

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

„Dieser Puzzlestein war anscheinend ein Meilenstein“ – Zur Beteiligung von
Pflegefachpersonen an der klinischen Ethikberatung

verfasst von | submitted by

Jacob Roth

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Sabine Pleschberger MPH

Zusammenfassung

Hintergrund: Ethisch herausfordernde Situationen kommen im klinischen Alltag häufig vor. Formate der klinischen Ethikberatung wie moderierte multiprofessionelle Ethik-Fallbesprechungen bieten einen strukturierten Rahmen, um mit diesen ethisch herausfordernden Situationen umzugehen und konsensuale Lösungen zu erarbeiten. Pflegefachpersonen nehmen darin konzeptionell eine zentrale Rolle ein. Über ihre Wahrnehmungen und das Verständnis ihrer Rolle ist noch wenig bekannt.

Ziel: Der Zweck dieser Studie ist es, die Wahrnehmungen, Erfahrungen und Handlungsspielräume von Pflegefachpersonen, die an klinischen Ethik-Fallbesprechungen teilnehmen, zu erfassen und die Bedingungen, Barrieren sowie Potenziale ihrer Beteiligung zu analysieren.

Design: Qualitative Interviewstudie unter Anwendung der Interpretive Description Methodologie.

Methoden: Zehn Pflegefachpersonen, die bereits an einer klinischen Ethik-Fallbesprechung teilgenommen hatten, wurden mittels problemzentrierter Interviews zu ihren Wahrnehmungen und ihrem Verständnis ihrer Beteiligung an solchen Fallbesprechungen befragt. Der Forscher stützte sich auf die Methoden der Interpretive Description, um die Interviewdaten zu analysieren.

Ergebnisse: Pflegefachpersonen verstehen unter ihrer Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen die Einnahme spezifischer Rollen, insbesondere als Fürsprecher*innen und Vermittler*innen, sowie als Einbringen von Beiträgen, die auf ihrem exklusiven Patient*innenwissen basieren. Sie nehmen Einfluss auf den Verlauf und die Ergebnisse der Fallbesprechungen und bewerten ihre Beteiligung daran überwiegend positiv. Ihre Beteiligung empfinden Pflegefachpersonen dann als besonders wirksam, wenn sie einen klaren Bezug zu ihrem professionellen Selbstverständnis herstellen können. Die Moderation wird als entscheidender Faktor für gesicherte Gesprächsräume und aktive Teilhabe hervorgehoben. Der Raum für pflegerische Beiträge in Ethik-Fallbesprechungen wird als ausreichend wahrgenommen. Pflegerische Beiträge werden jedoch teilweise als epistemisch nachrangig gerahmt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist der Bericht über eine Privilegierung der formalisierten, faktenbasierten Medizinsprache in Ethik-Fallbesprechungen bemerkenswert. Angemerkt wird, dass Ethik-Fallbesprechungen teils zu spät einberufen werden.

Schlussfolgerung: Pflegefachpersonen erweitern den ethischen Diskurs durch ihre praktische Urteilserfahrung, professionsspezifische Werte und alltagsnahe Wahrnehmungen. Sie tragen

maßgeblich zur ethischen Entscheidungsfindung in klinischen Ethik-Fallbesprechungen bei und halten die Patient*innenperspektive konsequent im Mittelpunkt der Besprechungen. Damit sich das pflegerische Potenzial noch stärker entfalten kann, sind sowohl unterstützende Rahmenbedingungen als auch die professionelle Anerkennung und Sichtbarkeit pflegespezifischer Kompetenzen notwendig.

Keywords: Klinische Ethikberatung, Klinische Ethik-Fallbesprechungen, Pflegeethik, Pflegefachpersonen, Fürsprache, Interpretive Description

Abstract

Background: Ethically challenging situations are common in everyday clinical practice. Formats of clinical ethics consultation, such as moderated multi-professional ethics case discussions, provide a structured forum to address these challenges and work toward consensus. Nurses are conceptualized as playing a central role in these processes, yet little is known about their perceptions and how they understand their role.

Aim: To explore nurses' perceptions, experiences, and scope for action in clinical ethics case discussions, and to analyze the conditions, barriers, and potentials of their participation.

Design: Qualitative interview study using the Interpretive Description methodology.

Methods: Ten nurses with prior participation in a clinical ethics case discussion were interviewed using problem-centered interviews. The researcher applied Interpretive Description to analyze the interview data.

Results: Nurses understand their participation as taking on specific roles, particularly as patient advocates and mediators, and as contributing insights based on their unique, close-to-the-patient knowledge. They influence the course and outcomes of ethics case discussions and generally evaluate their involvement positively. Nurses find their participation particularly effective when they can establish a clear link to their professional identity. Facilitation is identified as a critical element in creating safe spaces for discussion and encouraging active participation. While the space for nursing contributions in ethical case discussions is considered sufficient, these contributions are sometimes considered to have lower epistemic value. From a nursing science perspective, it is interesting to note that fact-based, formalised medical language is said to be favoured in such discussions. It was also noted that ethics case conferences are sometimes convened too late.

Conclusion: Nurses enrich ethical discourse by contributing their practical judgment, profession-specific values, and everyday clinical observations. They make a substantial contribution to ethical decision-making in clinical ethics case conferences and consistently center the patient perspective. In order to realise the full potential of nursing, it is necessary to create supportive structural conditions and to recognise and make visible the professional competencies specific to nursing.

Keywords: Clinical Ethics Consultation, Clinical Ethics Discussions, Nursing Ethics, Nurses, Bedside-Nurses, Advocacy, Interpretive Description

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Warum Ethik in der Gesundheitsversorgung so wichtig ist	3
2.2 Was ist klinische Ethikberatung?.....	8
2.3 Die Pflegefachperson in der klinischen Ethikberatung	20
2.4 Rahmenbedingungen klinischer Ethikberatung	29
3. Forschungsstand	33
3.1 Suchstrategie	33
3.2 Ergebnisse der Literaturrecherche	35
4. Relevanz und Begründung der Untersuchung.....	45
5. Methode.....	47
5.1 Forschungsfrage & Forschungsziele	47
5.2 Methodologischer Rahmen	48
5.3. Methodisches Vorgehen.....	50
5.4 Forschungsdesign	51
5.5 Rekrutierung von Teilnehmer*innen.....	53
5.6 Datenerhebung & Datenaufarbeitung.....	55
5.7 Durchführung der Datenanalyse.....	56
5.8 Gütekriterien qualitativer Forschung	60
5.9 Ethische Überlegungen und Begutachtung	62
5.10 Methodenreflexion	63
6. Ergebnisse	66
6.1 Pflegespezifische Beiträge und Rollen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen.....	66
6.2 Pflegerische Einflussnahme in klinischen Ethik-Fallbesprechungen.....	79
6.3 Reflexion der pflegerischen Beteiligung in klinischen Ethik-Fallbesprechungen	85
6.4 Resümee der Ergebnisse.....	94

6.5 Übergeordnete Reflexion aus der Datenanalyse	95
7. Diskussion	98
7.1 Interpretation zentraler Ergebnisse.....	98
7.2 Interpretation der Ergebnisse im Kontext des Forschungsstandes	105
7.3 Einordnung in den aktuellen pflegewissenschaftlichen Diskurs.....	107
7.4 Limitationen	109
8. Implikationen für die Praxis.....	110
9. Conclusio & Forschungsausblick.....	112
10. Referenz	114
10.1 Literaturverzeichnis.....	114
10.2 Anhangsverzeichnis.....	130

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin e.V.
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ASBH	American Society for Bioethics and Humanities
D.h.	Das heißt
ICN	International Council of Nurses
ICU	Intensive Care Unit
ID	Interpretive Description
o.g.	Oben genannt
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
WIGEV	Wiener Gesundheitsverbund

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Schematische Darstellung eines visualisierten Interviewtranskripts

Abbildung 2: Visualisierung der einzelnen Interviews und der analysierten Subthemen

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche zum Stand der Forschung

Tabelle 2: Sample-Charakteristik

Tabelle 3: Sicherstellung der Qualität der Forschungsarbeit nach Vorgaben der Interpretive Description

1. Einleitung

Das Zitat im Titel dieser Arbeit – „Dieser Puzzlestein war anscheinend ein Meilenstein“ – stammt von einer Pflegefachperson, die im Rahmen der Studie interviewt wurde. Damit beschreibt sie ihren Beitrag zu einer klinischen Ethik-Fallbesprechung. Warum dieser Beitrag so paradigmatisch für die Erkenntnisse dieser Arbeit zur Beteiligung von Pflegefachpersonen an der klinischen Ethikberatung ist, wird im Verlauf der Arbeit deutlich werden.

Der klinische Alltag ist von vielfältigen ethischen Fragestellungen geprägt – ein Umstand, der keineswegs neu ist, zugleich sind Räume der ethischen Reflexion knapp. Die klinische Ethikberatung schafft Räume, in denen ethische Fragestellungen im klinischen Kontext strukturiert bearbeitet werden können und konsensuale Entscheidungen für das weitere Vorgehen in konkreten Patient*innensituationen zu ermöglichen (Herrmann, 2022). Sie bieten Orientierung und fundierte Empfehlungen zur Unterstützung ethischer Entscheidungsprozesse (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Ein Format der klinischen Ethikberatung sind die moderierten multiprofessionellen Ethik-Fallbesprechungen. Die professionelle Pflege nimmt innerhalb dieser multiprofessionellen Runden konzeptionell eine zentrale Rolle ein. Als größte Berufsgruppe im Krankenhaus ist sie nicht nur omnipräsent im Versorgungsprozess, sondern auch maßgeblich an der Schnittstelle zwischen Patient*innen, Ärzt*innen, Therapeut*innen und Angehörigen tätig. Darüber hinaus sind Pflegefachpersonen durch ihr professionelles Selbstverständnis und die besondere Qualität ihrer alltäglichen Arbeit am Bett der Patient*innen dazu befähigt, individuelle ethische Herausforderungen frühzeitig wahrzunehmen und gezielt in die klinische Ethik-Fallbesprechung einzubringen. Trotz dieser konzeptuell zentralen Position ist bislang wenig darüber bekannt, wie Pflegefachpersonen ihre Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen selbst verstehen und gestalten. Die vorliegende qualitative Studie beschäftigt sich daher mit den Wahrnehmungen, Erfahrungen und Handlungsspielräumen der teilnehmenden Pflegefachpersonen in diesen Besprechungen. Ziel ist es, die Bedingungen, Barrieren sowie Potenziale ihrer Beteiligung zu analysieren. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, inwieweit sich Pflegefachpersonen als kompetente und aktiv mitgestaltende Akteur*innen im ethischen Beratungsprozess verstehen. Zu diesem Zweck wurden leitfadengestützte Interviews mit Pflegefachpersonen, die bereits an einer klinischen Ethik-Fallbesprechung teilgenommen haben, durchgeführt.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Das Kapitel zum theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) legt die konzeptionellen Grundlagen: Es

erörtert die Notwendigkeit ethischer Reflexionsräume im klinischen Umfeld, erarbeitet zentrale Überlegungen zur klinischen Ethikberatung, beleuchtet die Rolle der Pflegefachpersonen in Ethik-Fallbesprechungen und stellt die relevanten Rahmenbedingungen heraus. Das Kapitel „Forschungsstand“ (Kapitel 3) präsentiert die Ergebnisse einer Literaturrecherche zu bisherigen Studien, die sich mit den Wahrnehmungen von Pflegefachpersonen in der klinischen Ethikberatung befassen haben. Daran anschließend werden im Kapitel „Relevanz & Begründung der Untersuchung“ (Kapitel 4) die aus Theorie und Empirie abgeleiteten Forschungslücken aufgezeigt und die vorliegende Untersuchung begründet. Der empirische Teil beginnt mit dem Kapitel zur Methode (Kapitel 5), das zunächst den methodologischen Rahmen der Studie darlegt, das an der Interpretive Description nach Sally Thorne orientierte Forschungsdesign vorstellt und die eingesetzten qualitativen Methoden erläutert. Im Ergebniskapitel (Kapitel 6) werden die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse präsentiert, bevor das Diskussionskapitel (Kapitel 7) die zentralen Ergebnisse kritisch diskutiert und die Limitationen der Studie reflektiert. Im Kapitel „Implikationen für die Praxis“ (Kapitel 8) werden aus den Ergebnissen konkrete Empfehlungen für die Praxis der klinischen Ethikberatung entwickelt. Den Abschluss bildet das Kapitel „Conclusio & Forschungsausblick“ (Kapitel 9), das Perspektiven für zukünftige pflegewissenschaftliche Forschungsvorhaben eröffnet.

2. Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend wird der theoretische Rahmen der Arbeit skizziert, und es werden literaturbasierte Problemstellungen benannt, die eine empirische pflegewissenschaftliche Untersuchung rechtfertigen sollen. Zunächst werden drei Gründe dafür aufgezeigt, warum die Ethik und ethische Entscheidungsprozesse in der klinischen Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewinnen. Danach wird die klinische Ethikberatung als Unterstützungsform dieses Prozesses näher beleuchtet. Im nächsten Schritt wird der Fokus auf die Beteiligung der Pflegefachpersonen an der klinischen Ethikberatung gelegt. Es werden Wesenszüge der professionellen Pflege aus der Literatur abgeleitet und ihr konzeptioneller Mehrwert für den ethischen Entscheidungsfindungsprozess untersucht. Abschließend werden die Rahmenbedingungen der klinischen Ethikberatung dargestellt. Dabei ist vor allem das klinische Umfeld als wichtiger Einflussfaktor zu nennen. Aufbauend auf den philosophischen, theoretischen und empirischen Erkenntnissen aus dem Forschungshintergrund wird anschließend der Forschungsstand zu den Wahrnehmungen und Perspektiven von Pflegefachpersonen, die an Formaten der klinischen Ethikberatung teilgenommen haben, anhand der Literatur dargestellt. Aus theoretischem Hintergrund und Forschungsstand wird die Begründung und Relevanz der vorliegenden Arbeit abgeleitet. Abschließend erfolgt eine Darstellung des methodologischen Rahmens und der wissenschaftstheoretischen Verortung dieser Arbeit.

2.1 Warum Ethik in der Gesundheitsversorgung so wichtig ist

Die Ethik, verstanden als die systematische Reflexion moralischer Werte und Normen (Riedel et al., 2026), hat ihre Wurzeln im antiken Griechenland. In der klinischen Gesundheitsversorgung ist sie hingegen ein vergleichsweise junges Phänomen. Dennoch hat die ethische Reflexion dort schnell an Bedeutung gewonnen. Im Folgenden werden drei reziproke Gründe dafür dargestellt, warum die Ethik in der klinischen Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist und zunehmend an Relevanz gewinnt.

2.1.1 Ethik als Instrument der Orientierung, Regulierung und Abwägung

Im Gesundheitswesen kommt den Krankenhäusern als zentraler Aufenthaltsort des kranken, leidenden und Hilfe suchenden Menschen eine große Bedeutung zu. Die Existenz dieser Institutionen gründet auf der potenziellen Vulnerabilität aller Menschen und der kollektiven existenziellen Betroffenheit von Gesundheit bzw. Krankheit. Eine funktionierende stationäre Versorgung trägt zum sozialen Frieden und zur gesellschaftlichen Stabilität bei (De Luca &

Lin, 2024). Außerdem verfolgt die Bereitstellung der stationären Versorgung gleichsam ein volkswirtschaftliches Interesse an der Betreuung hilfeschender Menschen (z. B. Behandlung von Erkrankungen, sichere Entbindung, Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchungen). Der Anspruch an die klinische Versorgung besteht unter anderem darin, gesundheitliche Hilfeleistungen effektiv und effizient bereitzustellen, die Kosten von Behandlungen und Untersuchungen sowohl für Einzelpersonen als auch für die Solidargemeinschaft in einem vertretbaren Rahmen zu halten, und zugleich die Belastung der Einkommen durch Beiträge zur Sozialversicherung möglichst gering zu gestalten (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2018). Der beschriebene Anspruch an die klinische Versorgung ist Ausdruck einer gesamtgesellschaftlichen Ausrichtung auf wirtschaftliches Wachstum und wissenschaftlich-technischen Fortschritt. Um diesen Zusammenhang zu verstehen, ist ein Blick auf die grundlegenden Triebkräfte unserer „technologischen Zivilisation“ hilfreich. Der Philosoph Hans Jonas (1903–1993) definierte in einem seiner wichtigsten Werke „Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation“ (Jonas, 2017) als die beiden maßgeblichen Kräfte unserer Epoche, Wissenschaft und Wirtschaft. Die grundsätzlichen Denkmuster aus Wissenschaft und Wirtschaft fungieren dabei als grundlegende Deutungsrahmen, innerhalb derer festgelegt wird, was als rational, sinnvoll und legitim gilt. Die Denkmuster, die sich als Paradigmen durchsetzen, etablieren sich als wissenschaftlicher Konsens und werden zum selbstverständlichen Ausgangspunkt des Handelns (Kuhn, 2023). In der klinischen Gesundheitsversorgung ist häufig zu beobachten, dass medizinische Entscheidungen, organisatorische Abläufe und institutionelle Zielsetzungen an den Standards wissenschaftlicher Evidenz und ökonomischer Effizienz (z.B. leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung in den deutschsprachigen Akutkrankenhäusern) ausgerichtet werden. Ein wesentlicher Teil der klinischen Gesundheitsversorgung stützt sich auf messbare Größen, wie beispielsweise Mortalitäts-, Komplikations- oder Rehospitalisierungsraten als klinische Ergebnisparameter sowie Laborwerte, Vitalparameter und Tumorklassifikationen als diagnostische Marker. Diese Daten sind zentrale Ausgangspunkte für die Entwicklung medizinischer Leitlinien und Behandlungsstandards. Durch die Ableitung evidenzbasierter Empfehlungen aus systematisch erhobenen Befunden lassen sich Versorgungsprozesse strukturieren, vergleichen und steuern. Parallel dazu haben betriebswirtschaftliche Ansätze, die auf Effizienz und Wachstum ausgerichtet sind, in vielen Krankenhausorganisationen an Bedeutung gewonnen. Sie liefern die Kategorien, mit denen knappe Ressourcen verteilt, Leistungen bewertet und Strukturen gesteuert werden. In der Verbindung von naturwissenschaftlichem Fortschrittsparadigma und

ökonomischem Wachstumsparadigma entsteht ein institutioneller Rahmen, in dem das Krankenhaus als hochgradig spezialisierte, technologisierte und ökonomisch organisierte Versorgungsinstitution erscheint. Exemplarisch lässt sich das an der Zielvereinbarung 2025-2033 zur partnerschaftlichen Steuerung des AKH Wien ablesen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2024). Die Unterzeichner*innen aus Bund, Stadt und Universität heben explizit das naturwissenschaftlich-technische Fortschrittsparadigma (Ausbau von Forschung, Exzellenz, Rankings, Technologieinvestitionen) sowie das ökonomische Wachstums- und Effizienzparadigma (effiziente Nutzung der verwendeten Steuergelder, Prozess- und Ressourcensteuerung, Standort- und Wettbewerbslogik) hervor. Dies erfolgt in Form einer partnerschaftlichen, langfristigen Zielsteuerung der Institution. Damit erscheint das AKH Wien genau als jene spezialisierte, technologisierte und ökonomisch organisierte Versorgungsinstitution, die durch Leistungskennzahlen, Qualitätsindikatoren, Kosten-Nutzen-Rechnungen und Prozessoptimierung geprägt ist. Solche strategischen Ausrichtungen von Institutionen des Gesundheitswesens, sind als konsequente Umsetzung jener Paradigmen zu verstehen, die Wissenschaft und Wirtschaft in der modernen Gesellschaft zu leitenden Orientierungsmächten gemacht haben.

Aus dem öffentlichen Diskurs lässt sich ablesen, dass Entscheidungen, die das Gesundheitswesen oder die medizinische Versorgung betreffen, häufig sowohl aus unternehmerischer als auch aus medizinischer Perspektive als rational, nachvollziehbar und sogar zuträglich für die langfristigen Ziele des Krankenhauses dargestellt werden. Beispiele hierfür sind Spitalsschließungen oder -zusammenlegungen, Triage-Maßnahmen während der Corona-Pandemie oder der Einsatz von KI in der medizinischen Diagnostik. Zugleich wird jedoch darauf hingewiesen, dass eben diese unternehmerischen oder medizinischen Entscheidungen aus ethischer Sicht fragwürdig seien. Auf diese Weise tritt die Ethik als eigenständige Bewertungsperspektive hinzu. Entwicklungen im Krankenhaus — wie die kontinuierliche Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung, die fortschreitende Ausweitung des medizinisch Machbaren oder die Notwendigkeit der Rationierung von Leistungen — werden auch als ethische Fragen verhandelt. Die Ethik gewinnt dadurch als Instrument der Orientierung, Regulierung und Abwägung an Bedeutung. Sie soll Handlungsoptionen bewerten und retrospektiv beurteilen, ob getroffene Entscheidungen sinnvoll, gerechtfertigt oder problematisch waren (Lüfter, 2023). Der Einzug der Ethik in Form von Ethikkomitees, Ethikberatung und Ethikleitlinien ist demnach eine notwendige

Begleiterscheinung wissenschaftlich fundierter und betriebswirtschaftlich organisierter Krankenhäuser.

Vor diesem Hintergrund richtet das folgende Kapitel den Blick auf das wachsende Bewusstsein für die Notwendigkeit institutionalisierter ethischer Reflexion.

2.1.2 Wachsendens Bewusstsein für die Relevanz der ethischen Reflexion

Die steigende Bedeutung von Ethik und ethischer Reflexion resultiert auch aus der Erwartung, dass Patient*innen selbstbestimmt an Therapie- und Versorgungsentscheidungen mitwirken. Strukturierte ethische Reflexionsprozesse öffnen Räume für eine solche selbstbestimmte Teilhabe. Daran zeigt sich ein zunehmendes Bewusstsein für Patient*innenrechte und Selbstbestimmung (Birnbacher, 2021). Dieses Bewusstsein speist sich aus verschiedenen gesellschaftlichen, soziokulturellen und professionsbezogenen Entwicklungen, die im Folgenden näher beschrieben werden.

So ist eine Emanzipation vom paternalistischen Medizin- und Pflegeverständnis hin zu einem partizipativen Modell der Gesundheitsversorgung zu verzeichnen, in dem die Selbstbestimmung der Patient*innen als Zentralwert anerkannt wird (Birnbacher, 2021). Während hilfeschuchende Patient*innen früher die Entscheidungen von Ärzt*innen und Pflegenden zumeist unhinterfragt akzeptierten, wird dieses asymmetrische Beziehungsmodell, in Frage gestellt (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Einen maßgeblichen Beitrag zu dieser Entwicklung leisteten Beauchamp und Childress (2024a) in den späten 1970er Jahren mit ihrer Konzeption der Vier-Prinzipien-Ethik, in deren Rahmen die informierte Einwilligung als ethische Voraussetzung medizinischen Handelns etabliert wurde, und der Selbstbestimmung der Patient*innen systematisch Rechnung getragen wird.

Der Wandel hin zu einem partizipativen Medizin- und Pflegeverständnis schafft die Grundlagen für die Etablierung einer personenzentrierten Gesundheitsversorgung. In diesem Ansatz steht der Mensch nicht nur als Patient*in, sondern als Person in seiner individuellen Lebenssituation, seinen Wertvorstellungen und Beziehungen im Mittelpunkt der Versorgung. Die Person bildet damit den zentralen Bezugspunkt, an dem medizinische und pflegerische Handlungen ausgerichtet werden. Personenzentrierung wird von führenden Vertreter*innen dieses Ansatzes nicht lediglich als Organisationsprinzip, sondern als grundlegende philosophische Haltung der Gesundheitsversorgung verstanden, die Planung, Strukturierung und Durchführung von Versorgung leitet (McCormack & McCance, 2023). Die Entwicklung entsprechender

theoretischer Rahmen für eine personenzentrierte Praxis in Forschung und Wissenschaft legt den Grundstein für eine personenzentrierte stationäre Gesundheitsversorgung (Mayer et al., 2020). Die konsequente Ausrichtung an der Person fördert zugleich ein wachsendes Bewusstsein für zentrale ethische Werte wie Selbstbestimmung, Beziehung, Würde und Respekt und trägt damit auch zur Verankerung ethischer Reflexion im klinischen Alltag bei.

Die niederschwellige Verfügbarkeit von Informationen und der permanente Zugang zu gesundheitsbezogenem Wissen ermöglichen es Patient*innen, eine aktive und selbstständige Rolle im Versorgungsprozess einzunehmen. Dadurch werden sie unabhängiger von den behandelnden Gesundheitsprofessionen. Public-Health-Programme wie die „Global Strategy on Digital Health 2020–2027“ der WHO fördern diese Entwicklung gezielt, indem sie nationalen oder regionalen Initiativen im Bereich der digitalen Gesundheit eine solide Strategie bereitstellen, um das Potenzial zur Förderung von Selbstbestimmung und Mitentscheidung von Patient*innen auszuschöpfen (World Health Organization, 2025). Patient*innen werden dazu befähigt, vorgeschlagene Therapien zu hinterfragen, alternative Optionen abzuwägen und Entscheidungen bewusster zu treffen. In diesem Prozess wächst das Bewusstsein für ethische Fragestellungen, etwa im Hinblick auf Gerechtigkeit, Verhältnismäßigkeit oder den Umgang mit nicht-benefiziellen Therapien.

Um diesen emanzipatorischen Entwicklungen hin zu mehr Selbstbestimmung und Bewusstsein für die eigenen Rechte gerecht zu werden, gewinnen transparente, verständliche, interprofessionelle und personenzentrierte ethische Entscheidungen an Bedeutung.

2.1.3 Würdigung der Wertepluralität

Als eine der zentralen politischen Denkerinnen des 20. Jahrhunderts hob Hannah Arendt (1906-1975) in ihrem Werk „Vita Activa oder Vom tätigen Leben“ (Arendt, 2019) die Pluralität der menschlichen Gesellschaft hervor und bestimmte sie als wesentliche Voraussetzung für gemeinsames politisches Handeln und Zusammenleben. Für Arendt bedeutet Pluralität, dass Menschen zugleich gleich und verschieden sind. Nicht die Überwindung, sondern die Anerkennung dieser Verschiedenheit eröffnet die Möglichkeit, eine gemeinsame Welt zu gestalten.

Getrieben durch Globalisierung und soziokulturelle Veränderungen, offenbart sich auch in der Gesundheitsversorgung die Pluralität von Werten (Turner, 2003). Sowohl Patient*innen als auch das Gesundheitspersonal bringen hier verschiedene Perspektiven und Wertvorstellungen

in Bezug auf Behandlungsentscheidungen und Lebensentwürfe ein. Der Anspruch der Würdigung dieser Wertpluralität (Dörries, 2008) innerhalb von Behandlungs- und Pflegebeziehungen ist ein weiterer Grund für die Prominenz der Ethik und insbesondere der ethischen Reflexion in der stationären Gesundheitsversorgung.

Zusammenfassend lässt sich beobachten, dass die gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen die Ethik in den Vordergrund der klinischen Gesundheitsversorgung rücken. Die Ethik als systematische Reflexion ethischer Herausforderungen im Klinikalltag trägt der zunehmenden Bedeutung und dem wachsenden Bewusstsein für ethisch herausfordernde Situationen Rechnung. Eine praktische Form der systematischen ethischen Reflexion ist die klinische Ethikberatung. Sie unterstützt den Prozess hin zu einer guten ethischen Entscheidung. Was sich genau hinter dem Konzept der klinischen Ethikberatung verbirgt, soll im nächsten Abschnitt geklärt werden.

2.2 Was ist klinische Ethikberatung?

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Ethikberatung gegeben. Dabei richtet sich der Blick, wie in der gesundheitsbezogenen Fachliteratur häufig, zunächst auf die USA als Pionierland der klinischen Ethikberatung in der westlichen Welt. Im Anschluss werden die Entwicklungen in Deutschland und der Schweiz dargestellt, um dann mit der Situation in Österreich das Gesamtbild der Entwicklung im D-A-CH-Raum abzurunden. Auf der Grundlage verschiedener Definitionen von Ethikberatung wird das übergeordnete Ziel dieser Formate, die ethische Entscheidungsfindung zu unterstützen, herausgestellt. Aufbauend darauf wird die Ethikberatung in den klinischen Kontext gesetzt. Es wird auch die besondere Rolle der Moderator*innen innerhalb der klinischen Ethikberatung dargestellt. Anschließend wird der Fokus auf die Pflegefachpersonen als Teilnehmer*innen in der klinischen Ethikberatung gerichtet. Abschließend werden die Rahmenbedingungen der klinischen Ethikberatung beleuchtet.

2.2.1 Entstehung der Ethikberatung im D-A-CH-Raum

Die Strukturen der Ethikberatung im D-A-CH-Raum orientieren sich an den Erfahrungen, die seit den 1970er Jahren in den USA gemacht wurden. Damals wurde in Boston ein Ethikkomitee

ins Leben gerufen, das sich mit der Definition von dauerhafter Bewusstlosigkeit und Hirntod beschäftigte (Frewer, 2012; Simon, 2022). Im weiteren Verlauf kam es in den USA zu einer Ausweitung und Institutionalisierung von Gremien, die sich mit ethischen Herausforderungen befassen (Frewer, 2012). Als erstes Land des D-A-CH-Raums folgte die Schweiz den Entwicklungen in den USA. Dort wurde 1986 erstmals eine professionelle Ethikberatung angeboten. 1988 wurde die erste klinische Ethikkommission eingesetzt und 1989 das erste Ethikforum gegründet (Salathé et al., 2008). In einer gemeinsamen Stellungnahme aus dem Jahr 1997 empfahlen der katholische und der evangelische Krankenhausverband in Deutschland die Einrichtung Klinischer Ethikkomitees an konfessionellen Krankenhäusern. Anlass waren unter anderem die Debatte um das 1997 in Kraft getretene Transplantationsgesetz und der Fall des »Erlanger Babys«¹. Der Erfahrungstransfer aus den USA wurde als Chance für die deutsche Ethikberatungsinfrastruktur angesehen (Bruns, 2012). Während die Gründung von Ethikkomitees zunächst in konfessionellen Häusern vonstattenging, folgten in den frühen 2000er Jahren immer mehr andere Träger diesem Beispiel (ebd.). In einer Stellungnahme aus dem Jahr 2006 wandte sich die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer direkt an sämtliche Gesundheitseinrichtungen und forderte sie auf, entsprechende Strukturen der klinischen Ethikberatung einzurichten (Simon, 2022). Eine im Jahr 2014 durchgeführte, deutschlandweite Umfrage von Schochow et al. zeigt, dass 912 Krankenhäuser mindestens eine Form der klinischen Ethikberatung anbieten (Schochow et al., 2019). Aufgrund der Verbreitung von Leitlinien und Zertifizierungsprogrammen für die Ethikberatung sowie der Erfahrungen mit der Pandemie dürfte diese Zahl in den letzten zehn Jahren weiter angestiegen sein. Die letzte im Jahr 2020 durchgeführte Umfrage zur Standortbestimmung der klinischen Ethik in der Schweiz zeigt, dass die Hälfte aller befragten Institutionen über explizite Strukturen zur klinischen Ethik verfügt (Zentner et al., 2022). Die Umfrage fand allerdings vor der COVID-19 Pandemie statt. Diese wird mit einem überproportionalen Anstieg der Etablierung von Angeboten der klinischen Ethik assoziiert (ebd.).

Stand der Entwicklung in Österreich

In Österreich ist die Entwicklung der Institutionalisierung von Angeboten der Ethikberatung vergleichsweise jung. Dinges und Wallner beklagen hierzulande ein grundsätzliches „Manko“ bei der Etablierung klinischer Ethik (Dinges & Wallner, 2021, S.324). Seit den frühen 2000er

¹ Im Jahr 1992 erlitt die damals 18-jährige Marion P. nach einem schweren Autounfall ein Schädel-Hirn-Trauma. In der Universitätsklinik Erlangen wurde nach drei Tagen der Hirntod festgestellt. Aufgrund einer Schwangerschaft (13.–15. Woche) wurde die Intensivtherapie dennoch fortgeführt, um das Kind zu retten. Der Fötus verstarb jedoch trotz aller Maßnahmen (Frewer, 2022).

Jahren gibt es in einigen Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft vereinzelt Angebote der klinischen Ethikberatung. Eine Konferenz zur Klinischen Ethik und Beratung 2019 in Wien wird letztlich als Initialzündung für die methodische und strukturelle Implementierung von Ethikberatung in Österreich gesehen (Wallner, 2023). Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine repräsentativen Zahlen über das Angebot von Ethikberatung in österreichischen Krankenhäusern. Im Wiener Gesundheitsverbund wurden in den letzten Jahren jedoch unter anderem auf Initiative von Stefan Dinges Strukturen der Ethikberatung aufgebaut. Seit 2024 ist die Ethikberatung im größten Universitätsklinikum Österreichs, dem AKH Wien, fest installiert (Masel et al., 2025). Eine flächendeckende Struktur klinischer Ethikberatung besteht in Österreich bislang nicht. Es zeichnet sich jedoch eine Tendenz zur weiteren Etablierung solcher Strukturen ab.

2.2.2 Definitionen von Ethikberatung

Ethikberatung ist kein einheitlich definierter Begriff. Die folgende Übersicht zentraler Definitionen dient dazu, das Konzept zu schärfen und die begriffliche Basis dieser Arbeit offenzulegen. Es werden jeweils eine Definition aus den USA und den Ländern des D-A-CH-Raums von Ethikberatung dargestellt. Ein Vergleich mit den USA, die eine Vorreiterrolle für die westliche Ethikberatung einnehmen (s.o.), soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede nachvollziehbar machen. Die Heranziehung von Definitionen der Fachgesellschaften soll die jeweiligen Qualitätsstandards der Länder veranschaulichen.

Die American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) ist eine US-amerikanische Fachgesellschaft mit Bildungsauftrag. Sie fördert den Austausch und die Zusammenarbeit über Fachgrenzen hinweg sowie Forschung, Lehre, Politikentwicklung, Professionalisierung und kollegiale Vernetzung. Adressiert sind alle, die in klinischer und akademischer Bioethik sowie in gesundheitsbezogenen Geisteswissenschaften tätig sind (American Society for Bioethics and Humanities, 2026). Die ASBH hat im Jahr 2011 in ihrer Handreichung zu den Kernkompetenzen von Ethikberater*innen die folgende Definition von Ethikberatung formuliert:

Healthcare ethics consultation (HCEC or ‘ethics consultation’) is a set of services provided by an individual or group in response to questions from patients, families, surrogates, healthcare professionals, or other involved parties who seek to resolve uncertainty or conflict regarding value-laden concerns that emerge in health care (Tarzian & ASBH Core Competencies Update Task, 2013, S.4).

In der Schweiz befasst sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften als führende Fachgesellschaft mit ethischen Fragen im Zuge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen und erarbeitet hierfür medizin-ethische Richtlinien für die Praxis. Sie engagiert sich zudem in der Früherkennung medizinischer Trends, antizipiert und reflektiert die damit verbundenen ethischen Herausforderungen (SAMW, 2024). Sie hat 2023 eine Definition dazu abgegeben, was unter ethischer Unterstützung zu verstehen ist.

Ziel einer ethischen Unterstützung ist es, die betroffenen Personen und Institutionen bei ethisch schwierigen Werteabwägungen in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Sie soll zur Transparenz der Entscheidungsfindung beitragen, das Erkennen von Werte- und Interessenkonflikten fördern und Lösungsansätze aufzeigen. Empfehlungen sind konsultativ: Ethische Unterstützung legitimiert sich allein durch die vorgebrachten Argumente. Die Entscheidungsverantwortung bleibt beim Arzt und dem Behandlungsteam. Auch das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten wird dabei nicht tangiert (SAMW, 2023, S.7).

Die Akademie für Ethik in der Medizin e. V. ist eine Fachgesellschaft, die sich in Deutschland mit der Qualifizierung von Personen befasst, die in der Klinischen Ethikberatung tätig sind. Sie liefert eine ausführliche Definition der Ethikberatung im Gesundheitswesen.

Ethikberatung im Gesundheitswesen ist ein etablierter Ansatz zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Menschen, die in den verschiedenen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens behandelt, gepflegt und betreut werden. Sie versteht sich als Unterstützungsangebot für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen in ethisch schwierigen oder herausfordernden Situationen. Ethikberatung im Gesundheitswesen befasst sich vor allem mit Fragen, die sich auf die Versorgung einzelner Personen beziehen. [...] Das grundlegende Anliegen von Ethikberatung im Gesundheitswesen besteht darin, alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen (z. B. die Mitarbeitenden und die Leitung der Einrichtung, die dort versorgten Menschen sowie deren Angehörige und Stellvertreter*innen) bei einem angemessenen und abgewogenen Umgang mit ethischen Fragen und Herausforderungen zu unterstützen und einen Beitrag zu einem transparenten und ethisch begründeten Handeln zu leisten (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023, S.313-314).

In Österreich gibt es kein Pendant zur SAMW oder zur AEM. Die Definition der AEM dient vielmehr als Orientierung für das Institut für Ethik und Recht in der Medizin. Dieses befasst sich mit Ethikberatung und nimmt Aus- und Weiterbildungen von Ethikberater*innen vor. Wallner zeigt in einer Ausarbeitung, das Verständnis von ihm und seinem Orden von

Ethikberatung. Er trennt den Begriff der „Ethikberatung“ in „Ethik“ und „Beratung“ auf und zeigt, dass ein tieferes Verständnis beider Begriffe für eine gelingende Praxis der Ethikberatung notwendig ist. Er verzichtet jedoch, so scheint es, bewusst auf eine allgemeingültige Definition von Ethikberatung (Wallner, 2023).

In der Zusammenschau der Definitionen lassen sich nun die Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysieren.

Unterschiede:

In den Definitionen zeigen sich Unterschiede in der Akzentuierung. So versteht die angloamerikanische Definition von der ASBH primär als einen serviceorientierten Ansatz zur Bearbeitung konkreter ethischer Probleme oder Konflikte (Tarzian & ASBH Core Competencies Update Task, 2013). Dabei stehen die Reduktion von Schaden sowie die Auflösung von Unsicherheiten in wertbeladenen (value-laden) Entscheidungssituationen im Vordergrund (ebd.).

Die deutschsprachigen Definitionen sind demgegenüber stärker diskursiv, prozessorientiert und institutionell eingebettet. Die SAMW und die AEM erweitern den Blick über den einzelnen Fall hinaus und stellen den Mehrwert für die Institutionen der Gesundheitsversorgung heraus (SAMW, 2023; Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Die AEM hebt hervor, dass die Ethikberatung als etabliertes Instrument der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen verstanden wird. Sie richtet sich an eine breite Gruppe von Adressat*innen und fördert die ethische Reflexionsfähigkeit von Organisationen (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023).

Gemeinsamkeiten:

In den Definitionsvorschlägen wird Ethikberatung im Gesundheitswesen übereinstimmend als Unterstützungsangebot verstanden, das auf die Bearbeitung ethisch herausfordernder Situationen in der konkreten Versorgungspraxis abzielt. Ein gemeinsamer Kern besteht darin, Personen, die im Kontext der Gesundheitsversorgung tätig sind, bei der Identifikation, Analyse und Bearbeitung von Wertkonflikten zu begleiten. Dadurch sollen transparente, nachvollziehbare und ethisch begründete Entscheidungsprozesse gefördert werden. Dabei wird die Ethikberatung durchgängig nicht als entscheidende Instanz, sondern als beratendes Instrument beschrieben. Die Entscheidungsverantwortung liegt weiterhin bei den verantwortlichen Personen des Behandlungsteams. Ein weiterer gemeinsamer Aspekt ist die multiprofessionelle bzw. interprofessionelle sowie dialogische Ausrichtung der Ethikberatung.

Die Definitionen betonen mehr oder weniger explizit die Einbindung unterschiedlicher Perspektiven, insbesondere von Berufsangehörige des Gesundheitswesens, Patient*innen sowie deren Angehörigen oder Stellvertreter*innen. Ethikberatung zielt somit nicht auf die Durchsetzung einer vorgegebenen moralischen Position ab, sondern auf einen strukturierten Verständigungsprozess, in dem unterschiedliche Werte, Interessen und Deutungen sichtbar gemacht und abgewogen werden.

Synthese:

In der Zusammenschau spiegeln die unterschiedlichen Definitionen somit nicht nur fachliche, sondern auch kulturelle Unterschiede wider. Während die Ethikberatung im angloamerikanischen Raum stärker als spezialisierte Serviceleistung zur Konfliktlösung in konkreten Entscheidungssituationen konzipiert ist (Tarzian & ASBH Core Competencies Update Task, 2013), wird im deutschsprachigen Raum das Verständnis der Ethikberatung als reflexives und institutionell verankertes Unterstützungsangebot akzentuiert (SAMW, 2023; Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Auffällig ist auch die unterschiedliche Terminologie zwischen der Definition der SAMW, die von „ethischer Unterstützung“ spricht (SAMW, 2023, S.7), und der AEM, die den Begriff „Ethikberatung“ verwendet (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023, S.313-314). Allein im deutschsprachigen Raum zeigt sich hier eine Begriffsunterschiedlichkeit, die sich im internationalen Wissenschaftsraum fortsetzt. Die Schwierigkeit der Begriffsunterschiede wird im Rahmen der Aufarbeitung des Forschungsstandes in Kapitel 3 noch einmal genauer beleuchtet.

Zusammenfassend lässt sich postulieren, dass sich trotz der Unterschiede in den Definitionen ein gemeinsames Ziel für Ethikberatung ableiten lässt: Ethikberatung soll einen verantwortungsvollen, transparenten und ethisch begründeten, zumeist multiprofessionellen Umgang mit den komplexen Wertfragen der modernen Gesundheitsversorgung ermöglichen. Dabei steht vor allem die ethisch herausfordernde Versorgungssituation einzelner Personen im Mittelpunkt der Besprechung.

2.2.3 Die Praxis der Ethikberatung im Krankenhaus

Die Entstehung von Ethikberatung (Kap. 2.2.1) hat gezeigt, dass diese Form der Ethikarbeit im klinischen Kontext entwickelt wurde. Inzwischen wird Ethikberatung auch in außerklinischen Bereichen wie Pflegeheimen und der ambulanten Versorgung als hilfreich betrachtet. Der Fokus

dieser Arbeit liegt jedoch ausschließlich auf der Ethikberatung im klinischen Setting, also in Krankenhäusern.

Als klinische Ethikberatung wird ein institutionalisiertes Beratungsangebot bezeichnet, das der Reflexion und Bearbeitung ethischer Fragestellungen dient, wie sie bei der stationären Versorgung von Menschen in Krankenhäusern auftreten (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Ein wichtiges Wesensmerkmal dieser Gremien – oder, wie die Philosophin, Medizinerin und Politikwissenschaftlerin Beate Herrmann es nennt, ihre wichtigste Ressource – ist ihre multiprofessionelle Zusammensetzung (Herrmann, 2022). Die Anzahl der Teilnehmenden kann dabei zwischen fünf und 20 Personen aus verschiedenen Bereichen und Hierarchieebenen variieren. Um einen multiprofessionellen Dialog zu gewährleisten, ist die Beteiligung von Personen mit medizinischer, pflegerischer oder medizin- bzw. pflegeethischer Qualifikation erforderlich. Ergänzend sollen auch Fachkräfte mit juristischem, seelsorgerischem, religiösem, psychosozialem oder verwaltungsbezogenem Hintergrund einbezogen werden (Baumann-Hölzle et al., 2025). Zudem ist es wünschenswert, auch die Sichtweise von Patient*innen einzubeziehen (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023).

Die AEM definiert fünf Aufgabenbereiche der Ethikberatung: (i.) die Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung), (ii.) die Erstellung interner Leitlinien und Empfehlungen (Ethik-Leitlinien), (iii.) die Organisation interner wie öffentlicher Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildung), (iv.) die systematische Förderung ethischer Kompetenz vor Ort und die Verankerung ethischer Reflexion in den Regelprozessen des Berufs- und Versorgungsalltags (Ethik-Transfer) sowie (v.) die Beratung der Einrichtungsleitungen in organisationsethischen Fragen (Organisationsethik) (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Ein Aufgabenbereich ist die Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen. Diese stellen eine praxisnahe und situationsbezogene Maßnahme zur ethischen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag dar. Bei Bedarf kann sie von allen Beteiligten einer ethisch herausfordernden Situation in Form einer moderierten multiprofessionellen Ethik-Fallbesprechung einberufen werden. Dadurch haben Ärzt*innen, Pflegende und andere Gesundheitsberufe, die direkt an der Versorgung und Betreuung des Menschen beteiligt sind, die Möglichkeit, auch ohne einschlägige ethische Weiterbildung an diesen Besprechungen teilzunehmen (ebd.).

Ein Beispiel für eine derartige klinische Ethikberatung wurde vom Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV) ins Leben gerufen. So können die an der Versorgung und Betreuung beteiligten

Berufsgruppen – darunter Ärzt*innen und Pflegende – über ein Formular eine Ethik-Fallberatung einberufen. Das multiprofessionelle Team sowie gegebenenfalls auch die Angehörigen und die Patient*in kommen dann zusammen und werden durch einen Ethikberater oder eine Ethikberaterin moderiert.

Ein weiteres Beispiel für eine solche individuelle ethische Fallbesprechung findet sich in den Institutionen der Barmherzigen Brüder (Barmherzige Brüder Österreich, 2016). In ihren Krankenhäusern wird eine niederschwellige Ethik-Fallbesprechung angeboten. Auch dort ist es für jede Person des Behandlungsteams oder für Patient*innen bzw. die Angehörigen möglich ein sogenanntes Ethikkonsil anzufordern. Am sogenannten Ethikkonsil nehmen Mitglieder des Behandlungsteams teil, insbesondere Vertreter*innen der Medizin und der Pflege. Darüber hinaus werden weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens eingebunden, beispielsweise aus den Bereichen Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und anderen therapeutischen Fachrichtungen. Grundsätzlich haben auch Patient*innen sowie deren Angehörige die Möglichkeit, an der Fallbesprechung teilzunehmen. Dies erfolgt in der Regel auf Einladung des Behandlungsteams. Die Leitung des Ethikkonsils liegt bei einem Mitglied des Ethikberatungsdienstes der Barmherzigen Brüder. Dieses ist zugleich für die Dokumentation der Beratung in der Krankengeschichte verantwortlich. Das Ethikkonsil fungiert dabei nicht als entscheidende Instanz. Die Verantwortung für die weitere Behandlung verbleibt stets bei den rechtlich zuständigen Personen (ebd.).

Generell gilt, dass für jede Fallbesprechung zu klären ist, wer daran teilnimmt, und wer informiert werden muss. Um eine einseitige ethische Bewertung zu vermeiden, sollte die Zusammensetzung der Teilnehmenden möglichst multiperspektivisch sein (Perspektivenvarianz) und mit unterschiedlichen Wertvoraussetzungen reflektiert werden (Ansatzvarianz) (Baumann-Hölzle et al., 2025; Herrmann, 2022). Dabei richtet sich die konkrete Beteiligung nach der jeweiligen Fragestellung. Wenn möglich, ist die betroffene Person selbst einzubeziehen. In bestimmten Fällen ist deren ausdrückliche Zustimmung zur Durchführung der Beratung erforderlich (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Die klinische Ethik-Fallbesprechung erfolgt in einem vertraulichen und störungsfreien Rahmen unter Einhaltung geltender Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen. Sie wird von qualifizierten Ethikberater*innen moderiert, idealerweise unter Verwendung eines strukturierten Leitfadens (Coors & Dörries, 2016). Die klinische Ethik-Fallbesprechung kann einen prospektiven, retrospektiven oder präventiven Charakter haben. Sie beschäftigt sich also entweder mit der aktuell bestehenden Betreuungs-

und Behandlungssituation, mit einer in der Vergangenheit liegenden ethisch herausfordernden Situation oder findet regelmäßig nicht fallbezogen statt, um Healthcare Professionals auf ethisch herausfordernde Situationen vorzubereiten (Simon, 2022).

Zur methodischen Unterstützung der Fallbesprechung stehen verschiedene Leitfäden zur Verfügung, beispielsweise der Nimwegener Leitfaden (Steinkamp & Gordijn, 2010), die prinzipienorientierte Fallbesprechung (Marckmann, 2022) oder der 7-Schritte-Dialog (Baumann-Hölzle et al., 2025). Da klinische Ethik-Fallbesprechung als Prozess zu verstehen ist, können auch Folgetermine notwendig sein. Eine sorgfältige Vor- und Nachbereitung ist integraler Bestandteil (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Am Ende des Beratungsprozess ist es wünschenswert, einen Konsens zu erreichen, den alle Beteiligten mittragen können. Dies ist jedoch nicht von zentraler Bedeutung. Oftmals geht es auch darum, eine ethische Problemlage zu verstehen und auszuhalten (Herrmann, 2022; Monteverde, 2013). Das Ergebnis der Beratung wird dokumentiert.

2.2.4 Der Unterschied zwischen klinischen Ethikkomitees und Ethik-Fallbesprechungen

Für diese Forschungsarbeit und auch generell für die Analyse der Nuancen klinischer Ethikarbeit erscheint die Trennung zwischen der Ethikberatung durch klinische Ethikkomitees und der Ethikberatung durch klinischen Ethik-Fallbesprechungen von besonderer Bedeutung.

Klinische Ethikkomitees arbeiten häufig auf einer stärker reflexiv-normativen Ebene. Neben Einzelfällen befassen sie sich auch mit grundsätzlichen Fragestellungen, der Entwicklung von Leitlinien und institutionellen Wertkonflikten. Demgegenüber zielen klinische Ethik-Fallbesprechungen stärker auf eine situative, fallbezogene Ethik ab. Hier zeigt sich Ethik primär als praktische Urteilsbildung im konkreten Behandlungskontext (Rasoal et al., 2017; Simon, 2022). Die klinischen Ethik-Fallbesprechungen zeichnen sich durch ihre Proximität zur Patient*innensituation aus, die durch den Einbezug der direkt behandelnden Ärzt*innen und der Bedside-Nurses entsteht. Idealweise sind den Teilnehmer*innen der Krankheitsverlauf, die psychosozialen Dynamiken und nicht dokumentierte Beobachtungen bekannt. Dieses Kontextwissen erscheint für die ethische Bewertung zentral.

Ethik-Fallbesprechungen in klinischen Ethikkomitees sind hingegen häufig zeitlich, räumlich und personell distanzierter. Diese Distanz kann zwar eine reflektierte Außenperspektive ermöglichen, birgt jedoch das Risiko, dass entscheidungsrelevante Feinheiten der konkreten Situation weniger stark berücksichtigt werden (Kohlen, 2012). Die Beteiligung von

Gesundheitsfachpersonen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen, die keine einschlägige ethische Weiterbildung absolviert haben, kann für die Beurteilung einer ethisch herausfordernden Situation eine wichtige Ressource darstellen. So bildet die im aristotelischen Sinne verstandene Phronesis, also die praktische Klugheit, d. h. das Wissen um das in ethischer Hinsicht Gute, Zutragliche und Angemessene in Bezug auf die erlebte Situation am Bett, eine wichtige Perspektive in Ethik-Fallbesprechungen (Jenkins et al., 2019; Tyreman, 2000). In die klinische Ethik-Fallbesprechung können zudem die professionsspezifischen Werte und die alltägliche Verantwortung der Personen, die direkt in die Versorgung und Betreuung eingebunden sind, einfließen.

Klinische Ethikberatung findet demnach auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen, mit unterschiedlich ethisch qualifizierten Teilnehmer*innen statt. Klinische Ethikkomitees sind eher formal und strukturell „fest“. Sie haben eine definierte Mitgliedschaft, feste Zuständigkeiten, standardisierte Verfahren und regelmäßige, planbare Sitzungen. Klinische Ethik-Fallbesprechungen sind dagegen flexibel und situationsbezogen. Sie werden ad hoc einberufen, die Zusammensetzung und der Ablauf werden an den konkreten Fall angepasst und es wird dynamisch auf zeitliche Dringlichkeit, beteiligte Personen und Kontext reagiert.

2.2.5 Welche ethischen Herausforderungen werden bearbeitet?

Die klinische Ethikberatung bietet einen Raum, um ethische Herausforderungen zu bearbeiten, die im Kontext der stationären Betreuung von Patient*innen auftreten. Im Folgenden werden die in der Literatur beschriebenen ethischen Herausforderungen dargestellt, die im Rahmen der klinischen Ethikberatung bearbeitet werden.

De Sante-Bertkau et al. (2018) zeigen in einem Systematic Review, die in der Fachliteratur verwendeten Typologien der Einberufungsgründe von klinischer Ethikberatung. Es wurden 428 Artikel untersucht, von denen 30 zur Analyse ausgewählt wurden. Den untersuchten Studien zufolge befasst sich die klinische Ethikberatung vor allem mit ethischen Fragestellungen im Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende. Am häufigsten werden Anordnungen zur Wiederbelebung (*Do-not-attempt-resuscitation*) sowie Fragen zur Entscheidungsfähigkeit (*capacity*) von Patient*innen thematisiert. Eng damit verbunden sind ethische Konflikte über das Unterlassen (*withholding*) oder den Abbruch (*withdrawing*) medizinischer Maßnahmen. Ein weiterer zentraler Themenbereich betrifft die stellvertretende Entscheidungsfindung (*surrogate or proxy decision-making*) durch Angehörige oder Bevollmächtigte (ebd.).

In mehreren Studien wird herausgestellt, dass in Besprechungen in der Regel nicht nur eine, sondern mehrere ethische Fragestellungen besprochen werden, die die Situation von Patient*innen betreffen (DuVal et al., 2001; Swetz et al., 2007; Wasson et al., 2016). Die Besprechungen der klinischen Ethikberatung zeichnen sich also häufig durch eine hohe ethische Komplexität aus.

Bei der Beurteilung ethischer Konflikte, die in der klinischen Ethikberatung thematisiert werden, fällt auf, dass diese sich überwiegend nicht mit abstrakten moralischen Fragen, sondern mit konkreten Behandlungskonflikten mit ethischer Dimension befassen. In ihrer Untersuchung von Ethikberatungsunterlagen eines großen Krankenhauses in den USA aus den Jahren 2011 bis Mitte 2015 zeigen Hauschildt & De Vries (2020), dass Meinungsverschiedenheiten über den angemessenen Behandlungsweg im Mittelpunkt von klinischen Ethik-Fallbesprechungen stehen, insbesondere zwischen dem Behandlungsteam und den Patient*innen selbst oder deren Stellvertreter*innen (*surrogates*). Diese Meinungsverschiedenheiten werden am häufigsten als Fragen der Entscheidungsfähigkeit (*Capacity*) oder der medizinischen Angemessenheit (*Futility*) gerahmt. In Fällen, in denen Patient*innen empfohlene Behandlungen ablehnen, steht die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit im Vordergrund. In Fällen, in denen Patient*innen oder Angehörige auf einer Behandlung bestehen, die das Behandlungsteam ablehnt, wird der Konflikt dagegen als Frage der medizinischen Sinnhaftigkeit eingeordnet (ebd.) Diese Forschungsergebnisse legen nahe, dass eine Ethikberatung vor allem dann angefragt wird, wenn ein Entscheidungsprozess „blockiert“, ist oder wenn Zerwürfnisse innerhalb des Behandlungsteams oder zwischen dem Behandlungsteam und der Patient*in bzw. den Angehörigen drohen. In solchen Fällen dienen Ethikfallbesprechungen vor allem der Konfliktklärung und Vermittlung von Entscheidungsprozessen.

Das abschließende Puzzleteil für ein tieferes Verständnis ist die Klärung der verschiedenen Rollen der Akteur*innen, insbesondere die der qualifizierten Ethikberater*innen als Moderator*innen in der klinischen Ethikberatung. Die Darstellung dieser besonderen Rolle erfolgt im nächsten Kapitel.

2.2.5 Die Moderator*innenrolle in der klinischen Ethikberatung

In klinischen Ethikberatung kommt der Moderation durch eine vergleichsweise „unbeteiligte“ dritte Person in Gestalt der Ethikberater*in eine besondere Bedeutung zu (Dinges, 2014). Moderatorinnen und Moderatoren stellen sicher, dass relevante Informationen strukturiert

erhoben werden und alle Beteiligten gleichberechtigt zu Wort kommen (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Diese Funktion ist besonders wichtig, weil klinische Ethikformate, wie die klinischen Ethikkomitees oder die klinischen Ethik-Fallbesprechungen, überwiegend multiprofessionell besetzt sind. Einerseits wird die Multiprofessionalität als zentraler Faktor für die Effektivität der klinischen Ethikberatung angesehen (Herrmann, 2022; Neitzke, 2013). Andererseits ist zu vermuten, dass in multiprofessionellen Ethikberatungen die beteiligten Berufsgruppen, etwa Ärzt*innen, Pflegende oder Sozialarbeiter*innen, in erster Linie ihre jeweiligen professionellen Rollen einnehmen. Die teilnehmenden Personen treten somit nicht als „neutrale Individuen“, sondern als Repräsentant*innen ihrer Professionen in Erscheinung. Damit sind spezifische Rollenzuschreibungen und Erwartungen an die Ausgestaltung der jeweiligen professionellen Verantwortung verbunden. Dementsprechend liegt nahe, dass bestehende Machtasymmetrien und Formen epistemischer Ungerechtigkeit des klinischen Alltags sich auch in der klinischen Ethikberatung fortschreiben und dort reproduziert werden können (Ho & Unger, 2015; Kohlen, 2020; Scherer et al., 2019). Dies macht deutlich, dass die Herausforderung für Moderator*innen darin liegt, die Fallbesprechung zu strukturieren und gleichzeitig einen geschützten, fairen Diskursraum zu gewährleisten.

Darüber hinaus wirken die Moderator*innen dabei mit, die zentralen ethischen Fragestellungen herauszuarbeiten und mögliche Handlungsoptionen ethisch zu bewerten. Dabei sind ethische Prinzipien mit den praktischen Rahmenbedingungen abzuwägen, sodass ein verantwortbares weiteres Vorgehen entwickelt werden kann (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Die Ethikberater*innen werden nicht als entscheidende Instanz, sondern überwiegend als strukturierende und moderierende Unterstützung bei ethischen Entscheidungsprozessen beschrieben (Kornfeld & Prager, 2019). Es zeigt sich: Die Moderation von Besprechungen in der klinischen Ethikberatung ist herausfordernd und beeinflusst zugleich den Verlauf der Besprechungen maßgeblich.

Damit ist die begriffliche und konzeptionelle Grundlegung der klinischen Ethikberatung abgeschlossen. Aufbauend auf diesem Verständnis richtet sich der Blick im nächsten Kapitel gezielt auf die Pflegefachpersonen und den charakteristischen Dimensionen der Pflege, die im Prozess der ethischen Entscheidungsfindung von Bedeutung sind.

2.3 Die Pflegefachperson in der klinischen Ethikberatung

Die Teilnahme von Pflegefachpersonen an klinischer Ethikberatung in Ethikkomitees und Ethikkonsultationen in der wissenschaftlichen Literatur der 1980er Jahre musste noch explizit begründet und argumentativ eingefordert werden (Fost, 1985; Murphy, 1989). Mittlerweile werden sie konzeptionell als integraler Bestandteil der klinischen Ethikberatung verstanden. Ein Ausdruck dessen sind die Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen der AEM. Diese sehen für die Zusammensetzung von Ethikberatungsrunden vor: „Erforderlich sind Mitglieder mit ärztlicher, pflegerischer und medizin- bzw. pflegeethischer Ausbildung“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023, S.317). Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über den in der pflegewissenschaftlichen Literatur beschriebenen Mehrwert der Beteiligung von Pflegefachpersonen an ethischen Entscheidungsprozessen.

2.3.1 Die Bedeutung des ICN-Professionsverständnisses für die klinische Ethikberatung

Die Definitionen der Begriffe „Nursing“ und „Nurse“ durch den International Council of Nurses (ICN) verdeutlichen, warum die Beteiligung von Pflegefachpersonen in der klinischen Ethikberatung einen Unterschied macht. Aus diesen Definitionen lassen sich Professionsmerkmale ablesen, die insbesondere in ethischen Entscheidungsprozessen einen Mehrwert bieten. Der ICN definiert professionelle Pflege wie folgt:

Nursing is a profession dedicated to upholding everyone's right to enjoy the highest attainable standard of health, through a shared commitment to providing collaborative, culturally safe, people-centred care and services. Nursing acts and advocates for people's equitable access to health and health care, and safe, sustainable environments.

The practice of nursing embodies the philosophy and values of the profession in providing professional care in the most personal health-related aspects of people's lives. Nursing promotes health, protects safety and continuity in care, and manages and leads health care organizations and systems. Nursing's practice is underpinned by a unique combination of science-based disciplinary knowledge, technical capability, ethical standards, and therapeutic relationships. Nursing is committed to compassion, social justice and a better future for humanity. (White et al., 2025, S.12)

Dem ICN zufolge ist professionelle Pflege auf eine menschenzentrierte, kultursensible und kollaborative Versorgung ausgerichtet. Die Praxis der professionellen Pflege basiert auf dem Zusammenspiel von wissenschaftlich fundiertem Fachwissen, technischen Fähigkeiten,

professionsethischen Maßstäben und therapeutischen Beziehungen. Folgender Satz beschreibt einen wichtigen Wesenszug der professionellen Pflege: „Nursing acts and advocates for people's equitable access to health and health care” (ebd.). Die Pflege versteht sich somit als aktiv eintretende Kraft für strukturelle Gerechtigkeit. Die Advocacy ist hier ein konstituierender Bestandteil professionellen Handelns. Des weiteren ist der Satz „the most personal health-related aspects of people’s lives ” (ebd.) zentral, gerade im Hinblick auf die Beteiligung von Pflegefachpersonen in ethischen Entscheidungsprozessen. Pflege findet nah am Menschen statt – in den intimsten und persönlichsten gesundheitsbezogenen Situationen. Ein charakteristisches Merkmal der besonderen Position der Pflegefachperson im Betreuungs- und Versorgungssystem. Weitere werden in der folgenden Definition sichtbar. Der ICN definiert, was eine Pflegefachperson ausmacht:

A nurse is a professional who is educated in the scientific knowledge, skills and philosophy of nursing, and regulated to practice nursing based on established standards of practice and ethical codes. Nurses enhance health literacy, promote health, prevent illness, protect patient safety, alleviate suffering, facilitate recovery and adaptation, and uphold dignity throughout life and at end of life. They work autonomously and collaboratively across settings to improve health, through advocacy, evidence-informed decision-making, and culturally safe, therapeutic relationships. Nurses provide people-centred, compassionate clinical and social care, manage services, enhance health systems, advance public and population health, and foster safe and sustainable environments. Nurses lead, educate, research, advocate, innovate and shape policy to improve health outcomes.

Further, nurses play a unique role in health and care for populations of all ages, and in all settings, building trust with individuals, families and communities and gaining valuable insights into people’s experiences of health and illness. Building on a foundation of personalized direct and social care, nurses advance their capabilities through ongoing education, research and exploration of best practices.

A nurse’s scope of practice is defined by their level of education, experience, competency, professional standards and lawful authority. They play a key role in the coordination, supervision of, and delegation to others who may assist in the provision of health care.

Often at the front line, they respond to disasters, conflicts and emergencies, demonstrating courage, dedication, adaptability and commitment to the health of individuals, communities and the environment. (White et al., 2025, S.12)

Demnach agieren Pflegefachpersonen autonom und in interprofessionellen Kontexten. Sie übernehmen Verantwortung für ethisch reflektierte Entscheidungsprozesse. Mehrere Wesensmerkmale der Pflegefachperson sind für die Beteiligung an ethischen Entscheidungsprozessen von Bedeutung. Auch hier wird das Konzept der Advocacy mehrfach hervorgehoben. Eine Kernrolle der Pflegefachpersonen ist es, die Fürsprecher*innen der Patient*innen zu sein. Die pflegerische Advocacy erstreckt sich dabei von der individuellen über die strukturelle bis hin zur politischen Ebene.

Ein weiteres Wesensmerkmal der Pflegefachperson zeigt sich in dem Satz „building trust with individuals, families and communities and gaining valuable insights into people’s experiences of health and illness“ (White et al., 2025, S.12). Hier wird deutlich, dass durch kontinuierliche Nähe zu den Patient*innen wertvolle Einblicke in die individuelle Gesundheits- und Krankheitserfahrung gewonnen werden kann (White et al., 2025). Pflegefachpersonen verfügen damit über besondere Einsichten in subjektive Krankheitserfahrungen, alltägliche Versorgungsrealitäten sowie Fragen der Leidenslinderung und Würde – auch am Lebensende.

Die Etablierung einer therapeutischen Beziehung wird in der Definition als weiterer zentraler Aspekt professionellen Handelns dargestellt. Das Konzept der „therapeutischen Beziehung“ rückt aktives Zuhören und Verstehen in den Mittelpunkt der Pflege. Dies ist die Grundlage für eine einfühlsame, individualisierte Versorgung, die die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse der Patient*innen berücksichtigt (White et al., 2025). Der pflegebedürftige Mensch steht als Subjekt im Zentrum dieses professionellen Handelns.

Die Teilnahme von Pflegefachpersonen an der klinischen Ethikberatung ermöglicht die Einbringung einer pflegerischen Perspektive, die durch die kontinuierliche Nähe und eine therapeutische Beziehung zu Patient*innen, ihren Angehörigen und ihrem sozialen Kontext geprägt ist. Sie treten als Fürsprecher*innen für die Bedürfnisse ihrer Patient*innen ein. Ihre Beteiligung kann somit zur Berücksichtigung lebensweltlicher, relationaler und fürsorgeethischer Aspekte ethischer Fragestellungen beitragen und die interprofessionelle Entscheidungsfindung um eine praxisnahe, menschenzentrierte Dimension erweitern. Die drei in der ICN-Definition hervorgehobenen essenziellen Aspekte Nähe, Beziehung und Fürsprache werden in der pflegewissenschaftlichen Literatur ausführlich behandelt. Darauf wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

Zunächst soll jedoch erläutert werden, weshalb Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung eine besondere Rolle in der klinischen Ethikberatung einnehmen. Obwohl

Pflegefachpersonen gemäß der Definition auch in den Bereichen Management, Wissenschaft und Politik tätig sind, konzentriert sich diese Arbeit auf Pflegefachpersonen in der unmittelbaren Versorgungspraxis („Bedside-Nurses“). Auf deren spezifische Rolle im Kontext der klinischen Ethikberatung wird im Folgenden näher eingegangen.

2.3.1 Die Bedeutung der Bedside-Nurse für die klinische Ethikberatung

Die Pflegerolle, in der sich die zuvor beschriebenen Aspekte in ihrer direktesten und unmittelbarsten Form bündeln, ist die der Bedside-Nurse. Dazu zählen Pflegefachpersonen, die in ihrer täglichen Arbeit in direktem Kontakt in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Die Bedside-Nurses sind die Berufsgruppe mit der größten zeitlichen und räumlichen Nähe zu Patient*innen. Je nach Versorgungssetting und Dienstzeit verbringen sie täglich mehrere Stunden in unmittelbarem, körpernahe Kontakt mit denselben Patient*innen. Dadurch stellt sie die kontinuierliche Betreuung und Therapie über Schicht- und Berufsgrenzen hinweg sicher. Sie fungiert als erste und konstante Ansprechpartnerin für Patient*innen sowie für deren soziales Umfeld, koordiniert Informationen und nimmt Veränderungen im Gesundheitszustand frühzeitig wahr. Auch in der Nacht gewährleistet sie die kontinuierliche Versorgung und Sicherheit und ist im Akutfall die erste am „Einsatzort“.

Aufgrund ihrer kontinuierlichen Präsenz erleben Bedside-Nurses unmittelbar, welche Auswirkungen die medizinische Therapie auf die körperliche, psychische und soziale Verfassung von Patient*innen hat. So zeigen sich ethische Konflikte für sie oft frühzeitig und konkret, etwa in Form von Leid, Überforderung, Angst oder widersprüchlichen Erwartungen. In den meisten Fällen haben Bedside-Nurses einen Eindruck von den Werten, Wünschen und Sorgen der Patient*innen. Durch den intensiven Kontakt und das Vertrauensverhältnis erhalten sie Einblicke, die in Visiten oder Akten nicht sichtbar werden (Dinç & Gastmans, 2013). Bedside-Nurses begleiten die Patient*innen während ihres gesamten Aufenthalts im Krankenhaus, über Schichten, Tage und Nächte hinweg. Sie nehmen Veränderungen, Unstimmigkeiten und Konflikte in der Betreuung und Therapie wahr. Dadurch gewinnen sie einen authentischen Eindruck von der Perspektive der Patient*innen und prädestinieren sich als deren Fürsprecher*innen in der klinischen Ethikberatung.

Eine weitere zentrale Bedeutung des Einbezugs von Bedside-Nurses in die Ethikberatung liegt darin, dass sie von ethischen Entscheidungen unmittelbar betroffen sind. Als zuständige Pflegefachpersonen sind Sie diejenigen, die die getroffene Entscheidung im Alltag umsetzen.

Damit tragen Sie eine emotionale und moralische Mitverantwortung für deren Konsequenzen. Werden sie nicht in ethische Entscheidungsprozesse einbezogen, kann dies gravierende Folgen wie Cooling Out, Compassion Fatigue und Moral Distress nach sich ziehen (Kersting, 2024; Morley et al., 2021; Peters, 2018). Solche Folgen, wie der Moral Distress, wirken sich wiederum negativ auf die Betreuungs- und Versorgungsqualität sowie die Arbeitszufriedenheit der Bedside-Nurse aus (Morley et al., 2021). Eine frühzeitige Einbindung in den ethischen Entscheidungsprozess kann diesen negativen Rückkopplungseffekt abmildern. Davon profitieren sowohl die Patient*innen als auch die Bedside-Nurse selbst.

Im nächsten Schritt werden die zuvor beschriebenen und in der Literatur ausführlich behandelten essenziellen Aspekte der professionellen Pflege dargestellt, die im Prozess einer ethischen Entscheidungsfindung von Bedeutung sind. Aus pragmatischen Gründen wird im weiteren Verlauf der Begriff „Pflegefachperson“ verwendet, der stellvertretend für die Rolle der Bedside-Nurse steht.

2.3.2 Die pflegerische Proximität

In der pflegewissenschaftlichen Literatur wird beschrieben, dass Pflegefachpersonen die ethischen Dimensionen in ethischen Entscheidungsprozessen erweitern können. Dies wird auf das bereits zuvor beschriebene Wesensmerkmal der professionellen Pflege zurückgeführt: den engen zeitlichen und räumlichen Kontakt im alltäglichen pflegerischen Handeln mit Patient*innen (Kohlen, 2012). Die beruflichen Handlungsräume der Pflegefachpersonen liegen überwiegend im unmittelbaren Nahfeld der Patient*innen, also am Bett oder im Zimmer (Peter & Liaschenko, 2004). Die Etablierung und Aufrechterhaltung dieses engen räumlichen und zeitlichen Kontakts stellt einen zentralen Bestandteil professioneller Pflege dar und ist wesentlich für die berufliche Identität von Pflegefachpersonen (Lundin Gurné et al., 2021). Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessener, den in der internationalen Fachliteratur verwendeten Begriff der Proximität zu verwenden, anstatt von Nähe zu sprechen. Der Begriff „Nähe“ birgt die Gefahr, missverständlich als persönliche oder emotionale Bindung interpretiert zu werden und zugleich tradierte Vorstellungen von Pflege als eine Aufgabe, die mit Liebe, Mütterlichkeit und Altruismus verbunden ist (Bischoff-Wanner, 1997). Der Begriff „Proximität“ bietet hingegen die Chance, das Naheverhältnis als professionell gestaltet, bewusst asymmetrisch und verantwortet zu verstehen.

Die pflegerische Proximität geht einerseits aus dem inhärenten Streben der Pflegefachperson hervor, andererseits ist sie Ausdruck historischer Entwicklungen. Lundin Gurné et al. (2021) zeigen in ihrer qualitativen Befragung von 74 Pflegefachpersonen, dass diese selbst der Herstellung von Proximität entgegenstreben. Peter und Liaschenko (2004) fügen hinzu, dass diese Proximität eine Möglichkeit ist, sich von anderen Gesundheitsprofessionen abzugrenzen. Also ein genuin pflegeprofessioneller Wesensbestandteil. Dennoch weisen die Autor*innen neben der professionsinhärenten Proximitätsbestrebung auch auf die „soziale Platzierung“ der professionellen Pflege am Bett der Patient*innen hin (ebd.). Als historisch gewachsenes Resultat der Arbeitsteilung und der sozialen Rollen wurde die Pflegefachperson proximal platziert und überwiegend auch proximal gehalten. In vielen Situationen ist die Pflegefachperson diejenige, die nicht weglaufen kann. Sie ist diejenige, die bleiben muss, weil sonst niemand bleibt (ebd.). Daraus scheint sich eine moralische Obligation zur Proximität zu ergeben.

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden drei Formen der Proximität unterscheiden: physische, narrative und moralische Proximität (Malone, 2003). *Physische Proximität* bezeichnet die unmittelbare körperliche Nähe, in der pflegerische Tätigkeiten am Körper ausgeführt werden. Aus dieser Nähe entsteht *narrative Proximität*, wenn Pflegefachpersonen Patient*innen durch Gespräche und Beobachtung als Personen mit einer individuellen Krankheits- und Lebensgeschichte kennenlernen. Auf dieser Grundlage entwickelt sich *moralische Proximität*. Dabei werden Patient*innen als moralisch relevante Andere wahrgenommen und es entsteht eine Verpflichtung, in ihrem Interesse zu handeln (ebd.). Durch die ineinander verschränkten Formen physischer, narrativer und moralischer Proximität können Pflegefachpersonen ein umfassendes Verständnis ihrer Patient*innen gewinnen. Dabei sei auf die phronetische Qualität des pflegerischen Handelns hingewiesen, also auf eine praxisnahe, erfahrungsbasierte Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, die sich in einem situationssensitiven, leiblichen und reflexiven Urteilsvermögen ausdrückt (Jenkins et al., 2019). Pflegefachpersonen verfügen also über sonst schwer zugängliches Wissen über die Patient*innen. Sie sind sozusagen Expert*innen für die konkrete Situation der Patient*innen. Aufgrund ihrer Erfahrungen am Bett verfügen sie über die Fähigkeit, den mutmaßlichen oder geäußerten Willen von Patient*innen herauszuarbeiten und bestehende Wertekonflikte zu beurteilen. Die pflegerische Proximität bietet also demnach einen Mehrwert für die Entscheidungsfindung während der klinischen Ethikberatung.

2.3.3 Die Beziehung zwischen Patient*in und Pflegefachperson

In der pflegewissenschaftlichen Literatur wird die professionelle Beziehung zwischen Patient*in und Pflegefachperson als zentraler Wesensbestandteil der Pflegeprofession beschrieben (Halldorsdottir, 2008). Sie ist zudem ein zentraler Bezugspunkt care-ethischer Urteilskraft, und deren Berücksichtigung in der klinischen Ethikberatung wird als Zugewinn betrachtet (Seidlein et al., 2025). Die Beziehung zwischen Patient*in und Pflegefachperson ist eng mit dem Konzept der Proximität verbunden. Während Proximität zunächst unilateral durch die Pflegefachperson verkörpert wird, setzt eine Beziehung zwei Beteiligte voraus. Auf der einen Seite steht eine Person, die sich in einer Situation erhöhter Vulnerabilität befindet, auf der anderen Seite eine professionell Handelnde, die in der Lage ist, bei der Erreichung gesundheitsbezogener Ziele zu assistieren. Das Zustandekommen und Aufrechterhalten dieser Beziehung kann als ontologischer Kern professioneller Pflege verstanden werden (Paladino, 2026). Eine solche relationale Verbindung zu den Patient*innen ist also ein wichtiger Bestandteil professioneller Pflege.

Sara T. Fry, eine einflussreiche Pflegeethikerin, sieht die Natur der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient*in sogar als zentralen Bezugspunkt einer eigenen pflegerischen Ethik (Fry, 1989). Damit trägt sie zur Diskussion über die Frage nach einer eigenständigen Pflegeethik bei, die nicht als Bereichsethik der Bioethik verstanden wird. Laut Fry leiten sich die zentralen Werte der Pflegeethik aus dem relationalen Verhältnis von pflegender und pflegempfangender Person ab. „Caring“ stellt dabei einen zentralen Wert dieser Beziehung dar und wird als moralisches und soziales Ideal der Pflegeprofession verstanden (ebd.). Die Beziehung ist somit nicht nur ein Mittel zur gemeinsamen Erreichung gesundheitsbezogener Ziele, sondern besitzt auch eine eigenständige moralische Dimension.

Empirische Studien zeigen, dass eine gelingende Beziehungsgestaltung und gute Pflege positiv mit den Ergebnissen für die Patient*innen korrelieren (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Dafür ist es jedoch Voraussetzung, dass Pflegefachpersonen und Patient*innen zumindest ein ähnliches Verständnis davon haben, was eine gute Beziehung ausmacht (Wiechula et al., 2016). Wenn eine solche Pflegebeziehung also von beiden Seiten etabliert und aufrechterhalten wird, kann Vertrauen entstehen (Dinç & Gastmans, 2013). Vertrauen kann Zugänge zu Erfahrungen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen von Patientinnen eröffnen, die anderen Gesundheitsprofessionen häufig verschlossen bleiben. Laut Austgard (2007) entsteht das Wissen um patient*innenspezifische Werte stets im konkreten Kontext der Beziehung zwischen

Pflegefachperson und Patient*in. Für den Wertediskurs in der klinischen Ethikberatung ist die Pflegefachperson als Teil dieser klinischen Beziehung eine wichtige Informationsquelle.

Aufgrund ihrer relationalen Praxis kann die Pflegefachperson außerdem eine spezifische care-ethische Perspektive in die klinische Ethikberatung einbringen. Die Care-Ethik legt den Fokus auf konkrete Kontexte, relationale Konstellationen und die Übernahme von Verantwortung innerhalb von Beziehungsgeflechten (Porz & Kohlen, 2025). Durch die Unterstützung care-ethisch kompetenter Ethikberater*innen kann die Komplexität und Vielschichtigkeit moralischer Herausforderungen der konkreten Patient*innensituation angemessen erfasst werden (Seidlein et al., 2025). Die Beteiligung von Pflegefachpersonen hat demnach das Potenzial, die ethische Entscheidungsfindung um den Aspekt der relationalen Perspektive zu erweitern.

2.3.4 Pflegerische Fürsprache

Wie zuvor gesehen, ist in beiden Definitionen des ICN von „Nursing“ und „Nurse“ der Begriff der Advocacy, also der Fürsprache, explizit enthalten (White et al., 2025). Auch im Ethik-Kodex des ICN wird die Fürsprache als professioneller Wert festgeschrieben. Im ICN-Ethik-Kodex heißt es: Die Pflegefachperson als Fürsprecher*in

[u]nterstützt aktiv eine richtige und gute Sache; unterstützt andere darin, sich für sich selbst oder für andere einzusetzen, die nicht für sich selbst sprechen können. Die Fürsprache erfolgt immer mit Zustimmung der betroffenen Person. (ICN, 2021, S.24)

Ein wichtiger Aspekt der Definition ist, dass die Fürsprache immer nur mit der Zustimmung der betroffenen Person erfolgt. Während das Ziel der Einnahme der Fürsprecher*innenrolle hier bewusst weit gefasst wird, gibt es in der pflegewissenschaftlichen Literatur eine Vielzahl von Definitionen, die den Zweck der Advocacy genauer benennen. Abbasinia et al. (2020) versuchen beispielsweise, sich an der Definition von Advocacy als ein mehrdimensionales Handlungskonzept, das sich aus mehreren zentralen Attributen zusammensetzt. Pflegefachpersonen nehmen demnach eine aktive Schutz-, Informations- und Vermittlungsfunktion zugunsten von Patient*innen ein. Advocacy umfasst erstens das „Safeguarding“, also den Schutz von Patient*innen vor Schaden. Dies kann beispielsweise durch das Erkennen medizinischer Fehler oder das Einschreiten bei Inkompetenz oder Fehlverhalten im Behandlungsteam erfolgen. Zweitens umfasst Advocacy das „Apprising“, das heißt das Informieren über Diagnose, Therapie, Prognose sowie mögliche

Behandlungsalternativen und Versorgungsoptionen. Drittens betonen die Autor*innen das „Valuing“, das die Achtung der Selbstbestimmtheit, Würde und Individualität von Patient*innen einschließt. Dies kann beispielsweise durch die Berücksichtigung von Werten, kulturellen Hintergründen, Überzeugungen und Präferenzen erfolgen. Darüber hinaus wird Advocacy als „Mediation“ beschrieben. Dabei fungieren Pflegefachpersonen als Bindeglied zwischen Patient*innen, Angehörigen und dem interprofessionellen Team und bringen die Perspektiven der Patient*innen in Entscheidungsprozesse ein. Schließlich umfasst Advocacy auch das „Championing“, bei dem Pflegefachpersonen sich für soziale Gerechtigkeit einsetzen, indem sie unangemessene Strukturen oder Regeln hinterfragen, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung ansprechen und den Zugang zu Gesundheitsressourcen fördern (ebd.). Die Autor*innen positionieren demnach Pflegefachpersonen als zentrale Träger*innen patient*innenbezogener und relationaler Perspektiven. Dies impliziert für die Partizipation an Strukturen der klinischen Ethikberatung, dass sie nicht als „reine Teilnehmer*innen“, sondern als zentrale anwaltliche Instanz der Patient*innen in Erscheinung treten können.

In einer weiteren Definition von Pitcher et al. (2025) wird deutlich, dass das Einnehmen der Advokatenrolle stets zielgerichtet erfolgt. Die Autor*innen zeigen in ihrer umfassenden Analyse der pflegewissenschaftlichen Literatur, die im Zuge des Rekonzeptualisierungsversuchs von pflegerischer Fürsprache (Advocacy) entstanden ist, dass Advocacy im pflegerischen Diskurs überwiegend zielorientiert konzeptualisiert wird. Sie argumentieren, dass pflegerische Advocacy vor allem als Mittel zur Verfolgung eines von vier Zielen verstanden wird: Unterstützung und Empfehlung von Handlungen im Namen der Patient*innen, Beseitigung von Ungleichheiten, die sich im Rahmen der Gesundheitsversorgung ergeben, Korrektur von als falsch wahrgenommenen Praktiken, um Schaden von Patient*innen abzuwenden, Vertretung der Interessen von Patient*innen, die sich nicht selbst artikulieren können (ebd.). Die hier definierten Ziele der pflegerischen Fürsprache beschreiben diese als ethisch wirksame Handlung. Gerade in der klinischen Ethikberatung sind Patient*innen oftmals aufgrund ihrer Erkrankung nicht direkt involviert, sodass eine anwaltschaftliche Vertretung ihrer Interessen eine hohe Bedeutung für die ethische Entscheidungsfindung hat.

Zwischenresümee:

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Pflegefachperson durch essenzielle Bestandteile ihrer Profession sowie professionelle Werte eine wichtige Akteurin in der klinischen Ethikberatung ist. Die klinische Ethikberatung ist im Kontext der klinischen Gesundheitsversorgung

eingebettet. So beeinflussen settingspezifische Faktoren die Teilnahme der Pflegefachpersonen an der klinischen Ethikberatung. Diese werden im nächsten Kapitel dargestellt.

2.4 Rahmenbedingungen klinischer Ethikberatung

Die klinische Ethikberatung findet nicht im luftleeren Raum statt. Sie ist immer auch kontextuell zu verstehen. So ist es möglich, dass bestehende Macht- und Hierarchiestrukturen, der Personalmangel bei gleichzeitig hoher Arbeitslast, Unternehmenskulturen, die im klinischen Alltag omnipräsent sind auch in die konkreten Besprechungssituationen der klinischen Ethikberatung hineingetragen werden und dort reproduziert werden. Diese kontextuellen Faktoren beeinflussen die Praxis der klinischen Ethikberatung auf unterschiedliche Weise. Im Folgenden werden diejenigen Faktoren näher dargestellt, die in der Literatur als besonders relevant hervorgehoben werden.

2.4.1 Die multiprofessionelle Zusammensetzung der klinischen Ethikberatung

Die multiprofessionelle Zusammensetzung der klinischen Ethikberatung trägt der Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe im klinischen Setting Rechnung. Wie für die alltägliche klinische Arbeit gilt auch für die klinische Ethikberatung, dass eine Stärkung der interprofessionellen Kooperation hinsichtlich effektiver Organisationsabläufe, positiver Professionsdynamiken und der Qualität der Patientenversorgung von Vorteil ist (Wei et al., 2022). Den Führungskräften kommt dabei die Verantwortlichkeit zu, die Rahmenbedingungen für eine gelingende Zusammenarbeit zu schaffen. Dies gilt auch für die Rahmenbedingungen der klinischen Ethikberatung.

Die einzelnen Professionen tragen auch dazu bei, dass die Zusammenarbeit gelingt. Schot et al. (2020) zeigen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit, in der sie der Frage nachgehen, in welchen Formen und aus welchen Gründen Healthcare Professionals im Krankenhaus zu interprofessioneller Zusammenarbeit beitragen, jedoch, dass die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich dazu beitragen. Die Autor*innen beschreiben, dass sich Ärzt*innen besonders an der Aushandlung von Zuständigkeitsüberschneidungen beteiligen und häufig eine führende Rolle bei der Neugestaltung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten in interprofessionellen Settings übernehmen. Dieses Handeln sei allerdings nicht als Machtsicherung, sondern als konstruktiver Beitrag zur Entwicklung praktikabler Arbeitsteilungen zu verstehen. Laut der

Autor*innen sind Pflegende vor allem damit beschäftigt, Lücken zwischen Professionen zu überbrücken. Dieses „Bridging“ verweist auf ihre zentrale Stellung in Kommunikations- und Informationsprozessen und unterstreicht ihre wichtige Vermittlerrolle für eine stabile interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Rolle deutet jedoch auf die traditionelle Vorstellungen von Pflege als Hilfsberuf hin (ebd.). Die Autoren weisen hier auf historisch gewachsene und tradierte Professionsverständnisse hin, die sich in Berufsrollen und institutionellen Kulturen manifestiert haben. Speziell im klinischen Umfeld sind historisch gewachsene professionelle und interne (Macht-)Hierarchien hinderliche Faktoren, die eine Partizipation aller Berufsgruppen in der klinischen Ethikberatung auf Augenhöhe erschweren (Ho & Unger, 2015). Die multiprofessionelle Zusammensetzung klinischer Ethikberatungsrunden vereint unterschiedliche fachliche Perspektiven und prägt somit die ethische Entscheidungsfindung. Da diese Beratungen jedoch nicht losgelöst von bestehenden Organisations- und Berufsstrukturen stattfinden, können sich darin auch professionsbezogene Hierarchien und Machtverhältnisse widerspiegeln.

Ein weiterer Aspekt, der im Kontext der multiprofessionellen Zusammensetzung der klinischen Ethikberatung relevant wird, ist die je professionseigene Sprache und Kommunikation. Da in der klinischen Ethikberatung Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen zusammenkommen, treffen auch verschiedene kommunikative Kulturen aufeinander. Die unterschiedliche Ausbildung hinsichtlich der Kommunikationsstile äußert sich in einer unterschiedlichen Art der Kommunikation. Während Pflegefachpersonen dazu ausgebildet werden, ausführlich zu berichten, werden Ärzte dazu ausgebildet sich kurz zu fassen (Foronda et al., 2016). Die unterschiedlichen kommunikativen Kulturen der beteiligten Professionen stellen die klinische Ethikberatung vor die praktische Herausforderung, einen gemeinsamen Verständigungsraum zu schaffen, in dem alle Beteiligten ihre Perspektiven gleichberechtigt einbringen können.

2.4.2 Einfluss von Arbeitsverdichtung und Personalmangel auf die Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischer Ethikberatung

Alle Länder in Europa stehen derzeit vor erheblichen Herausforderungen im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe (WHO Regional Office for Europe, 2022). Die Nachfrage nach pflegerischer Arbeit steigt, während die Zahl der Pflegefachpersonen nicht adäquat wächst (OECD, 2025). Dadurch spitzt sich die unzureichende pflegefachpersonelle Ausstattung in der klinischen Gesundheitsversorgung zu. Derartige Mangelsituationen beeinträchtigen die

gesamte Struktur des Krankenhauses, einschließlich der klinischen Ethikberatung, und wirken sich auf die pflegerische Teilnahme in der Ethikberatung aus. Personelle Engpässe bei gleichzeitig hoher Arbeitsbelastung schränken die Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen ein. Die Teilnahme von Pflegefachpersonen an Ethikberatungen kann somit mit ihren unmittelbaren pflegerischen Versorgungsaufgaben kollidieren.

Bereits zu Beginn der 2000er-Jahre zeigten Aiken et al. in einer vielbeachteten Studie den Zusammenhang zwischen einer unzureichenden pflegefachpersonellen Ausstattung und einer erhöhten Patient*innensterblichkeit sowie sogenannten Failure-to-Rescue-Ereignissen im chirurgischen Krankenhausbereich auf. In Krankenhäusern, in denen eine Pflegefachperson für viele Patient*innen verantwortlich ist, weisen chirurgische Patient*innen eine höhere 30-Tage-Sterblichkeitsrate sowie eine höhere Rate nicht erfolgreicher Rettungsmaßnahmen auf. Darüber hinaus sind Pflegefachpersonen unter diesen Bedingungen häufiger von Burnout und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz betroffen (Aiken, 2002). Eine unzureichende pflegefachpersonelle Ausstattung bei gleichzeitiger hoher Arbeitsverdichtung hat entsprechend auch gravierende Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen selbst. So treten erhöhte Burnout-Raten, psychische Erkrankungen, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz sowie Sorgen um die Patient*innensicherheit deutlich häufiger auf, was durch eine bessere Personalausstattung reduziert werden könnte (Aiken et al., 2024).

Eine dauerhafte Tätigkeit unter Mangelsituationen beeinträchtigt jedoch nicht nur das Wohlbefinden der Pflegenden, sondern auch ihre langfristige Verfügbarkeit im Beruf. Eine hohe Arbeitsverdichtung bei gleichzeitig unzureichender personeller Ausstattung führt unweigerlich zu krankheitsbedingten Ausfällen, erhöhter Fluktuation und nicht selten zu Kündigungen. Im schlimmsten Fall führt sie sogar zur vollständigen Aufgabe des Pflegeberufs (Halter et al., 2017; Heinen et al., 2013). Dadurch wird der bestehende Pflegefachpersonalmangel weiter verstärkt.

Die Auswirkungen einer unzureichenden Personalausstattung und der generellen Knappheit von Pflegefachpersonen berühren in Form von unvollständiger Pflege (missed care) sogar das Wesen der professionellen Pflege (Cartaxo et al., 2022; T. L. Jones et al., 2015). So konnten Cartaxo et al. (2022) für österreichische Krankenhäuser zeigen, dass insbesondere infolge von Personalmangel pflegerische Tätigkeiten implizit rationiert werden. Vor allem jene Pflegeleistungen, die sich auf die Beziehungsgestaltung mit Patient*innen und ihren Angehörigen beziehen.

Die Informationsbasis über Patientinnen und Patienten sowie deren soziales Umfeld ist weniger umfassend. Das beeinträchtigt die Beratungsqualität, insbesondere wenn Pflegefachpersonen Bedürfnisse und Wertvorstellungen nicht hinreichend erfassen und einbringen. Stressreaktionen wie Moral Distress gehen mit Depersonalisierung und zynischen Haltungen gegenüber Patient*innen einher (Oh & Gastmans, 2015). Ethische Problemlagen laufen damit Gefahr, unhinterfragt hingenommen zu werden.

2.4.3 Organisationskulturelle und biomedizinische Rahmenbedingungen klinischer Ethikberatung

Helen Kohlen (2009) stellt in ihrer Untersuchung zu Klinischen Ethikkomitees in den USA und in Deutschland heraus, dass die Teilnahme von Pflegefachpersonen an Klinischen Ethikkomitees weniger von formalen Beteiligungsmöglichkeiten als vielmehr von strukturellen, machbezogenen und diskursiven Faktoren beeinflusst wird. Sie verweist auf fehlende zeitliche und personelle Ressourcen, auf hierarchische Machtverhältnisse im Krankenhaus sowie auf die Dominanz der Prinzipienethik und die damit einhergehende Vormachtstellung der prinzipienethischen Sprache. Ethische Problemlagen der Pflege werden unter diesen Bedingungen häufig als nachrangig gerahmt (ebd. 2009, 2019, 2020). Kohlen befasste sich mit klinischen Ethikkomitees als formalem Format der Ethikberatung. Einige der gewonnenen Einsichten sind jedoch auch für „weichere“ Formate, wie klinische Ethik-Fallbesprechungen, relevant. So sei generell der klinische Ethikdiskurs bislang stark von der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress (2024b) geprägt, insbesondere wird das Prinzip der Autonomie überbetont (Fiester, 2007; Häyry, 2003). Eine derartige Privilegierung eines Prinzips, das den Menschen in der klassischen liberal-individualistischen Tradition als rationales, selbstbestimmtes Individuum darstellt, das unabhängig von anderen Entscheidungen trifft, lässt nur begrenzt Raum für relationale und kontextsensitive Ansätze (Reitinger & Heller, 2010). Beobachtungen und relationale Erfahrungen aus der Pflege benötigen in solchen Situationen eine breitere Grundlage, um argumentativ Gewicht zu entfalten.

Für die Praxis der klinischen Ethikberatung wird damit deutlich, dass diese stets in übergeordnete Systemlogiken eingebettet ist, die mehr oder weniger bewusst wirksam werden. Der von ihr eröffnete Reflexionsraum ist ein fragiles Gut, das von unterschiedlichen Seiten unter Druck gerät. Um diesen Raum aufrechtzuerhalten, ist es erforderlich, jene oftmals verdeckt wirkenden Kräfte sichtbar zu machen.

Zwischenresümee:

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass sich das Verständnis der pflegerischen Beteiligung an der klinischen Ethikberatung aus philosophischer, theoretischer und empirischer Perspektive auf das professionelle Wesen der Pflege, die klinische Ethikberatung selbst sowie die Rahmenbedingungen, unter denen sie stattfindet, stützt. Eine wichtige Perspektive, die bisher noch nicht beleuchtet wurde, ist die der Pflegefachperson, die bereits an einer klinischen Ethikberatung teilgenommen hat. Im nächsten Schritt wird daher der aktuelle Forschungsstand zu pflegerischen Berichten und Reflexionen aus Formaten der klinischen Ethikberatung erarbeitet, um sich dem eigentlichen Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit anzunähern: der Frage, wie Pflegefachpersonen ihre Beteiligung an der klinischen Ethikberatung verstehen, insbesondere im Hinblick auf ihren Einfluss und die fachliche Einbindung.

3. Forschungsstand

In diesem Kapitel werden die im Rahmen einer Literaturrecherche identifizierten empirischen Studien dargestellt, die explizit die Sicht von Pflegefachpersonen im Kontext klinischer Ethikberatung eingefangen haben. Es wird aufgezeigt, in welchen Datenbanken gesucht wurde, welche Suchbegriffe verwendet wurden und nach welchen Kriterien Quellen ausgewählt oder ausgeschlossen wurden. Da dieser Umfang den Rahmen der Masterarbeit übersteigen würde und der Fokus der Arbeit auf der empirischen Studie liegt, handelt es sich aber nicht um ein Systematisches Review.

3.1 Suchstrategie

Vorab ist anzumerken, dass es in der internationalen Literatur keine einheitliche Terminologie zu den Formaten der klinischen Ethikberatung gibt (Crifo et al., 2021). Henriksen Hellyer et al. (2015) weisen darauf hin, dass eine nicht standardisierte Klassifizierung der Konsultationsarten oder des „Konsultationsgrundes“ eine der größten Herausforderungen für die Interpretation dieser Praxis im akademischen Diskurs ist. Die unterschiedliche Terminologie hatte sowohl Konsequenzen für die Suchstrategie als auch für die Interpretation der Studienergebnisse bei der Literatursuche:

Konsequenzen für die Suchstrategie

Um einen möglichst alle Studien zu identifizieren, die sich mit klinischer Ethikberatung beschäftigen, wurde zunächst der zentrale Kernbegriff für die klinische Ethikberatung im Englischen definiert. Dieser lautet „clinical ethics consultation“. Anschließend wurde nach Synonymen und verwandten Begriffen gesucht. Dafür wurden mehrere Strategien kombiniert. So wurden die Suchstrategien bereits durchgeführter Studien gesichtet, um die dort zur Anwendung kommenden Terminologien zu identifizieren. Zusätzlich wurden die Schlagwortverzeichnisse der genutzten Datenbanken verwendet, um Synonyme und verwandte Begriffe zu erfassen. Im Sinne des Schneeballprinzips wurde nach weiteren verwandten Begriffen gescreent.

Konsequenzen für die Interpretation der Studienergebnisse

In den Forschungsarbeiten zur klinischen Ethikberatung wird häufig keine klare Unterscheidung zwischen klinischen Ethik-Komitees und moderierten multiprofessionellen Ethik-Fallbesprechungen getroffen. Dadurch ist beispielsweise eine Einordnung erschwert, ob die befragten Pflegefachpersonen tatsächlich unmittelbar in den Behandlungsprozess eingebunden sind, d. h., ob es sich um die Perspektive der direkt am Krankenbett tätigen Pflegefachperson (Bedside-Nurse-Perspektive) handelt.

3.1.1 Durchführung der Literaturrecherche

Nachdem die verschiedenen Begriffe für die klinische Ethikberatung identifiziert worden waren, konnte die eigentliche Literaturrecherche durchgeführt werden. Diese wurde durch die Frage geleitet: „Wie nehmen Pflegefachpersonen ihre Beteiligung in der klinischen Ethikberatung wahr?“ Um Studien zu identifizieren, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen, wurde ein Searchstring konzipiert. Dieser wurde in drei thematische Blöcke gegliedert, sodass nur Studien erfasst werden, die alle drei Dimensionen gleichzeitig behandeln. Der erste Block umfasst die identifizierten Begriffe für die klinische Ethikberatung, der zweite Block verschiedene Bezeichnungen für Pflegefachpersonen und der dritte Block Begriffe, die die Beteiligung beschreiben. Mithilfe von Trunkierungen wurde sichergestellt, dass Singular- und Pluralformen der Begriffe in die Suche einbezogen werden. Die identifizierten Begriffe wurden schließlich mithilfe boolescher Operatoren (AND, OR) zu einem strukturierten Suchstring zusammengeführt. Der finale Searchstring für die Literaturrecherche war folgender:

("clinical ethics" OR "ethics consult*" OR "ethics consultation" OR "ethics committee*" OR "ethics board*" OR "ethics round*" OR "moral deliberation" OR "clinical ethics support" OR "ethics case*") AND ("nurs*" OR "nursing staff" OR "registered nurse*" OR "advanced practice nurse*" OR "nurse practitioner*") AND ("role*" OR "participation" OR "involvement" OR "contribution*" OR "responsibilit*" OR "practice").

Die Literaturrecherche wurde dann in den elektronischen Datenbanken „CINAHL“, „PubMed“ und „Web of Science“ durchgeführt. Die Suche wurde eingeschränkt auf Titel und Abstract. In die Auswertung wurden empirische Studien in englischer und deutscher Sprache einbezogen, die ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen haben. In die Auswertung wurden nur Studien einbezogen, die mittels Interviews mit Pflegefachpersonen durchgeführt wurden und einen inhaltlichen Bezug zur Forschungsfrage dieser Arbeit aufweisen. Zudem wurden nur Studien berücksichtigt, die im klinischen Umfeld durchgeführt wurden. Mit dem Schneeballprinzip wurden außerdem, ausgehend von den identifizierten Studien, weitere Publikationen identifiziert.

Nach der Sichtung von Titel und Abstract wurden 19 Studien als potenziell relevant eingestuft und einer Volltextprüfung unterzogen. Schließlich konnten anhand der definierten Einschlusskriterien vier Studien identifiziert werden, die in die vorliegende Arbeit eingeschlossen wurden. Diese werden im Folgenden näher beleuchtet.

3.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Studien stammen aus dem Zeitraum von 2008 bis 2019. Von den vier eingeschlossenen Studien handelt es sich bei drei um qualitative Studien sowie bei einer um ein Integrative Review, wobei die qualitativen Studien nicht Bestandteil des Integrative Reviews sind. Letztere wurde, obwohl es sich um keine im engeren Sinne empirische Arbeit handelt, einbezogen, da sie wichtige Erkenntnisse in Bezug auf die rechercheleitende Frage liefert. Im Folgenden werden die Studien und deren Ergebnisse, die im Hinblick auf die leitende Fragestellung dieser Literaturrecherche als besonders relevant erachtet werden, chronologisch dargestellt.

Svantesson et al. (2008): Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds

Diese Studie aus Schweden verfolgte das Ziel, ein Modell für Ethikrunden durch die Beschreibung der Erfahrungen von Pflegefachpersonen und Ärzt*innen mit diesen Runden zu evaluieren. Das Modell waren interprofessionelle Ethikrunden, die von Philosoph*innen und Ethiker*innen in drei Krankenhäusern geleitet wurden. Die Philosoph*innen hatten die Aufgabe, das gegenseitige Verständnis zu fördern und ethische Überlegungen anzuregen, ohne dabei Empfehlungen oder Lösungen vorzugeben. Im Anschluss wurden sieben Ärzte und elf Pflegefachpersonen zu ihren Erfahrungen mit den Runden befragt. Die Ergebnisse wurden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet.

Pflegefachpersonen nahmen wahr, dass eine aktive Moderation durch die Philosoph*innen den Gesprächsraum gleichberechtigter gestaltete. Bestehende Hierarchien wurden als flacher erlebt, und die Pflegefachpersonen konnten wichtige Informationen über die Patient*innen einbringen:

When the philosophers were perceived as actively leading the discussions, the speaking time was experienced to be fairly distributed between the doctors and the other participants. A "sense of equality" had been perceived and was expressed in terms of a diminished hierarchy. Nurses felt they were on more equal ground with the doctors when they experienced the doctors as lacking expertise in ethics. Nurses felt that the doctors and philosophers had listened to them and they could contribute with important information about the patient. (Svantesson et al., 2008, S.402)

Darüber hinaus wurde der interprofessionelle Austausch als gegenseitiger Perspektivwechsel wahrgenommen: Die Pflegefachpersonen verstanden besser, warum Ärzt*innen oft einen anderen Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen hatten, und umgekehrt wurde die Frustration der Pflegefachpersonen für die Ärzt*innen nachvollziehbar (ebd.). Die Teilnahme wurde zudem als besonders wertvoll erlebt, wenn ethische Reflexion mit einer alltagsnahen Anleitung verbunden wurde. Eine rein theoretische Diskussion hingegen empfanden die Pflegefachpersonen als weniger hilfreich:

They [nurses] appreciated a straightforward down-to-earth guidance approach for problem solving over a solely theoretical and reflective discussion. The nurses associated "using gained insights" with a more critical attitude, which was thought to give them confidence to act in the future. (Svantesson et al., 2008, S.402)

Zudem berichteten die Pflegefachpersonen, dass ein kritischerer Umgang mit gewonnenen Einsichten in der Besprechung ihnen mehr Selbstvertrauen für ihr künftiges Handeln verlieh (ebd.). Die interprofessionellen Ethikrunden wurden von den Pflegefachpersonen durch den sensiblen Umgang der moderierenden Philosoph*innen als Schutzraum erlebt, in dem Gefühle geteilt, neu eingeordnet und gemeinsam getragen werden konnten (ebd.).

Die Autor*innen stellten jedoch fest, dass Pflegefachpersonen auch negative Erfahrungen in Bezug auf ihre Beteiligung in den interprofessionellen Ethikrunden machten: So nahmen Pflegefachpersonen ihre Beteiligung als stark davon abhängig wahr, ob die Ethikrunde klar geleitet wurde. Fehlte die aktive Führung durch die Philosoph*in, kippte der Raum von Reflexion zu Konfrontation. Die Atmosphäre wurde dann als polemisch und emotional eskalierend erlebt. Statt Austausch entstand ein „deadlock“ zwischen Pflege und Ärzt*innen in dem keine Seite wirklich gehört wurde (Svantesson et al., 2008, S.403). Pflegefachpersonen erlebten, dass ihre Beteiligung an Ethikrunden zwar zu Erkenntnissen führte, diese im Arbeitsalltag jedoch kaum umgesetzt wurden. Dies wurde als enttäuschend wahrgenommen: “Finding ‘no direct impact on daily practice’ left nurses with a feeling of disappointment”(ebd.). Besonders prägend war das Gefühl, dass bestimmte Konflikte, insbesondere zwischen Pflegepersonal und Ärzt*innen bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen, grundsätzlich nicht lösbar waren. Pflegefachpersonen nahmen dann ihre eigene Beteiligung als machtlos wahr(ebd.).

Zusammenfassend zeigt die Studie von Svantesson et al., dass eine aktive, leitende Moderation interprofessioneller Ethikrunden die Beteiligung von Pflegefachpersonen maßgeblich beeinflusst. Eine gute Moderation sichert die Möglichkeit, wichtige Informationen über die Patient*innen einzubringen und damit auch gehört zu werden. Selbst bestehende Hierarchien können durch die kompetente Leitung einer solchen Runde abgeflacht werden. Pflegefachpersonen brauchen jedoch auch die Sicherheit, dass ihre Beiträge über die Besprechungssituation hinaus Einfluss auf die Versorgung der Patient*innen haben, da sie sonst enttäuscht sind.

Svantesson et al. weisen selbst darauf hin, dass zwei der beteiligten Philosoph*innen keine Erfahrung mit Ethikdiskussionen im klinischen Kontext hatten. Dennoch muss an dieser Stelle festgestellt werden, dass offenbleibt, ob die Philosoph*innen über eine Moderationsausbildung verfügten. Dies ist insofern relevant, als die Qualität der Moderation laut der Studie einen

entscheidenden Einfluss auf die Beteiligung der Pflegefachpersonen und das Gelingen der Ethikrunden hatte.

Bartholdson et al. (2016): Clarifying perspectives: Ethics case reflection sessions in childhood cancer care

Die Autor*innen verfolgten in ihrer qualitativen Beobachtungs- und Interviewstudie das Ziel, die Erfahrungen von Fachpersonen im Gesundheitswesen, die in der pädiatrischen Krebsbehandlung tätig sind, in Ethik-Fallreflexionen zu untersuchen. Bei den beobachteten ethischen Fallreflexionen handelte es sich um multiprofessionelle Runden, in denen über eine ethische Frage in einem konkreten Fall durch ethische Argumentation reflektiert wurde. Die Runden wurden von externen Moderator*innen geleitet. Zunächst wurden sechs solcher Runden beobachtet und anschließend durch purposive Sampling Teilnehmer*innen für zehn Interviews rekrutiert. Es wurden überwiegend Pflegefachpersonen interviewt. Die Autor*innen nutzen die Grounded-Theory-Methodologie zur Datenanalyse.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Pflegefachpersonen und Pflegeassistent*innen ihre ethischen Bedenken in den Ethik-Fallreflexionen aus einer Care-Perspektive einbrachten (Bartholdson et al., 2016, S.425). Darüber hinaus waren die Pflegefachpersonen daran interessiert, die beteiligten Werte aus ihrer Nahperspektive zu beleuchten:

Participants were also very keen to reflect on the ethical values at stake based on their proxy experience of the child's and its parents' interests. (Bartholdson et al., 2016, S.426)

Die Pflegefachpersonen sahen ein Ziel ihrer Beteiligung darin, die Perspektiven des Kindes und seiner Familie sichtbar zu machen, was zu einem höheren Verständnis der Situation führte (Bartholdson et al., 2016, S.427). In einem dargestellten Zitat einer Pflegefachperson wird deutlich, dass ihre pflegerischen Beiträge in einer Atmosphäre des gegenseitigen Verständnisses und der Anerkennung als wirksam erlebt wurden (ebd.).

Die Autor*innen folgerten, dass die ethischen Fallreflexionen eine Diskussion über Werte im Zusammenhang mit der Behandlung von Krebserkrankungen im Kindesalter ermöglichten. Durch die Klärung von Perspektiven zu ethischen Fragen konnte Gesundheitsfachpersonal über die sinnvollste und ethisch vertretbarste Versorgung des Kindes nachdenken (Bartholdson et al., 2016, S.429).

Zusammenfassend zeigt die Studie von Bartholdson, dass Pflegefachpersonen diejenigen sind, die in ethischen Besprechungsunden eine Care-Perspektive einbringen. Dabei ist es den Pflegenden wichtig, nicht nur die Perspektive der betroffenen Patient*in, sondern auch die des sozialen Umfelds einzubeziehen.

Als Limitation im Hinblick auf die pflegerische Beteiligung ist die fehlende Trennung der Ergebnisse der Studie nach Berufsgruppen zu nennen. In einigen Fällen bleibt unklar, ob sich der Begriff „Participants“ auf alle Berufsgruppen gleichermaßen bezieht oder ob es sich um ein Ergebnis handelt, das aus den Beobachtungen oder Aussagen von Pflegefachpersonen stammt.

Bartholdson et al. (2018): Ethics case reflection sessions: Enablers and barriers

Dieselben Autor*innen wie in der vorherigen Studie untersuchten in einer weiteren qualitativen Studie die Förderfaktoren und potenzielle Hindernisse für die Klärung von Perspektiven während Ethik-Fallreflexionen auf einer Kinderkrebstation im Krankenhaus. Die Datengrundlage war dieselbe wie in der zuvor präsentierten Studie von Bartholdson et al. (2016). Es wurden zwei Ergebniskategorien mit mehreren Subkategorien in einer induktiven Analyse nach der Grounded-Theory-Methodologie identifiziert.

Das Timing der Ethik-Fallreflexionen wurde von Pflegefachpersonen als besonders wichtig angesehen. Sie stellten fest, dass die Ethik-Fallreflexion oftmals zu spät im Verlauf des Krankenhausaufenthalts der Patient*innen stattfand. Retrospektiv betrachtet, hätten sie die Reflexion gerne früher angesetzt (Bartholdson et al., 2018, S.204). Die befragten Pflegefachpersonen erklärten, dass eine durch ein für alle gleichberechtigter Gesprächsraum ein Gefühl von Gemeinsamkeit entstand:

Allocating the word, when successful, means that all the participants are given a chance – that is, the necessary time and space – to be heard; this was assisted by the facilitator. Without allocation of the word, there is a risk of getting a limited view of the situation. Interviewed nurses explained that an advantage of allocating the word to all participants was that it brought a feeling of shared participation. (Bartholdson et al., 2018, S.205)

Die Pflegefachpersonen sahen die Rolle der Moderation als wichtig für den pflegerischen Gesprächsraum an. Außerdem empfanden sie die Anwendung eines Gesprächsmodells als praktisch. Sie wiesen jedoch auch darauf hin, dass es nicht zu starr sein sollte, damit sie das Gespräch dennoch aktiv mitgestalten können (ebd.).

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen sich bewusst waren, dass ihre eigene Beteiligung für die Perspektivenvielfalt und ethische Klärung von zentraler Bedeutung war. Sie nahmen aber auch wahr, dass diese durch hierarchische Dominanz, insbesondere der medizinischen Perspektive, eingeschränkt wurde:

Interviewed nurses perceived that the dominance of the medical perspective precluded a shared view of the patient (Bartholdson et al., 2018, S.206).

Pflegefachpersonen nahmen wahr, dass einige Personen den Diskurs prägten und als Vorbilder fungierten, andere sich wiederum als sprachlich und analytisch limitiert, was ihre aktive Beteiligung hemmte. Eine interviewte Pflegefachperson sah sich dadurch weniger in der Lage sich einzubringen (Bartholdson et al., 2018, S.207).

Zusammenfassend zeigt die Studie von Bartholdson et al., dass Pflegefachpersonen ethische Problemlagen erkennen, diese jedoch oftmals zu spät thematisieren können. In dieser Studie zeigt sich außerdem, was bereits im theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit dargestellt wurde (Kapitel 2.4.3): die Dominanz medizinischer Perspektiven in der klinischen Gesundheitsversorgung. In diesem Umfeld drohen die pflegerischen Beiträge nachgereiht zu werden.

De Brito & De Oliveira Santa Rosa (2019): Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review

Das durchgeführte Integrated Review analysierte nationale und internationale Veröffentlichungen im Hinblick auf die „Performance“ von Pflegefachpersonen in klinischen Ethikkomitees. Das Review folgte der Forschungsfrage: “What are the necessary competencies and vision in nursing professionals in relation to institutional ethics committees identified in published national and international articles” (De Brito & De Oliveira Santa Rosa, 2019, S.689). Von den ursprünglich insgesamt 107 gefundenen Artikeln wurden 35 als passend ausgewählt.

Die Autor*innen stellen heraus, dass ethische Fragen im Pflegealltag sehr häufig auftreten. Pflegende erkennen die Notwendigkeit, diese in Diskussionsräumen zu besprechen, und räumen diesen ethischen Konflikten mehr Bedeutung ein als andere Berufsgruppen (De Brito & De Oliveira Santa Rosa, 2019, S.694).

Darüber hinaus wird im Review betont, dass eine Beteiligung an Ethikkomitees spezifische Kernkompetenzen voraussetzt – darunter Fachwissen, praktische Fähigkeiten und eine entsprechende Haltung (De Brito & De Oliveira Santa Rosa, 2019, S.697).

Gleichzeitig weisen die Autor*innen darauf hin, dass strukturelle Hindernisse wie fehlendes Wissen über rechtliche Grundlagen sowie Zeitmangel die Umsetzung dieser Beteiligung erschweren (De Brito & De Oliveira Santa Rosa, 2019, S.697).

Zusammenfassend macht das Review klar, dass Pflegefachpersonen ethische Konflikte wahrnehmen und dementsprechend ihre ethische Beurteilung in Ethikkomitees unterbringen können. Dazu sind persönliche, professionelle und institutionelle Voraussetzungen nötig. Als Limitation ist zu nennen, dass sich die Autor*innen zwar auf Publikationen zur klinischen Ethikberatung, zu klinischen Ethikkomitees und zu Pflegeethik-Kommissionen beziehen, sie lediglich aber nur Schlüsse für klinische Ethikkomitees ableiten. Inwieweit die aus den strukturell unterschiedlichen Formaten der klinischen Ethikberatung gezogenen Schlüsse auf Ethikkomitees übertragbar sind, bleibt allerdings offen.

3.2.1 Überblick und Synthese der identifizierten Literatur

Um einen strukturierten Überblick über die eingeschlossenen Studien zu ermöglichen und die zentralen Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage übersichtlich darzustellen, werden die identifizierte Literatur nachfolgend tabellarisch zusammengefasst (Tab.1). Alle eingeschlossenen Studien waren in englischer Sprache verfasst; die in der Tabelle angeführten Inhalte wurden von dem Verfasser ins Deutsche übersetzt.

Tabelle 1: Überblick über die identifizierte Literatur

Nr.	Autor*innen (Jahr)	Ziel(e)	Methodik	Wahrnehmungen von Pflegefachpersonen zur eigenen Beteiligung in klinischer Ethikberatung
1	Svantesson et al. (2008)	Evaluation eines Modells für Ethikrunden, indem die Erfahrungen von Pflegefachpersonen und Ärzt*innen mit diesen Runden beschrieben wurden	Interviewstudie mit Ärzt*innen (n=7) und Pflegefachpersonen (n=11) im klinischen Setting	• Aktive Moderation durch Philosoph*innen fördert Gleichberechtigung: fair verteilte Redezeiten, flachere Hierarchien, Pflegende werden gehört und können patientenrelevante Infos einbringen. • Gegenseitiger Perspektivwechsel: besseres Verständnis für ärztliche Unsicherheit/Uneinheitlichkeit bei lebensverlängernden Maßnahmen; Ärzt*innen verstehen die Frustration der Pflegenden. • Hoher Nutzen, wenn Reflexion mit alltagsnaher, lösungsorientierter Anleitung verbunden ist; rein theoretische Debatten werden als weniger hilfreich erlebt. • Kritischer Umgang mit gewonnenen Einsichten stärkt das Selbstvertrauen für zukünftiges Handeln. • Ethikrunden als Schutzraum für Gefühle durch sensible Moderation. • Abhängig von klarer Leitung: Ohne aktive Führung kippt die Runde in Konfrontation, polemische Eskalation und „Deadlock“ zwischen Pflege und Ärzt*innen. • Ernüchterung/Enttäuschung, wenn Einsichten keinen direkten Einfluss auf den Arbeitsalltag haben. • Gefühl von Machtlosigkeit bei als grundsätzlich unlösbar erlebten Konflikten, besonders zu lebensverlängernden Maßnahmen.

2	Bartholdson et al. (2016)	Exploration von Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen bei der Teilnahme an Ethik-Fallreflexionen in der pädiatrischen Onkologie untersuchen	Beobachtungen von Ethik-Fallreflexionen (n=6) und qual. Interviews (n=10) mit Teilnehmer*innen der Ethik-Fallreflexionen (überwiegend Pflegefachpersonen).	• Pflegende bringen ihre ethischen Bedenken aus einer Care-Perspektive ein. • Sie wollen Werte aus ihrer Nahperspektive beleuchten. • Ziel ihrer Beteiligung: Perspektiven des Kindes und der Familie sichtbar machen und so das Situationsverständnis erhöhen. • Ihre pflegerischen Beiträge wurden in einer Atmosphäre gegenseitigen Verständnisses und Anerkennung als wirksam erlebt. • Die Fallreflexionen ermöglichten wertbezogene Klärungen, die es dem Team erleichterten, über die sinnvollste und ethisch vertretbare Versorgung des Kindes nachzudenken.
3	Bartholdson et al. (2018)	Exploration von Bedingungen, die eine Klärung von Perspektiven während Ethik-Fallreflexionen fördern	Beobachtungen von Ethik-Fallreflexionen (n=6) und qual. Interviews (n=10) mit Teilnehmer*innen der Ethik-Fallreflexionen (überwiegend Pflegefachpersonen).	• Timing zentral: Ethik-Fallreflexionen fanden aus Sicht der Pflegenden oft zu spät statt. • Gleichberechtigter Gesprächsraum (durch Worterteilung) fördert geteilte Teilhabe. • Rolle der Moderation wichtig für einen pflegerischen Gesprächsraum. • Gesprächsmodell wird als praktisch erlebt, soll aber flexibel bleiben, damit Pflegende aktiv mitgestalten können. • Eigene Beteiligung wird als wesentlich für Perspektivenvielfalt und ethische Klärung gesehen, aber durch hierarchische Dominanz (v. a. medizinische Perspektive) eingeschränkt; dies kann eine gemeinsame Sicht auf die Patient*innen verhindern. • Diskurs wird teils von einzelnen geprägt; sprachliche/analytische Unsicherheit hemmt die aktive Beteiligung mancher Pflegender.

4	De Brito & De Oliveira Santa Rosa (2019)	Analyse von nationalen und internationalen Publikationen zur Beteiligung von Pflegefachpersonen in klinischen Ethikkomitees	Integrated Review (n=35 ausgewählte Artikel)	• Pflegefachpersonen erkennen die Notwendigkeit von Diskussionsräumen wie institutionellen Ethikkomitees. • Sie sehen, dass für die eigene Teilnahme Kernkompetenzen erforderlich sind: Wissen, Fertigkeiten und Haltungen. • Sie nehmen Barrieren für ihre Beteiligung wahr, insbesondere mangelndes Wissen über einschlägige Regelungen und fehlende Zeit für diese Aufgabe
---	--	---	---	---

Synthese der identifizierten Literatur

Die Ergebnisse der identifizierten Arbeiten (Bartholdson et al., 2016, 2018; De Brito & De Oliveira Santa Rosa, 2019; Svantesson et al., 2008) zeigen, welche Kompetenzen Pflegefachpersonen in die klinische Ethikberatung einbringen und welche Faktoren sie als förderlich für ihre Beteiligung wahrnehmen. Eine gute Moderation solcher Runden erscheint essenziell, um ihre Perspektiven zu entfalten und Informationen über Patient*innen zu berücksichtigen. Aus ihrer Perspektive lassen sich auch hemmende Faktoren wie institutionelle Rahmenbedingungen oder eine biomedizinische Deutungsdominanz identifizieren, die eine Beteiligung erschweren. Das Wahrnehmen ethischer Konflikte bei gleichzeitig unzureichender und nicht nachhaltiger Lösung führt zu Stressreaktionen und Frustrationen bei den Pflegefachpersonen. Auffallend ist zudem, dass sich die Forschungsliteratur auf die Perspektive von Ärzt*innen und Pflegefachpersonen konzentriert. Andere Gesundheitsberufe, die ebenfalls an der klinischen Ethikberatung beteiligt sein können, finden weniger Beachtung.

Auf Grundlage des theoretischen Hintergrunds und der Literaturrecherche zum Forschungsstand soll im nächsten Kapitel die Relevanz und Begründung des Untersuchungsgegenstands der Masterarbeit erarbeitet werden.

4. Relevanz und Begründung der Untersuchung

Die in der Literatursuche identifizierten Studien zeigen, dass aus der Perspektive der Pflegefachpersonen wertvolle Einblicke in die Potenziale der Qualitätsverbesserung von klinischer Ethikberatung gewonnen werden können. Sie reflektieren, welche Bedingungen pflegerische Teilhabe fördern oder behindern. Darüber hinaus liefert die Perspektive der Pflegefachpersonen konkrete Hinweise dazu, wie klinische Ethikberatung durch pflegerische Beiträge patientennäher gestaltet werden kann. Die Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen alltagsnahe und professionsspezifische Beiträge wie Bedside-Erfahrung, Kontextwissen und Care-Perspektiven einbringen.

Obwohl die Bedeutung der pflegerischen Beteiligung für den ethischen Entscheidungsfindungsprozess in der Literatur aufgezeigt wird, gibt es noch Forschungslücken. So ist insbesondere unzureichend geklärt, wie Pflegefachpersonen ihre Beiträge in der

klinischen Ethikberatung konkret verstehen und ausgestalten, und in welchem Umfang diese Beiträge die ethische Entscheidungsfindung tatsächlich beeinflussen.

Darüber hinaus wurden die in der theoretischen Literatur hervorgehobenen professionsspezifischen Charakteristika (z. B. Advocacy, Proximität, therapeutische Beziehung) aus Sicht der Pflegefachpersonen, insbesondere der Bedside-Nurses, empirisch kaum auf ihre tatsächliche Relevanz und Wirkung in der klinischen Ethikberatung untersucht. Es gibt auch nur wenige Erkenntnisse darüber, wie Pflegefachpersonen das Einbringen ihres spezifischen Informationsschatzes über ihre sprachliche Darstellung in den Runden wahrnehmen, welche Hürden sie dabei erleben und ob die sprachliche Darstellung ethische Entscheidungsprozesse beeinflusst.

Außerdem ist offen, inwiefern unterschiedliche Formate (Ethikkomitee vs. multiprofessionelle Ethik-Fallbesprechung) die pflegerische Teilhabe und Wirksamkeit beeinflussen. Vorbefunde von H. Kohlen deuten auf ungenutztes pflegerisches Potenzial in Ethikkomitees hin. Offen ist, ob „weichere“ Formate, wie die multiprofessionelle Ethik-Fallbesprechung, dies ausgleichen können oder auch hier o.g. Muster reproduziert werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die zentrale Forschungslücke im fehlenden empirischen Wissen darüber liegt, wie Pflegefachpersonen ihren Beitrag in der klinischen Ethikberatung konkret verstehen und ausgestalten und ob sie damit Entscheidungsprozesse beeinflussen. Gerade die Perspektive der Pflege, die unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt ist, bleibt bislang empirisch unterbeleuchtet, obwohl sie für die Qualität und Praxis klinischer Ethik von zentraler Bedeutung ist. Zudem ist das Verständnis dieser pflegespezifischen Beiträge und ihrer Wirksamkeit von zentraler Bedeutung, um die pflegerische Beteiligung an klinischen Ethikberatungen weiterzuentwickeln und Formate der klinischen Ethikberatung zu konzipieren, in denen das pflegerische Potential entfaltet werden.

5. Methode

Dieses Kapitel bildet den Auftakt des empirischen Teils dieser Arbeit und zeigt auf, wie die in Kapitel 4 identifizierte Forschungslücke adressiert werden soll. Zunächst werden die Forschungsziele formuliert und daraus die Forschungsfrage abgeleitet. Anschließend wird der methodologische Rahmen der Arbeit dargelegt und das Forschungsdesign im Detail vorgestellt. Es folgt die Beschreibung der Datenerhebung sowie der Aufbereitung und Analyse der gewonnenen Daten. Abschließend werden die Gütekriterien des Vorgehens, ethische Überlegungen sowie eine Reflexion des methodischen Vorgehens dargestellt.

5.1 Forschungsfrage & Forschungsziele

Auf Grundlage der vorherbeschriebenen Forschungslücke wurde die Forschungsfrage dieser Arbeit formuliert. Diese lautet:

Wie verstehen Pflegefachpersonen ihre Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen, insbesondere im Hinblick auf ihre Einflussmöglichkeiten und ihre fachliche Einbindung in den Beratungsprozess?

Die Forschungsfrage konzentriert sich auf die Perspektiven von Pflegefachpersonen auf ihre Beteiligung an der klinischen Ethikberatung. Dabei betrachtet sie explizit die subjektive Deutung und das subjektive Verständnis der Pflegefachpersonen hinsichtlich ihrer eigenen Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen. In der Forschungsfrage wird statt des Begriffs „klinische Ethikberatung“ der Begriff „klinische Ethik-Fallbesprechung“ verwendet. Der Grund dafür ist, dass es sich um das konkrete Format der klinischen Ethikberatung handelt, das in dieser Arbeit untersucht wurde. Damit wird auch eine Abgrenzung zu den weiteren Aufgaben der klinischen Ethikberatung vorgenommen. Dazu zählen beispielsweise die Erstellung von Ethik-Leitlinien oder die feste Mitgliedschaft in klinischen Ethikkomitees.

Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, ein vertieftes Verständnis für die Beteiligung von Bedside-Nurse, an Ethik-Fallbesprechungen zu gewinnen. Die Untersuchung soll deren Wahrnehmung, Erfahrungen und Handlungsspielräume innerhalb der Ethik-Fallbesprechungen rekonstruieren und analysieren und so zu einem besseren Verständnis der professionsspezifischen und besprechungsspezifischen Bedingungen, Barrieren und Potenziale pflegerischer Beteiligung in Ethik-Fallbesprechungen beitragen. Durch die Sichtbarmachung

subjektiver Deutungsmuster und Wahrnehmungen von Pflegefachpersonen in Bezug auf ihre Rolle in klinischen Ethikberatungen soll erforscht werden, inwieweit sie sich selbst als kompetente Gesprächspartner*innen wahrnehmen und an den ethischen Beratungsprozess mitgestaltet haben. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen einen Vergleich ermöglichen und aufzeigen, inwiefern sich die Beteiligung von Pflegefachpersonen unterscheidet, je nachdem, ob die Fallberatung im Rahmen eines klinischen Ethikkomitees – wie es in der Literatur bereits untersucht wurde – oder in Form einer moderierten, multiprofessionellen Ethik-Fallbesprechung stattfindet. Die Untersuchung soll förderliche und hemmende Faktoren für die Entfaltung pflegerischer Partizipation herausstellen. Aus den Ergebnissen sollen direkte Praxisimplikationen abgeleitet werden können.

5.2 Methodologischer Rahmen

Der Forschungsgegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Beteiligung und Einbindung von Pflegefachpersonen in der klinischen Ethikberatung aus der Sicht der Pflegefachpersonen selbst. Um diesem Forschungsgegenstand in seiner Tiefe und Komplexität näherzukommen, war von Anfang an klar, dass dies nur über einen qualitativen Forschungsansatz gelingen kann. Dieser ermöglicht nämlich die Exploration der Realität der Pflegefachpersonen im Kontext ihrer sozialen, historischen und individuellen Konstruktion bei gleichzeitiger Selbstreflexion darüber, dass auch die Forschung selbst in einem sozialen, historischen und individuellen Kontext konstruiert ist (Fringer & Schrems, 2023). Das qualitative Vorgehen ermöglicht zudem einen iterativ-zyklischen Erkenntnisprozess, in dem sich während des Forschungsprozesses Nachjustierungen vornehmen lassen, um dem Deutungsreichtum der pflegerischen Partizipation an der klinischen Ethikberatung gerecht zu werden (Kruse, 2015). Dabei stehen die Wahrnehmungen und Perspektiven der Pflegefachpersonen selbst im Zentrum der Untersuchung.

5.2.1 Wissenschaftstheoretische Verortung

In diesem Kapitel möchte ich darstellen, in welchem wissenschaftstheoretischen Paradigma ich meine Arbeit verorte. Dies dient dazu, meine zugrunde liegenden erkenntnistheoretischen Annahmen offenzulegen und die Perspektive, aus der das Forschungsphänomen betrachtet

wird, transparent zu machen. Dadurch sollen die nachfolgenden methodischen Entscheidungen nachvollziehbar werden.

Zunächst werden die durch die empirische Studie gewonnenen Wahrnehmungen und Perspektiven der Pflegefachpersonen beschrieben. Danach bleibt es aber nicht bei der reinen Beschreibung. Der Deskription schließt sich eine Interpretation an. Die Interpretation folgt dem Ziel zu den tieferliegenden Sedimenten pflegerischer Partizipation in der klinischen Ethikberatung durchzustößen. Bei der Interpretation der Daten wird das pflegerische Handeln und Wirken als von epochalen Kräften beeinflusst betrachtet. Maßgeblich beeinflusst ist das Interpretationsverständnis dieser Kräfte von Hannah Arendt und Hans Jonas. Beide Denker*innen gehen davon aus, dass unser Zeitalter maßgeblich geleitet wird von menschlich konstruierten und dementsprechend selbst auferlegten Kräften. Arendt findet dafür in ihrem Hauptwerk „Vita Activa“ die Metapher des „archimedischen Punkts“ und Jonas in seinem Werk „Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation“ die Metapher des „endgültig entfesselten Prometheus“ (Arendt, 2019; Jonas, 2017). Beide Metaphern beschreiben das Primat des messenden und quantifizierenden Weltverständnisses, das die (Natur-)Wissenschaft und die moderne Wirtschaftswissenschaft zu den zeitalterdefinierenden Kräften erhebt. Die naturwissenschaftliche Methode, das heißt die konsequente Berechenbarkeit alles experimentell Zugänglichen und Überprüfbaren, wird so zu einem grundlegenden Prinzip der Epoche. In dieser Arbeit wird dementsprechend auch nach den zugrundeliegenden Prinzipien gesucht, die die pflegerische Partizipation determinieren. Die Wahrnehmungen der Pflegefachpersonen werden als sozial und kontextuell konstruiert verstanden und im Kontext der epochalen Prägung betrachtet. Im Sinne des hermeneutischen Zirkels werden die Daten also immer wieder betrachtet und in ihren Gesamtkontext gestellt. Durch das wiederkehrende Kreisen der Gedanken um Daten, das durch bereits Bekanntes, eigene Erfahrungen und Gespräche informiert wird, wird jedes Mal ein weiterer Teil des Sediments an die Oberfläche befördert. So kann die Beteiligung von Pflegefachpersonen an der klinischen Ethikberatung kontextsensibel und tiefgehend untersucht werden.

Die produzierten Ergebnisse sind ebenfalls als Konstruktionen unserer Zeit zu verstehen. Sie sind eine Momentaufnahme und geben Auskunft über die Art und Weise pflegerischer Beteiligung in der klinischen Ethikberatung im epochalen Kontext. Sie sind Zeitzeugnisse. Der konstruktive Charakter der Ergebnisse impliziert, dass dieser nur einen Anteil der zugrundeliegenden Sedimente hinaufbefördert. Dennoch sollen durch einen konstanten kritischen Reflexionsprozess, das Führen eines Forschungstagebuchs und den kontinuierlichen

Austausch mit der Betreuerin dieser Arbeit (SP) sowie mit Kolleginnen der Pflegewissenschaft, die qualitativ arbeiten, sichergestellt werden, dass Gedankenstränge und getroffene Entscheidungen im Datenbearbeitungsprozess nachvollziehbar sind und mögliche Verzerrungen minimiert werden.

5.2.2 Subjectivity Statement

Ich verstehe mich als Teil des Erkenntnisprozesses. Im gesamten Forschungsprozess stelle ich Zusammenhänge und Erkenntnisse her, die im Kontext meiner akademischen Vorerfahrung sowie meiner beruflichen Prägung als Gesundheits- und Krankenpflegeperson auf einer Intensivstation stehen. Durch kontinuierliche kritische Reflexion führe ich mir diese Einflüsse vor Augen und verstehe sie auch als Mehrwert für den Forschungsprozess. Mir ist wichtig, dass ich von den Pflegefachpersonen auch als „einer von ihnen“ wahrgenommen werde. In den Interviews spreche ich den Pflegenden aktiv ihre Kompetenz zu. Dadurch möchte ich erreichen, dass die Asymmetrie zwischen den Interviewteilnehmer*innen und mir geringer ausfällt. In diesem Sinne ist es möglicherweise zuträglich, dass ich als Student auftrete. Ich sehe mich mit den Interviewteilnehmer*innen als Co-Konstrukteur*innen von Wissen in einem reflexiven, interpretierenden Prozess (Roulston, 2010). Im Interview entstehen die Daten und ihre Bedeutung nicht „objektiv“, sondern gemeinsam zwischen mir und den Teilnehmenden. Meine Fragen und Nachfragen beeinflussen, was erzählt wird.

Außerdem soll durch die kritische Selbstreflexion meiner sozialen Stellung als weißer, westeuropäisch sozialisierter Mann sowie durch den kontinuierlichen Austauschprozess mit meiner Betreuerin (SP) und meinen Kolleginnen ein möglicher Gender-Bias in den Ergebnissen gering gehalten werden.

5.3. Methodisches Vorgehen

Aufgrund der Kontextabhängigkeit und Praxisnähe des Forschungsthemas orientiert sich das methodische Vorgehen dieser Arbeit am von Sally Thorne (2009/2025b) entwickelten Ansatz der Interpretive Description (ID). Dieses methodische Vorgehen wird für diese Arbeit als besonders geeignet erachtet, da es ein flexibles qualitatives Vorgehen ermöglicht. Thorne betont ausdrücklich, dass es sich bei der ID nicht um ein „Cookbook“ handelt (Thorne, 2025c, S.87). Die ID bedient sich der Techniken und Strategien anderer qualitativer Methoden (Thompson

Burdine et al., 2021). ID erkennt ausdrücklich an, dass disziplinäre Kenntnisse für die Entwicklung einer Studie von großer Bedeutung sind. So resultiert das Interesse für das Thema einer Studie häufig aus der disziplinären Zugehörigkeit der Forschenden. Diese disziplinäre Zugehörigkeit hat auch maßgeblichen Einfluss darauf, welche Probleme untersucht werden und warum diese für die Disziplin von Bedeutung sind (Thorne, 2025d). Das Interesse der Studie speist sich dementsprechend aus der Pflegewissenschaft mit einem Fokus auf die pflegepraktische Relevanz. Die Befunde werden aus pflegerischer Perspektive interpretiert. Darüber hinaus werden Implikationen für die Pflegepraxis, -bildung und -forschung abgeleitet.

Im Folgenden wird das für diese Studie entwickelte Forschungsdesign nun im Detail offengelegt.

5.4 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage und auf Basis der vorangegangenen methodologischen und wissenschaftstheoretischen Überlegungen wurde für die vorliegende Arbeit ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, dem die Methodologie der Interpretive Description nach Thorne (2025) zugrunde liegt. Zur Erfassung der Perspektiven und Wahrnehmungen von Pflegefachpersonen wurden Einzelinterviews in Form des problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) als Erhebungsmethode eingesetzt. Das Sample wurde mittels einer Gelegenheitsstichprobe zusammengestellt. Ursprünglich war eine Datenauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) geplant. Dies wurde allerdings verworfen. Stattdessen erfolgte die Datenauswertung auf Grundlage einer alternativen Datenanalysestrategie, wie sie von der Interpretive Description vorgeschlagen wird (Thorne, 2025f). Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten des Forschungsdesigns dargestellt und ihre Auswahl für diese Studie begründet.

5.4.1 Problemzentrierte Interviews

Die Interviews wurden in Form von problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) durchgeführt. Dieses Verfahren eignet sich besonders gut, um theoriegeleitetes Wissen mit Offenheit zu verbinden. Außerdem ermöglicht es eine dialogische Gesprächsführung, in der sowohl vorstrukturierte Fragen als auch narrative Elemente Platz finden. Somit wird ein induktiv-deduktives Wechselspiel ermöglicht (ebd.). Aufgrund der vorab als wichtig

identifizierten Themen konnten so in die Interviews hineingetragen und dort von den Pflegefachpersonen reflektiert werden. Gleichzeitig hatten die Interviewpartner*innen genug Raum, eigene Themen frei zu entfalten.

Für den Interviewleitfaden wurde die tabellarische Struktur, wie sie Helfferich (2011, S.186) vorschlägt, genutzt. Nach den ersten beiden durchgeführten Interviews im Feld wurden einige Fragen im Leitfaden angepasst und nachgeschärft. Die finale Version des Interviewleitfadens ist im Anhang zu finden.

5.4.2 Samplingstrategie

Das Sampling folgte der Strategie des Convenience Sampling (Gelegenheitsstichprobe), also einem Vorgehen, dass die Personen einbezieht, die am leichtesten erreichbar sind. Diese Samplingstrategie ist vor allem in frühen Erkenntnisphasen geeignet, in denen noch wenig über den Forschungsgegenstand bekannt ist (Thorne, 2025e). „Am leichtesten erreichbar“ bedeutet in Bezug auf das Vorgehen dieser Arbeit, dass eben diejenigen Pflegefachpersonen einbezogen wurden, die bereits Teil einer klinischen Ethik-Fallbesprechung waren und sich für ein Interview bereitklärten. Angesichts der wenig transparenten Strukturen der klinischen Ethikberatung und der Tatsache, dass im Vorfeld nicht abschätzbar war, wie viele Pflegefachpersonen bereits Erfahrungen mit Ethik-Fallbesprechungen gesammelt hatten, wurde die Gelegenheitsstichprobe als praktikables Vorgehen angesehen.

5.4.3 Datenanalysestrategie

Von Beginn an wurde für die Arbeit die Datenanalysestrategie nach Kuckartz & Rädiker (2024) gewählt, bei dem die Interviewdaten mit einer regelgeleiteten qualitativen Inhaltsanalyse aufgearbeitet und dargestellt werden. Es war ebenfalls geplant, dies computergestützt mithilfe einer Datenauswertungssoftware zu realisieren. Diesem Vorgehen wurde zunächst gefolgt. Mit Beginn des Codierprozesses wurde jedoch klar, dass dieses Datenanalyseverfahren für die Arbeit nicht geeignet war. Das starre Vorgehen ließ das „Eintauchen“ in die Daten nur bedingt zu. Es wurde klar, dass beim Codieren viel von der Bedeutung der Textpassagen verloren ging, da viele Inhalte auf der latenten Sinnenebene lagen. Viele Stellen waren deutlich inhaltsschwerer, als sie mit den Codes hätten abgebildet werden können. Darüber hinaus gestaltete es sich schwierig, die Interviews in ihrer Gesamtheit zu überblicken und ein Verständnis für die

Zusammenhänge der einzelnen Fälle zu entwickeln. Auch das Vorhaben, alles computergestützt zu analysieren, erwies sich als sehr hemmend. Aufgrund der subjektiven Annahme, sehr wertvolle Daten vorliegen zu haben, wurde die Entscheidung getroffen, von dem methodischen Vorgehen nach Kuckartz & Rädiker Abstand zu nehmen. Das neue Datenanalyseverfahren orientierte sich an der ID. Die ID Methodologie öffnet den Raum für alternative Datensortiermöglichkeiten (Thorne, 2025f). Sie lässt ein flexibles, erkenntnisgeleitetes Arbeiten mit den Daten zu. Ziel ist es, analytisches Denken früh zu stimulieren.

Instead of simply reading through transcripts and field notes, most researchers find they gain a better immersion experience by engaging with them in a more tactile manner, such as jotting down marginal memos or highlighting with colors to reflect apparent thematic similarities. Because they tend to be less formalized and more creative than conventional coding systems, these kinds of practices may be more consistent with the evolving analytic thinking that you are attempting to stimulate through interpretive description. (Thorne, 2025f S.138)

Potenziell bedeutsame Passagen, einschließlich Gegenbeispiele und auffälliger Stellen, werden früh gekennzeichnet und systematisch gesichert, sodass sie im weiteren Verlauf gezielt bearbeitet werden können. Stellen in den Transkripten mit zunächst unklarer Relevanz werden separat gesammelt und später mit wachsender analytischer Schärfe erneut geprüft. Alle Schritte werden reflektiert und dokumentiert. Ein Gesamtbild wird durch einen iterativen Denkprozess induktiv herausgearbeitet. Dabei werden Gruppierungen der Daten gebildet, gegeneinander abgewogen und anhand des Materials fortlaufend geprüft. Der pflegewissenschaftliche Hintergrund kann als Analyselinse dienen (Thorne, 2025f). Ein solches Datenanalyseverfahren wurde als geeigneter für die vorliegende Studie erachtet. Zudem erkennt die ID die disziplinäre Zugehörigkeit als maßgeblichen Einflussfaktor dafür an, welche Probleme untersucht werden und warum diese für die jeweilige Disziplin von Bedeutung sind (Thorne, 2025d). Ein weiterer Grund für die Wahl des Verfahrens war demnach die explizite Betonung, die disziplinäre Zugehörigkeit des Forschers als Ressource zur Erkenntnisgewinnung einzusetzen.

5.5 Rekrutierung von Teilnehmer*innen

In einer ersten Phase war es wichtig, Gesundheitsinstitutionen zu identifizieren, die über Strukturen der klinischen Ethikberatung verfügen. So wurde im Vorfeld am Rande des „Ethiksymposium“ des Wiener Gesundheitsverbunds (Wiener Gesundheitsverbund, 2025) und Gesprächen mit Personen, die sich mit der Durchführung und Implementierung von klinischer

Ethikberatung beschäftigen, sowie mit Personen, die über eine Ethikberatungsausbildung verfügen, erörtert, welche Institutionen überhaupt zur Kontaktaufnahme in Frage kommen.

Im Juni 2025 begann mit der Einreichung eines Forschungsantrags an die erste Institution die Rekrutierung von Teilnehmer*innen in einem ersten Krankenhaus. Im September wurde die Rekrutierung dann auf eine zweite Institution ausgeweitet. Der Kontakt zu den Teilnehmer*innen wurde über Gatekeeper*innen der jeweiligen Krankenhäuser hergestellt. Die infrage kommenden Pflegefachpersonen wurden per E-Mail eingeladen und erhielten einen Flyer (siehe Anhang) sowie ein Informationsschreiben. Aufgrund des sehr geringen Rekrutierungserfolgs wurden noch drei weitere Institutionen kontaktiert und jeweils Forschungsanträge gestellt. Insgesamt waren sieben Gatekeeper*innen involviert. Entweder haben die Gatekeeper*innen die Personen, von denen sie wussten, dass sie schon einmal Teil einer klinischen Ethik-Fallbesprechung waren, selbst angeschrieben, oder sie haben JR nach einer erfolgten klinischen Ethik-Fallbesprechung über die zu kontaktierenden Personen informiert, sofern diese dem zugestimmt haben. So konnten letztlich zehn Pflegefachpersonen rekrutiert werden.

Zur Aufwandsentschädigung für die Teilnahme erhielten die Teilnehmer*innen einen 25-Euro-Einkaufsgutschein, der aus den Mitteln der Stiftungsprofessur Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Wien finanziert wurde.

5.5.1 Teilnehmer*innenbeschreibung

Für die Durchführung der Einzelinterviews konnten zehn Pflegefachpersonen aus fünf verschiedenen Krankenhäusern rekrutiert werden. Tabelle 2 gibt Aufschluss über die Sample-Charakteristik.

Tabelle 2: Sample-Charakteristik

Charakteristika der Teilnehmenden (n=10)		
Geschlecht	Weiblich	9
	Männlich	1
Ausbildung	DGKP mit Berufsausbildung (mit Weiterbildung)	10(8)
	DGKP mit Bachelor	0
Trägerschaft der Institution	Bei kommunalem Träger angestellt	7
	Bei konfessionellem Träger angestellt	3
Position	Bedside Nurse	6
	Bedside Nurse mit Leitungsverantwortung	4
Beschäftigungsausmaß	Vollzeit	4
	Teilzeit	6
Ethikausbildung	Keine	7
	K1	2
	K2	1
Berufserfahrung als Pflegefachperson	Zwischen 6 Jahren – 40 Jahren Ø 22 Jahre	

Anmerkung: Geschlecht wurde erfragt (keine Nennung eines Geschlechts außerhalb der binären Geschlechtskategorien). K1: Grundausbildung zu Ethikberatung, K2: Moderationsausbildung und damit Befähigung als Ethikberater*in tätig zu werden.

5.6 Datenerhebung & Datenaufarbeitung

Die Datenerhebungsphase erstreckte sich über vier Monate. Ende September 2025 fand das erste Interview statt. Im Dezember 2025 wurde das zehnte und letzte Interview geführt. Acht Interviews wurden persönlich geführt. Zwei wurden per Videocall durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 40 und 60 Minuten. Die Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet, nachdem die Teilnehmer*innen dem zugestimmt hatten.

Direkt im Anschluss an die Interviews wurden Notizen zu den Stimmungen während der Interviews, zu besonders markanten Aussagen, die im Gedächtnis haften geblieben sind, und zum Setting, in dem die Interviews stattgefunden haben, gemacht. Meist am gleichen Tag wurden die Audioaufzeichnungen wörtlich transkribiert. Die Erstversion des Transkripts wurde mit Hilfe von noScribe erstellt. noScribe ist eine frei verfügbare Open-Source-Software zur automatisierten Transkription von Audiodaten, die vollständig lokal auf dem eigenen Computer arbeitet. Ein integrierter Editor ermöglicht die Prüfung und Korrektur der erzeugten Transkripte (Dröge, 2026). Das automatisiert erstellte Transkript wurde sorgfältig korrekturgelesen und während das Audiomaterial angehört wurde gegebenenfalls ausgebessert. Beim Korrekturlesen wurden die geprüft ob die Transkriptionsregeln nach Kuckartz und Rädiker (2019, S.449) vom Transkriptionssoftware befolgt wurden. Falls dies nicht der Fall war, wurde das Transkript händisch entsprechend ausgebessert.

5.7 Durchführung der Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an die in zuvor dargestellte Analysestrategie der ID (Thorne, 2025f). Die Transkripte wurden ausgedruckt und die Analyse am physischen Dokument vorgenommen. Der Analyseprozess begann bereits während der Datenerhebungsphase und verlief in mehreren aufeinanderfolgenden Schritten. Diese werden im Folgenden dargelegt.

Im ersten Schritt wurde jedes Transkript sorgfältig durchgelesen. Interessante Stellen wurden markiert und zu den einzelnen Stellen wurden Memos geschrieben. Besonders wichtige Zitate wurden farblich hervorgehoben. Am Anfang überwog die Überforderung durch das Material, was auch auf den inhaltlichen Reichtum der Transkripte zurückzuführen war. Oft entstand das Gefühl, dass sich hinter den Textpassagen etwas Wichtiges verbirgt, dessen Bedeutung aber noch unklar war. Für solche Stellen wurden Fragen an das Material im Forschungstagebuch formuliert, die immer wieder zurate gezogen wurden und bei Bedarf neu ausgerichtet wurden. Es handelte sich sowohl um inhaltliche als auch um methodische Fragen.

Im zweiten Schritt der Datenanalyse wurden die Interviewtranskripte anhand der Themenbereiche des Interviewleitfadens strukturiert, um eine gemeinsame, am Forschungsinteresse ausgerichtete Struktur über alle Transkripte hinweg zu schaffen. Mithilfe leitender analytischer Fragen wurde das Datenmaterial den jeweiligen Themenbereichen zugeordnet. Dabei wurden die fünf Themenbereiche durch die folgenden Fragen an das

Datenmaterial erschlossen: „Um was ging es in der Ethik-Fallbesprechung?“, „Was war der Beitrag der Pflege?“, „Was war der Einfluss der Pflege auf die Besprechung?“, „Was war das Outcome der Besprechung?“, „Was war der wahrgenommen Einfluss auf das Besprechungsoutcome?“. Jedem dieser Themenbereiche wurde eine eigene Farbe zugeordnet. Anschließend wurden die Transkripte durchgearbeitet und alle relevanten Textstellen den entsprechenden Themen zugeordnet, indem sie mit der jeweiligen Farbe markiert wurden.

Im dritten Schritt wurde jedes einzelne Interview visualisiert. Dazu wurden Schaubilder mit farbigen Kärtchen erstellt, die den Verlauf und den Inhalt der geschilderten Ethik-Fallbesprechung widerspiegeln sollten. Abbildung 1 zeigt eine schematische Darstellung einer solchen Visualisierung. Die jeweiligen Textstellen wurden mitsamt der zugehörigen Textstellen-Referenz auf den farbigen Kärtchen festgehalten. Die Visualisierung schuf ein besseres Verständnis des Interviews und ermöglichte es in seiner Gesamtheit besser zu fassen. Außerdem konnten so die einzelnen Textstellen in ihren Kontext eingeordnet werden.

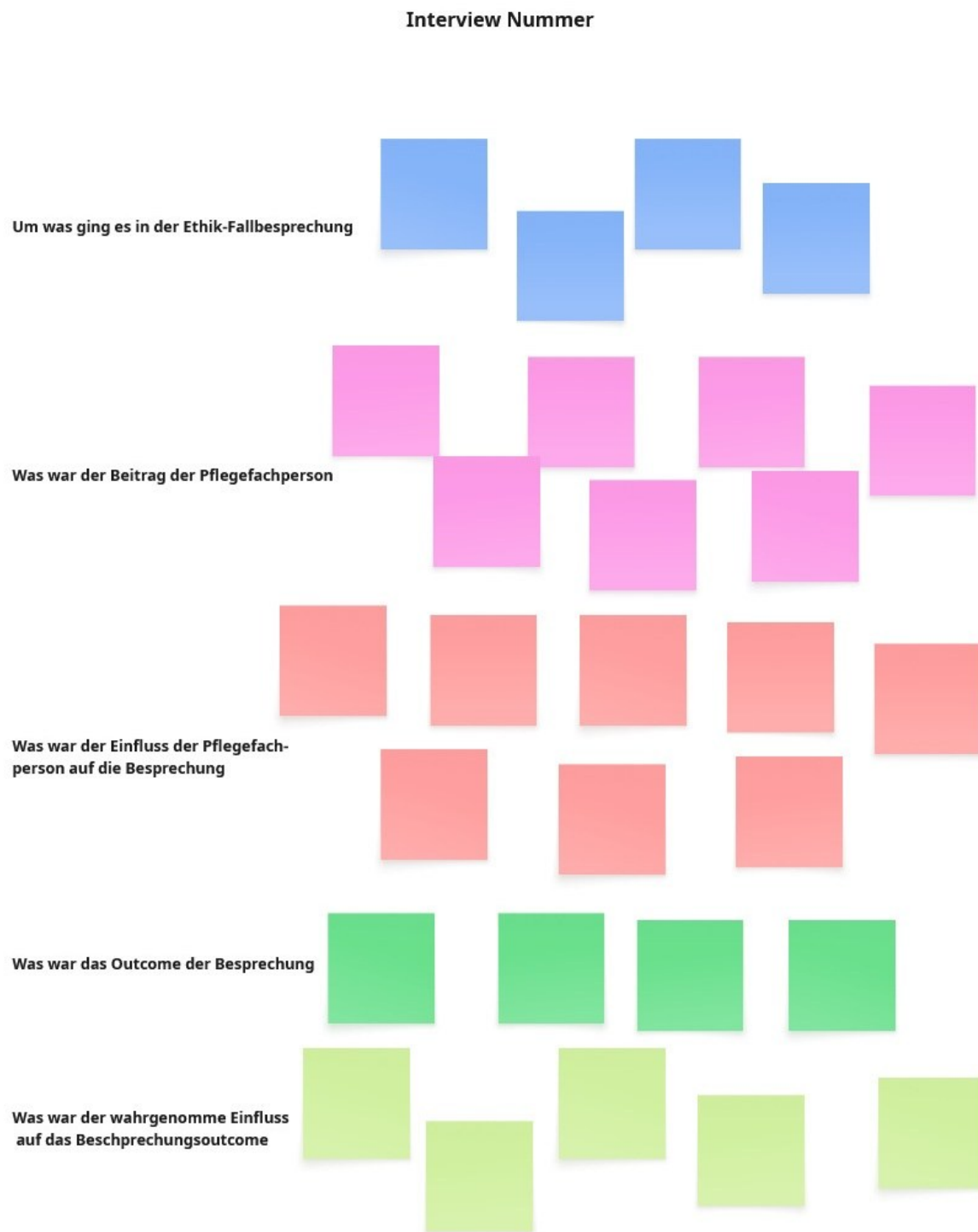


Abbildung 1: Schematische Darstellung eines visualisierten Interviewtranskripts

Im vierten Schritt wurden alle Textstellen-Kärtchen aus allen Interviews mit derselben Farbe dupliziert und zu einem großen Schaubild zusammengestellt. Anschließend wurde nach thematischen Ähnlichkeiten innerhalb der gleichfarbigen Kärtchen gesucht. Die thematisch ähnlichen Kärtchen wurden dann in einem neuen Schaubild gruppiert.

In einem fünften Schritt wurden die thematischen Ähnlichkeiten genauer analysiert und durch Memos ergänzt. Auf Basis dieser Analyse bildeten sich induktiv die Subthemen heraus. Außerdem wurden die miteinander interagierenden Subthemen herausgearbeitet. Abbildung 2 gibt einen Einblick in den Analyseprozess.



Abbildung 2: Visualisierungen der einzelnen Interviews und der analysierten Subthemen

Im sechsten Schritt wurden die Subthemen wieder in den Gesamtkontext gesetzt. Daraus ergab sich eine Bündelung der fünf Hauptthemen zu nunmehr drei Hauptthemen. Die Hauptthemen konnten so noch einmal nachgeschärft werden und erhielten ihre endgültige Bezeichnung. Außerdem wurde der Erkenntnischarakter der einzelnen Hauptthemen deutlich. So hat das Thema der pflegespezifischen Rollen und Beiträge in klinischen Ethik-Fallbesprechungen einen deskriptiven, die pflegerische Einflussnahme einen rekonstruktiven und die Reflexion der pflegerischen Beteiligung einen reflexiven Charakter.

Im siebten Schritt wurde der Erzählstrang dann entwickelt und als Ergebniskapitel verschriftlicht.

5.8 Gütekriterien qualitativer Forschung

Thorne (2025a) geht bei der Qualitätsbewertung von qualitativer Forschung in gesundheitswissenschaftlichen Arbeiten über ein rein regelgeleitetes Vorgehen hinaus. Thorne meint konkret, dass Forschende auch berücksichtigen sollten, welche Art von Wissen durch ihre Forschung erzeugt wird und wie dieses Wissen verstanden werden kann. Dies ist besonders in den Gesundheitswissenschaften wichtig, da Forschungsergebnisse häufig in der Praxis angewendet werden – selbst wenn ihre Grenzen sorgfältig diskutiert wurden. Thorne schlägt daher vier weitere Qualitätsevaluationskriterien vor: *epistemological integrity*, *representative credibility*, *analytic logic* und *interpretive authority* (Thorne, 2025a, S.209-211).

In Tabelle 3 werden die vier Kriterien und deren Umsetzung in der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert. Die tabellarische Darstellung der Gütekriterien orientiert sich an Elliott et al. (2025, S.9).

Tabelle 3: Sicherstellung der Qualität der Forschungsarbeit nach Vorgaben der ID

Qualitätskriterium	Definition	Umsetzung in der Forschungsarbeit
<i>epistemological integrity</i>	Eine nachvollziehbare und gut begründete Denk- und Argumentationslinie, die alle Teile der Studie miteinander verbindet (Thorne, 2025a).	• Betreuung, Besprechung und Anleitung durch meine Betreuerin (SP). • Austausch mit erfahrenen Kolleginnen (postdoc) in der qualitativen sozial- und pflegewissenschaftlichen Forschung. • Diskussion erster Ergebnisse mit Prof.in Helen Kohlen in einem Videocall, der aus einer E-Mail Korrespondenz hervorging. • Im Rahmen der Nominierung der vorliegenden Arbeit für den Wissenschaftspreis der Arbeiterkammer Oberösterreich fand eine Präsentation und Diskussion der ersten Ergebnisse mit anderen Masterstudierenden, die ebenfalls Abschlussarbeiten im Gesundheitsbereich angefertigt haben, sowie mit Expert*innen im Sozial- und Gesundheitsbereich statt.
<i>representative credibility</i>	Die theoretischen Aussagen stimmen mit der Art und Weise überein, wie die Teilnehmer*innen ausgewählt wurden (Thorne, 2025a).	• Rekrutierung von Pflegefachpersonen aus fünf verschiedenen Kliniken, die schon Teil einer klinischen Ethik-Fallbesprechung waren und aus heterogenen klinischen Feldern stammen. • Maximal zwei Pflegefachpersonen aus der gleichen Ethik-Fallbesprechung.
<i>analytic logic</i>	Die Studie soll transparent zeigen, wie aus Vorannahmen und Daten die Schlussfolgerungen entstanden sind (Thorne, 2025a).	• Führen eines Forschungstagebuchs zur Nachverfolgung von Entscheidungen. • Schriftliches Feedback sowie Feedbackgespräche mit der Betreuerin (SP) im Rahmen des Analyse- und Schreibprozesses. • Darstellung von Zitaten aus den Interviews im Ergebnisteil. • Reflexion des Forschungsprozess.
<i>interpretive authority</i>	Die Interpretationen sollen überzeugend und über die persönliche Sicht der Forschenden hinaus gültig sein (Thorne, 2025a).	• Fortlaufende Selbstreflexion darüber wie eigene Erfahrungen, Wissen, akademische Prägung, politische Haltung, eigenes Geschlecht, die Ergebnisse beeinflussen könnten. • Kompletter Forschungsprozess wurde von JR selbst vollzogen. • Vorlage und Besprechung des Interviewleitfadens, der Transkripte und der Codes mit meiner Betreuerin (SP).

5.9 Ethische Überlegungen und Begutachtung

Die ethische Reflexion stellt einen zentralen Bestandteil des Forschungsprozesses dar. Da in den Interviews potenziell belastende Themen wie moralischer Stress, professionelle und institutionelle Machthierarchien sowie die Marginalisierung pflegerischer Perspektiven zur Sprache kommen konnten und die Studie eng mit dem beruflichen Handlungsfeld der Teilnehmenden verknüpft war, war eine sorgfältige ethische Reflexion unerlässlich. Da die befragten Pflegefachpersonen nicht zu besonders schutzbedürftigen Personengruppen zählten, wurde von einer Einreichung bei einer Ethikkommission abgesehen. Stattdessen wurde der „Research Ethics Questionnaire“ der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien durchgeführt und der institutionellen Prüfungskommission zur Begutachtung vorgelegt (Universität Wien, o. J.). Die Genehmigung wurde durch die institutionelle Prüfungskommission der Fakultät für Sozialwissenschaften (Confirmation-1450) erteilt. Das Ethikvotum findet sich im Anhang.

Das Vorgehen orientierte sich an den von Bartholomeyczik & Schrems (2023) zusammengetragenen grundlegenden forschungsethischen Prinzipien der Freiwilligkeit, informierten Zustimmung, Anonymität, Vertraulichkeit, Nicht-Schädigung sowie am Grundsatz des respektvollen Umgangs mit den erhobenen Daten und den Personen, die sie bereitstellen.

Alle Teilnehmer erhielten mündliche und schriftliche Informationen über die Studie und wurden darüber aufgeklärt, dass ihre Teilnahme gänzlich freiwillig war und sie jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden konnten. Vor Beginn der Datenerhebung wurde eine mündliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Einverständniserklärung, die den Teilnehmer*innen vorgelegt wurde, ist im Anhang zu finden.

Alle personenbezogenen Daten wurden streng vertraulich behandelt. Zur Sicherstellung der Anonymität wurden die Interviewdaten pseudonymisiert, das heißt, persönliche Angaben wurden durch neutrale Codes ersetzt. Namen von Personen, Einrichtungen oder Orten wurden in der Transkription unkenntlich gemacht.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend analysiert. Mit den erhobenen Daten und erzeugten Materialien wird gemäß den in Abschnitt 3 der DSGVO formulierten Richtlinien umgegangen (Datenschutz-Grundverordnung, 2018). Die Transkripte und Auswertungsdaten wurden auf einem passwortgeschützten, lokalen Speicher gesichert und nur projektbezogen verwendet. Es erfolgte keine Weitergabe der Daten an Dritte. Die

Aufbewahrung erfolgt gemäß den Richtlinien guter wissenschaftlicher Praxis für einen Zeitraum von zehn Jahren, bevor sie datenschutzkonform vernichtet werden.

5.9.1 Einsatz von KI

Im Folgenden wird der Einsatz von KI-Tools in dieser Arbeit gemäß den Empfehlungen der Universität Wien transparent dargelegt (Universität Wien, 2026). Im Rahmen der Anfertigung dieser Arbeit wurden KI-gestützte Anwendungen als Hilfsmittel eingesetzt. Der Chatbot der KI-Software der Universität Wien (u:ai) wurde zur Klärung von Verständnisfragen in Bezug auf Forschungsergebnisse englischsprachiger Literatur unterstützend verwendet. Außerdem wurde der Chatbot im Sinne des sokratischen Dialogs genutzt: Mithilfe von Rückfragen der KI konnten Ideen reflektiert und Denkanstöße gewonnen werden. Die Outputs der KI wurden nicht übernommen, sondern stets weiterverarbeitet. DeepL wurde für Übersetzungen sowie zur Entwicklung sprachlicher Varianten und zur Schärfung von Formulierungen verwendet. noScribe wurde, wie in 5.6 genauer dargestellt, zur automatischen Transkription der Interviews verwendet. Alle genannten Anwendungen wurden ausschließlich unterstützend verwendet. Der Einsatz der KI-Tools diente dazu, sprachliche und praktische Arbeitsschritte zu erleichtern und ersetzte keine wissenschaftliche Eigenleistung. Alle Ergebnisse stellten lediglich eine praktische oder sprachliche Unterstützung dar und wurden von dem Verfasser kritisch geprüft, angepasst und in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Auswahl, Analyse und Interpretation der Quellen, die Entwicklung der Argumentation, die inhaltliche Auswertung der Daten sowie die endgültige Textgestaltung erfolgten eigenständig. Der Verfasser trägt die alleinige Verantwortung für alle Inhalte, Übersetzungen und Ergebnisse dieser Arbeit. Der Einsatz von KI-gestützten Werkzeugen ist daher nicht als Delegation von Aufgaben, sondern als reflektierte Ergänzung im Sinne eines kollaborativen Arbeitsprozesses zu verstehen (ebd.).

5.10 Methodenreflexion

Das methodische Vorgehen hat sich insgesamt bewährt. Mithilfe des Leitfadens konnten die vorab erarbeiteten Themen in den Interviews strukturiert besprochen werden, ohne das Gespräch einzuengen. Die tabellarische Form des Leitfadens hat sich bewährt, während der Interviews den Überblick zu behalten. Das Format der Einzelinterviews erwies sich als besonders geeignet, da es einen konzentrierten und vertieften Gesprächsrahmen schuf. Die

gewählte Datenanalysemethode erlaubte es, tief in das Material einzudringen und Zusammenhänge sowie Beziehungen zwischen den Daten herauszuarbeiten. Dennoch sind mir im Zuge des Prozesses einige Aspekte aufgefallen, die ich für reflexionswürdig halte:

Interviewleitfaden

Entsprechend des problemzentrierten Vorgehens war der Interviewleitfaden theoretisch geprägt. Um vorab zu testen, ob die Theorieaufgeladenheit die Interviewführung beeinträchtigt, wurde der Leitfaden einem Test unterzogen. Um einschätzen zu können, was von den Teilnehmenden im Interview zu erwarten ist, habe ich mich gemäß Roulstons (2010) Empfehlung selbst mit dem Leitfaden befragen lassen. Eine befreundete Person führte das Interview mit mir durch. Dabei zeigte sich, dass einige Fragen zu komplex waren und in einer Interviewsituation nicht beantwortbar waren. In der realen Anwendung im Interview mit den Interviewpartner*innen waren jedoch auch einige weitere Fragen zu komplex und mussten angepasst werden. So dauerte es für einige Fragen über drei Interviews, bis diese so formuliert waren, dass sie für die Interviewsituation praktikabel war.

Problemzentrierte Interviews

Ein weiterer reflexionswürdiger Punkt ist die Wahl des problemzentrierten Interviews als Erhebungsmethode. Es gelang mir die vorab als potenziell auftretend identifizierten Probleme in multiprofessionellen ethischen Fallbesprechungen deduktiv in den Interviews zur Sprache zu bringen. Die dialogische Gesprächsführung der Interviews ermöglichte es mir zudem, auch implizite oder unausgesprochene Aspekte der Beteiligung von Pflegefachpersonen an multiprofessionellen ethischen Fallbesprechungen offen zur Sprache zu bringen. Allerdings sind aufgrund der problemzentrierten Anlage des Interviewleitfadens die Hauptthemen bereits vorab festgelegt. Dadurch war mir eine gänzlich induktive Themenfindung in den Interviews nicht möglich. Somit waren die Themen in den Interviews deutlich von meinem Vorwissen abhängig. In der ersten Zeit der Analysephase der Interviewdaten waren die vorab definierten Themen sehr präsent. Trotz des Wechsels der Datenanalysestrategie öffnete sich erst nach einer gewissen Analysezeit meine Analysehaltung auch gegenüber Themen, die so nicht vorbestimmt waren. Die Daten konnten dann leichter aus sich selbst sprechen und eine induktive Themengewinnung war möglich. Ich musste mir das starke theoretische Vorverständnis also „abtrainieren“, um thematische Offenheit zu erreichen.

Datenanalyseverfahren

Die wichtigste Methodenreflexion dieser Arbeit betrifft das methodische Vorgehen selbst. Für mich war die Entscheidung, das methodische Vorgehen anzupassen, ein Schlüsselmoment, um die Interviewdaten und deren Sinnebenen besser zu verstehen. Die Flexibilität des methodologischen Vorgehens der ID ermöglichte eine andere Weise der Analyse des Interviewmaterials. In der Datenanalysephase dieser Arbeit wurde es so möglich, sich den sehr dichten Interviews in ihrem Gesamtzusammenhang zu nähern, ohne durch ein festes Kategorienschema in meiner Kreativität und Reflexivität gehemmt zu werden. Dabei wurde mir bewusst, dass die Transkripte zwei Ebenen haben. Eine deskriptive Ebene, in der die Interviewpartner*innen die Situationen in den Ethik-Fallbesprechungen einfach beschrieben, und eine interpretativ-reflexive Ebene, in der sie ihre Erfahrungen reflektierten und bewerteten, auch im Hinblick auf die problemzentrierten Fragen. Die explizite Anerkennung der ID, dass der disziplinäre Hintergrund das gesamte Forschungsvorhaben durchdringt, ermöglichte es mir, diesen bewusst und reflexiv einzusetzen. So konnte ich die eigenen pflegerischen Erfahrungen nutzen und praxisrelevante Aspekte einfließen lassen. Durch die „Pfleger-Brille“ konnte ich die erhobenen Daten stets vor dem Hintergrund ihres klinischen Praxisfelds kritisch prüfen.

6. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung präsentiert. Durch den Datenanalyseprozess wurden drei Hauptthemen erarbeitet: (i.) Pflegespezifische Beiträge und Rollen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen, (ii.) Pflegerische Einflussnahme in klinischen Ethik-Fallbesprechungen, (iii.) Reflexion der pflegerischen Beteiligung in klinischen Ethik-Fallbesprechungen. Diese gliedern sich wiederum in Subthemen. Im Sinne der Interpretive Description wird ein zusammenhängender Erzählstrang entwickelt. Die Hauptthemen bilden die übergeordnete Struktur des Erzählstrangs. Die Subthemen werden alle anhand der folgenden Struktur dargestellt: Jedes Subthema beginnt mit einer interpretativen Behauptung, die kursiv geschrieben ist und sich somit vom übrigen Text abheben soll. Danach wird diese interpretative Behauptung anhand des Datenmaterials erarbeitet und mit aussagekräftigen Zitaten aus den Interviews untermauert. Längere Zitate, die mehr als drei Zeilen umfassen, werden eingerückt. Kürzere Zitate werden in Anführungszeichen gesetzt. [...] zeigt an, dass das Zitat hier gekürzt wurde. [A] bedeutet, dass im Transkript der Buchstabe klein geschrieben ist. Am Ende des Subthemakapitels wird das Datenmaterial noch einmal verdichtet und bestehende Zusammenhänge mit anderen Subthemen dargestellt. (..) zeigt Sprechpausen im Interview an. Im Anschluss an die detaillierte Ergebnisdarstellung werden diese in einem Resümee zusammengefasst. Am Ende des Ergebniskapitels wird eine übergeordnete Reflexion dargestellt, die aus der Datenanalyse gewonnen wurde (Kapitel 6.5). Da diese Erkenntnis in keines der identifizierten Themen passt, aber als wichtig erachtet wird, wird es am Ende des Kapitels präsentiert.

In den Institutionen, in denen die Interviews geführt wurden, unterscheiden sich die Bezeichnungen der Besprechungsformate der klinischen Ethikberatung. Inhaltlich sind diese jedoch weitgehend identisch. Für die Ergebnisdarstellung wird daher einheitlich der Begriff „Ethik-Fallbesprechung“ verwendet, da er aus Sicht des Verfassers die beschriebenen Abläufe am treffendsten abbildet.

6.1 Pflegespezifische Beiträge und Rollen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen

Die interviewten Pflegefachpersonen treten in klinischen Ethik-Fallbesprechungen in pflegespezifischen Rollen auf und leisten dabei verschiedene pflegespezifische Beiträge. Die

Natur dieser Beiträge reicht von der inhaltlichen Ebene über die Positionierung bis hin zur Haltung, die von den Pflegefachpersonen in diesen Besprechungen eingenommen wird. Dieses Hauptthema gliedert sich in sieben Subthemen, die die einzelnen Beiträge und Rollen der Pflegefachpersonen beleuchten. Das erste Subthema nimmt in der Darstellungslogik eine Sonderstellung ein, da es verdeutlicht den pflegespezifischen Charakter der Beiträge und Rollen begründet.

6.1.1 Ursprung der pflegespezifischen Beiträge und Rollen

*Die identifizierten Rollen und Beiträge sind eindeutig professionellen Ursprungs und strukturell an die pflegerische Arbeit gebunden. Sie wurzeln im professionellen Selbstverständnis der Pflegefachpersonen und entspringen dem charakteristischen Merkmal pflegerischer Arbeit, der örtlichen und zeitlichen Nähe zu den Patient*innen.*

Eine auf einer Intensivstation tätige Pflegefachperson bringt die Beiträge der Pflege mit der Verortung der Pflege im Versorgungs- und Betreuungsgefüge der Patient*innen in Verbindung:

Aber es hat halt von unserem Ärzteteam auch nur unsere Oberärztin gesprochen. [...] Und die hat ja eigentlich nur die Krankengeschichte von Computer vorgelesen. Also irgendwie kurz zusammengefasst für einen Arzt, der den Patienten nicht kennt. (..) Und mehr war es ja nicht. (....) Das was bei uns auf der Station passiert am Bett. Das kam halt von zwei Pflegepersonen. (7, 264-270)

Die interviewte Pflegefachperson zeigt hier die strukturelle Verknüpfung der pflegerischen Beiträge mit der spezifischen Pflegearbeit auf. Sie sieht den Ursprung pflegerischer Beiträge demnach in der Nähe der Pflegefachperson zur Person, um die sich die Ethik-Fallbesprechung dreht. Das, was am Bett passiert, deklariert sie als eine wichtige Informationsquelle für Entscheidungen, die in klinischen Ethik-Fallbesprechungen beraten werden. Die Pflegefachperson ist diejenige, die die Vorgänge am Bett begleitet und beobachtet. Sie kennt die Patient*innen in den verschiedensten Zuständen und Situationen unter allen beteiligten Professionen wohl am besten. Diese Wahrnehmungen und Beobachtungen am Krankenbett erweitern das Verständnis für den Menschen hinter der Patient*in und die Bedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen werden sollen, deutlich. In diesem Zusammenhang erscheint die Perspektive der Pflegefachperson als zentral für eine gut informierte und kontextgebundene Entscheidungsfindung. Denn wie im o.g. Zitat deutlich wird, liefern ablesbare Informationen, wie die Krankengesichte oder Diagnosenauflistungen, nur einen Teil der Informationen.

Die aus pflegerischer Sicht ebenfalls als wichtig für den Entscheidungsprozess angesehenen Informationen haben einen eher wahrnehmungs- und erfahrungsbasierten Ursprung. Anteile dieser wahrnehmungs- und erfahrungsbasierten Beiträge haben ihre Wurzeln in der professionellen Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber der Patient*in, wie eine interviewte Pflegefachperson berichtete:

[...] aus meiner Profession heraus bin ich dem Menschen sehr nahe. Ich bin dem Menschen nahe in all seinen Facetten. Weil man muss kommunizieren, man ist mit der Körperpflege, man ist, äh, vielleicht hört man Geschichten, man antwortet auf Geschichten, man, ähm, (.) ja, man bekommt irgendwie so ein Gefühl für den Menschen als Gesamtes. Nicht nur als der Mensch, der jetzt hier ist mit, weiß ich nicht, einer Erkrankung. (10, 330-336)

Die Pflegefachperson verdeutlicht, dass die grundsätzliche offene Haltung gegenüber der „menschlichen Facettenvielfalt“ die Kreation eines vollständigeren Bildes von dem Menschen, um den es in der klinischen Ethik-Fallbesprechung geht, ermöglicht. Die interviewte Pflegefachperson betont hier, dass krankheitsbezogene Aspekte nicht ausreichen, um zu verstehen, was den Menschen ausmacht. Und diese Aspekte, die zu einer ganzheitlicheren Betrachtung des Menschen sowie dessen Situation beitragen, sind erfahrbar durch die pflegeprofessionelle Haltung der grundsätzlichen Offenheit gegenüber allen Aspekten, die den Menschen im Bett ausmachen und die pflegespezifische Nähe im pflegerischen Alltag. Der genuin pflegespezifische Charakter der von Pflegefachpersonen eingenommenen Rollen und Beiträge in klinischen Ethik-Fallbesprechungen zieht sich wie ein roter Faden durch die folgenden Ergebnisse.

Im Folgenden wird nun aufgedeckt, was konkret die pflegespezifischen Rollen und Beiträge in klinischen Ethik-Fallbesprechungen sind.

6.1.2 Wissen über die Patientin bzw. den Patienten

*Die am Bett tätige Pflegefachperson bringt in die Ethik-Fallbesprechung relationales, kontextsensibles Wissen über die Patient*innen ein. Sie verfügt über Einblicke in die gelebte Wirklichkeit der Patient*innen, die sich häufig weder vollständig verbalisieren noch verschriftlichen lassen. Aus kumulierten Beobachtungen entsteht ein Gespür für die Patient*innen. Dieses Wissen bleibt den übrigen Beteiligten der Ethik-Fallbesprechung weitgehend verschlossen – er wird als exklusiv dargestellt.*

In den Interviews wird deutlich, dass Pflegefachpersonen die Berufsgruppe sind, die die Patient*innen in ihrem Sein am besten kennt. Sie erleben die Patient*innen aus nächster Nähe. Aus dieser Nahbeziehung heraus begegnen Pflegefachpersonen den Patient*innen in unterschiedlichen Situationen und sammeln fortlaufend Beobachtungen und Erkenntnisse; so entsteht ein breites, kontextsensibles Wissen über die Patient*innen. Die interviewten Pflegefachpersonen bringen dieses Wissen in die Ethik-Fallbesprechungen ein, beispielsweise in Form einer sehr genauen Beschreibung der Patient*innen. Dabei verfolgen sie das Ziel, die Situation für alle Beteiligten nachvollziehbar zu machen. Eine Pflegefachperson, die in einer Ethik-Fallbesprechung als Protokollantin mitgewirkt hat, betont, dass „die [Pflegefachpersonen] halt irrsinnig viel Ahnung haben von den Leuten, die sie da betreuen.“ (5, 159–160) Dabei geht diese „Ahnung“ von den Patient*innen über das reine Krankheitsgeschehen hinaus und schließt auch die sozialen und existenziellen Dimensionen des Lebens mit ein:

Also oft ist es so, oder denke ich, dass die Pflegekräfte oder die Pflegepersonen, die mit den Patienten arbeiten, mehr Einblick haben in die Lebensführung oder vielleicht auch die Lebenshaltung von den Patienten. Also es gibt einfach so viele Momente, wo man sozusagen Zeit miteinander verbringt, wo vielleicht auch irgendwie Ängste, Bedürfnisse, Sorgen oder so geäußert werden [...] Also ich glaube, es ist in gewisser Weise ein intimerer Kontakt oft. (3, 320-327)

Hier zeigt sich, wie wiederholter Zugang und in einer Pflegebeziehung etabliertes Vertrauen Zugang zu dem schaffen, was sonst verborgen bleibt. Deutlich wird auch die Exklusivität des Wissens der Pflegefachperson. Aufgrund ihrer einzigartigen zeitlichen und örtlichen Position in der Betreuung haben sie Zugang zu diesem Wissen. Eine Pflegefachperson begründet die Exklusivität des Wissens wie folgt:

Und im Vergleich zu den Mediziner*innen natürlich, die sind, ja, wenn Sie zwei Minuten beim Patienten pro Tag sind, dann ist das deren Eindruck, diese zwei Minuten, die die Medizin haben. Also es kann rein theoretisch nur von der Pflege kommen. (4, 231-234)

Pflegefachpersonen verbringen deutlich mehr Zeit mit Patient*innen als andere Berufsgruppen. Dabei stehen sie auch in einem körpernahen Verhältnis zu ihnen. Die Exklusivität des Wissensgewinns wird dadurch weiter ausgebaut, dass das körpernahe Verhältnis der Pflegefachpersonen eine Kommunikation ermöglicht, die über die verbale Kommunikation hinausgeht. Insbesondere, wenn eine Kommunikation über Sprache nicht möglich ist, wird der Körper zum wichtigen Kommunikationskanal. So sind Pflegefachpersonen in der Lage,

körperliche Signale zu lesen. Es wird berichtet, dass sie ein „Gespür“ (5, 154) für die Patient*innen entwickeln. Sie deuten diese körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen auch im Hinblick auf den mutmaßlichen Willen der Patient*innen den sie in die Ethik-Fallbesprechung einbringen:

Ganz klar aus der Pflege kommen die Aspekte, wie verhält sich der Patient in gewissen Situationen oder was ist unser Eindruck, ja, wie es ihm dabei geht oder, oder, welche, oder, haben, oder, der, eben, da sind sie mehr oder weniger eher subjektiv, ja, in dem wir sagen, weiß nicht, wir haben den Eindruck, der Patient will das nicht, der Patient, ähm, wirkt dabei, weiß nicht, gestresst, ja, oder, oder, das sind gewisse Dinge ihm Schmerzen verursachen, das sind eher, ähm, würde ich sagen, subjektive Beschwerden, die von, von der Pflege mitgeteilt werden. (4, 184-191)

Die zitierte Pflegefachperson macht deutlich, dass Reaktionen wie Ablehnung, Stress oder Schmerz von Pflegefachpersonen hinsichtlich ihrer ethischen Relevanz interpretiert werden. So bringen sie eine Einschätzung zum mutmaßlichen Willen der Patient*in in die Ethik-Fallbesprechung ein.

Es fällt jedoch auf, dass die Pflegebeiträge in den Interviews als explizit subjektiv gerahmte, erfahrungsbasierte Einschätzungen beschrieben werden. Diese Subjektivität fungiert als pflegespezifische Urteilskraft, die objektive Befunde ergänzt und somit wichtige Informationen für die ethische Entscheidungsfindung liefert. Einige der Interviewten weisen jedoch kritisch auf den subjektiven Charakter des Wissens von Pflegefachpersonen hin:

Aber es ist schwer zu kommunizieren, "ich habe das Gefühl, da passt was nicht". [...] als eine Pflegeperson wirst du ja auch kennen, dass wenn man das Gefühl hat, da passt irgendwas nicht, aber es ist nicht greifbar. Aber es ist halt nichts, was sich niederschreiben lässt, oder? (2, 182-186)

Die subjektiven Wahrnehmungen, die sie während der pflegerischen Interaktion mit den Patient*innen erleben, nehmen sie als „nicht niederschreibbar“ wahr. Die Pflegefachperson spielt auf die Schwierigkeit der Pflege an, Intuitionen hinsichtlich einer Diskrepanz zwischen Therapie und dem Willen der Patient*innen zu verbalisieren. Diese Intuition wird als wichtig empfunden, verbleibt aufgrund ihres nicht schriftlich erfassbaren Charakters aber Teil der Subjektivität. Im Vergleich zu objektivierbaren Fakten stufen die interviewten Pflegefachpersonen die Subjektivität als weniger wertvolle Evidenz im multiprofessionellen Diskurs ein und konnotieren sie teilweise negativ. Im Vergleich zur Krankengeschichte, die sich niederschreiben lässt und als objektive Fakten dargestellt wird, scheint das als subjektiv

bezeichnete Wissen an Aussagekraft zu verlieren. Eine Pflegefachperson beschrieb den in den Ethik-Fallbesprechungen innewohnenden Objektivitätsanspruch:

Weil ich ja, auch wenn ich versuche das Verhalten von dem Patienten irgendwie objektiv darzustellen, es ist ja trotzdem alles eben eine Interpretation von mir. (.) Ich versuche mich da hinein zu versetzen und denke mir so, was, wie würde ich mich fühlen, wenn ich da liegen würde? (.) Also es ist, ich weiß gar nicht, ob das alles objektiv sein kann. Ich glaube nicht, dass jemand das wirklich komplett ohne irgendwie subjektive Einflüsse wiedergeben kann. Außer vielleicht Ärzte oder Ärztinnen, die den Patienten nicht so gut kennen, persönlich so, face to face. (7, 247-253)

Trotz des unvermeidlichen interpretativen Charakters ihres Beitrags versucht die Pflegefachperson, einem als erwarteten, wahrgenommenen objektiven Darstellungsmodus zu entsprechen. Selbst wenn sie versucht, diesem Objektivitätsanspruch zu entsprechen, wird sie scheitern. Denn die Objektivität wird hier mit professioneller Distanz verknüpft, die allerdings aus ihrer Sicht nur der Berufsgruppe der Ärzt*innen vorbehalten ist. Die Pflegefachpersonen hingegen befinden sich in einer Nahbeziehung zu den Patient*innen, was diese beschriebene (ärztliche) Distanz und damit Objektivität unmöglich macht. Die Nahbeziehung ermöglicht aber der Pflegefachperson die empathische Perspektivübernahme, welche in den Interviews als wichtige Quelle für die Ermittlung von Werten und Präferenzen angesehen wurde. Somit ergänzen die hier als subjektive Beiträge beschriebenen Aspekte die objektivierbaren Fakten.

6.1.3 Einnahme der Advokat*innenrolle

*In den geführten Interviews wird die Advokat*innenstellung als die zentrale Rolle von Pflegefachpersonen in Ethik-Fallbesprechungen dargestellt. Diese wird selbstbewusst und selbstverständlich in Ethik-Fallbesprechungen eingenommen. Für Pflegefachpersonen ist klar, dass sie die Berufsgruppe sind, die für die Patient*innen spricht. Sie vertritt die Anliegen gegenüber allen an der Besprechung beteiligten Parteien.*

Angesprochen auf ihre Rolle in Ethik-Fallbesprechungen antworteten die interviewten Pflegefachpersonen einhellig mit der Fürsprecher*innenrolle. Für sie ist klar, dass sie für die Patient*innen in den Runden sprechen. Eine Pflegefachperson formuliert die Fürsprecher*innenrolle sogar als definitorischen Bestandteil des Berufsbildes.

Ich glaube, ich definiere auch ein bisschen so das Berufsbild irgendwie auch ein bisschen so darüber, dass es irgendwie so mein, mein Job ist, äh, im Sinne von Patienten zu handeln.

Und der Patient oder die Patientin ist diejenige quasi, unter Anführungszeichen, vor der man sich rechtfertigen muss. Und, also, für die muss man das Beste machen. Egal, ob das der Sohn will, die Tochter will, egal, ob die Frau will, der Mann will. Also, ich finde, unser Job ist es einfach, ähm, die zu vertreten, die halt jetzt keine Stimme mehr vielleicht haben, ja, um sich selbst zu vertreten. Genau. Und das ist eigentlich, so sehe ich irgendwie, das ist irgendwie, so finde ich, wie unsere Art, ist eine Jobbeschreibung drinnen, finde ich. (1, 284-292)

Die Pflegefachperson verknüpft die moralische Verpflichtung zur Fürsprache mit dem konstituierenden Teil der beruflichen Identität. Die Einnahme der Advokat*innenstellung gehöre zum Selbstbild der Profession. Somit ergibt sich die Rolle der Fürsprecher*in aus einer inhärent professionellen Haltung heraus. Dies zeigt sich auch darin, dass für viele der interviewten Pflegefachpersonen das Konzept der Fürsprache bzw. Advocacy ein bekannter Begriff ist. Die von den Pflegefachpersonen selbst verwendeten Begriffe und damit verbundenen Assoziationen sind: „Sprachrohr des Patienten“ (4, 238), „Sprachrohr für Patientinnen sein“ (5, 158), „Anwaltschaft für Patientinnen übernehmen“ (5, 159), „eine Stimme geben oder Fürsprache für diese Patientin sein“ (6, 129). Die mit dem Begriff assoziierten Handlungen, also die Übernahme der Fürsprache, werden in den Interviews selbstbewusst vorgetragen. Hat die Pflegefachperson in der Ethik-Fallbesprechung ein klares Anliegen – beispielsweise die Verhinderung der aus pflegerischer Sicht, im Lichte des mutmaßlichen Willens, nicht indizierten Anlage einer Ernährungssonde –, tritt sie selbstbewusst als Fürsprecher*in der Patient*in auf. Dabei scheut sie sich nicht, auch Personen zu widersprechen, denen andere Teilnehmende üblicherweise nicht widersprechen würden, etwa Chefarzt*innen, wie eine Pflegefachperson im folgenden Zitat berichtet:

[D]ie Mehrheit, die dabei waren, also sprich, die vom ärztlichen Team, die Mehrheit war auch dafür, so war aber auch der gleiche Meinung wie die von der Pflege. Nur saß auch der Primar dabei, also der ärztliche Primar saß dabei. Und ich weiß nicht, ob Sie ihm so widersprochen hätten, wenn ich nicht dort gewesen wäre. [...] Nur verstehe ich auch von der anderen Seite, sprich, von unseren Ärzten, Assistenzärzten, unseren stationsführenden Ärzten, dass sie einen gewissen Respekt oder wie auch immer vor ihrem Chef haben. Das, glaube ich, ja, ich weiß nicht, ich weiß nicht, wie es ausgegangen wäre. (9, 589-600)

In dieser Ethik-Fallbesprechung, von der die Pflegefachperson berichtet, war der Chefarzt der Fachabteilung anderer Meinung als das ärztliche und pflegerische Team, das an der Versorgung und Betreuung der Patientin beteiligt war. Die Pflegefachperson, die hier spricht, ist in stationsleitender Funktion auf dieser Station tätig. Diese Leitungsfunktion spielt auch eine

Rolle dabei, dass die anwaltliche Position auch gegen den Chefarzt eingenommen wird. Dennoch zeigt das Zitat, dass die Advokatenstellung auch gegen steile Hierarchien verteidigt werden kann. Die Pflegefachperson besitzt in ihrer Rolle als Advokatin den Mut und das Selbstvertrauen, ihre Meinung zu vertreten. Sie wirkt sogar als Katalysator für die anderen Beteiligten, ebenfalls zu ihrer Meinung zu stehen und diese zu verteidigen.

Dass es Mut und Selbstvertrauen braucht um das Wort für die Patient*innen zu ergreifen und diese Position möglicherweise auch gegen die anderen Beteiligten der Ethik-Fallbesprechung zu verteidigen, zeigt folgendes Zitat auf:

P5: [...] Also Pflege nimmt sich immer ein bisschen zurück, auch in solchen, egal, Beratungen, Diskussionen, was auch immer. (..) Außer man hat [...] ein paar Revoluzzer, die dann einmal ordentlich Gas geben, wo dann alle mal schauen, aber das sind die, das tut dann manchmal eher auch ganz gut, wenn du solche Leute drin hast.

I: Mhm. Und was heißt Revoluzzer?

P5: Die, die mal prinzipiell laut ihre eigene Meinung vertreten, die vielleicht auch sehr bewusst darauf pochen, dass sie eben genau, dass sie so viel Zeit mit Patienten verbracht haben, dass sie genau wissen, was der gesagt hat, was der, wie der ausschaut, wie der atmet, wie der, wurscht, alles, was dazu gehört, an Beobachtungen, die man da hat, und das dann dem Gegenüber sehr klar darstellen. (..) Und manche können es halt besser nehmen und manche nicht. (..)

I: Und warum machen die das? Also wieso?

P5: Weil sie sich eben als Sprachrohr, glaube ich, manchmal fühlen. (5, 572-587)

Die interviewte Pflegefachperson hat bereits an mehreren Ethik-Fallbesprechungen teilgenommen und verfügt somit über Erfahrung damit. Ihr stellt heraus, dass die Pflege sich in diesen multiprofessionellen Runden eher zurücknimmt. Eine Pflegefachperson, die sich jedoch als Advokatin der Patient*in wahrnimmt, ergreift das Wort und verteidigt laut ihre Meinung gegenüber der anderen Beteiligten. Dies wird als revolutionär beschrieben. Eine Pflegefachperson, in der Rolle der Advokatin, wird also als „Revoluzzerin“ beschrieben. Eine positive Lesart revolutionären Verhaltens ist, dass es bestehende Ordnungen aufbricht, aus der Reihe fällt und Gegenpositionen einnimmt und vertritt. Pflegefachpersonen, die als „Revoluzzer*innen“ eine Advokat*innenrolle einnehmen, besitzen demnach das Potenzial, Hierarchiegefälle zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus zu überwinden. Zudem können sie in ethischen Entscheidungsfindungsprozessen mitwirken und diese mitgestalten.

In ihrer Rolle als Fürsprecher*innen vertreten Pflegefachpersonen ihre Patient*innen nicht nur gegenüber anderen Berufsgruppen, mitunter auch gegenüber Angehörigen, wie etwa in folgendem Beispiel:

[H]abe ich schon immer wieder gehabt. Also, dass, ähm, Angehörige eigentlich, ähm, noch mehr wollen, das für die Patienten aber nicht, also nicht im Sinne des Patienten gewesen wäre. Und da ist das, finde ich, schon gerade unsere Aufgabe in der Pflege zu sagen, schauen Sie, mein Eindruck ist, ähm, das, das, das, ähm, verlängert eigentlich das Leiden, ähm, anstatt das eigentlich zu mildern. Ähm, ähm, also da, finde ich, sind wir in der Position, dass wir eigentlich die Patientin vertreten müssen und nicht auf Seite der Angehörigen. Also da muss man eigentlich für die Patientinnen sprechen. (1, 266-272)

In einigen der Ethik-Fallbesprechungen nahmen die Angehörigen der Patient*innen teil. Die Pflegefachperson berichtet aus einer solchen Ethik-Fallbesprechung von der Obligation standhaft zu bleiben und nicht den Vorstellungen der Angehörigen nachzugeben. Sie formuliert die Loyalität gegenüber der Patient*in als normativen Anspruch an die Profession der Pflege.

Durch die Einnahme der Advokat*innenstellung ergreift die Pflegefachperson in diesen Runden das Wort für die Patient*innen. In der Mehrzahl der in den Interviews beschriebenen Ethik-Fallbesprechungen konnten die Patient*innen nicht für sich selbst sprechen, dementsprechend übernahm die Pflegefachperson diesen Part. Dies wurde in einigen Besprechungen als nicht selbstverständlich angesehen, wie eine Pflegefachperson beschreibt:

I: wie wird es dann aufgenommen, wenn Sie, ähm, das Wort ergreifen für die Patientin? (.)

P10: Mhm. (.....) Meistens ist es fast wie eine Irritation, würde ich das fast, also ich beschreibe das jetzt so, also wenn ich mir das, ähm, weil ja alle Berufsgruppen, auch wenn das aus verschiedenen Fachbereichen, also jetzt auch, äh, wenn Therapeuten dabei sind, also mehrere Disziplinen, dann dreht es sich ja trotzdem mehrheitlich um diese Erkrankung oder um, ja, oder um, entweder, oder um die Symptome dieser Erkrankung, aber nicht um den Menschen per se. Und dann ist das schon so ein bisschen so wie ein Stillstand einmal kurz. Ein, ja, so würde ich das beschreiben. (10, 312-321)

Die Pflegefachperson zeigt auf, dass die Einnahme der Advokat*innenrolle einen „Stillstand“ in der Ethik-Fallbesprechung herbeiführen kann. Das übliche Schema des Diskurses über die Patient*in wird aufgebrochen und eine Reflexion wird erzwungen. Plötzlich steht der Wille der Patient*in im Mittelpunkt der Besprechung. Die Pflegefachperson beschreibt, dass eine solche Personenzentrierung zu Irritationen bei den anderen Beteiligten führen kann. Die Möglichkeit,

mithilfe der Advokat*innenrolle die Patient*in in den Mittelpunkt der Besprechung zu stellen, deutet auf die enge Verbindung zwischen Personenzentrierung und pflegerischer Advocacy hin.

Die Übernahme der Fürsprache für einen Menschen, der nicht sprechen kann, birgt jedoch auch das Risiko, diesen zu bevormunden. Eine Pflegefachperson gibt zu bedenken:

Gleichzeitig birgt auch das gewisse Risiken, weil Pflegepersonen ja auch nicht nur den Patienten vertreten, sondern die kommen ja auch mit ihrer eigenen Perspektive daher. Und genauso wie Ärzte manchmal einen Bias haben, weil sie glauben, irgendwas ist das Richtige oder so macht man es halt, oder als Mensch muss man das so wollen, haben auch Pflegekräfte, also wenn man die Ärzte als Paternalisten oft bezeichnet hat früher, weil es ja viele Männer waren, könnte man die Pflegekräfte durchaus auch manchmal als Maternalistinnen bezeichnen. Weil ich habe auch schon Pflegekräfte erlebt, oder vielleicht selber manchmal unbewusst, aus so agiert, kann ich nicht sicher beantworten, dass man sozusagen ein bisschen das drüberstülpt, was man selber dann auch glaubt. Also ich halte es wirklich für einen wichtigen Punkt. Die Advokatenfunktion finde ich wichtig, und ich glaube auch, (..) aber ich glaube, man muss auch aufpassen drauf, nämlich als pflegende Person. Also man muss ein bisschen aufpassen, dass man nicht das eigene Richtig oder so ein bisschen in den Vordergrund stellt. (3, 335-349)

Das Zitat verdeutlicht, dass die Rolle der Fürsprecher*in eine machtvolle Position sein kann. Die Rolle bringt andere Berufsgruppen dazu, zuzuhören, und kann Besprechungen eine neue Richtung geben. Sie ermöglicht es Pflegefachpersonen, ethische Entscheidungen direkt mitzugestalten. Die Pflegefachperson stellt heraus, dass die Advokat*innenrolle aber auch für eigene Zwecke missbraucht werden kann. Eigene Vorstellungen einer „richtigen“ Entscheidung können dabei als die Überzeugungen der Patient*innen ausgegeben werden.

6.1.4 Anerkennen des Sterbens

*Die befragten Pflegefachpersonen berichten, dass es ihnen in Ethik-Fallbesprechungen früher als ihren medizinischen Kolleg*innen gelingt, das Sterben als legitime und würdige Dimension des Krankheitsverlaufs anzuerkennen. Sie nehmen in der Medizin einen kurativ ausgerichteten Handlungsimperativ wahr, dem sie in Ethik-Fallbesprechungen als Korrektiv entgegenreten, indem sie die Frage nach der Sinnhaftigkeit weiterer Therapien aufbringen. Die Pflegefachpersonen wünschen sich zudem eine frühere Einberufung von Ethik-Fallbesprechungen, da so Therapiezieländerungen früher in den Blick kommen.*

In einigen der geschilderten Ethik-Fallbesprechungen sehen die befragten Pflegefachpersonen keine Aussicht auf Heilung für die Patient*in. Sie bringen dann Ansätze der palliativen Pflege in die Besprechung ein. Wenn eine Pflegefachperson für einen Therapierückzug plädiert, bedeutete das für sie nicht den Abbruch jeglicher Betreuung und Versorgung. Der Fokus der Versorgung und Betreuung verschiebt sich dann nur in Richtung Symptomkontrolle und palliativer Unterstützung. Dies wird von Pflegefachpersonen als angemessen angesehen, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht. In einigen Ethik-Fallbesprechungen fällt den Pflegefachpersonen jedoch auf, dass die beteiligten Ärzt*innen sich von einem kurativen Handlungsimperativ schwerer lösen können. So berichtet eine Pflegefachperson:

[A]lso natürlich, die Medizin ist natürlich sehr kurativ ausgerichtet, das ist eh logisch, ja. (.) Also, ich glaube, dass die Medizin teilweise, ähm, länger zuwarten würde, oder halt noch mehr, ähm, machen würde wahrscheinlich, genau, wo, wo die Pflege dann vielleicht schon sagt, macht das noch Sinn, ist das noch ethisch korrekt? Genau, ja. Wo wir dann oftmals als erstes einbringen, so, sind wir da am richtigen Weg, sollen wir das nochmal besprechen, ähm, genau, und für die Medizin, ähm, ist auch die Rückmeldung oft, dass für sie die Ethik-Besprechung auch ein bisschen so ein Rückhalt ist, mit, es ist okay, wenn wir uns zurückziehen. (1, 162-167)

Das Zitat verdeutlicht, dass die kurative Ausrichtung der medizinischen Kolleg*innen hier keinesfalls kritisiert wird. Vielmehr wird der Mehrwert der pflegerischen Beteiligung hervorgehoben, nämlich die Infragestellung dieses kurativen Ansatzes. So wirkt die Pflege als Korrektiv, wenn eine unbedingte Kuration aus ihrer Sicht als ethisch fragwürdig gilt. Die Interviewpartnerin macht deutlich, dass Pflegefachpersonen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen das Sterben als Ausgang des Krankheitsgeschehens eher akzeptieren können. Darüber hinaus wird durch das Zitat deutlich, dass die Pflegefachpersonen in den Ethik-Fallbesprechungen in der Rolle der Partner*innen der Ärzt*innen agieren, indem sie ihnen Rückhalt bieten und die Last des kurativen Handlungsimperativs abfedern. Durch die Ethik-Fallbesprechung kann die Verantwortung für den weiteren Krankheitsverlauf der Patientin bzw. des Patienten geteilt werden. In der geschilderten Rolle tragen Pflegefachpersonen dazu bei, dass Ärzt*innen das Sterben als annehmbare Dimension des Lebens besser akzeptieren können.

6.1.5 Vermittlung medizinischer Fachinformationen

*Wenn auch Angehörige an den Ethik-Fallbesprechungen teilnehmen, dann sehen sich Pflegefachpersonen in der Position der Übersetzer*in. Sie übersetzen medizinische*

Fachsprache in alltagsnahe Sprache und sehen sich dabei in der Verantwortung die informierte Partizipation aller Beteiligten zu ermöglichen. Dabei bewegen sich Pflegefachpersonen souverän zwischen Fachsprache und Laiensprache.

In einigen der geschilderten Ethik-Fallbesprechungen waren die Angehörigen der Patient*in anwesend. In diesen Runden, in denen die Angehörigen Teil der Besprechungsrunde sind, fällt auf, dass die Pflegefachpersonen in die Rolle der Vermittler*innen oder Übersetzer*innen schlüpfen. Sie sehen sich in der professionellen Position, den Angehörigen die Patient*innensituation verständlich zu erklären. Eine Pflegefachperson führt aus:

Genau, und das ist irgendwie so auch unser Part in der Pflege, dass wir das auch irgendwie gut für eine Laie aufbereiten und ohne viel Fachchinesisch sein. Das sage ich jetzt mal so, weil die Mediziner auch dazu [neigen], so fachspezifisch einzusteigen, genau, und dass dann man das irgendwie so runterbricht, dass die das auch verstehen können, ja, genau. (1, 91-95)

Die Pflegefachperson erkennt, dass die Verwendung fachspezifischer Sprache verhindern kann, dass die Angehörigen als gleichberechtigte Gesprächspartner*innen an der Ethik-Fallbesprechung teilnehmen können. Sie sieht es als ihre Verantwortung, dies zu ändern und die durch sprachliche Abgrenzungen etablierten Hierarchien abzubauen. Darin zeigt sich ihre sprachliche Kompetenz: Sie beherrscht die Fachsprache und verfügt zugleich über die Sensibilität, einzuschätzen, was verstanden wird und wo eine Übersetzung nötig sein könnte.

6.1.6 Perspektivische Erweiterung des Beratungsgegenstandes

*Pflegefachpersonen erweitern in Ethik-Fallbesprechungen den Horizont möglicher Entscheidungsoptionen über die Krankenhausmauern hinaus. Dabei nehmen sie eine am Lebensumfeld der Patient*in orientierte Perspektive ein.*

In den Interviews berichten Pflegefachpersonen, dass es ihnen wichtig ist in den Ethik-Fallbesprechungen den therapeutischen Weg um den „sozialen Weg“ (10, 151) zu ergänzen. Dabei bringen sie Fragen auf wie: „Wen gibt es da noch? [...] Gibt es noch Angehörige, die da was dazu beitragen? [...] Wie ist die Lebensqualität?“ (10, 152-155) Sie denken damit über die Grenzen der klinischen Versorgung und Betreuung hinaus. Durch die Ausweitung des Blicks werden Möglichkeiten sichtbar, die sonst möglicherweise unentdeckt geblieben wären. So ist für das pflegerische Team in einer der Ethik-Fallbesprechungen folgendes von zentraler Bedeutung:

„Und für uns war es wichtig, dass sie einfach in ihrer, weil sie schon jahrelang dort wohnt, einfach in ihrer gewohnte Umgebung wieder zurückgeht. Das war uns irgendwie wichtig, ja.“ (9, 414-416)

Deutlich wird hier, dass das Pflorgeteam die Ausnahmesituation eines Krankenhausaufenthalts anerkennt und darin übereinstimmt, dass eine Rückführung in ein gewohntes Umfeld zum Wohlbefinden der Patientin beiträgt. Diese Möglichkeit, außerhalb der üblichen Handlungslogiken zu denken, berücksichtigt den Menschen in seinen sozialen Zusammenhängen und kann möglicherweise die Entscheidungsoptionen einer Ethik-Fallbesprechung erweitern.

6.1.7 Darlegung alltagsorientierter Problemlösungsvorschläge

Mit den Beiträgen in Ethik-Fallbesprechungen orientieren sich Pflegefachpersonen an der unmittelbaren Lebenswirklichkeit der Patient*in. Dabei richtet sich ihr Blick nicht primär auf Behandlungsoptionen, sondern auf konkrete, sofort wirksame Verbesserungen der Situation. Also auf das, was im Jetzt einen Unterschied für den Menschen macht. Sie machen darauf aufmerksam, wenn das Besprochene zwar behandlungsrechtlich bedeutsam ist, der betroffenen Person aber keinen konkreten Nutzen bringt.

Die interviewten Pflegefachpersonen beschreiben ihre Beiträge in den Ethik-Fallbesprechungen häufig als Lösungsvorschläge für konkrete Probleme, die im Versorgungsalltag auftreten. So geben sie konkrete Vorschläge, wie die Zimmersituation für eine an Demenz erkrankte Person beruhigend gestaltet werden könnte oder wie die Sicherung einer PEG-Sonde ohne die Verwendung von Fixierungsmaterial gelingen könnte. Eine Pflegefachperson, die in einer eher beobachtenden Rolle an einer Ethik-Fallbesprechung teilgenommen hat, bringt ihren Blick für die unmittelbare Lebenswirklichkeit des Patienten wie folgt zur Geltung:

Ja, es war so, dass nach der Schilderung der Kolleginnen und dem Herauskrystallisieren der eigentlichen Fragestellung oder so, (.) da ging es dann auch darum, inwieweit seine Erwachsenenvertretung sozusagen eine hilfreiche, also wenn die Erwachsenenvertretung für medizinische Belange geklärt wäre, inwieweit das ein hilfreiches Element wäre. Und ich habe dann eingebracht, dass die Klärung der Erwachsenenvertretung zwar formalrechtlich hilfreich ist, aber für das eigentliche Problem, nämlich dass er seinen Katheter entfernt, den er für die Dialyse bräuchte, überhaupt keine Hilfe ist. Weil die

Dialyse nicht durchgeführt werden kann, ob der Erwachsenenvertreter zustimmt oder nicht, wenn kein Katheter da ist.“ (3, 52-61)

Die Pflegefachperson rückt den Patienten und seine unmittelbare Lebenswirklichkeit eindrücklich ins Zentrum der Besprechung. Dadurch entlarvt sie die Abstraktheit der ursprünglichen ethischen Fragestellung der klinischen Ethik-Fallbesprechung. Sie zeigt, dass die Bestellung einer Erwachsenenvertretung zwar relevant ist, dem Patienten jedoch in diesem Fall keinen konkreten Mehrwert bietet. Der konsequente Blick auf die Perspektive des Patienten macht hier den entscheidenden Unterschied und ermöglicht eine bedürfnisorientierte Entscheidungsfindung.

6.2 Pflegerische Einflussnahme in klinischen Ethik-Fallbesprechungen

Die Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen hat reale Auswirkungen auf den Verlauf und das Ergebnis dieser Besprechungen. Die interviewten Pflegefachpersonen schätzten ein, inwieweit ihre eingebrachten Perspektiven den Verlauf und das Ergebnis der Beratung beeinflusst haben. Das Ausmaß pflegerischer Einflussnahme wurde je nach Besprechungskontext unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Ergänzend zur Selbsteinschätzung lassen sich aus den Erzählungen der Pflegefachpersonen auch Hinweise darauf rekonstruieren, inwiefern ihre Beiträge im Ergebnis der Besprechung sichtbar wurden, indem sie schilderten, wie die Besprechung ausging und welche Auswirkungen das erzielte Ergebnis auf den weiteren Krankheitsverlauf der Patient*innen hatte. Das Thema bewegt sich somit zwischen subjektiver Wahrnehmung der interviewten Pflegefachpersonen und interpretativer Rekonstruktion durch den Forscher selbst.

6.2.1 Einberufung und Ausgangslage der Ethik-Fallbesprechung aus pflegerischer Sicht

*In der Mehrzahl der beschriebenen Fälle sehen die Pflegefachpersonen den Anlass der Ethik-Fallbesprechung in der Klärung, ob eine Therapie abgebrochen oder nicht begonnen/fortgeführt werden sollte. Demzufolge werden Ethik-Fallbesprechungen oft erst an klinischen Eskalationspunkten initiiert, d. h., wenn das kurative Therapieziel mit Leidenslast, Prognoseunsicherheiten oder den vermuteten Werten der Patient*innen konkurriert. Es zeigt sich auch ein starker Fokus auf therapeutische Maßnahmen, bei denen Pflegefachpersonen*

lediglich in beratender Funktion auftreten, da sie bei der Letztentscheidung formell außen vor sind.

Die interviewten Pflegefachpersonen berichten, dass Ethik-Fallbesprechungen am häufigsten einberufen werden, um über einen möglichen Therapieabbruch zu beraten. An zweiter Stelle folgt die Beratung über die Unterlassung einer Therapie. Die Häufung der Entscheidungsfindung bezüglich der medizinischen Therapie deckt sich mit der Wahrnehmung einer Pflegefachperson, die viel Erfahrung mit Ethik-Fallbesprechungen hat: „Wobei, es ist dann meistens bei den Ethikberatungen schon sehr medizinlastig, in der Regel“ (4, 301-302). Daran lässt sich ablesen, dass Pflegefachpersonen in vielen der einberufenen Ethik-Fallbesprechungen lediglich beratend zur Seite stehen. Im Mittelpunkt steht die Berufsgruppe der Ärzt*innen. Sie tragen die Verantwortung für medizinische Therapien. Dennoch berichten die Pflegefachpersonen, dass auch sie Ethik-Fallbesprechungen initiieren, in denen es um Therapieentscheidungen geht. Dies deutet darauf hin, dass Pflegefachpersonen die medizinische Therapie auch als ihren Zuständigkeitsbereich begreifen, da sie sich für die Patient*innen verantwortlich fühlen. Eine mögliche Erklärung für diese Verantwortungsübernahme und Einflussnahme auf die medizinische Therapie zeigt sich in folgendem Zitat:

I: Und wer beruft diese Ethikfallbesprechung ein im Normalfall?

P4: Äh, in der Regel eigentlich kommt das eher, glaube, würde ich jetzt einmal sagen, eher von meiner Seite, dass ich das einberufe. Also so einfach auch in Richtung Ärzte, so mit dem Hinweis, das könnten wir, das sollten wir machen, kommt aber auch von medizinischer Seite.

[...]

I: Und wenn Sie das Gefühl haben, das sollten wir machen, wo kommt dieses Gefühl her?

P4: Dieses Gefühl kommt dann her, ähm, weil das Gefühl ist dann, dass die Mediziner eigentlich immer sozusagen den Drang haben, äh, alles zu machen. Und das Gefühl ist dann eher zu sagen, ähm, hat das wirklich dann tatsächlich für den Patienten noch so viel Sinn und Zweck, dass wir das auch tun sollen. Also, dieser moralische, das moralische Gefühl, würde ich sagen. (4, 28-42)

Die interviewte Pflegefachperson, die auch stationsleitend tätig ist, hat großen Einfluss auf das Zustandekommen von Ethik-Fallbesprechungen, da sie diese einberufen kann. Sie sieht aus ihrer moralischen Intuition heraus dazu verpflichtet, eine Ethik-Fallbesprechung einzuberufen.

Vor allem, wenn sie die Sinnhaftigkeit des zuvor angesprochenen kurativen Handlungsimperativs der Ärzt*innen infrage stellt. Aus dem Zitat geht hervor, dass Ethik-Fallbesprechungen als Mittel zur Hinterfragung des Nutzens medizinischer Therapien verstanden werden. Zudem lässt sich feststellen, dass Ethik-Fallbesprechungen meist reaktiv an den Endpunkten klinischer Eskalationen stattfinden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die klinische Situation der Patient*innen Entscheidungen über Therapieausweitungen oder -abbrüche bzw. -unterlassungen erfordert.

Die Pflegefachpersonen berichten, dass in Ethik-Fallbesprechungen auch über die Entscheidungsfähigkeit der Patient*in beraten wird. In den Ethik-Fallbesprechungen, an denen Angehörige der Patient*innen teilnehmen, geht es zudem darum, den Angehörigen die Sicht des therapeutischen Teams auf die Betreuung und Versorgung der Patient*in darzulegen und sie gegebenenfalls zu einer stellvertretenden Entscheidungsfindung zu befähigen. Darüber hinaus zeigen die Berichte, dass in Ethik-Fallbesprechungen Teamkonflikte über den Behandlungsweg thematisiert werden.

Die Interviews zeigen, dass in Institutionen, in denen die Implementierung von Ethikberatungsstrukturen noch am Anfang steht, überwiegend die behandelnden Ärzt*innen die Initiator*innen der Ethik-Fallbesprechungen sind. In Institutionen, die bereits über fest etablierte Ethik-Fallbesprechungen verfügen, werden diese auch von Pflegefachpersonen einberufen. Sie nehmen demnach bereits vor dem Zustandekommen einer Ethik-Fallbesprechung Einfluss auf den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung, indem sie diesen initiieren.

In den Interviews wurde deutlich, dass die Einberufungsgründe für Ethik-Fallbesprechungen vorwiegend therapiebezogen sind. Die Pflegefachpersonen nehmen dann in erster Linie eine beratende Rolle ein. Die im Rahmen der Ethik-Fallbesprechungen diskutierten Therapieentscheidungen liegen letztlich in der Verantwortung der behandelnden Ärzt*innen. Somit treffen Pflegefachpersonen in den meisten Fällen keine Entscheidungen, sondern beraten die Entscheidungsträger*innen.

6.2.2 Variierende Wahrnehmung pflegerischer Einflussnahme

In den Interviews zeigt sich eine unterschiedliche Einschätzung der pflegerischen Einflussnahme auf Ethik-Fallbesprechungen. Während einige Pflegefachpersonen ihren Einfluss auf die Gesprächsinhalte und das Ergebnis der Ethik-Fallbesprechung als gering

*einschätzen, sehen andere ihn als groß an. Diejenigen, die ihren Einfluss als groß einschätzen, haben meist auch eine höher gestellte Position im hierarchischen Gefüge, zum Beispiel als Stationsleitung. Es besteht außerdem ein Zusammenhang zwischen einem als groß eingeschätzten Einfluss und einem sicheren, bestimmteren Auftreten der Interviewpartner*innen in den Interviews.*

Pflegefachpersonen, die während ihrer Tätigkeit als Bedside-Nurse keine weiteren Funktionen im Pflegedienst innehaben, schätzen ihren Einfluss auf die Gespräche und das Ergebnis der Ethik-Fallbesprechungen generell als geringer ein. Bedside-Nurses mit zusätzlichen Funktionen, wie der Stationsleitung, schätzen ihren Einfluss hingegen als größer ein. Eine als Stationsleitung tätige Pflegefachperson bringt das wie folgt zum Ausdruck:

Ich glaube, dass sie, oder nein, ich glaube schon, dass sie sehr viel Wert legen. also, also auch, es kommt auch darauf an, ich bin jetzt schon zehn Jahre an dieser Abteilung und seit letztem Jahr die Stationsleitung, also, und meine stationsführenden Ärzte sind, würde ich mal sagen, noch jung und, und, und noch nicht so ganz erfahren. Und ich glaube, ihnen ist sehr wichtig, was, was, was ich, was meine Meinung ist. Und ich glaube, ich sage jetzt nicht, wenn ich sage, okay, so ist es, dann ist es so. [...] [I]hnen ist, glaube ich, meine Meinung auch sehr wichtig. (9, 195-200)

Die Pflegefachperson macht hier deutlich, dass ihre Funktion als Stationsleitung und die Wichtigkeit ihre Meinung im Team zusammenhängt. Je wichtiger die Meinung im Team eingeschätzt wird, desto größer ist ihr Potenzial, auch faktisch Einfluss auf die Ethik-Fallbesprechung zu nehmen. Zudem fällt auf, dass die Pflegefachperson hier selbstbewusst von „meine stationsführenden Ärzte“ spricht. Die Formulierung deutet auf starkes Selbstbewusstsein und eine Verantwortungsübernahme für ihre Station hin. Sie schätzt ihren Einfluss auf die Ethikfallbesprechung als groß ein: „Und, ja, also wir hatten eigentlich, für mich persönlich, ich hatte ein Ziel und wollte das durch bringen, aber, ja, ich hatte schon eine Idee“ (9, 353-355). Daran zeigt sich eine große Einflusserwartung, denn sie kann und will das gesteckte Ziel in der Ethik-Fallbesprechung durchsetzen.

Die unterschiedlich groß ausgeprägte Einflusswahrnehmung von Pflegefachpersonen deutet darauf hin, dass pflegerischer Einfluss in Ethik-Fallbesprechungen mit institutionell abgesicherten Positionen und kommunikativer Sicherheit zusammenhängt. Ein Vergleich der Ausgangssituation der Ethik-Fallbesprechung mit ihrem Ergebnis zeigt allerdings auch, dass selbst diejenigen, die ihren Einfluss als gering einschätzten, tatsächlich einen Einfluss auf die

Ethik-Fallbesprechung hatten. Dieser Einfluss soll im nächsten Abschnitt genauer beleuchtet werden.

6.2.3 Pflegerischer Einfluss auf das Besprechungsergebnis

Der pflegerische Einfluss auf das Ergebnis von Ethik-Fallbesprechungen ist vielschichtig. Er reicht von der Orientierungshilfe bis hin zur entscheidenden Auflösung ethischer Herausforderungen.

In fast allen geschilderten Ethik-Fallbesprechungen spiegelt sich die Meinung der Pflegefachperson im Ergebnis der Besprechung wider. So plädieren die Pflegefachpersonen in einer Ethik-Fallbesprechung beispielsweise gegen die Neuanlage einer Ernährungssonde. Letztlich wurde vereinbart, dass eine Neuanlage nicht angestrebt wird. Das in nahezu allen Interviews erkennbare Muster, dass sich die pflegerische Einschätzung im Ergebnis widerspiegelt, deutet darauf hin, dass diese als Orientierungshilfe für Therapieentscheidungen dient.

Die Pflegefachpersonen schildern, dass sie in Ethik-Fallbesprechungen mit Angehörigen einen maßgeblichen Einfluss haben, indem sie die täglichen Herausforderungen in der Betreuung und Versorgung aus pflegerischer Perspektive ausführlich darstellen. Durch ihre Alltagsbeobachtungen aus dem direkten Patient*innenkontakt machen sie sonst verborgene Aspekte sichtbar, wie etwa das wiederholte Entfernen intravenöser Zugänge durch den Patienten selbst. Durch diese anschaulichen Schilderungen wird die Akzeptanz gefördert, dieses Verhalten als Willensäußerung zu werten. Auf diese Weise kann es gelingen, die Angehörigen für eine dem Patient*innenwille entsprechende Entscheidungsfindung zu gewinnen. Eine Pflegefachperson macht dies im Interview sehr anschaulich deutlich:

I: Jetzt, wenn Sie nochmal in der Rückschau draufschauen, wie hat das, was Sie gesagt haben und was Sie eingebracht haben als Pflegeperson oder von der Pflege eingebracht wurde, dazu beigetragen, ähm, dass der Fall oder dass die Besprechung so ausgefallen ist, wie sie ausgefallen ist?

P10: Naja, na, da war's schon, das war eigentlich diese, das war schon, ähm, ein Meilenstein. Also dieses Puzz, dieser Puzzlestein war anscheinend ein Meilenstein, ja. War schon sehr entscheidend, ja. (10, 534-541)

In der Ethik-Fallbesprechung, von der die Pflegefachperson spricht, wurde darüber diskutiert, ob bei einer Patientin mit Dysphagie die Therapie auf eine parenterale Ernährung über einen zentralen Zugang ausgeweitet werden sollte. Das therapeutische Team war der Meinung, dass sich die Patientin am Ende ihres Lebens befand, und plädierte für eine Unterlassung der parenteralen Ernährung. Die Angehörigen wollten diesen Vorschlag jedoch nicht hinnehmen. Die Pflegefachperson erklärt, wie es ihr gelang, die ethisch herausfordernde Konfliktsituation zwischen den Angehörigen und dem behandelnden Team aufzulösen und beide Seiten einander näherzubringen:

P10: [E]in Knackpunkt war, dass diese Stäbchen mit dem Honigtee.

I: Mhm. Ein Knackpunkt?

P10: Ja, aber es ist halt eine Palliativ, es kommt halt aus der Palliativen Richtung, nicht? Es ist, hier ist die Kompetenz gar nicht diese Ethik, sondern eben die pflegerische Kompetenz, ja. [...]

I: Ja. (.) Genau, also, was heißt, ähm, nochmal genau, Knackpunkt, also, was hat sich da verändert, oder? (..)

P10: Die Abwehrhaltung der Angehörigen wurde, äh, ist, ist aufgebrochen worden oder war nicht mehr so massiv.

I: Mhm. (..)

P10: Waren zugänglicher. (.)

I: Und was glauben Sie, woran das liegt? (..)

P10: Ich glaube tatsächlich daran, dass sie, dass die Tochter Angst vor dem Sterbeprozess hat, weil sie ihren Vater schon begleitet hat, das hat sie erzählt, und diese, ähm, (..) und wenn man Angst hat, dann ist es immer gut, wenn man was zum Tun kriegt, also nur Nichtstun quasi, oder keine Aktivität haben, ist, äh, ja, wenn man schadet, äh, also macht einen unruhig. Und so weiß ich, also ich komme von der Intensivmedizin, und ich weiß, oder Intensivstation, ich weiß, wenn ich den Angehörigen sage, schauen Sie, da haben Sie hier ein Öl, und damit können Sie den Angehörigen die Füße eincremen, dann ist es gut, dann sind Sie aktiv, da haben Sie was zu tun, da ist, da ist irgendwie, da ist auch eine Beziehung da, Sie können Beziehung aufbauen. Wenn, wenn Sie nichts zu tun haben, unter Anführungszeichen, dann ist der Beziehungsaufbau sehr schwierig, weil ja der Mensch nicht mehr so ist, wie Sie ihn kennen. Der ist ja komplett verändert. Der ist ja, ja, das ist ja nur mehr eine Hülle seiner selbst.

Hier zeigt sich, dass die Pflegefachperson die Abwehrhaltung der Angehörigen aufbrechen konnte. Der „Puzzlestein“ der sich als „Meilenstein“ entpuppte war, die Angehörigen in die Pflege der Patientin einzubinden und sie zu beschäftigen, indem sie ihr mit einem Wattestäbchen Tee mit Honig in den Mundraum geben konnten. Die Angehörigen nahmen diesen Vorschlag gut an, was ihre Angst vor dem Sterbeprozess verringerte, so die interviewte Pflegefachperson. Es zeigt sich, dass die Pflegefachperson in diesem Fall einen sehr großen Einfluss hatte. Bemerkenswert ist jedoch die Verwendung des Wortes „anscheinend“, mit dem die Pflegefachperson den beschriebenen „Meilenstein“ unmittelbar abschwächt. Dies erweckt den Eindruck einer gewissen Ungläubigkeit gegenüber dem eigenen Beitrag, als sei es für sie schwer vorstellbar, dass sie mit ihrem pflegerischen Beitrag einen so maßgeblichen Einfluss auf die Situation genommen hat.

In einigen Interviews wurde deutlich, dass die pflegerischen Beiträge entscheidende Argumente für die Entscheidungsfindung liefern. So berichten sie von Situationen, in denen die Ausgangslage nach Einbringen des pflegerischen Beitrags anders betrachtet wurde oder der Besprechungsfokus sich grundlegend verschoben hat. Der Einfluss der Pflegefachpersonen ist in diesen Situationen als groß zu bewerten. Einerseits nehmen sie direkt Einfluss auf die Entscheidungsfindung, auch wenn sie die letztendliche Entscheidung nicht selbst treffen. Andererseits führen sie eine tatsächliche Änderung des Besprechungsfokus herbei und beeinflussen dadurch die ethische Bewertung der Patient*innensituation maßgeblich. So geraten Aspekte mit ethischer Dimension in den Blick, die zu Beginn der Besprechung noch keine Beachtung finden.

6.3 Reflexion der pflegerischen Beteiligung in klinischen Ethik-Fallbesprechungen

In den Interviews traten die Pflegefachpersonen in eine reflexiv-evaluative Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen. Dabei betrachteten sie nicht nur ihr konkretes Handeln und Einbringen in den Gesprächen, sondern auch die Bedingungen, unter denen dieses stattfand. Dazu zählten die wahrgenommene Atmosphäre, der zugestandene Gesprächsraum, bestehende Hierarchien sowie die Rolle von Sprache. In dieser Kategorie wird herausgearbeitet, wie die Pflege ihre Rolle und ihre Beiträge selbst erlebt und deutet und wie sie ihre Stellung im Kontext der multiprofessionellen Zusammenarbeit wahrnimmt. Da Ethik-Fallbesprechungen nicht im luftleeren Raum stattfinden, spiegelt eine

Reflexion über Dimensionen wie Hierarchien und Sprache auch immer institutionelle Realitäten wider.

6.3.1 Gesprächsraum und Atmosphäre

*Pflegefachpersonen erleben Ethik-Fallbesprechungen überwiegend als inklusiven, sicheren Gesprächsraum, in dem sie gleichberechtigt teilhaben und mit ihrer Advokat*innenrolle auf positive Resonanz stoßen.*

Die Pflegefachpersonen bewerten den Gesprächsraum in den Ethik-Fallbesprechungen überwiegend sehr positiv. Sie haben das Gefühl, dass alle gleichermaßen zu Wort kommen konnten. Die Zusammenarbeit speziell zwischen Medizin und Pflege wird als gleichberechtigte Partnerschaft beschrieben, die Besprechungen finden „auf Augenhöhe“ (2, 206) statt. Viele betonen, dass sie sich ernst genommen und wertgeschätzt fühlen. Es ist genug Raum die pflegerischen Anliegen einzubringen. Wenn Pflegefachpersonen der Advokat*innenrolle auftreten, erleben sie die Resonanz der übrigen Beteiligten überwiegend als positiv. Zudem vermitteln die anderen Beteiligten das Gefühl, dass sie aktiv zuhören. Eine Pflegefachperson reflektiert ihre Erfahrungen mit dem Raum für ihre Beiträge wie folgt:

[A]lso ich hatte das Gefühl gehört zu werden und ich glaube umgekehrt auch, dass man da einen, einen guten Zugang zueinander hat, oder auch wenn man jetzt nicht, das nicht nachvollziehen kann, dass man das auch sagen kann, ohne dass jetzt jemand dann böse wäre, oder so, wenn man jetzt sagt, na, das, also ich mag dieses Gespräch gar nicht führen, dann ist das auch, wäre es auch in Ordnung, ja, also man kann sich auch rausnehmen, wenn einem das zu viel ist, ja. Ja, es war jetzt nicht so ein Muss, ja, dass man da sitzen muss und unbedingt was sagen, ja, sondern eben auf freiwilliger Basis auch, dass man sich eben einbringen kann, so weit wie man das möchte. Ja, ja, das, somit ist das immer recht angenehm, auch, ne, wenn man jetzt nicht so gezwungen wird, etwas zu sagen. (8, 156-167)

Die Pflegefachperson hebt die Gegenseitigkeit des Zuhörens hervor und unterstreicht damit den respektvollen Umgang innerhalb des Teams sowie zwischen den Berufsgruppen. Sie betont, dass auch Zurückhaltung akzeptiert wird. Dies ist besonders wichtig, wenn es um herausfordernde Gesprächsinhalte geht, wie es bei ethischen Problemlagen häufig der Fall ist. Die Pflegefachperson steht nicht unter Druck, etwas sagen zu müssen, und ihre Beteiligung wird stets als freiwillig wahrgenommen.

Entsprechend positiv fällt auch die Reflexion der Atmosphäre innerhalb der Ethikfallbesprechungen aus. So betonen mehrere Pflegefachpersonen, dass ein produktiver multiprofessioneller Austausch möglich ist. Sie sprechen von einem „harmonischen Miteinander“ (1, 481), einer „recht netten Runde“ (2, 333) oder einer „Wohlfühlatmosphäre“ (9, 450).

Auffällig ist allerdings, dass viele der interviewten Pflegefachpersonen die Gewährung der Gesprächsräume und die positive Gesprächsatmosphäre von der Moderation dieser Ethik-Fallbesprechungen abhängig machen. Dieser Umstand soll nun im nächsten Abschnitt näher beleuchtet werden.

6.3.2 Die Rolle der Moderation

In den Interviews wird deutlich, dass die Sicherung des pflegerischen Gesprächsraums wesentlich von einer kompetenten Moderation abhängt, die hierarchische Verschiebungen früh erkennt und aktiv ausbalanciert.

Die zentrale Rolle der Moderation wird in einigen der Interviews besonders deutlich. So stellen einige Pflegefachpersonen einen klaren Zusammenhang zwischen den ihnen gewährten Gesprächsräumen und der als gut wahrgenommen Moderation der Ethik-Fallbesprechung her. Eine Pflegefachperson führt dazu aus:

[A]ber es gab gewisse Themen, Themen, die wir besprochen haben, ähm, und da hat der Professor [Name] noch immer gesagt, okay, was sagt jetzt die Pflege dazu, also ich hatte genug Spielraum, alles zu erzählen, also es war kein, auch nicht zeitlich beschränkt, also ich hätte auch jederzeit noch mehr reden können, also ich hatte genug Raum, um Pflegerisch halt irgendwie Infos zu geben und auch, äh, unabhängig jetzt von diesem Thema, falls wir es noch nicht besprochen hätten oder wie auch immer, hätte ich Raum gehabt, einfach das zu erwähnen. (9, 491-499)

Die zentrale Rolle der Moderation bei der Gewährleistung von Gesprächsräumen wird hier besonders deutlich. So öffnet die Moderation durch explizites Nachfragen den Gesprächsraum gezielt für die Pflegeperspektive. Außerdem sichert sie ausreichend Redezeit und verhindert, dass Beiträge verkürzt oder unterbrochen werden. Hier wird der Moderator mit seinem akademischen Titel angesprochen, wodurch ihm aufgrund der klassischen Hierarchiestrukturen im Krankenhaus automatisch Autorität zukommt. Mittels dieser Autorität kann der Moderator also Gesprächsräume durchsetzen. Die Pflegefachperson führt weiter aus:

[E]s war wirklich eine angenehme Atmosphäre, wirklich so eine ruhige Atmosphäre. Ich glaub das hat auch einfach damit zu tun, dass der Professor [Name] entweder das schon hundertmal gemacht hat oder ich weiß es nicht, aber es war wirklich sehr angenehm und jeder hat sich irgendwie wohl gefühlt. (9, 445-449)

Eine als professionell und routiniert wahrgenommene Moderation trägt also maßgeblich dazu bei, dass die Atmosphäre während der Ethik-Fallbesprechung als angenehm empfunden wird. Außerdem vermittelt sie Sicherheit und fördert die Teilhabe aller Teilnehmenden. Eine solche Moderation, ermöglicht es den Pflegefachpersonen, vermeintlich konfliktbehaftete Beiträge zu tätigen, wie eine Pflegefachperson berichtet:

Also es ist, ähm, da tut es eben sehr gut sozusagen vom Dozent [Name] moderiert wird, ähm, es geht eigentlich sehr gut, auch wenn wir gegenüber den Mediziner*innen äußern, beispielsweise, wir setzen ihm keine Sonde mehr, weil sich der Patient so wehrt und weil er sich diese so häufig entfernt, dann, ähm, dann haben sie das zum Akzeptieren quasi, ja, die Mediziner. Also, das ist dann halt so. (4,290-295)

Hier stellt sich die Pflegefachperson an die Seite der Patient*in und damit gegen die Therapievorstellung der behandelnden Ärzt*innen. Dies birgt Konfliktpotenzial. Durch die moderierende Autorität werden solche Pflegeaussagen jedoch geschützt. Die Moderation gleicht etwaige Machtasymmetrien aus, sodass die ärztlichen Kolleg*innen die pflegerischen Entscheidungen respektieren. Durch die gute Moderation werden potenziell konfliktträchtige Aussagen in geordnete Bahnen gelenkt.

Wenngleich die Reflexionen überwiegend positiv ausfallen und die Moderation hohe Anerkennung erfährt, schildern einige Pflegefachpersonen dennoch erlebte Hierarchiedynamiken innerhalb der Ethik-Fallbesprechungen. Diese werden im nächsten Abschnitt weiter ausgeführt.

6.3.3 Wahrgenommene Hierarchien innerhalb der Ethik-Fallbesprechungen

Die Interviews machen deutlich, dass die Beteiligten an den Ethik-Fallbesprechungen die bestehenden hierarchischen Grundmuster des Krankenhausalltags hineingetragen. Die wahrgenommenen Machtasymmetrien werden als historisch gewachsenen angesehen.

Die Interviews zeigen, dass hierarchische Strukturen auch in Ethik-Fallbesprechungen bestehen bleiben. Die angesprochenen Hierarchien beziehen sich laut den Interviewpartner*innen auf die Beziehung zwischen den Professionen Medizin und Pflege. Die Pflegefachpersonen nehmen

wahr, dass die Profession der Pflege der Profession der Medizin untergeordnet ist. Dieses Verständnis von Hierarchie ist teilweise auch verinnerlicht, sodass sich die Pflegefachpersonen den Ärzt*innen unterordnen. Eine interviewte Pflegefachperson spricht von einer tiefsitzenden „Befehlsempfängermentalität“, die sie nicht so einfach ablegen könne:

P10: [A]lso ich habe ein sehr, noch immer ein hierarchisches Verständnis in mir, (.) wissentlich, dass hier kein hierarchisches Verständnis eigentlich angebracht wäre, aber das sitzt so tief, dass ich es nicht einfach negieren kann oder verändern kann, ja, also das ist meins, also das weiß ich eben, das ist schwierig, weil wir doch in der Pflege sehr viel Befehlsempfänger sind, das klingt jetzt vielleicht ein bisschen platt, aber ja, und das macht es schwierig.

I: Okay, und das bremst, also das hemmt Sie, sich in diese Runde dann einzubringen oder? (....)

P10: Sicher, ich bringe mich schon ein, aber es erfordert einen großen Maß an Mut und Überwindung und die, das hängt natürlich auch von den einzelnen Personen per se an, von den Charaktereigenschaften, bei den einen hat man das Gefühl, dass man als gleichwertig gesehen wird und es gibt welche, da wird man nicht als gleichwertig gesehen, das ist schon klar, das ist so, das ist in einem Krankenhaus, ist das noch so. Wenn da ein Professor dort sitzt, der auch ein hierarchisches, einen hierarchischen Umgang mit seinen Oberärzten und Oberärztinnen hat, dann ist das in einer Ethikfallberatung nicht anders. (10, 117-134)

Die Pflegefachperson schildert ein tief verwurzeltes hierarchisches Gefüge im Krankenhaus. Dieses wird beiderseits reproduziert: Einerseits, indem es als verinnerlicht beschrieben wird, und andererseits, indem hierarchisch privilegierte Personen ihre Stellung behaupten. Die Pflegefachperson stellt fest, dass diese strukturelle Hierarchie auch in Ethik-Fallbesprechungen bestehen bleibt. Dementsprechend bedarf es für sie eines großen Maßes an Mut und Überwindung, sich in diesen multiprofessionellen Runden einzubringen.

Die Hierarchien werden nicht nur zwischen den Professionen, sondern auch innerhalb der organisationalen Stellung wahrgenommen. So betont eine andere Pflegefachperson, dass die Ärzt*innen aufgrund ihrer Leitungsfunktion einen anderen Umgang mit ihr pflegen: „Die Ärzte sind natürlich zu mir auch ein bisschen anders, als jetzt zu meinem Mitarbeitern, aufgrund der Stationsleitung, wie auch immer. (..) wegen der Position“ (9, 308-310). Sie nimmt einen Zusammenhang zwischen einer hierarchisch höheren Position in der Pflege und dem Ernstgenommenwerden in einer Ethik-Fallbesprechung wahr.

Laut einer Pflegefachperson gibt es allerdings auch Personen, die grundsätzlich eine Abwertung und Delegitimation der pflegerischen Beiträge an den Tag legen würden:

Natürlich gibt es vielleicht Personen drin, die das nicht ernst nehmen, was du vielleicht sagst, weil sie eben wissen, du bist vielleicht eine Pflegeperson. (..) und das kann, kann schon sein. Oder ich habe es auch von Kollegen schon gehört, dass es so war. (2, 254-258)

Hier zeigt sich die Schwierigkeit, dass solche Grundeinstellungen in Ethik-Fallbesprechungen nicht einfach aufgebrochen werden können.

Hierarchie spiegelt sich auch in der Sprache wider. Inwieweit dies in den Interviews thematisiert wurde, wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

6.3.4 Die Rolle von Sprache

In den Interviews zeichnet sich ein unterschiedliches Bild zur gesprochenen Sprache in Ethik-Fallbesprechungen ab. Einerseits wird von den Pflegefachpersonen sprachliche Gleichheit zwischen den Berufsgruppen wahrgenommen. Andererseits deuten sie auf eine latente Sprachhierarchie hin, in der technisch-fachsprachliche Terminologie als Maßstab professioneller Rede gilt, während die Sprache der Pflege von den Pflegefachpersonen selbst abgewertet wird.

In den Interviews wurde einerseits berichtet, dass die Sprache in den Ethik-Fallbesprechungen sehr locker war und sich die Sprachverwendung der verschiedenen Berufsgruppen nicht unterschieden hat.

Andererseits berichten die Pflegefachpersonen in den Interviews, dass sie durchaus sprachliche Unterschiede wahrnehmen. Ausgehend von den inhaltlichen Beiträgen der beteiligten Berufsgruppen lässt sich eine Verschiedenheit erkennen. Eine Pflegefachperson, die bereits an mehreren Ethik-Fallbesprechungen teilgenommen hat, nimmt Unterschiede in den eingebrachten Beiträgen wahr. So bringen die Mediziner*innen die Diagnosen und Indikationen der Patient*innen ein, während die Pflegefachpersonen eher die Bedürfnisse der Patient*innen thematisieren:

Aber natürlich die Themen, die Themen sind es, die sich unterscheiden, ja. Der Mediziner natürlich auf seine Diagnosen und Indikationen und was weiß ich alles, ja. Und die Pflege natürlich auf die Bedürfnisse der Patienten eher. Ja, ja. Also das ist das, also die Thematiken sind, glaube ich, der Unterschied. (6, 354-358)

Die Pflegefachperson stellt eine unterschiedliche thematische Ausrichtung der unterschiedlichen Berufsgruppen in den Ethik-Fallbesprechungen fest. Die medizinische Thematik der Beiträge kann sich auch in der Art der sprachlichen Darstellung widerspiegeln. Die Sprache der Mediziner*innen ist demnach durch ihre Beiträge in den Ethik-Fallbesprechungen technisch-fachsprachlich geprägt. So berichtet eine andere Pflegefachperson:

I: Also, würden Sie sagen, dass es da auch Unterschiede in der Ausdrucksweise der unterschiedlichen Berufsgruppen gibt? (..)

P10: Ja, natürlich, hundertprozentig, also das kann ich schon sagen, dass, ähm, ja, sicher. (.) Mediziner sind, ähm, haben schon eine andere Sprache als die Pflege, ja.

I: Mhm.

P10: Ganz klar, ja. (.) Ja.

I: Und was ist da anders? (..)

P10: Äh, die, es sind tatsächlich auch Worte, die, also der Wortschatz ist ein anderer, würde ich sagen, mehrheitlich. Es ist jetzt nicht, nicht, nicht mehrheitlich, also so durchschnittlich. Ähm, es gibt schon Mediziner, die sehr gerne, ähm, lateinische Synonyme verwenden, also die halt durchaus, also schon aus dem deutschen Sprachgebrauch, aber man könnte da genauso ein anderes Wort, ein einfacher, verständliches oder ein, ein, ein, ein, äh, ähm, äh, mehr gebräuchliches Wort verwenden, sagen wir so, umgangssprachliches. (10, 407-422)

Die Pflegefachperson stellt fest, dass Ärzt*innen eine andere Sprache verwenden als die Pflege. Ihr fällt auf, dass einige Ärzt*innen lateinische Begriffe verwenden, obwohl der gleiche Inhalt auch mit einfacheren Wörtern transportiert werden könnte. Das Festhalten an einer fachsprachlichen Ausdrucksweise kann dazu dienen, sich von anderen Berufsgruppen abzugrenzen oder eine gewisse Distanz zum Inhalt des Gesagten zu wahren.

Wie die Pflegefachperson im Zitat oben beschreibt, bringen Pflegefachpersonen eher die Bedürfnisse der Patient*innen ein. Wenn Pflegende die Bedürfnisse der Patient*innen einbringen, tun sie dies häufig in konkreten, erfahrungsbezogenen Schilderungen (z. B. Schmerzempfinden, Angst, Abwehrhaltungen, Essens- oder Nähebedürfnisse) statt in abstrakten Fachtermini. Eine weitere Besonderheit solcher erfahrungsbezogenen Schilderungen ist, dass die reine sprachliche Darstellung nicht ausreicht um die Patient*innensituation zu beschreiben:

[D]as ist ja manchmal das Problem, wenn man etwas nicht sieht, kann man sich vieles ja nicht so vorstellen, ne, wenn ich jetzt erzähle, ja, der ist jetzt gerade völlig derangierter Patient, und wenn man das nicht sieht, ja, und wenn man das nicht sieht, tut man sich ja auch schwer, was meint sie, ne, weil jeder sagt etwas anders oder beschreibt Situationen anders, ja, und manches wird auch anders erlebt, also es ist immer wichtig, dass auch beide, ähm, dass alle auch dasselbe, dasselbe, also den selben Ausgang haben, also wovon spricht man jetzt, ja, also von welcher Situation, oder wo ist jetzt das Problem. (8, 250-258)

Die Pflegefachperson beschreibt hier die Diskrepanz zwischen der rein sprachlichen Darstellung und dem Erleben der Situation. Gerade dort, wo das Erleben des Patienten subjektiv und körperlich ist, gerät die sprachliche Darstellung an ihre Grenzen. Solche subjektiven und körperlichen Dimensionen, wie Würde, Leiden, Angst und Sterben sind Inhalt von Ethik-Fallbesprechungen. Das sind Situationen, die emotionale Resonanzen erzeugen, gerade wenn die Pflegefachperson in einer intensiven, kontinuierlichen Beziehung zu der Patient*in steht. Eine Pflegefachperson berichtet dazu:

Ich weiß es nicht, muss man immer professionell sein, ich weiß es nicht, muss man, muss ich, wenn ich mit einem Kollegen spreche, muss, muss das so, ich, ich glaube, wenn man immer alles super versucht, die Emotionen rauszunehmen und das, wie gesagt, professionell auszudrücken, ach, ich weiß nicht, das funktioniert, finde ich, in der Arbeit mit Menschen nicht, ja. (2, 437-442)

Hier zeigt die Pflegefachperson, dass in der Arbeit mit Menschen Emotionen unweigerlich dazu gehören und nicht einfach so aus der Sprache verbannt werden können. Die Emotionalität gehört für sie dazu, ohne Emotion „funktioniert“ die Arbeit mit Menschen nicht. Die Pflegefachperson spricht hier allerdings auch ein Professionalitätsideal an, das sich durch eine emotionsfreie Sprache auszeichnet. Es ist eine Sprache, die sich auf quantifizierbare Fakten stützt und alle vermeintlich vagen Anteile ausklammert. Eine Sprache, mit der man in einer Ethik-Fallbesprechung mehr Gewicht hat, wie das folgende Zitat zeigt:

Ganz grundsätzlich habe ich das Gefühl, dass je formeller es wird, desto mehr Gewicht hat es oft. (.) Also sozusagen mit, keine Ahnung, Fachbegriffen oder Indikationen oder so zu argumentieren, erscheint, sag ich jetzt mal, objektiver und irgendwie handfester als die Schilderung von wegen, jemand will nicht oder jemand vermittelt den Eindruck, er fühlt sich nicht in der Lage, etwas zu machen, oder wirkt nur mehr unglücklich. Also sozusagen diese Schilderung von sehr menschlichen Zuständen oder Ausdrücken wirkt, (.) vielleicht ist das auch nur im Eindruck, aber wirkt oft so subjektiv. Und das Formalisierte, ich sage,

Indikation gibt es keine mehr, oder die Diagnose ist halt so, und das ist der Wert zu irgendeinem Minimental Score, das ist dann so etwas Faktisches auf einmal. (3, 492-503)

Die Pflegefachperson macht deutlich: Je formeller, objektiver und nachvollziehbarer das Gesagte auf dem Papier festgehalten ist, beispielsweise durch einen bestimmten Zahlenwert im Minimental-Score, desto mehr Wert hat es und desto mehr Gewicht wird der Perspektive verliehen. In einer solchen Besprechung setzt sich also eine Fachsprache, die sich auf nachweisbare Fakten und messbare Werte stützt, eher durch. Eine von Emotionen durchdrungene Sprache, die subjektiv erscheint, wird dagegen als unprofessionell markiert. Der Wert der Beiträge wird entsprechend abgewertet. Die Abwertung einer solchen Sprache, wird von den Pflegefachpersonen selbst vorgenommen. Wie sich an folgender Antwort einer Pflegefachperson auf eine Interviewfrage ablesen lässt:

I: Und haben Sie das Gefühl, dass in dieser Runde kein Raum für diese pflegerische Sprache war? (...)

P7: Doch wäre sicher gewesen. Aber eben wieder Anspruch an sich selber ist ja dann auch, dass man professionell auftreten möchte in so einer Runde. Es geht ja um was. Vielleicht macht man sich dann auch einfach zu viel Gedanken und zu viel Druck und statt, dass man einfach sagt was ist. Oder wie man sich's denkt. (7, 255-260)

Das Zitat legt nahe, dass die Pflegefachperson internalisierte Professionalitätsideale aktiviert und sich dadurch selbst diszipliniert. „Professionell auftreten“ scheint dabei eine an objektivierten, emotionsarmen, fachterminologischen Darstellungsweisen orientierte Sprache zu meinen. In Situationen, in denen sie ernst genommen werden will, privilegiert sie eine solche sprachliche Darstellungsweise. Sie betrachtet eine beschreibend-emotionale Sprache in folgeschweren, ethischen Entscheidungssituationen als weniger angemessen, also weniger „professionell“.

Eine Pflegefachperson gibt jedoch zu bedenken, dass einfache, verständliche Sprache mit größerer Patient*innennähe einhergeht. So stellt sie fest: „Es ist so, [...] also jetzt platt, je einfacher die Sprache, umso näher am Patienten“ (10, 430–431). Eine einfache, alltagsnahe Sprache transportiert die Bedürfnisse, das Erleben und die Ziele der Patient*innen unmittelbar und macht damit patientenrelevantes Wissen sichtbar, das dann wirksam in die ethische Entscheidungsfindung einfließen kann. Sie lenkt damit die Aufmerksamkeit auf die Patient*innen. Im Kontext der klinischen Ethik-Fallbesprechung scheint eine Sprache, die authentisch und aus nächster Nähe schildert, durchaus angemessen.

6.4 Resümee der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen ihre Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen in vielfältiger Form verstehen. Die gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

6.4.1 Pflegespezifische Beiträge und Rollen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen

Die identifizierten pflegerischen Beiträge in Ethik-Fallbesprechungen basieren vor allem auf umfassendem, erfahrungsbasiertem relationalem Wissen über die Patient*innen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass dieses Wissen aufgrund der patientennahen Verortung der Pflegefachperson im Betreuungs- und Versorgungsgefüge nur von ihr eingebracht werden kann. Es ergänzt wichtige Informationen für die Entscheidungsfindung und berücksichtigt die Individualität der Patient*innen. Für die ethische Entscheidungsfindung ist es von zentraler Bedeutung, weil es den Kontext erschließt und damit das Erkennen sowie die Rekonstruktion des Willens der Patient*innen unterstützt. Es führt näher zum Willen der Patient*innen. In Ethik-Fallbesprechungen bilden Pflegefachpersonen ein Korrektiv zum wahrgenommenen kurativen Handlungsimperativ in der Medizin. Sie können das Sterben als möglichen Ausgang eines Krankheitsverlaufs eher akzeptieren. Außerdem erweitern Pflegefachpersonen die Perspektive der Ethik-Fallbesprechungen, indem sie Vorschläge für die ethische Entscheidungsfindung einbringen, die an der konkreten Lebensrealität der Patient*innen orientiert sind. Dies reduziert zudem die Abstraktheit der Diskussion.

Pflegefachpersonen nehmen in Ethik-Fallbesprechungen verschiedene Rollen ein. Die prominenteste Rolle ist die der Fürsprecher*in der Patient*innen. Selbstbewusst und entschlossen positionieren sie sich –metaphorisch gesprochen – an der Seite der Patient*innen und holen sie damit mit an den Besprechungstisch. Im Falle der Präsenz von Angehörigen in Ethik-Fallbesprechungen schlüpfen Pflegefachpersonen in die Rolle der Übersetzer*innen von medizinischen Fachinformationen in alltagsnahe Laiensprache – bleiben aber in der Rolle als Advokat*innen der Patient*innen.

6.4.3 Pflegerische Einflussnahme auf klinische Ethik-Fallbesprechungen

Pflegefachpersonen nehmen Einfluss auf den Verlauf und das Ergebnis von Ethik-Fallbesprechungen. Neben Ärzt*innen berufen auch Pflegefachperson eine solche Besprechung ein. Der Einfluss variiert jedoch und hängt unter anderem von der Position im hierarchischen Gefüge des Teams ab. Die pflegerischen Beiträge reichen in ihrer Einflussintensität von einer Orientierungshilfe, die aufzeigt, wie die Entscheidung getroffen werden kann, bis hin zur Auflösung des initialen ethischen Konflikts.

6.4.4 Reflexion der pflegerischen Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der wahrgenommene Gesprächsraum eine zentrale Bedingung für die Entfaltung pflegerischer Rollen und Beiträge darstellt. Als wesentliche sichernde Instanz dieses Raumes wird die Moderation der Ethik-Fallbesprechung erlebt. Eine Moderation gilt dann als gut, wenn sie pflegerische Teilhabe aktiv fördert und sichert. Gleichzeitig offenbart sich in den Reflexionen der Pflegefachpersonen eine Ambivalenz: Während sich manche der Pflegefachpersonen in Ethik-Fallbesprechungen auf Augenhöhe mit den anderen Berufsgruppen sehen, nehmen sich andere in bestehende hierarchische Strukturen des Krankenhauses verhaftet. Das wird unter anderem daran sichtbar, dass eine technisch-medizinische Fachsprache gegenüber der Sprache der Pflege privilegiert wird. Durch eine Selbstanpassung werden zusätzlich bestehende Hierarchien reproduziert. Die Ergebnisse zeigen, dass auch gut moderierte Schutzräume, in denen hochsensible Themen verhandelt werden – wie es bei Ethik-Fallbesprechungen der Fall ist –, nicht gefeit vor strukturellen Asymmetrien sind. Die Bewusstmachung solcher Asymmetrien kann jedoch dabei helfen, ihnen entgegenzuwirken.

6.5 Übergeordnete Reflexion aus der Datenanalyse

Anhand dieser Ausführung möchte ich illustrieren, dass mir im Prozess der Datenanalyse deutlich wurde, wie gut sich die klinische Ethik-Fallbesprechung eignet, um die beeindruckende Vielfalt pflegerischer Ethikkompetenz zu beobachten. Die Metapher, die ich damit verbinde, ist, dass die klinischen Ethik-Fallbesprechungen wie eine „Bühne“ wirken, auf der die Pflegefachpersonen ihre ethische Handlungskompetenz und ihre Rollenpluralität zur Schau stellen. Ethik-Fallbesprechungen sind institutionelle Räume, in denen die Pflege explizit

eine Stimme hat und ein multiprofessionelles Publikum anwesend ist. Dieses besteht in der Regel aus Ärzt*innen, moderierenden Ethiker*innen und weiteren Berufsgruppen. Die teilnehmenden Pflegefachpersonen haben hier die Möglichkeit ihre Perspektiven, ihre Wahrnehmungen, ihr Wissen, ihre Einschätzung vor diesem Publikum vorzutragen. Jedoch sind die Pflegefachpersonen auch den Reaktionen ihres Publikums ausgesetzt. Ihre Beiträge werden – explizit oder implizit – bewertet. Sich vor einem multiprofessionellen Publikum zu exponieren, kann bei Pflegefachpersonen Druck erzeugen:

Aber vielleicht auch, weil ich dann halt mit einem unbekannten, oder mir unbekannten Arzt gesprochen habe und dann will man sich halt auch nicht irgendwie blamieren und versucht dann halt irgendwie gescheit zu reden und nicht so wie ich jetzt im Sozialraum reden würde über einen Patienten. (7, 238-241)

Diese auf der Intensivstation tätige Pflegefachperson ist sich dessen bewusst, dass sie beobachtet und bewertet wird. Sie passt ihr sprachliches Auftreten bewusst an den Kontext an, um sich vor den anderen Berufsgruppen nicht zu „blamieren“. Dies zeigt die besondere Situation der Ethik-Fallbesprechung, in der die Pflegefachpersonen einen möglichst guten „Auftritt“ hinlegen möchten.

Ein weiterer möglicher Grund, weshalb die Pflegefachpersonen in solchen Runden ihr Potenzial entfalten, ist, dass es in diesen „um etwas geht“ (7, 258–259). So werden Therapieentscheidungen beraten, über die Entscheidungsfähigkeit der Patient*innen diskutiert, mit Angehörigen über das bevorstehende Lebensende der Patient*innen gesprochen und auch interne Meinungsverschiedenheiten über unterschiedliche Ansichten des weiteren Behandlungswegs für die Patient*innen ausgetragen. Den Ethik-Fallbesprechungen wohnt dementsprechend eine Ernsthaftigkeit inne, da dort der Weg für Entscheidungen geebnet wird, die reale Konsequenzen für zumeist unbeteiligte Dritte, nämlich die Patientin bzw. den Patienten, haben. In allen durch die Interviewteilnehmer*innen geschilderten Ethik-Fallentscheidungen sollte eine Entscheidung ermöglicht werden, die im Sinne der Patient*in ist. Die Ernsthaftigkeit ist den beteiligten Personen durchaus bewusst, wie eine interviewte Pflegeperson berichtet:

T5: Ich bin überzeugt davon, dass alle in diesem Team, ob das Therapeutinnen sind, Ärztinnen sind, Pflegepersonen sind, dass alle grundsätzlich das Beste wollen. (..) für die Patientinnen und Patienten.

I: Mhm. (...)

T5: Aber es gibt halt Unterschiede manchmal in der Auffassung, ja, oder Interpretation vom Verhalten von Patientinnen. (5, 235-238).

Die Beiträge der beteiligten Personen orientiert sich dabei daran, was aus ihrer Sicht „das Beste“ für die Patient*innen ist. Die Pflegefachperson nimmt keine weitere Spezifizierung dessen vor, was sie unter dem Besten versteht. Sie stellt jedoch heraus, dass es durchaus Unterschiede darüber gibt, was darunter verstanden wird. Eine andere interviewte Pflegefachperson vertieft diesen Gedanken und führt aus, dass es unterschiedliche Perspektiven darauf gibt, was im besten Interesse der Patient*innen ist. Sie berichtet, wie es war, als Vertreterin der Pflegeprofession an einer Ethik-Fallbesprechung teilzunehmen, und denkt über die unterschiedlichen Perspektiven der Vertreter*innen der einzelnen Berufsgruppen auf die Patient*innensituation nach:

[W]ir schauen natürlich sowieso jeder verschieden auf Patientengeschichten oder Patientinnengeschichten, aber ich glaube, es gibt sozusagen dann so eine Verbindung, zumindest eine häufige Verbindung zwischen dem, wie Pflegenden auf Patientengeschichten schauen, oder Ärztinnen, Ärzte. Ich glaube, da gibt es sozusagen ein bisschen einen Blickwinkelverschiebung. [...] Wobei ich gleichzeitig auch sagen muss, ich möchte es gar nicht nur auf diese Pflegerolle festschreiben, weil ich bin natürlich auch ja nicht nur Pflegende, sondern auch ein Mensch mit eigenen Erfahrungen. Das heißt, nur einmal ist meine Perspektive auf Geschichten oder Dinge, die mir zugetragen werden, eine andere als die von einer Kollegin, die natürlich aus ihrer eigenen Sozialisierung kommt, und da gehört halt die Pflegerolle dazu, aber die ist natürlich jetzt keine Ausschließlichkeit. (3, 151-157)

Die zitierte Pflegefachperson macht deutlich, dass die Beteiligten in Ethik-Fallbesprechungen jeweils ihre professionsspezifische Perspektive einbringen. So betrachtet eine Pflegefachperson die Patient*innensituation beispielsweise anders als eine Ärzt*in. Mit der Professionszugehörigkeit geht also ein professionsspezifischer Blick einher und damit auch eine professionsspezifische Fähigkeit, zu erkennen, was ethisch auf dem Spiel steht. Sie stellt jedoch auch heraus, dass sich ein solches ethisches Urteilsvermögen, das klärt, was im besten Interesse der Patient*innen ist, aus verschiedenen Quellen speist. Sie hebt hervor, dass die eigene Sozialisierung und die Erfahrungen als Mensch eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung der professionsspezifischen Perspektive spielen.

7. Diskussion

Im folgenden Diskussionsteil werden die Ergebnisse dieser Studie im Kontext der bestehenden Literatur eingeordnet und kritisch bewertet. Dabei wird aufgezeigt, inwiefern die vorliegenden Befunde den aktuellen Forschungsstand bestätigen, erweitern oder neue Erkenntnisse liefern. Anschließend werden die Ergebnisse in den pflegewissenschaftlichen Diskurs eingeordnet und konkrete Implikationen für die Praxis der klinischen Ethikberatung abgeleitet. Darüber hinaus werden die Limitationen der Arbeit kritisch reflektiert. Abschließend wird ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsrichtungen gegeben.

7.1 Interpretation zentraler Ergebnisse

Vor dem Hintergrund der Forschungsfrage, wie Pflegefachpersonen ihre Beteiligung an klinischen Ethik-Fallbesprechungen – insbesondere hinsichtlich Einflussmöglichkeiten und fachlicher Einbindung – verstehen, treten folgende zentrale Ergebnisse hervor, die die Diskussion leiten sollen: Pflegefachpersonen verstehen ihre Beteiligung primär in pflegespezifischen Rollen und mit pflegespezifischen Beiträgen. Besonders hervorgehoben werden die Fürsprecher*innen- und Vermittler*innenrolle sowie das Wissen über die Patient*innen. Diese Beiträge und Rollen ermöglichen eine substanzielle Mitgestaltung der Ethik-Fallbesprechungen und ihrer Outcomes. Auffällig ist zudem die ambivalente Wahrnehmung des Sprachgebrauchs innerhalb der Ethik-Fallbesprechungen. Während einige Pflegefachpersonen keine relevanten Unterschiede sehen, verweisen andere auf eine Privilegierung der formellen, faktenbasierten Medizinsprache. Als weiterer Kernbefund erweist sich, dass die Moderation als Schlüsselfaktor für die Absicherung pflegerischer Gesprächsräume wahrgenommen wird. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist die Wahrnehmung der Pflegefachpersonen, dass die Ethik-Fallbesprechungen teilweise zu spät einberufen werden.

Die folgenden Aspekte der zentralen Ergebnisse werden im Einzelnen diskutiert: (i.) die herausstechende Rolle der Advokat*innen in Ethik-Fallbesprechungen, (ii.) die Vermittler*innenrolle und die Frage, inwiefern deren Einnahme traditionelle Rollenbilder der Pflege reproduziert und bestehende Hierarchien fortschreibt, (iii.) das von Pflegefachpersonen eingebrachte Wissen über Patient*innen als Ergebnis einer professionellen Syntheseleistung, (iv.) der Nachrang pflegerischer Sprache sowie die Tendenz zur Selbstabwertung im eigenen Sprachgebrauch der Pflegefachpersonen, (v.) der Vergleich zwischen klinischen Ethik-

Fallbesprechungen und dem klinischen Ethikkomitee hinsichtlich struktureller und funktionaler Unterschiede, (vi.) die starke Position der Moderation und deren Einfluss auf den Verlauf von Ethik-Fallbesprechungen sowie (vii.) der retrospektive Charakter von Ethik-Fallbesprechungen.

7.1.1 Die Advokat*innenrolle als zentrale pflegerische Rolle in Ethik-Fallbesprechungen

Die Analyse der Interviews verdeutlicht, dass klinische Ethik-Fallbesprechungen nicht nur ein Umfeld sind, in dem Pflegefachpersonen als Fürsprecher*innen der Patient*innen auftreten, sondern auch ein Raum, in dem sie eine advokatorische Haltung von sich selbst als Pflegefachpersonen erwarten. Sie betrachten die pflegerische Fürsprache sogar als definitorischen Bestandteil der Profession. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Studie von Caram et al. (2025), in der ICU-Nurses zu ihren Erfahrungen mit pflegerischer Fürsprache während der COVID-19 Pandemie befragt wurden. Darin wird die pflegerische Fürsprache als „zentraler Bestandteil der moralischen Identität von Pflegefachpersonen“ beschrieben (S. 6, eigene Übersetzung). Das empirische Ergebnis, dass Pflegefachpersonen pflegerische Fürsprache als definitorischen Bestandteil ihrer Profession wahrnehmen und dies sich auch in der offiziellen Selbstdefinition der Profession verankert ist (White et al., 2025), deutet auf eine gelungene professionelle Sozialisierung hin. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen, die Fürsprache als professionellen Wert verinnerlicht haben, in Ethik-Fallbesprechungen diese Rolle nicht nur einnehmen, sondern aus einem gefestigten professionellen Selbstverständnis heraus ausfüllen. Das in den Interviews beobachtete damit verbundene Selbstbewusstsein verleiht ihnen die Fähigkeit, in Ethik-Fallbesprechungen die Interessen der Patient*innen gegenüber anderen beteiligten Berufsgruppen und Angehörigen zu vertreten. Also die von Abbasinia et al. (2020) beschriebenen konzeptionellen Aspekte der pflegerischen Fürsprache des „Safeguarding“ und „Mediating“, auch im Kontext klinischer Ethik-Fallbesprechungen empirisch nachweisen. Sie tragen also durch die Einnahme der Advokat*innenstellung dazu bei, dass der ethische Entscheidungsprozess im Sinne der Patient*innen abläuft und potentiell Schaden von ihnen abgewandt wird.

Die in den Interviews vorgenommene Bezeichnung „Revoluzzer“ für besonders engagierte Pflegefachpersonen verweist auf das transformative und selbstermächtigende Potenzial pflegerischer Fürsprache. Laari (2026) identifiziert in einem Literaturreview hierarchische Strukturen und die Angst vor Teamkonflikten als zentrale Barrieren für die Einnahme der

Fürsprecher*innenrolle. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass Pflegefachpersonen in Ethik-Fallbesprechungen die Bereitschaft demonstrieren, bestehende Entscheidungshierarchien zu hinterfragen und sich aktiv in den Entscheidungsprozess einzubringen. Die selbstbewusste Einnahme der advokatorischen Rolle erweist sich somit als Möglichkeit, hierarchische Barrieren zu überwinden und aktiv in den ethischen Entscheidungsfindungsprozess einzugreifen. Das Verhalten der als „Revoluzzer“ bezeichneten Pflegefachpersonen weist Züge dessen auf, was in der pflegewissenschaftlichen Literatur als „moralischer Mut“ (moral courage) beschrieben wird: die Bereitschaft, sich auch unter dem Risiko von Konflikten und negativen Konsequenzen für die Interessen der Patient*innen einzusetzen (Numminen et al., 2017). Die Advokat*innenrolle kann also nicht einfach „ausgeführt“ werden wie eine technische Aufgabe, vielmehr setzt sie moralischen Mut voraus.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die Pflegefachpersonen nicht als willenloser verlängerter Arm der Patient*innen agieren, sondern auch ihre eigenen situativen Einschätzungen in die Fürsprache einbringen. Dies wirft kritische, in der einschlägigen pflegewissenschaftlichen Literatur bislang kaum adressierte Fragen auf: die Frage, inwieweit die verfolgten Ziele den Interessen der Patient*innen tatsächlich entsprechen oder ob unter dem Anspruch advokatorischen Handelns ein verdeckter Aktivismus für eigene normative Vorstellungen von Betreuung und Behandlung erfolgt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die durch die Rolle als Advokat*in gewonnene Gestaltungsmacht mitunter dazu genutzt wird, erfahrene Marginalisierung innerhalb hierarchischer Strukturen zu kompensieren. Mit anderen Worten: Kommt es zu einer Instrumentalisierung des Willens der Patientin bzw. des Patienten für die Verfolgung eigener Zwecke?

7.1.2 Die Vermittler*innenrolle zwischen Brückenfunktion und Reproduktion traditioneller Rollenverständnisse

Die befragten Pflegefachpersonen betonen, dass sie bei Anwesenheit von Angehörigen in Ethik-Fallbesprechungen die Rolle von Vermittler*innen bzw. Übersetzer*innen übernehmen. Sie übersetzen medizinische Fachinformationen in eine für Laien verständliche Sprache und ermöglichen den Angehörigen so eine aktive Teilhabe an den Besprechungen. Die Ergebnisse bestätigen die im theoretischen Hintergrund dargestellten Befunde von Schot et al. (2020) zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Schot et al. zeigen, dass Pflegefachpersonen deutlich häufiger kommunikative Lücken überbrücken als Ärzt*innen. Die Autor*innen ordnen dieses Verhalten zunächst in den Kontext traditioneller Vorstellungen von Pflege als Hilfsberuf

(*ancillary profession*) ein, beispielsweise indem sie anderen hilft oder sich an Kommunikationsstile anderer Berufsgruppen anpasst. Zugleich betonen sie, dass zwischen *bridging* und *adapting* zu unterscheiden ist: Überbrückungsverhalten muss nicht Unterordnung bedeuten, sondern kann auf eine zentrale Position der Pflege im Informationsfluss kollaborativer Settings hinweisen. (Schot et al., 2020, S.337). Ein ähnliches Muster zeigt sich auch in den vorliegenden Ergebnissen. Pflegefachpersonen schaffen kommunikative Bedingungen, die es Angehörigen ermöglichen, gleichberechtigt an Ethik-Fallbesprechungen teilzunehmen. Durch das Überbrücken sprachlicher Barrieren und die Einbindung der Angehörigen in den Gesprächsprozess leisten sie einen wesentlichen Beitrag zum Informationsfluss zwischen dem behandelnden Team und den Angehörigen. Die Notwendigkeit eines solchen Vermittlungsverhaltens ist jedoch kritisch zu betrachten, da die übrigen Beteiligten dann ihrer etablierten Kommunikationsweise verhaftet bleiben und die Pflegefachperson das entstehende kommunikative Ungleichgewicht ausgleicht. Durch die Übernahme der „Caring“-Rolle ermöglicht sie es den anderen Beteiligten, selbst nicht für die gleichberechtigte Partizipation der Angehörigen „caren“ zu müssen. Ohne die Anerkennung der Vermittler*innenrolle und ohne eine kritische Reflexion darüber, warum diese Rolle überhaupt notwendig ist, besteht das Risiko, dass traditionelle Rollenbilder einer fürsorglichen Pflege, die im Dienste der Medizin steht, unreflektiert reproduziert werden.

7.1.3 Pflegerisches Patient*innenwissen als professionelle Syntheseleistung

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen einen zentralen Beitrag leisten, indem sie ihr Wissen über die Patient*innen einbringen. Dieses Wissen nehmen Pflegefachpersonen als sehr wichtig wahr, um ethische Entscheidungen zu treffen. Dennoch stufen sie dieses Wissen gegenüber objektivierbarem Faktenwissen, als epistemisch minderwertig ein. Dies deutet auf eine verinnerlichte Wissenshierarchie hin, die vor allem vor dem Hintergrund der Dominanz des biomedizinischen Modells in der Literatur diskutiert wird (Engel, 1977). Dabei steht die Abwertung des pflegerischen Wissens im grundlegenden Widerspruch zu dessen tatsächlicher Funktion und Bedeutung im ethischen Entscheidungsprozess. Chinn et al. (2022) beschreiben fünf Arten pflegerischen Wissens: empirisches, ästhetisches, persönliches, ethisches und emanzipatorisches Wissen. Diese stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern greifen in der Pflegepraxis kontinuierlich ineinander. Pflegefachpersonen bedienen sich dieser Wissensformen im direkten Kontakt mit Patient*innen und treffen auf dieser Grundlage implizite Bewertungen darüber, welche Wahrnehmungen für

eine gut informierte ethische Entscheidungsfindung von Bedeutung sind. Das in die Ethik-Fallbesprechung eingebrachte Wissen über die Patient*innen ist somit kein unreflektiertes Alltagswissen, sondern das Ergebnis einer professionellen Syntheseleistung. Das, was als Wissen über die Patient*innen in Ethik-Fallbesprechungen sichtbar wird, speist sich aus dem empirischen, ästhetischen, persönlichen, ethischen und emanzipatorischen Wissen der Pflegefachperson.

7.1.4 Das Potenzial pflegerischer Sprache

In den Ergebnissen wird ein von den Pflegefachpersonen wahrgenommenes Professionalitätsideal sichtbar. Dieses Ideal markiert Beiträge dann als professionell, wenn sie in einer technisch-medizinischen Fachsprache vorgetragen werden. Die technisch-medizinische Fachsprache wird als objektive Referenzsprache wahrgenommen. Pflegerische Sprache, die Wahrnehmungen vom Patient*innenbett teilt, wird dagegen als subjektiv und damit weniger professionell markiert. Rehbock (2016) betont jedoch, dass etwa die Darstellung der Krankengeschichte keineswegs wertneutral, sondern bei näherer Betrachtung sich häufig als hochgradig wertend und normativ erweist. Dabei wird implizit vorausgesetzt, dass das aus einer objektivierenden und schematisierenden biomedizinischen Perspektive als „das Beste“ erkannte zugleich dem subjektiv Besten für die Patient*in in ihrer individuellen Situation entspricht und entsprechend umgesetzt werden soll (Fiebach et al., 2016). Aus Rehbocks Gedanken lässt sich ableiten, dass Darstellungen in technisch-medizinischer Fachsprache nicht neutral sind. Sie transportieren naturwissenschaftlich-objektivierende Werte und setzen diese implizit als das Beste für Patient*innen voraus. Dadurch besteht die Gefahr, dass das, was die Patient*innen als „das Beste“ ansehen, übersehen wird. Eine Privilegierung der technisch-medizinischen Fachsprache droht sich demnach in Ethik-Fallbesprechungen durch ihre Abstraktion von der gelebten Realität der Patient*innen zu distanzieren. Der spezifische Mehrwert pflegerischer Sprache, die Eindrücke aus der Lebenswelt am Bett der Patient*innen im Hinblick auf existenzielle Dimensionen wie Schmerz, Leiden, Angst und Sterben sprachlich zum Ausdruck bringen kann, droht ungenutzt zu bleiben. Dadurch können zentrale ethische Herausforderungen unterbeleuchtet bleiben. Die Patient*innenorientierung klinischer Ethik-Fallbesprechungen hängt damit auch davon ab, ob Pflegefachpersonen ihre Sprache anpassen müssen, um ihren Beiträgen Wert zu verleihen.

7.1.5 Ethik-Fallbesprechung und Ethikkomitee im Vergleich

Die befragten Pflegefachpersonen beurteilen ihre Teilnahme an klinischen Ethik-Fallbesprechungen überwiegend positiv. Sie schätzen die Möglichkeit, ihre Anliegen einzubringen, und erleben die Zusammenarbeit mit den anderen Beteiligten als gleichberechtigte Partnerschaft. Dies steht auf den ersten Blick im Widerspruch zu Kohlens Feldstudie zu Ethikkomitees in den USA und Deutschland (Kohlen, 2009). In dieser Studie zeigt Kohlen, dass ethische Anliegen von Pflegefachpersonen systematisch an den Rand gedrängt oder abgetan werden (Kohlen, 2020).

Diese Diskrepanz lässt sich auf zwei Ebenen diskutieren. Einerseits divergieren Selbst- und Fremdwahrnehmung: Während die Pflegefachpersonen ihre Partizipation als gleichwertig erleben, beobachtet Kohlen eine strukturelle Marginalisierung pflegerischer Perspektiven. Zum anderen unterscheiden sich die untersuchten Formate. Kohlens Studie bezieht sich auf klinische Ethikkomitees, während in der vorliegenden Arbeit Erfahrungen aus klinischen Ethik-Fallbesprechungen im Mittelpunkt stehen.

Für die Diskrepanz bieten sich zwei Interpretationen an. Eine kritische Lesart folgt Kohlens Beobachtung, dass Pflegende ihre eigenen ethischen Anliegen tendenziell minimieren und kleinreden (Kohlen, 2010). Demnach wäre die positiv erlebte Partizipation nicht Ausdruck tatsächlicher Gleichberechtigung, sondern Resultat einer verinnerlichten Selbstabwertung und internalisierter Marginalisierung. Die Anliegen, die Pflegefachpersonen als einbringbar wahrnehmen und tatsächlich einbringen, wären dann weniger spezifisch pflegerische ethische Herausforderungen, sondern vielmehr Anliegen, die die medizinische Therapie betreffen.

Eine konstruktivere Interpretation legt hingegen nahe, dass das Format der klinischen Ethik-Fallbesprechung pflegerischen Anliegen strukturell mehr Raum lässt als die rigideren Strukturen von klinischen Ethikkomitees. Gut funktionierende Teamdynamiken im klinischen Alltag, eine professionelle Moderation und die advokatorische Haltung der Pflegefachperson für ihre Patient*innen können gemeinsam dazu beitragen, dass der Austausch auf Augenhöhe gelingt und pflegerische Themen aktiv eingebracht werden.

7.1.6 Die Moderation als machtvolle Instanz in Ethik-Fallbesprechungen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Moderation von klinischen Ethik-Fallbesprechungen wichtig dafür ist, ob und in welchem Umfang Pflegefachpersonen ihre Perspektive einbringen

können. Eine professionelle Moderation, die sich der bestehenden Machtasymmetrien zwischen den beteiligten Berufsgruppen bewusst ist, kann gezielt dazu beitragen, pflegerische Beiträge sichtbar zu machen und gleichberechtigt in den Diskurs einzubinden. Dies unterstreicht die Bedeutung einer spezifischen Qualifizierung von Ethikberater*innen für den Kontext der klinischen Ethikberatung, wie sie etwa durch die AEM angeboten wird (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2023). Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass das Rollenverständnis von Ethikberater*innen je nach professionellem Hintergrund variiert. Wer aus einer klinischen Profession (z.B. Medizin, Pflege) kommt, denkt im Kontext von Ethik-Fallbesprechungen anders über Verantwortung, Konsequenzen und Entscheidungen nach als jemand, der primär analytisch-beratend (z.B. Philosophie, Recht, Theologie) tätig ist (Weise & Daly, 2014). Angesichts der einflussreichen Position, die Moderator*innen in Ethik-Fallbesprechungen einnehmen, kann dies das Outcome der Besprechungen maßgeblich beeinflussen.

Außerdem beeinflussen weitere Vorprägungen der Ethikberater*innen die Gewährung von Gesprächsräumen. So zeigen Seidlein et al. (2026) im Kontext von Ethikfallberatung, dass verborgene Dimensionen wie professionelle Hierarchien, Fachsprache und implizite Vorannahmen über Expertise beeinflussen, wer sich berechtigt fühlt, zu sprechen, und welche Anliegen als ethisch relevant anerkannt werden. Ein entscheidender Punkt, um die durch verborgene Dimensionen verengten Gesprächsräume in der klinischen Ethikberatung anzugehen, ist die kritische Selbstreflexion der Ethikberater*innen hinsichtlich ihrer eigenen expliziten und impliziten Vorannahmen (Seidlein et al., 2026). Eine sensible und reflektierte Moderation ist unabdingbar, um vermeintlich marginalisierten Perspektiven aktiv Raum zu verschaffen und einer einseitigen Gesprächsdynamik entgegenzuwirken.

7.1.7 Retrospektive Ethik-Fallbesprechungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Ethik-Fallbesprechungen aus Sicht der Pflegefachpersonen häufig zu spät einberufen werden. Der Wunsch nach einer frühzeitigeren Einberufung legt nahe, dass Pflegefachpersonen ethische Konflikte bereits früh im Behandlungsverlauf wahrnehmen und die Ethik-Fallbesprechung als geeignetes Instrument betrachten, um diesen strukturiert zu begegnen. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Pflegefachpersonen ethische Herausforderungen u.a. dann wahrnehmen, wenn eine Therapie für die betroffene Person aus pflegerischer Sicht keinen Nutzen mehr verspricht. Die Ethik-Fallbesprechungen bieten dann

den Rahmen in dem nicht-benefizielle Maßnahmen reflektiert werden können. Dies deckt sich mit dem Befund der empirischen Literatur, wonach klinische Ethik-Fallbesprechungen ein wirksames Instrument darstellen, nicht-benefizielle Behandlungen zu identifizieren und zu unterbinden (Schneiderman et al., 2003).

Die späte Einberufung von Ethik-Fallbesprechungen deutet darauf hin, dass zu diesem Zeitpunkt bereits ethische Konflikte mit realen Konsequenzen für die Patient*innen eingetreten sind. In diesem Fall erfüllt die Fallbesprechung primär eine retrospektive Funktion: Ethisch fragwürdige Behandlungen werden als solche reflektiert, nachdem sie bereits stattgefunden haben – mitunter, nachdem bereits ein Schaden eingetreten ist. Als responsives Regulativ leisten klinische Ethik-Fallbesprechungen damit zwar einen wichtigen Beitrag zur nachträglichen Reflexion nicht-benefizieller Maßnahmen, können jedoch eine sorgfältige prospektive Nutzen-Schaden-Abwägung vor Behandlungsbeginn nicht ersetzen. Um nicht-benefizielle Therapien frühzeitig zu erkennen und zu verhindern, ist also weiterhin eine präventive Einschätzung erforderlich. Bei solchen präventiven ethischen Reflexionen können klinische Ethik-Fallbesprechungen einen ebenfalls einen hilfreichen Rahmen bieten.

7.2 Interpretation der Ergebnisse im Kontext des Forschungsstandes

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der identifizierten Studien zum Forschungsstand (Kapitel 3) mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie verglichen. So können Gemeinsamkeiten und Abweichungen erkannt werden.

7.2.1 Gemeinsamkeiten

Sowohl Svantesson et al. (2008) als auch Bartholdson et al. (2016) betonen, dass Pflegefachpersonen eine aktive Moderation als entscheidend für ihre eigene Beteiligung betrachten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, in der die Pflegefachpersonen die Moderation als wesentlich für ihre aktive Beteiligung an den klinischen Ethik-Fallbesprechungen wahrnehmen. Bartholdson et al. (2018) stellen heraus, dass Pflegefachpersonen ihre Beiträge in einer Atmosphäre des gegenseitigen Verständnisses als wirksam empfinden. In der vorliegenden Studie wird deutlich, dass diese Atmosphäre maßgeblich durch die aktive Gesprächsführung der Moderator*innen gesichert wird.

Bartholdson et al. (2016) zeigen auf, dass Pflegefachpersonen in Ethik-Fallbesprechungen das Ziel verfolgen, das Situationsverständnis aller Beteiligten für die Situation der Patient*innen sowie ihres Nahfeldes zu erhöhen. Dies lässt sich auch in der vorliegenden Studie nachweisen. Die interviewten Pflegefachpersonen stellen jedoch auch heraus, dass eine rein verbale Schilderung der Situation nicht alle Aspekte erfasst. Dennoch versuchen sie, die Situation der Patient*innen durch ausführliche Schilderungen zu verbildlichen.

Die Einschätzung, dass Ethik-Fallbesprechungen aus Sicht der Pflegefachpersonen zu spät einberufen werden, deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sowie mit den Befunden von Bartholdson et al. (2018). Dies ist vermutlich auf die noch junge Implementierung der klinischen Ethikberatung in den betreffenden Krankenhäusern zurückzuführen. In diesem Implementierungsprozess muss das Bewusstsein für entsprechende Strukturen und Verfahren erst noch wachsen. Zusätzlich wird die Verantwortlichkeit für die Einberufung der klinischen Ethik-Fallbesprechungen möglicherweise bei den Ärzt*innen gesehen. Dadurch schätzen Pflegefachpersonen ihren Einfluss auf den Zeitpunkt der Besprechungen als geringer ein. Damit verbunden ist der von den befragten Pflegefachpersonen geäußerte Wunsch nach Diskussionsräumen, in denen ethische Anliegen eingebracht werden können. Dieses Bedürfnis wird auch von De Brito & De Oliveira Santa Rosa (2019) als zentrales Ergebnis ihres Integrated Reviews benannt.

Ein zentraler Befund der vorliegenden Arbeit, der sich mit den Ergebnissen von Bartholdson et al. (2016) deckt, ist, dass pflegerische Beiträge in klinischen Ethik-Fallbesprechungen maßgeblich durch die unmittelbare Nähe der Pflegefachpersonen zu den Patient*innen sowie durch ihr Bewusstsein für die relationale Dimension der Pflegebeziehung geprägt sind.

De Brito & De Oliveira Santa Rosa (2019) identifizieren Wissen, Fertigkeiten und Haltungen als zentrale Kernkompetenzen für eine erfolgreiche Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen. In der vorliegenden Arbeit tritt vor allem die Haltung der Fürsprecher*in als handlungsleitend hervor. Das pflegerische Wissen, das sich primär als Wissen über die individuelle Patient*innensituation äußert, wird von den Befragten demgegenüber weniger explizit als eigenständige Kernkompetenz benannt.

7.2.2 Abweichungen

Die Rahmenbedingungen klinischer Ethik-Fallbesprechungen werden von Pflegefachpersonen als bedeutsam für ihre Beteiligung wahrgenommen. De Brito & De Oliveira Santa Rosa (2019)

zeigen, dass diese Rahmenbedingungen von Pflegefachpersonen als Barrieren erlebt werden können. Bartholdson et al. (2018) konkretisieren dies dahingehend, dass hierarchische Dynamiken dazu führen, dass die medizinische Perspektive auf die Patient*innensituation den Diskurs dominiert. In der vorliegenden Arbeit werden hierarchische Dynamiken hingegen nicht als zentrale Hemmnisse thematisiert. Die befragten Pflegefachpersonen nehmen die Moderation als ausgleichendes Element wahr, das hierarchische Gefälle in den Besprechungen wirksam abmildert. Auch die Dominanz der medizinischen Perspektive wird nicht klar von der eigenen pflegerischen Perspektive abgegrenzt. Eine genuin pflegerische Sichtweise wird nicht explizit konträr der medizinischen Perspektive gegenübergestellt. Vielmehr scheint es als selbstverständlich akzeptiert, dass die medizinische Perspektive durch pflegerische Beiträge in Bezug auf Fragen der Therapie und Behandlung ergänzt wird. Entsprechend lässt sich der Befund von Bartholdson et al. (2018), wonach Pflegefachpersonen den Diskurs als von Einzelnen dominiert erleben, durch die vorliegende Arbeit nicht bestätigen. Die befragten Pflegefachpersonen nehmen ihre Teilhabe als gleichberechtigt und mitwirkend wahr. Gleichwohl wird aus pflegerischer Perspektive eine Dominanz des kurativen Handlungsimperativs wahrgenommen, die in den klinischen Ethik-Fallbesprechungen von den Pflegefachpersonen kritisch thematisiert wird, insbesondere im Hinblick auf die Ermöglichung eines würdevollen Sterbeprozesses. Die Dominanz der medizinischen Perspektive lässt sich somit nur von außen durch eine kritische Einordnung in einen wissenschaftstheoretischen Diskurs bescheinigen.

7.3 Einordnung in den aktuellen pflegewissenschaftlichen Diskurs

Der aktuelle pflegewissenschaftliche Diskurs zur pflegerischen Beteiligung an der klinischen Ethikberatung befasst sich mit institutionell verankerten Pflegeethiker*innen, der multi- bzw. interprofessionellen Zusammensetzung der Besprechungsrunden sowie den involvierten verborgenen Dimensionen in der klinischen Ethikberatung.

7.3.1 Verborgene Dimensionen in der klinischen Ethikberatung

Seidlein et al. (2026) beleuchten entscheidende, oft übersehene Dimensionen in der klinischen Ethikberatung. Dazu zählen: Fragen der Macht und des Wissens, die auf strukturelle und epistemische Ungerechtigkeiten hinweisen, sowie weitere epistemische Probleme wie implizite

Vorurteile und Subjektivität, intersektionale Diskriminierung und die begrenzte Beteiligung von Patienten und ihren Angehörigen. Die Autor*innen argumentieren, dass epistemische Ungerechtigkeit, also die strukturelle Abwertung oder Unsichtbarmachung bestimmter Wissensformen und Perspektiven, auch in klinischen Ethik-Fallbesprechungen wirksam ist und deren Verlauf sowie Ergebnisse maßgeblich beeinflussen kann. Vor allem dann, wenn bestimmte Stimmen systematisch ausgeblendet werden oder wenn Rahmenbedingungen für das Verständnis ethischer Belange auf dominante kulturelle Perspektiven beschränkt sind (ebd.). In der vorliegenden Studie wird beobachtet, dass eine Hierarchisierung bestimmter Wissensformen internalisiert ist. Dies zeigt sich einerseits in der Selbstabwertung der eigenen Beiträge als subjektiv im Vergleich zu vermeintlich objektiven Fakten und andererseits in der sprachlichen Gestaltung der Beiträge, die dem vorherrschenden Professionsideal einer nicht-medizinfachsprachlichen Pflegesprache nicht entspricht.

Die Autor*innen sprechen auch die begrenzte Beteiligung von Patient*innen und deren Angehörigen als einen verzerrenden Aspekt an, der den Verlauf und den Ausgang der klinischen Ethikberatung beeinflusst (Seidlein et al., 2026). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass in keinem der beschriebenen Fälle die Patient*in anwesend war. Dies ist angesichts der verborgenen Dimensionen, die die klinische Ethikberatung beeinflussen, als sehr bedeutend anzusehen. Die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche sind somit stets einer gewissen Interpretation und Subjektivität der einbringenden Person unterworfen. Wie in der Diskussion schon dargestellt, ist dies vor allem bei der Ausübung der Fürsprecher*innenrolle problematisch, da es hier zu einer Instrumentalisierung der Fürsprache für eigene Zwecke kommen kann. In einigen Ethik-Fallbesprechungen waren hingegen Angehörige anwesend. Die Pflegefachpersonen haben dann die Vermittler*innenrolle eingenommen. Hier wäre es interessant zu hinterfragen, wie sich die Anwesenheit der Angehörigen auf die Rolle der Pflegefachpersonen und den Ablauf einer solchen Ethik-Fallbesprechung auswirkt. Und wie die Advokat*innenrolle und die Vermittler*innenrolle miteinander interagieren.

7.3.2 Die Rolle von Pflegeethiker*innen

Eine Maßnahme die bestehende epistemische Ungerechtigkeiten im klinischen Alltag adressieren könnte ist der Einsatz einer Pflegeethiker*in. So widmet das bedeutende pflegewissenschaftliche Journal „Nursing Ethics“ in einer Sonderausgabe im Jahr 2023 die Rolle der Pflegeethiker*innen. Darin wird der Wert von Pflegeethiker*innen für die klinische

Ethikberatung hervorgehoben (J. Jones et al., 2023; Morley et al., 2023; Wolfe, 2023). Die Kernaufgaben von Pflegeethiker*innen besteht darin, Pflegefachpersonen durch ethische Bildung, strukturelle Unterstützung und kritische Reflexion dazu zu befähigen, ethische Herausforderungen im Pflegealltag kompetent zu bewältigen. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung von Ethikwissen, sondern auch um die Förderung praktischer moralischer Urteilskraft sowie die Schaffung von Räumen, in denen pflegerische Ethik gedeihen kann (Morley et al., 2023). Pflegeethiker*innen gestalten moralische Räume, stärken das ethische Klima und verhindern so, dass ethische Dilemmata ein belastendes Ausmaß erreichen (Wolfe, 2023). Als Mitglied des klinischen Ethikberatungsteams trägt die Pflegeethiker*in darüber hinaus dazu bei, dass potenzielle „monoprofessionelle“ Vorurteile in den Runden der klinischen Ethikberatung überwunden werden können, indem sie den interprofessionellen Charakter dieser Beratung hervorhebt (J. Jones et al., 2023). Die institutionelle Verankerung einer Pflegeethiker*in bietet die Möglichkeit, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen, die in der vorliegenden Studie als weniger bedeutend identifiziert wurden, sichtbar zu machen. Sie kann den Pflegefachpersonen den Rücken stärken und ihnen die Vielfalt und Bedeutung ihrer Beiträge für den ethischen Diskurs bewusst machen. Und so eine wahre Interprofessionalität in den Runden fördern. Denn wie Seidlein & Salloch (2025) betonen, ist die Voraussetzung für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit das Verstehen der eigenen professionellen Rolle. Darüber hinaus muss aber auch das Wissen und die Anerkennung über die professionellen Kompetenzen der anderen Berufe gestärkt werden. Damit zeigen die Autor*innen auf, dass für die gelingende interprofessionelle Entscheidungsfindung schon in der Lehre die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden muss (ebd.). Im Hinblick auf die im klinischen Ethikdiskurs verborgenen Machtdynamiken und epistemischen Ungerechtigkeiten, die auch in der vorliegenden Studie beobachtet werden können, machen deutlich, dass die Stärkung der pflegerischen Position nicht allein Aufgabe der Pflegeprofession sein kann. Gelebte Interprofessionalität ist eine gemeinsame Verantwortung aller beteiligten Berufsgruppen.

7.4 Limitationen

Das Studiendesign und die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse sind durch Limitationen eingeschränkt, die für die Einordnung der Befunde relevant sind. Im Sinne der Transparenz

werden im Folgenden die zentralen Limitationen in den Bereichen Sample und Datenerhebungsmethode erläutert.

Das vorliegende Convenience-Sample weist hinsichtlich der theoretischen Generalisierbarkeit, der Kontextgebundenheit und möglicher Gatekeeper*innen-Bias Limitationen auf. So ist das Sample mit zehn befragten Pflegefachpersonen relativ klein. Mit Ausnahme einer Person identifizieren sich alle interviewten Pflegefachpersonen als weiblich. Hier könnten geschlechterbezogene Aspekte unterbeleuchtet sein. Außerdem haben einige der befragten Pflegefachpersonen eine höhere hierarchische Stellung, zum Beispiel als Stationsleitung, was qua institutionell gesicherter Position schon eine andere Stellung im multiprofessionellen Gefüge sichert. Das Ziel, ausschließlich Bedside-Nurses ohne weitere Funktion zu rekrutieren, wurde nicht erreicht. Einige der Pflegefachpersonen haben zudem bereits eine Weiterbildung in klinischer Ethikberatung besucht. Sie haben möglicherweise eine größere Sensibilität für die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der klinischen Ethikberatung. Einige der befragten Pflegefachpersonen waren als Protokollant*innen in den klinischen Ethik-Fallbesprechungen vertreten. Sie reflektieren somit nicht nur ihre eigene Sichtweise, sondern auch Aspekte, die sie bei anderen Pflegefachpersonen in den Ethik-Fallbesprechungen beobachtet haben. Die Erkenntnisse, die durch diese Arbeit gewonnen wurden, stammen aus unterschiedlich gut etablierten Strukturen der klinischen Ethikberatung, da die klinische Ethikberatung in einigen der Institutionen, in denen die Teilnehmer*innen rekrutiert wurden noch am Anfang steht. Durch den Gatekeeper-Bias ist außerdem eine Bevorzugung besonders engagierter Stimmen in Ethik-Fallbesprechungen denkbar.

Als weitere Limitation ist die Erhebungsmethode der problemzentrierten Interviewstudie zu nennen. Aufgrund von Erinnerungs- und Rekonstruktionsfehlern bei der Schilderung von zum Teil mehrere Monate zurückliegenden Ethik-Fallbesprechungen wurde Vergangenes möglicherweise ungenau erinnert. Der Fokus des problemzentrierten Leitfadens hat möglicherweise dazu beigetragen, dass unerwartete Themen weniger Raum erhielten

8. Implikationen für die Praxis

Aus den Ergebnissen lassen sich konkrete Empfehlungen für die Praxis ableiten, die auf den Ausbau klinischer Ethikberatungsstrukturen abzielen. Die Empfehlungen adressieren dabei unterschiedliche Ebene zwischen Trägerorganisationen, Institutionen, und Qualifizierung von

Pflegefachpersonen. Die Implikationen werden im Folgenden nur kurz umrissen und stichpunktartig aufgelistet.

Trägerorganisation:

- Ethikberater*innen mit pflegerischem Hintergrund: Die verstärkte Ausbildung und Einbindung von Ethikberater*innen mit pflegerischem Hintergrund kann dazu beitragen, pflegerische Themen in Fallbesprechungen stärker zu fokussieren. Eine entsprechende Haltung der Moderierenden kann in Ethik-Fallbesprechungen dazu beitragen, sprachliche Vielfalt zu fördern.
- Angemessene Vergütung des Engagements sicherstellen: Das Engagement in Ethik-Fallbesprechungen sollte angemessen entlohnt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass alle beteiligten Berufsgruppen zum Besprechungsergebnis beitragen. Aufgrund unterschiedlicher Gehaltsstrukturen kann es jedoch zu einer ungleichen Vergütung der aufgewendeten Zeit kommen. Um Beitragsgerechtigkeit herzustellen, wäre hier eine höhere Vergütung der aufgewendeten Zeit für Pflegefachpersonen und weitere nichtärztliche Berufsgruppen denkbar.

Institutionen:

- Institutionell verankerte Pflegeethiker*innen: Diese können Reflexionsräume schaffen, Ethikkompetenzen sichtbar machen, das ethische Klima stärken und Pflegefachpersonen gezielt für die ethische Entscheidungsfindung schulen.
- Einberufung der Ethik-Fallbesprechungen durch Pflegefachpersonen: Aus der Perspektive von Pflegefachpersonen werden Ethik-Fallbesprechungen häufig zu spät initiiert. Da Pflegefachpersonen im direkten Versorgungsalltag eine ausgeprägte Sensibilität für ethische Konflikte entwickeln und frühzeitig erkennen, wann Handlungsbedarf besteht, sollte ihnen die Möglichkeit eingeräumt werden, Ethik-Fallbesprechungen eigenverantwortlich einzuberufen.
- Präventives und prospektives Potenzial von Ethik-Fallbesprechungen ausschöpfen: Die Ergebnisse zeigen, dass Ethik-Fallbesprechungen aktuell überwiegend retrospektiv stattfinden. Das Potenzial präventiver und prospektiver Ethik-Fallbesprechungen wird aktuell nicht genutzt. Hier sollten die Professionen bestärkt werden, schon frühzeitig die Einberufung einer Ethik-Fallbesprechung in Betracht zu ziehen.
- Stärkung des professionellen Selbstverständnisses: Die Befähigung und Bewusstmachung der ethischen Kompetenzen innerhalb der Profession kann durch

monoprofessionelle Ethik-Fallbesprechungen erreicht werden. Diese bieten die Möglichkeit, pflegerisches Können innerhalb der Berufsgruppe zu reflektieren, zu artikulieren und ein kollektives Selbstbewusstsein für die eigene ethische Urteilkraft zu entwickeln.

Qualifizierung:

- Sensibilisierung für die machtvolle Advokat*innenrolle: In der hochschulischen Pflegebildung (Bachelor/Master) sollte für die machtvolle Position der Advokat*innenrolle sensibilisiert werden und so auch ein kritisch-reflexiver Umgang damit ausgebildet werden.
- Sprachliche Vielfalt fördern: Die hochschulische Ausbildung sollte eine bewusst sprachbezogene Qualifizierung ermöglichen. Im Rahmen von Ethikseminaren sollte im Zuge einer sprachphilosophischen Auseinandersetzung Sensibilität für Sprache geschaffen werden. Ziel ist ein selbstbewusster, reflektierter Umgang mit der pflegeprofessionellen Sprache.

9. Conclusio & Forschungsausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeichnen insgesamt das Bild, dass die Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen einen wesentlichen Beitrag zur ethischen Entscheidungsfindung leistet. Als Fürsprecher*innen bringen sie die Interessen, Wünsche und Anliegen der Patient*innen ausführlich und aus nächster Nähe in die Besprechung ein. Damit stellen sie sicher, dass die Patient*innen im Mittelpunkt der Besprechung stehen. Mit ihren Perspektiven und Wahrnehmungen erweitern sie außerdem den Diskurs um wichtige ethische Aspekte. Die Auseinandersetzung mit der Beteiligung von Pflegefachpersonen an Formaten der klinischen ethischen Entscheidungsfindung erweist sich daher als erkenntnisreich. Dies betrifft nicht nur förderliche und hemmende Faktoren pflegerischer Beteiligung an der klinischen Ethikberatung, sondern auch die Offenlegung von Professionsmerkmalen der Pflege im Kontext der klinischen Ethik. Dieser Forschungsbereich verdient daher eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung.

Zukünftige Studien sollten neben der Befragung von Pflegefachpersonen auch die Methode der Beobachtung einsetzen, um die Lücke zwischen Selbstwahrnehmung der Pflegefachpersonen

und tatsächlichem Verhalten in den klinischen Ethik-Fallbesprechungen zu schließen. Wünschenswert wäre dabei eine Begleitung des gesamten Prozesses. Also von der Anbahnung einer Ethik-Fallbesprechung über deren Durchführung bis hin zur Nachbereitung. Von besonderem Interesse wäre dabei die Frage, wie sich die Ergebnisse der Besprechungen auf jene Pflegefachpersonen auswirken, die in der direkten Versorgung mit den daraus folgenden Konsequenzen konfrontiert sind. Darüber hinaus erscheint es lohnend, die Perspektive der Moderator*innen stärker in den Blick zu nehmen, um Chancen und Herausforderungen pflegerischer Beteiligung auch aus ihrer Sicht zu beleuchten.

Schließlich wäre eine österreichweite Bestandsaufnahme der Praxis klinischer Ethikberatung wünschenswert, um den Entwicklungsstand systematisch einschätzen und vergleichen zu können. Dabei sollten auch außerklinische Strukturen der Ethikberatung eingeschlossen werden.

10. Referenz

10.1 Literaturverzeichnis

- Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(1), 141–151. <https://doi.org/10.1177/0969733019832950>
- Aiken, L. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., McKee, M., Lasater, K. B., Sloane, D., Pogue, C. A., Kohnen, D., Dello, S., Maier, C. B. B., Drennan, J., & McHugh, M. D. (2024). Physician and nurse well-being, patient safety and recommendations for interventions: Cross-sectional survey in hospitals in six European countries. *BMJ Open*, 14(2), e079931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079931>
- American Society for Bioethics and Humanities. (2026). *About*. <https://asbh.org/about/american-society-bioethics-humanities>
- Arendt, H. (2019). *Vita activa oder Vom tätigen Leben* (Ungekürzte Taschenbuchausgabe, 20. Auflage). Piper.
- Austgard, K. (2007). Language and the experience of patients' values in nursing care: A theoretical exploration. *Nurse Education Today*, 27(2), 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.04.005>
- Barmherzige Brüder Österreich. (2016). *Ethikkonsil*. Barmherzige Brüder Österreich. https://www.barmherzige-brueder.at/dl/uoksJmoJkLIJqx4KJKJmMJkkO/BBEthik_Ethikkonsil_Infofolder_pdf
- Bartholdson, C., Lützén, K., Blomgren, K., & Pergert, P. (2016). Clarifying perspectives: Ethics case reflection sessions in childhood cancer care. *Nursing Ethics*, 23(4), 421–431. <https://doi.org/10.1177/0969733015570511>

- Bartholdson, C., Molewijk, B., Lützén, K., Blomgren, K., & Pergert, P. (2018). Ethics case reflection sessions: Enablers and barriers. *Nursing Ethics*, 25(2), 199–211. <https://doi.org/10.1177/0969733017693471>
- Bartholomeyczik, S., & Schrems, B. (2023). Pflegeforschungsethik. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer, & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft. 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 261–286). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86225-000>
- Baumann-Hölzle, R., Riedel, A., & Dinges, S. (2025). Ethische Entscheidungen strukturieren und begründen. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege* (S. 35–45). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70612-1_5
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2024a). Moralische Prinzipien. In D. Lanzerath & A. Halsband (Hrsg.), *Prinzipien der Bioethik* (S. 167–560). Verlag Karl Alber. <https://doi.org/10.5771/9783495998045>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2024b). *Prinzipien der Bioethik* (D. Lanzerath & A. Halsband, Hrsg.; 1. Auflage 2024). Verlag Karl Alber.
- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. (2018). *Medizin und Ökonomie. Stellungnahme der Bioethikkommission*. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt.
- Birnbacher, D. (2021). Autonomie – Konzepte und Konflikte. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1–16). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_74-2
- Bischoff-Wanner, C. (1997). *Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert* (3., durchges. Aufl., überarb. und erw. Neuausg). Campus-Verl.

- Bruns, F. (2012). Ethikberatung und Ethikkomitees in Deutschland. In A. Frewer, F. Bruns, & A. T. May (Hrsg.), *Ethikberatung in der Medizin* (S. 19–29). Springer Berlin Heidelberg.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (2024). Polaschek/Brunner/Hacker/Hanke: Unterzeichnung Zielvereinbarung 2025-2033 zur partnerschaftlichen Steuerung des AKH Wien. *Presseausendung*. https://www.bmb.gv.at/Ministerium/Presse/2024_archiv/20240704a.html
- Caram, C. D. S., Peter, E., Velloso, I. C., Rezende, L. C., Canevar, B. P., Rabelo, M., & Vargas, M. A. D. O. (2025). Nurses' Advocacy in Intensive Care: What Insights Can Nurses' Experiences During the Pandemic Reveal? *Nursing Inquiry*, 32(1), e12683. <https://doi.org/10.1111/nin.12683>
- Cartaxo, A., Eberl, I., & Mayer, H. (2022). Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil I: Häufigkeit von Missed Nursing Care und assoziierten Einflussfaktoren auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern. *HeilberufeScience*, 13(S2), 30–42. <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00387-x>
- Chinn, P., Kramer, M., & Sitzman, K. (2022). Nursing's Fundamental Patterns of Knowing. In *Knowledge development in nursing* (11. Aufl., S. 1–22). Elsevier, Inc.
- Coors, M., & Dörries, A. (2016). Ethisches Urteilen in moderierten Fallbesprechungen – Eine Interpretation von Leitfäden für ethische Fallbesprechungen. In R. J. Jox, G. Marckmann, & O. Rauprich (Hrsg.), *Vom Konflikt zur Lösung* (S. 189–203). Brill | mentis. https://doi.org/10.30965/9783897850798_017
- Crico, C., Sanchini, V., Casali, P. G., & Pravettoni, G. (2021). Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: A systematic review. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(1), 135–151. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09986-9>

- De Brito, G. M. G., & De Oliveira Santa Rosa, D. (2019). Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review. *Nursing Ethics*, 26(3), 688–699. <https://doi.org/10.1177/0969733017724611>
- De Luca, G. D., & Lin, X. (2024). The role of health and health systems in promoting social capital, political participation and peace: A narrative review. *Health Policy*, 141, 105009. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105009>
- deSante-Bertkau, J. E., McGowan, M. L., & Matheny Antommara, A. H. (2018). Systematic Review of Typologies Used to Characterize Clinical Ethics Consultations. *The Journal of Clinical Ethics*, 29(4), 291–304. <https://doi.org/10.1086/JCE2018294291>
- Dinç, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse–patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501–516. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>
- Dinges, S. (2014). Aufgaben- und Rollenklärung als Bestandteil von Ethik(-beratung) im Gesundheitswesen. In J. Platzer & E. Zissler (Hrsg.), *Bioethik und Religion* (S. 403–422). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845255811>
- Dinges, S., & Wallner, J. (2021). Klinische Ethikberatung in Österreich. Stand der Etablierung und Zukunftsperspektiven. In A. Frewer, K. Franzò, & E. Langmann (Hrsg.), *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen: Prognosen—Visionen—Utopien* (S. 323–337). Königshausen & Neumann.
- Dörries, A. (2008). Ethik im Krankenhaus. In A. Dörries (Hrsg.), *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch* (1. Auflage, S. 13–23). Kohlhammer.
- Dröge, K. (2026). *noScribe. AI-powered Audio Transcription (Version 0.6.2) [Computer software]*. <https://noscribe.de>
- DuVal, G., Sartorius, L., Clarridge, B., Gensler, G., & Danis, M. (2001). What triggers requests for ethics consultations? *Journal of Medical Ethics*, 27(suppl 1), i24–i29. https://doi.org/10.1136/jme.27.suppl_1.i24

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fiebach, C., Herberhold, M., Huber, J., Kliesch, F., & Rehbock, T. (2016). Macht Sprache Ethik? – Der Einfluss sprachlicher Darstellungs- und Kommunikationsformen auf ethische Probleme der Medizin. In R. J. Jox, G. Marckmann, & O. Rauprich (Hrsg.), *Vom Konflikt zur Lösung* (S. 43–81). Brill | mentis. https://doi.org/10.30965/9783897850798_006
- Fiester, A. (2007). Viewpoint: Why the Clinical Ethics We Teach Fails Patients: *Academic Medicine*, 82(7), 684–689. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318067456d>
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Fost, N. (1985). Hospital Ethics Committees: Administrative Aspects. *JAMA*, 253(18), 2687. <https://doi.org/10.1001/jama.1985.03350420099026>
- Frewer, A. (2012). Klinische Ethik und Ethikberatung. In A. Frewer, F. Bruns, & A. T. May (Hrsg.), *Ethikberatung in der Medizin* (S. 7–18). Springer Berlin Heidelberg.
- Frewer, A. (2022). Der Fall des „Erlanger Baby“ als Spiegel. Historische Kontroversen zur Medizinethik und Probleme der Perspektive. In *Gründerzeit der Medizinethik: Hans-Bernhard Wuermeling und die Fachentwicklung ins 21. Jahrhundert*. Franz Steiner Verlag.
- Fringer, A., & Schrems, B. (2023). Qualitative Designs. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer, & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 77–97). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86225-000>

- Fry, S. T. (1989). Toward a theory of nursing ethics. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 9–22.
<https://doi.org/10.1097/00012272-198907000-00005>
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643–652. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x>
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(1), 824.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2707-0>
- Hauschildt, K., & De Vries, R. (2020). Reinforcing medical authority: Clinical ethics consultation and the resolution of conflicts in treatment decisions. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 307–326. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13003>
- Häyry, M. (2003). European values in bioethics: Why, what, and how to be used? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(3), 199–214. <https://doi.org/10.1023/A:1024814710487>
- Heinen, M. M., Van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Casbas, T. M., Ball, J., & Schoonhoven, L. (2013). Nurses’ intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174–184.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Henriksen Hellyer, J., Schiltz, B., Moon, W., Grafelman, M., Yoshimatsu, K., & Swetz, K. M. (2015). Pediatric Clinical Ethics Consultations at an Academic Medical Center: Does One Size Fit All? *The American Journal of Bioethics*, 15(5), 20–24.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1023115>

- Herrmann, B. (2022). Ethische Fallbesprechungen in der interprofessionellen Entscheidungsfindung. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 887–898). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58680-8_67
- Ho, A., & Unger, D. (2015). Power Hierarchy and Epistemic Injustice in Clinical Ethics Consultation. *The American Journal of Bioethics*, 15(1), 40–42. <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.974779>
- ICN. (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. International Council of Nurses.
- Jenkins, K., Kinsella, E. A., & DeLuca, S. (2019). Perspectives on phronesis in professional nursing practice. *Nursing Philosophy*, 20(1), e12231. <https://doi.org/10.1111/nup.12231>
- Jonas, H. (2017). *Das Prinzip Verantwortung: Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation* (6. Auflage). Suhrkamp.
- Jones, J., Ford, P. J., Birchley, G., & Monteverde, S. (2023). Perspectives on the role of the nurse ethicist. *Nursing Ethics*, 30(5), 652–658. <https://doi.org/10.1177/09697330231189034>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>
- Kohlen, H. (2009). *Conflicts of Care: Hospital Ethics Committees in the USA and Germany* (1. Aufl.). Campus Verlag GmbH.
- Kohlen, H. (2010). *Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege* (2. Aufl.). Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft.

- Kohlen, H. (2012). Die Rolle von Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees. In S. Monteverde & S. Käppeli (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege* (1. Auflage, S. 193–201). Verlag W. Kohlhammer.
- Kohlen, H. (2019). Ethische Fragen der Pflegepraxis im Krankenhaus und Möglichkeiten der Thematisierung: Internationale Erfahrungen aus drei Dekaden. *Ethik in der Medizin*, 31(4), 325–343. <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00547-0>
- Kohlen, H. (2020). Hospital Ethics Committees and the Dismissal of Nursing Ethical Concerns: A Feminist Perspective. In H. Kohlen & J. McCarthy (Hrsg.), *Nursing Ethics: Feminist Perspectives* (S. 117–135). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49104-8_8
- Kornfeld, D. S., & Prager, K. (2019). The Clinician as Clinical Ethics Consultant: An Empirical Method of Study. *The Journal of Clinical Ethics*, 30(2), 96–108. <https://doi.org/10.1086/JCE2019302096>
- Kruse, J. (2015). Quantitative und qualitative Sozialforschung im Vergleich. In *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage, S. 43–58). Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 441–456). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_31
- Kuhn, T. S. (2023). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* (H. Vetter, Übers.; Zweite revidierte und um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage, 27. Auflage). Suhrkamp.

- Laari, L. (2026). Breaking Barriers to Advocacy as a Core Professional Responsibility in Nursing: The Nursing Advocacy Activation Model. *Creative Nursing*, 32(1), 11–18. <https://doi.org/10.1177/10784535261418728>
- Lüfter, R. (2023). Eine Frage der Ethik. In *Ethik der Gegenwart: Essays* (S. 17–40). Traugott Bautz Verlag.
- Lundin Gurné, F., Lidén, E., Jakobsson Ung, E., Kirkevold, M., Öhlén, J., & Jakobsson, S. (2021). Striving to be in close proximity to the patient: An interpretive descriptive study of nursing practice from the perspectives of clinically experienced registered nurses. *Nursing Inquiry*, 28(2), e12387. <https://doi.org/10.1111/nin.12387>
- Malone, R. E. (2003). Distal nursing. *Social Science & Medicine*, 56(11), 2317–2326. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00230-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00230-7)
- Marckmann, G. (2022). Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipien orientierten Falldiskussion. In G. Marckmann (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Medizin* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 21–29). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Masel, E. K., Faihs, L., Pleschberger, S., Roth, J., Podesser, B. K., Dier, H., Widder, J., Friesenecker, B., Dinges, S., Doppler, K., Kletečka-Pulker, M., Schildmann, J., Druml, C., & Schaden, E. (2025). Klinische Ethikberatung: Ethik geht uns alle an! *Wiener klinische Wochenschrift*, 137(S12), 359–377. <https://doi.org/10.1007/s00508-025-02658-9>
- Mayer, H., McCormack, B., Hildebrandt, C., Köck-Hódi, S., Zojer, E., & Wallner, M. (2020). Knowing the person of the resident – a theoretical framework for Person-centred Practice in Long-term Care (PeoPLe). *International Practice Development Journal*, 10(2), 1–16. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.003>

- McCormack, B., & McCance, T. (2023). Das Modell der personzentrierten Praxis (T. Clement & M. Wallner, Übers.). In C. von Dach, H. Mayer, & C. Auer (Hrsg.), *Personzentrierte Pflegepraxis: Grundlagen für Praxisentwicklung, Forschung und Lehre* (1. Auflage, S. 19 ff.). Hogrefe.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2021). Reasons to redefine moral distress: A feminist empirical bioethics analysis. *Bioethics*, 35(1), 61–71. <https://doi.org/10.1111/bioe.12783>
- Morley, G., Robinson, E. M., & Wocial, L. D. (2023). Operationalizing the role of the nurse ethicist: More than a job. *Nursing Ethics*, 30(5), 688–700. <https://doi.org/10.1177/09697330221147898>
- Murphy, P. (1989). The Role of the Nurse on Hospital Ethics Committees. *Nursing Clinics of North America*, 24(2), 551–556. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)01507-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)01507-9)
- Neitzke, G. (2013). Klinische Ethikberatung als multiprofessionelle Aufgabe. *Sprache · Stimme · Gehör*, 37(03), 136–140. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345155>
- Numminen, O., Repo, H., & Leino-Kilpi, H. (2017). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 24(8), 878–891. <https://doi.org/10.1177/0969733016634155>
- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>

- Paladino, M. S. (2026). Phronesis and Ethical Nursing Practice: Insights From Nursing Ontology. *Nursing Inquiry*, 33(1), e70074. <https://doi.org/10.1111/nin.70074>
- Peter, E., & Liaschenko, J. (2004). Perils of proximity: A spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry*, 11(4), 218–225. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00236.x>
- Pitcher, C., Slemon, A., & Danda, M. (2025). Reconceptualizing Advocacy: A Novel Model for Nursing Theory and Practice. *Nursing Inquiry*, 32(3), e70036. <https://doi.org/10.1111/nin.70036>
- Porz, R., & Kohlen, H. (2025). Care Ethics ist nicht gleich Pflegeethik. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege* (S. 17–24). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70612-1_3
- Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M., & Kihlgren, A. (2017). Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*, 29(4), 313–346. <https://doi.org/10.1007/s10730-017-9325-4>
- Reitingner, E., & Heller, A. (2010). Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen. In T. Krobath & A. Heller (Hrsg.), *Ethik organisieren: Handbuch der Organisationsethik* (S. 737–765). Lambertus-Verlag.
- Riedel, A., Klotz, K., & Seidlein, A.-H. (2026). Zentrale Begriffe und Konzepte der Ethik. In A. Riedel, K. Klotz, & A.-H. Seidlein, *Ethik für Pflegefachpersonen* (S. 3–5). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-72597-9_2
- Roulston, K. (2010). Theorizing the Researcher: The Reflexive Interviewer. In *Reflective Interviewing: A Guide to Theory and Practice* (S. 115–129). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446288009>

- Salathé, M., Amstad, H., Jünger, M., Leuthold, M., & Regamey, C. (2008). Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Bioethica Forum*, 1(1), 8–14.
- SAMW. (2023). *Ethische Unterstützung in der Medizin* (4. Auflage). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW. (2024). *Leitbild der SAMW*.
<https://www.samw.ch/de/Portraet/Grundlagendokumente.html>
- Scherer, A., Alt-Epping, B., Nauck, F., & Marx, G. (2019). Team members perspectives on conflicts in clinical ethics committees. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2098–2112.
<https://doi.org/10.1177/0969733019829857>
- Schneiderman, L. J., Gilmer, T., Teetzel, H. D., Dugan, D. O., Blustein, J., Cranford, R., Briggs, K. B., Komatsu, G. I., Goodman-Crews, P., Cohn, F., & Young, E. W. D. (2003). Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 290(9), 1166.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.9.1166>
- Schochow, M., Schnell, D., & Steger, F. (2019). Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals. *Science and Engineering Ethics*, 25(4), 985–991.
<https://doi.org/10.1007/s11948-015-9709-2>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>

- Seidlein, A.-H., Fritzsche, M.-C., Porz, R., & Kohlen, H. (2026). Hidden Dimensions in Clinical Ethics Consultation. *Journal of Bioethical Inquiry*. <https://doi.org/10.1007/s11673-025-10542-4>
- Seidlein, A.-H., Porz, R., & Kohlen, H. (2025). Perspektivische Erweiterung in der Klinischen Ethikberatung: Der Beitrag der Care-Ethik. *Zeitschrift für Ethik und Moralphilosophie*, 8(1), 183–198. <https://doi.org/10.1007/s42048-025-00207-7>
- Seidlein, A.-H., & Salloch, S. (2025). Ethische Reflexion und Interprofessionalität. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege* (S. 257–261). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70612-1_28
- Simon, A. (2022). Ethikberatung im Gesundheitswesen. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 877–886). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58680-8_66
- Steinkamp, N. L., & Gordijn, B. (2010). *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Luchterhand.
- Svantesson, M., Löfmark, R., Thorsén, H., Kallenberg, K., & Ahlström, G. (2008). Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 399–406. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.019810>
- Swetz, K. M., Crowley, M. E., Hook, C. C., & Mueller, P. S. (2007). Report of 255 Clinical Ethics Consultations and Review of the Literature. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(6), 686–691. <https://doi.org/10.4065/82.6.686>
- Tarzian, A. J. & ASBH Core Competencies Update Task. (2013). Health Care Ethics Consultation: An Update on Core Competencies and Emerging Standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task

- Force. *The American Journal of Bioethics*, 13(2), 3–13.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2012.750388>
- Thompson Burdine, J., Thorne, S., & Sandhu, G. (2021). Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Medical Education*, 55(3), 336–343. <https://doi.org/10.1111/medu.14380>
- Thorne, S. (2025a). Enhancing Credibility. In *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (3. Aufl., S. 207–216). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003503538>
- Thorne, S. (2025b). *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (3. Aufl.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003503538>
- Thorne, S. (2025c). Qualitative Research in the Applied Disciplines. In *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (3. Aufl., S. 3–19). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003503538>
- Thorne, S. (2025d). Scaffolding A Study. In *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (3. Aufl., S. 36–57). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003503538>
- Thorne, S. (2025e). Strategizing a Creditable Study. In *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (3. Aufl., S. 72–90). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003503538>
- Thorne, S. (2025f). Working with Data. In *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (3. Aufl., S. 133–148). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003503538>
- Turner, L. (2003). Bioethics in a Multicultural World: Medicine and Morality in Pluralistic Settings. *Health Care Analysis*, 11(2), 99–117.
<https://doi.org/10.1023/A:1025620211852>

- Tyreman, S. (2000). Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(2), 117–124.
<https://doi.org/10.1023/A:1009973021449>
- Universität Wien. (o. J.). *Faculty of Social Sciences – Research Ethics Questionnaire*.
Abgerufen 17. Februar 2026, von
https://sowi.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/f_sowi/Forschungsethik/RES_Questionnaire_Faculty.pdf
- Universität Wien. (2026). *KI zitieren und kennzeichnen*. Universität Wien.
<https://studieren.univie.ac.at/umgang-mit-ki-im-studium/ki-und-wissenschaftliches-arbeiten-und-schreiben/ki-zitieren-und-kennzeichnen/>
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2023). Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen. *Ethik in der Medizin*, 35(2), 313–324.
<https://doi.org/10.1007/s00481-023-00762-w>
- Wallner, J. (2023). Healthcare Ethics Consultation in Austria: Joining the International Path of Professionalization. *The Journal of Clinical Ethics*, 34(1), 69–78.
<https://doi.org/10.1086/723427>
- Wasson, K., Anderson, E., Hagstrom, E., McCarthy, M., Parsi, K., & Kuczewski, M. (2016). What Ethical Issues Really Arise in Practice at an Academic Medical Center? A Quantitative and Qualitative Analysis of Clinical Ethics Consultations from 2008 to 2013. *HEC Forum*, 28(3), 217–228. <https://doi.org/10.1007/s10730-015-9293-5>
- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: Facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735–749.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>

- Weise, K. L., & Daly, B. J. (2014). Exploring Accountability of Clinical Ethics Consultants: Practice and Training Implications. *The American Journal of Bioethics*, 14(6), 34–41. <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.900140>
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). *Renewing the Definitions of „nursing“ and „a nurse“*. [Final project report, June 2025]. International Council of Nurses.
- WHO Regional Office for Europe. (2022). *Health and care workforce in Europe: Time to act*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723–734. <https://doi.org/10.1111/jan.12862>
- Wiener Gesundheitsverbund. (2025). *Ethiksymposium 2025. Moralische Resilienz durch Ethikkompetenz im Krankenhaus*. https://klinik-hietzing.gesundheitsverbund.at/wp-content/uploads/sites/11/KHI_Ethiksymposium-2025_Programm.pdf
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), 1–14.
- Wolfe, I. D. (2023). Beyond the consult question: Nurse ethicists as architects of moral spaces. *Nursing Ethics*, 30(5), 710–719. <https://doi.org/10.1177/09697330231151351>
- World Health Organization. (2025). *Global Strategy on Digital Health 2020-2027*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870>
- Zentner, A., Porz, R. C., Ackermann, S., & Jox, R. J. (2022). Klinische Ethik in der Schweiz: Stagnierend vor der Pandemie. *Schweizerische Ärztezeitung*. <https://doi.org/10.4414/saez.2022.20306>

10.2 Anhangsverzeichnis

- I. Interviewleitfaden
- II. Flyer
- III. Informationsschreiben & Einverständniserklärung
- IV. Ethikvotum

I. Interviewleitfaden

Überleitung zur Initialfrage:

Noch einmal: Vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben und ich freue mich schon auf die folgende Unterhaltung.

Leitfrage	Check	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungsfragen	Anmerkungen
Formale Fragen zur Ethik-Fallbesprechung				
Zu Beginn würde ich gerne einige Eckpunkte zu Ihrer praktischen Erfahrung mit Ethik-Fallbesprechungen erfragen. Zunächst interessiert mich, wie lange die letzte Ethikfallbesprechung, an der Sie teilgenommen haben, zurückliegt?				
An wie vielen Ethik-Fallbesprechungen haben Sie schon teilgenommen?				
Konkretes Beispiel herausarbeiten				
Für unser Gespräch fände ich es hilfreich, wenn Sie mir die konkrete Situation, in der Sie an der Ethik-Fallbesprechung teilgenommen haben, ausführlich schildern. So kann ich besser nachvollziehen, worum es dabei ging und darauf aufbauend gezielt nachfragen.		Wer hat die Ethik-Fallbesprechung einberufen? Wie kam es zur Teilnahme? Wie war die Runde zusammengesetzt? Warum wurde die Besprechung einberufen?	Wie lief das genau ab?	
<i>Wenn eine:</i> Erzählen Sie mir von der Ethik-Fallbesprechung an der Sie teilgenommen haben.				
<i>Wenn mehrere:</i> Können Sie eine spezifische Fallbesprechung auswählen und mir davon erzählen?				

Alles klar, dann würde ich nun gerne übergehen zu Ihren Erfahrung und Erlebnissen mit Ethik-Fallbesprechungen.				
Aus pflegewissenschaftlicher Sicht interessiert mich natürlich besonders wie die Ethik-Fallbesprechung für Sie ALS Pflegefachperson war. Wenn Sie an die Ethik-Fallbesprechung zurückdenken, können Sie mir im Detail erzählen, wie sie es erlebt haben, als Vertreter*in der Pflegeprofession in einer solchen Runde zu sitzen?	Eigene Rolle	Wie haben Sie sich in der Ethik-Fallbesprechung eingebracht?	z.B. Beobachtet? Vermittelt? Patient*innenperspektive vertreten?	
	Eigene Beteiligung	Gab es Momente, in denen Sie sich besonders aktiv in die Diskussion eingemischt haben?	Welche waren das?	
	Interdisziplinarität	Was glauben Sie, wie bewerten die anderen Berufsgruppen, die an der Ethik-Fallbesprechung teilnehmen ihre Teilnahme?		
Themenbereich: Fachliche Einbindung In der Literatur werden spezifisch pflegerische Verhaltensweisen und Kompetenzen beschrieben. Diese bereichern interdisziplinäre Runden und tragen zur Perspektivenvielfalt bei. Gerne würde ich einige Punkte davon aufgreifen und gemeinsam mit Ihnen durchgehen und erfahren, was Sie darüber denken und wie Sie diese Aspekte in der Ethik-Fallbesprechung, an der Sie teilgenommen haben, wahrgenommen haben.				
Pflegepraktische Expertise Pflegepersonen stehen in engem Kontakt zu Patientinnen und Patienten und machen im Alltag vielfältige Beobachtungen. Wie sind Ihre Beobachtungen und Erfahrungen aus der pflegerischen Arbeit in die Ethik-Fallbesprechung eingeflossen?		Inwiefern war das für den Fall bedeutsam? Wie wurde das von anderen in Bezug auf den Fall wahrgenommen? Was glauben Sie welches Gewicht wird ihrer Perspektive zugemessen? Was glauben Sie, wie wäre die Ethik-Fallbesprechung abgelaufen, wenn Sie nicht daran teilgenommen hätten?		

Fürsprecherin Können Sie mir von Situationen während der Fallbesprechung erzählen, in denen Sie sich veranlasst sahen, die Perspektive der Patientin oder des Patienten einzubringen oder etwas anzusprechen, das Ihnen wichtig erschien?	Wie wurde es aufgenommen? Welche Reaktionen gab es darauf? Welche Argumente aus der Pflege sind besonders schlagkräftig?	
Andere Sprache Lassen Sie uns noch auf das Thema Sprache kommen. Die Pflege hat ja vermutlich ihren eigenen „Sprech“. Sie sind besonders geübt darin, subjektive Eindrücke und körperliche Signale, also die konkrete Situation am Bett, authentisch zu schildern. Wie ist Ihnen das in der Ethik-Fallbesprechung gelungen?	Haben Sie erlebt, dass Sie Ihre Ausdrucksweise oder Sprache in der Fallbesprechung verändert haben? Können Sie beschreiben, wie und warum? Wie haben Sie die Ausdrucksweise der verschiedenen Berufsgruppen während der Fallbesprechung erlebt?	
Blick für die Alltäglichkeit In Ethik-Fallbesprechungen können unterschiedliche Themen verhandelt werden, beispielsweise Fragen zur Lebensverlängerung, zur Therapiebegrenzung oder zu Patientenverfügungen. Wie würden Sie den Anlass oder die zentrale Fragestellung der Ethik-Fallbesprechung beschreiben?	Was von dem, was Sie im Pflegealltag in der Versorgung der Patient*in als ethisch herausfordernd erleben, kommt zur Sprache? Wie haben Sie erlebt, ob und wie die Herausforderungen der Pflegepraxis bei der Versorgung des in der Fallbesprechung besprochenen Falls berücksichtigt wurden?	

Themenbereich: Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten				
Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, Ihre Sichtweise oder Anliegen in Ethik-Fallbesprechungen einzubringen und damit den Verlauf mitzugestalten?	Gefühle	Wie haben Sie sich während und nach der Besprechung gefühlt?		
	Bedeutung des eigenen Beitrags	Nochmal in der Rückschau betrachtet: Welche Bedeutung hatte Ihre Perspektive als Pflegefachperson in solchen Besprechungen?		
	Einfluss auf Ergebnis	Wie ist der Fall ausgegangen? Gab es Punkte, die nach Ihrem Beitrag anders betrachtet oder entschieden wurden?	Welche Wirkung hatte Ihre Teilnahme über den Termin hinaus?	
Feenfrage				
Wenn wieder eine Anfrage für eine Ethik-Fallbesprechung kommt, wie werden sie reagieren?		Warum?		
Abschluss				
Möchten Sie zum Abschluss noch etwas besonders Wichtiges erzählen?				

AUF AUGENHÖHE IM ETHISCHEN DISKURS

Teilnehmer*innen für Studie gesucht

Machen Sie mit bei einer Studie im Rahmen des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien zur klinischen Ethik-Fallbesprechung und zeigen Sie, wie wertvoll die Perspektive der professionellen Pflege ist!



GESUCHT WERDEN PFLEGEPERSONEN

- die in der direkten klinischen Versorgung tätig sind
- und bereits an einer moderierten interdisziplinären Ethik-Fallbesprechung teilgenommen haben.

WAS ERWARTET SIE?

- Einzelinterview vor Ort oder via Videocall (ca. 60 Min.)
- Thema: Ihre Erfahrungen & Perspektiven zu ethischen Fallbesprechungen
- **25 EUR** als Anerkennung (Lebensmittelgutschein)

Interesse oder Fragen?

Kontaktieren Sie mich unter:



Unterstützt und begleitet von:



Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Abteilung Primary Care Medicine

III. Informationschreiben & Einverständniserklärung

*Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen – Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung*

Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie:

Auf Augenhöhe -

Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen: Eine qualitativ-explorative Studie

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

ich möchte Sie hiermit herzlich einladen, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue *wissenschaftliche* Forschungsergebnisse zu gewinnen. Dafür ist Ihr Einverständnis in schriftlicher Form unverzichtbar. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen!

1. Was ist der Zweck der Studie?

In dieser Studie geht es um die Rolle von Pflegefachpersonen in klinischen Ethik-Fallbesprechungen. Solche Besprechungen helfen dabei, schwierige Entscheidungen im Krankenhausalltag gemeinsam und aus ethischer Perspektive gut zu treffen – etwa wenn es um den weiteren Behandlungsweg schwerkranker Patient*innen geht. Die Studie soll aufzeigen, wie Pflegefachpersonen den Beratungsprozess mitgestalten und ihre pflegerische Kompetenz dabei einsetzen können. Die Studie richtet sich mit folgenden Fragen an Pflegefachpersonen, die bereits an einer Ethik-Fallbesprechung teilgenommen haben:

- Wie nehmen Sie Ihre Rolle wahr?
- Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie, sich einzubringen, und wo stoßen Sie auf Grenzen?

Das Ziel besteht darin, die Chancen und Herausforderungen der pflegerischen Beteiligung an Ethik-Fallbesprechungen aus der Perspektive der Pflegefachpersonen sichtbar zu machen.

2. Wie läuft die Studie ab?

Nachdem Sie sich dazu entschieden haben, an der Studie teilzunehmen, erhalten Sie eine Einladung zu einem etwa 60-minütigen Interview. Das Interview kann entweder online per Videocall oder vor Ort stattfinden, je nachdem, was Sie bevorzugen. Die Interviews werden auf Basis eines Leitfadens mit offenen Fragen geführt, wobei es v.a. darum geht, dass Sie von Ihren persönlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen im Kontext der klinischen Ethik-Fallbesprechung erzählen. Insgesamt werden 8 bis 12 Pflegefachpersonen an der Studie teilnehmen. Die Studie wird im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien durchgeführt.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Die Teilnahme an dieser Studie bietet Ihnen u.a. die Gelegenheit, über herausfordernde Situationen und persönliche Erfahrungen zu sprechen, die Sie ggf. in der Ethik-Fallbesprechung gemacht haben. Es entsteht ein Raum, in dem Sie Dinge teilen können, die Ihnen vielleicht schon länger auf dem Herzen liegen oder die Sie

schon immer einmal loswerden wollten, aber im professionellen Umfeld bislang keinen Platz fanden. Ihre Teilnahme an der Studie kann langfristig dazu beitragen, die ethische Entscheidungsfindung im klinischen Alltag zu verbessern, indem die Bedeutung der Pflegeperspektive in interdisziplinären Ethik-Fallbesprechungen stärker sichtbar gemacht wird.

4. Ist bei der Studienteilnahme mit Risiken zu rechnen?

Ihre Teilnahme an der Studie kann mit psychischen Belastungen verbunden sein, wenn im Interview sensible Themen wie Machtverhältnisse, moralische Belastungen und unausgewogene Entscheidungsprozesse angesprochen werden. Diese Themen sind Ihnen womöglich aus Ihrem beruflichen klinischen Alltag als Pflegefachperson bekannt. Eine Reflexion darüber kann zu Distress, Wut oder Ärger führen. Den situativen psychischen Belastungen wird mit einer respektvollen und unterstützenden Gesprächsatmosphäre begegnet. Falls Sie nach dem Interview noch Redebedarf haben, können Sie sich an die psychosoziale Hilfe des Vereins „Second Victim“ (<https://www.secondvictim.at/>) wenden.

5. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie können Ihre Teilnahme an der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Das Interview kann darüber hinaus auch seitens des Interviewers beendet werden, wenn eine psychische Belastung festgestellt wird, die über die alltäglichen Herausforderungen hinausgeht. Dies erfolgt zum Schutz Ihrer Gesundheit und Ihres Wohlbefindens.

6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten werden pseudonymisiert. Das heißt, sie werden Ihnen mit einem Identifikationsschlüssel zugeordnet, den nur [REDACTED] besitzt und sicher verwahrt. Dadurch ist es für Personen, die nicht im Besitz des „Schlüssels“ sind, unmöglich, Rückschlüsse auf Ihre Identität zu ziehen. Ihre persönlichen Daten sind somit geschützt und unterliegen den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). In etwaigen Veröffentlichungen der Studienergebnisse werden Ihre Daten beispielsweise in Form von Zitaten verwendet, ohne dass Sie namentlich genannt werden oder Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Ein Rückschluss auf Ihren Arbeitgeber oder Ihren Tätigkeitsort ist ebenfalls ausgeschlossen.

Zudem haben nur Personen, die direkt an der Durchführung der Studie beteiligt sind, Zugang zu den pseudonymisierten Daten. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Sie haben das Recht, Ihre Daten jederzeit zu löschen, und können dies durch Kontaktaufnahme mit [REDACTED] unter [REDACTED] veranlassen. Ihre Daten werden spätestens nach 10 Jahren gelöscht, sofern keine weiteren gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

7. Vergütung

Für Ihre Teilnahme an der Studie erhalten Sie einen Einkaufsgutschein im Wert von 25 Euro.

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen steht die Studienleitung gerne zur Verfügung:

Verantwortlicher	Name: [REDACTED]
	E-Mail: [REDACTED]

9. Einwilligungserklärung

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie *Auf Augenhöhe – Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen* teilzunehmen.

Ich bin von [REDACTED] ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer*inneninformation gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies jederzeit schriftlich oder mündlich bei [REDACTED] veranlassen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in pseudonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer Form gespeichert, die nur den direkt an der Studie beteiligten Personen zugänglich ist. Sie sind durch einen passwortgeschützten Ordner gesichert.

Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich oder telefonisch ohne Angabe von Gründen und bis 31.12.2026 bei [REDACTED] veranlassen.

Eine Kopie dieser TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.....
(Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der Studienleitung)

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Einkaufsgutscheins im Wert von 25 EUR.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

IV. Ethikvotum

Confirmation-1450-
Department of Nursing Science

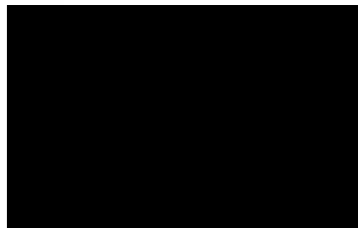


Research Ethics Screening Confirmation

The Institutional Review Board of the Faculty of Social Sciences (IRB) at the University of Vienna confirms that the Research Ethics Screening, filled out by [REDACTED] for the research project "Auf Augenhöhe - Beteiligung von Pflegefachpersonen an klinischen Ethik-Fallbesprechungen", has classified the project in the category of minimal ethical risk. This self-assessment is based on the information provided by the applicant as enclosed in the appendix. The IRB checked the coherence of the information on potential ethical problems or challenges with the overall project description provided by the applicant and concludes that the applicant has proposed sufficient mitigation strategies for ethical challenges in the project to realise it on the researcher's own responsibility.

This confirmation does not constitute formal ethics approval by the University of Vienna Ethics Committee, which is not required for this kind of research according to the Statutes of the University of Vienna and the Austrian 2002 Universities Act. If any doubts or ethical challenges occur during the further planning and/or implementation of the research project, or if circumstances change that could raise ethical concerns, please contact the IRB.

- ☒ I confirm that I filled out the Research Ethics Screening to the best of my knowledge and that I am aware that this confirmation is only valid together with the information provided as enclosed in the appendix.
- ☒ I confirm that I will take all measures necessary to identify and address ethical issues in all stages of my research project.
- ☒ I am aware that I have to re-run the Research Ethics Screening if there are changes regarding the research design or the use of data that could raise ethical issues.



On behalf of the Institutional Review Board of the Faculty of Social Sciences

17.07.2025 11:27

1