

Johannes Kemser, Andrea Kerres (Hrsg.)

Lehrkompetenz lehren

Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit

Herausgegeben von der
Katholischen Stiftungshochschule München

Band 17

Lehrkompetenz lehren

Beiträge zur Profilbildung Lehrender

Herausgegeben von
Johannes Kemser und
Andrea Kerres

DE GRUYTER
OLDENBOURG

ISBN 978-3-11-050069-1
e-ISBN (PDF) 978-3-11-050070-7
e-ISBN (EPUB) 978-3-11-049811-0
ISSN 2509-7040

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

A CIP catalog record for this book has been applied for at the Library of Congress.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2018 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston
Satz: Konvertus, Haarlem
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck
☺ Gedruckt auf säurefreiem Papier
Printed in Germany

www.degruyter.com

Vorwort des Präsidenten

Die Katholische Stiftungshochschule München (KSH) hat bis zum Jahr 2015 insgesamt 15 Bände der Reihe DIMENSIONEN SOZIALER ARBEIT UND DER PFLEGE beim Verlag Lucius & Lucius herausgegeben. Seit dem Jahr 2016 wird die Reihe unter dem Titel BILDUNG – SOZIALE ARBEIT – GESUNDHEIT vom Verlagshaus De Gruyter verlegt. In der Reihe publizieren insbesondere Lehrende und Forschende der Katholischen Stiftungshochschule zu aktuellen Fragen und Themen der Sozialen Arbeit, Bildung und Pflege als Wissenschaft und Praxis.

Der Ihnen hier vorliegende Reader, der in integrativer Weise die Kategorien Bildung, Pflege und Gesundheit bedient, trägt den Titel „Lehrkompetenz lehren“, verbindet sowohl regional- wie länderübergreifende Unterschiede, vereinigt Bildungsbedarfe sowohl auf berufsschulischer wie auf hochschulischer Ebene. Er spiegelt sowohl geschichtliches, wissenschaftstheoretisches, pädagogisches, psychologisches, didaktisch-methodisches wie praktisches Know-how durch unterschiedliche Sichtweisen verschiedener Autor(inn)en aus unterschiedlichen Bildungsbereichen.

Die KSH München mit ihren Abteilungen München und Benediktbeuern steht seit ihrem Bestehen im Jahr 1971 sowohl für multidisziplinäre Bezugsdisziplinen als auch für spezielle Expertisen auf hohem wissenschaftlichem Niveau. Seit 2005 ist es in München möglich, Pflegepädagogik zu studieren und die Lehrbefähigung für das Amt der Lehrerin und des Lehrers an Berufsfachschulen für Pflege und Gesundheit zu erwerben. Für die Qualifizierung der Studentinnen und Studenten sind Lehrende aus den oben genannten Disziplinen tätig, die ihr hochschuldidaktisches Fachwissen teilweise über viele Jahre an unterschiedlichen Hochschulen und Universitäten erprobt haben.

Für die Pflegepädagogik ist zu konstatieren, dass es nach wie vor wenige Publikationen zum Thema „Lehrkompetenz lehren“ bzw. „Lehrkompetenz erwerben“ gibt, sodass mit dem vorliegenden Sammelband eine wichtige Lücke geschlossen wird.

Den Band zeichnet u. a. aus, dass pädagogisch gesehen hier die Erkenntnis des Lernens im sozialen Kontext eine entscheidende Rolle spielt. Denn die hohe Bedeutung der Frage kennt jeder in der Bildungsarbeit Tätige: Wie ist das Lernbewusstsein? Wie sind die Lernkontexte, in denen Erwachsene lernen? Und was sagen die Kontexte über die Qualität des Lernens aus? Haben diese wiederum etwas mit Lehrkompetenzen zu tun? Sagen diese Bedingungen schließlich etwas über Lernbereitschaft, Lernfrust oder -lust, mit denen Menschen lernen, aus? Dies sind auch für Weiterbildungsseminare und für die Lehre an Hochschulen spannende Fragen, zu denen es teils überraschende Antworten gibt.

Interessant dabei ist, dass bereits in der Repräsentativstudie aus dem Jahr 2006 zum Lernbewusstsein und Lernverhalten der deutschen Bevölkerung festgestellt worden ist, dass gerade diejenigen, die überwiegend auf Internetlernen oder Fernlernen setzen, bezogen auf Lernkompetenzen die niedrigsten Werte haben. Diejenigen

dagegen, die schulische Angebote, Fort- und Weiterbildungen, Hochschulseminare usw. – also die institutionelle Form von Lernen – bevorzugen, erreichen deutlich bessere Werte hinsichtlich der Selbststeuerung und des Motivationsgrads von Lernprozessen.¹

Der Stellenwert des Lernens auf Distanz und des elektronisch unterstützten Lernens soll nicht in Abrede gestellt werden. Dennoch könnte man meinen, dass diese Ergebnisse durchaus etwas zu tun haben mit der Lust am Dialog, am Diskurs, am Buch vielleicht, am Händischen.

Das eigentlich Überraschende ist, dass die Lehrkompetenzen immer mit der Bereitschaft für lebenslanges Lernen zusammenhängen, abhängig von den im Erwachsenenalter insbesondere an der sozialen Lernumgebung erfahrenen Lernkontexten. Die Dispositionen für Lernen überhaupt sind eben nicht im frühkindlichen Alter oder bis zum Alter von 12 oder 13 Jahren endgültig geformt, sondern bilden sich ein Leben lang aus, je nach Lehrkompetenz der Lehrenden und der jeweiligen Lehr- und Lernumgebung.

Aus diesen Überlegungen kann man ersehen, dass der Einfluss der Lernumwelt sowie die von Situation, Raum und Zeit und schließlich – am bedeutendsten – von der jeweiligen Lehrperson ausgehende Wirkung maßgeblich sind, um die Bedingungen für Lehrkompetenz zu entwickeln.

So freut es mich besonders, Sie auf diese Kernkompetenzen von pädagogischer Lehre in unterschiedlicher Breite und Tiefe verschiedener Autorenbeiträge aufmerksam und neugierig machen zu dürfen. Sie widerspiegeln auch und im Besonderen das vielfältige Angebot unserer Hochschule in Lehre und Forschung.

Mit dem Sammelband „Lehrkompetenz lehren“ ist es der Kollegin Andrea Kerres und dem Kollegen Johannes Kemser gelungen, eine gebündelte, d. h. integrierende Antwort auf bisher oftmals nur mühsam zu findende Monografien zu geben.

Hermann Sollfrank

¹ Baethge, M. (2006): Der ungleiche Kampf um das lebenslange Lernen. Repräsentativ-Studie zum Lernbewusstsein und -verhalten der deutschen Bevölkerung. In: Edition Quem (Hg.): AG Betriebliche Weiterbildungsforschung e. V., Bd. 16, S. 9.

Vorwort der Herausgeber

Wenn man nicht zufällig „auf Lehramt“ studiert oder studiert hat, bestehen kaum Möglichkeiten, sich kontinuierlich im Austausch oder im Diskurs Lehrkompetenz anzueignen. Zwar gibt es Fortbildungskurse für Lehr- und Hochschuldidaktik, die von unterschiedlichen Zentren angeboten werden, so beispielsweise vom Zentrum für Hochschuldidaktik in Bayern.¹ Verglichen mit anderen Themen aus den Bereichen „Pflege“, „Gesundheit“ und „Soziales“ wie beispielsweise Arbeit, Erfolg, Personal, Ehrenamt, Betreuung, Marketing, Palliativ und Hospiz, Strukturen, Finanzierung oder auch Unternehmensphilosophie gerät das Thema „Bildung, Lehre und Vermittlung“ oder gar der Komplex „Lehrkompetenz lehren“ auffällig ins Hintertreffen.

Seit Einführung der Studiengänge „Pflegepädagogik“ Mitte der sog. Nullerjahre (in Bayern Beginn 2005) an Hochschulen für angewandte Wissenschaften hat sich die Literaturlage zwar deutlich und erheblich verbessert. Gleichwohl tappt man bei der Suche nach der hier favorisierten Overline „Lehrkompetenz lehren“ immer noch im Dunkeln, wenn es um eine griffige, handhabbare und verstehbare Literaturlage geht.

Dies war für uns ein drängendes Zeichen und zugleich ein hochschulpolitischer Appell an die eigene Fakultät, einen Reader zu erstellen, der diese spürbare Lücke füllt und unterschiedliche Facetten hierzu beleuchtet. So haben wir den Versuch unternommen, aus unterschiedlichen Perspektiven Fragestellungen zu entwickeln und diese an Hochschulkolleg(inn)en, Praktiker(innen) aus der Schulpraxis, Lehrbeauftragte und an Studierende, die kürzlich ihr Studium der Pflegepädagogik als Bachelor- oder Masterabsolvent(inn)en abgeschlossen haben und in Projekten oder im unmittelbaren Unterrichtsgeschehen tätig sind, weiterzutragen.

Schließlich wurde der Versuch unternommen, sich den offenen Fragen durch einen möglichst geschlossenen Kranz unterschiedlicher Sichtweisen anzunähern. Dabei ist uns klar geworden, dass man die hochgesteckten Ansprüche nicht allumfassend erfüllen kann. So sind beispielsweise die Sichtweisen der Politik, respektive die des Kultus-, Wissenschafts-, Gesundheits- und Pflegeministeriums, nicht mit vertreten. Trotzdem werden in einzelnen Kapiteln Eckpunkte und Säulen gesetzt, die

¹ <https://www.diz-bayern.de/das-diz> (letzter Aufruf: 25.04.2017). Das Zentrum für Hochschuldidaktik (DiZ) ist seit dem 1. Januar 2011 eine gemeinsame, hochschulübergreifende wissenschaftliche Einrichtung der staatlichen bayerischen Hochschulen für angewandte Wissenschaften. Es wurde 1996 in Kempten – damals noch als eine dem Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst unmittelbar nachgeordnete Behörde – eingerichtet und befindet sich seit Oktober 2004 in Ingolstadt. Zweck dieser Einrichtung ist die kontinuierliche Verbesserung der Hochschuldidaktik an allen bayerischen Hochschulen für angewandte Wissenschaften. Bestehende Anstrengungen in der Hochschuldidaktik sollen gebündelt, koordiniert und für alle nutzbar gemacht werden. Das DiZ soll aber auch neue Impulse zur Optimierung und Weiterentwicklung im Rahmen der Lehre an Hochschulen geben.

jeweils mit differenzierten Autorenbeiträgen unterschiedlicher Pädagogikexpertise gefüllt werden.

Wir haben die einzelnen Beiträge fünf Teilen mit folgenden Themenkreisen zugeordnet:

- Teil 1: Bedeutung eines beruflichen Selbstverständnisses in der Vermittlung gesundheitspädagogischen Wissens – Die Metastruktur der Lehre
- Teil 2: Lehre(n) kann nicht jeder – Der Lehrende
- Teil 3: Die richtige Auswahl – Didaktik und Methodik als Basis für Lehrkompetenz
- Teil 4: Projekte und Programme – Die berufliche Verortung
- Teil 5: Erfahrungsberichte – Die Rückschau auf selbst erlebte Lehrkompetenz

Der erste Teil beginnt mit einem Ethikbeitrag von Constanze Giese und Annette Riedel mit dem Titel „Empfehlungen für eine künftige Ethikbildung der Pflegeberufe – Ein Beitrag zur Entwicklung einer professionellen und beruflichen Identität“. Im zweiten Beitrag schreibt Anne Kellner „Vom Nutzen der Geschichte für die Pflege“, der oftmals verkannt wird. Darauf folgt ein Beitrag von Elisabeth Linseisen zum Thema „Professionalisierung, Pflege und Politik – Über die Notwendigkeit, ein (berufs-) politisches (Selbst-)Verständnis zu entwickeln“.

Der direkte Personbezug wird im zweiten Teil unter die Lupe genommen. Als Verantwortliche einer berufsschulischen Pflegeakademie entwerfen Lisa Hirdes und Katharina Matic ein die Autonomie der Pflegenden stärkendes Identitätsprofil, das sie zu einer prägnanten Aussage zusammenfassen und ihrem Beitrag den apodiktischen Titel „Kein Profil ohne berufliche Identität“ geben. Mit der immer wieder unbeantworteten oder zumindest nicht eindeutig zu beantwortenden Frage eines „guten Lehrers“ setzt sich Johannes Kemser auseinander und stellt in den Raum, ob dies „nur eine Frage des Zeitgeistes oder doch ein lohnenswerter Diskurs“ ist. Letztlich scheint doch jeder Lehrende eine hohe Beziehungskompetenz aufweisen zu müssen, sonst kann er Inhalte nicht überzeugend und nachhaltig vermitteln. Andrea Kerres nennt ihren Beitrag deshalb „Der Lehrer als Beziehungsspezialist – Was kann Hochschulbildung dazu beitragen?“

Was nutzen alle Fähigkeiten eines guten Lehrers ohne das nötige Know-how, quasi als Basis für sein Tun? Entsprechend stellt im dritten Teil Astrid Herold-Majumdar ein „Kompetenzmodell für ko-kreative Lehre“ vor. Danach folgt ein Beitrag von Martin Knoll, der die „Methodenkompetenz als Teil der Lehrkompetenz in der Pflegebildung“ sieht und seinen Beitrag einen „Versuch eines anwendungsorientierten Einsatzes der phänomenologisch-hermeneutischen Methode“ bezeichnet. Katharina Lüftl entwickelt „Aus Praxissituationen Ziele einer Lehrveranstaltung“ und präsentiert Vorschläge, „Wie die Pflegepädagogik die Lehre in dualen Pflegestudiengängen bereichern kann“.

Der vierte Teil beleuchtet praxisnah und konkret Projekte und Programme. So bezeichnet Rainer Ammende „Die Integration ausländischer Pflegefachpersonen“ als „pflegepädagogische Herausforderung“. Helma Kriegisch stellt danach „Erfahrungen

und Erfordernisse in der Kommune – eine Förderungsoffensive pflegepolitischer Programme und Projekte“ des Sozialreferats der Landeshauptstadt München vor. Ohne gegenseitiges Verstehen gelingen aber weder Integration noch sonstige Projekte. Deshalb ist dringend Sprachförderung von Pflegenden nötig. Johanna Prinz nennt ihren Beitrag deshalb „Sprache Pflegen‘ – Möglichkeiten der Sprachförderung von Pflegenden mit anderen Erstsprachen als Deutsch in Ausbildung und Beruf.“

Schließlich geben wir im fünften Teil unmittelbaren Erlebnissen aus der Lehr- und Unterrichtspraxis Raum, weil gerade sie die Erfahrungen mit Erwartungen am dichtesten verbinden. Alexa Roth stellt für sich fest und sagt: „Alleingelassen im Referendariat – Erfahrungen nach fünf Jahren Lehramtsstudium in einer Berufsfachschule“. Abschließend widmet sich Christiane Wissing implizit der Frage „Gut präpariert für die Lehrpraxis“ und schildert ihre „Erfahrungen nach dreieinhalb Jahren Pflegepädagogikstudium an einer Hochschule für angewandte Wissenschaften“.

Zu guter Letzt ist uns wichtig festzuhalten, dass die Autor(inn)en jeweils für die Inhalte selbst verantwortlich zeichnen.

Mit einem Nachwort, was im Buch gelungen, was möglicherweise offen geblieben ist, sowie weiterführenden Forschungsfragen runden wir den Sammelband ab.

Andrea Kerres und Johannes Kemser

Inhalt

Vorwort des Präsidenten — V

Vorwort der Herausgeber — VII

Teil 1: **Bedeutung eines beruflichen Selbstverständnisses in der Vermittlung gesundheitspädagogischen Wissens**

Die Metastruktur der Lehre

Annette Riedel und Constanze Giese

Empfehlungen für eine künftige Ethikbildung der Pflegeberufe

Ein Beitrag zur Entwicklung einer professionellen und beruflichen Identität — 3

Anne Kellner

Vom Nutzen der Geschichte für die Pflege — 22

Elisabeth Linseisen

Professionalisierung, Pflege und Politik

Über die Notwendigkeit, ein (berufs-)politisches (Selbst-)Verständnis zu entwickeln — 41

Teil 2: **Lehre(n) kann nicht jeder**

Der Lehrende

Lisa Hirdes und Katharina Matic

Kein Profil ohne berufliche Identität — 59

Johannes Kemser

Was einen guten Lehrer ausmacht

Nur eine Frage des Zeitgeists oder lohnenswerter Diskurs? — 81

Andrea Kerres

Der Lehrer als Beziehungsspezialist

Was kann Hochschulbildung dazu beitragen? — 108

Teil 3: **Die richtige Auswahl**

Didaktik und Methodik als Basis für Lehrkompetenz

Astrid Herold-Majumdar

Ein Kompetenzmodell für die ko-kreative Lehre — 129

Martin Knoll

Methodenkompetenz als Teil der Lehrkompetenz in der Pflegebildung

Versuch eines anwendungsorientierten Einsatzes der phänomenologisch-hermeneutischen Methode — 150

Katharina Lüftl

Aus Praxissituationen Ziele einer Lehrveranstaltung entwickeln

Wie die Pflegedidaktik die Lehre in dualen Pflegestudiengängen bereichern kann — 183

Teil 4: **Projekte und Programme**

Die berufliche Verortung

Rainer Ammende

Die Integration ausländischer Pflegefachpersonen

Eine pflegepädagogische Herausforderung — 215

Helma Kriegisch

Erfahrungen und Erfordernisse in der Kommune

Eine Förderungsoffensive pflegepolitischer Programme und Projekte — 232

Johanna Prinz

„Sprache Pflegen“

Möglichkeiten der Sprachförderung von Pflegenden mit anderen Erstsprachen als Deutsch in Ausbildung und Beruf — 252

Teil 5: **Erfahrungsberichte**

Die Rückschau auf selbst erlebte Lehrkompetenz

Alexa Roth

Alleingelassen im Referendariat

Erfahrungen nach fünf Jahren Lehramtsstudium in einer Berufsfachschule — 281

Christiane Wissing

Gut präpariert für die Lehrpraxis

Erfahrungen nach dreieinhalb Jahren Pflegepädagogikstudium an einer Hochschule
für angewandte Wissenschaften — **292**

Nachwort der Herausgeber — 310

Verzeichnis der Autor(inn)en — 312

Teil 1: **Bedeutung eines beruflichen
Selbstverständnisses in der Vermittlung
gesundheitspädagogischen Wissens**
Die Metastruktur der Lehre

Annette Riedel und Constanze Giese

Empfehlungen für eine künftige Ethikbildung der Pflegeberufe

Ein Beitrag zur Entwicklung einer professionellen und beruflichen Identität

1 Relevanz der Ethikbildung

Die ethische Dimension des pflegeberuflichen Auftrags und des Pflegealltags sind unstrittig (vgl. Riedel et al. 2017, Bartlett/Finder 2016, Riedel/Lehmeyer 2016, Strube et al. 2014, Riedel/Lehmeyer 2014). So charakterisieren die sukzessive Verdichtung ethischer Fragestellungen und Ambivalenzen zunehmend das Pflegehandeln und die Pflegepraxis. Ethische Konflikte in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflege (Klinik, stationäre Altenhilfe, ambulante Pflege, Hospiz etc.) werden durch externe Entwicklungen und Forderungen bewirkt sowie durch aktuelle Rahmenbedingungen, bestehende Restriktionen und zunehmende Herausforderungen im Gesundheitswesen provoziert. Die strukturellen und ökonomischen Veränderungen in allen Handlungsfeldern pflegeberuflicher Praxis wie auch die Pluralität von Haltungen, Einstellungen, Normen, Werteorientierungen und Wertvorstellungen der situativ Beteiligten und Betroffenen – als gesellschaftliches aber auch als jeweils individuelles (dynamisches) Faktum – haben Einfluss auf den pflegeberuflichen Bildungsauftrag (Riedel et al. 2017). Die zunehmenden Grenzsituationen in Pflege und Medizin, in denen komplexe Entscheidungen – vielfach mit schwerwiegenden Konsequenzen – getroffen werden müssen, fordern im Ausbildungsverlauf ein Augenmerk auf die Ausbildung von ethischer Sensibilität (Milliken 2016, Ahn/Kim 2016), von ethischer Wahrnehmungs- und Diskursfähigkeit sowie auf die Fähigkeit zur ethischen Reflexion und Argumentation als genuin pflegeethische Expertisen (Riedel et al. 2017)¹ und einer bewusst eingenommenen pflegeberuflichen Perspektivität im Kontext ethischer Entscheidungssituationen (Sauer 2015: 138–139).

Der pflegeprofessionelle Auftrag ist durch die Berufsgesetze und Sozialgesetzbücher klar definiert, die Konturen einer professionellen Ethik lassen sich konkretisieren (Riedel et al. 2017, Riedel 2013). Weniger offenkundig und klar charakterisiert sind indes die konkreten Bildungserfordernisse, die sich aus den zunehmenden Forderungen nach ethischer Reflexion und ethisch begründeter Entscheidungsfindung an das professionelle Pflegehandeln und die professionell Pflegenden stellen. In der Folge stellt sich die Frage danach, was den Gegenstand ethischer Bildung repräsentiert und

¹ Vgl. Tanner et al. 2014, Rabe 2017, Gallagher 2006, Schwerdt 2005.

was die pflegeberuflichen Ethikkompetenzen markiert. Eine Annäherung – im Sinne einer Grundlegung – erfolgt in Kapitel 2 über die Konkretion dessen, was im Rahmen dieses Beitrags unter einer professionellen beruflichen Identität verstanden wird und was diese umfasst. Als eine weitere Grundlegung dafür, wie Ethik gelehrt werden kann und sollte, welche Lehrkompetenzen hierzu im Rahmen eines Studiums entwickelt werden müssen, wird in Kapitel 3 der Gegenstand der Ethikbildung und die sich hieraus ergebenden Anforderungen an die Lehrenden entfaltet.

2 Professionelle, berufliche Identität

Der Frage nach der beruflichen Identität professionell Pflegender kann nicht ohne die Frage nach ihrer Verantwortung nachgegangen werden, auch wenn berufliche Identität mehr umfasst als die Be- oder Zuschreibung von Verantwortung und Verantwortlichkeiten. Wenn in Kapitel 1 der pflegeprofessionelle Auftrag als klar durch die Berufsgesetze und Sozialgesetzbücher definiert beschrieben werden konnte, so ist dies die Außenansicht, welche die Mindesterwartung an eine bestimmte Berufsgruppe darstellt und zugleich normativ festlegt. Dieser Perspektive kommt aus mehreren Gründen besondere Bedeutung zu, in ethischer Sicht aufgrund ihrer Normativität und Bindewirkung, konkret in Bezug auf die Zuweisung von Aufgaben oder auf die Zuschreibung von Verantwortung.

2.1 Verantwortung und Haltung als Teilaspekte beruflicher Identität in der Pflege

Verantwortung lässt sich heute, zumal im beruflichen Kontext, als sozialer Zuschreibungsbegriff verstehen und zwar im Sinne einer mehrstelligen Relation. Ein Subjekt (*jemand*) ist für etwas (Gegenstand) gegenüber einer bestimmten Instanz, und zwar unter Berufung auf bestimmte normative Standards des jeweiligen Normhintergrunds, verantwortlich – im Rahmen eines entsprechend definierten Handlungsbereichs, andernfalls kann *jemand* nicht verantwortlich gemacht werden. (vgl. Giese 2012: 157).² Dieser eher formale Zugang korrespondiert auf inhaltlicher Ebene der schon 1996 von Gastmans und van der Arend vertretenen Auffassung, Pflegende würden Verantwortung deshalb tragen, weil sie von ihren Klient(inn)en „verantwortlich gemacht“ (Gastmans/van der Arend 1996: 75) werden. Die Autoren gehen hier einen antipaternalistischen Weg der Begründung der Verantwortungsbeziehung, weg davon, dass die Pflegefachleute ihre Verantwortung gemäß eigener Definition für die Patient(inn)en (als passive Objekte der Fürsorge) antreten. Allerdings betonen

² Vgl. Werner 2006: 543, Lenk 1997: 90.

die beiden Autoren im Anschluss an Emmanuel Levinas die Unmöglichkeit, sich dieser Verantwortung insbesondere im Umgang mit einem leidenden Menschen zu entziehen (vgl. Gastmans/van der Arend 1996: 73–75). Das Verantwortlich-gemacht-Werden im Rahmen eines Aushandlungsprozesses, wie ihn später auch Behrens und Langer³ vorschlagen, greifen die Empfehlungen der Sektion „Lehrende im Bereich der Pflegeausbildung“ und der Pflegestudiengänge in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., erschienen unter dem Titel „Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege“ explizit auf: „Pflege wird situationsbezogen gemeinsam mit dem Gegenüber abgestimmt und realisiert. Grundlegend hierfür ist ein systematisches, verantwortungsvolles Aushandlungs- und Interaktionsgeschehen sowie ein fachlicher und ethischer Reflexions-, Abwägungs- und Argumentationsprozess.“ (Riedel et al. 2017: 162)

Dass dies kein reines Kundenvertragsverhältnis ist, problematisieren neben Behrens und Langer (2016: 35) schon Gastmans und van der Arend, wenn sie in Anlehnung an Levinas von „ethischem Zwang“ (Gastmans/van der Arend 1996: 75) sprechen, der durch den „Mangel an Bewerberinnen“ (Gastmans/van der Arend 1996: 81) für den Beruf verstärkt wird. Ein Gedanke, der heute wieder hoch aktuell ist, wenn auch anders konnotiert werden kann. Unter den gegebenen Rahmen- bzw. Arbeitsbedingungen kann diese „Verantwortungszuschreibung“ als „ethischer Zwang“ zur massiven Belastung werden, zu einer Situation, die Winker aufgrund der (zum Teil vollständigen) Angewiesenheit der pflegebedürftigen Menschen auf die Pflegenden als Erpressbarkeit beschreibt, denn: Die Möglichkeit der Pflegenden, sich „gegen die Arbeitsanforderungen zur Wehr zu setzen“ und „ihre Möglichkeit die Arbeit zu verweigern ist beschränkt“ (Winker 2015: 23), dies gelte insbesondere bei der Pflege von Kindern, schwerstranken und vollständig abhängigen Personen (vgl. Winker 2015: 23 f). Das bringt für die Pflegenden nicht nur anhaltende Schuldgefühle gegenüber den berechtigten aber nicht erfüllbaren Ansprüchen der Pflegebedürftigen mit sich, sondern auch die Notwendigkeit, ihre Grenzen und die Konsequenzen für ihre gesellschaftliche Positionierung genau zu reflektieren. Damit ist die pflegerische Verantwortungsübernahme dem Belieben der beruflich Pflegenden entzogen.⁴ Verantwortung wird Pflegenden in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen formalen Qualifikation (und situativ auch anderen Faktoren) von Rechts wegen aber auch aus dem unmittelbaren ethischen Anspruch der Pflegebeziehung heraus als Mitglieder einer

³ Vgl. dazu die Ausführungen von Behrens/Langer zu interner und externer Evidence im Arbeitsbündnis, demnach sind die gemeinsame (!) Erarbeitung des Pflegeziels, das Einverständnis des Klienten „über den Prozess, mit dem es zu erreichen ist“ und „die Ableitung der Strukturen aus dem Prozess, die für einen Pflegeprozess nötig sind“ Gegenstand der gemeinsamen Kommunikation von Pflegebedürftigem und professioneller Pflegekraft (Behrens/Langer 2016: 36).

⁴ Vgl. dazu auch Behrens/Langer: „Die von Pflegenden in ihrer Verzweiflung manchmal gewählte Formulierung in Schreiben an die Einrichtungsleitung ‚angesichts der Arbeitsbedingungen lehne ich jede Verantwortung ab‘ ist nicht rechters. Wir sind verpflichtet[,] auf Mängel hinzuweisen – aber unsere Verantwortung gegenüber unseren Klienten können wir nicht ablehnen.“ (Behrens/Langer 2016: 47).

Berufsgruppe – oder einer Profession – zugeschrieben. Die Verantwortungs- und Auftragsklärung mit dem pflegebedürftigen Menschen und für ihn ist damit ein zentrales Bildungsziel der Ethik der Pflege, sie beschreiben zu können, ist Teil der beruflichen Identität als Pflegende.

Als Gegenstand der Ausbildung prägen normative Außen- und Innenansichten die Ausbildung des beruflichen Selbstverständnisses und schärfen zugleich die Wahrnehmung von möglichen Divergenzen zu Ansichten, die Pflegende von sich haben und einander vermitteln oder vermitteln wollen. Dazu zählen biografisch erworbene individuelle Vorstellungen und Erwartungen der Neueinsteiger(innen) von ihrem künftigen Beruf und explizit oder implizit transportierte (Selbst-)Darstellungen der Praktiker(innen) oder der Lehrenden in der Pflege. Denn für die Ausbildung eines beruflichen Selbstverständnisses gilt, was Dallmann und Schiff für die Ausbildung eines „Selbstbewusstseins“ an sich formulieren: „Das *Selbstbewusstsein*, also das Bewusstsein eines Selbst als eines Verhältnisses (innen– außen), das sich zu sich selbst verhält, entfaltet sich nur in Prozessen, in denen es mit anderen ‚Selbsten‘ interagiert.“ (Dallmann/Schiff 2016: 27). Diese Interaktionsprozesse der Pflegeschüler(innen) und der Pflegenden mit der Pflegepraxis und innerhalb der gesellschaftlichen Diskurse zur Pflege auf verschiedensten Ebenen kann die explizite Pflegebildung nur sehr begrenzt beeinflussen. Sie trägt mit ihren Ausbildungsinhalten auch nur einen begrenzten Teil zur beruflichen Identitätsbildung bei, wie unter anderem Kersting⁵ für den Bereich des Umgangs mit moralischen Problemstellungen und ihrer Umdeutung im Lichte der Vorbilder aus der Praxis sehr anschaulich zeigen konnte (vgl. Kersting 2011, 2016).

Dem widerspricht zunächst die in den Diskursen zur Ausbildung pflegerischer Professionalität und Identität zunehmend wieder geforderte „Haltung“, die durch berufliche oder akademische Pflegebildung gefördert und entwickelt werden soll und die ein sehr anspruchsvolles Ideal präsentiert. Dass es um die Entwicklung der *Person* geht, scheint exemplarisch bei Olbrich bezüglich des ethischen Kompetenzerwerbs auf, wenn sie den Pflegeberuf an sich als einen „zutiefst ethischen Beruf“ (Olbrich 2009a: 77) versteht und die Fähigkeit zu „aktiv ethischem Handeln“ (Olbrich 2009b: 66) als oberste Stufe ihrer Kompetenzhierarchie in den pflegerischen Handlungsdimensionen bezeichnet. Diese Kompetenz gründet Olbrich zufolge in der

⁵ Kersting beschreibt die Diskrepanz zwischen gelehrter Pflege der Krankenpflegeschulen und realisierter Pflege in der Praxis, die von „Kollegen und Schülern aus höheren Kursen [...] aus zeitlichen Gründen nicht oder nicht in der Form, wie sie selbst es in der Krankenpflegeschule lernen, durchgeführt werden [können].“ Gemeinsam mit der Ausbildungsorganisation und dem Doppelstatus der Schüler(innen) als zugleich Mitarbeiter(innen) führt das zu einem „Nicht-ernst-Nehmen dessen, was in der Theorie vermittelt wird. Man kann davon ausgehen, dass, gerade weil das vermittelte pflegespezifische Wissen nicht mit der von Auszubildenden erfahrenen realen Durchführung pflegerischer Maßnahmen übereinstimmt, eine Orientierung an dem stattfindet, was sie täglich auf den Stationen von ihren Kollegen vorgelebt bekommen.“ (Kersting 2011: 198).

Stärke der Person, das „persönlich stark sein“ ist die Voraussetzung zu aktiv ethischem Handeln. Damit geht Olbrich in ihrem kompetenztheoretischen Modell der Pflegedidaktik deutlich über normative Ansätze der angewandten Ethik hinaus, die ethische Kompetenz primär auf der Handlungs- oder Entscheidungsebene und in entsprechenden spezifischen Kompetenzen verorten und entwickeln wollen. Olbrich nimmt die Person in ihrem Sein mit dem Ziel des „persönlich stark sein“ (Olbrich 2009a: 67) in den Blick, nicht nur in ihrem Handeln (vgl. Olbrich 2009a: 66–77). Auch Rabe geht in der Beschreibung ethischer Bildungsziele über normative und handlungsorientierte Ziele hinaus, demnach gehören Motivation und entsprechende Performanz auch zu den ethischen Bildungszielen für Pflegendende. Nach Rabe beinhaltet ethische Kompetenz – neben anderem – „die Wachheit und den Mut, tatsächlich moralisch zu handeln und für die Rahmenbedingungen des eigenen Handelns Mitverantwortung zu übernehmen,“ (Rabe 2017: 207). Hier werden – zu entwickelnde – Eigenschaften der Person zu Lernzielen der Berufsethik.

2.2 Berufliche Identitätsbildung und pflegeethische Bildung

Die berufliche Identität – auch als berufsethische Identität – wird ausgebildet vor dem Hintergrund diverser Erwartungshaltungen, auf die weder die berufliche oder akademische Pflegebildung, noch die gelebte Praxis ein Monopol haben. Für die Frage der Ethikbildung heißt dies, dass es nicht reicht, eine normativ gefärbte Haltung professioneller Identität aus der Innenperspektive der Berufsethik heraus vorzuschlagen und zu vermitteln, sondern auch den Außenperspektiven zu ihrem Recht zu verhelfen und ihre jeweilige Bindewirkung offen und kritisch zur Diskussion zu stellen. Pflegeschüler(innen) sind einem verwirrenden und nicht selten widersprüchlichen Stimmengewirr ausgesetzt darüber, was gute Pflege sei und was eine gute Pflegeperson ausmache. Sie erfahren von Anbeginn an die Relativierbarkeit und Inferiorität pflegerischer Ansprüche und pflegerischer Binnendiskurse gegenüber konkurrierenden Ansprüchen in der Praxis, wie etwa medizinischen Prozeduren und Ritualen, ökonomischen und bürokratischen Vorgaben. Da die Pflege mit einem hohen ethischen Anspruch aufgeladen ist (als z. B. „zutiefst ethischer Beruf“) ist ein Zurückbleiben hinter den Vorgaben und Standards immer auch gefährdet, als moralische Unzulänglichkeit der Person wahrgenommen zu werden, als *nicht gut genug* gewesen zu sein. Liaschenko verwendet für die pflegerische Selbstwahrnehmung den Begriff der „damaged identities“ (Liaschenko 2010: 40), die Pflegendende aufgrund wiederholter Unterlegenheitserfahrungen ausbilden, Kersting beschreibt die Situation treffend als Widerspruchserfahrung: „Die Pflegenden machen die Erfahrung, dass von ihnen etwas verlangt wird, was sie nicht ohne Weiteres erfüllen können, auch wenn sie dies wollen: Die Kommunikation mit einer Patientin, die an einer Aphasie leidet, benötigt Zeit, und die Begleitung sterbender Patienten ist zwischen Tür und Angel nicht möglich.“ (Kersting 2011: 219)

In diesem Spannungsfeld bewegt sich Pflegebildung mit ethischem Fokus. Hier gilt es, die Identitätsbildung so zu unterstützen, dass die ethischen Ansprüche zwar nicht negiert, aber bezüglich ihrer Leistbarkeit und ihrer Hintergründe in eine selbstbewusste berufliche Identität kritischer Professionalität integriert werden können.

2.3 Die Professionalität der Pflege und ihr Verhältnis zu pflegebedürftigen Klient(inn)en

Inhaltlich kristallisieren sich einige Punkte heraus, an denen pflegerische Identität sich verdichtet. Dazu zählt im Kern die Norm der Patientenorientierung, die Kliniken postulieren, um „die Institution Krankenhaus als eine humane Einrichtung zu präsentieren, der sich der Einzelne anvertrauen darf und in der er sich gut aufgehoben weiß.“ (Kersting 2011: 39) Die Berufsgruppe der Pflegenden repräsentiert diesen Anspruch in besonderer Weise, auch und gerade weil sie eine besondere Nähe und Zugänglichkeit für die Bedürfnisse der Patienten aufweist. Dies zeigt sich in der Zuständigkeit für die alltäglichen Aktivitäten menschlichen Lebens, die in verschiedenen Varianten die Pflegeausbildung strukturieren und damit den Schüler(inne)n Aufschluss geben über ihre künftigen Verantwortungsbereiche. Die holistischen Pflegemodelle wie etwa das RLT-Modell der Life Activities nach Roper, Logan und Thierney (Roper et al. 2009), das ATL-Modell nach Liliane Juchli, das bis heute eine systematische Grundstruktur für eines der weitest verbreiteten Lehrbücher der Krankenpflege im deutschsprachigen Raum, Thiemes Pflege, bietet (Schewior-Popp et al. 2012), oder das AEDL- oder ABEDL-Modell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel, das vielen Einrichtungen, insbesondere der stationären Altenhilfe, als Grundlage der Pflegeplanung dient (Krohwinkel 2013), kennt jede Pflegefachkraft. Diese Modelle versuchen den Pflegeschüler(inne)n die Fülle und Ganzheit menschlichen Lebens und die Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit, Gesundheit und Krankheit zugänglich zu machen. Sie setzen zugleich einen starken Akzent auf die Unterstützung alltäglicher und leiblicher Lebensäußerungen des Menschen.

Damit unterscheidet die leibliche Nähe und Umgangsweise mit dem Patienten die Pflege von anderen Heilberufen. Gerade diese Zuständigkeit für das Alltägliche und die Nähe zum Leib sind es jedoch, die den anderen Anspruch, der im Rahmen der Pflegebildung an die Schüler(innen) herangetragen wird, grundsätzlich erschweren: die Forderung, jedenfalls professionell zu agieren, damit die Pflege endlich eine Profession und als solche anerkannt werde. Die Verantwortung für die Entwicklung der Profession durch die eigene Performanz wird in der schulischen Ausbildung häufig thematisiert und prägt damit auch diesen Aspekt beruflicher Identitätsbildung. Der Imperativ lautet „Sei professionell!“, was für viele Schüler(innen) eine hohe Anforderung darstellt, denn die Tätigkeiten, die Pflegenden ausüben, sind bei gesunden Personen im privaten familiären Setting verankert und werden als „weiblich“ und „hausarbeitsnah“

wahrgenommen.⁶ Die dafür notwendige Professionalität wird gerade wegen der damit verbundenen Ansprüche an Humanität, Fürsorglichkeit und Beziehungsgestaltung der Pflegenden oft verkannt. Sie besteht nicht nur in den fachlichen, wissenschaftlich begründeten Kenntnissen zur Durchführung der Maßnahmen, sondern vielmehr im Umgang mit der „verletzten Souveränität und einer nun notwendig gewordenen fachlichen Expertise für etwas sonst Alltägliches“ (Giese/Heubel 2015: 44) wie etwa atmen, ausscheiden oder sich bewegen. Demnach „vertritt Pflege den Patienten in Handlungen an sich selbst“ (Giese/Heubel 2015: 44). Diese Zuständigkeit prägt das Interaktionsverhältnis Pflegenden auch zu anderen Akteuren. „Denn der Auftrag der Pflege, zeitweise das Handeln des Kranken dort zu ersetzen, wo er dazu unfähig ist, schließt auch Handlungen in seinen anderen Interaktionsverhältnissen ein.“ (Giese/Heubel 2015: 47) Benannt seien hier die Beziehung zu Ärzt(inn)en, Angehörigen, Mitpatient(inn)en und der Institution, z. B. Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung, die mit ihren Gesetzmäßigkeiten und Prozessgestaltungen die Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen reglementiert und begrenzt. In all diesen Interaktionsverhältnissen nehmen Pflegende sich alltäglich in der sog. Advokatenfunktion wahr.⁷

In vielen – gerade in berufspolitisch konnotierten – Diskursen, die sich mit der Entwicklung der Pflegeberufe beschäftigen, wird auf die Bedeutung der Professionenentwicklung verwiesen, werden berufliche Identität, das Selbstverständnis und die Haltung Pflegenden zu ihrem Beruf mit dem Thema der Ethik direkt oder indirekt verbunden.

Ohne eine Haltung pflegerischer Professionalität ist die Erreichung der Kernziele der Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft bedroht, da die Pflegenden das Vertrauen in die Institution Krankenhaus – oder Altenheim – repräsentieren und seine Berechtigung gewährleisten müssen.⁸ Dies gilt nicht nur auf der Makro- und Mesoebene der Versorgungsentscheidungen, sondern, wie Behrens und Langer zu Recht argumentieren, zunächst unmittelbar auf der Mikroebene einer erfolgreichen pflegerischen Versorgung im Arbeitsbündnis zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen (vgl. Behrens/Langer 2016: 34 ff).

Genau hier bedarf es in der Pflegebildung der Begleitung von Klärungsprozessen hinsichtlich der pflegerischen Professionalität und Identität: Inwiefern kann Pflege ein „ethischer Beruf“ sein und ist sie das überhaupt, wo Pflege doch eine Erwerbstätigkeit darstellt und als Profession eigenen Regeln der Fachlichkeit folgt?⁹ Was ist das

⁶ Vgl. dazu detaillierter Pfabigan 2008: 29, sowie die Ausführungen von Liaschenko zur Körpernähe der Pflegetätigkeit: „Nursing is a part of a long history of gendered labor associated with the body. Such work has been devalued as manual work and shunned as dirty. This is still the case [...]“ (Liaschenko 2010: 37). Vertiefend dazu Arnold 2008: 60–132.

⁷ Vgl. Arndt 1996: 53; Giese 2012: 72; Giese/Heubel 2015: 47.

⁸ Vgl. Giese/Heubel 2015: 48; ausführlich dazu auch BALK 2011.

⁹ „Pflege ist in erster Linie keine ethische oder moralische Profession, sondern sie ist bestimmt durch ihre eigenen Regeln der Fachlichkeit.“ (Dallmann/Schiff 2016: 11).

Ethische an der Profession, nachdem der vielfach beschriebene Veränderungsprozess weg von Idealen der Nächstenliebe und einem bürgerlichen Weiblichkeitsideal hin zu einer Verberuflichung – allerdings als Care-Beruf – stattgefunden hat? Ein Prozess, den Lubatsch als „paradoxe Entwicklung“ bezeichnet, in der die „Professionalisierung der Pflege im letzten Jahrzehnt [...] als Argument benutzt (wird), um emotionales, soziales und ethisches Engagement am Krankenbett für ‚unprofessionell‘ und ‚überholt‘ zu erklären. Das ‚neue‘, ‚wissenschaftlich fundierte‘ Selbstbewusstsein – verbunden mit dem ‚Kunden-Paradigma‘ aus dem Dienstleistungsverständnis – wird zur Legitimation verwendet, sich innerlich ‚herauszuhalten‘“ (Lubatsch 2012). Diese Trennung zwischen Privatem und Beruflichem wirft Fragen auf, die auch Heffels thematisiert, insbesondere hinsichtlich des Anspruchs an die moralische Entwicklung der Person der Pflegenden, wobei sein Urteil im Jahr 2002 eher pessimistisch ausfällt: „Der traditionelle Moralkodex des Dienens in der Pflege verlor an Bedeutung und sollte durch eine pflegepraxisferne und abstrakte Vorstellung der rationalen Ganzheitlichkeit und der beruflichen Autonomie ersetzt werden. Faktisch führte dies alles dazu, dass [...] kein einheitliches, allgemein gültiges Verständnis von Pflege existiert, d. i. die Individualisierung des Pflegeverständnisses oder die Permissibilität in der Pflege.“ (Heffels 2002: 65) Die Diskurse und Publikationen zur Pflegeethik in den letzten Jahren haben gezeigt, dass auf die hier beschriebene Individualisierung und Permissibilität tatsächlich fundierte Antworten gefunden werden können; hilfreich sind hier vor allem solche, die explizit care-ethische Theoriebildung für die Pflege (und die anderen Heilberufe) fruchtbar machen (vgl. Sauer/May 2011: 29, Riedel et al. 2017: 163).

Für pflegeethische Bildungsansprüche heißt das, dass die Schüler(innen) primär Unterstützung bei der „Unterscheidung der Geister“ benötigen, angesichts einerseits ernsthafter und hoher Ansprüche, die sie selbst, aber auch andere – allen voran die Schulen – an sie stellen und andererseits Entlastungsversuchen, in denen aufgrund der Beruflichkeit das persönliche Involviertsein, Empathie und Engagement für die Professionsentwicklung über das im Arbeitsvertrag hinaus Vereinbarte infrage stehen. Diese Unterscheidungs- und Klärungsprozesse müssen Unterstützung bieten bei Fragen unterschiedlicher Modelle von Beruflichkeit und Professionalität, der Unterscheidung berechtigter Ansprüche von unberechtigten oder berechtigten aber zugleich unerfüllbaren Ansprüchen Pflegebedürftiger. Verantwortungs- und Auftragsklärung prägen Prozesse der beruflichen Identitätsentwicklung, die Lernenden haben Anspruch auf Angebote zu ihrer Orientierung, die zugleich in berufsethischer Perspektive durchaus Verpflichtungscharakter haben können. Dazu zählt, allen anderen inhaltlichen Orientierungen ethischer Pflegebildung voran, der ICN Ethikodex mit seiner eindeutigen Menschenrechtsorientierung:

Der Kern der ethischen Identität der Pflege ist im ICN (International Council of Nurses) Ethikodex (2012) niedergelegt. Er stellt eine allgemeinverbindliche Beschreibung der ethischen Grundhaltung und der daraus resultierenden Verpflichtungen dar. Seine Verbindlichkeit,

über den reinen Konsens der professionell Pflegenden auf internationaler Ebene und ihrer entsprechenden Selbstverpflichtung hinaus, gewinnt der Kodex aus seiner klaren Menschenrechtsorientierung. Der ICN Ethikkodex (2012) umfasst insbesondere die Achtung des Selbstbestimmungsrechts, die Nicht-Diskriminierung sowie explizit auch die Beachtung sozialer und kultureller Rechte. (Riedel et al. 2017)

3 Gegenstand von Ethikbildung – Anforderungen an die Lehrenden

Nach der Konturierung der professionellen, der pflegeberuflichen Identität und deren Bedeutung für die berufliche Identitätsbildung wie auch die pflegeethische Bildung, lenkt Kapitel 3 die Perspektive auf die damit verbundenen Ansprüche an die Lehrenden in pflegeberuflichen Bildungsprozessen.

Im Rahmen der Bildungsprozesse – mit dem weiteren Ziel, professionell Pflegende für die Herausforderungen des komplexen pflegeberuflichen Alltags zu qualifizieren – stellt sich zunächst die Frage dahingehend, wie die Perspektivenerweiterung von den persönlichen Deutungskonzepten, von den rein individuellen Werten als persönliche Orientierungsdirektiven hin zu den professionellen Werten als Entscheidungskriterien in ethisch reflexionswürdigen Pflegesituationen gelingt. Obgleich es für das professionelle Pflegehandeln klare Eck- und Orientierungspunkte gibt, welche Werte als er- und anstrebenswert erachtet werden (Beispiel ICN Ethikkodex, Chartas, UNBRK), fordert die Wertevermittlung ein hohes Maß an pädagogischer Sensibilität. So sollte die Sensibilisierung für professionelle Werte, die Schärfung von ethischem Urteilsvermögen und das Nachdenken über professionelle Werte weniger den Charakter einer Wissens- und Haltungsvermittlung repräsentieren. Erfolgsversprechender erscheint hier vielmehr ein wiederkehrender Impuls im Rahmen von exemplarischen Analyse- und Reflexionsprozessen sowie in Phasen der ethischen Abwägung und Begründung. In diesen Prozessen können die Werte reflektierend bewusst werden, wie auch Konsistenzen und Inkonsistenzen aus der jeweiligen Werteorientierung erfasst werden. Die pädagogisch-didaktische Herausforderung kann mit dem Spannungsfeld zwischen pflegeberuflicher Orientierung eröffnen und dem Suggestieren einer unreflektierten Werteorientierung beschrieben werden.

Aufgrund der zunehmenden Etablierung unterschiedlicher Strukturen der Ethikberatung in allen Handlungsfeldern der Pflege (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, Neitzke et al. 2015) ist es für professionell Pflegende obligat, sich in ethische Beratungs- und Abwägungsprozesse reflektiert und entschieden einzubringen (Riedel 2013). Grundlegend ist hierbei, die ethische Urteils- und Begründungskompetenz zu entwickeln, um in systematisierten Prozessen der ethischen Entscheidungsfindung (z. B. im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen) die pflegeethische Perspektive zu konkretisieren und sich in den Prozess der

ethischen Abwägung, Reflexion und Konsensfindung einzubringen. Die geforderte Ethik-Kompetenzentwicklung impliziert die Sensibilisierung und Schärfung für die genuin pflegeethische Perspektive im Rahmen komplexer ethischer Entscheidungsfindungsprozesse, sie ermutigt und bestärkt bestenfalls zu einer pflegeprofessionell fundierten ethischen Stellungnahme, zu einer Positionierung im Rahmen ethischer Reflexions- und Begründungsprozesse. Ziel der Ethikbildung ist es hierbei, ein pflegeethisches Urteilsvermögen zu entwickeln, das zu ethisch begründeten und verantworteten Entscheidungen befähigt.

Die pädagogisch-didaktische Herausforderung kann diesbezüglich mit dem Spannungsfeld zwischen der Vermittlung der unterstützenden Wirkung systematisierender Modelle und Verfahren interdisziplinärer ethischer Entscheidungsfindung und der Vermittlung der Bedeutsamkeit einer pflegeberuflichen ethischen Identität und deren genuin care-ethischen und dialog-ethischen Zugängen (Riedel et al. 2017: 163) beschrieben werden.

Die signifikante Ethik-Kompetenzentwicklung muss ferner über die reine fachbezogene und theoretische Wissensvermittlung hinausgehen. Denn, so formuliert Nassehi (2009): „Erst das Auseinanderfallen von sachlicher Expertise und professioneller Urteilskraft ermöglicht eine Reflexion, in der andere Perspektiven in Konkurrenz zu vormals unhinterfragten Plausibilitäten treten und somit eine ethische Perspektive erst möglich machen.“ (in Atzeni/Mayr 2015: 230) Hierbei geht es nicht darum, auf pflegfachliche Defizite zu verweisen, sondern vielmehr darum, die Grenzen einer rein fachlichen Lösungsorientierung im komplexen pflegeberuflichen Interaktions- und Beziehungsgeschehen zu pointieren. Ethisch fundierte Entscheidungen, komplementär zu den pflegfachlichen Entscheidungen, repräsentiert indes pflegeprofessionelles Handeln. Das heißt, die ethische Expertise ersetzt nicht die pflegfachliche Expertise, sondern die ethische Expertise ergänzt die pflegfachliche Expertise in anstehenden Entscheidungssituationen. Für die Ethikbildung heißt das, einerseits die Differenz der jeweiligen Perspektiven zu explizieren und gleichzeitig die „ethische Qualität“ (Atzeni/Mayr 2015: 250) in der Verbindung der beiden genuin professionellen Perspektiven und bestenfalls auch weiteren Perspektiven der direkt beteiligten Berufsgruppen in den jeweils einmaligen Prozessen der Entscheidungsfindung zu akzentuieren. Ethische Reflexion und ethische Entscheidungsfindung – komplementierend zur pflegfachlichen Argumentation und Fundierung – sind grundlegend dafür, dass Pflegehandlungen als professionelle, ethisch reflektierte und legitime Maßnahme akzeptiert und realisiert werden können und im Zusammenwirken die Qualität der Versorgung steigern bzw. absichern (Poikkeu et al. 2016).

Den Bedarf einer praxisorientierten ethischen Kompetenzentwicklung, einer praxisnahen Auseinandersetzung mit klinisch-ethischen Fragestellungen und der genuin pflegeethischen Perspektive in der Ausbildung fordert eine Querschnittstudie, die die gesundheitsethischen Kenntnisse im Verlauf der Pflegeausbildung untersucht (Strube et al. 2014). Als ein übergreifendes Ziel kann demnach die Entwicklung der für das professionelle Handeln signifikanten ethischen Entscheidungs- und

Handlungskompetenz formuliert werden. Neben der Ausrichtung der Bildungsprozesse auf die praxisbezogene ethische Reflexion bilden ethische Theorien („ethical theories“, Monteverde subsumiert darunter u. a. die Dentologie, den Konsequentialismus, die Care-Ethik und die Prinzipienorientierte Ethik; vgl. Monteverde 2014: 395) sowie das Konzept der moralischen Resilienz („the concept of moral resilience“, Monteverde 2014) zentrale Inhalte der Ethikbildung. Monteverde expliziert hierbei die Rolle der Vermittlung von ethischen Theorien und ethischer Theorie wie folgt: „Clarifying, they help to frame the problem, warranting, they help to name the problem“ (Monteverde 2014: 393). Deutlich wird die Relevanz der ethischen Theorie(n) für die Praxis ethischer Reflexion und ethisch begründeter Entscheidungen in der Pflegepraxis. Ferner postuliert Monteverde (2014: 397): „The helpfulness of ethical theories in answering ethical questions and making decisions [...] is considered as a factor that increases moral resilience.“ Die Bedeutsamkeit ethischer Theorien wird ergänzt um den Aspekt der Stärkung der moralischen Resilienz. Moralische Resilienz als Zieldimension von Ethikbildung zu deklarieren, erscheint indes angesichts der zahlreichen Untersuchungen zu „moral distress“, seiner Implikationen und Folgen im pflegeprofessionellen Handlungskontext (z. B. Lamiani et al. 2015)¹⁰ als signifikant und schlüssig. Wird das Potenzial von „moral distress“ im pflegeberuflichen Handeln in der Planung der Bildungseinheiten antizipiert, können die Lehrenden bereits im Ausbildungsverlauf für potenzielle Stressoren und belastende Faktoren sensibilisieren und Techniken des konstruktiven Umgangs einüben. Die pädagogisch-didaktische Herausforderung ergibt sich aus der Forderung nach einer ausgewogenen Vermittlung zwischen relevanten Ethiktheorien als theoretischen Orientierungsrahmen und der Vermittlung von unterstützenden praxisbezogenen Verfahren und gesundheitsförderlichen Techniken zur Förderung der moralischen Resilienz, die zugleich als Prävention von moralischem Distress deklariert werden können. Als weiteres pädagogisch-didaktisches Spannungsfeld ist somit die Diskrepanz zwischen der Vermittlung von grundlegender Theorie bzw. von ethischen Theorien und die konsequente Anerkennung und Sensibilisierung für die situativen moralischen Gefühle wie auch einer moralischen Intuition – als anerkannte Indikatoren für ethische Reflexion und ethisch begründeten Handlungsbedarf (Riedel/Lehmeyer 2016) sowie als zentrale Facette der ethischen Sensibilität – denkwürdig. Hier kommt ein weiterer zentraler Gegenstand der Ethikbildung zum Tragen: die Rolle der Emotionen (Gillam et al. 2014) bzw. die emotionale Kompetenz (Fahr 2008).

Als Konkretion und Zusammenfassung der benannten Gegenstände können die seitens einer Gruppe von Lehrenden in der Akademie für Ethik in der Medizin formulierten Aspekte der Ethikkompetenz dienen. Sie bilden eine Synthese der ausgeführten Anforderungen in den erfassten Kompetenzen der professionell Pflegenden und können für die Lehrenden in der Ethikbildung einen Orientierungsrahmen bilden

¹⁰ Vgl. McCarthy/Gastmans 2015, Oh/Gastmans 2015, Pauly et al. 2012, Tanner et al. 2014.

sowie grundlegend dafür sein, die Kompetenzen für die Lehrenden in der Ethikbildung zu generieren:

- Die Kenntnis ethischer Grundlagen professionellen Handelns,
- die Sensibilität für ethische Konfliktsituationen im Pflegealltag sowie im Kontext institutioneller und gesellschaftlicher Entwicklungen,
- die Identifikation und Analyse konkreter ethischer Fragestellungen,
- Empathiefähigkeit und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel,
- Diskurs- und Konfliktfähigkeit sowie die Konsensorientierung in der Wahrnehmung der Verantwortung als professionell Pflegende,
- Reflexion und Begründung beruflichen Handelns unter Einbezug ethischer Normierungen der Pflege und der anderen Heilberufe.

Diese (formulierten) Fähigkeiten gründen auf einer Haltung der Verantwortung, die sich am Individuum und seiner Selbstbestimmung, am Prinzip der (Für-)Sorge und am Gemeinwohl orientiert. Diese Haltung fordert einen verantwortlichen Umgang mit sich selbst, den pflegebedürftigen Menschen und dem Beruf, dessen Professionalisierung und Stärkung, mit der Zielsetzung, die bestmögliche Pflegequalität zu erreichen. (Riedel et al. 2017: 164–165)

Diese wie auch die nachfolgenden Dimensionen von ethischer Kompetenz von Gallagher (2006) können den Gegenstand der intendierten Ethikbildung in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung weiter konkretisieren und systematisieren. Sie sind als aufeinander aufbauend zu verstehen (Gallagher 2006):

- Ethical knowing – the knowledge component of ethical competence
- Ethical seeing – the perceptual component of ethical competence
- Ethical reflecting – the reflective component of ethical competence
- Ethical doing – the action component of ethical competence
- Ethical being – the character component of ethical competence

Auch diese Kompetenzen spiegeln die vorausgehend explizierten Gegenstände der Ethikbildung wider und ermöglichen, die relevanten Lehr- und Lerninhalte darunter zu subsumieren, wie auch die Entwicklung der hierzu notwendigen Lehrkompetenzen zu konkretisieren und zu markieren, da sie implizit auf diese verweisen.

In Kapitel 4 werden die Voraussetzungen der Lehrenden für die Entwicklung der Kompetenzen ausgeführt, um in Kapitel 5 die Kompetenzen der Lehrenden begründet darzulegen.

4 Voraussetzung auf der Seite der Lehrenden

Das anspruchsvolle oben beschriebene Gesamtpaket an Zielen und Inhalten ethischer Pflegebildung und das Recht auf Orientierungsangebote und Unterstützung identitätsbildender Klärungsprozesse stellt disparate Ansprüche an Lehrende:

Einerseits sind verbindliche Inhalte und Normierungen zu vermitteln, die letztlich von Berufsangehörigen zu akzeptieren und mitzutragen sind – weil die pflegebedürftigen Menschen und die Gesellschaft dies erwarten dürfen und verlangen. Dazu gehört neben dem ICN Ethikkodex vor allem die Orientierung an den Menschenrechten und an der UN-BRK.

Andererseits gilt es, dies vor dem Hintergrund des Respekts vor der Person der/des Lernenden zu entfalten und mit der Autonomie des Subjekts nicht nur zu rechnen, sondern sie auch zu fördern.

4.1 Ethikbildung zwischen Autonomieförderung, Orientierungsbedarf und professioneller Identitätsbildung

Wie stets in der Erwachsenenbildung muss die Freiheit zur Aneignung der Inhalte – hier auch der Werte – oder auch ihrer Infragestellung beim Lernenden bleiben. Dies gilt umso mehr, wenn auf Persönlichkeitsentwicklung oder die Ausbildung einer bestimmten Haltung, Motivation und Performanz hingearbeitet wird. Zugleich sind Teilnehmer(innen) in Ausbildung und Studium junge Erwachsene, die in einer widersprüchlichen Realität ethischen Orientierungsbedarf haben, der nach Dallmann und Schiff dann auftritt, wenn „ich mir des Weges nicht mehr sicher bin“ (Dallmann/Schiff 2016: 12) und die Situation somit krisenhaft wird. Diese Krise als Entscheidungs- oder Orientierungskrise wird in gesundheitsethischen Publikationen wiederholt als Grund für den Bedarf an Ethikbildung beschrieben.¹¹ Angesichts des Bildungsziels, eigenverantwortlich handelnde und autonom denkende Pflegefachkräfte auszubilden, kann die Aufgabe der Lehrenden niemals sein, Antworten und Orientierung vorzugeben oder Widersprüche aufzulösen und damit den Lernenden eine wieder etwas stimmigere Pflegewelt zu präsentieren. Zum Umgang mit diesen Widersprüchlichkeiten verweist Bossle in Bezugnahme auf Adorno auf das Paradigma der Mündigkeit und Kritikfähigkeit als Bildungsziel.¹²

Das Bedürfnis, klar zu erfahren, was nun richtig und gut und deshalb zu tun oder was entsprechend zu unterlassen ist, ist verständlich und wird von Lernenden oft

¹¹ Amelung beschreibt den Anlass ethischer Reflexion als Spannungserfahrungen, in denen divergierende Theorien des (Berufs-)Alltagshandelns in einen zunächst nicht auflösbaren Widerstreit geraten (Amelung 1992: 10–13). Nach Großklaus-Seidel entstehen ethische Probleme als „Kontrasterfahrungen“ bzw. Werteprobleme, die ihren Anlass in unterschiedlichen Werten und Bewertungen von Situationen der inneren Einstellungen einer Person und äußeren Erwartungen haben (Großklaus-Seidel 2002: 109–110); Monteverde spricht von Werten und Normen, die Personen durchaus zu „unterschiedlichen Ergebnissen über die ethische Zulässigkeit“ einer Handlung führen können“ (Monteverde 2012: 20 ff).

¹² „Wie nun mit diesen Widersprüchlichkeiten umgehen? Zum Paradigma der Mündigkeit gilt festzuhalten, dass Mündigkeit die Kritikfähigkeit einschließt. Für Adorno ist deswegen die Erziehung zur Mündigkeit die ‚Erziehung zum Widerspruch und Widerstand‘ (Adorno in Sander et al. 2016: 15). Im Unterricht bleibt die kritische Auseinandersetzung allerdings ergebnisoffen. Sie kann auch mit der Bestätigung des Bestehenden einhergehen.“ (Bossle 2016: 4).

geäußert. Und es gibt neben Situationen, in denen gelernt werden muss, Widersprüche zu verstehen, auszuhalten oder zu bearbeiten auch durchaus solche Situationen, in denen klar benannt werden kann, was verbindlich gilt (oder jedenfalls was verboten ist). Allerdings sind in solchen Fällen die Grundlagen der Argumentation und ihre jeweilige Verbindlichkeit eindeutig zu definieren, so, wie sie auch in den Empfehlungen zusammengefasst sind:

Den Zielen der Professionalisierung und Gemeinwohlorientierung der Pflege dient eine Lösung der ethischen Orientierung aus dem Bereich des nur Erwünschten und quasi Supererogatorischen heraus, hinein in den Bereich der Verbindlichkeit von Verpflichtungen und Selbstverpflichtungen. [...] Damit sind die Menschenrechte pflegespezifisch thematisiert. Ihre Bedeutung in der Pflegebildung geht allerdings über den ICN Ethikkodex hinaus. Zum Verständnis der Grundrechte als Patientenrechte und der sonstigen Rechte Pflegebedürftiger ist ein vertieftes Wissen über Menschenrechte und ihre Ausdifferenzierung für professionell Pflegende unabdingbar. Dieses Wissen bildet die Basis für die Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses [...]. (Riedel et al. 2017: 163)

4.2 Ethische Inhalte und die Aufgaben der Lehrenden

An dieser Stelle ist die Kompetenz der Lehrenden gefordert: Die Unterscheidung dessen, was verbindlich gilt und dem ethischen Abwägen entzogen ist, von dem, was wünschenswert oder gar supererogatorisch ist, müssen Lehrende der Pflegeethik beherrschen und vermitteln können. Das wird heute vielfach in den Pflegeausbildungen noch undeutlich gefasst und in der Praxis zum Teil regel- oder gesetzwidrig gelebt,¹³ sodass angehende Pflegepädagogen, die Ethik lehren werden, jenseits des pädagogisch-didaktischen für die Ethik i. d. R. auch inhaltlichen Nachholbedarf haben. Das gilt auch für die in den Empfehlungen (Riedel et al. 2017) exemplarisch genannten Theorien, die nicht nur vermittelt, sondern zu allererst studiert werden müssen. Theorien und Entscheidungsmodelle angewandter Ethik und der Pflegeethik sicher zu beherrschen, ist nötig, um sie den Lernenden, wie beschrieben, als Unterstützung in Orientierungskrisen anbieten zu können. Sie dienen dazu, sie zur Beteiligung an alltäglichen ethisch relevanten Entscheidungen und an expliziter klinischer Ethikberatung in interdisziplinären Settings zu befähigen, in all jenen Fällen, in denen eine eindeutige Entscheidung zunächst jedenfalls nicht zu treffen ist.

Da die widersprüchlichen Anforderungen an Pflegeschüler(innen) und Studierende thematisiert wurden, ist auf einen weiteren oft vernachlässigten Punkt

13 Beispiele wären hier die Praxis im Umgang mit Medikamenten im Kontext medikamentöser Fixierung, die oft nicht als rechtswidrig erkannt wird, wenn Psychopharmaka zwar gemäß Bedarfsverordnung verabreicht werden, aber nicht zu therapeutischen Zwecken, sondern zur Verhaltensanpassung im Sinne einer Pflegerleichterung durch Ruhigstellung mit oft fatalen gesundheitlichen Folgen für den Betroffenen. Auch wird das verdeckte Verabreichen von – abgelehnten – Medikamenten durch Einrühren in Speisen bis heute oft nicht als rechtswidrig eingeordnet.

hinzuweisen: Pflegehandeln als ethisch verantwortetes Handeln setzt die nötigen Handlungsspielräume und das Verständnis für die beeinflussenden Umstände und Gesetzmäßigkeiten voraus. Appelle an die Lernenden, mit persönlichem Einsatz, patientenorientiert und professionell zu agieren, können auf Dauer nur dann fruchten, wenn die Lernenden diejenigen Faktoren, die ihr Handeln begrenzen, verstehen und lernen, sie zu beeinflussen. Darum sei an dieser Stelle auf Käppelis Diktum aus dem Jahr 1988 (!) verwiesen, in dem sie den pflegepädagogisch und ethikpädagogisch hoch relevanten Zusammenhang auf den Punkt bringt:

Die Umsetzung von moralischen Werten in praktisches Handeln ist nur möglich, wenn die Krankenpflege über ein Minimum an Autorität, Anerkennung und Mitentscheidung innerhalb der Gesellschaft und insbesondere innerhalb des Gesundheitswesens verfügt. [...] Die Frustration innerhalb des Berufes in [B]ezug auf das nicht in der Lage sein, moralisch zu handeln, kann nur vermindert werden durch aktive Bearbeitung des Problems durch die Berufsangehörigen selbst. (Käppeli 1988, zitiert nach Tepe 1999: 280)

Umgekehrt gilt es festzuhalten, dass appellativ vorgetragene, ethisch-moralische Imperative zur Werteorientierung und Entwicklung von Haltung und Persönlichkeit angesichts der vielfältigen und widersprüchlichen Anforderungen und Anreize aus der Praxis primär den viel beschriebenen Gap zwischen Schule und Praxis auch in der Ethik weiterführen.

4.3 Pflegeethische Relevanz (berufs-)politischer Bildung

Wenn Ethikbildung zur Verantwortungsübernahme befähigen soll – ohne Selbstüberforderung oder beständige Gefühle des Ungenügens –, dann ist Tepe zuzustimmen, der in seinem bereits 1999 erschienen Beitrag den auch heute noch hochaktuellen Zusammenhang von berufspolitischer und berufsethischer Pflegebildung herausstellt: „Dies heißt für die Ausbildung der Pflegekräfte, daß *die politische Bildung* der Schülerinnen und Schüler [...] jedenfalls zu einer selbständigen, organisierten politischen Interessenvertretung, die sich nicht auf Wahlkreuze beschränkt, gerade im Interesse einer Ethik pflegerischen Handels ein zentraler Bestandteil der Ausbildung werden muß.“ (Tepe 1999: 280) Damit umfasst die Ethik der Pflege für Pädagog(inn)en nicht nur die Vermittlung von Wissen und Kulturtechniken zur Beteiligung an expliziten und impliziten Formen der Ethikberatung oder eine Stärkung der ethischen Resilienz und der Fähigkeit zur ethisch begründeten Entscheidungsfindung. Vielmehr dienen all diese Fähigkeiten der Befähigung zur Wahrnehmung der Verantwortung für die Klienten und für die Profession.¹⁴ Eine ähnliche Forderung formuliert aktuell

¹⁴ In ethischer Perspektive ist auch die pflegerische Professionsentwicklung kein Selbstzweck, sondern sie dient der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Sicherung der Ziele der Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft.

Bossle, wenn er pflegepolitische Bildung als unverzichtbaren Bestandteil zeitgemäßer Pflegebildung herausarbeitet, allerdings ohne Tepe explizit ethische Begründungszusammenhänge: Da beruflich Pflegende in „ein Feld aus unterschiedlichsten wirtschaftlichen, politischen und berufspolitischen Interessen etablierter Player des Gesundheitssystems ein [treten]“ (Bossle 2016: 1), ist es nötig, dass sie lernen, die politischen Spielregeln und Sprachspiele zu entschlüsseln, die ihnen zunächst oft bürokratisch und enthoben erscheinen (vgl. Bossle 2016: 1, 5). Nur so kann das Ziel der Mündigkeit, das grundlegend auch hinter allen Forderungen nach persönlicher Stärke oder einer Haltung der Eigenverantwortung steht, realistischerweise erreicht werden, weil Mündigkeit voraussetzt, dass das Individuum letztlich selbst für sich entscheidet, wie es agieren und sich *als professionell Pflegende* präsentieren möchte.

Für die explizite Ethikbildung formuliert Tepe sehr scharf, aber treffend den Zusammenhang von gesellschaftlichen, insbesondere ökonomischen Voraussetzungen, unter denen Pflegende agieren müssen und unter denen sie sich z. T. widersprechenden und unerfüllbaren fachlichen und berufsethischen Anforderungen ausgesetzt sehen und der Problematik ethischer Appelle an Pflegende. Bleibt demnach ethische Pflegebildung „auf ein Appellieren an die subjektive Moralität der Pflegenden beschränkt, ist die ganze Ethik pflegerischen Handels kraß ausgedrückt nichts weiter als eine *Doppelmoral* und eine Verhöhnung der Pflegenden.“ (Tepe 1999: 280).¹⁵

Auch wenn diese Formulierung mit dem Autor selbst als „kraß“ bezeichnet werden kann, so bleibt die Problematik primär appellativer Ethikbildung bestehen. Eine Ethikbildung, die nicht primär zur Verantwortungsübernahme in der Gesellschaft befähigen und nicht gesellschaftliche und politische Veränderungsbedarfe thematisieren will,¹⁶ kann nicht gelingen, da erst das Verständnis von politischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen den Einsatz für eine patientenorientierte Pflege auf der Basis der Menschenrechte ermöglicht. Ethikbildung sollte tatsächlich nie hinter dem Minimalkonsens dessen zurückstehen, was der ICN Ethikkodex fordert, nämlich die Übernahme pflegerischer Verantwortung innerhalb der Gesellschaft und gerade nicht nur innerhalb der Zweierbeziehung zum jeweils pflegebedürftigen Menschen (vgl. ICN Ethikkodex 2012: Präambel und Element 1).

¹⁵ Vgl. dazu auch die kritische Auseinandersetzung von Kersting mit verschiedenen pflegeethischen Publikationen (Kersting 2011: 247–297).

¹⁶ Für die Lehre gilt dabei folgender Hinweis: „Im Unterricht bleibt die kritische Auseinandersetzung [mit politischen Themen und gesellschaftlichem Veränderungsbedarf, C. G.] allerdings ergebnisoffen. Sie kann auch mit der Bestätigung des Bestehenden einhergehen.“ (Bossle 2016: 4).

5 Konsequenzen für die Lehrerbildung

Die Lehrerbildung erfordert damit konsequent eine Förderung der Kompetenzen bei den künftig Lehrenden, die diese auch ihren Schüler(inne)n mitgeben sollen: die Fähigkeiten, kritisch und selbstkritisch mit unterschiedlichen und widersprüchlichen Anforderungen umzugehen. Gerade hinsichtlich der moralisch-ethischen Ansprüche an die Lernenden als künftig Pflegende ergeben sich als Ziele der Lehrerbildung Kompetenzen der kritischen Distanz zu moralisch überhöhten Anforderungen angesichts einer restriktiven, heteronom geprägten Praxis.

Neben den zu lehrenden Inhalten, die sich aus dem Gesagten ergeben, ist die Entwicklung der Reflexionsfähigkeit und der Rollendistanz zur Rolle der Pflegenden für Pflegepädagog(inn)en unabdingbar. Erst wenn es ihnen gelingt, die künftige Situation und Rolle ihrer Schüler(innen) nicht mehr als ihre eigene zu betrachten, kann es gelingen, die Analyse und Reflexionsfähigkeit der Lernenden effektiv zu unterstützen. Wie auch die Pflegenden müssen die Lehrenden ihre eigene Verantwortung klären, die nicht darin bestehen kann, moralisch besondere, ethisch starke Persönlichkeiten hervorzubringen. Vielmehr besteht sie darin, die Schüler(innen) zu begleiten, wenn diese solche Persönlichkeiten werden oder zumindest ihre möglichst klar erfasste Verantwortung wahrnehmen wollen, weil sie bestimmte Zusammenhänge und ihre Handlungsmöglichkeiten verstanden haben. Diese Unterstützung beinhaltet auch den in den Empfehlungen (Riedel et al. 2017) geforderten verantwortlichen Umgang mit sich selbst, den die Schüler(innen) eigenständig entwickeln müssen, begleitet und angeregt durch Lehrende, die um die Schwierigkeiten der beruflichen Praxis wissen und diese zum Thema machen.

Literatur

- Amelung, Eberhard; Nüchtern, Michael (1992): Einführung. In: Amelung, Eberhard (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Berlin, S. 1–18.
- Arndt, Marianne (1996): Ethik denken. Stuttgart.
- Arnold, Doris (2008): Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen. Frankfurt am Main.
- Atzeni, Gina; Mayr, Katharina (2015): Ethische Expertise. Ethikkommissionen und Klinische Ethik-Komitees als Räume ethischer Rede. In: Nassehi, Armin; Saake, Irmhild; Siri, Jasmin (Hrsg.). Ethik – Normen – Werte. Wiesbaden, S. 229–253.
- BALK (2011): Gesellschaft braucht Pflege. Berlin.
- Barlett, Virginia L.; Finder, Stuart G. (2016): Lessons learned from nurses' requests for ethics consultation: Why did they call and what did they value? In: Nursing Ethics, online first, doi: 10.1177/0969733016660879.
- Behrens, Johann; Langer, Gero (2016): Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Bern.
- Bossle, Michael (2016): Entzaubert den Mythos, analysiert den Jargon! In: Padua 11/5, S. 1–9.