



Marion Großklaus-Seidel

Ethik im Pflegealltag

Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren
und begründen können

Kohlhammer | *Pflege*

Wissen und Praxis

Die Autorin:

Prof. Dr. theol. Marion Großklaus-Seidel, M. A., lehrt Ethik und Erwachsenenbildung im Studiengang Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt.

Marion Großklaus-Seidel

Ethik im Pflegealltag

Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren
und begründen können

Verlag W. Kohlhammer

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Großklaus-Seidel, Marion:

Ethik im Pflegealltag : Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren
und begründen können / Marion Großklaus-Seidel. –

Stuttgart : Kohlhammer, 2002

(Kohlhammer Pflege : Wissen und Praxis)

ISBN 3-17-016075-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026474-8

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2002

Alle Rechte vorbehalten

© 2002 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. Stuttgart

Printed in Germany

Vorwort

Pflegeethik ist in den letzten Jahren zunehmend zum Gegenstand von Aus-, Fort- und Weiterbildung in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens geworden. Auch die Fachzeitschriften und Kongresse in der Pflege widmen ethischen Aspekten aus Theorie und Praxis ihre Aufmerksamkeit. Deutlich wird die Tendenz, pflegeethische Fragestellungen einem breiten Adressatenkreis zugänglich zu machen, da ethische Probleme in aller Regel im Pflegealltag auftreten und folglich dort erkannt, bedacht und gelöst werden müssen. Dies zu fördern ist auch das Anliegen des vorliegenden Buches.

„Ethik im Pflegealltag“ versteht sich in diesem Sinne nicht als ein „Lehrbuch“, das aufgeschlagen in einer Lehrsituation Aussagen darüber vermittelt, wie Pflegenden sich bei diesem oder jenem ethischen Problem verhalten sollten. Nicht die Antworten, sondern die ethisch reflektierte Beschäftigung mit den Fragen steht im Vordergrund der folgenden Kapitel. Die Auseinandersetzung mit anthropologischen und ethischen Sachverhalten macht – trotz aller Ernsthaftigkeit der dabei thematisierten Probleme – in erster Linie Spaß. Ethik lässt sich nicht „pauken“, sondern nur entdecken, erfragen und diskutieren. Doch wie gestaltet sich ein solcher Zugang in der Form eines Buches? Ich habe mich für ein „Lesebuch“ mit zahlreichen Fallbeispielen, Impulsen und Textauszügen entschieden, das zum Mitdenken und gegebenenfalls auch zum Widerspruch anregen soll. Der konzeptionelle Ansatz, der den Überlegungen dabei zugrunde lag, wird im Einleitungskapitel beschrieben und ist hoffentlich bei der gesamten Lektüre erkennbar und hilfreich.

Das vorliegende Buch wäre ohne die Mithilfe vieler Menschen nicht zustande gekommen. Mein Dank gilt den Studierenden der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, die in meinen Vorlesungen und Seminaren mit großem Engagement, kritischen Rückfragen und oft auch nachsichtiger Geduld dazu beigetragen haben, dass meine Überlegungen zur Pflegeethik über die Jahre immer konkretere Formen annahmen. In Fragen der Organisationethik bin ich Herrn PD Dr. Dieter Beese (Münster) zu großem Dank verpflichtet. Er hat sein organisationsethisches Entscheidungsmodell, das ursprünglich in einem anderen Kontext als dem Gesundheitswesen entstanden ist, anlässlich eines Vortrages in Darmstadt präsentiert und mir damit entscheidende Impulse für das Kapitel 3 gegeben. Ein besonders herzlicher Dank geht an Frau Karen Widemann, Leiterin des Ausbildungsinstituts für Pflegeberufe am Klinikum Offenbach,

und an Frau Gudrun Gätschenberger. Sie waren bereit, das Manuskript kritisch zu lesen und haben mit Anregungen und Verbesserungsvorschlägen nicht gespart. Frau Mann vom Kohlhammer Verlag hat die Entstehung des Buches von der Idee bis zur praktischen Ausführung begleitet und war mir in dieser Zeit eine konstruktive Gesprächspartnerin. Meinem Ehemann Christian Seidel danke ich für seine liebevolle Unterstützung im Hintergrund.

Darmstadt/Witten im Frühjahr 2002

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Inhaltsverzeichnis	7
1 Ethik im Berufsalltag – eine Einleitung in die Fragestellungen	9
1.1 Aktuelle Herausforderungen des Berufsalltags.....	9
1.2 Ethik des Gesundheitswesens	13
1.3 Professionelles Handeln durch ethische Reflexion ..	16
2 Menschenbilder in der Pflege.	19
2.1 Sinn- und Werttraditionen zum Menschen.	19
2.2 Ist mit dem Tod alles vorbei? Platon und die Unsterblichkeit der Seele	24
2.3 Leben mit Krankheit und Tod – die christliche Sicht des Menschen	30
2.4 Descartes Maschinenmodell vom Menschen und die naturwissenschaftliche Medizin	38
2.5 Kants Entwurf von der menschlichen Vernunft und die Autonomie	45
2.6 Evolution und natürliche Auslese: Darwin und die gesellschaftlichen Konsequenzen seines Denkens ...	53
2.7 Leib als Zugang zur Welt: Plessner und die phänomenologische Anthropologie	61
2.8 Der Wert des Lebens und der Mensch des Grundgesetzes	68
2.9 „Bausteine des Lebens“: Gentechnologie und ihr Verständnis vom Menschen	76
2.10 Mensch oder Person? Bioethik und Menschenrechtskonvention	84
2.11 Pflege und die Frage nach verdeckten Wertentscheidungen	93
3 Moralisches Handeln und ethische Reflexion	99
3.1 Moral im Berufsalltag	99
3.2 Informelle Handlungsmuster	102
3.3 Konflikte durch Gruppenmoral	104

3.4	Ethik als Reflexion moralischen Handelns	107
3.5	Berufsethik	111
3.6	Entscheidungsprozesse.	113
3.7	Das organisationsethische Modell der Entscheidungsfindung	118
4	Ethische Problemfelder im Pflegealltag	141
4.1	Autonomie des Patienten und das Fürsorgeprinzip der Pflege	141
4.2	Rechte und Pflichten in der interdisziplinären Zusammenarbeit	155
4.3	Verteilungsgerechtigkeit und der Standort der Pflege	171
4.4	Menschenwürde und die gesellschaftliche Diskussion um Lebensbeginn und Lebensende.	187
5	Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können.	205
5.1	Anforderungen an ethische Reflexion und Begründung im Pflegealltag.	205
5.2	Didaktik als Vermittlungshilfe.	209
5.3	Professionalität durch moralische Autonomie	211
5.4	Sozialstrukturelle Kompetenz in organisatorischen Handlungsbezügen	214
5.5	Sinneutung und Lebensorientierung.	215
	Literaturverzeichnis	217
	Stichwortverzeichnis.	229

1 Ethik im Berufsalltag – eine Einleitung in die Fragestellungen

1.1 Aktuelle Herausforderungen des Berufsalltags

1.1.1 Menschenbilder und Verhaltensweisen

Die Beschäftigung mit ethischen Fragen hat Hochkonjunktur. Gerade für Berufe, die in existenziellen Situationen in das Leben von Menschen eingreifen, wird eine Auseinandersetzung mit anthropologischen und ethischen Grundlagen gefordert. Dies gilt auch für die Pflege. Trotz des Professionalisierungsschubs der letzten Jahre und der zunehmenden Akademisierung der Pflege ist der Zugang zur Ethik jedoch eher zögerlich gewesen. Ethik wurde oft als philosophische Lehre mit schwieriger Terminologie gesehen, die das, was das Wesentliche praktischer Pflege ausmacht, nicht zu erfassen vermag (Hoppe u. a. 1995). Die Frage lautet also: Was leistet eine Ethik in der Pflege, das nicht auch als fachliches oder kommunikatives Problem thematisiert werden könnte?

Anthropologie und Ethik in der Pflege

Die 76-jährige Frau M. wohnt seit zwei Jahren in einem Pflegeheim. Sie leidet unter Parkinson und braucht viel pflegerische Hilfe. Frau M. ist als schwierige Patientin bekannt, weil sie öfter unfreundlich und unzufrieden ist und gelegentlich beleidigende Bemerkungen macht.

Frau O., eine 45-jährige erfahrene und im Allgemeinen sorgfältig arbeitende Krankenpflegehelferin, badet Frau M. am Morgen. Als sie mit der anstrengenden Arbeit fertig und noch ganz außer Atem ist, sagt Frau M. mit nörgeliger Stimme: „Natürlich tun mir wieder alle Knochen weh. Dass eine Hilfskraft eine so kranke Frau wie mich baden darf, ist mir ein Rätsel. Und richtig abgetrocknet bin ich auch nicht, ich bin noch halb nass. Ein richtiges Pack arbeitet hier – nur verdienen an den alten Leuten und nichts Richtiges leisten.“ Bei Frau O., die gerade dabei war, der Patientin beim Aufstehen zu helfen, brennt in diesem Moment eine Sicherung durch. Ohne zu überlegen, gibt sie Frau M. einen Klaps auf das Gesäß und sagt: „Das ist doch nicht zu glauben, was ich mir hier anhören muss!“ Frau M. verstummt verblüfft. Frau O. bringt sie schweigend in ihr Zimmer zurück.

Inzwischen ist ihr klar geworden, was sie getan hat. Nach kurzer Überlegung sucht sie die Stationsleitung auf und erzählt ihr, was



Fallbeispiel 1

geschehen ist. (Fallbeschreibung nach M. Rabe, Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“, Akademie für Ethik in der Medizin e.V.)

Die Frage nach Gut und Böse

Nicht nur fachliche Defizite, z. B. mangelnde Informationen über ein Krankheitsbild, führen zu zweifelhaftem Verhalten in der Pflege. Auch beeinflussen Bilder vom Menschen unser Verhalten und führen zu Handlungen, die sich im Nachhinein als gut oder schlecht bezeichnen lassen. Die Einschätzung darüber, was gut und böse ist, verändert sich dabei je nach eingenommener Perspektive. Abhängig von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen setzen sich solche Bewertungen dann allgemein durch oder sie werden verworfen. Über Jahrzehnte bzw. Jahrhunderte werden so Einstellungen und Umgangsweisen mit Alltagsphänomenen wie Gesundheit und Krankheit geprägt. Berufsspezifische Zugangsmöglichkeiten wie beispielsweise das Fachwissen der Pflege sind in diese Zusammenhänge eingebettet. Sie enthalten Werthaltungen, die oft nicht mehr bewusst sind. Pflegende helfen deshalb alten und kranken Mitmenschen, weil sie wissen, dass jeder Mensch alt und krank werden kann. Hilfe wird in diesem Zusammenhang prinzipiell als gute Handlung eingeschätzt. Damit sind andere und grundsätzlichere Aspekte angesprochen, als dies bei einer fachlichen oder kommunikativen Betrachtung der Situation der Fall ist.

Sittliche Dimension

Pflegende werden ständig durch Anforderungen, die Alltag und Beruf an sie herantragen, zu Reaktionen herausgefordert. Oft meinen sie, die dabei auftretenden Probleme mit der entsprechenden Sachkompetenz praktisch lösen zu können. Dabei wird verkannt, dass Situationen hinter vordergründiger Fachlichkeit auch eine sittliche Dimension besitzen. Warum ist es bedenklich, wenn Krankenpflegehelferin Frau O. der alten Frau M. einen „Klaps“ versetzt? Hat die Patientin dieses Verhalten mit ihren Bemerkungen nicht geradezu herausgefordert? Wie geht die Pflegende selbst mit ihrem Fehlverhalten um? Wie reagiert die Organisation, in der sie arbeitet? Gibt es in der Gemeinschaft der Pflegenden, z. B. in einem Berufsverband, Richtlinien für moralisches Verhalten in solchen und anderen Situationen?

Ethische Fragen

Reflektierte Menschenbilder und Werthaltungen sind grundlegend für Berufe, die mit Menschen umgehen. Erst durch die bewusste Einnahme einer ethisch reflektierten Position wird verhindert, dass Berufsausübende eine angemessene Umgangsweise mit Patienten daran orientieren, ob sie sich z. B. ärgern oder manche Patienten sympathischer finden als andere. Ethische Fragestellungen können das vorhandene Problem sichtbar machen, indem sie folgende Aspekte untersuchen: Worin besteht die berufsbedingte Pflichterfüllung der Krankenpflegehelferin Frau O. gegenüber einer besonders hilfebedürftigen Patientin? Wo verletzt sie die Menschenwürde der „schwierigen“ Frau M. und zugleich ihre eigene Fürsorgepflicht? Und andererseits: Wo enden diese Berufspflichten? Muss sich eine

Pflegende in der Ausübung ihres Berufes alles gefallen lassen und muss sie alles tun, was von ihr verlangt wird?

Die Antworten auf diese Fragen müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden und können nur für den konkreten Einzelfall geklärt werden. Wie Frau O. sich gegenüber ihrer Patientin Frau M. verhält, ist somit Gegenstand einer Ethik in der Pflege. Anthropologie und Ethik tragen dazu bei, Konflikte besser zu verstehen und professioneller zu bewältigen. Dies wird in Zukunft auch im Zusammenhang mit Qualitätssicherung immer wichtiger werden, denn der Berufsalltag in der Pflege bietet den Hintergrund für vielfältige ethische Probleme.

Anwendung in Konfliktsituationen

1.1.2 Der größere Kontext

Die Krankenpflege ist in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext eingebunden und gegenwärtig von veränderten Menschenbildern und Rahmenbedingungen betroffen. Neue Möglichkeiten der Medizintechnik, ein erweitertes Spektrum von Eingriffsmöglichkeiten bei Organersatz und Transplantation sowie In-vitro-Fertilisation und schließlich die künstliche Ernährung haben Möglichkeiten geschaffen, an deren praktischer Umsetzung und nachfolgenden Konsequenzen die Pflege beteiligt ist. Aber auch in alltäglichen Situationen prägen knapper werdende Ressourcen und ökonomischer Zweckrationalismus das Patientenbild und die Umgangsweise nachdrücklich (Schweidtmann 1997). Wie soll heute und auch zukünftig mit Patienten umgegangen werden? Diese Frage stellt sich:

Neue Möglichkeiten und Veränderungen im Alltag

- im direkten Umgang der Pflege mit Patienten und deren Angehörigen,
- in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z. B. mit Medizinern,
- in organisatorischen Zusammenhängen (z. B. in Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen sowie in der ambulanten Versorgung) und
- auf gesellschaftlicher Ebene.

Problemfelder

Die Krankenpflege kann sich der Verantwortung um eine eigene Positionsbestimmung zum Patienten und zu aktuellen Problemen des Gesundheitswesens heute nicht mehr entziehen.

1.1.3 Neue Verantwortlichkeiten

Die Krankenpflege ist aus religiös-karitativer Tradition entstanden. Durch den medizinischen Fortschritt wuchs der Bedarf an kompetentem Pflegepersonal, das gemäß den Bedürfnissen nach ärztlicher Assistenz ausgebildet wurde. Krankenpflege wurde zu einem Heil-

Traditionswechsel

hilfsberuf, dem eine eigenständige Entscheidung und Verantwortung für das berufliche Handeln nicht abverlangt wurde (Arend/Gastmans 1996). Doch dies hat sich mittlerweile grundlegend geändert. Die Pflege hat sich von der krankheits- und organbezogenen Sichtweise der Medizin entfernt und sich dem Patienten und seiner sozialen Situation angenommen. Sie nimmt in Theorie und Praxis eine eigenständige Position ein.

Neues Selbstverständnis

Insbesondere in den letzten Jahren sind Entwicklungen zu beobachten, die durch Veränderungen im Berufsgefüge und im Selbstverständnis der beruflichen Rolle gekennzeichnet sind. Pflege wird nun als Profession im Sinne eines eigenständigen, theoretisch fundierten Bereiches verstanden. Im Zuge der Professionalisierung hat z. B. der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe 1992 eine Berufsordnung vorgelegt, in der die eigenverantwortliche Durchführung einer ganzheitlich-fördernden Pflege betont wird: „Pflege als Beruf ist eine abgrenzbare Disziplin von Wissen und Können, welches sie von anderen Fachgebieten des Gesundheitswesens unterscheidet.“ (DBfK 1992, S. 5) Als akademische Disziplin hat die Pflege seit den beginnenden 90er-Jahren Einzug in die Hochschulen und Universitäten gehalten. Die berufliche Eigenständigkeit und pflegerische Autonomie bilden die Voraussetzung für moralisches Handeln im beruflichen Umfeld. Im Berufsalltag ist die Pflege jedoch oft nach wie vor mit Strukturen konfrontiert, die sich aus ihrer assistierenden Funktion herleiten.

Argumentation und Durchsetzung von Ansprüchen

Der veränderte Auftrag der Pflege führt zu neuen Verantwortlichkeiten. Die beruflich Pflegenden müssen nun ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich unter Offenlegung ihrer Wertmaßstäbe selbst definieren und dafür die Verantwortung übernehmen. Dazu gehört ebenfalls, dass sie ihre Ansprüche auch institutionell und gesellschaftlich durchzusetzen versuchen (Hofmann 1995). Generell impliziert die Forderung nach mehr Entscheidungsbefugnissen, dass die Entscheidungsträger bereit und fähig sein sollten, für die eigenen Entscheidungen und deren oft unbequeme Konsequenzen tatsächlich einzustehen.

Leitbild und eigene Identität

Diese Entwicklung hat ihre Auswirkungen auf die Pflegeethik und erfordert ein grundsätzliches Umdenken. Volontieri meint dazu: „Erst wenn sich die Krankenpflege auch in der Ausbildung der Ausbilder und Auszubildenden endgültig vom Leitbild einer bloßen Ergänzung des ärztlichen Dienstes verabschiedet hat und auch eine eigene Identität entwickelt und zur Geltung bringt, wird sich eine Pflegeethik im emphatischen Sinne entwickeln und entfalten können.“ (Volontieri 1992, S. 89) Der Alltag in der Pflege sieht jedoch nach wie vor anders aus und lässt oft wenig Raum für die dringlich eingeforderte Beschäftigung mit der Ethik. Die berufliche Sozialisation stellt einen bestimmenden Faktor dar, der zu unkritischer Anpassung führen kann bzw. die Pflege zum Dienstleistungsgehilfen des

Arztes erzieht. Die Belastungen des beruflichen Alltags werden ohne Klagen ertragen.

Als Grund für die fehlende ethische Diskussion werden aber auch routinierte Handlungsmuster und hierarchische Vorgaben angegeben. Dies gilt insbesondere für die Arbeit in Krankenhäusern. In der Berufsrolle eines Pflegenden verhält man sich in bestimmten Situationen organisationsbedingt so und nicht anders. Ärzte und Ärztinnen haben – so Schweidtmann – auf Grund ihrer Position nur vordergründig mehr Spielraum, denn auch sie sind in berufliche Strukturen und Sachzwänge eingebunden. Ethisch diskursive Gesichtspunkte spielen kaum eine Rolle: „Vor Ort hat Ethik nicht unbedingt Konjunktur.“ (Schweidtmann 1997, S. 8)

Hierarchien und Handlungsmuster

1.2 Ethik des Gesundheitswesens

1.2.1 Verteilung sozialer Rollen und ethischer Implikationen

Bei der Erörterung ethischer Fragen im Zusammenhang von Krankheit und Gesundheit war die medizinische Ethik bislang tonangebend. Sie erhob den Anspruch, für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen mitzusprechen. Doch die Pflege meldet sich nun selbst zu Wort. Die zeitgenössische Medizinethik hat mittlerweile diese Veränderungsprozesse in anderen Berufsgruppen in ihre Überlegungen aufgenommen. Sie nimmt in kritischer Selbstreflexion wahr, „dass der Arzt nicht der einzige ist, der Verantwortung im Gesundheitswesen übernimmt“ (Honnefelder/Fuchs 1998, S. 659). Allen voran sind es die Pflegenden, die medizinisches Handeln unterstützen, ergänzen und ermöglichen. Aus diesem Grund müssen auch die Ziele und Normen des Systems sowie die institutionellen Regelungen der „medizinischen Ethik“ den veränderten Bedingungen angepasst werden.

„Medizinische Ethik“ im Wandel

Es stellt sich somit die Frage, wie die Verantwortung der unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen – unter ihnen deutlich herausgehoben die Medizin und die Pflege – in einer gemeinsamen ethischen Theorie formuliert werden kann? Auch der Patient mit seinen Ansprüchen und Schutzrechten sollte angemessen verortet werden. Die nahe liegende Form einer Rollen- oder Berufsethik z. B. für die Pflege wird skeptisch betrachtet: In einem vorgegebenen institutionellen Rahmen (zu denken ist hier etwa an das Krankenhaus) werden Rollenverhältnisse und vorhandene Spannungen stabilisiert.

Rollen- und Berufsethik

Honnefelder und Fuchs favorisieren demgegenüber einen Ansatz „medizinischer Ethik“, der das Phänomen der Institution stärker in

Organisationsbezogene ethische Reflexion

die ethische Reflexion einbezieht. „Je nachdem, ob dieser Rahmen die Klinik, das Krankenhaus, das Alten- oder Pflegeheim, die ärztliche Praxis, das Hospiz oder eine andere Einrichtung ist, muss von unterschiedlichen wechselseitigen Erwartungen ausgegangen werden. In der Berücksichtigung dieser komplexen Rollenverhältnisse und der umfassenden institutionalisierten Handlungszusammenhänge liegt zugleich die Angemessenheit wie die Schwierigkeit einer Ethik des Gesundheitswesens.“ (Honnefelder/Fuchs 1998, S. 659) „Medizinische Ethik“ ist somit nicht mehr an Personen oder Berufsrollen gebunden, sondern sie ist gewissermaßen übergreifend. Zwar wird der konkrete Einzelfall stets zu prüfen sein, aber Entscheidungsinstanzen werden sich z. B. in Ethikkomitees unabhängig von personellen Bezügen etablieren. Ethische Überlegungen, die die Pflege betreffen, wären in einer so verstandenen „medizinischen Ethik“ integriert.

Schwierigkeiten für die
Pflege

Sicherlich wird an einem organisationsbezogenem ethischen Denken in den nächsten Jahren kein Weg vorbeigehen, denn die ethischen Probleme im Gesundheitswesen erweisen sich als so komplex, dass sie nur noch in interdisziplinären Teams zu bewältigen sind. Auch im vorliegenden Buch wird der organisationsethische Zugang zu Problemfeldern betont. Dennoch kann dies ein eigenständiges Nachdenken über Pflegeethik nicht ersetzen, denn die Pflege ist – anders als die Medizin – drei grundsätzlichen Schwierigkeiten ausgesetzt:

Konkretion vor
Verallgemeinerung

- Die Pflege verfügt über keine ausgeprägte eigene Ethiktradition. Seit Florence Nightingale werden zwar pflegeethische Überlegungen angestellt, doch bis vor einigen Jahren hat Ethik in der Pflege darauf abgezielt, der Krankenschwester oder dem Krankenpfleger vorgegebene Werthaltungen zu vermitteln. Eine eigenständige Reflexion in konkreten ethischen Problemsituationen ist für die Pflege neu und ungewohnt. Die Aufgabe einer Ethik, die ein pflegerisches Handlungsfeld zum Gegenstand hat, ist es derzeit, spezifisch pflegeethische Problemsituationen zu untersuchen und Positionen zu erarbeiten.

Gegen die „Sprachlosigkeit“
in der Pflege

- Aus dieser Perspektive heraus kann ein sinnvoller Beitrag zu einer „medizinischen Ethik“ im Sinne einer Organisationsethik oder einer „Ethik des Gesundheitswesens“ erfolgen. Unterbleibt die pflegespezifische Reflexion, werden gewissermaßen zwei Schritte auf einmal getan. Bis auf einige wenige Spezialisten wird es für die meisten Pflegenden unmöglich sein und bleiben, sich bei auftretenden pflegeethischen Problemen in den gemeinsamen ethischen Diskurs einzubringen. Die „Sprachlosigkeit“ der Pflege, die bereits seit Jahrhunderten andauert, wird dadurch fortgesetzt.

Arbeit an kontroversen
Themen

- Die vorliegenden Beiträge zur Pflegeethik machen deutlich, dass die Pflege durchaus andere Positionen zu ethischen Problemen vertritt als die Medizin. Eine „medizinische Ethik“, die das gemeinsame ethische Anliegen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen – das Wohl des Patienten – in den Vordergrund stellt, ignoriert, dass es unterschiedliche Sichtweisen darüber gibt, was

dem Patienten in einer konkreten Situation zugute kommt und was ihm schadet. Eine „Ethik des Gesundheitswesens“ zu entwickeln bedeutet die mühevolle Arbeit an kontrovers gesehenen Themen, bis das „Gemeinsame“ entsteht. Das Gemeinsame versteht sich dann als die Schnittmenge verschiedener Erfahrungen und ethischer Überlegungen. Wichtig für die Pflege ist es deshalb, ihren eigenständigen Beitrag zu formulieren.

Eine gemeinsame „Ethik des Gesundheitswesens“ erscheint als erstrebenswertes Fernziel. Doch für die Pflege ist dieser Schritt zu einer gemeinsamen Ethik im Blick auf ihre Geschichte zu groß: Sie ist es noch nicht ausreichend gewohnt, ihr Handeln ethisch zu begründen und eigene Positionen argumentativ zu vertreten. Es bedarf der Vergewisserung um das Eigene und der Einübung in das Gemeinsame. In der Form einer „Pflegeethik“ muss sie zunächst die für sie relevanten Problemfelder und Begründungsmuster entfalten, um sich als gleichberechtigte Diskussionspartnerin im interdisziplinären Gespräch um die „Ethik des Gesundheitswesens“ bewähren zu können.

Eigenes und Gemeinsames

1.2.2 Pflegeethik

Eine Möglichkeit, sich in die Diskussion um eine gemeinsame „Ethik des Gesundheitswesens“ aus der Perspektive der Pflege einzubringen, bietet der Niederländer Arend mit seinem Zugang zur Pflegeethik an. Er definiert Pflegeethik als ein „Nachdenken über verantwortliches Handeln im Rahmen der Berufsausübung von Pflegenden“ (Arend 1998, S. 24) und integriert damit zwei unterschiedliche Sichtweisen.

Definition

Arend ordnet Pflegeethik einerseits der Berufsethik zu, da „bestimmte Aussagen über den Inhalt des Berufes und seine zentralen Werte gemacht“ werden (Arend 1998, S. 25). Hier gibt es bislang wenige Vorgaben darüber, was das „formale Objekt“ der Berufsausübung ausmacht. Die grundsätzliche Frage lautet: „Was unterscheidet eine pflegerische von einer medizinischen Ethik?“ Antworten liegen bislang nur in Ansätzen vor. Arend kritisiert zu Recht die starke Orientierung auf medizinische Bezugssysteme, was u. a. dadurch zum Ausdruck kommt, dass Überlegungen zur Pflegeethik in den Lehrbüchern der Medizinethik integriert sind (Kahlke/Reiter-Theil 1995). Bei genauer Betrachtung geht es jedoch vorrangig um Themenfelder, die aus medizinischer Sicht eine hohe Relevanz besitzen wie die Arzt-Patienten-Beziehung, Eugenik und Transplantationsmedizin. Pflegerische Ethik ist an den Schnittstellen zur Medizinethik angesiedelt und nicht ein eigenständiger Bereich. Wünschenswert wäre es demgegenüber, „pflegerische Theorien, pflegerisches Handeln und pflegerisch-ethische Überlegungen zu verbinden. Nur dann kann eine Berufsethik fruchtbar sein“ (Arend 1998, S. 25).

Berufsethik

Beitrag zur Gesundheits-
ethik

Andererseits nimmt Arend über die Gesundheitsethik auch Bezug auf eine themenorientierte Ethik, wobei sich die Pflegeethik von der Gesundheitsethik durch die Präzisierung des „formalen Objektes“ unterscheidet, d. h. durch die konkrete Form, die die Moral annimmt. Arend sieht besonders die Frage, in welcher Form und in welcher Situation ein moralisches Problem in der Pflege auftritt, als entscheidend an, da sich hier die Pflegeethik von der Ethik anderer Berufe unterscheidet. Der Rolle der Pflegenden im Beziehungsgeflecht des Gesundheitswesens kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie eine besondere Einstellung der Pflegenden fordert. Deutlich wird dies an ethischen Problemen des Berufsalltags, die von völlig anderen Situationen im Umgang mit der Autonomie des Patienten bis hin zu spezifisch ethischen Positionen der Pflege in der Sterbebegleitung reichen.

Kritik an etablierten
Positionen

Arends Überlegungen zu einer berufsbezogenen und themenorientierten Ethik in der Pflege werden in den folgenden Kapiteln aufgegriffen und konkretisiert. In diesem Zusammenhang kommt es zu kritischen Gegenstimmen gegenüber vermeintlich etablierten Positionen im Gesundheitswesen: „Man vergisst häufig, dass der besondere Charakter einer pflegerischen Ethik mit der spezifischen Position der Krankenschwester verbunden werden muss, sodass sich die ethischen Probleme auf eine andere Weise manifestieren. Es wird noch lange Zeit dauern bis man völlig begreift, dass das Studieren von ethischen Erfahrungen und Intuitionen der Pflegekräfte, die unerschütterlich mit der pflegerischen Arbeitssituation verbunden sind, eine zugleich kritische und erklärende Funktion bezüglich dinglicher bio-ethischer Problemsituationen erfüllen kann.“ (Arend/Gastmans 1996, S. 42)

1.3 Professionelles Handeln durch ethische Reflexion

Überblick über den Inhalt

Sowohl berufsinterne Entwicklungen als auch gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse machen es somit notwendig, dass Pflegende ihr Handeln im Berufsalltag reflektieren, begründen und vertreten sowie eine eigenständige Ethik in der Pflege entwickeln. Für die folgenden Kapitel wurden zu diesem Zweck vier Zielsetzungen ausgewählt, die aufeinander aufbauend dabei helfen sollen, den Prozess der Auseinandersetzung mit einer Ethik in der Pflege zu gestalten.

1.3.1 Verknüpfung von Sinntraditionen

Grundlage für die Reflexion und das Gespräch in ethischen Alltags- und Konfliktsituationen ist die Verknüpfung von gemeinsamen Sinn- und Werttraditionen im Gesundheitswesen. Die Verbindung der klassischen Entwürfe zum Menschen mit der Alltagserfahrung von Pflegenden ist dabei nicht in einem hierarchischen Verhältnis (Schwerdt 1998, S. 17) zu sehen: Pflegende sollen nicht über philosophische, theologische oder naturwissenschaftliche Ideen „belehrt“ werden. Im Vordergrund steht vielmehr das Gespür für die Praxisrelevanz traditioneller Menschenbilder in der Pflege. Es soll deutlich werden, dass Pflegende in vielen Alltagssituationen „klassische Menschenbilder“ bereits verinnerlicht haben oder mit ihnen konflikthaft konfrontiert sind. Oft geschieht dies unbewusst und unreflektiert, sodass ethische Probleme des Berufsalltags hier ihren Ursprung haben.

Verknüpfung von Alltagserfahrung und klassischen Entwürfen

Kapitel 2 führt pflegebezogen in ausgewählte Menschenbilder und die in ihnen enthaltenen Werthaltungen ein. Die Entstehungshintergründe und aktuelle Bezüge werden thematisiert. Im Vergleich wird deutlich, wie sehr sich Menschenbilder mit ihren Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit verändert haben und welche ethischen Konsequenzen und Problemstellungen sich daraus für pflegerisches Handeln ergeben.

Menschenbilder und Werthaltungen

1.3.2 Argumentation in Problemsituationen

In der pflegeethischen Fachliteratur der letzten Jahre wurde das Problem der Machtlosigkeit von Pflege verstärkt diskutiert (Borsi 1995, Arnold 1996, Pillen 1997). Sowohl die Unterlegenheit der „weiblichen“ Pflege gegenüber der „männlichen“ Medizin mit ihrer Geschichte, ihren Ausbildungsformen und ihrem gesellschaftlichen Heilungsmonopol als auch hochkomplexe organisatorische Strukturen, die die Pflege benachteiligen, bilden den Hintergrund für theoretische Erklärungsversuche und Ansatzpunkte für die Problembearbeitung. Auch im Berufsalltag der Pflege herrscht der Eindruck weitestgehender „Machtlosigkeit“, was häufig zur Resignation in ethischen Fragen führt: „Man kann ja eh nichts machen!“

„Machtlosigkeit“ in der Pflege

Dieser Haltung soll in Kapitel 3 entgegengearbeitet werden. Die bestehenden Strukturen verfügen über Handlungsspielräume, die von Pflegenden zur Ausweitung ihrer Verantwortungsbereiche und Entscheidungsmöglichkeiten genutzt werden können. Auf der Basis eines organisationsethischen Entscheidungsmodells soll diese Form des Denkens eingeübt werden.

Handlungsspielräume

1.3.3 Erarbeitung von autonomen Grundpositionen

Moral und Ethik in der Praxis

Eine weitere Zielsetzung besteht in der Förderung einer autonomen und kommunikativen Sittlichkeit von Pflegenden. Kapitel 4 bietet ethische Konflikte, Probleme und Dilemmata aus dem Berufsalltag in einer spezifisch pflegerischen Perspektive an. Zu nennen sind hier insbesondere Probleme mit der Autonomie des Patienten in Abgrenzung zur Fürsorgepflicht der Pflege. Es geht ferner um Rechte und Pflichten in der interdisziplinären Kooperation sowie um Argumentationsstrategien zur Verteilungsgerechtigkeit im Zuge zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Auch Fragen des pflegerischen Umgangs mit der Menschenwürde am Lebensbeginn und Lebensende werden erörtert.

Ethische Reflexion auf unterschiedlichen Ebenen

Obwohl die thematisierten ethischen Probleme Pflegende unmittelbar betreffen und schwer belasten, ist nicht jede Situation persönlich verantwortlich. Bei der Suche nach möglichen Lösungen stoßen Pflegekräfte deshalb an die eigenen Grenzen. Angesprochen wird dieser Zusammenhang über die ethische Reflexion auf unterschiedlichen Ebenen: auf der Mikroebene (also zwischen Individuen), auf der Mesoebene (gemeint sind organisatorische Kontexte) und schließlich auf der Makroebene (Gesellschaft). Die Einsicht, in strukturellen Kontexten zu agieren, entlastet Handelnde emotional, entbindet sie jedoch nicht von persönlicher Verantwortung im konkreten Fall.

1.3.4 Auseinandersetzung mit Pflegeethik

Ethikdidaktik

Den Abschluss bildet Kapitel 5, das Überlegungen zur praktischen Umsetzung von Pflegeethik in alltäglichen Berufssituationen sowie in Unterrichts- und Schulungssituationen anbietet. Hier werden wir auch der Krankenpflegehelferin Frau O. aus dem Eingangsbeispiel wieder begegnen und weiter verfolgen, wie die Stationsleitung bzw. die Einrichtung insgesamt mit den Wissensnöten von Frau O. umgeht. Es wird aufgezeigt, dass eine Auseinandersetzung mit Pflegeethik mehr bedeutet als die Integration dieses Faches in die Grundausbildung. In diesem Zusammenhang werden ein konstruktivistischer Ansatz methodisch-didaktischer Arbeit sowie unterschiedliche Möglichkeiten für Mitarbeitergespräche und Dienstbesprechungen vorgestellt.

2 Menschenbilder in der Pflege

Bilder, die wir uns vom Menschen machen, sind eng mit Vorstellungen über seine Gesundheit und seine Krankheit verbunden und bringen **Werthaltungen** zum Ausdruck. Sie unterliegen **Veränderungsprozessen**. Theologie, Philosophie und Biologie haben sich über die Jahrhunderte in der Deutung dessen abgewechselt, was einen Menschen und sein Wesen ausmacht. Auswirkungen dieser Denkweisen prägen auch noch heute unser Handeln. Dabei variieren Bilder, die wir uns z. B. vom Patienten machen, erheblich voneinander – je nachdem, aus welcher **Perspektive** der Blick auf den Betroffenen fällt (Meier 1994). Traditionen, die um Menschenbilder kreisen, werden z. B. durch die **berufliche Ausbildung** und **Sozialisation** in unterschiedlicher Weise aufgenommen. Ein Arzt wird in der Regel anders auf einen Patienten zugehen als eine Krankenschwester, ein Verwaltungsfachmann wiederum anders als eine Krankenhausseelsorgerin. Auch der betroffene Patient hat seine eigenen Vorstellungen davon, wer er als Mensch ist und was Krankheit für sein Leben bedeutet. Jede Sichtweise hat ihren Ort und ihre Berechtigung. Problematisch wird es dann, wenn eine Perspektive die andere beherrscht oder wenn Werthaltungen, die von den unterschiedlichen Beteiligten in Konfliktsituationen vertreten werden, nicht zur Sprache kommen.

Überblick

Menschenbilder haben praktische Auswirkungen für den Umgang von Menschen in gesellschaftlichen Zusammenhängen. Dies gilt in besonderer Weise für das Gesundheitswesen. Im Folgenden werden einige ausgewählte Sinn- und Werttraditionen beschrieben, und ihr Bezug zur Pflegepraxis wird dargestellt. Als anthropologische Grundlagen sollen sie dazu betragen, die ethische Reflexion und Argumentation vorzubereiten.

Menschenbilder als Grundlage für ethische Reflexion

2.1 Sinn- und Werttraditionen zum Menschen

2.1.1 Anthropologie und Ethik

Menschen suchen Antworten auf Grundfragen ihres Lebens: Was macht aus dem Menschen einen Menschen? Was ist der Sinn seiner Existenz? Was geschieht bei seiner Entstehung und wohin geht er nach seinem Tod? Auch Pflegende stellen sich diese Fragen, wenn sie

Anthropologie

Kranke und Leidende versorgen und betreuen. Das Nachdenken über den Menschen gehört in den Bereich der **Anthropologie**. Die Anthropologie beschäftigt sich mit dem **Wesen des Menschen**. Von der Antwort auf die Frage nach dem Wesen des Menschen hängt sehr viel für das eigene Handeln bzw. für die weitergehende Auseinandersetzung mit der Ethik ab. Betrachtet man beispielsweise den Menschen als ein bloßes Sinnenwesen, das von seinen Bedürfnissen und Trieben bestimmt ist, wird die Ethik von vornherein überflüssig. Das Handeln des Menschen wäre dann durch seine Natur vorbestimmt, und es bliebe kein Spielraum für die freie Verfügung (Pieper 1991, S. 66).

Mensch zwischen Sein und Sollen

Ethik macht aber nur dort einen Sinn, wo anthropologische Entwürfe das Wesen des Menschen als ein Spannungsverhältnis zwischen **Sein** und **Sollen** beschreiben. Die Bibel sagt es in einem Satz, der zum Sprichwort geworden ist: „Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach.“ Das bedeutet, dass etwas im Menschen angelegt ist, das genau weiß, was gut und richtig ist – und etwas, das trotzdem ganz anders handelt. Warum ist dies so? Viele „Menschenbilder“ beschreiben eine **Zweiteilung** in Sinnlichkeit und Vernunft, Leib und Seele oder Körper und Geist. Auch haben sie Ideen dazu entwickelt, warum der Mensch sich oft anders verhält als er es eigentlich soll. Diese Ideen sind eingebettet in bildhafte Geschichten oder abstrakte Theorien. Die Ethik hat dann die Aufgabe, über Wege zu einem vertretbaren Handeln nachzudenken. Das Handeln im Alltag, im Beruf oder in gesellschaftlichen Zusammenhängen bietet dem Menschen die Möglichkeit, sich selbst zu erfahren und zu einer Einheit der beiden Wesensbestandteile zu gelangen.

Arten des Nachdenkens

Es gibt unterschiedliche Wege, über menschliche Grundfragen nachzudenken. Wir können „**philosophieren**“, d. h. wir stellen uns die genannten Fragen zum Menschen, orientieren unsere Gedanken an alltäglichen Beobachtungen und ordnen diese dann zu einem widerspruchslosen Gesamtzusammenhang. Wir können uns aber auch an die Schriften, Traditionen und Überlieferungen einer **Religion** halten oder bei den empirischen Wissenschaften wie beispielsweise der **Biologie** Rat suchen. Welcher Zugang jeweils gewählt wird: Menschenbilder sind Ausdrucksformen ihrer Zeit und enthalten historisch bedingte Vorüberlegungen sowie ethische Konsequenzen. Nur eine Vielfalt von Menschenbildern verhindert, dass das Wesen des Menschen gewissermaßen per Definition festgelegt wird. Die zahlreichen Facetten des Menschseins werden so berücksichtigt. Ein Gespräch in ethischen Problemsituationen wird dadurch – wie wir sehen werden – freilich nicht erleichtert.

2.1.2 Umbruchsituationen

Das Nachdenken über Menschenbilder wird immer dann notwendig, wenn Selbstverständlichkeiten fragwürdig geworden sind. Menschen unternehmen dann den Versuch, angesichts ihrer bedrückenden Erfahrungen danach zu fragen, wer sie sind und was der Mensch ist, mit dem sie zu tun haben. Wir befinden uns heute in einer solchen Situation, wo angesichts medizintechnischer Entwicklungsmöglichkeiten der Erzeugung und Erhaltung, aber auch der Vernichtung von menschlichem Leben denkbar werden, die uns vor völlig neue Fragen des Umgangs miteinander stellen. Die Krankenpflege bekommt die Auswirkungen dieser Entwicklung im praktischen Berufsalltag zu spüren.

Medizintechnische
Entwicklungen

Wie soll mit Föten umgegangen werden, deren schwere Behinderung pränatal nachgewiesen und deren frühzeitige Geburt eingeleitet wird? Welchen Status des Menschseins hat ein komatöser Patient oder ein Apalliker in einer Gesellschaft, die Bewusstsein und geistige Fähigkeiten hoch schätzt? Pflegeethik befindet sich hier auf der Suche nach eigenständigen Positionen und hinterfragt kritisch die bestehende Praxis. Menschenbilder, die die Pflege als grundlegend für die eigene Berufsausübung erachtet, können in der interdisziplinären Zusammenarbeit, in organisatorischen Kontexten oder auf gesellschaftlicher Ebene auf großen Widerspruch stoßen. Es wird zunehmend wichtiger, unterschiedliche Positionen in ihren zentralen Aussagen zu kennen und mit berufsethischen Werthaltungen der Pflege vergleichen zu können.

Anthropologie und
Pflegeethik

2.1.3 Sinn- und Werttraditionen im Vergleich

Notwendig für den Reflexionsprozess über Menschenbilder und für die Erarbeitung einer eigenen Werthaltung ist die **Distanz** zum unmittelbaren Handeln im Berufsalltag. Die Beschäftigung mit Sinn- und Werttraditionen zum Menschen und der Vergleich unterschiedlichster Menschenbilder hat unter unmittelbarem Handlungsdruck wenig Sinn. Anthropologie als Bestandteil der Pflegeethik (Hofmann 1995; Volontieri 1992) braucht Raum und Zeit zum Nachdenken. Nur so kann eine Orientierung darüber aufkommen, welche Sichtweisen des Menschen fragwürdig geworden sind und welche ethische Konsequenzen gezogen werden müssen. Es gilt, die Sinn- und Werttraditionen, die sich an Menschenbilder festmachen, offenzulegen, um einen bewussten und kritischen Zugang mit ihnen zu ermöglichen.

Nachdenken über
Menschenbilder

Zahlreiche Menschenbilder haben Bedeutung und Auswirkungen für die Pflege – zu viele, um sie alle im Folgenden darstellen zu können. Ausgesucht wurden Menschenbilder, die besondere Relevanz für das gegenwärtige Gesundheitssystem in der Bundesrepublik und das

Auswahlkriterien

darin verortete Handeln von Pflege haben. Dadurch bedingt gewinnen die Traditionen an Bedeutung, die heutige Strukturen und Wertvorstellungen maßgeblich geprägt haben, wie z. B. das Christentum. Das bedeutet keine Geringschätzung gegenüber anderen religiösen Haltungen und Weltanschauungen oder ein Ignorieren ethischer Probleme, die durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen in stationären oder ambulanten Einrichtungen der Pflege entstehen. Doch selbst in multikulturellen Kontexten, die sich zurzeit in der BRD und auch zukünftig im Rahmen der Europäischen Union ergeben, gelten gemeinsame Grundwerte. Der Zugang zu den folgenden Überlegungen lag auf dieser Schwerpunktsetzung.

Problembezogenheit und exemplarische Einsichten

In den vorgestellten Menschenbildern sind darüber hinaus Sinn- und Wertstrukturen enthalten, die Verhaltensweisen und Lebensdeutungen, aber auch gegenwärtige Probleme wie z. B. um die Autonomie des Patienten oder Regelungen zur Sterbebegleitung erklärbar werden lassen. Die ausgewählten Ansätze sollen schließlich dazu beitragen, exemplarische Kenntnisse und Einsichten in das Wesen des Menschen zu vermitteln.

2.1.4 Fragestellungen

Analoge Rekonstruktion

Der geschichtliche Wandel von Menschenbildern macht **analoge Rekonstruktionen** genereller Deutungen unter gewandelten Verhältnissen notwendig. Menschenbilder aus unterschiedlichen Jahrhunderten, die in verschiedenen Gesellschaftsformen und kulturellen Einflüssen entstanden sind, werden unter gleichen Fragestellungen daraufhin untersucht, was sie an Denkansätzen, Werten und Normen auch noch heute für die Pflege aussagen. Gleichzeitig wird es möglich, zeitgenössische Menschenbilder, die uns selbstverständlich geworden sind, mit einer kritischen Distanz wahrzunehmen. Auch die eigenständige Erarbeitung von Menschenbildern, die in diesem Kapitel nicht aufgeführt sind, wird durch den folgenden Fragenkatalog erleichtert.

Entstehungsbedingungen

- Die Analogie des aktuellen Bezugs zum Ursprung wird dargelegt. Der geschichtliche Verweis soll die „Normativität des Faktischen“ verhindern. Oder anders formuliert: Was ist, muss nicht zwangsläufig so sein oder bleiben. Was unter völlig anderen Entstehungsbedingungen neue ethische Impulse setzte, kann heute trotz aller damit verbundenen Normen und Werte zum Problem werden. Und umgekehrt können scheinbar veraltete Einsichten in das Wesen des Menschen konstruktive Neubesinnungen ermöglichen. Eine kritische Überprüfung der Wirkungsgeschichte hilft, eigene Standpunkte zu klären.

Wesen des Menschen

- Was macht den Menschen zum Menschen? Ist es die Natur, die den Menschen in seiner Entwicklung vom Tier unterscheidet, oder ist es Gott als übernatürliche Macht, die den Menschen ins Leben

ruft? Macht der Mensch sich selbst zum Menschen über die ihm gegebenen Möglichkeiten zu Kultur und Bildung? Was entspricht seinem Wesen und seiner besonderen Eigenart? Gibt es einen „Wesenskern“ oder unterliegt alles Menschliche der Veränderung? Wie steht der Mensch in Beziehung zu anderen Lebewesen?

- Wie ist der Mensch in seiner Lebensspanne zwischen Geburt und Tod beschaffen? Welche Bestandteile zeichnen ihn aus? Sind es Leib und Seele, Körper und Geist? Wie werden diese Begriffe interpretiert? Welches Element dominiert im jeweiligen Menschenbild und wie ist die Relation der einzelnen Teile zueinander gesehen? Welche Bedeutung haben Krankheit und Gesundheit? Was ist der Tod für den Menschen? Ist mit dem Tod alles beendet, gibt es eine Wiedergeburt, eine Auferstehung, ein Weiterleben nach dem Tod?
- Menschenbilder sind Spiegelbilder der Gesellschaft. Sie erscheinen nicht plötzlich, sondern sie werden in konkreten geschichtlichen Situationen gewissermaßen „erfunden“. In ihnen kommt zum Ausdruck, wie bestimmte Personen und Gruppen in einer Gesellschaft Lebensverhältnisse interpretieren und Bewältigungsstrategien ausbilden. Doch nicht alle Menschen denken so – manchmal protestieren einzelne Gruppen gegen herrschende Menschenbilder und beginnen, sich zu wehren. So setzen sich manche Menschenbilder über einen langen Zeitraum durch und verdrängen andere Vorstellungen; viele aber werden zu „Modeerscheinungen“ und finden keine breite Zustimmung. Jedes Menschenbild hat seine „Geschichte“, die von den Machtverhältnissen in einer konkreten Situation berichtet.
- Die folgenden Menschenbilder haben einen aktuellen Bezug zu dem heutigen Handeln in Pflege. Entweder prägen sie Verhaltensweisen nachdrücklich, sie legen Herangehensweisen an den Patienten fest oder sie markieren Sichtweisen, die zu ethischen Problemen führen. An kleinen Fallbeispielen, Impulsen und Textauszügen soll dies verdeutlicht werden.

Existenzielle Lebenssituationen

Mensch und Gesellschaft

Auswirkungen und pflegerischer Bezug

Wichtig ist die Einsicht, dass alle anthropologischen Entwürfe letztendlich unterschiedliche Antworten auf dieselben Fragen nach dem Wesen des Menschen sind (Böhme 1997) und sie deshalb keinen Anspruch auf die alleinige und umfassende Wahrheit für sich erheben können. In der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Sinntraditionen, die sich über Jahrhunderte durchgesetzt haben, lassen sich Impulse für eine tragfähige Lebens- und Berufsgestaltung gewinnen.

Unterschiedliche Antworten auf dieselben Fragen