

Jubiläum 10 Jahre SPITEX BERN

Vortrag Ethik und Spitex

Am 06.03.07, Casino Bern

19.00 Uhr

„... als Gast im Haus der Pflegebedürftigkeit“

Sr. M. Benedicta Arndt, Neubrandenburg, Deutschland

Abstract

Es geht ums Wohlergehen!

Das Wohlergehen von Pflegebedürftigen daheim, das Wohlergehen ihrer Angehörigen, wie auch das Wohlergehen von Pflegenden kann sich nur unter der Voraussetzung des wirtschaftlichen Wohlergehens des jeweiligen politisch-gesellschaftlichen Systems entfalten. Das Netz von Verbindungen zwischen Pflegeanbietern und ihren Kunden, zwischen Gesundheitspolitik und klinischen wie außerklinischen Einrichtungen braucht eine gesunde Spannung und Ausgewogenheit. Diese ist festzumachen an ethischen Vorgaben oder Bedingungen.

In diesem Vortrag soll deutlich werden, dass die komplexen Gegebenheiten gesundheitspolitischer Fragestellungen am besten im Rahmen eines kontextuellen Ethikansatzes verstehbar sind, der die Leitgedanken „Kommunikation, Kooperation, Solidarität und Empathie“ einbezieht. Bei pflegerischem Tun spielt das „Mittel“ eine wichtige Rolle. Medikamente oder Pflegematerialien haben funktionelle Bedeutung. Doch die Zeit, die für persönliche Beziehungen aufgebracht werden kann ist entscheidend für das Wohlbefinden von Patienten und Pflegenden. So ist „Zeit“ als ethische Vorgabe zu sehen, die als Ressource für pflegerisches Handeln ausreichend zur Verfügung stehen muss.

Im Zusammenhang mit einem ethisch gegründeten Pflegeverständnis wird ein humanistischer Ansatz für pflegetheoretisches Denken vorgestellt und auf seine Bedeutung für die Hauskrankenpflege überprüft. Pflegefachfrau und Pflegefachmann als Gast im Haus der Pflegebedürftigkeit haben ein eigenes Pflegeverständnis. Hierbei spielen Autonomie und Ganzheitlichkeit die entscheidende Rolle. Welche besondere Bedeutung diesen beiden Schlagworten im Rahmen der Spitexpflege zukommt, wird ausgefaltet und begründet.

Letztlich ist es die Annahme menschlicher Unzulänglichkeit, Gebrechlichkeit und Sterblichkeit, die einen Weg weist, wie mit den Unzulänglichkeiten aber auch mit den Möglichkeiten unserer Systeme verantwortlich zu haushalten ist und zu-Recht zukommen ist.

Einleitung:

Es gibt verschiedene Schweregrade, die Krankheit bezeichnen:

Er ist krank! – Oh, liegt er? – muss er im Bett sein. Das Bett, das Liegen ist ein Kriterium, das die Schwere einer Krankheit bezeichnet.

Der Arzt musste kommen! Dann wird es schon ernster.

Er musste ins Krankenhaus! Aber nur zur Untersuchung! Das ist dann nicht unbedingt sehr dramatisch, doch zumindest schwerwiegend, interessant und spannend – natürlich auch Angst machend.

Er liegt im Krankenhaus! – Jetzt wird es ernst!

Das Interessante, das komplexe, das Wichtige körperlicher Zustände wird in diesen Kategorien jeweils gesteigert und entfernt sich vom eigenen Bett in den eigenen vier Wänden.

Dies ist nur eine grobe Skizze, doch will ich sie weiter ausführen und auf die ambulante Situation hin abheben.

Krankheit, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sind heute weitgehend mit der Nutzung von Spezialeinrichtungen verbunden. Es ist nicht selbstverständlich, zu Hause krank sein zu dürfen. Kranksein hat einen gewissen Öffentlichkeitscharakter. Und diesem sind Pflegende verpflichtet. Es besteht der Anspruch auf die Nutzung modernster Technik und im Geschäft mit Gesundheit und Krankheit gelten die Grundsätze des freien Marktes. Dies wird erwartet – vielleicht auch befürchtet – aber doch akzeptiert.

Hauskrankenpflege, gemeindnahe Versorgung dagegen hat ein wenig das Image von Gemütlichkeit wo es in erster Linie um menschliche Sorge bei chronischer Krankheit und weniger um den Einsatz von High-Tech-Medizin geht.

So höre ich häufig Aussagen von Pflegenden: „Seit ich aus der Klinik heraus bin und in der häuslichen Pflege arbeite, macht mein Beruf mir wieder Freude, hier geht es nicht um Technik, hier stehen der Patient und seine Familie im Vordergrund“.

In den letzten Jahren entwickelte sich aber auch eine andere Betrachtungsweise. Der Begriff „Ambulant vor stationär“ ist seit ungefähr 15 Jahren im Umlauf!

Obwohl der Begriff „ambulant“ im Vordergrund steht, ist zunächst nicht die Sorge um einen kranken Menschen in seinen eigenen vier Wänden gemeint.

„Ambulant“ hebt in einem neuen Zusammenhang auf Diagnostik und Therapie ab, die ohne das Übernachten im Krankenhaus möglich gemacht werden. Somit steht auch hier die Medizintechnik im Vordergrund.

Spitexpflege ist einem dramatischen Wandel unterworfen. Hineingezogen in die Medizintechnikentwicklungspirale, soll sie in gesundheitspolitischen Managementstrukturen zunächst der Kostendämpfung dienen.

Hier geht es darum, was wir uns das gesundheitliche Wohlbefinden kosten lassen. Es geht um die Finanzierung von Diagnostik und Therapie und Pflege.

Meine Aufgabe ist es hier, über Ethik und Spitex nachzudenken. In unserer heutigen finanzorientierten Zeit liegt es nahe, in diesem Zusammenhang über die Problematik knapper Ressourcen im Gesundheitssystem zu sprechen. Zum Beispiel von den moralischen Forderungen, die im Zusammenhang mit Begriffen wie „Verteilungsgerechtigkeit“, „Leistung und Leistungsbeschränkung“ auftauchen.

Fragen wie:

Können wir uns leisten, was wir können?

Werden unsere Gesundheitssysteme den Bedürfnissen kranker Menschen gerecht?

Hat jeder Mensch ein Recht auf die Leistungen staatlicher Gesundheitspflege?

stehen wohl im Hintergrund meines Vortrages.

Ich gehe jedoch in erster Linie auf die moralischen Grundhaltungen ein, die in der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten eine Rolle spielen.

Der Grund dafür ist nicht darin zu suchen, dass ich dem Geld wenig Bedeutung beimesse. Im Gegenteil! - ich glaube, die Prioritäten, die wir beim Geld-Ausgeben oder beim Geld-Sparen setzen, sind von unseren jeweiligen Grundhaltungen geprägt.

So ist es mein Anliegen, von diesen Grundhaltungen zu sprechen – um –hierdurch für verstärktes persönliches Engagement im Spitalexternen Bereich zu werben und letztendlich diese Bedeutung ins politische Bewusstsein hineinzusprechen – damit Spitex als Schwerpunkt menschlicher Sorge erkannt wird und nicht als eine Möglichkeit zur Einsparung missverstanden wird.

Eine „Fallgeschichte“

Zunächst die Geschichte von Roswitha, eine Begebenheit, mit der ich vor einiger Zeit konfrontiert war: Roswitha, eine junge Frau, für einige Wochen mit einer Jugendgruppe als

Betreuerin in einem Ferienlager – sie stürzt, und hat eine komplizierte Unterarmfraktur. Konservatives Reponieren ist zunächst erfolglos, so wird im Rahmen der Notfallbehandlung als beste therapeutische Möglichkeit eine interne Fixierung geplant. Dies lehnt Roswitha innerlich ab. Die Operation soll jedoch im Krankenhaus ihres Heimatortes erfolgen. Roswitha wird zunächst also nach Hause transportiert. Dort wohnt auch eine Freundin, Christiane, die auf der chirurgischen Station als Krankenschwester arbeitet. Diese organisiert die Verlegung und gibt Hilfestellung bei der Aufnahme. Beim ersten Gespräch mit dem Arzt erwähnt Roswitha eine Nickelallergie. Dies sei kein Problem, sagt der Arzt. Der Arzt ignoriert auch den Hinweis der Freundin auf die Allergie. Am nächsten Morgen, kurz vor der OP entscheidet Christiane, mit dem Anästhesisten wegen der Nickelallergie zu telefonieren. Nun wird ganz kurzfristig die OP abgesetzt und doch eine externe Reponierung versucht. (Diese wird mit größter Sorgfalt durchgeführt und ist letztendlich erfolgreich. Der Bruch heilt später ohne Bewegungseinschränkung). Roswithas Freundin ist bei ihr als sie aufwacht, sie gibt Erklärungen, ermutigt sie und hilft ihr.

Dies ist eine alltägliche Geschichte, in der Schmerzen, Angst und Sorge um die Zukunft eine Rolle spielen. Das Wichtigste an der Geschichte ist jedoch die Beziehung zwischen zwei Menschen und dass eine Krisensituation erfolgreich bewältigt wurde. In diesem Modell des Sorgens ist Freundschaft der entscheidende Kontext. Das Wissen um die persönliche Situation der Freundin gibt der Krankenschwester Christiane den Mut, diese Situation in den beruflichen Raum hineinzutragen.

Ethik in der Pflege – die pflegerisch-therapeutische Beziehung

Hier kommen einige ethische Parameter zum Tragen, die im menschlichen Miteinander wichtig sind. Sie haben für die Pflege allgemein Bedeutung und sind für die häusliche Pflege in besonderer Weise hilfreich.

- Empathie
- Kommunikation
- Kooperation
- Solidarität

Hierzu jeweils einige Gedanken:

Empathie, das heißt mitfühlen mit den Empfindungen des anderen, ja zunächst wahrnehmen, wie eine Patientin „drauf ist“. Ich erinnere an Roswitha. Natürlich konnte ihre Freundin gut nachempfinden, wie es ihr innerlich ging in der Situation mit dem gebrochenen Arm. In der

Situation, wo sie Angst und Sorge bewegten. Der Einsatz im Jugendlager sollte für Roswitha neue berufliche Perspektiven eröffnen. Und mitten hinein in die fröhliche Ferienlager-Stimmung erfolgt der Unfall. Für einander nahe stehende Personen ist diese Art der **Empathie** selbstverständlich. Empathie ist die Voraussetzung für mitfühlendes menschliches Sorgen.

Nur mit Hilfe von guter **Kommunikation** kann eine pflegerisch-therapeutische Beziehung gelingen. Zu guter Kommunikation gehört das Zuhören. Der Arzt in der Geschichte von Roswitha hatte wenig auf die Aussagen der Patientin geachtet. Als Schwestern, als Freundinnen hören wir einander vielleicht besser zu. Diese Art des Zuhörens ist für die berufliche Pflege bedeutsam. Weiterhin ist es bedeutsam, die richtigen Worte, zur rechten Zeit und im rechten Ton zu finden.

Kooperation, gemeinsames Arbeiten, Zusammenarbeit können nur auf dem Hintergrund der ersten beiden Leitgedanken funktionieren. Wenn wir nicht wissen, was der andere fühlt und denkt, was ihm wichtig ist und was er sagen will, dann wird das miteinander arbeiten kaum gelingen.

Der letzte Begriff hat eine besondere Bedeutung: Eine unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe von Schweizer Experten hat 1999 ein Manifest verfasst zur gerechten Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen in der Schweiz. Dort wird als erste Regel **Solidarität** benannt. Obgleich in diesem Manifest für alle Bürgerinnen und Bürger eine höhere Selbstbeteiligung an Krankheits- und Betreuungskosten gefordert wird, trägt die Solidargemeinschaft aller die Kosten von chronischen Krankheiten und Behinderungen gemeinsam.

Bei Menschen mit einer chronischen Krankheit, (...) welche ständige medizinische Behandlung und/oder Betreuung für diese Störung notwendig macht, gilt die erhöhte Selbstbeteiligung nur für andere Krankheiten und nicht für ihre Grunderkrankung, Behinderung oder schwerwiegende Störung. (Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, 1999).

Hier geht es um die **Solidarität** der so genannten Gesunden mit den Kranken. Hier geht es darum, dass niemand im finanziellen Bereich allein gelassen wird mit seiner Bedürftigkeit.

Doch **Solidarität** hat noch eine andere Dimension. Ich will dies erläutern: Meist prägt die Pflegebedürftigkeit eines Menschen die gesamte Familiensituation. Es geht hier oft nicht um Wiederherstellung sondern wesentlich auch um die Annahme und die Gestaltung des Alltags. Und dazu hilft das Annehmen der eigenen Unzulänglichkeit.

Ein Beispiel gab mir Christiane. Sie sagte zu mir: „Vorher hätte ich nie gewagt, den Doktor anzurufen und eine medizinische Entscheidung in Frage zu stellen“. In Solidarität mit der Schwachheit und Verletzlichkeit ihrer Freundin, hatte sie eine eigene Schwachstelle erkannt. Sie hatte angesichts der Sorge um die Freundin ihre normale Zurückhaltung bezwungen und konnte etwas Entscheidendes bewirken. **Solidarität** in diesem Sinn und im Zusammenhang mit der Sorge um Patienten und ihre Familien ist dann auch die Voraussetzung, dass Pflegende ihre Advokatenfunktion wahrnehmen können.

Diese vier Begriffe können als Leitgedanken einer Ethik des Füreinander Sorgens gerade im Gesundheitswesen Bedeutung haben. Es gilt nun, sie mit Leben zu füllen. Dies ist möglich, wenn der Zusammenhang wahrgenommen wird in dem Krankheit sich abspielt. **Die kontextuelle Wahrnehmung ist eine Voraussetzung für moralisches Handeln in der Pflege.**

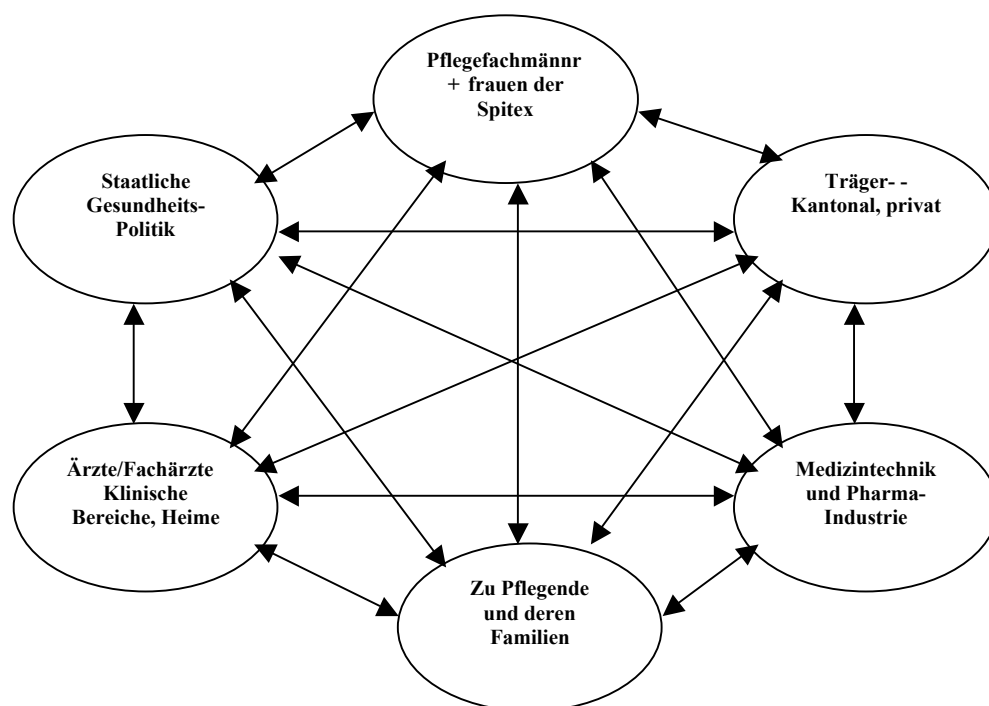
Pflegende können dazu beitragen, dass unsere Gesellschaften weniger Gesellschaften sauber gebetteter, medizinisch abgedeckter und ordentlich untergebrachter Menschen sind, als ein lebendiges Miteinander wo Empathie, Kommunikation, Kooperation und Solidarität eine Rolle spielen.

Die Vernetztheit der Spitex

Wie nun die vier Leitgedanken einer Kontext - Ethik miteinander in Beziehung stehen und die menschliche Vernetztheit im Pflegeprozess deutlich machen so sind auch die verschiedenen Knoten im Gesamtnetz der gesundheitlichen Versorgung diesen Leitgedanken zuzuordnen. In diesem Schema werden drei Ebenen ethischen Denkens und Handelns deutlich – wie auch ihre Verwiesenheit aufeinander. Auf der persönlichen Ebene gestalten Pflegende und zu Pflegende ihre Beziehung zu- und miteinander, dies gilt dies auch für die institutionelle Ebene, auf der Träger und Institutionen anzusiedeln sind. Und gerade im Zusammenhang mit ihrer Advokatenfunktion Patienten und ihren Familien gegenüber ist es für Pflegende unabdingbar, in positiver Kommunikation und Kooperation mit der institutionellen Ebene in Verbindung zu stehen. Und gleichermaßen sind Pflegende wie auch die Vertreter der Institutionen in die Pflicht genommen den politischen Entscheidungsträgern gegenüber, die wiederum direkten Einfluss geltend machen können auf den industriellen Sektor.

Kommunikation, Kooperation Empathie und Solidarität sind nicht nur Begriffe, die in persönlichen Beziehungen Bedeutung haben. Sie sind für ein gutes Gleichgewicht im Zusammenspiel aller Beteiligten im

Gesundheitswesen auf der institutionellen wie auch auf der politischen Ebene notwendige Voraussetzung.



In Deutschland lief im vergangenen Monat ein dreiteiliger „Dokufiktion - Film“ im ZDF, der die Schreckensvision einer zusammenbrechenden Gesundheitsversorgung im Jahr 2030 zeichnete. Dort fiel der Satz: „Die Industrie hat nur ein Ziel: die Pflegebedürftigen so personalsparend und preisgünstig wie möglich zu versorgen“. In diesem Science Fiktion Film, der mit dokumentarischen Elementen aus unserer Gegenwart arbeitete, hieß es, dass immer mehr Produkte entwickelt wurden, die dazu beitrugen, die Pflegekosten bis zu 40% zu senken. Politische Weichen wurden so gestellt, dass die Menschen Verträge mit den Krankenkassen abschließen konnten, in denen es hieß: Ich verzichte aus wirtschaftlichen Gründen auf medizinische Vollversorgung. So war es in dieser Gesellschaft der Zukunft an der Tagesordnung, dass Gruppen von Alten und Kranken von den Angeboten des staatlichen Gesundheitssystems ausgeschlossen waren und sich gegenseitig in ihrer Schwachheit und Gebrechlichkeit Hilfe zukommen ließen. Ein Aspekt war dann auch das Steigen der „Alterskriminalität“, weil die Menschen sich das holten, was sie zum Überleben brauchten. Apothekeneinbrüche und Bankraub waren an der Tagesordnung.

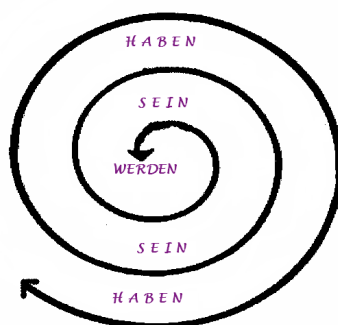
Horrorvisionen, die nicht ganz aus der Luft gegriffen sind. Den Realitäten von Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit steht der menschliche Wunsch nach Gesundheit und Wohlbefinden

gegenüber. Aber wir haben kein Recht auf Gesundheit. Jedoch machen wir ein Recht auf Gesundheitspflege geltend; und wenn dies in Frage gestellt wird, dann gehen die Wogen hoch. Der Film wurde in Deutschland lebhaft diskutiert. Und das ist gut.

In der Schweiz wird diese Diskussion schon seit einiger Zeit sehr ernsthaft betrieben. Oben erwähntes Manifest macht dies deutlich.

Ein multidimensionales Verstehen von Krankheit und Gesundheit (Krankheit als Werden und Pflege als Begleitung im Werden)

Zwei finnische Pflegewissenschaftlerinnen untersuchten die Vorstellungen, die Patienten und Pflegenden von Gesundheit und Krankheit äußerten (Herberts, S. and Eriksson, K. 1995). Sie entwickelten das Konzept von 'Gesundheit oder Krankheit als *Haben, Sein und Werden*.



Im Folgenden seien einige Gedanken wiedergegeben, die durch diese Arbeit angeregt wurden:

Gesundheit haben im Sinn der finnischen Forscherinnen macht Krankheit zu einem selbstverschuldeten Geschehen. Der gesundheitliche Zustand wird Gegenstand von Leistung. Wir „handeln uns eine Krankheit ein“. Und Pflegenden wird ein gewichtiger Part in diesem „Handel“ angeboten. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung sind wichtige Schlagworte geworden. Das richtige Essen, Sport treiben, das richtige Denken: Gesundheit als erwerbbares Gut. Sicherlich haben wir Einfluß auf unsere Gesundheit durch entsprechendes Verhalten. Doch mag hier die Euphorie auch zu weit gehen. Diese 'materialistische' Auffassung orientiert sich an den Zusammenhängen zwischen gesundheitsförderndem Verhalten (oder Nicht-Verhalten) und Krankheit. Hiermit ist die Tiefe der menschlichen Natur bezüglich der Erfahrung von Krankheit und Leid jedoch nicht auszuloten.

Zur Dimension des Seins: Eine leichte Misstimmung mag zur Krankheit werden, weil es jetzt mit dem *Sein* zusammenpasst. Dies gilt für Krankheiten ebenso wie für Unfälle. Und dann sagen wir wohl: 'Das hat so sein müssen'; oder 'Dieser Unfall war eine wichtige Erfahrung!'. Oder auch im Bereich von chronischen Erkrankungen, die das Sein eines Menschen, einer

Familie prägen, kommt es im positiven Sinn zur klaren Akzeptanz eines Zustandes wie chronische Bronchitis oder Diabetes, wo das Krankheitsgeschehen Anpassung verlangt und das Sein stark prägen kann. In unserem *Sein* finden wir meist eine Balance zwischen den äußeren Ansprüchen unserer Lebenswelt und unserem physischen und psychischen Gesund- oder Kranksein.

So sind Krankheit und Gesundheit Erfahrungen, die unser Leben, unsere Beziehungen zu uns selbst und zu anderen zutiefst prägen. Sie hinterlassen Spuren, die uns als die Menschen ausweisen, die wir geworden sind. In diesem Sinn sind Krankheit und Gesundheit als *Werden* zu verstehen. In diesem Sinn kann auch eine letzte, tödliche Krankheit zu einem inneren, tieferen Werden beitragen. Und es sind nicht nur die eigenen Krankheiten, die hier zählen. Auch die Krankheitserfahrungen von Menschen, die uns nahe stehen, prägen uns.

Ganzheitlichkeit

Zu diesem Werden gehört ganz wesentlich das Annehmen der Wirklichkeit. Es ist nicht sinnvoll, ja eigentlich auch nicht möglich, das Leben als Traumtänzer zu verbringen und immer nach dem Ausschau halten, was uns versagt bleibt. Wir können nicht nur im Konjunktiv leben. Und auf das Vollkommene, das Bessere warten.

Zu unserem Menschsein gehören Verletzlichkeit und Schwäche; als Menschen sind wir gefährdet, wir sind den Einflüssen der Umwelt ausgesetzt und reagieren mit Leib und Seele auf das, was uns betrifft. Wir leben, altern und sterben. – Und dies bewusst zu tun, darin liegt Würde. Im humanistischen Sinn auf unser Menschsein mit allen Möglichkeiten aber auch mit allen Begrenzungen und Schwächen hinzuleben, ist wesentlicher Teil unseres Auftrags, die zu werden, die wir sein können.

In diesem Sinn sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in der Spitexpflege zu Gast im Hause der Pflegebedürftigkeit. Sie haben Anteil am Krankheitsgeschehen an Genesung und Wiederherstellung wie auch an chronischem Leiden und am Sterben. Sie leben hier eine Solidarität und setzen sich ein, die Wirklichkeit mit zu gestalten und lebbar zu machen. Dies ist mein Verständnis von Ganzheitlichkeit.

Pflegerische Wirklichkeit und Ethik

Die pflegerische Wirklichkeit möchte ich nun anhand von zwei ethischen Aspekten betrachten

Autonomie und Zeit

Pflege kann sehr unterschiedlich aussehen. Sie mag einhergehen mit technischem Aufwand, mit dem gekonnten Umgang mit Apparaten; es mag die Mundpflege bei einem beatmeten Patienten oder die Hilfe beim Essenreichen bei einer dementen Alzheimer Patientin sein;

Entscheidend ist bei jeder pflegerischen Interaktion wenn sie therapeutische Bedeutung haben soll, dass sie in einem größeren Sinnzusammenhang steht und unter dem Blickwinkel des Wachsens und Werdens reflektiert wird. Entscheidend ist weiterhin, dass pflegerische Interaktionen Antwort auf eine Anfrage sind, dass sie von Seiten eines Patienten gewollt werden. So muss Pflege immer auch vom Patienten her initiiert sein. Für Roswitha war ihre Wahl eindeutig, was sie wünschte konnte sie der Pflegefachkraft gegenüber artikulieren. Auf dem Hintergrund einer freundschaftlich-empathischen Beziehung war es in diesem Fall möglich, eine gute therapeutische Lösung zu finden.

Zeit und Pflegebeziehungen

Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit sind Zeichen unseres Menschseins. Die *conditio humana*. Und so greifen Unfall, Krankheit, Alter, Gebrechlichkeit und Tod auch in menschliche Beziehungsstrukturen hinein. Empathie bedeutet nun, den anderen Menschen zu sehen. Bedeutet, die Einzigartigkeit des anderen wahrzunehmen.

Dies aber ist keine Haltung, die so nebenbei zum Tragen kommen kann. Sich einem anderen Menschen zuwenden braucht Zeit. Wahrnehmen ist wohl ein psychischer Vorgang. Wahrnehmen ist aber an einen zeitlichen und situativen Kontext gebunden.

Bei pflegerischem Tun spielt das „Mittel“ jeweils eine wichtige Rolle. Medikamente oder Pflegematerialien haben funktionelle Bedeutung. Sie haben dann auch einen festlegbaren Geldwert. Nun ist die Zeit, die für persönliche Beziehungen aufgebracht werden kann mit entscheidend für das Wohlbefinden von Patienten und Pflegenden.

„Zeit“ aber ist als ethische Vorgabe zu sehen, die als Ressource für pflegerisches Handeln ausreichend zur Verfügung stehen muss, von den Pflegenden andererseits aber auch kommunikativ zu nutzen ist. Bei Fragen der Ethik geht es zwar nicht um Rechtsbeschlüsse, es geht zunächst darum zu „Recht zu kommen“ mit den jeweiligen Anfragen einer konkreten Situation. Gerade deswegen haben Kranke und ihre Familien ein Recht auf durchdachte Vorgaben im Hinblick auf den zeitlichen Aufwand den gute Pflege sich leisten darf.

Abschluß

Die eingangs geschilderte Situation von Roswitha und ihrer Pflegefachfrau-Freundin Christiane steht stellvertretend für weitere Situationen des Alltags. Gerade im Spitexbereich als Gast im Haus der Pflegebedürftigkeit können Pflegenden in schwesterlicher Zuwendung, mit professioneller Kompetenz eine persönliche Verantwortung wahrnehmen für das objektive Wohlergehen von Bürgern und Bürgerinnen.

Darüber hinaus stehen Pflegende ihrer jeweiligen Institution gegenüber in der Verantwortung – hier braucht es Loyalität wie auch kritische Distanz, um das Gute zu bewirken. Pflegende haben weiterhin politische Verantwortung und es braucht berufspolitisches Engagement dieser Verantwortung gerecht zu werden. So sind die persönliche, die institutionelle und die politische Ebene voneinander abhängig und aufeinander verwiesen.

Damit ein gut vernetztes Miteinander gelingen kann, reicht es nicht aus, Pflege auf mechanisches Handeln zu reduzieren. Was aber ist Pflege in der Wirklichkeit menschlicher Verletzbarkeit? Eine Antwort auf die Frage nach ihrem eigenen Spezifikum gibt pflegende Sorge nicht mit Ratschlägen zu gesunder Lebensführung oder mit Erläuterungen zur Kausalität von Krankheit und Gesundheit.

Eine angemessene Antwort hierauf geben Pflegefachfrauen und-männer im reflektierten und im gekonnten Handeln. Vor allem dann, wenn es in Solidarität mit dem leidenden Menschen erfolgt, der in seiner Lebenswirklichkeit wahrgenommen und angesprochen wird.

Literatur:

- Arndt, M. (1996) Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Arndt, M. (2000) Pflege, Moral und Beziehungen. In: 50 Tage intensiv, pp. 105-139. Edited by: Helga Strätling-Tölle, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Arndt, S.M.B. (2004) Political Activity and the Nurse - A Professional Duty? In: Ethical and professional issues in nursing: Perspectives from Europe, pp. 72-96. Edited by: Win Tadd, Houndsmills: Palgrave/Macmillan.
- Dibelius, O., und Arndt, Sr.M.B. (Ed.), (2003) Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie: Eine europäische Perspektive. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Gastmans, C. (1999) Care as a moral attitude in nursing. *Nursing Ethics*, 6(3) pp. 214-223.
- Herberts, S., and Eriksson, K. (1995) Nursing leader's and nurse's view of health. *Journal of Advanced Nursing*,(22) pp. 868-876.
- Lévinas, E. (1995) Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen. München: Carl Hanser Verlag.
- Meleis, A.I. (1985) Theoretical nursing: Development and progress. London, Philadelphia: J.B. Lippincott Co.
- Unabhängige interdisziplinäre Arbeitsgruppe (1999) Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen. *Pr.Internet*, FOCUS(6) pp. 153-164.