

Einige kritische Anmerkungen zum Menschenbild in ausgewählten Pflegemodellen

Norbert van Kampen und Martina Sanders

Viele Pflegemodelle schließen Menschen mit unheilbaren Krankheiten, wie schwerst-mehrfachbehinderte Menschen, komatöse oder sterbende Menschen aus bzw. sind auf diese nicht anwendbar. Auf dem Hintergrund der Dörnerschen These vom tödlichen Mitleid argumentieren wir, dass Pflegemodelle, die auf die genannten Gruppen nicht anwendbar sind – wie z.B. das Modell von Rosemarie Rizzo-Parse – unweigerlich zur Aussonderung dieser Menschen führen. Sie gefährden deren adäquate Pflege, deren Würde und auch deren Leben. Um diese Gefährdung zu vermeiden, müssen Pflegemodelle auf alle Menschen anwendbar sein. Modelle, die bestimmte Gruppen von Menschen ausschließen, sind entsprechend zu reformulieren.

Schlagwörter: Patiententötungen – tödliches Mitleid – Pflege Sterbender – Pflege Schwerstmehrfachbehinderter – Rizzo-Parse

Engl. Abstract – Many nursing models do not really integrate people with noncurable diseases, like persons with severe handicaps, people in coma or dying people. On the background of Dörner's thesis of the lethal compassion we argue that nursing models which are not applicable to the mentioned groups – like the model of Rosemarie Rizzo-Parse – inevitably lead to the exclusion of these people. This tends to endanger their adequate care, their dignity and their lives. To avoid these risks, nursing models must be applicable to all people. Models excluding special groups of people must be reformulated accordingly.

Key words: Intended homicides done by nurses – lethal compassion – nursing care for dying patients – nursing care for severe disabled people – Rizzo-Parse

Pflegetheoretikerinnen erheben den Anspruch, mit den von ihnen entwickelten Modellen weniger die Realität zu beschreiben als vielmehr eine aus ihrer Perspektive wünschenswerte Wirklichkeit zu entwerfen. Aus einem solchen Theorieverständnis heraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Bemühungen der Pflegetheoretikerinnen um die Professionalisierung der Pflege vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen und des Menschenbildes, das sie implizit entwerfen, zu diskutieren. Dies zum einen deshalb, da wir mit Weingart/Kroll/Bayertz (1992:16) davon ausgehen, dass die These von einer wertfreien Wissenschaft, die über ein objektives, „gesichertes Wissen“ verfügt, eine Illusion ist und daher die gesellschaftlichen Kontexte, auf die bezugnehmend sich Wissenschaft realisiert, immer mit reflektiert werden müssen. Der zweite Grund für die Notwendigkeit der Reflexion der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der vorherrschenden moralischen Wertvorstellungen im Kontext der Pflegetheorien wiegt allerdings schwerer. Weingart/Kroll/Bayertz schreiben in Bezug auf die Geschichte der Entstehung einer neuen Wissenschaft im ausgehenden 19. Jahrhun-

dert: „Die Geschichte der Eugenik hilft uns wiederzuentdecken, dass Wissenschaft selbst wertbestimmt ist, Werte erodiert und auch selbst Werte setzt“ (ebd.). Die Geschichte der Eugenik ist ein eindrucksvolles Beispiel dafür, welche Folgen es für die von einer Wissenschaft betroffenen Menschen haben kann, wenn diese Wertbezüge nicht berücksichtigt werden und die möglichen Auswirkungen der einer Wissenschaft zugrundeliegenden Theorien nicht bereits während der Theorieentwicklung bedacht werden. Dies gilt besonders für die Entwicklung der Pflege als neuer Wissenschaft, der hier eine hohe Verantwortung zukommt.

Werfen wir also im ersten Schritt einen Blick auf einige gesamtgesellschaftliche Entwicklungstrends, die für die Entwicklung und Akzeptanz der Pflege als Wissenschaft relevant sind. Diese lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. In der gesundheitswissenschaftlichen und sozialepidemiologischen Forschung wird eine Verschiebung des Krankheitspanoramas weg von den Infektionskrankheiten hin zu den chronisch degenerativ verlaufenden

Erkrankungen konstatiert (Waller 1993: 47ff), die einen sehr hohen Pflegebedarf nach sich ziehen. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 10% der Bevölkerung in der Bundesrepublik chronisch krank oder behindert sind (Cloerkes 1997: 18ff).

2. In der soziologischen und sozialwissenschaftlichen Forschung wird ein Zerfall der primären sozialen Netzwerke festgestellt. Obwohl die Beck'sche These vom Zerfall der Familie (Beck 1986, Beck/Beck-Gernsheim 1990) kontrovers diskutiert wird (vgl. Kaufmann 1995 und die dort angegebene Literatur), herrscht Konsens darüber, dass – offenbar aufgrund tiefgreifender sozialstruktureller Veränderungen – immer weniger Menschen in der Lage sind, ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu versorgen.

3. Verstärkt werden diese Probleme durch demographische Veränderungen. Für das Jahr 2030 wird der Anteil der über 65-jährigen an der Bevölkerung der westlichen Industrieländer auf bis zu 25% steigen (Brieskorn-Zinke 1996: 40). Ob

dies zwangsläufig zu einer Erhöhung des Anteils pflegebedürftiger Menschen führen wird, mag bis zur Vorlage abgesicherter empirischer Befunde dahingestellt bleiben. Tatsache ist jedoch, dass es sich bei den Erkrankungen pflegebedürftiger älterer Menschen häufig um multifaktorielle „Beschwerdenbündel“ (Multimorbidität) handelt, die hohe Anforderungen an eine fachgerechte Pflege stellen.

4. 1990 starben in der Bundesrepublik (alte Bundesländer) 52%, in Ballungszentren wie Berlin 80% der Menschen nicht in ihrer vertrauten Umgebung, sondern in Krankenhäusern (Kirschner 1996: 20). Sterbesituationen, wie sie etwa auf dem 1895 entstandenen Gemälde von Edvard Munch mit dem Titel *Tod im Krankenzimmer* dargestellt sind, sind heute nur noch selten anzutreffen; das kürzlich im Dr. med. Mabuse veröffentlichte Photo einer Sterbesituation auf einer Intensivstation dürfte für heutige Verhältnisse eher repräsentativ sein. Damit wird die Pflege sterbender Menschen zu einer Aufgabe, der sich früher oder später jede Pflegekraft stellen muss.

Der Pflegebedarf für chronisch kranke, behinderte und sterbende Menschen wird also aller Voraussicht nach in Zukunft eher noch zunehmen. Da aufgrund der skizzierten Entwicklungen aber immer weniger Angehörige aus den primären sozialen Netzwerken dazu in der Lage sein werden, stellt sich zwangsläufig die Frage, über welche Möglichkeiten die professionelle Pflege verfügt, den Pflegebedürfnissen dieser Menschen gerecht zu werden.

Lenken wir den Blick auf den derzeit geführten ethisch/moralischen Diskurs (vgl. als sehr guten Überblick Kahlke/Reiter-Theil 1995), so sind für die pflegewissenschaftliche Theoriebildung vor allem drei Bereiche relevant, die hier nur kurz skizziert werden sollen.

1. Im Zusammenhang mit schwerstbehinderten Menschen sind in den vergangenen Jahren häufig Diskussionsbeiträge veröffentlicht wor-

den, die sich von zweierlei Standpunkten aus mit der Lebensqualität dieser Menschen beschäftigen (exemplarisch Singer 1979). Zum einen ist davon die Rede, dass bei diesen Menschen das mit ihrer Behinderung verbundene Leid so groß sei, dass es deren Leben nicht mehr lebenswert erscheinen ließe. Zum anderen wird immer auch die Frage nach der Rationierung der finanziellen Ressourcen gestellt, da man sich fragen müsse, ob sich unsere Gesellschaft – eine der reichsten der Welt – die Pflege schwerstbehinderter Menschen denn noch ohne Einschränkung leisten könne und ob die dazu notwendigen finanziellen Mittel andernorts nicht sinnvoller einzusetzen seien.

2. Auf der anderen Seite wird konstatiert, dass mit intensivmedizinischen Möglichkeiten der Zeitpunkt des Todes mehr und mehr zur Disposition gestellt werde (Richter/Sauter 1997: 42f). Es sei demnach nicht mehr die Frage, wann ein Mensch sterbe, sondern eher, wann wir bereit seien, ihn sterben zu lassen. Davon ausgehend wird in vielen Publikationen die Frage nach dem Behandlungsverzicht bei schwer behinderten und sterbenden Menschen gestellt.
3. Und schließlich wird immer häufiger das Recht auf den eigenen Tod thematisiert, das jeder Mensch habe, auch für diejenigen, die nicht mehr in der Lage sind, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen bzw. die die Entscheidung dazu nicht mehr selbst treffen können (z.B. komatöse Patienten, Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Traumen). Ergebnissen einer kürzlich publizierten Studie zur Folge halten nahezu 60% der befragten Ärzte und Pflegekräfte in der Bundesrepublik aktive Sterbehilfe prinzipiell für gerechtfertigt, wenn der Patient diese einfordert (Beine 1998: 306).

Wir wollen hier nicht über das für und wider der aktiven Euthanasie diskutieren (vgl. dazu Illhardt et al. 1998), sondern unseren Blick ausschließlich auf die Gruppe derjenigen Menschen richten, deren Behinde-

rung so schwer und deren Krankheit soweit fortgeschritten ist, dass eine erfolgversprechende Therapie nicht mehr möglich ist und die zudem nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse sprachlich zum Ausdruck zu bringen.

Bereits 1965 berichten die amerikanischen Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss in ihrer bahnbrechenden Untersuchung *Awareness of dying* darüber, wie Menschen in amerikanischen Kliniken sterben. Unter der Überschrift der *überfällige Tod* schreiben sie: „Wenn der Patient unbestimmt lange in komatösem Zustand dahinsiecht (man beachte die Wortwahl!!, d.Verf.), hören Schwestern einfach auf, an ihn zu denken. So ist er physisch noch am Leben, sozial aber bereits tot“ (Glaser/Strauss 1995: 192). Bereits in dieser frühen Studie schildern die Autoren, welche Möglichkeiten Pflegekräfte haben, die sich nicht nur von dem Patienten zurückziehen, sondern seinem vermeintlichen Leiden aktiv ein Ende bereiten möchten (ebd.).

Vor dem Hintergrund der nun endlich auch in der scientific community diskutierten Patiententötungen (Richter/Sauter 1997; Beine 1998; Maisch 1997), gewinnen die Ergebnisse der Studie von Glaser/Strauss eine erschreckende Aktualität. Nach Beine (1998), der sich in einer sehr gründlich recherchierten Publikation mit insgesamt 28 Fällen von Patiententötungen auseinandergesetzt hat, waren die Opfer dieser Tötungen „(...) hochbetagte, nicht aber durchgängig todkranke, sterbende Menschen. Einige der Getöteten waren bewusstlos, andere wurden vorsätzlich in einen komatösen Zustand versetzt (...) von einigen (...) wird berichtet, dass sie bis kurz vor ihrem Tod mit Angehörigen sprachen, an den Mahlzeiten teilnahmen, zum Friseur oder aber spazieren gingen“ (ebd.: 224). Bei der Suche nach den Motiven der Täter kommen Beine und andere Autoren zu dem Schluss, dass diese den Tätern offenbar selbst nicht klar waren; viele Täter und Täterinnen aber intuitiv vom moralischen Standpunkt aus gesehen der Meinung waren, richtig gehandelt zu haben (Maisch 1997: 196ff). Wenn auch Richter/Sauter (1998: 36) mit dem Vulnerabilitätsmo-

dell die Täter und Täterinnen als Menschen zu charakterisieren versuchen, die „... nicht durchgängig auffällig im psychopathologischen Sinne (...)“ (ebd.) seien, aber ihnen eben doch Eigenschaften zuschreiben, aufgrund derer sie den hier nicht näher zu beschreibenden Anforderungen an das Pflegepersonal nicht gerecht werden konnten, vertritt Beine (1998: 230) explizit die Position, dass es doch wahrscheinlich erscheine, „(...) dass die für die Täter zutreffenden Persönlichkeitsmerkmale auf eine Vielzahl der Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen zutreffen, und Belege dafür, dass ‚die Pathologie der Täterpersönlichkeit entscheidend sei‘, nicht vorhanden sind“ (ebd.).

Dennoch stimmen auch Richter/Sauter (ebd.) der von Beine gezogenen Schlussfolgerung zu, dass „(...) Mitleid im herkömmlichen Sinne als Tatmotiv weitgehend ausscheidet und die Tötungshandlungen mehr mit der Befindlichkeit der Täter als mit dem realen Leiden der Patienten zu tun haben“ (Beine 1998: 230; in diesem Sinne auch Maisch 1997:127f). Mit dieser These wollen wir uns im folgenden auseinandersetzen und uns Gedanken darüber machen, welche Folgen diese These – sollte sie sich als richtig erweisen – für den Umgang der Pflegekräfte mit den ihnen anvertrauten schwerstkranken, nicht mehr zur sprachlichen Kommunikation fähigen Menschen, hat.

Die damit angesprochene These vom „tödlichen Mitleid“ ist von Klaus Dörner bereits 1989 – allerdings in einem anderen Zusammenhang – aufgestellt worden. Er schreibt: „Das vielberufene Mitleid war und ist in den meisten Fällen mehr Selbstmitleid, das das Hinnehmen eines gegebenen Leidens oder einer Behinderung oder eines Schmerzes als Kränkung empfindet, weil dem eigenen gesunden Selbstbild widersprechend und den eigenen therapeutischen Bemühungen widerstrebend“ (Dörner 1989: 90).

Zentral in der Argumentation Dörners ist die *soziale Frage*, die sich seit Beginn der Industriegesellschaft stellt: „Was machen wir Bürger mit denen, die nicht so sind wie wir, deren Leistungswert sie industriell un-

brauchbar macht, wofür sind sie da und wie gehen wir mit ihnen um?“ (ebd.: 8). Nach Dörner lassen sich die Massenmorde an behinderten Menschen im III. Reich – bekannt unter dem Namen „Aktion T4“ (vgl. dazu die lesenswerte von Aly 1989 herausgegebene Dokumentation) – als Versuch der radikalen Lösung der sozialen Frage interpretieren: Die Antwort der Nationalsozialisten war deren *Endlösung*, die allerdings auch im III. Reich nur gelingen konnte, indem behinderten Menschen nicht nur ihre industrielle Verwertbarkeit, sondern zudem auch ihre menschlichen Eigenschaften abgesprochen wurden (vgl. die bei Klee 1985: 19 dargestellte Argumentation von Bindig/Hoche aus dem Jahr 1920, die in weiten Teilen der Argumentation Singers 1979 entspricht; dazu auch Peters 1988: 200ff).

Interessant ist der Ansatz Dörners im Rahmen unserer Argumentation deshalb, weil er sich aus einem ganz bestimmten Blickwinkel heraus mit der Rolle der Medizin beschäftigt, die auch als Versuch einer anderen Antwort auf die soziale Frage interpretiert werden kann – die sich allerdings hinsichtlich ihrer möglichen Konsequenzen wenig von der der Nationalsozialisten unterscheidet. Stadler (1991: 72) formuliert den hier angesprochenen Zusammenhang folgendermaßen: „Die ‚Euthanasie‘-Morde (im III. Reich, d. Verf.) hatten eine andere Qualität als beispielsweise eine medikamentöse Behandlung oder eine Operation, aber sie sind – als Konsequenz – der Medizin nicht fremd. Es handelt sich dabei nur um eine Dogmatisierung und Radikalisierung ihrer Theorien und Modelle.“

Dieser von anderen Autoren auch als *Dialektik von Heilen und Vernichten* bezeichnete Prozess lässt sich nach Dörner verkürzt folgendermaßen beschreiben: Indem sich die Medizin immer mehr auf die Heilung oder besser auf die Wiederherstellung der industriellen Verwertbarkeit durch die Bereitstellung effizienter Therapien und damit der Lösung der sozialen Frage konzentriert, desto eher verschwinden die nicht mehr behandelbaren Menschen aus ihrem Blickfeld. Als „Behandlungsmethode“ für letztere kommen aus medizinischer Sicht allenfalls noch eugenische oder

nach heutigem Sprachgebrauch pränataldiagnostische Schritte in Frage (bzw. die Sterilisation), um zumindest auf lange Sicht die Zahl behinderter und chronisch kranker Menschen zu minimieren. Dies gilt im Prinzip auch für alle sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Präventionsansätze: Je mehr sich diese der Prävention verschreiben, desto eher laufen sie Gefahr, eine immer kleiner werdende Randgruppe der *Unheilbaren* und *Unpräventierbaren* zu produzieren. In Dörners Terminologie: „Das vermessene Unterfangen der Medizinierung der sozialen Frage und ihre Verschärfung durch den Anspruch der Heilbarkeit konstatiert aus sich selbst heraus als Gegen- oder Restgruppe die Unheilbaren. Es kann gar nicht anders sein: Das Existenzrecht der Unheilbaren wird noch gefährdeter sein als das der Gesamtheit der Minderwertigen“ (Dörner 1989: 47).

Kommen wir zurück zur Pflege. Bereits Glaser/Strauss haben 1965 darauf hingewiesen, dass sich in Fällen, wo therapeutische Maßnahmen sich bei den Patienten als nicht mehr wirksam erweisen, sich auch die Pflegeziele ändern: Statt des Primärziels „Heilung“ steht nun das sekundäre Ziel, „(...) dem Patienten die letzten Tage und Stunden soweit wie möglich zu erleichtern“ (ebd.: 153) im Vordergrund. Allerdings konnten die Autoren auch beobachten, dass sich viele Pflegekräfte in diesen Fällen von ihren Patienten zurückziehen und die Pflege auf das Notwendigste beschränken insbesondere dann, wenn es sich um unbequeme Patienten handelt. Wenn es aber auch der Pflege in der Terminologie Glaser/Strauss nicht mehr gelingt, dem Patienten „Erleichterung zu verschaffen“ – z.B. ihm den Wunsch nach Schmerzfreiheit zu erfüllen – ist nach den Ergebnissen dieser Studie der häufigste Wunsch unter den Pflegekräften, diese Patienten sterben zu lassen (vgl. dazu aktuell Beine 1998: 315, nach dessen Ergebnissen bei nahezu 45% der befragten Ärzte und Pflegekräfte schon einmal oder häufiger die Vorstellung aufgekommen ist, das unheilbare Leiden eines ihrer Patienten selbst zu verkürzen). Glaser/Strauss zitieren exemplarisch eine von ihnen befragte Pflegekraft: „Wir können sie nicht von den Schmerzen befreien, jeder

möchte um ihretwillen, dass sie sterben möge, jeder leidet mit ihr und keiner kann ihr helfen. Wenn wir ihr schon nicht mehr helfen können, dann lasst sie um Gottes Willen doch sterben, um ihret- und um unsertwillen“ (ebd.: 189).

Die Pflege steht bezüglich „unheilbarer“ Menschen also vor einem Dilemma: Auf der einen Seite – und dies gilt fast durchgängig für alle Pflegemodelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas (man-environment-totality paradigm) – ist auch die Pflege auf das Ziel der Herstellung einer wie auch immer definierten Gesundheit gerichtet. Wie könnte es auch anders sein in einem Handlungskontext, der derartig eng mit dem medizinischen Denken verflochten ist. Je stärker sich die Pflege aber auf wie auch immer definierte Ziele hin ausrichtet, desto eher läuft sie auf der anderen Seite Gefahr, diejenigen auszublenzen, bei denen diese Ziele nicht mehr erreicht werden können. Dies zeigt sich besonders deutlich bei den z.B. von Henderson formulierten vierzehn Grundbedürfnissen, aus denen sich die diesbezüglichen Pflegeziele ableiten lassen. Wenn sich aber – wie bei sterbenden Menschen – bestimmte Bedürfnisse nicht mehr befriedigen lassen (z.B. das Bedürfnis zu spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilzuhaben, „normal“ zu atmen), wird die Pflege ziel- und orientierungslos (vgl. dazu auch die Kritik von Furukawa/Howe 1990: 75). Weniger offensichtlich zeigt sich die genannte Tendenz zur Ausgrenzung bei Roy, die das Ziel der Pflege definiert als Förderung der Adaption des Pflegebedürftigen an die ihn umgebende Umwelt um damit zur Gesundheit, Lebensqualität und zu einem Sterben in Würde beizutragen (vgl. van Kampen 1998: 124ff). Was aber, wenn sich diese Ziele im von Roy formulierten Pflegeprozess nicht umsetzen lassen; wenn es beispielsweise nicht gelingt, einen mehrfachbehinderten Menschen von der Notwendigkeit zur Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten, an gemeinsamen Aktivitäten zu überzeugen – und dieser wohlmöglich auf derartige Versuche aggressiv reagiert?

Dies soll nun keinesfalls heißen, dass bei der Pflege sterbender oder

schwerstmehrfachbehinderter Menschen pflegerische Ziele nicht mehr definiert werden sollten; Elisabeth Kübler-Ross hat in ihren Publikationen (z.B. 1969) beeindruckend dargestellt, wie sich in heutiger Terminologie für sterbende Menschen Pflegeziele definieren und umsetzen lassen. Aber – und das wird bei ihr auch deutlich – die Bedürfnisse sterbender Menschen unterscheiden sich deutlich von denen genesender Menschen, und was vielleicht noch wichtiger ist: Auch das Sterben lässt sich als Prozess beschreiben – allerdings nicht als Prozess mit den Komponenten Assessment, Planung, Intervention, Monitoring und Evaluation, sondern als sehr viel individuellerer Prozess. Es entzieht sich unserer Kenntnis, ob schon einmal versucht wurde, sich theoretisch dezidiert mit der Pflege schwerstmehrfachbehinderter Menschen auseinanderzusetzen. Eigene Erfahrungen an unserer Klinik – an der ein unabhängiger Wohnbereich für eben diese Menschen besteht – und Ergebnissen der von Theunissen/Plaute (1995, vgl. auch Theunissen 1999) zusammengefassten Ansätze, die das Konzept des *Empowerment* auf schwerstbehinderte Menschen beziehen, machen deutlich, dass auch diese Menschen durchaus entwicklungsfähig sind – wobei der Pflege sicherlich eine wichtige Rolle zukommt.

Aus den genannten Gründen plädieren wir für die Entwicklung von Pflegemodellen, die sich speziell auf die Pflege sterbender und mehrfachbehinderter Menschen beziehen. Mehr noch: Wir vertreten die These, dass Pflegemodelle, die sich nicht auf alle Menschen beziehen lassen, zwangsläufig zur Ausgrenzung dieser Gruppen führen müssen und damit Gefahr laufen, implizit der mit dem Begriff *Dialektik von Heilen und Vernichten* beschriebenen Handlungslogik zu folgen – zumindest dann, wenn sie sich auf der Ebene von *grand theories* oder *middle-range theories* bewegen und einen allumfassenden Gültigkeitsbereich beanspruchen (wenn Rogers von der *Pflege als Wissenschaft vom einheitlichen Menschen* spricht, wird der Anspruch auf allumfassende Gültigkeit mehr als deutlich). Das – was Theunissen/Plaute (1995) für den Empowerment-Ansatz

fordern und auch belegen – sich die Brauchbarkeit eines theoretischen Modells erst dann erweist, wenn es sich auf alle Menschen und damit auch auf den „worst case“ beziehen lässt, sollte unserer Ansicht nach auch für die pflegewissenschaftliche Theoriebildung als Maxime gelten. Dazu ist dann allerdings mehr als die Behauptung notwendig, die jeweiligen Pflegemodelle ließen sich auch auf den „worst case“ anwenden – eine Behauptung, die beispielsweise bei Hendersons Definition von Pflege in Bezug auf sterbende Menschen vielfach kritisiert wurde (z.B. bei Furukawa/Howe 1990).

In einer Besprechung der Publikation von van Kampen (1998) wurde kürzlich behauptet, der Autor sei ein Vertreter der Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas (simultaneity paradigm), der Modelle von Rogers und Rizzo-Parse also. Einmal davon abgesehen, dass der Autor dieser Besprechung den Ausführungen von Kampens offenbar nicht aufmerksam gefolgt ist – anders ist dieser Fehlschluss nicht zu erklären – kann eine gewisse Sympathie von Kampens zu dem Ansatz Rizzo-Parses nicht geleugnet werden. Nur: in Bezug auf schwerstmehrfachbehinderte, sprachlich nicht kommunikationsfähige Menschen, helfen die Modelle in dieser Theorietradition wenig weiter (ebd.: 67f). Im Gegenteil: Sie grenzen die genannte Gruppe von Menschen eher noch konsequenter aus, als dies bei den Modellen in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas der Fall ist – und zwar aus folgendem Grund: Unbedingte Voraussetzung für das Modell Rizzo-Parses ist die sprachliche Kommunikation. Ist die Möglichkeit dazu nicht gegeben, weicht Rizzo-Parse nur zu schnell auf die Kommunikation mit den Angehörigen dieser Menschen aus, die dann zu entscheiden haben, was im konkreten Falle zu tun ist. Bei diesen Entscheidungsprozessen werden allerdings die gesellschaftlichen Bezüge völlig ausgeblendet, von denen am Anfang die Rede war und die unmittelbare Auswirkungen auf die Art der Entscheidung haben.

Bezugnehmend auf die These vom tödlichen Mitleid heißt das, dass u.U. gar nicht mehr den Bedürfnissen der

Pflegebedürftigen selbst gefolgt wird, sondern die Unfähigkeit der Pflegekräfte und auch der Angehörigen, das vermeintliche Leiden des Patienten zu ertragen, Richtschnur des eigenen Handelns wird. Das, was für die Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas zu fordern ist, lässt sich beim einheitlichen Paradigma präzisieren: Wenn es Rizzo-Parse nicht gelingt, ihre starke Konzentration auf die sprachliche Kommunikation aufzubrechen und ihr Modell auf eine andere Grundlage zu stellen, führt ihr Ansatz unweigerlich zur Aussonderung einer bestimmten Gruppe von Menschen und ist demzufolge abzulehnen.

Die andere Möglichkeit wäre das Eingeständnis Rizzo-Parses, dass ihr Ansatz eben nicht eine *grand theory* ist, mit dem sich Pflege im Rogerischen Sinne als *Wissenschaft vom einheitlichen Menschen* etablieren lässt, sondern eher eine anwendungsbezogene Theorie, die sich nur auf sprachlich kommunikationsfähige Pflegebedürftige anwenden lässt – damit wäre Rizzo-Parse allerdings wohl noch weniger einverstanden.

Auf den Punkt gebracht schließen wir uns der Aussage von Dörner an, die er unter dem Eindruck von Patiententötungen in seiner eigenen Einrichtung bezüglich ethischer Zielsetzungen in der Medizin und Pflege publiziert hat: Die einzig handlungsleitende Norm, die wir benötigen, „... besagt, dass wir unseren höchsten Aufwand an Aufmerksamkeit, Engagement, Zeit und Einsatz unserer Ressourcen im Zweifel zunächst bei den jeweils schwierigsten, hoffnungslosesten, aussichtslosesten, ältesten und unerträglichsten Patienten einzusetzen haben, dort anzufangen haben. Begründungspflichtig sind dann nur noch die Abweichungen von dieser Regel“ (Dörner 1993: 119). Bezogen auf die Pflegemodelle hieße dies, dass diese von den jeweils schwächsten Pflegebedürftigen aus zu denken und erst im zweiten Schritt auf die weniger Schwachen zu beziehen wären.

Wir sind uns bewusst, dass wir damit an die pflegewissenschaftliche Theoriebildung und vor allem auch an die pflegerische Praxis hohe Ansprüche stellen – die vielleicht noch über

die von Richter/Sauter (1997: 123) zurecht kritisierten Ansprüche der Pflege an sich selbst als ganzheitlich und allumfassend wirksam hinausgehen. Die Autoren stellen diesbezüglich fest, dass gerade überhöhte Ansprüche an die Pflege und damit an die Pflegekräfte, die diese nicht einhalten können, zur Frustration, zum burn-out, zur Verhärtung führen und damit letztlich Patiententötungen Vorschub leisten (Dörner argumentiert ähnlich, wenn er schreibt: „Die Ganzheitlichkeit, die nicht zufällig vor allem während des Dritten Reiches propagiert wurde, ist ein so irrsinnig hoher Anspruch, dass jeder, der darauf hereinfällt und in der Praxis alle seine Patienten ganzheitlich pflegen will, auf der Stelle scheitert und entweder nach kurzer Zeit schreiend davonläuft und einen anderen Beruf wählt oder den Anspruch aufgibt, zynisch wird und Menschen wie Sachen behandelt oder am uneinlösbaren Totalanspruch festhält, daher mit einem ständig schlechten Gewissen arbeitet und sich dafür irgendwann und irgendwie an den Schwächeren, den Patienten, rächen muss“ (Dörner 1993: 98).

Dies aber genau fordern wir nicht. Wir schließen uns der Meinung von Richter/Sauter an, die einen Ausweg in einer stärkeren Professionalisierung sehen. Sie schreiben, indem sie sich auf den *Beziehungsaspekt* des Verhältnisses zwischen professionellen Pflegekräften und Patienten beziehen: „Begegne ich dem Patienten auf professioneller oder instrumenteller Ebene, so wird meine Beziehung zu ihm nicht so sehr von Sympathie oder Antipathie abhängen. Und mich schützt meine Berufsrolle davor, auf Angriffe, die nicht mir als Mensch, sondern mir in meiner Eigenschaft als professionelle Pflegeperson gelten, zu emotional zu reagieren. Ebenso bietet sie mir einen Schutz davor, mich innerlich zu sehr vom Leiden oder vom Verfall des Patienten beeinträchtigen zu lassen“ (Richter/Sauter 1997: 125). Bezogen auf die zur Professionalisierung notwendigen Theorien folgt indirekt aus dieser Aussage, dass diese nicht im Sinne des einheitlichen Paradigmas umfassend und praxisfern sind, sondern so formuliert werden, dass sie sich auch tatsächlich umsetzen lassen. Allerdings sollten Pflegetheo-

rien in dem Sinne umfassend sein, dass sie sich auf alle – und wirklich auf alle – Menschen anwenden lassen, unabhängig von der Art und Schwere ihrer jeweiligen Beeinträchtigung.

Wie aber sollen Pflegekräfte diesen professionellen Umgang mit sterbenden und schwerstmehrfachbehinderten Menschen lernen, wenn weder Pflege-theorien noch die pflegerische Ausbildung explizit und ausführlich auf diese eingehen? Wenn auch in der pflegerischen Praxis keine Möglichkeiten angeboten werden, durch Supervision, durch einen strukturell fest verankerten Dialog oder auch durch psychologische Beratung und Unterstützung, die unweigerlich im Umgang mit diesen Menschen entstehenden Gefühle von Angst, Unsicherheit und Abwehr zu bearbeiten, wie – soll es da anders sein, als dass diese Menschen ausgegrenzt werden?

Und wenn wir das nicht wollen, hat auch die pflegewissenschaftliche Theoriebildung die Pflicht, sich eingehend mit der Pflege dieser Menschen zu beschäftigen und auch da nicht müde zu werden Kritik zu üben, wo institutionelle, finanzielle, organisatorische oder sonstige Hindernisse der Umsetzung einer Pflege für alle Menschen im Wege stehen.

*MPH Dipl. Soz. Norbert van Kampen
Epilepsiezentrum Berlin am KEH
Lehrbeauftragter an der
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin
im Studiengang
Pflege/Pflegemanagement*

*Martina Sanders
Altenpflegerin und Ärztin
Ärztin in der präoperativen Epilepsie-
diagnostik und operativen Epilepsie-
therapie am Epilepsiezentrum
Berlin am KEH*

Epilepsie Zentrum Berlin am KEH
Herzbergstraße 79
10362 Berlin
Tel.: 030/5472 3512
Fax: 030/5472 3502
E-Mail: n.kampen@keh-berlin.de

Literatur

Aly, G. (Hg.) (1989): Aktion T4. 1939-1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, Berlin, Edition Hendrich

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft, Frankfurt a.M., Suhrkamp

Beck, U. und Beck-Gernsheim, E. (1990): Das ganz normale Chaos der Liebe, Frankfurt a.M., Suhrkamp

Beine, K.-H. (1998): Sehen, hören, schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe, Freiburg i.Br., Lambertus

Brieskorn-Zinke, M. (1996): Gesundheitsförderung in der Pflege, Stuttgart/Berlin/Köln, Kohlhammer

Cloerkes, G. (1997): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung, Heidelberg, Edition Schindele

Dörner, K. (1989): Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens, Gütersloh, Verlag Jakob van Hoddis

Dörner, K. (1993): Wie kann ich heute und morgen „Helfer“ sein? Prüffragen zu Krankentötungen mögliche Gründe und Maßnahmen, in: C. Kürten and K. Dörner (Hg.), Erfolgreich behandeln armselig sterben. Macht und Ohnmacht im Krankenhaus und Heim, Gütersloh, Verlag Jakob van Hoddis, 91-132

Furukawa, C.Y. und Howe, J.K. (1990): Virginia Henderson, in: George, J.B. (Hg.), Nursing Theories: The Base for professional nursing practice, Third Ed., Englewood Cliffs, New Jersey, Appleton & Lange, 61-78

Glaser, B. und Strauss A.L. (1995): Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige, Göttingen/Zürich, Vandenhoeck & Ruprecht (Original 1965 unter dem Titel: Awareness of dying)

Illhardt, F.J., Heiss, H.W. und Dornberg, M. (1998): Sterbehilfe Handeln oder Unterlassen, Stuttgart/New York, Schattauer

Kahlke, W. und Reiter-Theil, S. (1995): Ethik in der Medizin, Stuttgart, Enke

Kampen, N. van (1998): Theoriebildung in der Pflege. Eine kritische Rezeption amerikanischer Pflegemodelle, Frankfurt a.M., Mabuse

Kaufmann, F.-X. (1995): Zukunft der Familie im vereinten Deutschland. Gesellschaftliche und politische Bedingungen, München, C.H. Beck

Kirschner, J. (1996): Die Hospizbewegung in Deutschland am Beispiel Recklinghausen, Frankfurt a.M., Verlag Peter Lang

Klee, E. (1985): „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt a.M., Fischer

Kübler-Ross, E. (1969): On death and dying, New York, The Macmillan Company

Maisch, H. (1997): Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen, München, Kindler

Peters, R. (1988): Der Schutz des neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes, Stuttgart, Enke

Richter, D. und Sauter, D. (1997): Patiententötungen und Gewaltakte durch Pflegekräfte. Beweggründe, Hintergründe, Auswege, Eschborn, DBfK

Singer, P. (1979): Practical ethics, Cambridge, Cambridge University Press

Stadler, C. (1991): Sterbehilfe gestern und heute, Bonn, Psychiatrie Verlag

Theunissen, G. (1999): Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen, Bonn, Psychiatrie-Verlag

Theunissen, G. und Plaute, W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch, Freiburg i.Br., Lambertus

Waller, H. (1993): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis für psychosoziale und pädagogische Berufe, Stuttgart/Berlin/Köln, Kohlhammer

Weingart, P., Kroll, J. und Bayertz, K. (1992): Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt a.M., Suhrkamp

Der DV Pflegewissenschaft im Internet

<http://www.dv-pflegewissenschaft.de>

Homepage Geschäftsstelle: Info@dv-pflegewissenschaft.de

Redaktion Pflege & Gesellschaft:

Pflege-Gesellschaft@dv-pflegewissenschaft.de

Webmaster: Webmaster@dv-pflegewissenschaft.de

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit: Werbung@dv-pflegewissenschaft.de