

# 1. Die Sorge um Andere

---

In seinen Vorlesungen über die Philosophie der Geschichte hat Georg Wilhelm Friedrich Hegel in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen gewagten und berühmten Gedanken formuliert – den Gedanken von den „welthistorischen Individuen“ ([1840/1848] 2002, 74). In der Geschichte kulminiere die *Wahrheit einer Zeit* in ihren historischen und ideologischen Spannungen, in ihren möglichen Richtungen und Tendenzen in einzelnen historischen Persönlichkeiten, die durch ihr Denken und Tun, durch ihr Wirken das Rad der Geschichte dann ein Stück weiter drehen. Mehr als dass sie *wüssten*, „was an der Zeit ist“ (ebd., 75) – es sind „praktische und politische Menschen“ (ebd.) –, *spüren* sie es und leben und wirken gemäß ihres inneren Gesetzes. Doch dabei treiben sie gerade darin, dass sie ihrer Bestimmung und ihrer Energie folgen, eine allgemeine Wahrheit fort. Indem sie

„ihre Zwecke und ihren Beruf nicht bloß aus dem ruhigen, angeordneten, durch das bestehende System geheiligten Lauf der Dinge geschöpft haben, sondern aus einer Quelle, deren Inhalt verborgen und nicht zu einem gegenwärtigen Dasein gediehen ist, [denken und schaffen sie], was not und was an der Zeit ist“ (ebd.).

Der Gedanke hat also zwei Seiten: In den großen historischen Individuen kulminiert einerseits eine Zeit, andererseits wird diese auch überschritten, transzendiert in etwas Neues und auch Einmaliges, das einen Überschuss an Sinn spürbar macht, den nachfolgende Generationen noch bewundern und der die „großen Menschen“ zu Ikonen werden lässt.

Wir teilen heute kaum noch die Metaphysik Hegels einer notwendig fort- und höherschreitenden Geschichte. Wir sind wohl weit sensibler für das Konstruktive solcher Geschichtsschreibung generell und insbesondere einer, die sich an großen Persönlichkeiten orientiert. Aber ist es nicht dennoch ein reizvoller Gedanke, jenseits der Caesaren und Bonapartes, jenseits von Reichs- und Staatsgründungen und deren Untergang, mit einem Blick gewissermaßen auf die Rückseite der offiziellen Kaiser- und Königsgeschichte, in der Hinwendung zu den Kranken und Armen, das Konzept

des welthistorischen Individuums auf die Geschichte der Fürsorge zu übertragen? Und ist es dann nicht erstaunlich, dass die moderne Geschichte der Fürsorge durchaus eine solche Figur kennt (unter anderen), in der die Widersprüche ihrer Zeit kulminieren und gleichzeitig von ihr überschritten werden in eine positive Synthese? Diese „welthistorische Persönlichkeit“ und moderne Ikone der Fürsorge und Krankenpflege ist – wohl mit einigem Recht: *Florence Nightingale*.

So wie Sokrates beispielsweise für den Typus des philosophischen Menschen (vgl. zweites Kapitel) stehen mag, so steht Florence Nightingale zunächst für eine modern gewordene Krankenpflege, die viele widerstreitende Elemente der Sorge in der Umbruchszeit des 19. und 20. Jahrhunderts in sich vereint. Es kommt dabei nicht darauf an, im Einzelnen historisch-krämerisch zu beurteilen, ob etwa ihr Einfluss auf die Pflege-Ausbildung in Großbritannien so oder so viel Gewicht besaß oder ob ihr Beitrag zur Verwissenschaftlichung und Akademisierung der Krankenpflege ein entscheidender oder nur ein kleinerer war usw. Es wäre müßig, die Größe Florence Nightingales an der Wirkkraft ihres Einflusses zu messen.

In solchen historischen und ikonografischen Zugängen steckt immer auch ein konstruktives Element, das aufgezeigt und worüber dann gesagt werden kann: „In Wirklichkeit war das aber so oder so.“ Doch das ist nicht der Punkt. Es geht nicht darum, ob Sokrates oder Nightingale „wirklich“ genau so oder so gedacht oder getan haben, die Größe bemisst sich nicht nur an dem, ob und wie viel Einfluss von x auf y ausgegangen ist, *sondern an der Fähigkeit, uns in Frage zu stellen*, uns ein Bild zu liefern, an dem wir uns abarbeiten können. „Sokrates“ oder „Florence Nightingale“ – die Namen *stehen für etwas*, für eine *Idee*, verwurzelt in konkreten historischen Figuren, die aber zum Symbol werden, weil ihr Denken und Tun, ihr Leben über sich selbst hinaus weisen. Diese zum Symbol gewordenen Figuren und Geschichten bearbeiten Widersprüche, die uns auch heute noch beschäftigen, und stehen gleichzeitig für eine mögliche Weise, in einer Lebensform diese Widersprüche „aufzuheben“. In diesem Sinne hat der Philosoph Karl Jaspers von „menschlicher Größe“ gesprochen (vgl. Jaspers 2007, 29ff.). Größe zeige sich nicht in Leistung und Nutzen, sie ist nicht quantitativ messbar. Arbeitskraft und Produktivität machen noch keine „Größe“. Sondern erst dadurch, dass *etwas von allgemeiner Bedeutung*, eine Idee *in einer konkreten Person wirklich* geworden ist, oder sich diese Person mit ihrer Geschichte zumindest dafür eignet, allgemeine Ideen abzulesen, dadurch entsteht Größe: „Erst die Einheit des persönlichen Individuums mit der Allgemeinheit einer Sache verleiht Größe.“ (Ebd., 30) „Größe“ lässt sich jedenfalls nicht historisch, psychologisch, soziologisch erforschen: „Die Denkweisen der Psychologie und Soziologie, wenn sie absolut werden, machen blind für Größe.“ (Ebd.) Warum? Weil die Wahrnehmung von Größe etwas mit uns selbst zu tun hat (und weniger mit objektiven Tatbeständen). Sokrates für die Philosophie, Nightingale für die Pflege oder Ciceley Saunders für Palliative Care (vgl. Pleschberger 2007, 24 ff.) sind wie Spiegel, die wir bestaunen, deren Geschichten wir erzählen, um uns selbst zu reflektieren und besser zu werden,

um uns zu erinnern, worauf es ankommt, was zählt und worin die Idee eigentlich bestanden hat, der wir nachgehen. „Größe ist da, wo wir in Ehrfurcht und Hellsicht spüren, wodurch wir selber besser werden.“ (Ebd.) Hinter einem solchen Zugang zur Geschichte steht letztlich die Einsicht, dass wir in einem existenziellen hermeneutischen Zirkel des Verstehens in der Geschichte stehen. Kein Geschichtsentwurf ist ein neutrales Abbild einer Vergangenheitsmasse an Daten, sondern immer auch ein *Entwurf* unserer selbst. Unser Bild von der Geschichte ist gleichzeitig immer eine Antwort auf unsere Fragen. Hermeneutisch betrachtet gelten deshalb zwei auf den ersten Blick paradoxe Sätze. Erstens ist die *Zukunft unsere Herkunft* in dem Sinne, dass wir wesentlich entwerfende, projektierende Wesen sind, die in eine Zukunft hineingehen; zweitens liegt die Vergangenheit nicht zurück, sondern voraus, in dem Sinne, dass wir für die Bewältigung der Zukunft und unserer Entwürfe, für die Suche nach „Stabilität des Sinns über die Instabilität der Ereignisse“ (Dewey 2007, 63) uns die Bedeutungen der Vergangenheit aneignen. Deshalb müssen wir unseren Bezug zu den Bedeutungen der Vergangenheit als *Gespräch* verstehen – ein Gespräch, das wir mit unseren Fragen bestreiten und das unser entwerfendes Dasein bereichern kann. Wenn also Florence Nightingale bzw. das Bild von ihr teilweise ins Märchenhafte und Mythische reichen mögen, so enthält doch in einem gewissen Sinn der Mythos mehr Wahrheit als die Einschätzung der soziologischen und psychologischen Fakten.<sup>1</sup>

Worin besteht nun diese Wahrheit der Legende von der „*Lady with the lamp*“? Sie besteht allgemein darin, Widersprüche und Tendenzen ihrer *Zeit aufgehoben* zu haben. „Aufheben“ hat – seitdem in der Philosophie Hegels diesem Ausdruck besondere Bedeutung verliehen wurde – den Tripel-Sinn von „bewahren“, „höher heben“ und „außer Kraft setzen“. Die Tendenzen und Widersprüche sind „bewahrt“ in dem Sinn, dass sie in ihrer Biografie zu einer hervorragenden *Sichtbarkeit* gelangen, sie sind insofern „höher gehoben“, als die Geschichte Nightingales etwas *Neues* daraus gemacht hat, und sie sind „außer Kraft gesetzt“ in ihrer ausschließlichen *Widersprüchlichkeit*, die sie in den gesellschaftlichen Umbrüchen davor gehabt haben und

- 
- 1 Bemüht, Mythos von historischer Wahrheit mittels soziologischer und psychologischer Beurteilung zu trennen, ist etwa Foster (2010). Beispielsweise kontrastiere Nightingales Bild als Pflege-Engel, als „Dame mit der Lampe“, deren bloße Anwesenheit schon das Dasein der verwundeten Soldaten heilige, mit ihrem religiösen und politischen Ehrgeiz, ihrem dominanten und manipulativ-berechnenden Charakter. Aber die Frage, ob solch ein Charakter die populäre Darstellung „verdient“ oder nicht, ist vollkommen falsch gestellt (und nicht zuletzt auch etwas arrogant, als ob wir das heute so beurteilen könnten oder dürften). Entscheidend ist, dass in einer Person die Widersprüche von christlichem Liebesethos und säkularer Organisationstechnik, von Fürsorglichkeit und politischem Lobbyismus, von emanzipierter und „typischer“ Frau so zugespitzt und wirkmächtig vereint sich finden – und dass das die Frage nach unserem Umgang mit diesen durchaus noch aktuellen Widersprüchen stellt.

auch heute wieder haben, weil praktisch der Beweis erbracht wurde, dass sie in einem Leben *sinnvoll zusammengeführt und gelebt werden können*.

Welche sind aber diese Tendenzen, Widersprüche und Spannungen der Geschichte der Fürsorge? Soweit sie sich in der Geschichte der Krankenpflege abbildet, betreffen sie: a) die Rolle der Frau, b) das Ethos christlich motivierter Liebestätigkeit, c) die Rolle von Wissenschaft und Professionalisierung.

Spannungen ergeben sich nicht nur in diesen Themen, die den Kern weltanschaulicher Strömungen bilden, sondern auch jeweils innerhalb dieser Themen selbst. Diese Spannungen und Widersprüche bilden den Hintergrund, vor dem sich die Fragen nach der Sorge und einer Kultur der Sorge auch heute noch stellen und beantwortet werden müssen. Die Geschichte von Florence Nightingale soll in den folgenden Zeilen nicht erzählt werden<sup>1</sup>, sondern es werden jene Hauptmomente herausgegriffen, in denen diese Tendenzen der Geschichte der Sorge und ihre Widersprüche *sichtbar* und für uns heutige bearbeitbar werden.<sup>2</sup>

## 1.1 FLORENCE NIGHTINGALE ZWISCHEN TRADITIONELLEM FRAUENBILD UND EMANZIPATION

In den 50er-Jahren des 19. Jahrhunderts tobte der Krim-Krieg: Das Osmanische Reich war im Zerfall begriffen, Russland versuchte seine Gebiete zu dessen Lasten zu vergrößern, eine französisch-britische Koalition versuchte ihrerseits dies zu verhindern. Die hohen Verluste des Krieges lassen sich nur zum Teil unmittelbar auf die Kampfhandlungen zurückführen, sondern waren durch Infektionen, miserable hygienische Bedingungen in den Lazaretten und allgemein durch die schlechte Versorgung der verwundeten Soldaten bedingt. Im Auftrag der Regierung reiste im Oktober 1854 eine Gruppe von 38 Krankenschwestern unter der Leitung von Florence Nightingale – die zuvor einem Londoner Pflegeheim für ältere Frauen der höheren

- 
- 1 Umfassend und genussreich tut dies Bostridge (2009) – er ist der Hauptbezugspunkt hier, andere Verweise dienen der Konkretisierung einzelner thematischer Schwerpunkte.
  - 2 Käppeli (2004, 126-131) verfolgt eine nicht unähnliche Strategie. Allerdings sieht sie eine Art konfuser „Vermischung“ (ebd. 127) der dominanten Werte des 19. Jahrhunderts und der Pflege-Ideologien in Nightingale reflektiert. Hier soll der Versuch gewagt werden, in Nightingale eher eine mögliche kohärente Synthese, eben eine „Aufhebung“ der Widersprüche im bekannten Tripelsinn zu sehen, was der Gründerfigur einer neuen Epoche würdig ist. Das möglicherweise Konstruktive dieses Vorgangs rechtfertigt sich aus der heuristischen Kraft des halb entdeckten, halb erschaffenen Symbols selbst. Eine Kurzversion aus Teilen des nachfolgenden Textes über Florence Nightingale ist erschienen in Schuchter (2012b).

Gesellschaftsschicht vorstand – nach Skutari (heute Üsküdar, ein Stadtteil von Istanbul), wo sich das größte Hospital des britischen Militärstützpunktes, das *Barrack Hospital*, befand. Die rastlosen pflegerischen und organisatorischen Tätigkeiten der Gruppe um Nightingale während der folgenden Wochen in Skutari begründeten das populäre Bild und die „Legende Nightingale“. Die Schwestern sorgten dafür, dass die Soldaten gewaschen und ihre Wunden rein waren, dass frische Wäsche und saubere Betten zur Verfügung standen, ließen Fenster für die Frischluftzufuhr einbauen, verbesserten das Abwassersystem der Latrinen, kümmerten sich um eine ausreichende Ernährung der Verwundeten. Obwohl all das eher einen organisatorischen Aufwand, rationale Überlegung, Arbeit an den Strukturen und nicht zuletzt kämpferisches Durchsetzungsvermögen gegenüber den Ärzten und Kommandeuren der Armee bedeutete, erschuf das öffentliche Bewusstsein ein Bild von Florence Nightingale auf einer anderen Grundlage. Am 24. Februar 1855 erschien in der *Illustrated London News* ein Stich, der Nightingale, mit einer kleinen Öllampe in ihrer Hand, bei einer ihrer gewohnten abendlichen Runden durch die Bettenreihen der verwundeten Soldaten zeigt. Die Symbolkraft des Bildes – die zumindest im angelsächsischen Raum von ungebrochener Nachhaltigkeit zu sein scheint (vgl. Bostridge 2009, 251) – hat mehrere Ebenen. Es ist zunächst das ausdrucksstarke Bild von behutsamer *Fürsorglichkeit*. Indem sie nicht nur für „gesundheitsfördernde“ Strukturen kämpft, sondern auch *über den Schlaf* der Soldaten *wacht* – in diesem Dabeisein im Leiden –, wird die ethische Energie der Sorge augenfällig. Die Soldaten selbst bezeichneten sie als „*guardian angel*“, als hütenden und schützenden Engel (ebd. 252). Eine andere soldatische Stimme spricht von der Wohltat und vom Trost, wenn sie vorbei kommt, mit dem einen oder anderen spricht, den anderen zulächelt oder zunickt (vgl. Gill/Gill 2005, 1804). Die rituelle Runde der „Dame mit der Lampe“ zog sich dabei über immerhin insgesamt 6,4 km (vgl. ebd.): „Wir lagen da zu hunderten, aber wir konnten ihren Schatten küssen, so wie er fiel, und unsere Köpfe wieder zufrieden auf den Polster legen.“<sup>3</sup>

Auf einer zweiten Ebene ist es für die Symbolkraft des Bildes natürlich nicht unbedeutend, dass es eine *Frau* ist, die – noch dazu gegenüber *Soldaten* – gewissermaßen ein Sorge-Ritual vollzieht. Das populärste Bild von Florence Nightingale steht nicht einfach für *Fürsorglichkeit*, sondern für *weibliche Fürsorglichkeit*, letztlich für das Ideal christlicher Weiblichkeit. Andere Begebenheiten der Biografie Nightingales nähren diese Vorstellung. So blieb sie etwa zeit ihres Lebens ehelos. Populär wurden auch die – halb wahren, halb legendenhaften – Geschichten aus ihrer Kindheit, wonach sie schon als kleines Mädchen mit Vorliebe ihre Puppen gepflegt hätte oder die (besser bezeugte) Geschichte von dem Hund, dessen Bein sie verarztete (vgl. Bostridge 2009, 45 ff.). Zudem galt sie später – trotz Anregungen von außen wie etwa

3 „We lay there by hundreds, but we could kiss her shadow as it fell and lay our heads on the pillow again content.“ (Derselbe Soldat, zitiert ebd.)

durch den Philosophen John Stuart Mill – nicht gerade als große Unterstützerin der Frauenrechtsbewegung. Sie hielt etwa das Frauenwahlrecht für eine Angelegenheit von zweitrangiger Wichtigkeit oder äußerte sich abschätzig über die Bestrebungen von Frauen, in die männliche Domäne des Arztberufes vorzudringen (vgl. zu den Auseinandersetzungen zwischen Mill und Nightingale Bostridge 2009, 373 ff.). Ihr Wirken im Krimkrieg zusammen mit der Ehelosigkeit, die Attribuierungen als Engel („guardian angel“, „ministerian angel“, vgl. Bostridge 2009, 251 ff.), als „Geschenk des Himmels“<sup>4</sup>, stilisierten und evozierten das Ideal der christlichen Frau in Form weltlicher Heiligkeit: rein, keusch, ehelos, fürsorglich, hingebungsvoll. Die Geschichten aus der Kindheit und ihre eigene politische Haltung (letztere widerspricht dem zumindest nicht) errichten das Bild von der „weiblichen Natur“ in ihrer Festlegung und Hinordnung auf Fürsorge, Hingabe, Selbstlosigkeit. Mit fast schon wieder erfrischender Kritiklosigkeit drückt diese Ansicht einer männlich dominierten Kultur ein deutscher Arzt um 1900 aus:

„Der Mann ist Egoist und er soll es sein. Er hat sein eigenes Ich, seine Individualität scharf auszuprägen und zu behaupten. Die Frau ist dazu bestimmt, mit ihrer Person zurückzutreten, sich selbst zu vergessen, sich aufzuopfern für andere; ihr allein gebührt dafür auch die Palme der Selbstlosigkeit.“ (Pfeil Schneider, Arzt im Krankenhaus Schönebeck um 1900, zitiert in Schweikardt 2008, 182)

Das Bild von Florence Nightingale mit der Lampe im Kreise der verwundeten Soldaten reflektiert diese Doppeltendenz der Krankenpflege im ausgehenden 19. Jahrhundert, christlich und/oder weiblich motiviert zu sein. Die Ideale des christlichen Liebesdienstes ließen sich nahtlos übertragen auf die angebliche „Natur der Frau“. Die Geschichte der Sorge ist christlich-weiblich geprägt. Beim Übergang von der christlichen Pflege durch katholische Orden, evangelische Diakonissinnen oder anglikanische Schwesternschaften zum Beruf für bürgerliche Frauen<sup>5</sup> konnte bei Ver-

- 
- 4 In der Ballade eines Soldaten lauten die letzten Zeilen: „May heaven give her strength and her heart never fail / One of Heaven's best gifts is Miss Nightingale“; zitiert in Gill/Gill (2005, 1804).
  - 5 Dieser Übergang wurde nur in Großbritannien vollzogen, nicht aber in Deutschland oder Österreich. Mit der Popularität von Nightingale konnte sich die Krankenpflege eigenständiger und selbstbewusster etablieren, indem etwa früh Berufsverbände gegründet wurden. Im deutschsprachigen Raum kam es den Einschätzungen Schweikardts zufolge (2008, v. a. 272ff.) nie zu einer vergleichbaren Entwicklung. Auf beiden Seiten des Kanals werden jedenfalls Medizin und Ärzteschaft zur dominanten Bezugsgröße, aber in Deutschland und Österreich konnte sich die Pflege damals nicht, wie in Großbritannien, zu einem angesehenen Beruf für Frauen des Bürgertums entwickeln.

schiedenheit der metaphysischen Begründungsinstanzen ethische Kontinuität gewahrt bleiben. „An die Stelle des Gottesdienstes trat der mütterliche Liebesdienst an der Menschheit; statt dem transzendenten Heilsgewinn stand jetzt die weibliche Selbstverwirklichung im Vordergrund.“ (Käppeli 2004, 308)

Jedenfalls: Nach einer Seite hin – und zwar im starken Bild der „Dame mit der Lampe“ – steht Florence Nightingale für das Ideal christlich-weiblicher Fürsorglichkeit und reflektiert damit eine wesentliche Tendenz der modernen Geschichte der Sorge. Nach einer anderen Seite hin löst sich allerdings dieses Bild zwar nicht gerade auf, gerät aber in eine erregende Spannung, wenn man das Thema des Frauseins bei Nightingale ein wenig genauer verfolgt und wieder in den Strömungen der Zeit spiegeln lässt. Es tritt dann die ganze Ambivalenz der Sorge als Frauensache bzw. der Krankenpflege als Frauenberuf zutage.

So erweist sich etwa die Ehelosigkeit als weit davon entfernt, Ausdruck eines religiösen Frauenideals zu sein. Sie war vielmehr die einzige realistische Möglichkeit, in der englischen Gesellschaft des 19. Jahrhunderts der typischen „Karriere“ einer Frau der gehobenen und wohlhabenden Gesellschaft zu entgehen. Die typische Frauen-Karriere hatte ein einziges klares Ziel, nämlich zu heiraten. So heißt es in einem Brief Nightingales (an eine schwedische Freundin): „Für sie – ist Heiraten *die* Sache, während es für den Gatten nur *eines* der Dinge ist, die sein Leben ausmachen“ („to her – marriage is the thing, while to the husband it is only *one* of the things which form his life“, zitiert in Bostridge 2008, 105f.). Die Hochzeit band schließlich die Frau an das Haus und an die von Nightingale als extrem passiv empfundene Rolle darin, wie sie sie in ihrer Jugend leidvoll erfahren hatte. Während sich ihre Schwester und Mutter gut in diese Rolle fügten und so den Tätigkeiten nachgingen, für die Frauen der besseren Gesellschaft „geboren“ waren: Häkeln, Singen, Vorlesen, gesellschaftliche Unterhaltung, Sorge für die Schönheit von Haus und Garten, empfand Nightingale schon früh den Kontrast des für sie vorgesehenen Lebens mit ihren eigenen Ambitionen, ihrer enormen Bildung und Intelligenz, ihrem Willen, in der Welt zu wirken und etwas Sinnvolles zu tun. In „Cassandra“ – dem Fragment einer Novelle und Teil des 800 Seiten umfassenden, zu Lebzeiten nie publizierten Manuskriptes „Suggestions for thought“ – kommt diese Erfahrung scharfsinnig und wütend zum Ausdruck. Das Familienleben in der viktorianischen Gesellschaft wird beschrieben als „kalte und unterdrückend-konventionelle Atmosphäre“ („*cold and oppressive conventional atmosphere*“, zitiert in Pugh 1982, 127); Frauen würden zu spirituell und geistig minderen Kreaturen reduziert; man solle sich den lächerlichen Anblick vorstellen, Männer säßen im Salon und täten, was Frauen tun, nämlich Nähen und Bilder betrachten (vgl. ebd.). Sie stellt die rhetorische Frage: „Warum ist es so, dass Frauen Leidenschaft, Intellekt, moralische Aktivität haben – und einen Platz in der Gesellschaft, wo nichts davon ausgeübt werden kann?“ („*Why is it that women have passion, intellect, moral activity, and a place in society where not one of these three can be exercised?*“, zitiert in Holliday/Parker 1997, 487)

Neben den scharfsinnigen Analysen des familiären *ennuis* und der zur Trägheit verdamnten Frau, der Forderung für die Frau, über ein eigenes Zimmer und eigene Zeit verfügen zu können, und den zornigen Invektiven in „Cassandra“ steht das Leben von Nightingale selbst heute für einen starken individualistischen Feminismus, für die Emanzipationsbewegung einer einzelnen Frau, die mit dem lieblichen Bild des Fürsorgeengels mit der Lampe kaum schärfer kontrastieren könnte. Ungewöhnlich war schon die Bildung, die sie sich dank ihres Vaters aneignen konnte, in Philosophie, Religion, den alten und neuen Sprachen, aber auch in Astronomie und Mathematik. Nicht zuletzt auf Grundlage der Ehelosigkeit und dem starken Willen, in der Welt zu wirken, erscheint das Leben von Florence Nightingale als ein enormer und über Jahrzehnte – durch Verzweiflung und Depression, gegen gesellschaftliche Erwartungen und die eigene Familie – durchgekämpfter Kraftakt, in der Männergesellschaft eine politische Rolle zu spielen. Als Leiterin eines Pflegeheims – dem *Establishment for sick Gentlewomen* in London – sorgte sie schon für Gesprächsstoff, im Krim-Krieg und weiter in der Zeit danach als Sozialreformerin überschritt sie den „durch das bestehende System geheiligten Lauf der Dinge“ bei weitem: Sie gründete 1860 die *Nightingale School of Nursing* und leitete damit einen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Verwissenschaftlichung und der Verberuflichung der Krankenpflege ein. Damit wurde der Beruf der Krankenpflege, die bis dahin entweder von Lohnwärterinnen als eine schlecht bezahlte, in schlechtem Ruf stehende Lohnarbeit, die keine Ausbildung voraussetzte, oder von Nonnen katholischer Orden bzw. von anglikanischen Schwesternschaften (*Sisterhoods*, vgl. Bostridge 2008, 96f.), ebenfalls ohne fachwissenschaftliche Ausbildung, aber getragen und motiviert vom hohen Ethos des christlichen Liebedienstes und christlicher Mission, ausgeübt wurde, langsam salonfähig für bürgerliche Frauen. Kraft ihrer statistischen Analysen, ihrer Berichte und ihrer öffentlichen Autorität übte sie weiter wesentlichen Einfluss auf die Umstrukturierung und die Verbesserung der sanitären Bedingungen in den Militärspitälern aus und konnte erwirken, dass ausgebildetes Pflegepersonal die Verhältnisse in den Arbeitshäusern für Arme<sup>6</sup> verbesserte. Weitere Impulse Nightingales krempelten im Lauf der folgenden Gesetzgebung das System der Armen- und Krankenfürsorge Großbritanniens selbst um. Sie insistierte auf der Trennung der Kranken von den Armen mit einem Argument, das an die *Universalität der Sorge* gemahnt: Sobald nämlich der arme Mensch krank wird, „hört er auf ein Armer zu sein und wird zum Bruder unserer aller und als ein Bruder sollte für ihn gesorgt [*cared for*] werden.“<sup>7</sup> Damit wurde dem Staat die Aufgabe überantwortet, die Hospitäler den krankgewordenen

---

6 Die britischen Armengesetze der Zeit sahen vor, dass auf Unterstützung angewiesene Personen in den „Workhouses“ untergebracht wurden und dort Arbeit verrichten mussten.

7 Zitiert aus einem Brief in Bostridge (2008, 417): „He ceases to be pauper & becomes brother to the best of us and as a brother he should be cared for“.



Armen, die bis dahin von der Gemeinschaft regelrecht ausgeschlossen in den Arbeitshäusern dürrftig versorgt wurden, zugänglich zu machen. Ein weiteres großes Betätigungsfeld von Florence Nightingale betrifft die Bedingungen der Gesundheitsfürsorge in Indien, nicht nur für die britischen Soldaten und Kolonialherren, sondern auch für die (arme) indische Bevölkerung selbst: Sie nutzte ihr öffentliches Ansehen, um Sorge für den anderen, unterdrückten, armen und kranken Menschen geltend zu machen, indem sie auf die Lebensbedingungen der indischen Bevölkerung aufmerksam machte und mehr Rechte für die indische Bevölkerung einforderte.<sup>8</sup>

In all dem bediente sie sich bevorzugt der statistischen Wissenschaften, instrumentalisierte für politische Einflussnahme ihr eigenes öffentliches Bild sowie ihren Ruf, der zur Zeit des Krim-Krieges und kurz danach wohl nur mehr von der Queen übertroffen wurde. Im Grunde betrieb sie damit Lobbyismus für die Sache der Fürsorge, indem sie ihre Kontakte zu Abgeordneten, hohen Militärs, einflussreichen Ärzten und Wissenschaftlern bis hin zum Vizegouverneur von Indien und zur Queen selbst in zahllosen Briefen und Korrespondenzen nutzte.

Liest man die Biografie Nightingales von dieser Seite, so stellt sich schnell die Frage, wie eine Frau, die sich einen Platz in der politischen Öffentlichkeit erkämpfen konnte und in der Logik des politischen Feldes zuhause ist, zur „Lady with the Lamp“ verklärt werden konnte: Nightingale stand in Kämpfen um Macht und Vorrang (wie etwa in Skutari die Führung der Krankenschwestern betreffend), um Budgetmittel (wie schon im Pflegeheim vor dem Krim-Krieg), in rivalisierenden Auseinandersetzungen (mit dem ärztlichen Leiter in Skutari beispielsweise), sie schreckte auch nicht vor strategischer Erpressung zurück (Drohung an die britische Regierung mit der Veröffentlichung eines unangenehmen Berichts über die sanitären Zustände in den Hospitälern und Lazaretten während des Krim-Krieges). Aber genau dieses merkwürdige Verhältnis zwischen Nightingale als Engel der Fürsorge und ihrem individualistischen Feminismus spiegelt in extrem polarer Form und doch in der Einheit einer Biografie eine Spannung in der Geschichte der Krankenpflege bzw. der Sorge wider. Tatsächlich legte die Krankenpflege einerseits zwar die Frau auf ihre angebliche Sorge-„Natur“ fest, bot aber andererseits, mit der Entwicklung hin zur Profession, auch eine der wenigen Möglichkeiten, den öffentlichen Raum mit zu besetzen, entlohnt zu werden und einer gesellschaftlich gewürdigten Tätigkeit nachzugehen. Im Wirken Nightingales ist diese Doppeltendenz in geradezu „ekstatischer“ (herausstehender) Form enthalten.

---

8 Vgl. 1878 den Appell in einem Artikel angesichts der Tatenlosigkeit der britischen Regierung anlässlich einer Hungersnot: „We do not care for the people of India [...] Do we even care enough to know about their daily lives of lingering death from causes which we could so well remove?“ (Zitiert in Bostridge 2008, 478, Hervorhebung P. Sch.)

Für unsere Entwicklung einer hermeneutischen Philosophie der Sorge sind diese Widersprüche nicht in ihrer historischen und soziologischen Dimension von Bedeutung, sondern insofern sich diese historische Erfahrung in der Moraltheorie des zwanzigsten Jahrhunderts widerspiegelt und neue Wege der Ethik eröffnet hat. Das Thema der Weiblichkeit der Fürsorge wird über diese Schiene weiter verfolgt.

## 1.2 CARE: DIE WEIBLICHE STIMME IN DER MORAL

Diese ambivalente Struktur, welche die Pflege historisch Ende des 19. Jahrhunderts und noch weit hinein in das zwanzigste Jahrhundert prägte: einerseits die Frau auf ihre angebliche „Natur“, für andere zu sorgen, festzulegen, andererseits doch eine Möglichkeit der Emanzipation zu bieten, indem mit der Pflege zunehmend Bezahlung und jedenfalls eine öffentliche Rolle verbunden waren – diese Ambivalenz wiederholte sich strukturell später in der Debatte um die Care-Ethik, zunächst im diskursiven Rahmen der Moralphysikologie, dann im Rahmen der Moraltheorie (vgl. Schnabl 2005, 2010, Conradi 2001, Nagl-Docekal/Pauer-Studer 1993, Wendel 2003). Mit der Care-Ethik wurde eine Ethik formuliert, die der historischen Erfahrung von Frauen in ihrer Zuständigkeit für gefühlsbetonte, körpernahe Sorge-Arbeit in familiär-privaten Nahbeziehungen innerhalb der gesellschaftlichen Arbeitsteilung der Geschlechter entsprach (vgl. Held 1997). Innerhalb des Stroms der dominanten Ethik männlicher Prägung – im Großen und Ganzen handelt es sich dabei um Moraltheorien des öffentlichen Vernunftgebrauchs – musste eine Ethik der „Mütterlichkeit“ (Held 1997) als „die andere Stimme“ (Gilligan 1991) erscheinen. Die Ambivalenz, einerseits im vielstimmigen Diskurs der Ethik artikuliert und gehört zu werden und damit offensiv-emanzipatorisch zu wirken, andererseits die patriarchale Prägung des angeblich „typisch Weiblichen“ zu verlängern, ist schwierig aufzulösen.

An dieser Stelle der Untersuchung soll diese Gender-Debatte weder aufgelöst noch weiter verfolgt werden, auch sollen nicht die verschiedenen Versuche nachgezeichnet werden, die traditionell-männliche mit der anderen Stimme einer weiblichen Ethik des Sorgens in der einen oder anderen Weise zu vermitteln (vgl. dazu Kapitel IV). Es soll im Gegenteil so scharf und antagonistisch als möglich – wie sich die Care-Debatte am Anfang, z. B. bei Carol Gilligan oder Nel Noddings, durchaus auch darstellte – herausgearbeitet werden, worin die Neuerung bzw. der spezifische Beitrag zur Ethik im Prinzip Fürsorge liegt, um zu verstehen, welche „Alternativen zur traditionellen Moraltheorie die Erfahrung von Frauen erfordert“ (Held 1997, 644). An die paradigmatisch dargestellte historische Voraussetzung, dass Fürsorge-Arbeit, insbesondere eben auch die Pflege, Frauensache war und immer noch weitgehend ist, soll nun unter dem diskursiven Vorzeichen der Ethik angeknüpft werden.

Den Anstoß zur philosophischen Auseinandersetzung über die mögliche oder unmögliche Begründung einer spezifisch weiblichen Moral empfing die Ethik aus der Entwicklungs- bzw. Moralphychologie, nämlich aus der sogenannten Kohlberg-Gilligan-Debatte. Der Entwicklungspsychologe Lawrence Kohlberg, bei und mit dem Carol Gilligan studierte und arbeitete, konnte anhand von Versuchen und Studien mit Kindern eine Stufenleiter der Entwicklung der moralischen Urteilkraft erstellen. Diese Stufenleiter (vgl. Kohlberg 2012), die in auffälliger Kohärenz zu den großen (männlichen) Moraltheorien der philosophischen Moderne, v.a. in der Linie Immanuel Kants, steht, hat drei Hauptstufen (mit je zwei Unterstufen, die hier nicht relevant sind): Demnach führt die moralische Entwicklung vom persönlichen Egoismus der Wünsche und Bedürfnisse („präkonventionelle“ Stufe) über eine äußere Regulation durch soziale Regeln und Übereinkünfte („konventionelle“ Stufe) hin zur „reinen“, überhistorischen und überindividuellen Moral der praktischen Vernunft als etwas Letztes („postkonventionelle“ Stufe). Eine Hauptbeobachtung Kohlbergs ist die, dass die Jungen je nach Alter sich in dieser Stufenleiter nach oben bewegten, während die Mädchen die höchsten Stufe der moralischen Entwicklung, also Einsicht in letzte Prinzipien, in der Regel nicht erreichten. Genau genommen blieben die weiblichen Probandinnen auf der ersten konventionellen Stufe stehen, wo interpersonale Beziehungen eine größere Rolle spielen. In Sachen der Moral seien Frauen also im Gegensatz zu den Männern unterentwickelt. In der Genese der Untersuchungen entwickelte Kohlberg allerdings sein Modell zunächst mit männlichen Probanden. In der folgenden Anwendung des Modells auf Mädchen und Frauen erbrachten diese im Schnitt eben schlechtere „Ergebnisse“.

Die Pointe Gilligans, zu der sie kam, indem sie zum einen dieselben Interviews anders interpretierte, zum anderen eigene empirische Untersuchungen durchführte, besteht gegenüber Kohlberg darin, dass Frauen nicht defizient moralisch urteilen, sondern über eine vollkommen andere Auffassung von Moral und folglich eine andere Herangehensweise an ethische Probleme verfügen, die die von der männlichen Moralgeschichte geprägten Fragestellungen der Kohlberg'schen Versuche von vornherein diskriminierten. Die fragenden Wissenschaftler konnten also nicht nur aus den Antworten der Mädchen keine andere Methode der Moral herauslesen, sondern schon die eigenen Fragen eröffneten einen Weg, der für die Mädchen in eine für sie unangemessene Richtung führte. An vielen Stellen konnte Gilligan zeigen, wie der Interviewer aus seinem Vorverständnis über Ethik und Moral seine Fragen stellt und nicht in der Lage ist, die „andere Stimme“ zu vernehmen, sondern (unbewusst) versucht, die interviewten Mädchen auf die gelegten Schienen zurückzubringen (vgl. Gilligan 1991, 41 ff. und Gilligan 2012). Während jedoch Männer eine Ethik der Rechte und der Gerechtigkeit, von Vernunftprinzipien und allgemeinen Normen, die auf Einzelfälle anzuwenden sind, praktizieren würden, gehen Frauen von einer Ethik der Anteilnahme und der Fürsorglichkeit aus, vom Gefühl der Betroffenheit, der Beziehung und der konkreten Situation.

Das Entwicklungsmodell Gilligans ist analog zur Variante Kohlbergs ebenfalls drei-stufig (mit wiederum drei Unter- bzw. Übergangsstufen, die hier nicht von Interesse sind): Die Stufen führen von einer egoistischen Selbstsorge, in der die Orientierung an der eigenen Selbsterhaltung vorherrscht, über eine Fürsorge als Selbstaufopferung, also der „konventionell-mütterlichen“ Position, hin zu einer Moral der Gewaltlosigkeit, die von beziehungsbewusstem, kreativem Handeln geprägt ist, mit dem hauptsächlichen Ziel, Leid zu vermeiden oder zu lindern (vgl. Gilligan 1997).

Um nun den Gegensatz zwischen einer männlichen und einer weiblichen Moral trennscharf und idealtypisch herauszuarbeiten, führt der Königsweg über das in vergleichbaren Kontexten immer wieder zitierte Heinz-Dilemma. (vgl. die zusammenfassende Darstellung bei Schnabl 2010, 235 ff.).

Das Dilemma besteht darin: Heinz steht vor folgendem Problem, dass seine Frau schwer erkrankt ist, ein Apotheker ein spezielles Medikament entwickelt hat, das zur Heilung führen würde, aber Heinz nicht die finanziellen Mittel hat, um das Medikament zu kaufen. Er steht vor der Frage, ob er das Medikament stehlen soll oder nicht. An den unterschiedlichen Antworten auf das Dilemma zweier elfjähriger Kinder – Jake und Amy – lassen sich die beiden paradigmatischen Orientierungen einer männlichen und einer weiblichen Moral ablesen. Jake und Amy versuchen dabei nicht nur jeweils unterschiedlich das Problem zu lösen, sondern nehmen schon das Problem jeweils in unterschiedlicher Weise wahr.

Jake steht vor einem „Konflikt zwischen den Werten Eigentum und Leben“ (Gilligan 1991, 38). Die adäquate Herangehensweise, das Dilemma zu lösen, besteht dementsprechend darin, die verschiedenen Prioritäten abzuwiegen, die impliziten Werte zu hierarchisieren. Da für Jake der Wert des Lebens über dem des Eigentums steht, hält er es für legitim und logisch, das Medikament zu stehlen. Aufgrund der Orientierung an allgemein-gültigen Werten meint Jake, dass Heinz das Medikament auch denn stehlen sollte, wenn er seine Frau überhaupt nicht liebt. Jake nimmt damit die moralische Situation als einen Konflikt von Werten und Rechten (Recht auf Eigentum versus Recht auf Leben) wahr und löst den Konflikt durch Rekurs auf eine allgemein gültige Norm (Leben ist zu schützen vor dem Schutz des Eigentums), die in diesem konkreten Einzelfall (Heinz' Situation) zur Anwendung kommt. Die Achtung bzw. der Gehorsam gegenüber der Norm hat zudem unabhängig von Heinz' Gefühlen, dessen Sympathien und Antipathien zu erfolgen. Kantisch gesprochen empfiehlt Jake Heinz aus Pflicht, nicht aus Neigung zu handeln, also auf der Grundlage von allgemeinen Grundsätzen (Handlungsmaximen, die verallgemeinert werden können). Ein Seitenblick – weniger in die theoretischen Diskussionen der Metaethik und der normativen Ethik als vielmehr in die Bücher der angewandten Ethik – offenbart, dass Jakes Herangehensweise dem gängigen Moralverständnis und der gängigen Problemwahrnehmung in moralischen Fragen entspricht. Die verschiedenen Ethiklehrbücher und Publikationen zur angewandten Ethik beschäftigen sich in der Regel mit Begründung von Normen, deren „Anwendung“ auf konkrete Einzelfälle dann

diskutiert wird (vgl. auch viertes Kapitel). Für die Auffassung eines moralischen Problems als Abwägen von Werten und Anwenden von Normen auf Einzelfälle hat Gilligan einen leicht polemischen, aber in der Zuspitzung bemerkenswerten Ausdruck geprägt. Sie bezeichnet es als „eine Art mathematisches Problem mit Menschen“ (Gilligan 1991, 39). Es ist darüber hinaus kein Zufall, dass – gemäß der rechtsförmigen Konstruktion des ethischen Dilemmas – in Jakes Überlegungen rasch ein Richter auftaucht. Moralische Fragen spielen sich gewissermaßen auch bei Jake vor einem „inneren Gerichtshof“ ab.<sup>9</sup>

Amy geht anders an die Sache heran. Gegenüber der „Mathematik“ mit Menschen, der intellektuell griffigen Zuspitzung der moralischen Situation auf ein Problem des Abwägens und Ableitens (von allgemeinen Prinzipien), der Subsumierung des Falles unter ein Gesetz, erscheint Amys Vorgehen unbeholfen. Sie umgeht zunächst die sich nahelegende Zuspitzung auf die Frage „Stehlen oder nicht?“ bzw. lässt diese Frage außer Acht und spielt stattdessen zunächst Handlungsalternativen durch: „Nein, ich glaube nicht [dass Heinz das Medikament stehlen sollte, P. Sch.]. Ich glaube, es gibt andere Möglichkeiten, als es zu stehlen [...]“ (Amy in Gilligan 1991, 41) – wie etwa Geld zu borgen, einen Kredit zu nehmen, mit dem Apotheker weiter das Gespräch suchen und beispielsweise über verschiedene Zahlungsmodalitäten zu verhandeln. Zum anderen wägt Amy Folgen (eines möglichen Diebstahls) ab: Wenn Heinz stehlen würde, käme er vielleicht ins Gefängnis und könnte seine Frau dann nicht mehr pflegen. Das entscheidende Problem, das eigentliche „Dilemma“ – und darin besteht der primäre große Paradigmenwechsel gegenüber dem traditionellen Jake – sieht sie dann in der verschlossenen Haltung des Apothekers und nicht in einem Konflikt von allgemeinen Werten und Rechten. Nicht dadurch, dass der Apotheker vor dem Gesetz seine Rechte geltend macht, sondern darin, dass er sich den Appellen von Heinz verschließt bzw. sich diesen verschließen kann, besteht das eigentliche moralische Problem (Gilligan 1991, 41). Deswegen kann man aus Amys Perspektive nicht einfach sagen, ob das Medikament gestohlen werden soll oder nicht, das ist die falsch gestellt Frage, sondern die Frage ist, wie man dem Apotheker die Folgen seines Handelns ausreichend klar machen kann. Amy geht davon aus, dass der Apotheker das Medikament herausgeben würde oder über einen Modus der Abwicklung mit sich reden ließe, *wenn er nur ein klares Bild davon hätte, welches Leid er verursacht bzw. unterlässt zu verhindern*. Damit besteht das Dilemma nicht mehr in einem „mathematischen Problem mit Menschen“, sondern zeigt sich „als eine Geschichte von Beziehungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt.“ Wo Jake Werte, Normen, Regeln und Einzelfälle zum Gesetz wahrnimmt, sieht Amy Beziehungen und Geschichten, in die Menschen verstrickt sind und die zu Betroffenheit und Anteilnahme führen. Die Akteure im Dilemma sind plötzlich nicht mehr so sehr „Gegenspieler einer Konkurrenz von Rechten“, sondern „Angehörige

9 Vgl. auch viertes Kapitel: die Kritik Schopenhauers am Gewissenskonzept Kants.

eines Netzwerks von Beziehungen“ (Gilligan, zitiert in Schnabl 2005, 237). Die Lösung des Dilemmas besteht nicht in einem quasi richterlichen Urteil, das „gefällt“ wird, sondern im Engerknüpfen der Beziehungen, in der Involvierung durch die Fürsorge, durch das sich Angelegensein-Lassen der Geschichte des anderen Menschen – nicht durch Abbruch der Kommunikation und den Gang vor den Richter, sondern durch Stärkung der Verbindungen der Betroffenen und Beteiligten. Das Dilemma selbst wird umdefiniert und es treten andere Operationen als moralisch relevantes Tun in den Vordergrund. Amy variiert imaginativ Handlungsentwürfe, Geschichten, in denen die Verbindungen nicht abreißen, appelliert ans Gefühl. Ihre Sorge, die initial naiv erscheint, „zersetzt“ geradezu die abstrakte Allgemeinheit der Werte und Normen durch Narrativität. An die Stelle des Bildes des Gerichtshofs tritt das Bild des Netzes, das sich in Beziehungen von Menschen knüpft, die mehr oder weniger füreinander sorgen.

Folgende Akzente können als spezifisch für eine Ethik der Fürsorge gegenüber herkömmlichen Ansätzen zusammengefasst werden (vgl. dazu Schnabl, 238f.). Erstens: Gegenüber der klassischen Moraltheorie betont die Fürsorge-Perspektive nicht die Allgemeingültigkeit von moralischen Urteilen, sondern die konkrete Situation, in der die Handelnden mit ihren Geschichten einander begegnen. Nicht ein relativ abstraktes Urteil und allgemeine Werte stehen im Fokus, sondern das praktische Ins-Gespräch-Bringen der Akteure selbst. Zweitens betont die Sorge im Gegensatz zur herkömmlichen „Autonomieanthropologie“ (239) das In-Beziehung-Sein der Subjekte. Gegenüber der Logik des mit sich selbst Zurategehens vor dem inneren Gerichtshof (nach dem kantischen Modell) oder des Schließens eines Vertrages von unabhängigen, eigeninteressierten Individuen (nach dem kontraktualistischen Modell eines Rawls) sieht die Fürsorge-Perspektive den Menschen je-schon in Beziehung mit anderen und deshalb am Schicksal anderer Anteil nehmend. Deshalb besteht die moralisch relevante Grundoperation, sozusagen die moralische „basic action“, nicht im Gehorsam gegenüber als allgemeingültig erkannten oder anerkannten normativen Grundsätzen, sondern im Ermöglichen und Herstellen von Anteilnahme, im Appell ans Bewusstsein der Verbundenheit der Menschen. Drittens betont die Ethik der Sorge die Rolle der Gefühle gegenüber dem Kalkül der Vernunft. Es geht nicht so sehr darum, die richtigen Handlungsmaximen in den Kopf zu bekommen, sondern Gefühle der Verbundenheit (von Empathie, Wohlwollen, Mitleid usw.), ganz prinzipiell des Betroffenen-Seins, in sich wecken zu lassen.

Wie gesagt: In späteren Phasen der Theorieentwicklung werden die Gender-Aspekte, die einseitig Geschlechterdifferenzen verfestigen, zunehmend aufgelöst und dekonstruiert und die Diskussion nähert sich einer allgemeinen Debatte über die Moral an (vgl. viertes Kapitel). Vorläufig geht es nur darum, scharf den paradigmatischen Kontrast einer Care-Ethik von einer Gerechtigkeithetik herauszustreichen. Die wesentlichen antagonistischen Begriffe sind: Autonomie versus Relationalität,

Vernunft versus Gefühl, normative Urteile versus Geschichten, Universalismus versus Kontextualismus.

Die wichtigsten Antagonismen zwischen Sorge und Gerechtigkeit lassen sich auch in den bildhaften Veranschaulichungen der jeweils als relevant vorgestellten moralischen Grundoperation verdeutlichen. Wie Herlinde Pauer-Studer sagt, ist es den modernen Ethik-Konzeptionen, den prominentesten zeitgenössischen Moralan-sätzen gemein und wird bei allen sonstigen Differenzen unterschiedslos akzeptiert, dass der eigentliche Standpunkt der Moral „als ein allgemeiner, überparteilicher und die kontingente Ebene von subjektiven Interessensansprüchen überschreitender Gesichtspunkt“ (Pauer-Studer 1996, 98) definiert wird. Das gegenwärtig wohl promi-nenteste Bild, in dem die Überparteilichkeit des moralischen Standpunkts zum Aus-druck kommt, dürfte das Gedankenexperiment John Rawls' sein, das uns hinter den „Schleier des Nichtwissens“ (vgl. kurz und bündig: Rawls 2012) versetzt. Hinter dem Schleier des Nichtwissens werden wir in eine Situation versetzt, in der wir über die zukünftige Ordnung der Gesellschaft entscheiden müssen, aber weder wissen, welche Rolle uns zufallen wird, noch über welche Charaktereigenschaften oder Fähigkeiten wir verfügen werden oder in welche Beziehungen wir involviert sein werden usw. Demnach werden wir die soziale Welt aus der Perspektive der schlechter Gestellten, die wir ja möglicherweise selbst sein könnten, entwerfen. Die Ur-Erfahrung der Mor-al wäre diese radikale Ausklammerung alles empirisch Sinnlichen, wie wir mit Kant, der historisch den Vernunft-Universalismus der Moral begründete, sagen können. Ob wir nun das Bild des „inneren Gerichtshofs“, des „Schleiers des Nichtwissens“ – oder auch des „Runden Tisches“ für einen fairen Diskurs im Sinne Habermas' – denken, jedesmal gebietet die Moral, die Stimme des Gewissens, von uns selbst, der Situation, den Gefühlen und konkreten Beziehungen gerade abzusehen und einen Standpunkt einzunehmen, der einer von niemandem und allen ist. Die Idee der Autonomie, sich selbst ein allgemeines Gesetz geben zu können, ist der Kern der Moral.

Ganz anders in der Care-Ethik. Wir stehen vor einer anderen ethischen Funda-mentalanthropologie, für die nicht das vernünftige, geschäftsfähige, männliche Indi-viduum das Vorbild ist, sondern der Mensch als fühlendes, relationales Wesen, das in affektiver Verbindung zu „konkreten Anderen“ und nicht bloß „verallgemeinerten Anderen“ steht (vgl. Benhabib 1998), also idealtypischerweise eben die Beziehung einer Mutter zu ihrem Kind.

Jedenfalls ergeben sich aus der Reflexion über die „Weiblichkeit“ der Fürsorge und der Care-Ethik relevante Fragen an eine mögliche hermeneutische Arbeit der Sorge:

- Wie wird über eine *hermeneutische Arbeit der Sorge* Beziehung geknüpft und gepflegt? Was ist „Betroffenheit“ im Rahmen einer hermeneutischen Arbeit der Sorge? (Vgl. Fazit Kapitel 3)

- Welche Rolle haben innerhalb einer hermeneutisch operierenden Sorge *Gefühle und Intuitionen* in der ethischen Urteilsbildung und generell im Menschenbild und der Weltauffassung?
- Wie geht *eine hermeneutische Arbeit der Sorge* auf die unverwechselbare *konkrete Situation* ein? In welchem Verhältnis stehen das *Individuelle* und das *Allgemeine*? (Vgl. Fazit Kapitel 3)
- Wie wird die *Beziehung zu einem anderen Menschen* im Rahmen einer hermeneutischen Arbeit der Sorge gedacht? (Vgl. Fazit Kapitel 4)
- Zur Debatte Care-Ethik versus Gerechtigkeits-Ethik: Wie verhalten sich *Sorge und Gerechtigkeit* zueinander im Kontext einer Sorge, der eine hermeneutische Arbeit zugrunde gelegt wird? (Vgl. Fazit Kapitel 4)

Soweit also zur ersten Facette der Sorge um Andere. Die Fürsorge ist aber nicht nur „weiblich“ in der Form von *Care*, sondern historisch auch christlich-religiös verwurzelt als *Caritas*.

### 1.3 FLORENCE NIGHTINGALE UND DIE RELIGION

Für Florence Nightingale war die Krankenpflege nicht bloß eine Arbeit, auch nicht etwas, dem sie sich zuwandte, weil sie eine Frau war und die Erfüllung ihrer geschlechtlichen Natur suchte, sondern sie kam zur Krankenpflege aus Berufung – und zwar im wörtlichen Sinn. In ihrem 17. Lebensjahr (am 7. Februar 1837) erfährt sie einen Ruf Gottes zu Seinen Diensten (vgl. Bostridge 2009, 51ff.). Der konkrete Inhalt dieses Rufes – der einer zur Fürsorge werden sollte – wird sich erst in den folgenden Lebensjahren herausstellen, in der Zeit des Kämpfens um eine andere, „höhere“ gesellschaftliche Rolle, aber die Tatsache des Appells und der Glaube sind im Leben Nightingales eine stehende Gewissheit: „Florence Nightingales religiöser Glaube war von überragender Bedeutung durch ihr ganzes langes Leben und nichts weniger als die motivierende Kraft hinter all ihrer Arbeit.“ (Bostridge 2009, 51)<sup>10</sup>

Die Rolle der Religion in Nightingales Leben lässt sich grob in zwei Richtungen einteilen und aus ihrer Biografie ablesen (vgl. ebd.): in einen eher intellektualistischen Zugang und in einen eher mystisch-spirituellen. Eher *intellektualistisch* sind die zahllosen Auseinandersetzungen mit theologischen Fragen in Briefen, Aufsätzen und nicht zuletzt in dem nie publizierten religionsphilosophischen Werk *Suggestions for Thought* (Nightingale 1994). Dabei beschäftigte sie – ganz dem Geist des Zeitalters entsprechend – einerseits der Kampf der Konfessionen, wobei eine Konversion

---

10 „Florence Nightingale’s religious beliefs were of paramount importance throughout her long life, and nothing less than the motivating force behind all her work.” (Bostridge 2008, 51)



von der anglikanischen Kirche zur römisch-katholischen zeitweise erwogen wurde. Auf's Ganze gesehen nahm ihr religiöses Denken jedenfalls einen Zug ins Überkonfessionelle an, gespeist nicht nur aus den Quellen der christlichen Tradition, sondern auch aus der Philosophie, vor allem Platon und dem Buddhismus. Andererseits galt es im 19. Jahrhundert, den Geist des Positivismus, der von Frankreich und dem Philosophen Auguste Comte ausging und in England zunehmend Fuß fasste, mit der Glaubensgewissheit und den religiösen Grundsätzen in Einklang zu bringen. Diese Suche nach der Vereinbarkeit von Religion mit Vernunft und Wissenschaft ist das Hauptthema der *Suggestions for Thought*. Ihre *mystisch-spirituelle, lebenspraktische* Religiosität kommt nicht nur in der ersten Erfahrung eines göttlichen Rufs zum Ausdruck, der im Übrigen schon von ihrer Familie als Produkt einer „überhitzten Fantasie“ („*heated imagination*“) angezweifelt wurde (vgl. Bostridge 2009, 55) – wobei Nightingale entgegenhielt: „Es war die bestimmteste und eisernste Sache, die ich je erfahren hatte.“ („*It was the most resolute & iron thing I ever knew.*“ Zitiert ebd.). Eine solche Erfahrung sollte sich im Laufe ihres Lebens öfters wiederholen, etwa auf einer Ägyptenreise im Jahr 1850 (vgl. ebd., 138f.). Sehr schön illustriert eine weitere Begebenheit, die entscheidenden Einfluss auf das weitere Leben gehabt haben dürfte (vgl. ebd. 119 ff.), die gelebte Spiritualität Nightingales. 1848 zog sie sich während einer Rom-Reise in das Kloster Trinità dei Monti – am oberen Ende der Spanischen Treppe gelegen – zur Einkehr zurück und machte dort die Bekanntschaft mit der Nonne Laure de Ste. Colombe, ihrer „Madre“. Sie hielt in ihren Aufzeichnungen folgenden Dialog fest:

„MADRE: Hat Gott nicht mit dir gesprochen während dieser Einkehr? Hat er nichts von dir verlangt? – FLORENCE: Er forderte mich auf, meinen Willen zu überlassen [*surrender*]. – MADRE: Und wem? – FLORENCE: Allem, was auf der Erde ist. – MADRE: Er ruft dich zu einem sehr hohen Grad an Vollkommenheit. Gib Acht [*Take care*]. Wenn du dich widersetzt, wirst du sehr schuldig werden.“ (Zitiert ebd. 121, Übersetzung P. Sch.)

Es kommt hier nicht darauf an abzuwägen, inwieweit und inwiefern, zu welchem Zeitpunkt und mit welcher Nachhaltigkeit dieses oder jenes Ereignis tatsächlich psychologisch die Spiritualität Florence Nightingales prägte – und ob nicht vielleicht doch andere Motivationen „in Wahrheit“ weitaus wirkkräftiger ihr Leben beeinflussten. Es kommt vielmehr darauf an zu sehen, dass in der Figur Nightingale und in ihrem Diskurs sich ein Motiv und eine Motivation widerspiegeln, die für die Geschichte der Sorge von höchster Relevanz sind: der Gedanke von der *Selbst-Hingabe zur Sorge auf einen Ruf Gottes hin*, die Fundierung der Fürsorgetätigkeit im Glauben und in religiösen Tugenden. Diese religiöse Motivation und ethische Verankerung

der Praxis in religiös fundierten Tugenden<sup>11</sup> forderte Nightingale jedenfalls auch von den Krankenpflegepersonen. So heißt es etwa:

„Jede Krankenschwester sollte fähig sein, eine vertrauenswürdige Schwester zu sein ... nüchtern und ehrlich; aber insbesondere muss sie eine religiöse und hingebungsvolle Frau sein; sie muss Respekt haben für ihre eigene Berufung, weil Gottes kostbares Geschenk – das Leben – oft buchstäblich in ihre Hände gelegt wird.“<sup>12</sup>

Damit ist die Krankenpflege in die Tradition der religiös motivierten Krankenversorgung – mit der entsprechenden ethisch-existenziellen Aufladung – gestellt, was in der Konstellation des 19. Jahrhunderts von gewisser Bedeutung ist. Zur Zeit Nightingales wurde die Krankenpflege entweder von Lohnwärterinnen der Arbeiterschicht ausgeübt oder eben als christlicher Liebesdienst unter dem organisatorischen Dach von katholischen Orden, anglikanischen Schwesternschaften (*Sisterhoods*) oder evangelischen Diakonissinnen. Die Pflege-Tätigkeit der proletarischen Lohnwärterinnen stand in äußerst schlechtem Ansehen, war schlecht bezahlt, setzte keinerlei Ausbildung voraus und wurde aus keinem höheren Ansinnen heraus betrieben als aus dem, etwas – eher schlecht als recht – Geld zu verdienen, um im Zeitalter der Industrialisierung zu überleben. Auch aus diesem Grund stieß Florence Nightingales Ambition, sich der Krankenpflege zu widmen, seitens ihrer Familie auf Ablehnung, es war schlicht nicht standesgemäß – und der Alkoholismus der für Lohn arbeitenden Wärterinnen war sprichwörtlich<sup>13</sup>. Nightingale kam selbst in jungen Jahren anlässlich der Erfahrung der Krankenversorgung eines der Dienstmädchen der Familie durch Krankenschwestern zum Schluss: „Man sollte nie die eigenen Freunde in solchen Momenten Krankenschwestern überlassen.“ (*„One should never leave one's friends to nurses at those moments.“* Zitiert aus einem Brief in Bostridge 2008, 90) Die Pflege nur als „Job“ zu betrachten oder durch den Zwang äußerer Umstände so zu konstruieren, das erscheint bei Nightingale stets nur als das Gegenbild zu dem, was „*Nursing*“ im Innersten ist und sein soll. Nicht nur der Mangel an Ausbildung, sondern auch und gerade der Mangel an religiöser Motivation wird dabei beargwöhnt. Von da her schlägt sich Nightingale auf die Seite der Nonnen und Diakonissinnen und deren Organisationen, bei denen sie sich nicht nur Anregungen und Wissen, sondern auch praktische Erfahrung erwerben konnte (besonders in der von dem Pastor

11 Zum Thema der Tugenden bei Nightingale vgl. Sellman (1997).

12 „Every nurse should be one who is ... capable of being a confidential nurse ... sober and honest; but more than this she must be a religious and devoted woman; she must have a respect for her own calling, because God's precious gift of life is often literally placed in her hands ...“, zitiert und übersetzt aus den Notes on Nursing bei Käppeli (2004, 129).

13 Bekannt wurde Charles Dickens' karikierendes Portrait einer solchen zum Alkohol neigenden Krankenschwester der damaligen Zeit in Martin Chuzzlewit. (Vgl. Bostridge 2008, 90)

Theodor Fliedner gegründeten Kaiserswerther Diakonie). Das Wirken und die Figur Nightingale stehen damit symbolartig in der Geschichte der Sorge für eine Art *ethischen Überschuss*: Über eine Job-artige Leistung „bloßer“ Ver-Sorgung hinaus, die nicht unbedingt viel Bildung voraussetzt, die ohne inneren Einsatz, ohne höhere Motivation, ohne ethische Energie getan werden kann, weil ein gesellschaftliches System nun einmal bestimmte, mehr oder weniger taugliche Institutionen dafür geschaffen hat und die Arbeit – in der Regel schlechter als besser – bezahlt wird, besteht die Pflegearbeit in einer Sorge, für die es wichtig ist, sich ethisch-persönlich zu involvieren, sich zu widmen und sich selbst zu formen. Frau kann Nightingales Biografie auch lesen als ein Ringen nicht nur um bessere „Versorgung“, sondern auch um eine Ethik, Philosophie, ja Spiritualität der Fürsorge in den Tätigkeiten der Versorgung. Die Figur Nightingale kann uns von da her über mögliche Faszination hinaus regelrecht immer wieder in *Frage stellen*, indem sie an dieses „Mehr“ über die blanke, durch das System und die Institutionen geheiligte Versorgung in Berufsroutinen hinaus gemahnt. Im Folgenden soll das dichte Ethos der christlichen Pflege, das dominante Sorge-Ethos des Abendlandes, etwas näher untersucht werden.

## 1.4 CARITAS: FÜRSORGE ALS NACHAHMUNG GOTTES

Die Geschichte der Fürsorge in der christlichen (und jüdischen) Tradition, wie sie sich in der Krankenpflege auswirkt, hat Silvia Käppeli ausführlich und detailliert beschrieben (vgl. Käppeli 2004, Kurzversion 2001). Ihre Arbeit, deren Verdienste im praxisnahen Diskurs wohl noch kaum genug gewürdigt worden sind, lässt sich global in zwei Feststellungen resümieren. Erstens ist das „Ur- und Vorbild einer Pflegeperson“ (Käppeli 2001, 293) bzw. allen Fürsorge-Handelns „das jüdisch-christliche Motiv vom mit-leidenden Gott“; zweitens wurde dieses Motiv nicht nur in immer wieder aktualisierter Form tradiert, sondern auch nach dem Paradigmenwechsel zur Verberuflichung und Verwissenschaftlichung der Pflege in das neue Denken und die neue Praxis übersetzt: „Was ursprünglich ein religiöses Motiv war, präsentiert sich in der modernen und post-modernen Pflege Theorie unter den Begriffen compassion und caring.“ (Ebd.) Umgekehrt lassen sich dementsprechend die pflegetheoretischen Care-Debatten der Gegenwart in der Geschichte der religiösen Motivation von Pflege und Fürsorge verwurzeln. Wenn wir also heute von „Care“ bzw. „Sorge“ sprechen, uns etwa fragen, welche *moralischen* Eigenschaften eine Pflegeperson haben sollte oder welche *Bedeutung* der Pflege-Beziehung zukommt, so darf nicht vergessen werden, dass die Auffassungen dazu von der Tradition christlicher (und jüdischer<sup>14</sup>) Fürsorge vorgeprägt wurden. Was im Abendland unter der Vorherrschaft des Christentums an

14 Käppeli untersucht detailliert die christliche und die jüdische Tradition der Fürsorge. Ich beschränke mich hier einseitig auf die wirkmächtigere christliche Fürsorge.

Strukturen (etwa an Hospizen) aufgebaut und an Fürsorgetätigkeit geleistet wurde, hat seinen Ursprung und sinngebende Mitte in einem transzendenten Motiv des christlichen Glaubens. Fürsorge-Handeln ist darin nichts weniger als *imitatio Dei*, die Nachfolge oder die Nachahmung göttlicher Barmherzigkeit, wie sie schon im Alten Testament geschildert wird („Mit ihm [dem Israeliten] bin ich [Gott] in der Not“, Psalm 91, 15) und sich in Jesus Christus menschlich-göttlich manifestiert. Fürsorge ist Nachfolge Christi, Fortsetzung und Abbildung der Liebestätigkeit Gottes in der Welt.

Im Neuen Testament finden Fürsorge, Mitleiden, die liebende Barmherzigkeit Gottes im Handeln und in den Worten Jesu zahlreichen Ausdruck: etwa im Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10, 25-37) oder in den zahlreichen Heilungswundern, die auch Geschichten von der *Hinwendung* zu den Ausgeschlossenen, Kranken und Armen sind (z. B. Mt 20, 34; Mk 1,40-45; Lk 7, 11-17)<sup>15</sup>. Geradezu programmatisch, als Aufruf, der exemplarischen Lebensweise des Mensch gewordenen Gottes zu folgen, ist Matthäus 25, 31-46, die bildhafte Rede vom Letzten Gericht, die den Weg für die Gerechten ins ewige Leben weist (und für die Ungerechten in die „endlose Strafe“). Der Weg der Gerechten besteht darin, die Hungrigen zu speisen, den Dürstenden Wasser zu geben, die Nackten zu kleiden, die Kranken zu pflegen („Ich war krank und ihr habt mich gepflegt.“), die Gefangenen zu besuchen, denn: „Wahrhaftig, ich sage euch, alles, was ihr für eines dieser meiner geringsten Geschwister getan habt, habt ihr für mich getan.“<sup>16</sup> (Mt 25, 40) Damit ist die Identität von Fürsorge-Handeln und Gottesdienst, von Dienst am anderen Menschen als ein Tun, das Gott selbst betrifft, klar ausgesprochen. Mehr jedoch als die konkreten *Aussagen* und *Aufrufe* zur Barmherzigkeit und zum Liebesdienst, bildet das zentrale Heilsgeschehen von der Menschwerdung Gottes, von Tod und Auferstehung Jesu das Fundament gläubiger Fürsorge.<sup>17</sup> Dass Gott in *Jesus Mensch* geworden ist, das kann in christlicher Perspektive als höchster Akt der Offenbarung verstanden werden: Nicht bloß Gesetze oder ein Buch, nicht nur Vorschriften und Worte, sondern ein *Mensch* offenbart in Fleisch und Blut, in Wort und Tat den Willen Gottes. Jesus ist jedoch nicht bloß „ein“ Mensch, sondern „der“ Mensch, das Modell des Menschseins schlechthin, die „Wahrheit“ und der „Weg“. Das wahre Menschsein, der Wille Gottes, besteht

15 Hans Küng meint zur Frage nach Historizität von Wundern: „Wichtiger als die Zahl und das Ausmaß der Heilungen, Dämonenaustreibungen, wunderbaren Taten ist: Jesus wendet sich all denen in Sympathie und Mitleid zu, denen sich niemand zuwendet: den Schwachen, Kranken, Vernachlässigten.“ (Küng 2000, 226)

16 Zitiert nach der „Bibel in gerechter Sprache“ („Geschwister“).

17 Ich zweige hier dezent von Käppeli, die sich an Jürgen Moltmann orientiert, ab und ziehe Hans Küngs *Christ sein* (2000) heran, dessen existenziell-narrativer Zugang ein wenig besser in den Gesamtkontext der Arbeit „passt“. Für die folgenden Aussagen berufe ich mich, so nicht anders angezeigt, also eher Küng.

dann in der Hingabe an den Dienst am Nächsten, in der Fürsorge. Der Kreuzestod kann als Aufgipfelung des göttlichen Mit-Leidens verstanden werden. Gott wendet sich in Jesus nicht nur helfend den Leidenden zu, sondern nimmt auch selbst Leiden auf sich. Gott geht den Weg als Mensch in aller Kontingenz, Endlichkeit, in Leiden und Verzweiflung zu Ende. Aber das Leid ist nicht das letzte: Die Auferstehung bestätigt den Menschen Jesus als den Christus, als Gott. Zwar gibt es keinen Weg am Leid vorbei, aber es gibt einen Weg durch das Leid hindurch – schließlich hin zum ewigen Leben. Die Auferstehung ist auch die „Bestätigung“ des Gottesmenschen und die Hoffnung des christlichen Glaubens.

Die Nachfolge Christi anzutreten heißt demnach zweierlei (vgl. auch Käppeli 150 ff.): Es heißt einerseits im Gedenken an das Kreuz, an Tod und Auferstehung Jesu, „sein Kreuz“ in Christus-ähnlicher Hingabe, also selbst Leiden auf sich zu nehmen und in Glaube und Hoffnung auf das Wirken Gottes durchzustehen; auf der anderen Seite heißt es, in Gedenken an das Heilswirken sich den Armen, Kranken, Aussätzigen zuzuwenden, in dienender Armut zu leben. Das religiöse Modell der Sorge kann von daher resümiert werden als *in der Nachfolge Jesu Christi „bis hin zur Selbstopferung Nächstenliebe zu praktizieren“* (ebd.).

Für die historische Kontinuität dieses Sorge-Ethos gibt es genügend Beispiele von der Zeit des Frühchristentums bis herauf in die Gegenwart. Immer wieder Erwähnung findet als ein frühes Zeugnis fürsorglicher „Großzügigkeit“ (Frank 2004, 3) *Fabiola* (etwa bei Frank ebd.; Porter 2003, 88; Käppeli 2004, 202), eine Vertraute des Bischofs Hieronymus, die sich gegen Ende des 4. Jahrhunderts aus christlichem Glauben der Frauen-Diakonie im Rahmen der „Institution der Witwen“ (vgl. Käppeli 2004, 203ff.) widmete. Einer Schrift Hieronymus’ entnehmen wir, dass Fabiola ihr ganzes Vermögen – die diakonisch tätigen Witwen stammten aus wohlhabenden Patrizierfamilien – entäußert hatte, um ein Krankenhaus zu errichten, das „die Kranken von der Straße“ (zitiert ebd., 206) aufnehmen sollte. Hieronymus schildert ausführlich „das mannigfache Elend der Menschen“: die „ausgestochenen Augen“, den „ekelerregenden Aussatz“ usw. und wie Fabiola durch ihren Einsatz und ihre Hingabe demgegenüber, „dessen Anblick uns zum Erbrechen reizt“ und doch „unseresgleichen ist“ („Was er leidet, das können auch wir leiden müssen“), all diese Gebrechen „in solche Erquickung für die Elenden umwandelte, dass selbst viele gesunde Arme die Kranken beneideten ...“ (zitiert ebd.). Von einer anderen, ähnlich wie Fabiola tätigen Frau, *Paula von Rom*, sagt Hieronymus: „Je mehr sie sich erniedrigte, desto mehr ist sie von Christus erhöht worden“ (zitiert ebd., 204), je mehr sie also das Kreuz auf sich nahm, desto mehr wird ihre Seele in einem tiefen Sinne heil und gerettet. Hieronymus, der diese wie andere Frauen als Vorbildgestalten für die christliche Fürsorgepraxis und den gelebten Liebesdienst beschreibt, mahnt außerdem: „Gib nicht nur dein Vermögen, sondern dich selbst in Christo hin, als ein lebendiges, heiliges, Gott wohlgefälliges Opfer, als einen vernünftigen Gottesdienst. Ahme den

Menschensohn nach, der nicht kam, um sich bedienen zu lassen, sondern um selbst zu dienen!“ (Zitiert ebd., 205)

In der Umbruchszeit der Sorge, im 19. Jahrhundert, wurde das Vorbild frühchristlicher Barmherzigkeit durch die evangelische Mutterhausdiakonie und katholische Orden vertreten. Der evangelische Pastor Theodor Fliedner begründete zusammen mit seiner Frau Friederike in Kaiserswerth eine Frauendiakonie, die der Ausbildung von Krankenschwestern nach altchristlichem Vorbild dienen sollte (vgl. Schweikardt 2008, 64ff., Käppeli 2004, 284ff.). Florence Nightingale selbst erfuhr von dort wertvolle Anregungen, sammelte einige Wochen praktische Erfahrungen in Kaiserswerth und stand in Korrespondenz mit den Fliedners. Die Grundordnung von 1866 sieht die Schwestern von Jesus Christus „zum Amt der dienenden Liebe berufen“ (zitiert in Käppeli 2004, 284). Die Hausordnung berief sich auf den Aufruf zur Nachfolge in Mk 8, 34: „... wer mein Jünger sein will, der verleugne sich selbst, nehme sein Kreuz auf sich und folge mir nach“ (vgl. ebd., 285) und hält außerdem fest: „Bei der Pflege der Kranken müssen die Diakonissen stets vor Augen haben, dass sie Christus selbst in ihren Kranken pflegen.“ (Ebd.) Die theologische Fundierung der Pflgetätigkeit sieht im Fürsorge-Geschehen das göttliche Heilsgeschehen am Werk: Die Schwestern sind „berufen“, verlangt wird eine christiforme Selbstaufgabe, ein Mitgehen ins Leid, das vor dem (eigenen) Kreuz nicht Halt macht. Auf der anderen Seite wird der leidende Mensch mit dem leidenden Christus identifiziert, sodass der Dienst am anderen Menschen Gottesdienst wird. Schweikardt (2008, 65) weist außerdem darauf hin, dass für die Aufnahme in die Mutterhausgemeinschaft „religiöse Berufung und nicht Eignung zur Krankenpflege vorausgesetzt wurde“, was noch einmal den Unterschied zur weltlichen Pflege deutlich markiert.

Um die katholische Ordenskrankenpflege zu illustrieren, verweist Käppeli beispielhaft (2004, 292ff.) auf die Spitalschwesterngemeinschaft von Luzern, die auf eine lange Vorgeschichte zurückblickt und in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, anlässlich des Zweiten Vatikanischen Konzils (1962-1965) und einer fortgeschrittenen Moderne, eine Erneuerung der spirituellen Begründung der Pflege vornahm. In einem von mehreren Dokumenten, die eine Nachfolge Christi im Zeitalter von Technik und Ökonomie zu formulieren versuchen, heißt es mit Abstand nehmender Bezugnahme auf die Pflege im neuen Paradigma: „Wenn die Luzerner Spitalschwestern ihren ererbten Geist erneuern wollen, dürfen sie sich nicht auf Tätigkeiten einschränken lassen, die der modernen Pflgetechnik entsprechen.“ (Zitiert ebd., 294) Es findet zwar keine Ablehnung der weltlichen Pflege statt, wie anfangs in den ideologischen Kämpfen zwischen den Vertreterinnen der konfessionellen und beruflichen Pflege, aber die „moderne Pflgetechnik“ wird als Einschränkung erfahren. Sorge ist mehr als Versorgung. Ihren eigenen Auftrag sehen die Spitalschwestern in einem Dokument von 1992 u. a. darin: „Einüben und Vertiefen der Menschenfreundlichkeit Gottes als Lebensausrichtung in Offenheit und Verfügbarkeit für den bedürftigen Menschen [...] im An-Teil-Nehmen an der Freude und der Not der Menschen,

im sich Aussetzen, Mittragen und Übernehmen der Not in unserer Welt.“ (Zitiert ebd., 295) Die Ordensschwestern verwirklichen also Pflege als eine „transzendente Aufgabe“ (ebd. 296), welche den Topos vom mit-leidenden Gott, von der Übernahme des Kreuzes, von der Hingabe ausdrückt. Die religiöse Pflege besteht darüber hinaus auch im Gebet und in der Mission, also der Sorge um das Heil im rechten Glauben.<sup>18</sup> Für das 19. Jahrhundert stellt Schweikardt wiederum fest, dass nicht nur der Auftrag der Mission und die Führung eines christlichen Lebens im Vordergrund standen, sondern auch dass die Berufung zur „Qualifikation“ in der Pflege genügt. Das notwendige Wissen wurde anfangs in der Praxis selbst durch einfache Weitergabe angeeignet (vgl. Schweikardt 2008, 61ff.).

Die Fürsorge nimmt also im Ethos christlichen Glaubens eine zentrale Stellung ein: Sie ist nichts weniger als die Erfüllung des göttlichen Auftrags, die Nachahmung des Handelns Gottes selbst. Damit erfährt die *alltägliche Rede von der Sorge*, wie im vorigen Kapitel untersucht, eine ungeheure *Zuspitzung und Dramatisierung*. Es geht dann nicht mehr bloß um „etwas“ *Bedeutsames*, sondern um das Bedeutsame schlechthin, den Sinn des Lebens und des Universums, um Gott.

Das Sorgen – in der ersten üblichen Bedeutung – als Affekt ängstlichen Bekümmertseins ist nicht bloß eine Furcht unter anderen darüber, dass dieses oder jenes Nachteilige passieren und Unordnung stiften könnte, sondern es ist die Angst am Grunde der Existenz, die Gnade, das Leben im Ganzen zu verfehlen. Damit bezieht sich die Sorge nicht auf dieses oder jenes *Leiden*, das in der Welt vermieden, bekämpft oder gelindert werden soll, sondern es geht um die Überwindung des Leidens überhaupt, die Relativierung, ja den letzten Sieg über Leid und Endlichkeit in einem alles überragenden und durchtragenden Sinn, von dem die Auferstehung Christi das bleibende Bild der Hoffnung ist. Nicht der Tod triumphiert zuletzt, nicht der Mörder über das Opfer, sondern die Gerechtigkeit und Herrlichkeit des Reiches Gottes. Damit zielt die Sorge nicht bloß auf das *Gedeihen des Lebens* in einer bestimmten Hinsicht, auch nicht nur auf Entfaltung des Körpers und der Kräfte des Geistes, sondern sie zielt auf „das Leben“ in seiner vollkommenen Erfüllung oder Verfehlung („Verdammnis“): das „ewige Leben“, das Leben in einer alle weltlichen Grenzen der Vorstellung sprengenden Fülle (im Jenseits).

---

18 Im 21. Jahrhundert verfügen die Schwestern auch über einen Web-Auftritt: [www.spital-schwestern.ch](http://www.spital-schwestern.ch). Unter der Rubrik „Unsere Spiritualität – Gastfreundschaft“ heißt es u. a.: „Im Geiste der Gastfreundschaft lassen wir die barmherzige Liebe Gottes erfahrbar werden. [...] Der Gottesdienstort ist zugleich Krankensaal und Lebensraum.“ Aus der „Urregel“ wird zitiert: „Nehmt gastlich auf Jesus Christus in der Gestalt des Armen und Bedürftigen und im Zeichen des eucharistischen Brotes.“ Weiter heißt es: „Jesu radikales Mit-Sein mit den Bedürftigen, Armen und Ausgestoßenen bringt ihn zuletzt ans Kreuz.“ (Abgerufen am 12. 07. 2011)

Das Sorgen – im zweiten Hauptakzent der Alltagsrede – als verantwortungsvolles Handeln ist dies dann auch nicht nur im Sinne eines expertenhaften Könnens, einer Kompetenz für eine bestimmte Tätigkeit, sondern Handeln als Gottesdienst und Verantwortung für die Präsenz des Reiches Gottes in der Welt selbst. Das Handeln hat damit nicht nur praktischen Charakter, sondern symbolischen: Fürsorge-Handeln ist ein geschichtliches Zeichen der *Erinnerung* (signum rememorativum) an Jesus Christus, der hinweisenden *Gegenwart* (signum demonstrativum) Gottes im Leidenden und in der Fürsorge unter den Menschen und schließlich Zeichen der *Prophezeiung* für die Zukunft (signum prognostikon) des Reiches Gottes.<sup>19</sup> Sorgehandeln, weit davon entfernt, sich auf konkrete sichtbare Tätigkeiten zu reduzieren, wie das Waschen des Körpers, das Bereitstellen und Eingeben von Nahrung, das Pflegen der Wunden, die Entsorgung der Exkrememente und all das, was materiell-sichtbare Pflegehandlungen eben ausmacht, enthält im Kern ein *transzendentes Moment*. „Das dienende, demütige Sich-Einlassen auf das Erleben und Leiden von Kranken wird [zu einem spirituellen] Erkenntnis- und Heilsweg“, Fürsorge führt zu einer „Teilnahme an einer anderen Sicht der Dinge, die als tiefer, wahrer und legitimer als das Alltagsleben der gesunden Gesellschaft angesehen wird“ (Wettreck 2001, 170). Sorgen ist weniger die Addition bestimmter Tätigkeiten, sondern mehr noch das Sinngeschehen dabei, das „beseelende“ Moment darin. Der Ruf zur Verantwortung, der „Ruf der Sorge“, ist damit ebenfalls etwas Letztes, eine Berufung, die nicht nur ein öffentliches Experten-Selbst oder eine private soziale Rolle etwa als Mutter oder Vater betrifft, sondern die Persönlichkeit im Innersten und Ganzen.

*Selbtsorge* und *Fürsorge* stehen dabei (zumindest dem Prinzip nach) in einer Spannung, deren Polarität nicht mehr überbietbar ist. Um Sorge als „Nächstenliebe bis zur Selbstopferung zu praktizieren“, muss der Pol der Selbtsorge gewissermaßen gegen Null tendieren und der Pol Fürsorge den ganzen Lebensinhalt ausmachen. Man hat die Pflege aus dem Geist christlicher Caritas dabei eines geheimen Instrumentalismus bezichtigt: Fürsorge werde – tatsächlich in Armut, Demut und Verzicht – praktiziert, „damit“ man dann in den Himmel kommt (vgl. ebd.). In der christlichen Caritas stecke also eine verkappte Selbtsorge, ein existenzielles Schema der Entlohnung. Aber diese Kritik greift zu kurz, wenn man bedenkt, dass die christliche Sorge – der idealtypischen Idee nach, nicht unbedingt in den realen Verwirklichungen – stets von einer spirituellen Praxis begleitet wurde und wird, die in der einen oder anderen Form immer damit zu tun hat, selbst leer zu werden, sich seines Ichs zu entledigen, damit Gott oder Christus oder der andere Mensch an die Stelle treten kann

19 In seiner Schrift „Streit der Fakultäten“ deutet Immanuel Kant – mit einer Entlehnung aus der theologischen Sakramentenlehre – die Französische Revolution als ein „Geschichtszeichen“, das den Fortschritt des Menschengeschlechts zum Besseren repräsentiert. Im christlichen Ethos hat das Fürsorgehandeln durchaus analogen Charakter. (Vgl. Kant [1798]1992, 189)



(vgl. insbesondere die Tradition der Mystik, z. B. Meister Eckhart oder das *Buch der Wahrheit* von Heinrich Seuse). Auch der Vorwurf, dass mit dem Glauben an das Jenseits, an die Auferstehung das Leiden, das der religiöse Blick gegenüber der gesellschaftlichen Normalität entscheidend thematisiert, von vornherein entschärft ist (vgl. Wettreck 2001, 172), muss – zumindest dem Prinzip nach – nicht zutreffen. Gelebte Spiritualität ist wohl oft fragender, ringender und zweifelnder – die Auferstehung entschärft das Kreuz nicht. Das soll nicht heißen, dass einfachere Glaubensverständnisse nicht diese Instrumentalisierung leben. Aber *dem Prinzip nach* und gemäß einer *idealtypisch kohärenten Konstruktion des religiösen Sorge-Ethos* kann man den Vorwurf an das christliche Fürsorgeethos nicht richten.

Eher kann gefragt werden, *ob* und *wie* ein solch hohes Ideal, in dem sich die alltägliche Rede von der Sorge in solcher Weise dramatisiert und zuspitzt, täglich gelebt werden kann. Der Blick in die Geschichte scheint zwei Varianten nahezulegen: entweder eine Art *individuellen Heroismus*, wie die Geschichten von Fabiola oder Paula von Rom, zu einem gewissen Grad auch die Geschichte von Florence Nightingale andeuten; oder aber eine Rückbindung an die *klösterliche Lebensform*. Während also, wie Schweikardt (2001, 65) bemerkt, „die evangelische Mutterhausdiakonie [...] bereits eine deutliche Abstufung hin zu einer Berufstätigkeit“ vollzieht, dürfte die katholische Ordenspflege in radikalster Weise die Verwirklichung des christlichen Ideals von Sorge umsetzen. Die metaphysisch dramatisierte christliche Sorge-Ethik, Nächstenliebe bis zur Selbstopferung zu praktizieren, setzt, um einigermaßen kontinuierlich lebbar zu sein, die *Organisationsform* des religiösen Ordens (oder zumindest ähnliche Formen der Organisation<sup>20</sup>) voraus. Wesentliche Kennzeichen dieser Lebensform sind die *Hingabe*, wie sie in der Bindung an den Orden (durch Gelübde), im Gehorsam (gegenüber den Oberen), im Aufgeben von Besitz, in der Armut, in Keuschheit (Ehelosigkeit, Jungfräulichkeit), allgemein in der Arbeitsaskese und materieller Anspruchslosigkeit zum Ausdruck kommt; die *spirituelle Praxis*, die vielleicht sogar die Hauptkonstante *vor* der Pflege bildet – eher ist oft die Pflege einge-

---

20 Zur Illustration vgl. wiederum die Spitalsschwestern von Luzern: [www.spitalschwestern.ch](http://www.spitalschwestern.ch) – unter der Rubrik „Geschichte“ wird die „Uniformität klösterlicher Bräuche“ auch kritisiert, weil dadurch mehr das religiöse Leben, weniger das „gelebte Zeugnis“ von der Nachfolge Christi in der Hinwendung zu den Kranken in den Mittelpunkt tritt. Die Grundsätze der klösterlichen Lebensform finden sich jedoch modifiziert, abgeschwächt (Beginen) oder übertragen auf einen anderen Kontext: „Als Zelle diene euch euer kleines Zimmer oder die Mietwohnung, als Kreuzgang die Strassen der Stadt, als Klausur der Gehorsam, als Gitter die Todesfurcht und als Schleier die Demut, als Beruf das Vertrauen in Gottes Vorsehung, die Hingabe all dessen, was ihr besitzt.“ (Zitat Heiliger Vinzenz unter der Rubrik „unsere Geschichte“)

bunden in das religiöse Leben; der Vorrang der *Berufung* vor einer praktischen Eignung zur Pflege, der Vorrang der *Liebe* zum Nächsten vor Kenntnissen aus der Wissenschaft.<sup>21</sup>

Aus diesem Bild ergeben sich abschließend folgende Fragen aus der Perspektive des religiösen Erbes an die hermeneutische Arbeit der Sorge:

- Wie ereignet sich in der hermeneutischen Arbeit der Sorge *Sinn* über die Beziehung von Personen? (Vgl. Fazit Kapitel 3)
- Inwiefern ist in der hermeneutischen Arbeit der Sorge ein *transzendentes Moment* enthalten? (Vgl. Fazit Kapitel 3)
- Wie weit ist in der hermeneutischen Arbeit der Sorge die fürsorgende Person als ganze *existenziell involviert* (über soziale, berufliche Rollen hinaus)? (Vgl. Fazit Kapitel 4)
- Wie kann eine hermeneutische Arbeit der Sorge eine dermaßen intensive Motivation zur Fürsorge bieten? (Vgl. Fazit Kapitel 4)

## 1.5 FLORENCE NIGHTINGALE UND DER WEG IN DIE MODERNE

Nightingale steht also für eine christlich-religiös motivierte Krankenpflege, der dominanten Tradition der Fürsorge im Abendland, was sich gut mit dem Bild von der „Dame mit der Lampe“ verträgt. Allerdings gerät dieses Bild von Religiosität wiederum in eine Spannung, die – vor den Hintergründen im 19. Jahrhundert – nicht weniger paradox ist und nicht minder Aufschluss gibt über die Tendenzen und Fragen des Zeitalters als die komplexe Synthese von energischem Feminismus und traditioneller Weiblichkeit. Denn Nightingale hegte eine gehörige Portion Skepsis und übte oft harsche Kritik gegenüber der konkreten Praxis der Krankenpflege etwa durch katholische Schwestern. Diese Kritik betrifft im Wesentlichen zwei Punkte. Die religiös motivierte Pflege stellte zum einen häufig die Kultur der inneren Haltung, die religiöse Lebensform, die Mission und das Gebet über die Verbesserung der konkreten Arbeit hinsichtlich Effizienz und Effektivität; zum anderen und dementsprechend stellten die Nonnen und Diakonissinnen Berufung über Eignung und standen damit einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung eher ablehnend gegenüber. Etwas plakativ gesprochen stellte die religiöse Tradition *Ethik* über *Effektivität* und *Effizienz*.

---

21 Für eingehendere Analysen des Wandels fürsorglicher Praxis im paradigmatischen Wechsel vom religiösen Erbe zur modernen Welt vgl. Kumbruck/Senghaas-Knobloch (2006), Kumbruck (2007).

Die Pflegehistoriker Horst-Peter und Jutta Wolff bringen diese Einstellung mit Bezugnahme auf die ideologischen Auseinandersetzungen im 19. Jahrhundert um die Pflege exemplarisch auf den Punkt:

„Die ethische Erziehung der Rot-Kreuz-Schwestern rangierte stets vor ihrer technischen Ausbildung. [...] [Es] wurde hinsichtlich der Vermittlung theoretischer Kenntnisse zumindest in den ersten Jahrzehnten starke Zurückhaltung geübt, weil die führenden Persönlichkeiten des Roten Kreuzes die Auffassung vertraten, dass zu viel Theorie Halbwissen, Überheblichkeit, Vernachlässigung der praktischen Arbeit nach sich zöge und vor allem zum Verlust der zum Beruf der Krankenpflege gehörenden Bescheidenheit führen würde.“ (Wolff/Wolff 1994, 163)

Standen Fragestellungen hinsichtlich wissenschaftlicher Fundierung des eigenen Tuns und der Kontrolle der *Qualität* von Pflegehandlungen anfänglich gar nicht im Horizont der religiösen Pflege, so wurden diese, sobald sie mit dem Siegeszug des Positivismus und der Technik an Einfluss gewannen und eine Auseinandersetzung unumgänglich wurde, primär einmal abgewehrt, weil sie die religiösen Tugenden aus dem Herzen des Sorgens zu vertreiben drohten. Weniger die liebende Hingabe, der gemeinsam geteilte höhere Sinn in der Fürsorge-Beziehung standen länger im Mittelpunkt, sondern die mess- und belegbare Wirksamkeit der materiell manifesten Intervention. Diese Spannung des Zeitalters durchzieht auch Florence Nightingales Biografie – wiederum in extremer, aber doch synthetischer Polarität. Denn bei aller persönlicher Berufung und gelebter christlicher Spiritualität teilte Nightingale gerade diesen Geist des Positivismus und verabscheute regelrecht die Spiritualität der Innerlichkeit, welche die konfessionell gebundene Pflege darbot. Etwa polemisierte sie in der Zeit des Krim-Krieges in einem Brief an den Kriegsminister gegen eine Gruppe katholischer Nonnen, die religiöse Aktivität über pflegerische Aufgaben zu stellen schienen, sie wären hier, „nicht um den Kranken zu dienen, sondern um einen Konvent zu gründen“ („*not to serve the sick, but to found a convent*“, zitiert in Schweikardt 2008, 72). Sie kritisierte den Hang zur Mission und zur Seelenrettung anstelle effektiver Hilfe, die Neigung, dem Gebet vor der Arbeit Vorrang zu geben. Gegenüber solcher Spiritualisierung der Fürsorge bevorzugte sie die handfeste Arbeit, vor allem an Strukturen und Organisationen, deren Effizienz sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse gründet und mit Mitteln der *Statistik* beweisen lässt. Überhaupt ist die Rolle der Statistik im Leben Nightingales – und im modernen Weltzugang, wie er im 19. Jahrhundert praktisch wirksam wurde – kaum zu überschätzen. Nightingale galt als „leidenschaftliche Statistikerin“ („*passionate statistician*“, Calabria/Macrae 1994, X), die statistische Tafeln nicht nur mit Genuss liest (vgl. ebd.), sondern auch einen kleinen Platz in der Geschichte der Statistik behauptet, weil ihre Darstellungen der Mortalität in Skutari als ein Meilenstein in der Anwendung und Visualisierung von Daten gelten können. Ihre Leidenschaft für die Statistik und ihr Glaube an Not-

wendigkeit, Wahrheit und Macht der Anwendung der naturwissenschaftlichen Methode auf die menschlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse sind in keiner Weise geringer als ihr Glaube an eine religiöse Berufung und ihre spirituellen Leidenschaften. Aus ihrer Biografie lässt sich schließen, dass sie Lambert-Adolph-Jacques Quetelets (1796-1874) Hauptwerk über die „Sozial-Physik“ nicht weniger erbaut haben dürfte als „Die Nachfolge Christi“ des Thomas von Kempis (vgl. Calabria/Macrae 1994, XIII). Diese Lektüresituation am Nachtkästchen spiegelt durchaus eine paradigmatische Dualität ab, die den Weg in und durch die Moderne prägt (vgl. dazu Weil 1996, Kategorie „*condition*“, und Schuchter 2014, 57f. und 67ff.). Das – als nach der Bibel am häufigsten gedruckte und übersetzte Buch – zweite „Hauptwerk“ des Christentums auf der einen Seite führt ein in das christliche Leben und die christliche Spiritualität. Reflexionen und Meditationen „über die Hingabe an Christus und Ermunterungen, den Eitelkeiten der Welt zu entfliehen“ (Hiegl 2011, 3), verhelfen zu einer „Besinnung für die wahren, ewigen Werte, die jede weltliche Freude weit übertrifft wie der Berggipfel das niedere Tal“ (ebd.). Das Hauptwerk des französischen Astronomen, auf der anderen Seite, begründete eine regelrechte Sozial-Physik, mit der die irdische Welteinrichtung gestaltet werden kann, und war maßgebend für die quantitativ vorgehenden Sozialwissenschaften.

Zwei Überzeugungen kennzeichnen den sozialwissenschaftlichen Positivismus, dem Nightingale in Anschluss an Quetelet anhängt. Erstens: Die menschliche Wirklichkeit ist genauso Gesetzen unterworfen wie die äußere Natur. „Wenn wir den Charakter und die Umstände eines Menschen vollständig kennen würden, so könnten wir sein zukünftiges Verhalten mit mathematischer Präzision voraussagen.“<sup>22</sup> Zweitens: Da der Mensch statistisch-mathematischen Gesetzmäßigkeiten unterworfen ist und somit eine Funktion der Bedingungen und Umstände ist, kann auf die Umstände entsprechend eingewirkt werden, um etwa Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Damit tritt an die Stelle des unvorstellbaren, aber erhofften himmlischen Lohns ein ausgesprochen weltliches Ziel, nämlich messbare Ergebnisse hinsichtlich der Mortalität, der Lebensqualität und allgemein von Gesundheitsdaten der Bevölkerung zu erwirken. Im Rahmen dieses positivistischen Weltbildes und solch aufgeklärt-säkularer Zielsetzungen sind auch die Sozialreformen und die Public-Health-Tätigkeiten Nightingales zu sehen, von den Ereignissen in Skutari über die Hospitals- und Workhousereformen bis hin zu den Interventionen für die öffentliche Wohlfahrt in Indien. Die Figur Nightingale steht damit plötzlich nicht mehr für das religiöse Erbe in der Sorge, sondern für das positivistische Paradigma technischer Weltbemächtigung: für Reformen und gute Strukturen der Versorgung in einem funktionierenden

22 „If we could entirely know the character and circumstances of a man, we might predict his future conduct with mathematical precision.” Zitiert in Calabria/Macrae (1994, XII) aus den „Suggestions for Thought“.

Gesundheitssystem. Nicht die mit ethischer Energie aufgeladene individuelle Haltung in der *Fürsorge* steht im Mittelpunkt, sondern Effektivität und Effizienz der *Versorgung* im Gesellschaftssystem.

Unmittelbar auf die Krankenpflege bezogen steht der Name Nightingale im selben Sinn für Modernisierung. Aufgrund der Ereignisse im Krim-Krieg und des enormen Rufes, den sich Nightingale dort erworben hat, begannen Unterstützer und Anhängerinnen zuhause in England aus Dankbarkeit Spendengelder zu lukrieren, über die Nightingale selbst verfügen konnte und die der Einrichtung einer dauerhaften Ausbildungsstätte für Krankenschwestern gewidmet werden sollte. Der „Nightingale-Fonds“, der als der erste Spendenaufruf in Großbritannien, „der sich an alle Gesellschaftsschichten richtete“ (Bostridge 2009, 294: „*the first national appeal in Britain aimed at all classes of society*“), gilt, umfasste Ende der 1850er eine beträchtliche Summe und wurde seiner Bestimmung endgültig zugeführt, als am 24. Juni 1860 die *Nightingale School of Nursing* im *St. Thomas' Hospital* in London eröffnet wurde. Die Gründung der – wie der Homepage der heute ins Londoner King's College integrierten Einrichtung zu entnehmen ist<sup>23</sup> – „ersten professionellen Krankenpflegeschool der Welt“ („*the world's first professional nurse training school*“<sup>24</sup>) ist in der Geschichte des Sorgens wiederum ein gleichzeitig historischer und symbolischer Akt, der für die Geburt der *modernen* Krankenpflege steht.<sup>25</sup> Die neuen substanziellen Kennzeichen der Pflege in der Moderne sind nun: *Verberuflichung* und *Verwissenschaftlichung*. Pflege wird von der „Berufung“ zum „Beruf“ – und fügt sich damit in das moderne System der Versorgung mit dessen Zielen und Werten. Was aber bedeutet das für das Ethos der Sorge? Welches sind die gelebten Ethos-Formen im Kontext der beruflichen Pflege und im System der Versorgung?

## 1.6 VERSORGUNG: FÜRSORGE ALS DIENSTLEISTUNG

Die moderne Pflege findet sich heute „eingebettet in den Sinnzusammenhang und das Regelsystem der Berufe und des Berufslebens der Gesellschaft“ (Wettreck 2001, 174). Mit dem Übergang von der „Berufung“ zum „Beruf“ ist die Pflege kein karitativer Liebesdienst mehr, organisiert um das sinngebende religiöse Motiv der Mission und der Nachfolge Christi, sondern eine Leistungserbringerin unter anderen Berufen

23 <http://www.kcl.ac.uk/nursing/index.aspx> (Zugriff 19.07.2011).

24 Ebd. unter der Rubrik „About the School“ – History“: [www.kcl.ac.uk/nursing/about/history.aspx](http://www.kcl.ac.uk/nursing/about/history.aspx) (Zugriff 19.07.2011).

25 „Zum ersten Mal konnten Frauen mit einer Berufung die Fertigkeiten zur Pflege außerhalb einer religiösen Umgebung erlernen.“ („For the first time, women with a vocation could learn nursing skills outside a religious environment.“ Ebd., 368).

im arbeitsteiligen System der Gesundheitsversorgung. Die zentrale Frage und normativer Ausgangspunkt jedes Gesundheitssystems ist: „Wie können die Gesundheitsorganisationen und Leistungserbringer auf die [Gesundheits-]Bedürfnisse der Menschen antworten?“ (Waller 2004, 219) Das *Ziel* gesellschaftlich organisierter Versorgung kann dann verstanden werden als bedürfnis- und bedarfsgerechte, effektive und effiziente Leistungserbringung zur Stillung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung (vgl. ebd., 233). Aus Systemperspektive erscheinen die Berufe des Gesundheitswesens als *Dienstleistungen*, die ihren jeweiligen Beitrag zur Krankheitsbekämpfung bzw. zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Dabei haben Dienstleistungen zwei zentrale Forderungen zu erfüllen und auszuweisen: ihre *Effektivität* und ihre *Effizienz*. Ob der einzelne Leistungserbringer in seinem Tun einen höheren symbolischen Sinn oder persönliche Erfüllung findet oder nicht, ist zweitrangig. Entscheidend ist, ob die Dienstleistung einen *wirksamen* Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit, zu den „Patientinnen-Ergebnissen“ („*patient outcomes*“), leistet und ob der *Einsatz von Ressourcen* in einem lohnenswerten Verhältnis zu den erbrachten Ergebnissen steht (vgl. ebd., 125 ff., 163 ff. und 173 ff.). Die Krankenpflege steht damit – wie die anderen Gesundheits- und Krankenversorgungs-Berufe – unter dem Paradigma der *Messbarkeit*, sie muss den Gesundheitsnutzen und die Qualität ihrer Leistungen sowie den Einsatz der dazu aufgebrauchten Mittel (im Wesentlichen die Quantität ihrer Arbeitskraft) letztendlich in Zahlen ausweisen können. Für das Paradigma einer solchen Handlungsrationale und den damit verbunden Ethos-Formen und Einstellungen, also für den idealtypischen Extremfall einer positivistisch und ökonomisch gesteuerten Betreuung und Leistungserbringung im Gesundheitswesen, soll der Terminus der „Versorgung“ reserviert werden. „*Versorgung*“ heißt: die *messbar effektive und effiziente Gesundheitsverbesserung von Individuen und/oder Populationen durch das Erbringen von Dienstleistungen im Rahmen eines organisierten Gesundheitssystems*.<sup>26</sup>

Es geht hier wiederum weder darum, die *Geschichte* der Pflege als Beruf oder der Entwicklung moderner Gesundheitswesen zu *erzählen* oder die Funktionsweise eines modernen Gesundheitswesens und des Pflegeberufs *systematisch-soziologisch zu analysieren*. Was hingegen in den Blick genommen werden soll, das ist, was passiert, wenn das *Ethos des Sorgens*, wie es in der Care-Ethik gedacht oder in der religiösen Tradition gelebt wird, in den Kontext der Versorgung hineintritt und in die Logik einer *Dienstleistung* umgewandelt wird. Die Pflege unter den Bedingungen der Moderne ist geradezu der gesellschaftliche Ort, an dem die *Spannung von „Sorgen“ und „Versorgen“*, von einer existenziell und ethisch aufgeladenen Haltung des Mitleidens und von menschlicher Verbundenheit zu einer positivistisch-ökonomischen

26 Vgl. paradigmatisch etwa den Österreichischen Strukturplan Gesundheit sowie eine umfassende Diskussion zu verschiedenen Versorgungslogiken in der „Moderne“ in Wegleitner (2012).

Handlungsrationalität im Betrieb der Gesundheitsdienstleistungen sichtbar und virulent wird. Diese Spannung lebt vom Fortleben der religiösen Tradition des „Mitleidens“ in den Caring-Debatten in der (nordamerikanischen) Pflegewissenschaft auf der einen Seite; vom Aufstieg und der Vorherrschaft der naturwissenschaftlichen Medizin zur *idealtypischen Profession* im Gesundheitswesen auf der anderen Seite. Daraus ergeben sich *zwei Imperative* an die heutige Gesundheits- und Krankenpflege (für beide steht der „Typus“ Nightingale gleichermaßen): Sie soll sowohl „Fürsorglichkeit“ im traditionellen und ethisch dichten Sinne darstellen und praktizieren als auch einer professionalisierten und verwissenschaftlichten Handlungslogik entsprechen. Daraus ergeben sich in der Konstellation der Moderne *praktische Antinomien*, die immer noch einer Lösung harren.<sup>27</sup>

### 1.6.1 Das Fortleben traditioneller Fürsorge-Moral im pflegewissenschaftlichen Caring-Diskurs

Die moderne Pflegewissenschaft begründet die Krankenpflege zwar nicht mehr religiös im Motiv vom mit-leidenden Gott wie in der jüdisch-christlichen Tradition, dennoch lebt – so das Ergebnis der Untersuchungen von Silvia Käppeli (2001, 2004, 2005) – dieses Urbild pflegerischer Sorge im Diskurs der Gegenwart fort: zunächst übertragen auf das „Wesen“ der Frau im Kontext der bürgerlich-konservativen Krankenpflege und „im Dienste bürgerlicher Geschlechterideologie, von Nationalismus, Patriotismus und medizinischer Wissenschaft“ (Käppeli 2001, 299), schließlich eben in den viel diskutierten Konzepten „Compassion“ und „Caring“ in der akademisierten Pflege und den Pflegewissenschaften Nordamerikas, die sich „in der europäischen Krankenpflege ab den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts durchzusetzen begonnen“ (ebd., 300) hat. In der religiösen Perspektive ist das Vorbild für pflegerische Sorge die Beziehung Gottes zu den Menschen. Diese Beziehung trägt den Charakter eines „Bündnisses“ (Käppeli 2005), dessen wesentliche Attribute „auch in den ethischen Normen der freiberuflichen Pflege“ (Käppeli 2004, 307) sich wiederfinden lassen, nun im Rahmen neuer Begründungsmodi, etwa einer weiblichen Care-Ethik sowie existenzphilosophischen (Patricia Benner), psychologischen oder beispielsweise auch an New-Age-Vorstellungen (Jean Watson) angelehnte Konzeptionen von Caring. Die Charakteristika des göttlichen Bündnisses seien – vom religiösen Diskurs abstrahiert und verallgemeinert – auch die Charakteristika der Fürsorge in der Pflegebeziehung. Welches sind die Hauptkomponenten des oder eines Bündnisses? Gott

27 Es geht hier übrigens um die konkreten Spannungen in der Handlungsrationalität und nicht um Systemrationalität (auch wenn sich historisch und soziologisch bzw. genetisch diese Spannungen durch funktionale Ausdifferenzierung von sozialen Systemen vermutlich am Besten verstehen und erklären lassen). Aspekte von Systemrationalität werden in Kapitel vier aufgegriffen.

erscheint zunächst als *mitleidender*, das Bündnis hat also eine *affektive* Komponente, die Anteilnahme und Mitleiden impliziert; Gott ist darüber hinaus *tätig für* die Menschen im Leid, leistet Beistand (er spaltet das Meer, opfert sich am Kreuz, heilt Kranke und lässt Verstorbene wieder leben); das Bündnis ist dabei nicht nur affektiv-punktuell, es hat die Eigenschaft *fortwährender moralischer Verpflichtung*, der Schöpfergott verspricht auch der Erlöser-Gott zu sein, der Mensch *bindet* (re-ligio) sich seinerseits im Gewissen, im Ritual, in kirchlichen Institutionen an Gott; das Bündnis hat eine *existenziell-transzendente* Dimension, es geht um das Menschsein des Menschen selbst (nicht um etwas Partikuläres *im* Leben, sondern *um* das Leben), um Heil und Verdammnis, um Wahrheit und Unwahrheit. Auch in der alltäglichen Rede von einem „Bündnis“ ist mitgedacht, dass man im Ernstfall die eigene Existenz für einen anderen Menschen riskiert – es geht im einen oder anderen Sinn ums Leben als Ganzes; schließlich und umgreifend bewährt sich das Bündnis in der Dramatik eines *Beziehungsgeschehens* (des Menschen zu Gott). Abstrahiert vom religiösen Narrativ kennzeichnen ein Bündnis also diese Attribute:

- Affektive Involvierung
- Tätigsein-für
- Moralische Verpflichtung
- Existenzielle Dimension
- Beziehungsgeschehen

Nach Käppeli charakterisieren genau diese Eigenschaften auch pflegerische Sorge bzw. Caring. Was allerdings „Care“ oder „Caring“ genau sei, das lässt sich aus der pflegewissenschaftlichen Literatur nicht leicht ableiten. Sowohl Morse et al. (1990) als auch Lea et al. (1996) beginnen ihre Übersichtsarbeiten zur seit den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts massiv angestiegenen Caring-Literatur mit der Feststellung, dass Caring als Phänomen und Konzept „schwer fassbar“ ist („*elusive*“: Morse et al. 1990, 2; Lea et al. 1996, 71) und dass das Studium der Literatur dazu „anstatt die Leserin zu erhellen [...] nur die Verwirrung steigert“ („[...] *instead of enlightening the reader, examination of the literature only increases confusion*“, Morse et al. 1990, 2). Zunächst nimmt die Diskussion eine enorme Spannweite an (vgl. Lea et al. 1996, 72f.), was die methodische Herangehensweise angeht.

Auf der einen Seite stehen Forscher und Forscherinnen, die Caring eher von den einzelnen konkreten Tätigkeiten her sehen und es für möglich halten, Fürsorgehandeln zu operationalisieren, die Wirkung auf Patientinnen und Patienten zu messen und die deshalb mit quantitativen Forschungsmethoden arbeiten.<sup>28</sup>

---

28 Einen Überblick über Instrumente, mit denen Caring gemessen werden soll, findet sich in Watson (2009).



Auf der anderen Seite stehen die eher existenzialistisch inspirierten Denker und Denkerinnen, die *Caring* von der ethischen Haltung, dem Gefühl und Beziehungsgeschehen her denken und für die folglich *Caring* nicht operationalisierbar ist. Sie weisen in der Regel nicht nur darauf, dass *Caring* ein komplexes menschliches Phänomen ist, das sich der Messbarkeit hinsichtlich der *praktischen Durchführbarkeit* der Quantifizierung und Kategorisierung entzieht, sondern dass *Caring*, das Fürsorge-Geschehen, „etwas Tieferes“ ist, das sich *prinzipiell* einem quantifizierenden Zugang verwehrt (vgl. Watson 2009, 3-10). Häufig bleibt damit in dieser Richtung explizit ein grundlegend philosophisches oder religiöses Motiv bewahrt, wie bei Silvia Käppeli selbst, die gegenüber positivistischen Sichtweisen auf Fürsorge skeptisch bleibt: „Alle Messungen von caring bleiben aber auf der Strecke, sind unbefriedigend und teilweise irrelevant, weil sie das gewisse Etwas, das transzendente Element, das caring eigentlich ausmacht, in Zahlen nicht erfassen.“ (Käppeli 2004, 346 f.)

Neben dieser grundlegenden Dichotomie in der Herangehensweise werden in der Literatur auch jeweils verschiedene Aspekte von *Caring* akzentuiert und für wesentlich erachtet. So konnten Morse et al. (1990) in ihrer Review fünf hauptsächliche Perspektiven auf *Caring* feststellen. Die Arbeit von Morse et al. (1990) wird recht häufig zitiert, sodass mit etwas Vorsicht ein über methodische Zugänge und philosophisch-wissenschaftliche Grundhaltungen hinausweisender Minimalkonsens in der Fachwelt zumindest über Eckpunkte der Diskussion gewagt werden darf (vgl. Watson 2009, 4)<sup>29</sup>.

Einige Autorinnen verstehen demnach *Caring*, erstens, als *Affekt* der emotionalen Involvierung, der Anteilnahme oder des Mitfühlens mit der Erfahrung des Patienten (vgl. ebd., 5.). Andere betonen, zweitens, eher den *Handlungsaspekt*, das sorgende Tätigsein für den Patienten. Dabei werden entweder grundsätzlich alle Pflegehandlungen als *Caring*-Handlungen angesehen oder eher spezifische, wie etwa aufmerksames Zuhören, anwaltschaftliches Eintreten für die Anliegen eines Patienten, Da-Sein, Berührung. Öfter werden auch die Kompetenz und die ruhige Sicherheit der Pflegehandlungen, also das professionell-handwerkliche Können, das Schutz vermittelt, als „*Caring*“ bezeichnet. Was „therapeutische *Caring*-Interventionen“ sind, das wird aus Sicht der Pflegepersonen wie der Patienten betrachtet und kann einigermaßen in Assessment- und Evaluationsinstrumenten abgebildet werden (vgl. ebd., 6).

In weiteren Perspektiven erscheint *Caring*, drittens, primär als *anthropologische Konstante*, als die Weise des menschlichen In-der-Welt-Seins, oder, viertens, als *moralischer Imperativ* bzw. *moralisches Ideal*, das in der Verpflichtung für und der fortwährenden Bindung an die Patientin besteht, die individuelle Würde und Integrität

---

29 Die Review von Morse et al. stammt zwar aus den 90er Jahren, wird aber immer wieder herangezogen – nicht zuletzt eben von Watson auch in der zweiten Auflage ihres Buches über Assessmentinstrument von *Caring* (2009), wo sie die konstante Wiederkehr der Arbeit anmerkt.

zu bewahren (vgl. ebd., 4f.). Nicht zuletzt sehen einige Autorinnen, fünftens, in der *Beziehung* und im Beziehungsgeschehen zwischen Pflegeperson und Patientin das Wesen von Caring.

Sowohl Morse et al. (1990) als auch Lea et al. (1996) sehen in dieser Multiperspektivität auf Caring, die sich aus einem Überblick über qualitative und quantitative Studien sowie theoretische Konzeptualisierungen in den Pflegewissenschaften ergibt, ein Problem verwirrender und widersprüchlich Vielfalt („*eclectic and diverse conceptualizations*“ lautet das abschließende Statement zur Pflegeliteratur von Morse et al. 1990, 12) – und lancieren ihr „Further research is needed!“. Aber stellt sich demgegenüber nicht eine einfache Frage: Was soll an diesen von den Autorinnen herausgearbeiteten fünf Perspektiven eigentlich verwirrend und widersprüchlich sein? Sind diese Perspektiven nicht weit davon entfernt, sich zu widersprechen, sondern ergänzen stattdessen einander und bilden ein durchaus kohärentes Ganzes? Morse et al. deuten das vorsichtig sogar selbst an, wenn sie für einige Konzeptualisierungen von Caring in der Literatur einen Caring-Prozess feststellen müssen, in dem die schematisierten Kategorien sich verlinken. So kann etwa der Affekt oder der moralische Imperativ zu spezifischen Handlungen führen oder Caring kann als ein *Grundzug des Menschen zu affektiven Beziehungen*, die mit Fürsorge-Handlungen verbunden sind, verstanden werden. Von da her betrachtet erscheint nicht die Vielfalt der Perspektiven verwirrend, sondern bloß die *Aussage*, dass diese Perspektiven „nichts“ miteinander zu tun hätten oder einander sogar widersprüchen. Wenn man jedenfalls die Literatur nicht einfach nur schematisieren will, sondern etwas konzeptuelle („philosophische“) Arbeit zu leisten wagt, kann das, was Morse et al. zersplittert sehen, durchaus als eine kohärente Einheit gefasst werden.

So erscheinen etwa im Diskurs der philosophischen Care-Ethik (außerhalb der Pflegewissenschaft) dieselben aufgeworfenen Perspektiven ohnehin im Konnex: So lässt sich nach Glenn (2000) aus einer Lektüre der Care-Theoretikerinnen schließen, dass eine Definition von Care folgende Dimensionen umfassen müsse: eine Seite des „Caring about“ („Sorgen-um“), die einen *moralischen* Anruf zur Verantwortung und eine persönliche Involvierung auch auf der Ebene des *Gefühls* angesichts der Bedürfnisse eines anderen Menschen umfasst; eine zweite Seite des „Caring-for“ („Sorgen-für“), womit die vielfältigen *Aktivitäten des Beistandes* für das Wohlergehen des Anderen gemeint sind (vgl. ebd. 87f.). Mitanerkannt sei in der Vorstellung von „Care“ weiter, dass „jeder und jede Sorge braucht“ („*that everyone needs care*“, ebd., 88), dass die Sorge also einen Grundzug des Menschseins ausmacht und dass Care im Aufbau einer *Beziehung* besteht („*care is seen as creating a relationship*“). Die Diskussionen der philosophischen Care-Ethik drehen sich also um die gleichen Eckpunkte wie die Pflegewissenschaft zu dem Thema. Weiter entsprechen die verschiedenen Akzentuierungen des Themas des Sorgens in den Pflegewissenschaften in ihrer *Gesamtheit* geradezu perfekt den Eigenschaften des Bündnis-Paradigmas, wie es

Käppeli für die theologisch begründete Pflege herausgearbeitet hat – nur eben abstrahiert von den Narrativen, die „Gott“ zum Zentrum haben.

Nicht zuletzt spiegeln sich in der fünffachen Vielfalt, wie „Sorgen“ in der englischsprachigen pflegewissenschaftlichen Literatur bearbeitet wird, ganz einfach die wichtigsten Komponenten der Alltagssemantik des Begriffs Sorge/Caring wieder (wenn man über die Übersetzungsproblematik dezent hinweg sehen mag). Das ist auch nicht weiter verwunderlich. Jede wissenschaftliche Untersuchung gründet – so eine zentrale Einsicht der Hermeneutik – im alltäglichen *Vorverstehen*. Jede wissenschaftliche Verwendung von Begriffen hat letztlich Wurzeln in deren alltäglichen Gebrauchsweisen.

Weiter bestehen wissenschaftliche Welterfassungsprozeduren immer in einer *Reduktion* der Alltagserfahrung, sodass es nicht verwundert, wenn ein ohnehin schwer fassbarer Begriff mit jeweils einseitigen Akzentuierungen in den einzelnen Untersuchungen auftaucht. Philosophie, die häufig mit Begriffsanalysen aus dem Alltagsverständnis beginnt, versucht sowohl des methodischen Reduktionismus der wissenschaftlichen Verfahren inne zu sein als auch eine Sprache für die Reflexion alltäglich-lebensweltlicher Erfahrung zu finden, ohne diese primäre Welt- und Lebenserfahrung zu entstellen. Damit kann also aus einem philosophischen Zugang, der letztlich ohnehin nicht vermeidbar ist, eine Definition von „Fürsorge“ oder „Caring“ gewagt werden, da sich aus der Semantik des Alltags und der dominanten Theorie-Traditionen, die nicht in ihren Akzentuierungen, sondern in ihrer Gesamtheit betrachtet werden müssen, durchaus einheitliche Eckpunkte der Diskussion festgestellt werden können:

*Die Fürsorge ist eine Beziehung, die affektive Involvierung, moralische Bindung und Tätigkeiten des Beistandes impliziert und die in grundlegende Weise mit der Existenz und dem Menschsein selbst zu tun hat.*

Neben dieser Definition kann für den pflegewissenschaftlichen Caring-Diskurs außerdem festgehalten werden: Es dreht sich bei der Caring-Debatte nicht um irgendein Spezialthema neben anderen in der Pflege, sondern es geht um den Kern, das Herz und das Wesen der Pflege selbst (ebd., 1: „*Caring has been described as the ‚core‘ or the ‚essence‘ of nursing*“): „Die Frage, ob caring der Inbegriff der Krankenpflege sei, durchzieht den ganzen pflegewissenschaftlichen Diskurs zu diesem Begriff.“ (Käppeli 2004, 349) In dem einen oder anderen Sinn ist die Fürsorge immer konstitutiv für die Pflege selbst. Pflege ohne das Moment des Carings wäre etwas Anderes, eine Pflege ohne das „eigentlich Pflegerische“ (Wettreck 2001, 181 ff.). Ohne den leisesten Hauch eines Mitgefühls, ohne auch nur minimal tätiges Engagement für Andere, ohne einen zumindest minimalen Sinn für das Besondere der zwischenmenschlichen Beziehung im Pflegegeschehen, ohne einen Bezug zu grundlegenden Fragen des Menschseins oder zu einer ethischen Erfahrung – ohne all dem verkümmert Pflegehandeln zu einer Summe handwerklicher Service-Leistungen. Im Caring

kommt irgendeine Form von „Überschuss“ zum Ausdruck, den Pflege charakterisiert: ein Zug des Menschseins überhaupt, ein Ausdruck des Moralischen, ein transzendierender Affekt.

Das ist der eine Imperativ, der an die Pflege heute gerichtet wird: Fürsorge in einem intensiven Sinn zu verwirklichen oder zumindest nicht ganz zu vergessen. Der andere Imperativ entspringt der modernen Handlungsrationalität, den Maßstäben der instrumentellen Vernunft, für welche die moderne Medizin das ideale und die Praxis beherrschende Vorbild abgibt.

### 1.6.2 Role-Model DRG-Medizin

Der Erfolg moderner westlicher Gesundheitssysteme beruht auf zwei Bewegungen, die sich im 19. Jahrhundert im großen Stil durchgesetzt haben, nämlich die Public Health oder sozialmedizinische Bewegung und die naturwissenschaftlich fundierte klinische Medizin. Beide gründen im positivistischen Denkparadigma: in der statistischen Epidemiologie einerseits, in den experimentellen Naturwissenschaften andererseits. Beispielhaft für auf statistischen Analysen und Interventionen gegründete sozialmedizinische Leistungen kann das Wirken Florence Nightingales selbst in Erinnerung gerufen werden. Als – historische und symbolische – Meilensteine der modernen klinischen Medizin können wohl die Begründung der *Zellulärpathologie* Mitte des 19. Jahrhunderts durch Rudolf Virchow und die Entdeckung des *Mycobacterium tuberculosis* durch Robert Koch gelten. Ersteres, das auf der Errungenschaft der Mikroskopie aufbaute, machte mit den letzten, bereits erodierenden Resten der antiken Humoralpathologie endgültig Schluss; zweiteres begründete den Sieg der *wissenschaftlichen Bakteriologie*.

Gleichzeitig und im Zuge dieser Entwicklungen vollzog sich ein Paradigmenwechsel in der Bedeutung und der Rolle des Krankenhauses. Ausgehend von den Zentren Paris und Wien wurde die neue naturwissenschaftliche Medizin in Architektur und Logistik des Krankenhauses inkorporiert. Während das „alte“ Krankenhaus in der Neuzeit zwar allerlei Wandlungen durchgemacht hatte, verlor es im Großen und Ganzen nie die vom mittelalterlichen Hospiz-Gedanken herrührende Funktion, primär „Herberge“ für Arme, Kranke, Alte und Obdachlose zu sein (vgl. Eckart 2005, 225). Der Heilsanspruch des Krankenhauses war bis weit ins 19. Jahrhundert

„nicht im modernen Sinne eines gezielten und kausal wirksamen Therapieangebots zu verstehen [...]. Primär wurde vielmehr darauf geachtet, eine äußere Umgebung für den Kranken herzustellen, die den natürlichen Genesungsprozess förderte. Aus diesem Grunde war es bis ins späte 19. Jahrhundert für den Erfolg eines Krankenhauses viel wichtiger, über gute Pflegekräfte als über besonders qualifizierte Ärzte zu verfügen.“ (67)

Ärzte waren deshalb in der Regel auch nicht unbedingt im Krankenhaus angestellt, sondern besuchten die Kranken dort. Mit den Erfolgen in der Anästhesie, den neuen chirurgischen Möglichkeiten, der Zunahme an medizinischen Instrumenten (Fieberthermometer, Subkutan-Injektionen, Stethoskope, Blutdruckmessgerät), nicht zuletzt aber wegen den Erkenntnissen aus der Bakteriologie und damit der neuen Infektionslehre, dem Wissen um Hygiene und dem Übergang ins Zeitalter der Antibiotika änderte sich das in entscheidender Weise. Das Krankenhaus wurde „vom Armenhaus zum Schaltzentrum und Hauptquartier der neuen Medizin“ (Porter 2003, 647). An die Stelle der Kapelle rückte symbolisch und wirklich der OP (vgl. Wettreck 2002, 168 ff.), die sich ausdifferenzierenden Spezialgebiete der Medizin definierten die Abteilungen im Krankenhaus, Laboratorien wurde Raum geschaffen und statt „Gestank von Verwesungen und Absonderungen [...] bestimmten [nun] Karbol und Äther die Atmosphäre der Kliniken“ (Eckart 2005, 226). Das Krankenhaus wandelte sich *von einem Ort der Fürsorge zu einem Ort des Kampfes gegen Krankheiten*, diskursiv setzte sich an die Stelle eines religiösen „Blicks“ (vgl. Wettreck 1999, 9 ff. zum Konzept des „Blickes“) des Mitleidens der Blick naturwissenschaftlicher Rationalität: neutral und objektiv, offensiv gerichtet auf den Kampf gegen Krankheiten. Die Logik des Kampfes gegen Krankheiten mit den Mitteln von Wissenschaft und Technik, die auch heute das Wesen des Krankenhauses bestimmt, hat dabei einen entscheidenden Vorteil: Sie ist ungeheuer *effektiv*.

Und – was mindestens eben so viel zählt – die moderne, evidenzbasierte Medizin kann die Effektivität *messen* und belegen (zumindest dem Prinzip nach). Als das beste Verfahren in der Medizin zur Bestimmung der Therapiewirksamkeit gelten randomisierte, kontrollierte Studien. Natürlich liegen nicht für alle Bereiche medizinischen Handelns solche Studien vor, aber zum einen ist es der Sinn medizinischen Fortschritts, möglichst viel „evidence“ in allen Bereichen zu erlangen, zum anderen nimmt die Anzahl guter Studien auch tatsächlich zu. Dieses Wissen wird idealiter anhand von Leitlinien in die Praxis übersetzt. Das Ziel klinischer Leitlinien ist unter anderem „die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch: eindeutige Behandlungsempfehlungen, Standards zur Bewertung der klinischen Praxis [...]“ (Bonita 2008, 213). Das ärztliche Handeln ist in der Gegenwart, aufgrund wissenschaftlicher Selbstverpflichtung und zunehmender Notwendigkeit, Rechenschaft der eigenen Therapieempfehlungen vor den informierten Patientinnen und Patienten abzulegen, mehr und mehr an im Prinzip globalen Standards orientiert.

Krankenhäuser sind nicht nur die „Schaltzentren der Medizin“ und die sichtbarsten Manifestationen des Positivismus im Kontext von Gesundheit und Krankheit, sondern nehmen heute „auch im internationalen Vergleich im Regelfall den höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben in Anspruch“ (Schölkopf 2010, 103). Gleichzeitig bietet dabei die stationäre Versorgung im Krankenhaus auch aufgrund der Logistik und der Datenlage den Idealfall von Planbarkeit und Steuerbarkeit von Finanzierung der medizinischen Leistungen. In den meisten OECD-Staaten (vgl. ebd., 119) hat sich

zur Vergütung und Steuerung der medizinischen Leistungen das System der sogenannten *Diagnoses Related Groups* („DRG’s“) etabliert. Patienten bzw. Krankheitsfälle werden auf der Basis ihrer *Diagnose* und der durchgeführten *diagnostischen oder therapeutischen Intervention*, also der von Ärztinnen erbrachten Leistung, in „Fallgruppen“ klassifiziert, die dann kostenmäßig nach dem Aufwand bewertet werden. Dieses Vorgehen setzt eine einheitliche Klassifikation und standardisierte Dokumentation der Krankheiten voraus – vorliegend in der *International Classification of Diseases* (aktuell ICD-10) – und einen einheitlichen und verbindlichen Katalog darüber, was eine „medizinische Leistung“ sein soll – für Österreich etwa der „LKF-Leistungskatalog“<sup>30</sup> des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Zuordnung der Kosten zu einer Fallgruppe setzt ihrerseits statistisches Datenmaterial zum mit einer Diagnose und den medizinischen Leistungen anfallenden Aufwand (zeitlich, materiell, personell) voraus, wie etwa die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus bei einer bestimmten Diagnose. Alles in allem wird damit die ärztliche Tätigkeit in ökonomische Quanten übersetzt und das Krankenversorgungssystem finanziell transparent, der Ressourceneinsatz optimierbar und steuerbar. Das DRG-Instrumentarium fungiert gewissermaßen als Gold-Standard für *effiziente* Steuerung einer Gesundheitsdienstleistung.

Damit liefert die moderne Medizin das *Modell für Effektivität und Effizienz*. Die Leistungen der Medizin sind wissenschaftlich fundiert und in ihrer Wirksamkeit belegt, im Grunde an zunehmend universellen und einheitlichen Standards orientiert und finanziell verhältnismäßig einfach abzubilden. Wie damit Gesundheit zum „Geschäftsmodell“ werden kann – beziehungsweise gegenwärtig auch wird – und die Logik des Marktes die Logik der Heilkunst untergräbt, zeigt Maio (2014b). Es bestehe „unter dem Einfluss der DRG-Abrechnung die Tendenz, Patienten in ökonomische Kategorien aufzuteilen. Auf diese Weise wird den Ärzten unterschwellig beigebracht, bei jedem Patienten stets mitzureflekieren, welche Bilanz er verspricht“ (ebd., 29). Diese „Verbetriebswirtschaftlichung der Medizin“ (19) betrifft nun analog die Pflege.

### 1.6.3 Moderne Handlungsrationalität in der Pflege und Spannungen zur Fürsorgemoral

Im Folgenden soll anhand eines exemplarischen Falles die spezifische Handlungsrationalität des Versorgens durch eine beruflich oder professionell verstandene Pflege herausgestellt werden und in deren Spannungen zum dichten Ethos der traditionellen

---

30 Bundesministerium für Gesundheit: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, LKF. Leistungskatalog BMG 2011. Abgerufen am 30. 07. 2011 unter: [www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/1\\_leistungskatalog\\_bmg\\_20111.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/1_leistungskatalog_bmg_20111.pdf).

Sorge (Care-Ethik, christliche Caritas) geschildert werden. Im Auftrag von vier Zürcher Spitälern entwickelte eine Arbeitsgruppe um Silvia Schmid-Büchi (Schmid-Büchi et al. 2006, Schmid-Büchi et al. 2008) ein Modell zur Messung der Pflegequalität auf der Basis des für Schweizer Verhältnisse modifizierten „Quality of Health Outcome Models“ von Mitchel, Ferketich und Jennings (1998; siehe Schmid-Büchi 2008, 310). Die Wahl ausgerechnet dieses Projekts ist hier nicht legitimiert dadurch, dass gesagt sein soll, es wäre besonders „typisch“ für die Tendenzen der Pflege in der Gegenwart, sondern dadurch, dass sich daran in gut dokumentierter Weise der Diskurs der Moderne in seiner Spannung zur traditionellen ethischen Vorstellung des Fürsorgens besonders gut ablesen lässt.

Das globale Ziel des Projekts wird klar angesprochen: „Bei stetig zunehmendem Spardruck und knapper werdenden personellen Ressourcen im Gesundheitswesen sind die Pflegedienste gefordert, ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu beschreiben und dessen Notwendigkeit und Qualität deutlich aufzuzeigen.“ (Ebd., 309) In einem Umfeld also, das vom ökonomischen Gedanken der Ressourcenknappheit und des Strebens nach effizientem Mitteleinsatz bestimmt ist, muss die Pflege deren „Beitrag [...] zur Gesundheitsverbesserung von Patientinnen und Patienten [...] weiterhin vage“ (ebd., 309) ist, die *Effektivität* ihrer Leistungen in quantifizierbarer Weise transparent und überprüfbar machen. Worin aber bestehen die Gesundheitsverbesserungen, die auf das Tun der Pflege zurückgeführt werden können? Als „pflegesensitive Patientenergebnisse“ (ebd.), also messbare, beobachtbare Verhaltensweisen oder Wahrnehmungen von Patientinnen und Patienten, die durch Pflegeinterventionen (maßgeblich) beeinflusst werden, empfehlen Schmid-Büchi et al. (2006, 2008) folgende Kategorien:

- Funktioneller Status hinsichtlich der „Aktivität des täglichen Lebens“
- Selbstpflegefähigkeit und Selbstmanagement im Hinblick auf das eigene Gesundheitsverhalten
- Angemessenes Symptommanagement
- Patientenzufriedenheit
- Umfassende Informiertheit und die Wahrnehmung von *Caring*
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Kritische Zwischenfälle, wie Stürze, Dekubitus, nosokomiale Infektionen

In all diesen Hinsichten sei Pflege *wirksam* und könne ebenfalls, für ein umfassendes Qualitätsmanagement, in ihrer Wirksamkeit mithilfe geeigneter Assessment- oder Screening-Instrumente *gemessen* werden. So können etwa der funktionelle Status von Patientinnen und Patienten durch den BARTHEL-Index, die Selbstpflegefähigkeit mit dem *Medical Outcome Study-Short Form* SF-36, die Sturzrate pro 1000 Pflegetage retrospektiv aus der Pflegedokumentation erhoben werden und so weiter.

Für den Kontext vorliegender Arbeit ist es bemerkenswert, dass die Fürsorge überhaupt als Zielvorstellung und Wirkung pflegerischen Tuns in ein Qualitätsmanagementmodell Eingang findet und dass das Ausmaß oder die Qualität von *Caring* (in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten) *gemessen* werden kann, etwa mittels der „Human Caring Scale“ nach Töryry et al. (1998). Angelehnt an das Assessment-Instrument von Töryry et al. (1998) werden Qualität und Ergebnisse pflegerischen Handelns im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit und die Wahrnehmung von *Caring* unter anderem danach beurteilt, ob sich die Patienten „aufgehoben fühlen“, ob sie in ihren „Gefühlen, Ängsten und Sorgen ernstgenommen werden“, ob sie „ihrer Ansicht nach Linderung, Trost [...] unter Berücksichtigung ihrer Lebenssituation, ihres Werte- und Glaubenssystems [...]“ erhalten, ob Pflegende „genügend Zeit [...] für Anliegen haben und aufwenden“, ob sie der Ansicht sind „fair, freundlich [...], mit Geduld und Interesse behandelt“ zu werden, ob sie mit „ihrer Selbstwahrnehmung [...] einbezogen [...] [und] an Entscheidungsprozessen [...] teilhaben können“, ob sie empfinden, in einer Atmosphäre des Vertrauens in die Kompetenz des Pflegepersonals, des Respekts der eigenen Privatsphäre und der sozialen Beziehungen gepflegt zu werden. Der Begriff des „Caring“ selbst wird im Modell als „das Zeigen von Mitgefühl, Sorge, Anteilnahme, Güte und Freundlichkeit“ definiert, als „eine Pflege, die auf Unterstützung ausgerichtet ist, Trost, Verständnis beinhaltet und einfühlsam und empathisch durchgeführt wird“ (Schmid-Büchi 2006, 16).<sup>31</sup> Mit diesen Beispielen ist ein umfassender Tugendkatalog formuliert, der einerseits dem immer noch lebendigen Ethos der Fürsorge in der Pflegepraxis entspricht und durchaus für viele Pflegepersonen nicht nur gültig, sondern den motivationalen Kern des Pflegeberufs ausmacht; der andererseits aber auch, weil der Indikator für Pflege-Ergebnisqualität damit als Ziel gesetzt worden ist, als Indikator, woran Pflege gemessen werden soll, zum Imperativ für die Pflegepersonen wird.

Die Spannungen von moderner Handlungsrationalität und Fürsorgeethos werden nun augenscheinlich, wenn man das eingeforderte Ethos der Fürsorge, das *Ergebnisse* wie Patientenzufriedenheit zeitigen soll, kontrastiert und in Beziehung setzt mit einem der verbreiteten Management-, Planungs- bzw. Controllinginstrumente in der Pflege, nach denen die *strukturellen Voraussetzungen* für die Erbringung von *Caring-Prozessen* geplant werden. Ein solches Instrument, auf das im QM-Modell von Schmid-Büchi et al. (2006, 2008) im Kontext der Strukturqualitätskriterien auch verwiesen wird, ist die Methode LEP (Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege). LEP dient der computergestützten und statistischen Erfassung von pflegerischen Dienstleistungen. Ziele sind u. a., „eine solide Datenbasis für die Planung, Steuerung und Auswertung der pflegerischen Arbeit“ (Brügger et al. 2002, 5)

31 Ähnlich in eben vergleichbaren Instrumenten wie dem „CARE/SAT“ (Mayer et al. 2011) oder „Individualised Care Scale“ (Suhonen et al. 2005).



in Organisationen zur Verfügung zu stellen. Es soll weiter die Pflege-Arbeit transparent gemacht werden, um die spezifische Arbeitsbelastung der Pflege, die weder durch die Bettenbelegung noch durch medizinische Leistungserfassungssysteme (auf DRG-Basis) erfasst werden kann, adäquat abzubilden. LEP dient weiter der Planung von Stellenplänen, der Kostentransparenz und Kostenkalkulation, zusammengekommen also der Planung und Kontrolle eines *effizienten* Personaleinsatzes.

„Herzstück“ (ebd., 9) der Methode bilden die sogenannten Pflegevariablen, die „den direkt den Patienten und Patientinnen zuordenbaren Pflegeaufwand“ (ebd.) abbilden, „indem einzelne Pflegeerrichtungen erfasst werden“ (ebd.). Tätigkeiten von Pflegepersonen werden also kategorisiert, „gelistet“ und jeweils mit einem Zeitwert versehen (auf der Basis von Experteneinschätzungen und Piloterhebungen). Der Anspruch dahinter ist, dass die „wichtigsten Tätigkeiten aller Bereiche der Pflege“ (ebd., 11) damit umfasst sind – genau 151 Stück. Über weitere Berechnungsschritte, Gewichtungen und dergleichen können dann Pflegeaufwand und Personalzeiten in den Organisationseinheiten berechnet werden. Die Liste der 151 Pflegevariablen umfasst etwa Leistungen aus Bereichen wie „Bewegung“ (z. B. „Lagern/Umbetten aufwändig“), „Körperpflege“ (einfach, aufwändig und so weiter), aber auch beispielsweise „Gespräch“ (Alltagsbewältigung, Krisengespräch, Visite), „Medikation“ und so fort (in 15 Überkategorien).

Die Autoren (sic!) von LEP 2 – und das macht die Spannung zum „Ethos fürsorglicher Praxis“ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006) deutlich – geben auch die Grenzen der Methode bzw. der Messbarkeit von Pflegeleistungen an. Unter anderem werde das „subjektive Erleben von Zeit“ ausgeblendet oder ob „eine gewisse Tätigkeit mit positiven oder negativen Gefühlen verrichtet wird“ (Maeder 2000, 693). Sehr explizit wird eingestanden, dass „verschiedene Bereiche der Pflegearbeit [...] sich kaum sinnvoll oder überhaupt nicht quantitativ erfassen [lassen]“ (ebd.). Weiter heißt es, in vollem Bewusstsein der Problematik: „Dazu gehören eine Reihe von Arbeiten, die häufig übersehen werden, jedoch [...] für den Spitalbereich insgesamt von zentraler Bedeutung sind.“ (Ebd.) Maeder verweist auf die Untersuchung von Strauss et al. (1982) zur Gefühlsarbeit („sentimental work“) im Krankenhaus, also auf Tätigkeiten von Pflegepersonen, die unmittelbar auf die Gefühlslage und das Wohlbefinden von Patientinnen in zwischenmenschlicher Interaktion abzielen (vgl. ebd.). Da sich aber diese Dimensionen pflegerischer Arbeit nicht quantitativ fassen lassen, folgt der Schluss:

„All diese Arbeiten werden zur Hauptsache von Pflegepersonen verrichtet. Da es sich vorwiegend um qualitativ-beziehungsmäßige Aspekte der Pflege handelt, können diese mit einem quantitativen Messinstrument wenig oder gar nicht erfasst werden.“ (Ebd.)

Maeder geht sogar noch einen Schritt weiter und verweist auf die Komplexität des Handlungsfeldes Pflege, die man „wahrscheinlich nur noch bei wenigen anderen Berufen findet“, um wiederum am Spannungsfeld zu resignieren:

„Faktoren wie Verantwortungsdruck gegenüber Ärzten, Patienten und Angehörigen, die Konfrontation mit Krankheit und Tod, die oftmals nötige Durchbrechung sozialer Tabus, wie z. B. Nacktheit, Scham und Abhängigkeit, und die Fragen der Berufsidentität können mit keiner derartigen Methode erfasst werden und sind dennoch dem Kern der Arbeit zuzurechnen.“ (Ebd.)

Was an diesen Aussagen erstaunt, ist, dass einerseits ein sehr klares Bewusstsein von den Besonderheiten von Care-Tätigkeiten im Pflegeberuf besteht sowie davon, dass diese dem „Kern“ pflegerischer Arbeit zugehören – dass aber andererseits die Einsicht von der Unmessbarkeit dieser Dimensionen keineswegs dazu führt, die Grundkonstruktion eines recht bodenständigen, quantitativen Leistungserfassungsinstrumentes grundsätzlich in Frage zu stellen oder durch einen Einbezug der fraglichen Dimensionen das Instrument zu „verkomplizieren“. Es heißt schließlich ganz lapidar und wörtlich:

„Trotzdem [!] haben wir uns Anfang der Neunzigerjahre trotzdem [sic!] entschlossen, ein quantifizierendes Managementinstrument für die Pflege zu entwerfen, um eine objektivierte Darstellung dieser Arbeit zu haben und sie so steuerbarer und für Dritte kommunikativ anschlussfähig zu machen.“ (Ebd.)

Man muss nicht mit Psychoanalyse ideologisch durchtränkt sein, um in dem doppelten „trotzdem“ eine beredte und deshalb aufschlussreiche Fehlleistung zu entdecken. Die Botschaft dahinter ist im Grunde: Wir machen es, weil wir es können. Oder: Wir machen es, weil „man“ das so macht und es ohnehin selbstverständlich ist, dass man ein auf Zahlen basierendes Steuerungsinstrument braucht. Es besteht nicht einmal ein äußerer Druck, konkrete Pflegearbeit in Zahlen für das Management steuerbar zu machen – es ist vielmehr so selbstverständlich, dass über ein explizit erfasstes Problem dabei, ja einen augenscheinlichen Unsinn einfach hinweggegangen werden kann. Im Text (und in den damit geschaffenen Wirklichkeiten) lebt der Widerspruch dann zeitweilig nur mehr als Lapsus fort, der vom Lektorat – kraft einer ähnlichen Fehlleistung? – glücklicherweise übersehen wurde. Die Logik, konkrete Arbeit und zwischenmenschliche Interaktion in messbare Quanten zu übersetzen, erscheint schlussendlich auch so wenig einem Hinterfragen bzw. einer methodischen Korrektur oder zumindest Ergänzung wert, weil die gewissermaßen hilflosen Pflegepersonen dann auch noch für die Validierung des Instrumentes „herhalten“ müssen: „Das Instrument wird von den Pflegepersonen – unter Abzug der bereits erwähnten, nicht messbaren Dimensionen – denn auch als korrekte Beschreibung ihrer Arbeit anerkannt.“ (Ebd., 700)

Die korrekte kritische Gegenfrage wäre: Wie soll eine nicht-akademisch gebildete Berufsgruppe sich gegen ein historisch-dominantes Paradigma auch nur ansatzweise Gehör verschaffen? Immerhin geht es um Dimensionen menschlicher Interaktion, die selbst von professionellen Soziologen und Soziologinnen als „unsichtbar“ (Kumbruck/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2011), als „kaum zu erfassen“ (Maeder et al. 2000 selbst) beschrieben werden und die – da es sich dabei um existenziell tief greifende Dinge dreht, um schwer ausdrückbare Eindrücke, Gefühle und feine zwischenmenschliche Regungen – zu den am schwierigsten zu verbalisierenden Sachverhalten überhaupt gehören. Es ist schon schwierig, sich diese kaum wahrnehmbaren Dimensionen einmal vor Augen zu führen – umso mehr, wenn die Sprache der täglichen Umgebung keine semantische Unterstützung dafür bietet, sondern vielmehr das Gegenteil davon.

Maeder jedenfalls schließt mit der Zufriedenheit des Forschers, der ein Projekt ins Trockene gebracht hat: Es sei gelungen, „in der in Frage stehenden Kultur des modernen Spitals eine anschlussfähige und passende kommunikative Form für die Darstellung von Arbeit in der Pflege [...] zu schaffen“ (ebd., 701). Mit anderen Worten: Pflegerische Arbeit – eben unter Abzug ihres eigenen Kerns, der Sorge und der damit verbundenen Logik des Denkens, Handelns, Fühlens – wurde elegant ins DRG-Paradigma eingefädelt. Die Verflachung der Pflege zur Dienstleistung bzw. einer Summe von (genau 151) Einzelleistungen ist gelungen. LEP sowie die Aufschlüsse über die Entwicklung von LEP sind ein wunderbares Beispiel für das, was ein „Paradigma“ im Sinne Thomas Kuhns ausmacht (vgl. dazu Poser 2012, 150 ff.). Nämlich darin, dass gar nicht erst versucht werden muss, Widersprüche zu versöhnen oder irgendwie in ihrer, vielleicht unauflösbaren, Spannung weiter zu bearbeiten. Das Paradigma ist schlicht und einfach wirksam und kann Anteile der Wirklichkeit in derselben Schlichtheit und Unkompliziertheit einfach ausblenden.

Für Pflegepersonen ist diese Situation *tragisch* im wörtlichen Sinn: als *unschuldig Schuldigwerden*. Tragisches Handeln ist gekennzeichnet dadurch, dass selbst tugendhafte Personen durch Verhängnisse des Schicksals Schuld auf sich laden (vgl. anregend und aufschlussreich: die Sorgeerfahrung von Krankenpflegerinnen im Spiegel einer Lektüre von Antigone: Sexl 2006, 107 ff.). Die Tragik besteht konkret darin, dass in dem dargestellten Qualitätsmodell *auf der einen Seite* pflegerisches Handeln danach beurteilt wird, wie weit Pflegepersonen für die ihnen anvertrauten Menschen auf den Ebenen des Gefühls, der Beziehung, der Leidenserfahrung und der sozialen Netze sorgend handeln, wogegen *auf der anderen Seite* der Leistungserfassung, die unter anderem der Personaleinsatzplanung dienen soll, ein kompletter Analphabetismus in Bezug auf die eingeforderten „Outcomes“ herrscht. Das „Ethos fürsorglicher Praxis“ stellt sich somit im Dienstleistungsparadigma geradezu selbst ein Bein: *Es gibt kein angemessenes betriebswirtschaftliches Handlungskonzept, das imstande wäre der Sorge gerecht zu werden.*

Wenn nun beobachtet wird, dass sich unter DRG-Bedingungen der Druck auf die Pflegearbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis erhöht und sich bei den Pflegepersonen *moralische Dissonanz* diagnostizieren lässt (vgl. Manzeschke 2008 und die über die WAMP-Studie gut belegten Aussagen von Braun/Klinke/Müller 2010), so muss klar gesagt werden, die Dissonanz ist nicht in den Personen, sondern (in beiden Fällen) *im System*. Auf der einen Seite entwickeln Pflegewissenschaftlerinnen ein kluges Ergebnisqualitätsmodell, das in gut gemeinter Weise einem traditionellen Pflege-Ethos entsprechen will, auf der anderen Seite entwickeln primär Informatiker und Betriebswirte Leistungsklassifikationsmodelle, die – bei vollstem Bewusstsein des Widerspruchs – die notwendigen Voraussetzungen für ein existenziell bedeutsames Sorgen achselzuckend übergehen. Wenn man hinzunimmt, dass sowohl Leistungserfassung als auch Ergebniserfassung von den Praktikern und Praktikerinnen noch umfassende Dokumentationsleistung abverlangen, so spitzt sich die tragische Dissonanz noch zu. Die Sorge „verdünnt“ nicht nur, sie ist systemisch „unsichtbar“ (Kumbruck/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2011).

Es besteht also ein gewisses Interesse daran, einigermaßen und eventuell „tapend“ zu versuchen, die quantitativ gar nicht und verbal im Alltag nur schwer zu fassenden Dimensionen des Sorgens, die im Kern der Pflegearbeit fungieren, zur Sprache zu bringen. Grundsätzlich ist zu verstehen, dass es sich bei diesen Dimensionen nicht um eigene Tätigkeiten dreht – selbst wenn die Entwickler von LEP der Meinung sind, dass ein guter Teil davon in Gesprächen stattfindet. Allerdings sind Gespräche in der Pflege in der Regel Zwischendurch- oder Nebenbei-Gespräche, während andere Tätigkeiten verrichtet werden, oder Gespräche finden zwischen Tür und Angel statt. Die großen existenziellen Themen – Verlust von Kontrolle, Verlust von Sinn und Ziel im Leben, von Furcht vor dem Tod, die Dynamik zwischenmenschlicher Beziehung an den Rändern der Existenz – sind im Pflegealltag *stets* präsent. Aber zu einem guten Teil ist diese Präsenz eine *virtuelle*. Während eine Psychotherapeutin oder eine Seelsorgerin explizit ein Stück Zeit den großen Lebenskonflikten widmet, sind diese in den kleinen Alltagshandlungen pflegerischer Sorge und Versorgung nur implizit thematisch. Gespräche, die expliziter werden, finden z. B. während der Körperpflege statt – aber selbst dabei handelt es sich nicht um eine professionelle Psychotherapie oder Seelsorge, sondern um ein Reden im Modus zwischenmenschlicher, irgendwie „freundschaftlicher“ Art, in Form einer „Alltäglichkeit als geteilter Menschlichkeit“ („*ordinariness as shared humanity*“; Taylor 2010, 93).

Die eigentliche „Virtualität“ der existenziellen Themen findet sich in allen anderen Handlungen. Es macht einen existenziell bedeutsamen Unterschied, in welcher Weise beispielsweise eine Pflegeperson einen Patienten berührt, achtsam oder achtlos, behutsam oder mechanisch oder auch beides gemeinsam in einer sprachlich kaum auseinanderdividierbaren Synthese. Die Qualität der Berührung, die Haltung, die darin vermittelt wird, entscheidet manchmal über Würdigung oder Kränkung, gibt

Grund, sich in seinem Personsein verletzt zu fühlen – oder gibt Grund, „trotz allem“ erhobenen Hauptes Mit-Mensch zu bleiben, obwohl man nur daliegt, seine Ausscheidungen nicht kontrollieren kann und kaum den Atem hat, ein Wort zu sprechen. Sorgen betrifft nicht bloß das „Was“, das in Kategorien zählbar gefasst werden kann, sondern in großem Maß vor allem auch das „Wie“, das sich nicht bloß der Zahl, sondern auch dem Begriff zu einem guten Teil entzieht. Aber dennoch sind solche Sorge-Leistungen mit menschlichem Aufwand verbunden, sie kosten Energie, Zeit, ermüden oft mehr als alles Heben und Tragen zusammen. Sorge-Arbeit verdient, explizit gemacht zu werden, auch wenn das sprachlich nur unzureichend zu gelingen vermag. Das Folgende soll einen kleinen Querschnitt solcher Verbalisierungen bieten.

Halten wir uns vor Augen oder erinnern wir uns daran, wie eine Mutter oder ein Vater ein Pflaster auf die Wunde des beim Spielen aufgeschlagenen Knies ihres Kindes klebt. Dabei geht es nicht nur darum, die Wundheilung zu unterstützen und die Wunde sauber zu halten, sondern es geht auch darum, das so zu tun, dass etwa durch Blasen und Handauflegen Wohlempfinden erzeugt wird – und noch viel mehr geht es darum, das Kind durch den Akt der Wundversorgung zu *trösten*, also den Schmerz zu beachten, hinzusehen, Aufmerksamkeit zu schenken, ablenkende Gegenbilder zu erzeugen. Es geht also nicht nur um die Diagnose, die Therapie, das Selbstfürsorge-defizit, sondern auch um Trost, Würdigung, Ermöglichung von Teilhabe an der Normalität, Integrität der Person, Intaktheit der vertrauten Beziehungen und so fort. Bereits in diesem Ur-Akt der Sorge, einem kleinen Verarzten einer Wunde, steckt all das, was sich später in den komplexeren Sorgehandlungen und verschärften Formen des Leidens wiederfindet – oder eben verloren geht.

Die folgende kleine und nur andeutende „Phänomenologie“ einiger Tiefendimensionen von Sorgehandeln in der Pflege erhebt keine großartigen wissenschaftlichen Ansprüche – sie gründet in eigener Erfahrung, vielen Gesprächen und der Inspiration durch Wettreck (2001).

Sorgende leisten *Würde-Arbeit*. Würde ist ein schwer zu definierender Begriff, es ist leichter und vermutlich sinnvoller, „Würde“ negativ zu definieren (vgl. Margalit 2012) über eine Vorstellung von „Demütigung“. Entscheidend ist aber der Unterschied zwischen Kränkung und Demütigung. „Kränkung“ ist etwas, das die Natur uns zufügen kann – aber „demütigen“ ist dann das, was die Menschen daraus machen. Demütigend ist demnach alles, was einem Menschen Grund gibt, sich in seiner Selbstachtung verletzt zu sehen. Krankheit, Alter, Abhängigkeit sind kraft ihrer natürlichen Gewalt Anlässe für *Kränkung* – und je nachdem, wie andere damit umgehen, wird Würde bewahrt oder ein Mensch gedemütigt (vgl. Schuchter/Heller 2012, Pfabigan 2010). So birgt die Notwendigkeit, seine Ausscheidungen im Bett – eventuell in einem Zimmer mit anderen Personen – verrichten zu müssen, großes Kränkungs-potential. Dennoch gelingt es Pflegenden häufig, solche Situationen „umzudrehen“: durch Berücksichtigung von Intimsphären, durch Humor, durch die Vermittlung einer gewissen pragmatischen Selbstverständlichkeit, durch einen „guten Draht“

zwischen Pflegeperson und Patientin. Wodurch immer es zustande kommt, dass selbst solche Situationen erhobenen Hauptes gelebt werden können, das lässt sich nicht in Rezepten und Begriffen leicht fassen, sondern hat zu tun mit der komplexen, achtsam austarierten Interaktion. Die Würde-Arbeit könnte man so vielleicht als Überbegriff stehen lassen. Sie ist durch Wahrung der Integrität der Person, Teilhabe an den normalen sozialen Beziehungen und durch die Erhebung (erhobenen Hauptes) über die Kränkung und das Leid gekennzeichnet.

Vollständige Sorge leistet in den sonstigen materiell-manifesten Handlungen zur Wiederrichtung der Würde so etwa *Autonomie-Arbeit*, wenn in Situationen faktischer Abhängigkeit Selbstbestimmung (anwaltschaftlich und unterstützend) ermöglicht wird; sie leistet *Sinn-* und *Verständnis-Arbeit*, die nicht nur die Abläufe und medizinischen Fakten betrifft, sondern durch Zuhören und Teilen von Erfahrung das Verstehen der brüchig gewordenen Lebenssituation voranbringt, die Fürsorge leistet *Fürsprache-Arbeit* etwa gegenüber den Ärzten bei der Visite; *Aushalte-Arbeit*, wenn es darum geht, emotional belastende oder auch Ekel erregende Situationen gemeinsam auszuhalten („Alle können gehen, nur wir nicht, wir bleiben!“); *Berühr-Arbeit*, indem die Qualität der Berührung situativ ausdifferenziert, angepasst, überprüft wird, von der tröstenden Geste hin zum instrumentellen Kontakt; *Normalisierungs-Arbeit*, indem trotz Verwundung und medizinisch-technologischer Umgebung um Alltagsnormalität gerungen und diese für die Heilung des „ganzen“ Menschen kultiviert und konstruiert wird; *Atmosphären-Arbeit*, was das Licht, die Geräusche, die Farben angeht, daserspüren, welche Atmosphäre gerade in einem Patientenzimmer herrscht, um die Kommunikation danach auszurichten; *Daseins-Arbeit*, wobei das „einfache“ Nur-mal-da-Sein bedeutet, sich Zeit herauszureißen aus dem Betrieb mit einem latent schlechten Gewissen, dass die Kolleginnen jetzt eventuell kompensieren müssen; *Haltungs-Arbeit* und Motivation zur Aufrichtung der Niedergedrückten; Fürsorge erbringt häufig *Supererogations-Arbeit*, also viele „kleine Extras“ (Arman/Rehnsfeldt 2007) und Rollenüberschreitungen ins Persönliche (vgl. Fosbinder 1994), die nicht Teil des formellen Arbeitsvertrages sind oder sein können, um heilsame Normalität, Verbindungen, Freundschaftlichkeit zu stiften, oder einfach nur Erledigungen, die *jetzt notwendig* sind, aber nicht abgegolten werden können; *Organisations-Arbeit* und Improvisation auf der Station, die weder Teil der Ausbildung noch der Stellenbeschreibung ist – und so weiter und so fort.

All diese aufrichtenden und tröstenden Aspekte der Sorge machen doch die Lust an der Pflege erst aus. Pointiert gesagt: Es ist doch wenig reizvoll, Stuhlgang in einer angewärmten Blechschüssel herumzutragen, aber es ist nicht nur „reizvoll“, sondern menschlich erhebend und moralisch adelnd, das so zu tun, dass jemand, der den Stuhlgang im Bett verrichten muss, sich dafür nicht schämen muss, sondern vielleicht sogar das in einer leichten Atmosphäre tun kann – und noch mehr vielleicht sogar ein neues Bild von sich und dem Leben gewinnt, indem die unzähligen Formen des Leidens und der Kränkung nicht das letzte Wort haben. Die in den Kapiteln drei und vier

ergründete und von der antiken Philosophie (Kapitel zwei) inspirierte hermeneutische Arbeit der Sorge kommt genau an diesem Punkt ins Spiel. Möglicherweise ist die gedankliche, kommunikative und handelnde Tiefe der Sorge nicht nur ein Proprium der Pflege, ja nicht einmal nur der Medizin und anderer in diesem Sinn „verdächtiger“ Berufe (z. B. Soziale Arbeit) – sondern etwas, das zwar an den Grenzen des Lebens sichtbar wird, aber in jedem Kontext von Bedeutung ist, in dem gelebt, geliebt, gearbeitet, gehofft, gestorben, gespielt wird.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber halten wir diese Spannung von *Sorge* und *Versorgung* fest und nehmen entsprechende Fragen in den Fortgang der weiteren Untersuchung mit. Die Spannung ist mit dem Aufkommen des modernen Medizin- und Krankenversorgungssystems ein immer wiederkehrender und gut bekannter Topos, den wir abschließend mit anderen Stimmen noch ergänzen wollen.

So heißt es etwa bei Silvia Käppeli zu Beginn ihrer umfassenden Untersuchung zur Geschichte des Mitleidens in der christlichen und jüdischen Krankenpflege:

„Ich untersuche die Geschichte des Mit-Leidens als religiöse Motivation von Pflegepersonen aus verschiedenen Gründen: Als Pflegewissenschaftlerin und Krankenschwester beschäftigt mich besonders der weitgehende Verlust tätigen Mit-Leidens und die zunehmende Sinnentleerung, Unverbindlichkeit und Irrelevanz der Beziehung zwischen Leidenden und Pflegepersonen, zwischen Trostbedürftigkeit und tröstendem Beistand in der Pflege, die sich in der heutigen Berufspraxis abzeichnen.“ (Käppeli 2004, 21)

In die gleiche Kerbe schlägt Andreas Heller (1989). Er stellt zunächst den genannten Paradigmenwechsel fest: Die Pflege werde heute nicht mehr allein vom Ethos der Pflegekräfte getragen, vom Idealismus christlicher Nächstenliebe, sondern primär bestimmt durch „strukturelle Vorgaben, Personalschlüssel, Bettenkapazitäten“ (Heller 1989, 84) und motiviert durch die Entlohnung. Andererseits bleibe ein „Spannungsfeld zwischen materieller Basis und ideeller Einstellung“ (ebd., 86) bestehen – bei aller Dominanz der materiellen Logik der Versorgung bleibt eine Haltung und Kultur der Sorge ein inneres Moment, ohne das Pflege nicht Pflege ist:

„Es braucht Geld und entsprechendes Personal, und es braucht eine nicht in Geld honorierbare innere Einstellung zum Beruf und zu den Kranken. Pflege lebt vom unbezahlbaren menschlichen Überschuss an Zuwendung, von der unmittelbaren Ansprache, von der Balance zwischen Pflegekunde und Pflegekunst. Im Hin und Her zwischen wirtschaftlicher Effizienz und unwirtschaftlicher Menschlichkeit muss ein Nachdenken über Aspekte einer ganzheitlichen Pflegekultur heute angesiedelt werden.“ (Ebd., 87)

Diese Erinnerung an ein überschießendes Ethos der Fürsorge und unkalkulierbarer Menschlichkeit – überschießend über die vertraglich geregelten Dienstleistungshandlungen hinaus – findet beispielsweise auch eine transatlantische Artikulation bei dem

kanadischen Soziologen Arthur W. Frank, ausgedehnt über die Pflege auch auf die Medizin. Es heißt hier: „Das traditionelle Ideal der Medizin ist es, mehr anzubieten als Behandlung.“ (Frank 2004, 2.) Um dieses über das professionelle Handwerk hinausgehende, menschlich und persönlich fordernde „Mehr“ zu bezeichnen, spricht Frank von „Großzügigkeit“, also von einer moralischen Größe, die sich nicht berechnen, planen, routinehaft einfordern lässt. Er bemüht dafür auch „das abgenutzte Wort Fürsorge“ („*this overused word care*“; ebd., 4). Eine der Geschichten, die Frank sammelt, um „Großzügigkeit“ oder „Sorge“ in einer Art Spurensuche zu illustrieren, erzählt von der Palliative Care-Krankenschwester Linda, deren „überschießendes“, die eigene Persönlichkeit involvierendes Ethos so beschrieben wird: „Linda nähert sich jedem ihrer Patienten mit einer Erwartung, dass sie gerufen sein wird, ihr Bewusstsein zu erweitern, zu vertiefen und neu zu ordnen.“ („*Linda approaches each of her patients with an expectation that she will be called to broaden, deepen and rearrange her consciousness.*“ Ebd., 110). In solchem Sich-angelegen-sein-Lassen des Lebens und Leidens eines anderen Menschen wird die soziale Rolle kontrollierbarer professioneller Dienstleistung durchbrochen hin auf eine Ebene mit-betroffener Menschlichkeit. Das bedeutet auch: Die fürsorgende Person riskiert sich. Damit löse Linda die grundlegende und alt-hergebrachte Idee von Medizin und Pflege ein, wie sie sich in diesem Fall in der Idee von Palliative Care ausdrückt. Diese bestehe nicht so sehr in der fachlichen „Expertise der Schmerzkontrolle“ („*expertise in pain control*“; ebd., 111) oder dergleichen, sondern: „Was sie wirklich auszeichnet, ist, dass sie dem Impuls widersteht, in der einzigen Stimme wissenschaftlichen Wissens und technologischer Kontrolle zu vereinheitlichen und festzulegen, was über Patienten gesagt werden kann.“ („*What truly distinguishes it is that it resists the impulse to unify and finalize what can be said about patients within the single voice of scientific knowledge.*“ Ebd.)

Sehr deutlich drückt denselben Sachverhalt die Pflege-theoretikerin Joyce Travelbee aus (vgl. Travelbee 2008, v.a. 104f.). Die Funktion professioneller Pflege werde üblicherweise darin gesehen, einem anderen Menschen zu assistieren, damit dieser ein optimales Gesundheitsniveau erlangen oder bewahren kann. Diese Sichtweise richtet den Fokus auf die sichtbaren, unterscheidbaren und damit plan- und berechenbaren Hilfeleistungen von Pflegenden: wie die Hilfe bei der Körperpflege, beim Gehen, beim Essen usw. oder wie die medizinischen Aufgaben bei Diagnostik und Therapie (Blutdruckmessen, Blutabnahme, Legen von Kathetern und Sonden), ja selbst wie die Gesprächs-„Leistungen“ wie Beratung, Zuspruch und Zuhören. Dass all das wichtig ist und den Alltag der Pflege ausmacht, das lässt sich aus der Perspektive Travelbees „nicht bestreiten, aber es ist mehr erforderlich“ (ebd.).

„Was wird noch von einer professionellen Pflegekraft verlangt? Sie muss darauf vorbereitet sein, dem Patienten und seiner Familie nicht nur darin beizustehen, seinen Krankheit und sein



Leiden zu bewältigen, sondern in diese Erfahrungen einen Sinn zu finden. Dies ist die schwierige Aufgabe professioneller Pflege, der sie sich nicht entziehen darf.“ (Ebd.)

Aus all dem ergibt sich für die Geschichte der Sorge und für die Krankenpflege heute eine Fragestellung, die in vorliegender Untersuchung, sekundiert von der philosophischen Tradition der Sorge, bearbeitet werden soll. Die letzte Formulierung dieser Frage soll der Hellsicht eines Arztes überlassen werden, der inmitten der Umbrüche im 19. Jahrhundert sich der Frage nach der Krankenpflege annahm und sich auf das Wirken und das Vorbild von Florence Nightingale selbst berief (vgl. dazu Schweikardt 2008 76ff.). Rudolf Virchow, der berühmte Pathologe und Sozialmediziner, der im ärztlichen Tun ebenfalls ein „Mehr“, nämlich eine Anwaltschaft für die Armen, sah, trat in seinem politischen Engagement – aus einer säkular-humanistischen und wissenschaftlichen Gesinnung heraus – für eine Umgestaltung von der kirchlich-konfessionellen zur bürgerlichen Krankenpflege ein. In einer kleinen Schrift „Über Hospitäler und Lazarette“ schildert er mit historisch scharfem Sinn, was jedoch beim Übergang von der religiösen zur weltlichen Pflege an Verlust möglicherweise zu kompensieren in Kauf genommen werden muss:

„Aber an die vollbrachte Leistung schließt sich bei dem Krankenpfleger, wenigstens im Hospitale, sofort der Anspruch auf neue Leistung. Ein Kranker liegt neben dem anderen; scheidet der eine, so tritt ein anderer an seine Stelle. Von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Jahr zu Jahr, immer wieder dieselbe Arbeit, nur immer an neuen Personen. Das ermüdet den Pfleger die Gewohnheit, leiden zu sehen, schwächt den Eifer und das Pflichtgefühl. Es bedarf besonderer Reize, um die alte Teilnahme wach zu erhalten. Woher soll sie entnommen werden? Von der Religion? Von der Aussicht auf äußeren Lohn? Wir stehen hier an dem schwierigen Punkte, an welchem sich die Wege der kirchlichen und der bürgerlichen Krankenpflege scheiden, und gestehen wir es, in welchem eine ganz befriedigende Lösung noch nicht gefunden ist.“ (Rudolf Virchow, Über Hospitäler und Lazarette, zitiert in Schweikardt 2008, 78)

Virchow schildert – mit einiger Pointierung – das „Job“-hafte der Pflege und spricht die Tätigkeiten des Pflagens als einzelne „Leistungen“ an, die funktional aneinandergereiht werden: vom einen Kranken zum nächsten, Tag für Tag, Woche für Woche. Er diagnostiziert und fürchtet in diesem Betrieb der Versorgung – man darf hinzufügen: egal wie notdürftig oder „professionell“ dieser vollzogen wird – so etwas wie ein Nachlassen der moralischen Energie, die notwendig ist, um Leiden adäquat zu begegnen. Und dann spricht er die Stärke der religiösen Tradition der Pflege an – gegen die sich immerhin seine politische Tätigkeit wendet –, die darin besteht, diese moralische Energie am Leben zu halten, und stellt uns vor die entscheidende Frage der Sorge im neuen Paradigma: Wie kann es der bürgerlichen, säkular-wissenschaftlichen Pflege gelingen, die „alte Teilnahme“ weiter wach zu halten und zu kultivieren? Das heißt: Wie bringen wir Versorgung und Sorge, „Berufung“ und Beruf, Ethik

und Effizienz zusammen? Wie finden wir ein Zueinander von „Job“ und Sorge-Ethos, von Wissenschaftlichkeit und einem transzendierenden Moment, das der Sorge inne zu sein scheint? Virchow selbst, der die Belange der weltlich-beruflichen Pflege weiter treiben will, ist selbst skeptisch bezüglich der Antwort auf diese Frage.

Aus der Logik der Versorgung richten sich nun an die sokratische Sorge folgende Fragen – gewissermaßen eine „Virchow’sche Trias“:

- Wie können die „archaischen“, aber starken Motivationen und Repräsentationen der Fürsorge, also einer Fürsorge, die in überholten Rollenbildern und obsolet gewordenen religiösen Selbstaufopferungsszenarien verwurzelt ist, in eine aufgeklärte, reflektierte, kritische, also *vernünftige Sorge um Andere* „aufgehoben“ (d. h. weitergetragen, höhergehoben und abgelöst) werden? (Vgl. Fazit Kapitel 3)
- Wie kann unter den Bedingungen moderner Organisationen beziehungsweise in einer Gesellschaft, die von Organisationen stark geprägt ist, die *hermeneutische Arbeit der Sorge* selbst organisiert werden? (Vgl. Fazit Kapitel 4)
- Wie *wirkt* die hermeneutische Arbeit der Sorge? Wie, wenn überhaupt, können die Wirkungen der hermeneutischen Arbeit *gemessen* werden? (Vgl. Fazit Kapitel 4)

## 1.7 EIN FINGERZEIG DER *PHILOSOPHIN* FLORENCE NIGHTINGALE?

Wenden wir uns abschließend wieder und mit diesen Fragestellungen im Kopf der großen Symbolfigur der Pflege und der Sorge für Andere, Florence Nightingale, zu. Beide Seiten können sich zu Recht auf sie berufen: Auf der einen Seite kann kein Zweifel bestehen über Nightingales (care-)ethisch-religiöse Gesinnung. Die Hinwendung zu den Armen und Kranken versteht sie selbst als einen göttlichen Appell und der Glaube ist die bleibende moralische Kraft und Sinninstanz in all ihrem Sorge-Wirken. Andererseits steht sie am Anfang – und ihr ganzes politisches Wirken, ihre Sozialreformen gehen in diese Richtung – einer wissenschaftlichen fundierten Krankenpflege, die jeder Frau jenseits aller religiösen Gesinnungsfragen zugänglich ist. Der Name „Nightingale“ steht für beides: einerseits für *Sorge* und *ethischen Überschuss*, wie es in der heiligenartigen Verehrung der „Dame mit der Lampe“ zum Ausdruck kommt; andererseits steht der Name „Nightingale“ für *effiziente* und *professionelle Versorgung*, wie die Gründung der Krankenpflegeschule, die Reformen der Armenhäuser und des britischen Sanitätswesen auf der Grundlage ihres Einsatzes von Statistiken belegen.

Das Entscheidende allerdings ist nicht, dass beide Seiten sich auf sie berufen können und willkürlich verschweigen oder herausziehen können, was das eigene Anliegen legitimiert, sondern dass das, was in historischen Strömungen und gesellschaftlichen Ausdifferenzierungen auseinandertritt, was für uns heute als Widerspruch in der Praxis fühlbar ist, *im Horizont Nightingales selbst zusammengeht*. Für sie selbst sind Religion und säkulare technische Praxis offensichtlich ja *kein* Widerspruch. Wie aber gehen *Sorge* und *Versorgung* zusammen? Wenn wir die Symbolkraft der Figur Nightingale noch einmal weiter strapazieren wollen: Wie dekliniert sie selbst „Glauben“ und „Wissen“, „Ethik“ und „Effizienz“, Religion und positive Wissenschaft? Kann uns daraus ein letzter Hinweis entstehen?

Erstens muss dazu festgehalten werden: Liest frau die Biografie Nightingales hinsichtlich der Frage, wie Glaube und Wissenschaft zusammengehen, so fällt auf, dass in Nightingales Leben und Denken diese Kohärenz beider, die „Synthese“ *nicht einfach gegeben* ist, sondern das *Ergebnis eines Prozesses der Reflexion und der philosophischen Auseinandersetzung* darstellt – einer reflexiven Auseinandersetzung mit den eigenen Überzeugungen und Lebenserfahrungen sowie mit den Artefakten der gelehrten Welt: aus Theologie, Mystik, Wissenschaft und Philosophie. Nightingale nimmt sich in Essays, Briefen, Notizen und schließlich in einem wuchtigen religionsphilosophischen Werk (den *Suggestions for Thought to the Searchers of Truth among the Artizans of England*) einer *Frage*, die den Zeitgeist beschäftigt und spaltet, gleichzeitig sehr persönlich und gebildet-intellektuell an. Dieses Ringen um *Verstehen*, diese *Suche nach der Wahrheit* kann nicht anderes bezeichnet werden als mit dem Begriff „Philosophie“. Während Nightingale ikonografisch als Ideal weiblicher Fürsorglichkeit oder als individualistische Feministin oder als Vorbild für eine Pflege aus dem Glauben und der Berufung oder als Sozialreformerin, die sich den weltlichen Praktiken der Statistik und Logistik bedient, bekannt ist und jeweils akzentuiert herangezogen wird, wird in der Pflegegeschichtsschreibung diese Seite der täglichen Reflexion, der Wahrheitssuche, des Versuches, die Welt zu verstehen und einen kohärenten Sinn zu entdecken, nicht gerade überbetont. Aber ihre ganze Lebenspraxis ist begleitet von Reflexion, vom Fragen und dem Suchen nach sinnvollen Antworten – und die Antwort auf den historisch maßgeblichen Antagonismus von Religion und weltlicher Wissenschaft ist eben die, eine Religions-*Philosophie* entwickelt zu haben. Diese *lebensbegleitende Reflexion* vollzieht Nightingale in erster Linie schriftlich. Wie Bostridge (2006, 6) anmerkt: „Schreiben war Florence Nightingales Lebenssaft [*lifeblood*]“ und die Editorinnen ihrer Schriften konnten sich kaum retten vor den Massen an Notizen, Briefen, Tagebucheinträgen, Aufsätzen und so weiter (vgl. ebd. 3 ff.), die der Nachwelt hinterlassen wurden. Jedenfalls: Die tägliche Antwort auf Widersprüche ist bei Nightingale *Reflexion*, eine regelrechte *Praxis des Philosophie-rens im täglichen Leben*.

Aber, zweitens, nicht nur die Tatsache, *dass* sie philosophiert, sondern auch die Art und Weise, *wie* sie eine philosophische Lebenshaltung täglicher Reflexion realisiert, enthält zumindest einen Fingerzeig. Es handelt sich nämlich dabei um eine durchaus lebensnahe, nicht-akademische Weise des Denkens – oder zumindest um eine Weise des Denkens, die darum ringt, die gesellschaftlich-organisatorischen Voraussetzungen der eigenen Reflexionsmöglichkeiten zu überwinden und, wenn man so will, zu „horizontalisieren“. Schon der Titel ihres (letztlich nie publizierten oder in eine publizierbare Form gebrachten) Hauptwerkes *Suggestions for Thought to the Searchers of Truth among the Artizans of England* ist diesbezüglich vielsagend: „Gedankenvorschläge für die Wahrheitssuchenden unter den Handwerkern Englands.“ Es richtet sich nicht an eine Denkelite (sei diese universitär-akademisch oder eine Bildungselite des eigenen vornehmen Standes), sondern an die „Handwerker“. Hat sich nicht auch Sokrates mit Vorliebe und in diesem Fall respektvoll an Handwerker gerichtet (vgl. zweites Kapitel)? Philosophische Auseinandersetzung wäre damit etwas, das sich an die Alltagsreflexivität von Menschen, die ansonsten in ihren Lebenskontexten und in ihrer praktischen Arbeit stehen, richtet. Ein späteres Werk, in dem sie Mystikerinnen und Mystiker aus dem Mittelalter und der frühen Neuzeit übersetzt hat (*Notes from the Devotional Authors of the Middle Ages*), eröffnet mit dem merkwürdigen, aber in seiner Pointierung die Sache perfekt treffenden Satz: „Dieses Buch ist nicht für jemanden, der Zeit hat, es zu lesen.“ („*This book is not for anyone who has time to read it.*“ Zitiert in Bostridge 2008, 469). Ihre Gedanken, ihr Philosophieren und ihre Texte richten sich – nur scheinbar paradox – an jene Leute, die eigentlich *keine* Zeit dafür haben, die nicht im kontemplativen Modus der Wissenschaftlerin oder eines Mitglieds des gehobenen Standes leben. Aber umso mehr wird damit der Mensch als ein hermeneutisches Wesen aufgefasst, für das es wesentlich ist, *in* allen sonstigen Lebenszusammenhängen und Tätigkeiten ein Verständnis von Sinn und Unsinn, von Wahrheit und Unwahrheit der eigenen Sichtweisen und des eigenen Tuns zu entwickeln und zu kultivieren. Deswegen handelt es sich auch bei ihrem Hauptwerk weniger um ein philosophisch-literarisches „Werk“, sondern eben um „Vorschläge“ für Gedanken, die also eher ins Nachdenken führen sollen als belehren. Die *Suggestions* sind in einem Ton der Konversation geschrieben und damit zumindest nicht ganz fern von der Dialog-Tradition Platons.

Die Figur Nightingale steht also nicht nur für Weiblichkeit und/oder Emanzipation, für Frömmigkeit und/oder Wissenschaft, sondern auch für ein *Leben begleitet von philosophischer Reflexion*. Vielleicht kann ja eine praxisnahe Form der philosophischen Reflexion, *ein Denken, das die Erfahrung begleitet*, die Brücke von der *Sorge* zur *Versorgung* in kohärenter Weise schlagen? Wenn wir eine große Frau der Geschichte der Sorge um Andere nicht nur bewundern oder historisch-soziologisch analysieren und dabei ihren Wert hinauf- oder herabsetzen wollen, sondern *unsere eigene Praxis von ihr her in Frage stellen lassen* – dann gebietet uns ihr Beispiel durchaus, in der Sorge-Tradition der Philosophie nachzufragen. Zu diesem Zweck

sollen im folgenden Abschnitt der Schauplatz und die zentrale Figur gewechselt werden: von den Umbrüchen in der modernen Geschichte der Sorge für Andere im 19. Jahrhundert, reflektiert und „aufgehoben“ in der Figur Florence Nightingale, zur Sorge um sich in der Geschichte der antiken Philosophie, initiiert und ebenfalls „aufgehoben“ in der Figur des *Sokrates*.

