

Die Neufassung des DGF-Ethikkodex: Versuch einer Orientierung der pflegespezifischen Moral im Dickicht juristischer und ethischer Vorgaben

von Prof. Dr. Gunnar Duttge* und Rechtsanwalt Dr. Tobias Weimer**

Die DGF hatte bereits im Jahre 1993 einen Ethik-Kodex für Fachpflege vorgelegt. Dieser wurde nun in seiner überarbeiteten Fassung 2024 vorgelegt. Der Beitrag befasst sich mit der Überarbeitung und nimmt Stellung.

A. Einführung

Professionen, deren Angehörige mit schwierigen Bewertungen und praktisch folgenreichen Entscheidungen für existenzielle Belange (beispielsweise in Bezug auf vulnerable Patienten) konfrontiert sind, tun gut daran, sich über die zentralen Wertprinzipien und Grundhaltungen verbindlich zu verständigen. Im Gesundheitswesen ist dies in neuerer Zeit – in Nachfolge der post-Hippokratischen Selbstverpflichtung der Ärzteschaft – ein besonderes Anliegen der Pflege(fach)berufe. Hier geht es im Kern um Pflege- und Sorgebeziehungen, aber auch um Verantwortungsbewusstsein zum Wohle der situations- und lebensweltbezogenen Bedarfe der jeweils individuell zu Pflegenden innerhalb von adäquaten Versorgungsstrukturen. Das am 1.1.2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz setzt die Ausrichtung der Berufstätigkeit „auf Grundlage einer professionellen Ethik“ (§ 5 Abs. 2) sogar als ausdrückliches Ausbildungsziel fest. Diese besondere Sensibilität für die Notwendigkeit spezifisch pflegeethischer Kompetenz zwecks Ermöglichung einer hohen Pflegequalität steht in der jüngeren Vergangenheit und Gegenwart auch in der Erkenntnis, dass ungelöste moralische Konflikte und Widersprüche im beruflichen Handeln und Erleben auf Dauer schwerwiegende Belastungen bei den Health Care Professionals („moral distress“) zur Folge haben kann.

Eine naheliegende Form der Selbstvergewisserung ist die Formulierung und Verabschiedung eines professionspezifischen Ethikkodex: Er schafft einen zentralen Bezugspunkt für die notwendige Orientierung aller Berufsangehörigen im Rahmen ihrer täglichen Praxis und dient dem Ziel, den Rahmen des Erwünschten zum selbstverständlichen Teil des Handelns zu etablieren, umgekehrt Unerwünschtes präventiv zu verhindern und in diesem Sinne der Profession in der Außenkommunikation die notwendige vertrauensbasierte Glaubwürdigkeit zu verschaffen. Zugleich soll die herausgehobene Referenz eines Ethikkodex als Ermutigungsinstrument für diejenigen dienen, die unethisches Handeln erleben und nicht durch ihr Schweigen implizit mittragen wollen. Für die Pflege ist der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) von herausragender Bedeutung, weil er „ethische Leitlinien in Bezug auf die Rollen, Pflichten, Verantwortlichkeiten, Verhaltensweisen, das professionelle Urteilsvermögen und die Beziehungen von Pflegefachpersonen zu Patienten/Innen und anderen Menschen mit Pflegebedarf, zu Kollegen/Innen und zu Fachpersonen anderer Berufe“ enthält (Präambel/Zweck des Kodex).

B. Kritische Würdigung

I. Grundsätzliches

In der neuen Fassung finden sich eine Reihe von wichtigen Feststellungen und Empfehlungen. In der Tat hat die „ethische Kompetenz“ der Pflegefachpersonen infolge der gewachsenen Komplexität ihrer Aufgaben innerhalb der Versorgungsprozesse und der bestehenden

organisatorischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine hohe Bedeutung erlangt. Allerdings zählt zu den Faktoren der gesteigerten Komplexität und Herausforderung auch der rechtliche Rahmen, den eine ethische Selbstvergewisserung niemals ersetzen, sondern nur mehr ergänzend und horizonteneröffnend erweitern kann. Deshalb ist es ein Versäumnis, dieses Verhältnis zweier normativer Bewertungssysteme zueinander anzusprechen, obgleich es nahegelegen hätte, ähnlich wie im ICN-Kodex geschehen auf die selbstverständliche Geltung der bestehenden Gesetze und staatlichen Verordnungen hinzuweisen. In der vorliegenden Form erweckt der DGF-Ethikkodex den unzutreffenden Eindruck einer Sammlung „unverzichtbarer Verhaltensstandards“ mit alleinigem, ggf. verdrängendem Geltungsanspruch, obwohl er aus rechtlicher Perspektive nur insoweit berufsimmanente Verbindlichkeit haben kann, wie die jeweiligen Festlegungen nicht rechtlichen Vorgaben widersprechen. Das steht natürlich einem Selbstverständnis nicht entgegen, das in Anspruch nimmt, die bestehenden Vorschriften zu verbessern.

Eine weitere „Leerstelle“ findet sich im ersten, den grundlegenden Prinzipien gewidmeten Kapitel: Ausgehend von der bekannten, auf *Beauchamp/Childress* zurückgehenden Tretrade

Duttge/Weimer: Die Neufassung des DGF-Ethikkodex: Versuch einer Orientierung der pflegespezifischen Moral im Dickicht juristischer und ethischer Vorgaben (GuP 2024, 103)

104

(Autonomie, Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit) werden als weitere Prinzipien – gleichberechtigt – auch „(Menschen-)Würde“ und „Verantwortung“ genannt. Das ist in zweierlei Hinsicht irreführend: Denn die Menschenwürdegarantie markiert (nicht nur innerhalb der Rechtsordnung) eine schlechthin unabänderbare, sämtliche sozialen Werturteile begründende wie begrenzende Fundamentalkategorie, die keinerlei Relativierung zugänglich ist (vgl. Art. 1 Abs. 1 GG: „unantastbar“). Sie kann deshalb nicht mit anderen Wertprinzipien im Sinne einer wechselseitig optimierenden Konkordanz konkurrieren, sondern besitzt einen exklusiven, absoluten Status. Dies findet sich umso mehr verkannt, als die Menschenwürde offenbar (ausweislich eines in diesem Sinne erläuternden Klammerzusatzes) mit den „Menschenrechten“ gleichgesetzt wird. Dass zwischen beidem ein – durchaus anspruchsvoller, in Philosophie und Verfassungsrecht intensiv diskutierter – begründungstheoretischer Ableitungszusammenhang besteht, ist offenbar nicht bekannt. Eine Gleichsetzung insbesondere mit dem „Autonomie“-Prinzip wäre ein fundamentaler Kategorienfehler und würde das – populäre – Missverständnis befördern, dass der Anspruch auf Respekt und Anerkennung von der jeweiligen Autonomiebefähigung abhinge. Dass dies richtigzustellen gerade einem Ethikkodex für Pflegefachberufe mit Blick auf die nicht mehr selbst handlungsfähigen schwerstkranken Patienten eigentlich ein besonderes Anliegen sein sollte, liegt auf der Hand.

Mit dem Verantwortungsbegriff wird hingegen eine Kategorie eingeführt, die in einem anderen Sinne von metaethischer Relevanz ist: Postuliert wird hiermit eine Rechenschaftspflicht aufgrund (in der Regel) zugeschriebener negativer Ereignisse und Kausalverläufe, sei es retrospektiv („Haftung“) oder prospektiv zwecks präventiver Risikovermeide- und Vorsorgepflichten. Der inhaltliche Grund für dieses Formalprinzip der Inverantwortungnahme (durch Gerichte, durch den Gesetzgeber, durch das Gewissen, durch eine „höhere Instanz“) ist nicht vorgegeben und hängt in keinsten Weise von den jeweiligen inhaltlichen Kontexten – etwa der Ausrichtung der Pflegeethik auf die vier substanziellen Leitprinzipien (s. o.) – ab. Verantwortung (vor allem rechtliche) bezeugt die Ernsthaftigkeit der postulierten Prinzipien- und Pflichtenbindung, ist zu deren Inhalten aber vollkommen neutral. Eine bloße Einbeziehung in die Reihe der (vier) materiellen Wertprinzipien verdunkelt die metaethische Sonderrolle des Verantwortungsprinzips, über dessen näherer Bedeutungsgehalt im Übrigen an keiner Stelle des Ethik-Kodex aufgeklärt wird.

II. Detailfragen

Noch im Grundlagenteil wird das Fundamentalprinzip der Schadensvermeidung dahin erläutert, dass „weder durch Unterlassung von Maßnahmen noch durch eine Fehl- oder Überversorgung den Patienten ein Schaden zugefügt werden darf“. Dass an dieser Stelle die aktuelle Problematik der sog. „Übertherapie“ deutlich angesprochen ist, verdient hohes Lob; leicht missverstehen lässt sich jedoch die Gleichstellung des Unterlassens, und zwar aus zwei Gründen: Zum einen ist das Prinzip „nihil nocere“ in der Hippokratischen Tradition allein auf aktive Interventionen der Ärzte in den menschlichen Körper bezogen („... fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht ...“). Dies ist auch eine nur allzu berechtigte Fokussierung, denn der genuine Impuls jeder heilkundlichen Profession zur umfassenden Fürsorge trägt erfahrungsgemäß die Gefahr in sich, den möglichen Nutzen einer Behandlung zu über- und mögliche Risiken zu unterschätzen. Aus normativer Perspektive ist zudem primär der Eingriff in den menschlichen Körper rechtfertigungsbedürftig („körperliche Unversehrtheit“), während das Nichteingreifen (Unterlassen) eine Pflichtwidrigkeit erst bei Vorliegen zusätzlicher Voraussetzungen (Handlungsmöglichkeit, Zumutbarkeit und Zustimmung des Betroffenen kraft Selbstbestimmung) begründet. Aktives Tun und Unterlassen sind daher nach vorherrschender Auffassung in Recht und Medizinethik nicht (per se) wertungsmäßig gleichrangig – und sollten daher auch nicht in ein und demselben Atemzug ohne Differenzierung aneinandergereiht benannt werden. Gerade hier bedient der Ethikkodex leider ein althergebrachtes – heute aber längst veraltetes – Selbstverständnis der Heilberufsangehörigen, denen ein unbedingtes Helfen als die stärkere Pflicht erscheint, vor allem wenn der Respekt gegenüber einem „unvernünftigen“ Patientenwillen absehbar Schadensfolgen nach sich zieht.

Die zentrale Aufgabe und Herausforderung der Pflege ist wahrlich die bestmögliche, jeweils den individuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen adäquate Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Jenseits standardisierter Pflegeroutinen geht es nicht zuletzt auch um das sozial kompetente Erkennen, Aufgreifen und – soweit möglich – Stillen der je individuellen Bedürfnisse. Von zentraler Bedeutung ist regelmäßig der Wunsch nach Selbstständigkeit und eigenverantwortlicher Teilhabe der Patienten jenseits einer Rolle, in der sie nur noch Objekt fremdbestimmender Zugriffe sind. Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass der DGF-Ethikkodex mit keinem Wort die Familien und Angehörigen in die Fürsorge einbezieht, obgleich sich diese doch in der pflegerischen Praxis schlechterdings nicht hinwegdenken lassen. Der Fokus im zentralen Kapitel der Pflegebeziehung ist ausschließlich „der Patient“; dass der Fundamentalbegriff der „Patientenautonomie“ auch eine relationale Dimension im Lichte des stets in soziale Kontexte eingebundenen Patientenwillens aufweist, bleibt außen vor. Überhaupt werden „nahestehende Personen“ nur an einer einzigen Stelle benannt, und zwar als „Zielgruppe“ einer (reichlich technokratisch bezeichneten) „kooperativen Versorgungspraxis“. Was das näher bedeuten soll, bleibt leider der Phantasie der Leserschaft überlassen.

Verdienstlich betont der Kodex eine spezifische Pflicht der Pflegefachpersonen zur Verteidigung des Patientenrechts auf Privatsphäre, „u. a. durch den Schutz vertraulicher Daten“. Die in Zeiten einer gewachsenen Bedeutung der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) und des Ausbaus der Digitalisierung im Gesundheitswesen essentielle Sensibilität für persönliche Daten konterkariert der Kodex aber sogleich im Anschluss durch den Zusatz, dass dies (nur?) „gegenüber Personen [gelte], die diese Informationen nicht zur Behandlung benötigen“. Dass im Ausgang ein subjektives Recht des Patienten zur Datengewinnung existiert – und im weiteren Verlauf in gleicher Weise ein Bestimmungsrecht über evtl. Weitergaben dieser

Daten, selbst wenn eine Weigerung dem Patienten Schaden zufügen könnte, sollte ein halbes Jahrzehnt nach Inkrafttreten der ersten Datenschutzgesetze in Deutschland eigentlich nicht

Duttge/Weimer: Die Neufassung des DGF-Ethikkodex: Versuch einer Orientierung der pflegespezifischen Moral im Dickicht juristischer und ethischer Vorgaben(GuP 2024, 103)

105

mehr eine terra incognita sein. Wenn persönliche, insbesondere gesundheitspezifische Daten nur dann geschützt wären, wenn sie von anderen Personen oder Institutionen „nicht benötigt“ werden, käme dies de facto einer Beerdigung des Anliegens gleich. Nicht minder unverständlich ist der weitere Zusatz, der auf eine „gerichtliche Anordnung“ zur Datenweitergabe abstellt: Reichweite und Grenzen („Durchbrechungen“) des Datenschutzes ergeben sich aus dem Gesetz und erfordern jenseits von sehr speziellen Kontexten keine gerichtliche Erlaubnis; davon abgesehen sind selbstredend auch Gerichte im Konfliktfall an „Gesetz und Recht“ gebunden. In dieser Passage zeigt sich (erneut), wie wenig originäres Anliegen und Grundstrukturen des Datenschutzes im Gesundheitsbereich überhaupt verstanden sind. Inwieweit es in Verlängerung des tradierten Selbstverständnisses der Ärzteschaft nicht auch einer berufsspezifischen „Schweigepflicht der Pflege“ bedarf, dürfte voraussichtlich eine der pflegeethischen Zukunftsfragen sein.

Gerne hätte man schließlich zumindest eine inhaltliche Andeutung in Erfahrung gebracht, wie die DGF die „gesellschaftlichen Rahmenbedingungen“ im Deutschland des Jahres 2024 überhaupt einschätzt. Dass im Alltag der pflegerischen Aufgaben Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen Prägungen zusammentreffen – mitunter auch konfliktreich aufeinanderprallen, und zwar auf Seiten der Pflegefachkräfte ebenso wie auf Patientenseite, macht den Umgang hiermit zu einer großen Herausforderung („kultursensible Pflege“). Die Einsicht, dass interkulturelle Begegnungen heute längst zum Klinikalltag zählen, verstärkt die Notwendigkeit eines vertieften Nachdenkens über die Grenze zwischen Toleranz und abwehrender Bewahrung der eigenen Richtigkeitsvorstellungen auf allen Ebenen der pflegerischen Aufgaben. In dieser Hinsicht hat die aktuelle Fassung des DGF-Ethikkodex daher eine Chance versäumt, um eine der bedrückendsten Fragen der gesellschaftlichen Wirklichkeit des 21. Jahrhunderts aufzugreifen.

C. Ausblick

Die neue Fassung des Ethikkodex für Pflegefachberufsangehörige enthält zahlreiche wichtige Feststellungen und Bezugspunkte. Um so bedauerlicher sind die Lücken und Ungereimtheiten. Ein derart anspruchsvolles Dokument erfordert einen weitreichenden ethischen und auch rechtlichen Horizont, weil gerade in der Gesundheitsversorgung wie sonst eher seltener Recht und Ethik – die berufsgruppenüberschreitende wie die berufsspezifische – miteinander verschränkt und verwoben sind. Das Erarbeiten einer berufsspezifischen Ethik – eine hochanspruchsvolle Aufgabe – bedarf also vertiefter medizinethischer und medizinrechtlicher Expertise.

Literatur:

Altmeyden, Ethik ist kein Springteufel, in: Medien & Kommunikationswissenschaft 2016, 114-116

Baranzke, Person-zentrierte Pflege als relationale Selbstbestimmungsassistenz bei Menschen mit Demenz. Ethische Sondierungen in einem komplexen Spannungsfeld unter besonderer Berücksichtigung der stationären Langzeitpflege, in: Riedel/Lehmeyer (Hg.), Ethik im Gesundheitswesen (2023), S. 543-563

Duttge, Ärztliche Schweigepflicht: ein aus der Zeit gefallenes Fossil? – am Beispiel der Klinischen Ethikberatung, MedR 2021, [325-330](#)

Maack, Kultursensible Pflege, in: Maack, Verräumlichte Subjektivierung (2023), S. 33-46.

Riedel A., Ethikkompetenzen vertiefen und verdichten – Welche Rolle kann die Ethik-Leitlinienentwicklung als exemplarische Methode der Ethikdidaktik in der hochschulischen Pflegeausbildung spielen?, in: Ethik in der Medizin 2019, 361-390

Schmid A., Konventionen, Chartas und andere Regelungen im Pflege- und Gesundheitswesen als normative Grundlagen für das professionelle Entscheiden und Handeln, in: Riedel A., Lehmeyer S. (Hg.), Ethik im Gesundheitswesen, 2023, 239-257

Wöhlke S., Riedel A., Pflegeethik und der Auftrag der Pflege – Gegenwärtige Grenzen am Beispiel der stationären Altenpflege, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2023, 508-514

* Prof. Dr. Gunnar Duttge, Zentrum für Medizinrecht, Universität Göttingen

** RA Dr. Tobias Weimer, M.A., Fachanwalt für Medizinrecht

[© Verlag C.H.BECK oHG 2024](#)