

Neurol Rehabil 2008; 14 (1): 17–23

# Narrative Perspektiven der Pflege

M. Lachmann

*Ludwig-Maximilians-Universität München*

---

## Zusammenfassung

Die Ergebnisse narrativ-biographischer Interviews mit Pflegekräften werden hinsichtlich des implizierten Ethos und Berufsverständnisses dargestellt. Die drei Typen – Pflichtenethos, pragmatischer Utilitarismus und Verantwortungsethos – ordnen sich unterschiedlichem Berufsverständnis und moralischen Entwicklungsstufen zu. Narrativität stellt sich dabei als zentrale Größe eines professionellen Berufsverständnisses heraus, was in seinen Konsequenzen für Ausbildung und Berufsausübung bedacht wird.

**Schlüsselwörter:** Pflege, Ethos, Professionalität, Biographie, Narrativität

## Narrative perspectives of nursing

M. Lachmann

### Abstract

The article presents the results of narrative biographical interviews with nursing staff and reviews them according to the implicit ethos and individual comprehensions of the nursing profession. Three types of ethos are identified. They can be attributed to different comprehensions of the profession and to different stages of individual moral development. Narrativity is identified as a central factor of a professional comprehension of the nursing profession. The author explores the consequences of these findings for training and professional practice of nursing staff.

**Key words:** nursing, ethos, professionalism, biography, narrativity

© Hippocampus Verlag 2008

Steht Narrativität als Ausdruck von Menschlichkeit im Gegensatz zur Professionalisierungswelle der Krankenpflege? Als diese im Laufe der 90er Jahre schließlich auch in Deutschland Einzug hielt, war das eine Befürchtung vor allem im christlich-diakonischen Bereich, der als traditionelles Pflege-Dienstideal im 19. Jahrhundert die Nächstenliebe etabliert hatte. Dieses am Menschen und seiner Geschichte orientierte Berufsethos schien mit einer Professionalität, die vor allem sachlich-fachlich im medizinischen und ökonomischen Sinn verstanden wurde, schwer vereinbar zu sein. Dieser (An-)Frage geht u. a. eine empirisch-theologische Studie (die folgenden Ausführungen beziehen sich auf [6]) nach, die auf der Basis biographischer Interviews mit Pflegenden das zugrunde liegende Ethos und Berufsverständnis untersucht. Darin steht Narrativität sowohl als methodischer Weg der Studie im Mittelpunkt als auch als inhaltliche Anfrage an das zu erhebende Ethos und Berufsverständnis. In diesem Sinne sollen im vorliegenden Kontext »des Narrativen in der Neurorehabilitation« zunächst die empirischen Ergebnisse der Studie vorgestellt und in den ethischen wie professionstheoretischen Hintergrund eingeordnet werden, um daraus anschließend Konsequenzen für narrative Perspektiven des Pflegeberufs in Ausbildung und Durchführung zu ziehen.

## Ethos und Berufsverständnis

Im Rahmen einer deskriptiv-hermeneutischen Ethik (vgl. [3], bes. S. 7–13) wendet sich das Interesse der Studie dem Handlungsfeld der Krankenpflege zu. Dabei geht es nicht um die Frage, was sein soll, sondern die Frage nach dem, was ist, also die Frage danach, welche Ethik der Krankenpflege in der Praxis bewusst oder unbewusst zugrunde liegt. Als Methode wurde dazu das qualitative Forschungsinstrument biographischer Interviews (vgl. [7, 14, 18]) herangezogen, die auf dem Hintergrund wissenssoziologischer Voraussetzungen (vgl. [16]) interpretiert wurden. Der Fokus der Beobachtungen liegt darauf, welche ethischen Linien sich im Kontext der Biographie finden lassen. Methodisch bietet dieser biographische Zugang die Möglichkeit, nicht Theoriekonstrukte oder – wie in der quantitativen Forschung – standardisierte Antworten zum hoch besetzten Thema Ethik zu erhalten, sondern Einblick in die alltägliche Einbettung von ethischen Mustern und Themenkreisen zu bekommen und sie damit in ihrer je eigenen kontextuellen Logik zu verstehen.

Aus 20 geführten Interviews mit Pflegekräften in Akutkrankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft in Deutschland sollen hier drei Interviews exemplarisch vorgestellt

werden. Sie geben die Breite der Untersuchung wieder und bilden so eine Typologie im qualitativen Sinn.

#### Pflichtenethos und traditionelles Dienstideal

Im Interview mit Schwester Hilde (Namen, Daten und Orte sind anonymisiert), die als Krankenschwester in einem westdeutschen evangelischen Krankenhaus kurz vor dem Ruhestand steht, zeigt sich ein Pflichtenethos. Dieses steht in expliziter Verbindung mit einer streng protestantischen Sozialisation im väterlichen Pfarrhaus der 40er und 50er Jahre in der damaligen DDR sowie einer anschließenden Krankenpflegeausbildung in einem Diakonissenhaus. Das dort erlernte Handlungsmuster wird für das restliche Leben als richtungsweisend herausgestellt:

»Aber das sind die Dinge, die mir heute zugute kommen (I: Mhm.), weil ich sie gelernt habe und weil ich weiß, das gehört einfach mit dazu, also da, da mache ich nicht langes Gerede drum (I: Mhm.) (2) (I: Mhm.) und hinterfrage das, warum muss ich denn, sondern das mache ich und damit basta, da frage ich nicht lange.«  
(H8/10–9/27 i. A., zitiert wird aus den Interviews mit dem ersten Buchstaben des Vornamens, der Seitenzahl und der Zeilennummerierung. Sie sind im Archiv der Autorin einzusehen)

Das beschriebene Handeln wird als fragloser Pflichtengehorsam dargestellt. Es ist geprägt von dem Bedürfnis, alle Anforderungen zu erkennen und dann zu erfüllen. Dadurch erhält das Handlungsmuster eine hohe Beziehungs- und Situationsorientierung, da je nach Beziehung und Situation die Pflichten eruiert werden und Gehorsam gezollt wird. So ist gegenüber Hilfsbedürftigen die Pflicht durch das Kriterium der Mitmenschlichkeit geprägt, während gegenüber Ärzten die Ausführung von Anweisungen im Zentrum steht. Ein starkes Hierarchiegefälle ist insofern kennzeichnend für die Wahrnehmung von Beziehungen. Es drückt sich »nach oben« durch Autoritätsloyalität aus, der gegenüber das Bewusstsein der eigenen beruflichen Unterordnung steht.

»Aber ich bin kein Arzt, ich bin nur eine Krankenschwester – und: ich kann es oft selber nicht entscheiden, ist es jetzt dringend, dass der Doktor kommen soll, oder ist es nicht dringend [...]«  
(H21/20–22/1)

Diesem Verständnis als Ausführungsorgan ärztlicher Anweisungen korrespondiert auf der anderen Seite die Kennzeichnung der Patientenorientierung durch ein starkes Helfergefälle, das im Interview plastisch wird durch die kindliche Verstellung der Stimme, sobald ein hilfsbedürftiger Mensch zitiert wird. Diesem wird in teilweise entmündigender Weise »sehr viel Liebe« entgegengebracht, was umgekehrt durchaus kindliche Geborgenheit und Vertrauen hervorrufen kann.

Das Problem, auf das dieses Handlungsmuster der beziehungsorientierten Anforderungserfüllung reagiert, ist Schuld. Diese soll um jeden Preis vermieden werden. Lässt

sich das nicht realisieren – und sei es nur in der fälschlichen Meinung anderer –, dann ruft das eine geradezu existenzielle Krise hervor. Probleme werden diesem Deutungsmuster entsprechend auch immer durch individuelles schuldhaftes Verhalten begründet bzw. durch individuelle Lösungen behoben. Ein Blick für strukturelle Problemkontexte fehlt diesem Deutungsmuster folglich vollständig.

Mit diesem Handlungsmuster der Anforderungserfüllung findet sich eine alltagsweltliche Spiegelung der Kantschen Pflichtethik. Während *Kant* Autonomie trotz des Paradigmas der Pflichterfüllung als ethischen Ausgangspunkt setzt, indem die Pflicht erst durch die autonome Vernunft erkannt werden muss, fehlt in diesem Interview gerade diese Verbindung der Pflicht mit Autonomie und Vernunft. Pflicht ist hier das Vorgegebene, das durch Autoritäten wie gesellschaftliche Konventionen, aber auch durch situationspezifische Beziehungen, in jedem Fall grundsätzlich heteronom bestimmt ist.

Ordnet man dieses Ethos des tugendhaften Pflichtengehorsams den sechs Stufen moralischer Entwicklung bzw. drei Niveauebenen von *Lawrence Kohlberg* ([2], bes. S. 357) zu, dann ist seine Verbindung zum konventionellen Niveau offensichtlich, das sich hier in der dritten Stufe konkretisiert: Normen werden als gesellschaftlich vorgegeben und nicht weiter begründungswürdig akzeptiert; sie werden vor allem aufgrund der Erwartungen anderer und des darauf ausgerichteten »good boy/girl«-Bedürfnisses befolgt. Diese Beziehungen stehen im Vordergrund allen Handelns, das demnach nicht systemische Zusammenhänge, sondern lediglich individuelle Aspekte im Blick hat.

Das Pflichtenethos Schwester Hildes nähert sich so in dem Maß, in dem es sich von *Kants* Sinn des autonomen Pflichtverständnisses unterscheidet, einem Verhaltenskodex, wie er aus dem preußischen Pflichtverständnis bekannt ist. Dieses findet sich auch in den Normen, wie sie vom Protestantismus im 19. Jahrhundert für die tugendhafte, pflichtbewusste, dienende Krankenschwester entwickelt wurden, und weist insofern auch Züge einer (von *Kant* ja zutiefst abgelehnten) Tugendethik auf. Darüber hinaus ist im Kriterium der Mitmenschlichkeit sowohl das christliche Grundgebot der Nächstenliebe, wie es den Diakonissen als Grundlage ihres Dienstes zur Ehre Gottes aufgegeben war, als auch das aus der feministischen Ethik übernommene sog. Care-Prinzip (das Prinzip der Fürsorge) der neueren meist tugendethisch orientierten Entwürfe von Pflegeethik präsent (vgl. [4], im deutschen Kontext wird das Care-Paradigma in der Regel modifiziert aufgenommen und ergänzt [1, 22]).

Damit wird zugleich die Verbindung deutlich, die das Pflichtenethos (im Unterschied zu *Kants* Pflichtethik) mit dem traditionellen Bild der Krankenschwester eingeht, die dienend als Ausführungsorgan ärztlicher Anweisungen Nächstenliebe gegenüber den Patientinnen und Patienten übt und eigenständige Verantwortung umgeht, um Schuld zu vermeiden. Es handelt sich bei dieser Form um ein vorprofessionelles und teilweise auch vorberufliches Verständnis ([10], bes. S. 158ff.) der Arbeit als Krankenschwester.

## Pragmatischer Utilitarismus und medizinorientiertes Berufsverständnis

Das Handlungsmuster, das sich im Interview mit Pfleger Christian zeigt, ist gekennzeichnet durch eine pragmatische Strategie. Darin liegt eine Folge der biographischen Entwicklung des knapp 30-jährigen Pflegers aus den neuen Bundesländern. Er kam nach einer Lehre als Elektroniker über den Zivildienst im Krankenhaus zu seiner Zweitausbildung als Krankenpfleger und arbeitet noch heute in seinem Lehrkrankenhaus auf der chirurgischen Station. Dem Arbeitsalltag der Universitätsklinik angemessen scheint das Handlungsmuster, das ziel- und lösungsorientiert an der Tat interessiert ist. Analysen und Reflexionen nehmen dagegen wenig Raum ein. Probleme werden dementsprechend pragmatisch einer schnellen Lösung zugeführt. Wenn dies nicht möglich ist, dann werden sie entweder negiert oder vermieden, um nicht unnötige Energie zu verschwenden.

»[...] manchmal ist hier Heidenchaos, da wei-, weiß jeder nicht mehr so richtig, (I: Mhm.) wie es hier lang geht. Obwohl ich bin lieber eigentlich immer mehr so der, der Typ, dass man das lieber in Ruhe alles macht, weil es bringt ja nichts, wenn man hier noch zusätzlich dann Hektik in die ganze Sache bringt, (I: Mhm.) und: irgendwie, es muss immer gehen, sage ich mal so, und es geht auch [...]«  
(C78/21–45)

Kriterien des Handelns sind vorgegebene Fakten. Deshalb ist Wissen über diese Fakten und Fachkenntnis wesentlich und entscheidet im Zweifelsfall auch über Machtfragen, wie an folgendem Beispiel zu erkennen ist:

»Und – die Ärzte werden sich auch ihren Teil denken, wir denken uns sich –, wir denken uns unseren Teil, und naja, wir sagen dann auch immer, die haben studiert oder so, und, naja (I: Mhm.)«  
(C92/24–38)

Dem ärztlichen Fachwissen wird letztlich die entscheidende Kompetenz zugesprochen. Das eigene Handeln ist daran selbst weitestgehend orientiert, so dass sich ein wesentlich medizinorientiertes Berufsverständnis findet, wie es in den 60er Jahren angesichts der neuen technischen Chancen das alte Dienstideal in der Krankenpflege zunehmend verdrängte. Patientinnen und Patienten stehen zwar auch hier im Zentrum der Berufsorientierung, doch sind sie vor allem unter dem Blickwinkel von Krankheit und Heilung, weniger als Person relevant (vgl. zur notwendigen Differenzierung des Schlagwortes »Patientenorientierung« z. B. ([21], S. 132 ff.):

»Vom Pflegerischen, also, wie das, nennt sich ja Allgemein Chirurgie hier, also wir kriegen so ziemlich alles, wir kriegen Patienten hauptsächlich mit Bauch, die irgendwas (I: Mhm.) am Bauch haben, also Blinddarm, Galle, Darm, entweder Entzündung, oder auch mit Tumor (I: Mhm.), Tumorerkrankungen haben sich – vermehrt, (I: Mhm.) also, muss man sagen, was haben wir noch hier, Schilddrüse, (2) hach: – Schilddrüse, Krampfadern machen wir

noch, dann Lungenoperationen, (I: Mhm.) so was alles, und Gefäß machen wir mittlerweile auch [...]«  
(C77/10–17)

Das medizinorientierte Berufsverständnis, das sich hier auch in der Sprache deutlich niederschlägt, entspricht der lösungsorientierten pragmatischen Strategie, die auf Fakten und Taten ausgerichtet ist. Damit ist eine Konsequenz der pragmatischen Strategie, dass sie dort an Grenzen stößt, wo es nichts mehr zu tun gibt oder nicht alles zu schaffen ist. Diese Grenze findet sich im Angesicht des Todes, um den sich deshalb andere Professionen mit dem angemessenen Fachwissen kümmern sollen, sowie in der Konfrontation mit der begrenzten Zeit, welche – wenn sie mangelt – ein vollständiges Tun aller Aufgaben verhindert und – wenn sie vergeht – ein Behalten des notwendigen Fachwissens erschwert. Der Tod wird als Grenze akzeptiert, während Zeit(mangel) als ständige Herausforderung an die pragmatische Strategie gesehen wird, die deshalb auch als Reaktion auf die mangelnde Zeit als Grundproblem gesehen werden kann.

In dem vorliegenden Handlungsmuster findet sich eine alltagsweltliche Form des Utilitarismus, soweit es am Ziel orientiert und am formalen Prinzip des Nutzens ausgerichtet ist. Dieser bezieht sich hier auf die ›objektiven‹ Fakten und auf das Wohl der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Heilung. Mit dieser vernunftorientierten Faktenkonzentration und dem zweckbestimmten Handeln zeigt sich zudem eine Nähe zum Paradigma des Pragmatismus. Die differenzierten Formen von Pragmatismus und von Utilitarismus, der nicht nur den unmittelbar vor den Augen liegenden Nutzen im Blick hat, sondern ein Gesamtwohl, sind in diesem Modell eines alltagsweltlich geprägten pragmatischen Utilitarismus nicht zu finden.

In der Kohlbergschen Stufenordnung des moralischen Urteils findet sich dieses Ethos auch auf dem konventionellen Niveau, allerdings auf Stufe 4: Die – wie bei Schwester Hilde auf der dritten Stufe – als selbstverständlich hingenommenen Regeln werden hier anders, nämlich im Dienste der Gesellschaft, also eines Systems wahrgenommen. Dieses steht über den individuellen Beziehungen und muss durch das Handeln im Sinne der übernommenen sozialen Verpflichtungen gestützt werden.

## Verantwortungsethos und Professionalität

Der dritte Typ von Handlungsmuster wird im Interview mit Irina explizit. Sie wurde Anfang der 70er Jahre in Russland geboren und begann dort ein Medizinstudium. Mit ihrem russlanddeutschen Mann und der gemeinsamen Tochter reiste sie nach Westdeutschland aus, wo sie eine dreijährige Krankenpflegeausbildung absolvierte. Seitdem arbeitet sie in einem evangelischen Krankenhaus, zunächst auf der Onkologie, dann auf der Intensivstation. Das beschriebene Handeln erscheint als hochreflektiert und weist im Aufbau regelmäßig lehrbuchreife Entscheidungsabläufe auf. Kennzeichnend ist, dass das beschriebene Handeln stets explizit von einer doppelten Deutungsperspektive begleitet wird,

die einerseits von einem Leistungsaspekt, andererseits von einem Beziehungsaspekt bestimmt ist.

So wird auch das Berufsverständnis deutlich zwischen zwei Polen positioniert. Für die Intensivstation wird der Wert beschrieben, der auf die genaue Ausführung anspruchsvoller Tätigkeiten gelegt wird:

»[...] das ist doch bisschen hochkarätige ((lacht)) Arbeit, (I: Mhm.) man muss halt viel, viel nachdenken, viel überlegen, und das alles wird auf genau auch, die Medikamente gespritzt und ausgerechnet halt, stundenweise, und es wird alles genauer gemacht. (I: Mhm.)«  
(I51/1–52/14 i.A.)

Neben diesem Schwerpunkt auf Kenntnis und Können wird die Wichtigkeit von Beziehungen für das Berufsverständnis betont, die in gleichberechtigter Partnerschaft geführt werden:

»[...], ich mag halt mit den Leuten arbeiten, und die Arbeit macht mir schon Spaß, obwohl, es gibt halt verschiedene Leute, verschiedene Patienten, zu manchen hast du ja besondere – Nähe. Und: das waren auch viele onkologische, die sind alle (2) leider gestorben, auch ältere Leute, mit denen konnte man reden, und es gibt viele weise Leute, ja?, als Patienten, (I: Mhm.) [...] und das macht auch Spaß [...]«  
(I43/34–45)

Beide Komponenten, die Beziehungs- wie die Leistungsorientierung bestimmen also das Handlungsmuster. »Professionelles Handeln« zeichnet sich so insgesamt sowohl durch Wissen, Können und Erfahrung aus als auch durch das Kriterium der Menschlichkeit. Dieses ist allerdings in schwierigen Entscheidungssituationen ausschlaggebend, so dass es sogar zu einem Handeln gegen Vorschriften kommen kann. Das zeigt sich in der Erzählung von einem totkranken Patienten, der aufgrund eines sekundären Nierenversagens ein ärztliches Trinkverbot auferlegt bekam, jedoch gerade nach Orangensaft ein großes Bedürfnis hatte:

»Äh, warum soll ich eigentlich Nein sagen. Und wir, es haben alle gewusst, dass er stirbt, [...] und er ist, jede Nacht ist er zu mir gekommen und saß einfach auf dem Stuhl, wo er noch konnte, (2) ja, hat nicht viel gesagt, aber – er war froh, dass halt, dass er nicht allein war, ja?, und: ja, und jeden Tag hat er halt seinen, jede Nacht hat er seinen Orangensaft gekriegt [...]«  
(I57/25–30)

Das eigenständige Entscheiden entspricht dem Berufsverständnis, wie es sich im Zusammenspiel mit Ärztinnen und Ärzten äußert:

»[...] du bist eigentlich die Person, die als erste reagiert, wenn irgendwas nicht stimmt, [...] und, ja, du bist eigentlich die erste, die das merken muss, (2) (I: Mhm.) weil der Arzt ist halt da, aber er macht halt seine Visite oder, und du musst halt ihm das vermitteln. (I: Mhm.) Und diese Verantwortung, das tut auch gut, (I: Mhm.) (2) weil man weiß halt, man kriegt das Gefühl, du bist halt wichtig, (I: Mhm.) ja?, und genau von dir

hängt halt, nicht das Leben, sondern die Gesundheit ab, ja? (I: Mhm.) [...] und deswegen musst du halt schnell handeln, ja?, für den Patient auch, und auch, du musst ja auch zeigen, dass du halt ein gewisses Wissen hast, ja?, [...] Und deswegen sage ich, also, ist das für mich wichtig, auf der Intensiv, dass ich vollprofessionell werde, (I: Mhm.) dass ich die Gründe auch kenne [...]«  
(I60/21–61/16 i.A.)

Am Beispiel der Verantwortung wird die Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und pflegerischen Bereichen angesprochen, die einander gleichberechtigt ergänzen. Das korrespondiert mit der Einschätzung der eigenen beruflichen Fähigkeiten als professionell.

Auch im wissenschaftlichen Verständnis kann man das Berufsverständnis dieses Typs als professionell bezeichnen. Folgt man beispielsweise *Ulrich Oevermanns* Professionalitätsdefinition [8], dann findet sich hier sowohl die geforderte fachliche Qualifikation als auch die Fähigkeit des »hermeneutischen Fallverstehens«, das sich in der situationspezifischen Umsetzung des fachlichen Wissens ausdrückt.

Im vorliegenden Interview mit dem Handlungsmuster der reflektierten Professionalität, die den sachlich-fachlichen Aspekt mit dem beziehungsorientierten Aspekt verbindet und alles Handeln schließlich am Kriterium der »Menschlichkeit« ausrichtet, zeigt sich paradigmatisch eine Form des Verantwortungsethos. In aristotelischem Sinn findet eine gegenseitige Regulierung von Prinzipien und Tugenden auf der einen Seite und Situation sowie Handlungsziel auf der anderen Seite statt. In der Vermittlung dieser verschiedenen Pole spiegelt sich das ausgebildete Verantwortungsbewusstsein, das das vorliegende Handlungsmuster in den Umkreis der sogenannten Verantwortungsethik rechnen lässt (vgl. für die Pflegeethik [20]).

Damit ist es auf dem postkonventionellen Niveau der Stufen moralischer Entwicklung bei *Kohlberg* anzusiedeln. Das bedeutet, »dass gesellschaftliche Normen als begründungsbedürftig angesehen werden. Sie gelten dann nur, wenn alle Individuen ihnen zustimmen und sie als verallgemeinerbare Prinzipien – etwa im Sinne von *Kants* kategorischem Imperativ – anzusehen sind« ([19], S. 114). Diese fünfte Stufe moralischen Urteils zeichnet sich also durch einen Perspektivenwechsel zwischen verschiedenen moralischen Ansichten und personspezifischen Situationen aus, die erst in der Folge zu gesellschaftlich notwendigen Sozialverträgen über zu befolgende Normen führen. Ihr ist somit eine situations- und verantwortungsethische Komponente im Sinne des »hermeneutischen Fallverstehens« zu Eigen.

## Die Bedeutung des Narrativen

Als Ergebnis der empirischen Studie lässt sich auf methodischer Ebene festhalten, dass die narrative Form des biographischen Interviews differenzierte und tiefe Einblicke in den Zusammenhang von Biographie und Handlungsmustern der Interviewten gibt. Damit sind nicht nur Informa-

tionen zu (unbewussten) theoretischen Hintergründen von Ethos und Berufsverständnis gewonnen, sondern deutlich wird auch die Möglichkeit eines kontextuellen Verständnisses für die Person und ihre Eigenheiten, das weit über die empirische Wissenschaft hinaus von Bedeutung für zwischenmenschliche Zusammenhänge ist.

All dies gibt insofern auch Aufschluss über die Ergebnisse inhaltlicher Art, die im Folgenden in Beziehung zur vorliegenden narrativen Gesamtperspektive gesetzt werden sollen. So ist nach der Rolle der Narrativität zu fragen, die die drei herausgearbeiteten Typen in ihrem jeweiligen Zusammenhang von Ethos und Berufsverständnis aufweisen.

Für den Typ des tugendhaften Pflichtenethos gilt, dass er durch intensive individuelle Zuwendung die jeweilige Pflicht in der Erforschung des anderen und seiner Anforderungen zu erspüren sucht. Narrativität hat in diesem Ethos, das preußisches Pflichtbewusstsein mit dem christlichen Dienstideal für die Krankenpflege des 19. Jahrhunderts vereint, eine zentrale Funktion, um im individuellen Zusammenhang unmittelbare Pflichten als Konkretionen von Nächstenliebe und Gehorsam zu erkennen. Diese Funktion der Narrativität steht insofern in engem Zusammenhang mit der dritten Stufe moralischer Entwicklung auf konventionellem Niveau, die sich an den Erwartungen anderer orientiert, sowie einem vorberuflichen oder mindestens vorprofessionellen unselbstständigen Berufsverständnis.

Dagegen kommt der pragmatische Typ, der sein Handeln an Fakten und Nutzen ausrichtet, weitgehend ohne narrative Kompetenzen aus. Da er von festen Regeln und Anforderungen ausgeht, die nicht von individuellen Beziehungen abhängen, muss er diese auch nicht durch zeitaufwendige Erzählungen bestimmen, die indes lediglich von dem möglichst schnell zu erreichenden Ziel abhalten – ein Ergebnis, das sich übrigens auch in der kargen, wenig narrativen Form des Interviews selbst spiegelt. Diese Form von »Narrativität« bzw. ihr weitgehendes Fehlen steht in Zusammenhang mit der vierten Stufe moralischen Urteils auf ebenfalls konventionellem Niveau, das allerdings nicht an Beziehungen, sondern an festen, durch ein System vorgegebenen Normen ausgerichtet ist. Darüber hinaus ist es Ausdruck eines medizinorientierten Verständnisses des Pflegeberufs, wie es in einer ersten Professionalisierungswelle seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts geprägt wurde: In der Freude über neu entdeckte technische und fachliche Möglichkeiten wurde auch der Pflegeberuf auf diese zugespitzt und Professionalität in der Konzentration darauf bestimmt, was – nicht zuletzt aus Zeitgründen – oft zu Lasten von individueller, menschlicher Zuwendung und damit Narrativität ging.

Eine große Rolle spielt dagegen die Narrativität wieder im dritten Typ, der ein situationsorientiertes Verantwortungsethos repräsentiert. Die darin konkretisierte fünfte Stufe moralischer Entwicklung auf postkonventionellem Niveau nimmt Normen nicht als vorgegebene Größe unhinterfragt hin – sei es durch die Erwartungen anderer oder gesellschaftlich festgelegt –, sondern muss sie im Dialog der verschiedenen Perspektiven miteinander und

mit übergeordneten Prinzipien allererst bestimmen. Damit ist diese Ethos-Form auf Narrativität in allen Handlungs- und Personbezügen angewiesen, um die Situation und das jeweils erforderliche Handeln möglichst genau erfassen zu können. So entspricht dieser Typ der Narrativität einem professionellen Verständnis des Pflegeberufs, wie es heute gefordert wird. Für die aktuelle Professionalisierungsdebatte ist ein wichtiges Kennzeichen, dass gerade auf die selbstständigen Beurteilungs- und Entscheidungskompetenzen besonderer Wert gelegt wird, die sich u. a. auf der postkonventionellen Stufe moralischer Entwicklung abbilden (vgl. [8]). Dabei bezieht sich die pflegewissenschaftliche Diskussion vor allem auf die (struktur-)funktionalistische und interaktionistische Professionstheorie im Anschluss an *Ulrich Oevermann*. Er bestimmt, wie bereits gesagt, als die Prinzipien professionellen Handelns zum einen ganz klassisch die wissenschaftliche Kompetenz des Verständnisses von Theorien und Konstruktionsverfahren, zum anderen die hermeneutische Kompetenz des Fallverstehens in der Sprache des Falles selbst und eben nicht im Sinne deduktiver Theorieanwendung. Darin sind in gewisser Weise sowohl die menschlichen Kompetenzen des vorberuflichen Dienstideals als auch die fachlichen Kompetenzen eines medizinorientierten Verständnisses des Pflegeberufs in einer ersten Professionalisierungswelle der 50er/60er Jahre aufgenommen und in Abgrenzung von ihren jeweiligen fatalen Einseitigkeiten zueinander in eine fruchtbare Beziehung gesetzt: Der fachliche Aspekt kann – anders als im Professionalitätsverständnis der 50er Jahre – ohne hermeneutisches Fallverstehens nicht als professionell verstanden werden, weswegen dieses Paradigma des Oevermannschen Professionsbegriffs in aktuellen pflegewissenschaftlichen Professionstheorien (vgl. z. B. [23]) als zentraler Aspekt professionellen Handelns aufgenommen ist.

Die pflegewissenschaftlichen Aspekte der Professionstheorie werden z. B. von *Ruth Schwerdt* in ihrer »Ethik für die Altenpflege« wiederum in Zusammenhang mit ethischen Überlegungen gestellt. Sie bestimmt als Voraussetzungen für eine professionelle Altenpflege zwei Dimensionen, zum einen »berufsspezifische [...] Fachkenntnisse sowie pflegepraktische (methodische) Fertigkeiten und Techniken« ([20], S. 300) und zum anderen »die personale Dimension der Pflegebeziehung«, welche gegenüber der ersten Dimension »den Maßstab für – eben nicht quantifizierbare – »Pflegequalität«« ([20], S. 302) bildet. Diese personale Dimension der Pflegebeziehung als wesentliche Dimension des professionellen Handelns bildet dann auch den Kern des pflegeethischen Entwurfs *Schwerdts*.

Einen ähnlichen Konnex zwischen ethischen und professionstheoretischen Pflege-theorien bildet *Christa Olbrich* in ihren Ausführungen zur »Pflegekompetenz« [9], indem sie vier Stufen der Pflegekompetenz aus deutlich ethischer Perspektive entwickelt: das regelgeleitete, das situativ-beurteilende, das reflektierte und schließlich das aktiv-ethische Handeln. Analog zu *Kohlbergs* Entwicklungsstufen entspricht die postkonventionelle erst der zweiten oder gar

dritten bis vierten Kompetenzstufe, ist also auch hier eindeutig einer größeren Professionalität zugeordnet.

Mit dieser Einordnung der empirischen Ergebnisse in die ethische wie professionstheoretische Theoriedebatte ist deutlich, dass ein situationsorientiertes Verantwortungsethos – im Gegensatz zu einem pflichtenorientierten Dienstideal und einem pragmatischen, medizin-orientierten Berufsverständnis – sowohl eine hohe Stufe moralischer Entwicklung als auch ein modernes Verständnis professioneller Pflege repräsentiert. Dabei ist für den ethischen wie für den professionellen Aspekt die narrative Kompetenz von entscheidender Bedeutung. Denn für situationsorientiertes, verantwortungsbewusstes genauso wie für professionelles Handeln ist es unabdingbar, das Handeln nicht nach vorgesetzten Normen und Regeln auszurichten, sondern auch den »Fall« aus verschiedenen Perspektiven heraus zu verstehen. Das geschieht auf narrativem Weg in der Fähigkeit, sich mit Hilfe ihrer Erzählungen in die Situation der verschiedenen Beteiligten hineinzusetzen und die so gewonnenen Perspektiven anschließend in einer übergeordneten Entscheidung zusammen zu bringen.

Damit ist deutlich, dass das Narrative für die Pflege im Sinne des »hermeneutischen Fallverstehens« eine unabdingbare Voraussetzung für ethische wie professionelle Reife darstellt.

### Praktische Konsequenzen

Das erhobene Ergebnis der narrativ-biographischen Studie, das die große Relevanz von narrativer Kompetenz für Ethos und Professionalität des Pflegeberufs erweist, hat zur Konsequenz, dass dieser Aspekt sowohl in Ausbildung als auch Ausübung des Krankenpflegeberufs zu berücksichtigen ist.

#### Krankenpflege-Ausbildung

Für eine fundierte pflegerische und speziell pflegeethische Ausbildung reicht es nicht, lediglich Wissen zu vermitteln sowie Regeln und Wertorientierungen zu lehren. Das bleibt zwar selbstverständlich wesentlicher Bestandteil der Ausbildung. Doch ist es darüber hinaus unerlässlich, zur Entwicklung eines »hermeneutischen Fallverstehens«, das nach *Oevermann* Professionalität grundlegend bestimmt, Selbstreflexivität zu fördern, die sich im Sinne der biographischen Interviews als biographisches Bewusstsein gestaltet. Über die Reflexion der eigenen Biographie wird der individuelle Deutungshintergrund, der pflegeethische Grundkategorien wie z. B. die Patientenorientierung prägt, deutlich und bewusst. Durch diese Bewusstwerdung, Relativierung und Kontextualisierung eigener Werte und Wertinterpretationen werden die personale sowie die sozial-kommunikative Kompetenz gebildet und gestärkt, die als Schlüsselqualifikationen pflegerischer Professionalität gelten können ([12], S. 22 und [9], S. 145f.). Entsteht ein Bewusstsein für die eigene Biographie und damit für persönliche Entwicklungen, Stärken und Schwächen, so kann

auch die Anerkennung fremder Biographien und somit Toleranz und Offenheit entstehen, da die Wahrnehmungsfähigkeit ein vertieftes Einfühlungsvermögen und gleichzeitig Distanzierungsmöglichkeiten gegenüber der Biographie des Anderen eröffnet. Das betrifft sowohl die Beziehung zu Kolleginnen und Kollegen als auch die Beziehung zu Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen. Durch biographische Rekonstruktionsarbeit wird ein kompetenter Umgang mit eigenen und fremden Gefühlen möglich, was *Marianne Rabe* als »professionelle Grundhaltung im Umgang mit Hilfsbedürftigen« ([12], S. 23) bezeichnet.

Ansätze für eine persönlichkeitsfördernde Komponente neben Wissensvermittlung in der Ausbildung finden sich z. B. bei *Hildegard Peplau*, die die »Aufgabe der Pflege und Pflegeausbildung [...] in einer die Reife fördernden Persönlichkeit« ([11], S. 16) sieht und deshalb Supervision und Selbsterfahrung für die Ausbildungscurricula fordert. *Renate Stemmer* ([21], bes. S. 132ff.) kommt aufgrund ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass ethische Konfliktsituationen oft nicht durch rationale Wissensentscheidungen lösbar sind, sondern auf der Basis des »Nicht-Wissens« und der bleibenden Fremdheit des Anderen neben Wissen und Handlungskompetenz skeptisches Denken und fallbezogene Urteilskraft erfordern. Als Konsequenz für die Ausbildung sieht sie deshalb fallbezogenes Arbeiten statt des sturen Erlernens von Regeln, womit eine Hinwendung zum urteilenden Subjekt und seiner Identitätsentwicklung im Zentrum steht (vgl. dazu auch [5]). *Christa Olbrich* [9] kommt zu einem ähnlichen Vorschlag, wenn sie »narratives Lernen« für Gesprächsgruppen anregt, das im Erzählen und Besprechen von Erfahrungen die persönliche Identitätsentwicklung und damit ethisch-aktives Handeln fördert. Sowohl diese Methode des narrativen Lernens und die Besprechung von Fallanalysen als auch die Selbsterfahrung und Supervision enthalten Elemente biographischer Reflexion, die ein ethisches Bewusstsein zusammen mit personaler und sozial-kommunikativer Kompetenz fördern. Damit ist ein Lernen in und aus der Praxis möglich, das zwar an die herkömmliche Wissensvermittlung anknüpfen muss, aber gleichzeitig an und mit der Persönlichkeit arbeitet.

#### Narrativität im Krankenpflege-Beruf

Wie aus den Interviewergebnissen ersichtlich, ist die narrative Perspektive für die professionelle Ausübung des Pflegeberufs im Sinne des hermeneutischen Fallverstehens von zentraler Bedeutung. Um das fachliche Wissen sinnvoll anwenden zu können, ist es unerlässlich, den besonderen Fall, die besondere Situation, d. h. also den konkreten Menschen zu verstehen. Das wird im Kontext von menschlichen Beziehungen nur über Kommunikation zu erreichen sein, genauer gesagt über Informationen in narrativer Form einer vom Handeln betroffenen Person.

Dazu bieten sich sowohl Anamnesegespräche an, die über die oft ja bereits zur Erzählung anreizenden Fragebögen hinaus zu diesem Erzählen Raum geben und damit den Kontext der betroffenen Patientin kennen lernen lassen,

als auch Gespräche »zwischen Tür und Angel«, die in ihrer Bedeutung aufgrund ihrer Niederschwelligkeit kaum zu überschätzen sind. Ein pragmatisches Ziel kann dabei sein, den Pflegeprozess präzisieren und auf den Patienten abstimmen zu können. Doch auch das scheinbar zweckfreie Erzählen fördert zum einen die Beziehung zwischen Patientin und Pflegepersonal, zum anderen den Pflegeprozess insofern, als das Erzählen immer der (ganzheitlichen) Genesung dient. Dem mit der DRG-Diskussion immer stärker auf konkrete Nutzen und Strategien geschulten Pflegepersonal ist mit Nachdruck ans Herz zu legen, dass das aktive Zuhören sowohl große Kräfte fordert als auch von großer Genesungsrelevanz ist, gleichwohl der Erfolg nicht unmittelbar abprüfbar und entsprechend auch nicht mit konkreten Handlungsrezepten zu bewältigen ist (eine Orientierungshilfe, die jedoch im konkreten Fall individuell umgesetzt werden muss, sind z. B. die Kommunikationstheorie *Schulz von Thuns* oder die Gesprächsvariablen von *Carl R. Rogers* [13, 17]). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es zum einen darum geht, Ressourcen zu erheben, zum anderen darum, Verzweiflung und Ausweglosigkeit auszuhalten und in Worte fassbar zu machen. Dabei ist immer der systemische Aspekt jeden Handelns und damit auch jeder Kommunikation im Krankenhaus zu berücksichtigen, d. h. in der narrativen Kommunikation mit einem Patienten sind sowohl die Angehörigen als auch die anderen Mitarbeiter und Professionen der Klinik im Blick zu behalten. Das betrifft das Gespräch selbst in seinen Inhalten, aber auch seine Grenzen, die von anderen Personen und Professionen aufgefangen werden können bzw. umgekehrt gerade ihnen gegenüber wegen der Intimität mancher Narrationen gezogen werden müssen.

In der Ausübung des Pflegeberufs müssen die erlernten narrativen Kompetenzen nicht nur angewandt, sondern auch von verschiedenen Seiten unterstützt werden. So ist z. B. eine Krankenhausleitung notwendig, die im Sinne eines personenzentrierten Managements (vgl. [15]) Professionalität durch autonome Handlungsspielräume sowie durch Institutionalisierung partnerschaftlicher Kooperationsmöglichkeiten fördert und fordert. Ebenso ist eine kontinuierliche Begleitung des beruflichen Handelns angebracht, in der narrative Bewältigungsmöglichkeiten eröffnet werden, wie z. B. in Einzel- oder Gruppen-Supervision.

Mit diesen mannigfaltigen narrativen Perspektiven des Pflegeberufs, die zu weiterer, fallspezifischer Kreativität herausfordern mögen, sollte etwas konkreter geworden sein, dass Narrativität einem professionellen Verständnis des Pflegeberufs unbedingt zu Eigen ist. Als Ausdruck des sozialen Aspekts, der im Sinne des hermeneutischen Fallverstehens den fachlich-sachlichen Professionsaspekt situationsspezifisch umzusetzen versteht, ist sie aus einem aktuellen Professionsverständnis nicht wegzudenken, das über die medizinerorientierte Bestimmung von Pflege in den 50er/60er Jahren deutlich hinausgeht. Damit dürfte auch die Anfrage an Professionalität aus Angst um Menschlichkeit entkräftet sein.

## Literatur

1. Arndt M: Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Stuttgart 1996
2. Colby A, Kohlberg L: Das moralische Urteil. Der kognitionszentrierte entwicklungspsychologische Ansatz. In: Steiner G (Hrsg): Piaget und die Folgen. Entwicklungspsychologie, Denkpsychologie, genetische Psychologie, (Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VII), Zürich 1978, 348-366
3. Fischer J: Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie, Zürich 2002
4. Fry ST: The Role of Caring in a Theory of Nursing Ethics. In: Holmes HB, Purdy LM (eds): Feminist Perspectives in medical ethics, Bloomington/Indianapolis 1992, 93-106
5. Großklaus-Seidel M: Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegenden ihr Handeln reflektieren und begründen können, Stuttgart 2002
6. Lachmann M: Gelebtes Ethos in der Krankenpflege. Berufs- und Lebensgeschichten, Stuttgart 2005
7. Nassehi A: Die Deportation als biografisches Ereignis. Eine biografieanalytische Untersuchung. In: Weber G, Weber-Schlechter R, Sill O, Kneer G (Hrsg): Die Deportation der Siebenbürger Sachsen in die Sowjetunion 1945–1949, Bd. II, Köln/Weimar/Wien 1995, 5-412
8. Oevermann U: Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz. Einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrichtung berufsorientierter Studiengänge für Soziologen und Politologen, Frankfurt/Main 1978
9. Olbrich C: Pflegekompetenz, Bern 1999
10. Ostner I, Beck-Gernsheim E: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege, Frankfurt/Main 1979
11. Peplau H: Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptioneller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege, Basel 1995
12. Rabe M: Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge – Werte für die Krankenpflege, Berliner Medizinethische Schriften Bd. 37, Dortmund 2000
13. Rogers CR: Entwicklung der Persönlichkeit (On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy, 1961), Stuttgart 1973
14. Rosenthal G: Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen, Frankfurt/Main 1995
15. Schibilsky M: Ethik und Management. Paradigmen diakonischer Leitung. In: Schibilsky M, Zitt R (Hrsg): Theologie für die Diakonie, Gütersloh 2004, 263ff
16. Schröder N (Hrsg): Interpretative Sozialforschung. Auf dem Wege zu einer hermeneutischen Wissenssoziologie, Opladen 1994
17. Schulz von Thun F: Miteinander reden. Störungen und Klärungen, Bd. 1, Reinbek 1981
18. Schütze F: Biographieforschung und Narratives Interview Neue Praxis 1983; 13: 283-293
19. Schweitzer F: Lebensgeschichte und Religion. Religiöse Entwicklung und Erziehung im Kindes- und Jugendalter, 3. Aufl., Gütersloh 1994
20. Schwerdt R: Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber, Bern 1998
21. Stemmer R: Grenzkonflikte in der Pflege. Patientensorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten, Frankfurt/Main 2001
22. Van der Arend A, Gastmans C: Ethik für Pflegenden, Bern 1996
23. Weidner F: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt/Main 1995

## Interessenvermerk:

Die korrespondierende Autorin versichert, dass das Thema unabhängig und produktneutral präsentiert wurde. Verbindungen zu einer Firma, die ein genanntes Produkt bzw. ein Konkurrenzprodukt herstellt oder vertreibt, bestehen nicht.

## Korrespondenzadresse:

Dr. Mareike Lachmann  
Ev. theol. Fakultät  
Ludwig-Maximilians-Universität  
Schellingstr. 3/VG  
80799 München  
e-mail: mareike.lachmann@evtheol.uni-muenchen.de