

Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs*

Elke Müller

In dem folgenden Beitrag geht es darum, die Aufspaltung des Pflegebegriffs in *Grundpflege* und *Behandlungspflege* zu untersuchen und ihren (ab)wertenden Bedeutungsgehalt nach pflegewissenschaftlichen Grundsätzen zu überprüfen. Der Zugang zum gestellten Thema erfolgt durch einen Rückblick auf historische Wurzeln des Entstehungshintergrundes dieser sehr (west)deutschen Art, über Pflege zu denken.

Inhaltsübersicht

- Einleitung
- Zur Entstehungsgeschichte der Struktur- und Klassifikationselemente Grundpflege und Behandlungspflege
- Zum Spannungsfeld zwischen machterhaltender Fremdbestimmung und theoriefeindlicher Selbstbestimmung
- Ein erster Überblick zur Geschichte der Kritik der Begriffe Grundpflege und Behandlungspflege
- Ausblick

Einleitung

Der Auslöser für das aktuelle Nachdenken über Grund- und Behandlungspflege liegt zweifelsohne in den verheerenden Auswirkungen auf Pflege, die mit der Zuweisung der Finanzierung ihrer Leistungen zu unterschiedlichen Gesetzesregelungen – hier die Sozialgesetzbücher (SGB) V und XI – festgeschrieben wurden. Die darin vorgenommene Aufspaltung und zugleich abstufende Bewertung pflegerischer [1] Tätigkeitsfelder hat es bis etwa vor etwa 40 bis 50 Jahren nicht gegeben und mittlerweile zeichnet sich ihre Unbrauchbarkeit für eine Pflege in professionell verstandenen Kontexten deutlich ab. Neben dem Versuch einer historischen Rekonstruktion dieser Entwicklung geht es in diesem Beitrag auch darum, Interessenlagen und Machtansprüche, die im Zusammenhang mit diesem Begriffspaar stehen, näher auszuleuchten und überdies zu versuchen, Argumentationsbrüchen, ja sogar Widersprüchen in der Auslegung und Polarisierung von Pflege auf die Spur zu kommen.

Zur Entstehungsgeschichte der Struktur- und Klassifikationselemente Grundpflege und Behandlungspflege

(a) *Zur inhaltlichen Verfremdung von Pflege:* Auf der Suche nach den Ursprüngen dieser Kategorisierung muß nicht einmal sehr weit in die Pflegegeschichte zurückgegangen werden, denn bis etwa zu Anfang der sechziger Jahre dieses Jahrhunderts taucht das Begriffspaar *Grundpflege* und *Behandlungspflege* überhaupt nicht in speziell für den Pflegeberuf verfaßten schriftlichen Quellen über Pflege auf (Bartholomeyczik 1997:17), wie sie durch Pflegelehrbücher, Lehrpläne oder gar curriculare Konstruktionen belegbar sind. Ganz offensichtlich ein Sprachprodukt der sogenannten Funktionspflege, deren Etablierung in den sechziger Jahren ihren Ausgang hatte, fügt sich das Begriffspaar idealtypisch in deren tayloristische Denkmuster ein, in Anpassung an das fraktionierte Denken in der Medizin, das seine Impulse wiederum durch das immer wieder kritisierte organ- und symptombezogene Wissenschaftsparadigma erhielt. Diese Entwicklung muß aus heutiger Sicht als logischer Endpunkt des Versuches gesehen werden, Krankenpflege als weisungsabhängigen medizinischen Heilhilfsberuf zu domestizieren. Obwohl die Zeitspanne von etwa 30 bis 35 Jahren als relativ kurz gelten kann, in der sich *Grund- und Behandlungspflege* in den allgemeinen Sprachgebrauch von Pfl-

ge und Medizin wie selbstverständlich eingenistet haben, sind der oder die ErfinderInnen dieser Bestimmungsgrößen nicht eindeutig feststellbar. Der Verdacht, hier könne sich mit Bezug auf die von Henderson erstmalig 1963 als ICN-Papier veröffentlichten Grundregeln der Krankenpflege ein erster und früher Einfluß aus dem angloamerikanischen Sprachraum eingeschlichen haben, läßt sich nicht halten: Die darin enthaltene Umschreibung "basic nursing care" (Henderson 1969, vgl. a. Chinn et al. 1996: 48) ist das eine und ihre Übersetzung ins Deutsche mit „Grundpflege“ ist schlichtweg als fahrlässiger Übersetzungsfehler einzuordnen. Henderson beschreibt in diesem Text Pflege als grundlegendes, auf die fundamentalen Bedürfnisse des Menschen abgestimmtes Handlungsfeld, das sehr viel mehr an Interventionspotential beinhaltet als traditionell verstandene *Grundpflege*[2].

Die weitere Spurensuche nach konkreteren Entstehungszusammenhängen des Begriffspaares Grundpflege – Behandlungspflege ist dann auch eher von Zufällen als von einer systematischen Rekonstruierbarkeit gekennzeichnet. Wurde zunächst der Krankenhausökonom Eichhorn (1967) verdächtigt, Urheber der pflegerischen Kategorisierung in Grundpflege und Behandlungspflege zu sein, so deuten Hinweise bei Rüther (1955: 5), einem Freiburger katholischen Ordensmann, darauf hin, daß es diese Einteilung zehn Jahre früher bereits in schweizerischen Kontexten gegeben

haben muß: Im Vorwort seines Opus über „Die Krankenschwester“ (sic) jedenfalls weist er auf einen Internationalen Krankenhauskongreß 1954 in Luzern hin, auf dem über die Zuweisung von Grundpflegetätigkeiten an sogenannte Hilfsschwestern und von Behandlungspflegetätigkeiten an besser ausgebildete sogenannte Vollschwestern diskutiert worden sei. Bereits damals also erfolgte eine wertende Abstufung zwischen anspruchsloserer und billigerer Grundpflege und verantwortungsvollerer Behandlungspflege.

Eine zweite und auf den deutschen Sprachraum begrenzte Spur läßt sich in der Fachliteratur für das Krankenhausbetriebswesen verfolgen, die ausgiebig in Weiterbildungslehrgängen zur Pflegedienstleitung rezipiert wurde. Die Rede ist hier von Eichhorns mehrbändigem Standardwerk der Krankenhausbetriebslehre, das in seiner ersten Auflage 1967 erschien.[3] Eichhorn schuf mit seiner Abhandlung über die Tätigkeitsfelder der *Grundpflege* und *Behandlungspflege* beeindruckendes Anschauungsmaterial für die inhaltlich fehlgeleitete Festlegung von Pflege, die sich neben der Hierarchisierung pflegerischer Tätigkeiten in der Pflegepraxis auch auf die thematische Ordnung der Inhalte in Pflegelehrbüchern erfolgreich ausgewirkt hat (Juchli 1971, Baumhauer et al. 1979). Wegen der in der weiteren Anwendung des Begriffspaars liegenden Brisanz soll im folgenden näher darauf eingegangen werden.

Grundpflege: Eichhorn (1967, 1974, 1975) konstatiert zwar für die Pflege per se deren individuellen Ansatz und Bedürfnisbezug, ordnet sie aber dennoch dem Bedürfnis des Patienten[4] nach *Behandlung* unter, besonders im Blick auf die Situation dieser Zielgruppe im *Krankenhaus*. Grundpflege bedeutet in dieser Darstellung eine Versorgung im Sinne eines *Gepflegt-Werdens* der PatientInnen und wird als elementare Anforderung unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung angesehen, die sowohl vom *Tätigkeitsumfang* als auch vom *Zeitaufwand* für alle PatientInnen gleich ist. Ihnen räumt Eichhorn (ebd.) eine für den Behandlungsprozeß vorbereitende Funktion

ein, die sich etwa im gereinigten und rasierten Körper vor ärztlichen Eingriffen manifestiert; oder aber er bewertet *Grundpflege* als vernachlässigbar, wenn diese den Ablauf des medizinisch-therapeutischen Prozesses behindern würde – etwa bei Personalengpässen und Arbeitsgipfeln – so daß sie dann zurückgestellt oder ganz weggelassen werden kann zugunsten einer reibungslos ablaufenden Therapie resp. Behandlungspflege. Die eher schematisierende Betrachtungsweise von *Grundpflege* – hierunter subsumiert Eichhorn (1975) alle körperbezogenen Tätigkeiten wie Körperpflege, Hilfestellung bei Nahrungsaufnahme und Ausscheidung – legt seinem Gedankengang weiter folgend, den logischen Schluß nahe, daß diese schneller und leichter zu erlernen seien. Für die Pflegepraxis hat dies faktisch eine Abwertung der *Grundpflege* zur Folge, die sich in ihrer Zuweisung zumeist an unerfahrene Pflegenden oder ungelernete Aushilfen widerspiegelt (Müller 1996).

Behandlungspflege: Als zweite Kategorie taucht auch bei Eichhorn (1967, 1974, 1975) die der *Behandlungspflege* auf. Hierunter fallen Tätigkeiten, die als medizinisch-diagnostische und therapeutische Hilfestellung umschrieben werden. Ihnen unterstellt Eichhorn breit angelegtes medizinisches Wissen und Unterordnung unter ärztliche Weisungsbefugnis, die mit ihrem überwiegend technischen Charakter als qualifiziertere Tätigkeiten eingestuft werden. Eichhorn übersieht allerdings die Tatsache, daß es sich bei der Wissensvermittlung an Pflegenden in Wirklichkeit um fraktioniertes Halbwissen handelt, das in seiner Dosierung in erster Linie die störungsfreie, sachgemäße Zuarbeit für medizinische Handlungsvollzüge sicherstellen soll. Konkurrenzbestrebungen der Pflegenden sollen auf diese Weise ausgeschaltet oder gar Kontrollansprüche über Ärzte durch die Pflegenden im Keim erstickt werden, denn realiter werden hier medizinische Grundkenntnisse bzw. medizinisches Grundlagenwissen vermittelt – jedoch eingebettet in monokausale Funktionskontexte ohne Begründungszusammenhänge für pflegerisch eigenständige Entscheidungen. Diese Grundsätze mißachtend, unterstellt Eichhorn dem medizinisch orientier-

ten Faktenwissen höhere intellektuelle und manuelle Anforderungen an Pflegenden als er es den Wissensanforderungen für *Grundpflegetätigkeiten* zubilligt. Die Höherbewertung der Behandlungspflegetätigkeiten resultiert ganz offensichtlich daraus, daß es sich zum Teil um Tätigkeiten handelt, die ursprünglich von Ärzten selber durchgeführt wurden (Blutdruckmessung, Blutentnahmen, i.v.-Injektionen) und die später aufgrund ärztlich definierter Rationalisierungsmaßnahmen an Pflegenden abgegeben wurden.

(b) *Zum widersprüchlichen Sinnzusammenhang von Grundpflege und Behandlungspflege:* Der deutschschweizerischen Pflegeszene vor allen Dingen ist es zu verdanken, daß sich etwa zeitgleich zur bundesdeutschen Entstehung der abgestuften Wertschätzung von Pflege ein genau umgekehrt aufgefaßtes Verständnis von Pflege herauskristallisierte, irreführenderweise jedoch unter Verwendung der gleichen Termini. Als Vertreterin par excellence für diese „Gegenbewegung“ stufe ich die Schweizer Krankenschwester, Ordensfrau und Philosophin Liliane Juchli ein, die sich des Begriffspaars *Grundpflege* – *Behandlungspflege* bereits seit 1971 bedient.[5]

Danach wird *Grundpflege* als *eigenständiger Bereich* aufgefaßt, „... den die *Pflegeperson* aufgrund ihres *Berufs- und Verantwortungsbeußtseins* selbständig ausführt. Sie ist dabei nicht auf die *Verordnung oder Anweisung eines Arztes* angewiesen ...“ (Juchli 1973: 12). Zur *Grundpflege* zählt sie, neben den körperbezogenen *Pflegetätigkeiten* auch *Prophylaxen, einfache Mobilisation* (ohne allerdings zwischen einfacher und anspruchsvoller Mobilisation zu unterscheiden), *Beobachtung des Kranken und Hilfeleistungen im seelischen Bereich*. Als *Behandlungspflege* umschreibt Juchli Tätigkeiten, die die Schwester zwar selbständig oder in *Zusammenarbeit mit dem Arzt oder Spezialisten* durchführt, aber immer auf seine *Verordnung* hin. Hierzu zählt sie *diagnostische und therapeutische Maßnahmen*, „... die ganz der Schwester überlassen sind (*Injektionen, Infusionen, Verbandwechsel*) oder bei deren *Vorbereitung, Ausführung und Nachbehandlung* sie selbst-

ständig oder unterstützend mithilft (Punktionen, Biopsien, ... Teilnahme an der Arztvisite ...“ (Juchli 1973: 13). Einer Priorisierung entzieht sich Juchli ganz geschickt insofern, als sie empfiehlt, „... die Verordnungen des Arztes (= Behandlungspflege) in Verbindung mit jenem großen Sektor ihrer Aufgaben und Pflichten, die von außen, auch vom Arzt her, nicht immer beachtet und unterstützt werden (= Grundpflege), selbstständig und den jeweiligen Bedürfnissen des Kranken entsprechend auszuführen ...“ (a.a.O.). In den unterschiedlichen Auflagen ihres weit verbreiteten Lehrbuches werden die Ausführungen zu Grundpflege und Behandlungspflege immer knapper, bis sie nicht mehr als eigene Kapitel auftauchen. Juchlis konzeptioneller Wandel vermittelt sich durch die Erweiterung des pflegerischen Aufgabenspektrums, denen sie sich durch die Beschreibung von *Behandlung, Betreuung* und *Begleitung* unter Bezugnahme auf die Pflege annähert. Auch bereichert sie diese mit Schlüsselbegriffen wie *Zuständigkeit* und *Verantwortung*, ohne diese jedoch auf ein theoriegeleitetes Fundament zu setzen.

In ähnlicher Weise legt auch der Betriebswirtschaftler Locher (1973: 57) die Termini *Grundpflege* und *Behandlungspflege* aus, die er im Kontext seiner Analysen und Lösungsvorschläge des Pflegedienstes im Krankenhaus aus ebensolcher Sicht – bezogen auf die Schweizer Spitallandschaft – ausbreitet, ohne sich allerdings auf seinen Kollegen Eichhorn oder aber auf Juchli zu beziehen.[6] Auffallend ist jedoch bei beiden Schweizer AutorInnen, daß der *Grundpflege*-Gedanke damals schon eng gekoppelt ist an den Eigenständigkeits- bzw. Autonomiebegriff und sich damit stark an die ungenau übersetzten grundlegenden Tätigkeiten der Hendersonschen Auffassung von Krankenpflege (1969) anlehnt und sich gleichzeitig entschieden von der Eichhornschen Diktion abhebt.

Abseits dieses sprachlichen Zwiespaltes entwickelte sich das Begriffspaar *Grundpflege* – *Behandlungspflege* in den nachfolgenden Jahren in der Bundesrepublik Deutschland zu dem strukturgebenden Moment zur Ordnung pflegerischer Tätigkeiten empor und setzt bis heute den Wertmaßstab für den Einsatz wenig qualifi-

zierter Pflegekräfte einerseits und dreijährig ausgebildeter Pflegekräfte andererseits, ohne daß dabei die Auswirkungen so verstandener Managementgrundsätze auf die Empfängerinnen und Empfänger solcher Pflege sowie die Konsequenzen für die Pflegenden selbst hinreichend mitbedacht werden. Gleichzeitig kann die unscharfe, diffuse und damit widersprüchliche Auslegung der Begriffe *Grundpflege* und *Behandlungspflege* als weiteres Indiz geringer Professionalität von Pflege verstanden werden, die von Pflegenden aller Hierarchieebenen gestützt wird und die als Ausdruck jahrzehntelanger Theoriefeindlichkeit der Pflege gewertet werden kann.

Da hier gleichzeitig Aspekte des professionellen Umgangs mit Sprache deutlich werden, soll auf diesen im folgenden näher eingegangen werden.

c) *Zur Begrenztheit der Pflegesprache im Kontext von Grundpflege Behandlungspflege – Synonyme und Varianten:* Die modernere Variante der dargelegten Begriffe ist die der *allgemeinen* und *speziellen Pflege* (vgl. Juchli 1973, 1976, 1979, Baumhauer et al. 1979), der jedoch im Prinzip die gleiche verhängnisvolle Logik anhaftet, da sie im wesentlichen dem Prinzip folgt, das vom Einfachen zum Komplizierten überleitet.

Hinweise darauf, daß es diese Unterscheidung von Pflege auch in der Terminologie der ehemaligen DDR gegeben haben muß, sind in einem historisch angelegten Aufsatz von Wolff (1997) zur dortigen Krankenpflegeausbildung enthalten. Diesem Quellenmaterial ist auch eine unterschiedliche formale Wertschätzung in der Bedeutung für die Pflege zu entnehmen, denn unter Bezugnahme auf eine Stundentafel zum theoretischen Unterricht weist der Verfasser für die *Allgemeine Pflege* 25 Unterrichtsstunden und für die *Spezielle Pflege* 70 Unterrichtsstunden aus.[7]

Eine vergleichbare Abstufung in der Bewertung von Pflege beschreibt Schrems (1993: 28) in ihrer Untersuchung über die „Zeitorganisation in der Krankenpflege“ für den österreichischen Pflegekontext: Dort sind es die Begriffe *Hauptdienst* und *Beidienst* – sinnfälligerweise ist Haupt-

dienst danach der *Behandlungspflege* (medizinnahe Zuarbeitsaufgaben) und *Beidienst* der *Grundpflege* („Zuständigkeit für die Pflege“) vergleichbar.

Aber nicht nur in betriebswirtschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Quellen ist die inhaltliche Verflachung und Abstufung der Pflege identifizierbar, sondern die jahrelange Abstinenz der Pflege gegenüber eigenen Theoretisierungs-bemühungen findet ihren Niederschlag auf Umwegen auch in soziologischen Untersuchungen. In ihrer viel beachteten Studie zur „Mittmenschlichkeit als Beruf“ beispielsweise haben Ostner und Beck-Gernsheim (1979) den Beschreibungen der Pflegenden über ihre berufliche Tätigkeit sehr viel Aufmerksamkeit entgegengebracht. Dem qualitativen Forschungsansatz folgend, veranlaßten sie die Aussagen der Pflegenden zur Kategorienbildung wie „*einfache Pflege*“ (ebd.: 81) bzw. „*ganz normale Pflege – Pflege ohne besondere Funktion*“ (ebd.: 97). Dem Zeitpunkt dieser Studie ist es aus heutiger Sicht zuzubilligen, daß die Bewertung pflegerischer Arbeit – in Ermangelung etablierter pflegetheoretischer Überlegungen im deutschen Sprachraum einerseits und durch den soziologisch kanalisierten Blick der Forscherinnen andererseits – als *diffus, nebensächlich, unberechenbar* u.a.m. ausfallen mußte. Die Studie belegt, daß, obwohl beeindruckende Erkenntnisse über pflegerische Arbeit an sich vorgelegt wurden, die Forscherinnen nicht für ein Theoriedefizit verantwortlich zu machen sind, das sie als Sozialwissenschaftlerinnen nicht auszugleichen haben.

Der Blick auf andere Pflegekulturen offenbart auf der sprachlichen Ebene noch ein weiteres Riesenproblem, das ich eingangs bereits mit dem Verweis auf die Übersetzungsschwäche von „basic nursing care“ aus dem Henderson-Text angerissen habe: Im us-amerikanischen Pflegekontext gibt es die dichotome und abwertende Umgangsweise mit dem genuinen Pflegebegriff nicht, wie dies bei uns der Fall ist. Im internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs stelle ich es mir daher auch ausgesprochen schwierig vor, diese deutschsprachige

Besonderheit von Pflege mit ihren subtilen Wertmaßstäben verständlich und adäquat in eine andere Sprache zu übersetzen. Für die Auseinandersetzung über Pflege in der internationalen Landschaft sind andere Konzepte gefragt, um die gegenseitige Verständigung zu erleichtern. Die Pflegewissenschaft in Deutschland hat hierzu bereits auch praktikable Alternativen entwickeln können, die zumindest den Grundstein einer aus der Pflegepraxis zu entwickelnden Logik pflegerischer Aufgabenfelder mit Hilfe der Pflegewissenschaft gelegt hat (vgl. Michalke 1997).

Zum Spannungsfeld zwischen machterhaltender Fremdbestimmung und theoriefeindlicher Selbstbestimmung

Mit der Attribuierung der beiden Spannungspole Fremd- und Selbstbestimmung soll zugleich die dahinter vermutete Absicht der externen Dominanz über Pflege einerseits und der kopflosen, das heißt, theorieabstinenten Haltung der Pflegenden selber andererseits als Dilemma umschrieben werden.

Im Blick auf betriebswirtschaftliche oder gar juristische oder theologisch angelegte Definitionsversuche über Pflege wird eines immer wieder deutlich: Die Tatsache, daß es zumeist männliche Vertreter dieser jeweiligen akademischen Zünfte sind, die Frauen zugewiesene Tätigkeitsfelder festlegen, scheint diese Verfechter der in Abhängigkeit zu haltenden Pflegeberufe besonders reizvoll als Verbündete auch für Vertreter der Medizin gegen die Pflege zu machen. In einer Zeit, in der neben medizinisch und betriebswirtschaftlich motivierten Definitionsversuchen vermehrt eine finanz- und haftungsrechtliche Variante über die soziale Gesetzgebung hinzutritt, wird der Definitionsspielraum für Pflegenden selber immer enger. Darüber soll im folgenden diskutiert werden.

(a) *Gesetzliche Richtlinien im luftleeren Raum:* Durch die Festschreibung pflegerischer Leistungen in den Sozialgesetzbüchern V und XI erfuh

dieses Begriffspaar in der jüngeren Vergangenheit einen erneuten – und wie ich meine – dramatischen Aufschwung, ohne daß den verschiedenen AutorInnen die Rezeption pflegewissenschaftlicher Quellen nachgewiesen werden kann, obwohl es diese zum Entstehungszeitpunkt jener Gesetzestexte bereits gegeben hat. Pflegepersonalregelung, Kranken- und Pflegeversicherung und ihre Klassifizierung von Pflegeleistungen sowie die Diskussion um Qualitätssicherung in der Pflege verdeutlichen die Auswirkung von Festschreibungen bis weit in die Zukunft, die jegliche neuzeitliche Akzentsetzung in der Pflege ignorieren und damit die eingeleiteten Entwicklungsprozesse zur professionell verstandenen Pflege erschweren.

So hält sich auch Brenner, ein promovierter Jurist, der 1997 sein Lehrbuch und Nachschlagwerk „Rechtskunde für Krankenpflegepersonal einschließlich des Altenpflegepersonals und anderer Berufe im Gesundheitswesen“ in der sechsten Auflage publiziert hat, ohne weitere Quellenangaben an die traditionelle Einteilung pflegerischer Tätigkeiten, wobei er quer durch die als vorwissenschaftlich zu bezeichnende Begriffswelt dieser veralteten Pflegeauffassungen galoppiert: In gewohnter Weise werden Grundpflege und allgemeine Pflege sowie Behandlungspflege und spezielle Pflege gleichgesetzt.

Brenners Text fördert überdies auch noch einen anderen Aspekt zutage, der einer weitreichenden Kritik zuzuführen ist: In den konkret auf Pflegeinhalte bezogenen Ausführungen fühlt sich der Autor über Jahre durch die praktischen beruflichen Erfahrungen des Geschäftsführers des Katholischen Berufsverbandes für Pflegeberufe und die langjährige fachliche Begleitung der Leitenden Kinderkrankenschwester einer Universitätsklinik hinreichend unterstützt, wie der Autor in seinem Vorwort freundlich dankend erwähnt. Dieser Hinweis auf die beiden – wie angenommen werden sollte – fachkundigen BeraterInnen in Sachen Pflege ist ein Beispiel für das mehr oder weniger große und oftmals namenlose Heer der Pflegenden in Schlüsselpositionen, die selbst noch in den letzten zehn Jahren, in denen die pflegetheoretische Debatte

auch in der Bundesrepublik Deutschland längst schon entflammt war, durch ihre offensichtlich restriktive Haltung gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen der Pflege mit dazu beigetragen haben, daß pflegerische Leistungen, wie hier dargestellt werden konnte, in der beklagten Weise geordnet und bewertet werden. Das Schwierige an dieser Problematik ist nur, daß diese FachberaterInnen kaum als AutorInnen eigener Texte zur Problematik der Grund- und Behandlungspflege ausfindig zu machen sind, sondern daß sie sich vielmehr – wenn überhaupt erwähnt – in den Vorworten der jeweiligen berufsfremden Experten verstecken.

(b) *Medizinische Definitionsmacht und ihre Haltlosigkeit:* Das allmählich sich im beruflichen Bewußtsein der Pflegenden durchsetzende Erfordernis der Abkehr von traditionellen Bestimmungsrastern der Pflege ist gleichbedeutend mit der Loslösung der Pflegenden aus medizinischen Allmächts- und Herrschaftsansprüchen. Das schwierige Verhältnis zwischen (männlich) dominierender Medizin und (weiblich) untergeordneter Pflege rückt den Gesamtverantwortungsaspekt für die Pflegenden und gleichermaßen für die zu Pflegenden zunächst in ein folgenschweres Zwielicht: Ein Hauptargument aus dem medizinischen Lager beruft sich immer wieder auf die Stabilisierung der Ordnungssysteme im Gesundheitswesen unter medizinischer Vormachtstellung und führt im weiteren aus, daß es keinen arztfreien Raum in der Pflege gebe (Ulsenheimer 1997: 23, Maas 1997: 27). Begründet wird dies mit der Auffassung, daß trotz klarer Kompetenzabgrenzung und Festlegung von Verantwortungsbereichen die Gesamtverantwortung für therapeutische Belange in ärztlichen Händen bleiben müsse. Für diese Argumentation wiederum werden haftungsrechtliche Grundsätze bemüht. Fixiert an den pflegerischen Tätigkeitspositionen Grundpflege und Behandlungspflege, wird von der generellen, aber irrigen Annahme ausgegangen, daß beide Tätigkeitsgruppen in Anbindung an medizinische Interventionsprozesse erfolge. Für den Kontext meiner Analyse sei festgestellt, daß sich bei genauerem Hinsehen solche Argumentation als eine an Gewohn-

tes anknüpfende *Behauptungspolemik* herausstellt, die sich nur deshalb so konstant halten kann, weil sie viel zu wenig in Frage gestellt wird. Mit der gleichen Selbstverständlichkeit läßt sich nämlich die schlichte Behauptung Ulseheimers (1997) umkehren und feststellen, daß es dann ebenso auch keinen pflegefreien Raum in der Medizin gäbe.

Nach neuzeitlichen theoriegeleiteten Überlegungen dagegen gibt es therapeutische Elemente auch und vor allem in unabhängigkeitfördernden bzw. rehabilitierenden Pflegekonzepten. *Pflegetherapie* oder *Pflegeintervention* – den aktiven und eigenständigen Aspekt der Pflege benennend – bedeuten danach allerdings eine Schrittfolge, die nach pflegediagnostischer Erhebung das zielgerichtete Vorgehen zur Bewältigung pflegerischer Problemlagen umschreibt. Sie beinhaltet – prozeßgeleitet – alle Dimensionen von Verantwortung wie Anordnungs-, Durchführungs- und Kontrollverantwortung. *Pflegetherapie* oder *Pflegeintervention* hat nichts mit Behandlungspflege zu tun, da sie im Kontext der soeben benannten Verantwortungsdimensionen von den Pflegenden selbst erhoben, definiert, überprüft und evaluiert wird und nicht von Ärztinnen oder Ärzten angeordnet, noch viel weniger kontrolliert wird, bestenfalls mit deren therapeutischen Anliegen abgestimmt wird (Müller 1998: 34).

Auch wenn diese Bestandsaufnahme erst im Ansatz erkennbar werden läßt, daß es sich dennoch lohnt, zuversichtlich in die Zukunft zu blicken, so beinhaltet die historische Kurzreise in die Welt der Pflegebegriffe doch auch, aufmerksam auf kritische Gegenströmungen zu schauen, die es ebenso seit wenigen Jahren – glücklicherweise – zu verzeichnen gibt.

Ein erster Überblick zur Geschichte der Kritik der Begriffe Grundpflege und Behandlungspflege

Der gegenwärtige Stand meiner Recherchen reicht bis in das Jahr 1992 zurück, in dem ich die erste *nachlesbare* kritische Stimme gefunden habe. Diese erhob sich durch Mitglieder einer Niedersächsischen Arbeits-

gruppe im Bereich der ambulanten Pflege, die ein Thesenpapier „Grundpflege“ verfaßt hat (Grieshaber 1992). Neben einer inhaltlichen Kritik an den Begriffen Grundpflege – Behandlungspflege wird auch ein erster Versuch unterbreitet, Elemente einer alternativen Pflegekonzeption über die Bezugnahme auf Lebensaktivitäten zu entwickeln.

TeilnehmerInnen von Pflegefachseminaren oder Pflegeforschungsseminaren erinnern sich jedoch vielleicht daran, daß es innerhalb des DBfK – angeregt durch Krohwinkel – sehr viel eher ein Diskussionsklima zu dieser Problematik gegeben hat und zwar etwa seit Ende der Achtziger Jahre. Ihren theoriegeleiteten kritischen Denkansatz über Grundpflege und Behandlungspflege hat Krohwinkel jedoch meines Wissens erstmalig in einer Buchveröffentlichung über eine Studie zur Situation von Pflegenden im Nachtdienst (1993a: 38) vorgelegt. Darin unterbreitet sie ihr Konzept der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche im Rahmen ganzheitlich-patientenorientierter Pflege, das sie ursprünglich in einem Interventionsprojekt zur Pflege von PatientInnen mit Schlaganfall entwickelt hatte. Allerdings ist die Brisanz des darin enthaltenen Zündstoffs bis heute weitgehend verkannt worden. Trotz der wachsenden Kritik an der diskriminierenden Auffassung von Pflege kann diese noch nicht als Ausdruck für eine Widerstandsbewegung gegen die gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung pflegerischer Leistungen begriffen werden. Im Gegenteil: Wie scheinbar gelähmt wurde Mitte der Neunziger Jahre mit dem Klassifizierungsmodell der Pflegepersonalregelung (PPR) [8] herumexperimentiert und dieses sogar in den eigenen Reihen als Gewinn für die Pflege gefeiert. Erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrzehntes regte sich allmählich lauter werdende Kritik unter zunehmendem Hinweis auf Erkenntnisse der Pflegewissenschaft. Allerdings mag es kein Zufall sein, daß die jetzt anhebenden kritischen Stimmen wiederum überwiegend Mitgliedern aus dem Projektzusammenhang der Nachtdienststudie gehören. Zu nennen sind hier Beiträge von Bartholomeyczik, die eine erste umfassende Kritik zu Grundpflege und Behand-

lungspflege 1995 auf dem Sommer-Forum „Sprache und Pflege“ im Bildungszentrum Essen formulierte und die sie in zwei Publikationen 1996 und 1997 der breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich machte. Ein Jahr später nahmen gesprochene und geschriebene Stellungnahmen zu, die von Steppe (1996), Müller (1996), Drerup (1996) und Sowinski (1996) veröffentlicht wurden. Im Herbst 1997 referierte die Verfasserin dieses Beitrags ausführlich zur Problematik auf dem 4. Heidelberger Pflegekongreß und veröffentlichte den Vortrag 1998 etwa zeitgleich mit dem Erscheinen kritischer Statements außerhalb der pflegeberuflichen Reihen (Müller 1998): Im Januar 1998 wurde das sogenannte „Igl-Gutachten“ über vorbehaltene Aufgabenbereiche der Pflege der Fachöffentlichkeit zur Diskussion vorgestellt. Darin enthalten ist auch der kritische Hinweis des Juristen auf die fehlende Angemessenheit von Grundpflege und Behandlungspflege als Benennung für das, was tatsächlich pflegerische Leistungen sind und deshalb wird ihre Eliminierung empfohlen (Igl 1998: 58). Erfreulich daran ist zudem, daß Statements aus den Reihen der Pflege endlich als ExpertInnenstatements wahrgenommen werden – hier scheint sich eine neue Ära des wissenschaftlich fundierten Diskussionsklimas über berufsinterne Grenzen hinaus anzubahnen. Im Prinzip zu dem gleichen Schluß wie Igl kommt auch Klie (1998), der ebenso aus der Position des Juristen heraus argumentiert, daß vielmehr fiskalische Anliegen und berufsständische Interessen (der Mediziner) der eigentliche Grund sei für diese abwertende Aufspaltung der Pflege, ohne daß ihr eine *Legaldefinition* nachgewiesen werden könne (Klie 1998: 13).

Ausblick

Dieser Streifzug zur Bedeutung von *Grundpflege* und *Behandlungspflege* verfolgte das Anliegen, den Prozeß der Sinnentleerung von Pflege historisch aufzurollen und damit einen Beitrag zur Diskussion über Reformansätze in der Pflege zu leisten. Zu fordern ist, daß diese Diskussion in einen breiteren fachwissenschaftlichen und interprofessionellen Rahmen eingebettet sein wird, der Raum

läßt für sachlich fundierte Argumente, die die bisherige Behauptungspolemik zur inhaltlichen und rechtlichen Situation von Pflege ablösen werden.

Elke Müller

Krankenschwester, Lehrerin für Krankenpflege (Diplom), wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität Bremen, Studiengang Lehramt Pflegewissenschaft, FB 11, Postfach 330 440, 28334 Bremen

Anmerkungen

* Nach einem Vortrag, gehalten auf einer Fachtagung der Sektion Pflege und Gesellschaft am 27. März 1998 in der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

- [1] Der aktuelle Stand meiner Recherchen deutet darauf hin, daß Grundpflege und Behandlungspflege als Termini zunächst in Publikationen auftauchen, die nicht an die Zielgruppe beruflich Pflegenden gerichtet waren, sondern in betriebswirtschaftlichen Kontexten entstanden sind.
- [2] Mit dieser Auffassung sehe ich mich durch Ulrich Enderwitz bestätigt, der den 1964 von Henderson publizierten Aufsatz „The Nature of Nursing“ übersetzt hat und ebenso von „grundlegenden Aufgaben der Pflege“ spricht (in: Schaeffer et al. 1997: 47).
- [3] Diese erste Auflage basiert auf einer Publikation, die Eichhorn 1958 bereits in einem anderen Verlag herausbrachte. Gegenwärtig befinde ich mich auf der Spurensuche nach dieser Ursprungsschrift, um herauszufinden, ob auch dort schon von Grundpflege und Behandlungspflege die Rede ist.
- [4] Sprachlich verwendet Eichhorn ausschließlich die männliche Form und liegt damit im seinerzeitigen Trend, ohne daß die eindeutige Bezugnahme auf ausschließlich Männer oder Männer und Frauen klar ist – sie kann nur spekulativ durch die Lesenden selbst geleistet werden.
- [5] Diese erste Auflage publiziert Juchli unter Mitarbeit ihrer Kolleginnen Beda Högger, Elisabeth Müggler, Mariehelen Vreger und des Philologen Alfred Vogel. In ihrem Vorwort weisen sie darauf hin, daß diese Buchfassung das erweiterte und verbesserte Ergebnis mehrerer Entwicklungsstufen ist: von einer Skriptensammlung aus den fünfziger Jahren über ein „Praktikumshft“ der sechziger Jahre hin zum gedruckten Manuskript (eigentlich Typoskript) von 1971. Interessant scheint mir die Frage zu sein, ob sich aus diesem Quellenmaterial das erste Auftauchen von Grundpflege – Behandlungspflege ableiten läßt.
- [6] Umgekehrt gilt dies natürlich genauso: Weder Eichhorn nimmt Juchli und Locher zur Kenntnis, noch verweist Juchli auf Eichhorn und Locher!
- [7] Vgl. Übersicht des Stadtarchivs Magdeburg 1951 in Wolff (1997: 172); ob der Gebrauch

von Grundpflege und Behandlungspflege in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik üblich war, muß noch recherchiert werden.

- [8] Gemeint ist die Einstufungsmatrix zur Pflegeabhängigkeit von PatientInnen nach der Logik von *allgemeiner* und *spezieller* Pflege als Synonym für *Grundpflege* und *Behandlungspflege*.

Literatur

Bartholomeyczik, Sabine (1996): Über die Wechselwirkung von Sprache und Beruf; in: *Pflege aktuell*, 50. Jg., Nr. 3, S. 170 – 175

Bartholomeyczik, Sabine (1997): Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege; in: Zegelin, Angelika (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. Ullstein/Mosby, Berlin, S. 9 – 21

Baumhauer, J; Beck, Ch.; Bolte, K. et al. (1979/83): Das neue Lehrbuch der Krankenpflege. Kohlhammer, Stuttgart

Brenner, Günter (1997/6): Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal einschließlich des Altenpflegepersonals und anderer Berufe im Gesundheitswesen. Lehrbuch und Nachschlagewerk für die Praxis; Kap. D III 1: Arbeitsrechtliche Grundsätze (Besonderer Teil): Rechtsbeziehungen zwischen dem Pflegepersonal sowie anderen Mitarbeitern und den Ärzten. Gustav Fischer, Stuttgart, S. 228 – 251

Chinn, Peggy L.; Kramer, Maeona K. (1996): *Pflege*. Konzepte, Kontext, Kritik. Ullstein-Mosby, Wiesbaden

Drerup, Elisabeth (1996): Grund- und Behandlungspflege. Zwei Begriffe – in oder out? In: *Pflegen ambulant*, 7. Jg., Nr. 1, S. 32

Eichhorn, Siegfried (1967): *Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*, Band 1; hier: Arbeitsanalytische Untersuchungen im Pflegedienst. Stuttgart, S. 238 – 247

Eichhorn, Siegfried (1974/2): *Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*, Band 1; hier: Arbeitsanalytische Untersuchungen im Pflegedienst. Stuttgart, S. 356 – 365

Eichhorn, Siegfried (1975/3): *Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*, Band 1; hier: Arbeitsanalytische Untersuchungen im Pflegedienst. Stuttgart, S. 362 – 371

Grieshaber, Uschi (1992): Der Pflege auf den Grund gegangen. Eine kritische Betrachtung um Begriffe und Inhalte. In: *Forum Sozialstation* Nr. 60, S. 50 – 53

Henderson, Virginia (1969): Grundregeln der Krankenpflege; Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN), Genf

Henderson, Virginia (1997): Das Wesen der Pflege, in: Schaeffer, Doris et al. (Hg.), Huber, Bern, S. 37 – 54

Igl, Gerhard (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Unter Mitarbeit von Welti, Felix und im Auftrag von ADS, BKK, BA, BALK, DBfK (Hrsg.), Eschborn

Juchli, Liliane; Högger, Beda (1971): Umfassende Krankenpflege. [Gedrucktes Manuskript] Georg Thieme, Stuttgart

Juchli, Liliane (1973, 1976, 1979): Allgemeine und spezielle Krankenpflege. [1. – 3.

Auflage] Georg Thieme, Stuttgart

Juchli, Liliane (1983): *Krankenpflege – Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker*, 4. Auflage, Georg Thieme, Stuttgart

Klie, Thomas (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: *Pflege- und Krankenhausrecht, Juristische Fachbeilage*, 1. Jg., Nr. 1, S. 13 – 17

Krohwinkel, Monika (1993): *Pflege* theoretische Grundlagen. In: Sabine Bartholomeyczik; Thomas Dieckhoff, Elisabeth Drerup, Marilind Korff, Monika Krohwinkel, Elke Müller, Christine Sowinski, Angelika Zegelin, *Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK, Hrsg.), Eschborn, S. 38 – 43

Locher, Heinz (1973): Der Pflegedienst im Krankenhaus. Analysen und Lösungsvorschläge aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Hans Huber, Bern

Maas, Hans-Jürgen (1997): Kein „arztfreier Raum“ in der Krankenpflege. In: *Das Krankenhaus*, 89. Jg., Nr. 1, S. 27 – 28

Michalke, Cornelia (1997): Sprache, die unterschätzte Kraft. Zur Bedeutung der Fachsprache für die Pflege im therapeutischen Team. In: *Altenpflege Forum*; 5. Jg., Nr. 4, S. 8 – 17

Müller, Elke (1996): Pflege im Spannungsfeld zwischen amerikanischem Theorie-Import und deutscher Pflegetradition. In: Krüger, Helga et al. (Hrsg.): *Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen*. (Reihe Forum Pflegewissenschaft) 1. Altera, Bremen, S. 137 – 146

Müller, Elke (1998): Pflege zwischen Tradition, Stagnation und Innovation. In: *Dr. med. Mabuse*, 23. Jg., Nr. 111, S. 30 – 34

Ostner, Ilona, Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Campus, Frankfurt

Rüther, Bernhard (1955): *Die Krankenschwester*. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze zur Schwesternfrage. Lambertus, Freiburg/Br., S. 5 – (Vorwort)

Schaeffer, Doris; Moers, Martin; Meleis, Afaf; Steppe, Hilde (Hg.) (1997): *Pflege*theorien. Beispiele aus den USA, Huber-Verlag, Bern

Schrems, Berta (1993): *Zeitorganisation in der Krankenpflege*. Zeitliche Dimension von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe. Mabuse, Frankfurt/M.

Sowinski, Christine (1996): Für eine differenzierte Beschreibung pflegerischer Tätigkeiten. In: *Pflegen ambulant*, 7. Jahrg., Nr. 2

Steppe, Hilde (1996): Quo vadis Fachpflege? Die Veränderungen in der ambulanten Pflege aus pflegfachlicher Sicht. In: *Diakonisches Werk der EKD (Hrsg.): Menschen pflegen*. Tagungsband des 3. Evangelischen Symposiums „Ambulante sozialpflegerische Dienste“ am 07.05.1996 in Mainz; Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschland, Stuttgart

Ulsenheimer, Klaus (1997): Neue Wege zur Organisation der Verantwortungsbereiche ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten. In: *Das Krankenhaus*, 89. Jg., Nr. 1, S. 22 – 27

Wolff, Horst-Peter (1997): Der Einfluß Michael Gehrings (1918 – 1969) auf die Krankenpflegeausbildung in der DDR. In: *Pflege*, 10 Jg., Nr. 3, S. 171 – 177