

Sabine Bartholomeyczik

Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt

Development of Nursing Science in Germany – a difficult emergence

The article describes the onset of nursing science in Germany with sources, difficulties and supporting conditions from a West-German point of view. The description cannot avoid the author's subjective perspective. Influenced by international classifications of development phases in nursing science a comparable phase structure is used. This consists of a prephase with lost opportunities, phase 1 with brave pioneers, phase 2 with the clearing of issues and topics and the building of academic structures. A still ongoing phase 3 with consolidation is not subject of the article.

Early initiatives for science structures in nursing evolved mainly from outside the profession and much less from the nursing profession itself. This corresponds to the renitent and hesitating attitudes of nursing practice.

Keywords

Nursing science in Germany, nursing research, pioneers, development phases

Die Anfänge der Pflegewissenschaft in Deutschland werden mit Ursprüngen, Schwierigkeiten und fördernden Bedingungen beschrieben. Teilweise kann eine Schwerpunktsetzung aus subjektiver Perspektive nicht vermieden werden, das beinhaltet auch eine westdeutsche Schwerpunktsetzung. In Anlehnung an internationale Phaseneinteilung wird hier ebenfalls eine solche zur Strukturierung genutzt: Vorphase mit „verpassten Gelegenheiten“, Phase 1 mit unerschrockenen Pionierinnen, Phase 2 mit der Präzisierung von Inhalten und dem Aufbau akademischer Strukturen. Die noch anhaltende Konsolidierungsphase als Phase 3 ist nicht mehr Gegenstand dieses Artikels. Auffallend ist, dass frühe Anregungen für Wissenschaftsstrukturen von außerhalb der Pflegeberufe kamen und weniger aus den Pflegeberufen selbst. Dazu passt die widerständige und zögerliche Einstellung aus der Berufspraxis.

Schlüsselwörter

Pflegewissenschaft in Deutschland, Pflegeforschung, Pionierinnen, Entwicklungsphasen

Als Autorin erkläre ich für dieses Manuskript, keinem Interessenkonflikt zu unterliegen.
Ein ethisches Votum ist für die Art von Essay nicht erforderlich.

ingereicht 19.09.2016
akzeptiert 09.12.2016

1. Einführung

Es wäre vermessen zu behaupten, dass die Pflegewissenschaft in Deutschland so weit entwickelt sei, dass sie als etablierte Wissenschaftsdisziplin zu bezeichnen wäre. Obwohl sie seit den 1980er Jahren gewaltige Fortschritte gemacht hat, ist die Anerkennung eines besonderen Wissensgebietes mit den ihm eigenen Fragestellungen, Erkenntnisinteresse, Theorie und Methodologiediskurs keineswegs selbstverständlich. Gerade weil es sich um eine junge Disziplin handelt, sollen deren Anfänge beschrieben werden, so lange sie noch erinnert werden. Das der Beschreibung zu Grunde liegende Verständnis von Wissenschaft orientiert sich einerseits an den Bemühungen, Pflege zu erforschen und andererseits an dem äußerlichen Charakteristikum akademischer Bildung, Lehre und Forschung. Die Autorin war an mancherlei Phasen selbst beteiligt und kann daher Subjektivität nicht vermeiden. In ihrer Krankenpflegeausbildung wurde ihr mitgegeben, dass Pflegepraxis einer besonderen Wissensbasierung bedürfe, die nicht nur „Medizin“ heißt, auch wenn sie das damals (1960er Jahre) nicht in dieser Form hätte formulieren können. Als dann Mitte der 1980er Jahre von Pflegenden unterschiedlicher Herkunft Pflegeforschung als Lernfeld eingefordert wurde, schloss sie sich dieser Gruppe mit Freude an. Gleichwohl kann der Beitrag nicht nur als „Oral History“ im Sinne von Aussagen einer Zeitzeugin bezeichnet werden, denn es soll trotz subjektiver Perspektive und dem Bericht über selbst Erlebtes der Blick möglichst geweitet werden, um die Ereignisse einordnen zu können. Zukünftige Historikerinnen werden möglicherweise andere Sichtweisen aufdecken.

Der bundesdeutschen beruflichen Sozialisation der Autorin ist zuzuschreiben, dass die Pflegewissenschafts-Geschichte der DDR hier zu kurz kommt, obwohl zumindest die Akademisierung der Pflegelehrerbildung in der DDR (Beier et al. 1997; Thiekötter 2006) einen bedeutsamen Einfluss auf die Akademisierung der Pflegebildung nach der Wende 1989/1990 hatte. Diese Geschichte bedarf einer eigenen Bearbeitung.

Als Besonderheit haben wir es hier mit einer Wissenschaft zu tun, die eine schon immer ausgeübte Praxis fundieren, weiter entwickeln und erweitern soll. Pflege als Praxis wurde jahrhundertlang ohne formulierten Bezug zur Wissenschaft ausgeübt, ab Mitte des 19. Jahrhunderts dann allenfalls mit Bezug zu der sich zunehmend naturwissenschaftlich entwickelnden medizinischen Wissenschaft. Damit verbunden ist die oftmals vorzufindende Zweiteilung in Pflege(praxis) und Pflegewissenschaft, so als wären es völlig unterschiedliche Bereiche. Eine nach wie vor bestehende Aufgabe ist, Praxis und Wissenschaft sich gegenseitig bereichernd zusammen zu führen.

Die Entwicklungsschritte werden im Wesentlichen chronologisch beschrieben und nicht nach inhaltlicher, theoretischer, forschungsbasierter Wissensentwicklung einerseits und Akademisierung der Pflegebildung andererseits unterschieden. Auch an der Differenziertheit waren Abstriche zu machen und gar nicht ausgeschlossen werden kann, dass Wichtiges übergangen wurde.

Angeregt durch die verschiedenen Einteilungen, die aus den USA bekannt sind (z. B. Abdellah et al. 1994; Meleis 1999), habe ich eine Phasen-Einteilung für die Ent-

wicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland vorgenommen, die im Folgenden zur Strukturierung der Darstellung genutzt wird. Dabei ist zu bedenken, dass es meist keine eindeutigen Zäsuren zwischen den Phasen gibt, sondern diese ineinandergreifen und teilweise auch parallel verlaufen.

- Vor der meist als Beginn der Pflegewissenschaft beschriebenen Zeit gab es eine Vorphase, die durch „verpasste Gelegenheiten“ (Müller 1997: 11) verschiedener Versuche der Akademisierung nach dem Zweiten Weltkrieg bis in die 1980er Jahre hinein gekennzeichnet ist. Außerdem gehören zu der Vorphase Ansätze theoretischer Fundierung von „Krankenpflege“ von Medizinerinnen und Akademisierungsbemühungen im Zusammenhang mit der Frauenbewegung vor dem Ersten Weltkrieg.
- Phase 1 beinhaltet Aktivitäten einzelner PionierInnen, in der Regel unter dem Dach des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) und ist in den 1980er bis Anfang der 1990er Jahre zu verorten. Einzelaktivitäten waren von so großer Bedeutung, weil sie trotz fehlender institutioneller Anbindung an Wissenschaftsstrukturen gegen Widerstände unterschiedlicher Art die Pflegewissenschaft sichtbar machten.
- In Phase 2, den 1990er Jahren, wurden akademische Strukturen aufgebaut, eine Präzisierung von Inhalten fand statt, Themen wurden formuliert, erste kollektive Aktivitäten zeigten sich, waren aber weitgehend heterogen und unübersichtlich.
- Phase 3, etwa seit dem Jahr 2000, kann als Beginn einer Konsolidierung bezeichnet werden, Forschung entwickelt sich mit Drittmittelfinanzierung über die Reduktion auf Abschlussarbeiten hinaus. Strategien werden entwickelt, veröffentlichte wissenschaftliche Diskurse zu Methodologien und Methoden entstehen.

Diese Konsolidierungsphase, die andauert, wird hier nicht behandelt, da es vorrangig um die Anfänge gehen soll.

Alison Tierney hat in einem Vortrag bei der Workgroup of European Nurse Researchers (WENR) eine sehr ähnlich lautende Einteilung vorgenommen, die sie jedoch für Großbritannien etwa 20 Jahre früher ansetzt (Tierney 1994: 162 - 164):

- The 1960s - Emergence: lone pioneers;
- The 1970s – Beginnings of collective activity;
- The 1980s – Growth of activity and infrastructure;
- The 1990s – Towards strategic development.

2. Entwicklungsphasen in der Entstehung der Pflegewissenschaft

2.1 Vorphase

2.1.1 Verpasste Gelegenheiten in der jungen BRD

Die „verpassten Gelegenheiten“ aus den ersten 30 Jahren der Bundesrepublik Deutschland sind direkte Vorläufer der Phase 1. Verpasst wurde von den Berufsverbänden und

anderen Pflegevertretern Anstöße von außen aus verschiedenen Richtungen aufzunehmen. Nur vereinzelte vorausschauende Pionierinnen wurden aktiv.

Der erste Anstoß kam 1946 von der Rockefeller Foundation aus den USA, die in Heidelberg an der medizinischen Fakultät der Universität ein „College of Nursing“ etablieren wollte (Kreutzer 2013). Pflegeverbände standen diesem Ansinnen mit aller größter Zurückhaltung gegenüber (Kobbert 1987), allerdings gab es einzelne Führungspersönlichkeiten aus der Pflege, die sich engagierten, wie die erste Leiterin der späteren Schule, Oberin Olga von Lersner. Nach 7 Jahren Verhandlungen wurde die „Schwesternschule der Universität Heidelberg“ (USH) 1953 gegründet, eine Krankenpflegeschule als Teil der Universität und nicht der Universitätsklinik, damals eine absolute Ausnahme, mit einer Leiterin, die nicht zugleich Oberin der Pflegeversorgung war. Lehrende gaben neben dem theoretischen Unterricht praktische Anleitung auf den Stationen. Die damals nach Gesetz zweijährige Ausbildung wurde um ein drittes Jahr ergänzt, der Umfang des theoretischen Unterrichts überstieg die gesetzlichen Vorgaben bei Weitem, Praxiseinsätze waren entsprechend begrenzter, aber auch vielfältiger als in den 1950er Jahren üblich. Die Schülerinnen durften nicht auf den Stellenplan angerechnet werden. Außerdem gab es ein grundlegendes Konzept der Ausbildung, das „vom Gesunden zum Kranken“ hin orientiert war (Kobbert et al. 1993). All dies war in Zeiten mit der vorherrschenden Idee, dass Pflegelernen vor allem in der Praxis erfolgen müsse, geradezu revolutionär. Dennoch: Die Ausbildung stellte trotz enger Anbindung an die Universität und teilweise universitärer Lehre kein Studium dar, das staatlich kontrollierte Examen brachte – wie an anderen Pflegeschulen auch – die Berufszulassung, mehr nicht. Ende der 1960er Jahre war es die Sozialmedizinerin Maria Pinding, die vorgeschlagen hatte, an der USH eine Forschungsabteilung anzusiedeln, vehement unterstützt von der damaligen Leiterin der Schule, Antje Grauhan, Nachfolgerin von Olga von Lersner. Von Universitätsseite wurde dies zunächst freundlich aufgenommen, aber dann als nicht finanzierbar abgewendet (Grauhan 1990). Bereits 1989 schrieb Antje Grauhan, dass sich die USH relativ leicht in eine Fachhochschule (FH) umwandeln ließe (Grauhan 1989). Umso aberwitziger klingt es, dass bei bereits unübersehbar etablierten akademischen Pflegebildungsstrukturen die Schule 2006 geschlossen bzw. in eine „normale“ (schulische) Gesundheitsakademie in Heidelberg integriert wurde.

Eine weitere verpasste Gelegenheit ist ebenfalls mit dem Namen Antje Grauhan verbunden. Im Jahr 1973 hatte der Wissenschaftsrat dreijährige Kurzstudiengänge für Gesundheitsberufe empfohlen (WR 1973). Antje Grauhan, die von 1971 bis 1973 ein Magisterstudium Erziehungswissenschaft absolvierte, hatte diese Initiative mit dem etwas ungeschickten Arbeitstitel „Diplommediziner Pflege“ in ihrer Magisterarbeit aufgegriffen und differenziert (Grauhan 1973). Die Empfehlungen des Wissenschaftsrats stießen in der Reformuniversität Ulm auf Interesse und Unterstützung, der Bundesgesundheitsrat¹, jedoch lehnte derartige Studiengänge 1974 ab. Gegenwind

¹ Der Bundesgesundheitsrat (1996 aufgelöst) war ein Gremium zur Beratung der Bundesregierung in Gesundheitsfragen (ähnlich dem Wissenschaftsrat).

kam auch von Ärzteseite, die Konkurrenz fürchtete und schließlich verwahrten sich die Pflegeverbände gegen die „Vertheoretisierung des Berufs“ (Grauhan 1989: 12).

Die dritte „verpasste Gelegenheit“ geschah ebenfalls mit Antje Grauhans führender Beteiligung. Der Bundesgesundheitsrat lehnte zwar grundständige Studiengänge für Gesundheitsfachberufe ab, empfahl aber ein Studium für Lehrende. Diese Empfehlung stieß in der Freien Universität Berlin auf Interesse, eine Planung wurde 1976 bewilligt, die tatsächlich auch zu einer Durchführung als Modellversuch von 1978 bis 1981 gelangte – allerdings nur in einem einmaligen Lauf. Die Universität hatte zwar die Fortführung zunächst unterstützt, aber eine Finanzierung dazu versagt, der inzwischen neu gewählte Universitätspräsident war ebenfalls nicht weiter interessiert. Die Meinung im Berufsfeld der Pflege war geteilt und reichte von voller Zustimmung bis strikter Ablehnung, letzteres auch bei Weiterbildungsinstituten, die die Konkurrenz fürchteten (Grauhan 1989). In einer amerikanischen Dissertation wurde der Fall dieses Studiengangs untersucht und vor allem die fehlende Unterstützung aus den Pflegeverbänden für die Chancenlosigkeit zur Weiterführung identifiziert (Hedin 1987).

Im Anschluss an den Abbruch des Modellstudiengangs wurden die Forderung nach einem Studiengang allgemein und vor allem in Berlin weiter offensiv vertreten und weitere Vorarbeiten dafür geleistet (Botschafter et al. 1990). Einige dieser Überlegungen gingen später in den Studiengang an der Charité in Berlin nach der Wende 1989 ein, der auf den seit 1963 in der DDR in verschiedenen Formen bestehenden Studiengang für Pflege- und Medizinpädagogik aufbaute (Beier et al. 1997).

2.1.2 Frühere Ansätze zu Wissenschaft und Akademisierung

Die genannten „verpassten Gelegenheiten“ stellten nicht die ersten Bemühungen zur Akademisierung der Pflege dar. Bereits 1898 erschien in der damals renommierten Zeitschrift „Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ ein Vortrag mit dem Titel: „Die Stellung der Krankenpflege in der wissenschaftlichen Therapie“, in dessen ersten Satz die „Bestätigung der nun vollendeten Thatsache: die Krankenpflege ist in die Reihe der wissenschaftlichen Disciplinen eingetreten“ (Mendelsohn 1898: 122) festgestellt wird. Der Autor Martin Mendelsohn war Mediziner, der sich in Krankenpflege habilitierte, deren wissenschaftlichen Teil er als Hypurgie bezeichnete. Der aus dem Griechischen stammende Begriff kann als „Anwendung von Unterstützungsmitteln“ übersetzt werden. Mendelsohn bezeichnete Krankenpflege als Heilwissenschaft, die die täglichen Lebensgewohnheiten kranker Menschen unter dem Gesichtspunkt des Krankseins zu regeln habe. Hierbei beruft er sich auf die hippokratisch/galenischen *sex res non-naturales* (Grauhan 1990; Dunajtschik 1997). Außerdem charakterisierte er Teile der Pflege als nicht-wissenschaftlich, nämlich die „Krankenversorgung“ (gemeint ist Management) und die „Krankenwartung“, wobei das letztere den Wärterinnen überlassen blieb. Die Hypurgie dagegen sah er, weil sie wissenschaftlich sei, als ärztliche Aufgabe an. Das Interessante an dem Konzept sind die Inhalte, die sich in den späteren Konzepten der Grundbedürfnisse nach Henderson (1963) oder den Aktivitäten des täglichen Lebens nach Roper, Logan und Tierney

(1980, deutsch 1993), in Deutschland modifiziert bekannt geworden durch das verbreitete Lehrbuch von Liliane Juchli (1983), wiederfinden. Mendelsohns Ideen sind in der Übermacht der aufblühenden naturwissenschaftlichen Medizin untergegangen, wie ernst sie je genommen wurden und auch, in wieweit sie spätere Pflegewissenschaftlerinnen kannten und nutzten, muss noch genauer erforscht werden.

Ein weiterer Ansatz zur Akademisierung des Pflegemanagements ist der Frauenbewegung um Henriette Goldschmitt zu verdanken. Sie gründete 1911 ein Sozialpädagogisches Frauenseminar an der – privaten – Hochschule für Frauen in Leipzig zu einer Zeit, als Frauen zu einem Hochschulstudium in Deutschland nur vereinzelt zugelassen wurden. Ein Studienplan wurde von der Gründerin der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BOKD), Agnes Karll, entworfen zur „Ausbildung von Krankenpflegerinnen zu Oberschwestern und Oberinnen und für soziale Arbeit an der Frauen-Hochschule Leipzig“ (Elster 2000: 22). Er wurde zur Grundlage zweijähriger Studiengänge, deren Inhalte vor allem medizinische und Management-Kenntnisse für Pflegenden in Leitungspositionen enthielten (Kruse 1987). Die Hochschule musste bald nach dem Ersten Weltkrieg im Zuge der Inflation geschlossen werden und wurde als Frauenseminar und wahrscheinlich ohne Pflegebildung weitergeführt.

2.1.3 Vorläufer von Pflegeforschung

In den 1970 und 1980er Jahren wurde im Rahmen der aufkommenden Medizinsoziologie der Pflegeberuf zum interessierenden Forschungsgegenstand. Themen waren insbesondere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Volkholz 1973, Pinding et al. 1974, Bartholomeyczik 1981) oder die Besonderheiten dieses typischen Frauenberufs (Ostner et al. 1979). Diese Arbeiten waren vorwiegend soziologisch ausgerichtet, als Forschung über die Pflege und nicht in der Pflege. Dennoch können sie als Vorläufer der Pflegeforschung angesehen werden, denn die Grenzen zwischen der Forschung in und jener über die Pflege sind fließend. Insbesondere Ostner et al. (1979) setzten sich mit den vorberuflichen, hausarbeitsnahen Inhalten des Pflegeberufs auseinander.

Pflegende selbst waren in diesen Zeiten der Vorphase mit der Forschung allenfalls in der Rolle einer „Vermessungstechnikerin“ (Müller 1997: 7) befasst. Daten werden zur Unterstützung medizinischer Forschung ausschließlich für die Weitergabe gesammelt, Pflegenden haben sich „jeglicher Eigeninterpretation zu enthalten“ (Müller 1997: 8). Das gilt nicht nur für die Funktion in Forschungsprojekten, sondern meist auch für die Pflegepraxis.

Die geschilderte Entwicklung in der hier so bezeichneten Vorphase haben eines gemeinsam: Die Anstöße für Modelle oder Bildungsinitiativen kamen nicht aus den Pflegeberufen, auch wenn sie von einigen Pflegepionierinnen aufgegriffen wurden. Die Pflegeberufe in Person ihrer Verbandsvertreter waren meist sehr zurückhaltend, wenn nicht gar offensiv ablehnend, auch wenn es ab den 1980er Jahren Ausnahmen gab. Fördernd waren zum einen allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen wie die Frauenbewegung vor dem Ersten Weltkrieg oder das us-amerikanische Interesse, nach dem

Zweiten Weltkrieg eine starke Bundesrepublik aufzubauen, zu der auch eine hochqualifizierte Pflegebildung gehören sollte. Zum anderen spielte der Wissenschaftsrat eine wichtige Rolle bei der Empfehlung von Studiengängen, konnte sich aber nur stark verändert durchsetzen. Interessanterweise war es jüngst wieder der Wissenschaftsrat, der weitere Empfehlungen für eine „Hochschulische Qualifikation für das Gesundheitswesen“ (WR 2012) veröffentlichte.

2.2 Phase 1: PionierInnen mit konkreten Projekten und ungewöhnlichen Wegen

2.2.1 Pflegeforschung als zunehmend sichtbares Thema

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre wurden konkretere Schritte in Richtung auf eine Pflegewissenschaft sichtbar, zunächst noch ohne hochschulische Anbindung. Das erste war ein eigentlich ganz kleiner Schritt, nämlich 1984 die Umwidmung eines Pflegepreises von 2000 DM für Renate Reimann, die Leiterin des Weiterbildungszentrums Essen des DBfK, zu einer „Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung“. Das Geld war sehr begrenzt und reichte bei weitem nicht für eine echte Stiftung, auch kaum für eine Forschungsförderung, aber der Effekt war u. a. der, dass in jeder Ausgabe der Verbandszeitschrift „Pflege aktuell“ ein Aufruf zur Unterstützung der Stiftung erschien und damit immer wieder auf die Notwendigkeit von Pflegeforschung hingewiesen wurde. In dem genannten Essener Weiterbildungszentrum fanden in diesen Jahren mehrere Seminare zur Ausbildung von Forschungskompetenzen für engagierte Pflegenden statt. Diese mündeten schließlich in einer empirischen Studie als Lehr- und Lernprojekt: „Die Nacht im Krankenhaus aus Sicht der Pflegenden“ (Bartholomeyczik et al. 1993a). Von der Planung bis zur Fertigstellung des Projektberichts als Buch wurden etwa acht Jahre benötigt, da mit einer zeitlich begrenzten Ausnahme alle Beteiligten in ihrer ohnehin knappen Freizeit an diesem Projekt arbeiteten. Der teilweise mühsame Weg ist in einem Buchkapitel nachzulesen.

Ein auch aus formalen Gründen überaus wichtiger Schritt in dieser Zeit war 1987 die Berufung der ersten bundesdeutschen Professorin, die in der Denomination den Begriff Pflege enthielt: Ruth Schröck, als Deutsche in Schottland nach einer Krankenpflegeausbildung und verschiedenen Studiengängen Pflegewissenschaft lehrend, wurde auf die Professur „Krankenpflege und Sozialwissenschaften“ an die FH Osnabrück berufen, wo es bereits seit 1981 einen Weiterbildungsstudiengang für das Pflegemanagement im Krankenhaus gab. Dieser Schritt kennzeichnete für die akademische Pflegebildung den Durchbruch. 1991 wurde an dieser Hochschule der erste reguläre westdeutsche Studiengang zum Pflegemanagement eingerichtet. Sehr schnell folgten an anderen FHs weitere Studiengänge unterschiedlicher Art.

Mit Ruth Schröck gab es eine pflegewissenschaftliche Stimme aus einer Hochschule, die sich gerne und vielfältig einsetzte. Sie wurde außerdem erste Vorsitzende des 1989 gegründeten „Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung“, heute „Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)“. Sie beriet

Einzelne und Gruppierungen beim Aufbau von Arbeitsgruppen, Forschungsvorhaben und Planungen von Studienprogrammen. Das galt auch für die Weiterentwicklung der Studiengänge aus der inzwischen der BRD beigetretenen DDR. Dort war das Studium der „Medizin- und Pflegepädagogik“ für Lehrende in der Pflege seit 1963 an der Humboldt-Universität zu Berlin Voraussetzung, später (1988) war dies auch in Halle möglich. In Berlin (Ost) wurde darüber hinaus 1982 der Studiengang „Diplom-Krankenpflege“ für das Pflegemanagement eingerichtet.

Ruth Schröck trug auch wesentlich dazu bei, dass 1998 das erste große Pflegeforschungsprojekt mit öffentlicher Förderung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) unter Leitung einer Pflegewissenschaftlerin, Monika Krohwinkel, durchgeführt werden konnte. Monika Krohwinkel, Krankenschwester und Hebamme, hatte in England ein Masterstudium Erziehungs- und Pflegewissenschaft abgeschlossen und konnte dort begonnene Vorarbeiten in eine Untersuchung zur Pflege von Menschen nach einem Schlaganfall im Krankenhaus einbringen (Krohwinkel 1993). Das Projekt erhielt insbesondere mit seiner theoretischen Fundierung Aufmerksamkeit in der Altenpflegepraxis, zumindest waren Strukturen daraus später weit verbreitet. Da Monika Krohwinkel an keiner hochschulischen oder sonstigen Forschungsinstitution beschäftigt war, wurde das Projekt an der DBfK-Weiterbildungsstätte in Frankfurt am Main angesiedelt. Das BMG wollte jedoch sicher gehen, dass mit dieser für sie ungewöhnlichen Leitung und institutionellen Anbindung übliche wissenschaftliche Verfahren garantiert würden und hat daher ein Begleitprojekt an einen sozialmedizinischen Lehrstuhl der Universität Freiburg vergeben. Das pflegfachliche Verständnis zwischen beiden Gruppen klappte deutlich auseinander.

2.2.2 Europäische Initiative: WENR und Entwicklung von Strukturen

Der sich anbahnende Aufbruch wurde auch durch eine europäische Anbindung gestärkt. Bereits 1978 war in den Niederlanden die „Workgroup of European Nurse Researchers“ (WENR) gegründet worden, ein Zusammenschluss von Vertretungen der jeweiligen Berufsverbände, die zum International Council of Nurses gehörten. Der DBfK war darin von Beginn an durch Monika Krohwinkel repräsentiert. Ein regelmäßiger Austausch über Entwicklungen und zweijährige Fachkongresse gehörten zur Arbeit des WENR. Als Monika Krohwinkel 1989 die rotierende Präsidentschaft des WENR-Vorstandes innehatte, nutzte sie die Gelegenheit, in Frankfurt am Main einen internationalen WENR-Kongress durchzuführen, ein erster großer Kongress mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt sowie mit deutsch- und englischsprachigen Beiträgen (WENR et al. 1990). Zuvor hatte es einige kleinere Forschungskongresse gegeben, meist ausgehend vom Bildungszentrum des DBfK in Essen. Der DBfK hatte 1988 eine Zentrale Arbeitsgruppe Pflegeforschung eingerichtet, zunächst vor allem besetzt mit Autorinnen aus dem beschriebenen „Nachtwachenprojekt“.

Der DBfK war, trotz mancher Ambivalenzen aus Angst vor verschreckten Mitgliedern, weiterhin bedeutend bei der Etablierung von Pflegeforschung. So wurde 1991 vor allem auf Initiative von Monika Krohwinkel mit großer Unterstützung von Ruth

Schröck das Agnes Karll-Institut für Pflegeforschung unter dem Dach des DBfK gegründet. Dies geschah aus der Notwendigkeit heraus, ein Institut zur Anbindung von Drittmittelprojekten haben zu müssen. Gründungsanlass war ein Projekt im Auftrag und mit der Förderung der Träger privater Krankenhäuser in Frankfurt am Main zur Untersuchung der Entlastung Pflegender durch Stationsassistentinnen (Bartholomeyczik et al. 1993b). Westdeutsche Studiengänge oder gar Hochschul-Institute gab es immer noch nicht.

Zu einer deutschsprachigen Initiative zu zählen ist 1988 die Gründung Zeitschrift „Pflege“ bei einem Schweizer Verlag (Huber) und mit der Herausgeberschaft von Pflegewissenschaftlerinnen aus den drei deutschsprachigen Ländern. Während anfangs die Zeitschrift oft mit aus dem Englischen übersetzten Artikeln gefüllt wurde, weil es nicht genügend deutschsprachige Manuskripte gab, ist sie heute ein begehrtes Veröffentlichungsorgan mit Peer Review und Impact Punkten.

Während sich in Deutschland diese Schritte mit einigen aktiven Pionierinnen vollziehen konnten, gab es in anderen europäischen Ländern etabliertere Strukturen, allen voran in Großbritannien: Seit 1956 wurde an der University of Edinburgh akademische Pflege-Lehre angeboten, 1971 wurde das dortige „Institute of Nursing Research“ gegründet. Ein Jahr später erschien der „Briggs Report“ (Report of the Committee of Nursing 1972), dessen Hauptforderung darin bestand, dass Pflege eine forschungsba- sierte Profession werden müsse.

2.2.3 Förderung durch die Robert Bosch Stiftung

Ein wirkmächtiger Antrieb für die Akademisierung war die 1992 erschienene Schrift der Robert Bosch Stiftung (RBS): „Pflege braucht Eliten“, in der eine Kommission konkrete Vorschläge und Forderungen für die Akademisierung der Pflegebildung machte (RBS 1992). Kommissionsmitglieder waren Vertreterinnen der aufkommenden Pflegewissenschaft, des Managements und der Lehre. Die Schrift bezog sich allerdings „nur“ auf die Bildung für Lehrende und Leitende, fand aber große Aufmerksamkeit sowohl in der aufwachsenden Hochschullandschaft als auch im von den zu erwartenden Studiengängen betroffenen Wissenschaftsbereich (Moses 2015).

In der Zeit, als die Denkschrift beendet wurde, schrieb die RBS erste Stipendien- und Forschungsprogramme zur Bildung des wissenschaftlichen Nachwuchses aus, begleitete sie mit Kollegs und gewährte vor allem Stipendien für Studiengänge im Ausland (Moses 2015). Mit diesem Programm, in dem 1999 die letzte Promotion gefördert wurde, legte sie eine wichtige Grundlage für die wissenschaftliche Qualifikation Pflegender, die die Disziplin in Deutschland aufbauen sollten. Ab 1997 förderte sie dazu einige Jahre lang das Doktorandenkolleg am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke.

Zusammenfassend kann über diese Phase der Wegbereitung festgehalten werden, dass die Anstöße nicht mehr nur von außen kamen, sondern von einigen Pionierinnen auf nicht immer gewöhnlichen Wegen vorangetrieben wurden. Hier muss ausdrück-

lich der DBfK genannt werden, der als Dach diente und das erste bundesdeutsche Pflegeforschungsinstitut beherbergte, auch wenn Führungspersönlichkeiten in dem Berufsverband durchaus nicht immer einer Meinung über Geschwindigkeiten und Inhalte einer sich entwickelnden Pflegewissenschaft waren. Außenaktivitäten wie die der Robert Bosch Stiftung öffneten Türen und unterstützten die angefangenen Wege.

2.3 Phase 2: Selbstvergewisserung, Themenfindung und Aufbau akademischer Strukturen

2.3.1 Inhaltliche Vergewisserung und Machtfragen

Die Übergänge zwischen Phase 1 mit der Wegbereitung und Phase 2 waren durch eine inhaltliche Diskussion begleitet, ohne die die Weiterentwicklung von Pflegewissenschaft problematisch gewesen wäre. Dass Akademisierung und Forschungsentwicklung für die Professionalisierung der Pflege grundlegend waren, war unumstritten. Nicht ganz klar war, was eigentlich unter Professionalisierung zu verstehen war. Eine berufssoziologische Tradition setzte sich mit Kriterien auseinander, die äußere Kennzeichen darstellen, wie z. B. hochschulische Bildung, Autonomie und Kontrolle über das eigene Berufsfeld. Diese Kennzeichen einer Profession wurden stark von dem Bestreben geleitet, mit den als allmächtig empfundenen Ärzten endlich auf einer Augenhöhe sprechen zu können und ernst genommen zu werden. Später geriet diese Auffassung schnell in den Hintergrund gegenüber einer stärker handlungsorientierten Argumentation, die sich mit der Notwendigkeit wissenschaftsbasierter pflegerischer Handlung und dessen Inhalten auseinandersetzte (z. B. Weidner 1995; Schmidbauer 2002).

Die Klärungsprozesse und -diskurse in den 1990er Jahren waren geprägt durch die Selbstvergewisserung derjenigen, die sich als Pflegewissenschaftlerinnen verstanden, durch Überzeugungsarbeit gleichzeitig nach innen in den Beruf und die Praxis sowie nach außen in die Wissenschaftsbereiche hinein wirken mussten (Bartholomeyczik 1997; Käppeli 1999; Krohwinkel et al. 1992; Schaeffer 1999; Schröck 1988,). Kurz fassen lässt sich dies mit drei Fragen:

- Was ist Pflege – oder: Was ist das Proprium der Pflege? Was genau ist der eigene pflegerische Versorgungsauftrag, der sich von dem anderer Bereiche im Gesundheitswesen unterscheidet?
- Was ist Pflegeforschung? Kann man so etwas Komplexes wie die Pflege überhaupt empirisch untersuchen? Was unterscheidet Pflegforschung von anderer Forschung? Gibt es besondere methodische Zugänge?
- Was ist Pflegewissenschaft? Oder: Gibt es eine Wissenschaft der Pflege und wie unterscheidet sie sich von anderen Wissenschaftsbereichen? Oder ist Pflegewissenschaft ein Sammelsurium aus Teilen psychologischer, soziologischer, pädagogischer oder medizinischer Wissenschaften?

Die Diskurse zu diesen Fragen sind außerordentlich wichtig, da sie die Existenz der Disziplin begründen müssen und auch heute nicht als abgeschlossen angesehen werden können. Das kennzeichnet jedoch auch eine lebendige Wissenschaft.

Verschiedene Statements, Definitionen, Artikel zur Auswirkung von Wissenschaftlichkeit auf die Praxis erschienen in dieser Zeit. Ein frühes und sehr kurzes Papier war bereits 1988 eine Definition von Pflegeforschung, erarbeitet von der Zentralen Arbeitsgruppe Pflegeforschung des DBfK. Wichtig war dieses Papier, weil es zwischen Forschung in der Pflege und Forschung über die Pflege unterschied. Darüber hinaus formulierte es die heute selbstverständlich klingende Definition: *„Pflegeforschung befasst sich in erster Linie mit der Effektivität pflegerischen Handelns und mit den dieses Handeln unmittelbar beeinflussenden Faktoren“* (Arbeitsgruppe Pflegeforschung im DBfK 1992, 121).

Verbunden waren solche veröffentlichten Statements mit Machtfragen: Wer bestimmt, was Pflegeforschung ist, Wer „darf“ Pflegeforschung durchführen? Werden wissenschaftliche Fragestellungen zu Themen der Pflege von Gerontologen, Medizinern, Gesundheitswissenschaftlern anders gestellt als von Pflegewissenschaftlern, die pflegepraktische Bildung und Erfahrung haben?

Manche Pflegewissenschaftlerinnen aus dem Beginn der neuen Studiengänge in den 1990er Jahren mussten sich die Antworten auf diese Fragen von Grund auf erarbeiten. Auch wenn die ersten Professorinnen Pflegepraxis und eine grundständige Pflegeausbildung hatten, hatten sie – mit wenigen Ausnahmen – nicht Pflegewissenschaft studiert, deutschsprachige Literatur zu diesen Grundsatzfragen gab es nicht. Eine Haltung zur Übernahme internationaler und kontroverser Auffassungen musste trotz zunehmender Übersetzungsarbeiten erarbeitet werden.

2.3.2 Überzeugungsarbeit nach allen Seiten

Neben der Suche nach der fundierten Wissensbasis mussten Überzeugungs“kämpfe“ nach zwei Seiten hin geführt werden. Zum einen musste mit einer Pflegepraxis umgegangen werden, die einerseits große Ängste vor den akademisch gebildeten Pflegenden hatte mit der Vorstellung, diese würden jetzt alles neu erfinden, hätten aber keine Ahnung davon, was wirklich wichtig sei. Andererseits war es aber tatsächlich wichtig, Pflegende dazu zu bringen, ihre Praxis kritisch zu hinterfragen. Dies war (sollte sein?) jedenfalls ein wichtiger Teil der neuen Studiengänge. Diese Ängste wurden in einem viel zitierten Artikel des Soziologen Axmacher aufgegriffen, der den Begriff des „Heimatverlustes der Krankenpflege“ durch die sich entwickelnde Pflegewissenschaft prägte und wohl davor warnen wollte (Axmacher 1991). Verbunden mit den Ängsten vor den akademisierten Pflegenden war eine Mystifizierung von Wissenschaft und akademischer Bildung. Diese zeigte sich u. a. darin, dass die Erwartungen aus der Praxis an Kompetenzen Studierender unglaublich hoch waren. So kam es vor, dass Studierende im Praxissemester teilweise Probleme lösen sollten, für die Beratungsfirmen viel Zeit und Geld gefordert hätten.

In dem anderen Lager der wissenschaftlichen Community gab es eine manchmal mit einer gewissen Verächtlichkeit verbundene Haltung. So wurde zwar allenfalls akzeptiert, dass es Fachhochschulstudiengänge für „Pflegeeliten“ geben sollte, aber Universitäten mit der üblichen Verbindung von Forschung und Lehre schienen außerhalb konkreter Möglichkeiten zu liegen. Zwar hatte schon früh (1993) an der Universität Bremen der Studiengang für das „Lehramt Pflegewissenschaft“ begonnen, dies war aber zunächst nur für hochschulische Lehre und nicht für Forschung gedacht.

Einen An Schub für projektbezogene Evaluationsforschung stellte die Pflegeversicherung (SGB XI) dar, die 1994 und 1995 eingeführt wurde und zu Projekten für eine innovative Erweiterung der Langzeitpflege mit wissenschaftlicher Begleitung aufrief. Hierdurch wurden Pflege und pflegen plötzlich als nachgefragter Forschungsgegenstand sichtbar. Pflegewissenschaftlerinnen machten es sich zur Aufgabe, die Pflegeauffassung im SGB XI als völlig unzureichend zu kennzeichnen (Bartholomeyczik 2004). So kann es als ein gewisser Überzeugungserfolg bezeichnet werden, dass die Definition von Pflegebedürftigkeit im SGB XI durch ein pflegewissenschaftliches Institut im Auftrag des BMG forschungsbasiert weiter entwickelt und operationalisiert wurde (BMG 2009). Die Umsetzung für die Praxis benötigte allerdings weitere 7 Jahre. Wenn das SGB XI auch wichtige Anschläge für Forschungsprojekte gegeben hat, so hat es sich mit seiner Auffassung von der „einfachen“ Pflege sehr negativ auf die Pflegebildung ausgewirkt, im Hinblick auf die Pflegewissenschaft ist es als janusköpfig zu bezeichnen.

2.3.3 Akademisierungsschübe

Am weitesten durchdacht und geplant waren Studiengänge in Hessen. Der damaligen Pflegereferentin und späteren Professorin an der FH in Frankfurt am Main, Hilde Steppe, war es zu verdanken, dass es Fachhochschulstudiengänge in Hessen geben sollte, die grundständig ausgerichtet waren, also im Gegensatz zu allen anderen in den 1990er Jahren keine abgeschlossene Berufsausbildung in der Pflege voraussetzten (Fietzek et al. 1993). Hilde Steppe vertrat die Ansicht, dass ein Studium nicht als Belohnung für lange anstrengende Arbeit in der Pflegepraxis dienen sollte, in dem dann erst mühsam das Gelernte kritisch hinterfragt werden sollte. Auch wenn die Lehre an der FH von der Behörde, die die staatlichen Krankenpflegeexamina abnahm, als äquivalent zur schulischen theoretischen Lehre anerkannt war, bekamen die Absolventen des Studiengangs keine Erlaubnis, die Berufsbezeichnung zu führen und damit keine Berufszulassung. Voraussetzung dafür war auch für Hochschulabsolventen ein staatliches Examen. Auf diesen FH-Studiengängen aufbauend sollten an der Universität Kassel ein Studiengang für Lehrende und Wissenschaftler implementiert werden (Moses 2015). Leider wurde dieser hessische Bildungsplan, der nicht aus dem Wissenschafts-, sondern aus dem Gesundheitsministerium kam, nur zu Teilen umgesetzt und schaffte in den 1990er Jahren nicht den Sprung an die Universität.

Teile der Wissenschaftsadministration waren nicht nur förderlich zur Entwicklung der Akademisierung, sondern auch behindernd. Als Beispiel kann von einer Initiative der Universität Bielefeld berichtet werden. Dort wurde zu Beginn der 1990er Jahre eine

neue Fakultät für Gesundheitswissenschaften aufgebaut. Im Zuge dieser Planungen verfestigte sich die Idee, dass auch Pflegewissenschaft zu den Gesundheitswissenschaften gehören müsste, was heute selbstverständlich klingt. Die Vorstellungen der Gründungsmitglieder stießen jedoch auf Widerstand beim Wissenschaftsministerium in NRW, aus dem verlautete, dass Pflege zwar an FHs anzubinden, an Universitäten aber unangebracht sei. Für den November 1992 war eine Diskussion mit verschiedenen Experten zur Frage der Einrichtung einer universitären Pflegewissenschaft einberufen. Diese wurde in einen Raum außerhalb der Universität verlegt, da berechtigte Ängste vorherrschten, dass eine Diskussion auf Universitätsgelände vom Wissenschaftsministerium verboten werden könnte. Die Bielefelder Bemühungen endeten schließlich darin, dass 1995 ein An-Institut für Pflegewissenschaft an der Universität gegründet wurde, das nicht, wie im Wissenschaftsbetrieb üblich, über das Wissenschaftsministerium, sondern über das Gesundheitsministerium finanziert wurde. Träger des An-Instituts ist ein Verein, der vor allem aus Vertretern von Pflegeeinrichtungsträgern und -verbänden sowie Vertretern von NRW-Hochschulen mit Pflegestudiengängen besteht. Hinzuzufügen ist, dass die Fakultät viele Jahre später nach heftigen Kämpfen einen Lehrstuhl für Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft schuf, der mit der Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft, Doris Schaeffer, besetzt ist.

Einen Sonderweg ging auch die erste private Universität der BRD, die Universität Witten/Herdecke, ebenfalls in NRW gelegen. Sie konnte auf Grund ihres Status freier agieren. Hier war es – wahrscheinlich erstmalig –, dass aus einer medizinischen Fakultät das Anliegen zur Gründung eines Instituts für Pflegewissenschaft an „die Pflege“, konkret die damalige Leiterin des Weiterbildungsinstituts des DBfK in Essen, Christel Bienstein, herangetragen wurde. Das Institut wurde mit viel Enthusiasmus fast zur gleichen Zeit wie das in Bielefeld gegründet und ab 1996 gab es dort den ersten Studiengang. Eine Besonderheit dieses Instituts war (und ist), dass es neben einer forschungsorientierten Lehre wissensbasiertes pflegerische Handeln und die Perspektive der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt stellt und weniger die Rahmenbedingungen der Pflege. Die Kehrseite dieser Initiative war, dass das Institut der Universität kein Geld kosten sollte. Die Studiengebühren trugen nur einen kleinen Teil zu den Kosten bei. Es konnte jedoch kaum gelingen, die Kosten zu decken. So war das Institut in seiner Geschichte mehrfach vor allem aus Kostengründen in seiner Existenz bedroht. Gerecht hat es wahrscheinlich vor allem sein bundesweiter guter Ruf als unverzichtbarer Pfeiler der sich entwickelnden Pflegewissenschaft. Finanzierungssicherheit ist bei dem inzwischen zum Department avancierten Bereich der Universität nach wie vor ein Problem.

Mitte der 1990er Jahre schossen eine ganze Reihe fachhochschulischer Studiengänge aus dem Boden. Konnte man sie 1995 noch gut einzeln an zwei Händen aufzählen, waren es wenige Jahre später bereits an die 50. Auffallend war die Geschwindigkeit, mit der FHs in kirchlicher Trägerschaft Studiengänge implementierten. Universitäten waren nur vereinzelt dabei, ihre Zahl hat sich bis 2015 fast nicht verändert, wobei in den Universitäten von Berlin und Halle auf den DDR-Studiengängen aufgebaut wurde. Insgesamt gab es eine große Heterogenität und allerlei Sonderwege hochschulischer

Bildung für die Pflege (Bartholomeyczik 2002): So sind Pflegelehrer die einzigen Lehrer, die vorwiegend an FHs ausgebildet werden, es gibt sogar noch Bachelorabschlüsse, die zur Lehrertätigkeit an Pflegeschulen qualifizieren. Eine pflegerische Erstqualifikation auf Hochschulebene war in den 1990er Jahren nur, wie in Hessen, ohne Berufsanerkennung nach den Bundesgesetzen möglich, auch in Hessen musste ein staatliches Examen nachgeholt werden. In der Mehrzahl war ein Studium nur mit abgeschlossener schulischer Pflegebildung möglich. Der Boom der Pflegestudiengänge in den 1990er Jahren führte auch dazu, dass die personellen Ressourcen zur inhaltlichen Entwicklung einer Pflegewissenschaft vor allem im Aufbau von Studiengängen absorbiert waren. Forschung war nahezu vollständig auf Qualifizierungsarbeiten beschränkt.

Trotz mancher zurückhaltender Bewertung dieser Entwicklung stellte sie doch einen sehr großen Schritt nach vorne dar, es wirkte eher, als wäre eine Schleuse geöffnet worden. Meine persönlichen Hypothesen, die erklären sollen, warum gerade zu Beginn der 1990er Jahre gelang, was Jahre zuvor unmöglich schien, beziehen sich auf drei Faktoren, die gemeinsam den Sprung unterstützten:

- Die vorher geschilderten Pionierinnen machten einfach weiter und sei es außerhalb etablierter Wissenschaftsstrukturen unter dem Dach des DBFK. Sie demonstrierten damit, dass es eine Pflegewissenschaft gibt.
- 1989 hatte es – zum wiederholten Male – einen öffentlich beklagten Pflegenotstand gegeben, der allerdings zum ersten Mal in der BRD zu Streiks Pflegender führte, die eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit erfuhren. Sehr schnell wurde diskutiert, dass der Pflegenotstand auch ein Pflegebildungsnotstand war.
- Die Pflegestudiengänge in der DDR, die mit der Wende 1989/90 sichtbar und interessant wurden, beschleunigten die weitere Akademisierung in Westdeutschland.

Dies sind Hypothesen, die auf die Zeit begrenzt sind. Allgemein wurden der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Krankheiten und die Entwicklung der Medizin mit den erhöhten Anforderungen an die Pflege schon damals ebenso wie heute als Begründung für komplexere Ansprüche an die Pflege angeführt.

3. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Es war teilweise ein mühsamer Weg, den die Betreiberinnen einer für Deutschland noch neuen Disziplin als Wissenschaft beschreiten mussten mit Gegenwind sowohl aus der eigenen Berufsgruppe als auch aus den etablierten Wissenschaftsstrukturen. Es gab auch Pionierinnen, die zu früh aktiv wurden, deren Aktivitäten zu wenig unterstützt wurden und die daher scheitern mussten. Ein Beispiel dafür ist Antje Grauhan.

Dass der Gegenwind aus manchen medizinischen Fakultäten oder ärztlichen Standesorganisationen besonders stark, manchmal auch demütigend war, ist nicht weiter erstaunlich. Übersehen werden sollte jedoch nicht, dass auch manche Mediziner die Entwicklung der Pflegewissenschaft forderten und unterstützten. Manches Unver-

ständnis hält sich jedoch hartnäckig. So erschien im Jahr 2015 ein Interview mit dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der zu Akademisierung Pflegender sagt: „*Ich bin der festen Überzeugung, dass man in einem stabilen ambulanten Gesundheitswesen mit funktionierenden Arztpraxen keine weiteren Akademiker zwischen dem studierten Arzt und dem nicht-studierten Patienten braucht*“ (Helmig 2015: 8). Auch der Wissenschaftsrat, der 2012 eine Akademisierung verschiedener Gesundheitsberufe für die direkte Gesundheitsversorgung empfahl, stieß nicht nur bei der Bundesärztekammer auf Kritik (Gerst et al. 2012).

Während es zur Vorphase und Phase 1 allerlei Veröffentlichungen gibt, die die Wege nachzeichnen lassen, auch wenn es weiterer vertiefter Forschung bedarf, so sind mir keine Veröffentlichungen bekannt, die in ähnlicher Weise mit der Phase 2 umgehen, wie ich es hier getan habe. Daher ist dieses Kapitel besonders stark durch meine individuelle Wahrnehmung dieser Zeit geprägt. Vorsorglich möchte ich mich bei all jenen entschuldigen, deren wichtigen Beitrag ich aus Unkenntnis übersehen habe.

Die drei Fragen, die ich konstitutiv für die Phase 2 halte – was ist Pflege? Was ist Pflegeforschung? Was ist Pflegewissenschaft? –, halte ich auch heute noch für überaus wichtig, auch wenn der Diskurs dazu weiter geführt wurde. Das Proprium der Pflege, die theoretische Basierung eines Pflegeverständnisses hört sich oft noch sehr hohl an. Ein Beispiel dafür ist die Diskussion um die Pflegeversicherung, in deren Zusammenhang nun endlich ein „neuer“ Pflegebegriff entwickelt und operationalisiert worden sei. Dass der Pflegebegriff, der ab 2017 im SGB XI gültig wird, überhaupt nicht neu, sondern nur das Selbstverständlichste aus einem fundierten Pflegeverständnis aufgreift, scheint mancherorts immer noch nicht verstanden worden zu sein.

Gleichwohl wird die Tatsache der Existenz von Pflegewissenschaft heute akzeptiert, die Angst vor dem „Heimatverlust der Krankenpflege“ (Axmacher 1991) in der Praxis durch eine Wissenschaftsentwicklung ist nicht mehr als vorherrschend anzusehen. Selbst die Erstausbildung für die Pflegeberufe auf Hochschulniveau hat Akzeptanz gefunden und wird hoffentlich bald aus der Nische der Modellversuche hervorgeholt.

Pflegeforschung ist heute in großen Ausschreibungen traditioneller Forschungsförderer vielfach enthalten, wird auch angesprochen, wenn gesundheitliche Versorgung, Innovationen oder klinische Forschung gefördert werden soll. Es fehlt allerdings die explizite Pflegeforschung, die als Disziplin speziell gefördert werden sollte, da sie weiterhin intensiver Entwicklung bedarf. Aus diesem Grunde wurde auch in Deutschland wie in vielen anderen Ländern zuvor eine Agenda Pflegeforschung entwickelt (Behrens et al. 2012), um die thematische Breite notwendiger Pflegeforschung zu verdeutlichen.

Literatur

- Abdellah, F.G./ Levine, E. (1994): *Preparing Nursing Research for the 21st Century*. New York: Springer
Arbeitsgruppe Pflegeforschung im DBfK (1992): *Was ist Pflegeforschung?* In: Krohwinkel, M. (Hrsg.):
Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Baden-Baden: Nomos, 121

- Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, U. et al. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: KT Verlag, 120 - 138
- Bartholomeyczik, S. (1981): Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten. Teil 2: Ergebnisse. Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen. Band 7. Berlin: BASIS
- Bartholomeyczik, S./ Dieckhoff, T./ Drerup, E./ Korff, M./ Krohwinkel, M./ Müller, E./ Sowinski, C./ Zegelin, A. (1993a): Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht er Pflegenden. Vom Lernprojekt zum Forschungsvorhaben. Eschborn: Verlag Krankenpflege
- Bartholomeyczik, S./ Donath, E./ Krohwinkel, M./ Petsch, M./ Schäfer, E./ Schulz, B. (1993b): Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen. Eschborn: Verlag Krankenpflege
- Bartholomeyczik, S. (1997): Professionalisierung der Pflege – zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 29 (1), 5-13
- Bartholomeyczik, S. (2002): Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Editorial. In: Pflege 15 (6), 281-283
- Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik, S./ Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 11-20
- Behrens, J./ Görres, S./ Schaeffer, D./ Bartholomeyczik, S./ Stemmer, R. (2012). Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Halle: MLU Halle-Wittenberg.
- Beier, J./ Jahn, G. (1997): Pflegeforschung in der ehemaligen DDR. In: Bartholomeyczik, S./ Müller, E. (Hrsg.): Pflegeforschung Verstehen. München: Urban & Schwarzenberg, 29-46
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Vom 26. Januar 2009
- Botschafter, P./Moers, M. (1990): Pflegewissenschaft und Pflegenotstand. Einrichtung eines Studiengangs „LehrerIn der Pflege“ an der Freien Universität Berlin? In: Jahrbuch für Kritische Medizin 15, Argument Sonderband AS 190, 123-139.
- Dunajtschik, A. (1997): Wissenschaftliche Krankenpflege – die Hypurgie-Debatte um die Jahrhundertwende. Diplomarbeit. Fachhochschule Frankfurt am Main, FB Pflege und Gesundheit.
- Elster, R. (2000): Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluß auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes. Hrsg.: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Frankfurt am Main: Mabuse
- Fietzek, L. /Kraushaar, D. (Hrsg.) (1993): Pflege auf dem Weg zur Hochschule. Ein neuer Studiengang. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- Gerst, T., /Hibbeler, B. (2012): Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung. In: Deutsches Ärzteblatt, 109 (49), A2458-A2461
- Grauhan, A. (1973): Beitrag zur Planung dreijähriger, praxisbezogener Studiengänge in der Krankenpflege. Unveröff. Magisterarbeit, Universität Konstanz.
- Grauhan, A. (1989): Krankenpflege und der tertiäre Bildungsbereich in der Bundesrepublik Deutschland. In: Pflege, 2 (1), 9-15
- Grauhan, A. (1990): Development of nursing research and academic nursing education in W.-Germany. In: WENR Workgroup of European Nurse Researchers/ Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) (Hrsg.): Nursing Research for Professional Practice. 12th Workgroup Meeting and International Nursing Research Conference. Frankfurt: Verlag Krankenpflege, 12-21
- Hedin, B.A. (1987): Geburt und Tod eines Modellversuchs. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 40 (5), 304-310
- Helmig, H.-J. (2015): Titelinterview. In: Monitor Versorgungsforschung. 8 (2), 6-12
- Henderson, V. (1963): Grundregeln der Krankenpflege. Weltbund der Krankenschwestern. Frankfurt am Main: Deutsche Schwesterngemeinschaft
- Juchli, L. (1983): Krankenpflege – Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 4. Aufl., Stuttgart: Thieme

- Käppeli, S. (1999): Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege? In: *Pflege* 12 (3), 153-157
- Kobbert, E./ Krauth, J./ Kuno, E./ Pittius-Spahn, G./ Schmidt-Richter, R./ Heymanns-Randel, A./ Hildebrandt, E. (1993): „Vom Gesunden zum Kranken“ – der gesunde Mensch: theoretischer Einführungsblock im Rahmen eines ganzheitlich-orientierten Ausbildungskonzepts – Entwicklung und Umsetzung. In: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Beilage*. 46 (4), 1-29
- Kobbert, E. (1987): Ziel, Aufbau und Entwicklung der Schwesternschule der Universität Heidelberg. In: Müller, P./ Kobbert, E./ Strobel, H./ Bauer, A.: *Ausbildungs- und Berufsverläufe von Krankenschwestern und Krankenpflegern*. Heidelberg: Unveröffentlichtes Typoskript, 43-114
- Kreutzer, S. (2013): „Hollywood Nurses“ in West Germany. Biographies, Self-Images, and Experiences of Academically Trained Nurses after 1945. In: *Nursing History Review* 21, 33-54
- Krohwinkel, M./ Schröck, R./ Bartholomeyczik, S. (1992): *Denkschrift zur Lage der Pflegeforschung in der Bundesrepublik Deutschland*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt am Main 1991. In: Krohwinkel, M. (Hrsg.): *Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 13-19
- Krohwinkel, M. (Hrsg.) (1993): *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege*. Baden-Baden: Nomos
- Kruse, A.-P. (1987): *Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meleis, A. (1999): *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Huber
- Mendelsohn, M. (1898): Die Stellung der Krankenpflege in der wissenschaftlichen Therapie. In: *Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte*. 70. Verhandlung in Düsseldorf 1898, 122-138
- Moses, S. (2015): *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland*. Studienreihe der Robert Bosch Stiftung. Bern: Huber
- Müller, E. (1997): Die geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung. In: Bartholomeyczik, S./ Müller, E. (Hrsg.): *Pflegeforschung Verstehen*. München: Urban & Schwarzenberg, 1-28
- Pinding, M./ Münstermann, J., Kirchlechner, B. (1974): *Berufssituation und Mobilität in der Krankenpflege*. Schriftenreihe des BMJFG, Band 22. Stuttgart: Kohlhammer
- Ostner, I./ Beck-Gernsheim, E. (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt: Campus
- RBS Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992): *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie* 28. Gerlingen: Bleicher
- Report of the Committee of Nursing (1972) under the chairmanship of Asa Briggs. London: H.M.S.O.
- Roper, N./ Logan, W.W./ Tierney, A.J. (1993): *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. Basel: Recom
- Schaeffer, D. (1999): Entwicklungsstand und –herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege* 12 (3), 141-152
- Schmidbauer, M. (2002): *Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“*. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag
- Schröck, R. (1988): *Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme*. In: *Pflege* 1 (2), 84-93
- Thiekötter, A. (2006): *Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte der Pflege*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Tierney, A. (1994): *The Development of Nursing Research in Europe. Opening Plenary Paper*. In: *Workgroup of European Nurse Researchers (eds.): 17th Workgroup Meeting, Oslo, Norway 1994*. Oslo: Norwegian Nurses Association, 159-185
- Volkholz, V. (1973): *Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem*. Stuttgart: Enke
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse

WENR Workgroup of European Nurse Researchers/ Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK)(Hrsg.)(1990): Nursing Research for Professional Practice. 12th Workgroup Meeting and International Nursing Research Conference. Frankfurt: Verlag Krankenpflege

WR Wissenschaftsrat (1973): Dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen – Vorschläge für Modellversuche. Bonn: Bundesdruckerei

WR Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Drucksache 2411-12

Sabine Bartholomeyczik, Dipl. Soz., Dr. rer. pol., habil. Pflegewissenschaft, Univ.-Prof. Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft Stockumer Str. 12, 58453 Witten, sbartholo@uni-wh.de

Karen Nolte

Historische Dimensionen von „Palliative Care“ – Pflege von Sterbenden im 19. Jahrhundert¹

Historical Dimensions of „Palliative Care – Nursing of Dying Patients in the Nineteenth Century

Many textbooks and publications locate the historic roots of “palliative care” in the United Kingdom partially in the modern hospice movement initiated in 1967 by Cicely Saunders. Medieval hospices are also regarded as the ancestors of hospices and palliative care wards in the 21st century. This view neglects the long tradition of hospice care in the tradition of Christian nursing care. Examining Christian nursing care in the 19th century is rewarding as it enables us to reconstruct traditions of caring for dying patients and to discuss the management of terminally ill patients within this historic perspective. In the following paper I analyse normative ideas on caring for dying patients and nursing care practices in the 19th century. I contextualise these historic reconstructions within the medical discourse on the management of terminally ill patients at the time.

Keywords

Palliative Care, deaconesses, Agnes Karll, 19th century, nursing practice

Die historischen Wurzeln von „Palliative Care“ werden in Lehrbüchern und Publikation zum einen in der 1967 von Cicely Saunders in Großbritannien initiierten Hospizbewegung gesucht. Zum anderen werden immer wieder mittelalterliche Hospize als Vorläufer heutiger Hospize und Palliativstationen angesehen. Übersehen wird die starke Tradition von Sterbebegleitung in der Geschichte christlicher Krankenpflege. Dabei lohnt sich ein Blick

1 Die hier vorgestellten Forschungsergebnisse entstanden mit der Förderung der Fritz Thyssen Stiftung.

auf die christliche Krankenpflege im 19. Jahrhundert, um Traditionen der Pflege von Sterbenden zu rekonstruieren und den Umgang mit Sterbenden mit dieser historischen Perspektive zu problematisieren. In den folgenden Ausführungen werde ich normative Vorstellungen zur Pflege von Sterbenden und die Pflegepraxis im 19. Jahrhundert untersuchen. Diese pflegehistorischen Rekonstruktionen werden in den medizinischen Diskurs über den Umgang mit Sterbenden dieser Zeit eingebettet.

Schlüsselwörter

Palliative Care, Diakonissen, Agnes Karll, 19. Jahrhundert, Pflegepraxis

1. Einführung

Der Begleitung Sterbender in der Krankenpflege wurde seit den 1980er unter dem Begriff „Palliative Care“ wieder mehr Aufmerksamkeit zu Teil (Pleschberger 2007: 24). „Palliative Care“ soll nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation bei Sterbenden für die Linderung von Schmerz und anderen Leiden verursachenden Symptomen sorgen, das Sterben als normalen Prozess betrachten, der zum Leben dazugehört, und den Tod weder beschleunigen noch verzögern (WHO 2002, zitiert nach Monteverde 2007: 523).

Die historischen Wurzeln von „Palliative Care“ werden in Lehrbüchern und Publikation zum einen in der 1967 von Cicely Saunders (1918–2005) in Großbritannien initiierten Hospizbewegung gesucht. Zum anderen werden immer wieder mittelalterliche Hospize als Vorläufer heutiger Hospize und Palliativstationen angesehen (Pleschberger 2007; Greiner 2007; Student 2007).² Dabei waren mittelalterliche Hospize multifunktionale Einrichtungen für bedürftige Kranke, Gebrechliche und Arme, die unter anderem auch arme Sterbende versorgten, und daher keineswegs mit heutigen Hospizen vergleichbar sind (u. a. Jütte 1996).

Übersehen wird die starke Tradition von Sterbebegleitung in der Geschichte christlicher Krankenpflege. Dabei würde sich ein Blick auf die christliche Krankenpflege im 19. Jahrhundert lohnen, um Traditionen der Pflege von Sterbenden zu rekonstruieren und den Umgang mit Sterbenden mit dieser historischen Perspektive zu problematisieren. Anknüpfungspunkte bietet besonders die Geschichte der sogenannten „Seelenpflege“, der Sorge für das Gemüt und die Seele Sterbender durch christliche Krankenschwestern. Gegenwärtig wird neben der Notwendigkeit einer angemessenen leiblichen Pflege und psychologischen Betreuung vermehrt die spirituelle Dimension des Sterbeprozesses betont und gefordert, Sterbenden eine entsprechende Begleitung zu ermöglichen. Zentral für die spirituelle Sterbebegleitung, die sich heute nicht mehr auf religiöse Konzepte des letzten Geleits Sterbender beschränken und eine Vielfalt von Spiritualität bieten will, ist die Frage der Sinngebung von Krankheit und Sterben (Weither 2007).

² Eine Ausnahme stellt der von Dietmar Siewert erstellte historische Überblick über den Umgang mit Sterbehilfe in der Pflege dar. Während er die ärztlichen Positionen sehr differenziert darstellt, stützt sich seine Analyse zur Pflege im 19. Jahrhundert nur auf Dienstanweisungen, Lehrbücher zur Krankenpflege und Krankenhausordnungen und geht daher nicht speziell auf die Pflege Sterbender ein (Siewert 2006).

In den folgenden Ausführungen werde ich normative Vorstellungen zur Pflege von Sterbenden und die Pflegepraxis im 19. Jahrhundert untersuchen. Diese pflegehistorischen Rekonstruktionen werden in den medizinischen Diskurs über den Umgang mit Sterbenden dieser Zeit eingebettet. Die Studie stützt sich auf folgende Quellen: Hand- und Lehrbücher der Krankenpflege, handschriftliche Quellen zur Ausbildung der Diakonissen sowie Schwesternbriefe, die Diakonissen von ihren Arbeitseinsätzen in der Gemeinde und in Krankenhäusern an das Vorsteherpaar des Mutterhauses in Kaiserswerth geschrieben haben – diese handschriftlichen Quellen lagern im Archiv der Fliedner Kulturstiftung in Düsseldorf-Kaiserswerth.³ Einblick in die Pflege von Sterbenden in Universitätskliniken sowie in der Privatpflege geben die privaten Briefe Agnes Karlls an ihre Mutter Ida Karll aus den Jahren 1887 bis 1899, die im Archiv des DBfK⁴ lagern.

2. Normative ärztliche Vorstellungen zur Pflege Sterbender

Der Arzt des Dresdner Diakonissenkrankenhauses, Paul Rupprecht (1846–1919), führte zur Pflege Sterbender in seinem Lehrbuch zur Krankenpflege, welches 1890 in erster Auflage erschien, Folgendes aus:

„Bis zuletzt sei die Pflegerin bemüht, Sterbende sauber zu halten und bequem zu lagern, denselben die Lippen mit Wasser oder Fruchtsaft zu netzen, den Schweiß zu wischen, die Fliegen zu scheuchen, auch jeden noch etwa angedeuteten Wunsch ihnen abzulauschen und liebevoll zu erfüllen [...]“ (Rupprecht 1898: 328)

Auch in weiteren ärztlichen Schriften zur Krankenpflege wird beschrieben, welche Aufgaben Pflegenden in der „Leibespflege“ von Sterbenden zukamen: Sie sollten darauf achten, dass es in der „Sterbestube“ still sei, *„kein Geräusch, keine Wehklage“* das Sterben erschwere (Dieffenbach 1832: 175). Ferner war es die Aufgabe Pflegender dafür zu sorgen, dass die Position des sterbenden Menschen im Bett *„möglichst bequem“* sei und derselbe *„rein und trocken“* liege. Der Mund sei feucht zu halten und dem Sterbenden, solange er noch schlucken könne, hin und wieder etwas Erfrischendes einzuflößen (Gedike 1854: 100). Karl F. H. Marx (1840–1877) wies darauf hin, wie wichtig es für ein *„gutes Sterben“* sei, bei dem lang ans Bett gefesselten Sterbenden das *„Durchliegen“* zu verhüten: *„Durch sehr große Reinlichkeit, so wie dadurch, daß man alle Falten im Bette zu verhüten sucht, was durch eine sehr fein hirschlederne Unterdecke leichter möglich wird, kann man das Durchliegen verhüten“* (Marx 1827: 8).

Die Leibespflege von Sterbenden ging über den Tod hinaus: Pflegende sollten nach dem Tod den Leichnam waschen, das Sterbebett neu beziehen und dafür Sorge tragen, dass die Leiche nicht zu früh beerdigt werde, um sicher auszuschließen, dass ihr verstorbener Pflegling lediglich scheintot war (Gedike 1854: 111). Im 18. und frühen 19.

³ Mein besonderer Dank gilt Dr. Norbert Friedrich und Dr. Annett Büttner, die mir nicht nur die Bestände der Kaiserswerther Diakonie zugänglich gemacht haben, mich darüber hinaus auch fachkundig beraten und erste Thesen mit mir diskutiert haben.

⁴ DBfK = Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Geschäftsstelle in Berlin. Mein besonderer Dank gilt Franz Wagner und seinen Mitarbeiterinnen, die mir Einblick in den Nachlass Agnes Karlls gewährten.

Jahrhundert war die Furcht vor dem „Lebendig-Begraben-Werden“ weit verbreitet (Nolte 2016: 119–122; Bondeson 2002).

Ärzte konzentrierten sich in ihren Anleitungen zur Pflege von Sterbenden auf die leibliche Pflege Sterbender. Für christliche Krankenschwestern, die im 19. Jahrhundert den größten Teil der ausgebildeten Krankenpflegenden ausmachten, war jedoch die sogenannte „Seelenpflege“, die Sorge für die Seele Sterbender mithilfe religiöser Unterweisung in der Begleitung Sterbender zentral. Theodor Fliedner (1800–1864), der Gründer der ersten Diakonissenanstalt in Kaiserswerth im Jahr 1836, hatte in seinem Unterrichtsmanuskript mit dem Titel „Medicinischer Cursus“ die Sorge für die Seele nicht nur ins Zentrum der Pflege Sterbender gerückt, vielmehr die Seelenpflege als ein von Ärzten unabhängigen Kompetenzbereich seiner Schwestern charakterisiert:

„Da schon die Hilfe des Arztes ihre Gränze gefunden, da ist die Liebe der Pflegerin noch unverändert thätig, ihrem Kranken mit sorgender Hand u. mildem Sinne in der Stunde des Kampfes u. der Auflösung beizustehen, ihm Erleichterung u. Trost zu bringen. Sie verdoppelt hier gleichsam oft ihren Eifer u. ihre Treue [...]“ (Medicinischer Cursus 1851).

Die ärztliche Auffassung von den Aufgaben Pflegender in der Sterbebegleitung unterschied sich von der Haltung protestantischer Krankenschwestern besonders in der Frage der Aufklärung Sterbender über ihr nahes Ende: So betonte Carl Emil Gedike (1797–1867), Arzt und Leiter der Krankenwatschule an der Berliner Charité, dass „der Krankenwärter“ „ängstlichen Kranken, die sich in sehr großer Furcht vor dem Tode befinden“ keineswegs „die Hoffnung auf Genesung“ entziehen dürfe (Gedike 1854: 107). Diese Haltung stand im Widerspruch zu dem Anspruch von Diakonissen, die ihre Pflegeglinge so früh wie möglich auf ihr Ende vorbereiten wollten, um ihnen so einen seligen Tod zu ermöglichen. Nur den Sterbenden, „welche von der Nähe ihres Todes“ überzeugt seien, sollte nach Gedikes Auffassung mit den „Tröstungen der Religion“ das Sterben erleichtert werden (Gedike 1854: 107). Dieser kritischen Haltung zur „Seelenpflege“ und ebenfalls zur Seelsorge Geistlicher am Sterbebett wurde im ärztlichen Diskurs über das „gute Sterben“, der sogenannten „Euthanasia medica“ weitaus deutlicher Ausdruck verliehen. Ärzte fürchteten, dass Geistliche mit ihrer religiösen Sterbebegleitung eine gefährliche „Gemüthserschütterung“ hervorrufen könnten, welche die begrenzte Lebenserwartung Todkranker noch weiter verkürze. Die vielrezipierte Schrift „Ueber Euthanasie“ von K. F. H. Marx stilisierte den Arzt als Hoffnungsträger, während der Geistliche als „Todesbote“ diffamiert wurde (Marx 1827: 7-8). Geistliche – so Marx – würden durch ihre Seelsorge „allzuheftige Gemüthsbewegungen“ verursachen. In vor-modernen medizinischen Theorien war die Annahme einer untrennbaren Verbindung von „Gemüth“ und Leib grundlegend, derzufolge jede emotionale Erschütterung direkt schädigend auf den Leib wirkte und daher auch lebensverkürzend wirken konnte. Daher lehnten Ärzte größtenteils eine umfassende frühe Aufklärung Sterbender über die Unheilbarkeit ihres Leidens und ihr nahes Ende entschieden ab. Der Meißener Arzt Johann Gottlieb Thierfelder (1799–1867) spitzte die ärztliche Ablehnung der Aufklärung Sterbender zu, indem er rhetorisch die Frage stellte: „Darf der Arzt dem Kranken die vorhandene unvermeidliche Gefahr des nahen Todes ankündigen, und unter gewissen

Umständen das Leben absichtlich verkürzen?“; dann die suggestive Frage anschloss: *„Heisst das nicht den Kranken morden?!“*; um dann schließlich selbst zu antworten: *„Noch lebend öffnet man ihm das Grab, und bringt ihn hinein!“* (Thierfelder 1843: 158). Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836) spitzte diese ärztliche Grundüberzeugung in folgendem Lehrsatz zu: *„Den Tod verkündigen, heißt den Tod geben!“* (Hufeland 1836: 780). Er gab ebenfalls zu bedenken, dass die unmittelbare Folge dieser so aufgeklärten Kranken sein könne, dass diese sich das Leben nehmen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert lehnten Ärzte trotz inzwischen naturwissenschaftlich geprägter Körper- und Krankheitskonzepte die Aufklärung Sterbender nach wie vor ab, da sie ihren Lebenswillen nicht brechen wollten und immer noch befürchteten, dass Schwerkranke aus Furcht vor einem qualvollen Tod Selbstmord begehen würden (Moll 1902: 120–127).

Protestantische Theologen hielten den ärztlichen Überzeugungen entgegen, dass eine gefährliche *„Gemüthserschütterung“* eben nur dann eintrete, wenn Sterbende von nicht in der *„Seelsorge“* Ausgebildeten schonungslos mit ihrem nahen Tod konfrontiert würden. Zudem sei es die drückende Last der Sünde, die eine *„Gemüthserschütterung“* hervorrufen könne, wenn der Seelsorger bei dem Sterbenden diese Last nicht mindern könne (Nolte 2016: 189–192).

So wie die geistlichen Seelsorger deuteten auch die Kaiserswerther Diakonissen Krankheit, so auch die unheilbare, schwere Krankheit entweder als Prüfung Gottes für fromme Christen oder als Strafe Gottes für Menschen mit einem sündhaften Lebenswandel. Sie waren zudem zutiefst davon überzeugt, dass der *„irdische“* Arzt nichts auszurichten vermochte, wenn nicht letztlich der *„himmlische Arzt“* heilend tätig würde. Mit der religiösen Sterbebegleitung begannen sie aus tiefster Überzeugung zum frühestmöglichen Zeitpunkt. In Konflikt mit der ärztlichen Haltung zur Frage der Aufklärung gerieten sie nur dann, wenn es dezidierte Anweisungen von Seiten des Arztes gab, Todkranken ihren hoffnungslosen Zustand zu verschweigen. In einem solchen Konfliktfall konnten Diakonissen zudem damit rechnen, vom Mutterhaus Rückhalt zu bekommen, wenn es um die Sorge für den seligen Tod ging (Nolte 2008).

3. Pflegepraxis bei Sterbenden

Im Jahre 1836 schuf der protestantische Pfarrer Theodor Fliedner (1800–1864) mitten im katholischen Rheinland eine Ausbildungsstätte und zugleich Mutterhaus protestantischer Krankenschwestern. Der Gründung in Kaiserswerth folgte die Einrichtung einer Vielzahl weiterer Diakonissenmutterhäuser innerhalb und außerhalb des Deutschen Reichs. Diakonissen verstanden ihre Arbeit als *„Innere Mission“*. Das bürgerlich-protestantische Konzept der *„Inneren Mission“* war eine Reaktion auf die Pauperisierung, welche insbesondere in den Großstädten als Folge der Anfang des 19. Jahrhunderts einsetzenden Industrialisierung als Problem wahrgenommen wurde. Fliedner und andere aus der neupietistischen Erweckungsbewegung hervorgegangene Protagonisten der *„Inneren Mission“* waren der Ansicht, dass Krankheit, materielle und geistli-

che Verarmung ursächlich zusammenhängen. Daher sorgten diese Krankenschwestern nicht nur für das leibliche Wohl, sondern vielmehr für das Seelenheil ihrer Kranken (Nolte 2013).

Im Folgenden wird anhand der Schwesternbriefe der Kaiserswerther Diakonissen rekonstruiert, wie die Schwestern in der Praxis mit Sterbenden umgingen, welchen Herausforderungen sie sich stellen mussten und welche Reaktionen der von ihnen gepflegten Sterbenden aus ihren Briefen an das Mutterhaus zu ersehen sind. Die Briefe, die Diakonissen aus der Gemeindepflege, der Privatpflege und aus der stationären Pflege an das Mutterhaus schrieben, um regelmäßig über ihre Arbeit und auch über ihre religiöse Praxis im Umgang mit sich selbst, in der Gemeinschaft der Schwestern und mit ihren „Pflehlingsen“ zu berichten, sind in großer Zahl überliefert. Eine systematische Durchsicht der Bestände der Kaiserswerther Schwesternbriefen aus dem 19. Jahrhundert hat ergeben, dass die Pflege Sterbender ein überaus präsent Thema in den Briefen war. Die Seelenpflege bei Sterbenden war deshalb so wichtig, weil die Schwestern sich hier in besonderem Maße für den Seelenzustand der Todkranken verantwortlich fühlten: Für sie war es ein Akt der Fürsorge, diesen Menschen einen seligen Tod zu ermöglichen. So lässt sich auch die Vehemenz erklären, mit der die Schwestern offenbar zuweilen bei „sündigen“ Sterbenden in der „Seelenpflege“ vorgingen. Die folgende „Fallgeschichte“, welche die Gemeinmediakonissen Schwester Louise und Schwester Lisette ihren „Eltern“ im Mutterhaus erzählten, zeigt dies sehr deutlich:

„Auch pflegten wir einen Mann? Stunde von Cleve der schwer krank lag an der Brustentzündung, so, daß der Arzt keine Hoffnung mehr hatte. Wir besuchten ihn täglich einmal oder zweimal weil wir sahen das seine Seele noch so weit vom Herrn entfernt wahr, als wir ihn fragten wie es mit seiner Seele zum Herrn stehe, wenn Er ihn zu sich rief? Da sagte der Kranke so weit sind wir noch nicht ich sterbe noch nicht wir sagten ihm das der Herr wie ein Dieb in der Nacht kommen könnte, ob er den bestehen könnte vor dem Richterstuhle Christi? Da konnte er keine Antwort geben [...].“ (Lisette Steiner/Louise Turner 1847).

Die Drohung, dass der „Herr“ und damit das jüngste Gericht auch des Nachts „wie ein Dieb“ kommen könne, ließ den zunächst für die Bemühungen um sein Seelenheil nicht zugänglichen Schwerkranken offenbar nicht unbeeindruckt. Er nahm das Angebot der Schwestern, „seine Seele rein zu waschen“, dankbar an. Im Weiteren berichteten die frommen Gemeinbeschwestern, dass der Mann geläutert wurde, indem er nicht nur mit ihnen gebetet, sondern auch einen Pastor zu sich gerufen und sich das Abendmahl hatte geben lassen. Das Unglaubliche geschah: Der Mann, bei dem der Arzt alle Hoffnung aufgegeben hatte, wurde geheilt. Aus Sicht der Schwestern hatte die Seelenheilung auch die körperliche Genesung befördert, die Seelenpflege hatte also vermocht, was der Arzt mit seinen weltlichen Mitteln nicht hatte bewerkstelligen können.

Die Begleitung sündiger Schwerkranker stellte eine besondere Herausforderung für die Diakonissen dar. Schwester Isabella berichtete 1877 von einem Pflehlings, den sie im Aachener Luisenhospital in den Tod begleitet hatte:

„[...] ein sehr vornehmer reicher Mann aus Rumänien, er litt an Anschwellung der Bauchadern und war mehrere Monate bettlägrig krank; sein Krankenlager war im Ganzen ein erträgliches nur in den letzten 10 Tagen seines Lebens litt er unbeschreiblich; nur ganz bedeutende Gaben von Morphinum waren im Stande seine Schmerzen auf kurze Zeit zu lindern. So höchst traurig wie sein äußerer Zustand auch war, stand er doch in keinem Vergleich gegen gegen [sic!] die innere Zerissenheit und beständige Todesangst seiner Seele! Der Unglückliche hatte keinen Gott, daher hatte der Tod für ihn noch den Stachel und die ganze Bitterkeit, er wand [sic] und krümmte sich vor Todesangst und doch konnte er durchaus nichts verstehen von dem Todesüberwinder und Friedensfürsten, was ihm von uns gesagt wurde.“ (Isabella Kummer 1877)

Schwester Isabella deutete den äußeren Zustand des Rumänen, das Sich-Winden und Sich-Krümmen im Todeskampf, als Metapher für seinen inneren Zustand, also seiner Seele, die nicht den Weg zu dem „Todesüberwinder“ finden konnte. Auch ein zu ihm gerufener katholischer Priester musste wieder unverrichteter Dinge abziehen. Die Diakonisse „fasste“ sich nun ein Herz und übernahm die schwierige Seelsorge, an welcher der studierte Theologe gescheitert war. Sie betonte, dass sie ihm die Worte vermittelte, die Gott ihr eingab, was bescheiden und unbescheiden zugleich wirkt (Isabella Kummer 1877). Sie wollte das, was sie an der Seele des Sterbenden vollbracht hatte, ganz im Sinne des Prinzips der „Selbstverleugnung“ nicht als ihre eigene Leistung hervorheben, doch betonte sie zugleich, dass sie anders als der Priester, eine unmittelbare, ganz enge Beziehung zu Gott hatte. Sie verlieh so dem zeitgenössischen Verständnis weiblicher Religiosität Ausdruck, demzufolge Frauen ein direktes „unverfälschtes“ und unmittelbares Verhältnis zu Gott zugeschrieben wurde (Habermas 1994). Eher beiläufig erwähnt Schwester Isabella die Schmerztherapie, die sie bei dem an starken Schmerzen leidenden Todkranken ausführte. Offensichtlich konnte Schwester Isabella bei diesem Kranken verantworten, etwas Schmerzlinderndes zu verabreichen. In anderen Fällen betonten die Schwestern, dass ein sündiger Sterbender seine Schmerzen, die ihm als Strafe Gottes auferlegt worden sei, wie eine „Leidenschule Gottes“ durchstehen müsse, um so seine sündige Seele zu reinigen. Dies war zum Beispiel bei schwindsüchtigen Patienten und Patientinnen der Fall, denen Diakonissen anknüpfend an zeitgenössische Krankheitsvorstellungen einen besonders ausschweifenden und sündigen Lebenswandel unterstellten (Nolte 2011). Ärzte hingegen sah sich im Sinne der „Euthanasia medica“ in der Pflicht, dem Todkranken durch die Linderung von Schmerzen einen sanften Tod zu ermöglichen. Daher setzten Ärzte beispielsweise Opiate als Schmerzmittel bei Sterbenden ein und verzichteten auch auf schmerzhafte oder quälende Therapien, auch wenn diese möglicherweise das Leben der Todkranken noch verlängert hätten (Nolte 2016: 103–142).

Die „Leidenschule Gottes“ muteten die Diakonissen allerdings nicht nur ihren Pfleglingen zu, sondern durchliefen diese nach Möglichkeit auch selbst. So wird in Nachrufen von Diakonissen ihre Leidensfähigkeit hervorgehoben. In dem Nachruf der Diakonisse Margarete Spiel wird geschildert, dass sie eine Operation am Hals bereitwillig ohne Chloroformnarkose über sich hatte ergehen lassen. Im Weiteren hieß es: „Eine Diakonisse muss auch einen Schmerz aushalten können“ (zitiert nach Köser 2006: 364).

Eine von Gott auferlegte Prüfung in Form einer schweren und schmerzhaften Krankheit mit Würde überstanden zu haben, begriffen Diakonissen als größte Auszeichnung von Gott. Matthias Benad hat diesen Umgang mit schwerer Krankheit auch bei den Betheler Diakonissen beobachtet und die Bereitschaft, für eine Läuterung der Seele bis an den Rand des Todes gehen zu wollen als „*Sterbefrömmigkeit*“ bezeichnet (Benad 1996).

Besondere Empathie hatten Diakonissen mit schwerleidenden Kranken, die sich nach ihrer Einschätzung um ein gottgefälliges Leben bemühten. So schilderte Schwester Sophie im ausgehenden 19. Jahrhundert aus der Privatpflege, wie das schwere Leiden ihrer Pflegebefohlenen auch sie in ihren Glauben erschütterte. Die Todkranke hatte einen Tumor im Bauch, der „durchzugehen“ drohte. Der Arzt konnte ihr nicht mehr helfen. Zum Trost der Kranken und um sich selbst im Glauben zu stärken, wählte Schwester Sophie die Geschichte Hiobs, der von Gott mit einer schweren Krankheit – nämlich schmerzhaften Geschwüren – geschlagen wird, um seine Frömmigkeit auf die Probe zu stellen (Sophie Stock 1893). Die Geschichte Hiobs verdeutlicht, dass gute Taten und eine gottgefällige Lebensführung nicht zwangsläufig bedeuteten, von Krankheit und Leid verschont zu bleiben. In dieser religiösen Deutung von Krankheit ist also nicht die Frage nach dem Grund oder der physischen Ursache einer Krankheit zentral. Vielmehr wird hinter dem Kranksein ein höheres göttliches Ziel vermutet und der Kranke dazu aufgefordert, sein Leiden als Läuterungsprozess anzunehmen. In der Geschichte Hiobs wird das Krankheitsverständnis der Kaiserswerther Diakonissen anschaulich dargestellt. Christliche Vorstellungen strukturierten also deutlich, wie Diakonissen Sterbende wahrnahmen. So hatten die Schwestern auch deutliche Vorbehalte gegenüber wohlhabenden, reichen Pfleglingen.⁵ Schwester Emilie beschrieb zwei „Sterbebetten“: Das erste betraf eine reiche englische Dame, die „sehr am Leben hing u. von ihrem furchtbaren Reichthum sich gar nicht trennen wollte“ und zunächst jegliche Versuche der „Seelenpflege“ abgelehnt hatte, dann aber, als sie dem Tod nahe war „sich in die Arme des Heilands zu werfen“ versuchte (Emilie Lemke 1879). Ob die reiche Dame letztlich selig gestorben war, vermochte die Diakonisse nicht einzuschätzen. Doch sie verlieh ihrer Verachtung dieser Patientin gegenüber deutlich Ausdruck. Das zweite „Sterbebett“ charakterisierte sie wie folgt:

„Zu gleicher Zeit starb mir ein kleiner Knabe, aber der Contrast zwischen beiden Sterbebetten war ein gewaltiger. Das Kind war verwachsen und nie ohne Schmerzen, aber so geduldig und stets empfänglich für jedes Wort, was ich ihm vom lieben Heilande erzählte, er freute sich so von Herzen, auch ein Engelein zu werden und war dies ein so liebliches Bild, hingegen ersteres ein schreckliches. Es fielen mir unwillkürlich die Worte des Heilandes ein: So ihr nicht werdet wie die Kinder, werdet ihr nicht in das Reich Gottes kommen.“⁶ Es haben mich diese Todesfälle sehr bewegt, gebe der Herr auch mir, wie uns Allen ein kindlich und offenes Herz zu ihm“ (Emilie Lemke 1879).

⁵ Der Bezug ist hier die Bibelstelle „Es ist leichter, daß ein Kamel durch das Nadelöhr gehe, denn daß ein Reicher ins Reich Gottes komme“, NT, Lk 18,25; Mk 10,25.

⁶ Schwester Emilie nimmt hier Bezug auf: NT, Mt 18, 3.

Auch in anderen Briefen beschrieben Diakonissen mit deutlicher Anteilnahme die letzten Stunden von Kindern als vorbildliches seliges Sterben.

Im folgenden Abschnitt wird herausgearbeitet, wie eine konfessionell nicht gebundene „freie Schwester“ den Umgang mit Sterbenden beschrieb. Hierfür werden Briefe von Agnes Karll an ihre Mutter herangezogen, die aus der Zeit stammen, bevor Agnes Karll (1868–1927)⁷ als Mitgründerin des Berufsverbands für Krankenpflegerinnen und Reformerin der Krankenpflege in Deutschland aktiv wurde (Sticker 1977; Boshma 1996). Sie geben Einblick in den Alltag einer Krankenschwester, die nicht in einem christlichen Mutterhaus organisiert war. Die Briefe wurden größtenteils von Anna Sticker in einer Biographie mit von Sticker verfassten Zwischentexten veröffentlicht (Sticker 1977). Allerdings hat der Vergleich mit den Originalen ergeben, dass Sticker die Texte erheblich „überarbeitet“ hat, indem sie nicht nur ganze Passagen ohne Auslassungszeichen – z.T. sinnverändernd – herausgekürzt hat, sondern Karlls Sätze, auch ohne Vermerk, sprachlich verändert hat (Nolte 2011a).

4. Sterbebegleitung in der nicht-konfessionellen Krankenpflege

Schon als junge Krankenschwester im Universitätsklinikum Göttingen kommentierte Agnes Karll den Umgang mit Kranken, die eine infauste Prognose hatten, sehr kritisch. So schrieb sie ihrer Mutter im Jahr 1890:

„Ich habe auf der Abteilung momentan auch wenig Freude. Sehr schwere, unangenehme Operationen, u. denn mit dem sehr zweifelhaften Erfolg des Hinhaltens auf wer weiß wie lange! Fr. Brand ist wieder da, als Herr Professor die Nachoperation machte, mußte er konstatieren, daß das Carcinom längst nicht ganz entfernt, sehr bald mit tödlichem Ausgang recidieren [sic] werde, der arme Mann mit den 5 Kindern. Nun ist die Schlußoperation auch nur halb gelungen und sie muss sich so quälen, wenn sie auch das schlimmste gar nicht ahnt“ (Agnes Karll, 2.3.1890: 229).

Sie kritisierte nicht nur die „Übertherapie“ der schon sterbenden Patientin, sondern auch, dass die Ärzte sie über ihren Zustand im Unklaren ließen. Die kritische Haltung Karlls zum ärztlichen Verhalten am Sterbebett, wird auch in folgender Schilderung eines Falls der Sterbebegleitung aus der Privatpflege deutlich. Anders als Diakonissen arbeitete Agnes Karll in der Privatpflege auf eigene Rechnung. Auch hatte sie kein Mutterhaus im Rücken, das auf die Einhaltung minimaler Erholungszeiten achtete, und zudem hatte sie weder eine Absicherung im Krankheitsfall noch einen Anspruch auf Rente (Hummel 1986: 49–50; Seidler/Leven 2003: 226). Während für die Diakonissen das Vorsteherpaar im Mutterhaus die zentrale Autorität war, lässt sich aus den Brie-

⁷ Agnes Karll, die aus einer verarmten Gutsbesitzerfamilie stammte, hatte schon früh den Wunsch gehabt, Medizin zu studieren. Doch waren Frauen in den 1880er Jahren in Deutschland noch nicht zum Universitätsstudium zugelassen und ihre Familie konnte die Kosten für ein Studium im Ausland nicht aufbringen. Nach einer Ausbildung zur Lehrerin entschied sich Karll schließlich, in die Krankenpflege zu wechseln. Sie beendete im Jahre 1887 ihre Ausbildung in der Krankenpflege im Rot-Kreuz-Mutterhaus der Clementinen in Hannover. Sie arbeitete dann in verschiedenen Krankenhäusern und war ab 1891 als freiberufliche Krankenschwester in der Privatpflege tätig (Sticker 1977, 14 - 26; Wolff 1997, 97).

fen Agnes Karll ersehen, dass sie in einem beträchtlichen Abhängigkeitsverhältnis zum Hausarzt stand: Der Arzt empfahl Privatpflegerinnen, mit denen er gut zusammengearbeitet hatte, an andere Patienten weiter. Doch war Karll offensichtlich eine gefragte Privatpflegerin, was sie mit Stolz in ihren Briefen berichtete.

Eindrücklich schilderte Agnes Karll ihr Verhältnis zu einer Frau, die sie im finalen Stadium von Darmkrebs in ihrem häuslichen Umfeld bis zu ihrem Tod pflegte. Als Karll in der Familie ankam, sei sie als „*rettender Engel*“ wahrgenommen worden und der Zustand der Schwerkranken habe sich schon allein durch ihre Anwesenheit gebessert (Agnes Karll 8.11.1894: 1039). Die Kranke schien mit kindlicher Liebe an Schwester Agnes zu hängen, was dieser zwar schmeichelte, aber zuweilen auch unangenehm war, da ihr die Beziehung zu der Sterbenden zu eng wurde. Auch die mit dieser Position als Vertraute verbundene Verantwortung belastete Karll, die an ihre Mutter schrieb: Das „*Verantwortungsgefühl [drückte] mich fast zu Boden*“. Karll musste zwischen der Kranken und ihren Angehörigen vermitteln, die sehr viel mehr unter der Verzweiflung und den Launen der Kranken zu leiden hatten. Doch gab Karll das gute Verhältnis zu den Angehörigen auch enorm viel Rückhalt in der schwierigen und belastenden Situation (Agnes Karll 8.11.1894: 1040). Weder die Schwere des Leidens, noch die körperlich anstrengende Arbeit ließ also diese Pflege als „*schwer*“ erscheinen – vielmehr war es das schwierige Verhältnis Karlls zu der in ihren Augen „*kindlichen*“, d. h. „*unreifen*“ Schwerkranken, die der Schwester die gesamte Verantwortung im Umgang mit dem Sterben aufbürdete, statt sich selbst ihrer Situation erwachsen zu stellen.

Karll geriet in einen inneren Konflikt, als der Hausarzt sich weigerte, die Patientin im Endstadium von Darmkrebs über ihre Prognose aufzuklären. Schwester Agnes war – anders als der Arzt – zutiefst davon überzeugt, dass die Sterbende ein Recht auf die „Wahrheit“ hatte. Der Arzt hatte der Schwester – nicht jedoch der Kranken selbst – mitgeteilt, dass die Patientin bald sterben müsse. Die Schwerkranke sollte nach Anweisung des Arztes nichts von ihrem nahen Ende wissen, da er noch nicht absehen konnte, wie lang es noch bis dahin dauern würde. Er schätzte die Kranke so ein, dass sie nicht wissen wolle, wie es um sie stehe, was Karll durch ihre weiter unter ausgeführte Charakterisierung der Schwerkranken indirekt bestätigte. Dennoch äußerte Karll deutlich ihr Missfallen an der Haltung des Arztes zur Frage der Aufklärung der Patientin: „*Die Disziplin gebietet mir[,] mich den Ansichten des Arztes zu fügen, so sehr die meinen entgegengesetzt ist [sic]*.“ (Agnes Karll 8.11.1894: 1040).

Agnes Karll sah allerdings für sich keine Möglichkeit, das Schweigegebot des Arztes zu unterlaufen – offenbar fühlte sie sich zwischen der Loyalität dem Arzt gegenüber und den Maximen einer guten seelischen Betreuung ihrer sterbenden Patientin hin- und hergerissen. Letztlich würde sie mit einem offenen Konflikt Gefahr laufen, sich mit dem Arzt zu überwerfen und so ihre Existenz aufs Spiel zu setzen.

Karll kritisierte jedoch nicht nur das Verhalten des Arztes, sondern missbilligte auch die Haltung der Schwerkranken selbst, die das Offensichtliche scheinbar verdrängte (Sticker 1977, 85, Agnes Karll, 8.11.1894: 1039). Karll deutete die fehlende Auseinandersetzung mit dem Tod als „*geistige Not*“ und nicht mehr wie die Diakonissen als

„geistliche Not“. Die Sterbende sollte eher ihren inneren Frieden finden als den Frieden mit Gott, wengleich auch in Karlls Schilderungen religiöse Formulierungen und somit ihre christliche Haltung sehr präsent sind. Doch musste sie auch gegen ihre innere Überzeugung mit der Kranken, von der sie direkt bezahlt wurde, behutsam umgehen, um diese nicht zu verärgern.

Auch in der Frage der palliativen Schmerztherapie geriet Agnes Karll in Konflikt mit dem behandelnden Arzt. Er hatte eine zu geringe Dosis Morphium für die an starken Schmerzen leidende Patientin verordnet, so dass die Schwester zusehen musste, wie die Patientin litt. Offenbar war der Arzt nicht zu erreichen, als das Leiden der Todkranken sich krisenhaft zuspitzte. Erst als die Krise vorüber war, trat der Arzt wieder an das Bett der Sterbenden. Der Arzt ließ Schwester Agnes nun wissen, dass sie nicht mit Morphium zu sparen brauche. Karll beschrieb in ihrem Brief beeindruckend, wie es ihr nach dieser angespannten Situation erging – sie war wütend, dass der Arzt ihr erst freie Hand in der Dosierung des Morphiums ließ, als es im Grunde genommen schon zu spät war. Als der Arzt gegangen war, bekam sie „einen Lach- und Weinkrampf“. Sie schloss ihre Schilderung mit den Worten: „[...] *das glaube ich, war der schlechteste Tag in meiner Pflegezeit*“ (Agnes Karll 21.11.1894, 1047–1048).

Agnes Karll musste bei Meinungsverschiedenheiten mit dem behandelnden Arzt oder mit ihren Pflegenden mit Blick auf ihre freiberufliche Existenz auch stets strategisch denken, da sie sich real in ökonomischen Abhängigkeiten befand, wird anhand des ausgeführten Beispiels sehr deutlich.

5. Fazit und Ausblick

Sterbebegleitung war im 19. Jahrhundert wie heute selbstverständlicher Bestandteil der alltäglichen Pflegepraxis. Konfessionelle Krankenpflegende machten noch bis weit ins 20. Jahrhundert den größten Anteil der Pflegekräfte aus (Kreutzer 2005; 2014). Daher dominierte in der pflegerischen Begleitung noch lang das christliche Krankheitsverständnis, d. h. die „Seelenpflege“ hatte einen wichtigen Stellenwert in der Pflegepraxis. Die Sorge für das „Seelenheil“ der schwer- und todkranken Pflegelinge schuf zugleich auch einen eigenen Kompetenzbereich, der sich weitgehend dem ärztlichen Einfluss entzog. In der Frage der Aufklärung Todkranker über ihre infauste Prognose kam es auch im Pflegealltag der Diakonissen immer dann zu Konflikten, wenn der Arzt in dieser Frage die Pflegenden zum Schweigen gegenüber ihren Patienten und Patientinnen verpflichteten. Die Schwestern, die Teil einer Diakonissengemeinschaft waren, konnten jedoch im Konfliktfall, wenn Ärzte sie an ihrer für die Gemeinschaft so wichtigen religiösen Sterbebegleitung hinderten, mit der Unterstützung ihrer Vorsteher rechnen. Im Falle Agnes Karlls, die eine „freie Schwester“ ohne eine sie stützende Schwesternschaft war, musste sie sich mit dem Arzt arrangieren und nicht selten – wenn auch widerwillig – seinen Anweisungen unterordnen. Denn von der guten Zusammenarbeit mit Hausärzten und dem guten Verhältnis zu den Pfleglingen hing es ab, ob ihr weitere Pflegestellen vermittelt wurden. In der Frage des Umgangs mit der Gewissheit, Sterben

zu müssen, waren Agnes Karll und die Diakonissen gar nicht so weit voneinander entfernt: Sie waren der Meinung, dass sich Sterbende bewusst mit ihrem nahen Ende auseinandersetzen. Allerdings zeigt sich bei der Seelenpflege der Diakonissen, dass diese religiöse Begleitung nicht von allen Sterbenden begrüßt wurde, einige sich sogar versuchten dagegen zu wehren. Mit der Haltung zur Aufklärung Sterbender unterschieden sich Pflegende von der Mehrheit der Ärzte im 19. Jahrhundert, die darin Gefahren für das seelische und körperliche Wohl ihrer Patienten und Patientinnen sahen.

Literatur

- Benad, M. (1996): Sterbefrömmigkeit im „Boten von Bethel“ 1894–1900. In: Benad, M. (Hrsg.): *Diakonie der Religionen*, Frankfurt am Main: Peter Lang, 39–48
- Bondeson, J. (2002): *Lebendig begraben. Geschichte einer Urangst*, Hamburg: Hoffmann & Campe
- Boschma, G. (1996): Agnes Karll and the creation of an independent German nursing association, 1900–1927. In: *Nursing History Review* 4, 151–168
- Dieffenbach, J. F. (1832): *Anleitung zur Krankenwartung*, Berlin: August Hirschwald
- Gedike, C. E. (1854): *Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der k. Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum Selbstunterricht. Dritte gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage*, Berlin: August Hirschwald
- Habermas, R. (1994): Weibliche Religiosität – oder: Von der Fragilität bürgerlicher Identitäten. In: Tenfelde, K./Wehler, H.-U. (Hrsg.): *Wege zur Geschichte des Bürgertums*, Göttingen: V & R, 125–148
- Hufeland, C. W. (1836): *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis*, Berlin: Jonas Verlagsbuchhandlung
- Hummel, E.-C. (1986): *Krankenpflege im Umbruch. Ein Beitrag zum Problem der Berufsfindung „Krankenpflege“*, Freiburg i.Br.: Hans Ferdinand Schulz Verlag
- Jütte, R. (1996): Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert. In: Labisch, A./Spree, R. (Hrsg.): *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein Bett“*. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main, New York: Campus, 31–50
- Karll, Agnes: *Briefe an ihre Mutter 1887–1903*, Archiv des DBfK in Berlin
- Köser, S. (2006): *Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836–1914 (Historisch-theologische Genderforschung, 1)*, Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt GmbH
- Kreutzer, S. (2005): *Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*, Frankfurt am Main, New York: Campus
- Kreutzer, S. (2014): *Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945–1980*, Göttingen: V&R unipress
- Kummer, Isabella: Brief vom 8.2.1877, Archiv der Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth (AFKSK), Aachen Luisenhospital, 1872–1881, Sign.: 1094
- Lemke, Emilie: Brief vom 7.9.1879, AFKSK, Aachen Luisenhospital, 1872–1881, Sign.: 1094
- Marx, K. F. H. (1827): *Ueber Euthanasie*, Berlin: Enslin
- Medicinerischer Cursus, Heft III, 1851, Archiv der Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth (=AFKSK), Sign.: Rep. II: Fd
- Moll, A. (1902): *Ärztliche Ethik*, Berlin: Ferdinand Enke 1902
- Monteverde, S. (2007): *Ethik und Palliative Care. Das Gute als Handlungsorientierung*. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*, Bern: Huber, 520–35
- Nolte, K. (2008): *Telling the painful truth – Nurses and physicians in the nineteenth century*. In: *Nursing History Review* 16, 115–134
- Nolte, K. (2011): *Schwindsucht – Krankheit, Gesundheit und Moral im frühen 19. Jahrhundert*. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 29, 47–70

- Nolte, K. (2011a): The relationship between doctors and nurses in Agnes Karll's letters around 1900. In: *Women's History Magazine* 65, 8–17
- Nolte, K. (2013): Protestant nursing care in Germany in the 19th century: Concepts and social practice. In: D'Antonio, P./ Fairman, J. A./ Whelan, J. C. (Hrsg.): *Routledge handbook on the global history of nursing*, New York: Routledge, 167–182
- Nolte, K. (2016): *Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert. Medizin, Krankenpflege und Religion*, Göttingen: Wallstein
- Pleschberger, S. (2007): Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*, Bern: Huber, 24–29
- Seidler, E./Leven, K.-H. (2003): *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*, Stuttgart: Kohlhammer
- Siewert, D. (2006): Historische Annäherung. In: Giese, C./Koch, C./ Siewert, D. (Hrsg.): *Pflege und Sterbehilfe. Zur Problematik eines (un-)erwünschten Diskurses*, Frankfurt am Main: Mabuse, 37–75
- Sticker, A. (1977): *Agnes Karll. Die Reformerin der Deutschen Krankenpflege. Ein Wegweiser für heute. Zu ihrem 50. Todestag am 12. Februar 1927*, Wuppertal: Aussaat
- Steiner, Lisette/Türner, Louise: *Jahresbericht vom 24.9.1847, AFKSK, Cleve Gemeinde, 1845–1854*, Sign.: 1337
- Stock, Sophie: *Brief vom 26.10.1893, AFKSK, Privatpflege 1888–1893*, Sign.: DA 201
- Thierfelder, J. G. (1843): Darf der Arzt dem Kranken die vorhandene unvermeidliche Gefahr des nahen Todes ankündigen, und unter gewissen Umständen das Leben absichtlich verkürzen? In: *Medicinisches Argos* 5, 158
- Weier, E. (2007): Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung. In: Knipping, C. (Hg.): *Lehrbuch Palliative Care*, Bern: Huber, 438–453
- Wolff, H.-P. (Hrsg.) (1997): *Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. „Who was who in nursing history“*, Wiesbaden: Ullstein

PD Dr. Karen Nolte

Institut für Geschichte der Medizin, Oberer Neubergweg 10a, 97074 Würzburg
karen.nolte@uni-wuerzburg.de

Christophe Kunze

Technikgestaltung für die Pflegepraxis: Perspektiven und Herausforderungen

Technology Design and Nursing Practice: Challenges and Perspectives

Technology has always been a part of nursing practice. Recently, there is an increasing interest in technical systems specifically developed for nursing contexts. However, technology does not always seem to meet the needs and requirements of caregivers and their clients. The aim of this article is to highlight aspects that influence technology design for

Die Einreichung ist ein Originalmanuskript, das nicht anderweitig zur Publikation vorgesehen ist. Es bestehen keine Interessenskonflikte seitens des Autors. Das Manuskript hat keine Forschung bzw. Untersuchung mit Menschen zum Gegenstand.

eingereicht 01.11.2016
akzeptiert 15.02.2017

nursing practice. It argues that nurses should actively engage in technology design and discusses challenges and perspectives in this context.

Keywords

Nursing and technology, telecare, technology design

In jüngerer Zeit wurden verstärkt technische Assistenzsysteme speziell für die Pflege entwickelt. Allerdings werden nicht alle Entwicklungen in diesem Kontext von Pflegenden auch als bedarfsgerecht und im Sinne der Pflege wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund argumentiert der vorliegende Beitrag, dass sich Pflegenden nicht nur mit den Folgen des Technikeinsatzes, sondern auch aktiv mit Technikgestaltung auseinandersetzen sollten. Ziel des Beitrags ist es, Einflussfaktoren auf die Technikgestaltung für die Pflege näher zu beleuchten und Anknüpfungspunkte zwischen pflegewissenschaftlichen und technikwissenschaftlichen Perspektiven für die Technikgestaltung aufzuzeigen.

Schlüsselwörter

Pflege und Technik, Technikeinsatz in der Pflege, Technikentwicklung, Technikgestaltung

1. Zielsetzung und Fragestellung

Während in der Vergangenheit vor allem die zunehmende Verbreitung medizintechnischer Geräte den Diskurs zu Technik und Pflege bestimmt hat, werden in der jüngeren Zeit verstärkt auch technische Assistenzsysteme speziell für die Pflege und für die Unterstützung von Pflegebedürftigen entwickelt. Diesen wird im Allgemeinen ein hohes Potenzial für die Bewältigung pflegerischer Herausforderungen zugesprochen, diese positive Erwartungshaltung steht aber bisher in Kontrast zu geringen Auswirkungen neuer Technologien in der Pflegepraxis. Gleichzeitig werden nicht alle Entwicklungen in diesem Kontext von Pflegenden auch als bedarfsgerecht wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht ausreichend, neue technische Entwicklungen einfach nur zur Kenntnis zu nehmen und die Auswirkungen des Technikeinsatzes auf die Pflegepraxis retrospektiv zu untersuchen (siehe auch Hülsken-Giesler 2010). Die zu erwartende zunehmende Technisierung wird nur dann zu erfolgreichen Lösungen für die Pflegepraxis führen und zu einer Professionalisierung der Pflege beitragen, wenn sich Pflegenden und Pflegewissenschaft auch aktiv mit der Technikgestaltung für die Pflege auseinandersetzen. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, Einflussfaktoren auf die Technikgestaltung für die Pflege näher zu beleuchten und Anknüpfungspunkte zwischen pflegewissenschaftlichen und technikwissenschaftlichen Perspektiven für die Technikgestaltung aufzuzeigen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Diskussion methodischer Aspekte der Technikentwicklung und die Frage, welche Rolle Pflegenden und Pflegewissenschaftler/-innen in diesem Kontext einnehmen können und sollten. Ausgehend von aktuellen Befunden aus der Pflegewissenschaft, den gestaltungsorientierten Technikwissenschaften und den Science and Technology Studies diskutiert der Beitrag die Frage, welche Aspekte die Technikgestaltung für die Pflege beeinflussen, welche Chancen sich daraus ergeben sowie welche Herausforderungen dabei bestehen.

Der Beitrag gibt zunächst einen kurzen Überblick über aktuelle Diskurse zum Technikeinsatz in der Pflege. Es wird herausgestellt, dass wesentliche Aspekte für den Technikeinsatz in der Pflege bereits bei der Gestaltung der Technik bestimmt werden und in der Praxis dann nur noch sehr eingeschränkt beeinflusst werden können. Im Folgenden werden Möglichkeiten der Technikgestaltung dargestellt. Dabei wird neben Gestaltungsmöglichkeiten während der Technikentwicklung vor allem auch die Perspektive der Gestaltung durch individuelle Anpassung von Technik während der Aneignungsprozesse in der Pflegepraxis beleuchtet. Abschließend werden wesentliche Herausforderungen für eine bedarfsgerechte Technikgestaltung für die Pflege diskutiert.

2. Hintergrund

2.1 Aktuelle Diskurse zum Technikeinsatz in der Pflege

Technikeinsatz war schon immer Teil der pflegerischen Praxis, auch wenn dieser als selbstverständlicher Teil der Arbeit von Pflegenden häufig gar nicht explizit als solcher betrachtet und diskutiert wurde. Erst ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts führten vor allem der umfassende Einzug der Medizintechnik in den Krankenhäusern und die damit einhergehenden Einflüsse auf die pflegerische Arbeit im Bereich der Akutpflege zu einer intensiveren Debatte um das Verhältnis zwischen Pflege und Technik.

Der Diskurs zu Technik in der Pflege wird stark durch die zunehmende Technisierung der Gesellschaft insgesamt und den damit verbundenen Fragen nach Auswirkungen auf die Pflege angestoßen. Einen umfassenden Überblick zum Stand der Forschung bieten u. a. Friesacher (2010) in Bezug auf technikphilosophische und wissenschaftstheoretische Einordnungen und Hülsken-Giesler (2007) in Bezug auf den internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs. Beide Autoren verweisen auf eine technikoptimistische und eine technikpessimistische Sichtweise als Pole in der Diskussion um Pflege und Technik. Die technikoptimistische Sichtweise stellt ausgehend von der Annahme, Technik sei grundsätzlich neutral und durch ihre Anwender steuerbar, die Möglichkeiten und Chancen des Technikeinsatzes für eine gute Pflege in den Vordergrund. Es ist wenig verwunderlich, dass auch seitens der Akteure, die Technik für die Pflege entwickeln, vornehmlich diese Perspektive vertreten wird. Die technikpessimistische Perspektive verweist hingegen auf die Folgen des zunehmenden Technikeinsatzes auf das pflegerische Handeln.

Zur Motivation des Technikeinsatzes in der Pflege werden in jüngerer Zeit häufig Betrachtungen von sozialpolitischen Herausforderungen angeführt, die mit dem demographischen Wandel einhergehen, wie z. B. Prognosen zur steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen und zum zu erwartenden Fachkräftemangel in der Pflege (Greenhalgh et al. 2012). Diese in diesem Kontext dominierende, die gesellschaftlichen Herausforderungen betonende Rhetorik beeinflusst zweifelsohne auch Forschungsziele und -perspektiven von Technikentwicklern. In der Folge werden z. B. Sicherheitsaspekte in der technischen Forschung überproportional adressiert. Ebenso wird Technik vor allem auch als Möglichkeit gesehen, die „Produktivität in der Pflegearbeit zu stei-

gern“ (siehe in kritischer Betrachtung in Hielscher et al. 2015). Diese Betrachtungsweise wird jedoch von Pflegenden als problematisch empfunden, die eine weitere Verdichtung der Pflegearbeit befürchten. Vor diesem Hintergrund argumentieren verschiedene Autoren, Technikgestaltung für die Pflege anders zu rahmen und Betrachtungen zu Chancen des Technikeinsatzes für eine Verbesserung der Qualität der Pflege und der Lebensqualität der Gepflegten in den Mittelpunkt stellen (Mort et al. 2012; Fitzpatrick et al. 2015).

Die Technisierung wird dabei auch in Zusammenhang mit Fragen der (De-)Professionalisierung der Pflege und dem Verhältnis zwischen Pflege und Medizin und Pflege und Ökonomie gesehen. Zum einen wird darauf hingewiesen, dass die Verwendung spezieller technischer Geräte in der Pflege *„mit einer Einflussnahme pflegefremder Interessen“* einher gehe (Hülken-Giesler 2010). Denn obwohl Pflegenden in der Praxis zu den primären Anwendern von medizintechnischen Geräten zählen, spielen pflegerische Belange in der Gestaltung solcher Geräte eine untergeordnete Rolle, da diese primär medizinischen (diagnostischen oder therapeutischen) Zwecken dienen. Zum anderen wird die häufig medizinisch oder administrativ motivierte Techniknutzung mit einer Degradierung originärer pflegerischer Tätigkeiten im unmittelbaren Umgang mit den zu Pflegenden in Verbindung gebracht (Friesacher 2010: 303). Der wissenschaftliche Diskurs scheint dabei allerdings in der Pflegepraxis nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Pflegenden sind gegenüber technischen Entwicklungen überwiegend offen und teilen die Vorbehalte nicht in gleichem Maße wie die Wissenschaft (Albrecht et al. 2010, zitiert nach Friesacher 2010: 309).

Neben der eigenen Nutzung werden Pflegenden in Bezug auf Technik noch weitere Rollen zugeschrieben: Zum einen sind Pflegenden in der Regel auch dafür verantwortlich, Technik betriebsfähig zu halten (*„technologies are taken care of by nurses“*, siehe Pols 2017). Zum anderen agieren Pflegenden auch als Multiplikatoren für den Technikeinsatz durch Pflegebedürftige und deren Angehörige und nehmen dabei beratende und unterstützende Funktionen wahr (Saborowski und Kollak 2015).

2.2 Technikentwicklung und „Innovationsbarrieren“ für den Technikeinsatz in der Pflegepraxis

Ausgehend vom eher gering ausgeprägten Transfer von neuen technischen Systemen in die Pflegepraxis wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Innovationsbarrieren für technische Systeme für Menschen mit Hilfebedarf und für die Pflege untersucht (Sun et al. 2010; Zagler et al. 2008). Das Spektrum der dabei identifizierten und beschriebenen Hürden reicht von technischen Aspekten wie mangelnder Interoperabilität über Akzeptanzprobleme seitens der Pflegebedürftigen und Pflegenden, ethischen Aspekten, Datenschutzproblemen und Qualifikationsbedarfen bis hin zu fehlenden Geschäftsmodellen und fehlenden Informations-, Beratungs- und Vertriebsstrukturen. Es ist unbestritten, dass technische Innovationen im Gesundheitswesen in der Regel auch angepasste Dienstleistungs- und Versorgungsmodelle erfordern, um ihre Potentiale zu entfalten und dass die Strukturen des Gesundheitswesens eine hohe Resis-

tenz gegenüber Veränderung aufweisen. Aus diesem Grund wird seitens der Fördergeber im Kontext der Forschung zu technischen Unterstützungssystemen sowohl auf internationaler wie auch auf nationaler Ebene eingefordert, Querschnittsaspekte wie ethische oder rechtliche Fragen ebenso wie ökonomische Fragen wie Dienstleistungs- und Geschäftsmodelle während der Technikentwicklung zu berücksichtigen (BMBF 2013).

Es fällt allerdings auf, dass im Diskurs seitens der Autoren aus technischen und ökonomischen Disziplinen Gründe für die geringe Verbreitung technischer Lösungen vornehmlich im Anwendungsfeld gesucht und als „Innovationsbarrieren“ untersucht werden, während seitens der Pflegewissenschaft und der Sozialwissenschaften auch und vor allem auf die Gestaltung der Technik selbst verwiesen wird, deren Ergebnisse häufig an den Bedarfen der Pflege vorbei gingen (Fitzpatrick et al. 2015; Elsbernd et al. 2015). Als Ursache hierfür wird u. a. eine zu geringe Verankerung der Entwicklungsprojekte in der Pflegepraxis gesehen. Decker und Weinberger (2015) verweisen in diesem Kontext die Einordnung von Technikgestaltungsaktivitäten in solche, die eher eine am technisch möglichen orientierten „Technology Push“ Perspektive verfolgen, bzw. solchen, die eine von Bedarfen ausgehende „Demand Pull“ Perspektive einnehmen. Die Autoren verweisen darauf, dass die Mehrzahl der Projekte im Kontext des Technikeinsatzes in der Pflege einem Technology Push Ansatz folgen, in dem die zu entwickelnde Technologie von vorneherein festgelegt ist. Dies schränkt die Möglichkeit der Orientierung an Bedarfslagen ein und führt zu einer Pfadabhängigkeit der Projekte (ebd., Compagna und Kohlbacher 2015).

Tatsächlich kann festgestellt werden, dass viele Forschungsaktivitäten komplexe universelle „Gesamtsysteme“ als Zielvision verfolgen und dementsprechend eine starke Orientierung an damit verbundenen technischen Aspekten (z. B. Interoperabilität von Systemen) aufweisen. Ebenso moniert werden in der pflege- und sozialwissenschaftlichen Literatur eine starke Orientierung von Entwicklungsaktivitäten am biomedizinischen Gesundheitsmodell (Peine et al. 2014; Blackman et al. 2016), die Fokussierung auf Funktionsfähigkeit und -defizite älterer Menschen (Peine et al. 2014; Compagna und Kohlbacher 2015) sowie die Vernachlässigung der Auswirkungen, die technische Systeme auf die Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten haben. Erheblicher Forschungsbedarf besteht zudem in Bezug auf Feldstudien zu Effekten und zum Nutzen von neuen technischen Unterstützungssystemen in der Praxis, zu denen bisher kaum belastbare Erkenntnisse vorliegen. Dies ist insofern bemerkenswert, als verschiedene Studien zu technikgestützten Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen und in der Pflege die Bedeutung der tatsächlichen Implementierung und praktischen Evaluation von Anwendungskonzepten für deren Verständnis hervorheben, da Anwendungshürden und Aneignungsprozesse aus Beobachtungsstudien nur schwer vorherzusehen sind (Fitzpatrick et al. 2013: 639). Insgesamt erscheinen die bisherigen Aktivitäten der Technikentwicklung für die Pflege nur bedingt zielführend und Umdenken in der Technikgestaltung erforderlich, damit neue technische Systeme zu positiven Effekten in der Pflegepraxis führen können. Hierfür sind Wege zu finden, auch pflegerische Expertisen stärker in Entwicklungsprozesse einzubringen (s. Abschnitt 3.1).

2.3 Technischer Wandel, neue Interaktionsparadigmen und Techniknutzung

Bei der Betrachtung des Technikeinsatzes in der Pflege sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass sich insbesondere die Informationstechnik in einem stetigen Wandel befindet und die Computernutzung in ihrer noch jungen Geschichte mehrere Paradigmenwechsel erlebt hat, welche auch Auswirkungen auf die Gestaltung von Technik in der Pflege haben bzw. haben werden. Nach Weiser (Weiser et al. 1996) können drei „Epochen“ der Computernutzung unterschieden werden, die nicht durch technische Eigenschaften, sondern durch die Art und den Charakter der Interaktionen zwischen Computern und ihren Nutzern abgegrenzt sind. Während Computer in der ersten Generation nur von Experten programmiert und genutzt werden konnten, umfasst die Gruppe der Anwender seit der Ära des Personal Computers Anfang der 1980er Jahre auch technikdistanziertere Benutzer. Als dritte Epoche beschrieb Weiser (1991) in seiner wegweisenden Publikation „The Computer for the 21st century“ erstmals die Vision des Ubiquitous Computing als der unbewussten Interaktion mit einer Vielzahl von elektronischen Geräten, die einen Menschen im Alltag umgeben. Zum Vergleich verweist er darin auf die Schriftsprache als grundlegende Informationstechnologie, die ein solch integraler Bestandteil unseres Lebens geworden sei, dass sie von uns völlig unbewusst genutzt werde. Weiser sagte eine analoge Entwicklung auch für zukünftige Informationsgeräte voraus, welche als elementarer Bestandteil der Welt aus unserer Wahrnehmung verschwinden werden (invisible computing). Der Gedanke der Integration von Informationstechnik in Alltagsgegenstände wurde unter anderem von Norman (1998) aufgegriffen, der den Begriff der „information appliance“ einführte. Darunter werden aufgabenspezifische Informationsgeräte verstanden, die von Nutzern bei der Durchführung ihrer Aufgaben implizit verwendet werden, ohne dass sich diese dessen bewusst sein müssen.

Auch wenn sich die Betrachtungen von Weiser in den letzten 20 Jahren nur zum Teil erfüllt haben (Schmidt et al. 2012), haben sie doch die Entwicklung der Informationstechnik stark geprägt und einen Paradigmenwechsel hin zur Betrachtung der Interaktion zwischen Menschen und Computern angestoßen. In der Folge wurden sowohl psychologische Aspekte der Mensch-Technik-Interaktion als auch die Einbettung von Computertechnik in soziale und kulturelle Kontexte verstärkt untersucht. Für die zukünftige Gestaltung von für den Einsatz in der Pflege bestimmten technischen Systemen könnte dieser Paradigmenwechsel erhebliche Mehrwerte bringen, wenn er auch in der industriellen Systementwicklung stärker zum Tragen kommen sollte. Denn die Fokussierung auf die Interaktion zwischen Mensch und Technik und auf aufgabenspezifische Systeme bedingt auch eine stärkere Berücksichtigung von Akzeptanzfaktoren, Qualifikationsanforderungen und Arbeitskontexten, wie sie seitens der Pflege von Technik eingefordert wird. Die zunehmende Vernetzung und Wiederverwendbarkeit von Komponenten ermöglicht zudem perspektivisch eine pragmatische Anpassung und individuelle Aneignung von Computertechnik durch die Nutzer selbst entsprechend ihrer Bedürfnisse. In der Vergangenheit war dies in der Praxis nur in wenigen Bereichen ohne Programmierkenntnisse möglich wie etwa der Anpassung von Nutzungsoberflächen oder Datenfeldern. Inzwischen ermöglichen aber z. B. Automatisierungs-

dienste für das „Internet der Dinge“ auch weniger technikversierten Nutzern, auf Basis einfacher „Wenn-dann“-Regeln (sog. „trigger-action programming“) Funktionen vernetzter Alltagsgegenstände zu verknüpfen. (siehe z. B. in Ur et al. 2014 am Beispiel der Steuerung von Smart-Home Umgebungen). Als Gegenentwurf zu komplexen monolithischen Systemen ergibt sich daraus für die Gestaltung von Technik für die Pflege die Perspektive, in Zukunft einen stärkeren Fokus auf aufgabenspezifische, durch ihre Nutzer im Rahmen der Aneignung selbst anpassbare und verknüpfbare Systeme zu legen. Pflegende wären dann in der Lage, in der Praxis über pragmatische wechselseitige Anpassungen eigene Technikarrangements zu erarbeiten, die den situativen Bedarfen gerecht werden.

3. Technikgestaltung für die Pflegepraxis

3.1 Technikgestaltung in partizipativen und nutzerzentrierten Entwicklungsprozessen

Im pflegewissenschaftlichen Diskurs werden die Ambivalenzen des Technikeinsatzes in Bezug auf seine Auswirkungen auf das pflegerische Handeln betont und auf die Vernachlässigung kontextueller Bedingungen der Pflege in der Technikentwicklung hingewiesen. In der technisch-gestaltungswissenschaftlichen Forschung wurde dieser Diskurs bislang kaum aufgenommen. Die Ergebnisse sind aber anschlussfähig an Arbeiten zum Verhältnis von (Informations-)Technik und deren Einbettung in Arbeitsprozesse, -kulturen und soziale Kontexte im Allgemeinen, wie sie im Forschungsfeld der soziotechnischen Systeme untersucht und diskutiert werden (für einen aktuellen Überblick siehe z.B. Wulf et al. 2015a).

Während in Kernbereichen der Ingenieurwissenschaften das Hauptaugenmerk weiterhin auf technische Funktionalitäten gerichtet wird, haben sich im Bereich der Mensch-Maschine-Interaktion und der soziotechnischen Systeme verschiedene Ansätze durchgesetzt, welche die Bedürfnisse und Anforderungen der Nutzer in den Fokus stellen. Entsprechende Vorgehensmodelle und Methoden haben sich mit mehr oder weniger theoretischer Fundierung unter Begriffen wie Nutzerzentriertes Design (User-centered Design, siehe Norman et al. 1986), User Experience Design, Scenario-Based Design (Rosson und Carroll 2009) oder auch partizipative Gestaltung (Participatory Design, siehe Kensing et al. 1998) etabliert. Neben psychologischen Aspekten der Mensch-Maschine-Interaktion werden dabei in zunehmendem Maße auch Fragen der Einbettung technischer Systeme in soziale Kontexte mit den damit verbundenen Rollenbeziehungen, Interessensgeflechten, Kulturen und Aneignungsprozessen betrachtet (Wulf et al. 2015b). Auch für die Berücksichtigung ethischer Aspekte in Gestaltungsprozesse wurden theoretisch fundierte Ansätze erarbeitet. Hierbei ist insbesondere das Value-Centered Design (Friedman 1996; Friedman et al. 2006) zu nennen.

Die genannten Forschungsfelder bieten im Prinzip geeignete methodische Ansätze zur Entwicklung bedarfsgerechter technischer Systeme in der Pflege, sind aber außerhalb der akademischen Forschung in der industriellen Entwicklung kaum etabliert.

Zudem kann beobachtet werden, dass entsprechende Ansätze in der Forschungs- und Entwicklungspraxis nicht zielführend sind, wenn sie unreflektiert oder fehlerhaft eingesetzt werden. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Nutzung von Szenariobeschreibungen, die nicht auf der Auswertung von empirischen Daten basieren, als Austauschartefakte in partizipativen Gestaltungsprozessen. Solche auf Vorannahmen beruhende Szenarien geben häufig falsche und stigmatisierende Altersbilder wider und scheinen primär die Funktion zu haben, technische Möglichkeiten zu demonstrieren (siehe Kühnemund 2015). Compagna und Kohlbacher (2015) gelangen ausgehend von Erfahrungen aus einem Robotik-Projekt zum Ergebnis, dass schlecht gestaltete partizipative Entwicklungsprozesse zu scheinbar empirisch begründeten, aber irreführenden Bedarfserhebungen führen können und dass moderierende Methoden wie Scenario-Based-Design diese Problematik noch verschärfen können. Im von den Autoren beschriebenen Fall ist dies vor allem darin begründet, dass die Steuerung der partizipativen Gestaltungsprozesse und die Moderation der dabei prägenden Aushandlungsprozesse durch die Technikentwickler selbst erfolgte, die dabei (bewusst oder unbewusst) von Vorannahmen und eigenen Interessen geleitet gewesen seien. Um solche Fehlentwicklung zu vermeiden, scheint eine explizite, neutrale Moderationsrolle in nutzerzentrierten Entwicklungsprozessen wünschenswert. An dieser Stelle ergeben sich – eine Offenheit für interdisziplinäre Kooperation mit Technikentwicklern vorausgesetzt – geeignete Möglichkeiten, um pflegewissenschaftliche Expertisen aktiv in die Technikgestaltung einzubringen.

Einen neuen, völlig anderen Ansatz der partizipativen Technikgestaltung für das Anwendungsfeld stellt die „Maker“-Bewegung dar. Gestützt auf einen um digitale Fertigungstechniken, Elektronik und freie Software erweiterten „do-it-yourself“-Ansatz setzt die Maker-Bewegung über geteilte Fertigungsressourcen („makerspaces“) und gegenseitigen Erfahrungsaustausch die Hürden für die kreative Gestaltung und Produktion digitaler technischer Systeme erheblich herab. In der Literatur finden sich inzwischen vielfältige Anwendungsbeispiele aus dem Bereich der Unterstützung von Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen (u.a. Hamidi und Baljko 2015; Hurst und Tobias 2011; Gomez 2015; Criado et al. 2016). Hurst und Tobias (2011) argumentieren dabei, dass eine Befähigung von Betroffenen zur eigenen Entwicklung von assistiven Systemen dazu beitragen kann, deren Akzeptanz in der Folge auch deren Nutzungsraten zu erhöhen. Auch wenn dieses Feld für weitergehende Aussagen noch nicht ausreichend untersucht ist, scheint die Maker-Bewegung insbesondere für Nischenanwendungen mit speziellen Anforderungen und für die Gestaltung individueller technischer Unterstützungssysteme für Menschen mit Behinderungen erhebliches Potential aufzuweisen.

3.2 Technikgestaltung im Rahmen von Aneignungsprozessen

Pflegewissenschaftliche Befunde weisen darauf hin, dass Technik in der Pflege nicht von sich aus funktioniert oder scheitert, sondern grundsätzlich im Zusammenhang mit ihrer Einbettung in die Pflegepraxis betrachtet werden muss (siehe Mol et al. 2010;

Thygesen und Moser 2012; Pols 2017). Demnach entsteht ein erfolgreicher Technikeinsatz in der Pflege eher nicht aus gutem Design oder konzeptionellen Überlegungen heraus, sondern durch kontinuierliche Aneignungsprozesse und der Anpassung von Technikarrangements an die Pflegepraxis und umgekehrt. Ausgehend von einer grundlegenden Analyse verschiedener Studien im Gerontotechnik-Kontext kritisieren Peine et al. (2014) dementsprechend, dass sich nutzerzentrierte Entwicklungsprozesse zu stark auf die Erhebung von Bedarfen und Anforderungen in bestehenden Alltagspraktiken (von älteren Menschen) konzentrieren, in die sich neue technische Systeme einpassen sollen. Diese Betrachtung vernachlässige die Möglichkeiten der Veränderung bestehender Situationen durch Technik und die Bedeutung von Aneignungsprozessen ebenso wie die Möglichkeit einer kreativen Auseinandersetzung mit technischen Möglichkeiten. Diese Befunde sind anschlussfähig an Ergebnisse in der technik- und gestaltungswissenschaftlichen Forschung, die auf die Bedeutung von praktischen Anwendungsstudien („design case studies“) zur Untersuchung von Technikaneignungsprozessen hinweisen (Wulff et al. 2015b; Müller 2014; Hutchinson 2003). Hierbei werden in der Regel ethnographisch inspirierte Methoden angewendet, um die Aneignung von speziell entwickelten Prototypen oder flexibel anpassbaren Standardsystemen (sogenannte „technology probes, siehe Hutchinson 2003) zu beobachten und zu dokumentieren.

Eine konsequente Weiterführung dieses Gedankens ist es, technischen Systeme grundsätzlich als flexible Werkzeuge zu gestalten, die den Nutzern Eingriffsmöglichkeiten zur Anpassung und zur Entwicklung eigener, an individuelle und sich verändernde Bedürfnisse angepasste Nutzungsformen ermöglichen (siehe Peine und Neven 2011). Procter et al. (2014) sprechen in einer ethnographischen Studie zu assistiven Systemen in diesem Kontext von „Bricolage“ und fordern für Informationstechnik ähnliche spezifische Anpassungsmöglichkeiten im Alltag ein, wie sie mit einfachen Mitteln auch für mechanische Objekte (z. B. kürzen, verbiegen, verbinden etc.) möglich sind. Für die Pflege wäre das im Prinzip nichts Neues: Pflegende sind ebenso wie Menschen mit Behinderungen in ihrer täglichen Praxis daran gewöhnt, Arbeitsprozesse, Routinen und technische Artefakte pragmatisch anzupassen (Mol et al. 2010; Winance 2010). Es ist allerdings offensichtlich, dass eine solche Anpassung in Bezug auf elektronische und digitale Systeme völlig neue Kompetenzen erfordert.

Peine et al. (2014) schlagen daher vor, Technik als technische Konfigurationen („configurational technology“, siehe Fleck 1994) zu betrachten. Dieses Konzept betont die Möglichkeit (und Notwendigkeit) für die Nutzer, „offene“ vernetzte technische Systeme durch Konfigurationsprozesse an (unvorhergesehene) lokale Gegebenheiten anzupassen und dadurch selbst erst konkrete Anwendungsformen zu spezifizieren. Als Beispiel hierfür könnte ein interfähiger Fernseher („Smart-TV“) betrachtet werden, dessen Nutzung vor allem durch die individuelle Installation und Konfiguration von verfügbaren „Apps“ bestimmt wird. Dass eine solche Anpassung und Aneignung im Anwendungskontext der Pflege prinzipiell möglich ist, kann am Beispiel des Cloud-gestützten Automatisierungsdienstes „If-this-then-that“ (IFTTT) verdeutlicht werden, mit dem sich (zurzeit über 250) verschiedene Internetdienste und internetfähige

hige Geräte über einfache Wenn-Dann-Regeln („Rezepte“) verknüpfen lassen. Theoretisch können damit z. B. Funktionen wie die Steuerung des Wohnumfelds per Sprachingabe, eine circadiane Lichtsteuerung oder auch eine automatische Dokumentation der Medikamenteneinnahme bei Bewegung der Medikamentenschachtel realisiert werden. Tatsächlich finden sich inzwischen auch erste Anwendungsbeispiele dazu in Studien zum Technikeinsatz in der Pflege (z. B. zur Anwendung einer Smart Watch für Menschen mit Demenz, siehe Thorpe et al. 2016). Auch wenn solche Umsetzungen in Bezug auf Datenschutz und technische Aspekte (z. B. Latenzen) für die meisten Anwendungsszenarien in der Pflege nicht wünschenswert erscheinen, zeigt das Beispiel doch, dass eine individuelle Anpassung und Aneignung von vernetzten Informationssystemen auch durch Nutzer ohne spezielle IT-Expertise prinzipiell möglich ist (siehe Ur et al. 2014; Ur et al. 2016). In Zukunft könnten solche Technologien Pflegenden die Möglichkeit bieten, auch digitale Technik pragmatisch anzupassen und sich in der Pflegepraxis in individuellen Technikarrangements anzueignen.

4. Herausforderungen

4.1 Systematisierung und theoretische Fundierung

Die Entwicklung technischer Systeme für die Pflege vollzieht sich im Kontext verschiedener, nicht eindeutig abgrenzbarer Forschungsströmungen, die sich parallel zueinander entwickeln. Zu diesen Forschungsströmungen zählen vor allem die unzureichend abgegrenzte, unter dem Sammelbegriff „Ambient Assisted Living“ (AAL) subsummierte technisch orientierte Forschung, die in der Gerontologie verortete „Gerontechnology“, die sich aus rehabilitationswissenschaftlicher Perspektive mit der Unterstützung für Menschen mit Teilhabe Einschränkungen beschäftigenden „Assistive Technologies“, sowie nicht zuletzt Betrachtungen aus der Pflegewissenschaft selbst. Eine wesentliche Herausforderung dabei ist, dass die verschiedenen Forschungsfelder – möglicherweise auf Grund der Dynamik – eine klare theoretische Fundierung vermissen lassen, die Technikentwicklern Orientierung bieten könnte.

So wird im Bereich der technischen Forschung der Begriff „Assistenzsystem“ für Unterstützungssysteme in den verschiedensten Anwendungsfeldern benutzt. Karafillidis und Wieder (2015) weisen darauf hin, dass die offensichtliche Heterogenität der Unterstützung in Bezug auf Zweck, Motivation und Einsatzbereich in der Regel ignoriert wird und eine theoretische Fundierung, z. B. zur Differenzierung zwischen Unterstützung, Assistenz und Hilfe bisher fehlt.

Auch das Forschungsfeld der Gerontotechnik lässt eine klare Abgrenzung und theoretische Fundierung bisher vermissen (siehe Schulz et al. 2015). In der gerontologischen Forschung wird im Kontext Alter(n) und Technik der Begriff „Quality-of-Life (QoL) Technologies“ für neuartige technische Systeme verwendet, die speziell dafür entwickelt wurden, die Lebensqualität ihrer Nutzer positiv zu beeinflussen (Kanade 2012). Schulz et al. (2015) nutzen den Begriff „Technology for Older Adults“ für eine Untermenge solcher „QoL-Technologies“, die altersassoziierte Entwicklungen (z. B.

Einschränkungen der Funktionsfähigkeit) berücksichtigen. Dabei schließen sie explizit auch Systeme ein, die (informell) Pflegende unterstützen. Aufbauend auf einem Vergleich verschiedener Taxonomien schlagen die Autoren fünf Kerndomänen für Techniknutzung durch ältere Menschen vor, nämlich Gesundheit, Mobilität, Soziale Eingebundenheit, Sicherheit, und Alltagsaktivitäten. In einer Matrix werden den Kerndomänen drei technische Funktionskategorien gegenübergestellt, nämlich Monitoring/Messung, Diagnose und Intervention.

Während „Assistive Technologies“ (AT) im engeren Sinne meist als technische Systeme zur Unterstützung der Funktionsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen verstanden werden, gibt es auch weiter gefasste Definitionen (z. B. Hersh et al. 2008), welche AT als Produkte, Dienstleistungen und Umwelthanpassungen zur Unterstützung sozialer Teilhabe insbesondere für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen verstehen. Neben der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO als naheliegender Rahmen für die Beschreibung solcher technischer Unterstützungssysteme liegt z. B. Human Activity Assistive Technology Model (Cook et al. 2014) vor, welches die Beziehung zwischen Assistenzsystemen, ihren Nutzern und Anwendungskontexten stärker betont.

Im pflegewissenschaftlichen Diskurs zu Pflege und Technik wird oft nicht zwischen verschiedenen Arten des Technikeinsatzes oder verschiedenen Anwendungsfeldern von Technik in der Pflege unterschieden. Dies ist bedauerlich, da viele diskutierte Aspekte des Technikeinsatzes offensichtlich in verschiedenen Anwendungsszenarien ganz unterschiedlich ausgeprägt sind. Die dem pflegewissenschaftlichen Diskurs zugrundeliegenden Beobachtungen beziehen sich überwiegend auf den Bereich der stationären Akutpflege und den dabei eingesetzten medizintechnischen Systemen. Weiter gefasste Betrachtungen zur theoretischen Einordnung des Technikeinsatzes in der Pflege sind bisher rar. Innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft hat die Sektion „Entwicklung und Folgen von Technik und Informatik in der Pflege“ einen Versuch einer heuristischen Systematisierung des Gegenstandsbereichs erarbeitet (DGP, o.J.). Diese schlägt vor, für eine pflegewissenschaftliche Betrachtung des Technikeinsatzes in der Pflege verschiedene Settings, Abstraktionsgrade, Technologien und Perspektiven zu unterscheiden. Für eine Unterscheidung von Forschungsgegenständen ist die Darstellung hilfreich, bietet aber nur bedingt eine Orientierung für die Technikgestaltung.

Auch wenn die Betrachtungen aus verschiedenen Forschungsperspektiven in einigen Bereichen anschlussfähig scheinen, ist bisher kein einheitlicher theoretischer Rahmen für die Betrachtung von Technik in Pflege und Betreuung verfügbar. Gerade aus diesem Grund ist es einzufordern, dass Forschungsprojekte zur Technikentwicklung in diesem Kontext Ausgangspunkte, Zielgruppen, und Anwendungskontexte von Technikgestaltungsprozessen explizit benennen und Bezüge zu theoretischen Grundlagen aus einer der Anwendungsdisziplinen herstellen. Für die Zukunft zudem sind vertiefende Forschungsarbeiten zu einer klaren theoretischen Einordnung und Fundierung technischer Unterstützungssysteme in der Pflege erforderlich.

4.2 Technikgestaltung in der Pflege und Qualifikationsanforderungen

Entsprechend der erwarteten zunehmenden Technisierung der Pflege wird in der Literatur auch auf neue Anforderungen an die Qualifikation von Pflegenden und Pflegewissenschaftlern hingewiesen. Bisherige Untersuchungen zu Qualifikationsbedarfen sehen Pflegende vor allem als Anwender technischer Systeme. Dabei wird betont, dass neben Anwendungskompetenzen zum fachgerechten Einsatz von technischen Systemen auch Kompetenzen vermittelt werden sollten, die die komplexen Zusammenhänge des Technikeinsatzes und der damit verbundenen Faktoren wie Werten, Organisations- und Fachkulturen, pflegerischen und pflegefremden Interessen etc. berücksichtigen (Hülsken-Giesler 2010) und letztlich als zentrales Qualifikationsziel professionell Pflegende zu einer reflektierten Technikverwendung befähigen sollen.

Es ist anzunehmen, dass die Potentiale zur Technikgestaltung ebenfalls nur mit einer entsprechenden Qualifikation der Pflegenden erschlossen werden können. Während die aktive Beteiligung an Technikentwicklungsprozessen eher einen kleineren Kreis spezialisierter Experten anspricht, betrifft die Technikgestaltung durch individuelle Anpassung technischer Konfigurationen alle Pflegenden und ist daher für Qualifikationskonzepte von besonderer Bedeutung. Die dafür nötige Konfigurationsarbeit erfordert ein gewisses Maß an technischen Kompetenzen (siehe Peine et al. 2014). In einer qualitativen Studie zu den Erfahrungen von professionell Pflegenden mit technischen Assistenzsystemen stellten Saborowski und Kollak (2015) allerdings fest, dass Pflegende bereits für etablierte Hilfsmittel wie Hebehilfen häufig nicht wissen, wie diese angepasst werden können und kommen zu dem Schluss: *„An important topic for further education would be to show that technology can be adapted, without depending on technicians, and how this can be done“* (ebd.:136). Für neue elektronische und digitale Unterstützungssysteme dürfte dies umso mehr gelten.

In der Vergangenheit wurden auf internationaler Ebene empirisch fundierte Kataloge von für Pflegende relevanten technik-bezogenen Kompetenzen erarbeitet. Diese haben sich nach einem aktuellen internationalen Review bisher aber nur unzureichend in entsprechenden Lerninhalten niedergeschlagen (Kleib et al. 2013). Vermittelte Technikkompetenzen beschränken sich demnach häufig auf Fähigkeiten zur Computernutzung (computer literacy) und zur Beschaffung und Verarbeitung von Informationen (information literacy) und werden nicht systematisch in die Ausbildung integriert, sondern isoliert vermittelt. Es fällt auf, dass Qualifikationsziele sich überwiegend auf Anwendungen der Pflegeinformatik beziehen und primär computergestützte Systeme zur Informationsaufbereitung betrachten. Dies wird dem breiten Spektrum an technischen Unterstützungssystemen, die beispielsweise im Bereich der Umfeldsteuerung, der Hebe- und Umlagerungshilfen, neuer Mobilitäts- und Alltagshilfen oder auch in Bezug auf Systeme zur Unterstützung der sozialen Interaktion zurzeit entwickelt werden, bei weitem nicht gerecht. Auch an deutschen Pflegefachschulen sowie in deutschsprachigen Studiengängen mit Pflegebezug spielen technikbezogene Kompetenzen in den Ausbildungscurricula bisher nur eine untergeordnete Rolle (Steffan et al. 2010). Insgesamt muss festgestellt werden, dass die nicht zuletzt im Kontext der Digitalisierung zu erwartende zunehmende Technisierung der Arbeitskontexte der Pflege sowohl

in der akademischen wie in der beruflichen Ausbildung bisher in Qualifikationsprogrammen und -strukturen unzureichend berücksichtigt wird.

5. Fazit und Schlussfolgerungen

Die bisher eher geringen Auswirkungen neuer technischer Systeme auf die Pflegepraxis sollten nicht zu dem Eindruck verleiten, die zunehmende Technisierung der Gesellschaft würde die Pflege nicht betreffen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Einflüsse des technischen Wandels auf die Pflege in naher Zukunft weiter stark zunehmen werden. Am deutlichsten ist dies aktuell für die Digitalisierung der Arbeitswelt abzusehen. Als Beispiel kann hier die Entstehung von digitalen Vermittlungsplattformen genannt werden, mit denen Pflegedienstleistungen an Betroffene und Angehörige vermittelt werden. Dabei werden mit erheblichen finanziellen Ressourcen ausgestattete Internet-Startups plötzlich als Anbieter von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen aktiv¹ – die möglicherweise disruptiven Auswirkungen auf Versorgungs- und Arbeitsqualität, Ressourcenverteilung oder Marktstrukturen sind weitgehend unklar. Umgekehrt zeigt etwa das Beispiel der Entwicklung von buurtzorg in den Niederlanden, dass eine aktive Gestaltung digitaler Werkzeuge einen Beitrag dazu leisten kann, neue fachliche Konzepte in der Praxis effektiv umzusetzen (siehe Nandram 2015).

Damit die Potentiale neuer Technologien stärker als bisher zur Entwicklung bedarfsgerechter Lösungen genutzt werden, die in der Pflegepraxis einen Beitrag zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsqualität für die Betroffenen leisten, sind Veränderungen in den Forschungs- und Entwicklungsprozessen notwendig. Die technische Entwicklung muss stärker als bisher in Fragestellungen der Pflegepraxis verankert werden und Aneignungsprozesse stärker berücksichtigen. Hierfür ist eine aktive Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise einzufordern. Eine bessere theoretische Fundierung des Forschungsfeldes kann dazu beitragen, häufige Fehlentwicklungen wie eine Fokussierung auf Funktionsdefizite zu vermeiden. Wünschenswert ist zudem eine stärkere Ausrichtung der Entwicklung auf flexibel konfigurierbaren Technologien, die Pflegenden und Menschen mit Hilfebedarf eine Anpassung an individuelle Anforderungen ermöglichen, zu einer kreativen Auseinandersetzung mit der Technik motivieren und so die Entwicklung eigener soziotechnischer Arrangements unterstützen. Damit dies gelingt, müssen sich Pflegenden und Pflegewissenschaft nicht nur mit Auswirkungen des Einsatzes von Technik, sondern auch mit Technikgestaltung aktiv auseinandersetzen. Hieraus werden auch stärker als bisher technikbezogene Kompetenzen erforderlich sein, die in bisherigen Qualifikationsprogrammen nur unzureichend abgebildet sind.

¹ In den USA haben die Anbieter honor, hometeam und homehero zusammen 130 Mio. USD Venturekapital eingesammelt (Stand Januar 2017) – in Deutschland sind zurzeit z. B. pflegetiger, veyo pflege oder careship aktiv.

Literatur

- Blackman, S./Matlo, C./Bobrovitskiy, C./Waldoch, A./Fang, M. L./Jackson, P./Mihailidis, A./Nygard, L./Astell, A./Sixsmith, A. (2016): Ambient assisted living technologies for aging well: A scoping review. In: *Journal of Intelligent Systems*, 25(1), 55-69
- BMBF (2013): Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Von der Begleitforschung zur integrierten Forschung. Online verfügbar unter <https://www.bmbf.de/pub/Begleitforschung.pdf>
- Compagna, D./Kohlbacher, F. (2015): The limits of participatory technology development: The case of service robots in care facilities for older people. In: Peine et al. (Ed.): *Science, Technology and the "Grand Challenge" of Ageing. Technological Forecasting and Social Change*, 93:19-31
- Cook, A. M./Polgar, J. M. (2014): Principles of Assistive Technology: Introducing the Human Activity Assistive Technology Model. In: *Assistive Technologies: Principles and Practice*. St. Louis, Elsevier Mosby, 1-15
- Decker, M./Weinberger, N. (2015): Was sollen wir wollen – Möglichkeiten und Grenzen der bedarfsorientierten Technikenentwicklung. In: Weidner, Redlich, Wulfsberg (Hrsg.): *Technische Unterstützungssysteme*. Springer Vieweg, Heidelberg, 19-29
- DGP Sektion Entwicklung und Folgen von Technik und Informatik in der Pflege (o.J.): <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/sektionen/pflege-und-gesellschaft/entwicklung-und-folgen-von-technik-und-informatik-in-der-pflege> [Stand 2017-02-06]
- Ewers, M. (2010): Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland. In: *Pflege & Gesellschaft*, 15(4), 314-329
- Elsbernd, A./Lehmeyer, S. und Schilling, U. (2015): „Pflege und Technik - Herausforderungen an ein interdisziplinäres Forschungsfeld“. In: *Pflege&Gesellschaft*, 20(1), 67-76
- Fitzpatrick, G., Ellingsen, G. (2013): A review of 25 years of CSCW research in healthcare: Contributions, challenges and future agendas. In: *Computer Supported Cooperative Work: CSCW*, 22(4-6), 609-665
- Fitzpatrick, G./Huldtgren, A./Malmberg, L./Harley, D./Ijsselsteijn, W. (2015): Design for Agency, Adaptivity and Reciprocity: Reimagining AAL and Telecare Agendas. In: W. S. Randall et al. (Ed.): *Designing Socially Embedded Technologies in the Real-World*, London: Springer, 305-338
- Fleck, J. (1994): Learning by trying: the implementation of configurational technology. *Research policy*, 23(6), 637-652
- Friedman, B. (1996): Value-sensitive design. In: *Interactions*, 3(6), 16-23.
- Friedman, B./Kahn Jr., P. H./Borning, A. (2006): Value Sensitive Design and Information Systems. In: Zhang, P., Galettag, D. (Ed.): *Human-Computer Interaction and Management Information Systems: Foundations*. Armonk, NY: M.E. Sharpe, 348-372
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: *Pflege & Gesellschaft*, 15(4), 293-313
- Gomez, D. (2015): Little arrangements that matter. Rethinking autonomy-enabling innovations for later life. In: Peine et al. (Ed.): *Science, Technology and the "Grand Challenge" of Ageing. Technological Forecasting and Social Change*, 93, 91-101
- Greenhalgh, T./Procter, R./Wherton, J./Sugarhood, P./Shaw, S. (2012): The organising vision for telehealth and telecare: Discourse analysis. In: *BMJ Open*, 2(4):e001574
- Hamidi F./Baljko M. (2015). Makers with a Cause: Fabrication, Reflection and Community Collaboration. In: Streitz N./Markopoulos P. (Ed.) *Distributed, Ambient, and Pervasive Interactions*. DAPI 2015. Lecture Notes in Computer Science, vol 9189. Springer, Cham
- Hersh, M. A./Johnson, M. A. (2008): On modelling assistive technology systems – Part I: Modelling framework. In: *Technology and Disability*, 20(3), 193-215
- Hielscher, V./Kirchen-Peters, S./Sowinski, C. (2015): Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. In: *Pflege & Gesellschaft*, 20(1), 5-19

- Hülsken-Giesler, M. (2007): Pflege und Technik – Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis. Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion - 1. Teil. In: *Pflege*, 20(2), 103–112
- Hülsken-Giesler, M. (2010): Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung. In: *Pflege & Gesellschaft*, 15(4), 330–352
- Hurst, A./Tobias, J. (2011): Empowering individuals with do-it-yourself assistive technology. In *The proceedings of the 13th international ACM SIGACCESS conference on Computers and accessibility*, ACM, 11–18
- Hutchinson, H./Mackay, W./Westerlund, B./Bederson, B. B./Druin, A./Plaisant, C./Roussel, N. (2003): Technology probes: inspiring design for and with families. In: *Proceedings of the SIGCHI conference on Human factors in computing systems*, ACM, 17–24
<http://www.ifttt.com> [Stand 2017-02-06]
- Kanade, T. (2012): Quality of Life Technology. *Proceedings of the IEEE*, 100(8), 2394–2396
- Karafallidis, A./Weidner, R. (2015): Grundlagen einer Theorie und Klassifikation technischer Unterstützung. In: R. Weidner et al. (Hrsg.), *Technische Unterstützungssysteme*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Kensing, F./Blomberg, J. (1998). Participatory design: Issues and concerns. In: *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 7(3), 167–185
- Kleib, M./Zimka, O./Olson, K. (2013): Status of Informatics Integration in Baccalaureate Nursing Education: A Systematic Review. In: *Canadian Journal of Nursing Research*, 45(1), 138–154
- Künemund, H. (2015): Chancen und Herausforderungen assistiver Technik - Nutzerbedarfe und Technikakzeptanz im Alter. In: *Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis*, 24(2), 28–35
- Mol, A./Moser, I./Pols, J. (2010): Care: putting practice into theory. In: Mol, A./Moser, I./Pols, J. (Ed.): *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: transcript, 7–27
- Mort, M./Roberts, C./Callén, B. (2012): Ageing with telecare: Care or coercion in austerity? *Sociology of Health & Illness*, 20(10), 1–14
- Müller, C. (2014): Praxisbasiertes Technologiedesign für die alternde Gesellschaft. Zwischen gesellschaftlichen Leitbildern und ihrer Operationalisierung im Design, Lohmar-Köln: Josef Eul Verlag
- Nandram, S. S. (2015). Pragmatic Will with ICT. In: *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from the Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer International Publishing, 97–109
- Norman, D. A. (1998): *The invisible computer: why good products can fail, the personal computer is so complex, and information appliances are the solution*. Cambridge, MA: MIT press
- Norman, D. A./Draper, S. W. (Hrsg) (1986): *User centered system design. New Perspectives on Human-Computer Interaction*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates Inc.
- Peine, A./Neven, L. (2011). Social-structural lag revisited. *Gerontechnology*, 10(3), 129–139
- Peine, A./Rollwagen, I./Neven, L. (2014). The rise of the “innosumer” — rethinking older technology users. In: *Technol. Forecast. Soc. Chang.*, 82:199–214
- Pols, J. (2017): Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. *Nurs Philos*, 18: n/a, e12154. doi:10.1111/nup.12154
- Rosson M. B./Carroll J. M. (2009): Scenario based design. In: Sears, A., Jacko, J. A. (Ed.): *Human-computer interaction*. CRC Press, Boca Raton, p. 145–162
- Saborowski, M./Kollak, I. (2015): „How do you care for technology“ – Care professional`s experiences with assistive technology in care of the elderly. *Technological Forecasting and Social Change* 93,133–140
- Sánchez Criado, T./Rodríguez Giral, I./Mencaroni, A. (2016). Care in the (critical) making. Open prototyping, or the radicalisation of independent-living politics. In: *ALTER - European Journal of Disability Research*, 10(1):24–39
- Schmidt, A./Pfleger, B./Alt, F./Sahami, A./Fitzpatrick, G. (2012): Interacting with 21st-century computers. In: *IEEE Pervasive Computing*, 11(1), 22–31
- Schulz, R./Wahl, H.-W./Matthews, J. T./De Vito Dabbs, A./Beach, S. R./Czaja, S. J. (2015): Advancing the Aging and Technology Agenda in Gerontology. In: *The Gerontologist*, 55(5), 724–734
- Steffan, S./Wolf-Ostermann, K. (2010): Pflegeinformatik in den Ausbildungscurricula. In: *HeilberufeScience*, 1(3), 86–91

- Sun, H./De Florio, V./Gui, N./Blondia, C. (2010): The missing ones: Key ingredients towards effective ambient assisted living systems. In: Journal of Ambient Intelligence and Smart Environments, 2(2), 109–120
- Thygesen, H./Moser, I. (2012): Technology and good dementia care: An argument for an ethics-in-practice approach. In: Schillmeyer/Domenech (Ed.), New Technologies and emerging spaces of care, Ashgate, 2012, 29-147
- Thorpe, J. R./Rønn-Andersen, K. V./Bien, P./Özkil, A. G./Forchhammer, B. H./Maier, A. M. (2016): Pervasive assistive technology for people with dementia: a UCD case. Healthcare Technology Letters, 3(4), 297
- Ur, B./McManus, E./Pak Yong Ho., M./Littman, M. L. (2014): Practical trigger-action programming in the smart home. In: Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems, ACM, 803-812
- Weiser, M. (1991): The computer for the 21st century. In: Sci Am, 265(3), 94–104.
- Weiser, M./Brown, J. S. (1996): The coming age of calm technology. In: Beyond Calculation. New York, NY: Springer, 75–85
- Winance, M. (2010): Care and disability. Practices of experimenting, tinkering with, and arranging people and technical aids. In: Mol, A./Moser, I./Pols, J. (Ed.) Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms. Bielefeld: transcript, 93-118
- Wulf, V./Schmidt, K./Randall, D. (Ed.) (2015a): Designing Socially Embedded Technologies in the Real-World. London: Springer
- Wulf, V./Müller, C./Pipek, V./Randall, D./Rohde, M./Stevens, G. (2015b): Practice-Based Computing: Empirically Grounded Conceptualizations Derived from Design Case Studies. In: Wulf, V., Schmidt, K., & Randall, D. (Ed.): Designing Socially Embedded Technologies in the Real-World. London: Springer, 111–150
- Zagler, W./Panek, P./Rauhala, M. (2008): Ambient assisted living systems-the conflicts between technology, acceptance, ethics and privacy. In: Assisted Living Systems - Models, Architectures and Engineering Approaches Living Systems. Dagstuhl Seminar Proceedings 07462. Schloss Dagstuhl: Leibniz-Zentrum für Informatik

Prof. Dr. Christophe Kunze

Hochschule Furtwangen, Robert-Gerwig-Platz 1, 78120 Furtwangen, kuc@hs-furtwangen.de

Beiträge

Angela Nikelski, Annette Nauerth

Soziale Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung?! Eine Annäherung an ein vernachlässigtes Thema

Social inequalities and nursing care. An approach to an unattended topic

Dealing with social inequalities is neither new nor innovative. Nevertheless it is striking that certain issues still remain excluded from the debate on social inequality. Nursing care is one field much underrepresented within this area of research. During the work on this paper, a literature review has been conducted to outline the current state of research in Germany. It turns out that the issue is processed only occasionally, hence the state of research is incomplete. It also shows that nursing care is quite vulnerable to inequalities. Considering the relevance and the complexity of the subject, more nursing research and a viable discussion about inequalities in nursing care in Germany are highly desirable.

Keywords

Nursing and social inequalities, Health inequalities, Inequalities and health care services, Health care services research, Nursing research

Die Auseinandersetzung mit sozialen Ungleichheiten ist weder neu noch innovativ. Gleichwohl fällt auf, dass es Themen gibt, die aus der Ungleichheitsdiskussion bislang weitestgehend ausgeklammert werden. Ein deutlich vernachlässigtes Themenfeld ist der Bereich der pflegerischen Versorgung. Mit dem Ziel, den aktuellen Forschungsstand in Deutschland zu skizzieren, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Literaturanalyse vorgestellt. Es zeigt sich, dass das Thema lediglich vereinzelt bearbeitet wird und der Forschungsstand dementsprechend lückenhaft ist. Deutlich wird aber auch, dass das pflegerische Versorgungsgeschehen durchaus anfällig für Ungleichheiten ist. Die Relevanz und präsentierte Vielschichtigkeit der Thematik begründen die Forderung nach einer ungleichheitstheoretischen Pflegeforschung und einer tragfähigen Diskussion über pflegerische Versorgungsungleichheiten.

Schlüsselwörter

Soziale Ungleichheit und Pflege, Gesundheitliche Ungleichheit, Versorgungsungleichheit, Versorgungsforschung, Pflegeforschung

eingereicht 30.03.2015

akzeptiert 24.06.2015

1. Einleitung

Die Debatte über soziale Ungleichheiten ist nicht neu in Deutschland. Gleichwohl ist ersichtlich, dass es Themenbereiche gibt, die aus der Ungleichheitsdiskussion bislang weitestgehend ausgeklammert werden. Ein vernachlässigtes Themenfeld stellt die Pflege dar. *„Die pflegerische Versorgung ist bislang nicht explizit im Fokus einer Diskussion gewesen, die soziale Ungleichheit in den Mittelpunkt stellt“* (Bauer/Büscher 2008b: 28). Stellt man soziale Ungleichheit in den Mittelpunkt, demonstrieren erste Untersuchungen jedoch sehr eindrücklich, dass Ungleichheiten auch in Pflegezusammenhängen präsent sind. Ziel dieses Artikels ist es, den Forschungsstand in Deutschland zu skizzieren und sich auf diese Weise einem bisher vernachlässigten Thema zu nähern.

Eine systematische Auseinandersetzung mit pflegerischen Versorgungsungleichheiten ist im Zuge der durchgeführten Recherche auch international nicht erkennbar. Die internationale Diskussion wird vor dem Hintergrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Herausforderungen, verschiedener Gesundheits- und Versorgungssysteme sowie divergenter Aufgaben- und Rollenprofile der Pflege von unterschiedlichen Themen bestimmt. Im angloamerikanischen Raum steht insbesondere der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem im Zentrum einer langwierigen politischen Debatte (Neelsen/Metzger 2009; Lemke 2011; Kopetzky 2012). Auch wenn in Deutschland aufgrund der wohlfahrtsstaatlichen Sicherungssysteme Fragen nach dem Versorgungszugang auf den ersten Blick überflüssig erscheinen – und nicht zuletzt deshalb lange Zeit nicht gestellt wurden – wissen wir mittlerweile, dass dieser eingeschränkte Blick auf die reine Verfügbarkeit von Leistungen sowie auf den formalen Versorgungszugang dem komplexen Versorgungsgeschehen nicht gerecht werden. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Pflege. Die vorliegenden Befunde verweisen auf Zugangsbarrieren und Verteilungsungleichheiten. Gleichermaßen wird deutlich, dass auch das Inanspruchnahmeverhalten ungleichheitsrelevant ist. Ressourcen- und Kompetenzunterschiede hängen mit den Lebensbedingungen zusammen und beeinflussen den Umgang mit den Versorgungsinstanzen und das Pflegegeschehen auf vielfältige Weise.

2. Skizzierung der Diskussionenlinien in Deutschland

Die Auseinandersetzung mit Sozialstrukturen und Lebensbedingungen hat eine lange Tradition, wobei die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Ungleichheitsformen mit Blick auf die europäische Sozialgeschichte einem Wandel unterliegen. Wurde die gesellschaftliche Stellung in der vorindustriellen Ständegesellschaft durch die familiäre Herkunft bestimmt, war in der frühindustriellen Gesellschaft der Kapitalbesitz ausschlaggebend und in Industriegesellschaften galt der Beruf als Schlüsselposition für den gesellschaftlichen Status (Hradil 2005). Geprägt durch die Ansätze von Marx, Weber und Geiger wurden bis Ende der 1970er Jahre vorwiegend Klassen- und Schichtkonzepte diskutiert. Diese Konzepte haben nicht an Bedeutung verloren, sind aber vor dem Hintergrund der Kritik, die zunehmend komplexeren Lebenslagen und gesellschaftlichen Pluralisierungstendenzen und Individualisierungstendenzen in modernen Infor-

mations- und Dienstleistungsgesellschaften nicht adäquat abbilden zu können (Beck 1986; Hradil 1987), seit Mitte der 1980er Jahre durch Ansätze, wie Lagen-, Milieu- und Lebensstilkonzepte ergänzt worden (Hradil 2005). Damit rücken neben vertikalen Ungleichheitsdimensionen (Einkommen, Bildung, Beruf) auch horizontale Dimensionen, wie z. B. Geschlecht, Alter und Wohnort sowie subjektive Komponenten in das Blickfeld, wodurch die Empirie, Erkenntnisse und Diskussionen über Ungleichheiten zunehmend differenzierter und komplexer werden.

Ungeachtet der existierenden Auseinandersetzung überraschen soziale Ungleichheiten in ihrer Existenz und ihren Auswirkungen immer wieder. So hat die erste deutsche PISA-Studie im Jahr 2000 nicht nur auf Ungleichheiten im Bildungssystem aufmerksam gemacht, sondern den sog. „PISA-Schock“ ausgelöst. Ebenfalls auf großes Interesse stießen erste Befunde zu sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen in den 1990er Jahren. Die Daten demonstrieren, damals wie heute, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status ein höheres Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko und eine geringere Lebenserwartung haben (Mielck 2000; Helmert 2003; Lampert et al. 2005; Richter/Hurrelmann 2009). Der im internationalen Vergleich vehement beklagte Forschungsrückstand zu gesundheitlichen Ungleichheiten (Mielck 1994; Helmert et al. 2000; Mielck/Bloomfield 2001) konnte durch die Forschungsaktivitäten in den letzten 20 Jahren gut aufgeholt werden (Bauer et al. 2008). Mittlerweile existiert ein differenziertes Bild über die sozialen Einflussfaktoren auf Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität und gesundheitsbezogenes Verhalten und die Erkenntnis, dass die Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen einem sozialen Gradienten folgt, ist unbestritten (Siegrist/Marmot 2008). Nachholbedarf besteht jedoch hinsichtlich Erklärungsmodellen und Ansätzen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit (Richter/Hurrelmann 2009). Auch konkrete Fragen zum Ausmaß und Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im höheren Lebensalter können bisher kaum systematisch beantwortet werden (von dem Knesebeck/Schäfer 2009).

Vergleichsweise spät ist das Gesundheitssystem in den Blick genommen worden. Da Expert/-innen aus der Versorgungspraxis, Politik und Wissenschaft lange Zeit davon ausgingen, dass Versorgungsleistungen für alle Menschen in Deutschland gleich verfügbar seien, wurde die Erforschung der Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung in der Vergangenheit randständig behandelt. Insgesamt liegen nur wenige Untersuchungen zum Einfluss des sozioökonomischen Status auf das gesundheitsbezogene Versorgungsgeschehen vor, was auch als „blinder Fleck“ bezeichnet wird (Tiesmeyer et al. 2008: 13). Auch wenn das Thema verstärkt Aufmerksamkeit findet und mittlerweile Studien vorliegen, die Ungleichheiten auf unterschiedlichen Ebenen (Zugang, Inanspruchnahme und Qualität) in den verschiedenen Versorgungsbereichen (ambulante und stationäre Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention) belegen (Bauer 2009; von dem Knesebeck et al. 2009), existieren weiterhin blinde Flecken. So findet der Bereich der pflegerischen Versorgung bislang kaum Berücksichtigung. Doch woran liegt es, dass der Themenbereich der Pflege bislang nur vereinzelt aufgegriffen wird? Bevor wir diese Frage diskutieren, soll skizziert werden, was bislang über soziale Ungleichheiten im pflegerischen Versorgungskontext bekannt ist.

3. Methodisches Vorgehen

Mit dem Ziel, den aktuellen Forschungsstand in Deutschland skizzieren zu können, wurde eine umfassende Literaturrecherche in verschiedenen Portalen durchgeführt: Katalog.plus! der Universität Bielefeld (u. a. inkl. Science Citation Index, Social Sciences Citation Index PsychINFO, PsychARTICLES, ScienceDirect, CINAHL, Medline, The Minority Health und Health Equity-Archive, JSTOR, SocIndex, PSYINDEX); MEDPILOT (u. a. inkl. SOMED, Cochrane, HECLINET, Medline); Google und GoogleScholar.

Zentrale Suchbegriffe waren (jeweils in unterschiedlichen Kombinationen und unter Verwendung geeigneter Trunkierungen): soziale/Ungleichheit/Pflege/pflegerische/gesundheitsliche/ Versorgung/Milieu/Lage/Schicht/Versorgungsungleichheit/ Deutschland/Versorgungssystem.

Die recherchierten deutschsprachigen Dokumente wurden auf ihre inhaltliche Relevanz hin geprüft. Ausgewählte Literaturverzeichnisse wurden gesichtet, um nach dem „Schneeballprinzip“ weitere Quellen zu identifizieren. Darüber hinaus wurde gezielt nach Publikationen von Autor/-innen gesucht, die sich in diesem Themenfeld bewegen. Mit Blick auf die als zentral erachteten Arbeiten (s. Tabelle 1), wird deutlich, dass die Zahl der Publikationen und Akteure und die Forschungsaktivitäten zu diesem Thema in Deutschland begrenzt sind.

Autor/in	Jahr	Quelle	Dokumententyp
Möller/Osterfeld/ Büscher	2013	Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege.	Qualitative Interviews mit Pflegekräften aus dem ambulanten Versorgungsbereich, Masterarbeit 2012
Bauer/Büscher	2008a	Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung.	Sammelband
Bauer/Büscher	2008b	Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen.	Theoretisch-konzeptionell
Behrens	2008	Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege.	Theoretisch-konzeptionell
Blinkert/Klie	2008a	Soziale Ungleichheit und Pflege.	Zusammenfassung quantitativer und qualitativer Analysen, Studienergebnisse des „Freiburger Forschungsverbunds soziale Sicherheit im Alter“, 1998-2007
Blinkert/Klie	2008b	Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen.	Zusammenfassung quantitativer und qualitativer Analysen, Studienergebnisse des „Freiburger Forschungsverbunds soziale Sicherheit im Alter“, 1998-2007
Borchert/Rothgang	2008	Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer.	Quantitative Analyse von GEK-Daten

Autor/in	Jahr	Quelle	Dokumententyp
Dreißig	2008	Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus.	Qualitative Interviews mit Ärzten/-innen und Pflegekräften im Krankenhaus, Experteninterviews mit Mitarbeiter/innen einer Beratungsstelle für Migrant/innen, teilnehmende Beobachtung im Krankenhaus, Dissertation 2005
Heusinger	2008	Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen.	Qualitative Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (private und professionelle Pflegekräfte), Ergebnisse des Forschungsprojektes „Steuerung in häuslichen Pflegearrangements“, 1999-2004
Okken/Spallek/Razum	2008	Pflege türkischer Migranten.	Zusammenfassung des Forschungsstandes, inkl. Ergebnisse einer quantitativen Studie, Diplomarbeit Okken 2007
Bauer/Büscher	2007	Soziale Ungleichheit und Pflege: konzeptionelle Zugänge.	Theoretisch-konzeptionell
Heusinger	2007	Freundin, Expertin oder Dienstmädchen – zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Funktion professioneller Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements.	Qualitative Studie: Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (private und professionelle Pflegekräfte), Ergebnisse des Forschungsprojektes „Steuerung in häuslichen Pflegearrangements“, 1999-2004
Okken	2007	Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten. Hochschule Vechta.	Quantitative Studie: Analyse von MDK-Daten, Diplomarbeit
Bauer/Schaeffer	2006	Soziale Ungleichheit in der Pflege – (k)ein Thema?	Theoretisch-konzeptionell
Blinkert/Klie	2006	Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Arrangements	Quantitative Analysen von pflegerischen Versorgungsarrangements, Begleitforschung zum Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget, Untersuchungsregionen: Landkreise Unna und Annaberg
Heusinger	2006	Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements	Qualitative Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (private und professionelle Pflegekräfte), Ergebnisse des Forschungsprojektes „Steuerung in häuslichen Pflegearrangements“, 1999-2004
Blinkert	2005	Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“.	Zusammenfassung von Forschungsergebnissen aus den Jahren 2000 und 2004 zu Pflegebereitschaften in sozialen Milieus
Dreißig	2005	Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund.	Qualitative Interviews mit Ärzten/-innen und Pflegekräften im Krankenhaus, Experteninterviews mit Mitarbeiter/innen einer Beratungsstelle für Migrant/innen, teilnehmende Beobachtung im Krankenhaus, Dissertation
Heusinger/Klünder	2005	„Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ – Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements.	Qualitative Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (private und professionelle Pflegekräfte), Dissertation

Autor/in	Jahr	Quelle	Dokumententyp
Blinkert/ Klie	2004	Solidarität in Gefahr?	Quantitative Analyse von Pflegebereitschaften in sozialen Milieus, Untersuchungsregion: Kassel
Simon	2004	Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse.	Quantitative Analyse von Pflegeversicherungsdaten
Pritzkeleit/ Erben	2001	Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz.	Quantitative Analyse von MDK-Begutachtungsergebnissen
Blinkert/Klie	2000	Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität	Quantitative Analyse von Pflegebereitschaften in sozialen Milieus, Untersuchungsregion: Munderkingen

Tab. 1: Publikationsübersicht (zentrale Arbeiten)

4. Ergebnisse der Literaturanalyse

Die aktuelle Wissensgrundlage basiert auf den Ergebnissen weniger Forschungsprojekte und Qualifikationsarbeiten. Identifiziert wurden empirische Arbeiten mit quantitativem und qualitativem Design und Aufsätze mit einer theoretisch-konzeptionellen Ausrichtung. Hinzu kommen einige Studien, die den Themenbereich der pflegerischen Versorgung lediglich flankieren. Das Anliegen dieser Arbeit ist die Darstellung des Forschungsstandes in Deutschland. Gleichwohl wird mit der Übersicht kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Die Vielschichtigkeit der Thematik präsentiert sich mit Blick auf die nachfolgenden Befunde zu ungleichen Pflegerisiken, zu Zugangsbarrieren zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, aber auch zu sozial unterschiedlichen Pflegepräferenzen und -arrangements sowie zu Praktiken der Ungleichbehandlung in stationären und ambulanten Versorgungssettings in beeindruckender Weise.

4.1 Versorgungsungleichheiten: Systematisierungsansätze

Unter Rückgriff auf Ansätze der Sozialstruktur- und Ungleichheitsforschung erfordert die Auseinandersetzung mit Versorgungsungleichheiten eine Unterscheidung von zwei zentralen Mechanismen: Die Produktion und die Reproduktion von Ungleichheiten (Bauer/Schaeffer 2006; Bauer/Büscher 2007, 2008b). Von einer Produktion von Ungleichheiten wird gesprochen, wenn Versorgungsunterschiede (z. B. fehlende Strukturen, schlechte Versorgungsqualität) unabhängig von sozialen Einflussfaktoren entstehen, also zufällig sind. Demgegenüber umfasst die Ebene der Reproduktion von Ungleichheiten das systematische Weiterwirken von Ressourcenungleichheiten, die bereits vor dem Versorgungseintritt existieren. Versorgungsungleichheiten werden in

diesem Sinne durch individuelle und soziale Bedingungen determiniert und folgen einer „sozialen Typik“ (Bauer/Büscher 2007: 307). Beide Wirkungsweisen sind in Bezug auf den Gesundheits- und Pflegesektor denkbar, bislang aber unzureichend erforscht. *„Ob Ungleichheiten durch die Versorgungssituation nur hergestellt oder – wofür bereits jetzt mehr Indizien sprechen – reproduziert und verstärkt werden“* bleibt ungeklärt (Mielck 2007 zitiert in: Bauer/Büscher 2007: 307).

Bauer und Büscher (2008b) nehmen eine weitere Unterscheidung vor. Mit Blick auf das konkrete pflegerische Versorgungsgeschehen unterscheiden sie zwischen zwei Betrachtungs- und Analyseebenen. Die Strukturebene beinhaltet die Perspektive der Leistungserbringer. Der Fokus ist hier in erster Linie auf die strukturellen Bedingungen institutioneller Gleich- bzw. Ungleichbehandlung gerichtet mit dem Ziel, sozial ungleiche Formen der Leistungsvergabe zu erfassen. Die Akteursebene, auf der die Nutzer/innen von Pflegeleistungen und ihre Angehörigen zu verorten sind, umfasst Ungleichheiten im Nutzungshandeln. Auf beiden Ebenen lassen sich Ungleichheiten identifizieren, die unterschiedlichen Mechanismen folgen. Im Bereich der pflegerischen Versorgung existieren Verteilungsungleichheiten in Form von bedarfsinadäquaten Versorgungsstrukturen, Zugangsbarrieren und Praktiken der Ungleichbehandlung. Ebenso liegen Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten vor, die auf eine unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückzuführen sind (Bauer/Büscher 2008b). Struktur- und Akteursebene lassen sich theoretisch-konzeptionell sinnvoll voneinander trennen und sind sowohl hilfreich bei der Identifikation und Verortung von Ungleichheiten als auch bei der Systematisierung von Forschungsansätzen und -ergebnissen. Gleichermaßen spiegeln sie die Zusammenhänge in ihrer Komplexität kaum wider.

4.2 Ungleiche Pflegebedürftigkeitsrisiken

Pflegebedürftigkeit wird gelegentlich als „allgemeines Lebensrisiko“ bezeichnet, von dem ein Großteil der Bevölkerung irgendwann einmal betroffen ist (Rothgang et al. 2012: 13). Diese Schlussfolgerung ist mit Blick auf die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit, die ab 60 Jahren bei ca. 50% liegt, unbestritten (Rothgang et al. 2009). Die wenigen Daten, die bisher vorliegen, deuten aber auch darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, im Lebenslauf pflegebedürftig zu werden, durch soziale Faktoren beeinflusst wird. Eine höhere Pflegeabhängigkeit unterer Statusgruppen erscheint in Anbetracht der höheren gesundheitlichen Belastungen im Verlauf des Lebens vermutlich so naheliegend, dass damit auch erklärt werden könnte, warum bisher kaum empirische Studien zum Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Risiko von Pflegebedürftigkeit vorliegen (Borchert/Rothgang 2008).

Bekannt ist, dass Faktoren wie das Lebensalter und bestimmte Erkrankungen das Auftreten von Pflegebedürftigkeit beeinflussen. Im höheren Lebensalter dominieren chronisch-degenerative Erkrankungen das Krankheitsgeschehen, die wiederum den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit begünstigen (WHO 2011, 2012). Neue Bedarfslagen ergeben sich zudem durch eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Multi-

morbidität im Alter. Mehrfacherkrankungen stellen aufgrund ihrer Komplexität ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Funktionseinbußen und Behinderung dar und münden nicht selten in Pflege- und Hilfsabhängigkeit (Kuhlmeier 2009). Die Daten der Pflegestatistik demonstrieren den Anstieg von Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Lebensalter. Von den 2,5 Mio. Menschen, die 2011 pflegebedürftig nach SGB XI waren, lag die Pflegequote der 70- bis 75- Jährigen bei 4,8% und in der Gruppe der über 90- Jährigen bei 57,8% (Statistisches Bundesamt 2013).

Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens pflegebedürftig zu werden, variiert zudem geschlechtsspezifisch. Die Lebenszeitprävalenz liegt für Männer bei 47% und für Frauen bei 67% (Rothgang et al. 2010). Nicht nur bedingt durch die höhere Lebenserwartung sind Frauen länger pflegebedürftig, sie werden auch eher pflegebedürftig als Männer. Ab einem Alter von 75 Jahren sind die Pflegequoten der Frauen konstant höher als die der Männer (Statistisches Bundesamt 2013). Neben gesundheitlichen Gründen werden Unterschiede im Antragsverhalten als ursächlich für diesen Trend vermutet. So ist davon auszugehen, dass pflegebedürftige Männer überwiegend von ihren Frauen versorgt werden, bevor ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wird. Andersherum benötigen Frauen aufgrund ihrer Lebenssituation häufig eher professionelle Unterstützung (Statistisches Bundesamt 2013).

Aus zahlreichen Forschungsarbeiten ist bekannt, dass die berufliche Stellung in einem Zusammenhang mit dem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko steht (Geyer/Peter 1999; Voges et al. 2004). Die gesundheitlichen Belastungen sind in den unteren beruflichen Statusgruppen vergleichsweise höher als bei den Angehörigen weiter oben in der arbeitsweltlichen Hierarchie. In einer Studie mit Versichertendaten konnte die berufliche Stellung auch als relevanter Einflussfaktor auf das Risiko von Pflegebedürftigkeit bei älteren Männern (ab 45 Jahren) identifiziert werden (Borchert/Rothgang 2008). Demnach ist das Pflegebedürftigkeitsrisiko von Männern, die gering qualifizierte Angestelltenberufe ausüben bzw. ausgeübt haben 36% höher als von Männern aus Berufen mit hohem sozialen Status. Das Pflegebedürftigkeitsrisiko von Männern in gering qualifizierten manuellen Berufen und in qualifizierten manuellen Berufen liegt mit 29% bzw. 16% ebenfalls höher als in der Referenzgruppe. Die Befunde lassen den Schluss zu, dass *„Personen, die sozioökonomisch benachteiligt sind, ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden als Personen aus besser gestellten sozioökonomischen Positionen“* (Borchert/Rothgang 2008: 226).

Die detaillierte Analyse der Einflussfaktoren nach Pflegestufen (Borchert/Rothgang 2008) zeigt insgesamt, dass Alterseffekte, der Einfluss partnerschaftlicher Unterstützung und sozioökonomische Faktoren mit höherer Pflegestufe an Bedeutung verlieren und von medizinischen Determinanten überlagert werden. Von Bedeutung ist dann primär der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen. Mit Blick auf die Ergebnisse schlussfolgern die Autoren: *„Insgesamt unterstützen diese Ergebnisse in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit die Kontinuitätshypothese, insofern als sich die sozialen Ungleichheiten in Richtung Pflegebedürftigkeiten fortsetzen. Gerade in höheren Pflegestufen kommt dabei aber eine Nivellierung zum Tragen, die beim Übergang in Pflegestufe III sogar dazu*

führt, dass der Einfluss sozialstruktureller Faktoren praktisch verschwindet“ (Borchert/Rothgang 2008: 233, H.i.O.). Aufgrund der Annahme, dass auch der Begutachtungsprozess durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) selbst sozialen Einflüssen unterliegt und die Begutachtungsergebnisse das tatsächliche Ausmaß und die Verteilung von Pflegebedürftigkeit nur eingeschränkt widerspiegeln, gehen die Autoren davon aus, dass das tatsächliche Pflegebedürftigkeitsrisiko für die unteren sozialen Schichten unterschätzt wird.

4.3 Beantragung und Bewilligung einer Pflegestufe

Finanzielle Zugangsbarrieren, z. B. in Form von Eigenleistungen im Gesundheitssektor werden auch im Kontext der pflegerischen Versorgung diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Diskussion steht die Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung und die damit verbundene Gefahr der Verschärfung und Reproduktion von Ungleichheiten (Behrens 2008; Güntert/Thiele 2008). Ökonomische Faktoren sind zweifelsohne von Bedeutung, erklären die ungleiche Leistungsvergabe aber nur teilweise. Darüber hinaus wirken soziale Selektionsmechanismen als Barrieren, also „*Ausschlussmechanismen, die auf einer sozial normierenden oder diskriminierenden Praxis beruhen*“ (Bauer/Büscher 2008b: 33). Prinzipiell ist davon auszugehen, dass die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Begutachtungsprozesses durch den MDK und damit der Zugang zu Versicherungsleistungen (SGB XI) sozialen Einflüssen unterliegen. Denn trotz zahlreicher Regularien stellen Begutachtungen soziale Aushandlungs- und Interaktionsprozesse dar, „*die unvermeidlich dem Einfluss von Werthaltungen, Rollenerwartungen, Deutungsmustern, Interaktionskompetenz etc. der Interaktionsteilnehmer unterliegen. Dies gilt sowohl für Begutachtende wie auch für die Antragstellenden*“ (Simon 2004: 227).

Inwiefern das Begutachtungsverfahren im häuslichen Umfeld durch die Interaktionsteilnehmenden bestimmt wird, zeigt sich z. B. darin, dass die Anwesenheit professioneller Pflegekräfte den Begutachtungsverlauf beeinflusst und die Begutachtungen insgesamt höher ausfallen (Simon 2004). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass der Begutachtungsprozess von der sozialen Schicht der Antragsteller/innen mit beeinflusst wird (Simon 2004). So zeigt eine Untersuchung des MDK (Pritzkeleit/Erben 2001), dass in tendenziell wohlhabenden suburbanen Siedlungsräumen ein insgesamt größerer Hilfebedarf festgestellt wird. Die Feststellung höherer Unselbständigkeitswerte ist mitunter auf die sozialisations- und statusbedingte Selbstwahrnehmung und -einschätzung sowie das hohe „*Anspruchsverhalten an sich selbst und den Grad der Betreuung*“ der Klientel zurückzuführen (Pritzkeleit/Erben 2001: 202). Simon (2004) sieht darin auch die Fähigkeit der Angehörigen höherer Sozialschichten ihre Interessen und Leistungsansprüche im Interaktionsprozess besser durchzusetzen, was ggf. eine sozial ungleiche Verteilung von Leistungen der Pflegeversicherung begünstigen würde. Auch Behrens (2008) verweist auf größere Probleme ressourcenschwacher Gruppen, ihre Interessen durchzusetzen und in der Auseinandersetzung mit dem MDK eine angemessene Pflegestufe zu erhalten. „*Schon allein daraus ergeben sich sozial unterschiedliche Chancen der Zugänglichkeit und Nutzung fachpflegerischer Unterstützung*“ (Behrens 2008: 184).

Des Weiteren zeigen sich geschlechtsspezifische Einflüsse bei der Bewilligung und Höhe der Pflegestufe. Anträge von Frauen werden in allen Altersgruppen häufiger abgelehnt und sie bekommen verhältnismäßig niedrigere Pflegestufen als Männer zugewiesen, was sich laut Simon (2004) kaum auf einen tatsächlich geringeren Hilfebedarf oder das Antragsverhalten zurückführen lässt. Die Feststellung, dass insbesondere alleinlebende ältere Frauen vergleichsweise häufig und frühzeitig mit einem durch den MDK gering bewerteten Hilfebedarf in die vollstationäre Pflege wechseln und in diesem Sektor überproportional vertreten sind, wirft aus Sicht des Autors die kritische Frage auf, ob diese Gruppe im Rahmen des ambulanten Begutachtungsverfahrens systematisch benachteiligt wird und folglich als unterversorgt gelten kann. *„Alleinlebende ältere und pflegebedürftige Frauen scheinen gegenwärtig eine der zentralen, wenn nicht sogar die wichtigste Problemgruppe in der pflegerischen Versorgung zu sein“* (Simon 2004: 225).

Darüber hinaus fällt auf, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu nicht-türkischen Personen seltener als pflegebedürftig eingestuft werden (Okken et al. 2008) und infolge der Begutachtung tendenziell niedrigere Pflegestufen vergeben werden (Okken 2007). Dieser Sachverhalt lässt sich vermutlich nicht auf einen tatsächlich geringeren Pflegebedarf und Unterschiede im Antragsverhalten zurückführen, sondern eher durch Unterschiede im Begutachtungsverfahren (Verhalten der Antragsteller/innen und Gutachter/innen) erklären (Okken 2007; Okken et al. 2008).

4.4 Pflegepräferenzen, Pflegebereitschaft und Ausgestaltung von Pflegearrangements

Auch die Ausgestaltung von Pflegearrangements ist nicht ausschließlich durch Unterschiede in der materiellen Ressourcenausstattung zu erklären. Die verfügbaren finanziellen Mittel beeinflussen das gewählte Pflegearrangement (Blinkert/Klie 2008a/b; Heusinger 2008; Metzting/Schnepp 2008), erklären die Unterschiede in der Inanspruchnahme aber nicht vollständig. Ungleiches Nutzungshandeln wird nicht ausschließlich durch eine ungleiche Ausstattung mit ökonomischem Kapital, sondern auch durch eine ungleiche Ausstattung mit kulturellem Kapital (Wissen, Kompetenzen), sozialem Kapital (soziale Beziehungen) und milieuspezifische Mentalitäts- und Kompetenzunterschiede determiniert, wie die Studie von Heusinger und Klünder (2005) zeigt (s. auch Heusinger 2006, 2007, 2008).

Demnach wird in gehobenen Milieus professionelle Pflege in der Regel eingekauft. Es existieren hohe Qualitätsansprüche und ein ausgeprägtes Kundenverständnis. Kulturelles und soziales Kapital sind wichtige Bewältigungsressourcen, wobei sich das Wissen und die Erwartungen an die Familie unterscheiden. Während die Pflegebedürftigen in den alten Bundesländern ihre Ansprüche souverän geltend machen, bestehen bei den Befragten der neuen Länder zum Teil ausgeprägte Informationsdefizite und „institutionelle Berührungängste“. Die Erwartungen, von den Kindern gepflegt zu werden, sind bei den Pflegebedürftigen der neuen Bundesländer geringer. Kleinbürgerliche Milieus zeichnen sich dadurch aus, dass die Familie die zentrale Säule im Pflegefall darstellt. In professionelle Dienstleistungen wird nur im notwendigen Umfang

investiert. Private Unterstützungsleistungen werden vorzugsweise finanziell entlohnt. Die Netzwerke sind bei den Pflegebedürftigen in den neuen Ländern tendenziell größer und die Unterstützungsformen vielfältiger. In den Arbeitermilieus wird der Unterstützungsbedarf größtenteils mit Hilfe des sozialen Kapitals gedeckt. Aufgrund subjektiver Solidaritätsansprüche werden Unterstützungsleistungen nahezu selbstverständlich durch das familiäre und außerfamiliäre Netzwerk erbracht. Die Bereitschaft für professionelle Pflege Geld auszugeben, variiert, ist aber insgesamt gering. Gegenleistungen werden eher innerhalb des sozialen Netzwerkes erbracht. Die Pflegebedürftigen verfügen insgesamt über wenig Wissen bezüglich ihrer Rechte. Insbesondere in den dörflichen Gemeinschaften der neuen Länder sind die Kenntnisse so gering, dass der Pflegealltag im schlimmsten Fall nicht sichergestellt werden kann. Die geringe Ressourcenausstattung der traditionslosen Arbeitermilieus erschwert eine selbstbestimmte Lebensführung erheblich und die Menschen sind auf Angebote der öffentlichen Fürsorge und die Unterstützung von Einzelpersonen angewiesen. Die Analysen demonstrieren, wie milieuspezifische Vorstellungen und Ressourcenausstattungen den Umgang mit dem Pflegebedarf, die Lebenssituation und den Alltag bestimmen. Vor dem Hintergrund daraus resultierender Chancen und Risiken schlussfolgert die Autorin: *„Soziale Ungleichheit setzt sich somit nicht nur im Alter fort, sondern entfaltet bei Pflegebedürftigkeit zum Teil kumulative Wirkungen“* (Heusinger 2008: 313).

Weitere Untersuchungen können aufzeigen, dass die Pflegepräferenzen und die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung nach Milieuzugehörigkeit variieren und entsprechend auf milieutypische Einstellungsmuster zurückzuführen sind (Blinkert 2005; Blinkert/Klie 2000, 2004, 2008a/b). Demnach lassen sich bei Personen mit niedrigem Sozialstatus in Verbindung mit einem vormodernen Lebensentwurf („Unterschicht-Milieus“) die größte Bereitschaft zur häuslichen Angehörigenpflege (oft ohne professionelle Hilfe) und eine ablehnende Haltung gegenüber stationären Versorgungsformen beobachten. Diese Entscheidung ist – so schlussfolgern die Autoren – weniger moralisch begründet, sondern das Resultat individueller Kosten-Nutzen-Abwägungen (v. a. ökonomische Kosten und Opportunitätskosten) (Blinkert/Klie 2008a/b). Die Betrachtung tatsächlicher häuslicher Pflegearrangements zeigt ein entsprechendes Bild. Günstige Bedingungen für die Versorgung durch Angehörige sind demzufolge ein niedriger sozialer Status und ein vormoderner Lebensentwurf der Hauptpflegperson, eine eher ländliche Umgebung sowie stabile Unterstützungsstrukturen und -netzwerke (Blinkert/Klie 2006, 2008a/b).

Die Bereitschaft zur reinen Angehörigenpflege ist bei Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls stark ausgeprägt (Okken et al. 2008). Professionelle Unterstützungsangebote sind oft nicht bekannt (Zeman 2005), werden von türkischen Migrantenfamilien vollständig abgelehnt (insbes. stationäre Leistungen) (Zeman 2005; Okken 2007) und werden insgesamt nur selten genutzt (Schopf/Naegele 2005). Dies lässt sich sowohl durch Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem (mangelhafte Informationsangebote, unzureichende Bedürfnisorientierung und Kultursensibilität) auch durch Besonderheiten bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erklären (Informationsdefizite, Verständigungsprobleme, kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte,

Wertvorstellungen, Rollenbilder, kulturbedingte Pflegevorstellungen etc.) (Razum et al. 2004; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Zeman 2005; Brzoska/Razum 2009).

4.5 Ambulante und stationäre pflegerische Versorgung

Praktiken der institutionellen Ungleichbehandlung sind auch in der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung von Bedeutung. So zeigt eine Untersuchung zu pflegerischen Interaktions- und Kommunikationsprozessen im Krankenhaus (Dreißig 2005, 2008) eine deutliche Benachteiligung von Patient/-innen, die in ihrer Kommunikation und damit in ihrer Macht und Durchsetzungsfähigkeit eingeschränkt sind (z. B. Patient/-innen mit Demenz, Schlaganfallpatient/-innen, Schwerhörige, Patient/-innen mit einem niedrigen Bildungsstand, Patient/-innen mit einem Migrationshintergrund etc.). Die bestehende Machtasymmetrie bietet die Möglichkeit, die eigenen Interessen (Arbeits- und Zeitersparnis) stärker durchzusetzen, wobei beim Pflegepersonal verschiedene Strategien beobachtet werden („verbale Auseinandersetzung“, „Nicht-ernst-Nehmen“ und „an andere Delegieren“). Die Benachteiligung sozial Schwächerer und kommunikativ eingeschränkter Personen lässt sich den Studienergebnissen zufolge größtenteils auf institutionseigene strukturelle Effekte (ausgeprägte Hierarchie, Zeit- und Arbeitsdruck etc.) zurückführen. Auch die festgestellte Benachteiligung von Patientengruppen mit einem Migrationshintergrund lässt nicht zwangsläufig auf fremdenfeindliche Motive schließen – auch wenn dies aus Sicht der Betroffenen oft auf diese Weise interpretiert wird. Vielmehr wird auch hier eine „strukturelle Diskriminierung“ sichtbar (Dreißig 2008: 373).

Eine qualitative Studie von Möller et al. (2013) demonstriert anschaulich, wie sich der soziale Status der Patient/-innen auf den Arbeitsalltag Pflegenden und ihr Verhalten auswirkt. Die in der Untersuchung befragten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten nehmen soziale Ungleichheit und Statusunterschiede in ihrem Arbeitsalltag und im Umgang mit dem Patient/-innen nicht nur als solche wahr, sondern werden dadurch gleichzeitig in ihrem Verhalten und ihrem pflegerischen Handeln beeinflusst. Auf die durch einen niedrigen Bildungsstand und die geringen finanziellen Ressourcen der Patient/-innen verursachten Probleme (z. B. Schwierigkeiten Ausfüllen von Formularen, unzureichende pflegerische Versorgung, schlechtere Wohn- und Lebensverhältnisse, Hilflosigkeit) reagieren die Pflegekräfte – je nach wahrgenommener Einstellung und Verhalten der zu versorgenden Person sowie eigenen Normvorstellungen – mit Mitleid oder Ärger und in beiden Fällen mit unbezahlten pflegerischen Zusatzleistungen. Aufgrund der insgesamt in diesem Kontext subjektiv erlebten höheren Arbeitsbelastung und geringeren Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, würden sie die Arbeit mit sozioökonomisch besser gestellten Patient/-innen bevorzugen (Möller et al. 2013).

5. Diskussion

Die durchgeführte Literaturanalyse führt zu zwei zentralen Erkenntnissen. Es bestätigt sich erneut, dass das Ungleichheitsthema im Pflegekontext bisher kaum aufgegriffen wurde und demnach rudimentär bearbeitet ist. Es bleibt also festzuhalten, dass die Diskussion über sozial bedingte pflegerische Versorgungsungleichheiten in Deutschland unterentwickelt ist. Auch wenn die Zahl der Publikationen und die Forschungsaktivitäten hierzulande begrenzt sind, bleibt aber auch die Erkenntnis, dass das pflegerische Versorgungsgeschehen anfällig für soziale Ungleichheiten ist. Vor diesem Hintergrund ist es ein Anliegen, für die Thematik zu sensibilisieren und auf die Notwendigkeit einer intensiveren Forschung hinzuweisen.

Insgesamt ist deutlich geworden, wie komplex und facettenreich sich der Themenbereich darstellt und wie viele inhaltliche Anknüpfungspunkte er bietet. Mit Blick auf die unterschiedlichen Bereiche, die skizziert wurden, fallen zahlreiche Forschungsdefizite ins Auge. So zeigen die Ausführungen zur Pflegebedürftigkeit, dass die Verfügbarkeit individueller Ressourcen das Risiko, pflegebedürftig zu werden, determiniert. Zuverlässige empirische Nachweise liegen allerdings erst auszugsweise vor. Die fehlende Empirie ist erstaunlich, sind die Ausgangsbedingungen eines sozial ungleich verteilten Pflegerisikos doch relativ gut konstatierbar (Bauer/Büscher 2008b). Die Überlegungen, dass das Begutachtungsverfahren und damit der Zugang zu versicherungsrechtlichen Leistungen sozialen Einflüssen unterliegen, sind nachvollziehbar, empirisch aber nicht hinreichend belegt. Vergleichsweise mehr Wissen existiert über milieuspezifische Pflegepräferenzen und bevorzugte Pflegearrangements. Praktiken institutioneller Ungleichbehandlungen können lediglich beispielhaft beleuchtet werden. Über die Folgen sozialer Einflüsse auf das Versorgungsgeschehen lassen sich bislang kaum Aussagen treffen. Auch Fragen der Versorgungsqualität bleiben weitestgehend unbeantwortet. Die Notwendigkeit weiterer Forschung liegt auf der Hand.

Es handelt sich um komplexe Themenfelder, die weder theoretisch noch empirisch annähernd ausgeschöpft sind. Während im Rahmen dieser Analyse eine enge Perspektive der pflegerischen Versorgung eingenommen wurde, ließen sich z. B. auch die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, Anleitung, Beratung, Schulung, Rehabilitation und Selbsthilfe deutlich stärker als bisher aus einer Ungleichheitstheoretischen und pflegerischen Perspektive betrachten. Ein weiterer Diskussionsstrang zeigt sich in der Ungleichheitstheoretischen Auseinandersetzung mit den Lebenssituationen pflegebedürftiger Menschen und beispielsweise der Frage, inwieweit Pflegebedürftigkeit soziale Ungleichheiten verschärft. Interessante Anregungen sind exemplarisch bei Büker (2008) zu finden, die die Situation von Familien mit einem behinderten Kind in den Blick nimmt. Gleichmaßen ausbaufähig sind Forschungsarbeiten, die den Fokus auf informelle und professionelle Pflegepersonen richten (z. B. Welche Rolle spielen Pflegenden bei der Kompensation von Ungleichheiten?). Auch unter den Stichworten „Pflege ist weiblich“, „grauer Pflegemarkt“ und „Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ wäre eine noch intensivere Ungleichheitsorientierte Debatte wünschenswert.

Dass Schichtmodelle nicht ausreichen, um Ungleichheiten abzubilden, sollte deutlich geworden sein. Horizontale Dimensionen, wie Alter, Geschlecht, Familienstand, ethnische Zugehörigkeit und Wohnort spielen bei der Auseinandersetzung mit der pflegerischen Versorgung eine wichtige Rolle. Unter dem Stichwort „wohnnortnahe Versorgung“ erlebt das „Quartier“ aktuell eine Renaissance und Aktivitäten in diesem Bereich werden politisch vorangetrieben. Auch hier ergeben sich Anschlussmöglichkeiten für eine ungleichheitsorientierte Pflegeforschung. Während die Wohnbedingungen und das Wohnumfeld schon vor langer Zeit Eingang in die Diskussion über gesundheitliche Ungleichheit gefunden haben (Hradil 2005; Voigtländer et al. 2012), steht eine systematische Einbindung in den pflegerischen Versorgungskontext weitestgehend aus. Im Rahmen des „Neighbourhood“-Projekts wurde erstmals die Bedeutung sozialräumlicher Ressourcen für den Autonomieerhalt bei Pflegebedürftigkeit untersucht (Falk et al. 2011). In die Studie einbezogen wurden ältere, multimorbide und vorwiegend sozial benachteiligte Frauen und Männer in benachteiligten Quartieren. Es zeigt sich, dass milieu- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kapitalausstattung die individuellen Handlungsspielräume und -strategien und damit die Chancen auf Selbstbestimmung beeinflussen (Heusinger 2012). Die Angebote im Quartier sind – mit Ausnahme von Einzelaktivitäten (z. B. Seniorenvertretungen, Beratungsangebote) – aufgrund mangelnder Verfügbarkeit, existierender Zugangsbarrieren, einer zielgruppenunspezifischen Ausrichtung und einer mangelnden Vernetzung größtenteils ungeeignet, individuelle Ressourcendefizite zu kompensieren (Falk 2012; Heusinger 2012). *„Die soziale Ungleichheit, die sich in den Milieuzugehörigkeiten widerspiegelt, setzt sich als ungleiche Chance auf professionelle Beratung und Unterstützung, auf selbstfinanzierte Hilfen und auf gesellschaftliche Teilhabe fort“* (Heusinger 2012: 103).

Doch stellt sich weiterhin die Frage, warum der Themenbereich der Pflege aus der Ungleichheitsdiskussion weitestgehend ausgeklammert wird bzw. warum das Ungleichheitsthema keinen Eingang in die Pflege findet. Stellen die christliche Tradition, das mitunter historisch bedingte Fehlen gesellschaftlicher Bezüge oder die berufseigenen Normen- und Wertesysteme der Pflege Ursachen für die zögerliche Auseinandersetzung dar?

Erkennbar ist, dass sich die gesundheitswissenschaftliche Ungleichheitsforschung lange Zeit auf Personen im erwerbsfähigen Alter konzentrierte und die Gruppe der älteren Menschen (und damit auch die größte Gruppe potenziell Pflegebedürftiger) vernachlässigt hat. An dieser Stelle besteht Nachholbedarf, der erkannt wurde. Des Weiteren zeigt die Erfahrung, dass Pflgethemen oft aus der Public-Health-Forschung und Public-Health-Themen andersherum aus der pflegewissenschaftlichen Forschung ausgeklammert werden. Naheliegend ist, dass dies der in Deutschland parallel verlaufenden historischen Entwicklung der beiden Disziplinen und den verschiedenen Traditionen geschuldet ist. Während die Pflegewissenschaft die individuelle Ebene und gezielt den Gegenstandsbereich der Pflege fokussieren, befasst sich Public Health vorwiegend mit Bevölkerungsgruppen und versteht sich als *„Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effi-*

zienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen“ (Gerlinger et al. 2012: 762). Die mangelnde Pflegeorientierung in Public Health und die gleichzeitig fehlende Public-Health-Orientierung der Pflegewissenschaft ist ein Dilemma, lässt sich das Thema „soziale Ungleichheit und Pflege“ doch idealerweise an dieser Schnittstelle verorten. Beide Disziplinen treffen sich bei der *„Bearbeitung von Fragen des Pflegebedarfs und der pflegerischen Versorgung auf Bevölkerungsebene sowie der Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit“* (Rennen-Allhoff/Schaeffer 2003: 10). Diese Schnittstelle, die im angloamerikanischen Raum durch das Konzept „Public Health Nursing“ präsentiert wird (Bender/Salmon 2009), findet in Deutschland – mit einigen Ausnahmen (ex. Brieskorn-Zinke 2007) – kaum Beachtung.

Ein Versuch, das Thema im Bereich der Versorgungsforschung verorten zu wollen, erscheint mit Blick auf das in Deutschland dominierende Verständnis von Versorgungsforschung ebenfalls mühevoll. In der Versorgungsforschung sind sowohl gesundheits- als auch pflegewissenschaftliche Perspektiven nicht adäquat vertreten. Obwohl aktuell viel Bewegung in der Debatte ist und die Forschungsaktivitäten vielfältiger werden, ist die Versorgungsforschung nach wie vor größtenteils auf die Krankenversorgung, die Analyse einzelner Behandlungsabschnitte, medizinisch-naturwissenschaftliche Paradigmen, quantitative Methoden und monodisziplinäre Forschungsansätze fokussiert (Schmacke 2007; Babitsch 2012). Entsprechend geht Bauer (2009) davon aus, dass der Mangel an einer systematischen Auseinandersetzung mit Versorgungsungleichheiten mitunter auch das Ergebnis einer unzureichenden fachwissenschaftlichen Verortung der Thematik ist. *„Offensichtlich ist – gerade in Deutschland – der Fokus einer sich ausbildenden Versorgungsforschung noch nicht klar genug auf Fragen der Versorgungsungleichheiten ausgerichtet“* (Bauer 2009: 399). Die angemessene Platzierung des Themas im fachwissenschaftlichen Diskurs stellt sicherlich eine Schwierigkeit dar, die beklagt werden kann. Darüber hinaus erscheint es zielführend, sich von Fragen nach Verantwortung und Expertise leiten zu lassen, wobei wir der Ansicht sind, dass es wohl kaum geeigneteren Expert/-innen als Gesundheits- und Pflegewissenschaftler/-innen gibt, um auf Versorgungsungleichheiten und Gerechtigkeitsprobleme im deutschen Gesundheitswesen hinzuweisen. Grundlegende Voraussetzung ist eine Erweiterung der Perspektiven, was auch beinhaltet, die Pflege als „soziales Feld“ (Schroeter 2008: 49) zu begreifen und als eigenständiges Forschungsfeld etablieren (Bauer/Büscher 2007).

6. Fazit

Bauer und Büscher kommen im Jahr 2007 zu dem Schluss, dass *„die eigenständige, ungleichheitsorientierte Beschäftigung mit dem Feld der pflegerischen Versorgung in der deutschen Debatte bisher merkwürdig unterrepräsentiert“* erscheint (S. 312). Diese Feststellung und die damit einhergehende Forderung nach einer Intensivierung einer ungleichheitstheoretischen Pflegeforschung hat mit Blick auf die durchgeführte Literaturanalyse Gültigkeit. Auch wenn der ebenfalls proklamierte Bedeutungszuwachs des Themas in fachwissenschaftlichen und sozialpolitischen Debatten (Bauer/Büscher 2007) ausgeblieben ist, hat das Thema nicht an Bedeutung verloren. In

Anbetracht des demografischen Wandels und des steigenden Pflege- und Versorgungsbedarfs ist es zwingend erforderlich, sich mit den Möglichkeiten einer bedarfsgerechten und nutzerorientierten pflegerischen Versorgung auseinanderzusetzen. Eine auf soliden Forschungsergebnissen basierende frühzeitige und tragfähige Diskussion über pflegerische Versorgungsungleichheiten hätte den Vorteil, nicht irgendwann erneut von ihnen überrascht zu werden. Die vorliegenden Hinweise, dass auch die pflegerische Versorgung anfällig für Ungleichheiten ist, sind systematisch zu verdichten. Eine derartige Auseinandersetzung gewinnt in Anbetracht der proklamierten Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen und der Ökonomisierungstendenzen, die mit steigenden finanziellen Belastungen und der verstärkten Betonung von Eigenverantwortung einhergehen, zusätzlich an Bedeutung und Brisanz. Diese Entwicklungen und die Auswirkungen insbesondere auf ressourcenschwache Gruppen sollten zukünftig aufmerksam verfolgt werden.

Literatur

- Babitsch, B. (2012): Stellungnahme. Öffentliches Fachgespräch zum Thema „Perspektiven der Versorgungsforschung“ am 13. Juni 2012. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung. 17(18)279 d
- Bauer, U. (2009): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. Internationale Forschungsbefunde und theoretische Zugänge. In: Zeitschrift für Sozialreform 55, 389-407
- Bauer, U./Büscher, A. (2007): Soziale Ungleichheit und Pflege: Konzeptionelle Zugänge. In: Pflege & Gesellschaft 12, 304-317
- Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.) (2008a): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS
- Bauer, U./Büscher, A. (2008b): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 7-45
- Bauer, U./Schaeffer, D. (2006): Soziale Ungleichheit in der Pflege – (k)ein Thema? In: Managed Care 7, 8-9
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Behrens, J. (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 180-211
- Bender, K. W./Salmon, M. E. (2009): Public health nursing: Pioneers of health care reform. In: Lundy, B. S./Janes, S. (Eds.): Community health nursing: Caring for the public's health. Sudbury: Jones & Bartlett
- Blinkert, B./Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt 49, 237-245
- Blinkert, B./Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Hannover: Vincentz
- Blinkert, B. (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 141-175
- Blinkert, B./Klie, T. (2006): Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Arrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 423-428

- Blinkert, B./Klie, T. (2008a): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: APUZ – Aus Politik und Zeitgeschichte 58, 25-33
- Blinkert, B./Klie, T. (2008b): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 238-255
- Borchert, L./Rothgang, H. (2008): Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 215-237
- Brandenburg, H. (1994): Altern in fremden Umwelten. In: Zeitschrift für Gerontologie 27, 419-428
- Brzoska, P./Razum, O. (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 18, 151-161
- Brieskorn-Zinke, M. (2007): Public Health Nursing: Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Büker, C (2008): Leben mit einem behinderten Kind: Betroffene Familien in sozial benachteiligter Lebenslage. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 282-300
- Dietzel-Papakyriakou, M./Olbermann, E. (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P./Wiedl, K. H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. IMIS-Schriften, Band 10. Göttingen: V & R unipress, 283-311
- Dreißig, V. (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transcript
- Dreißig, V. (2008): Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 363-374
- Falk, K. (2012): Selbstbestimmung bei Pflegebedarf im Alter – wie geht das? Kommunale Handlungsspielräume zur Versorgungsgestaltung. In: Kämpers, S./Heusinger, J. (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf. Altern unter Bedingungen der Marginalisierung. Bern: Huber, 39-75
- Falk, K./Heusinger, J./Kammerer, K./Khan-Zvornicanin, M./Kämpers, S./Zander, M. (2011): Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin edition sigma
- Gerlinger, T./Babitsch, B./Blättner, B./Bolte, G./Brandes, I./Dierks, M.-L./Faller, G./Gerhadus, A./Gusy, B. (2012): Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. In: Gesundheitswesen 74, 762-766
- Geyer, S./Peter, R. (1999): Occupational status and all-cause mortality: a study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. In: European Journal of Public Health 9, 114-118
- Güntert/, B. J./Thiele, G. (2008): Gibt es eine Unterfinanzierung der Pflege? In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 154-179
- Helmert, U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Beiträge zur Sozialpolitikforschung, Band 13. Augsburg: Maro Verlag
- Helmert, U./Bammann, K./Voges, W./Müller, R. (2000): Zum Stand der Forschung: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Helmert, U./Bammann, K./Voges, W./Müller, R. (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa: 15-26
- Heusinger, J. (2006): Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 418-422
- Heusinger, J. (2007): Freundin, Expertin oder Dienstmädchen – zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Funktion professioneller Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements. In: Pflege & Gesellschaft 12, 318-330
- Heusinger, J. (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer, U./Büscher, A.

- (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 301-314
- Heusinger, J. (2012): „Wenn ick wat nich will, will ick nich!“ Milieuspezifische Ressourcen und Restriktionen für einen selbstbestimmten Alltag trotz Pflegebedarf. In: Kämpfers, S./Heusinger, J. (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf. Altern unter Bedingungen der Marginalisierung. Bern: Huber, 77-105
- Heusinger, J./Klunder, M. (2005): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ – Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements, Frankfurt am Main: Mabuse
- Hradil, S. (1987): Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Leske + Budrich
- Hradil, S. (2005): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Wiesbaden: VS
- Kopetzky, D. (2012): „Maybe we can?“ Die Stolpersteine der US-Gesundheitsreform. FRP Working Paper 06/2012. Regensburg
- Kuhlmeiy, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 357-368
- Lampert, T./Saß, A.-C./Häfelinger, M./Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Berichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Lemke, C. (2011): Richtungswechsel. Reformpolitik der Obama-Administration. Wiesbaden: VS
- Metzing, S./Schnepf, W. (2008): Warum Kinder und Jugendliche zu pflegenden Angehörigen werden: Einflussfaktoren auf die Konstruktion familialer Pflegearrangements. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 315-341
- Mielck, A. (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber
- Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa
- Möller, A./Osterfeld, A./Büscher, A. (2013): Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, 312-316
- Neelsen, S./Metzger, M. (2009): Obamacare – Hoffnung auf eine Reform des amerikanischen Gesundheitssystems? In: info Schnelldienst 62
- Okken, P.-K. (2007): Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten. Diplomarbeit. Hochschule Vechta
- Okken, P.-K./Spallek, J./Razum, O. (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 369-422
- Pritzkeleit, R./Erben, C. M. (2001): Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz. In: Das Gesundheitswesen 63, 200-204
- Razum, O./Geiger, I./Zeeb, H./Ronellenfitch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt 101, A2882-A2887
- Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (2003): Einleitung. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 9-13
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Altersdemenz. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R. (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Heft 5, St. Augustin: Asgard-Verlag

- Rothgang, H./Kulik, D./Müller, R./Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard-Verlag
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Schmacke, N. (2007): Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus? In: GGW 7, 7-13
- Schopf, C./Naegele, G. (2005): Alter und Migration – ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 384-395
- Schroeter, K. R. (2008): Pflege in Figurationen – ein theoriegeleiteter Zugang zum ‚sozialen Feld der Pflege‘. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 49-77
- Siegrist, J./Marmot, M. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber
- Simon, M. (2004): Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. In: Journal of Public Health 12, 218-228
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Tiesmeyer, K./Brause, M./Lierse, M./Lukas-Nülle, M./Hehlmann, T. (2008): Soziale Ungleichheit – der blinde Fleck in der Gesundheitsversorgung. In: Tiesmeyer, K.; Brause, M.; Lierse, M.; Lukas-Nülle, M.; Hehlmann, T. (Hrsg.): Der blinde Fleck – Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber, 11-20
- Voges W./Helmert U./Timm A./Müller R. (2004): Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik
- Voigtländer, S./Mielck, A./Razum, O. (2012): Die Bedeutung des kleinräumigen Kontexts für Gesundheit: Entwurf eines Erklärungsmodells. In: Gesundheitswesen 74, 702-709
- von dem Knesebeck, O./Bauer, U./Geyer, S./Mielck, A. (2009): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung - ein Plädoyer für systematische Forschung. In: Gesundheitswesen 71, 59-62
- von dem Knesebeck, O./Schäfer, I. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 253-265
- WHO - World Health Organization (2011): NCD Country Profiles. Online verfügbar unter: URL: http://www.who.int/nmh/countries/deu_en.pdf [Stand: 20.11.2012]
- WHO - World Health Organization, Regionalbüro für Europa (2012): Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa: Online verfügbar unter: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/174629/e96638-Ger.pdf [Stand: 20.11.2012]
- Zemann, P. (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration. Berlin: deutsches Zentrum für Altersfragen

Angela Nikelski, M.Sc. Public Health (Kontaktperson)

Fachhochschule Bielefeld, InBVG – Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung, Werner-Bock-Str. 36, 33602 Bielefeld, angela.nikelski@fh-bielefeld.de

Prof. Dr. Annette Nauerth

Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Lehrinheit Pflege und Gesundheit, Am Stadtholz 24, 33609 Bielefeld, annette.nauerth@fh-bielefeld.de

Die Autorinnen sind Mitglieder der Forschungs Kooperation Nutzerorientierte Versorgung bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit (NuV) zwischen der Universität Bielefeld und der Fachhochschule Bielefeld. Sprecherinnen: Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Annette Nauerth. Der Forschungsverbund wird durch das Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert. www.forschungskooperation-nuv.de

Sarah Dangendorf, Tobias Hucker, Tobias Sander

Akademisierung und Geschlechtersegregation in der Altenpflege

Academization and gender segregation in geriatric care

Professional care is still characterized by pronounced gender inequalities. These inequalities concern career decisions (horizontal segregation) as well as the hierarchical positioning of employees in care facilities (vertical segregation). Based on results of the statistics of care this article investigates the effect of academization on gender distribution in the case of employees of care facilities. While the effect of gender on occupational advancement is still evident, the expected relative increase of male occupation through academization cannot be observed.

Keywords

academization, care, gender differences, horizontal segregation, professionalization, vertical segregation

Berufliche Pflege ist nach wie vor durch ausgeprägte Geschlechterungleichheiten gekennzeichnet. Diese Ungleichheiten zeigen sich bei Berufswahlentscheidungen (horizontale Segregation) ebenso wie bei der hierarchischen Positionierung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen (vertikale Segregation). Der folgende Beitrag untersucht anhand aktueller Daten aus der Pflegestatistik, wie sich die Akademisierung der Pflege auf die Geschlechterverteilung bei Beschäftigten von Altenpflegeeinrichtungen auswirkt. Während die beruflichen Aufstiegschancen noch immer vom Geschlecht beeinflusst werden, lässt sich der erwartete, mit der Akademisierung einhergehende relative Beschäftigungszuwachs bei Männern nicht beobachten.

Schlüsselwörter

Akademisierung, Geschlechterungleichheit, horizontale Segregation, Pflege, Professionalisierung, vertikale Segregation

1. Akademisierung der Pflege in Deutschland

Als mit der Einrichtung der ersten Pflegestudiengänge in den 1990er Jahren der Grundstein für die Akademisierung der Pflege in (West-)Deutschland gelegt wurde, erfolgte dies vor allem mit der Zielsetzung, die Pflege zu professionalisieren und dem Mangel an hochqualifizierten Pflegefachkräften zu begegnen (vgl. Bögemann-Großheim 2004; Krampe 2013: 49). Lange Zeit galt die Pflege als eine untergeordnete Hilfsdisziplin der Medizin (vgl. Schnabel 2008: 31; Maio 2016: 6), die keine hohen Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten stellte. Auch heute noch wird sie häufig als intuitive, auf tief in die Person eingeschriebene Routinen aufbauende Tätigkeit konstruiert, die vor allem die üblicherweise mit Frauen assoziierte Befähigung zur Emo-

eingereicht 06.07.2016
akzeptiert 16.11.2016

tionsarbeit erfordert (vgl. Miers 2001: 148). Für Männer stehen im herkömmlichen Sinn passende Identitätsschemata im Pflegeberuf dagegen nicht zur Verfügung (vgl. Ummel 2004: 187). Dies korrespondiert mit der spezifischen Beschäftigtenstruktur des Pflegesektors, der traditionell als Frauendomäne gilt und bis heute überwiegend mit Frauen besetzt ist. Dazu passt, dass Pfleger häufig Fachgebiete wählen, die mit den scheinbar herkömmlichen beruflichen Rollen ihres Geschlechts stärker in Einklang gebracht werden können. Ein Beispiel ist die Intensivpflege, in der vor allem dem männlichen Kompetenzbereich zugeschriebene Einsatz von Technik eine zentrale Rolle spielt (vgl. Sewtz 2008: 124 f.).

Die Bemühungen um eine stärkere Akademisierung und Professionalisierung der Pflege werden nachfolgend zum Anlass genommen, auf der Grundlage aktueller statistischer Daten mögliche Effekte der Pflegeakademisierung auf die Geschlechterstruktur des Pflegepersonals zu untersuchen. Die Analyse richtet sich speziell auf den Bereich der im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI erbrachten Pflege (kurz: Altenpflege). Innerhalb der Pflegeberufe nimmt letztere eine gewisse Sonderstellung ein, die sie für die Untersuchung besonders interessant macht. Zum einen bietet die Altenpflege trotz ihrer wachsenden gesellschaftlichen Relevanz eher schwierige Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Akademisierung und die grundlegende meritokratische Präzisierung des beruflichen ‚Könnens‘ (vgl. Pfadenhauer 2010: 155). Zum anderen repräsentiert sie – auch hinsichtlich der Geschlechterzusammensetzung – den traditionellsten Entwicklungspfad der Pflegeberuflichkeit in Deutschland, die bislang nur geringe arbeitsinhallich begründbare Bedarfe der formalen Höherqualifizierung, sprich Akademisierung, erkennen lässt (vgl. Stöcker 2005). Unter den Pflegeberufen stellt die Altenpflege daher gewissermaßen einen Extremfall dar, an dem sich Trends in der Geschlechterverteilung im Zusammenhang mit der (Teil-)Akademisierung besonders deutlich nachvollziehen lassen. Weil viele pflegebezogene Studienangebote dezidiert auf eine Übernahme von Leitungspositionen vorbereiten, liegt ein Untersuchungsschwerpunkt auf den dispositiven Aufgabenbereichen in Pflegeeinrichtungen.

1.1 Wachsende Qualifikationsanforderungen in der Pflege

Die verbreitete Vorstellung von einer nur geringe Qualifikationen erfordernden Pflegearbeit hat mit der beruflichen Realität wenig gemein. Tatsächlich nehmen die Anforderungen an beruflich Pflegende aufgrund demografischer und epidemiologischer Veränderungen zu (vgl. Sachverständigenrat 2012; Schöps et al. 2015), was die Diskussion um eine stärkere Akademisierung und Verwissenschaftlichung des Berufsfeldes zusätzlich befördert hat (vgl. Rogalski et al. 2012). Um der steigenden Komplexität und Relevanz von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, empfiehlt etwa der Wissenschaftsrat (2012), künftig 10 bis 20 Prozent des pflege- und therapieberuflichen Nachwuchses auf hochschulischem Niveau auszubilden. Vor allem komplexe, mit besonderer Verantwortung verbundene Tätigkeiten sollten demnach von Personen ausgeübt werden, die eine pflegerische Hochschulausbildung absolviert haben (ebd.). Ein wesentliches Ziel einer solchen Teilaka-

demisierung besteht in der Verbesserung der Patientenversorgung. Tatsächlich deutet eine Metaanalyse internationaler Studien darauf hin, dass sich der Einsatz von Bachelorabsolvent/-innen in der Pflege positiv auf das Patientenoutcome auswirkt (vgl. Darman-Finck 2012).

Die Forderungen nach einer Akademisierung der Pflege sind nicht nur als Reaktion auf veränderte Qualifikationsanforderungen, sondern auch als Antwort auf drohende Personalengpässe im Pflegebereich zu sehen. So soll die Akademisierung die Attraktivität der Pflegeberufe erhöhen, um mehr Menschen für eine pflegeberufliche Tätigkeit zu interessieren und dem aufgrund des demografischen Wandels zu erwartenden Mangel an Pflegefachkräften zu begegnen. Der Akademisierung kommt hierbei die Rolle zu, durch die Etablierung neuer Karrierepfade den gesellschaftlichen Status der Pflegeberufe zu verbessern, die oft als ‚Sackgassenberufe‘ wahrgenommen würden (vgl. Sachverständigenrat 2012: 91 ff.; 2014: 486 f.).

Obwohl die Akademisierung der Pflege noch keine hinreichende Bedingung für deren Professionalisierung ist (vgl. Schaeffer 1994: 123 ff.; Schroeter 2006: 58), lässt sie sich als ein wichtiger Beitrag zur Professionsbildung begreifen. Unter Professionen werden hierbei auf exklusives Wissen aufbauende, in der Regel akademische berufliche Formationen verstanden, die über klar definierte, umfassende Zuständigkeiten verfügen und eine hohe Eigenständigkeit in der konkreten Berufsausübung aufweisen – mit entsprechend positiven Folgen für den sozialen Status der Berufstätigen (vgl. Pfadenhauer/Sander 2010).¹ Die Akademisierung könnte unter anderem dazu beitragen, die verzerrte Sicht auf die pflegeberuflich notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen zu korrigieren und das Image der Pflegeberufe zu verändern. Wie Krampe (2013) beschreibt, galt die Akademisierung der Pflege seitens zentraler Protagonist/-innen auch als Möglichkeit, „die Pflege zu ‚entfeminisieren‘, sie rational und sachlich, strukturiert und transparent zu gestalten“ (2013: 50). Entfeminisierung bedeutete in diesem Zusammenhang nicht, weniger Frauen in der Pflege einzusetzen, sondern Pflegearbeit gewissermaßen stärker zu objektivieren und evidenzgeleitet zu strukturieren (vgl. ebd.). Statt einer Veränderung der Beschäftigungsstruktur ging es vielmehr um eine Modifikation der Arbeitsprozesse sowie der für erforderlich erachteten Qualifikationen und Kompetenzen.

1.2 Akademisierung und Professionalisierung der Altenpflege – ein schwieriges Unterfangen

Vordergründig erscheinen die Rahmenbedingungen für eine Professionalisierung der Altenpflege günstig. Dies liegt nicht zuletzt am zunehmenden Stellenwert der Alten-

1 Inwiefern solche höheren Bildungsprofile auch die genannten exklusiven Zuständigkeiten und Bewertungen ihrer Tätigkeit erreichen können, ist eine Frage der erfolgreichen Inszenierung einer entsprechenden Beruflichkeit bzw. eine Frage der gesellschaftlichen Governance von Berufen und Beruflichkeit. Von den damit in aller Kürze erfassten professionskriterien- und machttheoretischen Ansätzen sind diejenigen Ansätze abzugrenzen, die Professionalität (und Professionen) allein auf Basis der Interaktionsordnung (mit Klient/-innen, Patient/-innen, Mandant/-innen, Adressat/-innen) untersuchen bzw. definieren (vgl. Schütze 1984; Oevermann 1983 sowie für den vorliegenden Gegenstand Behrens 2005).

pflege, der vor allem auf zwei Entwicklungen zurückzuführen ist: Zum einen lassen der demografische Wandel und die erhöhte Lebenserwartung die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren signifikant steigen (vgl. Rothgang et al. 2012). Zum anderen ist davon auszugehen, dass die häusliche Pflege – bislang das Feld, in dem am meisten gepflegt wird – aufgrund schwindender familiärer Bindungen kontinuierlich zurückgehen und der Bedarf an beruflich Pflegenden komplementär dazu wachsen wird.

Die steigende Relevanz der beruflichen Altenpflege lässt sich bereits heute am Arbeits- und Ausbildungsmarkt ablesen. Während der Bestand der in Krankenhäusern tätigen Pflegekräfte zurückgeht und einen sinkenden Anteil an der Gesamtbeschäftigung in der Pflege ausmacht, nimmt das Beschäftigungsvolumen in Einrichtungen der Altenpflege zu (Simon 2012). Ein deutlicher Zuwachs ist zudem bei den Auszubildenden zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger zu verzeichnen. Mit einem Plus von rund 36 Prozent zwischen den Schuljahren 2007/8 und 2011/12 sind die Schülerzahlen in keinem anderen Pflegeberuf so stark gestiegen wie hier (Zöllner 2014).²

Trotz dieser Entwicklungen erweist sich die Altenpflege unter Professionalisierungsaspekten als ein schwieriges Berufsfeld. Ein Grund hierfür ist in der relativ kurzen Historie des Altenpflegeberufs in Deutschland zu sehen. Bis in die 1980er Jahre wurde bezahlte Altenpflege meist von Ungelernten oder Krankenpfleger/-innen geleistet (vgl. Kleinert/Dietrich 2006: 247). Eine grundberufliche ‚Vollausbildung‘ in Form eines dreijährigen Curriculums hat sich im Unterschied zu den anderen Pflegeberufen erst vor rund zwei Jahrzehnten durchgesetzt. Lange Zeit war die altenpflegerische Berufsausbildung länderspezifisch reguliert und wurde erst 2003 mit Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes bundeseinheitlich geregelt.

Es ist aber nicht nur die kurze Entstehungsgeschichte des Altenpflegeberufs, die dessen Professionalisierung erschwert, sondern auch dessen geringes soziales Prestige. So weist Voges (2002: 22) darauf hin, dass die Altenpflege häufig als eine Tätigkeit aufgefasst wird, für die „*Jederafrau/Jedermann-Qualifikationen*“ ausreichen. Dies sei kennzeichnend für ein Verständnis, bei dem der Beruf mit einem bloßen Job gleichgesetzt wird. Eine solche, primär auf die Erwerbsfunktion abstellende Sichtweise ist insofern problematisch, als in der Altenpflege soziale Kompetenzen ein notwendiger Bestandteil der beruflichen Handlungsbefähigung sind. Ähnlich skeptisch betrachtet Klement (2006: 251) den Teilbereich der ambulanten Altenpflege. Hinsichtlich ihrer Beschäftigten, der Aufgaben und der beruflichen Herangehensweisen sei die ambulante Altenpflege durch eine starke Heterogenität gekennzeichnet, die einer Standardisierung, qualitativen Verbesserung und Aufwertung des Berufs im Wege stehe.

Ein weiteres Professionalisierungshemmnis sind nicht zuletzt die herrschenden Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der Altenpflege (vgl. Theobald et al 2013). Schlechte Bezahlung, atypische Beschäftigungsverhältnisse, geringe Aufstiegsmög-

2 Im selben Zeitraum ist die Zahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege um rund acht und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege um knapp fünf Prozent gestiegen (vgl. Zöllner 2014).

lichkeiten, unregelmäßige Arbeitszeiten, eine hohe Arbeitsbelastung und ein arbeitsalltäglich spürbarer Kostendruck sind die Hauptgründe, warum dieses Arbeitsmarktsegment als vergleichsweise unattraktiv gilt und regelmäßig vom ‚Pflegenotstand‘ und zunehmend auch vom ‚Caredrain‘ die Rede ist. Es ist daher kaum verwunderlich, dass die Qualifikationen der Bewerber/-innen um einen Ausbildungsplatz in der Pflege häufig als unzureichend beschrieben werden und eine Ausbildung in der Pflege für Schulabhängiger/-innen oft nur die zweite Wahl darstellt (vgl. Hoefert 2011: 38).

2. Auswertung der Pflegestatistik

Im Folgenden werden anhand aktueller pflegestatistischer Daten die Bestandsentwicklung bei Pflegeakademiker/-innen in der Altenpflege analysiert und mögliche Akademisierungseffekte auf die Geschlechterrelation beim Altenpflegepersonal untersucht. Ein besonderes Interesse gilt der Frage, inwiefern die (Teil-)Akademisierung der Pflege mit einem steigenden Männeranteil in pflegerischen Leitungspositionen einhergeht und eine vertikale Geschlechtersegregation befördert.

Hypothesen

Ausgangspunkt der Analyse sind folgende Forschungshypothesen:

1. Die fortschreitende Akademisierung der Pflege erhöht die Attraktivität dieses Berufsfelds für die dort traditionell unterrepräsentierten Männer und lässt den Männeranteil unter den Fachpflegekräften steigen. Dies gilt insbesondere für das hochschulisch qualifizierte Pflegepersonal.
2. Ausgehend vom Konzept der allokativen Diskriminierung (vgl. Peterson/Saporta 2004) wird ein Geschlechtereffekt auf die innerbetriebliche Positionierung vermutet, der dazu führt, dass männliche Pflegeakademiker überdurchschnittlich häufig in leitenden Positionen anzutreffen sind.

Methodische Anmerkungen

Die Untersuchung stützt sich auf aggregierte Daten der Pflegestatistik, die von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 zweijährig zum Stichtag 15. Dezember erstellt wird. Grundlage der Pflegestatistik ist eine Vollerhebung über alle stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Deutschland, die Leistungen gemäß SGB XI anbieten (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). Neben Angaben zu Art, Trägerschaft und Leistungserbringung enthält die Statistik differenzierte Daten zum Personalbestand der jeweiligen Einrichtungen. Die Personalbestandsdaten sind nach Alter, Geschlecht, überwiegendem Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss gegliedert (vgl. ebd.) und ermöglichen grundlegende Analysen beschäftigungsstruktureller Entwicklungen in der Sozial- und Altenpflege. Die Auswertung basiert auf den jüngsten verfügbaren Daten des Erhebungsjahres 2013.

Die Bearbeitung der Forschungsfragen erfolgt anhand von Kontingenzanalysen unter Berücksichtigung der pflegestatistisch ausgewiesenen Merkmale Geschlecht, Tätigkeitsbereich und beruflicher Abschluss. Für die Durchführung der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests und die Berechnung verschiedener Assoziationsmaße (Phi, Odds Ratio, Prozentsatzdifferenz) dient die Statistikumgebung R unter Verwendung der Pakete `gmodels` und `vcd` (vgl. R Core Team 2016). Entsprechend der Differenzierungslogik der Pflegestatistik werden stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) und ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) separat ausgewertet.

Die Datenstruktur der Pflegestatistik macht es für die Analysen erforderlich, die Ausprägungen der Untersuchungsvariablen Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss zu dichotomisieren. Bei der Untersuchung des Geschlechtereffekts auf den Tätigkeitsbereich ist es zudem notwendig, Fälle mit für unsere Fragestellung irrelevanten Merkmalsausprägungen auszuschließen. Zur Durchführung der Kontingenzanalysen werden die Variablen Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss daher wie folgt umcodiert:

Tätigkeitsbereich

Die Pflegestatistik differenziert die Beschäftigten nach ihrem überwiegenden Tätigkeitsbereich und ordnet sie bei Pflegeheimen sieben und bei Pflegediensten sechs Bereichen zu. Weil der Untersuchungsschwerpunkt auf der Pflege im engeren Sinne liegt, ist für die nachfolgende Untersuchung nicht jeder der statistisch ausgewiesenen Tätigkeitsbereiche relevant. Pflegefernere Tätigkeitsfelder, wie der hauswirtschaftliche und der haustechnische Bereich in Pflegeheimen und die hauswirtschaftliche Versorgung bei Pflegediensten, werden daher aus den Analysen ausgeschlossen. Mangels Zuordenbarkeit gilt dies ebenso für den nicht eindeutig abgrenzbaren sonstigen Bereich.

Die vorgenommene Dichotomisierung der Tätigkeitsvariablen erfolgt durch eine Unterscheidung von dispositiven und operativen pflegerischen Tätigkeiten. Zu den dispositiven Tätigkeiten werden die Geschäftsführung und Verwaltung, bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen zusätzlich auch die Pflegedienstleitung gezählt. Unter die operativen pflegerischen und betreuenden Tätigkeiten fallen in den Pflegeheimen die Pflege und Betreuung, die soziale Betreuung und die zusätzliche Betreuung. Bei den ambulanten Pflegediensten sind es die Grundpflege und die häusliche Betreuung.

Berufsabschluss

Bei den Berufsabschlüssen werden nachfolgend pflegerische Fachhochschul- und Universitätsabschlüsse (Vergleichsgruppe 1) von anderen in der Pflegestatistik erfassten Abschlüssen (Vergleichsgruppe 2) unterschieden. Letztere beinhalten neben pflegeberuflichen Ausbildungsabschlüssen teilweise auch akademische Abschlüsse, wie etwa Studienabschlüsse der Fachrichtungen Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Akademische Abschlüsse können darüber hinaus in der Kategorie der sonstigen Abschlüsse enthalten sein, der beispielsweise auch Ärztinnen und Ärzte zugeordnet werden. Die

Kontrastierung pflegewissenschaftlicher Studienabschlüsse mit anderen Berufsabschlüssen ist daher keine Gegenüberstellung von akademischen und nicht-akademischen Bildungsniveaus. Faktisch umfasst die zweite Vergleichsgruppe jedoch überwiegend nicht-akademische Berufsabschlüsse mit Pflegebezug.

3. Ergebnisse

3.1 Stand und Entwicklung der Akademisierung der Altenpflege

Derzeit machen Personen, die ein pflegebezogenes Fachhochschul- oder Universitätsstudium absolviert haben, nur einen marginalen Anteil am Gesamtpersonal Altenpflegerischer Einrichtungen aus. Lediglich 0,4 Prozent des Pflegeheimpersonals und 0,3 Prozent der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste verfügen über einen entsprechenden Studienabschluss (vgl. Statistisches Bundesamt 2015), womit ihr Anteil weit von den Empfehlungen des Wissenschaftsrats entfernt ist. Legt man die bisherige Bestandsentwicklung pflegeakademisch qualifizierter Fachkräfte zugrunde (vgl. Abbildung 1), ist trotz vergleichsweise hoher Wachstumsraten auch keine schnelle Änderung zu erwarten. Zwischen 1999 und 2013 nahm die Zahl der Beschäftigten mit einem pflegerischen Studienabschluss jährlich um durchschnittlich zehn Prozent (Pflegeheime) bzw. 7,1 Prozent (ambulante Pflegedienste) zu.³ Bei Fortschreibung dieser Wachstumsraten und unter der vereinfachenden Prämisse, dass das Beschäftigungsniveau im Pflegesektor konstant bleibt, würde die empfohlene Mindestquote von zehn Prozent in den Pflegeheimen frühestens im Jahr 2046 erreicht, in den ambulanten Pflegediensten erst 2063.

Dass sich der Akademisierungsprozess noch in seiner Anfangsphase befindet, verdeutlicht auch das quantitative Verhältnis von Pflegeeinrichtungen zu den dort arbeitenden Pflegeakademiker/-innen. Bei den Pflegeheimen übersteigt der Einrichtungenbestand die Zahl der pflegeakademisch qualifizierten Beschäftigten um den Faktor 4,3, bei den ambulanten Pflegediensten sogar um den Faktor 11,6 (vgl. Statistisches Bundesamt 2015; eigene Berechnungen).

3.2 Horizontale Geschlechtersegregation

Den traditionell starken Frauenüberhang in Pflegeberufen (vgl. Anker 1998; Bundesagentur für Arbeit 2011: 6) spiegeln die Daten der Pflegestatistik deutlich wider. In stationären Pflegeeinrichtungen stellen Frauen 84,9 und in ambulanten Einrichtungen 87,4 Prozent aller Beschäftigten. Im Vergleich mit früheren Erhebungsjahren fällt auf, dass die Ungleichverteilung der Geschlechter in der Pflegearbeit nicht nur fortbesteht, sondern tendenziell zugenommen hat. Seit 1999 legte der Frauenanteil an den Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen um 0,7 Prozentpunkte und an den Beschäftigten ambulanter Einrichtungen um 2,3 Prozentpunkte zu.

³ Jährliche Wachstumsrate; eigene Berechnungen.

Zum Teil ist dieser Zuwachs auf die Ausweitung von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung zurückzuführen – Arbeitsverhältnisse, in denen sich überproportional viele Frauen befinden (vgl. Dressel 2005: 121 ff.; Oschmianski 2007: 12 ff.; Wanger 2011). Bei den stationären Pflegeeinrichtungen stieg der Anteil der geringfügig und in Teilzeit Beschäftigten seit 1999 von 45 auf zuletzt 61,9 Prozent an. Bei den ambulanten Pflegediensten erhöhte er sich im selben Zeitraum von 63,7 auf 69,8 Prozent. Der Frauenanteil ging in dieser Gruppe zwar leicht zurück, ist aber weiterhin überproportional hoch. Im Bereich der Pflegeheime beträgt er aktuell 90,1 Prozent und liegt damit um mehr als fünf Prozentpunkte über dem Anteilswert für alle Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen.

Die überproportionale Ausweitung der Teilzeitarbeit in der Pflege (vgl. Simon 2012) trägt zu einem steigenden Frauenanteil am Pflegepersonal bei, ohne diesen Anstieg jedoch vollständig erklären zu können, wie die Betrachtung der vollzeitäquivalenten Beschäftigungsverhältnisse zeigt. Der Frauenanteil fällt in diesem Fall zwar etwas niedriger aus, bleibt aber auf hohem Niveau. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes (2015) liegt er in Pflegeheimen aktuell bei 83,7 und in ambulanten Pflegediensten bei 86,3 Prozent.

Pflegeakademiker/innen

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Beschäftigten mit pflegerischem Hochschulabschluss. In absoluten Zahlen bilden Frauen hier eine deutliche Mehrheit; ihr Anteil fällt jedoch geringer aus als in der Gesamtheit des Pflegepersonals. Bei den Pflegeheimen beträgt er zurzeit 69,6 und bei den Pflegediensten 71,9 Prozent. Die in Pflegeeinrichtungen tätigen Frauen haben somit seltener einen pflegeakademischen Abschluss, als es die Geschlechtsverteilung über alle in Pflegeeinrichtungen Beschäftigten erwarten lässt. Dies deutet darauf hin, dass Männer bislang stärker von der Akademisierung der Pflege profitieren. Allerdings nimmt der Frauenanteil unter den berufstätigen Pflegeakademiker/-innen zu und ist seit 1999 in Pflegeheimen um 3,4 und in Pflegediensten um 3,6 Prozentpunkte angewachsen. Die bestehende Unterrepräsentanz von pflegewissenschaftlich qualifizierten Frauen dürfte dieser schwache Trend auf längere Sicht allerdings kaum aufheben (vgl. Abbildung 1).

3.3 Vertikale Geschlechtersegregation

Geschlechtereffekte zeigen sich nicht nur bei der Berufswahl, wie es die Existenz typischer Frauen- und Männerberufe verdeutlicht, sondern auch bei der hierarchischen Positionierung innerhalb eines Berufsfeldes. Neben die horizontale berufliche Geschlechtersegregation tritt eine vertikale Segregation, die sich in einer disproportionalen Verteilung von Frauen und Männern auf operative und dispositive Tätigkeiten manifestiert.

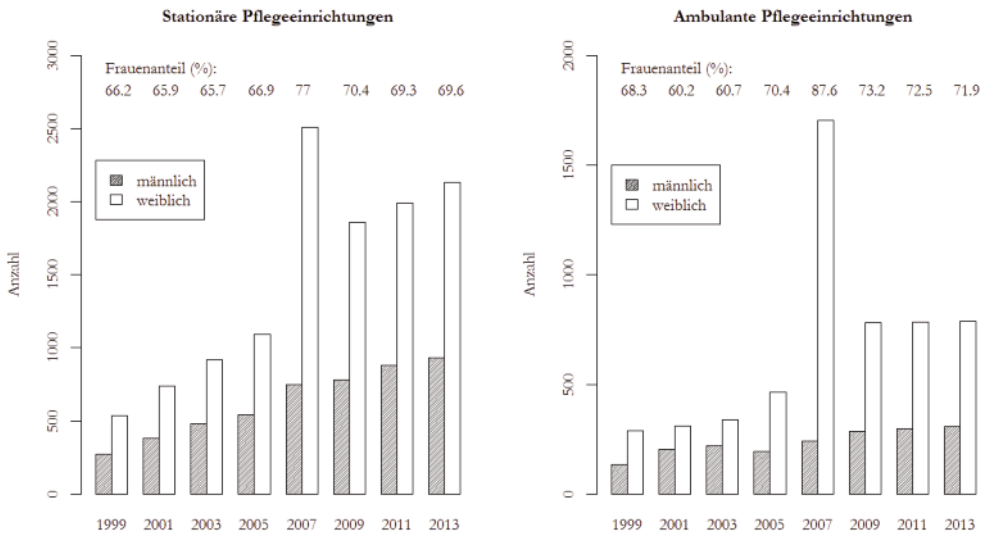


Abb. 1: Geschlechterverteilung bei Pflegeakademiker/innen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen 1999–2013. Stichtag 15. Dezember.⁴ Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015; eigene Darstellung

Für die stationären Pflegeeinrichtungen lässt sich das Ausmaß der vertikalen beruflichen Geschlechtersegregation zeigen, indem man das Geschlechterverhältnis in der Pflege- und Betreuung mit jenem in der Geschäftsführung und Verwaltung kontrastiert. Während von den in Pflegeheimen tätigen Frauen 93,8 Prozent im Bereich Pflege und Betreuung und 6,2 Prozent in der Geschäftsführung und Verwaltung anzutreffen sind, ist das Verhältnis bei den Männern zugunsten der dispositiven Aufgabenbereiche verschoben.⁵ Die Relation beträgt hier 90 zu zehn Prozent. Die Kontingenzanalyse zeigt einen signifikanten (überzufälligen) Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Art der Tätigkeit, der allerdings nur sehr schwach ausfällt (vgl. Tabelle 1). Seit Beginn der Pflegestatistik ist er zudem deutlich zurückgegangen. Lag die relative Chance für Frauen, eine operative statt einer dispositiven Tätigkeit zu übernehmen, im Berichtsjahr 1999 noch um den Faktor 2,2 über der der Männer, ist sie mittlerweile lediglich 1,7-mal so hoch. Offenbar spielt das Geschlecht eine abnehmende Rolle bei der Allokation von operativen und dispositiven Tätigkeiten in Pflegeheimen.

Bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen stellt sich die Situation ähnlich dar. Auch hier sind operative und dispositive Tätigkeiten ungleich über die Geschlechter verteilt. Während Frauen zu 88,6 Prozent in der Grundpflege oder häuslichen Betreuung und zu 11,4 Prozent im Bereich Pflegedienstleitung oder Verwaltung und Geschäftsführung tätig sind, beträgt die Relation bei Männern 81,8 zu 18,2 Prozent. Wie bei den

⁴ Nach telefonischer Auskunft des Statistischen Bundesamts handelt es sich bei dem auffällig hohen Frauenanteil im Berichtsjahr 2007 um ein statistisches Artefakt, das sich mit Zuordnungsfehlern infolge einer geänderten Erfassung der Berufsabschlüsse erklären lässt.

⁵ Pflege und Betreuung einschließlich soziale und zusätzliche Betreuung.

Tätigkeitsbereich		Beschäftigte insgesamt			Pflegeakademiker/innen		
		Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Pflege u. Betreuung; Soziale Betreuung; Zusätzliche Betr. (A)	Häufigkeit	438.530	68.838	507.368	910	250	1160
	Erwartete H.	436.035,15	71.332,85		801,83	358,17	
	Anteil	93,84%	90,04%	93,30%	44,72%	27,50%	39,40%
Verwaltung und Geschäfts- führung (B)	Häufigkeit	28.803	7615	36.418	1125	659	1784
	Erwartete H.	31.297,85	5120,15		1233,17	550,83	
	Anteil	6,16%	9,96%	6,70%	55,28%	72,50%	60,60%
	Odds (A/B)	15,23	9,04	13,93	0,81	0,38	0,65
Insgesamt	Häufigkeit	467.333	76.453	543.786	2035	909	2944
	Anteil	85,94%	14,06%	100,00%	69,12%	30,88%	100,00%
		<i>d</i> %	3,80		17,21		
		Odds Ratio	1,68		2,13		
		95 %-KI	[1,64; 1,73]		[1,80; 2,53]		
		χ^2	1516,05***		77,99***		
		ϕ	0,05		0,16		

Signifikanzniveaus: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015; eigene Berechnungen

Tab. 1: Bivariater Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Tätigkeitsbereich bei Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen, Stichtag 15. Dezember 2013

stationären Einrichtungen ist der statistische Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Art der Tätigkeit äußerst gering (vgl. Tabelle 2) und rückläufig. War 1999 die relative Chance der Frauen, eine operative statt einer dispositiven Tätigkeit zu übernehmen, noch um den Faktor 2,1 höher als die der Männer, ist sie aktuell 1,7-mal so hoch.

Pflegeakademiker/innen

Bei Beschäftigten mit pflegerischem Hochschulabschluss ist der beschriebene Gender-Bias noch ausgeprägter – obgleich anzunehmen ist, dass diese zusätzliche formale Qualifikation die Zuschreibung von (vorgeblich) geschlechtsbezogenen Kompetenzen überformt, also abschwächt. Während in den stationären Pflegeeinrichtungen 55,3 Prozent der Frauen mit einem solchen Studienabschluss in der Geschäftsführung oder Verwaltung anzutreffen sind, sind es bei gleich qualifizierten Männern 72,5 Prozent.⁶ Statistisch besteht hier ein hochsignifikanter, wenn auch relativ schwacher Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der innerbetrieblichen hierarchischen Positionierung. Danach ist in der Gruppe der Pflegeakademiker/innen die Chance der

⁶ Der hohe Beschäftigtenanteil in dispositiven Aufgabenbereichen erklärt sich nicht zuletzt damit, dass bislang kaum dedizierte Stellen für Pflegeakademiker/innen in der Pflege am Patienten existieren.

Tätigkeitsbereich		Beschäftigte insgesamt			Pflegeakademiker/innen		
		Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Grundpflege	Häufigkeit	202.632	27.246	229.878	145	28	173
Häusliche Betreuung (A)	Erwartete H.	200.637,12	29.240,88		123,74	49,26	
Pflegedienstleitung	Anteil	88,61%	81,75%	87,74%	20,25%	9,82%	17,28%
Verwaltung und Geschäftsführung (B)	Häufigkeit	26.049	6082	32.131	571	257	828
	Erwartete H.	28.043,88	4087,12		592,26	235,74	
	Anteil	11,39%	18,25%	12,26%	79,7%	90,18%	82,72%
	Odds (A/B)	7,78	4,48	7,15	0,25	0,11	0,21
Insgesamt	Häufigkeit	228.681	33.328	262.009	716	285	1001
	Anteil	87,28%	12,72%	100,00%	71,53%	28,47%	100,00%
	<i>d</i> %		6,86			10,43	
	Odds Ratio		1,74			2,33	
	95 %-KI		[1,68; 1,79]			[1,52; 3,58]	
	χ^2		1271,52***			15,50***	
	ϕ		0,07			0,12	

Signifikanzniveaus: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015; eigene Berechnungen

Tab. 2: Bivariater Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Tätigkeitsbereich bei Beschäftigten ambulanter Pflegeeinrichtungen, Stichtag 15. Dezember 2013

Männer, eine dispositive anstelle einer operativen Tätigkeit zu übernehmen, rund 2,1-mal höher als die der Frauen (vgl. Tabelle 1). Über den gesamten Berichtszeitraum der Pflegestatistik ist bei der Chancenrelation kein eindeutiger Trend erkennbar. Während sie in den ersten Berichtsjahren der Pflegestatistik tendenziell zunahm und 2007 mit einem Odds Ratio von 3,8 ihr vorläufiges Maximum erreichte, ist sie seitdem annähernd stetig zurückgegangen und liegt aktuell wieder auf dem Niveau von 1999.

Bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen ist der Geschlechtereffekt auf die Art der Tätigkeit noch etwas stärker ausgeprägt. Während hier 79,8 Prozent der Frauen einer dispositiven Tätigkeit nachgehen, sind es bei den Männern 90,2 Prozent. Die Chance pflegeakademisch qualifizierter Männer, im dispositiven statt im operativen Bereich eingesetzt zu werden, ist rund 2,3-mal höher als bei gleichqualifizierten Frauen (vgl. Tabelle 2). Gegenüber 1999 ist das eine Steigerung des Odds Ratios um 0,6 Punkte, womit die zugunsten der Frauen gehende Chancenungleichheit leicht zugenommen hat. Angesichts der starken Volatilität des Odds Ratios, das in der vorliegenden Zeitreihe zwischen 1,3 und 7,4 variiert und seit dem 2007 erreichten Höchststand stetig gesunken ist, wäre es jedoch verfrüht, daraus einen Entwicklungstrend abzuleiten.

4. Resümee

Die Annahme, dass die Akademisierung der Pflege zu einem wachsenden Anteil pflegeberuflich tätiger Männer führt, lässt sich zumindest für die berufliche Altenpflege bislang nicht bestätigen. Vielmehr nimmt der Beschäftigungsanteil der Männer ab – und zwar nicht nur bezogen auf die Anzahl der dort tätigen Personen, sondern auch auf das eingebrachte Arbeitsvolumen. Dieser Trend besteht selbst in der Gruppe der Beschäftigten mit pflegerischem Studienabschluss, in der Männer noch vergleichsweise häufig vertreten sind.

Empirisch gestützt wird hingegen die zweite Hypothese, nach der das Geschlecht die berufliche Positionierung in Pflegeeinrichtungen beeinflusst. Sowohl für die gesamte Untersuchungspopulation als auch für die Teilpopulation der Pflegeakademiker/-innen ergeben die Analysen einen signifikanten, wenn auch schwachen Geschlechtereffekt. Danach haben Männer in der Pflege eine höhere Chance als Frauen, eine dispositive anstelle einer operativen Tätigkeit zu übernehmen. Dieser Befund deckt sich mit zahlreichen Untersuchungsergebnissen, die eine branchen- und berufsübergreifende Unterrepräsentanz von Frauen in höheren beruflichen Positionen zeigen (vgl. z.B. Dressel 2005: 139; Statistisches Bundesamt 2016). Anhand der vorliegenden Befunde zur Altenpflege wird allerdings auch deutlich, dass die Chancenungleichheit zwischen Männern und Frauen bei der Übernahme leitender Positionen insgesamt zurückgeht. Für die Zukunft ist daher zu erwarten, dass die vertikale Geschlechtersegregation in Pflegeeinrichtungen weiter abnimmt und Frauen häufiger als bisher in Leitungspositionen vertreten sein werden. Dies gilt sowohl für den stationären als auch den ambulanten Pflegebereich.

Bei der endgültigen Bewertung solcher Tendenzen zu mehr geschlechterbezogener Chancengerechtigkeit ist allerdings ein genauerer Blick auf die arbeitsmarktlichen Allokationsmechanismen zu richten. Grundständige Fachkräfte sind für (dispositive) Leitungspositionen formal qualifiziert und dominieren dieses Feld – zumindest gegenwärtig – noch. Unter Zugrundelegung strenger meritokratischer Prinzipien ist daraus ein Überangebot an Pflegeakademiker/innen zu schließen, das mittelfristig dazu beitragen kann, dass sich bei der Besetzung von Leitungspositionen in Pflegeeinrichtungen zunehmend und für die Beteiligten unbemerkt meritokratische, bildungsbasierte Kriterien durchsetzen. Die wachsende Meritokratie könnte sich dahingehend auswirken, dass bildungsbezogene Zuschreibungen geschlechtsbezogene ersetzen und sich die Verteilung von Männern und Frauen in Leitungspositionen derjenigen unter den Pflegeakademiker/-innen – gewissermaßen automatisch, weil Geschlecht ‚nicht mehr zählt‘ – annähert. Der vermehrte Zugang von Pflegeakademikerinnen zu Leitungspositionen geht also weniger auf Veränderungen der Geschlechterzuschreibungen zurück, sondern ist vielmehr als ein davon unabhängiger Effekt anzusehen.

Literatur

- Anker, R. (1998): Gender and jobs: Sex segregation of occupations in the world. Geneva: International Labour Office
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.; 2011): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg
- Behrens, J. (2005): Abhören ersetzt nicht Zuhören, Fürsorge nicht Respekt. Soziologie der Pflege als Profession der Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: Bollinger, H./Gerlach, A./Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt a. M.: Mabuse, 103-146
- Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 9 (3), 100-107
- Darmann-Finck, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In: Pflege und Gesellschaft 17 (3), 216-232
- Dressel, C. (2005): Erwerbstätigkeit – Arbeitsmarktintegration von Frauen und Männern. In: Cornelißen, W. (Hrsg.): Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München, 99-158
- Hoefert, H.-W. (2011): Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Bern: Huber
- Kleinert, C./Dietrich, H. (2006): Einstiege in Pflegeberufe aus der Arbeitslosigkeit. Beschäftigungschance oder Sackgasse? In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, 246-265
- Klement, C. (2006): Von der Laienarbeit zur Profession? Zum Handeln und Selbstverständnis beruflicher Akteure in der ambulanten Altenpflege. Opladen: Barbara Budrich
- Krampe, E.-M. (2013): Krankenpflege im Professionalisierungsprozess. Entfeminisierung durch Akademisierung? In: Die Hochschule 22 (1), 43-56
- Maió, G. (2016): Das Besondere der Pflege. Aus Sicht der Ethik und der Gesellschaft. In: ProCare 21 (4), 6-9
- Miers, M. (2001): Sexus und Pflege. Geschlechterfragen und Pflegepraxis. Bern: Huber
- Oevermann, U. (1983): Hermeneutische Sinnkonstruktion als Therapie und Pädagogik missverstanden. Oder das notorische strukturtheoretische Defizit pädagogischer Wissenschaft. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): Brauchen wir andere Forschungsmethoden? Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren. Frankfurt a. M.: Scriptor, 113-155
- Oschmianski, H. (2007): Der Wandel der Erwerbsformen und der Beitrag der Hartz-Reformen: Berlin und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. WZB-Discussion Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin
- Peterson, T./Saporta, I. (2004): The Opportunity Structure for Discrimination. In: American Journal of Sociology, 109 (4), 852-901
- Pfadenhauer, M. (2010): Kompetenz als Qualität sozialen Handelns. In: Kurtz, T./Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Soziologie der Kompetenz. Wiesbaden: VS, 149-172
- Pfadenhauer, M./Sander, T. (2010): Professionssoziologie. In: Schroer, M./Kneer, G. (Hrsg.): Handbuch Spezielle Soziologien. Wiesbaden: VS, 361-378
- R Core Team (2016): R: A Language and Environment for Statistical Computing. Wien: R Foundation for Statistical Computing. URL: <https://www.R-project.org>
- Rogalski, H./Dreier, A./Hoffmann, W./Oppermann, R. F. (2012): Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfelds. In: Pflege 25 (1), 11-21
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn, Berlin
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Edition Sigma, 103-128
- Schnabel, P.-E. (2008): Gesundheit kommunizieren – eine Profession am Übergang vom Alltagshandeln zum Beruf. In: Rásky, Ě. (Hrsg.): Gesundheitsprofi(l) für die Pflege. Pflegewissenschaft für den Berufsaltag: Möglichkeiten auf dem Gesundheitsmarkt. Wien: facultas, S. 19-35
- Schöps, A./Landenberger, M./Jahn, P. (2015): Nur wenige Akademiker sind klinisch tätig. In: Die Schwester Der Pfleger 54 (2), 78-80
- Schroeter, K. R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim, München: Juventa
- Schütze, F. (1984): Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. In: Lippenmeier, N. (Hrsg.): Beiträge zur Supervision. Kassel: Verlag Gesamthochschule, 262-389
- Sewtz, S. (2008): Berufsorientierungen und Karrierechancen von Frauen in Medizin und Pflege. In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa, 117-138
- Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.; 2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2016): Frauenanteil in Führungsetagen unverändert bei 29 %. Pressemitteilung 075/16. Wiesbaden
- Stöcker, G. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M. et al. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 25-78
- Theobald, H./Szebehely, M./Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Berlin: edition sigma
- Ummel, H. (2004): Männer in der Pflege. Berufsbiographien im Umbruch. Bern: Huber
- Voges, W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Wanger, S. (2011): Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit. Viele Frauen würden gerne länger arbeiten. IAB-Kurzbericht 9. Nürnberg
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drucksache 2411-12). Berlin
- Zöllner, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Wissenschaftliche Diskussionspapiere 153. Bonn

Dr. Sarah Dangendorf

Hochschule Hannover, ZSW – Studium und Lehre, Bismarckstraße 2, 30173 Hannover, sarah.dangendorf@hs-hannover.de

Dr. Tobias Hucker

Hochschule Hannover, ZSW – Studium und Lehre, Bismarckstraße 2, 30173 Hannover, tobias.hucker@hs-hannover.de [Korrespondenzadresse]

Dr. Tobias Sander

Hochschule Hannover, ZSW – Studium und Lehre, Bismarckstraße 2, 30173 Hannover, tobias.sander@hs-hannover.de