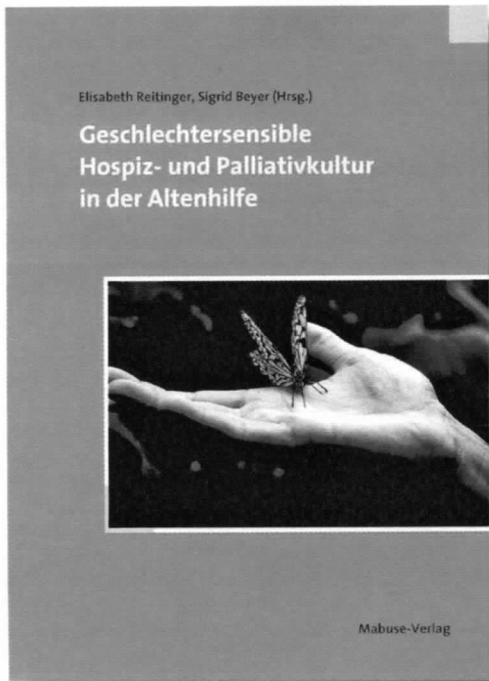


Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur



Geschlechterfragen stellen sich in besonderer Weise in Betreuungs- und Pflegebeziehungen. Sie bleiben bis ans Lebensende bedeutsam. Praxisnah und theoretisch fundiert erkunden die AutorInnen Möglichkeiten einer gendersensiblen Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe.

Sie gehen grundlegenden ethischen Fragen nach, eröffnen neue Sichtweisen auf Beziehungen zu Betroffenen und ihren Angehörigen und erhellen das Zusammenspiel von Professionellen und Strukturen in der Altenhilfe.

Mit Beiträgen unter anderem von Gertrud M. Backes, Katharina Gröning, Birgit Heller, Cora van der Kooij, Manfred Langehennig und Christa Schnabl.

Elisabeth Reitinger / Sigrid Beyer (Hrsg.)
 Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe
 336 Seiten • 29,90 Euro
 ISBN 978-3-940529-68-8

Zu den Herausgeberinnen:

Elisabeth Reitinger ist Psychologin und Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin. Sie arbeitet als Assistenzprofessorin an der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF), Abteilung Palliative Care und Organisations-Ethik der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.

Sigrid Beyer ist Pädagogin, Soziologin, Projektmanagerin und Gender-Expertin. Sie ist als Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Dachverband Hospiz Österreich beschäftigt und arbeitet freiberuflich im Projekt Gender Care der IFF.

Ich bestelle:

___ Expl.

E. Reitinger / S. Beyer:
 Geschlechtersensible Hospiz-
 und Palliativkultur
 29,90 Euro
 Bestellnr. 0168

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel., Fax: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____
(Freiwillige Angabe zu statistischen Zwecken)

Datum, Unterschrift: _____

[aut]

Mabuse-Verlag
 Postfach 90 06 47
 60446 Frankfurt am Main
 buchversand@mabuse-verlag.de
 Tel.: 069 - 70 79 96 16
 Fax: 069 - 70 41 52

Mabuse-Verlag
 www.mabuse-verlag.de



Cora van der Kooij

Gender und Mäeutik¹

Entmedikalisierung und Neuprofessionalisierung der Pflege

Einleitung

Die Pflege steht im 21. Jahrhundert vor einer dreifachen Aufgabe. Sie soll entprofessionalisieren – im Sinne von „entmedikalisieren“ – und gleichzeitig ihre eigene unbewusste Professionalität endlich auf eine bewusste Ebene tragen. Diese bewusste Pflegeprofessionalität braucht sie, um anschließend den Weg zur Protoprofessionalisierung der pflegerischen Einsichten und Fertigkeiten zu ebnen. Denn genau wie sich immer mehr medizinische und psychologische Einsichten in unser Wissen einschleichen, so werden zukünftig auch mehr Laien pflegerisch tätig sein. Im Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts wird der Ehrenamtlichkeit eine größere Rolle eingeräumt. Auch werden die Angehörigen sich aktiver in die Pflege und Betreuung einbringen. Mehr Laien, eine größere Zahl von wenig oder nicht ausgebildeten Menschen werden sich an der Pflege und Sorge beteiligen. Und diese formellen und informellen Hilfskräfte werden auf die Beratung und situative Unterstützung von Fachleuten angewiesen sein. Aus dieser Perspektive betrachtet ist es meines Erachtens höchste Zeit, dass die Pflegenden aus dem Schatten anderer Berufsgruppen heraus ins Licht treten. Es ist Zeit, dass die Gesellschaft endlich aufhört, das weibliche Potenzial zum Versorgen als eine unerschöpfliche natürliche Ressource zu betrachten. Denn was unerschöpflich vorhanden ist, hat keinen ökonomischen Wert und ist kein politisches Thema.

¹ Bearbeitung und Übersetzung von Antje von Glan, Von Glan Translations, Niederlande.

Das Können und Wissen der Pflege

Mir fällt immer wieder auf, wie leicht Manager, Organisationsberater und Politiker von „Profis“ sprechen, wenn es ums Thema Pflege geht. Meistens sind das Männer, und da haben wir sie auch schon: die Gender-Perspektive. Denn welche Professionalisierung ist hier gemeint? Je mehr medizinische und „pflegetechnische“ Handlungen vorzunehmen sind, je mehr organisatorische Befugnisse und Qualifikationen jemand hat, desto größer die – positiv bewertete – Professionalität. Dass Pflegenden auch Körperpflege leisten, dass Pflegenden die Betreuung-rundum-die-Uhr gestalten, das ist kein Thema. Das ist einfache Arbeit, das kann halt jeder und dafür braucht man keine umfassende Ausbildung. Vor einiger Zeit nahm ich an einem Essen in einem Heim teil und saß dem Heimleiter gegenüber. Er deutete mit dem Kopf in die Richtung des Tisches, an dem seine Pflegekräfte saßen, und sagte: „Schöne Arbeit! Ein goldenes Herz und praktische Hände, mehr braucht man dazu nicht.“ Ich blickte ihn an und sagte: „Und wenn man Heimleiter ist, was braucht man dann mehr als gesunden Menschenverstand und Erfahrung?“ Natürlich war er beleidigt, aber dass er *mich* beleidigt hatte, das war ihm völlig entgangen.

Pflegenden müssen also selbst deutlich machen, was sie wissen und können. Das Sachverständnis von Pflegenden und Versorgenden betrifft das Erleben von Krankheit und Alter (bzw. deren Behinderungen) und die sich daraus ergebenden körperlichen und emotionalen Bedürfnisse. In ihrem Fach handelt man professionell, wenn man auf diese Bedürfnisse einzugehen versteht und in Pflegebeziehungen mit den Patienten, Klienten und deren Angehörigen treten kann. Pflegenden erleben Menschen in ihrer äußersten Nacktheit, Verzweiflung und Verletzlichkeit. Sie sind imstande, sich mit dem Leiden dieser Menschen zu identifizieren, ohne dabei selbst unterzugehen. Sie wurden ausgebildet, die Stärke zu entdecken, die in den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen steckt, und diese zu aktivieren. Und sie sind bereit, die Schwäche dieser Menschen zu akzeptieren, einen Blick für ihre Lebensthemen zu entwickeln und die Merkmale ihres sozialen Systems zu kennen. Sie handeln nicht nach Vorschriften oder Minutenrechnungen, sondern beurteilen situativ, was nötig ist, und können ihre Entscheidung anschließend sowohl professionell als auch in finanzieller Hinsicht vertreten. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell ist mit der Absicht entstanden, diese Professionalität auf

eine bewusste Ebene zu dem (van der Kooij 200

Was ist Professiona

So ist das mäeutische spezifischen Professio definiere ich Professio und die Entwicklung e Wissenssystem gibt es kundigkeit von Pfleger gemeint: die authentischen Wahrnehmungen : professionellen Wortsc tieren, als Reaktion au tensalternativen zu wä

Die hier gehandha berg (1979) und Abbo Arbeit: die einfache, s bzw. *handwerkliche A tische Arbeit* und korr resante an Mintzberg komplex gilt, im Grun von Protokollen erled sieren, die Verabreich Injektionen anführen. wenn es um *Maßarbe* gruppen und Professi Reihe von Aufgaben simpler Routinearbeit gende über denjenige che Routinearbeit gilt die schweren Berufsl in Übereinstimmung

eine bewusste Ebene zu heben und die angemessene Anerkennung einzufordern (van der Kooij 2007 b, 2007 c, 2010).

Was ist Professionalität?

So ist das mäeutische Pflegekonzept als Plädoyer für die Anerkennung der spezifischen Professionalität von Pflegenden entstanden. Mit Abbott (1988) definiere ich Professionalität als *das Wissen um die eigene Fachkundigkeit und die Entwicklung eines darauf basierenden Wissenssystems*. Ein solches Wissenssystem gibt es im Fachbereich der Pflege noch nicht. Mit der Fachkundigkeit von Pflegenden ist im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell gemeint: die authentische und autonome Fähigkeit, die Bedeutung der eigenen Wahrnehmungen selbst zu beurteilen, Verhalten mithilfe eines eigenen professionellen Wortschatzes und eigener Klassifikationen selbst zu interpretieren, als Reaktion auf das Wahrgenommene selbst unter mehreren Verhaltensalternativen zu wählen und dies anschließend zu begründen.

Die hier gehandhabte Definition von *Professionalität* wurde von Mintzberg (1979) und Abbott (1988) entlehnt. Mintzberg unterscheidet vier Sorten Arbeit: die einfache, standardisierte *Routinearbeit*, standardisierte Maßarbeit bzw. *handwerkliche Arbeit*, komplexe standardisierte Arbeit bzw. *spezialistische Arbeit* und komplexe Maßarbeit bzw. *professionelle Arbeit*. Das Interessante an Mintzbergs Darlegung ist, dass ein großer Teil der Arbeit, die als komplex gilt, im Grunde standardisierte Arbeit ist, die beispielsweise anhand von Protokollen erledigt wird. Als Beispiele ließen sich hier das Katheterisieren, die Verabreichung von Sauerstoff und die Durchführung intravenöser Injektionen anführen. Arbeit ist erst dann komplex und damit „professionell“, wenn es um *Maßarbeit* geht. Genau wie bei der Arbeit vieler anderer Berufsgruppen und Professionen gibt es bei der Arbeit von Pflegenden eine ganze Reihe von Aufgaben und Aktivitäten, die die ganze Palette umspannen: von simpler Routinearbeit bis zur komplexen Maßarbeit. Warum sollte man Pflegende über denjenigen Bereich ihrer Arbeit definieren, der offenbar als einfache Routinearbeit gilt? Und woher kommt diese Bewertung? Woher kommen die schweren Berufskonflikte von Pflegepersonen, die ihre Aufgaben nicht in Übereinstimmung mit den eigenen mitmenschlichen Werten verrichten

können? Gerade durch diese Mitmenschlichkeit wird Pflege zur intelligenten Maßarbeit. (Van der Kooij 2007 c, Kap. 5; van der Kooij 2010, Kapitel 4).

Weitere Kennzeichen von Professionalität sind – neben der Verrichtung komplexer Maßarbeit – ein hohes Ausbildungsniveau und die Position, einfache Aufgaben an die „niedrigeren“ Mitarbeiter delegieren zu können (Kloosterboer 1992). Die Entwicklung von Professionalität führt jedoch nicht zwangsweise zur Entstehung einer Profession. Eine Profession, so Abbott, ist ein Beruf, bei dem es gelungen ist, den betreffenden Fachinhalt zu *monopolisieren*. Die eigene fachinhaltliche Domäne wird von den Fachleuten beansprucht. Verteidigt wird dieser Anspruch mithilfe der eigenen Begriffe, Klassifizierungen, Diagnosen, Behandlungsverfahren und abstrakter oder gar wissenschaftlicher Untermauerung. Die Fachleute betonen den Mehrwert ihres Wissenssystems für die Gesellschaft und die moralischen Verpflichtungen, die ihnen daraus entstehen. Als Gegenleistung dafür fordern sie bestimmte Rechte (und Privilegien). Die Gesetzgebung wiederum kann diesen Anspruch mit den entsprechenden Rechten legalisieren. Ärzte hatten sich in den Niederlanden bereits im 19. Jahrhundert, nämlich im Jahr 1849, als Profession organisiert. 1865 sicherten sie ihr Monopol auf die Medizin gesetzlich ab.

Eine Profession ist jedoch auch immer der Zustimmung oder Ablehnung der öffentlichen Meinung unterworfen. Auch wenn man das Gegenteil vermuten könnte: Ihr Status ist keineswegs unantastbar. Professionen entstehen und verschwinden wieder, sind miteinander verwoben und voneinander abhängig, schließen Allianzen, machen einander Terrain abspenstig und versuchen, sich Monopolstellungen zu sichern – Prozesse, die am Arbeitsplatz stattfinden. Laut Abbott handelt es sich bei Professionen letztendlich nicht um *statische*, sondern um *dynamische* Phänomene. Die Dynamik solcher historisch-organischer Veränderungen wird jedoch stark beeinträchtigt, wenn Monopole gesetzlich festgelegt sind. Und in der historisch-soziologischen Literatur stellen Mediziner einen der prägnantesten Archetypen für das Phänomen „Profession“ dar.

Exkurs in die Geschichte der Pflege

Hier fängt die Geschichte des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells an. Und die ist ganz klar eine Gender-Geschichte. Für eine ausführliche Beschrei-

bung dieser Geschichte möchte ich gerne das Buch von (scheidenden Faktoren war aus der Zeit der Gründung datiert. Ich beginne hier dort meine eigene historischen Forschungen von Bis Und hier stellen wir über fest. An dieser Stelle möchte Einzelheiten beschränken

Im letzten Viertel des nach dem Vorbild kathol organisierten. In den Vors lich mit wohlhabenden B beiteten. Sie stifteten Häu tern ein, die sowohl in die Diese Bewegung lässt sic kräftig wächst. Die Kran Ärzten, zuweilen jedoch schlaggebende, jedenfalls tens wurde der Beruf der Linie für Frauen geeigne, Bürgerschicht ihrer Zivili sie eine neue „natürliche „schicklich“ gewesen, zu waren diese Krankenschv konnissen oder Ordenschv gen und Machtstreitigkei sern muss größtenteils ne etwa gegen Ende des Jahr und freiberuflich als Kran Novum revolutionären A heiratet und selbstständig unerhört. Wer dies als Fr eigenen Beruf inhaltlich :

... wird Pflege zur intelligenten
... (Kooij 2010, Kapitel 4).
... nd – neben der Verrichtung
... reau und die Position, einfa-
... gieren zu können (Klooster-
... führt jedoch nicht zwangs-
... ofession, so Abbott, ist ein
... Fachinhalt zu *monopolisie-*
... den Fachleuten beansprucht.
... nen Begriffe, Klassifizierun-
... akter oder gar wissenschaft-
... en Mehrwert ihres Wissens-
... n Verpflichtungen, die ihnen
... n sie bestimmte Rechte (und
... n diesen Anspruch mit den
... n sich in den Niederlanden
... 9. als Profession organisiert.
... gesetzlich ab.
... Zustimmung oder Ablehnung
... in man das Gegenteil vermu-
... t: Professionen entstehen und
... n und voneinander abhängig,
... spensiv und versuchen, sich
... Arbeitsplatz stattfinden. Laut
... ch nicht um *statische*, sondern
... er historisch-organischer Ver-
... n Monopole gesetzlich festge-
... ratur stellen Mediziner einen
... „Profession“ dar.

... e- und Betreuungsmodells an.
... r eine ausführliche Beschrei-

... bung dieser Geschichte mit dem Fokus auf Medizin und Heilkunde empfehle
... ich gerne das Buch von Claudia Bischoff (1997, Kapitel 2). Einer der ent-
... scheidenden Faktoren war der Ausschluss von Frauen aus der Universität, der
... aus der Zeit der Gründung der europäischen Universitäten im 14. Jahrhundert
... datiert. Ich beginne hier erst im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts, da sich
... dort meine eigene historische Quellenforschungen in den Niederlanden mit
... den Forschungen von Bischoff im deutschsprachigen Raum überschneidet.
... Und hier stellen wir überraschende Ähnlichkeiten in der Gender-Geschichte
... fest. An dieser Stelle möchte ich mich auf die für diese Darlegung relevanten
... Einzelheiten beschränken.

... Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts entstanden Bürgerinitiativen, die
... nach dem Vorbild katholischer und protestantischer Orden Krankenpflege
... organisierten. In den Vorständen und Ausschüssen saßen Ärzte, die ehrenamt-
... lich mit wohlhabenden Bürgern, Bürgerinnen und Geistlichen zusammenar-
... beiteten. Sie stifteten Häuser mit ein paar Betten und stellten Krankenschwes-
... tern ein, die sowohl in diesen „Krankenhäusern“ als auch ambulant pflegten.
... Diese Bewegung lässt sich mit der Hospizbewegung vergleichen, die zurzeit
... kräftig wächst. Die Krankenschwestern wurden ausgebildet. Meistens von
... Ärzten, zuweilen jedoch auch von Geistlichen. Und jetzt kommt das Aus-
... schlaggebende, jedenfalls im Hinblick auf die Gender-Hierarchisierung: Ers-
... tens wurde der Beruf der Krankenpflege im 19. Jahrhundert in eine in erster
... Linie für Frauen geeignete Tätigkeit umgewandelt, wobei die Frauen aus der
... Bürgerschicht ihrer Zivilisiertheit wegen bevorzugt wurden. Zweitens waren
... sie eine neue „natürliche Ressource“, denn bis dahin war es für sie nicht
... „schicklich“ gewesen, zu arbeiten (siehe Bischof 1997, Kapitel 5). Anfangs
... waren diese Krankenschwestern in religiöse Orden eingebunden, waren Dia-
... konissen oder Ordensschwestern. Die detaillierte Geschichte der Entwicklun-
... gen und Machtstreitigkeiten in den im Wachstum befindlichen Krankenhäu-
... sern muss größtenteils noch geschrieben werden. Fest steht jedoch, dass es
... etwa gegen Ende des Jahrhunderts immer mehr Frauen gab, die selbstständig
... und freiberuflich als Krankenschwester arbeiten wollten. Damals war das ein
... Novum revolutionären Ausmaßes. Frauen aus der Bürgerschaft, die unver-
... heiratet und selbstständig in der Gesellschaft arbeiteten und lebten – das war
... unerhört. Wer dies als Frau wollte, der war vor allem damit beschäftigt, den
... eigenen Beruf inhaltlich zu gestalten und um akzeptable Lebensbedingungen

(zum Beispiel um eine eigene Behausung) zu kämpfen. Gemeinsame Interessenwahrnehmung und Interessenvertretung – das war noch ein Schritt zu weit.² Und damit hatten die Ärzte einen Riesenvorsprung.

Es gab wohl auch Ärzte, die die Emanzipierung der Pflegenden begeistert begrüßten, jedoch auch solche, die fürchteten, die Pflege könnte ihnen Konkurrenz machen. Diese Ärzte bemühten sich, klare Verhältnisse zu schaffen, wobei sie selbst im hegelianischem Sinne „Herr“ und die Pflegenden „Knechte“ wurden. In alten Quellen fand ich mehrere Hinweise darauf, wie dieser Machtstreit geführt und nach etwa vierzig Jahren von den Medizinern gewonnen wurde. Hier ein unmissverständliches Zitat:

Dr. Winkler im Jahr 1892 in seiner ersten Lektion für ungehende Krankenpflegerinnen:

„Der Arzt wünscht eine Person, von der er nicht zu fürchten braucht, dass sie sich selbst überschätzt, sondern von der er erwarten kann, gerade weil er recht viel hat lernen müssen, dass sie genau den Unterschied erfasst zwischen der Feststellung einer Tatsache und der Entscheidung über deren Bedeutung ... Eine Person, die versteht, dass sie beinah dieselbe Rolle spielt wie die intelligente Mutter, die ich gerade erwähnt habe; die stellvertretend übernimmt, nur stellvertretend übernimmt während der Abwesenheit des Arztes, und die sich niemals erkühnen würde, aus ihren Wahrnehmungen ein Urteil herzuleiten, geschweige denn dieses Urteil als Handlungsgrundlage zu nehmen.“ (Quelle: Maandblad voor Ziekenverpleging, 1892, in: van der Kooij 1990, S. 33)

Jeltje de Bosch Kemper, eine der bekanntesten der Niederländerinnen, die sich erfolgreich für die Umgestaltung der Krankenpflege zu einem Beruf eingesetzt hatten, reagierte darauf wie folgt:

„Mit großem Interesse habe ich die oben genannte ‚Lektion‘ gelesen, jedoch auch, und das will ich nicht leugnen, mit einiger Verwunderung. Wenn ein wohlbekanntes Thema uns in einer neuen Auffassung dargelegt wird, dann bewirkt dies in uns, dass wir dabei innehalten. Die Vorstellung der Schwester als Hilfe des Arztes, als eine Person, die einen Teil seiner Arbeit übernehmen kann, die ist, so dünkt mich, noch nicht allgemein gängig ...“ (Quelle: 1892, in: van der Maandblad voor Ziekenverpleging, in: van der Kooij 1990)

1921 wurde in den Niederlanden das Gesetz zum Schutze des Krankenpflege diploms angenommen. Dies schien ein Sieg für diejenigen zu sein, die der

² Dies war das Thema meiner Abschlussarbeit an der Universität.

Krankenpflege den gleich selbst hat meine Dozen Meilenstein in der Geschichte Groß war meine Enttäuschung entdeckte, dass dieses Konkurrenzschwester zu arbeiten Begabung und Lust dazu eine Tätigkeit in einem Gemangel führen. Kurzt Versorgen“ als gesellschaftlichen Schwestern hatten ihren

„Der Architekt eines gesunden Bau verantwortlich. Wird nun der Beruf Architekten? Oder ist das Beruf?“

Die Diskussion hatte sich zur weniger hoch eingeschoben. (Bakker/van der Fachkundigkeit lag nicht rungen, sondern nur im warum Krankenpfleger Wege anstrebten. Nicht Ärzte und in Manageme eine Eigenschaft der Pf Krankenpflegerinnen m

Die oben angeführte wider, die ich tatsächlich mäeutische Pflege- und ses Modells ist meine Eilige Begabung, dass j einer Ausbildung bedauung, die größtenteils r Arbeit leisten. Das Tale mit schweigendem Wis

1. Gemeinsame Inter-
ir noch ein Schritt zu
ig.
er Pflegenden begeis-
Pflege könnte ihnen
Verhältnisse zu schaf-
und die Pflegenden
Hinweise darauf, wie
1 von den Medizinem

ingehende Kranken-

en braucht, dass sie
gerade weil er recht
st zwischen der Fest-
deutung ... Eine Per-
e intelligente Mutter,
t, nur stellvertretend
ch niemals erkühnen
chweige denn dieses
blad voor Ziekenver-

iederländerinnen, die
e zu einem Beruf ein-

gelesen, jedoch auch,
enn ein wohlbekann-
n bewirkt dies in uns,
Hilfe des Arztes, als
te ist, so dünkt mich,
Maandblad voor Zie-

itze des Krankenpffe-
nigen zu sein, die der

Krankenpflege den gleichen Status einräumen wollten wie der Medizin. Mir selbst hat meine Dozentin für das Fach Pflegegeschichte dieses Gesetz als Meilenstein in der Geschichte der Professionalisierung der Pflege vermittelt. Groß war meine Enttäuschung, als ich bei meinen historischen Forschungen entdeckte, dass dieses Gesetz nur das Recht schützte, als *examinierte* Krankenschwester zu arbeiten. Pflegen jedoch durfte jede Frau, die eine natürliche Begabung und Lust dazu hatte. Hätten die Examinierten das Alleinrecht auf eine Tätigkeit in einem Pflegeberuf, würde dies sehr schnell zu einem Pflege-mangel führen. Kurzum: Dieses Gesetz hat das weibliche „Potenzial fürs Versorgen“ als gesellschaftliche natürliche Ressource etabliert. Die Krankenschwestern hatten ihren Kampf verloren, und 1930 hieß es:

„Der Architekt eines großen Bauwerks ist mit seinen Hilfsarchitekten für dessen Bau verantwortlich. Er braucht dabei die Hilfe von Zimmerleuten und Maurern. Wird nun der Beruf des Zimmermanns und des Maurers auch der Beruf des Architekten? Oder ist der Beruf des Zimmermanns und des Maurers kein eigener Beruf?“

Die Diskussion hatte sich von der Gleichwertigkeit im Hinblick auf die Ärzte zur weniger hoch eingestuften Fachkundigkeit der Krankenpflegerinnen verschoben. (Bakker/van der Kooij 1983, Van Gemert/ Spijker 1986). Denn die Fachkundigkeit lag nicht in der ‚Vertretung‘ und im Ziehen von Schlussfolgerungen, sondern nur im Handeln nach Vorschrift. Dies war einer der Gründe, warum Krankenpflegerinnen die Professionalisierung auf einem anderen Wege anstrebten. Nicht im Bereich der Pflege, sondern als Assistentinnen der Ärzte und in Managementpositionen. Das Versorgen als solches war und blieb eine Eigenschaft der Pfl egetätigkeit, über die es nicht viel zu melden gab. Krankenpflegerinnen mussten nett sein, aber das war nichts Besonderes.

Die oben angeführten Zitate spiegeln die interprofessionellen Verhältnisse wider, die ich tatsächlich erlebt habe, und die mich dazu gebracht haben, das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell zu entwickeln. Denn der Kern dieses Modells ist meine Entdeckung, dass Pflegen zwar ein Talent ist, eine natürliche Begabung, dass jedoch dieses Talent, genau wie jedes andere Talent, einer Ausbildung bedarf, um sich entwickeln zu können. Es ist eine Begabung, die größtenteils noch im Unbewussten derjenigen schlummert, die die Arbeit leisten. Das Talent ist sprachlos: hier haben wir es mit *tacit knowledge*, mit schweigendem Wissen zu tun.

Professionalität und Sprache

Professionalität setzt Sprache voraus. Laut Abbott benötigt man diese Sprache, um eigene Konzepte, Standards, Klassifikationen, Diskurse und Methoden zu entwickeln. Sprache braucht man auch für die Entwicklung von abstrakten Theorien und wissenschaftlichen Kenntnissen. Die Pflege, die nach dem Ende des 19. Jahrhunderts in die Position eines Hilfsberufs geraten war, bemühte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts um die Entwicklung einer eigenen Sprache. Die amerikanischen Universitäten begannen, Lehrpläne für die Fächer Krankenpflege und Pflegewissenschaft anzubieten. Dabei wurde anfangs das empirische, neopositivistische Forschungsverständnis der Medizin übernommen. Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts schlugen Krankenpflegerinnen einen anderen Weg ein: den der phänomenologischen und qualitativen Forschungsmethoden. Der Grund dafür war das Bedürfnis nach eigenen konzeptuellen Modellen und Pflegetheorien (Gastmans 1995, Kapitel 6). Frühe Theoretiker wie Wiedenbach (Danko et al. 1994) und Henderson (Henderson 1982, Wertman DeMeester et al. 1994) betonten die Notwendigkeit der Entwicklung einer reinen krankenpflegerischen Theorie aus dem „präkonzeptuellen Bewusstsein“ heraus, so wie sich dies in der Pflegepraxis formt. Sie spornten die Krankenpflegerinnen an, ihr Geburtsrecht als Pflegenden nicht allzu schnell aufzugeben, nur um in anderen Fachbereichen anerkannt zu werden. Immer wieder aufs Neue stellten Krankenpflegerinnen sich Fragen wie: Wie können wir herausfinden, welche Bedürfnisse die Patienten haben? Was bedeutet es für sie, unter dieser Krankheit zu leiden? Wie verarbeiten sie die Folgen ihrer Erkrankung? Welche Rolle spielen wir dabei? Wie kommunizieren wir mit den Patienten und welche Anforderungen stellen wir an die Qualität der Interaktion? Was erwarten Patienten eigentlich von Krankenpflegerinnen?

Ich würde die Entstehung des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells gerne in diese Tradition einreihen, wenn es auch nicht in der Krankenpflege oder Psychiatrie entwickelt wurde, sondern in der Alten- und Langzeitpflege. Der Begriff „mäeutisch“ stammt von einem der großen Philosophen: Als Mäeutik – also geistige „Hebammenkunst“ – bezeichnet man die auf Sokrates zurückgehende Fertigkeit, durch geschicktes und gezieltes Fragen die im Lernenden schlummernden – ihm aber vielleicht unbewussten – richti-

gen Antworten tische Methode Der Lehrstoff geformt (siehe

Die Gender Didaktik verknüpfte Pflege wird in disch vermittelteig bezeichnet. mehr unter-, se genen leisten tens, Pflegens t da sind, eine z Forderung, es i

Auf der Tag che fehlt, kom sich damit sein sam, legt ande sprucht Anerke Pflege. Und di stand derjenige gungsgewalt ir in etablierte In sen gesetzlich dig, vor allem , ihrer spezifisch neue Sichtwei Pflege- und Be prozesses und

Der mäeutis

Ein wichtiges f viduelle Reflex

Professionalität und Sprache

Professionalität setzt Sprache voraus. Laut Abbott benötigt man diese Sprache, um eigene Konzepte, Standards, Klassifikationen, Diskurse und Methoden zu entwickeln. Sprache braucht man auch für die Entwicklung von abstrakten Theorien und wissenschaftlichen Kenntnissen. Die Pflege, die nach dem Ende des 19. Jahrhunderts in die Position eines Hilfsberufs geraten war, bemühte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts um die Entwicklung einer eigenen Sprache. Die amerikanischen Universitäten begannen, Lehrpläne für die Fächer Krankenpflege und Pflegewissenschaft anzubieten. Dabei wurde anfangs das empirische, neopositivistische Forschungsverständnis der Medizin übernommen. Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts schlugen Krankenpflegerinnen einen anderen Weg ein: den der phänomenologischen und qualitativen Forschungsmethoden. Der Grund dafür war das Bedürfnis nach eigenen konzeptuellen Modellen und Pflegetheorien (Gastmans 1995, Kapitel 6). Frühe Theoretiker wie Wiedenbach (Danko et al. 1994) und Henderson (Henderson 1982, Wertman DeMeester et al. 1994) betonten die Notwendigkeit der Entwicklung einer reinen krankenpflegerischen Theorie aus dem „präkonzeptuellen Bewusstsein“ heraus, so wie sich dies in der Pflegepraxis formt. Sie spornten die Krankenpflegerinnen an, ihr Geburtsrecht als Pflegenden nicht allzu schnell aufzugeben, nur um in anderen Fachbereichen anerkannt zu werden. Immer wieder aufs Neue stellten Krankenpflegerinnen sich Fragen wie: Wie können wir herausfinden, welche Bedürfnisse die Patienten haben? Was bedeutet es für sie, unter dieser Krankheit zu leiden? Wie verarbeiten sie die Folgen ihrer Erkrankung? Welche Rolle spielen wir dabei? Wie kommunizieren wir mit den Patienten und welche Anforderungen stellen wir an die Qualität der Interaktion? Was erwarten Patienten eigentlich von Krankenpflegerinnen?

Ich würde die Entstehung des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells gerne in diese Tradition einreihen, wenn es auch nicht in der Krankenpflege oder Psychiatrie entwickelt wurde, sondern in der Alten- und Langzeitpflege. Der Begriff „mäeutisch“ stammt von einem der großen Philosophen: Als Mäeutik – also geistige „Hebammenkunst“ – bezeichnet man die auf Sokrates zurückgehende Fertigkeit, durch geschicktes und gezieltes Fragen die im Lernenden schlummernden – ihm aber vielleicht unbewussten – richti-

gen Antworten
tische Method
Der Lehrstoff
geformt (siehe

Die Gender
Didaktik verki
Pflege wird in
disch vermittel
tig bezeichnet.
mehr unter-, so
genden leisten
tens, Pflegens t
da sind, eine z
Forderung, es i

Auf der Tag
che fehlt, kom
sich damit sein
sam, legt ande
sprucht Anerke
Pflege. Und di
stand derjenige
gungsgewalt ir
in etablierte In
sen gesetzlich
dig, vor allem
ihrer spezifisch
neue Sichtweis
Pflege- und Be
prozesses und

Der mäeutis

Ein wichtiges
viduelle Reflex

gen Antworten und Erkenntnisse an die Oberfläche zu bringen. Die mäeutische Methode entspricht auch der Befreiungspädagogik von Paulo Freire: Der Lehrstoff wird durch die Arbeits- und Lebenserfahrung des Lernenden geformt (siehe auch van der Kooij 2007 b).

Die Gender-Perspektive ist eng mit dieser Anwendung der mäeutischen Didaktik verknüpft. Die als „weiblich“ geltende gefühlsmäßige Seite der Pflege wird in Worte gefasst, und damit sowohl sprachlich als auch methodisch vermittelbar. Medizinisches Wissen und Handeln wird nicht als unwichtig bezeichnet. Es bleibt Teil des Pflegewissens, ist jedoch der Medizin nicht mehr unter-, sondern „nebeneinander“. Sowohl die Ärzte als auch die Pflegenden leisten einen eigenen Beitrag zum Prozess des Behandelns, Begleitens, Pflegens und Betreuens, wobei die Pflegenden, weil sie rund um die Uhr da sind, eine zentrale Position einnehmen. Dies klingt nicht nur nach einer Forderung, es ist es auch. Es ist ein unmissverständlicher Anspruch.

Auf der Tagung zur Vorbereitung dieses Buches fiel der Satz: „Wo Sprache fehlt, kommt Macht ins Spiel.“ Wer jedoch eine Sprache entwickelt und sich damit seiner Identität bewusst wird, der macht deutlich auf sich aufmerksam, legt anderen auch durchaus schon mal Steine in den Weg und beansprucht Anerkennung. Mäeutik in der Pflege, das bedeutet: Empowerment der Pflege. Und dieses Empowerment, diese Emanzipierung weckt den Widerstand derjenigen, die derzeit am Hebel sitzen und das Monopol auf die Verfügungsgewalt im Gesundheitswesen haben (Wiesinger 2009). Es kostet Kraft, in etablierte Interessensphären einzubrechen, vor allem wenn diese Interessen gesetzlich festgelegt sind. Ein Machtkampf ist nicht unbedingt notwendig, vor allem wenn alle Beteiligten sich in der neuen Situation gegenseitig in ihrer spezifischen Professionalität anerkannt wissen. Dazu braucht man eine neue Sichtweise auf Kommunikation und Dokumentation. Im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell hat sich das in einer Neugestaltung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation herauskristallisiert.

Der mäeutische Pflegeprozess

Ein wichtiges Kennzeichen des mäeutischen Pflegeprozesses ist es, dass er individuelle Reflexion und gemeinsame Kommunikation voraussetzt. Nun könnte

man fragen, ob das nicht selbstverständlich ist? Individuelle Reflexion gibt es in der Pflege, das ist klar, aber mit welchen Worten, Begriffen und Konzepten findet sie statt? Wenn Pflegende sich als paramedizinische Profis betrachten, werden sie auch paramedizinisch reflektieren. Pflegende, die mäeutisch reflektieren, beschäftigen sich mit anderen Fragen und mit anderen Bewusstseinsinhalten. Wer sich in einer Situation der Verluste oder Bedrohung befindet, braucht Zuwendung, Interesse, Aufgeschlossenheit, Präsenz. Pflegende lernen, „erlebensorientiert“ zu beobachten. Sie sind sich aller Momente und Situationen bewusst, in denen sie wirklich Kontakt mit einem Menschen erfahren haben. Sie fragen sich in jeder Situation, was dieser Mensch braucht: Stimulans, Unterstützung oder Übernahme. Ob es sich in diesem Augenblick empfiehlt, in der Erlebenswelt oder inneren Welt eines Menschen mitzugehen, um so die Gefühle, derer sie da gewahr werden, benennen und validieren zu können. Und manchmal trauen sie sich, gegenzusteuern. Sie probieren aus, sind kreativ, nehmen auch Fehlschläge in Kauf. Manchmal sagen oder machen sie etwas, was in der betreffenden Situation ganz und gar passt. Sie sind professionell im empathischen Umgang. Kurz und gut: Sie reflektieren darüber, was sie im Umgang und während der Pflege erfahren und empfinden. Sie fragen sich, ob diese Erfahrung oder jener Einfall vielleicht für das ganze Team lehrreich sein könnte. War es eine individuelle oder kollektive Erfahrung, und hatte sie gelegentliche oder strukturelle Bedeutung? Denn sie wissen, dass sie bei der „Bewohnerbesprechung“ (oder Klientenbesprechung, aber *nicht Fallbesprechung*) mit den Kollegen darüber ins Gespräch kommen werden. Alle Beobachtungen, Erfahrungen und Einfälle fließen in Umgangsempfehlungen und Pflegebeschreibungen ein. Diese Beschreibungen sind bedürfnisorientiert und gehen auf das Verhalten, das Erleben, die Bedürfnisse, die Ressourcen und die Betreuung ein. Lebensthemen, emotionale Bedürfnisse, die Gefühle und Bedürfnisse der Angehörigen: All dies ist Teil der mäeutischen oder erlebensorientierten Bewohnerbesprechung und damit des gesamten mäeutischen Pflegeprozesses.

Neuprofessionalisierung

Erst wenn man eine eigene Identität nimmt und eine eigene *professionell* arbeitet, kann eine Gruppe mehr, sondern nicht weniger, erreichen. Und diesen Erfahrungsschatz Bett oder Rollstuhl des Betreffenden für die Betreuungsleistung. Alle sind im kollektiven Betreuungsprozess einbezogen und nehmen daran teil. So hat das Socialis die Schmeichelei (Hallwirth-Spitsch) wirklich durchsetzen. Prozesskoordinatorin in einer neuen Berufsgruppe aus

Die Pflege nimmt die Rolle des 19. Jahrhunderts an und ist eine Ressource der Welt, sondern als gesellschaftliche Professionalität. Im „Mut“ die innerberuflichen Mitarbeiter leisten je nach Laien wie Angehörige Beitrag zur Arbeit, je nach Lernsituation sollte alles in Ordnung gehen. Betreuer, Anwalt tätig. Es entsteht eine neue Einsicht in das Können?

viduelle Reflexion gibt es
Begriffen und Konzepten
inische Profis betrachten.
de, die mäeutisch reflek-
it anderen Bewusstseins-
der Bedrohung befindet.
räsenz. Pflegende lernen.
er Momente und Situati-
nem Menschen erfahren
Mensch braucht: Stimu-
iesem Augenblick emp-
enschen mitzugehen, um
n und validieren zu kön-
. Sie probieren aus, sind
il sagen oder machen sie
r passt. Sie sind profes-
reflektieren darüber, was
d empfinden. Sie fragen
für das ganze Team lehr-
dilektive Erfahrung, und
Wenn sie wissen, dass sie
echung, aber *nicht Fall-*
n kommen werden. Alle
Umgangsempfehlungen
sind bedürfnisorientiert
rfnisse, die Ressourcen
edürfnisse, die Gefühle
r mäeutischen oder erle-
s gesamten mäeutischen

Neuprofessionalisierung der Pflege

Erst wenn man eine eigene Sprache hat, die eigenen Wahrnehmungen ernst nimmt und eine eigene Berufsidentität gefunden hat, kann man auch *interprofessionell* arbeiten. Die Pflege ist dann keine paramedizinische Berufsgruppe mehr, sondern eine Profession mit einem einzigartigen Erfahrungsbereich. Und diesen Erfahrungsbereich finden wir zunächst einmal neben dem Bett oder Rollstuhl des hilfs- und pflegebedürftigen Menschen. Die Pflege ist zuständig für die Betreuung-rund-um-die-Uhr und die Kontinuität der Qualität. Alle sind im kommunikativen Prozess über Behandlung, Pflege und Betreuung einbezogen. Auch Angehörige, Hilfskräfte und Ehrenamtliche nehmen daran teil. So wurde beispielsweise in den Einrichtungen der Caritas Socialis die Schmerzbesprechung und die ethische Fallbesprechung entwickelt (Hallwirth-Spörk et al. 2008). Wenn das Konzept des *doing family* sich wirklich durchsetzt, kann die Pflegende die Aufgabe einer praktischen Prozesskoordinatorin übernehmen. Dafür braucht man sich nicht wieder eine neue Berufsgruppe auszudenken.

Die Pflege nimmt dann eine Position ein, die der Stellung der Diakonissen des 19. Jahrhunderts ähnelt. Nicht als eine erneute Berufung auf die natürliche Ressource der weiblichen und damit immer noch billigen Fürsorglichkeit, sondern als gesellschaftliche Gender-Potenz mit *bewusster* fürsorglicher Professionalität. Im „Mutterhaus“ bzw. der „Betreuungszentrale“ finden sowohl die innerberuflichen als auch die interprofessionellen Beratungen statt. Die Mitarbeiter leisten je nach Bedarf stationäre, ambulante und Tagespflege. Laien wie Angehörige, Ehrenamtliche und ungelernete Pflegende liefern einen Beitrag zur Arbeit, jedoch nicht ohne Begleitung, Bestätigung und gegebenenfalls Lernsituationen wie Übung und Training-on-the-Job. Medizinisch sollte alles in Ordnung sein, und wo die Medizin machtlos ist, sind die Pflegenden, Betreuer, Angehörigen und Ehrenamtlichen noch immer präsent und tätig. Es entsteht eine Gleichwertigkeit, die auf gegenseitiger Wertschätzung und Einsicht in das Können der anderen basiert. Hat das etwas mit Gender zu tun?

Literatuur

- Abbott, A. (1988): *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Kapitel 1–4. Chicago and London: the University of Chicago Press
- Ackerman, M. L./Brink, S. A./Clanton/J. A. (1994): Imogene King. Theory of Goal Attainment Theory. In: Marriner-Tomey A (1994): *Nursing Theorists and their Work*, Kapitel 9, Third Edition, Mosby
- Bakker-van der Kooij, C. (1983): De maatschappelijke positie van verpleegsters in de periode 1880 tot 1940. *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96, S. 454–475
- Bischoff, C. (1997): *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/New York: Campus
- Danko, M./Heidenreiter T. J./Hunt N. E./et al. (1994): Ernestine Wiedenbach. The Helping Art of Clinical Nursing. In: Marriner-Tomey, A. (1994): *Nursing Theorists and their Work*. Kapitel 8, Third Edition, Mosby
- Gastmans, C. (1995): *Verpleegkunde, zorg en ethiek. Historische, wijsgerig-anthropologische en moraal-theologische grondlijnen van een verpleegkundige ethiek, opgevat als zorgzaamheidsethiek*. Proefschrift. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Godgeleerdheid
- Hallwirth-Spörk, C./Heller, A./Weiler, K. (Hrsg.): *Hospizkultur und Mäeutik. Offen sein für Leben und Sterben*, Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Henderson, V. (1982): The nursing process: is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, 7, 103–109
- Kloosterboer, P. P. (1992): Topkwaliteit schuilt in een verrassende hoek. In: Wijchers, L. Th. R./Kerklaan, L. A. F. M./Mastenbroek, W. F. G. (Hrsg): *Kwaliteitsmanagement in de dienstverlening*, Deventer: Kluwer bedrijfswetenschappen
- Mintzberg, H. (1979). *Mintzberg over Management. De wereld van onze organisaties*, Amsterdam: Veen
- Van der Kooij, C. (1990): 1890–1990. In: Van den Bergh-Braam, A. H. M./van der Kooij, C. H./van der Pasch, A. E. W. M. (Hrsg): *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen*, Lochem: De Tijdstroom

- Van der Kooij, C. (2003): *Geïntegreerde pleeghuisafdelingen*, Doctora
- Van der Kooij, C. (2006): Pf 16–18
- Van der Kooij, C. (2007 a): *B voor Zingevende Zorg*, Apeld
- Van der Kooij, C. (2007 b): *Freiraum für Kreativität scha*
- Van der Kooij, C. (2007 c): *Altenpflege mit Hilfe der Mä*
- Van der Kooij, C. (2010): *Di lung und Dokumentatiton*, B
- Wertman DeMeester, D./La (1994): *Virginia Henderson. Nursing Theorists and their*
- Wiesinger, B. (2009): *Einfü nach Cora van der Kooij i ment und Strategieentwick sis, Donau-Universität an c Gesundheitswesen der Don*

Cora van der Kooij

Gender und Mäeutik

on the division of expert
f Chicago Press

ene King. Theory of Goal
sing Theorists and their

sitie van verpleegsters in
6, S. 454-475

ntwicklung von Frauen-
ert. Frankfurt/New York:

nestine Wiedenbach. The
1994): Nursing Theorists

stische, wijsgerig-anth-
verpleegkundige ethiek,
ke Universiteit Leuven,

ultur und Mäeutik. Offen
rtus

ht? Journal of Advanced

sende hoek. In: Wijchers,
Irsng): Kwaliteitsmanage-
enschappen

ereld van onze organisa-

Braam, A. H. M./van der
jaar verplegen. Een bijs-
1: De Tijdstroom

Van der Kooij, C. (2003): Gewoon Lief Zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen. Doktorarbeit, Utrecht: Lemma

Van der Kooij, C. (2006): Pfl egetalent als Basis für Professionalität, NOVA, 10, 16-18

Van der Kooij, C. (2007 a): Betrokkenheid als Basis voor het Zorgplan. Methodiek voor Zingevende Zorg, Apeldoorn: Zorgtalentproducties

Van der Kooij, C. (2007 b): Mäeutik. Die Einführung erlebensorientierter Pflege. Freiraum für Kreativität schaffen, RBS-Bulletin, 50, S. 6-9

Van der Kooij, C. (2007 c): Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebensorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik, Bern: Verlag Hans Huber

Van der Kooij, C. (2010): Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentatiton, Basel: Huber Verlag

Wertman DeMeester, D./Lauer, T./Marriner-Tomey, A./Neal, Susan E./Williams, S. (1994): Verginia Henderson. Definition of Nursing. In: Marriner-Tomey, A. (1994): Nursing Theorists and their Work, Kapitel 20, Third Edition, Mosby

Wiesinger, B. (2009): Einführung des mäeutischen pflege- und Betreuungsmodells nach Cora van der Kooij in Österreich und dessen Auswirkungen auf Management und Strategieentwicklung in der stationären Altersversorgung, Master-Thesis, Donau-Universität an der Krems, Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems