

Lothar Kabus

Entmündigung der Krankenpflege – die Formel von Virginia Henderson

In ihrer Arbeit “Grundregeln der Krankenpflege“ meint Henderson, die berufliche Tätigkeit der Krankenschwester auf folgende Formel bringen zu können: “Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod) ,welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt“.¹⁾

Die Übersetzung eines Textes in eine andere Sprache ist zwangsläufig der Gefahr von “Bedeutungsverschiebungen“ oder ähnlichem verbunden. Aber wie auch immer der Originaltext von Henderson lautet, seine Übersetzung dokumentiert das Selbstverständnis der Krankenpflege in der BRD.

Grauhan leitet aus dieser Formel folgende Aussage ab: “Pflegetätigkeit ist ... komplementär zur *Autonomie* des einzelnen Patienten.“²⁾ D.h., sie ist der Meinung, diese Formel definiere Krankenpflege als patientenzentrierte Tätigkeit, und zwar insofern, als sie den Patienten als autonome Wesen behandelt wissen möchte.

Genau diese Frage soll im folgenden anhand einer genauen Analyse der Formel von Henderson/Fischer untersucht werden.

1. *“Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod)...“*

Eigentlich stellt die Aussage dieses Satzes eine Enttäuschung dar. Man erwartet Besonderheiten, denn er beginnt mit den Worten “Die besondere Funktion...“. Dann aber folgen lediglich Trivialitäten und Selbstverständlichkeiten wie “Hilfeleistung“ und “Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen“.

Auffällig ist lediglich:

- die überflüssige Akzentsetzung auf den “einzelnen, ob krank oder gesund“. Ist Krankenpflege Einzelpflege? Warum ist sie Hilfeleistung auch für den Gesunden?
- die Benutzung des vorsichtigen Verbs “beitragen“ anstelle eines solchen, das eine zielgerichtete Tätigkeit auszudrücken vermag, sowie
- die Ein- bzw. Ausklammerung eines “friedlichen“ Todes. Nun muß Henderson/Fischer allerdings zugestanden werden, daß sie damit keineswegs etwas absolut Falsches sagen: Die Schwester hat es nun einmal mit dem Menschen als einem Individuum zu tun, das faktisch vereinzelt ist, zumal in seinem Kranksein. Und sie führt nun einmal Handreichungen durch, die jeweils nur am einzelnen durchführbar sind. Und daß die Schwester es faktisch nicht nur mit Kranken, sondern hin und wieder auch mit Gesunden zu tun hat, ist auch nicht falsch. Bleibt die merkwürdige In-Klammersetzung des friedlichen Todes, welche zu der Frage führt: Besteht die “besondere Funktion der Schwester“ eher in “Hilfeleistung“ für den Gesunden als für den Sterbenden?

Andererseits kann natürlich nicht geleugnet werden, daß es das Ziel der Schwester sein muß, in erster Linie “zur Gesundheit oder Genesung“ beizutragen. Und mehr als “beitragen“ kann sie ja nun wirklich nicht, denn Behandeln ist Sache des Arztes und Gesundwerden Sache des Patienten.

Fazit: Henderson/Fischer beschränken sich auf die Darstellung vordergründiger Richtigkeiten und Selbstverständlichkeiten, die es fraglich erscheinen lassen, ob sie eine “besondere Funktion“ rechtfertigen.

2. *“Handreichungen,... welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte.“*

Die Formulierung “Handreichungen,... welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde,...“ ist im Grunde genommen sprachlicher Unsinn, weil das Wort “Handreichungen“ - verstanden als “Hilfeleistung“, oder Geben von Hilfestellung - lediglich auf die Schwester bezogen werden kann, nicht auf den Patienten. Wer reicht sich denn schon selbst die Hand? Die gleichberechtigte Anwendung dieses Wortes sowohl auf das, was die Schwester faktisch tut, als auch auf das, was “der Kranke“ (angeblich) “*selbst ohne Unterstützung vornehmen würde*“, bedeutet aber zweierlei: einmal die gedankliche Verschmelzung von handelndem Subjekt - also der Schwester - mit dem zu behandelnden Objekt - dem Patienten. Zum anderen die qualitative Gleichsetzung der Tätigkeit der Schwester mit der des Patienten, wenn man “Handreichungen... vornehmen“ als Hilfestellung geben bei fremder Tätigkeit versteht, - den Patienten also als handelndes Subjekt begreift, nicht als passiven Arbeitsgegenstand, worauf es Henderson/Fischer wahrscheinlich ankommt. Nur tun sie hier des Guten zu viel, indem sie - durch die Benutzung des gleichen Worts - so etwas wie Identität vorgaukeln: das, was die Schwester tut, ist im Prinzip das gleiche, was der Patient tut.

Nahe liegt die Vermutung, daß Henderson/Fischer mit dem Begriff “Handreichungen“ die Absicht verbinden, Krankenpflege absolut wasserdicht als patientenzentrierte Tätigkeit zu definieren. Dabei würden sie zunächst davon ausgehen, daß das Individuum in der Regel sich selbst hilft. Dies jedenfalls könnte m.E. eine noch halbwegs sinnvolle Interpretation der Formulierung “Handreichungen,... welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde“, darstellen. Nun bildet der Kranke hier aber eine Ausnahme, insofern er auf fremde Hilfeleistung angewiesen ist. Krankenpflege wäre also so etwas wie Hilfe zur Selbsthilfe. Auch so könnte man Henderson/Fischer verstehen. Hilfe zur Selbsthilfe aber wiederum setzt voraus, daß zwei tätige Individuen, das helfende und das sich selbst helfende, die Grenzen ihrer jeweiligen Eigentätigkeit miteinander aushandeln müßten. Es scheint nun aber so zu sein, daß Henderson/Fischer dieses individuelle Aushandeln zu überspringen beabsichtigen, weil es ihnen nicht patientenzentriert genug ist, weil damit die alleinige Souveränität des Patienten angetastet werden könnte. Statt dessen, so ist zu vermuten, verschmelzen sie gedanklich die Tätigkeit der Schwester mit der des Patienten und setzen auf absolute Handelseinigkeit: Die “Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu seinem friedlichen Tod)“, werden zu "Handreichungen,..." welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde.“

Das aber wiederum würde bedeuten, daß Henderson/Fischer mit ihrer Wortwahl die Absicht signalisieren, praktischer Krankenpflege erst dann das Gütesiegel “patientenzentriert“ zu verleihen, wenn die Tätigkeit der Schwester nicht mehr als Eigentätigkeit erscheint, sondern als Tätigkeit des Patienten. Wahrlich, patientenzentrierter ginge es nimmer. Denn dieser wäre nicht nur alleiniger “Arbeitgeber“ der Schwester - einen anderen läßt der Wortlaut der Formel nicht zu - sondern auch der alleinige Arbeitende.

Wie erreichen nun Henderson/Fischer das Ziel absoluter Patientenzentriertheit? Sie erreichen es zunächst einmal dadurch, daß sie das Verhältnis Patient-Schwester mystifizieren, indem sie Krankenpflege als ein mystisches Eins-Sein des Pflegenden mit dem Kranken definieren. Das aber kann doch nur heißen, daß sie die Grenzen auflösen, welche die menschliche Autonomie, nun einmal setzt, ganz gleich, was man darunter nun verstehen mag, und wem man sie zubilligt: dem Patienten, der Schwester oder beiden.

Henderson/Fischer erreichen absolute Patientenzentriertheit weiter dadurch, daß sie der Schwester die Fähigkeit zu absoluter Empathie unterstellen. Sie gehen also über das hinaus, was Rohde fordert, „nämlich empathisches *Eingehen* auf die jeweilige Problemlage des Patienten“⁽³⁾. Es stellt sich die Frage, wie Henderson/Fischer sich die Realisierung dessen vorstellen, was sie als scheinbare Selbstverständlichkeit postulieren. Konkretisieren läßt sich ihre absolute Handelseinigigkeit eigentlich nur auf zweierlei Weise, zum einen als absolute Herrschaft entweder des Patienten über die Schwester oder umgekehrt, und zum anderen als banale Intimität. Letzteres würde allerdings bedeuten, daß Krankenpflege nicht nur als eine Tätigkeit zu begreifen sei, die notwendig mit Eingriffen in den Intimbereich des Kranken einhergeht, sondern daß Krankenpflege als solche Intimität sei. Es hat den Anschein, als ob Henderson/Fischer die Illegalität krankenschwesterlicher Tätigkeit⁽⁴⁾ dadurch aufheben wollen, daß sie das Verhältnis Patient-Schwester zum legalen Intimverhältnis erklären.

Es hat weiter den Anschein, daß sie Herrschaft durch Intimität verschleiern wollen, und daß sie zu diesem Zweck die Beziehung Mann-Frau als ein Modell benutzen, das sowohl Herrschaft als auch Intimität beinhaltet. Nicht von ungefähr folgen Henderson/Fischer allzu bereitwillig dem allgemeinen Sprachgebrauch: Der Hilfeleistung Empfangende ist der Kranke, also ein Mann, während sie im Erbringen der Hilfeleistung die besondere Funktion der Schwester sehen. Krankenpflege hat für sie also einen deutlich weiblichen Akzent, obgleich es auch den männlichen Krankenpfleger gibt.

Können Henderson/Fischer, die so Unglaubliches definieren wie Herrschaft durch Hilfsbedürftigkeit, absolutes Eingehen usw., vielleicht nur dadurch Glaubwürdigkeit erlangen, daß sie auf das Stereotyp der scheinbar selbstverständlichen Unterordnung der dienenden Frau unter den herrschenden aber dennoch hilflosen Mann zurückgreifen? Offensichtlich knüpfen Henderson/Fischer hier hintergründig an die herrschende Vorstellung an, daß wahre Humanität nur in einem privaten Raum realisierbar sei, und das zwingt sie, Krankenpflege als pseudoprivates Idyll zu definieren, also nicht als Inanspruchnahme einer öffentlichen Dienstleistung bzw. als Lohnarbeit im öffentlichen Dienst. Das wiederum führt zu der Frage, ob sie Krankenpflege überhaupt als Berufsarbeit begreifen können. Ist das, was sie definieren, nicht vielmehr Privattätigkeit, also bestenfalls Privatpflege? Wollen sie vielleicht Krankenpflege als Privattätigkeit *neben* der Berufsarbeit der Schwester verstanden wissen als etwas, das zusätzlich geleistet werden muß und aufgrund seiner Geringfügigkeit auch geleistet werden kann? In der Tat kann die infrage stehende Formulierung auch als der Versuch einer konsequenten Herabwertung praktischer Pflegetätigkeit verstanden werden. Dieser Verdacht läßt sich an zwei Punkten festmachen:

1. Mit dem Gebrauch des Wortes „Handreichungen“ vermitteln Henderson/Fischer
 - die Vorstellung, Krankenpflege sei leichte Handarbeit, also nicht Knochenarbeit, die den ganzen Körper beansprucht wie Heben, Stützen, Tragen eines Patienten ganz gleich welchen Gewichts;
 - die Vorstellung leichter Hilfstätigkeit. Die eigentliche Arbeit macht ein anderer, also der Patient;
 - die Vorstellung von Geringfügigkeit und Unerheblichkeit. Krankenpflege wäre somit eine Tätigkeit, bei der es auf eine Handreichung mehr oder weniger nicht ankäme;
 - die Vorstellung von Diffusität, Unberechenbarkeit und Zersplittertheit. Krankenpflege wäre also keine zielgerichtete Tätigkeit, die auf die Hervorbringung eines Produktes als Ganzem abstellte. Sie wäre vielmehr eine Tätigkeit, die sich an einem vorgegebenen Ganzen zu orientieren hat und darüber die eigene Ganzheit verliert. Krankenpflege hätte also nichts „Handwerkliches“ an sich, sondern bestünde lediglich in einer Handreichung hier und einer Handreichung dort.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Henderson/Fischer mit dem Gebrauch des Wortes „Handreichungen“ die Vorstellung vermitteln, Krankenpflege sei keine richtige Arbeit, ja eigentlich sogar Nichtarbeit. Allerdings muß man ihnen zugute halten, daß sich diese

Vorstellung der Schwester selbst auch vermittelt, nämlich aus der Erfahrung ihres beruflichen Alltags, aus der Art ihrer Beschäftigung als “Mädchen für alles“ und “für jedermann“. Nur lassen es Henderson/Fischer ja damit nicht bewenden. Sie gehen einen Schritt weiter.

2. Indem sie mit dem Wort “Handreichungen“ sowohl die faktische Tätigkeit der Schwester als auch die fiktive des Patienten bezeichnen - beide Tätigkeiten also gedanklich verschmelzen - bagatellisieren sie nicht nur die Arbeit der Schwester. Vielmehr gehen sie den Weg der Abwertung weiter bis zur letzten Konsequenz, der völligen Entwertung:
- Krankenpflege verliert ihren Wert als Berufstätigkeit: Patientenzentrierte Pflege im Sinne von Henderson/Fischer unterscheidet sich nicht von den banalen “Aktivitäten des täglichen Lebens“⁵⁾, die “der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde.“
 - Krankenpflege verliert ihren ideellen Wert als Hilfeleistung, und zwar insofern, als diese gedanklich überflüssig gemacht wird.
 - Krankenpflege verliert ihren Wert als Arbeit. Denn der Patient als fiktiver Arbeitgeber, als “oberster Dienstherr“ nimmt nicht nur die Dienstleistungen der Schwester allein für sich in Anspruch, vielmehr verleibt er sich diese quasi ein. Er verkörpert also krankenpflegerische Arbeit, nicht die Schwester. Auf diese Weise wird deren Tätigkeit zur Nichtarbeit, zum bloßen Dienen aufgrund eines fiktiven Herrschaftsverhältnisses.
 - Krankenpflege verliert ihren materiellen Wert, denn der Schwester wird das Recht auf angemessene materielle Entlohnung abgesprochen, indem die Schwester zum Schuldner des Patienten erklärt wird.
 - Krankenpflege verliert ihr Recht auf immaterielle Gratifikation, denn sie wird gedanklich zur Bedürfnisbefriedigung nicht etwa des Patienten sondern der Schwester: Aufgrund des mystischen Eins-Seins mit dem Kranken hat diese nämlich nicht nur Teil an dessen Bedürfnissen, sondern auch an deren Befriedigung. Darüberhinaus aber schuldet sie dem Patienten Dank, denn er ist es ja, der für sie arbeitet und der ihr hilft. Und deshalb kann es eigentlich nur *ihr* Bedürfnis sein, wem man bereit ist, dieser abstrusen Logik zu folgen, dem Patienten zu helfen, um damit ihre Schuld abzutragen.

Wie erreichen Henderson/Fischer also absolute Patientenzentriertheit? Offensichtlich nur dadurch, daß sie den Wert pflegerischer Tätigkeit gedanklich auf Null bringen. Die Frage ist nur, von wem fühlen sie sich beauftragt: Vom Arbeitgeber Patient oder vom eigentlichen Arbeitgeber der Schwester? Denn eines dürfte doch einleuchten, die Leistung eines Lohnarbeitenden, der seine Arbeit als Nichtarbeit, ja als private Bedürfnisbefriedigung zu begreifen gelernt hat, muß als grenzenlos steigerbar erscheinen. Wollen Henderson/Fischer absolute Patientenzentriertheit dadurch realisieren, daß sie der Schwester ein tendenziell grenzenloses Quantum von Mehrarbeit abnötigen?

Bei dem letzten Teil des zu analysierenden Satzgebildes handelt es sich formal um einen Konditionalsatz etwa folgenden Inhalts: Der Kranke würde die Handreichungen selbst vornehmen, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte.

“Kraft, Wille, Wissen“ des ideell “unabhängigen“ Patienten als Voraussetzung dafür, daß dieser diffuse Handreichungen an sich selbst vorzunehmen vermöchte, sind vornehmlich motivationale Konzepte. Die Schwester hat nach dem Übertragungsmodell stellvertretend zu agieren. Die Absurdität der Formel ist verdoppelt: sie bestimmt den Patienten völlig inhaltslos-negativ als jemanden, der unabhängig handeln würde, wem er es könnte, die Schwester als Person, die handelt, obwohl sie *unabhängig* Kraft, Willen und Wissen nicht realisieren kann. Henderson/Klein setzen an die Stelle einer plausiblen Definition der Akteure ein Übertragungs-, ein Interaktionsmodell. Das ermöglicht es ihnen auch, den unspezifischen *Handlungs- und Motivationsbegriff* gegen den der *Arbeit* auszuwechseln: das erklärt, warum von Arbeit und Können der Schwester nicht die Rede ist. Sie wird ihrer praktischen Kompetenzen enteignet.

3. *“Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wiedererlangt.“*

Gegenüber dem vorausgegangenen Satzgebilde hat diese Formulierung den Vorteil, daß sie eine eindeutige Aussage wagt: Der Kranke soll mithilfe der Schwester *“seine Unabhängigkeit“* wiedererlangen, und zwar *“so rasch wie möglich“*. Warum eigentlich *“rasch“*? Warum nicht so bald wie möglich? Soll hier jemand zur Eile angetrieben werden? Und wenn ja, wer? Der Patient, die Schwester oder beide? Und warum das Wiedererlangen von Unabhängigkeit und nicht von Gesundheit oder Genesung oder das Ermöglichen eines friedlichen Todes? Vielleicht deshalb, weil dies trotz der Möglichkeiten der modernen Hochleistungsmedizin nicht so ohne weiteres *“rasch“* geschehen kann. Wenn aber gefordert wird, daß etwas so rasch wie möglich geschieht, dann kann mit Recht erwartet werden, daß dies auch rasch möglich ist, andernfalls beinhaltete diese Forderung eine Unmöglichkeit und wäre deshalb sinnlos. Das aber wiederum hieße, daß der Klient der Schwester lediglich der Kranke ist, bei dem das Wiedererlangen von Unabhängigkeit, ganz gleich, was man darunter zunächst verstehen mag, zu erwarten ist. Chronisch Kranke und Sterbende fielen also nicht unbedingt unter die *“besondere Funktion der Schwester“*. Folgerichtig müßte der *“friedliche Tod“* ein- bzw. ausgeklammert werden.

Oder aber, Klient der Schwester ist lediglich der Kranke, bei dem rasches Wiedererlangen von Unabhängigkeit zu erwarten ist, also beim Leicht- und Kurzkranken bzw. beim therapiefähigen Kranken.

Abgesehen davon, daß Henderson/Fischer möglicherweise Krankenpflege nicht als Pflege des Kranken schlechthin verstehen, geben sie einem weiteren Verdacht Raum, nämlich dem, daß sie Krankheit und Unabhängigkeit durch die Brille des Oberflächlich-Faktischen sehen, des medizinisch *“rasch“* Machbaren. Krankheit wäre therapierbare Krankheit und Unabhängigkeit faktische Unabhängigkeit von der Hilfeleistung der Schwester bzw. der Institution Krankenhaus. Damit bekäme aber der letzte Satz der Formel folgenden banalen Inhalt: Die Hilfeleistung der Schwester hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich aus dem Krankenhaus entlassen werden kann. Und dieses *“so rasch wie möglich“* wäre nicht so sehr Ausdruck humanen Helfens und totaler Empathie, wie Henderson/Fischer vordergründig glauben machen möchten, sondern vielmehr Ausdruck institutioneller Zwänge wie der Notwendigkeit von Bettenauslastung, von Steigerung des Patientendurchlaufs, von Auslastung der diagnostisch-therapeutischen Kapazitäten des Krankenhauses usw.

Dies hieße aber doch letztlich, daß die *“Unabhängigkeit“* des Kranken sich von der Autonomie des Krankenhauses herleitete und somit gar nicht *“seine“* eigene wäre, wie Henderson/Fischer es behaupten. Es scheint so zu sein, daß sie einen Begriff benutzen, der sich in doppelter Weise verwenden läßt, einmal als Ausdruck menschlicher Wertvorstellungen und zum anderen als Ausdruck von Zwängen und Notwendigkeiten. Und in der faktischen Situation des Krankenhauspatienten scheinen sich nun beide Möglichkeiten in glücklicher Weise zu vereinen: Der Zwang zur raschen Herstellung der Entlassungsfähigkeit aus Gründen der Effektivität des Krankenhausbetriebs und der Wunsch des Patienten, wieder in seine gewohnte Umgebung - seine Unabhängigkeit - zu gelangen, denn ein Krankenhausaufenthalt ist ja alles andere als angenehm.

Dies hieße aber, daß Henderson/Fischer rohe Faktizität und Notwendigkeit mit einem scheinbar humanen Wert vergolden, und insofern erscheint es fraglich, ob ihre Forderung an die Schwester dafür zu sorgen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wiedererlangt, rein humanen Erwägungen entspringt. Es scheint auch möglich, daß ganz einfach das Arbeitstempo der Schwester erhöht werden soll, und zwar auf zweierlei Weise, einmal durch einen Appell an ihr humanes Engagement, zum andern durch das Inaussichtstellen von Arbeitsentlastung. Die Grundlage in beiden Fällen wäre aber die

faktische Inhumanität der Institution Krankenhaus und die Not des Patienten, welche als Medium zur Durchsetzung institutioneller Interessen benutzt würde.

4. Kritische Wertung

Daß nach Henderson/Fischer der Kranke nicht einfach nur seine Gesundheit, sondern vor allem seine Unabhängigkeit wiedererlangen soll, kann nicht nur als ein Hinweis dafür angesehen werden, daß diese sich der Effektivität des Krankenhausbetriebs verpflichtet fühlen, wonach Krankenpflege so rasch wie möglich zu einem greifbaren Ergebnis zu führen hat. Vielmehr kann dies auch so verstanden werden, daß Unabhängigkeit für sie der übergeordnete humane Wert ist, dem sie Gesundheit, Genesung und friedlichen Tod unterordnen, was gedanklich durchaus möglich ist: Gesundheit als Unabhängigkeit, Krankheit als Verlust von Unabhängigkeit und Genesung als Zwischenstadium auf dem Wege zur vollen Unabhängigkeit. Doch was ist mit dem “friedlichen Tod“?

Natürlich kann man auch ihn als eine besondere Form von Unabhängigkeit begreifen, nämlich als absolute Unabhängigkeit von menschlicher Hilfe. Und wenn man bedenkt, daß letztlich auch der völlig Gesunde nicht unabhängig ist von mitmenschlicher Hilfe, sei es nun im beruflichen Alltag von der Hilfe der Kollegen oder im Privatleben von der Hilfe der Angehörigen und Freunde, dann dürfte auf makabre Weise klar werden, daß sich dieser humane “Wert“ in seiner Verabsolutierung eigentlich nur am Toten konkretisieren läßt. Insofern wäre es eigentlich nicht so ganz verständlich, weshalb Henderson/Fischer den “friedlichen Tod“ ausklammern.

Aber vielleicht tun sie es deshalb, weil es ihnen nicht um Unabhängigkeit an sich geht, sondern weil sie diesen Wert am aktiven - und das heißt natürlich am lebenden - Individuum konkretisieren wollen. Wie wichtig ihnen der eigenaktive Patient ist, zeigen sie ja dadurch, daß sie dessen zwangsläufig eingeschränkte Aktivität dadurch aufzubessern versuchen, daß sie ihm die Fremdaktivität der Schwester als Teil seiner Eigenaktivität unterschieben. Nur, wenn das aktive Individuum so wichtig ist, warum muß es dann auch noch unabhängig sein? Setzen Henderson/Fischer mit ihrer Wortwahl nicht wieder einmal eine Oktave zu hoch an, wenn sie fordern, der Kranke solle seine Unabhängigkeit so rasch wie möglich wiedererlangen? Würde nicht die volle Handlungsfähigkeit genügen? Denn wer ist schon unabhängig aufgrund eigener Aktivität? Offenbar geht es Henderson/Fischer um mehr als nur partielle Werte wie einfache Unabhängigkeit oder Aktivität. Es geht ihnen um das Wesen des Menschen, welches sie in seiner Autonomie erblicken, menschliche Autonomie also - vgl. Grauhan - als Ergebnis individueller Aktivität. Insofern ist es verständlich, daß sie sich gezwungen sehen, auch dem abhängigen, hilfsbedürftigen Kranken so etwas wie Unabhängigkeit überzustülpen. Täten sie es nicht, dann - so meinen sie wohl - sprächen sie ihm die Menschlichkeit ab.

Patientenzentrierte Pflege zu definieren heißt deshalb für Henderson/Fischer, das autonome Individuum zum zentralen Wert zu machen, zum Ausgangspunkt aller Überlegungen, um überhaupt Pflege als menschliche zu definieren. Insofern dürfte die Vermutung richtig sein, daß der letzte Satz der Formel der eigentlich wichtige ist, weil er deren Zentralwert nennt, nämlich “Unabhängigkeit“ verstanden als individuelle Autonomie. Nun können Henderson/Fischer sicher sein, einen gesellschaftlich gültigen Wert benutzt zu haben. Aber die Frage ist doch: Kann man mit seiner Hilfe patientenzentrierte Pflege definieren? Einiges sollte bedenklich stimmen:

- Die Formel offeriert das Bild des Menschen als eines autonomen Individuums in doppelter Form: Da ist einmal der Kranke, der kraft “Willen“ und “Wissen“ - zumindest ideell - handlungsfähig und damit unabhängig ist und bleibt, trotz offensichtlicher Hilfsbedürftigkeit. Und da ist der andere Kranke, der durch “Hilfeleistung“ “seine Unabhängigkeit“ erst *wiedererlangen* soll.

- Die Formel offeriert das durch Eigenaktivität autonome Individuum lediglich als Fiktion oder ideal. Man denke an den fragwürdigen Konjunktiv der Formel.
- Die Formel beginnt mit den Worten: “Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, *ob krank oder gesund*,...” D.h., sie unterstellt auch dem Gesunden Hilfsbedürftigkeit und damit Abhängigkeit.
- Die Formel definiert die Tätigkeit der Schwester als “Funktion“, die sich in totaler Handelseinigkeit mit dem Patienten vollzieht, so daß ideell die Handreichungen der Schwester zu denen des Patienten werden. D.h. aber, daß sie neben den unabhängigen Patienten die total abhängige Schwester stellt, sozusagen als dessen natürliche Ergänzung.

Das fordert zu folgender Frage heraus: Läßt sich Krankenpflege mit dem gesellschaftlich-gültigen Wert individueller Autonomie definieren, ohne daß nicht stillschweigend ein weiterer “Wert“ vorausgesetzt wird, nämlich der individueller Abhängigkeit, welcher sich wiederum in zweierlei Weise manifestiert, in individueller Hilfsbedürftigkeit und in dem individuellem Bedürfnis zu helfen?

Um Klarheit zu gewinnen, dürfte eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem gültigen Wert “individueller Autonomie“ nicht zu umgehen sein.

Wenn man - Henderson/Fischer folgend - patientenzentrierte Pflege von dem vermeintlichen Grundwert individueller Autonomie abzuleiten versucht, dann muß man sich zunächst einmal darüber im klaren sein, daß dieser Wert nicht eindeutig ist. Schon Aristoteles meint: “...wer keine Gemeinschaft halten kann *oder wer nichts braucht*, weil er *sich selbst genug ist*, der ist nicht Glied des Staatswesens sondern entweder Tier oder Gott“⁽⁶⁾. Für ihn wäre individuelle Autonomie als Selbstgenügsamkeit kein menschlicher Wert, und die Alternative “Tier oder Gott“ deutet an, wie er einen solchen Wert beurteilen würde, nämlich als tierisch-natürlich oder als übermenschlich-göttlich. Der Mensch aber ist für ihn “von Natur ein staatsbildendes Geschöpf“⁽⁷⁾, also Sozialwesen, ein Gedanke, dem man wohl auch heute noch beizupflichten bereit ist.

Wie ist es nun aber zu erklären, daß “individuelle Autonomie“ zum menschlichen Wert werden konnte? Mészáros, ein Schüler Georg Lukàcs’, macht dafür die Entwicklung der kapitalistischen Produktionsweise verantwortlich, deren gewaltiger Dynamik die “Überwindung der unmittelbaren menschlichen Naturabhängigkeit“⁽⁸⁾ zu verdanken sei. D.h. menschliche Autonomie läßt sich zunächst nur gedanklich realisieren als Unabhängigkeit von der rohen Natur. Erst wenn diese gewissermaßen “real“ erreicht ist, ist der nächste gedankliche Aufschwung möglich, nämlich das Denken individueller Autonomie bezogen auf die Gesellschaft. Nun ist aber diese vermeintliche individuelle Autonomie keineswegs eine individuelle sondern eine gesellschaftliche Leistung. Sie ist nämlich das Ergebnis gesellschaftlicher Arbeit. Insofern steckt in diesem Wert ein Unwert, denn gesellschaftliche Leistung muß in individuelle umgelogen werden. Dieser Unwert ist auch in der Formel von Henderson/Fischer zu entdecken. Sie verkaufen nämlich die Handreichungen der Schwester und damit auch die Leistung des Krankenhausbetriebs als Handreichungen des Patienten, als *seine* “Unabhängigkeit“.

Nun steckt in dieser Umwertung gesellschaftlicher Arbeit in individuelle Leistung aber durchaus ein rationaler Kern, nämlich insofern, als die kapitalistischen Verhältnisse diese Umwertung nicht nur ermöglichen, sondern geradezu erzwingen: Der Kapitalbesitzer kann sein Kapital nur verwerten, indem er sich gesellschaftliche Arbeit aneignet, indem er fremde Arbeitskraft kauft und ausbeutet. Der Nicht-Kapitalbesitzer, der allein von seiner Arbeit Lebende kann nur existieren, indem er seine Arbeitskraft individuell produziert, verkauft und verausgabt im Dienste des Kapitals.

Mészáros bezeichnet zwar Ausdrücke wie “einsame Masse“ und “erzwungene Privatisierung“ als “Schlagworte“ der “neueren soziologischen Literatur“⁽⁹⁾. Doch wird er wohl kaum damit den Grundwiderspruch des kapitalistischen Systems leugnen wollen, nämlich den zwischen gesellschaftlicher Produktion und privater Aneignung. Insofern beinhaltet der Wert

“individuelle Autonomie“ so unterschiedliche humane Werte wie einerseits den Luxus einer gesellschaftlichen Elite, gewonnen durch Herrschaft und Enteignung, und andererseits das erzwungene menschliche Elend, die Vereinzelung, die Reduktion auf “abstrakte Arbeit“ und auf “einen Bauch“⁽¹⁰⁾, d.h. den Zwang, durch sinnentleerte Arbeit und den Kauf wertloser Güter sein Leben fristen zu müssen.

D.h. aber: Der Wert “individuelle Autonomie“ ist gespalten und doppeldeutig. Ja noch mehr, er ist ein Wert, der seine eigene Negation beinhaltet: Die scheinbare Unabhängigkeit des einen wird zur realen Abhängigkeit des anderen. Das aber wiederum heißt, er ist kein allgemeiner menschlicher Wert, und es stellt sich die Frage, wie wollen Henderson/Fischer mit ihm Krankenpflege allgemeinverbindlich definieren? Sie können es nur, indem sie eine gehörige Portion Zynismus in ihre Formel einfließen lassen:

- Da wird dem Kranken “seine Unabhängigkeit“ vor die Nase gehalten, die er “so rasch wie möglich“ wiederlangen soll. Was verbirgt sich denn schon dahinter als der Zwang, ihn “so rasch wie möglich“ in seine private Abhängigkeit zu entlassen, damit er der öffentlichen Ökonomie nicht über Gebühr auf der Tasche liege, denn Humanität ist ja Sache des “autonomen“ Individuums und damit Privatsache.
- Da wird dem Kranken eine pseudofamiliäre Idylle vorgegaukelt, aus der er aber “so rasch wie möglich“ wieder hinausgestossen werden soll, um einem anderen Platz zu machen.
- Da wird dem Patienten seine Mündigkeit vorgehalten (“Kraft“, “Wille“ und “Wissen“), aber nur deshalb, um ihn damit zu entmündigen, weil es nun einmal “nötig“ ist.
- Und da wird der hilfsbedürftig Kranke zum selbständigen Wesen hochstilisiert, aber nur deshalb, damit er sich mit seiner Heilung beeilt und sein Bett für den nächsten Patienten freimacht.

Soll das patientenzentrierte Pflege sein - umfassend und individuell, eine Ergänzung der einseitig naturwissenschaftlich orientierten Medizin?

Was Henderson/Fischer definiert haben, ist einerseits Privatpflege, andererseits Krankenpflege, die als Krankenhausarbeit in die Strudel der kapitalistischen Ökonomie geraten ist, und das heißt nun allemal: Soviel Ökonomie wie möglich und so wenig Humanität wie gerade erträglich. Die Bewahrung der notwendigen Resthumanität aber wird insofern zur alleinigen Aufgabe der Schwester erklärt, als sie zu ihrer privaten Herzensangelegenheit gemacht wird, die sie neben ihrer Lohnarbeit - quasi unbezahlt - zu leisten habe. Auch für sie wird also Humanität zur Privatsache und damit zur Unverbindlichkeit, die nur durch ideologischen Druck in moralische Pflicht umgemünzt werden kann. Ist dies das Anliegen der patientenzentrierten Pflege, nämlich moralischen Druck auf die Schwester auszuüben, damit auch bei ständig steigender Auslastung ihrer Arbeitskraft durch patientenferne, funktionale Aufgaben das Krankenhaus sein humanes Gesicht nicht vollständig verliert? Gerade am Beispiel der Schwester aber zeigt sich deutlich die tendenzielle Inhumanität der Formel und des ihr zugrunde liegenden Wertes: Was dem Patienten, wenn auch nur scheinbar und vordergründig, zuerkannt wird an humanen Werten wie Autonomie und Mündigkeit, das wird der Schwester radikal abgesprochen. Sie findet Autonomie nur im Patienten. Offensichtlich können Henderson/Fischer sich Humanität nur vorstellen als ein Produkt, daß durch Herrschaft und Zwang dem anderen abgenötigt werden muß, und um dies als “natürlich“ zu rechtfertigen, benutzen sie als “humanes“ Modell die Intimbeziehung Mann-Frau. Das mag ein Ausdruck von Verlegenheit sein. Möglicherweise stellt es aber auch den Versuch dar, die Quelle aller Arbeitskraft, die ja die Frau als Erzeugerin menschlichen Lebens darstellt, unmittelbar anzuzapfen, also unter Umgehung lästiger Vermittlungen wie Arbeitsrecht usw.. Das hieße, weibliche Arbeitskraft ihres Warencharakters tendenziell zu endkleiden und diese als “natürlichen“ Rohstoff zu verwerten. Dem Patienten käme in diesem Falle eine wichtige Rolle zu, denn ohne die Vermittlung seiner Hilflosigkeit könnte dieser Verwertungsprozeß nicht in Gang kommen. Ist das vielleicht das eigentliche Anliegen des modernen Konzepts der

patientenzentrierten Pflege? Die restlose Auslastung der Schwester als Arbeitskraft mithilfe des Patienten?

Um zu einer abschließenden Wertung zu gelangen, ist es notwendig, sich der Ausgangsfrage zu erinnern: Haben Henderson/Fischer patientenzentrierte Pflege definiert?

Der Verfasser möchte seine Antwort kurz fassen: Die Frage erübrigt sich und somit auch die Antwort. Eine weitere Frage, welchen Wert hat die Formel? Auch diese Antwort kann in einem Satz gegeben werden; Sie ist ein Konglomerat von oberflächlichen Richtigkeiten, blankem Opportunismus und moralischem Rigorismus.

Die notwendige Frage, nämlich die nach einem alternativen Wert, mit dem sich patientenzentrierte Pflege tatsächlich definieren ließe, bleibt dem Verfasser im Halse stecken, denn es scheint so zu sein, daß die Henderson/Fischer'sche Formel nicht nur "innerhalb der Pflegeberufe Zustimmung findet"⁽¹¹⁾ sondern daß sie auch für das gehalten wird, für das ihre Autoren sie halten, nämlich als Definition patientenzentrierter Pflege.

Drei Dinge scheinen den "Zustimmenden" immer noch nicht ins Bewußtsein gedrungen zu sein:

1. Krankenpflege ist Lohnarbeit.
2. Krankenpflege ist öffentlicher Dienst.
3. Die ökonomische Basis von beruflicher Krankenpflege bilden öffentliche Mittel, insbesondere die Beiträge der Solidargemeinschaft der versicherten Arbeitnehmer.

Den Grundwert Solidarität aber mag der Verfasser diesen "Kollegen" nicht mehr vermitteln, denn ihr Arbeitsplatz scheint nicht mehr der am Krankenbett zu sein. Es bleibt ihm nur noch eines, nämlich Rohde zuzustimmen, welcher feststellt:

"So fördern und bewirken-unbewußt-gerade diejenigen solche inhumanen Tendenzen, welche Humanität, nämlich empathisches Eingehen auf die jeweilige Problemlage des Patienten, im Unterricht und in der Unterweisung predigen."⁽¹²⁾

Anmerkungen

- 1) Henderson, V.: *Basic Principles of Nursing Care*, in der Übersetzung von Edith Fischer, zitiert nach Antje Grauhan: *Ausbildung als Vorbereitung auf die praktische Tätigkeit aus der Sicht der Pflegeberufe*, in: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* Nr.9,1979,S.444 ff.
- 2) Grauhan, A.: *Ausbildung als Vorbereitung auf die praktische Tätigkeit aus der Sicht der Pflegeberufe*, in: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, Nr.9,1979, S.444
- 3) Rohde, J. J.: *Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution*, in: Schwitajewski, H., Rohde, J. J. (Hrsg.): *Berufsprobleme der Krankenpflege*, München-Berlin-Wien, 1975
- 4) Grauhan, A.: ebenda
- 5) Roper, N.: *A Modell of Nursing and Nursology*, in: *Journal of Advanced Nursing*, 1976, S. 219/196
- 6) Aristoteles: *Politik*, Buch 1. Kap. 2, zitiert nach Mészáros, I.: *Der Entfremdungsbegriff bei Marx*, München 1973, S. 322
- 7) Ebenda
- 8) Mészáros, I.: *Der Entfremdungsbegriff bei Marx*, München 1973, S. 328
- 9) Mészáros, I.: a.a.O., S. 323
- 10) Marx K.: *Texte zu Methode und Praxis II*, Reinbeck 1966
- 11) Grauhan, A.: ebenda
- 12) Rohde, J. J.: ebenda