

Zeitschrift: Bulletin / Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden = Association Suisse des Enseignant-e-s d'Université

Herausgeber: Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden

Band: 42 (2016)

Heft: 2

Artikel: Pflege als "Caing science" : Implikationen für die Wissenschaft und Ethik professionellen Pflegehandelns

Autor: Monteverde, Settimio

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-893875>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pflege als «Caring science»: Implikationen für die Wissenschaft und Ethik professionellen Pflegehandelns

Settimio Monteverde*

1. Einführung

Pflegen stellt eine menschliche Tätigkeit dar, die als anthropologische Konstante betrachtet werden kann. Menschen leben und überleben nur in Systemen wechselseitiger Reziprozität (vgl. Meyer, 2010). Diese Systeme müssen in der Lage sein, im Interesse von allen auf wirtschaftliche, politische, soziale, aber auch gesundheitliche Herausforderungen in verschiedenen Lebenslagen zu reagieren. Fürsorge- und Beistandspflichten dienen somit, obwohl grundsätzlich altruistisch motiviert, dem Erhalt der Solidargemeinschaft, und somit immer auch dem Interesse des Einzelnen. Der Ausbau, die Institutionalisierung, Professionalisierung und die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Systemen des Sorgens ist deswegen genauso Ausdruck der Kulturgeschichte der Menschheit wie die Architektur, der Ackerbau oder das Bildungswesen.

2. Pflegewissen und Pflegewissenschaft

Die Pflegewissenschaft gehört, zumindest in den USA und Kanada, seit gut 110 Jahren zum akademischen Fächerkanon. Sie ist also eine vergleichbar junge Disziplin. Die Sammlung und der Ausbau von heilkundlich relevantem Wissen im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen stellt aber eine schon Jahrtausende alte Tradition dar, die in den Quellen der Medizin- und Pflegegeschichte für verschiedene kulturelle Kontexte belegt ist (z.B. Seidler & Leven, 2003). Die Identifikation dessen, was den pflegerischen «body of knowledge» konstituiert, ist dadurch vor eine doppelte Herausforderung gestellt: Erstens stellt sich die Frage, wie sich pflegespezifisches Fachwissen von allgemeinem pflegerischem Erfahrungswissen abgrenzt, welches sich z.B. in «natürlichen» Pflegebeziehungen familiärer Art wie zwischen Mutter und Säugling oder zwischen erwachsenen Kindern und hochbetagten Eltern zeigt. Zweitens erscheint nicht auf Anhieb klar, worin sich das

Pflegespezifische zeigt im Unterschied zum Wissen benachbarter Disziplinen, wie z.B. der Arztkunde, der Hebammenkunde, der Physiotherapie, der Soziologie oder der Psychologie. Diese doppelte Unschärfe ist zwar für das praktische Umfeld der professionellen Pflege von untergeordneter Bedeutung und gereicht ihr im multiprofessionellen klinischen Kontext sogar zum Vorteil. Doch zu wissen, was professionelle Pflege ausmacht und was Teil ihres Wissenskörpers ist, bleibt für die Konzeptualisierung von Pflegehandeln und für die Fundierung evidenzbasierter Pflegepraxis, wie sie durch die *Pflegewissenschaft* erfolgt, unverzichtbar (Fawcett et al. 2001).¹ Dasselbe gilt auch für die *Pflegeethik*, denn nur aus dem Wissen heraus, welches die Adressaten² professioneller Pflege sind und welche legitimen Ziele Pflege hat, kann eine Klärung der moralischen Pflichten erfolgen, die sich für die beruflich Handelnden daraus ergeben.

3. Im Kontinuum zwischen natürlicher Sorge und professioneller Expertise

Zwischen natürlicher Sorge und professioneller Expertise besteht keine Dichotomie, sondern ein Kontinuum. Dieses Kontinuum weist auf die Pflegebedürftigkeit als Kennzeichen des Humanum hin, resp. auf den «universalen» Bedarf an Pflege, wie es in der Präambel des Ethikkodexes des *International Council of Nurses* formuliert ist (ICN, 2012). Ein solcher Bedarf besteht während der ganzen Lebensspanne, in unterschiedlichen Lebenslagen und mitunter belastenden Gesundheitssituationen. Er erfordert die wirksame Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Interventionen auf der Grundlage vorhandener Evidenz, so z.B. die pflegerische Unterstützung eines Spitexklienten, der zuhause eine Peritonealdialyse durchführt, aktuell eine komplexe Wundbehandlung benötigt sowie Unterstützung in der Körperpflege. Zunehmende Komplexität verlangt jeweils einen

* Berner Fachhochschule, Lindenrain 4, 3012 Bern.

E-mail: settimio.monteverde@bfh.ch



Settimio Monteverde, Dr. sc. med., MME, MAE, RN, ist Dozent an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Studiengang Pflege, sowie Co-Leiter Klinische Ethik am UniversitätsSpital Zürich / Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich.

¹ Gemäss Garrett und Cutting ist für die Pflegewissenschaft als Quelle von «Evidenz» nicht nur empirisches (oder sog. aposteriorisches) Wissen relevant, sondern – mit Rückgriff auf den Philosophen Willard Van Orman Quine – auch intellektuelles (oder sog. apriorisches) Wissen. Letzteres ist wahr aufgrund individuell oder sozial akzeptierter Sinnzusammenhänge, nicht aber aufgrund von Fakten (Garrett & Cutting, 2014). Wissen wird dadurch auch subjektiv und im Rahmen sozialer Beziehungen generiert. Sowohl aposteriorisches wie auch apriorisches Wissen – zu dem auch ethischen Wissen zählt – stellen folglich Evidenzen eigener Art dar und sind für das «Paradigma evidenzbasierter Pflegepraxis» (a.a.O., S. 103) gleichermassen ausschlaggebend (vgl. auch Monti, 1999).

² Personenbezeichnungen gelten sinngemäss für beide Geschlechter.

höheren Spezialisierungs- und Differenzierungsgrad pflegerischer Fachexpertise. In diesem Kontinuum unterstützt professionelle Pflege Menschen

«...bei der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien auf den Alltag der Betroffenen. Sie hat zum Ziel, für die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse und Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Überdies fördert und erhält Pflege Gesundheit und beugt gesundheitlichen Schäden vor» (SAMW 2004, S. 22).

Aus dieser Definition wird ansatzweise eine Arbeitsteiligkeit ärztlichen und pflegerischen Handelns erkennbar, die auf die Komplementarität beider Professionen hinweist und auf die aus historischer Sicht durchaus erfolgreiche «Trias» von Arztperson, Pflegerperson und Patient im Erreichen bestmöglicher Behandlungsziele.

Auf den «Umgang mit den Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien auf den Alltag der Betroffenen» (a.a.O.) einzugehen, erfordert sowohl Fachwissen, Fertigkeiten und Haltungen, die in der Interaktion mit dem Patienten zum Tragen kommen. In diesem Bedürfniskontinuum die Ressourcen und den Pflegebedarf des Patienten einzuschätzen und sinnvolle Behandlungsziele zu vereinbaren ist nur möglich mit einem «Blick fürs Ganze», wie es die *American Nurses' Association* für das Assessment als erster Stufe des Pflegeprozesses zum Ausdruck bringt:

«An RN [registered nurse, engl. diplomierte Pflegefachperson, Anm.d.V.] uses a systematic, dynamic way to collect and analyze data about a client, the first step in delivering nursing care. Assessment includes not only physiological data, but also psychological, sociocultural, spiritual, economic, and life-style factors as well. For example, a nurse's assessment of a hospitalized patient in pain includes not only the physical causes and manifestations of pain, but the patient's response—an inability to get out of bed, refusal to eat, withdrawal from family members, anger directed at hospital staff, fear, or request for more pain medication.»³

Der Blick, welcher für ein solches pflegerisches Assessment nötig ist, hat das gesamte Spektrum von der naturalen Sorge bis zur professionellen Expertise vor Augen. Er erfasst mithilfe geeigneter Instrumente vorhandene Ressourcen, erkennt Bedarfe, aber auch

Bedürfnisse, die für die Betroffenen von Bedeutung sind. Die *Haltung*, welche nötig ist, um solches zu erfassen, wird am besten mit dem Begriff der *Sorge* (engl. care) wiedergegeben. Während *Sorge* die affektive Ebene zum Ausdruck bringt und die Bereitschaft, sich auf das Gegenüber einzulassen, umfasst das daraus hervorgehende *Sorgen* (engl. caring) die deliberative und handlungspraktische Ebene, welche im Pflegehandeln konzeptualisiert und praktisch umgesetzt wird (siehe die weiteren Schritte des Pflegeprozesses, Anm. 3). Dadurch erweist sich die *Sorge* (care) als «vorprofessionelle» Haltung, welche das gesamte Pflegekontinuum prägt. Sie lässt sich aber jederzeit im professionellen pflegerischen *Sorgen* operationalisieren. Care wird dadurch zum Merkmal professioneller Pflege schlechthin und qualifiziert die «nursing science» als «caring science» (Watson & Smith, 2002). Zur letzteren gehört selbstredend auch die Wissenschaft ärztlichen Handelns. Diese hat sich aufgrund ihres Selbstverständnisses und ihres sozialen Mandats traditionell weniger auf die *Auswirkung* von Krankheit auf Menschen und Systeme fokussiert als vielmehr auf deren *Diagnostik und Behandlung*. Wie im Verlaufe dieses Beitrags dargelegt, erweist sich diese Aufteilung einerseits als durchaus sinnvoll, andererseits auch als historisch bedingt, d.h. nicht in der «Natur» ärztlichen oder pflegerischen Handelns *per se* begründet. Heute haben sich beide Professionen sowohl im Umgang mit Auswirkungen als auch in der Diagnostik und Therapie von Krankheiten Kompetenzen angeeignet, die gleichermaßen eine *care*-Qualität erfordern bezüglich der Haltung, die beruflichem Handeln zugrunde liegt (vgl. SAMW 2004, S. 20 ff.).

4. Allgemeine und spezifische Pflegebedürftigkeit

Auf den Zusammenhang zwischen affektiver Sorge und deliberativem Sorgen weist auch die Pflegeethikerin Ruth Schwerdt hin. Für sie ist professionell zu beantwortende Pflegebedürftigkeit nur (sic) eine Steigerung allgemeiner Pflegebedürftigkeit, d.h. *care* stellt die verbindende Achse des Pflegekontinuums dar, auf welcher sich Pflegesettings bloss graduell unterscheiden, nicht aber substantiell in Bezug auf die Haltung der Sorge, die überall gleichermaßen einfordert wird:

«Sorge erfolgt demnach nicht allein aufgrund eines gleichen Rechtsanspruchs in Gegenseitigkeit, sondern ist Grundlage jeder intakten Gemeinschaft. Dabei können die Bereiche des Abhängigkeit-Sorge-Kontinuums in Ausmaß und Umfang variieren. Mithilfe professioneller Pflege zu beantwortende Pflegebedürftigkeit ist folglich nur eine Steigerung allgemeiner Pflegebedürftigkeit» (Schwerdt 2012, S. 52).

³ American Nurses' Association: The nursing process. Abgerufen am 04.06.2016 unter <http://www.nursingworld.org/EspeciallyforYou/StudentNurses/Thenursingprocess.aspx>.

Die Qualität professionellen Pflegehandelns misst sich demzufolge nie alleine an funktionalen Parametern wie z.B. der Aufhebung des Selbstpflegedefizits, der wiedererlangten Gehfähigkeit oder dem erfolgreichen Verschluss einer komplizierten Wunde bei einer Patientin mit diabetischen Spätkomplikationen. Sie misst sich immer auch an der care-Qualität der Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson, die aufgrund erkannter Pflegebedürftigkeit entsteht und nicht auf den handwerklich-technischen Aspekt reduziert werden kann. Vielmehr ist es die Haltung, dass die *spezifische* – in den Worten Ruth Schwerdts (a.a.O.) mit professioneller Pflege zu beantwortende – Pflegebedürftigkeit immer ein Ausdruck *allgemeiner* Pflegebedürftigkeit ist, die Pflegeempfänger und Pflegenden gleichermaßen prägt.

In ethischer Hinsicht fordert diese Haltung eine *Beziehung*, die dieser ontologischen Voraussetzung Rechnung trägt. In dieser Beziehung begegnen sich die Interaktionspartner von Pflege auf Augenhöhe – trotz der spezifischen Vulnerabilität der Pflegebedürftigen und der Asymmetrie an Wissen und Können, die zwischen Pflegenden und Gepflegten besteht. Diese Beziehung gelingt dann, wenn sich die Akteure in der gemeinsamen (allgemeinen) Pflegebedürftigkeit erkennen und anerkennen (vgl. van Heijst, 2009; Monteverde, 2015). Daraus ergibt sich, dass sich professionelles Sorgen sehr wohl von natürlicher Sorge unterscheidet und jeweils eine Antwort auf spezifische Pflegebedürftigkeit darstellt. Sie erfordert Wissen, das auf verschiedenen Quellen von Evidenz aufbaut (vgl. Anm. 2). Trotzdem ist dieser Unterschied aus der Perspektive des Pflegekontinuums kein absoluter, sondern bloss ein gradueller: Professionelles Handeln als Antwort auf spezifische Pflegebedürftigkeit legitimiert sich in dem Masse, als es immer auch die Haltung der Sorge (care) sichtbar macht, mit der die Pflegeperson dem pflegebedürftigen Menschen begegnet.

5. «The youngest branch of medical science»

Doch wie lassen sich aus diesem Zusammenhang heraus Pflegewissenschaft und Pflegeethik als Bereichsethik pflegerischen Handelns konzeptualisieren? Und wie sind, darüber hinaus, Pflegewissenschaft und Pflegeethik im Kontext der Medizin verortbar? Erhellend sind in dieser Hinsicht die Ausführungen der Kanadierin Mary Adelaide Nutting (1848–1948), welche als weltweit erste Professorin für Pflegewissenschaft gilt und an der Columbia University in New York lehrte (vgl. Gosline, 2004). Das von ihr geschriebene und von Lavinia Dock vollendete vierbändige Werk «The history of nursing» wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts schon bald zum massgeblichen Referenzdokument der sich im US-amerikanischen Raum erstmals

etablierenden Pflegewissenschaft. In den Anfangssätzen des ersten Bandes bringt Nutting das Pflegekontinuum folgendermassen zum Ausdruck:

“The art of nursing, at once the oldest of the occupations of women and the youngest branch of medical science, must have been coexistent with the first mother who performed for her little ones all those services which made it possible for them to live and thrive. The daily and hourly details of feeding, warming, and protecting from harm, the watching by night, the rhythmical swing of cradle or bough under the mother’s eye – these maternal cares, as old as or even older than human race, laid the foundation from which our profession of nursing has developed to its structure of to-day” (Nutting & Dock 1907, S. 3).

Für Nutting besteht kein Widerspruch darin, dass der «jüngste Zweig der medizinischen Wissenschaft» im naturalen Instinkt der Mutter begründet ist. Das in ihren Ausführungen gezeichnete Bild phylogenetischer Abstammung medizinischer Wissenschaft ist bemerkenswert: Darin ist die historisch gewachsene Autorität «älterer Zweige» wie die Wissenschaft ärztlichen Handelns ebenso unbestritten wie die Grundannahme, dass auch der jüngste Zweig, die Pflegewissenschaft, ebenfalls am gemeinsamen Stamm der medizinischen Wissenschaft teilhat resp. zum Kanon ihrer Disziplinen gehört (vgl. dazu auch SAMW 2011, S. 3 ff).

6. Medizin als Arzt- und Pflegekunde

So ausdrucksstark die Metapher des Baumes der medizinischen Wissenschaft auch sein mag, löst sie gerade im deutschen Sprachraum durch die darin verwendeten Begriffe wie «Medizin» und «Pflege» auch Irritationen aus. Die grösste Irritation besteht darin, dass die in der Metapher von Baum, Stamm und Zweig zum Ausdruck gebrachte Filialbeziehung von der Pflege- zur Medizinwissenschaft leicht als Subordinationsbeziehung des Pflegeberufs unter den Arztberuf gedeutet werden könnte. Eine weitere Irritation besteht im Verdacht, der Status der *Wissenschaft* sei nicht mit dem affektiven und motivationalen Aspekt der *Sorge* und des daraus abgeleiteten *Sorgens* kompatibel.

Beide Grundannahmen, die hinter den beschriebenen Irritationen stehen, lagen Nutting fern. Gerade angesichts der ersten Irritation lässt sich einwenden, dass die Aufteilung des ärztlichen und pflegerischen Arbeitsfelds, wie sie heute in vielen Kontexten der Gesundheitsversorgung sichtbar ist, ganz eng mit der Entstehung der modernen Krankenpflege verbunden ist. Sie stellt ein relativ spätes, in erster Linie organisationspraktisch motiviertes Phänomen

der modernen Krankenhausmedizin dar (vgl. Seidler und Leven, 2003; Schweikardt, 2008): Am Übergang von der klösterlichen und kommunalen Kranken- und Armenfürsorge zur institutionalisierten Krankenversorgung war es genau dieses hoch effiziente und effektive Modell ärztlich-pflegerischer Arbeitsteilung, welches in den neu entstandenen Grosskrankenhäusern die Wirksamkeit medizinischer Behandlung sicherte, angefangen von aseptischen Wundverbänden, korrekter Aufbereitung von chirurgischen Instrumenten bis zur postoperativen Lagerung, Beobachtung und regelmässigen Mobilisation von Patienten. Festes Merkmal dieses Modells war die straffe Organisation der Pflege unter einer geistlichen, später auch einer säkularen Trägerschaft in der Klinik. Diese konstituierte nebst dem Anstellungsverhältnis auch ein primäres Abhängigkeitsverhältnis von der Organisation, welche wiederum die Arztperson mit Weisungsbefugnis versah. Auch wenn diese Erklärung letzten Endes an der effektiv sichtbaren hierarchischen Zuordnung von Arzt- und Pflegeperson im Ergebnis wenig ändert, zeigt sie, dass die eingeforderte Subordination der Pflege unter den Arztberuf weniger im «Wesen» und im Auftrag beider Professionen begründet war als vielmehr in der bürgerlichen Erwartungshaltung gegenüber Frauen, die im öffentlichen Raum tätig waren (vgl. für die Schweiz Braunschweig & Francillon, 2010). Das Subordinationsmodell war also von seinem Grundgedanken her ein Kooperationsmodell, das nach und nach zur Professionalisierung von Pflege führte, eine Emanzipation von der Ordens- resp. Diakoniestruktur bewirkte sowie die Gründung der ersten sog. «freien» Krankenpflegeschulen in der Schweiz und in den USA. Diese bereiteten den Weg der Pflege zu den Hochschulen und damit zur wissenschaftlichen Aufbereitung und Weiterentwicklung ihres Wissens- und Erfahrungsbestandes.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass der Begriff «Medizin» im allgemeinen Sprachgebrauch als *Synonym* für ärztliches Handeln steht. In ihrem Grundlagendokument «Zukünftige Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden» (SAMW, 2011) geht die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften von einem inklusiven Verständnis von Medizin aus, das ärztliches, pflegerisches und weiteres therapeutisches Handeln als Kernbereiche der Medizin sieht. In dieser Perspektive mag es durchaus ein Filialverhältnis von Arzt- und Pflegeberuf geben, das professionsgeschichtlich und arbeitspraktisch bedingt ist und entsprechende Weisungsbefugnisse vorsieht. Diese haben aber im Verlauf der Geschichte immer wieder Anpassungen erfahren zugunsten einer wirksameren Patientenversorgung – so zum Beispiel durch den Einsatz von sog. *Advanced Practice Nurses*

(APN) im Kontext integrierter Gesundheitsversorgung oder im Rahmen von Spezialisierungen z.B. im Bereich der Anästhesie, Intensivpflege oder Diabetologie. Abschliessend kann deshalb gesagt werden, dass der Begriff der «Arztkunde» in terminologischer Hinsicht geeigneter wäre, die «Pflegkunde» als neuen Zweig zu verstehen am Baum der medizinischen Wissenschaft, der beide Zweige organisch verbindet.

Die zweite Irritation, wonach der Status der *Wissenschaft* nicht mit einer Kultur der Sorge, resp. des Sorgens kompatibel sei, ist bereits empirisch widerlegt durch den Nachweis der Wirksamkeit evidenzbasierter Pflegehandeln in der Erreichung bestmöglicher Patientenoutcomes. Diese beinhalten für den Pflegebedürftigen oftmals gesteigertes Wohlbefinden und Lebensqualität, immer aber auch Zuwendung. So belegte Florence Nightingale (1820–1910) mit ihrer regen Forschungstätigkeit den Nutzen von konsequent durchgeführten Hygienemassnahmen, korrekt durchgeführter Behandlungspflege, regelmässiger Lüftung von Krankenzimmern und Mobilisation von Patienten. In dem Lazarett bei Üsküdar, in welchem sie während des Krim-Kriegs die pflegerische Verantwortung innehatte, führten ihre Massnahmen zu einer statistisch signifikanten Reduktion der Mortalität verwundeter Soldaten (vgl. Hegge, 2011). Doch dieser «Erfolg» war Teil einer grösseren Vision:

„Nightingale had a massive and clear vision, which was to improve the quality of life for soldiers whose care was deplorable during the Crimean War. She knew the work of nurses was never finished” (Hegge 2011, S. 22).

Das Wirken von Nightingale zeigt paradigmatisch auf, dass es gerade im Kontinuum zwischen natürlicher Sorge und pflegerischer Expertise keinen wissenschaftsfreien Raum geben kann, der beim Assessment des Pflegebedarfs, bei der Planung, Durchführung oder Evaluation von Pflege auf vorhandene Evidenz verzichten könnte. Aus diesem Grund entsteht gerade aus der Haltung der Sorge (care) heraus die Einsicht in die Notwendigkeit, die Praxis des Sorgens (caring) mit der Stringenz und Methodik der Wissenschaft auszuleuchten. Dadurch wird deutlich, dass auch Pflegewissenschaft als «jüngster Zweig» der medizinischen Wissenschaft dieser «natürlichen» Entwicklung bedarf, weil sie Ausdruck der Vitalität des Baumes ist, der sie trägt, als neuer Zweig diesen Baum als gesamten Organismus wiederum auch stärkt.

7. Pflege und Care-Ethik

Trotz dieser Verortung von Pflegewissenschaft als Zweig heilkundlichen Wissens zeigen die vorgängig erörterten Irritationen, dass die gesellschaftlichen

und politischen Prozesse für die Etablierung der Pflegewissenschaft keineswegs linear und reibungslos verlaufen. Gerade in den Diskursen der 70er Jahre über die Ziele und Grenzen der Medizin wurde eine Marginalisierung der pflegerischen Perspektive wahrgenommen (Hanson & Callahan, 1999; Fry, 1989; Warren, 1989). Diese führte dazu, dass Pflegende im Zuge der Frauen- und Bürgerrechtsbewegung auch eine angemessenere Berücksichtigung sowohl ihrer Blickweise auf den pflegebedürftigen Menschen als auch auf Alltagsfragen der pflegerischen Beziehungsgestaltung einforderten. Die Medizinethik, welche mithilfe von Dilemmas medizinische Entscheidungssituationen abzubilden versuchte, schien für sie dazu nicht in der Lage zu sein. Die feministische Care-Ethik war es, welche mit ihrem Fokus auf Machtasymmetrien, auf die zentrale Bedeutung der Beziehung und auf die gender-Dimension moralischen Urteilens den Pflegenden eine Stimme verlieh. Sie galt deshalb in den 80er Jahren als Artikulation von Pflegeethik schlechthin (Fry, 1989).

Die Care-Ethik erwies sich dadurch als geeignetes Komplement, um der im Pflegekontinuum beschriebenen allgemeinen Pflegebedürftigkeit, der Sorge als Haltung und des Sorgens als professioneller Handlung *auch in ethischer Hinsicht* Ausdruck zu verleihen. Sie gab den Pflegenden eine moralische Sprache, in der sich viele Probleme des Pflegealltags im Spannungsverhältnis zwischen natürlicher Sorge und professioneller Expertise beschreiben liessen. Dabei stellte die Care-Ethik mehr als ein «fünftes» ethisches Prinzip dar, das sich zu den vier etablierten Prinzipien der Medizinethik gesellte (d.h. Autonomie, Fürsorge, Nicht Schaden und Gerechtigkeit, vgl. Beauchamp & Childress, 2012). Sie bot eine radikal andere moralische Epistemologie an, die den Blick auf das, was im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Men-

schen moralisch zählt, radikal veränderte. Green beschreibt die Quintessenz der Care-Ethik für die Pflegeethik mit folgenden Worten:

"A feminist ethic of care remains a constructive approach to patient rights as it emphasizes responsibilities and relationships, the contexts of caring interdependencies, and allows patients to be active social players with a voice rather than passive recipients of care. A feminist ethics suggest a conceptual deviation from the standpoint that care is impartial, individualistic and universal and instead argues that care and caring are determined by relationships, partiality, and notions of autonomy" (Green, 2012, S. 3).

Ausblick

Obwohl die Care-Ethik eine grosse Rezeptionsgeschichte innerhalb der Pflegeethik aufweist, ist gerade aus dem Blick der Pflegewissenschaft als «caring science» eine methodische und theoretische Vielfalt in der Formulierung und Bearbeitung ethischer Fragestellungen unabdingbar (Monteverde, 2013). Gerade das Pflegekontinuum zeigt am Übergang zwischen vorprofessioneller Sorge und professionellem Sorgen immer wieder ethische Dilemmas, die mithilfe des medizinethischen Modells besser visualisiert werden können, so etwa die Abwägung von Sicherheit versus Autonomie bei einem Spitex-Klienten, der an Demenz erkrankt ist, aber trotz Gefährdung der Sicherheit in den eigenen vier Wänden bleiben möchte. Trotzdem kommt der Care-Ethik heute die wichtige Aufgabe zu, für den jüngsten, für die älteren und für die kommenden Zweige der medizinischen Wissenschaft eine Haltung der *Sorge* in der Begegnung mit allgemeiner und spezifischer Pflegebedürftigkeit einzufordern, aber auch eine Offenheit für die Diversität an ethischen Zugängen, die der Komplexität heutiger Gesundheitsversorgung gerecht wird. ■

Literatur

- Beauchamp, T.; Childress, J. (2012). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press (7. Auflage).
- Braunschweig, S.; Francillon, D. (2010). *Professionelle Werte Pflegen*. 100 Jahre SBK. Zürich: Chronos.
- Fawcett, J.; Watson, J.; Neuman, B.; Hinton Walker, P.; Fitzpatrick, J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship* (33) 2, 115–119.
- Fry, S. (1989). The role of caring in a theory of nursing ethics. *Hypatia* (4) 2, 88–103.
- Garrett, B.; Cutting R. (2015). Ways of knowing: realism, non-realism, nominalism and a typology revisited with a counter perspective for nursing science. *Nursing Inquiry* (22) 2, 95–105.
- Gosline, M. (2004). Leadership in nursing education: voices from the past. *Nursing Leadership Forum* (9) 2, 51–59.
- Green, B. (2012). Applying feminist ethics of care to nursing practice. *Journal of Nursing Care* (1) 3, doi:10.4172/2167–1168.1000111.
- Hanson, M.; Callahan, D. (1999). *The goals of medicine: The forgotten issues in health care reform*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Hegge, M. (2011). *The empty carriage: lessons in leadership from Florence Nightingale*. *Nursing Science Quarterly* (24) 1, 21–25.
- ICN International Council of Nurses (2012). Code of ethics for nurses. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icn-code_english.pdf

Meyer, P. (2010). *Menschliche Gesellschaft im Lichte der Zweiten Darwinschen Revolution: Evolutionäre und kulturalistische Deutungen im Widerstreit*. Münster: Lit-Verlag.

Monteverde, S. (2013). *Pflegeethik und die Sorge um den Zugang zu Pflege*. *Pflege*, 26(4), 271–280.

Monteverde, S. (2015). Fürsorge als Tugend und als Wissen. Zur Genese pflegerischer Ordnungsmacht. In: Mathwig, F.; Meireis, T.; Porz, R.; Zimmermann, M. (Hrsg.). *Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege*. Zürich: TVZ. 181–193.

Monti, E. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science* (21) 4, 64–80.

Nutting, A.; Dock, L. (1907). *A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses*. Volume 1. New York: Putnam.

SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004). *Ziele und Aufgaben der Medizin im 21. Jahrhundert*. Basel: SAMW.

SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2011). *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden*. Basel: SAMW.

Sargent, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry* (19) 2, 134–143.

Schweikardt C. (2008). *Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. München: Meidenbauer.

Schwerdt, R. (2012). Advanced Nursing Practice – Pflegeethische Implikationen anhand eines Fallbeispiels. In: Monteverde, S. (Hrsg.) *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern beruflicher Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 42–57.

Seidler, E.; Leven, K. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer (7. Auflage).

van Heijst, A. (2009). Professional loving care. In: Lindemann, H.; Verkerk, M.; Urban Walker, M. (Hrsg.) *Naturalized bioethics. Toward responsible knowing and practice*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 199–217.

Warren, V. (1989). Feminist directions in medical ethics. *Hypatia* (4) 2, 73–87.

Watson, J.; Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing* (37) 5, 452–461.