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: "Joo, die bruuchts au" : Erinnerungen und Entgegnungen

Autor: Bischoff, Alexander

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-893878

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: 13.12.2025

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

«Joo, die bruuchts au» Erinnerungen und Entgegnungen

Alexander Bischoff*

Es war einmal. Es war einmal an einer Gemeindeveranstaltung, man lernt sich kennen, stellt sich vor, versucht ins Gespräch zu kommen. Häufig tut man das, in dem man sich fragt, was man so tut, oder arbeitet. Eine Frau mittleren Alters fragte mich das. Ich antwortete, ich sei Krankenpfleger. Erschrocken blickte die Frau mich an, sie rang nach Worten, ihre Gesichtszüge zerfielen, der Blick schlug um in teilnahmsvolles Mitleid und sie sagte mit schwerer Stimme: *Joo, die bruuchts au!* Ja, die braucht es auch.

Ich bin leider nicht immer schlagfertig. Und da ich mir in diesem Moment wie ein Regenwurm vorkam, ein bisschen widerlich, im Erdbereich ackernd (*«ja, die brauchts auch»*), fehlten mir die Worte, um schnell antworten zu können. Was hätte man sagen können? Argumentieren, dass man kein Unterhund sein muss, wenn man Pfleger, Krankenschwester, Pflegefachperson ist? Sie nach ihrem Bild über Pflege fragen? Ihr eine Impactstudie vorlegen mit schönen deutschen und englischen Worten? Zum Beispiel eine *Advanced Nursing Practice* Studie, die zeigt, dass Betreuung und Behandlung von Patienten durch Pflegende genauso gut, und im Bereich der Kommunikation sogar noch besser sein kann als diejenige der Ärzte?

Auf argumentativer Ebene klappt das wohl nicht. Der Frau hätte man kein neues Bild von Pflege vermitteln können. Was könnte man ihr entgegnen? Was sollten wir können? Was sollen wir tun, damit wir nicht in diesen Abklatsch passen: *Jo, die bruuchts halt au?* Dieses Klischee (das heisst übrigens Abklatsch) kann nicht mit Worten behandelt werden, nur mit Taten. Ich schlage vier Entgegnungen vor; die letzte ist ein Bild aus der romanischen Kunst.

Erste Entgegnung

Als Pflegende müssten wir zeigen, dass unser Beruf in einem grossen Zusammenhang steht. Die Pflege ist der Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung, da sie die grösste Berufsgruppe stellt und darüber hinaus noch am direktesten am Geschehen dran ist: bei den Patienten, am Bett, zu Hause, während der Untersuchung, am Anfang, während und am Ende ihres Lebens.

Das ist leichter gesagt als getan. Es stimmt nämlich schon, dass wir gerne uns wie der Regenwurm in unser Erdreich hineinbohren und dort heroisch, aber unsichtbar dienen und uns abrackern. Es ist ja oft auch leichter, sich mit dem kleinen überblickbaren Horizont abzugeben. Ich habe das am eigenen Leib erlebt. Ich lernte in den 1970er-Jahren Krankenpflege, um in der «Dritten Welt» (wie man damals noch sagte) arbeiten zu können. Mit meiner Familie lebte ich sieben Jahre in Angola, im südlichen Afrika. Angola ist ein wunderschönes, aber kriegsversehrtes Land. Während Jahrhunderten eine portugiesische Kolonie, wurde es fast 40 Jahre in einen Unabhängigkeits-, dann Kalten, und schliesslich Bürgerkrieg verwickelt. Ich arbeitete zuerst als ‹*Camarada*›, d.h. als Genosse – das war der Marxismus-Leninismus der Achtzigerjahre in Angola – später als kirchlicher Mitarbeiter im Gesundheitsbereich.

Als der Bürgerkrieg ausbrach und auch die Hauptstadt Luanda erfasste, mussten wir fliehen. Ich fand mich in der Schweiz wieder, und wusste nicht, was ich hier sollte, ausser dass ich gleich meine *Midlife-crisis* vorwegnehmen konnte. Mein grosses Glück war, dass ich Gelegenheit bekam, in England einen *Master in Community Health* zu absolvieren. Liverpool war ein Glücksfall. Ich war wie ein vertrockneter Schwamm, und begierig, alles Interessante aufzusaugen. Der Horizont ging auf, und ich hatte eine Lernerfahrung nach der anderen. Da arbeiteten, dachten, rauchten Köpfe aus aller Welt, Pflegende, Anthropologen, Soziologen, Ärzte, Pharmakologen, Healthcare managers, aus einigen wenigen europäischen Ländern und aus Ghana, Tansania, Kongo, Costa Rica, Afghanistan, Pakistan, Philippinen, usw. Eine der Entdeckungen war, dass kirchliche Gesundheitsdienste die Tendenz

* Haute école de santé Fribourg, Route des Cliniques 15, 1700 Fribourg.

E-mail: *alexander.bischoff@hefr.ch*
www.heds-fr.ch

Alexander Bischoff, Master in Community Health, University of Liverpool, PhD in Epidemiologie an der Universität Basel. Nach Jahren in der Entwicklungsarbeit als Krankenpfleger in Angola «infirmier spécialiste clinique» in Genf (Département de médecine communautaire, Hôpitaux universitaires de Genève), später wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter am Institut für Pflegewissenschaft in Basel, jetzt Dekan für angewandte Forschung und Entwicklung an der Fachhochschule für Gesundheit in Freiburg. Kurze Auslandeinsätze in Ruanda, Sansibar, Guinea-Bissau, Angola, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Belarus, Tansania, Kamerun, Südafrika, Togo und Tadschikistan. Forschungsinteressen: Migrant health, health care interpreting, PHC (primary health care), global health.

haben, einfach tüchtig vor sich hin zu dienen, und sich wenig um die grossen Zusammenhänge kümmern. Ich fühlte mich ertappt. Dabei bestreiten FBO – *Faith-based organisations* – in Afrika zwischen 30 bis 70 Prozent der Gesundheitsversorgung[1].

Genau so sieht es in der Pflege aus: Sie stellt in praktisch jedem Gesundheitssystem der Welt den grössten Anteil an Berufstätigen[2]. Als solcher Grundpfeiler ist sie nicht nur gut fürs Wohlbefinden, sondern fürs Überleben. Im Spital sterben weniger Patienten, wenn mehr gut ausgebildete Pflegende vorhanden sind. Was nach übertriebener Zuspitzung aussieht, lässt sich in jüngst erschienenen Studien von Silber *et al* 2016[3] und Griffith *et al* 2016[4] nachlesen.

Zweite Entgegnung

Die bruuchts au (ich suche ja immer noch nach Entgegnungen auf dieses herablassende Mitleid): Unser Name, unsere Berufsbezeichnung ist kein Hit. *What's in a name?* Das fragt schon Julia den Romeo bei William Shakespeare. Was ist in einem Namen? Unser beruflicher Name klingt nicht sehr attraktiv. In meiner Ausbildung zu «Allgemeiner Krankenpflege» am Claraspital in Basel wurde ich noch hie und da als *Wärter* bezeichnet. Ich dachte dann immer an den Basler Zolli (auch wenn es nie negativ gemeint war). *Pfleger:* Ja, das ging gerade noch. Aber es war nicht das Pendant zu Pflegerin. *Krankenschwester* ist ebenfalls archaisch. Das *Schwester*-Sein gefällt mir zwar, aber eher vom christlichen Kontext her, der mir lieb ist. Der *Krankenbruder* wäre zwar schön, aber vielleicht doch zu romantisch-naiv.

Nicht besser klingt es im Französischen: *infirmier, infirmière. Infirme* heisst schwach, unfest, unstark, handikapiert. Kein Wunder, dass da in «*Joo, die bruuchts au*» leicht angewiderte Betroffenheit zu hören ist. Ich muss hier einen kleinen Exkurs einflechten, und zwar über die gewagten Erklärungen eines Wissenschaftlers aus Fribourg: *Infirmier* käme vom *Infernum*, der Hölle, in welcher sich die *Infirmiers* und *Infirmières* aufhalten, also der Unterwelt von Krankheit und Unglück, von Dreck, Kot und Elend, um sich so den Himmel zu verdienen. Ich überlasse es der geneigten Leserschaft zu beurteilen, ob das eine sinnvolle etymologische Erklärung ist.

Mit *Nurse* habe ich auch meine liebe Mühe. *To nurse* heisst zuerst ernähren; es kommt aus dem Lateinischen *nutrire* und bedeutet zuerst ernähren, dann stillen und erst in dritter Linie pflegen. Man wird verstehen, dass ich mich als Mann nicht so leicht mit dieser Bezeichnung identifizieren kann. *Health professional* ist gut, aber nur sehr umständlich auf Deutsch übersetzbar. So liest man dann etwa «der oder die im Gesundheitsbereich Berufstätige». Wie steht es mit *health care provider*? Dieser Begriff hat den Vorteil, dass *Care* drin ist, die Pflege, die Sorge für jemand, die Wertschätzung *(I care for you)*. Hier sind auch die Ärzte drin, und es sind nicht die Pflegenden, die in der Ärzteschaft unterkommen müssen. *Pflegefachleute, Pflegefachperson, Pflegefachfrau, Pflegefachmann:* Das ist, bis zur nächsten Erleuchtung (für eine kurze griffige Bezeichnung), die beste Bezeichnung und eine zweite Entgegnung auf «*die bruuchts au*».

Dritte Entgegnung

Pflegefachleute sollten ein bisschen Epidemiologie kennen. Das Wort ist zwar schwierig auszusprechen, sollte aber in aller Munde sein. Es hat nichts mit Insekten und Käfern zu tun – Entomologie – wie ich am Tropeninstitut in Basel in jungen Jahren lernte. Epidemiologie kommt aus dem Griechischen: *Epi* heisst über, und *demos* Volk, Bevölkerung. Epidemie ist das, was über die Leute kommt. Epidemiologie demnach die Kunde über das Vorkommen von Krankheit und Gesundheit auf Bevölkerungsebene. Man könnte auch sagen: Soziologie der Krankheit. Man schaut also nicht nur auf die einzelne Person, sondern auf die Gemeinschaft, die Gesellschaft. Epidemiologisch leben wir in einer spannenden Zeit. Sie ist gekennzeichnet durch zwei epidemiologische Verschiebungen, die uns allgemein und uns als Pflegende direkt betreffen.

Die *eine* Verschiebung ist die von akuter Krankheit zu chronischer Krankheit. Erfolge in Public Health und hoch-technische medizinische Interventionen haben dazu beigetragen, dass die Bevölkerung länger lebt und häufiger während Jahren mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten zu leben hat. Ungesunder Lebensstil, Rauchen und Bewegungslosigkeit im Stadtleben sind Faktoren, die zu einem rapiden Anstieg von chronischen Krankheiten beitragen. Diese chronischen Krankheiten – Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Depression, Asthma, Krebs – haben alle anderen (vorab die akuten, übertrag-

1 Olivier, J., C. Tsimpo, R. Gemignani, M. Shojo, H. Coulombe, F. Dimmock, M. C. Nguyen, H. Hines, E. J. Mills, J. L. Dieleman, A. Haakenstad and Q. Wodon (2015). «Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction.» *Lancet* **386**(10005): 1765–1775.

2 Nyoni, J. (2006). «Strengthening Human Resources for Health: Evidence in the WHO African Region.» *African Health Monitor* **7**(1): 22–25, Rechel, B., C.-A. Dubois and M. McKee (2006). *The healthcare workforce in Europe.* Copenhagen, WHO-EURO.

3 Silber, J. H., P. R. Rosenbaum, M. D. McHugh and et al. (2016). «Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk.» *JAMA Surgery.*

4 Griffiths, P., J. Ball, T. Murrells, S. Jones and A. M. Rafferty (2016). «Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study.» *BMJ Open* **6**(2): e008751.

baren) überholt und zwar nicht nur in Industrieländern, sondern weltweit. Man spricht heute von einer richtiggehenden Pandemie chronischer Krankheiten. Spannend ist, dass die internationale Forschung zum Schluss kommt, die Pflegenden seien die Hauptakteure in der Bekämpfung der pandemischen chronischen Erkrankungen. Ich zitiere in den meisten Vorlesungen und Vorträgen irgendwann den folgenden Satz von Thomas Bodenheimer, einem Arzt und Gesundheitsforscher – er steht im allseits respektierten *British Medical Journal*, und es ist für mich angenehm, ohne Polemik, Überheblichkeit oder jener bei Pflegenden häufig defensiven Haltung zitieren zu können, was einem Gesundheitssystem eine gänzlich neue Orientierung gibt: *«Yet the healthcare literature and the experience of many efforts to improve chronic care indicate that nurses, not doctors, are the key to implementing the chronic care model in a patient centred care team»*[5].

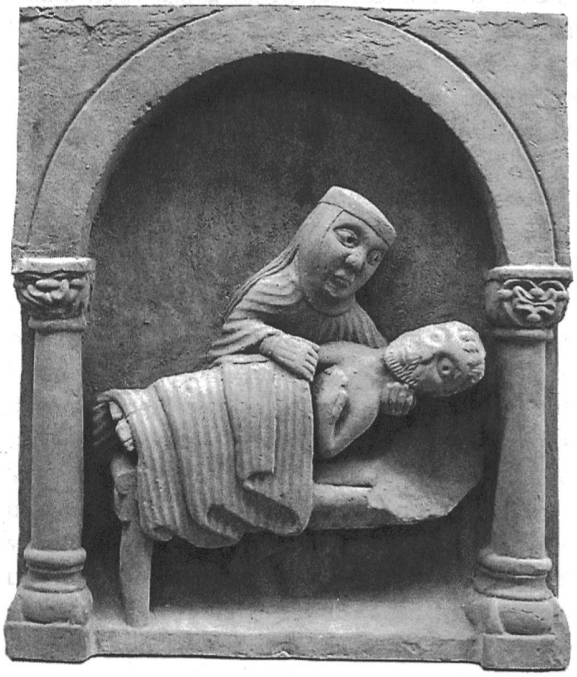
Die *zweite* epidemiologische Verschiebung ist die von einer homogenen Gesellschaft zu einer pluralistischen. Die Schweiz ist wie die meisten anderen europäischen Länder in den letzten dreissig, vierzig Jahren zu einem Einwanderungsland geworden. Fast ein Viertel der Schweizer Wohnbevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund. Viele von ihnen leben schon lange in der Schweiz. Und auch sie haben weniger die erwarteten akute Erkrankungen als vielmehr eine oder mehrere chronische Krankheiten, die viel Pflege, Behandlung, Beratung und Interaktion nach sich ziehen. Die Gesellschaft bewegt sich weg von einer Struktur relativer Homogenität hin zu einer pluralistischen, mobilen und von Migration geprägten Gesellschaft.

Unsere Spitäler (oft die grössten Arbeitsgeber in einem Kanton) bilden diese beiden epidemiologischen Verschiebungen schön ab. Sie sind in jedem Spital jeden Tag zu sehen. Unsere Spitäler sind zu einer vielfältigen Institution geworden, in der transkulturelle Kompetenzen gefragt sind die Fähigkeit zu vermitteln zwischen unterschiedlichen Gesundheitskonzepten, zwischen Lebensformen, Lebenswelten und Sprachen und die Fähigkeit, mit Dolmetscherinnen, interkulturellen Mediatoren und überhaupt ‚fremden' Berufsgattungen zusammenzuarbeiten. Das klingt alles aufwendig und anstrengend – und das ist es auch – doch macht *Diversité*, Verschiedenheit, Vielfalt unseren in Weiss gekleideten Alltag vielfarbig.

Das war mein dritter Punkt: ein Plädoyer für Epidemiologie und die Behauptung, dass eine doppelte epidemiologische Verschiebung unseren Berufsalltag und die Identität als Pflegefachleute prägt. Vielleicht hätte ich damals bei jener Begegnung mit meinem Master in *Community Health* und dem Doktorat in Epidemiologie angeben müssen. Aber womöglich hätte ich dann zu hören bekommen: *Braucht es das?*

Vierte Entgegnung

Ob ich jener Frau einen Ausschnitt aus der Gallusporte des Basler Münsters hätte zeigen sollen? In sechs sogenannten Tabernakeln links und rechts der Pforte sind die Werke der Barmherzigkeit dargestellt. Sie sind um den Eingang herum garniert, um zu zeigen: Der Weg zu einem solidarischen und erfüllten Leben führt genau hier hindurch. Kranke, Hungrige, Durstige, Fremde, Nackte, Gefangene: Mit ihnen hat unser Leben zu tun.



Auf einem der sechs Skulpturen ist eine Frau zu sehen, die eine kranke (spastische? bettlägerige?) Person besucht und betreut. Spitex! Das ist es, was sie tut. Spitalexterne Pflege, aufsuchende Pflege, Pflege in der Gemeinde. Ich sehe in der kleinen Figur ein wegweisendes Bild der Pflege. Und ich erinnere mich an Diskussionen, ob die Figur als Logo des Institutes für Pflegewissenschaft der heutigen Zeit angemessen sei oder völlig veraltet, unzeitgemäss, unwissenschaftlich, unattraktiv. Auch wurde kritisch von der Kommunikationsbeauftragten der Universität Basel bemerkt, ein einheitlicher Werbeauftritt der Uni sei so nicht möglich.

Ich frage mich selber auch: Entspricht das Bild einem modernen Konzept der Pflege? Ich selber finde eindeutig: Ja! Die Frau (es ist eine Frau!) betreut und

[5] Bodenheimer, T., K. MacGregor and N. Stothart (2005). «Nurses as leaders in chronic care.» *BMJ* **330**(7492): 612–613.

pflegt eine andere Person. Genauer: Sie geht zu ihr hin, besucht sie. Dieses soziale Handeln ist mit den anderen Darstellungen zusammen zu sehen, und bekommt dann einen umfassenden Sinn, dank seiner über-individuellen Perspektive, die über die einzelne Person hinausgeht, und darum eine soziale Komponente hat, die die Randständigen, Armen, Minderheiten, Obdachlosen, Ausgeschlossenen einbezieht und sich um sie kümmert. Die kleine Person am Basler Münster wäre für mich also ein Bild moderner Pflege, trotz seiner uralten christlichen Herkunft, ein Bild ethisch fundierter und gerechtigkeits-orientierter Berufskompetenz der Pflege, sowie ein Bild für *Spiritual Care*[6].

Ich möchte nicht die Idee aufkommen lassen, dass Nächstenliebe reicht, um pflegen zu können. *Primary Health Care* will gelernt sein! *Primary Health Care* will gewusst sein! Dank einer langjährigen Tradition der Pflegewissenschaft in anderen Ländern können wir in der modernen Pflege auf Evidenz zurückgreifen, um unsere Werke der Barmherzigkeit auf viel Wissen abzustützen.

6 Siehe dazu den folgenden Beitrag ab S. 63.

Zum Schluss

Braucht's die? *Joo, die bruuchts au!* Leute, denen ein solcher Satz entglitten ist, werden schätzungsweise eines Tages überglücklich sein, dass es uns gibt. Sie werden glücklich sein, dass wir sie professionell, menschlich, mit weitem Horizont (epidemiologisch) und kulturell-kompetent, pflegefachmännisch und pflegefachfraulich betreuen können.

Das wünsche ich mir bei Pflegefachleuten (ich schliesse mich ein): Erstens, den weiten Horizont, das Selbstbewusstsein, das daraus erwächst, und eine gesunde Frechheit, sich auf oberen Etagen einzumischen. *Médecins sans Frontières*, die wichtige humanitäre Organisation, nennt das *«le droit d'ingérence»*, das Recht sich einzumischen. Zweitens, die Stärke und selbstbewusste Identität, die aus einer Berufsbezeichnung entsteht – Pflegefachleute –; drittens die Lust an der kulturellen Vielfalt, und viertens die Antriebskraft eines sozialen und solidarischen Bewusstseins hinter all unserem Tun und Handeln. ■