

**Helen Kohlen und Christel Kumbruck:
Care-(Ethik) und das Ethos
fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)**

**artec-paper Nr. 151
Januar 2008**

ISSN 1613-4907

Die hier vorliegende Literaturstudie und Problemskizze von Christel Kumbruck ist im Zusammenhang des Projekts **"Die Bedeutung neuer Geschlechterverhältnisse für die neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – am Beispiel Pflege"** entstanden, das dankenswerterweise **durch die Hanns-Lilje-Stiftung Hannover** gefördert wurde.

Das genannte Projekt ist Teil des umfangreichen **Kooperationsvorhabens "Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel" des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD (SI) und des Forschungszentrums Nachhaltigkeit (artec) der Universität Bremen**, für das Dr. Jürgen Rinderspacher und Prof. Dr. Wegner (SI) sowie Privatdozentin Dr. Christel Kumbruck und Prof. Dr. Eva Senghaas-Knobloch (artec) verantwortlich zeichnen.



artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Enrique-Schmidt-Str. 7
Postfach 330 440
28334 Bremen
<http://www.artec.uni-bremen.de>

Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)

1	Einleitung	2
2	Bemerkungen zum Sprachgebrauch	2
3	Zur Herkunft einer Ethics of Care (Gilligan 1982)	3
4	Zur Rezeption der Care–Ethik-Debatte in der Pflegewissenschaft	5
4.1	Caring als feminines Konzept (Nel Noddings)	6
4.2	Caring - Konzepte der anglo-amerikanischen Pflegewissenschaft	8
4.2.1	Caring als universell tätige Sorge (Madeleine Leininger)	8
4.2.2	Caring als karitativ transzendentes Beziehungshandeln (Jean Watson)	8
4.2.3	Care als Grundlage einer Pflegeethik (Sara T. Fry)	11
4.2.4	Caring als Haltung und menschliche Eigenschaft (P. Benner und J. Wrubel)	11
4.3	Wandel von Compassion zu Caring ? Rezeption des Care-Konzeptes in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft (Silvia Käppeli)	14
5	Care als gesellschaftliche Praxis (J. Tronto und E. Conradi)	15
5.1	Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care (Joan Tronto)	15
5.2	Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit (Elisabeth Conradi)	18
5.3	Zusammenfassung im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede	21
6	Care und Ethos fürsorglicher Praxis	22
6.1	Hinweise auf Elemente eines Ethos fürsorglicher Praxis	22
6.2	Care in der Pflegepraxis in Deutschland	24
7	Literatur	26
	Angaben zu den Autorinnen:	27
	Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)	28

1 Einleitung

Diese Arbeit setzt sich mit den anglo-amerikanischen Care-Konzepten auseinander. Sie fällt in eine Zeit, in der die finanziellen Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen knapper werden. Im Diskurs in deutschen Ethikkommissionen (die es vermehrt in Krankenhäusern gibt) wird vorrangig mit dem Prinzip der Autonomie argumentiert. Eine explizite Care-(Ethik) Debatte ist zwar in der Pflegewissenschaft erfolgt, jedoch hat die Pflegewissenschaft andere Schwerpunkte gesetzt, insbesondere die der Professionalisierung von Pflege, und wird im Bezugsrahmen der Pflegepraxis in Deutschland nicht rezipiert. Im Rahmen des Projektes „Die Bedeutung neuer Geschlechterverhältnisse für die Neue sozio-kulturelle Definition des Ethos fürsorglicher Praxis - am Beispiel Pflege“ versprechen wir uns von einer Beschäftigung mit den anglo-amerikanischen Care-Ansätzen Hinweise auf wichtige Elemente des Ethos fürsorglicher Praxis. Diese werden identifiziert; des weiteren wird überprüft, ob und wie sie in der deutschen Pflegepraxis zur Kenntnis genommen werden.

Vor allem in den USA gab es in den 80er und 90er Jahre eine rege Care-Diskussion innerhalb der Pflegewissenschaft. Zunächst wurden entwicklungspsychologische (C. Gilligan) Studien und philosophisch-pädagogische Ansätze (N. Noddings) rezipiert und in pflegetheoretische Konzepte aufgenommen. Hierbei ging es mehr um Ethik denn um Ethos in der Praxis. Ein weiterer Diskussionsstrang wurde von Pflegewissenschaftlerinnen initiiert und befasst sich unmittelbar mit Elementen „guter Pflege“. Der Blick wurde parallel dazu auf Care als Element idealer gesellschaftlicher Praxis durch Politikwissenschaftlerinnen und Philosophinnen erweitert.

2 Bemerkungen zum Sprachgebrauch

In der deutschen Sprache existiert kein Begriff, der dem englischen care in der ganzen Spannweite entsprechen würde. Während „sorgen“ wesentliche Aspekte von „to care“ (einerseits emotional „sich sorgen um“, andererseits kompetent helfend handeln „sorgen für“) ausdrückt, assoziiert man mit dem Substantiv „Sorge“ oft bedrückende Gefühle (vgl. Arend, Gastman 1996).

In der deutschsprachigen Pflegefachliteratur wird Care u.a. mit pflegerischer Sorge (Stemmer 2003) und pflegekundiger Sorge (Schnepf 1996) gleichgesetzt.

Care, negativ konnotiert, hat die Bedeutung von Überwachung, Pflicht, Mühe und Last. Der Begriff wird häufig mit Abhängigkeit in Verbindung gebracht, hingegen Autonomie mit Freiheit. Wer möchte schon abhängig statt frei sein. Negative Assoziationen entstehen auch bei einer Gegenüberstellung von caring und curing. Die historisch und inhaltlich nachweisbare Aufspaltung zwischen männlich konnotierten Ideen des Heilens, begrifflich gefasst als Cure und weiblich konnotierten Ideen des Pflegens, begrifflich gefasst als Care, können auch als Hierarchieunterschiede aufgefasst werden: Wenn Cure eine direkte Beziehung zu Macht und Kontrolle in Verbindung mit hohem gesellschaftlichen Status und traditionell zumeist männlich definiertem Aufgabenspektrum zugeschrieben wird, so wird Care mit weiblichen Zügen von Abhängigkeit und Weisungsgebundenheit assoziiert.

Care, positiv konnotiert, meint Pflege, Obhut, Fürsorge, Betreuung, Achtsamkeit, Zuwendung, akzentuiert Vorsicht und Taktgefühl.

Sowohl die Sorge um andere als auch die Selbstsorge ist dabei im positiven Sinne impliziert.

Eine ausdrücklich christliche Dimension erhält Care im Begriff Caritas.

Selbst in der angelsächsischen Literatur findet sich keine einheitliche Verwendung der Begriffe, sondern ein breites Spektrum an Termini. Care oder Caring werden u.a. bezeichnet als „*value, virtue, attitude, ideal, behavior, skill and process*“.

„There is no consensus regarding the definitions of caring, the components of care, or the process of caring. Articles frequently appear repetitive without contributing further information, and different perspectives appear contradictory. Furthermore, in nursing, authors have not debated, commented on, or analysed these different meanings and perspectives associated with the term caring. From the literature it is difficult to discern the differences between the terms caring, care, and nursing care” (Morse 1990: 2).

Wortfeldanalysen der im Zusammenhang mit Caring verwendeten Begriffe zeigen, dass die Bedeutungen denjenigen der spätantiken Begriffe entsprechen. Hierzu gehörten u.a. „*presence, availability, advocacy, dependability, commitment*“ (Käppeli 2004).

3 Zur Herkunft einer Ethics of Care (Gilligan 1982)

Caring ist von seinem Ursprung her kein genuin pflegerisches Konzept. Es ist unklar, wer den Begriff der „*ethics of care*“ geprägt hat. Er erscheint bezeichnenderweise zuerst in den frühen sozialwissenschaftlichen Kritiken von **Carol Gilligan's** Studie „*In a different voice*“ (USA

1982).¹ Care ist in ihrem Sinne als ein Moralverständnis zu verstehen, das einen Rahmen für moralische Entscheidungen gibt.

Die amerikanische Entwicklungspsychologin betrachtet Care als eine umfassende Perspektive der Verbundenheit. Individuen sind nicht autonom, sondern in ihrem jeweiligen Netzwerk von Beziehungen zu betrachten („*network of care and dependence*“). Sie betont das **In-Beziehung-Stehen** als Kennzeichen menschlicher Existenz und fordert entsprechend eine Aufwertung der emotionalen und relationalen Dimension für ein Verständnis konkreter moralischer Konflikte. Gilligan stellt heraus, dass bei Entscheidungsprozessen vor allem spezifische Kontexte bedeutsam sind. Demnach gibt eine Care-Orientierung Gelegenheit sich den Partikularitäten eines Individuums zu widmen und die Beziehung als integralen Teil eines moralischen Urteils zu sehen. Gilligan ist überzeugt, dass das Ziel von caring nicht notwendigerweise eine gemeinsame Übereinstimmung (*agreement*) ist, sondern vielmehr ein geteiltes Verständnis (*shared understanding*).

Ihre Studien (basierend auf Interviews) haben nicht nur ein empirisches Fundament für eine theoretische Auseinandersetzung einer „*ethics of care*“ geliefert, sondern auch eine lebhaft Diskussion über das Verhältnis der postulierten Fürsorge- zu einer Gerechtigkeitsperspektive angestoßen.²

Entsprechend wurde in der ursprünglichen nordamerikanischen Diskussion zu Geschlechterfragen Anfang der 1980er Jahre vor allem ein **Differenzansatz** vertreten. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass ein biologisch determinierter Unterschied zwischen den Geschlechtern existiert. Infolgedessen werden den Geschlechtern typische Eigenschaften und Fähigkeiten zugewiesen. Zu den besonderen Eigenschaften von Frauen gehöre demzufolge ihre fürsorgliche Haltung den Menschen und der Welt gegenüber. So weist Carol Gilligan (1982) in ihrer empirischen Untersuchung einen Zusammenhang zwischen Fürsorge-Orientierung und weiblicher Geschlechtszugehörigkeit nach. Die These von den zwei Perspektiven moralischer Orientierung, einerseits Care (Fürsorge) und andererseits Justice (Gerechtigkeit), die mit den Geschlechtern korrelieren, verknüpft die Care-Perspektive mit moralischem Verhalten. Hiermit ist eine Dichotomie zwischen einer Ethik der Gerechtigkeit und einer Ethik der Fürsorge thematisiert.

¹ Möglicherweise ist Eva Kittey's Sammelband von vornehmlich philosophischen Aufsätzen aus dem Jahre 1987 die erste Publikation, die den Begriff „*Care-Ethics*“ ausdrücklich verwendet (Kittey, Meyers 1987: 4).

² Es kam zu der sogenannten „Gilligan-Kohlberg-Debatte: Das auf der Philosophie von Kant basierende Stufenschema von Piaget (1954) und Kohlberg (1981) wurde hinterfragt.

Carol Gilligan, die eine Ethics of Care als typisch weibliche Ethik bezeichnet, meint allerdings, dass sie nichts mit einer Aufopferung für die Leidenden oder mit Unterordnung der Krankenschwestern unter die Ärzteschaft zu tun habe. Gilligan argumentiert, dass man nur aus einer Position der Stärke heraus für andere einstehen und ihnen Schutz gewähren kann. Den besonderen Situationen, in denen moralische Probleme auftauchen, so Gilligan's entscheidendes Plädoyer, müsse mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das bedeutet, dass es weniger um eine Anpassung von moralischen Regeln geht, sondern vielmehr darum, über jene Erwägungen und Gefühle nachzudenken, mit denen die Betroffenen ihre Situation im Rahmen der Fürsorge und der Verantwortlichkeit beschreiben (Arend 1996).

Von Anfang an hat die Gefahr bestanden, die Theorie biologistisch zu interpretieren. Demnach ist „Die andere Stimme“ (so die Übersetzung des Titels der englischen Ausgabe von Carol Gilligan) der Frau unmittelbar mit ihrem biologischen Geschlecht verknüpft. Dies würde allerdings, so die Kritik von Andrea Maihofer und Judith Butler, ignorieren, dass das Geschlechterverhältnis Ausdruck einer gesellschaftlichen Konstruktion ist, mit der symbolisch geschlechtsspezifische Normenerwartungen etabliert werden. Die Kategorien „weiblich“ und „männlich“ sind in dieser Sicht untrennbar mit einer geschlechtsspezifischen Unterdrückung verbunden.

4 Zur Rezeption der Care–Ethik-Debatte in der Pflegewissenschaft

Seit Mitte der 80er Jahre wird vermehrt das Konzept Caring im angelsächsischen Sprachraum diskutiert. Nicht zuletzt inspiriert durch die in dieser Zeit vielfach diskutierte Studie von Carol Gilligan (1982) wurde für eine an weiblichen Werten orientierte Pflegeethik plädiert, die bis dahin eher als Teilgebiet einer männlich dominierten Medizinethik verstanden wurde.

In der Pflegewissenschaft wurde nahezu ausschließlich **feminin konnotierte Care-Ethiken** rezipiert, insbesondere der Ansatz von Nel Noddings (1984), die spezifisch weibliche Werte sowie Intuition in der moralphilosophischen Debatte berücksichtigen will. Feministische Ansätze im bioethischen Diskurs (Rosemarie Tong 1997, Hilde Nelson 1992) wurden dabei ignoriert. Auch ist in den pflegewissenschaftlichen Diskursen, die in der Pflegepraxis einen Niederschlag finden, kaum ein Bezug zu feministisch–politischen Ethiken zu finden, nämlich solche, die Unterdrückungsstrukturen analysieren und sich auf Menschenrechte berufen (Seyla Benhabib 1992, Alison Jaggar (1983), Iris Marion Young 1990, Joan Tronto 1993).

4.1 Caring als feminines Konzept (Nel Noddings)

„The duty to enhance the ethical ideal, the commitment to caring, invokes a duty to promote skepticism and noninstitutional affiliation. In a deep sense, no institution or nation can be ethical. It cannot meet the other as one-caring or as one trying to care. It can only capture in general terms what particular ones-caring would like to have done in well-described situations. ... Everything depends, then, upon the will to be good, to remain in caring relation to each other. How may we help ourselves and each other to sustain this will“ (1984: 103).

Die Ethik als philosophische Reflexion über Moral hat sich Noddings' Ansicht nach zu sehr auf Fragen der moralischen Urteilsfindung und –begründung konzentriert. Noddings lehnt eine moralische Urteilsfindung durch abstrakte Prinzipien ab. Für sie ist die Care-Ethik eine Tugendethik, die sich aus der Praxis des Sorgens begründet lässt.

Sie moniert in ihrem Buch *„Caring – A Feminine Approach to Ethics and Moral Education“* (1984), dass die Philosophie zwar den Unterschied zwischen reiner und praktischer Vernunft grundsätzlich anerkenne, jedoch die Ethik in Analogie zur Geometrie betreibe: es handele sich um eine Konzentration auf das Aufstellen von Prinzipien und logischen Ableitungen. Sie setzt dies mit der väterlichen Stimme gleich. Die Stimme der Mutter hingegen sei stumm geblieben.

Es sei die mütterliche Stimme, die ihrer Ansicht nach die Grundlage von Ethik darstelle. Die fürsorgliche Haltung entspringt einer *„natürlichen Neigung“*. *„Receptivity, relatedness, responsiveness“* seien deren Merkmale. Care als eine *“Ethik der Aufmerksamkeit“* (*“ethics of attention“*) (1992: 17) beinhalte auch eine Reaktion (*“Carers must respond as well as attend“*).

Da eine Person eine relationale Entität sei, sei auch Care relational zu verstehen und eben nicht ein individuelles Attribut oder eine Tugend.

Innerhalb einer Ethics of Care sei Care für eine bestimmte andere Person eine tragende Dimension. Patienten werden als einzigartige Individuen in einem Netzwerk von Beziehungen gesehen, nicht als isolierte *“bodies“* oder Mitglieder einer Populationsgruppe. Entsprechend betont Noddings das ethische Prinzip *„respect for persons“*, die innerhalb einer Gemeinschaft in Beziehung stehen, und distanziert sich von einer Hervorhebung des Prinzips *„individual autonomy“*. Ihr Paradigma einer fürsorglichen Beziehung ist die Mutter-Kind-Dyade. Caring beruhe auf Beziehungen und alle Entscheidungen sind nicht von ihren Kontexten zu trennen.

Nodding ist der Auffassung, dass eine Person Care erfahren haben muss, bevor sie selbst dazu fähig ist. Caring hänge von den Personen ab, auf die sich Care bezieht, d.h. Care wird erst dann präsent, wenn es von denjenigen, die es erhalten, anerkannt wird.

Nel Noddings legt somit besonderen Wert auf den Beziehungsaspekt der Care-Interaktion („*essential nonrational*“; *caring relationship*). Ihre „feminine“ Perspektive, geht von einer moralischen Grundeinstellung aus, und zwar dem **Anerkennen und Wertschätzen des In-Beziehung-Stehens**. Fürsorgliche Beziehungen beruhen demnach nicht nur auf einer motivationalen Basis, sondern hätten auch normative Geltung.

Dadurch ergibt sich als Handlungsorientierung das moralische Ideal der Fürsorge. Nodding beschränkt sich aber nicht nur auf die Beschreibung einer weiblich geprägten Moralität. Sie betont mehrfach, dass es ihr nicht um das Thema Geschlecht gehe und ihr Ansatz keineswegs nur für Frauen gelte.

Nel Noddings hält eine institutionalisierte Form von Care für destruktiv, denn sie würde der Natur von Care („*nature of care*“) widersprechen. Nach ihrer Vorstellung sollten Regeln einer Praxis von Care auf ein Minimum beschränkt bleiben und im Lichte individueller Kontexte interpretiert werden. Sich Regeln hinzugeben hieße gerade, gegen die kontextuelle Eigenschaft von Caring zu verstoßen.

Kritik

Insbesondere Hilde Nelson äußert Kritik an Nodding's Care-Konzept, wenn es um professionelle Pflege geht (1992). Für Nodding sei es ein wichtiger Punkt, dass die Selbst-Pflege von Pflegenden dazu führe, selbst besser für andere zu sorgen. Wenn sich die Pflegenden jemand anders so sehr widmen, dass sogar die Selbstpflege im Dienste einer anderen Person stehe, dann bestehe die Gefahr einer Verschmelzung: „*She has identified her own interests and projects so closely with those of the person for whom she cares that she stand in danger of losing herself altogether*“ (Nelson 1992: 11).³ Eine ethics of care könne auf diese Weise nicht verhindern, dass die Pflegende sich selbst in der Interaktion mit Patienten schadet. In einem Aufsatz zusammen mit Alisa L. Carse (1996) „*Rehabilitating Care*“, betont sie die Gefahr einer Ausbeutung: „... *the problem of exploitation as it threatens care givers*“ (1996: 19) und spricht von Grenzen einer Verpflichtung gegenüber anderen. Dabei gehe es nicht nur um die Gefahr von Ausbeutung, sondern auch um die Gefahr, diejenigen, die Care empfangen, zu unterdrücken: „*The need to set limits on care is an important problem for the care ethic not only because of the danger of exploitation, but also because of the danger of oppressing the recipient of care*“ (1992: 22).

³ Die Kritik äußert auch Rosemarie Tong (1997).

4.2 Caring - Konzepte der anglo-amerikanischen Pflegewissenschaft

Insgesamt handelt es sich bei der Care-Debatte innerhalb der angloamerikanischen Pflegeliteratur um kleine Beiträge in Fachzeitschriften, die zwar jeweils ein bestimmtes Care-Verständnis für die Pflege zu etablieren suchen, jedoch jeweils für spezifische Kontexte gelten. Madeleine Leininger beschäftigt sich mit Care im Rahmen ihres Konzeptes einer transkulturellen Pflege. Für Jean Watson ist Care Auftrag und Grundlage pflegerischen Handelns. Sie hat den einzigen Lehrstuhl in Colorado / USA, der explizit den Namen „Caring“ trägt. Wie auch Sarah T. Fry möchte sie mit ihrem Caring-Konzept eine pflegeethische Diskussion vorantreiben. Außer von Patricia Benner gibt es bisher keine dezidiert pflegeethischen Monographien auf care-ethischer Grundlage.

4.2.1 *Caring als universell tätige Sorge (Madeleine Leininger)*

„Seit den 40er Jahren vertrete ich die Meinung, dass die menschliche Fürsorge und das menschliche Fürsorgen das charakteristische und verbindende Merkmal der professionellen Pflege ist und dass diese Perspektive auch in Zukunft Bestand haben wird – unter der Voraussetzung, dass die Pflegenden sich der umfassenden Erforschung und Anwendung ihres Pflegewissens verpflichtet fühlen (Leininger übs. von Ute Villock 1998: 237).

Als Pflegewissenschaftlerin und Anthropologin gilt Madeleine Leininger als Begründerin einer transkulturellen Pflegekonzeption. Sie hat den Begriff caring seit den 1960er Jahren aus ethnologischer Perspektive gefasst. Ihr Studium verschiedener Kulturtheorien führte sie zu der Erkenntnis, dass Menschen (universell) durch Sorge geleitete und von tätiger Sorge geprägte Wesen sind. In jeder Kultur sei caring Voraussetzung für das menschliche Überleben. Caring sei die Voraussetzung für Heilung von Krankheit. Die Sorge / Care gilt laut Leininger als Hauptmotiv zur Pflege und als ihr wichtigstes Element.

Da Leininger eine der ersten Pflege-theoretikerinnen gewesen ist, wird ihr primär für ihre Gedanken Achtung entgegengebracht. Die Kritik beschränkt sich vor allem darauf, dass sie Care insgesamt zu sehr idealisiere und verallgemeinere.

4.2.2 *Caring als karitativ transzendentes Beziehungshandeln (Jean Watson)*

„If our aim for caring knowledge is to express and to reflect life and life forces, it is not enough to be technically correct” (Watson 1990: 19).

“We need windows and doors that embrace the humanity and the relational life processes of patients and nurses and ecology as part of the vast metaphysical landscape that is continuous with the universe into infinity...”(1990: 23).

Jean Watson zufolge bezeichnet *Caring* eine Grundhaltung. In ihrer 1985 formulierten Pflege-theorie orientiert sie sich an der humanistischen Psychologie von Abraham Maslow und Carl Rogers. Demzufolge steht im Mittelpunkt eine pflegerische Beziehung, die durch Vertrauen geprägt ist. Ihre Pflge-theorie (*The Philosophy and Science of Caring*) beschäftigt sich mit Bedürfnissen von Menschen, deren Bedeutsamste die Spiritualität ist. In ihren formulierten Grundannahmen einer humanwissenschaftlich orientierten Pflege verweist Watson auf die entscheidende Bedeutung und kosmische Kraft, die der Liebe zukommt.

Watson fasst die wesentlichen Komponenten ihrer Theorie wie folgt zusammen: (a) *the caritative factors*, (b) *the transpersonal caring relationship*, und (c) *the caring occasion / caring moment* (2001: 343-354).

(a) Die karitativen Faktoren betrachtet Watson als das führende Herzstück der Pflege. Sie versteht den Begriff in seiner griechischen Bedeutung, jemanden in Liebe und Aufmerksamkeit zu begegnen. Sie benutzt den Begriff „*caritative*“, um ihr Konzept mit dem an Heilung („*Cure*“) orientierten konventionellen medizinischen Modell zu kontrastieren. Insgesamt umfasst die Caritas 10 Elemente: „*Humanistic-altruistic system of value; Faith-Hope; Sensitivity to self and others; Helping – trusting, human care relationship; Expressing positive and negative feelings; Creative problem-solving caring process; Transpersonal teaching-learning; Supportive, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment, Human needs assistance, Existential-phenomenological-spiritual forces*“ (Watson 1988: 75).

(b) Transpersonal Caring Relationship

Für Watson hängt eine fürsorgliche menschliche Beziehung von folgenden Eigenschaften / Haltungen der Pflegenden ab: ihre moralische Verantwortung, die Würde von Patienten zu schützen und ein fürsorgliches Bewusstsein, für die spirituelle Dimension zu erhalten.

Die Förderung des spirituellen Wachstums der Kranken sowie der Pflegenden sei das Ziel von *Caring*. *Caring* innerhalb der Pflege werde zwar durch physische Akte vermittelt, impliziere den *mind-body-spirit*. *Caring* beschränke sich nicht auf die Ebene der Zuwendung, sondern beanspruche die Person der Pflegekraft in allen ihren Dimensionen. „*If we deal with human relational processes, the human wholeness of mindbodyspirit, and evolving human consciousness that is continuous with nature and the universe, we have to become part of the process*“ (Watson 1990: 20-21).

Pflege müsse zu einem mit Lebensenergie erfüllten, heilenden Prozess werden (Watson 1999).⁴ Authentizität und Aufrichtigkeit seien hierzu notwendig. Caring umfasse nicht ausschließlich den Beziehungsaspekt, sondern auch die Art der Beziehung zwischen Pflegekraft und der unterstützungsbedürftigen Person.

Der Begriff „transpersonal“ meint, über sein eigenes Ego hinauszuwachsen und tiefere spirituelle Verbindungen zu schaffen, indem das Wohlbefinden und die Heilung von Patienten gefördert wird. Schließlich impliziere Caring auch einen moralischen Imperativ. Jede Pflegeperson sei verpflichtet, die persönliche Integrität der Leidenden zu bewahren. In der Pflegepraxis handele es sich dabei um eine stete Annäherung an dieses Ideal.

(c) Caring Occasion / Caring Moment

Im Sinne Watsons handelt es sich um eine fürsorgliche Angelegenheit in dem Moment, in dem die Pflegenden und eine andere Person in einer Art und Weise zusammen kommen, die durch Fürsorglichkeit gekennzeichnet ist. Das *caring moment* bezeichnet einen intersubjektiven Akt, der die interagierenden Personen zu transzendieren vermag (Watson 1999).

Kritik

„Some of her descriptions become lost because they tend to be far removed from the everyday practising nurse and are therefore banished to academic ivory towers“ (Warelow 1996: 658).

In der anglo-amerikanischen Literatur wird der Ansatz von Jean Watson trotz aller Ideologiekritik grundsätzlich gewürdigt, wohl u.a. deshalb, weil Jean Watson ihren Ansatz sehr authentisch durch ihre Person vertritt (Begegnung 2004 auf einer Tagung an der University of Swansea, Wales).

Silvia Käppeli hat sich in ihrer Habilitationsschrift mit Jean Watson auseinandergesetzt und meint, Watson plädiere dafür, „... *die feminin-caring-healing Energie der Pflegenden als Archetypus wieder zu entzünden, nachdem er im Laufe des 20. Jahrhunderts unter dem männlichen Archetypus der Naturwissenschaft fast erlöscht sei. In dieser Lehre symbolisiert Pflege das heilige, lebensspendende Weibliche*“, und Käppeli kommentiert weiter:

„Obwohl J. Watson in ihrer neuesten Publikation das Streben der Menschen nach Gottähnlichkeit anspricht, können ihre Konzeptionen der Krankenpflege und ihre Auffassung von Motivation zur Krankenpflege nicht mit einem christlich-jüdischen gleichgesetzt werden. Auch wenn die Perfektionierung der Spiritualität als höchstes Ziel des Menschseins und caring als Mittel, Kranke und Pflegenden diesem Ziel näher zu bringen, aufgefasst wird, hat dies nichts mit einer religiösen Motivation zur Krankenpflege im Sinne der jüdisch-christlichen Tradition zu tun“ (Käppeli 2004: 331).

⁴ Siehe hier auch die Interpretation von S. Käppeli 2004: 328-329.

4.2.3 *Care als Grundlage einer Pflegeethik (Sara T. Fry)*

„The value of caring ought to be central to any theory of nursing ethic and any theory of feminist medical ethics, depending on how the nature of the relationship between the one-caring and the one who is cared-for is perceived“ (FP 103).⁵

Die Pflegeethikerin Sarah T. Fry betrachtet Caring als konstitutives Element professioneller Pflege, das es zu verteidigen gilt. Sie hat ein explizit **feminines Verständnis** von Care, das als grundlegend für die Pflegepraxis hält. Sie betrachtet Caring als ethisches Ideal für den Pflegeberuf (Fry 1989).

Fry äußert sich besorgt, dass eine *ethics of caring* in einer Pflege, die von Pflegenotstand und einem problematischen Personalschlüssel gekennzeichnet ist und durch Bezahlung reguliert wird, nicht überleben könne, sofern Pflegende nicht selbst darauf bestehen, dass Caring zentral für ihre Profession ist. Dies beinhaltet, dass Pflegende ausreichend Zeit fordern müssten, die sie benötigten, damit Care sich überhaupt entfalten könne und zwischen ihnen und ihren Patienten oder Klienten realisiert werden könne.⁶

Pflege bedürfe in Abgrenzung zur Medizin einer eigenständigen Methodologie sowie Konzeption, um der spezifischen Pflegesituation gerecht werden zu können (Fry 1989). Die Pflege müsse das objektive, unpersönliche Ethikmodell, das Philosophie und Medizin dominiere, zurückweisen und Caring in den Mittelpunkt stellen.

4.2.4 *Caring als Haltung und menschliche Eigenschaft (P. Benner und J. Wrubel)*

Benner und Wrubel bezeichnen caring als „*basic way of being in the world*“ (1989: 398)⁷.

Der Sorge gebühre die primäre Rolle, weil sie die Chance gibt, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen. Erst durch eine von Sorge geprägte Beziehung erwächst das Vertrauen, das es der umsorgten Person möglich macht, die angebotene Hilfe auch anzunehmen und sich umsorgt zu fühlen.

Die Pflegewissenschaftlerinnen betrachten in ihrem Werk „Pflege, Stress und Bewältigung“⁸ die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient. Sie untersuchen die von Fürsorge geprägte

⁵ Eine Folgerung ihrer Analyse die Caring Konzepte von Nel Noddings, Edmund Pellegrinos und William Frankena.

⁶ Die Pflegehistorikerin Reverby bemerkt: „*Paradoxically, nurses are caught in a dilemma created by a mandate to care in a society that does not value caring*“ (1987).

⁷ Die theoretischen Ausführungen der Autorinnen beruhen auf der Phänomenologie von Edmund Husserl, den Arbeiten von Martin Heidegger und Maurice Merleau-Ponty sowie auf den Lehren von Hubert L. Dreyfus und Richard S. Lazarus.

Pflegende-Patient-Beziehung und arbeiten heraus, welche Einstellungen und Fähigkeiten eine Pflegekraft braucht, um den Patienten bei der Bewältigung seiner Krankheit zu unterstützen. Sie weisen der Sorge in pflegerischen Zusammenhängen eine Vorrangstellung zu. Care, verstanden als **sorgende Haltung**, bilde die Basis der Pflegepraxis. Denn: in der pflegerischen Praxis gehe es häufig um Menschen in existentiellen Krisen. Die Sorge sei hier die wesentliche Voraussetzung einer jeden erfolgreichen Bewältigung von Krisen.

- Es werde deutlich, was der betreffenden Person wichtig ist und es zeige sich auch, welche Ereignisse als stressreich gelten und welche Optionen der Bewältigung zur Verfügung stehen. Sorge ermögliche Lösungen. Sorge könne aufzeigen, welche Bewältigungsstrategien verfügbar und für die betreffende Person akzeptabel sind.
- Sorge habe befähigende Kraft, die von zwischenmenschlichen Bindungen und persönlichen Anliegen ausgeht. Durch die sorgende Haltung ordne sich die Situation für die betreffende Person so, dass sich bestimmte Aspekte als wesentlich zu erkennen geben. Dadurch werde sie in der Lage versetzt, Probleme wahrzunehmen, potentielle Lösungen zu erkennen und daraus entwickelte Strategien praktisch umzusetzen.

Benner und Wrubel sind der Auffassung, dass care durch Lernen gefördert wird und dass Unterschiede in der Pflegepraxis verschiedene Stufen von Care-Expertise widerspiegeln.

Erfahrung spielt hierbei eine zentrale Rolle:

- Die Erfahrung von Patienten im Umgang mit Krankheit und Gesundheit.
- Die Erfahrung der Pflegenden in ihrer beruflichen Praxis mit Patienten.

Für eine Care-Ethik bedeutet es, so Benner in einem Aufsatz „*A Dialogue between virtue ethics and care ethics*“ (1997), dass diese die Beziehung zwischen Emotion und Rationalität explore. D.h. Eine Care-Ethik inkorporiere Emotionen und Rationalität; sie betone Partikularität und Beziehung. Somit sei die aristotelische Vorstellung von Emotionen, die vom Verstand reguliert würden, ein Schritt in die richtige Richtung.

Für Benner handelt es sich bei einer sachgerechten Ausübung von Techniken und einer Erledigung von Aufgaben nicht wirklich um eine Pflegepraxis, so lange kein fürsorgliches Engagement für die Beziehung darin eingebettet ist.

Kritik

⁸ Übersetzung 1997, „Pflege, Stress und Bewältigung“

Patricia Benner hat vor allem durch qualitative empirische Studien in der Intensivpflege Anerkennung gefunden. Sie hat Pflege als eine ethische Praxis beschrieben und hält nach wie vor an einer Praxisorientierung zur Grundlegung ihrer Ideen und Konzepte fest.

Die Pflegewissenschaftlerin Renate Stemmer (2003) nimmt in ihrem Aufsatz „Zum Verhältnis von professioneller Pflege und pflegerischer Sorge“ (2003) das Caring – Konzept von Benner und Wrubel kritisch unter die Lupe. Sie problematisiert hierbei vor allem ihr Sorge-Konzept. Sie moniert die darin liegende Gefahr einer Überforderung der Pflegenden sowie daraus resultierender Frustration (2003: 52-53). Zudem wirft sie Benner und Wrubel vor, dass Heidegger in ihrem Ansatz um ein tieferes Verständnis von Sorge „beraubt“ worden sei (51). Stemmer versucht auf der Basis des handlungsorientierten Professionalisierungsansatzes von Oevermann (1997) nachzuweisen, dass es sich bei Caring nicht um professionelles Handeln handelt.⁹ Obwohl Sie auf 18 Seiten Caring als Konzept für die Pflege kritisch betrachtet, resümiert Sie dann: *„Trotz dieser kritischen Überlegungen scheint mir der zentrale Gedanke des Caringkonzeptes, nämlich der pflegesuchenden Person mit einer Grundhaltung zugewandten Interesses zu begegnen, von essenzieller Bedeutung für Pflege zu sein“* (2003: 60).

Der zweite kritische Punkt bei Benner und Wrubel richtet sich gegen einen Mangel an Hinterfragung des asymmetrischen Verhältnisses zwischen Patient und Pflegeperson. Sie entwerfen in ihren Überlegungen 1. das Ideal einer Pflegekraft, die eine sorgende Haltung einnehmen kann und 2. das Ideal eines Patienten, der es zulässt, versorgt zu werden, und dessen einziges Interesse darauf gerichtet ist, seine Krankheit zu bewältigen.

Benner und Wrubel thematisieren nicht die Möglichkeiten eines Machtmissbrauches innerhalb von asymmetrischen Care-Beziehungen und sie lassen strukturelle sowie institutionelle Bedingungen, die Care-Beziehungen behindern, außen vor (zum Vergleich siehe S.T. Fry). Joan Liaschenko bemerkt: *„Making a voice for care but failing to attend to the realities of institutional life would be disastrous“* (1993).

⁹ *„Die Gleichzeitigkeit von diffuser und spezieller Sozialbeziehung ist aber bei Oevermann zufolge gerade ein konstituierendes Merkmal professioneller Beziehungspraxis. Indem der Caringansatz die Seite der diffusen Sozialbeziehung als alleinig legitime akzeptiert, gelingt es ihm gerade nicht, Handeln als professionelles Handeln zu gestalten“* (Stemmer: 60).

4.3 Wandel von Compassion zu Caring ? Rezeption des Care-Konzeptes in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft (Silvia Käppeli)

In der anglo-amerikanischen Pflegefachliteratur – an welcher sich die deutschsprachige Pflegewissenschaft vor allem zu Beginn ihrer Professionalisierung und Akademisierung orientierte – wurde die Tradition der „*tätigen Anteilnahme*“ am Leiden Bedürftiger und Kranker bis in die 70-er Jahre unter dem Begriff *compassion* thematisiert.

Mit-Leiden mit Kranken im Sinne von *compassion* erscheint in den von **Silvia Käppeli** (2004)¹⁰ untersuchten Texten sowohl als Grundlage als auch als Ausdruck einer bestimmten Pflegeethik. „*Wenn Mit-Leiden als Basis einer moralisch verantwortungsvollen Pflege dargestellt wird, wird in der Regel explizit auf die religiösen christlich-jüdischen Wurzeln der Krankenpflege hingewiesen*“ (Käppeli 2004: 315).

Pflege im Sinne von *Caring* umfasse bei der Pflegewissenschaftlerin Leininger den Umgang mit Krisen, Behinderung und Sterben. Hierin sieht Leininger den moralisch-ethischen Imperativ für die Pflege. Gemäß der Analyse von Käppeli tritt das Konzept „*Mit-Leiden*“ in den Werken Leiningers klar zutage. *Compassion* sei eine der von ihr in empirischen Untersuchungen der Krankenpflege identifizierten Determinanten von *caring* „... *die ... beobachteten Phänomene sind z.T. identisch mit den in den spätantiken Texten festgestellten Konstituenten des Topos vom mit-leidenden Gott*“ (327).

Die dem Mit-Leiden mit einem kranken Menschen entstehende zwischenmenschliche Nähe und das Vertrautsein der Pflegepersonen mit der Bedeutung, die das Leid für ihn hat, sei einerseits die Grundbedingung für einen helfenden Dialog mit den Leidenden, andererseits verstarke dieser Dialog das Verstehen des Leidenden seitens der Pflegenden und ihre Bereitschaft zur Anteilnahme (LeVeille Gaul 1995: 47-57).

Laut Käppeli wurde das ursprüngliche Konzept *Compassion* von US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen in das Konzept *Caring* überführt. Die Bedeutung von *Compassion* komme erst im Begriff *Caring* richtig zum Tragen, wo es ein professionelles Profil erhalte (Käppeli 2004: 325.) Heute sei der Begriff *Caring* dasjenige Konzept (nicht Mitgefühl, Empa-

¹⁰ Silvia Käppeli ist eine Pflegewissenschaftlerin aus der Schweiz. Ihre Habilitationsschrift trägt den Titel „Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft, Geschichte des Mitleidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege“. Die Arbeit beinhaltet ein Stück Grundlagenforschung zur Geistesgeschichte der Krankenpflege.

thie), das in der Fachliteratur der akademischen Pflegeliteratur Nordamerikas am häufigsten für die Beschreibung einer von Mitmenschlichkeit geprägten pflegenden Beziehung verwendet würde (67 ff.).

Ob nun dieses Bestreben religiös, anthropologisch, existentiell–philosophisch, durch humanistische Psychologie oder fernöstliche Ideen begründet sei, geht es dabei stets um die Linderung von Leiden bedürftiger Menschen. Laut Käppili bildet diese Geisteshaltung das Ethos der Krankenpflege und ihm sei auch die Pflegewissenschaft verbunden. Alle theoretischen Ansätze teilten eine universale oder globale religiöse, psychologische oder spirituelle Verbundenheit, die sie bei Menschen voraussetzen.

5 Care als gesellschaftliche Praxis (J. Tronto und E. Conradi)

Einen grundlegend anderen Weg in der Auseinandersetzung mit Care gehen die Politikwissenschaftlerin Joan Tronto und die Philosophin Elisabeth Conradi. Aus einer feministisch-ethischen Perspektive verstehen sie Care als eine gesellschaftliche Praxis. Sowohl weitere Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede werden nach einer Zusammenfassung ihrer jeweiligen Ansätze (Monographien) herausgearbeitet.

5.1 Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care (Joan Tronto)

Tronto spricht gleich im ersten Kapitel ihres Werkes von einer Untrennbarkeit zwischen Moral und Politik und nimmt eine feministische Position ein. Ausgehend von historischen Betrachtungen nutzt Tronto den Begriff „*Frauenmoral*“. Werte, die sich auf Pflege oder Erziehung beziehen, werden als Schlüsselemente des guten Lebens angesehen und traditionell mit Frauen assoziiert. Traditionell entziehen sich ihre Praxen der öffentlichen Aufmerksamkeit und Anerkennung. Im akademischen Diskurs haben u.a. Philosophen Care außerhalb ihrer Betrachtungen gelassen. So seien gedankliche Grenzen gesetzt worden, wodurch manche Ideen ausgeschlossen sind. Tronto fordert ein Umdenken von der „*Frauenmoral*“ zu einer *Care*–Ethik (1993: 4).

Für Tronto enthält der *Care*-Begriff zwei sich ergänzende Aspekte. Zum einen impliziert er sich einer anderen Person zuzuwenden und zum anderen ist damit verbunden, dass *Care* jemanden zur Handlung bringt bzw. motiviert. Sie versteht *Care* hierbei als eine menschliche

Tätigkeit, die sehr viele Bereiche umfasst. Ihr Konzept ist nicht auf zwischenmenschliche Interaktionen beschränkt, sondern in ihrer weit gefassten Definition möchte sie praktische, moralische und politische Aspekte miteinander verbinden:

„On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‚world‘ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web“ (1993: 103).¹¹

Ihre Definition ist klar auf das Handeln ausgerichtet; und verbunden mit dem Übernehmen von Verantwortung. Es geht dabei nicht um ein vorübergehendes **Interesse**. Sie sagt, dass Care im Hinblick auf die **Bedürfnisse** verschiedener Gruppen bzw. Gesellschaften nicht universell sei. Denn Care sei etwas, wonach alle Menschen ein Bedürfnis haben, das es zu befriedigen gilt (110).

In ihrem Werk versucht Tronto ein vom Geschlecht unabhängiges Modell der **engagierten Sorge** zu entwickeln, wobei sie rassistische Strukturen der Zuteilung versorgender Tätigkeiten aufdecken will. Sie schlägt vor, „*Moralgrenzen*“ zu erweitern, und dabei das Konzept von Care mit einzubeziehen (59). Um dies verwirklichen zu können, sollte über die Grenzen zwischen Moral und Politik, dem moralischen Standpunkt, und zwischen dem öffentlichen und privaten Leben diskutiert werden (6-9).

Nach einer theoretischen Auseinandersetzung mit moralischen, politischen und geschlechtsspezifischen Aspekten im Zusammenhang mit Care wird Tronto konkret. Sie beschreibt in ihrem Buch vier Phasen von Caring:

Phase 1: Anteilnahme

In der ersten Phase geht es darum zunächst überhaupt zu bemerken, dass ein Bedürfnis existiert und eine entsprechende Aktivität gefragt ist. Es wird eine entsprechende Einschätzung vorgenommen, und die teilnehmende Person versucht dabei sich in die Perspektive einer anderen Person oder einer Gruppe zu versetzen (106).

Phase 2: Unterstützung

Hier geht es darum, für die identifizierten Bedürfnisse die Verantwortung zu übernehmen, und darüber nachzudenken, wie eine Unterstützung aussehen könnte. Dafür ist die Wahrnehmung der eigenen Handlungsmächtigkeit erforderlich. Gegebenenfalls bedarf es organisatorischer Unternehmungen sowie kollektiver Handlungsweisen (106).

¹¹ Übersetzung: „Caring kann betrachtet werden als eine menschliche Aktivität, die alles einschließt, was wir tun, um unsere ‚Welt‘ zu erhalten, fortzusetzen und zu reparieren, sodass wir in ihr so gut wie möglich leben können. Diese Welt schließt unsere Körper, unsere Persönlichkeit und unsere Umwelt mit ein; alles wonach wir trachten um uns zu verweben in einem komplexen lebenserhaltendem Netz“ (1993: 103).

Phase 3: Versorgen

In dieser Phase vollzieht sich das eigentliche Versorgen. Es beinhaltet körperliche Aktivitäten und das In-Kontakt-Treten mit den zu versorgenden Objekten¹². Hierbei geht Tronto allerdings der Frage nach, ob auch das Geben von Geld zum eigentlichen Versorgen zählt; immerhin kann so eine Person das erhaltene Geld für die Befriedigung seiner Bedürfnisse einsetzen. Sie setzt dem jedoch entgegen, dass Geld die menschlichen Bedürfnisse nicht befriedigt, sondern nur Ressourcen zur Verfügung stellt, mit denen die Bedürfnisse befriedigt werden können. Somit ist dies der Unterstützungsphase zuzuordnen (107).

Phase 4: Reaktion auf Versorgen

In der letzten Phase erfolgt eine Antwort auf das Versorgen. Tronto fügt an, dass es wichtig ist, die Reaktion auf das Versorgen mit als ein Element des Versorgungsprozesses zu sehen, da nur so erfahren werden kann, dass die Bedürfnisse passend befriedigt werden konnten. Auf diese Weise kann geprüft werden, ob die Versorgung adäquat geschehen ist (107).

Es bleibt hinzuzufügen, dass die vorgestellten Phasen in der Praxis miteinander verwoben sind. Des Weiteren ist zu ergänzen, dass Tronto nicht voraussetzt, dass Care dyadisch oder gar individualistisch ist. Sie versteht Care vielmehr als einen gemeinschaftlichen Prozess des täglichen Lebens (103). So versteht Tronto auch Care als Praxis und nicht als Gefühl oder als Prinzip. Sie spricht sich gegen die Trivialisierung von Care aus, mit der ein Interesse an Care als Schwäche bewertet wird (112). Care als Praxis beinhaltet ein miteinander verbundenes Denken und Handeln. Für Tronto erfüllt sich ein Ideal von Care, wenn auf integrative und holistische Weise konkrete Bedürfnisse befriedigt werden (108). Die Verwirklichung ihres Ideals von Care basiert auf vier **Elementen einer Care-Ethik**, nämlich a) Aufmerksamkeit, b) Verantwortlichkeit, c) Kompetenz und d) Resonanz.

- a) Durch **Aufmerksamkeit** wird erkannt, dass ein Bedürfnis vorliegt, um das sich gekümmert werden muss, denn Ignoranz ist ein moralisches Übel. Hierbei ist aber wichtig die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, und eine Überidentifikation zu vermeiden (127ff).
- b) Die **Verantwortlichkeit** unterscheidet sich bei Tronto von der Erfüllung von Pflichten; vielmehr ist es für sie ein politisches und moralisches Konzept, das fordert Verantwortungsfragen auch in politische Debatten mit hineinzutragen. Hierbei gilt es die Hintergründe und Entstehung von Konflikten zu hinterfragen sowie Kritik an hierar-

¹² Es ist von Objekten zu sprechen, da Tronto ihren Care-Begriff auch auf Pflanzen, Tiere und Objekte, sowie die Umwelt ausgedehnt hat (103).

chisierenden Vorstellungen von Klasse, Geschlecht und kulturell-ethischer Zugehörigkeit zu üben (131).

- c) Laut Tronto ist die **Kompetenz** ein Teil der moralischen Qualität von Care. Es impliziert die Übernahme von Verantwortung und eine angemessene Versorgung. Stehen allerdings diverse Ressourcen nicht zur Verfügung, oder besteht eine eigene Unzulänglichkeit, so ist dafür zu sorgen, dass eine andere fachkundige Person die Versorgung übernimmt (133).
- d) Die **Resonanz** spielt für Tronto eine wesentliche Rolle, da für sie Care etwas darstellt, das mit Verletzlichkeit einher geht. Es bedarf eines Sich-Einlassen-Könnens derer, die versorgt werden. Dabei ist engagierte Sorge stets mit Bedingungen der Ungleichheit befasst. Die vorhandene Abhängigkeit ist missbrauchbar. Tronto betont, dass es keine wirkliche Autonomie und Unabhängigkeit gibt. Darum, so Tronto, ist es wichtig eine Balance zu halten zwischen den Bedürfnissen der Versorger und der Versorgten. Für sie ist Resonanz ein anderer Weg, um die Bedürfnisse Anderer zu verstehen. Resonanz beinhaltet mehr als das bloße Sich -Hineinversetzen in Jemanden und stellt eine Alternative zur Reziprozität dar (134).

Diese moralischen Momente können den zuvor vorgestellten vier Phasen von Care zugeordnet werden.

5.2 Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit (Elisabeth Conradi)

Allgemein definieren ließe sich Care im Sinne Conrads als eine interaktive menschliche Praxis, deren besondere Merkmale Bezogenheit und Achtsamkeit sind. Für Conradi bezieht sich Care nicht einzigartig auf das Tätigkeitsfeld der Pflege und verwirklicht sich auch nicht in allen menschlichen Handlungsbereichen. Conradi hält allerdings Care für einen zentralen Teil der Pflege.

Wenngleich ihre Analyse an eine geschlechtshierarchische Arbeitsteilung anknüpft, will sie Care als eine Praxis verstanden wissen, die nicht an das Geschlecht gebunden ist. Ihr Ziel ist es, Care nicht nur als Praxis aufzuwerten, sondern durch die ethische Analyse dieser Praxis auch gesellschaftliche Veränderungsmöglichkeiten in den Blick zu rücken.

Conradi versucht moralisches Urteilen und Handeln zu begründen, indem sie nicht vom Allgemeinen, sondern vom Besonderen ausgeht. Dies widerspricht dem klassischen Ausgangs-

punkt der meisten Philosophen, die sich mit Moral beschäftigen, da sie zunächst allgemeine Prinzipien begründen, welche dann in einer konkreter Situation angewandt werden. Conradi kritisiert Kategorien zeitgenössischer Pflichtenethik wie Autonomie, Gegenseitigkeit und Gleichheit. Sie hält sie für nicht übertragbar, wenn es um Care Situationen geht. Stattdessen lautet ihr zentrales Konzept: **Achtsamkeit**.

Sie versteht Care nicht als Prinzip, da Care somit reduziert würde, sondern als Bezugsrahmen für eine Ethik. Die Theorie der Care-Praxis fasst Conradi als eine feministische Ethik der Achtsamkeit. Diese koppelt sie bewusst von einer „konventionellen Moral der Güte“ ab, wie sie der christlichen Tradition westlicher Gesellschaften entspricht.

Conradi stützt ihren Care-Begriff auf die Arbeiten von Carol Gilligan, Diemut Bubeck¹³ und Joan Tronto. Sie teilt mit Carol Gilligan die Auffassung, dass Menschen grundlegend aufeinander angewiesen sind. Während Gilligan die Formen der Kommunikation als eine Frage des Bewusstseins, der Reflexion und der Perspektive deutet, versteht Conradi sie als **Aktivitäten**. Den Aspekt, dass Care eine **sorgende Aktivität** ist, hat Conradi von Joan Tronto¹⁴ übernommen. Für Conradi ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass es sich bei Care um eine **gesellschaftliche Praxis** handelt und **nicht um eine Einstellung, eine Haltung**, die eine Person mitbringt. Conradi versteht Care als eine **interaktive menschliche Praxis**.^{15 16}

Sie unterstreicht, dass Care-Interaktionen nicht an eine Unterstellung von Autonomie gebunden sind, im Gegenteil, es könne sogar kontraproduktiv sein, dem Menschen in einer besonderen Situation zu viel Autonomie zuzumuten. Gerade in Care-Interaktionen ginge es darum, Menschen zu achten, deren Autonomie als eingeschränkt eingeschätzt werde. Ein größeres Maß an Autonomie könne höchstens als Ergebnis von Care-Interaktionen gesehen werden und nicht als Voraussetzung.

¹³ Beim Ansatz von D. Bubeck steht der unmittelbare Kontakt von zwei Personen im Vordergrund, wobei interaktive und rationale Aspekte betont werden. Sie versteht unter Care primär das Erfüllen von Bedürfnissen.

¹⁴ Laut Conradi fehle Tronto's Definition von *Care* eine kritische Einstellung gegenüber den gesellschaftlichen Strukturen. Es gehe in ihrer Definition lediglich um die Erhaltung und Wiederherstellung der Welt (39).

¹⁵ Sie vernachlässigt hierbei bewusst die direkte Sorge für Gegenstände, Tiere und Pflanzen. Damit bezieht sie sich auf einen engeren Begriff von Care als Joan Tronto ihn in ihrem Werk „*Moral Boundaries*“ entfaltet.

¹⁶ „*Der Begriff Praxis rückt ins Blickfeld, daß sich in moralischen Konfliktsituationen erst jenes kritische Urteilsvermögen entfalten kann, das zum konstruktiven Umgang mit Konflikten nötig ist*“ (Conradi 2001: 233). Damit grenzt sie sich klar von Gilligan ab.

Ein bedeutsamer Aspekt bei Conradi im Kontext von Pflegepraxis kann darin gesehen werden, dass sie Care als eine Aktivität fasst, die zumeist mit **körperlichen Berührungen**¹⁷ zu tun hat (58). Folglich können für Conradi Care-Interaktionen auch nonverbal sein, d.h. Care ist nicht auf Sprache angewiesen.

Einen zentralen Aspekt bei Care sei die Verwobenheit von Fühlen, Denken und Handeln. Care sei als reflektiertes Handeln zu verstehen, das affektiv-emotionale mit kognitiven Anteilen verbindet. Die **Verwobenheit** sei das Besondere der Care-Interaktionen.

Care – Ethik und Pflege

Conradi beschreibt die Besonderheit der pflegerischen Situation wie folgt:

- Pflegebedürftige und Pflegekräfte sind in vielfältiger Weise auf andere angewiesen. Pflegebedürftige sind nicht immer in der Lage, eigenständig Entscheidungen zu treffen und ihr Leben aus sich heraus zu gestalten, häufig brauchen sie dabei Hilfe.
- In der Pflege gibt es ein Ungleichgewicht an **Macht** (asymmetrische Beziehung)¹⁸.
- Pflegebedürftige reagieren auf Zuwendung und können so zur Pflege beitragen. Dennoch ist Pflege selten ein ausgewogenes Geben und Nehmen. Pflegesituationen sind selten umkehrbar (2002: 41)

Weil Menschen auf verschiedene Weise autonom sind und es in Pflegesituationen Unterschiede in der Machtstellung und im Geben und Nehmen gibt, schlägt Conradi eine Ethik vor, in der die **Zuwendung** einbezogen ist.

In ihrem Verständnis einer Care-Ethik gilt Achtsamkeit als Vorgabe oder Geschenk. Achtsamkeit ist in ihrem Sinne nicht an eine Verpflichtung zur Gegengabe gebunden.

„Das Schenken ist nämlich nicht dadurch motiviert, dass unterstellt wird, Care-Verhältnisse seien reziprok oder die entsprechende Interaktion sei umkehrbar ... Möglicherweise wird sie (Pflegekraft) Zuwendung als Qualitätsmerkmal verstehen“ (2002: 42).

¹⁷ Für die Pflegeethikerin Sally Gadow (1985) ist *touch* ein zentrales Element in der Beziehung zwischen Patient und Pflegenden.

¹⁸ „Innerhalb von Care-Interaktionen gibt es verschiedene Arten von Machtdifferenzen, die sich ergänzen, aber auch zueinander in einer Spannung stehen können“ (2002: 43). Wichtig sei die Frage inwiefern es gelingen kann, Machtdifferenzen konkret wahrzunehmen und zu begrenzen. Es sei wichtig, „Möglichkeiten zur Ermächtigung (empowerment) aller beteiligten Menschen zu erkennen und zu befördern. Es bedarf auch einer Veränderung institutioneller Bedingungen und gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse“ (ebd.).

Das Schenken von Achtsamkeit ist gemäß Conradi nicht auf Autonomie angewiesen (siehe Seite 21).

5.3 Zusammenfassung im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Zunächst einmal versuchen Conradi und Tronto Alternativen zum bestehenden Leitbild philosophischer Ethik zu entwerfen. So gehen beide vom Besonderen aus. Ihre Care-Ethik-Ansätze verstehen sich hierbei als Praxis. Sie nehmen beide einen feministischen Standpunkt ein, von dem aus sie argumentieren, dass Care als Frauenarbeit verstanden wird, die sich im Privaten abspielt, wodurch sie von öffentlichen Auseinandersetzungen abgeschnitten erscheint, und gesellschaftlich abgewertet wird (Conradi 2001:18; Tronto 1993:57). Auch kritisieren beide Autorinnen, dass es kaum Untersuchungen zu Care gibt, weil Philosophen oder Sozialtheoretiker dies aus ihrem Gegenstandsbereich ausgeklammert haben (Conradi 2001:14, Tronto 1993:112).

Für Conradi und Tronto wird Care als ein Prozess gesehen, der mit Interaktionen einhergeht. Conradi und Tronto betonen hierbei beide den Aspekt der Zuwendung. Auch integrieren beide Autorinnen den Selbstsorge-Aspekt in ihren Ausführungen (Conradi 2001: 51f, Tronto 1993: 131). Conradi und Tronto verstehen unter ihrem Care-Ansatz einen Ansatz, bei dem Denken und Handeln miteinander verwoben sind (Conradi 2001: 59f, Tronto 1993: 108). Da sie beide davon ausgehen, dass Care-Beziehungen asymmetrisch sind, und es somit eine Reziprozität nicht geben kann, legen sie hierfür Alternativkonzepte vor. Sie gehen davon aus, dass es sich bei Care um einen kollektiven Prozess handeln sollte, in dem sich die Gemeinschaft einbringt (Conradi 2001:50, Tronto 1993:178). In diese Auseinandersetzung bringen sowohl Tronto als auch Conradi den Aspekt der **Macht** mit ein, der für sie eine bedeutsame Rolle spielt, und bewusst gemacht werden sollte (Conradi 2001: 53f, Tronto 1993:113ff).

Trotz umfangreicher Gemeinsamkeiten unterscheiden sich Conradi und Tronto wesentlich in ihrer Definition von Care. Sie können zwar beide noch als übereinstimmend darin betrachtet werden, dass Care über das professionelle Tätigkeitsfeld der Pflege hinausgeht, aber sie unterscheiden sich deutlich in der Reichweite von Care. So beschränkt sich Conradi allein auf alle

menschlichen Handlungsbereiche (Conradi 2001:45), während Tronto auch Objekte, wie Pflanzen, Tiere oder Gegenstände, sowie die Umwelt in ihren Care -Begriff integriert.

Ihre politischen Forderungen haben unterschiedliche Akzente. Für Conradi liegt der „*Schwerpunkt (..) in den Bezügen von Menschen und deren Verhältnis zueinander*“ (Conradi 2001: 218). Eine klare Abgrenzung vom Begriff der Autonomie in seiner Relevanz für die Praxis ist Conradi wichtig, während dies für Tronto weniger Gewicht hat.

Bei Tronto bildet Care ein Werkzeug für eine kritische politische Analyse, in der sich Bedeutungszusammenhänge von Macht zeigen (Tronto 1993:172). So nimmt sie in ihrem Buch ausdrücklich Bezug zu den Zusammenhängen von Klasse, Rasse und Geschlecht, die sie prägnant mittels Beispielen illustriert (Tronto 1993:112ff).

Tronto steht dem Sorge-Begriff von Benner und Wrubel insofern nahe, dass sie mit ihrem Begriff der (engagierten) Sorge die Sorge für Andere oder Anderes meinen. Dies beinhaltet gemäß ihrer Auffassung, Personen, Ereignissen und Dingen grundsätzlich zugewandt zu sein und sie in ihrer Besonderheit ernst zu nehmen.

Dass eine politische und gesellschaftliche Debatte um Care, mit der auch moralische Überlegungen einhergehen, angegangen werden sollte, belegt am eindrucksvollsten die berechnete Frage von Tronto: „*Warum wird etwas wie Care, dass in so vielen Aktivitäten des täglichen Lebens eine Rolle spielt, so marginal behandelt?*“ (Tronto 1993:111).

6 Care und Ethos fürsorglicher Praxis

6.1 Hinweise auf Elemente eines Ethos fürsorglicher Praxis

Die Rezeption der Care-Debatte hat viele wichtige Elemente eines Ethos fürsorglicher Praxis identifiziert. Nicht ganz einfach ist dabei die Unterscheidung von Pflegeethik und Pflegeethos, weil sie in der Debatte oftmals nicht klar getrennt werden.

So hat Gilligan ihren Blick ganz klar auf einer Ethik der Fürsorge, die sie von einer Ethik der Gerechtigkeit abgrenzt. Diese setzt eine Position der Stärke voraus, da man nur dann für andere eintreten und ihnen Schutz gewähren könne Auch Noddings befasst sich mit Care als einer „Ethik der Aufmerksamkeit“ (“ethics of attention”). Sie betont das ethische Prinzip „respect for persons“, die innerhalb einer Gemeinschaft in Beziehung stehen, und distanziert sich von

einer Hervorhebung des Prinzips „individual autonomy“. Ihr Paradigma einer fürsorglichen Beziehung ist die Mutter-Kind-Dyade. Ihre „feminine“ Perspektive, geht von einer moralischen Grundeinstellung aus, und zwar dem Anerkennen und Wertschätzen des In-Beziehung-Stehens. Dabei misst sie der Selbstpflege der Pflegegeberin eine wichtige Bedeutung zu.

Die pflegewissenschaftliche Debatte führt zu einer stärkeren Orientierung an der Care-Praxis. Nach Fry muss Pflege das objektive, unpersönliche Ethikmodell, das Philosophie und Medizin dominiert, zurückweisen und Caring in den Mittelpunkt stellen.

Leiningers Studium verschiedener Kulturtheorien führte sie zu der Erkenntnis, dass Menschen (universell) durch Sorge geleitete und von tätiger Sorge geprägte Wesen sind. In jeder Kultur sei caring Voraussetzung für das menschliche Überleben. Caring sei die Voraussetzung für Heilung von Krankheit. Die „tätige Anteilnahme“ im Umgang mit Krisen, Behinderung und Sterben ist Leininger zufolge der moralisch-ethische Imperativ für die Pflege.

Bei Watson steht im Mittelpunkt eine pflegerische Beziehung, die durch Vertrauen geprägt ist. Erst durch eine von Sorge geprägte Beziehung erwächst das Vertrauen, das es der umsorgten Person möglich macht, die angebotene Hilfe auch anzunehmen und sich umsorgt zu fühlen. Ihre Pflege-theorie beschäftigt sich mit Bedürfnissen von Menschen, deren Bedeutsamste die Spiritualität ist. Sie betont als wichtig einen karitativen Faktor und eine transpersonale Pflegebeziehung, deren Konkretisierung weitere wichtige Hinweise auf ein Ethos fürsorglicher Praxis gibt.

Benner und J. Wrubel betonen eine sorgende Haltung, die die Basis der Pflegepraxis bilde. Denn: in der pflegerischen Praxis gehe es häufig um Menschen in existentiellen Krisen. Die Sorge sei hier die wesentliche Voraussetzung einer jeden erfolgreichen Bewältigung von Krisen.

Gemäß der Analyse von Käppili ist das Konzept „Mit-Leiden“ bedeutsam.

Auch aus der gesellschaftsbezogenen „Care-Sicht“ lassen sich Hinweise auf ein Ethos fürsorglicher Praxis identifizieren: Nach Tronto geht es darum, sich einer anderen Person zuzuwenden und jemanden zur Handlung bringen bzw. motivieren. Sie versteht Care hierbei als eine menschliche Tätigkeit, die sehr viele Bereiche umfasst, also nicht auf Pflege beschränkt

ist. Es handelt sich um ein vom Geschlecht unabhängiges Modell der engagierten Sorge mit vier Elementen einer Care-Ethik, nämlich Aufmerksamkeit, Verantwortlichkeit, Kompetenz und Resonanz.

In Conradis Ethik der Achtsamkeit wird Care als eine Aktivität aufgefasst, die zumeist mit körperlichen Berührungen zu tun hat. Folglich können für Conradi Care-Interaktionen auch nonverbal sein, d.h. Care ist nicht auf Sprache angewiesen. Ein zentraler Aspekt bei Care sei die Verwobenheit von Fühlen, Denken und Handeln.

6.2 Care in der Pflegepraxis in Deutschland

Die Care-Ethiken, die an das Care-Konzept anschließen, sind im deutschsprachigen Raum innerhalb der Pflegepraxis bzw. der Diskussion um das dafür notwendige Pflegeethos bisher zu wenig genutzt worden. Marianne Arndt (1997) hat in ihrem Lehrbuch „Ethik denken“ (1996) versucht, eine Care-Ethik als eine „Ethik der Frauen“ zu integrieren, ohne ihre Merkmale näher auszuführen. Diese erfordere, so Arndt, eine kontextuelle Ethik sowie eine Auseinandersetzung mit feministischen Ansätzen (45-46).

Die Pflegepädagogin Marianne Rabe (2000) meint, dass Fürsorglichkeit als ethische Orientierung für die Pflege *„vielleicht die professionalisierte Nachfolgerin des alten Liebesideals (ist)“* (14).

Die Pflegewissenschaftlerin Elke Müller (2001) hält eine strikte Ablehnung der Fürsorgeidee aufgrund der gegenwärtig mageren Pflegeethielage für verfrüht und plädiert für eine sorgfältige Neudefinition, *„... die sich der Personenbezogenheit bedient...“* (91).

Der Theologe Hans-Ulrich Dallmann (2003) distanziert sich von Care-Konzepten und plädiert für eine theologisch ausgerichtete Pflegeethik, welche die Nächstenliebe hochhält ohne bestehende Verhältnisse zu ignorieren. Er warnt: *„Pflege droht zu pervertieren, wenn die Selbstpflegemöglichkeiten der Pflegenden aus strukturellen oder anderen Gründen nicht mehr gegeben sind“* (Dahlmann 2003: 15).

Viele Pflegeethikerinnen fokussieren sich in ihrer Auseinandersetzung auf Patricia Benner (Stemmer 2003). Eine umfassende Auseinandersetzung findet sich in der Habilitationsschrift der Schweizer Pflegewissenschaftlerin Silvia Käppeli (2004): *„Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege.“* Die Autorin findet einen theologisch-historischen Zugang zu dem Thema,

wobei sie sich kritisch mit einigen Care- Konzepten der angloamerikanischen Pflegewissenschaft auseinandersetzt. Eine Rezeption dieses Werkes innerhalb der deutschen Pflegegesellschaft steht noch aus.

Die Debatte zum Pflegeethos in Deutschland ist, wie die folgenden Beispiele zeigen, sehr stark mit den Einschränkungen des Pflegeethos befasst, die sich durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ergeben. Dadurch droht die Beschäftigung mit dem Pflegeethos selbst in den Hintergrund zu geraten.

So hat sich die Medizinerin Christiane Stüber in ihrer Dissertation mit dem Berufsethos im Krankenhaus beschäftigt und kommt dabei zu folgendem Fazit:

„Die traditionellen Überzeugungen der Heilberufler darüber, was es heißt ‚gut zu arbeiten‘, und das sich daraus ableitende Berufsethos geraten durch finanzielle Zwänge unter Druck. In Krankenhäusern findet man weiterhin ein öffentliches Bekenntnis zu nicht quantitativ erfassbaren Faktoren wie persönliche Zuwendung und dem klassischen heilberuflichen Ethos“ (2006: 14).

Dies zeige sich in Pflegeleitbildern und Unternehmenskodizes, die an die Mitarbeiter herangetragen werden. Je größer nun der Druck auf das traditionelle Berufsethos in der Praxis werde, umso mehr sinke die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, dass sich alle oder auch nur viele der Berufsangehörigen an dieses Ethos halten. Für die sinkende Bereitschaft gibt es ihrer Meinung nach zwei Erklärungsmöglichkeiten:

„Zum einen ist es denkbar, dass sich das Verständnis des einzelnen Mitarbeiters darüber ändert, was denn ‚gutes Arbeiten‘ heißt. Wenn geringe Verweildauern und ein zügiges Durchschleusen von Patienten tatsächlich als Organisationsziele kommuniziert und ‚belohnt‘ werden, dann können sie auch von den Mitarbeitern letztlich als handlungsleitende Normen angenommen werden, die das traditionelle Verständnis von heilberuflicher Fürsorge verdrängen“ (15).

Schließlich weist sie auf zwei denkbare Alternativen für die Entwicklung des Berufsethos im Krankenhaus hin:

„Entweder man passt das heilkundliche Ethos durchsichtig den Gegebenheiten der Praxis an, oder man ändert das System so, dass das ursprüngliche Ethos wieder praktikierbar wird. Welche Alternative vorzuziehen ist, lässt sich nur in einer ehrlich geführten und transparenten Diskussion herausfinden, bei der man sich die Konsequenzen beider Optionen für die medizinische (und pflegerische) Versorgung vor Augen führt“ (16).

Auch der Theologe und Psychologe Rainer Wettreck (2001) wendet sich gegen derzeitige Entwicklungen im Gesundheitswesen. Er folgert aufgrund seiner Interviews mit Pflegenden in der klinischen Praxis, dass es nötig sei, ein wertorientiertes Pflege-Management zu beschreiben. Zum Erhalt der „*pflegerischen Sorge*“ könne es nicht ausreichen, aktuelle betriebswirtschaftliche Führungsansätze (Lean Management, Total Quality Management o.ä.) auf die Pflege zu übertragen.

Ein Bemühen auf der Systemebene Veränderungen herbeizuführen, wird auch in den Rufen vieler Experten nach einer Organisationsethik deutlich. Diese sehen die Lösung vieler Kon-

flikte im medizinischen und pflegerischen Praxisalltag nicht auf der individuellen Beziehungsebene (Heller, Krobath 2003).

Es scheint jedoch in der Debatte sehr schwierig zu sein, die Mikroebene des pflegerischen Tuns im Sinne des Blickes auf die Elemente des Ethos fürsorglicher Praxis mit einer Makroebene zu verbinden, die Pflegestrukturen und -organisation oder gar die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Fokus hat.

7 Literatur

- Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart, New York.
- Arend, Arie van der; Gastmans, Chris (1996): Ethik für Pflegendе. Bern (niederl. Orig. 1993).
- Benhabib, Seyla (1995): Selbst im Kontext. Gender Studies. Frankfurt a. Main.
- Benner, Patricia; Wrubel, Judith (1989): The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness. California.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A. (1996): Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics. New York.
- Benner, Patricia (1997): A Dialogue between virtue ethics and care ethics. Theoretical Medicine 18: 47-61. The Netherlands.
- Carse, Alisa L; Lindemann Nelson, Hilde (1996): Rehabilitating Care. Kennedy Institute of Ethics Journal Vol. 6 (1): 19-35.
- Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt, New York.
- Conradi, Elisabeth (2002): Vom Besonderen zum Allgemeinen – Zuwendung in der Pflege als Ausgangspunkt einer Ethik. In: Behrendt, H.; Erichson, N.; Wiesemann, C. (Hg.): Pflege und Ethik. Stuttgart.
- Dahlmann, Hans-Ulrich (2003): Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik. Zeitschrift für Evangelische Ethik, 47: 6-20.
- Fry, Sarah T. (1989): Toward a theory of nursing ethics. Advances in Nursing Science 11(4): 9-22.
- Fry, Sarah T. (1992): The Role of Caring in a Theory of Nursing Ethics” In: Bequaert Holmes, Helen; Purdy, Laura M. (Ed.): Feminist Perspectives in Medical Ethics: 93- 194. Bloomington and Indianapolis.
- Gadow, Sally (1985): Nurse and Patient: The Caring Relationship. In: Bishop, Anne H.; Scudder, John R. (Ed.): Caring, Curing, Coping. Nurse, Physician, Patient, Relationships: 31-43.
- Gilligan, Carol (1982): In a different voice. Psychological Theory and Women’s Development. Massachusetts.
- Heller, Andreas; Krobath, Thomas (2003) (Hrsg.): Organisationsethik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie. Freiburg im Breisgau.
- Jaggar, Alison M. (1983): Feminist Politics and Human Nature. Sussex.
- Käppeli, Silvia (2004): Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft, Geschichte des Mitleidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Bern.
- Kittay, Eva; Meyers, Diana T. (Ed.) (1987): Women and Moral Theory. Totowa, N.Y.
- Leininger, Madeleine, M.(1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.
- LeVeille Gaule, A.L. (1995): Casuistry, Care, Compassion and Ethics. Data Analysis. Advances in Nursing Science 17: 47-57).
- Liaschenko, Joan (1993): Faithful to the good: Morality and philosophy in nursing practice. Unpublished doctoral dissertation. University of California, San Francisco.
- Morse, Janice (1990): Concepts of caring and caring as a concept. Advanced Nursing Science 13 (1): 1-14.

- Müller, Elke (2001): Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern.
- Nelson, Hilde L. (1992): Against Caring. *Journal of Clinical Ethics* (3): 8-15.
- Noddings, Nel (1984): *Caring. A feminine approach to ethics and morals*. Berkeley, California.
- Rabe, Marianne (2000): *Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge – Werte für die Krankenpflege*. Dortmund.
- Reverby, S.A. (1987): Caring dilemma: womanhood and nursing in historical perspective. *Nursing Research* 36 (1): 5-11.
- Schnepf, Wilfried (1996): *Pflegekundige Sorge*. In: In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): *Pflege und Gesellschaft*. Duisburg.
- Steinkamp, Norbert; Gordijn, Bert (2003): *Ethik in der Klinik – Ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag*. München.
- Stemmer, Renate (2003): *Zum Verhältnis von professioneller Pflege und pflegerischer Sorge*. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): *Pflege und Gesellschaft. Sonderausgabe. Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Frankfurt / Main.
- Stüber, Christiane (2006): *Berufsethos im Krankenhaus*. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Tong, Rosemarie (1997): *Feminist approaches to Bioethics. Theoretical reflections and practical application*. Colorado.
- Tronto, Joan (1993): *Moral Boundaries. A political argument for an ethics of care*. New York, London.
- Warelow, Philip J. (1996): Is caring the ethical ideal? *Journal of Advanced Nursing* (24): 655-661.
- Watson, Jean (1988): *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (2nd edition).
- Watson, Jean (1990): Caring knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science*, 13(1): 15-24.
- Watson, Jean (1996): *Pflege- Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Norwalk, Conn. (amerik. Orig. 1985).
- Watson, Jean (1999): *Postmodern Nursing and Beyond*. New York.
- Watson, Jean (2001): *Theory of human caring*. In: Parker, M.E. (Ed.): *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia.
- Rainer Wettreck (2001): „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster.
- Young, Iris Marion (1990): *Justice, Gender, and the Politics of Difference*. Princeton.

Angaben zu den Autorinnen:

Helen **Kohlen**, Doktorandin, Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester, Studienrätin, Universität Hannover, Fachbereich Politische Wissenschaft, Tel. 0511-762-4255, Helen.kohlen@stud.uni-hannover.de

PD Dr. Christel **Kumbruck**, Arbeits- und Organisationspsychologin sowie Privatdozentin für Arbeitswissenschaft des FB 11 der Universität Bremen.

Koordinatorin und Bearbeiterin des Projekts „Die Bedeutung der Geschlechterverhältnisse für eine neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis“ sowie Teilhaberin im Forschungsverbund „Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel“, an dem auch Eva Senghaas-Knobloch (Universität Bremen), Jürgen Rinderspacher und Gerhard Wegner (Sozialwissenschaftliches Institut der EKD) teilhaben.

Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)

Universität Bremen
Seminar- und Forschungsverfügungsgebäude (SFG)
Enrique-Schmidt-Str. 7, Postfach 33 04 40
D-28334 Bremen

Telefon: +49-421-218-61801
Telefax: +49-421-218-4449
e-Mail: sek@artec.uni-bremen.de
www.artec-uni-bremen.de

Ansprechpartnerin: Andrea Meier Tel: +49-421-218-61800
e-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum Arbeit und Technik (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multidisziplinäres Spektrum von - vorwiegend sozialwissenschaftlichen - Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus, auch im Download, siehe Webpage. www.artec.uni-bremen.de