

Einzelbeiträge

Gedanken zu einer Berufsphilosophie der Krankenpflege

Von Marion Ferguson

Im allgemeinen verstehen wir unter dem Begriff Philosophie verschiedene Denksysteme mit diversen Standpunkten. Sie haben ihren Ursprung, zumindest für Europa, im Griechenland der Antike. Nun ist es aber nicht so, daß sich die philosophische Tradition der westlichen Welt deshalb entwickelt hätte, weil man gerne über abstrakte Dinge spekuliert, oder weil nur das reine Wissen imponiert, nicht aber auch seine Anwendung von Interesse sei. Ganz im Gegenteil: Die meisten Philosophien beschäftigen sich mit dem Was, Wie und Warum; das heißt, sie machen sich Gedanken über eine Integration zwischen dem, was mit Wissen und Wissenschaft bezeichnet wird, und dem Verhalten der Gesellschaft oder des einzelnen in der Öffentlichkeit wie auch im privaten Leben.

Ursprüngliche Probleme

Die griechischen Philosophen haben immer wieder drei entscheidende kritische Probleme aufgegriffen, die sich zwar unterscheiden, aber trotzdem sehr eng zusammenhängen. Es handelt sich dabei um folgende Themenkreise:

- Was für eine Rolle spielen das Wissen und seine tiefsten Begründungen in der Gesellschaft?
- Wie baut sich Wissen auf, und was ist seine Struktur?

Das dritte Problem entsteht aus den ersten beiden:

- Woraus bestehen Natur und Universum, und wie kann das Wissen zum Vorteil der Menschheit angewandt werden?

Entscheidend bei diesen drei Problemnetzen ist, daß es sich bei der Anwendung von Wissen und Wissenschaft immer wieder um moralische Fragen handelt, um Fragen von Werten, die verlangen, daß man sich mit ihnen auseinandersetzt.

Diese sehr allgemein gehaltenen Beobachtungen über Philosophie und Moral können mit der Krankenpflege im Prinzip in eine enge Verbindung gebracht werden.

Das Verhältnis von Krankenpflege und Philosophie

Es liegt mir fern, davon auszugehen, daß die Krankenpflege vorrangig ein Denksystem sei. Ich sehe sie als eine wesentliche und unentbehrliche praktische Aktivität, die in der Gesellschaft tief verankert ist und seit Jahrhunderten teils von religiösen Einrichtungen und teils von den meist weiblichen Mitgliedern der Großfamilien getragen wurde. Den Status eines Berufes hat die Krankenpflege erst seit ungefähr 150 Jahren. Anfänglich wurde sie zweifellos von den Ärzten definiert. Sie brauchten Leute, die Handlangerdienste für sie verrich-

teten und im übrigen für die Körperpflege der Patienten verantwortlich waren. Es handelte sich um das Waschen von Patienten — und um das Wischen von Fußböden; es handelte sich um das Zubereiten von kalten und warmen Umschlägen, um das Verteilen von Mahlzeiten und vieles andere. Es war eine Arbeit, die nicht sonderlich geschätzt wurde, die als selbstverständliche Frauenarbeit angesehen war, für die man keine besondere Ausbildung brauchte.

Heute — und ich spreche von entwickelten Industrieländern — hat sich auf dem Gebiet der Pflege einiges herauskristallisiert, was man mit Pflege bezeichnen kann, und was sich qualitativ von den Aktivitäten von damals unterscheidet. Wir waschen und füttern immer noch Patienten, wir machen auch immer noch kalte und warme Umschläge, wir wischen vielleicht nicht mehr die Fußböden, aber die eigentliche Arbeit hat sich kaum geändert. Was sich geändert hat, sind ganz bestimmte objektive Überlegungen und Handlungen über das Waschen und über die Essenseingabe, über die Art und Weise der Körperpflege und darüber hinaus, wie man das Recht eines Menschen auf Individualität respektiert, so daß er oder sie Unabhängigkeit und Selbständigkeit bewahren können, auch wenn der Körper seinen Dienst versagt.

Die Art und Weise der praktischen Aktivität in der Krankenpflege und ihre Inhalte verlangen eine Berufsphilosophie, die sich aus den beruflichen Anforderungen ergibt. In anderen Worten: Die diversen Tätigkeiten, die die Krankenpflege bestimmen, bedürfen der Reflexion über das Wie und Was in der Krankenpflege. Die sich daraus entwickelnden Pflichten der Krankenpflege gegenüber Klienten und Patienten auf der einen Seite und eigenen Mitarbeitern auf der anderen Seite verlangen, daß man sich über das moralisch Notwendige oder das Ethische Gedanken macht, um begründete Forderungen durchzusetzen und um tägliche berufliche Entscheidungen treffen zu können, die sich aufgrund einer Analyse von sozialer Erfahrung und wissenschaftlichen Kenntnissen aufbaut. Berufsphilosophien ändern sich von Zeit zu Zeit, ähnlich wie staatliche Verfassungen, weil das Gestrige der neuen Zeit wenig Hinweise geben kann. Aber die Entwicklung einer derartigen Philosophie darf nicht in eine Moralpredigt ausarten, denn um das Bewußtsein für Entscheidungen zu schärfen, braucht man Sicherheit und Begründung seiner Einschätzungen. Diese Aufgabe ist Gegenstand unserer Bildungsarbeit.

Bedeutung der Moral

In allen Sphären menschlicher Tätigkeit spielt moralisches Verhalten eine Rolle. Dementsprechend haben auch in der Krankenpflege Entscheidungen ihre moralische

schen Dimensionen, gleich welcher Form und welcher Tiefe. Wo immer Bedürfnisse existieren, ergibt sich die Notwendigkeit, sich mit ihnen zu befassen, unabhängig von Status oder Legitimität der Bedürfnisse. Das trifft auf alles zu, mit dem man sich beschäftigt — sei es auf Beziehungen in der Familie, unter Freunden, bei der Arbeit oder auch auf weltpolitische Interessen. Ruth Schröck¹ beschäftigte sich in einem Aufsatz über Fragen der Ehrlichkeit in der Krankenpflege mit deren moralischen Dimensionen und zeigte anhand von Beispielen der täglichen Arbeit, wie alle beruflichen Entscheidungen in der Krankenpflege im Grunde genommen eine Debatte über moralisches Verhalten sind.

Wir können von der Ethik allein aber nicht zu viel verlangen. Es ist nicht so einfach möglich, Auffassungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen. In bezug auf die Krankenpflege sind dazu Forschungsergebnisse notwendig, die aus den medizinischen, krankenpflegerischen, naturwissenschaftlichen und technischen Gebieten kommen, wie auch aus der Soziologie, der Psychologie und anderen Wissenschaften.

Modelle und Theorien in der Krankenpflege

Seit ungefähr zwanzig Jahren, also seit relativ jüngster Zeit, sind im englischen Sprachgebiet, vor allem in Amerika und auch in England, sogenannte *Modelle der Krankenpflege* entstanden. In der Krankenpflegeliteratur wird eifrigst darüber gestritten, inwieweit diese Modelle Theorien sind oder nicht^{2, 3}, und ob man überhaupt von einem praktischen Nutzen dieser Modelle für die Krankenpflege sprechen kann. Ich denke dabei an die meist zitierten Modelle von Henderson, Roper, Riehl/Roy und Orem⁴, die sich alle mit dem Wesen der Krankenpflege auseinandersetzen. Bei diesen Diskussionen über Modelle und Theorien in der englischen und amerikanischen Krankenpflegeliteratur handelt es sich darum, wie man lernt. Wir lernen durch Ausüben in der Praxis, wo sich Versuch und Irrtum oft die Hände reichen. In die Praxis einzusteigen, ohne vorheriges gutes theoretisches Durchdenken, ist u. U. nicht nur sehr kostspielig, sondern kann auch großen Schaden anrichten. Eine gut ausgebaute Theorie kann derartige Auswirkungen vermeiden, und klar umrissene Modelle, aufgebaut auf Hypothesen und Annahmen, können dabei eine wichtige Rolle spielen.

Ich meine, daß es sich bei den bisher publizierten Modellen der Krankenpflege kaum um *Theorien* handeln kann. Weder sind sie in der Lage, einwandfreie Voraussetzungen über Handlungsfolgen zu machen, noch geben sie gute heuristische Erklärungen über das Wesen der Krankenpflege selber ab. Die oben diskutierten Modelle können eher als *Philosophien* betrachtet werden. Während eine Theorie im allgemeinen versucht, einen Teil zu erklären, beschäftigt sich eine Philosophie eher mit dem Ganzen. Jedes der genannten Modelle birgt in sich ein spezifisches Denksystem, das die Krankenpflege und ihre Ausübung aufgrund dieses Systems darstellt. Zum Beispiel beschäftigt sich das von Orem diskutierte Modell mit dem Begriff der Selbsthilfe in der Krankenpflege, während Riehl und Roy sich mit den Adaptationsmöglichkeiten gegenüber Streß-Situationen auseinandersetzen, Henderson zeichnet auf, wie die Krankenpflege für die Zeit des Krankseins die Funktion des kranken Organismus übernimmt. Die Krankenpflege kann entsprechend den jeweiligen Modellen einen Aktionsradius, eine berufliche Bewegungsfreiheit, entwickeln, die ihr die Möglichkeit zur weiteren beruflichen Entfaltung gibt.

Der ethische Beitrag der Krankenpflege zum Sozial- und Gesundheitswesen

Die moralischen Dimensionen spielen in der individuellen Krankenpflege wie auch in der allgemeinen Gesundheitsvorsorge eine große Rolle. Daß es sich die Krankenpflege nicht leisten kann, diese Rolle zu übersehen, wird von Franz Koch und anderen in ihrer noch unvollständigen Dokumentation über die Krankenpflege während der Nazi-Zeit⁵ bestätigt. Damals hatte ein Teil der Krankenpflege sein Mitdenken ausgeschaltet und nur entsprechend den Erwartungen der Arbeitgeber gehandelt.

Dem Patienten muß immer genügend Spielraum eingeräumt werden, so daß er die Möglichkeit der freien Entscheidung hat. Zu welchen verheerenden Folgen ein Mangel an Entscheidungsspielraum führt, wird von Hochhuth in seinem 1979 erschienenen Drama „Die Ärztinnen“ aufgezeigt, in dem eine klare Verbindung zwischen der Entwicklung zweifelhafter Wissenschaft, Karriere Wünschen und Nichtbeachtung menschlicher, humanistischer Werte besteht, und wo die Krankenpflege oft Beihilfe leistet, ohne daß sie Bescheid weiß und erfragt, wenn sie Medikamente verabreicht, die eigentlich nur klinisch-pharmazeutische Versuche sind. In diesem Zusammenhang sollten wir uns sehr viel näher mit Paul Sporken beschäftigen, der einen sehr wichtigen beruflichen Widerspruch aufgreift, wenn er sagt: „Allgemein gilt, daß der Kranke selbst am besten mitbestimmen kann, was in seinem Interesse liegt. Eine erste Schwierigkeit besteht darin, daß der Patient die Entscheidung darüber in den meisten Fällen nur entsprechend der Information treffen kann, die er vom Arzt (evtl. auch von einem anderen Helfer) empfangen hat“⁶. Daraus ergibt sich auch für die Krankenpflege die absolute Verantwortung, im Interesse ihrer Patienten auch Information zu suchen, die die Zusammenhänge klar und eindeutig aufzeigt und Patienten die Möglichkeit gibt, auf ihrer oben angesprochenen Freiwilligkeit zu beharren. Das ist eine Aufgabe der Krankenpflege als Anwalt des Patienten.

Sich mit Veränderungen auseinandersetzen zu wollen, verlangt, daß man deren Notwendigkeit und Tragweite versteht und daß man deshalb auch die komplizierten Zusammenhänge zwischen Moral und Politik richtig einzuschätzen weiß. Veränderungen zu suchen, sie zu fordern und sie zu vollbringen, heißt zu erkennen, wie Moral und Politik zueinander stehen. Diese Erkenntnis ist eine der Grundlagen für die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, für die Entwicklung von Eigeninitiative und für Entscheidungs- und Risikobereitschaft. Ich spreche hiermit das Wissen und die daraus entwickelten Schlußfolgerungen an, daß sich die Politik mit der Verteilung von Ressourcen und auch mit der Arbeitsteilung als solcher beschäftigt, die Moral sich mit den Kriterien auseinandersetzt oder -setzt sollte, denen diese Verteilungen und Teilungen unterliegen.

Der rationalistisch denkende Kant hilft uns in seiner „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“⁷ mit Hinweisen, die zur menschlichen Untermauerung der beruflichen Krankenpflege dienen könnten. Sein „kategorischer Imperativ“ entwickelt das Prinzip der menschlichen Unantastbarkeit, nach dem der Mensch nur Zweck in sich selber ist, aber nie und nimmer Zweck anderer für andere. Für die Krankenpflege wie auch für das Sozial- und Gesundheitswesen ergeben sich daraus Forderungen für das Postulat: „Handle so, daß die *Maxime* Deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer

allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte". Die Tatsache, daß es sich bei Fragen von Forderungen, Bedürfnissen und deren Befriedigung um sehr vielschichtige Komplexe handelt, darf nicht davon abhalten, diese Probleme anzusprechen und damit berufliche Klarheit über Unterschiede zwischen Grund- und anderen Bedürfnissen zu finden. Was heißt es, daß der Mensch nur Zweck in sich selber sein soll? Oft ist es der Fall, daß Menschen benutzt werden, um Zwecke für andere zu erzielen — und Hochhuth hat uns einen großen Dienst erwiesen, indem er in seinem Werk derartige Fälle im Gesundheits- und Sozialwesen aufzeichnete. Wenn zum Beispiel meine Universität mich einstellt, um zu unterrichten, so ist der Zweck meiner Anstellung erstens, den Unterricht zu gestalten und zweitens, Studenten ihre weitere intellektuelle und emotionale Entwicklung zu ermöglichen. Bei Kant handelt es sich darum, daß der Mensch nicht *nur* zu fremden Zwecken benutzt wird. Kant verwendet deshalb den Rationalismus und die Vernunft, um den eigentlichen Zweck eines Vorhabens zu verstehen und entsprechende Fragen über dessen Sinn aufzuwerfen. In anderen Worten: Begleiterscheinungen und Verwicklungen von Zwecken sind nach Kant durch die Vernunft zu finden.

Die Folge von Professionalisierungstendenzen

Wir leben heute in einer anderen Zeit und müssen sehen, wie die Kantschen Hinweise angewendet werden können. Die Frage der verschiedenen Berufskompetenzen untereinander und zueinander und die jeweiligen Herrschaftstendenzen^{8, 9} der Berufe und ihres Wissens standen bestimmt zu Kants Zeiten in einem anderen Verhältnis zueinander, als es heute der Fall ist. Gerade in dem Augenblick, in dem sich die Krankenpflege als eigenständiger Beruf etabliert und deshalb mit den Begriffen von autonomer beruflicher Bildung und Selbstbestimmung der beruflichen Tätigkeit befaßt ist, bringt Ivan Illich¹⁰ seine weittragende und -bekannte Kritik der Herrschaftstendenzen von Berufen, der sogenannten Professionalisierungsprozesse, heraus. Er behandelt das Problem von Aufwand und Nutzen und wirft folgende Fragen auf: Handeln Berufe im wirklichen Interesse ihrer Klienten, wenn sie vorrangig ihre eigene Autonomie stärken und weiter ausbauen wollen? Folgen sie dann noch ihrer eigenen Berufsethik, die sie verpflichtet, vor allem die Interessen ihrer Klientel zu wahren? Illich klagt Berufe im allgemeinen an, daß sie als Experten ihres Faches mit ihrem Wissen „geizig“ umgehen, indem sie es für sich behalten. Die Folgen davon sind, daß die Klienten und auch Patienten zu passiven Individuen abgestempelt werden⁶. Wie Kenneth Zola in seinem Aufsatz über „Gesundheit und unfähig machende Berufe“¹¹ aufzeigt, ist es wohl nicht zufällig, daß gerade die jetzige Phase der Frauenbewegung sich auf dem Gebiet der Gesundheit gegen derartige Professionalisierungsprozesse wendet. Die Frauen fordern durch ihre Bewegung Selbstkontrolle und Mitbestimmungsrecht über ihren eigenen Körper und erheben Einspruch gegen eine Diskriminierung durch die Medizin wegen biologischer und etwaiger anderer Gesundheitsunterschiede zwischen Männern und Frauen.

Der Widerspruch, der sich in der allgemeinen professionellen Berufsentwicklung, ihrer Entstehung und Verfestigung bemerkbar macht, vollzieht sich auch in der Krankenpflege. Persönliche Beobachtung von Kollegen und Kolleginnen auf der Station und auch in der Gemeindefarbeit bestätigt, daß sie Wissen und Information vorenthalten. Dahinter steht weniger Absicht, sondern

eher ein Nichtverstehen, wie mit Wissen und Information umzugehen ist und was die Situation erfordert.

Heutige Fragen

Bevor die Krankenpflege in ihrem begonnenen Professionalisierungsprozeß weiterschreitet, ohne sich große Gedanken über entsprechende Folgen zu machen, ist es an der Zeit herauszufinden, was die neuen problemreichen Fragen sind. Sie entstanden durch eingreifende Einflüsse der jüngsten Zeit. Es handelt sich zum Teil um die Wissensexplosion, besonders in der Medizin und der Technik; um demographische Veränderungen in der Bevölkerung, in der sich die Anzahl der über 65jährigen vermehrt und sich das Verhältnis der Geschlechter zueinander wegen der unterschiedlichen Sterblichkeitsziffern von Männern und Frauen verändert; um die stark ansteigenden Kosten des Gesundheits- und Sozialwesens und um das allgemeine Krankheitsspektrum, das sich von mehr akuten Krankheiten zu solchen, die chronisch werden, verändert hat. Die Krankenpflege selber befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel: Es werden nicht nur die traditionellen Grenzen der Krankenpflege erweitert, sondern die Krankenpflege besinnt sich auch auf ihren Zweck und Sinn, um den Anforderungen ihrer Patienten gerecht werden zu können. Ferner drängt die Tatsache, daß die Krankenpflege charakteristische Merkmale eines Frauenberufes manifestiert, nach neuen Lösungen ihrer Berufsfrage.

Man müßte die Frage stellen, ob unsere von altersher eingefleischten Vorstellungen von einem beinahe automatischen Zusammenhang zwischen Krankenpflege und Krankenhaus nach wie vor Gültigkeit haben. Das Krankheitsbild der Bevölkerung hat sich von akuten Krankheiten zu mehr chronischen verlagert. Die Krankenhausverweildauer wird kürzer und kürzer. Die Bevölkerung in Städten und Dörfern hat ein Recht auf Primärversorgung, die sich vor allem mit Gesundheitsförderung beschäftigt; auf Rehabilitation und Information; auf wissenschaftlich gut untermauerte Hilfe und Beistand und auf beruflich kompetente häusliche Pflege. Vielleicht sollte man überlegen, ob nun die krankpflegerische Gemeindefarbeit als eigentliche Krankenpflege gilt und sich die Krankenpflege im Krankenhaus zum Spezialfach entwickelt.

Das Krankenhaus als zentrale Institution für Krankheiten beinahe jeder Art ging aus seiner Stellung in der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts hervor. Gewaltige soziale Umwandlungen, verbunden mit einer steilen biotechnischen Entwicklung in der Medizin, führten damals zu einem medizinischen Handlungssystem, das das Krankenhaus und seine ihm angegliederten Forschungsinstitute als Ausgangspunkt aller medizinischer Versorgung ansah.

Wir haben heute mit Krankheiten zu tun, deren Verlauf zwar beeinflußt werden, aber deren vollständige Heilung nicht erreicht werden kann¹²; Krankheiten, die eng mit Verhaltensweisen verbunden sind, bei denen vor allem kulturabhängige, biographische Konstellationen eine große Rolle spielen. Diese Art von Krankheiten stellt Forderungen zum Umdenken an die medizinische Wissenschaft, und die Krankenpflege im weitesten Sinne gehört dazu. Anstatt nach wie vor den Prototyp des naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses als einziges Krankheitsmodell gelten zu lassen, benötigen wir die Entwicklung pluralistischer Krankheitskonzepte, die sich mit dem Kranken und seiner spezifischen soziokulturellen und psychischen Situation¹³ befassen, und

die sich gleichzeitig mit Ursachen von Krankheiten beschäftigen, die aus eben diesen Situationen heraus entstehen. Es scheint mir, daß die Krankenpflege in der Gemeinde, also außerhalb des Krankenhauses, und ihre zukünftigen entsprechenden Forschungsprojekte viel mehr mit der heutigen Zeit zu tun haben als die Krankenpflege von gestern, die getreulich dem naturwissenschaftlichen Modell folgt. Änderungen diktiert die Notwendigkeit des Überschreitens bisheriger Grenzen. Ich glaube, daß die Zeit gekommen ist zu überlegen, was für Grenzen zu überschreiten sind, wo sie überschritten werden müssen und uns über die möglichen Konsequenzen einer derartigen Überschreitung für die Gesellschaft Gedanken zu machen. Zu dieser Auseinandersetzung gehört der ganze Fragenkomplex über die vermeintliche Trennung zwischen Heilen und Pflegen, wo sich die Medizin mit dem einen beschäftigt und sich die Krankenpflege das andere mit anderen mittleren medizinischen Berufen teilt. Diskussionen auf breiter Basis müßten angestrebt werden, an denen auch Repräsentanten der Bevölkerung teilnehmen sollten, um entsprechende berufliche Grenzverschiebungen zu diskutieren und deren Legalität und Legitimität zu wahren, so daß Illichs ursprüngliche Kritik nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Manche Kollegen versuchen, mir zu beweisen, daß es genügend Dokumentation über praktische Anwendung der patientenorientierten Pflege gäbe, die in England mit dem „Nursing Process“ betitelt wird und bei der die Krankenpflege auf die spezifische soziokulturelle und psychische Situation des Patienten eingeht. Eine Kritik am „Nursing Process“ besteht darin, daß allein durch seine Existenz eine Zweiteilung zwischen medizinischer und persönlicher Ideologie beim Umgang mit Krankheiten und mit Kranken zum Ausdruck gebracht wird.

Während sich die Krankenpflege mit patientenorientierter Pflege auseinandersetzt, funktioniert die Medizin nach wie vor entsprechend ihrem naturwissenschaftlichen Modell. Auf diese Art und Weise soll die Krankenpflege nur eine sich nicht ändernde Medizin kompensieren und gilt als Alibi des humanistischen Krankenhauses. Nur wenn auch die Medizin sich wandelt, und dafür gibt es allerhand Ansätze, dann hat auch die Krankenpflege die Möglichkeit, ihre eigene Beruflichkeit zu entwickeln. Als eines der Werkzeuge dieser Entwicklung werden bestimmte berufliche Qualifikationen gebraucht, die bisher als „angeboren“ galten, und deshalb nicht als eigentlich berufliche Qualifikationen ausgebaut wurden. Ich denke dabei an die sogenannten weiblichen Tugenden von Wärme und Hingabe, von emotionellem Verständnis, besonderer Freundlichkeit und Verbindlichkeit.

Das Wesentliche der patientenorientierten Pflege ist aber weniger die Anwendung dieser zufälligen sogenannten „weiblichen Tugenden“, die Herzenswärme und Herzensgüte ausströmen, sondern wichtig ist eine hochqualifizierte berufliche Ausbildung, in der das zum konstanten beruflichen Rüstzeug werden sollte, was im allgemeinen als weibliche Tugenden bezeichnet wird.

Die phänomenologische Perspektive

Victor Kestenbaum¹⁴ erschließt mit seinem in den USA erschienenen Buch „The Humanity of the Ill“ (das übersetzt etwa „die Menschlichkeit der Kranken“ heißt) durch die Anwendung einer soziologischen Perspektive der Phänomenologie eine berufliche, wissenschaftliche Untermauerung für die Krankenpflege. Eine phänomenologische Perspektive für diejenigen Berufe zu ent-

wickeln, die sich mit Kranksein und Krankwerden beschäftigen, heißt, über das Phänomen des Krankseins nachdenken zu lernen. Dieses Nachdenken, so behauptet Kestenbaum, regt nicht nur an, unser Wissen über das Kranksein zu vertiefen, sondern fordert auch Verständnis davon, was ein Berufstätiger braucht, wenn er von sich verlangt, mehr als nur ein guter Techniker zu sein. Eine auf die Medizin angewandte Phänomenologie kann allerdings Gedanken über das Kranksein nicht aus der Luft greifen oder zufällige einzelne Erfahrungen benutzen. Sie muß sich auf empirische Studien stützen. Uta Gerhardt¹⁵ vermittelt in ihrer Studie über Dialyse von nierenkranken Patienten in ergreifender Form, was Kranksein für diese Patienten und besonders für ihre Familien bedeutet, und wie es deshalb nicht dem reinen Zufall überlassen werden kann, die gesellschaftliche Existenz des Patienten und seiner Familie in der Therapie zu berücksichtigen. Diese Aspekte müssen ein Element der beruflichen Kompetenz werden, abgesehen von anderen Betrachtungsweisen, die aufgrund objektiver wissenschaftlicher Forschungsergebnisse entstanden sind.

Auf diese Art und Weise ergeben sich Hinweise für eine möglichst umfassende, therapeutische Pflege. *Es genügt nicht, sich einfach mit dem Kranken zu identifizieren.* Was gelernt werden muß, ist, die Erfahrungen von Patienten und von Kranksein so zu benutzen, daß sich persönliche Erfahrung in eine berufliche umwandelt, ohne unzulässigen Vereinfachungen zu verfallen. Von der Phänomenologie aus gesehen, bedeutet es, daß die Möglichkeit des Krankseins nicht rein subjektiv, sondern primär wissenschaftlich zu verstehen ist. Es ergibt sich daraus ein objektives Verständnis der Schwester/des Pflegers für Entscheidungen im Interesse des Patienten. Phänomenologie ist natürlich nicht die einzige wissenschaftliche Quelle für die berufliche Arbeit. Auch wird die Erfahrung des Krankseins für den Kranken selber nicht weniger schmerzlich, weil es eine phänomenologische Perspektive gibt! Aber ihre Anwendung im beruflichen Alltag kann in uns Vorstellungen davon entwickeln helfen, was Kranksein für den einzelnen und auch für eine Bevölkerung bedeutet, um daraus nützliche Therapien zu entwickeln.

Phänomenologie beschäftigt sich mit der Methode, das Wesentliche der Lebenserfahrung zu ergründen. Angewandt auf Kranksein macht sie sich zur Aufgabe, herauszufinden, wie es in der Welt des Kranken aussieht. Die phänomenologische Perspektive als wissenschaftliche Grundlage bringt die Möglichkeit, objektiv zu untersuchen und zu erlernen, daß sogenannte Freundlichkeit, Verstehen und ein distanzierendes Mitfühlen dann eine absolute berufliche Notwendigkeit darstellen, wenn Heilen und Pflegen berufliche Aufgaben sind. Phänomenologie in der Krankenpflege ist eine objektive Methode, das Empfinden des Patienten, seine Subjektivität, kennenzulernen. Sie ist gleichzeitig auch eine theoretische Perspektive zum Verständnis dafür, wie sich berufliche Ideologien entwickeln und wie Situationen entstehen können, in denen die Bedeutung der existentiellen Erfahrung von Kranksein für das Personal als nur zweitrangig gilt. Das Phänomen des Krankseins zu erfassen, bedeutet keineswegs, daß biologische Krankheitserscheinungen nicht wichtig genommen werden oder nicht gelten. Wir müssen lernen zu erfassen, wie sich biologische Erkrankungserscheinungen auf den einzelnen und seine Familien auswirken, *was sie zu bedeuten* haben. Es handelt sich auch nicht darum, daß man verschiedene Sprachen spricht, wenn man sich mit verschiedenen Kategorien befaßt: die biologisch-techni-

sche Sprache für das naturwissenschaftlich Medizinische und die phänomenologische, wenn es sich um den ganzen Patienten handelt.

Die dargestellten Probleme müssen ihre Auswirkungen in der Art und Weise finden, wo und wie wir die Krankenpflege unterrichten, was für Programme entwickelt werden müssen, wie sich die Auseinandersetzung mit anderen Berufen gestaltet und welche verschiedenen Arten von Krankenpflegern und -schwestern wir brauchen. Seit ich mich mit der Geschichte der Krankenpflege auseinandersetze, weiß ich, daß die meiste eigentlich pflegerische Arbeit von nicht ausgebildeten Krankenschwestern geleistet wird. Es existieren Rangunterschiede zwischen verschiedenen Graden von Krankenpflegepersonen, die zu beruflichen Unsicherheiten und Unstimmigkeiten führen, und vor allem höchstwahrscheinlich den Anforderungen an kompetente Pflege nicht gerecht werden. Wenn wir es mit der Qualität der Pflege wirklich ernst meinen, dann geht es nicht ohne entsprechende Forschungsarbeiten. Diese müssen dann auch den entscheidenden Behörden so nahegebracht werden, daß ihre Ergebnisse auf die Notwendigkeit einer kompetenten Pflege hinweisen. Es geht nicht nur um die Frage nach der Curriculumplanung und effektiven Wissensaufnahme; es geht auch um behördliche Hindernisse, und vor allem um traditionsgebundene Vorstellungen, denen man überall begegnet. Obwohl das Gesundheitswesen über eine ganze Anzahl verschiedener mittlerer Berufe verfügt, geschieht die Schulung und Ausbildung für alle diese Berufe vollkommen getrennt. Die Berufe wissen sehr wenig voneinander, und so werden die Kompetenzstreitigkeiten untereinander genährt durch gegenseitiges Unwissen über den jeweiligen Beitrag des entsprechenden Berufes. Was wir brauchen, sind neue Überlegungen darüber, wo wir uns befinden, wo wir hin wollen und inwieweit das im Einklang steht mit Entwicklungen von Bevölkerungstendenzen, Arbeitsprozessen und politischen Systemen. Es ist wohl kaum möglich, Entwürfe und Pläne für die Ewigkeit zu konstruieren. Daß sie sich ändern, von Zeit zu Zeit ändern müssen, ist nicht in Frage gestellt. In Frage gestellt wird, ob man Organisationsformen von gestern weiter behält und ob sie für heute passen.

Die Wissenschaftlichkeit der Krankenpflege liegt in ihrem Forschungsvermögen, das nicht immer und nicht unbedingt ganz groß angelegt sein muß. Es müssen aber

der Wille existieren und die Formen gefunden werden, das was wirklich angewandt wird, zu evaluieren, zumindest um zu sehen, inwieweit die eigenen Vorstellungen in die Tat umgesetzt werden können. Eine Berufsphilosophie, die auf einer guten Analyse sozialer Erfahrung und auf wissenschaftlichen Kenntnissen aufgebaut ist, sollte in der Lage sein, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen.

Literatur

- ¹ Schroeck, R.: A Question of Honesty in Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1980, 5, 135-148
- ² Webb, C.: In the Eighth Day God Created the Nursing Process and Nobody Rested. *Senior Nurse*, 33 (1984) 22-24
- ³ McFarlane, E.: Nursing Theory. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 1980, 3-19
- ⁴ Henderson, V.: *The Nature of Nursing*. Mcmillan, New York, 1966;
- Roper, N. Logan, W. Thierney, A.: *The Elements of Nursing*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1980;
- Riehl, J. P. und Roy, C.: *Conceptual Models for Nursing Practice*. Appleton-Century-Crofts, New York, 1980;
- Orem, D.: *Nursing — Concepts of Practice*. McGraw, New York, 1980
- ⁵ Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum: *Geschichte der Krankenpflege, Versuch einer kritischen Aufarbeitung*. Gesundheitsladen, Berlin, 1984
- ⁶ Zitiert nach Hofschneider, P. H.: *Ärztliche Ethik aus naturwissenschaftlicher Sicht*. In: Deneke, J. F. V.: *Ärztliche Ethik, Symposium Köln*, 1978
- ⁷ Kant, I.: *Groundwork to the metaphysics of morals*. Transl. H. J. Paton, Hutchinson, London, 1974
- ⁸ Bolte, M. et al: *Deutsche Gesellschaft im Wandel*. S. 427. Leske Verlag, Opladen, 1969
- ⁹ Freidson, E.: *Dominanz der Experten*. Übersetzt J. J. Rohde. München-Berlin-Wien, 1970
- ¹⁰ Illich, I. et al: *Disabling Professions*. Marion Boyars, London, 1977
- ¹¹ Zola, K.: *Health and the Disabling Professions*. In Illich et al. 1977
- ¹² Powles, J.: *On the Limitation of Modern Medicine*. In: *The Challenges of Community Medicine*. Kane, R. L., New York, 1974
- ¹³ Mitscherlich, A.: *Krankheit als Konflikt*. Frankfurt/Main, 1970
- ¹⁴ Kestenbaum, V. (Hrsg.): *The Humanity of the Ill*. University of Tennessee Press
- ¹⁵ Gerhardt, U.: *Patientenkarrieren*. Erscheint bei Suhrkamp, Ende 1985

Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten anlässlich der 6. Gießener Internationalen Fortbildungstage für Krankenpflege, am 13. März 1985 in Gießen

Anschrift der Verfasserin: Marion Ferguson, University of London, Dept. of Sociology, Bedford College, Regent-Park, GB London NW1 4NS

Probleme der Krankenpflege im Spiegel biblischer Geschichten

Von Dr. theol. Michael Nüchtern

„Wir erleben in unserem Beruf so viele Dinge, die uns nach dem Glauben fragen lassen.“ Die Schwester aus der Sozialstation sagte es fast beschwörend, als läge ihr daran, die anderen von der Nähe ihrer Berufsprobleme zum christlichen Glauben zu überzeugen. Sie meinte, der tägliche Umgang mit Leiden und Sterben, das Erleben von Grenzerfahrungen müßte doch den Sinn für die Antworten des Glaubens wecken.

Seit Krankenpflege in unserem Kulturkreis kein christliches Monopol mehr hat, muß auch die Beziehung zwischen dem christlichen Glauben und der Krankenpflege

gedanklich aufgewiesen werden. Man kann dies nicht nur auf die Weise tun, die die oben zitierte Krankenschwester andeutete. Man könnte genauso auf die christliche Tradition verweisend darstellen, wie die Christen seit ihren Anfängen ihren Glauben bekannten, indem sie für Kranke sorgten.¹ Es wäre auch möglich, von einem bestimmten Gemeinde- oder Kirchenverständnis auszugehen (z. B. Kirche für andere) und die Notwendigkeit zu betonen, daß Christen sich durch das Leid anderer zur Hilfe herausgefordert fühlen. Im folgenden soll ein weniger grundsätzlicher Weg be-