



Caroline Emmer De Albuquerque Green | Agnieszka Costina | Alexandra Fertig
Susanne Nothhafft | Bernd Reuschenbach | Constanze Giese



**Die Bedeutung
der Menschenrechte
in der stationären
Altenpflege:**

Was wissen
beruflich Pflegende
darüber?



Caroline Emmer De Albuquerque Green
Agnieszka Costina
Alexandra Fertig
Susanne Nothhafft
Bernd Reuschenbach
Constanze Giese

Die Bedeutung der Menschenrechte in der stationären Altenpflege:

Was wissen
beruflich Pflegende
darüber?

Abstract

Die Universalität der Menschenrechte, das Prinzip der Unteilbarkeit und der Interdependenz der international anerkannten Menschenrechte, sowie deren rechtliche Verbindlichkeit haben direkte Konsequenzen für die stationäre Altenpflege in Deutschland. So müssen Pflegepolitik und Pflegepraxis die international anerkannten Menschenrechte berücksichtigen bzw. können diese als Instrument nutzen, um die Lebensbedingungen pflegebedürftiger älterer Menschen im Sinne der Menschenrechte zu verbessern. Die Wirkung der Menschenrechte auf die Pflege in Deutschland entfaltet sich in einem dynamischen Prozess, welcher durch einen Wechsel und ein Ineinandergreifen von reaktiven und normierenden Mustern weiter fortschreitet. Beruflich Pflegenden als direkte Dienstleister von Pflege sind in diesem Prozess Schlüsselakteure, die zum einen menschenrechtsorientierte Pflege mittragen bzw. leisten müssen. Zum anderen können sie einen wichtigen Beitrag zur Ausarbeitung und Definition menschenrechtsorientierter Pflege leisten. Beide Aufgaben setzen jedoch praktisches Wissen zu Menschenrechten voraus. Die erkenntnisleitende Fragestellung, die dieser qualitativen Studie zugrunde liegt, ist daher: „Über welches praktische Wissen zu Menschenrechten verfügen beruflich Pflegenden in deutschen Einrichtungen der geriatrischen Langzeitpflege?“. Ziel der hypothesengenerierenden Studie ist es weiterführende Aktivitäten zur Stärkung der Rolle von beruflich Pflegenden im dynamischen Prozess der Menschenrechte in der stationären Pflege anzustoßen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen unter Nutzung eines theoretischen Drei-Stufenmodells, dass das praktische Wissen zu Menschenrechten in der Pflege gering ausgeprägt ist. Darüber hinaus nehmen Pflegenden den menschenrechtlichen Diskurs als einseitig reaktiv bzw. bedrohend wahr, was mit dem geringen praktischen Wissen in Verbindung gebracht werden kann. Sie sehen sich selbst in einer passiven Rolle, die Rechtfertigungsbedarfe erzeugt. Jedoch verdeutlichen die Interviews auch, dass ein Grundverständnis für und eine Anerkennung der Menschenrechte generell vorhanden sind. Die selbstreferentielle Definition einer guten Pflege wird zwar nicht direkt mit den Menschenrechten oder der Menschenwürde verbunden, sie beinhaltet jedoch menschenrechtliche Grundprinzipien. Die Studie legt nahe, dass sich eine Wissensvermittlung zu Menschenrechten in der Pflege und die Einbindung von beruflich Pflegenden in die Dynamik der Menschenrechte im Sektor der Altenpflege positiv auf die Verbreitung menschenrechtsorientierter Pflege in Deutschland auswirken kann.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung 4
1.1	Definition Menschenrechte und Menschenwürde 4
1.2	Pflegebedürftigkeit und Alter als Diskriminierungsprädiktor im menschenrechtlichen Sinne 5
1.3.	Konsequenzen des menschenrechtlichen Universalismus für den Kontext der Pflege 6
1.3.1.	Bedeutung des Kontextes der Pflege für die Rechte älterer Menschen 6
1.3.2	Wechselwirkung der Menschenrechte im Kontext der Pflege 7
1.3.3	Notwendigkeit der Betrachtung des Pflegekontextes aus der Wechselwirkung der Menschenrechte heraus 9
1.4	Stand der Diskussion zu Menschenrechten in der Pflege in Deutschland 13
1.4.1	Übersicht Stand der Diskussion 13
1.4.2	Menschenrechte in der wissenschaftlichen Literatur zu Pflegeethik 14
1.5	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflege – Charta) 16

2	Praktisches Wissen zu Menschenrechten bei beruflich Pflegenden 18
----------	--

3	Methode 21
3.1	Gütekriterien 22
3.2	Forschungsethik 23
3.3	Stichprobe 23
3.4	Setting 25
3.5	Anwendung 25

4	Ergebnisse 26
4.2	Vorhandenes praktisches Wissen zu Menschenrechten 28

5	Diskussion 35
----------	----------------------

6	Limitierung 40
----------	-----------------------

7	Ausblick 41
----------	--------------------

	Literatur 44
--	---------------------

1 Einleitung

1.1 Definition Menschenrechte und Menschenwürde

Menschenrechte werden international als die Rechte verstanden, die jeder Mensch aufgrund des seines bloßen Menschseins inne hat (vgl. Ladwig 2012: 136). Sie sind in völkerrechtlich verbindlichen Dokumenten verankert, wobei ihnen die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948 als zunächst unverbindliches Dokument zugrunde liegt. Vor allem der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR 1966/1976), der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR 1966/1976), sowie die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK oder CRPD 2007), die Europäische Menschenrechtskonvention (ECHR 2010) und die Europäische Sozialcharta aus dem Jahr 1961 sind an dieser Stelle zu erwähnen. Diese Instrumente und deren Inhalte werden dem Internationalen Menschenrechtskatalog zugeordnet. Neben den Menschenrechten, also den Artikeln der verbindlichen Dokumente, steht das Konzept der Menschenwürde. Sie ist in der Präambel der AEMR und den darauffolgenden verbindlichen Dokumenten verankert. Hier heißt es: „Die Anerkennung der inhärenten Würde und der gleichen und unveräußerlichen Rechte aller Mitglieder der menschlichen Familie stellen die Grundlage der Freiheit, der Gerechtigkeit und des Friedens in der Welt dar“ (AEMR: Präambel S. 1). Die Menschenwürde gilt als das Konzept, das den Menschenrechten zugrunde liegt und durch sie normativ und rechtlich geschützt wird (vgl. Bielefeldt 2012: 161). Dabei wird das Konzept der Menschenwürde als solches unterschiedlich definiert. Bielefeldt beispielsweise beschreibt, dass die Würde des Menschen darin besteht, als *Verantwortungssubjekt* geachtet zu werden. „Dass Menschen Abkommen miteinander eingehen können, die für alle verlässlich gelten sollen; dass sie einander wechselseitig Versprechungen machen können; dass sie für sich selbst und gemeinsam mit anderen normative Orientierung suchen und normative Eckpunkte in einer Verfassungsordnung festschreiben können“ (Bielefeldt 2012: 160). Generell wird mit dem Menschenwürdekonzept der Freiheitsbegriff und die Selbstbestimmung des Menschen verbunden. „Der Anspruch, dass der Mensch aufgrund seiner menschlichen Würde niemals bloßen Mittels verdinglicht, sondern immer zugleich als Selbstzweck geachtet werden soll, gewinnt wirksame Rückendeckung durch die grundlegenden Rechte aller Menschen auf freie Selbstbestimmung. Alle Menschenrechte haben als Ausdruck des Respekts vor der Würde des Menschen als Verantwortungssubjekt eine freiheitliche Orientierung“ (Bielefeldt 2012: 161-162). Der Wert der

Menschenrechte besteht folglich darin, den größtmöglichen Raum für Selbstbestimmung und Freiheit im Sinne der Menschenwürde zu gewährleisten. Menschenwürde und Menschenrechte sind somit miteinander verbunden. Die menschliche Würde bleibt dabei in allen Lebenslagen, auch bei Pflegebedürftigkeit, unantastbar (vgl. Art. 1 GG Abs. 1).

1.2 Pflegebedürftigkeit und Alter als Diskriminierungsprädiktor im menschenrechtlichen Sinne

Die Menschenrechte basieren auf dem Grundkonzept der Universalität, welches wie die Menschenwürde in der Präambel der AEMR zur Geltung gebracht wird. Hier wird hervorgehoben, dass die Menschenwürde und die Menschenrechte *allen Mitgliedern der menschlichen Familie* zugesprochen sind (vgl. AEMR: Präambel). Bielefeldt merkt dazu an: „Die Universalität der Menschenrechte zu bestreiten, hieße zu leugnen, dass es Menschenrechte überhaupt gibt“ (Bielefeldt 2012: 159). Im Rahmen kulturrelativistischer Argumentationsmuster wird versucht, die Legitimität des Anspruchs auf menschenrechtlichen Universalismus als westliches imperialistisches Projekt in Frage zu stellen (vgl. Donnelly 2003: 89). Dieser kritische Diskurs bestärkt aber dennoch den universalistischen Grundgedanken der Menschenrechte (vgl. Bielefeldt 2012: 159), der allerdings für die folgende, anwendungsorientierte Forschungsarbeit nicht vertieft werden soll.

Aus dem Prinzip der menschenrechtlichen Universalität geht das Prinzip der Gleichheit hervor, dass in allen internationalen und nationalen Rechtsgrundlagen der Menschenrechte gleichermaßen zum Ausdruck kommt (vgl. Baer 2012: 262). Die Menschenrechte sind für alle Menschen *gleichermaßen* gültig. Im Art. 2 der AEMR von 1948 ist dies folgendermaßen ausformuliert: „Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand“ (AEMR 1948). Aus diesem Gleichheitsgedanken heraus entspringt das Diskriminierungsverbot (Prinzip der Nicht-Diskriminierung) auf der Grundlage von im Art. 2 AEMR benannten – und nicht benannten – Diskriminierungsmerkmalen. Es ist vor allem auf den Gleichheitsgedanken zurückzuführen, dass von Diskriminierung bedrohte Gruppen mit Verweis auf menschenrechtliche Universalität und Gleichheit gesellschaftliche Veränderungen einfordern und somit zur Verbreitung des tatsächlichen menschenrechtlichen Universalismus beitragen (vgl. Bielefeldt 2012: 163). Exemplarisch dafür ist die Bewegung für die Rechte von Menschen mit

Behinderungen, die im Jahr 1999 durch die Verabschiedung der UN-Behinderertenrechtskonvention ihren ersten Höhepunkt erfuhr und 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommen wurde. Die Bewegung steht für die Gleichstellung von Menschen mit physischen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, die auch aus der Pflegebedürftigkeit heraus ein selbstbestimmtes Leben, auf der Grundlage ihrer Menschenrechte, einfordern können. Ausgehend von dieser Bewegung, wurde die Pflegebedürftigkeit und der Rahmen, in dem Pflege geleistet wird, in den Fokus menschenrechtlich relevanter Themen gehoben (vgl. Kane 2001: 299).

Der demografische Wandel, der sich weltweit vollzieht, trägt dazu bei, dass das Alter (older age) vermehrt und explizit als Diskriminierungsmerkmal erkannt wird (vgl. Hoppach 2015: 15). Alter wird dabei oft an 65 vollendeten Lebensjahren festgemacht (vgl. Altenbericht der Bundesregierung 2010). Die Gefahr der Diskriminierung aufgrund des Alters hat zur Verabschiedung von Aktionsplänen gegen die Diskriminierung älterer Menschen im Rahmen zweier UN-Weltversammlungen über das Altern in den Jahren 1982 und 2002 und auch zu den UN-Grundsätzen für ältere Menschen geführt (vgl. UN-Menschenrechtsschutz für ältere Menschen 2013). Die Verabschiedung einer UN-Konvention für die Rechte älterer Menschen wird derzeit in einem internationalen Prozess breitflächig diskutiert und eingefordert (vgl. Doron & Apter 2010).

1.3 Konsequenzen des menschenrechtlichen Universalismus für den Kontext der Pflege

1.3.1 Bedeutung des Kontextes der Pflege für die Rechte älterer Menschen

Die Pflege von älteren Menschen ist im internationalen Menschenrechtsdiskurs im Hinblick auf die Diskriminierung älterer Menschen ein Kernthema. Dies ist auch auf das erhöhte Risiko der Pflegebedürftigkeit im Alter zurückzuführen. In Deutschland sind 83 % aller Pflegebedürftigen älter als 65 Jahre (vgl. Bundesamt für Statistik 2013). Pflegebedürftigkeit wird durch den Europarat folgendermaßen definiert: „Ein Zustand, in dem sich Menschen befinden, die aus Gründen, die mit dem Fehlen oder dem Verlust von physischer, psychischer und intellektueller Autonomie verbunden sind, größere Unterstützung und/oder Hilfe benötigen, um die alltäglichen Handlungen auszuführen“ (Europarat 1998: Annex 1.). Vermehrt werden die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber pflegebedürftigen älteren Menschen und die dazugehörigen Strukturen zur Leistung von Pflege im menschenrechtlichen Sinne hinterfragt (vgl. Yates-Bolton

2010: 26). Der britische Soziologe Peter Townsend wies bereits im Jahr 2006 darauf hin, dass marktwirtschaftliche Interessen zu einer systematischen Diskriminierung älterer Menschen führen, welche sich auch in der Organisation von Pflege in Form von Pflegeheimen widerspiegelt (vgl. Townsend 2006: 177). Townsends Studie aus dem Jahre 1964 mit dem Titel „The Last Refuge“ machte damals erstmalig auf menschenunwürdige Zustände in britischen Pflegeheimen aufmerksam, deren Ausprägung laut Townsend auf die negative gesellschaftliche Einstellung gegenüber älteren Menschen hinwies. Die Menschenrechte sind hier laut Townsend als wirksames Instrument zu verstehen, um diesem Phänomen entgegen zu wirken und so Strukturen zu bilden, die auch im Alter – und aus der Pflegebedürftigkeit heraus – ein freies und selbstbestimmtes Leben ermöglichen (vgl. Townsend 2006: 177). Der „Kontext der Pflege“ ist dabei als ein komplexes Gebilde zu verstehen, welches aus verschiedenen Themen (Pflegepolitik, Pflegeökonomie, gesellschaftliche Einstellung, Ausbildung usw.) Institutionen (Regierung auf Bundes- und Länderebene, Versicherungen, Pflegeeinrichtungen usw.) und Vorgaben (rechtliche, medizinische usw.) besteht, die letztendlich die eigentliche Leistung von Pflege direkt bestimmen. Dabei ist zudem zwischen ambulanter, familiärer und stationärer Akut- oder Langzeitpflege zu unterscheiden, wobei hier im Folgenden die stationäre Langzeitpflege fokussiert wird.

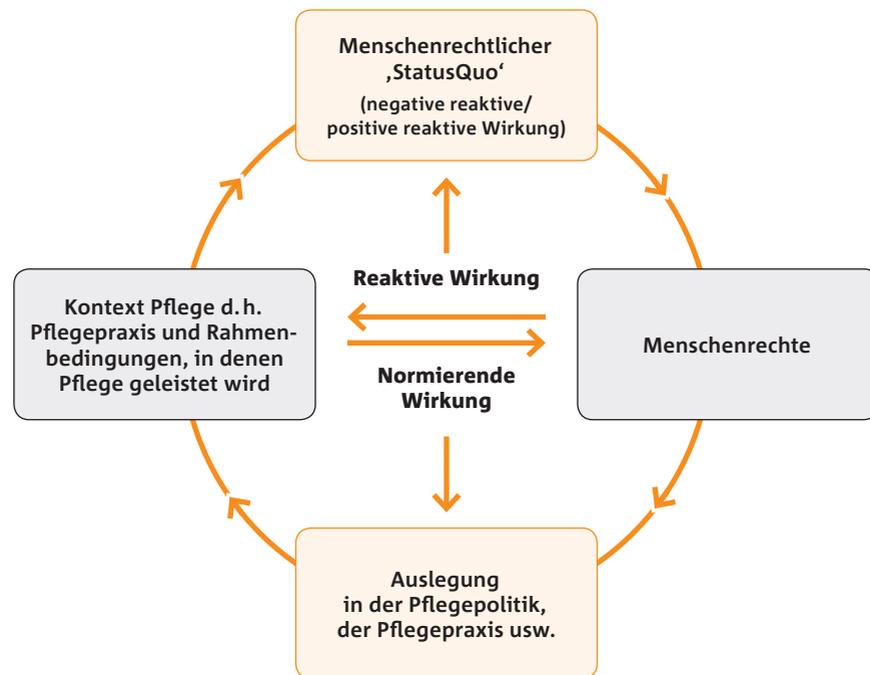
Der „Kontext der Pflege“ bezieht sich in dieser Studie im Kern auf die direkte Pflegepraxis in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege für ältere pflegebedürftige Menschen in Deutschland.

1.3.2 Wechselwirkung der Menschenrechte im Kontext der Pflege

Die von Townsend angesprochene Nutzbarmachung der Menschenrechte für die strukturelle Veränderung der Pflege im Sinne der Nicht-Diskriminierung älterer Pflegebedürftiger muss aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden: Zum einen kann der Kontext der Pflege auf menschenrechtsverletzende Strukturen und Praktiken untersucht werden, die dann als „Menschenrechtsverletzungen“ deklariert werden und als solche rechtliche, politische usw. Konsequenzen mit sich bringen (vgl. Townsend 2006: 177). Menschenrechte werden somit als ein „reaktives“ Instrument genutzt. Andererseits kann aber auch im Sinne eines Perspektivenwechsels das Individuum und dessen Menschenrechte als Ausgangspunkt für den Kontext der Pflege herangezogen werden, um zum einen diesen ganzheitlich von vorneherein auf die Menschenrechte auszurichten und zum anderen so zur Gleichberechtigung älterer pflegebedürftiger Menschen beizutragen (vgl. Yates-Bolton 2008: 223, vgl. Jönson & Harnett 2015: 1). Hier entfalten die Menschenrechte eine normierende Wirkung. Diese doppelte Rolle der Menschenrechte wird im Rahmen der Diskurse zu „human rights main-

streaming in health care“ geführt und ausgeweitet. Wildner et. al. beschreiben das exemplarisch: „While human rights violations may affect health, it is also possible that health care affects the human rights status of individuals or groups“ (Wildner et al. 2002: 1726). Folgende Abbildung soll diese Argumentation auf den Kontext der Pflege bezogen verbildlichen (► Abb. 1).

Wechselwirkungen der Menschenrechte im Kontext der Pflege



Die Abbildung 1 stellt einen dynamischen Kreislauf der normierenden und der reaktiven Wirkungen auf den Kontext der Pflege bzw. auf den menschenrechtlichen Status Quo der Pflegebedürftigen, aber auch der Pflegekräfte selbst dar, wobei sich die vorliegende Studie vorwiegend auf die menschenrechtliche Situation der Pflegebedürftigen fokussiert. Der menschenrechtliche Status Quo bezieht sich auf die Lebenssituation der pflegebedürftigen Heimbewohner/innen und deren Angemessenheit im menschenrechtlichen Sinne. Bezogen auf die negativ reaktive Wirkung können beispielsweise menschenrechtsverletzende Praktiken oder Bedingungen im Kontext der Pflege erkannt und auf Grundlage menschenrechtlicher Rechtsgrundlagen „verurteilt“ werden. Gegenteilig dazu können sich bestimmte Praktiken und Bedingungen als positiv reaktiv, also als besonders menschenrechtsförderlich erweisen und als beispielhaft hervorgehoben werden.

Die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation älterer pflegebedürftiger Menschen auf Basis der Menschenrechte – ob im negativ reaktiven oder positiv reaktiven Sinn – setzt voraus, dass menschenrechtskonforme und menschenrechtsförderliche Bedingungen und Praktiken im Kontext der Pflege definiert und soweit wie möglich optimiert werden. Der Ausgangspunkt für einen solchen normierenden Prozess sind die Menschenrechte an sich, welche so die Auslegung der Pflegepolitik, der Pflegepraxis usw. in der Dynamik der normierenden und reaktiven Wirkung der Menschenrechte bestimmen. Daraus folgend findet ein Prozess der menschenrechtlichen Normierung des Kontextes der Pflege statt, welcher dann wieder durch die reaktive Wirkung der Menschenrechte auf den menschenrechtlichen Status Quo überprüft wird.

Das Prinzip der Universalität der Menschenrechte, das Gleichheitsprinzip und die beschriebenen Entwicklungen haben Konsequenzen für den Kontext der Pflege auf verschiedenen Ebenen, wie auch von den britischen Autorinnen Helen Meenan und Nicola Rees argumentiert wird: „Die normierende Wirkung der Menschenrechte setzt bereits bei der Pflegepolitik, der rechtlichen Regelung von Pflegepraxis, der Ausbildung von Pflegekräften und letztendlich der Gestaltung des eigentlichen Pflegekontextes an“ (Meenan & Rees 2016: 110). Sie entfaltet sich bspw. durch internationale und nationale Dialoge mit Politik und Justiz, Zivilgesellschaft und Wissenschaft. Die reaktive Wirkung der Menschenrechte wiederum entfaltet sich im Prozess der Deklaration und Aufarbeitung von schädlichen (negativ reaktive Wirkung) oder auch menschenrechtsförderlichen Praktiken (positiv reaktive Wirkung) (vgl. Yates-Bolton 2010: 26). Zur negativ reaktiven Wirkung der Menschenrechte schreiben die Briten Cohen und Ezer: „Identifying a human rights issue provides not only the possibility of a legal remedy, but also the mobilizing power of the language of rights and the shaming power of naming a ‚rights‘ violator“ (Cohen & Ezer 2013: 10). Letztendlich werden hier Verantwortlichkeiten hergestellt, die die Dynamik weiter antreiben.

1.3.3 Notwendigkeit der Betrachtung des Pflegekontextes aus der Wechselwirkung der Menschenrechte heraus

Die Notwendigkeit der Betrachtung der Wechselwirkungen ergibt sich vorrangig aus der Zusammenwirkung von drei Punkten: (1) Der menschenrechtlichen Universalität und dem Prinzip der Nicht-Diskriminierung, (2) der Unteilbarkeit und der Interdependenz der Menschenrechte und (3) der rechtlichen Verbindlichkeit der Menschenrechte für Regierung und Akteure in der Pflege. Die Universalität und das Prinzip der Nicht-Diskriminierung wurden bereits oben eingeführt. Die zwei letzten Punkte werden nachfolgend detailliert beschrieben:

Die Unteilbarkeit und die Interdependenz der Menschenrechte

Der Internationale Menschenrechtskatalog wird gerne nach Inhalten der Artikel unter den Überschriften politische, wirtschaftliche, kulturelle, soziale, Freiheits- oder Subsistenz-Rechte systematisiert (vgl. Pollmann & Lohmann 2012). Im Rahmen der sogenannten „Generationendebatte“ wiederum wurde nach dem Grad der Wichtigkeit einzelner Menschenrechtsgruppen unterschieden, wobei die im Zivilpakt verankerten Rechte als Rechte der „ersten Generation“ und die im Sozialpakt als Recht der „zweiten Generation“ galten (vgl. Weiß 2012: 228). Mit dieser Systematisierung verbunden ist manchmal noch das (Miss-)Verständnis, dass die Rechte des Zivilpakts bedeutungsvoller sind als die des Sozialpakts (vgl. Weiß 2012: 228-231). Die Erklärung zum Abschluss der Wiener Weltmenschrechtskonferenz im Jahre 1993 stellt jedoch klar, dass der Menschenrechtskatalog unteilbar und interdependent ist. Jedes Menschenrecht ist somit von gleicher Gewichtung. Dies wird zudem in der Erklärung des Ergebnisdokuments des Weltgipfels von 2005 bestätigt, in der es heißt: „Alle Menschenrechte sind allgemein gültig, unteilbar und miteinander verknüpft und einander bedingend und gegenseitig verstärkend und alle Menschenrechte müssen in gerechter und gleicher Weise, auf derselben Grundlage und mit demselben Nachdruck behandelt werden“ (UN-DOK. A/60/L.1, Nr. 121). Dies bedeutet, dass auch für den Kontext der Pflege der gesamte Menschenrechtskatalog von Bedeutung ist und nicht nur einzelne Rechte, die sich als besonders bedroht darstellen.

Die rechtliche Verbindlichkeit der Menschenrechte für Regierung und Pflegeakteure

Internationale Menschenrechte sind nicht nur ein philosophisches, ethisches oder etwa politisches Konzept, sie sind rechtlich verbindliche Normen, die auf unterschiedlichen Ebenen greifen: Vordergründig greift der internationale Menschenrechtsschutz in der Verbindung zwischen Staat und Individuum – hier besteht eine unmittelbare völkerrechtliche und in Deutschland auch verfassungsrechtliche Verbindlichkeit und Schutzpflicht der Regierung und deren Vertreter (vgl. Hoppach 2015: 54). Die verfassungsrechtliche Verbindlichkeit entspringt in Deutschland vorrangig der im ersten Abschnitt des Grundgesetzes (GG), Art. 1 Abs. 1 GG als unantastbar erklärten Menschenwürde. Auf den Artikel 1 Abs. 1 GG folgen Bürger- und Grundrechte, auf deren Basis sich die reaktive Wirkung der Menschenrechte – bspw. durch die Rechtsprechungen des Bundesverfassungsgerichts – entfaltet.

Zum anderen sind auch die Akteure im Kontext der Pflege menschenrechtlich belangbar. Die tatsächliche Verbindlichkeit der internationalen Menschenrechte für Akteure der Pflegepraxis entsteht generell durch die mittelbare Drittwirkung der Grund- und Menschenrechte im Rechtsverkehr zwischen Privat-

personen⁴ (vgl. Hoppach 2015: 58). Der Staat hat die Pflicht, die Menschenrechte durch den Einsatz von Strafrecht und rechtlichen Regelungen zu schützen (vgl. Hoppach 2015: 58). Die Menschenrechte werden so u. a. für die beruflich Pflegenden durch das Medium des deutschen Rechts verbindlich. Durch die Ratifizierung werden MR-Verträge ins deutsche Recht überführt und haben den Rang von Bundesgesetzen. Dies wird an den Beispielen der Patientenrechte (vgl. Giese 2013: 64) und der Thematik der verfahrensbasierten Fixierung in der Altenpflege besonders ersichtlich (vgl. Hoppach 2015). Folgend werden die rechtlichen Grundlagen für Menschenrechte in der Pflege tabellarisch aufgearbeitet. (► Abb. 2).

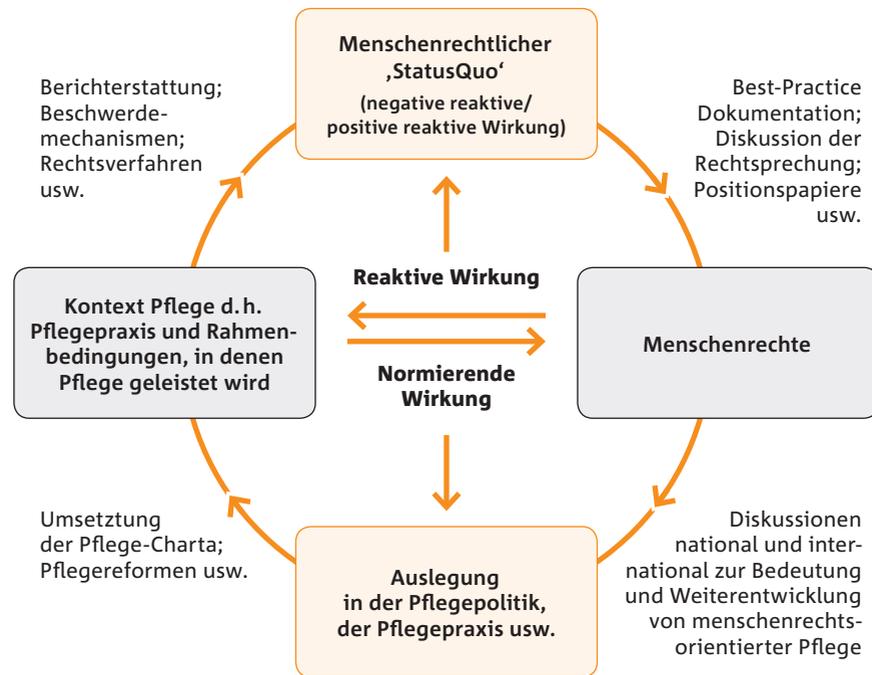
Rechtliche Grundlagendokumente für die Menschenrechte in der Pflege	
Internationale Grundlagen	Regionale Grundlagen
Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte	Europäische Menschenrechtskonvention
Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte	Europäische Sozialcharta
UN-Behindertenrechtskonvention	
Nationale Grundlagen	
Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland	
Unmittelbar verbindliche (Rechts-)Grundlagen für die Pflege	
Strafrecht, Öffentliches Gesundheitsrecht	
Privatrecht, Bürgerliches Recht	
Sozialrecht	
Pflege-Charta (nicht direkt rechtsverbindlich)	

Der menschenrechtliche Universalismus und das daraus resultierende Prinzip der Nicht-Diskriminierung, die Interdependenz sowie die rechtliche Verbindlichkeit der Menschenrechte bilden eine Einheit, die einerseits eine auf den gesamten Menschenrechtskatalog abgestimmte Pflegepolitik und Pflegepraxis notwendig machen. Die rechtliche Verbindlichkeit der Menschenrechte ist andererseits die Basis dafür, dass zum einen die tatsächliche Umsetzung der menschenrechtsorientierten Pflegepolitik und Pflegepraxis gewährleistet sein muss und zum anderen der Status Quo des Pflegekontextes ständig und auf Rechtsbasis durch verschiedene gesellschaftliche Akteure hinterfragt und optimiert werden kann. So entsteht optimalerweise ein dynamischer, ineinandergreifender Prozess des Perspektivenwechsels und Zusammenspiels der zwei

⁴ Aufschlussreich hierzu ist das sogenannte „Lüth-Urteil“, BVerfG, 15.01.1958, 7 198 (204)

Wirkungsweisen der Menschenrechte im Kontext der Pflege. Dieser dynamische Prozess kann über das Mindestmaß an Schutz und Wahrung der Menschenrechte älterer pflegebedürftiger Menschen hinaus außerdem dazu beitragen, dass der Kontext der Pflege keinesfalls nur passiv nicht-diskriminierend ist, sondern sogar aktiv zum Abbau der gesellschaftlich verankerten Diskriminierung älterer pflegebedürftiger Menschen beiträgt und so das Individuum aus der Pflegebedürftigkeit heraus stärkt. Folgende Abbildung verdeutlicht beispielhafte Prozessschritte bzw. Instrumente, die einen dynamischen Perspektivenwechsel ermöglichen und ergänzt somit die Abbildung 1 um den dynamischen Kreislauf zwischen reaktiver und normierender Wirkung der Menschenrechte (► Abb. 3).

Wechselwirkungen der Menschenrechte im Kontext der Pflege und dazugehörige dynamische Prozessschritte



1.4 Stand der Diskussion zu Menschenrechten in der Pflege in Deutschland

Der Kontext der Pflege ist seit geraumer Zeit in Deutschland, unter Einbezug unterschiedlicher Akteure, Objekt eines medialen, politischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Menschenrechtsdiskurses. Dies bedeutet, dass der Kontext explizit als menschenrechtsrelevant eingestuft und als solcher diskutiert, bearbeitet und kritisiert wird (vgl. Mahler 2015, vgl. Aronson & Mahler 2016). In Deutschland entfaltet sich dadurch bereits jetzt der oben eingeführte dynamische Prozess der Wechselwirkung der Menschenrechte im Kontext der Pflege. Bei detaillierter Analyse stellt sich heraus, dass unterschiedliche Schauplätze des Diskurses und seiner Akteure entweder vorrangig die reaktive oder eben die normative Wirkung aufgreifen und so die Dynamik weiter vorantreiben. Folgend werden die einzelnen Schauplätze, ihre Instrumente und Akteure im Groben skizziert. Der wissenschaftliche Diskurs in der Pflegeethik wird unter Punkt 1.4.2 ausführlicher erläutert:

1.4.1 Übersicht Stand der Diskussion

Schauplatz	Beispielhafte Instrumente	Perspektive bezogen auf Wechselwirkung	Akteure
Internationale (Menschenrechts-)Foren bspw. UN, Europarat	Konferenzen	Reaktiv und/oder normierend	Internationale Regierungsvertreter/innen, Politiker/innen, Diplomaten/innen, Vertreter/innen aus internationaler/nationaler Zivilgesellschaft, Wissenschaftler/innen usw.
	Berichterstattung im Rahmen des internationalen Monitoringsystems für Menschenrechte	Reaktiv	
	Aktionspläne	Normierend	
	usw.	Normierend und/oder reaktiv	
Nationale Politik	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	Normierend	Bund – und Länder samt Gremien bspw. Menschenrechts-gremien
	Berichterstattung bspw. durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen	Reaktiv	
	usw.	Normierend und/oder reaktiv	
Justiz	Klagen, Rechtsprechung bspw. in Form der Stärkung von Patientenrechten; Juristische Gutachten und wissenschaftliche Beiträge (vgl. Moritz 2013)	Normierend und reaktiv	Justizapparat, Rechtsanwälte/innen, Wissenschaftler/innen

Schauplatz	Beispielhafte Instrumente	Perspektive bezogen auf Wechselwirkung	Akteure
Zivilgesellschaft			
Medien	Berichterstattung zu „Pflegerisständen“	Vornehmlich reaktiv	Journalisten und Journalistinnen, Referent/innen, Wissenschaftler/innen usw.
	Artikel in Fachzeitschriften	Reaktiv und normierend	
	usw.		
Nicht-regierungsorganisationen, Interessenverbände und Menschenrechtsinstitutionen	Positionspapiere	Reaktiv und normierend	Pflegebedürftige ältere Menschen und/oder deren Angehörige, Pflegenden, Pflegemanager/innen und andere Akteure/innen aus dem Kontext der Pflege, Vertreter/innen der Interessenverbände, usw.
	Monitoring Stelle UN-BRK des Deutschen Instituts für Menschenrechte		
	Breitangelegte Projekte und Initiativen		
	Policy Papiere		
	usw.		
Pflegeheime	Leitbilder	Überwiegend normierend	Akteure in Pflegeheimen inkl. Pflegebedürftigen und Pflegenden
	Projekte		
	usw.		
Individuelle Initiativen	Pflegebedürftigeninitiativen	Reaktiv und normierend	Individuen
	Angehörigeninitiativen		
	Pflegeinitiativen		

1.4.2 Menschenrechte in der wissenschaftlichen Literatur zu Pflegeethik

„Der Respekt vor der Menschenwürde, der das gesamte Feld normativer Verbindlichkeit konstituiert, findet seine ausdrückliche moralische und rechtliche Anerkennung in jenen fundamentalen Rechten, die jedem Menschen gleichermaßen zukommen und die deshalb Menschenrechte genannt werden.“ (Bielefeldt 2012: 161)

Das Konzept der Menschenwürde steht im Mittelpunkt pflegeethischer Diskussionen. Die Wahrung der Menschenwürde gilt als die höchste zu erreichende Norm pflegeethischen Handelns (vgl. Birkenstock 2014: 209). Im Kern ist die Pflegeethik genau deswegen eine zutiefst menschenrechtliche Disziplin (vgl. Körtner 2012: 112) und nimmt einen hohen Grad an menschenrechtlichem Perspektivenwechsel in Bezug auf die Pflege ein.

In der pflegeethischen (Ausbildungs-) Literatur wird die Menschenwürde unterschiedlich definiert, jedoch hat die Kantsche Ethik noch am meisten Einfluss und ist mit der Definition Bielefeldts vergleichbar (vgl. Pfabigan 2011: 34). Lay zitiert hier in seiner pflegeethischen Grundlegung Pieper in Bezug auf moralische Normen: „Grundlage aller moralischen Normen ist nach Auffassung der (westlichen) philosophischen Ethik der vernünftige Wille des Menschen, der sich in autonomer Selbstbestimmung im Verbund mit anderen Menschen frei dazu bestimmt, er selbst zu sein“ (Pieper 2000: 130 in Lay 2012: 20). Die Prinzipien der Autonomie, der Freiheit und der Selbstbestimmung gemäß dem Menschenwürdekonzept gelten nach Lay in Bezugnahme auf Pieper (vgl. Lay 2012: 20) auch als Eckpfeiler ethisch-moralischer und somit auch menschenwürdiger und guter Pflege. Dieses Verständnis menschenwürdiger Pflege ist vereinbar mit den auf Schutz von Freiheit und Selbstbestimmung ausgelegten Menschenrechten, auch wenn dieser Verweis in der deutschsprachigen Literatur häufig noch nicht explizit hergestellt wird.

Diese Verbindung zwischen ethischem Handeln und den Menschenrechten spiegelt sich auch in beruflichen Ethikkodizes wieder, deren Grundlage einschlägige Menschenrechtsdokumente sind (vgl. Körtner 2012: 115). So beinhaltet der ICN-Ethikkodex für Pflegenden die Menschenrechte als Teil des beruflichen Selbstverständnisses professionell Pflegenden. In der Präambel heißt es dazu: „Pflegenden haben vier grundlegende Verantwortungsbereiche: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt“ (ICN-Ethikkodex 2012: 1). Es ist davon auszugehen, dass der Verweis auf einzelne Rechte und das menschenrechtliche Diskriminierungsverbot in der Präambel die ganzheitliche Betrachtung des Menschenrechtskatalogs für die Pflege einschließt, was verschiedentlich in den einzelnen Elementen des Kodex aufscheint. Der ICN-Ethikkodex fordert dazu auf, die Achtung der Menschenrechte *einschließlich* kultureller Rechte und des Rechts auf Leben als Teil der Pflege zu betrachten. Er legt damit die Grundlage für das Konzept der „Advocacy“ (Patientenfürsprache), welches im Rahmen der Care-Ethik-Diskurse (Ethik der Fürsorge) zur Geltung kommt. Die Care-Ethik thematisiert somit wesentliche Aspekte des professionellen Selbstverständnisses der beruflich Pflegenden und wird folgendermaßen definiert: „An individualistic approach

based on responsibility for others and the exercise of protective beneficence in a caring role towards vulnerable people“ (Thompson et al. 2000: 364). Aus der Rolle der Patientenfürsprache heraus begreift sich die Pflegeperson gegenüber der pflegebedürftigen Person als deren Fürsprecher/in im Kontext der Gesundheitsversorgung, auch in menschenrechtlichem Sinn (vgl. Cassier-Woidasky 2010: 211). Die Anforderungen an professionelle Pflegepersonen gehen hier im Sinne der Menschenwürde über die Ansprüche ethisch richtigen und eigenverantwortlichen Handelns hinaus und konkretisieren diese. Auf die oben beschriebene Wechselwirkung bezogen, ist das Konzept der Patientenfürsprache beispielhaft für eine menschenrechtsorientierte Pflegepraxis, die nicht nur den Minimalstandard menschenwürdiger Pflege erfüllt, sondern durch Engagement aus dem Pflegekontext heraus zur Stärkung der älteren pflegebedürftigen Personen beitragen kann. Die Bedeutung des Advocacy-Konzepts für das Verständnis professioneller Pflege begründet Giese mit der Weiterentwicklung von patientenorientierten Rechtsprechungen und Rechtsschaffung, die Konzepte wie die Selbstbestimmung und Autonomie von Pflegebedürftigen stärken (vgl. Giese 2013: 59). Aus diesem Verständnis heraus wird die Aufgabe der Patientenfürsprache verknüpft mit der rechtlichen Verbindlichkeit der Menschenrechte, die über das Strafrecht hinaus sich auch in Form von Patientenrechtskatalogen u. a. wiederfindet.

1.5 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflege-Charta)

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflege-Charta) wurde im Jahre 2005 durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verabschiedet und ist das Produkt eines zweijährigen Konsultationsprozesses im Rahmen eines sogenannten Runden Tisches Pflege. Daran beteiligt waren 200 Pflegeexperten und Expertinnen aus Politik, Zivilgesellschaft und Wissenschaft. Die acht Artikel der Pflege-Charta sind laut Präambel als Zusammenfassung des internationalen Menschenrechtskatalogs zu verstehen. Sie beziehen sich auf zentrale Lebensbereiche und Situationen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (vgl. Pflege-Charta 2014: 2). Die Erläuterungen der Artikel wenden sich unter anderem an Pflegende und stellen somit eine direkte an den internationalen Menschenrechten ausgelegte Orientierung für die Pflegepraxis dar (vgl. Hackler 2009: 23).

Die grundlegenden Werte und Ziele der Pflege-Charta sind ein inhaltlich starkes Instrument zur Verdeutlichung des normierenden Wertes der Menschenrechte für den Pflegekontext auch im Kontext der Qualitätsentwicklung, wie in der

Pflege-Charta unterstrichen wird: „In der Charta werden Qualitätsmerkmale und Ziele formuliert, die im Sinne guter Pflege und Betreuung anzustreben sind“ (Pflege-Charta 2014: 2).

So geht die Präambel auf den universalistischen Grundgedanken ein: „Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden“ (Pflege-Charta 2014: 1.). Letztendlich wird eine Nicht-Diskriminierung der pflegebedürftigen Menschen angestrebt, wie auch die Stärkung des Individuums aus der Pflegebedürftigkeit heraus.

Die Artikel der Pflege-Charta nehmen den gesamten Menschenrechtskatalog in den Blick, wobei die Inhalte auf pflegebedürftige Menschen fokussiert sind. Der Ansatz der Pflege-Charta liegt somit nicht primär bei der reaktiven Wirkweise der Menschenrechte im Pflegekontext und ihrer Kontroll- und Schutzmechanismen, sondern auf ihrem normierenden grundsätzlichen Verständnis gerade auch sozialer Menschenrechte.

Auch wenn die Pflege-Charta als solche ein rechtlich nicht direkt verbindliches Dokument ist, kann argumentiert werden, dass die Inhalte und deren Auslegung der menschenrechtsorientierten Pflege durch die mittelbare Drittwirkung der Menschenrechte über andere, verbindliche Rechtsgrundlagen ein Mittel zur reaktiven Wirkungsweise der Menschenrechte werden kann. Außerdem gewinnt die Pflege-Charta an sich zunehmend an rechtlicher Bedeutung, wie Hoppach treffend schildert: „Der Pflege-Charta gebührt neben einer mittlerweile unstrittigen politischen Verbindlichkeit und einer zunehmenden freiwilligen Selbstverpflichtung der an der Altenpflege beteiligten Akteure auch eine stärkere gesetzliche Verbindlichkeit durch inhaltliche und wörtliche Bezugnahmen in den für die Altenpflege einschlägigen nationalen Gesetzen, wie sie einige Heimgesetze der Länder bereits enthalten“ (Hoppach 2015: 78).

2 Praktisches Wissen zu Menschenrechten bei beruflich Pflegenden

Bislang wurde in diesem Beitrag die Bedeutung der internationalen Menschenrechte für den Kontext der stationären Altenpflege in Deutschland herausgearbeitet. Die Wirkung der internationalen Menschenrechte auf diesen Kontext entfaltet sich durch eine Dynamik ausgehend von reaktiven und normativen menschenrechtlichen Prozessen und Instrumenten. Darin verwickelt sind verschiedene Akteure und Institutionen aus Politik, Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Privatwirtschaft.

Letztendlich sind es jedoch die beruflich Pflegenden neben den Pflegebedürftigen selbst, die direkt von dieser Wechselwirkung betroffen sind (vgl. Cohen & Ezer 2013: 1). Sie sind letztendlich die Akteure, die tägliche Pflege in bestimmten Rahmenbedingungen leisten, und sich im menschenrechtlichen Sinne auch rechtlich verantworten müssen (vgl. Thompson et al. 2000: 130). Das Konzept der Advocacy zeigt jedoch auch auf, dass Pflegenden über den menschenrechtlichen Minimalstandard hinaus einen wichtigen Beitrag zum Abbau diskriminierender Strukturen leisten können. Durch ihre Praxiserfahrung sind sie für die Weiterentwicklung einer menschenrechtsorientierten Pflege unabdingbar. Diese Rolle im dynamischen Prozess der Wechselwirkung kann aber nur dann wahrgenommen werden, wenn eine gewisse Reflexionsfähigkeit und ausreichend praktisches Wissen zu Menschenrechten und der Bedeutung der Menschenrechte im Kontext der Pflege besteht. Dies wird durch folgende Abbildung ersichtlich (► Abb. 4).

Zyklus menschenrechtlicher Reflexionsfähigkeit:



Das nötige praktische Wissen zu Menschenrechten wird hier definiert als ein Grundwissen über die Inhalte der internationalen Menschenrechte, sowie deren Verankerung und rechtliche Verbindlichkeit für den Kontext der Pflege in deutschen Rechtsgrundlagen. Darüber hinaus beinhaltet praktisches Wissen eine gewisse Handlungssicherheit, aus der die Pflegeperson menschenrechtsrelevante Themen im Pflegealltag und im Kontext der Pflege erkennt und menschenrechtsorientierte Entscheidungen treffen bzw. sich aktiv für die Wahrung und den Respekt der jeweiligen Rechte einsetzen kann. Außerdem äußert sich ein ausgeprägtes praktisches Wissen zu internationalen Menschenrechten durch die aktive Teilnahme am menschenrechtlichen Diskurs, was ein Bewusstsein zur Bedeutung der eigenen Rolle für menschenrechtsorientierte Pflege annehmen lässt. Dieses Drei-Stufen-Modell wurde entwickelt in Anlehnung an die Taxonomie kognitiver Lernziele nach Benjamin Bloom (vgl. Bloom 1976).

Die drei Stufen der Kompetenzen menschenrechtsbasierter Pflege	
Stufe 1 Wissen und Verständnis	Wissen zu (1) Inhalten des internationalen Menschenrechtskatalogs, (2) Kenntnis der rechtlichen Verbindlichkeit für die Pflegeperson aber auch andere Akteure, wie Regierung, Pflegeeinrichtungen usw.
Stufe 2 Anwendung	Handlungssicherheit zu (1) menschenrechtsrelevanten Themenbereichen im Pflegealltag und dem Kontext der Pflege, (2) Reflexions- und menschenrechtsorientierte Entscheidungsfähigkeit, (3) aktive Umsetzung der Advocacy-Rolle
Stufe 3 Analyse, Synthese und Reflexion	Teilnahme am menschenrechtlichen Diskurs durch Wahrnehmung der eigenen bedeutenden Rolle für menschenrechtsorientierte Pflege

Da Menschenwürde und Menschenrechte die grundlegende Wertorientierung der Pflegeethik darstellen, kann davon ausgegangen werden, dass praktisches Wissen zu Menschenrechten in der Ausbildung vermittelt wird. Die Pflege-Charta macht außerdem Vorgaben zu einer menschenrechtsorientierten Pflege in der täglichen Praxis. Ungeklärt ist die Frage, über welches praktische Wissen zu Menschenrechten beruflich Pflegenden tatsächlich verfügen. Dies soll im Rahmen einer empirischen Studie analysiert werden. Ziel ist die Entwicklung von Hypothesen auf der Basis qualitativer Daten, die leitend für weitere Forschung zur Entwicklung der menschenrechtsbasierten Pflege sein können. Mittelfristig ermöglicht dies eine Stärkung der Position der Pflegenden im dynamischen Zyklus der menschenrechtlichen Wechselwirkung.

Zielfragestellung der Studie	Über welches praktische Wissen zu Menschenrechten verfügen beruflich Pflegenden?
Ziel der Studie	Hypothesenbildung zum Anstoß von Aktivitäten zur Stärkung der Rolle von Pflegenden im Kontext der menschenrechtlichen Wechselwirkungen

Eine Literaturrecherche im deutschsprachigen Raum ergab nur eine relevante Studie zur Fragestellung: Eine quantitative Befragung von Pflegenden in Deutschland aus dem Jahr 2000 beschreibt den geringen Kenntnisstand der Pflegenden zu den Inhalten des ICN-Ethikkodex (vgl. Eilts-Köchling et al. 2000: 13; 42-46). Das Fazit der Studie lautet: „Die ICN-Ethikregeln und Berufskodizes werden in der Literatur als eine wesentliche Stufe in der Entwicklung einer eigenen Pflegeethik gesehen. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen jedoch, dass dies bei den Befragten nur unzureichend bekannt ist. (...) Die ICN-Ethikgrundregeln müssten auf einer breiteren Basis diskutiert und damit auch den Pflegenden in der Praxis bekannt werden“ (Eilts-Köchling et al. 2000: 46).

3 Methode

Es wird ein hypothesenbildender Ansatz in Anlehnung an die Grounded Theory genutzt, um die Binnenperspektive der beruflich Pflegenden zu erfassen. Die Sichtweise Pflegenden auf die Bedeutung der Menschenrechte für ihre Praxis soll mit Hilfe eines strukturierten Leitfadenterviews erschlossen werden, welches durch drei Themenblöcke systematisiert wird.

Der erste Themenblock stellt den Schwerpunkt des Interviews dar. In einem ersten Schritt wird nach Assoziationen und Definitionen zum Begriff Menschenrechte gefragt. Im zweiten Schritt werden konkrete Alltagssituationen, in denen die Pflegekräfte mit Menschenrechten in Berührung kommen, erhoben. Durch diese Herangehensweise sollen das praktische Wissen², die Einstellung zu Menschenrechten, sowie der Umgang mit Menschenrechten erschlossen werden.

Der zweite Block thematisiert das Verständnis von guter Pflege. Die Probanden/innen werden dazu gebeten, ihr Verständnis von guter Pflege zu definieren und zu benennen, was benötigt wird, um „Gute Pflege“ ihrem Verständnis gemäß realisieren zu können. Mit den Antworten der Befragten sollen mögliche Verknüpfungen zwischen menschenrechtsorientierter Pflege und dem Verständnis einer guten Pflege erhoben werden.

Im dritten Themenblock soll identifiziert werden, welche Vorschriften und institutionelle Rahmenbedingungen eine menschenrechtsorientierte Pflege fördern bzw. hemmen. Da die Pflege-Charta ein menschenrechtsrelevantes Instrument für die Pflege darstellt, wird zusätzlich nach dem Kenntnisstand zur Pflege-Charta gefragt.

²Siehe hierzu das ‚Drei-Stufen-Modell des praktischen Wissens zu Menschenrechten‘ im Kapitel 2.

Die 22 Fragen, die in drei Themenblöcken einzuordnen sind, sind Tabelle 1 zu entnehmen (siehe Tabelle 1).

Verständnis Menschenrechte	Verständnis ‚Gute Pflege‘	Rechtliche Vorgaben und Richtlinien
Was verbinden Sie mit der Begrifflichkeit Menschenrechte?	Was bedeutet für Sie „Gute Pflege“?	Inwiefern braucht es rechtliche Grundlagen, um „Gute Pflege“ garantieren zu können?
Können Sie sich an eine Situation im beruflichen Kontext erinnern, in dem Sie über Menschenrechte nachgedacht haben?	Wann können Sie über sich selbst sagen, dass Sie gut pflegen konnten?	Bei welchen Tätigkeiten werden Sie am meisten von Vorgaben in Ihrer Einrichtung beeinflusst?
Woher kommt Ihr Wissen über die Menschenrechte?	Was brauchen Sie um „Gute Pflege“ leisten zu können? Welche Arbeitsbedingungen wünschen Sie sich?	Unterstützen diese Vorgaben Sie in Ihrer Tätigkeit?
Würden Sie sagen, dass die Menschenrechte im Pflegealltag relevant sind?	In welchen Situationen stoßen Sie an Ihre Grenzen?	Was würden Sie sich bezüglich der Vorgaben in Ihrer Einrichtung wünschen?
Werden Menschenrechte im Alltag verletzt?	Was bräuchten Sie, um mit solchen Situationen besser umzugehen?	Könnten Sie sich vorstellen, dass die Menschenrechte in Ihrer Tätigkeit eine größere Rolle einnehmen werden?
Kennen Sie die Pflege-Charta?		

Die drei Themenblöcke ermöglichen eine Datenerhebung, welche im Stadium der Analyse Aufschluss über die Kompetenzen menschenrechtsbasierter Pflege seitens der Befragten geben soll.

3.1 Gütekriterien

Aus dem Kanon möglicher Klassifikationen von Gütekriterien für qualitative Forschung wurden folgende Kriterien nach Steinke (vgl. Steinke 2008) für den gesamten Forschungsprozess herangezogen:

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Im Rahmen eines Pretests und eines multidisziplinären Diskurses, wurden die 22 Fragen des bereits dokumentierten Leitfadens darauf hin geprüft, ob sie zielführend und ergebnisorientiert für die Beantwortung der Forschungsfrage sind. Es wurde darauf geachtet, dass die Fragen verständlich formuliert sind und von allen Teilgruppen in gleicher Weise verstanden werden. Alle Schritte des Forschungsprozesses wurden dokumentiert und Inhalte im Dialog des Forschungsteams weiter entwickelt. Beispielsweise wurden Fragen zum Wissen über die Pflege-Charta und Fragen zur Herkunft des Wissens erst nach den ersten Interviews in nachfolgende Interviews aufgenommen.

Indikation des Forschungsprozesses: Durch den fortwährenden Austausch im Forscherteam konnten Entscheidungen für das qualitative Vorgehen und die Methodenwahl getroffen werden.

Reflektierte Subjektivität: Der Forschungsprozess wurde kontinuierlich selbstkritisch reflektiert: Die Pretestphase wurde – neben der Anpassung der Leitfragen – dazu genutzt eine neutrale, empathische und eine erzähl-motivierende Rolle der Interviewenden zu gewährleisten. Während der Interviews wurden Feldnotizen angefertigt, die die Interviewsituationen beschreiben und bei der Auswertung der Daten herangezogen wurden.

3.2 Forschungsethik

Im Rahmen des Ethikclearings wurde vorab für jeden der Interviewpartner/innen eine Probandenerklärung ausgehändigt, die über den Datenschutz und die Verwendung der Daten aufklärte. Den Personen wurde die Anonymität bei der Analyse und Ergebnisdarstellung zugesichert. Die Probandenerklärung wurde im Rahmen einer Information jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin vor Beginn der Interviews erläutert und offene Fragen geklärt. Im Rahmen dieser Erklärung wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme der Probanden und Probandinnen zu keinen Vor- und/oder Nachteilen führt und sie jederzeit davon zurücktreten können. Auf eine externe Ethikprüfung wurde verzichtet, da die Fragestellung keine besondere Belastung der Befragten voraussehen lässt. Die Interviewenden achteten dennoch konsequent auf die Wirkung der Fragen, um gegebenenfalls reagieren zu können, wenn sich doch eine unerwartete Belastung durch die Befragung abzeichnen sollte. Den Teilnehmern/innen wurde freigestellt, die Interviews während der Arbeitszeit oder in der Freizeit durchzuführen. Im Falle von Interviews, die außerhalb der Arbeitszeiten stattfanden, wurde eine Aufwandsentschädigung von 15 Euro gewährt.

3.3 Stichprobe

Befragt werden sollten ausschließlich beruflich Pflegenden mit direktem Kontakt zu pflegebedürftigen älteren Menschen. Die Zielstichprobe bestand aus examinierten Pflegenden und Pflegehelfern/innen mit Berufsabschluss und Personen in Ausbildung, Pflegenden auf der unteren Leitungsebene (Wohnbereichsleitung) und Mitarbeitenden aus der sozialen Betreuung. Der Zugang zu den Einrichtungen erfolgte mittels telefonischer Anfragen und per Email. Es wurden drei Träger und fünf Alten- und Pflegeheime im Raum

München und Nürnberg kontaktiert. Es konnten vier Pflegeheime für das Projekt gewonnen werden, drei aus München und eines aus Nürnberg mit insgesamt 14 Interviewpartnern/innen, die durch die Leitungsebene anhand der vorgegebenen Einschlusskriterien ausgewählt wurden. Weitere fünf Probanden/innen konnten durch Kontakte einer Projektmitarbeiterin zu ehemaligen Arbeitskollegen/innen gewonnen werden. Die Stichprobencharakteristik ist der Tabelle 2 zu entnehmen. Der Altersdurchschnitt der Teilnehmenden lag bei 36 Jahren. Die Durchschnittsdauer der beruflichen Tätigkeit der Befragten beträgt 10,18 Jahre (Standardabweichung (SD): 42,78).³

Tabelle 2 Probandencharakterisierung

Kode	Alter	Geschlecht	Nationalität	Berufsbezeichnung	Fort- und Weiterbildung, Studium	Beschäftigungsdauer in der Einrichtung
GP.20	47	Weiblich	Deutsch	Mitarbeiterin der sozialen Betreuung	Betreuungsassistent	7
GP.19	33	Weiblich	Deutsch	Krankenschwester	Mentorin; Dozentin	15
GP.17	53	Männlich	Deutsch	Altenpfleger	Dipl. Pflegewirt; Gerontopsychiatrische Fachkraft	25
GP.16	26	Weiblich	Deutsch	Altenpflegerin		3
GP.15	31	Weiblich	Deutsch	Altenpflegerin, Wohnbereichsleiterin	Palliative Care; Hygienebeauftragte; Wohnbereichsleitung	12
GP.14	20	Weiblich	Deutsch	Altenpflege Schülerin; Studierende (BA Pflege-Dual)		
GP.13	28	Männlich	Ukrainisch	Altenpfleger		3
GP.12	20	Männlich	Deutsch	Altenpflege Schüler		
GP.11	53	Weiblich	Keine Angabe	Pflegehelferin, Krankenschwester		19
GP.10	30	Weiblich	Deutsch	Altenpflegerin		7

³ Zwei der Probanden aus dem Bereich der Ausbildung machten hierzu keine Angaben. Da sich diese in der Ausbildung befinden, hätten sie die Durchschnittsdauer der beruflichen Tätigkeit sehr wahrscheinlich gesenkt.

GP.9	58	Weiblich	Deutsch	Altenpflegerin; Wohnbereichsleitung	Palliativ Care Fachkraft	29
GP.8	62	Weiblich	Deutsch	Mitarbeiterin in der sozialen Betreuung	Betreuungsassistent	4
GP.7	20	Männlich	Bosnisch	Altenpflege Schüler		1,5
GP.6	23	Weiblich	Deutsch	Pflegehelferin		3,5
GP.5	30	Männlich	Deutsch	Altenpfleger	Wohnbereichsleitung Pflegedienstleitung	5
GP.4	47	Weiblich	Deutsch	Krankenschwester	Gerontopsychiatrische Fachkraft	26
GP.3	27	Weiblich	Deutsch	Altenpflegerin	Manager im Sozial u. Gesundheitswesen	10
GP.2	50	Männlich	Deutsch	Altenpfleger	Pflege-Dual-Studium	5,5
GP.1	39	Weiblich	Deutsch	Altenpflegerin	Praxisanleitung	18

3.4 Setting

Die Leitfadenterviews wurden im Zeitraum von Januar 2015 bis Ende März 2015 durchgeführt. Die Durchschnittsdauer der Leitfadenterviews lag bei 30,26 Minuten (SD: 15,75). Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend nach einem einfachen Regelsystem in Anlehnung an Kuckartz et al. (2008) transkribiert. Während und direkt nach den Interviews wurden Feldnotizen angefertigt, welche Daten über die Erhebungssituation und über die Interviewpartner/innen festhielten.

3.5 Auswertung

Zur Auswertung wurde das Softwareprogramm MAXQDA 12 verwendet. Hiermit wurden induktiv Kategorien gebildet, die angelehnt an die Methodik der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1967) axial kodiert wurden. Auf der Grundlage des theoretischen Hintergrunds der vorliegenden Studie konnten Beziehungen zu den erstellten Kategorien und dem theoretischen Konzept entwickelt werden. Für die axiale Kodierung war das in der Einleitung beschriebene Drei-Stufen-Modell leitend. Hiermit konnten die einzelnen Kompetenzstufen und auch die prozesshaften Wechselwirkungen der Menschenrechte⁴ identifiziert werden.

⁴ Siehe Kapitel 1.3.3

4 Ergebnisse

4.1 Generelle Einstellung zur Bedeutung guter Pflege und zu Menschenrechten

– Ein Bewusstsein für die Relevanz der Menschenrechte besteht –

Auf die Fragestellung „Was verbinden Sie mit dem Begriff Menschenrechte?“ wurde bei fast allen ein Bezug zur Universalität der Menschenrechte hergestellt. Folgendes Zitat ist dafür exemplarisch: „(Menschenrecht) ist das Recht eines jeden Menschens, so sehe ich das Ganze“ (GP.4:00:58). Das Prinzip der Nicht-Diskriminierung wurde von allen Befragten aufgegriffen und primär als Respekt und Schutz der Individualität jedes Menschen verstanden. Dies wird beispielsweise in folgendem Zitat deutlich: „Dass jeder Menschen einfach individuell ist, egal, wo er herkommt, was er macht und dass man mit allem ... dass man einfach alles akzeptieren muss und nicht irgendwie dagegen kontert.“ (GP.16:1:15)

Die Befragungen haben gezeigt, dass sich Pflegefachpersonen durchaus bewusst sind, dass der Kontext der stationären Pflege hier besonders relevant ist. Die Mehrheit der befragten Personen antwortete auf die Frage, wann Menschenrechte in der Pflege relevant sind, dass Menschenrechte dort eine permanente Rolle spielen: „Irgendwie so Aktivitäten des täglichen Lebens oder und so weiter. (...) Ich meine, das ist letztlich – denke ich – eh überall ist das relevant“ (GP.17:17:16). Dabei gingen 7 der 19 Befragten darüber hinaus auf die Diskriminierung älterer pflegebedürftiger Menschen durch gesellschaftliche Strukturen ein. Beispielhaft dafür ist folgendes Zitat: „Aus meiner Sicht (...) also nicht aus meiner Sicht, aber aus Sicht, wie ich es sehe, dass die Politik es so sieht, oder die Gesellschaft, sind alte Menschen oder pflegebedürftige Menschen ja nicht mehr volkswirtschaftlich nutzbar. Sondern es ist ein Kostenfaktor, mit dem man irgendwie, den man händeln muss. Davon müssen wir dringend weg“ (GP.02:39:05).

Die Verbindung dieser Strukturen zur Pflege wird durch folgendes Zitat deutlich: „Menschenwürdig zu pflegen, das sollte eigentlich keine Vision sein, sondern das sollte Selbstverständlichkeit sein. Das ist eine moralische Verpflichtung der Gesellschaft, dass alte Menschen oder pflegebedürftige Menschen eben dieses Anrecht auf Menschenwürde haben, genauso wie man viel investiert oder auch in der Gesellschaft, dass es da selbstverständlich ist. Der Umgang mit Kindern, die Unterstützung von Kindern, in Bildung und Erziehung und, und und und mindestens in gleicher Form sollte das auch für alte pflegebedürftige Menschen gelten“ (GP.2:38:00).

Die Menschenrechte werden demnach von den Befragten in ihrer Universalität anerkannt, der Gleichheitsgedanke wird mitgetragen. Es ist vielen der Befragten im Kern bewusst, dass Alter und Pflegebedürftigkeit Diskriminierungsprädikatoren darstellen, welche auch für den Kontext der stationären Altenpflege von Relevanz sind. Folgendes Zitat unterstreicht dies nochmals: „Ja, ich sag mal, (...) für die alten Leute vor allem, (...) dass sie gewertschätzt werden, dass sie auch das Recht haben, gut behandelt zu werden, Aufmerksamkeit zu bekommen, auch als alter Mensch gut behandelt zu werden. Nicht also abgeschoben zu werden, (...) der ist halt jetzt dement oder ist Schwerstpflegefall oder sehr schwer pflegebedürftig (...) sondern dass er genau das gleiche Recht als Mensch hat wie vorher hatte. (...) Und dass er genauso geschätzt wird wie vorher“ (GP.20:2:16).

– Menschenwürde und Menschenrechte spielen keine explizite Rolle in der Definition guter Pflege –

Auf die Frage, was denn für die Befragten persönlich „Gute Pflege“ ausmache, wird von keiner Person eine direkte Verbindung zum Konzept der Menschenwürde oder zu Menschenrechten hergestellt. Es ergeben sich in der inhaltsanalytischen Auswertung folgende Kategorien, die als Determinanten einer guten Pflege betrachtet werden können (Tabelle 3):

Tabelle 3: Determinanten guter Pflege	
Determinanten guter Pflege	Exemplarisches Zitat
Gute zwischenmenschliche Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftiger/m	I: „Und was macht für Sie ‚Gute Pflege‘ aus?“ GP: „Das heißt, die fachliche Kompetenz ist für mich, die ist sehr sehr wichtig und unumgänglich und das andere ist aber auch das Menschliche. Ich denke also, das wirklich Sozial- Menschliche“ (GP.4:1:26)
Selbstbestimmung und Respekt vor Individualität	„Wenn jetzt ein Bewohner sagt zu mir, er möchte eine Stunde in der Badewanne liegen, dann möchte ich ihm das erfüllen können einfach. Einfach dieses ganz individuelle Pflege durchführen“; gute Pflege bedeutet für mich, dass ich aus Sicht des Zupflegenden so gepflegt werde, wie ich das möchte“ (GP.16:26:03)
Wohlbefinden und Zufriedenheit	„Gute Pflege ist für mich, dass der Bewohner nach meiner Schicht einfach sagen kann, dass er zufrieden war mit der Arbeit, was wir geleistet haben, mit dem Alltag, wie er ihn gestaltet hat heute ... ja und einfach ein Danke und ein Lächeln“ (GP.16:23:12)
Bedürfnisorientierte Pflege	„Also du musst unheimliches Einfühlungsvermögen haben, dich auf jede Person neu einstellen, dich interessieren auch, wie hat sie gelebt, was sind die Hobbys, was hat sie beruflich gemacht und wie ist sie aufgewachsen und so weiter. Und das, für das ist das Wichtigste, ja ... in der Betreuung“ (GP.20:04:20)

Alle Befragten äußerten einen ausgeprägten Wunsch, jeden Tag „Gute Pflege“ zu leisten. Jedoch wurde von allen Befragten auch angegeben, dass die Rahmenbedingungen im Pflegekontext dies nicht zulassen. Die von ihnen angegebenen drei häufigsten Gründe dafür sind folgende (Tabelle 4):

Tabelle 4: Hemmfaktoren zur Umsetzung guter Pflege	
Hemmfaktoren zur Umsetzung guter Pflege	Zitat
Personalmangel	„Also (...) es ist erstmal eindeutig, dass Pflegekräfte zu wenig sind ... wenn Sie die Dienstpläne angucken, wenn Sie sehen, unsere Arbeit nach Pflegestunden berechnet werden.“ (GP.18:11:52)
Zeitmangel	I: „Was sind da die Herausforderungen für menschenwürdige Pflege?“ GP: „Zeit. Die Herausforderung, einfach der zeitliche Rahmen in der Pflege“ (GP.20:3:4)
Geringe Bezahlung	„Auch die finanzielle Anerkennung fehlt. Also, ich meine, dass muss (...) eine alleinerziehende Mutter, die mit 1200 EUR rausgeht in München, das ist schon happig. Und sich dann acht Stunden wirklich verausgibt, in ihren Kräften. Das ist einfach, da fehlt es an allem.“ (GP.9:18:32)

Die Interviews haben gezeigt, dass die Definition der guten Pflege weder das Konzept der Menschenwürde, noch die Menschenrechte beinhalten. Das Bewusstsein der Rolle der Patientenanwaltschaft ist weniger verbreitet. Trotzdem haben alle Pflegenden den Wunsch, „Gute Pflege“ zu leisten, was ihnen jedoch ihrer Meinung nach durch die Rahmenbedingungen im Pflegekontext erschwert wird. Dies wird durch folgendes Zitat verbildlicht: „Man hudelt eigentlich nur so vor sich hin, gute Pflege ist das nicht“. (GP.6:12:26)

4.2 Vorhandenes praktisches Wissen zu Menschenrechten

– Praktisches Wissen zu internationalen Menschenrechten ist im Ansatz vorhanden, aber ist von der Perspektive der ‚Bedrohungslage‘ geprägt. –

Auf die Frage, welche Menschenrechte in der stationären Pflege relevant sind, verweisen alle Befragten auf Alltagssituationen, in denen es zu Menschenrechtsverletzungen kommen kann. Dabei wurden folgende Rechte und Alltagssituationen benannt (Tabelle 5):

Tabelle 5: Relevante Menschenrechte in der Sichtweise der Befragten		
Thematisierte Rechte	Benannte Alltagssituation	Exemplarisches Zitat
Menschenwürde	Unspezifische („Grund“-)Pflege und genereller Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen	„Ich denke immer gleich ans Recht des Bewohners, ja, auf einen guten, menschenwürdigen Umgang und Pflege“ (GP.4:0:30)
Recht auf Privatsphäre	Körper- und Intimpflege; Ruhestörung durch Pflegenden und Mitbewohner/innen	„Ich denke zum Beispiel bei der Intimpflege im Bett ... dann ist es ganz klar, dass Körperteile zum Beispiel abgedeckt werden, mit Handtüchern und weil das einfach zur Würde des Menschen dazu gehört“ (GP.2:08:00)
Recht auf Religionsfreiheit		„Also gerade jetzt auch Religionsfreiheit und die ganze Geschichten. Das ist schon, ja, das ist einfach eine Linie für uns, wo ich sage: jeder hat das Recht (...) Religionsfreiheit ...“ (GP.9:08:25)
Recht auf körperliche Unversehrtheit	Nahrungsaufnahme; Medikation	„Dass ich niemanden schade, also die körperliche Unversehrtheit. Also, es ist tatsächlich das Recht der Bewohner erstmal auf Unversehrtheit“ (GP.14:11:20)
Recht auf körperliche Freiheit	Fixierung	„Also was uns immer wieder auch gesagt wird: Bewohner, die dürfen ja nicht fixiert werden. (...) Beschluss muss da sein“ (GP.8:05:20)
Meinungsfreiheit	Tagesablauf; Duschen und Baden; Ernährung und Nahrungsaufnahme	„Also gerade, was jetzt Essen-Trinken betrifft, hat man immer das Gefühl, die Bewohner haben überhaupt keine Rechte mehr, das zu bestimmen: ich will jetzt nicht essen, ich will jetzt nicht trinken. Also da werden Listen geführt, und da werden Gewichte erhoben“ (GP.9:02:28)
Recht auf faire Gerichtsbarkeit		„(...), dass ich mein Recht verteidigen kann oder verteidigen lassen kann, dass ich hoffe, eine Unterstützung durch einen Rechtsanwalt natürlich zu bekommen und auch vor Gericht, dass Tatsachen zählen. Also jeder Mensch ist vor Gericht gleich. Also zumindest in Deutschland können wir das immer noch einhandeln. Oder wie man sagt. Also ich kann darauf vertrauen, dass mir Recht geschieht“ (GP.8:06:13)
Recht auf soziale Teilhabe		„(...) mal sich treffen mit jemanden oder, oder Kaffee trinken oder (...) oder spielen oder irgendwas, singen; (...) ganz normale Sachen, die der Mensch im Alltag so mag“ (GP.1:25:15)

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte wurde in diesem Rahmen von zwei Befragten explizit genannt.

Die internationalen Menschenrechte entfalten ihre rechtlich-verbindliche Wirkung auf die Pflegepraxis zunächst durch deutsche Rechtsgrundlagen. Bei allen Befragten wurde diese Verbindung in Bezug auf die Alltagsthemen „Freiheitsentziehende Maßnahmen“, und/oder „Medikamentierung“ hergestellt. Beispielhaft steht dafür folgendes Zitat: „Also, Fixierung muss gesetzlich hinterlegt werden“ (GP.5:19:06). Die Befragten sind sich hier der rechtlichen Verbindlichkeit bewusst, und rechtliche Grundlagen sind auch handlungsleitend. Bei anderen Themen, wie beispielsweise der Nahrungsaufnahme und Wahrung der Privatsphäre, wurde diese Verbindung nicht explizit hergestellt. Stattdessen wurde eine Verbindung zu folgenden handlungsrechtfertigenden Konzepten hergeleitet (Tabelle 6):

Tabelle 6: Handlungsgrundlagen für menschenrechtsbasiertes Handeln	
Konzept	Beispielhaftes Zitat
Menschenwürde	„Aus Erfahrung zum Beispiel (...), weil das zur Würde eines Menschen gehört ...“ (GP.2:27 vgl. Tabelle 5)
Respekt	I: „Und gibt’s noch andere Themenbereiche außer jetzt Fixierung, die Sie meinen, dass sie menschenrechtsrelevant sind?“ GP: „Also, wenn ich zum Beispiel sag’, ich möchte jetzt nichts mehr essen, dass das dann respektiert wird. Und so versuche ich das in meiner Arbeit auch zu machen. Das ist immer so ein Zwiespalt, es geht ja auch um die Gesundheit des Bewohners. Da hatten wir unlängst eine Fortbildung. Essen und Trinken ermöglichen. Aber wenn jemand ganz klar sagt, ich mag nichts mehr, das respektier ich das.“ (GP.8:10:03)
Gesundheit und Wohlergehen	„Es geht ja schon los mit dem Selbstbestimmungsrecht. Wenn ein Bewohner nicht die Tablette nehmen möchte oder gewisse Dinge nicht machen möchte. Ehm, sagt man okay, aber man versucht ihn halt zu überreden, zum Beispiel bei der Tabletteneinnahme: das ist wichtig, das ist für sie relevant, dass sie keine Schmerzen haben und, und, und ...“ (GP.3:21)
„Die goldene Regel“ (Perspektivenwechsel wird vorgenommen)	I: „Wenn Sie mit dem Wort Menschenrechte konfrontiert werden, was verstehen Sie darunter?“ GP: „Die Menschenwürde ist unantastbar.“ I: „Und was konkret verstehen Sie darunter?“ GP: „Das man, ähm, Intimschutz, sage ich jetzt, nicht vor dem anderen auszieht und wäscht und jeder kann zuschauen ... also da gehe ich jetzt wieder von mir aus, ich würde es nicht wollen, dass jeder mir zuschaut“ (GP.6:09:46)

In die Stufe 2 des praktischen Wissens lassen sich Beispiele zum Umgang mit Menschenrechten im Pflegealltag einordnen. Pflegenden wurden gefragt, wie sie mit schwierigen bzw. für sie menschenrechtsrelevanten Alltagssituationen und Konflikten umgehen. Die Befragten äußerten hier oft Unklarheit darüber, wie man korrekt mit der Konfliktsituation umzugehen hat. Beispielhaft dafür ist folgendes Zitat: „Ja äh, wenn es um eine Wundversorgung geht, dann ist eine Bettruhe angebracht, aber die Bewohnerin toleriert das nicht und sie nimmt auch in Kauf, dass es zu schlechten Wundheilungsprozessen kommen kann, dadurch, dass sie dann rausmobilisiert wird nach ihrem Wunsch, aber nun ja. Irgendwie ist sie mit unserem Beschluss nicht zufrieden, dass sie jetzt Bettruhe einhält und äh ja also: Wie verhalten wir uns korrekt?“ (GP.13:01:55) Bei der Frage, inwiefern Menschenrechte beispielsweise im Rahmen von Fallgesprächen oder in anderweitiger Entscheidungsfindung eine explizite Rolle spielen, antworteten fast alle, dass sie keine Rolle spielen. Ein paar der Befragten antworteten, dass Menschenrechte im Rahmen von Fällen von Freiheitsentziehenden Maßnahmen, sowie Zwang- oder Druckausübung bei der Ernährung zur Sprache kamen.

Menschenrechte werden in der Pflegeethik vermehrt in Verbindung mit dem Konzept der Patientenadvokatur diskutiert. Die Aufgabe der Patientenadvokatur als Teil des beruflichen Selbstverständnisses wurde von vier Befragten im Verlauf der Gespräche angesprochen. Folgendes Zitat ist beispielhaft: „Und naja, die haben bestimmte Rechte, natürlich so wie jeder andere Mensch auch und können die vielleicht nicht mehr wahrnehmen. Und ich denke zum einen ist es so, dass ich sie unterstütze dabei, so sehe ich meine Aufgabe, mein Selbstverständnis als Altenpfleger, dass ich sie unterstütze bei der Wahrnehmung dieser Rechte; aber auch dass ich eben, naja, mir selber bestimmte Pflichten auferlege“ (GP.17:02:42). Die vier Befragten gaben an, dass dieses Selbstverständnis für sie handlungsleitend sei: „Sage ich mal jetzt so, auch wenn wir (Pflegeperson und pflegebedürftige Person) uns austauschen zunächst einmal – denke ich so – im gleichrang; so wie wir sitzen so auf der selben Augenhöhe. Weil halt, es ist einfach ein Machtgefälle (...) in der Pflegebeziehung. In aller Regel ist es ja so, dass die Zupflegenden oder pflegebedürftigen Menschen in einer schwächeren Position sind ... das muss ich halt von Vorneherein in allem was ich tue, was ich rede, Handlungen berücksichtigen“ (GP.17:03:57).

Die Befragungen haben gezeigt, dass die Stufen 1 und 2 des praktischen Wissens zu Menschenrechten begrenzt sind und bevorzugt im Kontext einer möglichen Bedrohung durch externe Faktoren thematisiert werden. Über die Verbindlichkeit der Menschenrechte sind sich die Befragten bezogen auf einzelne pflegerische Herausforderungen bewusst. Die begrenzten Kenntnisse zu den Inhalten

des Menschenrechtskatalogs und zum korrekten Umgang mit Menschenrechten in der Pflegepraxis führen zu Handlungsunsicherheiten und genereller Verunsicherung. Dies wird durch folgendes Zitat unterstrichen: „Ich denke, bestimmt, dass manche Angst haben, darüber (Menschenrechtsverletzungen) zu reden ... weil der eine oder andere sich vielleicht überlegt: Mensch, hab ich schon mal? Oder hab ich noch nicht? Und sich damit zu konfrontieren vielleicht, ist für manche schwierig“ (GP.16:23:04).

– Das Thema Menschenrechte in der Pflege löst negative Assoziationen und eine Abwehrhaltung bei den Befragten aus –

Die Stufe 3 des Kompetenzerwerbs geht davon aus, dass sich die Pflegenden basierend auf den Stufen 1 und 2 als wichtige Akteure im Menschenrechtsdiskurs wahrnehmen.

Bei den Interviews fiel auf, dass Menschenrechte im Kontext der stationären Altenpflege von allen Befragten vordergründig mit negativen Aspekten wie bspw. Menschenrechtsverletzungen assoziiert wird. Folgendes Zitat unterstreicht dies: „Wenn ich jetzt Menschenrechte denke, dann denk ich in erster Linie an Negatives“. (GP.15:05:13)

Schließlich haben alle Interviews aufgezeigt, dass der gesellschaftliche und politische Menschenrechtsdiskurs in Bezug auf die Bedingungen in der Pflege eine Abwehrhaltung erzeugt und als negativ bewertete zusätzliche Anforderung an die bereits überforderten Pflegenden wahrgenommen wird. Folgendes Zitat verdeutlicht dies: „Da kommt schon wieder das Nächste, da muss ich mich schon wieder rechtfertigen: Warum jetzt jemand 10 Minuten einfach warten muss, weil da, bevor er zur Toilette gebracht wird, weil da haben wir schon wieder ein Menschenrecht verletzt“ (GP.9:07:14). Es lässt sich vermuten, dass die Skandalberichterstattung in deutschen Medien zu Pflegemissständen und die dazugehörigen Verweise auf menschenunwürdige Zustände und Menschenrechtsverletzungen durch Pflegenden in Pflegeheimen zur Entwicklung solcher negativer Assoziationen und zu dem gefühlten Rechtfertigungsbedarf beigetragen haben. Fast alle Befragten gingen auf die Skandalberichterstattung in deutschen Medien ein. Die Reaktionen können in vier Kategorien unterteilt werden (Tabelle 7):

Tabelle 7: Reaktion auf mediale Berichte über Menschenrechtsverletzungen	
Kategorie	Exemplarisches Zitat
Ärger über einseitige Berichterstattung	„Finde ich sehr traurig (die negative Berichterstattung) weil es wird immer über die negative Seite berichtet. (...) Ich hab es noch nie erlebt, dass irgendwie so was Negatives gelaufen ist wie die Skandale im Fernsehen, im Radio, in der Zeitung und ich finde, es macht das Bild von der Pflege kaputt.“ (GP.16:26:03)
Ärger über Verfälschung des Images der Pflege	„Sehr kontraproduktiv, also ich denke jetzt nicht dass es eine riesengroße Auswirkung hat auf die jungen Leute, die des machen wollen (...), aber ich glaub schon, dass sie eingeschüchtert sind. Weil einfach der Job Altenpflege oder Pflege im Altenheim nicht gut geregelt wird. Der steht nicht gut da, der Job, da geh ich lieber in die Bank.“ (GP.5:10:14)
Medien schaffen Transparenz	„In den Medien wird viel aufgebauscht, aber es ist auch gut, dass das viel aufgebauscht wird, weil also dass, dass das zur Sprache kommt, weil sonst sieht's ja keiner.“ (GP.20:16:04)
Rechtfertigungsbedarf aufgrund von Berichterstattung	I: „Wie gehst Du mit der Berichterstattung zu Menschenrechtsverletzungen in Pflegeheimen um?“ GP: „Das ist ein bisschen zwiespalten. Auf der einen Seite verstehe ich es, weil es eben, denke ich mal eine Kurzschlussreaktion sein kann, eben durch Stress oder so was.“ (GP.12:11:42)

Es lässt sich aus den Interviews schließen, dass Stufe 3 des Kompetenzaufbaus kaum vorhanden ist. Fast alle Pflegenden zeigten in den Interviews ein starkes Bewusstsein für die reaktive Wirkung der Menschenrechte, jedoch nicht für die normierende Wirkung, was durchaus auch auf die Medienberichterstattung und einen Fokus auf Menschenrechtsverletzungen in der Pflege in der Öffentlichkeit zurückgeführt werden kann. Dies verdeutlicht folgendes Zitat: „Auf alle Fälle werden Menschenrechte verletzt. Ich denke, also ich möchte jetzt nicht sagen, bei uns im Altenheim, weil ich würde sagen, wir sind ein sehr gutes Altenheim, aber (...) jeden Tag werden, denke ich, (werden) Menschenrechte verletzt. Man hat es ja auch öfter immer wieder aus Nachrichten, aus versteckten Berichten gehört. Ja, natürlich. Jeden Tag werden Menschenrechte verletzt“ (GP.15:10:14).

– Die Pflege-Charta als positives Arbeitsinstrument –

In 11 der Interviews wurde gefragt, ob die Personen die Pflege-Charta kennen. Fünf Befragte antworteten mit ja und sechs Personen mit nein. Eine Person verwies ungefragt auf die Pflege-Charta. Die Pflege-Charta wird bei der Mehrheit der Befragten als positives Instrument für ihre Arbeit angesehen, was durch folgendes Zitat verdeutlicht wird: „ ... naja, helfen tut es (die Arbeit mit der Pflege-Charta) schon ... Es hilft jetzt erst zum Beispiel speziell – sage ich jetzt mal – die Menschenrechte, dadurch dass sie bei uns so viel diskutiert wurden, viele einbezogen wurden in die Diskussion, äh hat sich schon ein bisschen was geändert“ (GP.18:19:39).

Eine befragte Person gab an, dass die Durchführung eines sogenannten Pflege-Charta-Checks, ein Gefühl der Sicherheit vermittelt: „(...) Aufgrund der Pflege-Charta gibt es einen Selbst-Check für Heime, das sind glaube ich achtzig Fragen gewesen. Die sind wir durchgegangen (...): Was bieten wir als Heime an, um dieser Charta (...) gerecht zu werden. Und so haben wir gesagt: Okay, eigentlich stehen wir ganz gut da. Dann haben wir gesagt: Gut, jetzt trauen wir uns, die Geschichte mit Menschenrechten (Bezug auf Leitbild des Arbeitsplatzes) etwas öffentlicher zu werben oder da etwas offensiver ranzugehen“ (GP.19:23:13).

5 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war die exemplarische Klärung der Frage, über welches praktische Wissen zu Menschenrechten beruflich Pflegende verfügen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die befragten Pflegepersonen zum Großteil über begrenztes praktisches Wissen zu den Menschenrechten verfügen. In Bezug auf das Drei-Stufen-Modell des Kompetenzerwerbs kann folgendes Resümee gezogen werden:

Die **Stufe 1** bezieht sich auf **Kenntnisse und Wissen** zu (1) Inhalten des internationalen Menschenrechtskatalogs und (2) zur rechtlichen Verbindlichkeit der Menschenrechte für die Pflegenden aber auch zu anderen Akteuren, wie Regierungen oder Pflegeeinrichtungen. Alle Befragten benannten einzelne Rechte des internationalen Menschenrechtskatalogs und hatten somit Grundkenntnisse. Die Interdependenz der Menschenrechte setzt aber voraus, dass Pflegenden eine generelle Übersicht zu den Inhalten des internationalen Menschenrechtskatalogs haben. Über die allgemeine rechtliche Verbindlichkeit der Menschenrechte sind sie sich nicht bewusst. Ein Bewusstsein zur Verbindlichkeit besteht bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen und bei der Medikamentierung, was wahrscheinlich mit der täglichen Konfrontation der Pflegenden mit diesen Themen und entsprechenden rechtlich begründeten Handlungsvorgaben in Verbindung steht.

Die **Stufe 2** des praktischen Wissens bezieht sich auf **Handlungssicherheit** zu (1) menschenrechtsrelevanten Themenbereichen im Pflegealltag und im Kontext der Pflege, (2) Reflexions- und menschenrechtsorientierter Entscheidungsfähigkeit und (3) aktiver Umsetzung der Advocacy-Rolle. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Bewusstsein für menschenrechtsrelevante Themenbereiche im Pflegealltag im Ansatz vorhanden ist. Aber dieses Bewusstsein ist, genauso wie die Kenntnisse zu vereinzelt Rechten, durch Aspekte der Bedrohung im Sinne eines Rechtfertigungsdrucks durch Menschenrechte beeinflusst. Es fehlt weitgehend die Reflexionsfähigkeit und Handlungssicherheit, um mit menschenrechtsrelevanten Themen umgehen zu können. Die Aufgabe als Patientenfürsprecher/in und deren Verbindung zu Menschenrechten ist beispielsweise nicht explizit bekannt. Auch die Stufe 3, Teilnahme am menschenrechtlichen Diskurs durch Wahrnehmung der eigenen bedeutenden Rolle für menschenrechtsorientierte Pflege, ist noch wenig ausgeprägt.

Aus den Interviews konnten wichtige und interessante Informationen für die Stärkung der menschenrechtsbasierten Kompetenzen und die Rolle der Pflegenden

im dynamischen Prozess der menschenrechtlichen Wechselwirkung identifiziert werden. Die Ergebnisse lassen sich in drei Hypothesen zusammenfassen, die als Ausgangspunkt für weitere Forschung verstanden werden können.

**Hypothese 1:
Grundlagen für eine menschenrechtsorientierte Pflege bestehen**

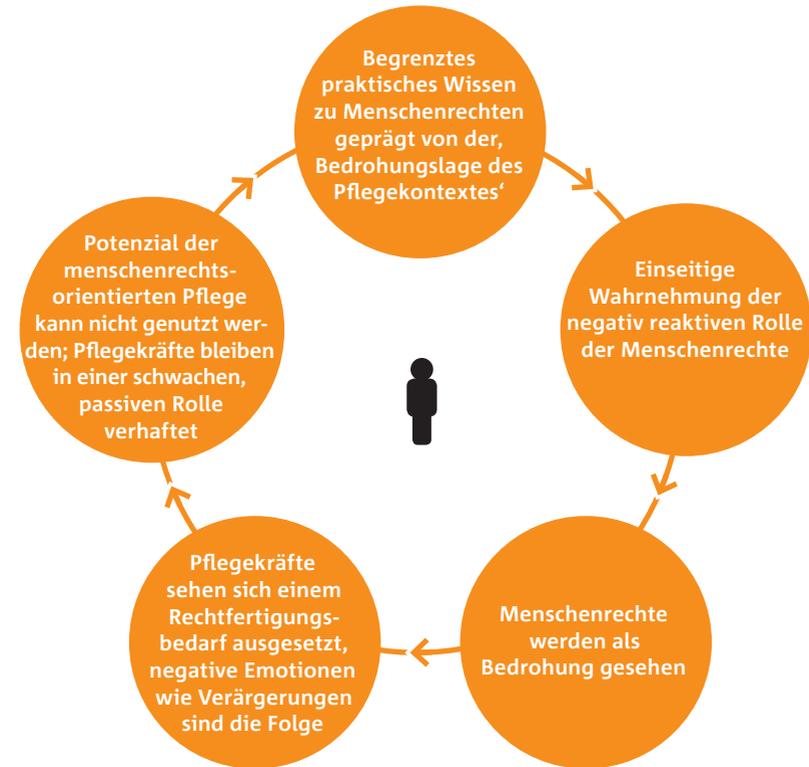
Die Ergebnisse zeigen, dass bei den Befragten ein grundlegendes Verständnis und eine Anerkennung der Universalität der Menschenrechte vorhanden ist. Auch wenn die Pflegenden bei der Definition guter Pflege sich nicht explizit auf internationale Menschenrechte oder das Konzept der Menschenwürde beziehen, so gehen die Pflegenden dennoch auf menschenrechtliche Prinzipien ein. So steht bspw. die Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen in der Definition guter Pflege im Vordergrund. Für die britische Soziologin Yates-Bolton sind die Selbstbestimmtheit und die Umsetzung des Partizipationsgebotes zwei der wichtigen Prinzipien für die Verwirklichung einer menschenrechtsorientierten Pflege. „A human rights approach encourages participation by service users in service planning and delivery, increasing their autonomy, enhancing self-respect and building better relationships“ (Yates-Bolton 2010: 26). Dabei muss ein grundlegendes Verständnis und eine Anerkennung der menschenrechtlichen Universalität bei den Pflegenden vorhanden sein, um eine menschenrechtsorientierte Pflege durch praktisches Wissen ermöglichen zu können (vgl. Hughes 2010: 230).

Die Grundlage für menschenrechtsorientierte Pflege ausgehend von der normierenden Wirkung der Menschenrechte ist demnach vorhanden. So kann die Hypothese aufgestellt werden, dass Pflegenden Menschenrechte als Orientierung für die Pflegepraxis als wichtig erachten.

**Hypothese 2:
Das begrenzte praktische Wissen zu Menschenrechten führt zu einer einseitigen Wahrnehmung der Bedeutung von Menschenrechten**

Die Interviews lassen den Schluss zu, dass Pflegenden den existierenden Menschenrechtsdiskurs in Bezug auf die stationäre Pflege als einseitig reaktiv und sich in einer passiven Rolle wahrnehmen. Dies löst einen Rechtfertigungsbedarf aus. Anstatt sich selber als aktive Akteure in der Dynamik zu sehen, fühlen sich beruflich Pflegenden durch Menschenrechte in ihrem Handeln bedroht. Dies wiederum kann mit dem begrenzten Wissen zu Menschenrechten zusammenhängen. Dieser Zyklus kann folgendermaßen verbildlicht werden (► Abb. 5):

Hypothese zur Konsequenz der einseitigen negativ-reaktiven Wahrnehmung der Rolle der Menschenrechte für Pflege



Es fällt auf, dass die Befragten dieser Studie das Thema Menschenrechte differenziert betrachten, je nachdem aus welchem Blickpunkt die Thematik behandelt wird. Dies bestärkt die oben aufgestellte Hypothese der einseitigen Wahrnehmung der reaktiven Wirkung bezogen auf den Pflegekontext: Bei der neutralen, von der eigenen Pflegepraxis unabhängigen Frage, was die Befragten unter Menschenrechten verstehen, wird von allen die Universalität der Menschenrechte angesprochen. Außerdem wird die Überzeugung geäußert, dass pflegebedürftige ältere Menschen eine von Diskriminierung bedrohte Gruppe darstellen und gesellschaftliche und politische Veränderungen nötig sind, um eine Gleichstellung im weiteren menschenrechtlichen Sinne zu gewährleisten. Die Thematik der Menschenrechte löst bei dieser von der eigenen

Pflegepraxis unabhängigen Fragestellung eine balancierte Assoziation bei den Befragten aus, die aus den Kernprinzipien der Menschenrechte heraus weder die reaktive Wirkung, noch die normierende heraushebt.

Werden internationale Menschenrechte und deren Bedeutung in Bezug auf den eigenen Pflegekontext angesprochen, so kippt die Wahrnehmung einseitig auf die reaktive Wirkung der Menschenrechte. Die Thematik löst fast ausschließlich negative Assoziationen aus und wird zudem lediglich mit Menschenrechtsverletzungen in Verbindung gebracht. Das praktische Wissen zu den Menschenrechten ist durch die im Pflegekontext wahrgenommene Bedrohungslage geprägt und begrenzt.

Wird nun eine positive Fragestellung unabhängig zur Thematik der Menschenrechte gestellt, nämlich was für die Befragten „Gute Pflege“ ausmacht, so wird keine explizite Verbindung zum Konzept der Menschenwürde oder zu den Menschenrechten hergestellt. Dies kann auf die negative Assoziation zur Thematik zurückgeführt werden, welche nicht mit guter Pflege, sondern mit menschenunwürdiger Pflege und Menschenrechtsverletzungen verbunden wird.

Wie in der Einleitung beschrieben, wirken die Menschenrechte in zwei Richtungen. So kann die reaktive Wirkung einerseits auf schädliche Rahmenbedingungen und Praktiken bezogen Menschenrechtsverletzungen aufzeigen. Andererseits kann die reaktive Wirkung jedoch auch dazu genutzt werden, um menschenrechtsförderliche Praktiken und Rahmenbedingungen hervorzuheben. In diesem positiven Zusammenhang werden jedoch seitens der Befragten keine Assoziationen genannt, was die Annahme zulässt, dass der Menschenrechtsdiskurs bezogen auf die reaktive Wirkung auch hier wieder einseitig wahrgenommen wird.

Der Grund für diese einseitige Wahrnehmung kann darin liegen, dass die Auseinandersetzung mit Menschenrechten bzw. Menschenrechtsverletzungen vordergründig durch mediale Skandalisierungen und die Auseinandersetzung mit rechtlichen Vorgaben beispielsweise zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen geprägt und begrenzt ist. Die Auseinandersetzung mit normierenden Instrumenten, wie etwa der Pflege-Charta, ist sehr begrenzt. Die Pflege-Charta und ihre normierende Rolle als Orientierungsinstrument und Maßstab für „Gute Pflege“ ist noch vielfach unbekannt. Die Aussage einer befragten Pflegefachkraft, dass die intensive Auseinandersetzung mit der Pflege-Charta dazu geführt hat, dass Ängste abgebaut werden, unterstützt wiederum die oben stehende Hypothese.

Hypothese 3:

Die fachliche Expertise der Pflegenden kann und muss einen Beitrag zur Förderung menschenrechtlicher Pflege leisten

Die oben aufgestellten Hypothesen lassen die Annahme zu, dass der Menschenrechtsdiskurs zum Kontext der Pflege noch zu einseitig und fokussiert auf die negativ-reaktive Wirkung geführt wird. Die Pflegenden als Experten des Handlungsfeldes werden in diesem Prozess noch nicht ausreichend repräsentiert, obwohl sie durch ihre praktische Erfahrung einen Beitrag zur Dynamik der Wechselwirkung und somit zur Förderung einer menschenrechtlich orientierten Pflege leisten können. Außerdem nehmen sie sich selber kaum als wichtige Akteure wahr, die bereits einen Beitrag zum menschenrechtlichen Diskurs im Pflegebereich leisten. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Pflegenden zum einen gerne einen Beitrag leisten würden, vor allem durch die Demonstration und Öffentlichmachung von Positivbeispielen. Zum anderen zeigt die Befragung weitere konkrete Bereiche, in denen die Pflegenden einen wertvollen Beitrag leisten können:

- Entwicklung einer konsensfähigen Definition guter Pflege auf der Basis eines menschenrechtlich orientierten Ansatzes.
- Benennung und Bearbeitung von Dilemmata im Pflegealltag, beispielsweise im Spannungsfeld von Fürsorgepflicht und Freiheitsrechten auf explizit menschenrechtlicher Grundlage.
- Benennung und Bearbeitung positiver pflegerischer Handlungsmöglichkeiten, welche die positiv-reaktive Wirkung der Menschenrechte auf Beispiele guter Pflegepraxis aufzeigen.
- Beteiligung am Diskurs zu nötigen Veränderungen der Entscheidungsstrukturen und Rahmenbedingungen für eine dezidiert menschenrechtlich orientierte Pflege.

6 Limitierung

Die Erkenntnisse der qualitativen Studie sind derzeit auf einen begrenzten, regionalen Hintergrund beschränkt. Daher sind die Befunde nur begrenzt generalisierbar.

Es sind weitere Studien notwendig, um die erstellten Hypothesen mittels repräsentativer Daten zu prüfen.

Die erste Hypothese: „Die Grundlage für eine menschenrechtsorientierte Pflege besteht“, ist auf der Basis des Drei-Stufen-Modells zu Kompetenzen menschenrechtsbasierter Pflege entstanden. Diese Hypothese könnte gemäß der Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich nach Bloom (1976) untersucht werden, um so genauere Aussagen aus lernpsychologischer Perspektive zu treffen.

Die zweite Hypothese „Das begrenzte praktische Wissen zu Menschenrechten führt zu einer einseitigen Wahrnehmung der Bedeutung von Menschenrechten“, ist abhängig von der Art der Fragestellung interpretierbar. Hierzu bedarf es Studien, die weitere Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung von Menschenrechten untersuchen.

Die dritte Hypothese „Der Erfahrungsschatz der Pflegekräfte kann und muss einen Beitrag zur weiteren Ausarbeitung der Bedeutung von menschenrechtsorientierter Pflege leisten“, sollte in praxisnahen Studien weiter untersucht werden, um handlungsanleitende Aussagen treffen und im nächsten Schritt exemplarisch Entwicklungsprojekte vorantreiben zu können.

7 Ausblick

Zusammenfassend konnte diese qualitative Studie erste Einblicke zum Kenntnisstand über Menschenrechte bei Pflegekräften in deutschen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege geben. Anhand der Fragestellung und der qualitativen Erhebungsmethodik konnten darüber hinaus Hypothesen zur Wahrnehmung des menschenrechtlichen Diskurses und der eigenen Rolle seitens der beruflich Pflegenden generiert werden. Die Studie bietet eine Reihe von Anknüpfungspunkten für weiterführende Untersuchungen und Aktivitäten:

Erstens fordern diese Hypothesen dazu auf, den Einfluss der Menschenrechte auf die Pflegepraxis und den dazugehörigen menschenrechtlichen Diskurs unter intensivem Einbezug der beruflich Pflegenden weiterzuführen. Internationale Menschenrechte, so hat der einleitende Theorieteil gezeigt, werden auch in der Zukunft eine prominente Rolle in der Definition qualitativ hochwertiger Pflege spielen. Bereits dies ist Grund genug für eine weiterführende tiefgreifende theoretische Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Menschenrechte für den Kontext der Pflege, die gleichzeitig die Realität der Pflegepraxis und den „Point-of-Care“ intensiv mit einbezieht beziehungsweise gemeinsam mit beruflich Pflegenden die Bedeutung der Menschenrechte für Pflegehandlung, für Prozess- und Strukturqualität ausarbeitet. Die professionell Pflegenden als Dienstleister der Pflege müssen in diesem Prozess der menschenrechtlichen Wirkung auf den Kontext der Pflege eine Hauptrolle spielen und aktiv eingebunden sein: „Ein ganz wesentlicher Garant für die gelungene Umsetzung von Innovationen und (gesetzlichen) Regelungen ist die Partizipation. Wenn Betroffene beteiligt werden, können Umsetzungsschwierigkeiten antizipiert und das Commitment gefördert werden“ (Reuschenbach 2016: 24). Ziel der Partizipation ist es, den beruflich Pflegenden die Möglichkeit zu geben, ihr über Jahre erworbenes berufliches Selbstverständnis in Einklang zu bringen mit Innovationen und Interventionen. Menschenrechtsorientierte Regelungen stellen für Pflegekräfte, so haben die Ergebnisse dieser Studie gezeigt, oft negativ wahrgenommene Vorgaben dar, die es nun zu ‚neutralisieren‘ und mit dem bereits bestehenden Grundverständnis zur Bedeutung der Menschenwürde und Menschenrechte zu verschmelzen gilt.

Zweitens werfen die Hypothesen dieser Studie eine Reihe an Fragen in Bezug auf Aus- und Weiterbildungsbedarfe auf: Wissen ist ein notwendiger Bestandteil von verhaltensbezogenen Änderungen, die erst eintreten, wenn das Wissen internalisiert, verstanden und in Handlungen umgesetzt werden kann (vgl. Neumann-Ponesch 2011: 266f). So stellt sich die Frage, mit welchen ausbildungsbezogenen Mitteln ein ausgeprägteres Wissen zu Menschenrechten bei beruflich Pflegenden erreicht werden kann? Das in dieser Studie entwickelte Stufenmodell des praktischen Wissens zu Menschenrechten in Anlehnung an die Bloom'sche Taxonomie kognitiver Lernziele soll die Relevanz der Aus- und Weiterbildung beruflich Pflegenden einerseits und die damit verbundene Partizipation der Pflegekräfte im dynamischen Prozess der menschenrechtlichen Wechselwirkung im Kontext der Pflege andererseits unterstreichen. Es wurden jedoch weder Daten zu Unterschieden in der Ausprägung des Wissens nach Ausbildungsgraden, noch zu Lerninhalten von Ausbildungsplänen generiert. Weiterführende Studien sind nötig, um gezielt Ausbildungsbedarfe im Sinne der menschenrechtsorientierten Pflege zu benennen und somit die Stufen 1 und 2 des Stufenmodells ergänzen zu können. Die Stufe 3 hingegen basiert auf bereits bestehendem Wissen und verbindet dieses mit einer aktiven Teilnahme am Diskurs. Möglicherweise könnte eine öffentliche und auf Partizipation ausgerichtete Diskussion zur Thematik bereits jetzt erste Erfolge erzielen, d. h. eine künftige Verortung in Stufe 3 begünstigen. Besonders wichtig ist an dieser Stelle nicht primär die reaktive, sondern vermehrt auch die normierende Wirkung der Menschenrechte hervorzuheben.

Drittens zeigt die Studie weitere zu bearbeitende Themenkomplexe auf. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Pflege-Charta womöglich ein geeignetes Instrument zur weiterführenden Bearbeitung des Themas darstellen kann. Weiterführende Untersuchungen, welche die Pflege-Charta in den Mittelpunkt stellen, wären in diesem Sinne besonders wertvoll. Inwiefern kann die Pflege-Charta bereits jetzt als Grundlage für weiterführende Qualitätsdiskurse in der Pflege dienen? Dazu gehört auch eine Untersuchung der gängigen Pflegemodelle, die für einen großen Teil der Organisation der Pflege und Pflegehandlungen wichtig sind, unter dem Fokus einer menschenrechtsbasierten Pflege. Wie nehmen diese die Menschenrechte auf oder spiegeln sie wieder z. B. in implizierten Qualitätsvorstellungen? Zu beachten sind außerdem die zahlreichen Veränderungsprozesse, die sich derzeit im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze (PSG I-III) vollziehen. Inwiefern deren Konsequenzen für die Möglichkeit, menschenwürdige Pflege anzubieten und die Einhaltung der Menschenrechte im Pflegealltag zu gewährleisten, tatsächlich förderlich sind, wäre zu untersuchen.

Letztendlich müssen internationale Menschenrechte und ihre breite Thematisierung im Kontext der Pflege selbstverständlich werden. Dabei darf ihr Nutzen nicht einseitig verstanden werden. Die normierende Wirkung einerseits und die reaktive Wirkung auf der anderen Seite in Verbindung mit ihrer rechtlichen Verbindlichkeit verleihen dem Instrument Menschenrechte das Potenzial, einen gemeinsamen Nenner als Ziel wie auch als Korrektiv für die Pflegepolitik, das Pflegemanagement, die Pflegebildung und die konkrete Pflegehandlung in der Praxis darzustellen. Das Ziel einer solchen Ausrichtung ist letztendlich die Gleichstellung älterer, pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft und das Ende ihrer Diskriminierung.

LITERATUR

Altenbericht der Bundesregierung: Altersbilder in der Gesellschaft (2010)
Bundesministerium für Familie Frauen Senioren und Jugend (Hrsg.) Berlin

Aronson P., Mahler C. (2016) Die Menschenrechte in der Pflegepraxis.
Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen.
Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte

Baer S. (2012) Gleichheitsgebot und Diskriminierungsverbot.
In: Pollmann A., Lohmann G. (Hrsg.) Menschenrechte. Ein interdisziplinäres
Handbuch, Stuttgart/Weimar: Verlag J. B. Metzler S. 261-265

Bielefeldt H. (2012) Universalität und Gleichheit.
In: Pollmann A., Lohmann G. (Hrsg.) Menschenrechte. Ein interdisziplinäres
Handbuch, Stuttgart/Weimar: Verlag J. B. Metzler S. 159-165

Birkenstock E. (2014) Mut zur begründeten Entscheidung.
In: Becker S. und Brandenburg H. (Hrsg.) Lehrbuch Gerontologie für Pflegenden und
Sozialarbeitende. Bern: Verlag Hans Huber S. 203-244

Bloom B., (1976) Human Characteristics and School Learning.
New York, London: McGraw-Hill.

Bundesamt für Statistik (2013) Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflege-
versicherung – Deutschlandergebnisse.
In: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/
PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile)
Letzter Aufruf: 24.10.2016

Cassier-Woidasky A.-K. (2011) Professionsentwicklung in der Pflege und
neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.
Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus
professionssoziologischer Sicht.
In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47/2011,
S. 163-184

Cohen J., Ezer T. (2013)
Human rights in patient care: a theoretical and practical framework.
In: Health and Human Rights Journal (2013) Dec 12; 15(2), S. 7-19

Donnelly J. (2010) Universal Human Rights in Theory and Practice 2. Auflage.
Ithaca: Cornell University Press

Doron I., Apter I. (2010) The Debate Around the Need
for an International Convention on the Rights of Older Persons.
In: The Gerontologist (2010) 50 (5), S. 586-593

Eilts-Koehling K., Heinze C., Schattner P., Voss M., Dassen T. (2000)
Der Bekanntheitsgrad berufsethischer Grundregeln innerhalb der Berufsgruppe
der Pflegenden.
In: Pflege/Heft 1/2000, S. 42-46

Flick U., von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.) (2008) Qualitative Forschung.
Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Giese C. (2013) Wissen – Können – Sollen: Ethik in der Pflegebildung als Ethik eines
Careberufes. Vorüberlegungen zur Förderung (pflege-)ethischer Kompetenz.
In: Linseisen E., Uzarewicz C. (Hrsg.) Aktuelle Pflegeethemen lehren.
Stuttgart: Lucius 2013, S. 59-77

Glaser B.G., Straus A.L. (1967)
The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research.
Chicago: Aldine (dt. 1998: Grounded Theory.
Strategien qualitativer Forschung. Berlin: Huber

Hackler D. (2009) Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen –
Chancen und Grenzen.
In: Fix E., Kurzke-Maasmeier S. (Hrsg.) Das Menschenrecht auf Gute Pflege:
Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen.
Freiburg: Lambertus-Verlag, S. 21-32

Hoppach I. (2015) Die Fixierung in der Altenpflege aus strafrechtlicher Sicht.
Marburg: Tectum Verlag

Hughes R. (2010) Taking a human rights-based approach to care.
In: British Journal of Healthcare Assistants May 2010 Vol 04/No 05, S. 229-232

Isfort M. (2013): Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit.
In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz.
Jg. 56, H.8, S. 1081-1087

Jönson H., Harnett T. (2015) Introducing an Equal Rights Framework for Older Persons
in Residential Care.
In: The Gerontological Society of America. Oxford: University Press, S. 1-7

Kane R. (2001) Long-Term Care and a Good Quality of Life:
Bringing them Closer Together.
In: The Gerontologist (2001) 41 (3), S. 293-304

Kirkevoid M. (2002) Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Huber

Körtner U. (2012) Grundkurs Pflegeethik 2. Auflage. Wien: Facultas

Krueger J., Nelson A., Wolanin M. (1978) Nursing research: Development, collaboration, and utilization. Germantown MD: Aspen

Kuckartz U., Dresing T., Rädiker S., Stefer C. (2008) Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag

Ladwig. B. (2012) Mensch und Person.
In: Pollmann A., Lohmann G. (Hrsg.),
Menschenrechte. Ein interdisziplinäres Handbuch (136-146).
Stuttgart: Verlag J. B. Metzler S. 136-144

Lay R. (2012) Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus, Fort und Weiterbildung
2. Auflage. Hannover: Schlütersche

Mahler C. (2015) Policy Paper Nr. 30: Menschenrechte in der Pflege –
Was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss.
In: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-aelterer/publikationen/>
Letzter Aufruf: 24.10.2016

Meenan H., Rees N., Doron I. (2016) Towards Human Rights in Residential Care
for Older Persons: International Perspectives. Routledge: London

Moritz S. (2013) Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen.
Baden-Baden: Nomos Verlag

Neumann-Ponesch S. (2011) Modelle und Theorien in der Pflege.
Wien: UTB Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Pfabigan D. (2011) Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege:
eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen
eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns.
Hungen: Hpsmedia

Pieper A. (2000) Einführung in die Ethik
4. Auflage. Tübingen/Basel: A Francke Verlag

Pollmann A., Lohmann G. (Hrsg.) (2012)
Menschenrechte. Ein interdisziplinäres Handbuch.
Stuttgart/Weimar: Verlag J. B. Metzler

Reuschenbach B. (2016)
Pflege – zwischen Aufbruchsstimmung und Überfremdung.
In: Themenheft Politische Studien 1/2016, S. 17-26

Steinke I. (2008) Gütekriterien qualitativer Forschung.
In: Flick U., Kardoff E. v., Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung – Ein Handbuch
6. Auflage. Reinbek: Rowohlt Verlag S. 319-331

Thompson I., Melia K., Boyd K., Horsburgh D. (2000) Nursing Ethics
4. Auflage. Churchill Livingstone: Elsevier

Townsend P. (1964) The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes
for the Aged in England and Wales.
London: Routledge and Kegan Paul.

Townsend P. (2006) Policies for the aged in the 21st century:
more 'structured dependency' or the realisation of human rights?
In: Ageing and Society vol 26 part 2, S. 161-179

Weiß N. (2012) ,Drei Generationen von Menschenrechten'
In: Pollmann A., Lohmann G. (Hrsg.) Menschenrechte. Ein interdisziplinäres Handbuch,
Stuttgart/Weimar: Verlag J. B. Metzler S. 228-233

Wildner M., Fischer R., Brunner A. (2002) Development of a questionnaire for
quantitative assessment in the field of health and human rights.
In: Social Science & Medicine 2002 Nov 55(10), S. 1725

Yates-Bolton N. (2010) Human rights-based care for older people.
In: Nursing Management 17/4, S. 26-27.

Yates-Bolton N. (2008) Human rights: Care of the human spirit.
In: Editorial of International Journal of Older Peoples Nursing, Volume 3/4, S. 223-294

Dokumente

AEMR Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948.
In: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
Letzter Aufruf: 24.10.2016

ECHR (2010) European Convention in Human Rights.
In: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
Letzter Aufruf: 24.10.2016

Erklärung des Ergebnisdokuments des Weltgipfels (2005)
UN-DOK. A/60/L.1, Nr. 121.
In: <http://www.un.org/depts/german/gv-60/band1/ar60001.pdf>
Letzter Aufruf: 24.10.2016

Europarat (1998) Empfehlung R (98)9 des Ministerkomitees
an die Mitgliedstaaten zu Pflegebedürftigkeit Anhang 1

Europäische Menschenrechtskonvention.

In: <http://www.coe.int/en/web/conventions/search-on-treaties/-/conventions/treaty/results/subject/3>

Letzter Aufruf: 24.10.2016

Europäische Sozialcharta (1961).

In: <http://www.europarl.europa.eu/brussels/website/media/Basis/Vertraege/Pdf/Europaeische%20Sozialcharta.pdf>

Letzter Aufruf: 24.10.2016

ICCPR (1966/1976) Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte. In: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICCPR/iccpr_de.pdf

Letzter Aufruf: 24.10.2016

ICESCR (1966/1976)

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

In: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_de.pdf

Letzter Aufruf: 24.10.2016

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland -

<https://www.bundestag.de/grundgesetz>

Letzter Aufruf: 24.10.2016

ICN-Ethikkodex.

In: <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>

Letzter Aufruf: 24.10.2016

Pflegecharta. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (2014).

In: <https://www.pflege-charta.de/de/startseite.html>

Letzter Aufruf: 24.10.2016

UN-BRK. UN-Behindertenrechtskonvention,

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2007).

In: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/vertragstexte/>

Letzter Aufruf: 26.10.2016

UN-Menschenrechtsschutz für ältere Menschen (2013).

In: <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/alter/menschenrechtsschutz-fuer-aeltere-menschen/>

Letzter Aufruf: 24.10.2016



**Katholische
Stiftungsfachhochschule
München**

University of Applied Sciences

**Katholische
Stiftungsfachhochschule
München**

Abteilung München

Preysingstraße 83
81667 München
Telefon 089-48092-1271
Telefax 089-48092-1900

Abteilung Benediktbeuern

Don-Bosco-Straße 1
83671 Benediktbeuern
Telefon 08857-88-501
Telefax 08857-88-599

www.ksfh.de

Impressum

Herausgeber:
Präsident Prof. Dr. Hermann Sollfrank
(V.i.S.d.P.)

Verantwortliche Redaktion:
Prof. Constanze Giese

Weitere Autoren:
Caroline Emmer De Albuquerque Green
Agnieszka Costina
Alexandra Fertig
Prof. Susanne Nothhafft
Prof. Bernd Reuschenbach

Bildmaterial:
© Rike/photocase.de

Gestaltung:
www.leporello-company.de

Druck:
Don Bosco Druck & Design

1. Auflage, Januar 2017

Fachhochschule der Kirchlichen
Stiftung des öffentlichen Rechts
„Katholische Bildungsstätten
für Sozialberufe in Bayern“