Fokus auf die perspektivische Differenz an einer Klinik der Maximalversorgung zu erheben. Der Bogen enthält acht Elemente. Als Einstieg in die Thematik werden die Berufserfahrung, die Arbeitsbelastung und die Arbeitszufriedenheit thematisiert. In der zweiten Frage werden die Häufigkeit und die Intensität des Erlebens von ethischen Konflikten erfragt. Bei der dritten Frage werden den Teilnehmern 14 mögliche Konfliktinhalte angeboten, die nach der Häufigkeit des Vorkommens zu bewerten sind. In der vierten und fünften Frage werden in analoger Weise sieben mögliche Konfliktbeteiligte und zehn mögliche Konfliktursachen zur Beurteilung angeboten. Anschließend wird der mögliche Einfluss ethischer Konflikte auf die Qualität der Arbeit und die Arbeitszufriedenheit angesprochen, gefolgt von der Frage nach dem Bedarf an klinischer Ethikberatung. Am Ende folgen Fragen zur Person (Geschlecht, Alter, Beruf, Funktion, Fachqualifikation, Fachabteilung, Einsatzgebiet). Die Zielgruppe waren Angehörige des ärztlichen und pflegerischen Dienstes. Auf andere akademische oder nicht-akademische Gesundheitsfachberufe (Operationstechnische oder Anästhesietechnische Assistenten, Hebammen, Physiotherapeuten etc.) wurde aus Komplexitätsgründen bewusst verzichtet. Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer Erhebung in bestimmten klinischen Bereichen. Die Auswahl erfolgte nach einem vermuteten hohen Aufkommen von ethischen Fragestellungen. Der Fragebogen wurde im Januar 2010 an alle 796 Mitarbeiter (407 Mediziner und 389 Pflegende) der „Bereiche“ Onkologie und Intensivmedizin ausgegeben. Beigelegt waren ein adressierter Rückumschlag und ein erläuterndes Anschreiben, in dem auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde. Die Rücklaufquote betrug Ende März bei 282 eingegangenen Fragebögen 35,42%. Von den 282 eingegangenen Fragebögen stammen 168 (59,5%) von Pflegenden, 111 von Medizinern (39,4%) und drei (1,1%) von Einsendern, die zum beruflichen Kontext keine Angaben gemacht haben.

Von den 168 von Pflegenden eingesandten Fragebögen stammen 136 (48,2%) aus der Gruppe der Erwachsenenpflege und 32 (11,3%) aus der Gruppe der Kinderkrankenpflege. Für die Auswertung wurden die Datensätze der 32 Kinderkrankenpflegenden und der drei Personen, die keine Angaben gemacht hatten, ausgeschlossen. Gespräche mit Pflegenden der Kinderklinik ergaben, dass die Kinderkrankenpflege nicht nur eine Spezialisierung der allgemeinen Krankenpflege darstellt, sondern ein sehr eigenständiges Ausbildungsprofil besitzt. Entsprechend nehmen sich die Kinderkrankenpflegenden auch als eigenständige Berufsgruppe wahr. Daher wurden in Analogie zu den anderen Gesundheitsfachberufen die Kinderkrankenpflegenden ausgeschlossen. Da die Kinderärzte keine eigenständige Berufsgruppe darstellen, sondern eine Spezialisierung des ärztlichen Berufs, wurden sie in den Datensätzen belassen. Die Datensätze reduzieren sich daher auf $N=247$, worin 111 Mediziner (44,9%) und 136 Pflegende (55,1%) enthalten sind.

Im Hinblick auf die Anzahl der angeschriebenen Mitarbeiter hat sich die Gruppe der Pflegenden etwas stärker an der Fragebogenerhebung beteiligt. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer ist weiblich: 128 Frauen (51,8%) und 119 Männern (48,2%). Allerdings haben sich in beiden Berufsgruppen die Männer stärker an der Studie beteiligt. Bei den teilnehmenden Ärzten und Pflegenden lag die „Frauenquote“ nur bei 32,4% bzw. 67,6% obwohl die tatsächlichen Quoten bei den angeschriebenen Mitarbeitern bei 42% bzw. 78,1% lagen.

Die Daten wurden mit SPSS 16.0 ausgewertet. Die Signifikanz der beobachteten Unterschiede wurde mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht. Die Signifikanz wird wie üblich in signifikant ($p \leq 0,05$), sehr signifikant ($p \leq 0,01$) und hochsignifikant ($p \leq 0,001$) differenziert.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Im Fragebogen werden sechs Aspekte aus dem Spektrum der klinischen Ethik thematisiert, die jeweils bis zu 14 Differenzierungen haben. Die Gesamtzahl der Antwortmöglichkeiten beträgt 39. Bei der berufsspezifischen Analyse ergeben sich bei 23 Antwortmöglichkeiten signifikante Unterschiede, wovon vier Antwortmöglichkeiten noch signifikante, eine Antwortmöglichkeit sehr signifikante und 18 Antwortmöglichkeiten hochsignifikante Unterschiede aufweisen. Bei lediglich 16 Antwortmöglichkeiten gibt es keine signifikanten Unterschiede. Die wesentlichen Unterschiede zeigen sich in den Angaben

- zur intrapersonellen Konfliktbelastung (Häufigkeit und Intensität),
- zur Häufigkeit der Konfliktinhalte,
- zur Häufigkeit der Konfliktursachen und
- zum Bedarf an Ethikberatung.

Häufigkeit und Intensität ethischer Konflikte

Die Häufigkeit und Intensität intra- und interpersoneller ethischer Konflikte war auf einer Likertskala („eher täglich“ bis „seltener“ bzw. „sehr hohe Belastung“ bis „keine Belastung“) zu beurteilen. Als „ethische Konflikte“ werden im allgemeinen Entscheidungskonflikte bezeichnet, die aufgrund konfligierender moralischer Überzeugungen entstehen. Ein ethischer Konflikt kann sowohl als intrapersoneller Konflikt auftauchen, wenn Zweifel an der Richtigkeit der eigenen medizinisch-pflegerischen Alltagspraxis besteht, oder auch als interpersoneller Konflikt, wenn Konflikte mit Kollegen der eigenen oder fremden Berufsgruppe bestehen (vgl. hierzu [13], S. 111 ff.). Eine entsprechende Definition wurde im Fragebogen vorgegeben. Vorsicht ist geboten mit dem Begriff des „interprofessionellen Konflikts“. Zum einen haben nicht alle interprofessionellen Konflikte normative Bezüge und zum anderen sind nicht alle interpersonellen ethischen Konflikte interprofessioneller Art.

Bei der Häufigkeit und Intensität von interpersonellen ethischen Konflikten gibt es keine signifikanten Unterschiede. Sehr signifikante ($p = 0,008$) bzw. hochsignifikante ($p < 0,001$) Unterschiede gibt es jedoch bei der Frage nach der Häufigkeit ($N = 244$) (Abb. 1) und Intensität ($N = 246$) (Abb. 2) von intrapersonellen ethischen Konflikten. In beiden Fällen fühlen sich Pflegende häufiger und höheren Belastungen ausgesetzt als Ärzte.

Dieser Sachverhalt ist erklärungsbedürftig, da alle Befragten in den gleichen Kontexten arbeiten und folglich die gleiche klinische Realität vor Augen haben. Zu diskutieren ist

Abb. 1 Konflikthäufigkeit intra-personnell. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])

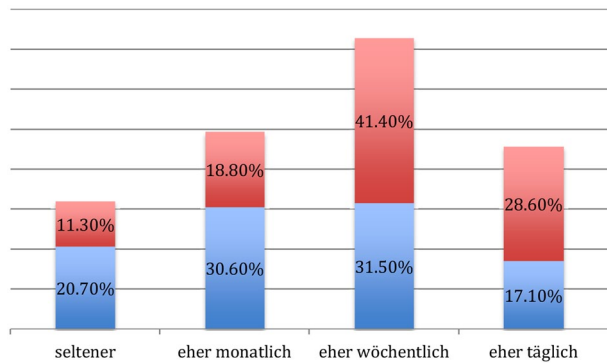
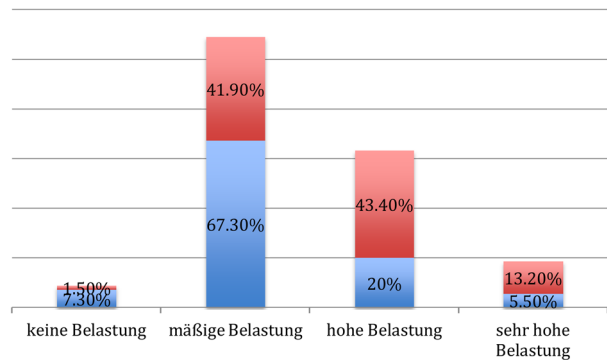


Abb. 2 Konfliktintensität intra-personnell. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])



allerdings die Frage, inwieweit die angegebenen Belastungen als vermeidbar oder unvermeidbar erlebt werden. Denn die hohe Belastung ist in erster Linie dann relevant, wenn sie von den Mitarbeitern als abnorm oder zu weitgehend empfunden wird, so dass sie im Sinne des „moral distress“ zu interpretieren ist. Es besteht allerdings kein Anlass für die Annahme, dass es sich bei den artikulierten Belastungen ausschließlich um erwartbare Belastungen der medizinisch-pflegerischen Alltagspraxis handelt. Für die klinische Ethik ergibt sich daher ein deutlich auszumachendes Arbeitsfeld.

Konfliktinhalte

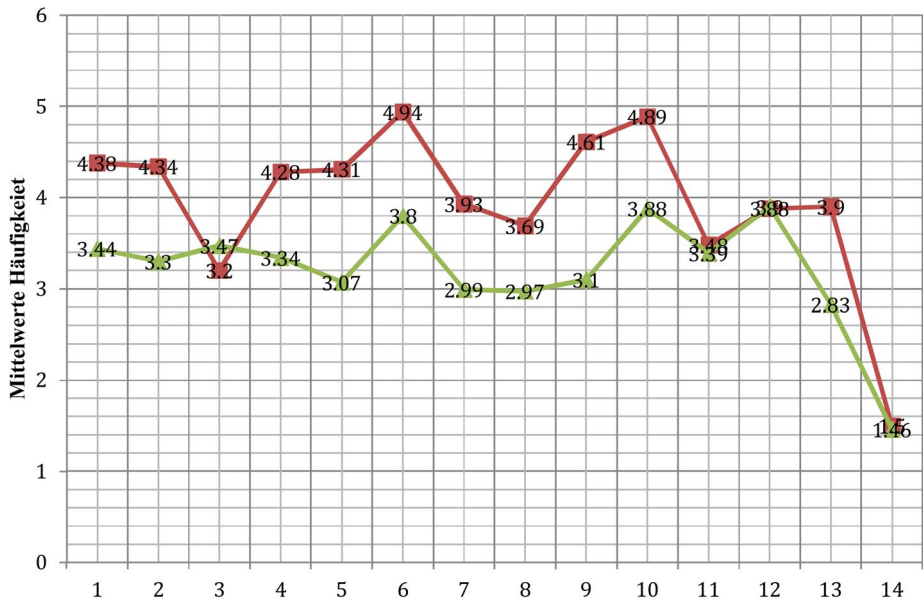
In dieser Frage wurden den Mitarbeitern 14 mögliche Konfliktinhalte (Tab. 1) angeboten, die auf einer Likertskala („überhaupt nicht“=1 bis „sehr häufig“=6) nach ihrer Häufigkeit zu bewerten waren. Die Überblicksdarstellung (Abb. 3) erfolgt in einer Mittelwertkurve aller Konfliktinhalte. Auf der Abszisse liegen die sechs möglichen Bewertungsstufen und auf der Ordinate die 14 angebotenen Konfliktinhalte.

Das Kurvendiagramm (Abb. 3) zeigt die Mittelwerte der angebotenen Konfliktinhalte: Die mit dem Quadrat gekennzeichnete Kurve beschreibt das Antwortverhalten der Pflegenden in einem Spektrum von 1,5 bis zu 4,94 und die mit dem Dreieck gekennzeichnete Kurve das der Mediziner in einem Spektrum von 1,46 bis zu 3,9.

Beim Vergleich der berufsgruppenspezifischen Mittelwertkurven der Konfliktinhalte zeigt sich eine Ähnlichkeit der Kurven. Auffällig ist jedoch, dass die Kurven annäherungs-

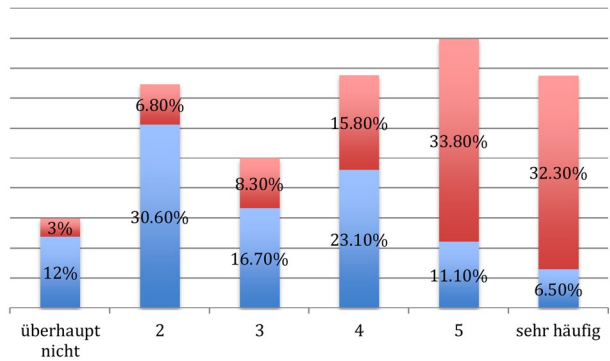
Tab. 1 Konfliktinhalte. (Adaptiert nach [23])

Nr. Konfliktinhalt	Mittelwerte und Signifikanz			
	Gesamt	Pflege	Medizin	<i>p</i>
1. Unzureichende Patientenaufklärung (<i>N</i> =246)	3,93	4,38	3,44	<0,001
2. Wahrung der Menschenwürde (<i>N</i> =244)	3,82	4,34	3,3	<0,001
3. Verteilung knapper Mittel (<i>N</i> =238)	3,37	3,2	3,47	0,081
4. Wahrung der Patientenselbstbestimmung (<i>N</i> =238)	3,82	4,28	3,34	<0,001
5. Unzureichende Aufklärung von Betreuern, Bevollmächtigten oder Angehörigen (<i>N</i> =245)	3,74	4,31	3,07	<0,001
6. „Sinnlose“ Lebensverlängerung (<i>N</i> =243)	4,43	4,94	3,8	<0,001
7. Akzeptanz und Auslegung von Patientenverfügungen (<i>N</i> =241)	3,52	3,93	2,99	<0,001
8. Selbstbestimmtes Sterben (<i>N</i> =239)	3,42	3,69	2,97	0,032
9. „Sinnloses“ Leiden (<i>N</i> =241)	3,97	4,61	3,1	<0,001
10. Inkonsequente Therapieentscheidung (<i>N</i> =241)	4,46	4,89	3,88	<0,001
11. Nicht helfen können (<i>N</i> =240)	3,69	3,48	3,39	0,028
12. Überzogene Patienten- und Angehörigenansprüche (<i>N</i> =243)	3,91	3,88	3,9	0,693
13. Zwangsmaßnahmen und Fixierung (<i>N</i> =243)	3,38	3,9	2,83	<0,001
14. Schwangerschaftsabbrüche (<i>N</i> =232)	1,45	1,5	1,46	0,893

**Abb. 3** Konfliktinhalte nach Berufsgruppen. Helle Kurve/Dreieck: Ärzte, dunkle Kurve/Quadrat: Pflegende. (Adaptiert nach [23])

weise parallel verschoben sind, d. h. dass verschiedene Berufsgruppen ähnliche Wahrnehmungen haben, diese sich jedoch in der „Intensität“ unterscheiden. Charakteristisch dabei ist, dass die Pflegenden eine grundsätzlich höhere Häufigkeitseinschätzung abgeben. Neun von 14 Konfliktinhalten weisen dabei hochsignifikante und zwei Konfliktinhalte signifi-

Abb. 4 Konfliktinhalte: Sinnloses Leiden. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])



kante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf. Lediglich drei Konfliktinhalte weisen keine signifikanten Unterschiede auf. Die größten Unterschiede ergeben sich bei den Konfliktinhalten: „sinnloses“ Leiden (Tabelle 1 Nr. 9) (Abb. 4), unzureichende Aufklärung von Betreuern, Bevollmächtigten und Angehörigen (Tabelle 1 Nr. 5) und „sinnlose“ Lebensverlängerung (Tabelle 1 Nr. 6). Bei diesen drei Konfliktinhalten ergeben sich jeweils hochsignifikante ($p < 0,001$) Unterschiede.

Konfliktursachen

In dieser Frage wurden den Mitarbeitern 10 mögliche Konfliktursachen (Tab. 2) angeboten, die auf einer Likertskala („überhaupt nicht“= 1 bis „sehr häufig“=6) zu bewerten waren. Die Überblicksdarstellung (Abb. 5) erfolgt analog zu den Konfliktinhalten.

Das Kurvendiagramm zeigt die Mittelwerte der angebotenen Konfliktursachen: Die mit dem Quadrat gekennzeichnete Kurve beschreibt das Antwortverhalten der Pflegenden in einem Spektrum von 3,43 bis zu 4,84 und die mit dem Dreieck gekennzeichnete Kurve das der Mediziner in einem Spektrum von 2,89 bis zu 4,21.

Bei der Betrachtung der Mittelwert-Kurven der Konfliktursachen lässt sich ebenfalls das Phänomen der Parallelverschiebung beobachten. Sechs von zehn angebotenen Konfliktursachen weisen dabei hochsignifikante Unterschiede auf: mangelnde Sensibilität gegenüber Patienten (Tabelle 2 Nr. 2), unklare Verfahren der Entscheidungsfindung (Tabelle 2 Nr. 3),

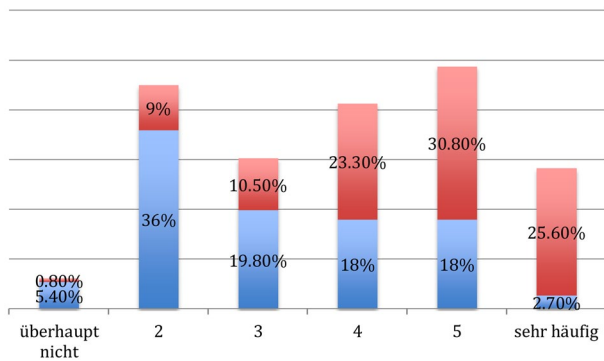
Tab. 2 Konfliktursachen. (Adaptiert nach [23])

Nr.	Konfliktursache	Mittelwerte und Signifikanz			
		Gesamt	Pflege	Medizin	<i>p</i>
1.	Zeit- bzw. Personalmangel (<i>N</i> =242)	4,49	4,69	4,21	0,320
2.	Mangelnde Sensibilität gegenüber Patienten (<i>N</i> =241)	4,01	4,55	3,39	<0,001
3.	Unklare Verfahren der Entscheidungsfindung (<i>N</i> =240)	4,49	4,84	4	0,001
4.	Kommunikationsprobleme mit Patienten (<i>N</i> =240)	3,89	4,1	3,71	0,505
5.	Kommunikationsprobleme mit Angehörigen, Betreuern oder Bevollmächtigten (<i>N</i> =243)	3,96	4,13	3,8	0,338
6.	Kommunikationsprobleme mit Pflegenden (<i>N</i> =242)	3,45	3,69	3,2	0,121
7.	Kommunikationsprobleme mit Ärzten (<i>N</i> =244)	3,89	4,55	3,13	<0,001
8.	Mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte (<i>N</i> =237)	4,06	4,79	3,17	<0,001
9.	Mangelnde ethische Kompetenz der Pflegenden (<i>N</i> =237)	3,19	3,43	2,89	<0,001
10.	Hierarchische Strukturen (<i>N</i> =242)	4,14	4,65	3,58	<0,001



Abb. 5 Konfliktursachen nach Berufsgruppen. *Helle Kurve/Dreieck: Ärzte, dunkle Kurve/Quadrat: Pflegende.* (Adaptiert nach [23])

Abb. 6 Konfliktursache: Kommunikationsprobleme mit Ärzten. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])



Kommunikationsprobleme mit Ärzten (Tabelle 2 Nr. 7), mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte und Pflegenden (Tabelle 2 Nr. 8–9) und hierarische Strukturen (Tabelle 2 Nr. 10).

Interessant ist das Antwortverhalten in Bezug auf die Kommunikationsprobleme (Abb. 6). Die Pflegenden schätzen die „Kommunikationsprobleme mit Ärzten“ signifikant häufiger als konfliktfördernd ein. Bei der Einschätzung der „Kommunikationsprobleme mit Pflegenden“ gibt es hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Man könnte sagen, dass die Ärzte im Hinblick auf ethische Fragestellungen weniger Kommunikationsprobleme mit Pflegenden haben als umgekehrt – ein Befund, der vor dem Hintergrund der Rollenverteilung im Gesundheitswesen nicht allzu überraschend ist.

Besonders interessant ist das Antwortverhalten bei der Frage nach der „mangelnden ethischen Kompetenz“, die ebenfalls in Bezug auf beide Berufsgruppen thematisiert wird. Der

Abb. 7 Konfliktursache: Mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])

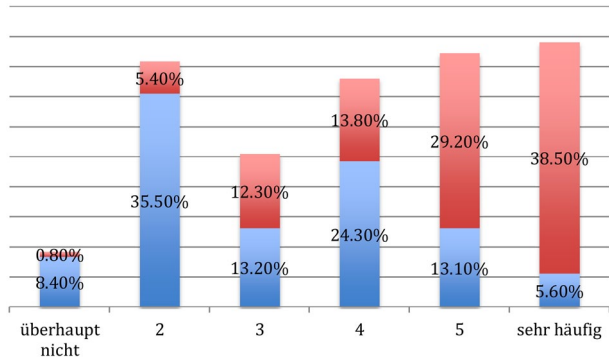
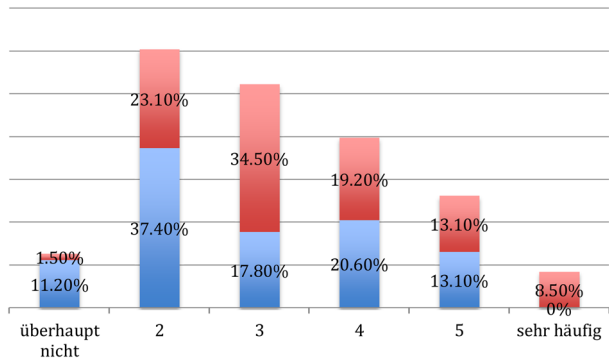


Abb. 8 Konfliktursache: Mangelnde ethische Kompetenz der Pflegenden. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])

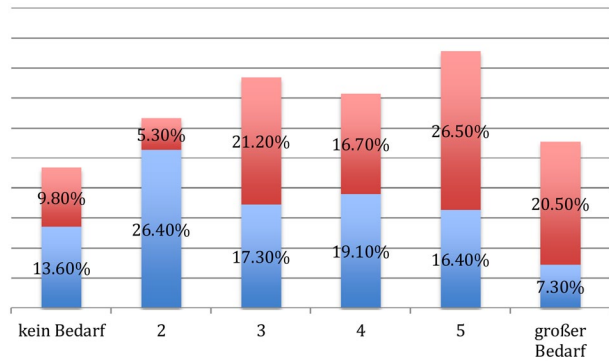


Begriff der „ethischen Kompetenz“ ist angelehnt an den Begriff der „moralischen Kompetenz“, den der Psychologe Georg Lind im Anschluss an Lawrence Kohlbergs Lehre der moralischen Stufenentwicklung als Fähigkeit definiert, moralische Konflikte vernunftgeleitet, d. h. prinzipienorientiert, ohne den Einfluss von Macht oder Gewalt zu lösen ([15], S. 39 f.).

Erwartungsgemäß schätzen die Pflegenden die „mangelnde ethische Kompetenz“ der Ärzte hochsignifikant häufiger konfliktzeugend ein als die Ärzte selbst (Abb. 7). Diese Einschätzung beruht jedoch nicht auf Gegenseitigkeit: Die Ärzte schätzen die „mangelnde ethische Kompetenz der Pflegenden“ nicht signifikant häufiger als konfliktzeugend ein (Abb. 8). Im Gegenteil: Sie schätzen sie sogar hochsignifikant seltener ein als die Pflegenden selbst, d. h. sowohl in der Fremd- als auch in der Selbsteinschätzung wird die „mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte“ überraschenderweise als häufiger konfliktzeugend erlebt.

Was die Teilnehmer der Studie unter dem Begriff der „ethischen Kompetenz“ verstehen, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen (aus Raumgründen konnte im Fragebogen keine Definition vorgegeben werden). Aufgrund der alltagspraktischen Zuschreibung, die Ärzte als die rationaleren aber auch gegenüber Patienten distanzierteren Akteure charakterisiert, spricht einiges dafür, dass nicht nur die vom Begriff der ethischen Kompetenz nahegelegten kognitiven Fähigkeiten, eine komplexe medizinisch-normative Abwägung durchzuführen, gemeint sind, sondern auch eine Art Empathiefähigkeit gegenüber Patienten.

Abb. 9 Bedarf an Ethikberatung. Unterer Säulenanteil/hell: Ärzte, oberer Säulenanteil/dunkel: Pflegende. (Adaptiert nach [23])



Bedarf an klinischer Ethikberatung

Die letzte inhaltliche Frage betrifft den Bedarf an Ethikberatung ($N=242$), der auf einer Likertskala („kein Bedarf = 1 und „großer Bedarf = 6) zu quantifizieren ist. Abbildung 9 zeigt, dass die Pflegenden einen hochsignifikant ($p < 0,001$) höheren Bedarf an Ethikberatung artikulieren. Was sich genau hinter dem artikulierten Bedarf verbirgt, lässt sich nicht ohne weiteres sagen, da der Begriff der Ethikberatung im Fragebogen nicht definiert wurde und hierüber aller Wahrscheinlichkeit kein klares Bild bei den Mitarbeitern herrscht.

Diskussion

Anlass der Erhebung war es, den Alltagsbefund der perspektivischen Differenz nachzuweisen. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse – bei 23 von 39 Fragen zeigen sich signifikante bzw. hochsignifikante Unterschiede – kann man davon ausgehen, dass dies gelungen ist. Aufgrund der Rücklaufquote von 35,42% kann jedoch nur zurückhaltend von einer Verallgemeinerungsfähigkeit der Ergebnisse ausgegangen werden. Andererseits deuten die eingangs erwähnten Studienergebnisse [1, 5, 18], die mit ihren Indizien für eine perspektivische Differenz letztlich erst Anlass für die Durchführung dieser Erhebung waren, auf eine Generalisierbarkeit hin.

Pflegende geben sowohl bei der intrapersonellen Häufigkeit als auch Intensität ethischer Konflikte sehr bzw. hochsignifikant höhere Belastungen an als Ärzte. Sowohl bei den Konflikthalten als auch bei den Konfliktursachen neigen die Pflegenden zu deutlich höheren Häufigkeitseinschätzungen. Die Übersichtsdarstellung der Mittelwertkurven zeigt zwar eine Ähnlichkeit der Kurven, aber auch eine annäherungsweise Parallelverschiebung, die durch eine grundsätzlich höhere Häufigkeitseinschätzung der Pflegenden entsteht. Auch im Hinblick auf den Bedarf an Ethikberatung zeigt sich bei den Pflegenden der größere Bedarf.¹

Man kann den Eindruck gewinnen, dass die Pflegenden stärker auf das gleiche Phänomen ansprechen als ihre ärztlichen Kollegen. Sie sind, wenn man so will, „sensibler“ für ethische Probleme der klinischen Praxis. Dieser Sachverhalt ist erklärungsbedürftig: Warum sollte

¹ Ähnliches zeigte sich auch bei einer Bedarfserhebung für klinische Ethikberatung in Hannover [18]. Eine im Anschluss an die Studie durchgeführte Literaturrecherche (Zeitraum 2011 bis 2013) ergab keine direkten „Treffer“ für die Fragestellung dieser Arbeit. Hinweise, die Teilaspekte der Arbeit betrafen, ergaben keine wesentlichen neuen Perspektiven.

beispielsweise das Thema „sinnlose Lebensverlängerung“ für die Pflegenden so viel häufiger Inhalt eines ethischen Konfliktes sein? Ähnliches gilt beispielsweise für die potenzielle Konfliktursache der „hierarchischen Strukturen“. Aus der höheren Sensibilität der Pflegenden lässt sich jedoch weder zwingend die einseitige These einer pflegerischen Hypersensibilität noch die analoge These einer ärztlichen Hyposensibilität ableiten, da sich eine „angemessene Sensibilität“ nicht aus den Studienergebnissen ergibt. Dennoch drängen sich die folgenden Fragestellungen auf: Führt die in Alltagsdiskursen immer wieder thematisierte größere Nähe der Pflegenden zum Patienten zu einer intensiveren Wahrnehmung von deren physischen und psychischen Belastungen? Führt demgegenüber die „naturwissenschaftliche Distanz“ der Mediziner zu einer stärkeren Fokussierung auf medizinisch-technische Machbarkeit?

Ein weiterer ursächlicher Faktor könnte der Sachverhalt sein, dass die Ärzte klinische Entscheidungen treffen und die Pflegenden diese mittragen müssen, ohne auf die Entscheidungen Einfluss zu haben. Es liegt auf der Hand, dass die Ärzte als die Urheber ihrer eigenen Entscheidungen eher zufrieden damit sind als die Pflegenden, die diese „fremden“ Entscheidungen umsetzen müssen. Folglich sind auch deren Angaben zur Konflikthäufigkeit und Intensität tendenziell höher. Hinzu kommt möglicherweise eine spezifische ärztliche Kultur, therapeutische Entscheidungen gegenüber Pflegenden eher vorzugeben statt sie angemessen begründet zu „kommunizieren“. Nicht zuletzt darin zeigt sich das asymmetrische Antwortverhalten der beiden Berufsgruppen im Hinblick auf die Konfliktursachen der „Kommunikationsprobleme“.

Da die Befragten beider Berufsgruppen in den gleichen klinischen Kontexten arbeiten, kann der Grund für die perspektivische Differenz nicht in der „objektiven“ klinischen Realität liegen, sondern vielmehr in der „subjektiven“, d. h. spezifischen Berufspraxis. Aus der spezifischen Berufspraxis resultiert die höhere „Sensibilität“ für ethische Fragestellungen. Sie ist wesentlicher Teil der perspektivischen Differenz, die nun präzisiert werden kann: Die perspektivische Differenz beschreibt eine regelmäßige und regelhafte Unterschiedlichkeit der Blickwinkel von Pflegenden und Mediziner in Bezug auf ethische Fragestellungen der medizinisch-pflegerischen Alltagspraxis, die sich in einer grundsätzlich höheren „Sensibilität“ der Pflegenden für ethische Probleme der beruflichen Alltagspraxis zeigt.

Theoretischer Teil

Überlegungen zur Systematik

Der im empirischen Teil eingeführte Begriff der „perspektivischen Differenz“ wird bereits vom Pflegeethiker Hartmut Remmers aufgegriffen. Er geht davon aus, dass bei der Ausgestaltung einer spezifischen Pflegeethik die Analyse zweier Faktoren von zentraler Bedeutung ist: die „asymmetrische[n] Bedingungen professioneller Beziehungen“ und das „wissenschaftliche Vorverständnis professioneller Akteure“, das ggf. den Erkenntnisrahmen einer Einzelfall-Analyse perspektivisch festlegt. Vor diesem Hintergrund spricht er von einer perspektivischen Differenz, die aus den unterschiedlichen Gegenstandsbezügen der beiden Berufsgruppen erwächst: „naturwissenschaftlich objektivierbare Symptomkomplexe“ versus „subjektive, in den Sinn- und Erlebniswelten der Betroffenen verankerte Wahrnehmungs- und Verarbeitungsweisen“ ([22], S. 50). Damit gibt er den Begriff vor, mit dem das Ergebnis der empirischen Studie beschrieben und analysiert werden soll.

Der Philosoph Matthias Kettner hatte in Bezug auf eine Bedarfserhebung zur klinischen Ethikberatung, in der sich ähnliche Tendenzen ergeben hatten ([11], vgl. hierzu auch [18]), von einem überraschenden Befund gesprochen, „der auf einen ausgeprägten aber nicht ohne weiteres nachvollziehbaren Unterschied hindeutet, wie Ärzte und Pflegende ihre moralische Verantwortung in der Krankenversorgung wahrnehmen“ ([11], S. 533 ff.). Kettner vertritt die These, dass dieser Unterschied der „Ausdruck einer Verantwortungsasymmetrie“ ([11], S. 533 ff.) ist. Aus seiner Sicht stehen die Ärzte an den Anfangspunkten klinischer Entscheidungsketten, denen die Pflegenden folgen müssen, woraus im Extremfall eine Art moralischer Entfremdung resultieren kann. Die daraus resultierenden Erfahrungen schlagen sich durch Sozialisationsprozesse in den „berufsspezifischen Habitus“ ([11], S. 533 ff.) nieder. Er geht ferner davon aus, dass „therapeutische Kunstlehren“ ihr Können und Wissen auf verschiedene Personengruppen verteilen können. Daraus konstruiert er ein reziprokes Modell zweier aufeinander verweisender Heilkünste, die einander gegenseitig entlasten, den Menschen als Ganzes wahrzunehmen (Pflege) oder sich zu spezialisieren (Medizin). Kettners Ansatz ist plausibel, bleibt jedoch hinter den Möglichkeiten, die er selbst eröffnet, zurück. Die angesprochene „habitus-theoretische Anreicherung“ ([11], S. 533) bleibt eine Andeutung.

Auch der Medizinethiker Gerald Neitzke hat im gleichen Kontext einige Überlegungen angestellt. Ausgangspunkt hierbei sind die in beiden Professionen vorhandenen „Grundmotivationen des Heilens und des Helfens“ ([17], S. 50–54), die durch die Arbeitsteilung in der Praxis jeweils hintereinander zurück treten. Es bilden sich Primär- und Sekundärmotivationen heraus: Pflegende fühlen sich primär der Fürsorge und dem Beistand (care) verpflichtet und Ärzte primär der Heilung (cure). In der Praxis gibt es unterschiedliche Handlungsziele, die ggf. miteinander konfliktieren können. Die daraus ggf. resultierenden Konflikte sind aus seiner Sicht am ehesten zu bewältigen, wenn man sich auf eine gemeinsame Ursprungsmotivation zurückbesinnt, einer integrierten Motivation, die sowohl Heilen als auch Helfen beinhaltet ([17], S. 50–54). Neitzkes Ansatz ist ebenfalls plausibel und gibt zumindest eine terminologische Basis zur Erörterung des Phänomens.

In einer Arbeit über den (fraglich) entlastenden Charakter der „ethischen Kommunikation“ in Klinischen Ethik-Komitees bzw. der Ethikberatung zeigt der Theologe Friedrich Ley auf, dass der eigentliche „Benefit“ der Ethikberatung weniger in der Lösung von ethischen Problemen als vielmehr in der Möglichkeit des Thematisierens ethischer Fragestellungen überhaupt liegt. Die eigentlich intendierte „Relativierung des standpunktbezogenen Urteils“ ([14], S. 308) zugunsten intersubjektiv begründeter Entscheidung findet eher nicht statt. Unabhängig von dieser Korrektur der Einschätzung der Wirksamkeit bzw. des Charakters von Ethikberatung kommt er zum Befund, dass Ärzte „eher zu einer medizinrechtlichen Verengung des Ethikbegriffs“ neigen und Pflegende „zu einem supervisionsähnlichen Verständnis des ethischen Diskurses tendieren“ ([14], S. 308). Ley zeigt folglich, dass die Perspektivität der Mitarbeitergruppen nicht nur im ethischen Diskurs schwer zu überwinden ist, sondern dass sich bereits deren Anliegen an den ethischen Diskurs unterscheidet.

Jeder dieser Ansätze ist plausibel und kann in die Systematik der weiteren Erörterung des Phänomens der perspektivischen Differenz integriert werden:

- Die unterschiedlichen Perspektiven wurzeln in der spezifischen beruflichen Praxis (Praxisgenese).
- Sie sind einander komplementär, im Sinne einer Ergänzung von scheinbar widersprüchlichen Aspekten, oder auch reziprok, im Sinne von je aufeinander bezogenen Perspektiven (Komplementarität und Reziprozität).

- Das Spezifikum der Komplementarität bzw. Reziprozität ist das asymmetrische Verhältnis von Pflege und Medizin (Asymmetrie).
- Die perspektivische Differenz ist über die berufliche Sozialisation fest in den Wahrnehmungs- und Handlungsweisen verankert (Sozialisation und Habitus).
- Dieser Sachverhalt führt ggf. in der klinischen Praxis zu Konflikten.

Exkurs: Das Habituskonzept

Zentraler Bezugspunkt für die weitere Analyse der perspektivischen Differenz ist das „Habituskonzept“ des Soziologen Pierre Bourdieu. Es bietet sich deshalb an, da es den Zusammenhang zwischen der spezifischen gesellschaftlichen Praxis und der Wahrnehmungs- und Handlungsweisen der involvierten Individuen erklärt. Die Anschlussfähigkeit an berufssoziologische Überlegungen wurde bereits in den achtziger Jahren [26] hergestellt und in jüngerer Zeit wurde das Konzept auch pflegewissenschaftlich [19, 25] rezipiert. Als Habitus bezeichnet man

[...] Systeme dauerhafter und übertragbarer Dispositionen, als strukturierte Strukturen, die wie geschaffen sind, als strukturierende Strukturen zu fungieren, d. h. als Erzeugungs- und Ordnungsgrundlagen für Praktiken und Vorstellungen [...] ([2], S. 98).

Man kann den Habitus zunächst als kognitive Struktur verstehen. Die kognitive Struktur einer Person strukturiert ihr Wahrnehmen, Denken und Handeln. Die Struktur dient als Ordnungsgrundlage, als Disposition für eine soziale Praxis. D. h. alles, was im Rahmen einer spezifischen sozialen Praxis getan werden kann, hat eine Entsprechung in der Struktur des Habitus. Kollektiv betrachtet sind es die Habitusformen der Mitglieder einer Gesellschaft, die deren Realität ausmachen. Die soziale Realität einer Gesellschaft ist folglich kein Zufallsprodukt, sondern ein Produkt der Habitusformen ihrer Mitglieder. Gleichzeitig ist es die soziale Realität, die den Habitus erst hervorbringt. Damit ist ein permanent ablaufender, kreisförmiger Prozess beschrieben, dem sich die Mitglieder einer Gesellschaft nicht entziehen können. Aus der üblichen Vorstellung eines Individuums, das kraft einer universellen Rationalität in einer zufällig gegebenen Situation eine individuelle Entscheidung trifft und entsprechend handelt, wird ein Individuum, das gebunden an eine kontextverhaftete Rationalität in einer aus einem kulturellen Kontext entspringenden Situation eine Entscheidung trifft und danach handelt, so wie es ihm im Rahmen seiner kulturellen Prägung möglich ist. Für Bourdieu ist der Habitus jedoch keine rein kognitive Struktur. Er stellt weniger intellektuelles Wissen bereit als vielmehr Fähigkeiten, die unmittelbares Handeln ermöglichen, ohne dass eine Reflexion vorangegangen sein muss. Der kreisförmige Prozess ermöglicht eine hohe Stabilität und Realitätsangepasstheit: Der Habitus ermöglicht bestimmte Wahrnehmungen, Einschätzungen und Handlungen für eine bestimmte soziale Praxis, die in genau dieser sozialen Praxis adäquat sind, aber eben nur diese. Verändert sich die soziale Praxis sprunghaft, wird aus der stabilen Verzahnung von Praxis und Habitus eine ebenso stabile Nichtentsprechung ([3], S. 164 f.).

Das Habituskonzept erklärt, dass die Wahrnehmungen nicht „neutral“ sind, sondern immer von einem bestimmten Habitus-Praxis-Verhältnis abhängen. Sie sind quasi von vornherein perspektivisch verzerrt. Zum anderen erklärt es, warum die perspektivischen Wahr-

nehmungen kaum zu überwinden sind, selbst wenn alle Akteure Interesse daran haben, dies zu tun. Das Habitus-Praxis-Verhältnis ist stabil aber eben auch träge. Aus diesem Grund haben auch rationale Argumentationen einen begrenzten Einfluss auf die spontanen Einschätzungen, die sich auf der Basis des Habitus ergeben.

Berufsspezifischer Habitus und perspektivische Differenz

Die Zusammenführung von Theorie und Praxis, d. h. die Klärung des Phänomens der perspektivischen Differenz, erfolgt in der bereits angedeuteten Systematik. Die perspektivische Differenz lässt sich über ihre Praxisgenese herleiten, die wiederum durch die Aspekte der Komplementarität bzw. Reziprozität und die Asymmetrie zu charakterisieren ist. Das Konzept des Habitus erklärt, dass und wie sich diese Verhältnisse in den Individuen festsetzen und deren Sichtweisen und Handlungen strukturieren. Am Ende resultieren daraus Praxis-konflikte, die nicht ohne weiteres überwunden werden können.

Praxisgenese

Pflegende und Mediziner haben unterschiedliche Aufgaben und Handlungsfelder. Für Ärzte gehören das Erheben der Anamnese, das Stellen der Diagnose, das Formulieren der Indikation, das Durchführen der Therapie etc. zu den wesentlichen Aufgaben. Im Allgemeinen wird die Medizin als wissenschaftlich fundierte Heilkunst oder auch als praktische Wissenschaft aufgefasst ([21], S. 18 ff.). Der Pflegeberuf hingegen ist zunächst ein nicht-wissenschaftlicher ärztlicher Assistenzberuf. Die Pflegenden finden ihren eigenständigen Arbeitsbereich in der Unterstützung und Hilfe zur Wiedererlangung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) [10] bzw. der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) [16], die die allgemeinen Lebensvollzüge in Grundelemente einteilen (z. B. kommunizieren können, sich bewegen können, vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können, bis hin zu: soziale Beziehungen sichern [...] mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können), die durch Krankheit oder Alter eingeschränkt sind. Aus dieser Arbeitsteilung ergibt sich eine spezifische Praxis, die wiederum die Akteure prägt. Für spezifisch pflegerische Tätigkeiten ist in erster Linie die Subjektivität des Patienten ausschlaggebend, während für ärztliche Tätigkeiten primär objektive Labordaten, Röntgenbilder o. Ä. und die medizinisch-technischen Möglichkeiten relevant sind.

Nicht zuletzt ist es der wissenschaftliche Charakter der Medizin, der die „Objektivierung“ des Patienten befördert. Die Wissenschaft hat die Aufgabe, wahre Aussagen über bestimmte Objektbereiche zu generieren. Die Medizin als Heilkunst, die sich wissenschaftlicher Methode bedient, nutzt die generierten Erkenntnisse zur positiven Beeinflussung eines objektiven Krankheitsgeschehens. Dies ist – auch wenn man sich anderes wünschen würde – tendenziell ohne die Berücksichtigung der Subjektivität des Patienten möglich. Genau dieser Sachverhalt spiegelt sich in dem wider, was Remmers den spezifischen Gegenstandsbezug nennt: „objektivierbare Symptomkomplexe“ und „subjektive Sinn- und Erlebniswelten“ ([22], S. 50). So wird auch Ley's Hinweis ([14], S. 308) zu den unterschiedlichen Anliegen an die klinische Ethik plausibel: Ärzte wollen Rechtsberatung und Pflegenden Möglichkeiten, über Belastungen der Berufspraxis zu sprechen.

Komplementarität und Reziprozität

Die perspektivische Differenz ist nicht nur eine Differenz, sondern auch eine Beziehung zwischen Perspektiven. Die Aufgaben- und Handlungsfelder der Medizin und der Kranken- und Gesundheitspflege greifen ineinander und bilden gemeinsam das, was man aus übergeordneter Perspektive als medizinisch-pflegerisches Feld bezeichnen könnte: Sie sind einander komplementär. Aus der Perspektive der professionellen Akteure handelt es sich jedoch um zwei unterscheidbare Felder mit einer spezifischen inneren Struktur. Die innere Struktur ergibt sich aus der spezifischen Arbeitsteilung und daraus wiederum die spezifische Perspektive. Auf den komplementären Arbeitsfeldern sitzen die komplementären Perspektiven quasi auf. Aus diesem Sachverhalt resultieren entsprechend eigene, fremde und auch reziproke Erwartungen.

Das Verhältnis der Perspektiven ist aber gleichzeitig auch reziprok, d. h. die Perspektiven ergänzen sich nicht nur, sondern sie bedingen einander. Die Ausprägung des jeweiligen Arbeitsfeldes und damit die Perspektive auf die medizinisch-pflegerische Praxis sind nicht zufällig so wie sie sind, sondern sie resultieren zwingend aus der Struktur der Arbeitsteilung.

Asymmetrie

Das Spezifikum der Komplementarität bzw. Reziprozität ist das asymmetrische Verhältnis zwischen der Kranken- und Gesundheitspflege und der Medizin. Kettner hat dieses Verhältnis treffend mit dem Begriff der „Verantwortungsasymmetrie“ ([11], S. 532 f.) beschrieben: Letztlich bleiben nicht nur die assistierenden, sondern auch die spezifisch pflegerischen Tätigkeiten (ATL/AEDL) abhängig von ärztlichen Entscheidungen. So wird der Pflegeberuf trotz der Akademisierungs- und Professionalisierungstendenzen im berufssoziologischen Kontext als paramedizinischer Beruf bezeichnet ([7], S. 42–61), dessen Charakter sich weniger durch eine logisch zwingende Position in der technischen Arbeitsteilung beschreiben lässt als vielmehr durch ihre Position innerhalb eines sozialen Machtgefüges. Das reziprok-komplementäre Verhältnis ist „schief“ bzw. die „Autonomie“ in den beiden Feldern ungleich verteilt. Aus diesem Grund unterliegt die medizinisch-pflegerische Praxis von vornherein einem Spannungsverhältnis, da das kooperative Verhältnis tatsächlich ein Verhältnis der Subordination ist. Gleichwohl ist das Verhältnis stabil, da die faktische Praxis durch gesellschaftliche Konvention, Recht und Standesrecht, spezifische Ausbildung und Kompetenz verfestigt wird.

Sozialisation und Habitus

Die perspektivische Differenz und die erörterten Aspekte der Praxisgenese, der Komplementarität und Reziprozität und der Asymmetrie, sind über die beruflichen Sozialisationsprozesse stark in den Individuen verankert. Hierfür wurde das Konzept des Habitus eingeführt: Der Habitus ist eine innere Struktur, die es ermöglicht, typische Gedanken, Wahrnehmungen und Handlungen der Kulturen von Medizin und Krankenpflege zu erzeugen, aber – eben darin liegt ein Großteil des Erklärungswerts – keine anderen. D. h. die perspektivische Differenz mit ihren Implikationen wurzelt in der Praxis und ist über den Habitus im Individuum fest verankert. Zugespitzt könnte man sagen, dass der berufsspezifische Habitus Teil der individuellen Identität der Akteure des medizinisch-pflegerischen Feldes ist. Für die

Akteure des medizinisch-pflegerischen Feldes erscheint die Struktur eben dieses Feldes als völlig natürlich und alternativlos. Genau darin liegt das Problem: Rationale Argumente oder etwa der Appell zur gegenseitigen Perspektivenübernahme zur Konfliktbearbeitung haben kaum Einfluss auf die Perspektivität.

Konfliktualität

Die medizinisch-pflegerische Praxis, insbesondere in den Bereichen der Intensivmedizin oder der Onkologie, ist komplex, physisch, psychisch und existenziell belastungsreich. Die perspektivische Differenz ist dabei kein kausaler Faktor, kann die Belastung aber verstärken. Dass aus der unterschiedlichen Einschätzung der Realität und einer ungleich verteilten Entscheidungskompetenz Konflikte entstehen, ist nicht allzu überraschend. Wenn über bestimmte Fragestellungen Uneinigkeit herrscht, aber nur eine Gruppe von Akteuren entscheidungsbefugt ist, dann liegt es auf der Hand, dass sich die nicht an den Entscheidungen beteiligte Gruppe praktisch automatisch in eine kritische Position begibt. Die ohnehin belastende Praxis in den Brennpunkten der modernen Medizin wird durch die Perspektivität gewissermaßen angereichert und erzeugt weiteres Konfliktpotenzial, das in ihrer Relevanz für die klinische Ethik und die in ihr zur Anwendung kommenden Verfahren bisher nur wenig reflektiert wurde. Diese Konfliktualität ist aufgrund „Habitualisierung“ ein dauerhaftes und außerordentlich schwer zu überwindendes Phänomen.

Fazit

Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zeigen eine regelmäßige und regelhafte Unterschiedlichkeit der Perspektiven von Ärzten und Pflegenden im Hinblick auf ethische Fragen der klinischen Alltagspraxis. Die „Perspektivität“ basiert auf spezifischen Praxisverhältnissen und ist fest im berufsspezifischen Habitus verankert. Dieser Sachverhalt ist für die klinische Praxis von erheblicher Relevanz, da er auf der einen Seite Teil eines in der Praxis ablaufenden Konfliktprogramms ist und auf der anderen Seite ein Hindernis darstellt, die Konflikte etwa durch Verfahren der ethischen Fallberatung zu lösen. Punktuell durchgeführte Ethikberatung und der bloße Appell, sich berufsgruppenübergreifend, hierarchie- und funktionsunabhängig über strittige Sachverhalte auszutauschen, werden nichts an der Grundproblematik ändern, die in der persistenten Reproduktion der bestehenden Perspektiven besteht. Zur weiteren Konkretisierung dieser Überlegungen wären quantitative Erhebungen sinnvoll.

Der bereits im empirischen Teil der Arbeit eingeführte Begriff der ethischen Kompetenz könnte ein Schlüsselbegriff für den Umgang mit der perspektivischen Differenz sein. Der von Lind im Anschluss an Kohlberg als „moralische Kompetenz“ formulierte Begriff beschreibt die mess-, lern- und lehrbare Fähigkeit, moralische Konflikte ohne Einfluss von Hierarchien, Macht und Gewalt zu lösen. Diese Kompetenz ist aus der Sicht des Autors am ehesten geeignet, die aus der perspektivischen Differenz resultierenden Entscheidungsunsicherheiten und Konflikte zu reduzieren bzw. die für sich betrachtet jeweils defizitären Perspektiven zu integrieren. Lind hat in den letzten Jahren ein umfängliches Konzept entwickelt (Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion) [15], das sich zur Anwendung in

verschiedenen Kontexten der Aus-, Fort- und Weiterbildung eignet und in Ansätzen bereits angewendet wird (vgl. [24]).

Die vor dem Hintergrund der Studienergebnisse angestellten Überlegungen zur perspektivischen Differenz sind auch bei der Interpretation des Phänomens „moral distress“ hilfreich. Moral distress kann als belastend empfundene Diskrepanz zwischen dem, was man moralisch für richtig hält, und dem, was man aus verschiedenen Gründen gezwungen ist zu tun, bezeichnet werden [20]. Folge dieser Diskrepanz sind krankmachende Stressreaktionen, die im besten Fall zur akuten Arbeitsunzufriedenheit und im schlechtesten Fall zu Burnout und Berufsflucht führen. Das Phänomen ist bisher eher bei Pflegenden beobachtet worden [6], was nicht bedeutet, dass Ärzte davon grundsätzlich ausgenommen sind [8]. Die Ergebnisse dieser Arbeit, aber auch Überlegungen aus anderen Forschungskontexten deuten jedoch an, dass die spezifische Beziehungsstruktur von Pflegenden und Ärzten (z. B. [4]) und die Marginalisierung der Pflegeperspektive im Kontext „ethischer Deliberationen“ ([12] bzw. [9]) ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung von „moral distress“ sein könnten. Die genauen Zusammenhänge sind jedoch noch nicht hinreichend geklärt.

Interessenkonflikt T. Sauer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Das Projekt inkl. der Befragungen wurde im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Das Einverständnis wurde von allen Teilnehmern eingeholt.

Literatur

1. Böttger-Kessler G (2006) Aktive Sterbehilfe bei Wachkomapatienten. Die Einstellung von Ärzten und Pflegepersonen zur Aktiven Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma. Mabuse, Frankfurt a. M.
2. Bourdieu P (1987) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
3. Bourdieu P, Wacquant LJD (2006) Reflexive Anthropologie. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
4. Costa DT, Martins MdCF (2011) Stress among nursing professionals: effects on the conflict on the group and on the physician's power. *Rev Esc Enferm USP* 45:1187–1193
5. Dhubis-Dach J, Glogner P (2001) Durch welche Faktoren werden Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen beeinflusst? *Ethik Med* 13:76–86
6. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R (2005) Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 14:523–530
7. Freidson E (1979) Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Thieme, Stuttgart
8. Foerde R, Aasland OG (2008) Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics* 34:521–525
9. Haas M, Kohlen H (2010) Künstliche Ernährung am Lebensende. Die Rolle der Pflegenden. *Z Med Ethik* 56:113–119
10. Juchli L (1993) Ganzheitliche Pflege – Vision oder Wirklichkeit. Thieme, Stuttgart
11. Kettner M (2005) 2 x moralisches Bewusstsein. Haben Pflegenden ein anderes Moralbewusstsein als Ärzte? *Pflege Aktuell* 2005:530–535
12. Kohlen H (2013) Klinische Ethikkomitees und Pflege. *Z Med Ethik* 59:97–105
13. Körtner U (2008) Evangelische Sozialethik. UTB, Göttingen
14. Ley F (2005) Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation? *Ethik Med* 17:298–309
15. Lind G (2009) Moral ist lehrbar. Handbuch zur Theorie und Praxis moralischer und demokratischer Bildung. Oldenbourg, München
16. Löser AP (2003) Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Schlütersche, Hannover
17. Neitzke G (2001) Motivation und Identitätsbildung in den medizinischen Professionen. Konsequenzen für die klinische Praxis. In: von Engelhardt D, von Loewenich V, Simon A (Hrsg) Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. LIT, Frankfurt a. M., S 48–61

18. Neitzke G (2007) Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. Ruhr-Universität. Bochum
19. O'Connor S (2006) Developing professional habitus: a Bernsteinian analysis of the modern nurse apprenticeship. *Nurse Educ Today* 27:748–754
20. Peter E (2013) Advancing the concept of moral distress. *J Bioeth Inq*. doi:10.1007/s11673-013-9471-6
21. Rager G (1994) Medizin als Wissenschaft und ärztliches Handeln. In: Honnefelder L, Rager G (Hrsg) *Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik*. Insel, Frankfurt a. M., S 15–52
22. Remmers H (2003) Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik. In: Wiesemann C, Erichsen N, Behrendt H, Biller-Andorno N, Frewer A (Hrsg) *Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart, S 47–70
23. Sauer T (2011) Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten. Empirische Daten und theoretische Überlegungen zur klinischen Ethik in einer Universitätsklinik. Dissertationsschrift. Frankfurt a. M.
24. Schillinger M (2005) Learning environment and moral development. How university education fosters moral judgement competence. Shaker, Aachen
25. Sieger M, Fritz E, Them C (2011) In discourse: Bourdieu's theory of practice and habitus in the context of a communication-orientated nursing interaction model. *J Adv Nurs* 68:480–489
26. Windolf P (1986) Berufliche Sozialisation. Zur Produktion des beruflichen Habitus. Enke, Stuttgart