



Johann Behrens

Theorie der Pflege und der Therapie

Grundlagen für Pflege-
und Therapieberufe

Theorie der Pflege und der Therapie

Theorie der Pflege und der Therapie

Johann Behrens

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln;
Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

Johann Behrens

Theorie der Pflege und der Therapie

Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe



Johann Behrens Prof. Dr. (habil.),
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
E-Mail: johann.behrens@medizin.uni-halle.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Martina Kasper, Doerte Anders
Bearbeitung: Doerte Anders
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: © Jacob Lund, fotolia.com
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95916-0)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75916-6)
ISBN 978-3-456-85916-3
<http://doi.org/10.1024/85916-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1 Übersicht: Historisch-anthropologische Theorie gewaltreduzierter Pflege und Therapie	13
1.1 „Selbstständigkeit“ oder „Selbstbestimmung“?	13
1.2 Selbstpflege und Berufspflege, Selbsttherapie und Berufstherapie	14
1.3 Kernmethode: Aufbau interner und externer Evidence	18
1.4 Professionspflege und Professionstherapie	19
1.5 Die älteste moderne Pflegelehre	20
1.6 Historische Scheidewege pflegerischer und therapeutischer Berufe	21
1.7 Didaktik und die Arbeitsfähigkeit der Professionen	22
1.8 Pflege und Therapie verbürgen den Gerechtigkeitsdiskurs	22
1.9 Was in diesem Buch nicht steht	23
2 Drei theoretische Fast-Selbstverständlichkeiten	29
2.1 Middle Range-, Meta- und Großtheorien?	29
2.2 Pflege- und Therapieziel: Selbstbestimmung und Teilhabe	35
2.2.1 Inklusion und Teilhabe	35
2.2.2 ICF-Unterscheidung zwischen Aktivitäten und Teilhabe	41
2.3 Pflege und Therapie von Lebewesen oder Maschinen?	47
2.3.1 Erkenntnistheoretische Selbstverständlichkeiten gegen Descartes, Locke und Hume	48
2.3.2 Lebewesen reagieren auf ihre eigene Bedeutungszuschreibung	49
3 Theorie der Selbstpflege und der Selbsttherapie	53
3.1 Was ist Pflege – empirisch im Alltag?	53
3.2 Gepflegt sein	54
3.2.1 Allgegenwärtige konstitutive Merkmale und Ziele	54
3.2.2 Kontemplative und beratende Wissenschaft	56
3.2.3 Wissenschaftliche Pflegeratgeber richtigen Lebens	57
3.2.4 Verschränkung von Familie und (Pseudo-)Wissenschaft	60
3.2.5 Kulturbeutel: Das Apollinische und Dionysische der Pflege	62
3.2.6 Familienpflege: Liebe und Hass	64
3.2.7 Mit dem eigenen Körper fremd: „Krise“ statt „Krankheit“	65
3.2.8 Ausweglos im Diskurs gefangen?	68
3.3 Scheitern der Theorie kultureller Evolution?	70
4 Kann ich Erfahrungen anderer auf mich verallgemeinern?	77
4.1 Wissenschaftsmethoden sind kein alleiniges Thema für Professionen	77
4.2 „Quantitative“ Untersuchungen ergeben nur Sinn als Teil qualitativer Studien	79
4.2.1 Gegenstandsbezogene Wahl zwischen Methoden	79
4.2.2 Wann sind Interviews der Königsweg zu externer Evidence?	82
4.2.3 Induktionen und Deduktionen als Schritte derselben Untersuchungskette	85
4.2.4 Entgegensetzung der Gütekriterien qualitativer und quantitativer Verfahren?	88
4.2.5 Gleichsetzung von Gütekriterien mit Techniken	91
4.2.6 Fazit	93

4.3	Wann sind Ergebnisse klinischer Feldstudien auf mich verallgemeinerbar?	93
4.3.1	Übersicht: Generalisierbarkeit auf externe und interne Evidence	94
4.3.2	Erleichtert oder erschwert „Natürlichkeit“ die Generalisierbarkeit 1 auf externe Evidence?	98
4.3.3	Die „realweltliche Natürlichkeit“ prozessproduzierter Daten	98
4.3.4	Natürlichkeit, UTOS und der Grad der Realitätsnähe	99
4.3.5	Goldstandard: Experimentiere nur mit Deinem Klienten?	100
4.3.6	Was spricht gegen den verblüffenden Goldstandard?	103
4.3.7	Gegen eine eindimensionale Graduierung	105
4.4	Zweite Generalisierung: Die Übertragung auf individuelle Klienten	107
4.4.1	Von der Generalisierung 1 zur Generalisierung 2	107
4.4.2	Die schlechte und die gute Nachricht	108
4.4.3	Interne Evidence zur Vermeidung induktiver Fehlschlüsse	110
4.4.4	Die Falle ungeprüfter Berufserfahrung	115
4.4.5	Künstliche Intelligenz und individuelle Generalisierung	116
4.5	Aufbau interner Evidence mit Freundinnen und Professionen	117
4.5.1	Cronbachs Dilemma gelöst	117
4.5.2	Leuchtturm-Metapher und juristische Subsumtion	118
4.5.3	Haftungsvermeidung als oberstes Ziel?	119
4.5.4	Mythen der Professionstheorie	121
4.5.5	Triadische Beziehung	123
4.6	Vier Weltbezüge kommunikativer Handlungen	126
4.6.1	Unterstützung beim Aufbau interner Evidence	126
4.6.2	Peplaus Rollen und neuere Interaktionsanalysen	133
4.6.3	Doch getrennte Behandlung von Körper und Seele?	139
4.7	Interne Evidence bei schweren kognitiven Einschränkungen	143
4.8	Klinische Forschung ist Grundlagenforschung	146
5	Professionspflege und Professionstherapie	151
5.1	Was Professionen in Pflege und Therapie ausmachen	151
5.1.1	Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis	151
5.1.2	Die gängigen neun Attribute von Professionen verfehlen den Kern	154
5.1.3	Unterscheiden sich Professionen wirklich von Viehzüchtern?	158
5.1.4	Respekt versus Propaganda	158
5.1.5	Stellvertretung und Respekt vor der autonomen Lebenspraxis	159
5.2	Im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung: Gesundheitsapostel und Professionen	160
5.2.1	Warum Evolution zweier Funktionssysteme?	160
5.2.2	Das System pflegerischer gesundheitsförderlicher – diätetischer – Unterstützung	163
5.2.3	Die funktionspezifischen generalisierten Kommunikationsmedien und die „Gesundheitsgesellschaft“	165
5.3	Das System und das versittlichende Bildungsbürgertum	167
5.3.1	System und Profession – Experten	167
5.3.2	Arbeitsteilung, Hierarchie und Haftung in den Systemen	169
5.3.3	Legitimität der Krankenbehandlung vs. Legitimität der Gesundheitsförderung	171
5.3.4	Verhältnis der beiden Systeme zueinander	172
5.4	Ungleich in der Gesundheitsgesellschaft	174
5.4.1	Stadien und Identität der Gesundheitsgesellschaft	174
5.4.2	Kant: selbstbestimmte Teilhabe im Aufbau interner Evidence	177
5.4.3	Risiken und Nebenwirkungen der „Gesundheitsgesellschaft“	178

5.4.4	Nicht genügen zu können macht krank	179
5.4.5	Grenzen der verkürzten Rezeption Bourdieus	180
5.4.6	Intellektuelle Versittlicher des Volkes und der Herren	181
5.5	Umschlag von Evidence in institutionelle Eminenz	182
5.5.1	Medien und Rechtsprechung fordern Eminenz statt Evidence	182
5.5.2	Gefangen in Diskurs und Doxa?	187
5.6	Professionalisierungspfad zwischen Standard-Gehorsam und individuellem Holismus	188
5.6.1	The German (?) Paradox	188
5.6.2	Historische und alltägliche Wurzeln des Holismus	190
5.6.3	Standards ohne Verfallsdatum	194
5.6.4	Historische und alltägliche Wurzeln des Standard-Gehorsams	195
5.7	Arbeitsfähigkeit und Qualität	196
5.7.1	Warum Ethik immer so stark betont wird	196
5.7.2	Monopolisierung der Erwerbchancen gegen Aufbau externer Evidence	199
5.7.3	Verzicht auf sexuelle und ähnliche, z.B. pädagogische Übergriffe	204
5.7.4	Schweigepflicht (Abstinenzgebot)	205
5.7.5	Niemals schaden? Nutzen oft nur mit Risiko erreichbar	206
5.7.6	Honorarverzicht bei Armen	208
5.7.7	Als Lohn ewiges Leben: „Ansehen unter allen Menschen für alle Zeiten“	209
5.7.8	Didaktik individueller Professionalisierung	210
6	Die entscheidenden Beiträge von Pflege und Therapie zur Gesellschaftstheorie	221
Anhang		227
	Danksagung und Widmung	229
	Persönlicher Dank an Studierende für ihre Argumente	233
	Literatur	239
	Nachwort	249
	Autorenverzeichnis	251
	Sachwortverzeichnis	253

*Das Bedürfnis, Leiden beredt werden zu lassen,
ist die Bedingung aller Wahrheit.*

(Theodor W. Adorno, Negative Dialektik, 1982, S. 29)





1 Übersicht: Historisch-anthropologische Theorie gewaltreduzierter Pflege und Therapie

Die Aufgabe dieses Übersichts Kapitels ist es, kurz in alle Kapitel dieses Buches einzuführen.

Theorie kommt vom griechischen Wort für Anschauen (Fleck, 1935; Luhmann, 1992, Griechisches Wörterbuch). In diesem Buch wird der Vorschlag gemacht, die Theorie, also die Haltung zur Pflege und Therapie umzustellen vom derzeit dominierenden Begriff der *Selbstständigkeit* auf den der *Selbstbestimmung*. Denn Selbstständigkeit in alltäglichen Verrichtungen und Bewegungen ist lediglich ein – den meisten Menschen leiblich viele Jahre ihres Lebens unerreichbares – Mittel, um Selbstbestimmung zu erlangen. Zum Glück kann Selbstbestimmung (Autonomie) auch dann noch erreicht werden, wenn Selbstständigkeit (Autarkie) unerreichbar wurde. Für die Theorie der Therapie wird entsprechend vorgeschlagen, sie nicht auf akutmedizinische Eingriffe in einen – als offenliegende reparaturbedürftige Maschine verstandenen – Körper ohne Seele oder auf psychotherapeutische Eingriffe in eine Seele ohne Körper zu beschränken, sondern sie ebenfalls auf selbstbestimmte Teilhabe zu orientieren. Gemeint ist damit das Ziel von Pflege und Therapie, das auf der UN-Behindertenrechtskonvention, der ICF der Weltgesundheitsorganisation und entsprechend im Deutschen auf den Grundgesetzartikel 2 und den § 1ff. des deutschen Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) fußt. Das SGB IX definiert das Ziel von rehabilitativer Pflege und Therapie als „Selbstbestimmung und die Förderung gleichberechtigter Teilhabe am Leben der Gesellschaft“. Das ist zurzeit, wie auch das Positionspapier (2016) der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation sowie Nicholls und Gibson (2010 und 2018), Höppner und Richter (2018) feststel-

len, in der Therapie noch keineswegs der Fall. Auch die verbreitetsten Assessment-Instrumente sind nahezu ausschließlich auf Selbstständigkeit/Unabhängigkeit bezogen (z.B. Barthel-Index, FIM, AEDL). Diese Instrumente können genau genommen das im § 1 SGB IX genannte Ziel rehabilitativer Pflege und Therapie gar nicht wirklich erfassen.

1.1

„Selbstständigkeit“ oder „Selbstbestimmung“?

Nach der ersten Formulierung der hier vorgestellten Theorie der Pflege und der Therapie in den 1980er Jahren (Behrens, 1981, 1982, 1990) wurde millionenfach beobachtet, dass Menschen auf Selbstständigkeit gerne verzichten, solange sie selber bestimmen können, was getan wird. Quälend ist die Angewiesenheit auf andere dagegen dann, wenn sie mit dem Verlust der Selbstbestimmung einhergeht, die ohnehin durch Schmerz und Krankheit gefährdet erscheint. Dies Quälende am Verlust der Selbstständigkeit hat sich in den letzten 150 Jahren noch durch eine kulturelle Entwicklung verschärft: Wie sich figurationssoziologisch im Anschluss an Norbert Elias zeigen ließ, ist in diesen 150 Jahren jede Unterwürfigkeit gegenüber einer gnädigen Frau oder einem gnädigen Herrn peinlich geworden, die vorher noch ganz selbstverständlich war. Die Abhängigkeit von Gnade, von einer gnädigen Herrschaft schien immer weniger vereinbar mit der Menschenwürde. Gnade wurde durch Anrechte ersetzt. Angewiesenheit auf andere wurde dadurch mit Selbst-

bestimmung vereinbar. Mit Gnade war Selbstbestimmung schwer vereinbar gewesen. Gnade kränkte Selbstbestimmung. Eine Weile hielten sich die „sehr verehrte, gnädige Frau“ und der „sehr geehrte, gnädige Herr“ noch als Anrede bis in unsere Tage. Aber die Schreibenden meinen die unpersönliche Unterwürfigkeit der Formulierung meiner Ansicht nach nicht mehr ernst (Behrens, 1990).

Es geht, in den Worten von J. Habermas (1981), in Pflege und Therapie generell um die Verringerung der Gewalt und der fürsorglichen Bevormundung. Entsprechend wären verbreitete Fachbegriffe wie der der „Pflegeedukation“ und der Begriff der „aktivierenden Pflege“ sehr kritisch zu sehen, ganz zu schweigen vom Begriff „Laienpflege“. Alle diese Begriffe kandidieren eher um die Ehre des Unworts des Jahres, als dass sie mit Theorie und Ethik der Pflege und der Therapie vereinbar wären. In diesen deutschen Begriffen hallt wilhelminisches und national-sozialistisches Gedankengut nach. Vielleicht wären solche Begriffe, da missverständlich und übergriffig, besser aus dem Verkehr zu ziehen.

Die hier vorgestellte Pflege- und Therapietheorie entspricht den Perspektiven unzähliger Pflegebedürftiger, die an der stationären, aber auch ambulanten Pflege und Therapie nichts so fürchten wie den Verlust von Selbstbestimmung. Sie fürchten ihn wie Schmerzen und den Tod, ja, mehr als den Tod. 2017 ist den Deutschen eine anständige Pflege wesentlich wichtiger als eine Verlängerung der Lebenserwartung (SOEP, zitiert nach Gert G. Wagner et al., FAS vom 5.2.2017). Die hier vorgestellte Pflegetheorie entspricht damit eher Vorstellungen der Pflegebedürftigen als der Tradition fürsorglicher Bevormundung. In jener Tradition verstanden sich Berufspflegende und Therapierende entweder als autorisierte Anwälte der Organe einer Person gegen diese Person – oder auch als Beauftragte des Willens Gottes gegenüber dieser Person. Vielmehr müssen physiologische und andere vermeintlich von den Pflege- und Therapieprofessionen erkannte „Bedarfe“ sich als selbstbestimmte „Bedürfnisse“ der pflegebedürftigen Person legi-

timieren können: Sonst arten sie schnell in Gewalt aus.

1.2 Selbstpflege und Berufspflege, Selbsttherapie und Berufstherapie

Nach grundlegenden, aber hoffentlich völlig trivialen theoretischen Klärungen in Kapitel 1.1 beginnt dieses Kapitel mit der Frage, was *Pflege*, und *Professions-Pflege* sowie *Selbsttherapie* und *Professionstherapie* ist. Man kann zwar als Berufsgruppe und als Wissenschaftler bekanntlich definieren, wie man will und wie aus der Pistole geschossen. Wenn man aber behaupten will, es gäbe im Leben der Menschen einen ihnen bewussten Handlungsbereich „Pflege“ und „Therapie“, kommt man nicht darum herum, diesen Handlungsbereich phänomenologisch und hermeneutisch aus der Alltagssprache herauszuhören. Es wird sich zeigen, dass es den alltäglich Handelnden keineswegs schwerfällt, jede Sekunde genau anzugeben, ob eine Handlung unter Pflege fällt oder nicht. Der alltägliche Begriff der Pflege ist von bemerkenswerter systematischer Klarheit: In den unterschiedlichsten Bereichen benennt „Pflege“ immer das gleiche. Pflege bezeichnet, wie wir sehen werden, zielgerichtete, spezialisierte Arbeit gegen die – in den Augen der Pflegenden täglich überall drohende – Verrottung. Körperpflege lässt sich dabei keineswegs auf Behandlung und Vermeidung von Krankheit reduzieren. Sie hat Gesundheitsförderung und vor allem Schönheit zum Ziel (oder wie Soldaten statt Schönheit lieber sagen: Schliff). Wie Habermas auf der Frankfurter Adorno-Konferenz 2003 und dann in der Schrift „Zwischen Naturalismus und Religion“, wenn auch ohne expliziten Bezug auf die Pflege, ausführte: Die frei handelnde Person identifiziere sich „mit dem Körper als ihrem eigenen Leib“ (Habermas, 2005, S. 208). Personen wissen im Alltag jede Sekunde, ob sie sich gerade pflegen oder mit anderen Handlungen beschäftigen. Man pflegt sich nicht unbewusst. Zwar mag unser Hirn, also unser Körper, schon entsprechende

Verknüpfungen aktivieren, bevor uns bewusst wird, was wir als nächstes vorhaben. Aber in der Pflegehandlung – wie auch in der Selbstbehandlung – beziehen wir uns bewusst auf unseren Körper als unserem Leib. (Der Anthropologe Plessner hatte die berühmte Unterscheidung zwischen „Körper haben und Körper sein“ getroffen. In der Pflegehandlung arbeiten wir bewusst an unserem Körper, um ihn gegen unsere alltäglichen Verrottungsbefürchtungen in eine Form zu bringen, die uns zusagt.) Das tun wir keineswegs überwiegend allein. Ein großer Teil der Pflegehandlungen wird intersubjektiv erbracht. Die meisten unserer Liebkosungen leiten sich bei uns Säugetieren von ursprünglichen Pflegehandlungen ab, vom wechselseitigen Entlausen und Füttern bis zum Streicheln und Küssen.

Unser der Alltagssprache abgelassene Begriff der Pflege ist wesentlich spezifischer als der vom International Council of Nurses definierte Begriff in seiner von einigen deutschsprachigen Berufsverbänden Österreichs, der Schweiz und Deutschlands konsentierten Übersetzung:

Die Definition des International Council of Nurses: Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung. Bei dieser Definition meint Pflege hier professionelle Pflege durch eine/n Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in (Original unter www.icn.ch/definition.htm; deutsche Übersetzung konsentiert zwischen

den Berufsverbänden der deutschsprachigen Länder DBfK, ÖGKV und SBK).

Umfassender kann Verantwortung für die gesamte Versorgung und Betreuung in allen Lebenssituationen gar nicht für die Berufspflege beansprucht werden. Es fragt sich daher, ob es sich bei dieser „Definition“ überhaupt um eine Definition handelt oder im Gegenteil um die Abwehr jeglicher Definition. Eine Definition ist eine Abgrenzung. Das neolateinische Wort kommt von „finis“, die Grenze. Nicht einmal der Assistenzcharakter der Pflege wie aller Gesundheitsberufe einschließlich der Medizin ist in dieser „Definition“ herausgestellt und akzeptiert. Aber Pflege, Therapie, Medizin assistieren den sich selbst pflegenden und sich selbst therapierenden Menschen. Sie dominieren die Menschen keineswegs. Sie nehmen ihnen nicht die Verantwortung und Selbstbestimmung über ihr Leben, indem diese Berufsgruppen sich „eigenverantwortlich“ für „die Versorgung und Betreuung in allen Lebenssituationen“ erklären. Denn es sind keineswegs die vereinigten Berufsverbände der Pflege oder der Therapie, die für die „Versorgung und Betreuung in allen Lebenssituationen“ „eigenverantwortlich“ zuständig sind: Dafür eigenverantwortlich zuständig ist vielmehr die sich selbst pflegende und sich selbst therapierende Person. Diese Person bedient sich zu ihrer Unterstützung nach ihrem Geschmack helfender Berufe, und zwar nicht erst, wenn sie zu Selbstpflege und Selbsttherapie körperlich nicht mehr in der Lage ist. Auch Personen, die ihre Wunden selber verbinden, sich selber baden, ihr Zimmer selber putzen und ihre Haare selber schneiden können, ziehen es oft vor, zu einem Friseur ihrer Wahl zu gehen, ihr Zimmer von einem Putzdienst reinigen zu lassen, sich in einem Bad verwöhnen zu lassen oder ihre Wunden von einschlägigen Fachberufen verbinden zu lassen. Das ist nicht nur im reichen Westen so, sondern nahezu überall auf der Erde. Weder ihre eigene Verantwortung noch ihre Selbstbestimmung geben die Personen dadurch ab: Sie sind es, die die Dienste wählen. Selbst wenn es nur einen einzigen Friseur, einen einzigen Putzdienst, einen einzigen Pflege- oder

Therapiedienst in der erreichbaren Umwelt gäbe, selbst wenn alle diese Dienstleister für die Person sehr teuer wären: Es ist immer noch die sich selbst pflegende und sich selbst therapierende Person, die die Wahl hat, ob sie sich selber verbindet, sich selber die Haare schneidet, selber badet und putzt oder diese Arbeiten vergibt. (Zweifellos haben Menschen in verschiedenen Umständen unterschiedlich viele Wahlmöglichkeiten, die soziale Ungleichheit ist unübersehbar (Senn, 2000; Nussbaum, 2012), aber gewählt wird auch unter eingeschränktesten Bedingungen.) Oft werde ich in Interviews gefragt, ob es pflegerische Gewalt sei, wenn eine Bewohnerin einer Senioreneinrichtung, die neun Mal ihre Wäsche verweigerte, beim zehnten Mal gegen ihren Willen höchst fürsorglich gewaschen wird. Die Antwort ist für mich völlig klar, und nicht nur für mich, auch für alle Fachpflegenden, denen ich von dieser Interviewfrage erzählte: Selbstverständlich ist es ein Gewaltakt.

Die zitierte berufsständische Definition von „Pflege“ durch die schweizer, österreichischen und deutschen Berufsverbände ist nur verständlich innerhalb einer Strategie der Marktmonopolisierung. Es ist in der Tat sehr verständlich, dass jede Berufsgruppe im Wirtschaftsleben eine unbegrenzte Zuständigkeit, ein durch nichts begrenztes Revier sucht, in welchem sie möglichst nach eigenem Gutdünken schaltet und waltet. Das ist verständlich, wenn es um die Abwehr anderer Anbieter am Markt geht. Bescheidenheit schadet da nur. Aber bevor man jede begrenzende Definition und jede Bescheidenheit abwehrt, lohnt es sich vielleicht für die Bildung eines brauchbaren Begriffs von Pflege, auf die Menschen zu hören, wie sie in ihrem Alltag empirisch und präzise das Phänomen Pflege definieren. Denn dort im alltäglichen Sprachgebrauch findet sich eine präzise und bescheidene Definition. Menschen sagen auf die Sekunde genau, ob sie sich gerade mit der Arbeit der Pflege beschäftigen oder mit etwas anderem (vgl. Zeitverwendungsstudien, zusammengefasst in Behrens, 1981). In der Alltagssprache fällt z.B. Herumtoben nicht unter „Pflege“, obwohl Herumtoben für

die gesundheitsrelevante Entwicklung von Muskeln, Skelett, Intelligenz und Sozialität sicher eher etwas wichtiger ist als Zähneputzen und Händewaschen. Das mag erstaunen. Die Logik ist aber klar: Herumtoben würde man auch, wenn die pflegerischen Gesundheitsziele damit nicht erreicht würden, sondern man sich im Gegenteil mit Herumtoben dem Zustand der Verrottung näherbrächte. Das wurde auch für Fußball behauptet (Behrens, 1994): Stellten Experten fest, Fußball zu spielen sei nun wirklich ungesund, würden Menschen trotzdem Fußball spielen. Das würde ich prognostizieren. Stellten dieselben Experten hingegen fest, Liegestütze und andere Morgengymnastik seien ungesund, würden die meisten Menschen wahrscheinlich mit Morgengymnastik aufhören. Das kann jede geneigte Leserin, jeder geneigte Leser dieses Buches an sich selber zumindest gedankenexperimentell ausprobieren. Stimmt Ihr Gedankenexperiment mit meiner Prognose überein, dann wird plausibel: Dem Herumtoben und dem Fußballspiel fehlt das explizite Pflege-Ziel der spezialisierten Arbeit gegen die Verrottung. Gymnastik und Zähneputzen fallen daher unter Pflege, Herumtoben und Fußball nicht. Es entspricht ganz der Logik dieser alltäglichen Unterscheidung, wenn ich als ehemaliger Kindergärtner und erfahrener Vater durch langes Nachdenken und die Lektüre Hunderter von Studien zu dem Schluss komme, Kinder können gar nicht genug herumtoben. Herumtoben hilft gegen die Verrottung. Die Förderung von Herumtoben – z.B. durch das Aufsuchen geeigneter Orte – wird erst durch diese Einsicht eindeutig zum Bestandteil der Kinderpflege.

Von der Selbstpflege einschließlich der Selbstpflege, die Eltern ihren Kindern beizubringen versuchen, und der Selbsttherapie unterscheidet sich professionelle Pflege und Therapie grundlegend. Ein Hauptunterschied ist: Professionspflege ist im Vergleich zu innerfamiliärer und insbesondere Elternpflege wesentlich abstinenter. Dieses Buch beginnt im ersten Hauptkapitel – auch das mag in der Pflege- und Therapietheorie ungewöhnlich sein – nicht bei der Berufspflege und Berufstherapie, sondern bei der Theorie all-

täglichen Selbst- und Familienpflege und Selbst- und Familientherapie. Erst im fünften Kapitel geht es um die Theorie professionelle Pflege und Therapie. Denn weit über 90 % aller Pflege ist Selbstpflege, und auch die meisten Behandlungen bei Erkrankungen und Störungen bestehen in Selbst- und Familientherapien. Professionelle Pflege und Therapie bezieht sich (im besten Fall unterstützend) auf die Selbstpflege und Selbsttherapie von Personen – die nur dann als „Laienpflegende“ zu bezeichnen wären, wenn Berufspflegende und Berufstherapierende priesterliche „Eminenz“ mit einem privilegierten Zugang zu speziellen unfehlbaren Offenbarungen für sich in Anspruch nähmen. Ich bin keine priesterliche Eminenz mit einem privilegierten Zugang zu Berufsgeheimnissen. Der Begriff „Laienpflege“ ist eine Unverschämtheit Personen gegenüber, die die Arbeit der Selbstpflege und Selbsttherapie für sich und ihre Familien mit langjähriger Erfahrung und großer Expertise verantwortlich ausüben. Sie können sich irren, wir alle irren uns häufig. Aber sie sind nicht prinzipiell vom wohldokumentierten Wissen über die Erfahrungen anderer mit pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen ausgeschlossen, wie sie als sogenannte externe Evidence z.B. im Internet vorliegt. Externe Evidence ist kein Berufsgeheimnis der Pflege- und Therapieprofessionen mehr, wie sie noch für die „hippokratischen“ Wanderheiler von Kos ein unbedingtes zu schützendes Berufsgeheimnis war.

Empirisch wird sich zeigen, was Pflege als ein eigener alltäglicher Handlungsbereich genau ist. Wie sich ein eindeutig abgegrenztes System der „Arbeit“ aus der Alltagssprache heraushören lässt (vgl. im Anschluss an Wittgenstein Behrens, 1982; Luhmann, 1992), ebenso lässt sich ein eindeutig abgegrenztes System pflegerischer Gesundheitsförderung aus der Alltagssprache heraushören. Für dieses System gibt es seit mindestens 2500 Jahren eine Fülle von theoretischer Ratgeberliteratur zur Selbstpflege und Selbsttherapie. Sie ist in den 70 Büchern der wandernden Heil- und Pflegekundigen der Insel Kos niedergelegt, also im so genannten Corpus Hippocraticum. Sie stammen mit Sicherheit nicht alle von

Hippocrates. Auf diese älteste mir zugängliche Pflgeetheorie nehme ich aus drei Gründen Bezug. Erstens ist es ganz trivial die älteste Pflgeetheorie, die ich noch im Original lesen kann. Damit ist selbstverständlich nicht gesagt, dass sich z.B. in Asien nicht einmal noch ältere Pflgeetheorien auffinden und lesen lassen. Nur sind sie mir bisher nicht zugänglich. Zweitens kommt diese Pflege- und Therapietheorie in allen ihren Argumenten ganz ohne göttliche Eingriffe, also ohne göttliche „Wunder“ aus. Insofern ist sie zeitgenössisch „modern“. Wanderheiler waren keine Wunderheiler. Sie mochten zwar, siehe Kapitel 1.5 dieses Buches, ihre Ausbildungsverträge unter Anrufung zahlreicher Götter beschwören (Hippokratischer Eid), aber bei ihren Pflege- und Therapievorschlägen spielen göttliche Wunder überhaupt keine Rolle. Drittens sind die Problemstellungen dieser Pflege- und Therapietheorie – worauf schon Foucault und Detel hinwiesen – konstitutiv für die Moderne. Sie sind insbesondere nach 1989 erstaunlich aktuell geworden, wenn auch die meisten ihrer praktischen Lösungsvorschläge von heute her gesehen ziemlich hanebüchen, ja bizarr wirken. Aber die Ziele diese Selbstpflegeetheorie erscheinen nach 1989 weniger angefochten und relativierbar als je in der Geschichte der Menschen: Während Platon und Goethe sich noch über diese Selbstpflegeetheorie lustig gemacht hatten, wurde sie – so meine These – nach 1989 zur eigentlich einzig verbliebenen, nicht mehr relativierbaren detaillierten Lehre richtigen Lebens in der Gesellschaft. Diese These, dass mit den nicht immer friedlichen Revolutionen gegen die Sowjetunion 1989 die diätetische Selbstpflegeetheorie als einzige detaillierte Lehre richtigen Lebens übrig blieb, ist die zweite sicher umstrittene Behauptung dieses Buches – nach der ersten These, Ziel von Pflege und Therapie sei nicht Selbstständigkeit, sondern Selbstbestimmung in der Teilhabe.

So lässt sich verstehen, wie Take Care of Yourself in der englisch wie französisch sprechenden Welt sich so verbreiten konnte. In seinen letzten Vorlesungen 1982 bis 1984 am Collège de France hatte Michel Foucault, seinen Tod an AIDS öf-

fentlich vor Augen, den letzten Rat des Sokrates an seinen Schüler Kriton als Take Care of Yourself zum Programm gemacht: Care of the body, Care of the other, Care of the spirit, und insbesondere care of the freedom to speak freely, from a place of truth. Alle diese Formen der Pflege fasste Foucault zusammen als Take Care of Yourself. (Selbstverständlich ist es für Verbreitung und Verständnis völlig unerheblich, dass sich im Griechischen des Dialogs Sokrates mit Kriton eine entsprechende Wendung nicht mit exakt dieser Bedeutung findet. Es handelt sich um eine freie Übersetzung durch Foucault. Deswegen gebe ich sie hier in dem Englisch wieder, in dem sich diese Formel der Selbstpflege weltweit verbreitet.)

1.3

Kernmethode: Aufbau interner und externer Evidence

Das vierte Kapitel widmet sich der zentralen Methode der Pflege- und Therapiewissenschaften, dem Aufbau interner und externer Evidence als Aufgabe sowohl von Selbst- als auch von Berufspflege, sowohl von Selbst- als auch von Berufstherapie. Warum steht es vor dem Kapitel über Professionspflege- und Professionstherapie? Weil spätestens seit der Verbreitung des Internets der Aufbau externer und interner Evidence keine Geheimwissenschaft mehr ist, die wie noch bei den Wanderheilern der Insel Kos als Berufsgeheimnis

mit Todesverwünschungen geschützt werden muss. Nicht nur Professionen haben Zugang zu Methoden und Wissen. Die Methoden stehen „im Prinzip“ allen zur Verfügung, zumindest weltweit, die Zugang zum Internet haben. Der Zugang zum Wissen trennt nicht mehr Eminenzen von „Laien“. Im Nebeneffekt wird aber eine andere Herausforderung umso größer: Die Anforderung an die Kompetenz, Texte und Bilder beurteilen zu können, steigt mit dem Internet enorm.

Die Unterscheidung zwischen externer und interner Evidence ist sehr einfach. Externe Evidence bezeichnet alles mehr oder weniger „gesicherte“ Wissen, das wir überhaupt aus der Erfahrung Anderer ziehen können. Dabei interessieren wir uns als – uns selbst oder andere – Pflegenden und Therapierenden nicht nur für Verläufe (Kohortenstudien, Fallberichte), in denen sich überraschende Zusammenhänge entdecken lassen. Für uns selbst interessieren wir uns besonders für kausal zuschreibbare Wirkungen von bestimmten Interventionen und deren Übertragbarkeit. Wie wir im 4. Kapitel sehen werden, ist diese kausale Zuschreibbarkeit mit Ausnahme offensichtlicher Fälle so voraussetzungsvoll, dass sie nicht mit einer einzelnen Methode (z. B. randomisierte Studie mit Kontrollgruppe), sondern in ihrer Validität nur mit einem Mix aus unterschiedlichen „qualitativen“ und „quantitativen“ Methoden, die alle dem Falsifikationsprinzip folgen, zu sichern ist (Kelle & Kluge, 2001). Auf die **Abbildung 1-1** kommen wir im Kapitel 4 zurück.

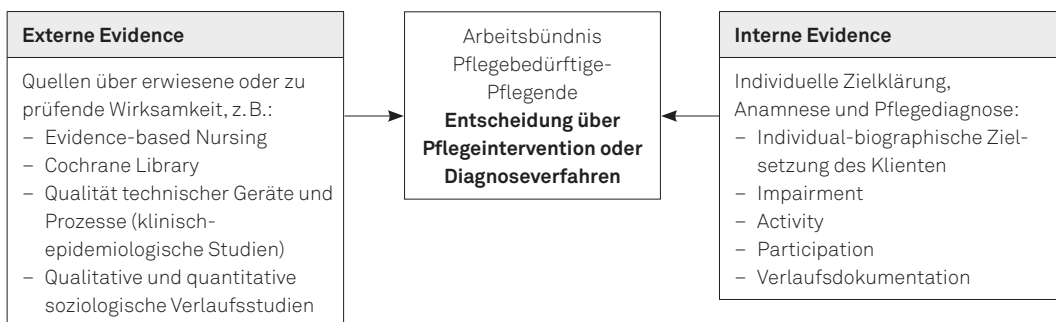


Abbildung 1-1: Evidence-basierte pflegerische und therapeutische professionelle Praxis: interne und externe Evidence, überarbeitet. Aus: Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing and Caring. Bern: Hogrefe, S. 29.

Interne Evidence dagegen bezeichnet alles Wissen über uns selbst, unsere Freunde und Freundinnen und unsere individuellen Klienten und Klientinnen (Organisationen, Regierungen, Bürger), das in der Regel nur in der Begegnung zwischen jeweils einzigartigen Klienten und Klientinnen und ihren Pflegenden und Therapieerenden geklärt werden kann. Nur in dieser Begegnung lässt sich die Validität, die Übertragbarkeit von Studienergebnissen für uns oder unser Klientel erkennen. Denn externe Evidence, also Erfahrungen Anderer, liegen uns typischer Weise bestenfalls als Folgen von Interventionen innerhalb von beobachteten Gruppen vor, also in gruppenspezifischen Häufigkeiten. Die Ergebnisse unterrichten uns darüber, zu welchen Folgen eine Intervention bei anderen geführt hat. Solche Häufigkeiten als Wahrscheinlichkeit in unserem Einzelfall interpretieren zu können, gibt, wie im Kapitel 4.2 gezeigt wird, die Statistik schwerlich her. Zwar wird oft eine erwartete Häufigkeitsverteilung in einer Population allen Mitgliedern dieser Population als individuelle Wahrscheinlichkeit zugeschrieben. Kein Statistiker würde aber diese Zuschreibung als Beleg dafür nehmen, tatsächlich die individuelle Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines erhofften oder gefürchteten Ereignisses für dieses Mitglied angeben zu können. Viele Ereignisse, z.B. einige chronische Krankheiten, kommen nur bei weniger als einem unter 1000 gleichartigen Männern mit ähnlichen Lebensstilen vor. Eine Versicherung kann dann davon ausgehen, dass die Wahrscheinlichkeit des Eintritts dieser Krankheit für die Gesamtgruppe unter einem Promille liegt und die Versicherungsprämie für die 1000 Versicherten entsprechend kalkulieren. Das ist aber keinesfalls das Gleiche, als jedem der 1000 zu sagen, seine individuelle Wahrscheinlichkeit, diese Krankheit zu bekommen, läge bei unter einem Promille. Zumindest ich würde mich nicht trauen, einem Erkrankten oder sonst irgendeinem zu sagen, seine individuelle Wahrscheinlichkeit sei geringer als ein Promille gewesen. Vielmehr würde ich sagen, die Kenntnisse, die ich für die Berechnung einer individuellen Wahr-

scheinlichkeit bräuchte, hätte ich nicht. Externe Evidence informiert uns bestenfalls darüber, was bei anderen wie geholfen hat. Nicht aus externer Evidence ableitbar ist hingegen, was ich oder meine Klientin will und wessen sie bedarf, ja nicht einmal, wie es ihr mit der Intervention geht. Welche Aspekte für meine Klienten und Klientinnen relevant sind, kann nur im Gespräch mit diesen selbst erarbeitet werden. Deswegen kann z.B. eine Erhebung der Relevanz von Komponenten des sozialen Lebens für den Durchschnitt einer Bevölkerung prinzipiell nicht die Erhebung dieser Relevanz im einzigartigen Fall meiner Klienten ersetzen. Interne Evidence existiert nie allein im Kopf eines Beraters in der Stadt oder in der Sozialplanung: Interne Evidence ist systemisches Ergebnis der Beziehung mit den jeweils einzigartigen Klienten und Klientinnen. Insbesondere die Abschnitte 4.5 und 4.8 erörtern den Aufbau interner Evidence.

Noch aus einem ganz ähnlichen zweiten Grund steht das Methodenkapitel vor dem Professionskapitel. Es hilft Ihnen bei der Nutzung von uns Professionen erheblich, wenn Sie ungefähr wissen, was man von Professionen erwarten kann.

1.4 Professionspflege und Professionstherapie

Erst das fünfte Kapitel widmet sich daher dem, womit die meisten Pflege- und Therapietheorien anfangen, der Berufspflege und -therapie. Denn die Berufspflege bezieht sich auf die Selbst- und Familienpflege, die immer mindestens 90 % aller Pflegehandlungen vollbringen wird. Auch die Berufstherapie bezieht sich kommentierend und unterstützend auf die Selbsttherapie. Viele Menschen kurieren sich erstmal mit allen möglichen, manchmal bedenklichen Hausmitteln. Sie gingen noch seltener zum Arzt, bräuchten sie keine „Krankschreibung“ zur Vorlage beim Arbeitgeber (man kann ohne Arzt gesund, aber nie ohne Arzt krankgeschrieben werden). Und fast keine Therapie kann ohne Mitwirkung der Erkrankten wirken

(Adhärenz). Pflege, Therapie und ärztliche Berufe sind Assistenzberufe: Wir assistieren den Selbstpflege- und Selbstheilungsprozessen unserer Klienten und Klientinnen.

Berufspflege und Berufstherapie unterscheiden sich allerdings in ihren Aufgaben und Haltungen in einem entscheidenden Punkt von der Selbst- und Familienpflege. Sie unterscheiden sich von Familienpflege und Familientherapie durch ihre Zurückhaltung und Abstinenz. Professionspflege und Professionstherapie sind ein Spezialfall der Pflege und Therapie. Professionspflege und Professionstherapie assistieren der Selbstpflege und Selbsttherapie. Daher wäre es auch ein Irrtum, aus der Dreiteilung dieses Buches zu schließen, Berufspflege und Berufstherapeuten sollten sich den ersten Teil schenken und für sich selbst Pflegende und Therapierende sei der letzte Teil nicht geeignet. Die Theorie der Selbstpflege und Selbsttherapie mit ihren fast unendlich vielen Ratgeberschriften steht im ersten Teil. Und die Kenntnis des fünften Kapitels hilft zu verstehen, was man als sich selbst Pflegenden und Therapierenden von Berufspflegenden und Berufstherapierenden erwarten kann und was nicht.

1.5

Die älteste moderne Pflegelehre

Die ältesten Pflegelehrbücher, die wir kennen, sind also die diätetischen Schriften der ihre Dienste anbietenden pflegenden Wanderheiler der Insel Kos vor 2500 Jahren. Daneben gibt es eine mündliche Überlieferung. Die diätetischen unter den etwa 70 höchst unterschiedlichen, wahrscheinlich von verschiedenen Autoren geschriebenen Schriften des Corpus Hippocraticum, insbesondere *De Victu* und die prophylaktische Schrift *De Victo Sano* sowie die *Prescriptiones* (Vorschriften), geben zahlreiche – alle Lebensumstände umfassende – Ratschläge zu einem selbstpflegerisch richtigen Leben. Das „rechte Maß“ in allen Lebensäußerungen – sei es die Häufigkeit des Geschlechts- und sonstigen Verkehrs, die Gestaltung der Wohnungen und

Städte, die politische Beteiligung, die Ernährung usw. – ist das Programm der Arbeit der Selbstpflege gegen die allfällig befürchtete Verrottung in Krankheit, Hässlichkeit, Verlust, Unzufriedenheit, Einsamkeit und Tod. Die Historikerin Ursula Weisser (1991, S. 16) vermutet, die diätetische präventive Beratung habe vor allem deshalb einen „wesentlichen Bereich ärztlicher Tätigkeit“ gebildet, „da zur Bekämpfung von Krankheiten und Schmerzzuständen nur wenige wirkungsvolle Mittel bekannt“ gewesen seien (Weisser, 1991, S. 16). Heute gibt es wirkungsvolle pharmazeutische und operative Mittel. Pflege wurde dadurch aber nicht weniger wichtig, sondern es bildete sich neben dem System der Krankheitsbehandlung ein System pflegerischer Gesundheitsförderung heraus (Behrens, 1986, 1990, 2009; Behrens et al., 2012). Für den alltäglichen medizinischen Betrieb hat die pflegerische Gesundheitsförderung womöglich tatsächlich einen weit geringeren Anteil als vor 2500 Jahren, keinesfalls aber für die Pflege (Behrens, 1986, 1990, 2009, 2012). Viele Hinweise sprechen dafür, dass nach dem Zusammenbruch des Sowjetblocks 1989 nur eine einzige unter allen detailliert konkretisierten Lehren richtigen Lebens nicht an Glanz, Begründung und Glaubwürdigkeit verloren hat: die detaillierte Lehre gesundheitsförderlicher Selbstpflege. Selbstverständlich haben die meisten der speziellen Ratschläge inhaltlich oft gewechselt, aber die Begründung der gesundheitsfördernden Pflege entspricht noch der alten Diätetik. Alle religiösen, philosophischen, nationalökonomischen, sozialistischen usw. Begründungen richtigen Lebens haben nach 1989 an Überzeugungskraft verloren, wo sie der gesundheitsförderlichen Selbstpflege zu widersprechen schienen (Behrens, 1990; Behrens, Weber & Schubert, 2012). Das Ziel der Gesundheitsförderung, was immer sie im Einzelnen beinhaltet, scheint nach 1989 weder religiös, noch philosophisch, noch nationalökonomisch, noch sozialistisch zu relativieren (Behrens u. a., 2012). Das wird schlagartig klar, liest man noch einmal die Kritik Platons an der diätetischen Selbstpflege: Sie schränke nicht nur die politischen und ökonomischen Aktivitäten als

zweitrangig ein, sondern durch die Konzentration auf Gesundheit „macht sie, dass man ... nie aufhört, Not zu haben mit dem Leibe.“ (Platon, *Politeia* III 407 c; ebenso Aristoteles *Pol* VII 16, 1335 b; VIII 4, 1338 b-1339 a. Vgl. kritisch rekonstruierend zu Foucault, 1989, S. 131-140; Detel, 1998, S. 121ff). Zu erwähnen ist als Gegenposition, dass Jost Bauch „Prävention als Erfindung der Neuzeit“ behauptet (Bauch, 2010, S. 101), weil die Diätetik nicht ausschließlich auf „Gesundheit“ ausgerichtet sei. Dann wäre die Kritik Platons an der Diätetik völlig unverständlich.

Nach 1989 ist es im Gegenteil nicht mehr selbstverständlich zu verlangen, körperliche und psychische Gesundheit für ökonomische, religiöse und politische Ziele zu opfern. Vielmehr behaupten ökonomische, religiöse und politische Eliten, nichts dringender anzustreben als körperliche und psychische Gesundheit ihrer Anhänger. Wie eine leicht replizierbare Untersuchung in 347 Bahnhofs- und Flughafenbuchhandlungen in Europa, Süd- und Nordamerika und Asien ergab, beschäftigen sich auch zwischen 80–90 % aller Illustrierten jede Woche ausführlich mit (mehr oder weniger sinnigen) Ratschlägen zur Selbstpflege und zur Selbsttherapie (vgl. ÖZFS, 2002).

1.6

Historische Scheidewege pflegerischer und therapeutischer Berufe

Die Ausdifferenzierung beruflicher Pflege und Therapie folgt einem Pfad mit wenigen Weggabelungen. Zwar lassen sich schon die Probleme der Berufspflege und Berufstherapie mit Gewinn bereits in den hippokratischen Schriften erkennen, gerade weil die monopolisierenden Lösungen, die die Wanderheiler von Kos fanden, ganz andere als unsere sind. Die Lösungen wechselten, die Probleme blieben. Gerade deswegen lohnt sich die Lektüre der hippokratischen Schriften. Was sie lösen wollten, dafür müssen auch wir „funktional äquivalente“ Lösungen haben. Zum Beispiel würde ein öffentliches Seminar, wie es für uns selbstverständlich ist, als Verrat von Berufsge-

heimnissen und Schädigung der wirtschaftlichen Interessen der Berufsangehörigen sanktioniert – und zwar mit Todeswünschen. Welche alternativen Lösungen haben wir für die Monopolisierung durch Berufsgeheimnisse und die Erwerbssicherung der Berufsangehörigen?

Für die Scheidung der Wanderheiler in Pflege- und Therapieberufe sowie in ärztliche Berufe wurden wenige Weggabelungen entscheidend. Wesentlich für die Ausdifferenzierung der Pflege- und Therapieberufe in Europa und Vorderasien wurde das Konzil von Nizäa im Jahre 325 (Bergdolt, 2004; Behrens, 2007). Es trennte die Hospitze („*Xenodocheia*“), in denen Mönche und Nonnen – später Mönchsritter – pflegten, von den Ambulatorien, in denen Ärzte wirkten. Mönche und Nonnen waren nicht mehr ärztlich und chirurgisch tätig, das Konzil erlaubte ihnen aber die „Pflege“ und verpflichtete sie sogar dazu. Diese Ausdifferenzierung der beruflichen Pflege und ihre Differenz zur Medizin blieb stabil. Jahrhunderte lang entstanden hier die unterschiedlichsten Schriften zur Pflegelehre. Noch die Kreuzritterorden sind Pflegeorden. Alle Ritter leisteten ein Pflegegelübde. Die nächste entscheidende Weichenstellung ergab sich mit dem Aufkommen staatlicher Gesundheitspolitik im beginnenden Absolutismus: Im Absolutismus lernten Könige mit ihren Bevölkerungen umzugehen wie Viehzüchter mit ihrer Herde. Der gute Hirte weidet seine Schafe, schert sie – und führt sie zur Schlachtbank. Berufspflegende und Berufstherapierende wurden zu Gesundheitsaposteln im Dienste staatlicher Bevölkerungspolitik. Dabei konkurrierten sie mit Philosophen und Pfarrern, die sich auch als Gesundheitsapostel empfahlen.

Der nächste Schritt lässt sich mit der Aufklärung erkennen, in der das Konzept des selbstbestimmten Aufbaus interner Evidence durch die Klienten und Klientinnen durch die Kant'schen Kritiken zum Greifen nahe kam – aber doch durch patriarchalisch bevormundende Umdeutung verschüttet wurde. Die Aufklärung änderte an patriarchalischer Bevormundung viel weniger, als Kants Schriften hatten hoffen lassen. Eigentlich waren zwar mit Kant schon alle Voraussetzungen für das

geschaffen, was wir heute als Aufbau interner Evidence in der Begegnung verstehen. Aber Philosophieprofessoren, Ärzte und Pfarrer versuchten lieber, untereinander durchaus rivalisierend, die alten Viehzüchterargumente zu tradieren und für den Ausbau ihrer Stellung als Gesundheitsapostel im Dienste des Staates zu nutzen.

Die nächste entscheidende Weichenstellung war im 19. Jahrhundert die bürgerlich antikapitalistische Erfindung der „Ehefrau als guter Seele“, welcher – ganz im Unterschied zur Bäuerin hinter ihrem Marktstand, zur Adelligen und zur Arbeiterin – das Erwerbsleben völlig fremd, ja verhasst und verächtlich sein sollte. Diese (nur wenige Jahrzehnte bestehende) antikapitalistische utopische Männerphantasie einer erträumten bürgerlichen, nichterwerbstätigen Ehefrau im 19. Jahrhundert prägte das Ideal der Krankenschwester als liebevolle häusliche Pflegerin, der jede finanzielle Orientierung fremd und verwerflich war. Zur Krankenschwester konnte es konsequenterweise keinen Krankenbruder geben, sondern im Gegenteil nur einen proletarischen, typischerweise geldgierigen „Krankenwärter“ mit all den schlechten Eigenschaften, von denen die Krankenschwester typischerweise völlig frei war. Aus all diesen Weichenstellungen entwickelte sich die heutige Fachpflege auf dem Wege zur Profession und dann die „Therapeuten und Therapeutinnen“. Wobei von den Inhalten her gesehen Physiotherapie, Ergotherapie, die diagnostisch-technischen Berufe und auch die Logopädie teilweise schon vor 2600 Jahren bedacht wurden, lange vor der modernen Medizin, aber die Ausdifferenzierung als spezielle Berufe entwickelt sich erst 2400 Jahre später seit etwa 200 Jahren aus der Pflege.

Vor mehr als 100 Jahren entstanden die ersten universitären Pflegestudiengänge – nicht nur an angelsächsischen, sondern auch an deutschen medizinischen und anderen Universitäts-Fakultäten, z. B. in Mitteldeutschland. Während die ältesten europäischen Pflege- und Therapietheorien vor 2400 Jahren geschrieben wurden, verbreiteten sich nach der Forcierung klinisch-epidemiologischer Methoden zur Verbesserung hygienischer und anderer Umweltbedingungen durch Florence

Nightingale Ende des 19. Jahrhunderts erst in den letzten 70 Jahren universitär ausdifferenzierte Pflege-theorien. Die erst vor 70 Jahren einsetzenden universitären Institutionalisierungen können aber nicht darüber hinwegtäuschen: Alle diese Ausdifferenzierungen brachen nicht entscheidend mit dem Rahmen der diätetischen Schriften des vierten Jahrhunderts v.u.Z., sondern variieren und steigern in diesem Rahmen pflegetheoretische und therapietheoretische diätetische Ansätze.

1.7 Didaktik und die Arbeitsfähigkeit der Professionen

Wie eine Theorie und Ethik der Pflege und Therapie die Arbeitsfähigkeit pflegender Familienmitglieder und Freunde zu thematisieren hat, so hat sie auch die Arbeitsfähigkeit der Mitglieder der Pflege- und der Therapieprofession zu reflektieren. Denn mit schönen Forderungen an diese Mitglieder ist es zweifellos nicht getan. Organisationen und Institutionen sind Infrastrukturen zur Erzeugung und Aufrechterhaltung von Arbeitsfähigkeit. Auch das ist Gegenstand des fünften Kapitels, ebenso wie die Didaktik der individuellen Professionalisierung. Beides, die Arbeitsfähigkeit der Profession und die Didaktik der individuellen Professionalisierung, war ebenfalls schon Problemstellung der hippokratischen Schriften. So lehrreich bizarr uns heute ihre damaligen Lösungen vorkommen mögen: Wir müssen dieselben Herausforderungen wie sie mit anderen Lösungen bewältigen.

1.8 Pflege und Therapie verbürgen den Gerechtigkeitsdiskurs

Das sechste Kapitel widmet sich ganz knapp der These, die Therapie- und Pflegeprofessionen leisteten einen enormen Beitrag zu den Theorien moderner Gesellschaften, insbesondere zu ihrer

kritischen Theorie sozialer Ungleichheit, indem sie diese theoretischen Selbstbeschreibungen moderner Gesellschaften erst mit einem skandalisierbaren und skandalisierten Gegenstand versorgten. Die Entstehung der Vorstellung von Bedarfsgerechtigkeit erhält ihre Kraft aus der Theorie der Pflege- und der Therapieprofession. Denn Zwei-Klassen-Angebote, zu denen man nach Kaufkraft Zugang hat, sind heute in modernen Gesellschaften weithin akzeptiert – bei der 1. und 2. Klasse der Eisenbahn, in Flugzeugen, bei Restaurants, zwischen Wohngebieten, bei Kleidung – nur in einem Bereich sind sie überall ein Skandal: In der Professionspflege und in der Professionstherapie. Über Zwei-Klassen-Medizin und Pflege regt sich die Öffentlichkeit auf, über die Zwei-Klassen-Eisenbahn nicht. Die Bedarfsgerechtigkeit wird in modernen Gesellschaften fast nur noch im Gesundheitswesen erörtert. Soziale Ungleichheit gilt dort als am wenigsten hinnehmbar, wo ihre Folgen gesundheitliche sind: ungenügende Wohnung, ungenügendes Essen und ungenügende Teilhabe wirken „ungesund“.

1.9

Was in diesem Buch nicht steht

Am Ende dieses Überblicks ist ein Hinweis angebracht, was nicht in diesem Buch zur Theorie der Pflege und der Therapie zu finden ist. Fragen zu einzelnen pflegerischen und therapeutischen Interventionen, z.B. ob die Rückenmassage zur Durchblutung besser mit Franzbranntwein oder Leitungswasser durchgeführt würde, werden in diesem Buch nicht behandelt. Das liegt keineswegs daran, dass der Autor diese Art von Fragen, die zweifellos zur externen Evidence gehören, für unwichtig hält. Ich habe sie selber von verschiedenen Seiten beleuchtet und externe Evidence dazu veröffentlicht. Maßnahmen der Pflege und der Therapie werden nur aus dem einen Grund hier nicht behandelt, weil sie Gegenstand unseres „Handbuchs Evidence based Nursing“ beim selben Verlag sind. Warum sollen Sie als Leserinnen und Leser dasselbe in mehreren Büchern

kaufen? Aus demselben Grund finden sich in diesem Buch auch keine Einführungen in Verfahren, z.B. wie man berechnet, wie viele Menschen die Nebenwirkungen einer Behandlung erdulden müssen, bevor einer von ihnen einen Vorteil von einer Behandlung hat (Number needed to harm). Denn das findet sich im Grundlagen- und Lehrbuch EbN – Ethik alltäglicher Pflegeentscheidungen und der Versorgungsforschung – ebenfalls im selben Verlag 2016. Über die Nachweise sozial ungleicher Behandlung diskutiert im Lichte der Theorien von Martha Nussbaum, Amitaj Sen und Pierre Bourdieu das Buch „Sozial ungleich behandelt?“ (Hogrefe-Verlag 2017). Die Bedeutung der Epochenschwelle 1989 für das Sozial- und das Gesundheitswesen diskutiert der DFG-Sonderforschungsbereich 580 unter der Frage, welcher Entwicklungspfad eingeschlagen wurde: „Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit – zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?“ (Opladen, Budrich-Verlag, 2012). Dieses kurze Theorie-Buch ersetzt die genannten Bände nicht. Es konzentriert sich, in einem Wort gesagt, auf die pflegerische und therapeutische Weisheit und Haltung.

Am Ende dieses Überblicks bleibt noch zu begründen, warum man nur ein Buch anstatt zwei Bücher über die Theorie der Pflege und der Therapie schreiben kann. Unterscheiden sich denn Pflege und Therapie nicht grundlegend dadurch, dass Selbst- und Professionstherapie erst bei Krankheit gefragt sind, Pflege aber völlig unabhängig von Krankheit nötig ist? Pflege dient in der Tat keineswegs nur der Krankheitsvorbeugung. Warum nur ein Buch statt zwei, lässt sich sowohl für Selbstpflege und Selbsttherapie als auch für Professionspflege und Professionstherapie begründen. Selbstpflege ist immer nötig, und sie hört bei Krankheit nicht auf. Bei Krankheit ergänzt man die Pflege therapeutisch. Die Theorie der Pflege und der Therapie sieht auch Ähnlichkeiten zwischen Professionspflegenden und Professionstherapeuten und Professionstherapeutinnen. Für beide Professionen steht die Kompetenz im Focus, Klienten und Klientinnen

beim Aufbau interner Evidence zu unterstützen. Aber was sind die Therapeutinnen und Therapeuten, deren Theorie in diesem Buch diskutiert wird: Unterscheiden sie sich von ihren ärztlichen Kollegen und Kolleginnen? Ganz praktisch und trivial nenne ich therapeutische im Unterschied zu ärztlichen Professionen diejenigen therapeutischen Professionen, die überdurchschnittlich viel Zeit mit ihren Patientinnen und Patienten verbringen. Wenn eine Physiotherapeutin, eine Ergotherapeutin oder eine Logopädin sechs Wochen lang jede Woche nur 17 Minuten mit einer Patientin oder einem Patienten verbringt, übertrifft sie zeitlich fast jeden Arzt oder Ärztin bei Weitem. In diesen sechs Mal 17 Minuten im regelmäßigen intensiven leiblichen Austausch ist viel zu besprechen und zu bearbeiten. Werden sie überhaupt genutzt oder vergeudet (vgl. Grafe, 2018)? Dieser Professionsdefinition entspricht übrigens der des International Journal for Health Professions. Die lange Zeit, die sie mit ihren Auftraggebern und Auftraggeberinnen verbringen, ist das Gemeinsame der Pflege- und Therapieprofessionen. Es hat sich umgangssprachlich eingebürgert, zwischen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Professionen zu unterscheiden. Es wird also ein Unterschied zwischen Ärzten und Therapeuten gemacht. Diese Unterscheidung ergibt in der Alltagspraxis Sinn, wenn man sie wie in diesem Buch an die triviale Tatsache der unterschiedlichen Zeitdauer, Zeitverwendung und regelhaften kurzzeitigen Wiederholung bindet. Denn diese Zeitstruktur kann den Aufbau interner Evidence sehr begünstigen und wirft in der Tat die Frage auf, ob und wie Therapeuten diese Zeit auch dafür nutzen. Bei Therapien denken wir oft hauptsächlich an Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Psychotherapie. Aber es gibt mehr als 150 Gesundheitsberufe. Auch innerhalb geschützter Berufsbezeichnungen, wie Ergotherapeut, ist die Vielfalt völlig unterschiedlicher Tätigkeitsspektren enorm groß. Dasselbe gilt für die Physiotherapie und die Psychotherapie. In der Medizin gibt es über 300 Fachgesellschaften, also „Fächer“, und wenn Mediziner und Medizinerinnen von Interdisziplinarität re-

den, meinen sie, dass zwei medizinische Spezialisten miteinander kooperieren können. Zwischen Abgabe dieses Buchs beim Verlag und Auslieferung des Buchs an die Buchhandlungen werden sich weitere Gesundheitsberufe ausdifferenzieren und weitere Therapie- und Pflegeberufe bilden. Ebenso wie bei fast jeder Ausschreibung einer medizinischen Professur in Fakultäten und vor allem in ihren Berufungskommissionen werden Fächer neu definiert. Daher scheint die Zusammenfassung therapeutischer Professionen mit dem trivialen Kriterium der typischen Zeitstruktur und des Rhythmus der Arbeit vertretbar, sinnvoll und ausbaufähig. Verglichen mit diesem Kriterium der typischen Praxis scheint die Frage wenig relevant, wie lange eine Berufsgruppe schon unter ihrem heutigen geschützten Namen existiert. Ergotherapeuten z.B. rechnen sich in Deutschland auf 1954 zurück. Ihre Berufstätigkeit findet sich allerdings schon in den Schriften der wandernden Heiler von der Insel Kos vor 2500 beschrieben. In denselben Schriften sind auch Bewegungstheorien erörtert, so dass es ziemlich gleichgültig ist, seit wann Physiotherapeuten Physiotherapeuten heißen.

Vielen Kolleginnen und Kollegen scheint die inhaltliche Unterscheidung zwischen „neuen“ therapeutischen und pflegerischen und „alten“ medizinischen Professionen einfach durch die Abgrenzung von der „Schulmedizin“ möglich, die einem veraltetem biomedizinischem Modell frönt. Das glaube ich nicht. Ich argumentiere zwar in diesem Buch gegen jene angeblich „naturwissenschaftliche“ Tradition, die Lebewesen als offene Systeme wie Uhren oder andere Maschinen sieht, bei denen das Gehäuse aufgeklappt wurde. Aber ich glaube nicht mehr, dass es so etwas wie die „Schulmedizin“ überhaupt gibt, der alle Mediziner und Medizinerinnen entsprechen. Schon beim zweiten „Gesundheitstag“ in Hamburg wurde klar, dass alle dort vorgestellten „alternativen“ Therapien auch irgendwo von einer Medizinprofessorin oder einem Medizinprofessor vertreten wurden. Wenn man sich den zentralen Mainzer Katalog der Fragen ansieht, die alle Medizinstudierende in ihren Examina beant-