

# Kompass

## für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft

Studentische Beiträge zur Diskussion hrsg. vom  
Wilhelm Löhe Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (WLE)



Die Würde der Pflegekraft ist (un)antastbar

Katharina Sonntag

Diskussionspapier 02-18

April 2018

**Impressum:**

Reihe »Kompass für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft. Studentische Beiträge zur Diskussion «

herausgegeben vom Wilhelm Löhe Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (WLE)

Merkurstr. 41; 90763 Fürth

Prof. Dr. Dr. Elmar Nass,

Telefon: +49 911 766069-24, [elmar.nass@wlh-fuerth.de](mailto:elmar.nass@wlh-fuerth.de)

Internet: <https://www.wlh-fuerth.de/ethikinstitut/das-institut/>

ISSN 2568-8146

Redaktionsteam:

Dr. Christian Heidl, IDC Fürth

Prof. Dr. Dr. Elmar Nass, WLH Fürth

Prof. Dr. Jan Schildmann, Martin-Luther-Universität Halle

Roberta Schlüter, WLE Fürth

Dr. Michael Schneider, IDC Fürth

Katharina Sonntag, München

Zitierweise:

Sonntag, Katharina: Die Würde der Pflegekraft ist (un)antastbar, in: Kompass für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft 02-18, <https://www.wlh-fuerth.de/ethikinstitut/kompass/>

Alle Rechte vorbehalten.

© 2018 by Katharina Sonntag (inclusive Autorenbild). All rights reserved. Any reproduction, publication and reprint in the form of a different publication, whether printed or produced electronically, in whole or in part, is permitted only with the explicit written authorization of the authors.

Fürth, April 2018

## Vorwort der Herausgeber

Mit diesem zweiten Beitrag setzen wir die im Januar 2018 ins Leben gerufene Reihe unseres Ethik-Instituts für studentische Positionspapiere fort, die sich mit ethisch relevanten Themen befassen und dabei einen erkennbaren Standpunkt zur Diskussion stellen. Der nachfolgende Beitrag von Katharina Sonntag wurde im Rahmen der ersten Studententagung des WLE im Jahr 2017 von der Jury für die Publikation in dieser Reihe ausgewählt. Nach dem Auswahlverfahren wurde Frau Sonntag in Abstimmung mit den anderen Jury-Mitgliedern durch den Leiter des Ethik-Instituts neu mit in das Jury-Team berufen. Wir freuen uns über ihre wertvolle Expertise, die in die Auswahl der Beiträge zur Vergabe des Nachwuchspreises Ethik nunmehr mit einfließt. Dieser wird jedes Jahr nach einer öffentlichen Ausschreibung durch das WLE im Rahmen einer Studententagung vergeben.

Der vorliegende Beitrag beleuchtet das in der Debatte um die Zukunft der Pflege bislang noch nicht ausführlich behandelte Feld der Würde der Pflegekraft, und dies mit einem ausgewiesenen ethischen Referenzprofil. Damit stellt die Verfasserin eine provozierende These zur Diskussion, welche die in diesem Kontext wichtigen Argumente zu Kostendruck und Patientenwohl um eine wesentliche humane Perspektive bereichert.

Fürth, April 2018

Elmar Nass

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Würde – Schaffung einer theoretischen Ausgangsbasis anhand des Würde-Konzeptes nach Lennart Nordenfelt .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Die (Un)antastbarkeit der Würde der Pflegekraft .....</b>	<b>9</b>
3.1	Das Würde-Konzept nach Lennart Nordenfelt im Kontext der Pflege .....	9
3.1.1	Das berufliche Amt der Pflegekraft .....	9
3.1.2	Das moralische Selbstverständnis der Pflegekraft .....	13
3.1.3	Die Würde der beruflichen Identität der Pflegekraft .....	17
3.2	Zum Achtungsbereich der Menschenwürde der Pflegekraft .....	19
<b>4</b>	<b>Schlussbetrachtung und Ausblick .....</b>	<b>20</b>

## Abbildungsverzeichnis

### Abbildung 1: *Ansehen der Bevölkerung in einzelne Berufsgruppen*

Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion (2017): Bürgerbefragung öffentlicher Dienst 2017: Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen. Online-Publikation: [https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/forsa\\_2017.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/forsa_2017.pdf), Stand: 27.03.2018, S.7.

### Abbildung 2: *Vertrauen der Bevölkerung in einzelne Berufsgruppen in Deutschland*

GfK Verein (2018): Feuerwehrleuten, Sanitätern und Pflegeberufen schenken die Deutschen Vertrauen, Pressemitteilung 21.03.2018. Online-Publikation: [http://www.gfk-ver-ein.org/sites/default/files/medien/359/dokumente/pm\\_trust\\_in\\_professions\\_2018\\_dt\\_0.pdf](http://www.gfk-ver-ein.org/sites/default/files/medien/359/dokumente/pm_trust_in_professions_2018_dt_0.pdf), Stand: 27.03.2018, S.2.

### Abbildung 3: *Entwicklung der Anzahl der vollstationär behandelten Patienten, der Vollkräfte im Pflegedienst und der Vollkräfte im ärztlichen Dienst von 1991-2014*

Die Werte basieren auf einer Zusammenführung der Daten aus:

Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2014. Online Publikation: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 27.03.2018, S.11, S.26.

Bölt, Ute und Graf, Thomas (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, S.112-138, Online Publikation: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaFebruar12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaFebruar12.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 27.03.2018, S.116.

### Abbildung 4: *Häufigkeiten der impliziten Rationierung einzelner pflegerelevanter Tätigkeiten*

Zander, B.; Dobler L.; Bäuml, M. und Busse R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4-Cast. In: *Das Gesundheitswesen* Jg 76, Nr.11, S.727-734; S.731.

# 1 Einleitung

„Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf die Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit.“

(BMFSJ/BMG 2014, Pflege-Charta, Präambel)

Die Achtung der Würde des Patienten ist die oberste Prämisse des pflegerischen Handelns (vgl. Lay 2012, S.130; S.170).<sup>1</sup> Würde ist ein in der Pflege untrennbar mit dem Patienten verbundener Begriff und wird in der Regel ausschließlich in dessen Richtung betrachtet. Dieser zentrale Grundsatz ist von essentieller Bedeutung, da sich der Mensch in seiner gesundheitlichen Not in die Abhängigkeit des Gesundheitssystems begibt und auf eine bestmögliche Versorgung vertraut. Doch aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen, wie die zunehmende Ökonomisierung und die damit einhergehende Arbeitsverdichtung, haben Auswirkungen auf die pflegerische Versorgungsqualität sowie die Patientensicherheit (vgl. ebd., S.122f.). Die bestehenden Versorgungsmängel werden auf den unterschiedlichsten Ebenen kritisch diskutiert und rufen letztlich die unzureichende Achtung der Würde des Patienten ins Bewusstsein (vgl. Aiken et al. 2012). Zwar sind die Arbeitsbedingungen der Pflegenden ein Teil dieser Diskussion, jedoch bleibt die Frage nach der Würde der Pflegekraft dabei meist unberücksichtigt. Neben subjektiven Äußerungen der Pflegekräfte, sich auf den unterschiedlichsten Ebenen in ihrer beruflichen Stellung und Arbeit nicht gewürdigt zu fühlen (vgl. Kumbruck 2010a, 2010b, 2010c), erfährt das Thema rückwirkend auf den Patienten auch objektiv eine besondere Relevanz. Denn Pflege zeichnet sich als Beziehungsarbeit durch eine hohe Wechselwirkung zum Patienten aus (vgl. Weidert 2014, S.100). Diese Wechselwirkung verdeutlicht, dass die Würde-Thematik in der Pflege niemals nur einseitig betrachtet werden darf. Jedoch ist erst im letzten Jahrzehnt die Würde der Pflegekraft allmählich Gegenstand der Forschung geworden. Dahingehende Konzepte sowie Theorien sind daher eher rar (vgl. Sabatino et al. 2014, S.660). Es besteht somit die Notwendigkeit, die Würde im Kontext der Pflege mit Blick Richtung Pflegekraft auszuweiten. Zur Erweiterung der bisherigen Perspektive fokussiert der vorliegende Beitrag die Würde der Pflegekraft, indem ihre Garantie im beruflichen Setting vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie ihrer politisch-rechtlichen und gesellschaftlichen Stellung untersucht wird. Aufgrund der geringen theoretischen Ausgangslage wird zunächst das Fundament für eine theoriegeleitete Überprüfung geschaffen. Grundlage bildet das Würde-Konzept von Lennart Nordenfelt. Anschließend wird dieses Konzept in Bezug zur Pflege gesetzt, um die Garantie der Würde der Pflegekraft im beruflichen Setting zu überprüfen. Dabei soll mit Rückgriff auf Kants Menschenwürde-Verständnis untersucht werden, inwieweit auch der Achtungsbereich ihrer Menschenwürde im beruflichen Kontext gewahrt ist.

---

<sup>1</sup> Im vorliegenden Beitrag wird bei geschlechtsabhängigen Wortendungen die maskuline Form verwendet. Sofern nicht explizit anders angegeben, ist diese Formulierung geschlechtsneutral aufzufassen.

## 2 Würde – Schaffung einer theoretischen Ausgangsbasis anhand des Würde-Konzeptes nach Lennart Nordenfelt

Wird nach dem Begriff der Würde gefragt, so weist dieser eine hohe Komplexität auf und sein Verständnis kann entsprechend der jeweiligen Denkrichtung, Betrachtungsweise und der Verortung im historischen Kontext variieren (vgl. Gröschner/Kapust/Lembcke 2013, S.11ff., Sandkühler 2015, S.28).<sup>2</sup> Dennoch können zwei ganz grundlegende Bedeutungsaspekte differenziert werden. Zum einen kann Würde als ein relativer Wert verstanden werden, d.h. es handelt sich dabei um eine unbeständige und graduelle Form von Würde, welche unter anderem von den Leistungen eines Menschen abhängt und an äußere Attributionen geknüpft ist, beispielsweise die Verleihung eines Ehrentitels wie der Doktorwürde. In der Literatur wird hier auch von einer kontingenten Würde gesprochen (vgl. Schaber 2012, S.19). Zum anderen ist Würde als ein inhärenter, universeller und unverlierbarer Wert zu begreifen und ist in diesem Sinne die unveräußerliche Menschenwürde, die jedem Menschen aufgrund seines Menschseins zukommt (vgl. ebd., S.20). Der Grundstein für dieses heutige Verständnis von Menschenwürde wurde durch Immanuel Kant im 18. Jahrhundert gelegt und maßgebend durch ihn geprägt (vgl. ebd., S.26ff.). In ihrer Unveräußerlichkeit und Universalität ist die menschliche Würde im nationalen wie internationalen Recht verankert, beispielsweise in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (vgl. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Resolution 217 A (III), 10.12.1948).

Ein Würde-Konzept, welches sowohl kontingente Würde-Aspekte des Menschen enthält als auch Bezug zur inhärenten Menschenwürde nimmt, ist das des schwedischen Philosophen Lennart Nordenfelt (vgl. Nordenfelt 2004).<sup>3</sup> Zunächst einmal stellt Nordenfelt darin drei kontingente Auffassungen von Würde vor.

Die erste ist die *dignity of merit*, welche er weitergehend in eine formelle und informelle Variante untergliedert. Der formelle Aspekt bezeichnet das Innehaben eines Amtes, welches dem Menschen gewisse Rechte zusichert, die von anderen geachtet werden müssen. Die informelle *dignity of merit* umfasst die Zuschreibung eines gesellschaftlichen Status, welcher ein hohes Ansehen, aber keine direkten Rechte impliziert (vgl. ebd., S.71f.).

Die zweite kontingente Würde-Typologie ist die *dignity of moral stature*, welche sich auf den Grad der Moralität der Handlungen und Gedanken eines Individuums gründet. Im Fokus stehen das moralische Verhalten und der moralische Charakter eines Menschen, welche dann als würdevoll gelten, wenn sie sich an den allgemein vorherrschenden moralischen Standards und Werten orientieren (vgl. ebd., S. 72). Aus der *dignity of moral stature* resultieren nach Nordenfelt drei Formen des Respekts. 1. Die Respektierung der Rechte anderer Menschen, da dies

<sup>2</sup> Eine umfassende Darstellung des Würde-Begriffes liefert Gröschner, Rolf; Kapust, Antje; und Lembcke, Oliver W. (Hrsg.) (2013): Wörterbuch der Würde. München: Wilhelm Fink.

<sup>3</sup> Sein Würde-Konzept *The Varieties of Dignity* hat Nordenfelt im Rahmen seines Forschungsprojektes *Dignity an Older Europeans* – 2001 bis 2004 – entwickelt (vgl. Nordenfelt 2004, S.69).

essentieller Bestandteil der menschlichen Moralität ist. 2. Die Zuerkennung des Respekts durch Andere im Sinne eines hohen Ansehens oder einer positiven Redeweise – vergleichbar mit dem hohen Ansehen der informellen *dignity of merit*. 3. Der Selbstrespekt des moralisch handelnden Subjekts aufgrund der Moralität im eigenen Handeln (vgl. ebd., S.73). Der Mensch kann sich seiner *dignity of moral stature* nicht nur selbst berauben, indem er die moralischen Werte und Standards missachtet, sondern sie kann ihm auch von außen verletzt oder genommen werden, wenn er zu unmoralischem Handeln verleitet oder gezwungen wird (vgl. ebd., S.75).

Die dritte kontingente Würde-Typologie ist die *dignity of identity*. Nordenfelt versteht darunter eine Form der Würde, die sich der Mensch selbst anerkennt, indem er sich als autonomes und in sich – was den physischen wie den psychischen Aspekt umfasst – wie auch in sozialen Beziehungen integriertes Wesen begreift. Im Zentrum steht somit die Identität, welche sich ein Mensch unter diesen Aspekten selbst zuschreibt. Dies hängt wiederum mit Selbstrespekt zusammen (vgl. ebd., S.74f.). Die *dignity of identity* kann durch von außen auf das Individuum eintreffende Handlungen verletzt werden. Nordenfelt nennt hier die Demütigung. Sie reduziert das Selbstwertgefühl – jedoch nur in dem Umfang, in dem sich der Einzelne subjektiv in seiner *dignity of identity* gedemütigt fühlt. Eine objektive Feststellung ist dadurch nicht möglich (vgl. ebd., S.75). Daher beschreibt er noch drei weitere Handlungsweisen, die von außen auf das Individuum eintreffen und dessen *dignity of identity* verletzen können, welche aber inklusive ihrer Folgen gemäß Nordenfelt objektiv gewertet werden. Es handelt sich dabei um das Eindringen in die Privatsphäre eines Menschen, die körperliche Verletzung und die Beschränkung in der Autonomie. Diese Handlungen verletzen die Integrität – ob nun psychisch oder physisch – sowie die Autonomie des Menschen und können schließlich auch zu einer sozialen Exklusion führen. Somit sind alle Grundpfeiler der *dignity of identity* inklusive der körperlichen Identität versehrt (vgl. ebd., S.75f.).

Nach der Darlegung seiner kontingenten Würde-Typologien zieht Nordenfelt den Bezug zur inhärenten Menschenwürde, indem er die *dignity of Menschenwürde* vorstellt. Das entscheidende Charakteristikum, welches die *dignity of Menschenwürde* von den drei anderen Formen unterscheidet, ist ihre Unverlierbarkeit und Nichtabwägbarkeit. Dieser besondere Wert kommt jedem Menschen gleichermaßen aufgrund seines Menschseins zu und steht unabhängig von irgendwelchen Leistungen, Fähigkeiten oder äußeren Attributionen. Somit hebt Nordenfelt auf das heutige Verständnis von Menschenwürde ab und betont dabei auch ihre rechtliche Dimension. Außerdem verweist er in seiner Darlegung explizit auf Immanuel Kant (vgl. ebd., S.77ff.). Aufgrund Kants essentiellen Einfluss auf die heutige Bedeutung von Menschenwürde wird an den entsprechenden Stellen tiefgreifender auf sein Menschenwürde-Konzept eingegangen (Kap.3.2).

Im Folgenden wird dieses theoretische Fundament in den Bezug zur Pflege gesetzt, um die Garantie der Würde der Pflegekraft im beruflichen Setting vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung sowie ihrer politisch-rechtlichen und gesellschaftlichen Stellung zu überprüfen.



## 3 Die (Un)antastbarkeit der Würde der Pflegekraft

### 3.1 Das Würde-Konzept nach Lennart Nordenfelt im Kontext der Pflege

#### 3.1.1 Das berufliche Amt der Pflegekraft

Im Zentrum dieses Unterkapitels steht die Frage, inwieweit die berufliche Stellung der Pflegekraft ein würdevolles Amt entsprechend der *dignity of merit* ist. Dazu soll zunächst die formelle Seite beleuchtet werden, d.h. ob der Pflegekraft ihr Amt von außen offiziell verliehen wird und welche Rechte ihr aufgrund der Berufsbezeichnung zustehen.

Ganz grundlegend wird der Gesundheits- und Krankenpflegekraft eine formelle *dignity of merit* zugeschrieben, da die Berufsbezeichnung ein geschützter Titel ist und erst nach dem Absolvieren einer dreijährigen Berufsausbildung und dem Bestehen der staatlichen Prüfungen verliehen wird (vgl. §2Abs. 1 KrPflG). Werden weitergehend die mit der Berufsbezeichnung verknüpften Rechte betrachtet, so kann eine Pflegekraft in ihrer Berufsausführung keine Vorbehaltsaufgaben geltend machen. Zwar kann sie einige Tätigkeiten eigenverantwortlich durchführen, andere aber nur im Sinne einer Mitwirkung, wie beispielsweise die ärztliche Assistenz (vgl. §3 Abs. 1,2 KrPflG). Daraus ergibt sich unter anderem die Weisungsgebundenheit gegenüber dem Arzt. Diese lässt die Pflege eher als einen ärztlichen Assistenzberuf, statt eine eigene Profession begreifen. Auch die politische Partizipation der Pflege ist aktuell nur unzureichend bis gar nicht gegeben. Denn im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der zentralen Akteure im Gesundheitswesen, ist sie nur mit einer beratenden Stimme vertreten. Zu bedenken gibt an dieser Stelle, dass eine wesentliche Aufgabe des G-BA die Steuerung der medizinischen Versorgung und der Erlass von Richtlinien entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ist, von welchen die Pflege aber im selben Maße wie die stimm- und antragsberechtigten Vertreter betroffen ist (vgl. Schwinger 2016, S.121). Des Weiteren ist die Pflege bezüglich ihrer beruflichen Selbstverwaltung derzeit noch sehr schwach aufgestellt. Ein Organ wie die Pflegekammer, welches durch eine Pflichtmitgliedschaft alle beruflichen Pflegenden umfasst und die berufliche Selbstverwaltung regelt, gibt es in aktiver Form derzeit nur in Rheinland-Pfalz (vgl. ebd., S.110).<sup>4</sup> Eine zentrale Aufgabe einer Pflegekammer ist die Standesvertretung sowie die Mitwirkung der Berufsangehörigen auf der gesetzgebenden Ebene (vgl. ebd., S.113-116). Dieser Darlegung entsprechend ist die formelle *dignity of merit* der Pflegekraft eher als gering einzustufen. Doch möglicherweise

---

<sup>4</sup> In Bayern wird vorerst keine Pflegekammer eingerichtet. In Niedersachsen und Schleswig-Holstein wurden die gesetzlichen die Grundlagen für die Errichtung einer Pflegekammer geschaffen. In Schleswig-Holstein endet im April 2018 bereits die Wahl zur ersten Kammerversammlung. Diese sowie weitere Informationen zur aktuellen Entwicklung der Verkammerung der Pflege sind zu finden unter: <http://www.pflegekammer-jetzt.de/index.php/startseite.html>, Stand: 27.03.2018.

kann der informelle Aspekt, welcher das gesellschaftliche Ansehen umfasst, dieses Defizit wieder aufwiegen.

Im Hinblick auf das Sozialprestige kommt den Kranken- wie auch den Altenpflegekräften laut der jährlich in Deutschland durchgeführten *Bürgerbefragung öffentlicher Dienst* ein hohes Ansehen zu (vgl. Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion 2017, S.6f., siehe Abbildung 1). Werden die Umfrageergebnisse aus den Vorjahren betrachtet, so handelt es sich dabei um einen relativ konstanten Wert (vgl. ebd.). Dieses hohe Ansehen wird durch die Ergebnisse der repräsentativen Studie *Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung* von Ciesinger et al. gestützt. In der Umfrage äußerten die Befragten eine hohe Wertschätzung der pflegerischen Arbeit und sehen zudem den Kranken- wie Altenpflegeberuf nicht als eine Tätigkeit, die jeder, ungeachtet seiner Kompetenzen oder Qualifikationen, ausführen kann (vgl. Ciesinger et al. 2011, S.50-52). Neben diesem hohen Ansehen genießen die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zudem ein hohes Vertrauen in ihren Berufstand wie den Ergebnissen der Studie *Trust in Professions 2018* des GfK Vereins zu entnehmen ist (vgl. Pressemitteilung GfK Verein 2018, siehe Abbildung 2). Jedoch deckt sich dieses hohe Ansehen der Pflegekräfte nicht mit den meist negativ konnotierten Medienberichten über die Kranken- wie auch die Altenpflege. Dennoch dominieren negative Aspekte wie pflegerische Behandlungsfehler oder Versorgungsprobleme nicht die Thematisierung der Pflege in den Medien. Vielmehr ist der Fokus auf die Bereiche der Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit sowie die Arbeitsplatzsituation gerichtet. Dieser Aspekt zeigt auf, dass hinsichtlich des Sozialprestige zwischen der Bedeutung des Pflegeberufes an sich und den Arbeitsbedingungen sowie der damit korrespondierenden Qualität der pflegerischen Arbeit differenziert werden muss (vgl. Isfort 2013, S.1082f.). Ciesinger et al. zeigten zudem, dass in der Bevölkerung diese differenzierte Sichtweise vertreten ist und die hohe Wertschätzung des Pflegeberufes getrennt von den meist negativ eingeschätzten Arbeitsbedingungen bewertet wird. Die kritischen Medienberichte haben derzeit keinen direkten Einfluss auf das Sozialprestige der Pflegekräfte (vgl. Ciesinger et al. 2011, S:51), was jedoch unter keiner dauerhaften Garantie steht (vgl. Isfort 2013, S.1085). Folglich ist die informelle *dignity of merit* der Pflegekraft demnach zwar hoch einzuschätzen, gilt jedoch unter dieser Bedingung als gefährdet.

Insgesamt ist somit die an das berufliche Amt der Pflegekraft gebundene Würde als ambivalent zu bewerten. Auf der einen Seite kommt der Pflegekraft zwar ein hohes Sozialprestige zu, welches sich jedoch auf der formellen Seite nicht in einem angemessenen Status auf der politisch-rechtlichen Ebene niederschlägt. Problematisch ist dahingehend, dass die Statushöhe einer Berufsgruppe mitunter als entscheidendes Kriterium für die Positionierung im Ökonomisierungsprozess gilt (vgl. Simon 2014, S.171). Dementsprechend hatte der Pflegedienst im Krankenhaussektor aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung Personalkostenreduzierungen und einen damit verbundenen Personalabbau zu Gunsten der Ärzteschaft tragen müssen (vgl. ebd. S.167ff.). Die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegekräfte (vgl. Braun 2014, S.93) führt schließlich zu der Frage, inwieweit es der Pflegekraft noch möglich ist, nach ihren berufsethischen Standards und Werten zu handeln – dies entspricht der Achtung der Würde im Sinne der *dignity of moral stature*.

### Ansehen einzelner Berufsgruppen \*)

Es haben ein (sehr) hohes Ansehen von:	2007	2015	2016	2017	Veränderung zu:	
	%	%	%	%	2016	2007
Feuerwehrmann	90	95	93	96	+ 3	+ 6
Arzt	86	90	87	89	+ 2	+ 3
Kranken-/Altenpfleger	85	90	87	88	+ 1	+ 3
Erzieher im Kindergarten/Kita **)	**)	85	82	85	+ 3	-
Polizist	78	84	82	87	+ 5	+ 9
Richter	77	79	75	79	+ 4	+ 2
Pilot	**)	73	75	75	0	-
Hochschulprofessor	**)	74	70	76	+ 6	-
Lehrer	63	71	70	75	+ 5	+12
Müllmann	63	77	73	73	0	+10
Techniker	**)	66	63	69	+ 6	-
Dachdecker	58	66	63	64	+ 1	+ 6
Soldat	**)	58	61	61	0	-
Lokführer	**)	57	61	67	+ 6	-
Justizvollzugsbeamter	**)	58	58	63	+ 5	-
Kanal-Klärwerksmitarbeiter	-	-	57	64	+ 7	-
Briefträger	52	63	60	61	+ 1	+ 9
Förster ***)	-	-	-	61	-	-
Unternehmer	61	58	54	55	+ 1	- 6
Studienrat	53	53	50	53	+ 3	0
Anwalt	58	57	48	51	+ 3	- 7
Journalist	47	47	44	51	+ 7	+ 4
Steuerberater	47	42	35	42	+ 7	- 5
EDV-Sachbearbeiter	43	39	34	40	+ 6	- 3
Beamter	27	37	34	38	+ 4	+11
Steuerbeamter	28	34	29	33	+ 4	+ 5
Bankangestellter	38	36	28	33	+ 5	- 5
Manager	37	29	26	26	0	- 11
Politiker	20	24	24	25	+ 1	+ 5
Gewerkschaftsfunktionär	23	26	24	29	+ 5	+ 6
Mitarbeiter einer Telefongesellschaft *****)	19	19	18	18	0	- 1
Mitarbeiter einer Werbeagentur	18	15	13	12	- 1	- 6
Versicherungsvertreter	11	12	9	11	+ 2	0

\*) dargestellt ist jeweils der Anteil an Befragten, die ein sehr hohes oder hohes Ansehen von der jeweiligen Berufsgruppe haben

\*\*\*) nicht in allen Jahren abgefragt

\*\*\*\*\*) neu in 2017

**Abbildung 1:** Ansehen der Bevölkerung in einzelne Berufsgruppen (Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion 2017)

## DEUTSCHLAND: Vertrauen\* in Berufsgruppen

Deutschland Top 10 in Prozent	2016	2018
Feuerwehrleute	96	96
Sanitäter	96	96
Krankenschwestern/-pfleger	95	95
Ärzte	89	89
Lok-, Bus-, U-Bahn-, Straßenbahnführer	89	89
Piloten	87	89
Apotheker	90	87
Ingenieure, Techniker	86	85
Polizisten	82	84
Handwerker (Installateur, Schreiner, Maler etc.)	77	80

Deutschland Bottom 10 in Prozent	2016	2018
Unternehmer	54	53
Händler, Verkäufer	52	51
TV-Moderatoren	48	50
Schauspieler	48	46
Banker, Bankangestellte	43	40
Journalisten	36	38
Profisportler, -fußballer	42	37
Werbefachleute	27	25
Versicherungsvertreter	22	23
Politiker	14	14

\* vertraue voll und ganz/überwiegend

Quelle: **Trust in Professions 2018** - eine Studie des GfK Vereins.

**Abbildung 2:** Vertrauen der Bevölkerung in einzelne Berufsgruppen in Deutschland (GfK Verein 2018)

### 3.1.2 Das moralische Selbstverständnis der Pflegekraft

Um festzustellen, in welchem Maße die Pflegekraft ihr moralisches Selbstverständnis, welches die grundlegenden berufsethischen Werte umfasst, im beruflichen Setting aufrecht erhalten kann und somit die daran gebundene Würde entsprechend der *dignity of moral stature* garantiert ist, muss zunächst betrachtet werden, auf welchen grundlegenden Prinzipien das moralische Selbstverständnis der Pflegekraft basiert. In der Pflege sind einige Prinzipien zu finden, an denen sich die moralische Grundhaltung der Pflegenden festmacht (vgl. Lay 2012, S.130).<sup>5</sup>

#### 1. Das Autonomieprinzip

Die Respektierung der Autonomie des Patienten bedeutet, dass dessen Wille geachtet wird und er die notwendigen Informationen in verständlicher Aufbereitung erhält, um autonome Entscheidungen treffen zu können und so auch in seinem Handeln nicht bevormundet zu werden (vgl. Beauchamp/Childress 2013, S.104-107).

#### 2. Das Nonmaleficence-Prinzip

Es gilt der Grundsatz anderen Menschen keinen Schaden zuzufügen (vgl. ebd., S.150).

#### 3. Das Beneficence-Prinzip

Es stellt den Erhalt und die Förderung des Wohlergehens in den Fokus und umfasst alle Handlungen, die dazu beitragen (vgl. ebd., S.202f.).

#### 4. Das Gerechtigkeitsprinzip

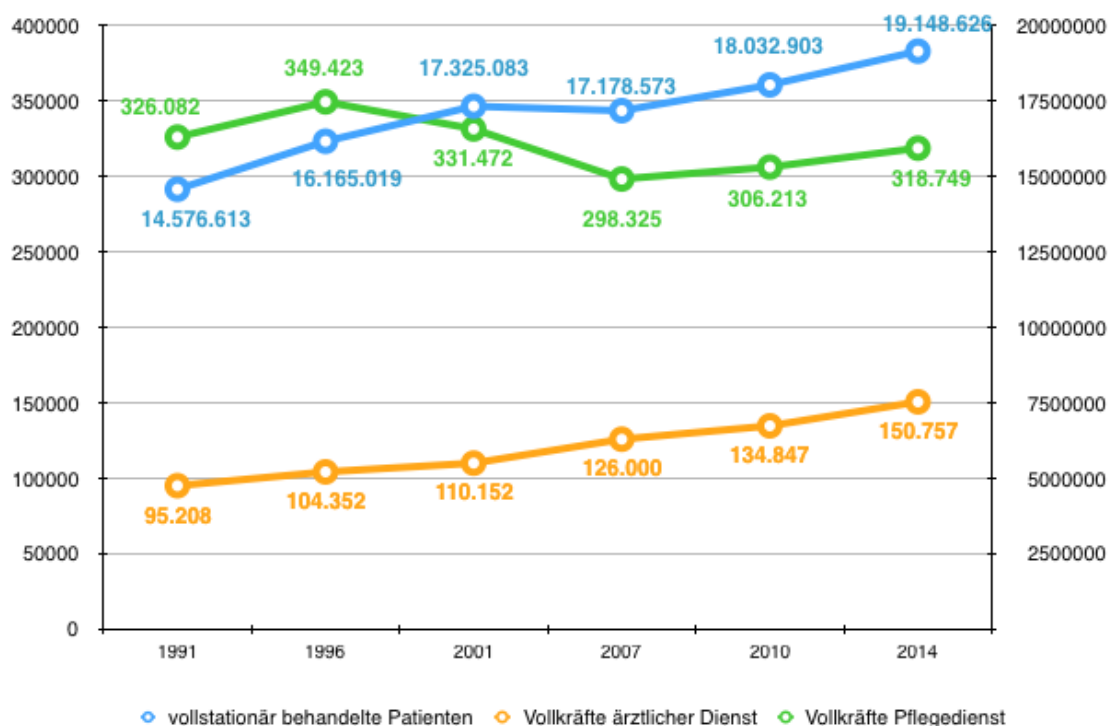
Im Zentrum steht die faire und angemessene Behandlung demgemäß, was ein Mensch zu erwarten hat und ihm grundlegend zusteht. Dies umfasst zudem eine faire, gerechte und angemessene Ressourcenallokation (vgl. ebd., S.250).

Diese vier Prinzipien stellen einen der Grundpfeiler des moralischen Selbstverständnisses der Pflegekraft dar und sind in gewisser Weise im internationalen Ethikkodex für Pflegenden, dem ICN-Ethikkodex, verankert, mit dem Ziel das pflegerische Handeln entsprechend der sozialen Werte und gesellschaftlichen Bedürfnisse zu regeln. Das Wohl des Patienten gilt als fundamentale Prämisse, welches neben gesundheitlichen Aspekten auch die Achtung der Menschenrechte impliziert (vgl. DBfK 2012, S.1).<sup>6</sup> Wenn sich durch die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen und die daraus resultierende Reduktion der personellen Ressourcen im Pflegedienst negative Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegekräfte ergeben, sind diese Werte in Gefahr. Gerade der Prozess der Ökonomisierung wird i. d. R. häufig mit der Besorgnis betrachtet, dass es zu einer Verschiebung der Wertehierarchie kommt, bis letztlich der wirtschaftliche Nutzen über allen anderen Entscheidungsgründen steht (vgl. Simon 2014, S.158).

<sup>5</sup> Diese Prinzipien überschneiden sich zum Großteil mit denen der Medizin (vgl. Körtner 2012, S.99).

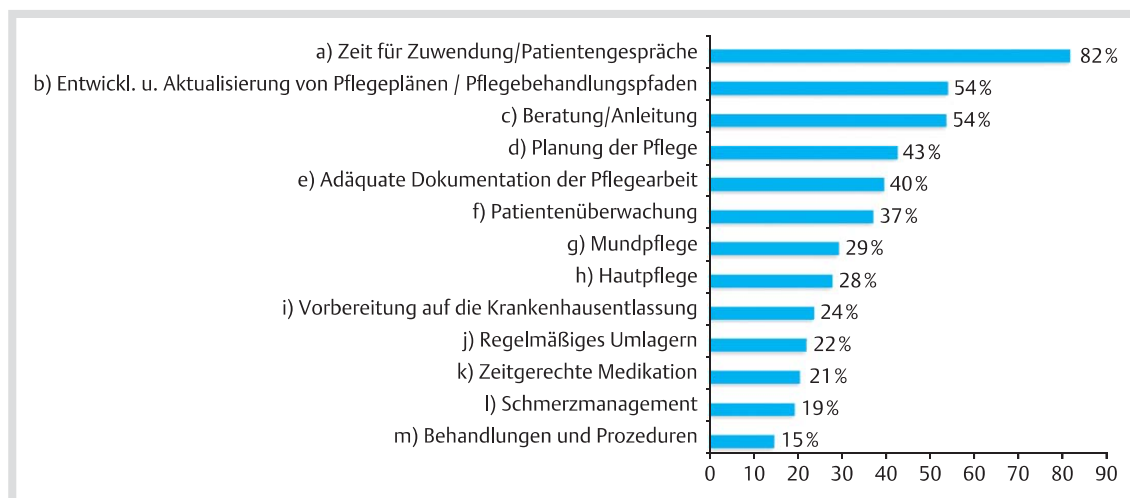
<sup>6</sup> Aufgrund des begrenzten Rahmens kann im vorliegenden Beitrag nicht der gesamte Kodex dargelegt werden. Die aktuelle und vollständige Version ist zu finden unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>, Stand: 27.03.2018.

Wertfrei gesprochen wird aber unter Ökonomisierung zunächst die „[...] Subsumierung zentraler gesellschaftlicher Prozesse unter die Logik der Ökonomie, also des Wirtschaftens oder Haushaltens mit Ressourcen, die prinzipiell knapp sind und deren Zuweisung oder Verwendung den Regeln eines Marktes folgt“ (Zöllner 2015, S.7) verstanden. Dabei stellt die Effizienz, das Erreichen des maximalen Nutzens mit minimalem Ressourcenaufwand, eine der zentralsten Prämissen dar (vgl. Manzeschke 2011, S.68). Dies muss nicht zwingend negativ sein, wenn davon ausgegangen wird, dass der maximale Nutzen im Gesundheitssystem das Wohlergehen des Patienten darstellt und nicht nur der Profit in Form monetärer Mittel. Wie nachfolgend noch zu zeigen sein wird, ist das Wohlergehen des Patienten u.a. eng an die Arbeitssituation der Pflegenden geknüpft. Mit der Implementierung der fallpauschalisierten Vergütung über die Diagnoses Related Groups (DRGs), welche im Jahr 1996 ihren Anfang nahm und 2004 die alten tagesgleichen Pflegesätze ablöste, wurde ein effizienteres Vorgehen angestrebt. Denn durch die bisherige Abrechnung über Tagessätze kam es zu unnötig langen Liegedauern für die Patienten, wodurch nicht nur finanzielle Mittel fehlgeleitet eingesetzt wurden, sondern vor allem auch gesundheitliche Risiken für den Patienten bestanden, wie beispielsweise das erhöhte Risiko einer nosokomialen Infektion (vgl. Braun 2014, S.91f.). Durch die DRGs kam es durchaus zu einer Verkürzung der Liegedauer und Anstieg der vollstationär behandelten Patienten. Jedoch erfolgte zeitgleich eine Reduktion der Vollzeitkräfte im Pflegedienst. Die Anzahl der vollbeschäftigten Ärzte ist dagegen im selben Zeitraum kontinuierlich gestiegen (vgl. ebd., S.93f; vgl. Abbildung 3).



**Abbildung 3:** Entwicklung der Anzahl der vollstationär behandelten Patienten, der Vollkräfte im Pflegedienst und der Vollkräfte im ärztlichen Dienst von 1991-2014 (vgl. Statistisches Bundesamt 2015; Bölt, Ute und Graf, Thomas 2012)

Die daraus folgende Arbeitsverdichtung im pflegerischen Bereich führte zu einer Steigerung der Arbeitsintensität und -belastung, welche sich vor allem in einem gesteigerten Gefühl von Zeitdruck manifestiert (vgl. ebd. 2014, S.103).<sup>7</sup> Diese Entwicklung bedingt den Prozess einer impliziten Rationierung von Pflegeleistungen. Das bedeutet, dass notwendige Pflegeleistungen aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen unzureichend bis gar nicht von Pflegekräften erbracht werden bzw. nicht erbracht werden können (vgl. Zander et al. 2014, S.728f.). Abbildung 4 zeigt die europaweite RN4Cast-Pflegestudie, aus der hervorgeht, welche notwendigen pflegerischen Leistungen in deutschen Krankenhäusern wegen Zeitmangels nicht erbracht wurden.



**Abbildung 4:** Häufigkeiten der impliziten Rationierung einzelner pflegerelevanter Tätigkeiten (Zander et al. 2014)

Besonders betroffen sind die psychosoziale Versorgung sowie Tätigkeiten aus dem Bereich der Kommunikation und Beratung. Die Vernachlässigung pflegerelevanter Tätigkeiten kann zu einer Gefährdung der Versorgungssicherheit und -qualität führen (vgl. ebd., S.728). Generell konnte in einer internationalen Studie zur Patientensicherheit, Zufriedenheit und Qualität der pflegerischen Versorgung von Aiken et al. nachgewiesen werden, dass eine erhöhte Arbeitsdichte die Patientensicherheit beeinträchtigt und demgegenüber bessere Arbeitsbedingungen die Pflegequalität und Patientenzufriedenheit erhöhen (vgl. Aiken et al. 2012, S.4).<sup>8</sup>

Werden diese Fakten nun in Bezug zu den dargelegten grundlegenden moralischen Standards und Werten einer Pflegekraft gesetzt, so ist konklusiv zu sagen, dass diese erschwert bis gar nicht aufrechterhalten werden können. Eine unzureichende Versorgungssicherheit und -qualität entspricht nicht einem Handeln zum Wohl des Patienten, wie es der ICN-Ethikkodex

<sup>7</sup> Auch wenn das ärztliche Personal im Krankenhaus im selben Zeitraum einen Stellenausbau erfahren hat, so heißt dies nicht, dass der ärztliche Dienst weniger von den Auswirkungen der zunehmenden Ökonomisierung im Krankensektor betroffen ist, da trotz der geschaffenen Stellen Besetzungsprobleme herrschen (vgl. Stüber 2013, S.85f.).

<sup>8</sup> Besorgniserregend ist, dass Deutschland hinsichtlich der Arbeitsbelastung im Vergleich mit allen anderen Ländern am schlechtesten abschnitt – durchschnittliche Patientenrate pro Pflegekraft: 10,5 (vgl. Aiken et al. 2012, S.3).

und das Beneficence-Prinzip fordern. Zudem kann nicht davon gesprochen werden, dass das Nonmaleficence-Prinzip erfüllt wird, wenn Patienten aufgrund einer erhöhten Arbeitsbelastung in ihrer Sicherheit gefährdet sind (vgl. Abbildung 4). Des Weiteren kann die Autonomie des Patienten nicht in vollem Umfang gewahrt werden, wenn keine Zeit für Beratung, Anleitung und Kommunikation zur Verfügung steht, um diesen in die Lage eines aufgeklärten Entscheidungsträgers zu versetzen. Außerdem kann im Hinblick auf die implizite Rationierung keine Realisierung des Gerechtigkeitsprinzips erfolgen, wenn Zeitmangel das Durchführen pflegerischer Handlungen determiniert. Entscheidungen werden zunehmend zu einer Wirtschaftlichkeitsabwägung vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung (vgl. Klaes et al. 2013, S.32f.). An dieser Stelle soll der Verweis erfolgen, dass sich die Befürchtungen in gewisser Weise erfüllen und nicht das Wohl des Patienten an oberster Stelle steht, sondern sich die Orientierung am wirtschaftlichen Nutzen darüber etabliert hat.<sup>9</sup> Folglich kann die Pflegekraft nicht die Rechte anderer achten, welche sie ihnen aufgrund ihrer beruflichen Moralität schuldet. Gleichzeitig kann sie nicht in der Weise moralisch handeln, dass sie sich den Selbstrespekt, welcher an die *dignity of moral stature* geknüpft ist, zuschreiben könnte. Konklusiv gerät durch die Diskrepanz zwischen dem moralischen Berufsideal und der ökonomisierten Arbeitsrealität ihr moralisches Selbstverständnis ins Wanken. Die daran gebundene Würde kann nicht garantiert werden. Diese Diskrepanz führt zu einem ethischen Dilemma, welches nicht spurlos an den Pflegekräften vorüber geht (vgl. ebd., S.33). Die Pflegenden nehmen deutlich wahr, dass ihre Berufsausführung unter Zeitdruck zu einer Pflege nach Takt und zu einem regelrechten Abfertigen wird, was ihrem Berufsethos entgegensteht (vgl. Immenschuh/Marks 2014, S. 101; Kumbruck 2010b, S.227). Meist resultiert daraus das Gefühl moralischer Scham, da gegen die eigene Moralität, welche sich im individuellen Gewissen manifestiert, gehandelt wurde (vgl. Immenschuh/Marks 2014, S.52). Weitergehend hat das Handeln entgegen der berufsethischen Werte auch ein gesteigertes Belastungserleben zur Folge. Der Konflikt zwischen Berufsideal und Arbeitsrealität konnte in einer Sichtung der nationalen wie auch internationalen Studien der letzten zehn Jahre als eindeutiger Belastungsfaktor identifiziert werden (vgl. Höhmann/Lautenschläger/Schwarz 2016, S.75f.). Problematisch ist ein daraus gesteigertes Risiko für physische und psychische Krankheiten (vgl. ebd., S.78). Die daraus resultierende erhöhte Arbeitsunfähigkeitsrate kann die bestehende Personalknappheit verstärken, was wiederum eine weitere Verdichtung der Arbeitsintensität und Erhöhung des Zeitdrucks bedingen kann (vgl. Simon 2014, S.170). Der Effekt der impliziten Rationierung wird dann weiter voran-

---

<sup>9</sup> Auch wenn die Ausrichtung an ökonomischen Werten schon vor der Reformierung der Krankenhausfinanzierung stetig zunahm, wurde dieser Paradigmenwechsel dadurch maßgebend verstärkt (vgl. Simon 2014, S.161) Dahingehend kann weiter die Frage gestellt werden, welcher Nutzen als oberstes Prinzip durch eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen letztlich angestrebt wird. Weiter noch kann sich die Überlegung anschließen, ob eine Verkürzung der Liegedauer nicht auch den Prinzipien unserer Leistungsgesellschaft geschuldet ist – also möglichst schnell wieder fit und leistungsfähig zu sein. Dies entspricht in gewisser Weise dem Effizienzcharakter und somit könnte man nicht nur von einer Ökonomisierung des Gesundheitswesen oder anderen Bereichen sprechen, sondern von einer Ökonomisierung des Menschen an sich. Da diese beiden Aspekte aber den vorliegenden Rahmen deutlich übersteigen, kann an dieser Stelle nicht tiefergehend darauf eingegangen werden, sondern muss auf weitere Forschungsarbeit verwiesen werden.



getrieben. Ein *circulus vitiosus* entsteht. Diese Kette nimmt geradezu groteske Züge an, wenn bedacht wird, dass negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Pflegekraft dem Postulat des Achtgebens auf die eigene Gesundheit im ICN-Kodex widerspricht (vgl. DBfK 2012, S.3). Besonders problematisch ist, wenn zur Überwindung dieser Diskrepanz Kompensationsmöglichkeiten wie die moralische Desensibilisierung erfolgen. Dabei entwickeln die Pflegekräfte eine gewisse Kälte gegenüber dem moralischen Konflikt, indem sie die mit berufsethischen Werten nicht konformen Handlungsgrundsätze in das moralische Selbstverständnis integrieren (vgl. Kersting 2011, S.299). Da die Integrität ein zentraler Pfeiler der *dignity of identity* ist, lässt sich zur Frage nach der Garantie der Würde der beruflichen Identität der Pflegekraft überleiten.

### 3.1.3 Die Würde der beruflichen Identität der Pflegekraft

Ganz allgemein betrachtet umfasst die berufliche Identität eines Menschen die lebensweltliche Dimension seines Berufes und bildet einen zentralen Anteil an der Gesamtheit seiner Identität (vgl. Fischer 2013, S.107f.). Grundlegend strebt der Mensch nach Identifikation mit seinem Beruf und nach dessen Sinnhaftigkeit für sein Leben (vgl. ebd., S.65f.). In der Gesundheits- und Krankenpflege ist in der Regel ein hohes Identifikationspotential mit dem Beruf zu finden (vgl. Buxel 2011, S.427). Dies hebt die Bedeutsamkeit der beruflichen Identität der Pflegekraft an ihrer Gesamtidentität hervor und verdeutlicht die Notwendigkeit, die *dignity of identity* nach Nordenfelt zu untersuchen. Für Nordenfelt sind Autonomie und Integrität die zentralen Grundpfeiler der *dignity of identity*. Unter Autonomie versteht Nordenfelt die Fähigkeit, auf der Basis des eigenen Willens, frei von Bevormundung und fremdbestimmenden Einflüssen zu handeln (vgl. Nordenfelt 2004, S.76). Integrität umfasst für ihn einen körperlichen wie auch geistigen Aspekt (vgl. ebd., S.69), wobei nachfolgend vor allem die geistige Integrität von Relevanz ist, da diese im Anschluss an Tiedemann in enger Verbindung zur Autonomie steht. Die geistige Integrität entspricht demnach dem Gefühl der Authentizität, d.h. der Mensch begreift sich selbst als Autor seiner Handlungen, indem sein Willensbildungsprozess frei von manipulativen Einwirkungen ist, die zu einem Kontrollverlust in seinen Handlungsentscheidungen führen (vgl. Tiedemann 2014, S.126f.).

Um vom subjektiven Erleben einer möglichen Missachtung der Würde der beruflichen Identität zur objektiven Begründung zu gelangen, wird zunächst betrachtet, ob die Pflegekraft sich in ihrem Selbstrespekt gegenüber ihrer beruflichen Identität verletzt sieht. Selbstrespekt und das damit zusammenhängende Selbstwertgefühl werden nach Nordenfelt durch Demütigung erschüttert (vgl. Nordenfelt 2004, S.75). In der Pflege sind auf den unterschiedlichsten Ebenen Gegebenheiten zu finden, in welchen sich Pflegekräfte erniedrigt oder in ihrem eigentlichen Wert herabgesetzt fühlen. Auf der primären Interaktionsebene mit den Patienten und Angehörigen, sind Pflegekräfte immer wieder mit entwertenden Verhaltensweisen konfrontiert, etwa in Form beleidigender Aussagen (vgl. Kumbruck 2010c, S.256ff.). Auf der Ebene der Organisation nehmen Pflegekräfte eine unzureichende Würdigung ihrer Arbeit in einer unangemessenen Entlohnung wahr, was vor allem die oft unentgeltlich erbrachten Überstunden betrifft. Den-

noch steht für sie dabei nicht ausschließlich die materielle Anerkennung ihrer Arbeit im Fokus. Vielmehr steht ihr wichtiger Beitrag zum Heilungsgeschehen meist im Schatten der Ärzte, was sich in einer gefühlten Degradierung im Hierarchiegefüge der Krankenhausorganisation äußert (vgl. Kumbruck 2010b, S.223-217). Auf der öffentlichen Ebene wird eine Entwertung der pflegerischen Arbeit darin wahr genommen, dass der Pflegeberuf, trotz der zunehmenden Akademisierung, zum Teil als Beruf an sich in Frage gestellt wird, da ihm das tradierte Verständnis des weiblichen Liebesdienstes immer noch anhaftet (vgl. Kumbruck 2010a, S.197). Auch die skandalisierenden Medienberichte können dahingehend einen negativen Einfluss haben. Letztlich kann sogar darauf hingewiesen werden, dass sich Pflegekräfte in ihrem Selbstrespekt der beruflichen Identität und dem damit verbundenen Selbstwertgefühl reduziert sehen, da sie sich gemäß den Ergebnissen der europaweiten NEXT-Studie ein negatives Selbstbild beimessen. Jede Zweite der befragten Pflegekräfte in Deutschland schätzte das Image des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit als schlecht oder sehr schlecht ein (vgl. Hasselhorn et al. 2008, S.458f.).<sup>10</sup> Im Folgenden wird die objektive Missachtung der Würde der beruflichen Identität betrachtet. Dabei wird zur Limitierung die Beschränkung in der Autonomie fokussiert, da in den vorausgehenden Kapiteln der Einfluss beruflicher Strukturen auf den pflegerischen Handlungs- und Entscheidungsspielraum bereits deutlich wurde. Darüber hinaus kommt im späteren Bezug zur Menschenwürde die zentrale Rolle der Autonomie noch weiter zum Tragen.<sup>11</sup>

Bereits in Kapitel 3.1.1 wird ersichtlich, dass die Pflege maßgebend von Berufsfremden reguliert wird, da sie derzeit kein Stimm- und Antragsrecht im G-BA hat und auf keine ausreichende berufliche Selbstverwaltung zurückgreifen kann. Auch in der Autonomie ihrer Berufsausführung ist die Pflegekraft aufgrund der Weisungsgebundenheit gegenüber dem ärztlichen Dienst eingeschränkt. Dahingehend wird die Pflege trotz ihres eigenen und essentiellen Beitrags zum Heilungsgeschehen meist ausschließlich als ärztlicher Assistenzberuf gesehen (vgl. Friesacher 2008, S.236). Doch auch in ihrem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich wird die Pflegekraft durch die gesteigerte Arbeitsverdichtung im Zuge der zunehmenden Ökonomisierung im Krankenhaussektor in ihrer Autonomie stetig begrenzt, wie anhand der impliziten Rationierung deutlich wird. Diese Begrenzung ihrer Handlungsautonomie hat nicht nur Auswirkung auf die Handlungsausführung an sich, sondern auch auf die Entscheidungsfreiheit, d.h. den Willensbildungsprozess. Wird die Pflegekraft etwa durch die zunehmende Wirtschaftlichkeitsorientierung zu einem Handeln gegen ihr moralisches Selbstverständnis gedrängt, hat dies Einfluss auf ihren Willensbildungsprozess, wodurch schließlich ihre geistige Integrität versehrt ist. Weiter noch wird die Verletzung der geistigen Integrität am Prozess der moralischen Desensibilisierung deutlich, denn dabei findet bereits eine Integration von berufsethischen Werten entgegenstehenden Handlungsmaximen in das eigentliche moralische Selbstbild statt.

---

<sup>10</sup> Mit Blick auf die Ergebnisse der Bürgerbefragung öffentlicher Dienst zum Ansehen einzelner Berufsgruppen (Kap. 3.1.1) deckt sich interessanterweise die Selbsteinschätzung der Pflegekräfte nicht mit dem Ansehen der Bevölkerung. Die Ursachen-Analyse zwischen der objektiven zur subjektiven Diskrepanz würde eine weitere Untersuchung erforderlich machen.

<sup>11</sup> Das bedeutet nicht, dass das Eindringen in die Privatsphäre sowie die körperliche Verletzung im Kontext der Pflege belanglos wären. Man denke zum Beispiel an die räumliche Abgrenzung der Pausenräume zum Stationsgeschehen oder an die Gewalt gegen Pflegekräfte.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Würde der beruflichen Identität der Pflegekraft weder auf der Ebene des subjektiven Erlebens, noch auf der objektiven Ebene gänzlich gewahrt ist. Da der beruflichen Identität ein hoher Stellenwert an der Gesamtidentität zukommt und in der Gesundheits- und Krankenpflege ein hohes Identifikationspotential mit dem Beruf herrscht, kann eine Verletzung der Würde der beruflichen Identität Einfluss auf die gesamte Wesenseinheit der Pflegekraft haben. An dieser Stelle soll wieder die Menschenwürde in den Blick genommen werden, denn Würde ist nicht nur im Sinne eines relativen Wertes entsprechend der kontingenten Auffassung zu verstehen, sondern auch als inhärenter und unverlierbarer Wert der Menschenwürde. Daher wird im Folgenden untersucht, inwieweit auch ein Einfluss auf den Achtungsbereich ihrer Menschenwürde besteht.

### 3.2 Zum Achtungsbereich der Menschenwürde der Pflegekraft

Aufgrund der Unverlierbarkeit und Nichtabwägbarkeit der Menschenwürde, steht im Folgenden nicht die Frage im Fokus, inwieweit die Menschenwürde der Pflegekraft im beruflichen Setting garantiert ist, sondern ob der Achtungsanspruch, den Kant damit verknüpft hat, gewahrt ist.

Es liegt für Kant die menschliche Würde in der von Natur aus bestehenden Vernunftbegabtheit des Menschen begründet. Diese spiegelt sich in der Autonomie wider, welche sich in der Fähigkeit zur Selbstgesetzgebung entsprechend des kategorischen Imperativs ausdrückt (vgl. Kant, GMS, AA, IV, S.435f.). D.h. der Mensch legt sich im Handeln die Grundsätze auf, von denen er wollen kann, dass sie ein allgemeines Gesetz werden (vgl. Kant, GMS, AA, IV, S.421).<sup>12</sup> Die Achtung der Menschenwürde findet in Kants berühmter Selbstzweckformel ihren Niederschlag: „Handle so, daß [sic!] du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck niemals bloß als Mittel brauchst [Hervorhebung im Original].“ (Kant, GMS, AA, IV, S.429).<sup>13</sup> Die Achtung der Selbstzweckmäßigkeit des Menschen bedeutet, dass der Mensch sich selbst und jeden anderen in allen seinen Handlungen stets als ein unersetzbares und selbstgesetzgebendes Vernunftwesen betrachtet (vgl. Kant, GMS, AA, IV, S.435f.). Dies umfasst, dass der Mensch uneingeschränkten Gebrauch von seiner Vernunft machen kann. Letztendlich entspringt eine Verletzung der menschlichen Würde aus der eigenen oder fremden Missachtung der Autonomie, denn dadurch wird der uneingeschränkte Vernunftgebrauch verwehrt und der Mensch nicht als Zweck an sich selbst geachtet. Auf die Pflege übertragen, muss die Pflegekraft demnach in ihrer Autonomie geachtet werden, damit sie sich in ihrem beruflichen Handeln diejenigen Grundsätze auferlegen kann, von denen sie wollen kann, dass sie ein allgemein geltendes Ge-

---

<sup>12</sup> Wie hier deutlich wird, umfasst die Autonomie bei Kant weitaus mehr als nur die Freiheit von fremdbestimmenden und bevormundenden Einflüssen zu handeln.

<sup>13</sup> Die kantische Selbstzweckformel ist noch heute von zentraler Bedeutung, da sie auf der juristischen Ebene unter der Bezeichnung Objektformel die Basis für die Konkretisierung einer Menschenrechtsverletzung darstellt (vgl. Tiedemann, 2014, S.64).

setz werden. Konkret bedeutet dies, dass sie ihre Berufsausführung auf der Grundlage des sittlich guten bzw. richtigen Handelns gestalten kann.

Wie bereits dargestellt sind im moralischen Selbstverständnis der Pflegekraft berufsethische Handlungsgrundsätze verankert, welche die Ausrichtung zum sittlich guten Handeln prägen. Aber auch wenn die Pflegekraft sich in ihrem beruflichen Handeln die Maxime zu Grunde legt, von denen sie wollen kann, dass sie eine allgemeine Gültigkeit erlangen, kann sie diese im Zuge der verschärften Wirtschaftlichkeitsorientierung im Gesundheitswesen mit Blick auf die steigende Arbeitsverdichtung und damit einhergehende implizite Rationierung nicht aufrechterhalten. Sie wird sozusagen in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit von den gewinnwirtschaftlichen Maximen des Gesundheitssystems bestimmt. Dies impliziert eine Determinierung ihrer Autonomie, wodurch ihr uneingeschränkter Vernunftgebrauch nicht mehr absolut gewährleistet ist. Weiter folgt durch den Prozess der moralischen Desensibilisierung, dass die Pflegekraft letztlich ihr Handeln nicht ausschließlich auf Grundsätzen aufbaut, die der Sittlichkeit entsprechen und damit eine allgemeine Gültigkeit erlangen können. Der Achtungsanspruch ist folglich nicht allein durch äußere Faktoren beeinträchtigt, sondern die Pflegekraft begrenzt sich auch selbst in ihrem Vernunftgebrauch. Konklusiv ist der Achtungsanspruch der Menschenwürde im beruflichen Setting nicht uneingeschränkt gewahrt. Zwar wurde ausschließlich die berufliche Ebene betrachtet, weitergehend kann die Vernachlässigung pflegerelevanter Tätigkeiten, eine damit einhergehende unzureichende Versorgungsqualität und -sicherheit nicht nur den Werten der beruflichen Moralität der Pflegekraft entgegenstehen, sondern auch gegen ihr allgemeines moralisches Selbstverständnis verstoßen. Denn es kann wohl kaum die generelle Ansicht erwachsen, dass gewinnwirtschaftliche Handlungsgrundsätze zu Lasten der Versorgungssicherheit allgemein vertretbar sind. Dadurch kann die Tendenz ausgemacht werden, dass ihr Achtungsanspruch auch außerhalb der beruflichen Ebene tangiert ist.

Der Verweis auf die Menschenwürde in diesem Kontext soll nicht als eine Dramatisierung der Situation der Pflegenden verstanden werden, sondern vielmehr in ihrer sensibilisierenden Wirkung die Bedeutsamkeit der Wahrnehmung der Würde der Pflegekraft hervorheben.

## 4 Schlussbetrachtung und Ausblick

Resümierend sind weder die kontingenten Würde-Aspekte der Pflegekraft noch der Achtungsanspruch ihrer Menschenwürde im beruflichen Kontext vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung sowie ihrer politisch-rechtlichen und gesellschaftlichen Stellung garantiert.

Angesichts der geringen theoretischen Ausgangslage dieser Thematik und ihrer Novität im Bereich der Forschung, muss hier explizit auf einen weiteren Forschungsbedarf verwiesen werden. Dabei müssen die künftigen Forschungsarbeiten der Komplexität des Themas gerecht werden. Neben diesem wissenschaftsorientierten Bedarf muss an dieser Stelle auch ein prakti-

scher Handlungsbedarf postuliert werden. Auch wenn gerade die zunehmende Ökonomisierung für die Situation in der Pflege verantwortlich gemacht wird, darf sie nicht als alleinige Kausalität denunziert werden. Sie hat zwar eine tragende Rolle in diesem multidimensionalen und -faktoriellen Geschehen, aber so bilden die Historie des Pflegeberufes sowie die dadurch u.a. bedingte unzureichende Partizipation auf der politisch-rechtlichen Ebene wichtige Einflussfaktoren. In der vorausgehenden Darlegung wurde ersichtlich, dass insbesondere die begrenzte berufliche Autonomie der Pflegekraft von zentraler Bedeutung ist und ihr niedriger Status auf der politisch-rechtlichen Ebene eine Quelle für die begrenzte Handlungs- und Entscheidungsfreiheit bildet. Konklusiv müssen die berufliche Autonomie sowie die politisch-rechtliche Position der Pflegenden gestärkt werden. Entwicklungen wie die Errichtung von Pflegekammern, welche unter dem Begriff der Professionalisierung subsumiert werden, zielen darauf ab, den Pflegeberuf aus dieser Fremdbestimmung und Schattenposition eines Heilhilfsberufes mit geringem berufspolitischem Ansehen herauszuholen und als eigene Profession zu etablieren, welche auch gewisse Rechte auf der politischen Ebene genießt (vgl. Kuhn 2016, S.23ff.; Kumbruck 2010a, S.198). Die Professionalisierung der Pflege schreitet in Deutschland – trotz Aspekten wie der zunehmenden Akademisierung des Pflegeberufes – hinsichtlich der Verkammerung eher langsam voran (vgl. Kuhn 2016, S.23f.). Auch wenn insbesondere die Errichtung von Pflegekammern zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen kritisch diskutiert wird, so können doch gerade durch die damit verbundene Führung eines Berufsregisters die vorhandenen personellen Ressourcen und eine im Verhältnis zum bestehenden Versorgungsaufwand zu niedrig angesetzte Personalbemessung aufgezeigt werden (vgl. Schwinger 2016, S.123; Kuhn 2016, S.80; Martini S.43). Zudem ist die Mitwirkung der Berufsgruppe im Gesetzgebungsprozess eine weitere zentrale Aufgabe von Berufskammern. Dadurch könnte der Status der Pflege auf der politisch-rechtlichen Ebene aufgewertet und ihre politische Partizipation erweitert werden, wodurch sie aktiv an den relevanten Gestaltungsprozessen mitwirken könnte und nicht mehr nur stiller Empfänger von Richtlinien wäre (vgl. Schwinger 2016, S.121). Problematisch ist dahingehend, dass das Kranken- bzw. Altenpflegegesetz die Mitwirkung der Pflegenden in den gesetzgeberischen Regulierungs- und Berufsbildungsprozessen, welche ihren Berufstand betreffen, nicht vorsehen. Diese Strukturen gilt es aufzubrechen und der Pflege die notwendige Autonomie zuteil werden zu lassen. Dies ist nicht nur für die Pflegekraft von Relevanz, sondern auch für die ihr anvertrauten Menschen, denn eine unzureichende Garantie ihrer Würde kann sich, wie anhand der impliziten Rationierung offensichtlich wurde, in negativer Weise auf den Patienten auswirken. Wird hier wieder auf die mit der Ökonomisierung verbundene Steigerung der Effizienz geblickt, kann die Überlegung erfolgen, dass darin auch eine Chance zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden besteht. Dem Ziel der Effizienzsteigerung könnte beispielsweise durch eine stärkere Mitarbeiterorientierung in der Pflege Rechnung getragen werden. Gleichwohl darf an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass die Diskussionen um den meist negativ assoziierten Einfluss ökonomischer Prinzipien auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege nicht geführt werden müssten, wenn diese stärker die Achtung der Selbstzweckmäßigkeit des Menschen in den Mittelpunkt stellen würden und dadurch

die Achtung der Würde der Pflegekraft und damit verbunden die des Patienten als zentrale Prämisse implizieren.

Abschließend sei aber noch daraufhin gewiesen, dass die Pflege nicht nur untätig darauf warten darf, dass ihr allein durch Dritte mehr Autonomie zuerkannt wird, sondern sie muss dahingehend vor allem selbst aktiv werden und für ihre Belange eintreten, denn um es in Kants Worten zu sagen: „Wer sich aber zum Wurm macht, kann nachher nicht klagen, daß [sic!] er mit Füßen getreten wird.“ (Kant, MS, AA, VI, S.437). Grundsätzlich ist in der Pflege ein politischer Aktivismus in Form von Initiativen und Protestaktionen für bessere Arbeitsbedingungen, einer beruflichen Aufwertung und vermehrter politischer Partizipation auszumachen. Allerdings lässt sich keine maßgebliche Bewegung identifizieren (vgl. Frisch 2014, S.22). Dennoch dürfen die Pflegekräfte angesichts dessen nicht verstummen, sondern müssen solidarisch weiter für ihre berufliche Autonomie und einen angemessenen Status auf der politisch-rechtlichen Ebene eintreten.

## Literatur

- Aiken, Linda H. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: British Medical Journal; 344: e 1717.
- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte - Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Online-Publikation: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>, Stand: 27.03.2018.
- Beauchamp, Tom L. und Childress, James F. (2013): Principles of Biomedical Ethics. 7. Auflage, New York: Oxford University Press.
- BMFSJ und BMG (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen - Pflege-Charta. Online-Publikation: [https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603\\_-\\_Aktive\\_PDF\\_-\\_Charta.pdf](https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf), Stand: 27.03.2018.
- Bölt, Ute und Graf, Thomas (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, S.112-138, Online-Publikation: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaFebruar12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaFebruar12.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 27.03.2018.
- Braun, Bernard (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra und Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer, S.91-114.
- Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion (2017): Bürgerbefragung öffentlicher Dienst 2017: Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen. Online-Publikation: [https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/forsa\\_2017.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/forsa_2017.pdf), Stand: 27.03.2018.
- Buxel, Holger (2011): Wie Pflegende am Arbeitsplatz zufriedener werden. In: Die Schwester Der Pfleger Jg.50, Nr.5, S.426-430.
- Ciesinger, Kurt-Georg et al. (2011): Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe. In: Ciesinger, Kurt-Georg et al. (Hrsg.): Berufe im Schatten. Werstschätzung von Dienstleistungsberufen. Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung. Berlin: LIT Verlag, S.31-52.
- DBfK (2012): ICN-Ethikkodex für Pflegende. Online-Publikation: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>, Stand: 27.03.2018.
- Fischer, Renate (2013): Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V&R unipress.
- Frisch, Tobias (2014): Pflegeprotest heute - ein unsystematischer Überblick. In: Dr. med. Mabase Jg.39, Nr.212, S.20-22.

- GfK Verein (2018): Feuerwehrleuten, Sanitätern und Pflegeberufen schenken die Deutschen Vertrauen, Pressemitteilung 21.03.2018. Online-Publikation: [http://www.gfk-ver-ein.org/sites/default/files/medien/359/dokumente/pm\\_trust\\_in\\_professions\\_2018\\_dt\\_0.pdf](http://www.gfk-ver-ein.org/sites/default/files/medien/359/dokumente/pm_trust_in_professions_2018_dt_0.pdf), Stand: 27.03.2018.
- Gröschner, Ralf; Kapust, Antje und Lembcke, Oliver W. (Hrsg.) (2013): Wörterbuch der Würde. München: Wilhelm Fink.
- Hasselhorn, Hans Martin et al. (2008): Image der Pflege in Deutschland. In: Die Schwester Der Pfleger Jg.47, Nr.5, S.458-461.
- Höhnmann, Ulrike; Lautenschläger, Manuela und Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.): Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S.73-90.
- Immenschuh, Ursula und Marks, Stephan (2014): Scham und Würde in der Pflege. Ein Ratgeber. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Isfort, Michael (2013): Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt, Jg.56, Nr.8, S.1081-1087.
- Kant, Immanuel: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten [=GMS]. In: Kants gesammelte Schriften. Herausgegeben von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften [= AA], Band IV, Berlin 1903/11, S.385-464.
- Kant, Immanuel: Die Metaphysik der Sitten [=MS]. In: Kants gesammelte Schriften. Herausgegeben von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften [= AA], Band VI, Berlin 1907/14, S.203-494.
- Kersting, Karin (2011): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Klaes, Lothar et al. (2013): Public Private Health. Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Körtner, Ulrich H.J. (2012): Grundkurs Pflegeethik. 2. Auflage, Wien: Facultas.
- KrPflG: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), vom 16.07.2003. Zuletzt geändert am 17.7.2017. Online-Publikation: [https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg\\_2004/gesamt.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf), Stand: 27.03.2018.
- Kuhn, Andrea (2016): Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Der fehlende Baustein zur Professionalisierung? Wiesbaden: Springer.
- Kumbruck, Christel (2010a). Berufliche Pflegepraxis und die Erfahrung gesellschaftlicher Anerkennung. In: Kumbruck, Christel; Rumpf, Metchild und Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT Verlag, S.183-208.
- Kumbruck, Christel (2010b): Das Erleben von Wertschätzung und Anerkennung in Pflegeeinrichtungen. In: Kumbruck, Christel; Rumpf, Metchild und Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT Verlag, S. 209-234.



- Kumbruck, Christel (2010c): Wertschätzung im Pflorgeteam und in direkten Beziehungen mit Patienten. In: Kumbruck, Christel; Rumpf, Metchild und Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT Verlag, S.235-282.
- Lay, Reinhard (2012): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Manzeschke, Arne (2011): ‚Ökonomisierung‘ - Klärungsbedürftigkeit und Erklärungskraft eines Begriffs. In: Kettner, Matthias und Koslowski, Peter (Hrsg.): Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftspolitische Unterscheidungen. München: Wilhelm Fink Verlag, S.67-93.
- Nordenfelt, Lennart (2004): The Varieties of Dignity. In: Health Care Analysis, Jg.12, Nr. 2, S.69-80.
- Sabatino, Laura et al. (2014): The dignity of the nursing profession: A meta-synthesis of qualitative research. In: Nursing Ethics Jg.21, Nr.6, S.659-672.
- Sandkühler, Hans Jörg (2015): Menschenwürde und Menschenrechte. Über die Verletzbarkeit und den Schutz der Menschen. 2. Auflage, Freiburg/München: Verlag Karl Alber.
- Schaber, Peter (2012): Menschenwürde. Stuttgart: Reclam.
- Schwinger, Antje (2016): Die Pflegekammer: Eine Interessensvertretung für die Pflege? In: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.): Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S.109-126.
- Simon, Michael (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens - Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra und Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer, S.157-178.
- Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2014. Online-Publikation:  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 27.03.2018.
- Stüber, Christiane (2013): Berufsethos im Krankenhaus. Zu den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die berufsethische Orientierung des medizinischen Personals im Krankenhaus. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- Tiedemann, Paul (2014): Was ist Menschenwürde. Eine Einführung. 2. Auflage, Darmstadt: WBG.
- Weidert, Sabine (2014): Pflegenotstand oder wie Pflegenden die Not am eigenen Leib spüren. In: Böhme, Gernot (Hrsg.): Pflegenotstand: der humane Rest. Bielefeld: Aisthesis Verlag, S.99-114.
- Zander, Britta et al. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4-Cast. In: Das Gesundheitswesen, Jg.76, Nr.11, S.727-734.

Zöllner, Oliver (2015): Was ist eine Ökonomisierung der Wertesysteme? Gibt es einen Geist der Effizienz im mediatisierten Alltag? In: Grimm, Petra und Zöllner, Oliver: *Ökonomisierung der Wertesysteme. Der Geist der Effizienz im mediatisierten Alltag*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, S. 7-18.

## Kurzvorstellung der Autorin



Katharina Sonntag ist 1991 in Ulm geboren. Ihren Bachelor in Pflege dual absolvierte sie an der Katholischen Stiftungshochschule in München (KSH), währenddessen sie eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin an der Berufsfachschule Maria Regina erfolgreich abgeschlossen hat. Schon während ihres Bachelorstudiums hatte sie großes Interesse an der Auseinandersetzung mit ethischen Norm- und Sinnfragen und hat sich daher auch im Rahmen ihrer Bachelorarbeit einem ethischen Thema gewidmet. Dabei hat sie die Würde-Thematik in der Pflege von der Seite der Pflegekraft aus betrachtet und untersucht, inwieweit die Würde der Pflegekraft im beruflichen Setting garantiert ist.

Beruflich arbeitet Katharina Sonntag derzeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin in einer Münchner Klinik. Darüber hinaus ist sie im Redaktionsteam dieser Reihe tätig sowie Mitglied der Jury in der Vergabe des Wilhelm Löhe Studentenpreises Ethik 2018. Zudem hat sie zur Thematik ihrer Bachelorarbeit bereits zwei Gastvorträge an der KSH gehalten.

Neben ihrem Forschungsinteresse im Bereich der Ethik ist ihr die Professionalisierung der Pflege ein besonderes Anliegen. Deshalb ist es ihr wichtig, sich dahingehend für ihren Beruf stark zu machen, weshalb sie auch ehrenamtliches Mitglied der AG Junge Pflege des DBfK Südost ist.