

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	11
1.	Einleitung	15
1.1	Anlässe	15
1.2	Ausgangslage	18
1.3	Problemstellung	23
1.3.1	Annäherungen: Aufgabenspezifik und Normdifferenzierung	24
1.3.2	„Zugänglichkeit“ als methodisches Problem und Unterscheidungskriterium einer Verantwortungsethik der Pflege	27
1.4	Ziel und Gang der Untersuchung	31
2.	Handlungsrationalitäten – Normative Diskurse der Moderne	35
2.1	Ambiguität der Moderne – Ausdifferenzierung von Rationalitätsstrukturen in System und Lebenswelt: Habermas	37
2.1.1	Paradoxien der Moderne: Entzweigung und Versachlichung	37
2.1.2	Krisendynamik der Moderne und kommunikative Vernunft der Lebenswelt	42
2.1.3	Das normative Fundament einer kritischen Gesellschaftstheorie	49
2.1.4	Gesellschaftstheorie als Handlungstheorie	51
2.1.5	Praktische Diskurse: Normbegründung und Normanwendung	54
2.1.6	Exkurs: Glück und Gerechtigkeit – Idee des Guten und rationale Idee der Moral	58
2.1.7	Expertenkulturen – kommunikative Alltagspraxis – Wissenschaftsethik	59

2.2	Rationalitätsgestalten der Macht – Stufen und Inversion einer negativistischen Theorie individueller Freiheitspotentiale: Foucault	64
2.2.1	Der ethische Gehalt der Aufklärung – Grenzerfahrung und praktische Transzendenz des Subjekts	64
2.2.2	Der Mensch als epistemisches Konstrukt der Humanwissenschaften – Vergegenständlichung und Verschwinden des Individuums	69
2.2.3	Macht als Supersubjekt gesellschaftlicher Disziplinarstrukturen	72
2.2.4	Die Möglichkeit der Freiheit: Der Mensch als moralisches Subjekt seiner Handlungen	74
2.2.5	Die Bedeutung Kants für eine existentielle Ethik	82
2.3	Zwischenergebnis	85
3.	Handlungssysteme	87
3.1	Medizinisches Handlungssystem	89
3.1.1	Zur Genese der modernen Medizin	90
3.1.1.1	Der epochale Wechsel epistemischer Strukturen: Zum Verhältnis von Wissen und Handeln	90
3.1.1.2	Externe Variablen von Wissensformen und Wissensinhalten: Zum historischen Wandel medizinischer Erkenntnisideale	94
3.1.1.3	Machtsteigerung: Industrialisierung der klinischen Medizin	98
3.1.2	Systemfunktionalistisches Handlungsmodell: Leistungsfähigkeit und Kontrolle des Patienten	102
3.1.3	Medikalisierung der Gesellschaft, ärztliche Professionalität und Klientenautonomie: Widerspruch und Krise der modernen Medizin	107
3.1.4	Entschränkungen des Erfahrungsbegriffs: Medizinische Anthropologie des Krankseins (Exkurs zu Victor v. Weizsäcker) Konzeption einer medizinischen Anthropologie)	113
3.2	Pflegerisches Handlungssystem	123
3.2.1	Wissenschaftliche Systematisierung der Pflege – die Vorreiterrolle Amerikas	123
3.2.1.1	Der wissenschaftskulturelle Hintergrund	124
3.2.1.2	Der Einfluß des Pragmatismus	127

3.2.1.3	Rationalisierung und Professionalisierung – die Funktion der Soziologie	129
3.2.1.4	Verwissenschaftlichung der Pflege – Stufen einer wissenschaftsphilosophischen Kontroverse	133
3.2.2	Handlungstheorien der Pflege und ihre normativen Implikationen	141
3.2.2.1	Dorothea E. Orem	141
3.2.2.2	Callista Roy	148
3.2.2.3	Imogene M. King	150
3.2.2.4	Rosemarie Rizzo Parse	154
3.2.3	Ansätze einer kritisch-emanzipationstheoretischen Rekonstruktion pflegerischen Handelns	157
4.	Ethik in der Pflege – Systematische Vorverständigung	161
4.1	Zur Differenzierung von Handlungsdimensionen und normativen Horizonten der Pflege	164
4.1.1	Handlungstypen und Steuerungsnormen	168
4.1.2	Doppelte Handlungslogik der Pflege	169
4.1.3	Symbolische Handlungsdimensionen und ethische Perspektiven	171
4.1.4	Kategoriale Festlegung normativer Handlungshorizonte	175
4.2	Zum Verhältnis von ethischen Begründungs- und Anwendungsdiskursen	177
4.3	Systematische Probleme einer Verantwortungsethik	179
4.3.1	Verantwortungsethik als Vermittlungsproblem zwischen „Gerechtem“ und „Gutem“	179
4.3.2	Historische Rekonstruktion und theoretische Erweiterung des traditionellen Verantwortungsbegriffs	182
4.3.2.1	Ex-post-Konstruktion und das Prinzip der Berechenbarkeit	182
4.3.2.2	Ex-ante-Konstruktion und das Prinzip antizipativer Aufgaben- und Organisationsverantwortung	186

5.	Ethik in der Pflege – Ausführungen	193
5.1	Subjektive Normierungen – Tugendethik: Zum Verhältnis beruflich institutionalisierter Wertsysteme und motivationaler Handlungsressourcen	193
5.1.1	Soziale Konstruktion und ideologische Überformung beruflich institutionalisierter Werte	196
5.1.2	Normative Begründungsschwäche eines evaluativen Konzepts der beruflichen Ethik	202
5.1.3	Institutionelle Indifferenz eines moralischen Selbstwertes beruflicher Arbeit	203
5.1.4	Die konservative Schlagseite einer Güterethik	207
5.2	Objektive Normierungen – Verantwortungsethik: Zur Eingrenzung der im Ungleichheitsverhältnis von <i>client-professional</i> angelegten Macht	209
5.2.1	Äußere Normierungen – Juridische Ordnungsstrukturen und normatives Orientierungsdilemma	211
5.2.1.1	Ärztliche Endverantwortung: Haftungsrecht als ordnungspolitisches Instrument	213
5.2.1.2.	Normatives Orientierungsdilemma	225
5.2.1.3	Institutionell bedingtes Orientierungsdilemma	227
5.2.2.	Innere Normierungen – Berufsethische Selbstbeschränkungen: Berufskodizes	234
5.2.2.1	Moralische Legitimation der Profession durch Berufskodizes	234
5.2.2.2	Besondere Funktionen von Berufskodizes	237
5.2.2.3	Statusprobleme von Berufskodizes	238
5.3	Inneres Spannungsverhältnis einer Verantwortungsethik	241
5.3.1	Zwischen Justice-Ethik und Care-Ethik	241
5.3.2.	Pflegerische Dimensionen des Spannungsverhältnisses	249
5.3.2.1	Zur Dialektik von Fürsorge und Autonomie: Personale Handlungsstrukturen	249
5.3.2.2	Zur Dialektik von Freiheit und Verantwortung: Institutionelle Handlungsstrukturen	256

5.4	Anwendungsdiskurse einer Verantwortungsethik (I): Das Prinzip der Kontextualität	263
5.4.1	Deskriptive Analyse und Interpretation empirischer Daten situativer Lagen	263
5.4.2	Deskriptive Analyse und Interpretation subjektiver Werte	268
5.4.3	Antizipatorische Analyse und Bewertung objektiver Folgen	274
5.4.4	Einzelaspekte der Folgenorientierung	277
5.4.4.1	Soziale Folgenorientierung	278
5.4.4.2	Individuelle Folgenorientierung	281
5.4.4.3	Beurteilung hypothetischer Folgen unter Wertgesichtspunkten professioneller Arbeit	282
5.4.4.4	Beurteilung hypothetischer Folgen unter individuellen Wertpräferenzen beruflicher Akteure	284
5.5	Anwendungsdiskurse einer Verantwortungsethik (II): Das Prinzip der Perspektivenverschränkung	291
5.5.1.	Ausgangsprobleme	291
5.5.1.1	Klinische Objektivität	291
5.5.1.2	Medizinischer Patientenstatus: body-machines	292
	Exkurs: Foucaults Analyse von Struktur und Funktion klinischer Wissenschaftsdiskurse	294
5.5.1.3	Extremsituationen: Berufliche Strategien der „Entleiblichung“ und der Angstabwehr	299
5.5.2	Subjektivität des Patienten: Klinische Norm eines existentiellen Engagements – Ausgleich des Objektstatus	308
5.5.3	Pflegerische Verantwortung: Würde als Schutznorm	314
5.5.4	Konkretionen von Würde: Strukturen der Wechselseitigkeit	318
5.5.4.1	Sprache als Medium der Wechselseitigkeit	319
5.5.4.2	Berührung als Medium der Wechselseitigkeit	323
5.5.5	Subjektivität als Grenzbegriff: Die Legitimität kontrollierter Grenzverschiebungen	326
	Klinische Studien	334
5.5.6	Verantwortung als Habitualisierung: Selbstschutz und Handlungskontrolle	341
5.5.6.1	Rollenhandeln: Erwartungssicherheiten	341
5.5.6.2	Routinen: Formale Entlastungen, Spezialisierungen, Standardisierungen	352
5.5.6.3	Gefühlsregulationen als Balancearbeit: Zwischen eigener Verletzbarkeit, compassion und engagierter Distanzierung	357

6.	Zusammenfassung und Ausblick: Advocacy – Jenseits eines ‘expertokratischen’ Professions- und Ethikverständnisses	367
6.1	Zusammenfassung	367
6.2	Ausblick: Fragen einer advokatorischen Ethik	374
6.2.1	Advokation als Rechtsverhältnis	375
6.2.2	Besondere Probleme der Advokation im pflegerisch-therapeutischen Bereich	376
6.2.2.1	Empirische Differenzierungsprobleme	376
6.2.2.2	Provisorischer Legitimationsmodus	376
6.2.3	Struktureigenschaften professioneller Hilfe	378
6.2.4	Strukturlogiken professioneller Hilfe und Elemente einer „diskursiven Professionalität“	379
	Literatur	385