



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**PFLEGE – EIN WEIBLICHER BERUF?
HISTORISCHE UND GESELLSCHAFTLICHE
RAHMENSETZUNGEN FÜR DEN
PFLEGEBERUF**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Clarissa Schiffel*



URN: *urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0100-4*

Betreuer: *Prof. Dr. Anke Fesenfeld*
Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops*

Tag der Einreichung: 29.05.2019

Gliederung	
Anhangsverzeichnis:	3
Abbildungsverzeichnis:	4
Tabellenverzeichnis:	5
1. Einleitung	6
2. Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche:	7
2.1 Durchführung der systematischen Literaturrecherche	8
3. Pflege als feminin geprägter Beruf	11
3.1 historische Einflussfaktoren auf die Prägung des Pflegeberufes	12
3.2 Zwischenresümee zur historischen Herausbildung des femininen Pflegeberufes	22
3.3 das Bild der Geschlechter im Wandel der Zeit.....	24
3.4 die Veränderungsprozesse des Pflegeberufes und das Frauenbild	26
4. Pflege auf dem Weg zur Profession	28
4.1 Professionstheorien	29
4.2 Professionalisierung und Gender.....	29
4.3 Professionalisierung und der Pflegeberuf	30
5. Fazit	35
Literaturverzeichnis	38
Anhang	41
Eidesstattliche Erklärung	45

Anhangsverzeichnis:

Anhang 1: tabellarische Darstellung der Suchbegriffe inklusive Übersetzungen 41

Anhang 2: tabellarische Darstellung der Literaturrecherche 42

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: beispielhafte Darstellung des Suchvorgangs..... 8

Abbildung 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2010, S. 60)..... 9

*Abbildung 3: Angepasstes Ablaufmodell der strukturierten Inhaltsanalyse in Anlehnung an
Mayring (Mayring, 2010, S. 91ff.)..... 10*

Abbildung 4: Geschlechteranteile in der ambulanten Pflege, eigene Grafik, (Destatis, 2019). 11

Tabellenverzeichnis:

<i>Tabelle 1: historische Einflussfaktoren auf den Pflegeberuf.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabelle 2: Geschlechterspezifika (Hausen, 2012, S. 24).....</i>	<i>26</i>
<i>Tabelle 3: Regeln für die Teilnahme am Diskurs über die Professionalisierung des Pflegeberufes, (Krampe, 2014, S. 183).....</i>	<i>33</i>
<i>Tabelle 4: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Pflegeberufe“</i>	<i>41</i>
<i>Tabelle 5: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „historische Entwicklung“.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabelle 6: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Deutschland“</i>	<i>41</i>
<i>Tabelle 7: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Frauen“</i>	<i>42</i>
<i>Tabelle 8: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Berufswahl“</i>	<i>42</i>
<i>Tabelle 9: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Männer“</i>	<i>42</i>
<i>Tabelle 10: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Professionalisierung“</i>	<i>42</i>

1. Einleitung

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mann im Krankenhaus als Pflegekraft tätig ist, liegt im Jahr 2017 bei knapp 15%. In der Altenpflege ist der Männeranteil noch geringer (Destatis, 2019).

Bei Umfragen in Schulen, die die Motivation von Schüler*innen erfasst haben, den Pflegeberuf zu ergreifen beziehungsweise nicht zu ergreifen, konnten klare Ressentiments der Befragten gegenüber dem Pflegeberuf ausgemacht werden (Bomball, Schwanke, Stöver, & Schmitt, 2009, S. 53ff.).

Die zuvor angeführten Beobachtungen führen zu der Vermutung, dass der Pflegeberuf unattraktiv für Männer ist.

Die vorliegende Bachelorarbeit setzt sich mit der Frage auseinander, warum der Pflegeberuf so unattraktiv für Männer zu sein scheint.

Die Hauptthese der Bachelorarbeit ist, dass der heutige Pflegeberuf eine feminine Prägung hat, die historisch gewachsen ist.

Die zentrale Fragestellung, der in der als Literaturrecherche angelegten Bachelorarbeit nachgegangen wurde, lautet:

Inwieweit ist der Pflegeberuf aufgrund seiner historischen Entwicklung in Deutschland auf Frauen ausgerichtet und welche Auswirkungen hat das auf die Berufswahl von Männern bezogen auf den Pflegeberuf?

Zu Beginn der Bachelorarbeit wird das methodische Vorgehen bei der Recherche erläutert (Kapitel 2). Dieses beinhaltet die Darstellung der systematischen Literaturrecherche, eine Beschreibung der Ergebnisse und das Vorgehen bei der Qualitätsbewertung der Literaturergebnisse (Kapitel 2.1). Es folgt die inhaltliche Darstellung und kritische Beleuchtung der Ergebnisse. Kapitel 3 legt dar, inwieweit der heutige Pflegeberuf feminin geprägt ist. Hierzu erfolgt eine Darstellung der historischen Entwicklung (Kapitel 3.1), ein Resümee der historischen Herausbildung der femininen Prägung des Pflegeberufes (Kapitel 3.2) und die Beschreibung gesellschaftlicher Geschlechtercharaktere (Kapitel 3.3). Die Inhalte aus Kapitel 3.1 und 3.3 werden folgend miteinander in Relation gesetzt (Kapitel 3.4). Kapitel 4 befasst sich mit der Professionalisierung des Pflegeberufs, als Möglichkeit, die Attraktivität des Pflegeberufes für Männer zu steigern. Dazu werden in Kapitel 4.1 relevante Professionstheorien erläutert. Kapitel 4.2 stellt einen Zusammenhang zwischen Gender und den Professionstheorien her. Die aktuellen Entwicklungen und Möglichkeiten der Professio-

nalisierung im Bereich des Pflegeberufes werden in Kapitel 4.3 erläutert. In Kapitel 5 wird ein Fazit aus den zuvor dargelegten Ergebnissen gezogen.

2. Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche:

Nach der Eingrenzung der Thematik erfolgte zunächst eine grobe Sichtung der Literatur zu dem Themenaspekt der historischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Pflegeberufes. Genutzt wurden zunächst die Datenbank „PubMed“ und der Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg und ergänzend die Datenbanken „SpringerLink“, „Cochrane Library“ und „Google Scholar“.

Zu Beginn der Literaturrecherche wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Es wurden jüngere Publikationen und Studien berücksichtigt (Erscheinungszeitraum: 2009 – 2019), da an ihnen der aktuelle Forschungsstand ablesbar ist¹. Neben Literatur aus Deutschland wurde auch englischsprachige Literatur aus weiteren europäischen Ländern sowie den USA und Asien berücksichtigt. Publikationen, auf die nur Abonnenten Zugriff haben und zu denen daher kein freier Zugang besteht, konnten nicht mit einbezogen werden². Die genannten Kriterien wurden in den jeweiligen Datenbanken mithilfe von bestimmten Filtern angewendet.

Um eine zielführende Literaturdurchsicht zu gewährleisten, wurde eine thematische Stichwortliste anhand der Fragestellung erstellt. Die Fragestellung wurde operationalisiert, d.h. in die folgenden sechs Hauptkategorien unterteilt: 1) Pflegeberuf, 2) historische Entwicklung, 3) Deutschland, 4) Frauen, 5) Berufswahl, 6) Männer.

Da in „PubMed“ nach deutsch- und englischsprachiger Literatur gesucht werden sollte, wurden die gefundenen deutschen Worte mithilfe des online Übersetzungsprogramms von PONS in die englische Sprache übersetzt (Pons, o.J.)³.

Bei der Schneeballsuche in „SpringerLink“, „CochraneLibrary“ und dem Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg wurden die Schlagworte der Kategorien unterschiedlich kombiniert, um möglichst alle relevanten Ergebnisse zu erfassen.

¹ Für die Erarbeitung der historischen Entwicklung des Pflegeberufes (Kapitel 3.1), wurde ein Buch aus dem Jahr 1994 verwendet, da es eine detaillierte Darstellung der Pflegegeschichte beinhaltet und seitdem keine neuen Erkenntnisse in der Pflegegeschichte aufgetan wurden.

² Aufgrund des kurzen Bearbeitungszeitraums von 8 Wochen, konnte keine Fernleihe realisiert werden.

³ Eine tabellarische Darstellung der Suchbegriffe ist im Anhang beigefügt.

2.1 Durchführung der systematischen Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde, wie zuvor bereits angeführt, auf der Recherchedatenbank „PubMed“ durchgeführt. Der Filter für maximal 10 Jahre seit Erscheinungsdatum wurde für alle Suchdurchläufe aktiviert. Es wurden für die Suche auf „PubMed“ ausschließlich die englischen Übersetzungen genommen, da die Datenbank englischsprachige Abstracts für die Suchfunktion verwendet. Die bereits festgelegten Suchbegriffe wurden zuerst einzeln abgefragt und anschließend mit den Booleschen Operatoren OR und AND verknüpft, um möglichst alle relevanten Quellen zu finden. Eine beispielhafte Suche sah folgendermaßen aus:

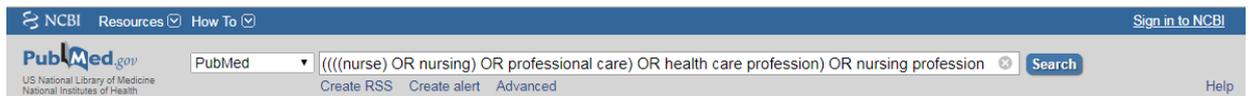


Abbildung 1: beispielhafte Darstellung des Suchvorgangs

Aufgrund der Fokussierung der Arbeit auf Professionalisierung wurde die Suche um die Kategorie 7) Professionalisierung ergänzt.

Bei Bedarf wurden Trunkierungen verwendet, sodass das umfangreichste Ergebnis erzielt werden konnte. Es wurde die Literatur aller Suchdurchgänge nach Themenrelevanz analysiert, die unter 1000 Ergebnisse erzielt haben. Neben den bereits genannten Aus- und Einschlusskriterien wurde auch „graue Literatur“ ausgeschlossen.

Durch Überprüfung der gefundenen Literatur wurde letztendlich entschieden, welche Artikel ausgewertet werden können und welche aufgrund der beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien nicht relevant sind.

Von insgesamt 1725 Publikationen verblieben 38 relevante Veröffentlichungen. Allerdings konnten davon 30 wegen der Zugangshürden nicht in die weitere Analyse eingehen. Zugangshürden im Rahmen dieser Arbeit waren, dass kein Zugriff über den Hochschulzugang möglich war und aufgrund des geringen Zeitrahmens keine Fernleihe erfolgen konnte.

Die gesamte Anzahl der verwendeten Publikationen aus der systematischen Literaturrecherche und der Schneeballsuche beläuft sich auf 12⁴.

Die Auswertung der Publikationen wurde in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse von Philipp Mayring durchgeführt. Sein inhaltsanalytisches Ablaufmodell umfasst insgesamt zehn Schritte (siehe Abbildung 2) und dient der systematischen Bearbeitung von empirischem Material (Mayring, 2010, S. 60).

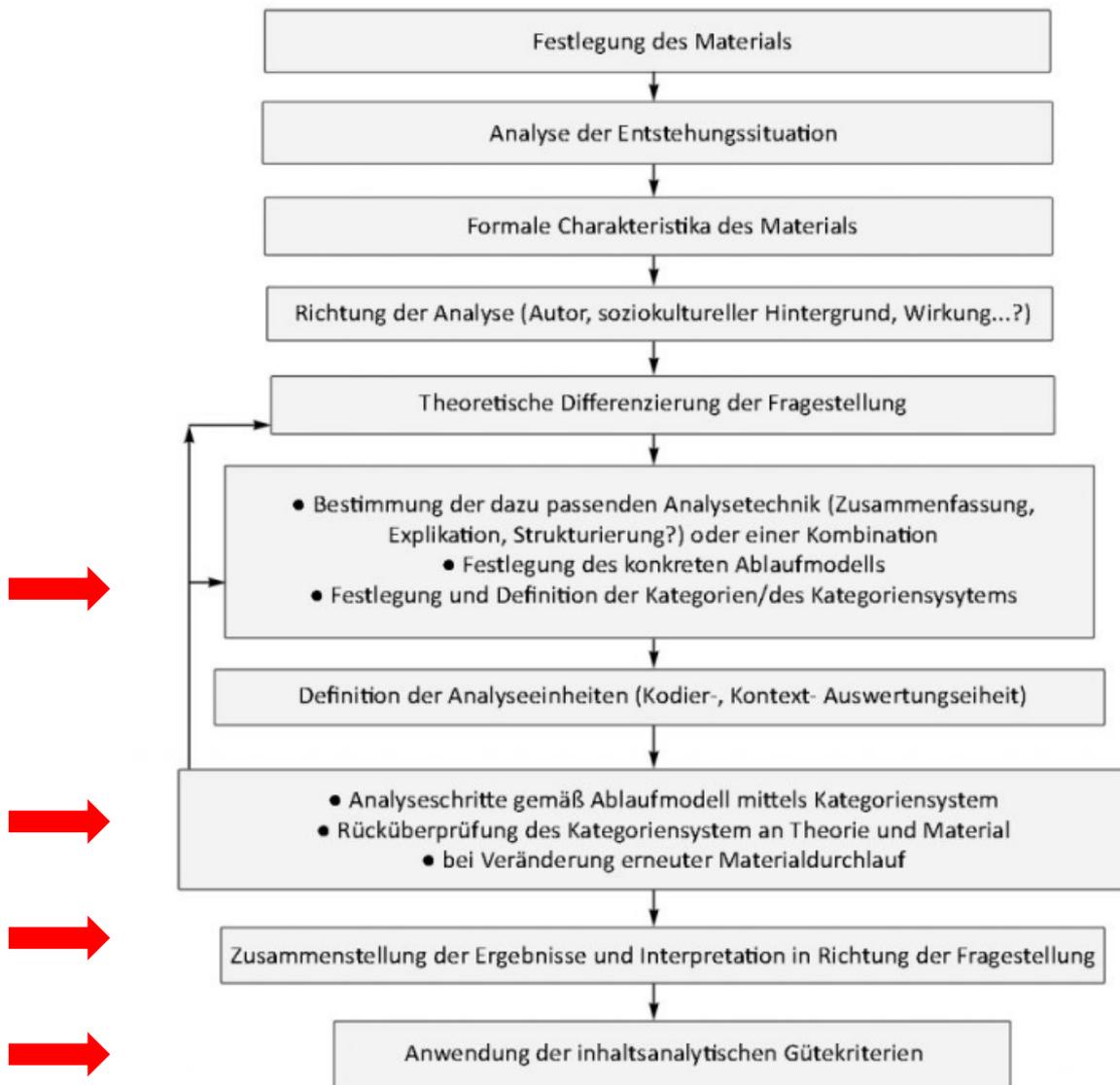


Abbildung 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2010, S. 60)

⁴ Die tabellarische Übersicht der systematischen Literaturrecherche ist im Anhang der Arbeit angefügt.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde die von Mayring präferierte Kodiertechnik angewandt (siehe rote Pfeilmarkierungen in Abbildung 2).

Die ersten Schritte des Modells erfolgten bereits, daher war der nächste Schritt die Auswahl der Analysetechnik. Hierbei wurde die Inhaltliche Strukturierung gewählt.

Die folgende Abbildung zeigt den Ablauf des Modells, wobei Schritte, die sich mit dem allgemeinen Ablaufmodell (Abbildung 2) überschneiden, ausgelassen wurden (siehe Abbildung 3).

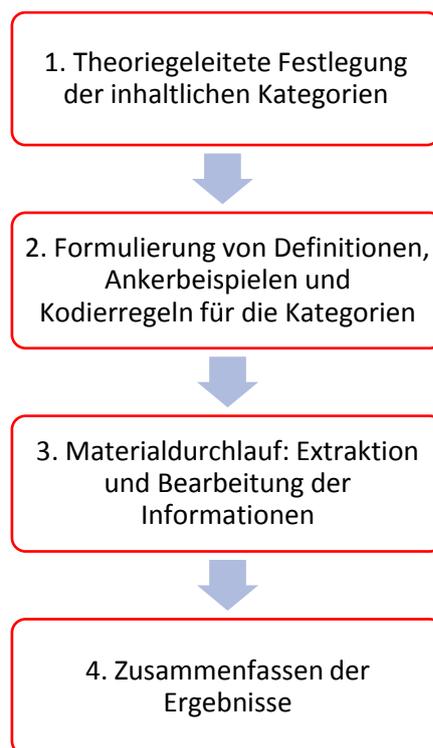


Abbildung 3: Angepasstes Ablaufmodell der strukturierten Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (Mayring, 2010, S. 91ff.)

Die Darstellung der Ergebnisse, welche in Kapitel 3 und 4 vorgestellt werden, ist der letzte Schritt der strukturierten Inhaltsanalyse. Um auch den letzten Schritt des allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells zu erfüllen, wurden die Ergebnisse im Rahmen ihrer Darstellung bewertet und die Methodik anhand der Gütekriterien beleuchtet (Kapitel 3 und 4).

3. Pflege als feminin geprägter Beruf

Dieses Kapitel erörtert den Umstand, inwieweit Pflege ein feminin geprägter Beruf ist. Im Jahr 2016 gab es in Deutschland 948.671 Pflegefachkräfte (Bogai, Seibert, & Wiethölter, 2017, S. 93), ca. 15,5% davon waren männlich (Bogai, Seibert, & Wiethölter, 2017, S. 96).

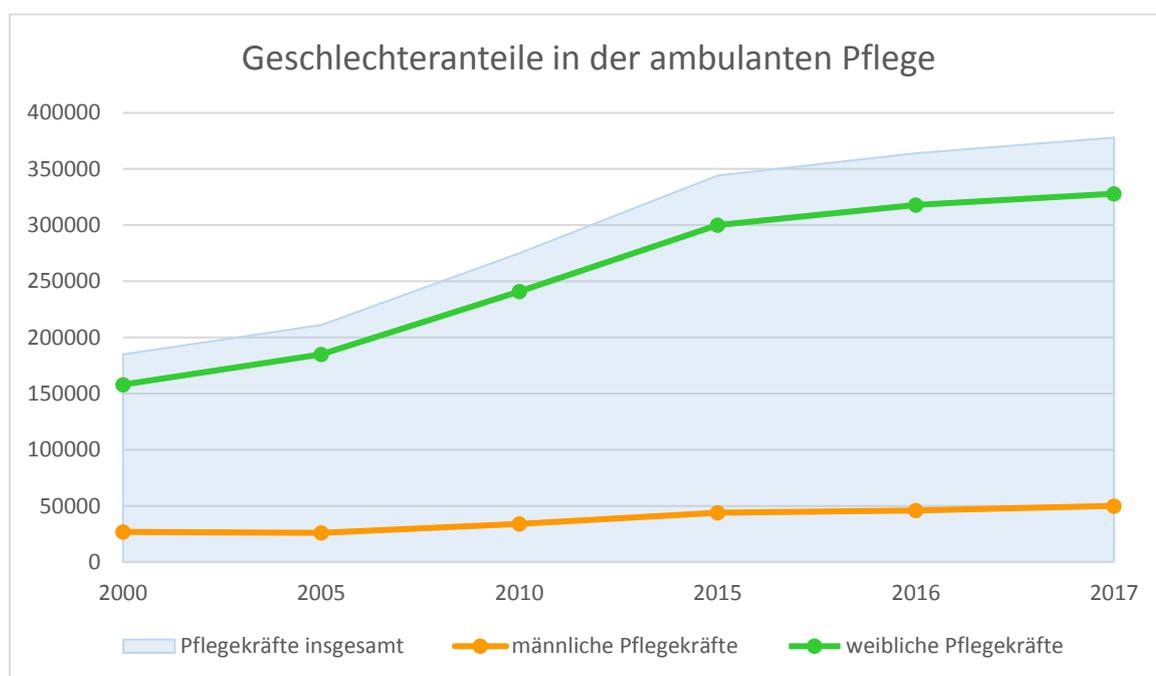


Abbildung 4: Geschlechteranteile in der ambulanten Pflege, eigene Grafik, (Destatis, 2019)

In Abbildung 4 wird der Verlauf der Geschlechteranteile in der ambulanten Pflege zwischen 2000 und 2017 dargestellt. Es kann ein deutlicher Anstieg der Beschäftigten insgesamt erkannt werden. Frauen bilden den größten Anteil Beschäftigter in der ambulanten Pflege. 2017 belief sich dieser auf 86,78%, im Gegensatz zum Anteil männlicher Pflegekräfte, mit 13,28%. In der ambulanten Pflege ist der Anteil männlicher Pflegekräfte am geringsten, im Verhältnis zur Pflege in Krankenhäusern und teilbeziehungsweise vollstationären Einrichtungen (Destatis, 2019).

Der Anteil männlicher Pflegekräfte stieg zwar seit 2005 an, ist aber im Verhältnis zum Frauenanteil trotzdem erkennbar gering. In der Studie von C. Riegle-Crumb et al. (2016) wird eine Genderprägung dahingehend konstatiert, dass die Geschlechterminderheit mit maximal 30% Personen der Gesamtbeschäftigung vertreten ist (S. 7). Aufgrund dieses signifikanten Unterschiedes kann der Pflegeberuf als ein genderuntypischer Beruf für Männer gewertet werden. Der Umstand, dass mehr als 80% Beschäftigter im Pflegebereich weiblich sind, weist stark auf eine feminine Prägung des

Berufsbildes hin. Um die Ursache dieser heutigen femininen Prägung zu erarbeiten, werden folgend historische Einflussfaktoren auf die Prägung des Pflegeberufes dargestellt und analysiert.

3.1 historische Einflussfaktoren auf die Prägung des Pflegeberufes⁵

In diesem Kapitel werden die historischen Einflussfaktoren, die den heutigen Pflegeberuf in Deutschland prägen, chronologisch aufgezeigt. Es wird zuerst die historische Entwicklung der Krankenpflege bis zum Jahr 2000 erläutert. Darauffolgend werden die erarbeiteten Einflussfaktoren tabellarisch dargestellt und ihre Wirkkraft auf die heutige Krankenpflege erläutert. Es wurde sich auf die historische Entwicklung des Pflegeberufes in Deutschland fokussiert, da Krankenpflege sich in jedem Land anders entwickelt hat und diese Arbeit auf die Anwendbarkeit in Deutschland abzielt.

Die Krankenpflege, so wie sie heute in Deutschland besteht, lässt sich deutlich auf seine historische Entwicklung zurückführen (Neumann, 2009, S. 7ff.).

Ihre Wurzeln finden sich in der Entstehung des Christentums und dem damit verbundenen Einzug des Prinzips der Nächstenliebe in der Gesellschaft, die gegenseitige Hilfe in Krankheitsfällen wurde als obligat angesehen. Dieses beruhte auch auf der historischen Entstehungsgeschichte des Christentums. Die Religion entwickelte sich im antiken Rom aus dem Judentum, zu einer Zeit, als die Hauptreligion des Römischen Reiches die polytheistische Volksreligion war (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 16). Es wurde auch vorher Pflege betrieben, aber ausschließlich durch die Familie oder, in besonderen Fällen, durch die behandelnden Mediziner und deren Lehrlinge (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 14f.).

Das Christentum wurde, auch aufgrund des Gedankens der Nächstenliebe und der damit verbundenen Unterstützung der Gemeinschaft, besonders durch den armen Teil der Bevölkerung angenommen und im Gebot der Pflege und Versorgung der Mitgläubigen stark gefordert. Aus der, durch das Gebot der Nächstenliebe entstan-

⁵ Die beschriebene Entwicklung ist auf den Beruf der Krankenpflege bezogen. Die Kinderkrankenpflege und Altenpflege, die in Deutschland als gesonderte Berufe existieren, sind vor dem Hintergrund notwendiger Spezialisierung Mitte bis Ende des 20. Jahrhunderts entstanden (Neumann, 2009, S. 8ff.).

denen Fürsorgepflicht, entwickelte sich das Diakonat⁶ für Frauen, die sogenannte Frauenpflege (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 16).

Das Diakonat der Frau erfuhr in der Ostkirche einen starken Aufschwung, wohingegen die Westkirche das Diakonat für Frauen verbot (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 17). Da Deutschland im Wirkungsbereich der Westkirche lag, wird, aufgrund mangelnder Relevanz für diese Arbeit, an dieser Stelle nicht weiter auf das Diakonat für Frauen eingegangen.

Mit dem Beginn des Mittelalters im Jahr 500 begannen Klöster sich zum Mittelpunkt der christlichen Caritas zu entwickeln. Wegweisend war dabei die Ordensbegründung des Benediktinerordens, dessen Gründer Monte Cassini die Einrichtung von Krankenzimmern in die Ordensregeln mitaufnahm (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 19). Nach dem Ende des Römischen Reiches stieg Armut und Elend und die Zahl der Bettler stark an. Daher waren die ursprünglich eingerichteten Krankenzimmer nicht ausreichend und zur Versorgung wurden externe Ärzte hinzugezogen und medizinisch-therapeutische Tests und Schriften gesammelt. Es entwickelten sich kurz darauf Doppelklöster, die Mönche und Nonnen beherbergten. Die steigende Beschäftigung mit der Medizin führte im 9. Jahrhundert zur offiziellen und ausschließlichen Betrauung von Klöstern mit der Aufgabe der Krankenbetreuung. Die pflegerische Betreuung umfasste größtenteils den geistlichen Beistand für die Betreuten und die diätetischen Richtlinien, die auf den Lehren des Hippokrates basieren. Im Rahmen der medizinischen Bildung in Klöstern entwickelten sich die ersten Universitäten mit einem Medizinstudium. Die weiblichen Zweige der geistlichen Orden widmeten sich gesondert der Pflege Kranker (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 19f.). Durch die Erhebung der Medizin zur Wissenschaft, indem die Lehre der Medizin an die Universitäten verlegt wurde, erfolgte die endgültige Trennung der Pflege von der Medizin. Dadurch erfolgte die hierarchische Abstufung der Pflege als der Medizin untergeordnet und wurde fortfolgend als ehrenvolle Aufgabe christlicher Nächstenliebe dargestellt, welche weiterhin in Klöstern oder Hospitälern⁷ stattfand. Im Laufe der Stadtentwicklung gab es Stadtärzte, die konsiliarisch den Hospitälern zugeordnet waren. Durch Epidemien, beispielsweise der Pest, wurde die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, pflegenden Ordensschwestern und Behörden stark gefördert. Aufgrund von Epidemien

⁶ Diakonat, der oder das: *Amt des Diakons* (Duden, o.J.); Diakon | Diakonin, der | die: *kirchlicher Amtsträger, der in einer Kirchengemeinde karitative und soziale Arbeit leistet* (Duden, o.J.)

⁷ Hospital, das: *Synonym für Pflegeheim, Altenheim (veraltet)* (Duden, o.J.)

wurden die ersten Quarantäne- und Hygienemaßnahmen erarbeitet (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 22).

Im 13. Jahrhundert galten Frauen als „Ärzte des Volkes“. Mit der Christianisierung der ehemaligen Germanen-Stämme wurde eine neue Religion eingeführt, aber das vorher erworbene Wissen über Heilkunst ging nicht sofort verloren. Sie begleiteten unter anderem Geburten und verabreichten Kräuter zur Heilung. Mithilfe gesellschaftlichen Einflusses durch Adel und hohen Klerus verdrängte die Gemeinschaft der Ärzte Frauen aus der Heilkunde (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 31f.).

Mit dem Beginn der Renaissance durchlief die Medizin einige Neuerungen, aufgrund verschiedener Entdeckungen und historischer Entwicklungen. Dies hatte aber wenig Auswirkungen auf die Krankenpflege. Die Krankenpflege fand weiterhin in Hospitälern statt (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 47ff.).

Infolge der Reformation der christlichen Kirche wurden in den protestantisch orientierten Ländern die Klöster abgeschafft. Sie wurden fortfolgend unter anderem als Anstalten oder Gefängnisse genutzt, aber größtenteils wurde die Krankenversorgung weitergeführt, allerdings von da an als weltliche Einrichtungen. Es entwickelte sich außerdem das sogenannte Lohnwartsystem. Dieses umfasst die Beschäftigung von Wärter*innen, die gegen Bezahlung Kranke versorgten. Das war die erste Pflege Tätigkeit, die nicht ausschließlich aufgrund des Prinzips der Nächstenliebe durchgeführt wurde (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 49).

Im 17. Jahrhundert setzte sich der Aufschwung der Medizin fort. In Hospitälern lagen Patient*innen dicht beieinander, ohne dass Trennung bei Infektionskrankheiten oder Hygienemaßnahmen durchgeführt wurden. Das lässt sich auch auf das geringe Vermögen dieser Einrichtungen zurückführen, da nur billige Arbeitskräfte, ungebildete Arbeiter*innen aus den armen Gesellschaftsschichten, erschwinglich waren (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 51).

Vinzent von Paul, ein Gemeindevorsteher in Frankreich, gründete in seiner Gemeinde eine Vereinigung aus Frauen, welche sich um die Armen und Kranken der Gemeinde kümmern sollten. Er ging 1621 nach Paris und gründete dort, nach dem Vorbild seiner ersten Gemeinde, gemeinsam mit Madame Goussault eine Gemeinschaft aus Damen der Gesellschaft, die die Augustinerinnen bei ihrer Pflege Kranker unterstützten. Da diese Damen aufgrund verschiedener Gründe die Aufgaben nicht mehr erfüllen wollten, begann Vinzent von Paul junge Frauen einzustellen, die bei den Frauen wohnten, bei denen sie lernten. 1633 wurde das erste dieser Häuser in Paris bezogen. Die ausgebildeten Frauen wurden von Hospitälern, Gemeinden und Kran-

kenhäusern angefragt. Zum Ende des 17. Jahrhunderts erhielt die Gemeinschaft die Anerkennung als Orden und war von diesem Zeitpunkt der Orden der Barmherzigen Schwestern (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 51f.).

Ende des 18. Jahrhunderts wurde die Institution Krankenhaus neu definiert. Es wurde nun als Haus, in welchem heilbar Kranke aufgenommen, gepflegt und kuriert wurden, angesehen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 54f.).

Ärzte bildeten immer mehr die Meinung, dass Pflege als eigenes Heilmittel eingesetzt werden sollte. Professor Franz May (1742-1814), Professor der Medizin in Heidelberg, wollte die Krankenpflege beziehungsweise die Krankenwart als Universitätsstudium einführen, da er mangelhafte Pflegequalität der Wärter*innen als häufige Todesursache identifizierte. Sein Vorhaben scheiterte an der ablehnenden Haltung der Gesellschaft und der Kirche gegenüber der Möglichkeit für Frauen, ein Universitätsstudium aufzunehmen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 55).

Im 19. Jahrhundert war die Einstellung als Pflegekraft nicht durch Qualitätsansprüche limitiert, was eine Einstellung billigen und ungeschulten Personals zur Folge hatte (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 57). Die darauffolgende schlechte Versorgung Kranker entsprach nicht dem caritativen Gedanken der kirchlichen Nächstenliebe. Daher gingen Reformen von sensibilisierten Anhänger*innen des christlichen Glaubens aus. Anhänger des christlichen Glaubens begründeten infolge dieser Entwicklung erneut Diakonie, welche Pflegerinnen ausbildeten, die an Hospitäler und Krankenhäuser ausgeliehen wurden, um dort zu arbeiten (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 57ff.). Aufgrund der Verlagerung der Medizin in Krankenhäuser, stieg der Bedarf nach Pflegebeziehungsweise Wartpersonal (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 61ff.). Dementsprechend führte der steigende Bedarf an Arbeitskräften in Tätigkeiten, die in der Gesellschaft der Frau zugeschriebene Fähigkeiten und Fertigkeiten bedurften, zu der Entwicklung der Krankenpflege als Beruf bürgerlicher Frauen und Frauen niedrigen Standes. In diesem Rahmen bedeutet Beruf allerdings keine bezahlte, erlernte Tätigkeit, sondern einen „Liebesdienst“, der die Tugenden der Frau zur Ausübung benötigt (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 67).

Amalie Sieveking forderte während der Choleraepidemie im Jahr 1831 in Hamburg eine Pfl egetätigkeit aller bürgerlicher Frauen, da das Fehlen pflegerischer Versorgung vielerorts spürbar war. Sie war die Begründerin der Idee, evangelische Gegenstücke zu den katholischen Barmherzigen Schwestern in Form von Diakonissenanstalten aufzubauen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 68).

Thomas Fliedner fasste bestehende Schriften über Pfllegetätigkeiten zusammen und legte den Grundstein der modernen Krankenpflege, indem er im Jahr 1836 Diakonissenanstalten zur Ausbildung von Pflegepersonal begründete. Er übernahm das Mutterhaussystem der katholischen Orden, da es eine passende Organisationsform für Frauen dieser Zeit darstellte (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 67f.) Die Diakonissen wurden durch Mediziner in medizinischem Wissen unterwiesen, sollten aber nicht zu viel darüber lernen, da dies zu selbstständigem Handeln und dem in Frage stellen der ärztlichen Autorität führen könnte. Es stand weiterhin die christliche Haltung der Diakonissen im Vordergrund. Die ausgebildeten Diakonissen wurden an Institutionen und Gemeinden vermittelt, die einen Vertrag mit dem Mutterhaus abschlossen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 71f.). Die Verbindung des Liebesdienstes und dem der Frau zugeschriebenen Wesen verursachte die Unterordnung der Pflege zur Medizin, so wie sich in der Gesellschaft die Frau dem Mann unterordnen musste (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 67f.).

Florence Nightingale, eine englische Krankenpflegerin, reiste im Jahre 1854 mit einer Gruppe Pflegerinnen aus England an die Krim, um dort verletzte Soldaten zu versorgen. Die dortige Situation veranlasste sie dazu, die Versorgungssituation zu analysieren und sie führte ein strenges Hygieneregime ein, welches die Sterberate von 42% auf 2% senkte. Dieser Verdienst brachte ihr hohes Ansehen ein und nach ihrer Rückkehr nach England begründete sie die erste Krankenpflegeschule, die an ein Krankenhaus angebunden war. Die Ausbildung dauerte ein Jahr und erhob so die Pflege in den Stand eines erlernten Berufes. Außerdem wertete Florence Nightingale den Pflegeberuf auf, indem sie auf die Bekleidung administrativer pflegerischer Stellen durch Pflegerinnen bestand und gegen die Ansicht vorging, dass Frauen nur aufgrund ihrer Weiblichkeit für den Beruf geeignet seien. Obwohl Florence Nightingale eine englische Krankenpflegerin war und diese Arbeit sich auf die Entwicklung des Pflegeberufes in Deutschland konzentriert, findet sie hier Erwähnung, weil sie durch ihre Bestrebungen, den Pflegeberuf von der Kirche zu trennen, den Grundstein für die moderne Krankenpflege legte (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 75ff.).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nahm die Zahl der Wohlfahrtsverbände der evangelischen und katholischen Kirche stark zu. Infolge des preußischen Fürsorgegesetzes „Preußisches Gesetz über die Verpflichtung der Armenpflege“ wurde nur denjenigen Menschen durch die Gemeinde geholfen, der sie als offizielles Mitglied angehörten. Durch die Bildung von Ballungsräumen um Industriegebiete herum, in denen Zugezogene, die nicht als Mitglieder der dortigen Gemeinde galten, lebten,

mussten diese Personen auf die Unterstützung der Gemeinde verzichten. Dort setzten die Wohlfahrtsverbände an (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 88). Diese reichten zur Verbesserung der Situation allerdings nicht aus und Bismarck führte daraufhin die Sozialgesetzgebung ein, die Versicherungspflicht für die Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung, sowie das Invaliden- und Altersrecht (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 88).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts kam es zur Begründung der ersten offiziellen Ausbildungsstätten für Pflegekräfte. Ein Beispiel ist die „christlich-soziale Frauenschule“, die 1908 in Hannover entstand. Mit der Bürokratisierung der freien Wohlfahrtspflege wandten sich die Wohlfahrtsverbände vom Ursprung der christlichen Nächstenliebe ab. Durch die Einführung der staatlichen Sozialordnung als Ablösung der Fürsorge durch christliche Organisationen, entstand eine neue Versorgungsstruktur, die weniger durch Almosen Reicher an die schlechter Gestellten zur Sicherung eines Platzes im Himmel gesichert wurde, sondern durch Versorgungs- und Sicherungsstrukturen des Staates (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 88).

Aufgrund gesellschaftlicher Vorurteile fand erst am Ende des 19. Jahrhunderts eine Abwendung vom Mutterhaussystem statt. Es gab bereits vorher einige Pflegerinnen, die nicht unter der Oberherrschaft eines Mutterhauses tätig waren, die sogenannten „freien Schwestern“ oder „wilden Schwestern“. Ihnen wurden unlautere Motive unterstellt, da Pflege als Liebesdienst galt und nicht bezahlt werden müsse. Eine Bezahlung würde die Barmherzigkeit des Pflegedienstes herabsetzen. Außerdem galten sie, ohne das Motiv der Nächstenliebe unter der Schirmherrschaft der Kirche, als unehrenhaft im Umgang mit Männern, mit denen sie weder verwandt noch verheiratet waren (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 96).

Gründe für eine Abwendung vom Mutterhaussystem waren auf der einen Seite das Bedürfnis nach qualifiziertem Pflegepersonal, aufgrund der Erkenntnis in der Medizin, dass erfolgreiche Behandlungen von Patient*innen nur durch entsprechend geschulte Pflegekräfte erzielt werden konnten. Andererseits ermöglichten die Sozialgesetze auch denjenigen Menschen medizinische Versorgung, die vorher aufgrund fehlender monetärer Mittel nicht medizinisch versorgt wurden. Den darauffolgenden starken Anstieg von versorgungsbedürftigen Patient*innen konnten konfessionell gebundene Pflegerinnen und Rote-Kreuz-Pflegekräfte, sowohl zahlenmäßig als auch aufgrund mangelhafter Ausbildung, nicht bewältigen. Außerdem begannen die Nachteile des Mutterhaussystems gegenüber dessen Vorteilen zu überwiegen. Die Mutterhäuser

versprachen ihren Pflegerinnen⁸ zwar Schutz bei Krankheit und eine Alters- und Erwerbslosenvorsorge, allerdings war die physische und psychische Belastung sehr hoch, da dasjenige Mutterhaus die Zuständigkeit für eine Gemeinde erhielt, welches der Gemeinde die geringsten Kosten verursachte. Dies führte zur größtmöglichen Verringerung des Personals und der damit verbundenen steigenden Belastung für die Pflegerinnen. Dadurch und durch den Umstand, dass die Pflegekräfte außerhalb des Mutterhaussystems, die „freien Schwestern“, für ihre Tätigkeiten entlohnt wurden, anstatt lediglich ein geringes monatliches Taschengeld zu erhalten, wurde die Pflegetätigkeit für ein Mutterhaus für Frauen als Tätigkeit unattraktiver. Allerdings waren Pflegekräfte ohne den Schutz eines Mutterhauses der Willkür ihres Arbeitgebers ausgesetzt und mussten, da sie weder kranken- noch rentenversichert waren, nahezu ununterbrochen arbeiten. Was bei ihnen, ebenso wie bei der Pflegetätigkeit der konfessionell gebundenen Pflegerinnen, ein hohes Maß an physischer und psychischer Erschöpfung zur Folge hatte (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 96f.).

Als eine Visionärin der „freien“ Pflege gilt Agnes Karll (1868-1927). Sie war eine Krankenpflegerin, welche aufgrund eigener Erfahrungen im Mutterhaussystem in die „freie“ Pflege wechselte und infolge der dortigen, ebenfalls schlechten Arbeitsumstände, nach Wegen suchte, den Pflegeberuf für die berufstätigen Frauen zu verbessern. Zuerst erarbeitete sie, in Kooperation mit einem Versicherungsbüro, eine Versicherungspolice für nicht konfessionell gebundene Schwestern. Weiterhin gründete sie im Jahr 1903 gemeinsam mit drei weiteren leitenden Krankenpflegerinnen, den ersten Berufsverband für Pflegekräfte, die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“. Trotz der Abwendung vom christlichen Ursprung des Pflegeberufes, wurde die durch das Mutterhaussystem geprägte Bezeichnung „Schwester“ als Anrede beibehalten. Grund dafür war die Ansicht Agnes Karlls, dass der Pflegeberuf einer Schwesternschaft gleichen solle und dementsprechend auch die Berufsbezeichnung „Schwester“ beibehalten könne. Ihr Ziel war eine Berufsorganisation aller Pfleger*innen in Deutschland aufzubauen. Die Etablierung der Berufsorganisation innerhalb der breiten Bevölkerung war schwierig, da das caritative Mutterhaussystem der Kirche und des roten Kreuzes mit seiner langen Tradition als Versorgungssystem als „wahres“ System galt. Außerdem erarbeitete sie eine durch die Mehrheit der in Deutschland existierenden Frauenvereine unterstützte Petition, die 1904 den Regierungen der deutschen Staaten vorgelegt wurde. Die Petition umfasste unter anderem

⁸ Bezogen auf das Mutterhaussystem wird nur die weibliche Form Pflegerin/Pflegerinnen verwendet, da nur Frauen im Mutterhaussystem angestellt waren.

die Bitte um eine staatlich anerkannte dreijährige Ausbildung für Pflegekräfte, eine Verpflichtung für Krankenhäuser, die Gesundheit ihrer Krankenpflegekräfte zu schützen und die Idee, eine Organisation und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Klinik einzuführen. 1907 wurden Teile der Petition Agnes Karlls zur Vereinheitlichung und staatlichen Prüfung der Krankenpflegeausbildung durch die Bundesregierung unter dem Namen "Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen" verabschiedet. Die Umsetzung innerhalb der einzelnen Länder schloss 1920 mit Bayern ab. Dadurch erhielt die Krankenpflege die Anerkennung des Staates als Beruf, sowie einen einheitlichen Lehrplan und eine einheitliche Prüfungsordnung. Es wurden nicht alle Forderungen der Petition erfüllt, was zur Folge hatte, dass die Pflegeausbildung in Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, beispielsweise Großbritannien oder den USA, einen sehr geringen Ausbildungsstandard hatte. Trotzdem war es ein Fortschritt gegenüber der zuvor ungeordneten Ausbildung (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 108ff.). Die Emanzipation und Organisation des Pflegeberufes als staatlich anerkannter Beruf wurde nicht von allen Angehörigen des Gesundheitssystems angenommen. Bei einer Kooperation der Berufsorganisation mit den Düsseldorfer Krankenanstalten sollte anfangs eine Zusammenarbeit der "Oberschwester" und der Direktion auf Augenhöhe stattfinden. Aufgrund eines Leitungswechsels in der Direktion der Kliniken wurden zuvor getroffene Absprachen wieder rückgängig gemacht, sodass die leitende "Oberschwester" dem Klinikleiter unterstellt sein würde und alle Entscheidungen von ihm absegnen lassen müsste. Die Zusammenarbeit wurde kurz darauf durch die Kliniken beendet. Die Motivation des Klinikleiters wurde als Absicht, die bestehenden Machtstrukturen in Kliniken zu erhalten und Frauen von selbstständigem Denken abzuhalten, identifiziert (Sticker in: Möller & Hesselbarth, 1994, S. 115). Auf der anderen Seite konnte Agnes Karll ihre Vorstellungen einer alleinstehenden Krankenpflegeschule realisieren, als 1906 eine Zusammenarbeit mit dem Luisenhospital in Dortmund zustande kam. 1907 hatte sich das System der Berufsorganisation in Deutschland etabliert: die Berufsorganisation galt ab 1907 als Körperschaft, die Weiterentwicklung der Berufsorganisation wurde durch Versicherungs- und Unterstützungsleistungen garantiert und das Krankenpflegegesetz ordnete die Ausbildung zur Pflegekraft. Allerdings sah Agnes Karll diese Schritte nicht als ausreichend an. 1911 formulierte sie Leitsätze für die Sozialpolitik. Diese umfassten unter anderem die Festlegung der dreijährigen Ausbildung für Pflegekräfte, Weiterbildungen für Lehrer*innen und leitendes Pflegepersonal, eine Arbeitszeit von maximal zehn Stunden am Tag und der Einrichtung einer Untersuchung

bezüglich der wirtschaftlichen Lage des Pflegepersonals. Sie konnte einen Fortbildungslehrgang für Krankenpflege an der Frauenhochschule Leipzig etablieren, der über zwei Jahre das naturwissenschaftliche und wirtschaftswissenschaftliche Wissen der Teilnehmer*innen ausbauen sollte. Durch den Beginn des ersten Weltkrieges konnte die Abschlussprüfung dieser Fortbildung nicht stattfinden (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 116f.).

Aufgrund der Wirtschaftskrise 1918 hatte die Berufsorganisation Schwierigkeiten, die Visionen einer unabhängigen Krankenpflege voranzutreiben (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 120).

Mit der Begründung der Weimarer Republik im Jahr 1918 und den schlechten Arbeitsbedingungen, die weiterhin in der Krankenpflege herrschten, kam es zu einem großen Zulauf von Pflegepersonal in die Gewerkschaften. Außerdem fiel der Anteil kirchlich gebundener Pflegekräfte um mehr als 20% innerhalb der ersten 30 Jahre des 20. Jahrhunderts. Es konnten zu der Zeit drei Hauptgruppen der Organisation des Krankenpflegeberufes identifiziert werden: die konfessionell gebundene Krankenpflege, die nicht konfessionell gebundenen Genossenschaften und die freiberufliche Pflege. Die Krankenpflege in der Weimarer Republik war durch ideologische Auseinandersetzungen zwischen voranschreitenden und traditionellen Ansichten bezüglich der Zukunft des Pflegeberufes geprägt (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 120ff.)

Bereits vor 1933 wurde die Pflege Kranker und Armer durch Anhänger und Vertreter der sogenannten „Rassenlehre“ in Frage gestellt, aufgrund des Arguments der natürlichen Selektion (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 127ff.). Zur Zeit des Nationalsozialismus wurde eine Neugestaltung des Krankenpflegeberufes vorgenommen. Alle Berufsangehörigen wurden einer politischen und charakterlichen Prüfung unterzogen, um ihre Systemtreue zu erfassen und „Systemgegner“ aus dem Beruf auszuschließen. Die Berufsverbände und freien Gewerkschaften mussten sich 1933 auflösen und wurden zur einheitlichen „Reichsfachschaft deutscher Schwestern und Pflegerinnen“ zusammengefasst. 1934 wurde das Amt für Volkswohlfahrt mit der Gründung einer NS-Schwesternschaft beauftragt, welche als hierarchisch oberste Krankenpflegeorganisation diente. Die „Reichsfachschaft deutscher Schwestern und Pflegerinnen“ wurde 1936 in den „Fachausschuss für Schwestern in der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege“ umgewandelt und die nicht durch einen Verband organisierten freien Krankenpflegerinnen wurden im „Reichsbund der freien Schwestern und Pflegerinnen“ organisiert. Diese beiden Organisationen unterstanden dem

„Fachausschuss für Schwesternwesen“ und damit waren aus dem Großteil, der zuvor nebeneinander bestehenden Verbänden ein Verband geworden. 1942 entstand der „NS-Bund deutscher Schwestern“, welcher den Großteil aller Pflegerinnen⁹ in einer Organisation zusammenfassten. Es konnten aber nie alle Pflegerinnen in Deutschland in einer Organisation zusammengefasst werden (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 147). Die Pflegeausbildung wurde auf eineinhalb Jahre verkürzt und vor dem Antritt der Ausbildung wurde ein Hauswirtschaftspraktikum mit der Dauer eines Jahres vorgeschrieben. Des Weiteren wurden in der theoretischen Bildung Fächer zur Vermittlung der nationalsozialistischen Ideologie eingeführt. Die zentralen Werte des Pflegeberufes während des Nationalsozialismus waren Selbstlosigkeit, Opfertum und das Dienen. Die Anpassung der Krankenpflege an das neue System war relativ einfach, da die dem Beruf zu Grunde liegenden Werte aus der traditionellen Krankenpflege dem Frauenbild der NS-Zeit entsprachen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 153). Durch die Beteiligung von Krankenpflegerinnen an der Euthanasie, die im Nationalsozialismus an geistig und körperlich beeinträchtigten Personen ausgeführt wurde, wurde Pflege ein festes Element im politischen System. Dabei muss der ungebrochene Gehorsam gegenüber Ärzten und Vorgesetzten hervorgehoben werden (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 161).

Infolge der Teilung Deutschlands unter den Besatzungsmächten, entwickelte sich die Krankenpflege in der DDR und der BRD unterschiedlich.

In der DDR wurden bekannte ehemalige Nationalsozialisten von der Ausbildung ausgeschlossen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 162). Anzunehmen ist, dass hier der Versuch stattfand, das Gedankengut aus der Zeit der Nationalsozialisten nicht auf die neuen Pflegekräfte einwirken zu lassen, vor allem vor dem Hintergrund der Beteiligung der Krankenpflege an der Euthanasie.

In der DDR wurden 1949 die Pflegeschulen in das offizielle Fachschulsystem eingegliedert. 1961 erfolgte die Eingliederung der Krankenpflegeausbildung in das System der Berufsausbildung. Die Ausbildung fand ab diesem Zeitpunkt an zentralen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen statt. Für eine höhere Anerkennung des Pflegeberufs wurde die Pflegeausbildung 1973 wieder an die Fachschule zurückverlegt (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 163).

In der BRD wurde 1957 eine erste bundeseinheitliche Regelung eingeführt, die die Pflegeausbildung auf eine Dauer von drei Jahren auslegte. Aufgrund des steigenden

⁹ In der NS-Zeit waren nur Frauen als Pflegekräfte angestellt. Daher wird in diesem Zeitraum ausschließlich die weibliche Form des Wortes Pflegerin/Pflegerinnen verwendet.

Personalmangels wurde 1972 das Mindestalter für die Ausbildung herabgesetzt. Infolge des 1972 unterzeichneten „Übereinkommens zur Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung“ der Europäischen Gemeinschaft wurde 1985, nach 15-jähriger Diskussion, das bis 2004 gültige Krankenpflegegesetz erlassen (Möller & Hesselbarth, 1994, S. 166).

3.2 Zwischenresümee zur historischen Herausbildung des femininen Pflegeberufes
Wie der historische Abriss gezeigt hat, gibt es mehrere ineinandergreifende Faktoren, die dazu geführt haben, dass der Pflegeberuf in Deutschland zu einem frauendominierten Beruf geworden ist. Mit der christlichen Religion als Ursprung der pflegerischen Tätigkeit außerhalb der Familie, hat eine langwierige Entwicklung begonnen, die erst im 19. Jahrhundert zur Wandlung der Pflege vom „Liebesdienst“ weg, hin zur beruflichen Tätigkeit geführt hat. Der christliche Ursprung spiegelt sich auch in seinem großen Einfluss auf die Entwicklung des Pflegeberufes wider, beispielsweise mit der Monopolisierung der pflegerischen Tätigkeit für Klöster oder der Einführung des Mutterhaussystems, welches die Pflegelandschaft Deutschlands lange Zeit geprägt und die Entwicklung des Berufsfeldes Pflege ebenso lange Zeit behindert hat. Die Umwandlung zum Beruf erfolgte erst, als eine staatliche Regelung der Pflegeausbildung eingeführt wurde. Mit der Verberuflichung der Pflege wurde gleichzeitig die Prägung des Pflegeberufs als feminines Berufsfeld begründet. Obgleich die Pflegetätigkeit zuvor auch hauptsächlich von Frauen ausgeführt wurde, kam mit der Einführung der Pflege als Beruf bürgerlicher Frauen, die weibliche Konnotation, die sich bis zum heutigen Zeitpunkt nachweisen lässt und nur sehr langsam abzunehmen scheint (vgl. 3).

Anhand der zuvor dargelegten historischen Entwicklung des Pflegeberufes konnten drei übergeordnete Kategorien der Einflussfaktoren identifiziert werden. Die erste Kategorie umfasst religiöse Entwicklungen als Einflussfaktor auf den Pflegeberuf, der zweite ist die Politik und der dritte sind die Geschlechterrollen.

Religion als Einflussfaktor	Politik als Einflussfaktor	Geschlechterrollen als Einflussfaktor
Christentum als Ursprung der pflegerischen Tätigkeit außerhalb der Familie	„Preußisches Gesetz über die Verpflichtung zur Altenpflege“	Nonnen als hauptsächliche Ausführende der Pflege im Kloster
Klöster als caritative Versorgungsstätte	Sozialgesetzgebung	Die Hexenprozesse
Die Reformation der Kirche	Agnes Karll und die Begründung des ersten Berufsverbandes für Pflegekräfte	Fürsorge als charakteristisch weibliches Attribut
Der Orden der Barmherzigen Schwestern	“Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen”	Ablehnung eines Universitätsstudiums für Frauen
Diakonissenvereine und das Mutterhaussystem	Der erste Weltkrieg	Männliche Medizin gegen weibliche Pflege
Wohlfahrtsverbände	Die Weimarer Republik	Schlechter Stand der „freien“ Schwestern
	Arbeitszeitregelungen	
	Tarifverträge	
	Nationalsozialismus	
	„Übereinkommens zur Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung“	

Tabelle 1: historische Einflussfaktoren auf den Pflegeberuf

3.3 das Bild der Geschlechter im Wandel der Zeit

„Mann und Frau bilden traditionell die fundamentalen Positionen in der Ordnung der Geschlechter und Generationen, die in den Sozialgebilden von Ehe, Familie und Haus im Rahmen der staatlichen Gesellschaft institutionalisiert sind.“

(Kuster, 2019, S. 4)

Die Unterscheidung der Gesellschaft in Mann und Frau, beziehungsweise männlich und weiblich, fand schon im antiken Griechenland statt. Demnach sei die Frau unvollständig und nicht fähig, das vollständige Potential als Mensch zu entfalten, weil der Mann vollkommen ist und die Frau das unvollkommene physiologische und psychologische Abbild des Mannes. Diese Darstellung Aristoteles und die Darstellungen von Mann und Frau in der Bibel sind bis zur heutigen Zeit die Grundlagen der Geschlechterbilder und der Hierarchie zwischen den Geschlechtern. Die Hierarchie, welche die Frau dem Mann unterstellt, wurde mit der Theorie der mangelnden Rationalität des Weiblichen und deren Vertreterinnen begründet (Kuster, 2019, S. 5f.). Im Rahmen der Aufklärung im 18. Jahrhundert entwickelte sich die Ansicht, bezüglich der Andersartigkeit der Frau, weg von dem Gedanken, dass Frauen unvollständige Männer seien und hin zum Gedanken, dass die Frau eine eigene Art Mensch darstellt, infolge der Bemühung, die physiologischen Geschlechter anhand psychologischer Eigenschaften zu identifizieren und einzuordnen (Hausen, 2012, S. 19). Die Systematisierung nach Geschlecht ersetzt damit die Systematisierung nach Stand (Hausen, 2012, S. 26). Es findet die Zuordnung bestimmter Charaktermerkmale statt, basierend darauf, welches Geschlecht eine Person innehat oder nach außen präsentiert. „Doing-Gender“ bezeichnet in diesem Zusammenhang die Bestätigung der geschlechterspezifischen Eigenschaften durch Handlungen jeder individuellen Person in ihrem alltäglichen Leben, die den, dem Geschlechtercharakter entsprechenden Eigenschaften, entsprechen (Böhnisch, Funk, & Lenz, 2001, S. 8).

Durch diese Neudefinition entstand der bis heute gültige biologische Geschlechterdualismus. Der Geschlechterdualismus ist der Ursprung der Geschlechtercharaktere, welche bis ins 20. Jahrhundert als festgeschrieben galten (Kuster, 2019, S. 6). Bereits zum Ende des 18. Jahrhunderts hin, als Frauen ihre Zulassung zu Universitäten und Gymnasien forderten, wurde erkennbar, dass es sich bei den Geschlechtercharakteren ebenso um ein Hierarchiesystem handelte, wie bei der zuvor geltenden Ein-

ordnung der Frau als dem Mann biologisch unterlegen. So wurde in diesem Fall argumentiert, dass eine Universitätsbildung die Frau an ihrer natürlichen Aufgabe, der Zuständigkeit für Heim und Familie, abhalten würde (Hausen, 2012, S. 32f.). Durch die Frauenbewegung im 20. Jahrhundert wurden die festgelegten Geschlechtercharaktere erneut in Frage gestellt (Kahlert, 2019, S. 152).

Trotzdem haben sich die Geschlechtercharaktere bis heute gehalten (Hausen, 2012, S. 31). In Deutschland wird die Erhaltung der Geschlechtercharaktere unter anderem durch Wirtschaft und Politik gestützt (Kahlert, 2019, S. 152).

Stereotypisch weibliche Charakteristika	Stereotypisch männlich Charakteristika
<i>Bestimmung für:</i>	
Innen	außen
Nähe	weite
Häusliches Leben	Öffentliches Leben
Betriebsam, emsig	Wirksam
<i>Passivität:</i>	<i>Aktivität:</i>
Schwäche, Ergebung, Hingebung	Energie, Kraft, Willenskraft
Wankelmut	Festigkeit
Bescheidenheit	Tapferkeit, Kühnheit
<i>Sein:</i>	<i>Tun:</i>
abhängig	Selbstständig
Betriebsam, emsig	Strebend, zielgerichtet, wirksam
bewahrend	erwerbend
empfangend	Gebend
Selbstverleugnung, Anpassung	Durchsetzungsvermögen
Liebe, Güte	Gewalt
Sympathie	Antagonismus
<i>Emotionalität:</i>	<i>Rationalität:</i>
Gefühl, Gemüt	Geist

Empfindung	Vernunft
Empfänglichkeit	Verstand
Rezeptivität	Denken
Religiosität	Wissen
Verstehen	Abstrahieren, Urteilen
<i>Tugenden:</i>	<i>Tugend:</i>
Schamhaftigkeit, Keuschheit	Würde
Schicklichkeit, Liebenswürdigkeit	
Taktgefühl, Verschönerungsgabe	
Anmut, Schönheit	

Tabelle 2: Geschlechterspezifika (Hausen, 2012, S. 24)

3.4 die Veränderungsprozesse des Pflegeberufes und das Frauenbild

Anhand der zuvor dargelegten Abschnitte konnte aufgezeigt werden, dass die im Folgenden aufgeführten Faktoren für die feminine Prägung des Pflegeberufes entscheidend sind.

Obwohl bereits im Römischen Reich und im Mittelalter die Pflēgetätigkeit meist von Frauen ausgeführt wurde, ist sie, infolge der Entstehung der Geschlechtercharaktere im 19. Jahrhundert, zu einem, den Frauen zugeschriebenen Beruf geworden (vgl. 3.1). Die Bildung der Frau war im Bürgertum Angelegenheit der Familie, besonders der Mutter. Durch die Geschlechtercharaktere wurde die Zuständigkeit der Frauen für Haushalt und Familie begründet. Der Geschlechtercharakter für Frauen wird als Grund angesehen, dass Frauen, sofern sie überhaupt außerhalb des Hauses arbeiteten, in geschlechtercharakternahen erzieherischen oder pflegerischen Tätigkeiten arbeiteten (Hausen, 2012, S. 44f.). In diesem Zusammenhang entstand auch die Hierarchisierung der Pflege zur Medizin, da die „weibliche“ Pflege der „männlichen“ Medizin untergeordnet wurde, entsprechend der Unterordnung der Frau zum Mann in der Gesellschaft (vgl. 3.3). Die Herabwürdigung der pflegerischen Tätigkeit zu „typisch weiblichen Eigenschaften“ wird ebenfalls deutlich durch die geringe Anerkennung der sogenannten „freien“ Schwestern. Der Gebrauch des Argumentes, dass eine Bezahlung die Barmherzigkeit der Pflege herabsetzen würde, verdeutlicht, wie

stark die Prägung des „Liebesdienstes“ zum Ende des 19. Jahrhunderts war (vgl. 3.1). Die späte Anerkennung als Beruf im Jahr 1907 verdeutlicht, wie lange Pflēgetätigkeit als Tätigkeit, die keiner Ausbildung bedarf, angesehen wurde. Die langsame Veränderung des Pflegeberufes, die in Kapitel 3.1 aufgezeigt wurde, kann mit den Geschlechtercharakteren in Verbindung gesetzt werden. Durch die auf den Geschlechtercharakteren basierende Verweigerung höherer Bildung von Frauen, wurde Pflegekräften eine Ausbildung verweigert, da Frauen „von Natur aus“, laut der Geschlechtercharaktere, pflegen können und dies nicht lernen müssen.

Die Bestrebung, die Pflege zum Beruf zu machen, um dadurch den dort arbeitenden Frauen bessere Lebensumstände zu beschere, scheint aus heutiger Sicht zum Nachteil des Pflegeberufes geworden zu sein.

In einer Studie, in der, mithilfe von halb-offenen Interviews, Fokusgruppen zur Wahrnehmung des Pflegeberufes und deren Einfluss auf die Berufswahl befragt wurden, waren die mehrheitlich genannten Faktoren das Gefühl der Berufung zur Pflēgetätigkeit, eine helfende und sorgende Lebenseinstellung, theoretische Kompetenzen und das richtige Skill Set. Beeinflussende Faktoren, die von den Befragten benannt wurden waren nahestehende Familienmitglieder und Freunde, persönliche Erfahrung mit dem Pflegeberuf und die Darstellung des Pflegeberufes in den Medien. Die Autor*innen konnten feststellen, dass die Wahrnehmung und Vorstellung der Bewerber nicht dem modernen Pflegeberuf entspricht. Sie schlagen eine Überarbeitung der Darstellung des Pflegeberufes in den Medien vor, um diese Diskrepanz zu eliminieren (Glerean, Hupli, Talman, & Haavisto, 2019, S. 8f.). Die in dieser Studie durch die Befragten benannten Charakteristika und Anforderungen an Bewerber*innen für den Pflegeberuf beinhalten Charakteristika, die dem weiblichen Geschlechtsbild entsprechen, was auf eine unveränderte, wenn auch möglicherweise unbewusste weibliche Konnotation des Pflegeberufes bei Bewerber*innen hinweist.

Blomberg und Stier (2015) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Wirkung metaphorischer Ausdrücke bei Berichterstattungen über den Pflegekräftemangel in Schweden (S. 3ff.). Ihre themenübergreifenden Ergebnisse umfassen die Feststellung, dass der Einfluss der Medien darauf, wie viel und vor allem auf welche Weise das Thema in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Es ist wichtig, dass Berufsangehörige der Pflege, aber auch Journalisten, Politiker und Forscher reflektierend über das Thema, in diesem Fall den Pflegenotstand, sprechen (Blomberg & Stier, 2015, S. 16).

Im Zusammenhang mit der Studie von Glerean et al. (2019) und deren Schlussfolgerung des hohen Einflusses von Medien auf die Wahrnehmung des Pflegeberufes, kann es ein Lösungsansatz sein, die Darstellung des Pflegeberufes nicht nur in den Nachrichten, sondern auch in Unterhaltungsmedien hingehend einer modernen und akkuraten Darstellung des heutigen Pflegeberufes zu verändern, um die weibliche Konnotation des Pflegeberufes zu verändern.

Aufgrund des komplexen Themas und den Einschränkungen der gefundenen Literatur konnten nicht alle Aspekte der historischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Pflegeberufes erläutert werden. In der Bachelorarbeit werden die zentralen Aspekte zusammengetragen.

4. Pflege auf dem Weg zur Profession

Während im vorangegangenen Kapitel die historischen Einflussfaktoren auf den heutigen Pflegeberuf dargelegt wurden, wird im Folgenden eine kurze Darstellung aktueller Professionstheorien gegeben (4.1). Darauf aufbauend wird der Zusammenhang zwischen Professionalisierung und Gender thematisiert (4.2). Abschließend werden Potentiale des Pflegeberufes dargelegt und Faktoren aufgezeigt, welche die Professionalisierung des Pflegeberufes in Deutschland behindern (4.3).

Begonnen hat die Professionalisierung des Pflegeberufs in Deutschland in den 1980er Jahren¹⁰ mit der Einführung erster Pflegestudiengänge an deutschen Hochschulen und der damit beginnenden Akademisierung (vgl. 3.1) (Krampe, 2014, S. 182). In der Literatur wird der erst spät begonnene und langsam ablaufende Professionalisierungsprozess innerhalb des Pflegeberufes auf dessen historische Entstehungsgeschichte zurückgeführt (Neumann, 2009, S. 7ff.). Da die Verberuflichung der Pflege erst im 19. Jahrhundert begann, ist der Pflegeberuf einerseits ein vergleichsweise junger Beruf, im Gegensatz zum Hebammenwesen und der Medizin (vgl. 3.1). Andererseits wird, besonders im Bereich der Genderforschung, in der weiblichen Konnotation des Pflegeberufes und pflegerisch-versorgenden Tätigkeiten ein Grund des langsamen Professionalisierungsprozesses gesehen (Neumann, 2009, S. 6ff.).

¹⁰ Es wird hier auf die zeitliche Entwicklung in der BRD Bezug genommen, aufgrund der gesellschaftshistorischen und politischen Entwicklung im Pflegeberuf, infolge der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahr 1989.

4.1 Professionstheorien

In dieser Arbeit wird der Pflegeberuf nicht als Pflegeprofession bezeichnet, da in der Professionssoziologie eindeutige Definitionen der Begriffe Profession, Professionalität und Professionalisierung existieren. In pflegerischer Fachliteratur werden diese Begriffe teilweise ohne genauere Definition oder Erklärung benutzt, ohne, dass die ursprüngliche professionssoziologische Bedeutung eingehalten wird (Neumann, 2009, S. 4f.). In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die These vertreten, dass die Pflegeberufe durchaus Professionalisierungstendenzen aufweisen. Auf diese These ist die Durchsicht der Literatur, insbesondere jüngere empirische Studien, fokussiert. Schützeichel (2018) definiert Profession als ein, aus den drei Bereichen Wissenschaft, Region und Praxisfeld bestehendes Zusammenspiel (S. 9). Er bezeichnet Angehörige einer Profession als solche Personen, die, im Gegensatz zum Laien ihr Handeln reflexiv und explizit begründen können (Schützeichel, 2018, S. 14). Weiterhin haben Professionen die Funktion, theoretisches Wissen auf ihr professionelles Handlungsfeld zu übertragen und gegebenenfalls anpassen zu können, sowie neue Erkenntnisse aus praktischen Handlungsfeldern zu theoretisieren um dadurch neue Erkenntnisse zu erlangen (Schützeichel, 2018, S. 16).

Kuhn (2016) benennt drei zentrale Punkte, die zur Professionalisierung eines Berufes notwendig sind: gesellschaftlicher Stellenwert (1), Akademisierung (2) und berufliche Selbstverwaltung (3) (S. 24). Mit dieser Einordnung wird in dieser Arbeit nachfolgend Profession definiert.

4.2 Professionalisierung und Gender

Beim Zusammenhang von Professionalisierung und Gender stellt sich die Frage, welcher der beiden Punkte welchen bedingt (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 14).

Gesetze zur Sicherstellung der Geschlechtergleichheit, welche im Besonderen im Familiengesetz ersichtlich sind, können die Entwicklung der Professionalisierung stark beeinflussen. Hier wird besonders auf Geschlechtergleichheit fördernde Gesetze Bezug genommen, beispielsweise Pflege- und Betreuungsangebote für Kinder

und pflegebedürftige Familienangehörige und Elternzeitregelungen ohne Geschlechterbindung (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 12). In Deutschland ist die Gesetzeslage zu Geschlechterbefähigung in diesen Bereichen eindeutig. Die Entlastung pflegender Angehöriger und Elternzeitregelungen sind für beide Geschlechter ausgelegt (vgl. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018), (Bundesministerium für Gesundheit, 2019)). Es ist festgestellt worden, dass bei einer gesteigerten Professionalisierung eines Berufes, der prozentuale Anteil männlicher Beschäftigter steigt (Scheele, 2019, S. 758f.). Managementpositionen erfordern eine höhere Bildung und infolge von Autonomie und höherem Gehalt wird eine gesteigerte gesellschaftliche Anerkennung vermutet. Entsprechend der Definition von Professionalisierung nach Kuhn (2016) (vgl.4.1), weist dieser Umstand auf die fortgeschrittenere Professionalisierung in Managementberufen hin. Durch den prozentualen Anteil männlicher Beschäftigter im mittleren und höheren Pflegemanagement, im Gegensatz zum prozentualen Anteil von männlichen Pflegekräften bei Pflegepersonal, das „am Bett“ tätig ist, ist diese Entwicklung auch im Pflegeberuf erkennbar (Sander, 2009, S. 381f.).

4.3 Professionalisierung und der Pflegeberuf

In einer qualitativen Studie wurden in Spanien 19 Pflegekräfte mithilfe halboffener Interviews zum Zusammenhang zwischen „Care“¹¹, Autonomie und Gender im professionellen Kontext befragt (Galbany-Estragues & Comas-d'Argemir, 2017, S. 362ff.). Zentrale Übereinstimmungen gab es bei den Befragten bezüglich der Auffassung von Handlungsautonomie im beruflichen Kontext. Hier wurde mehrheitlich aus-

¹¹ Aufgrund von konzeptuellen Unterschieden wird anstelle des deutschsprachigen Begriffs „Pflege“ hier der englischsprachige Begriff „Care“ verwendet, da die Studie mit einer Definition von „Care“ gearbeitet hat und keine direkte Übertragung auf den Begriff „Pflege“ stattfinden kann. Ende des 20. Jahrhunderts kam in der Geschlechterforschung die Diskussion um das Konzept „Care“ auf (Theobald, 2019, S. 774). Hintergrund der Debatte war die Absicht, eine feminin geprägte Tätigkeit ins Blickfeld zu rücken (Theobald, 2019, S. 779). Der Kontext, in welchem hier gearbeitet wurde, bezeichnet zwar eher das Häusliche, kann aber auch auf den Pflegeberuf angewandt werden. In der Studie von Blasdell (2016) benennt die Autorin „Caring“ als den Hauptbestandteil des Pflegeberufes (S. 1). Sie erarbeitete im Kontext einer vergleichenden literaturbasierten Arbeit, dass es keine allgemeingültige Definition des Konzeptes „Caring“ im praktischen Kontext gäbe (S. 5).

gesagt, dass Autonomie in der Entscheidungsfindung und Handlung, bezogen auf pflegerische Tätigkeiten, als Anerkennung des Pflegeberufes als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen wird (Galbany-Estragues & Comas-d'Argemir, 2017, S. 365). Starre Strukturen und Bürokratisierung werden als Faktoren für Zeitmangel identifiziert und Zeitmangel wurde durch die Befragten als Grund für sinkende Versorgungsqualität aufgrund von geringerem Aufwand und der Distanzierung von Pflegeberufen angegeben (Galbany-Estragues & Comas-d'Argemir, 2017, S. 364f.). Durch die Autoren wurde eine direkte Relation zwischen der Autonomie des Pflegeberufes und der Anerkennung des Wertes von „Care“ hergestellt, da „Care“ als das dem Pflegeberuf zugrundeliegende Konzept gilt. Weiterhin wurde festgestellt, dass die Größe der Anerkennung für „Care“ und der direkt damit zusammenhängenden Anerkennung für den Pflegeberuf direkte Auswirkungen auf Machtbeziehungen hat, welche, wie bereits in 3.4 erläutert, Geschlechterhierarchien und Ungleichheit zwischen Medizin und dem Pflegeberuf widerspiegeln (Galbany-Estragues & Comas-d'Argemir, 2017, S. 366). Diese Studie ist zwar nicht in Deutschland erhoben worden und stellt dadurch nicht die Sicht im deutschen Bildungssystem ausgebildeter Pflegekräfte dar, ist aber aufgrund gleicher zugrundeliegender Annahmen gegenüber Gender und Professionalisierung trotzdem relevant in ihrer Aussage über die Zusammenhänge von Autonomie, Gender, „Care“ und deren Zusammenhängen mit der Professionalisierung des Pflegeberufes allgemein. Da von Schützeichel (2018) die Fähigkeit theoretisches Wissen praktisch anzuwenden als Grundlage professionellen Handelns definiert wird (S. 16), kann anhand dieser Studie deutlich gemacht werden, dass Zeitmangel zu unprofessionellem Handeln im Pflegebereich führt.

Öhman et al. (2017) haben in einer Studie mit gemischten Forschungsmethoden Angehörige von Therapieberufen in der Altenpflege in Schweden hinsichtlich des Einflusses von Geschlecht und Macht auf die Arbeitszufriedenheit befragt (S.3ff.). Sie konnten einen Zusammenhang zwischen hoher beruflicher Kompetenz und hoher Arbeitszufriedenheit herstellen. Die Möglichkeit der beruflichen Weiterbildung und Autonomie im Beruf steigern die Arbeitszufriedenheit ebenfalls. Von den Autoren als überraschend wahrgenommen, wurde die nicht vorhandene Wahrnehmung von Pflege als geschlechterspezifische Arbeit und der damit verbundenen Geschlechterhierarchie. Ein Erklärungsversuch der Autoren war das Ignorieren existierender Genderhierarchien oder deren Verschleierung (S. 11).

Eine berufliche Kompetenz kann durch eine grundständige Ausbildung mit hoher Qualität erreicht werden, sowie durch fachspezifische Fort- und Weiterbildungen. Dies ist Teil der Professionalisierung (Schützeichel, 2018, S. 16). Hierdurch wird deutlich, dass auch Angehörige der Berufsgruppe eine qualitativ hochwertige Ausbildung im Pflegebereich schätzen, um den Bedürfnissen der Patienten begegnen zu können und befähigt sind, autonome Entscheidungen zu treffen (Öhman, Kelsu, & Enberg, 2017, S. 11)

In einer vergleichenden literaturbasierten Arbeit über die „Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege“ wurden hauptsächlich starre Hierarchien und Rollenbilder der Geschlechter als „Innovationsbremse“ identifiziert. Es wurden Artikel des „deutschen Ärzteblatts“ über eine Periode von 23 Jahren analysiert, deren übergreifende Sicht als größtenteils negativ gegenüber der Professionalisierung des Pflegeberufes erkannt wurde. In den analysierten Beiträgen wurde dabei kaum auf die Entwicklung des Pflegeberufes im Ausland eingegangen (Simon & Flaiz, 2015, S. 93). Auch in dieser Studie ist die Gegenwärtigkeit von Geschlechterrollen und deren Hierarchisierung aufgetan worden. Aber auch die Hierarchie, die eine große Rolle in der Pflege spielt¹², erscheint als Faktor für die Ablehnung der Pflegeprofessionalisierung.

Eva-Maria Krampe (2014) setzt den Prozess der Professionalisierung des Pflegeberufes mit den Ökonomisierungsprozessen in Deutschland in Zusammenhang. Sie identifizierte Regeln, nach denen über die Weiterentwicklung des Pflegeberufes gesprochen werden darf:

Notwendigkeit der Modernisierung des Berufes

- Aufgrund von außen kommender Ansprüche
- Im Beruf selbst angelegter Probleme

Bedingungen und Behinderungen eines Frauenberufes

- Historisch und aktuell
- Distanzierung von den „weiblichen“ Anteilen

¹² Aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen ist hier die Pflege im Krankenhaus gemeint, da für eine Hierarchieabstufung zwischen Medizin und Pflege die Anwesenheit von Ärzten vorausgesetzt wird, die in Altenpflegeeinrichtungen oder der ambulanten pflegerischen Versorgung keine so große Rolle spielt.

Wirtschaftlichkeit

- Als rationales Element gegen emotionale Anteil im Frauenberuf
 - Als Abgrenzung gegen die Medizin
 - Als neue Chance der Eigenständigkeit
-

Professionalisierung und Autonomie

- Als Stuserweiterung
- Als Versprechen für die Aufwertung des Berufs

Tabelle 3: Regeln für die Teilnahme am Diskurs über die Professionalisierung des Pflegeberufes, (Krampe, 2014, S. 183)

Die Autorin beschreibt die herrschenden Machtverhältnisse im Gesundheitsbereich als Grund des Scheiterns der Professionalisierungsbestrebungen in den 1980er Jahren (Krampe, 2014, S. 184). Wie auch in anderen Arbeiten beschrieben wird (Galbany-Estragues & Comas-d'Argemir, 2017, S. 364f.) (Simon & Flaiz, 2015, S. 93), wird hier wieder Bezug auf die Machtstrukturen im Gesundheitsbereich genommen, mit starkem Fokus auf den hierarchischen Unterschieden zwischen Pflege und Medizin. Sie merkt außerdem die Ansiedlung der Pflegestudiengänge an den Hochschulen an, die im Zuge der Akademisierung eingeführt wurden. Diese wurde weitestgehend akzeptiert und der Mangel an Pflegestudiengängen an Universitäten kaum angesprochen (Krampe, 2014, S. 194). Bedenkt man, dass Medizin ausschließlich an Universitäten gelehrt wird, existiert auch hier wieder eine Abstufung der Pflege gegenüber der Medizin.

Wenn man nach den Kriterien einer Profession nach Kuhn (2016) geht, dann muss man sich mit dem Aspekt der Selbstverwaltung auseinandersetzen (S. 24). Oberflächlich ist die Pflege ein selbstverwaltender Beruf, allerdings nur, wenn die Bereiche außerhalb der eigentlichen Arbeitsstätten außer Acht gelassen werden. Politisch vertreten ist die Pflege auf berufspolitischer Ebene mit Interessenverbänden auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite. Eine Möglichkeit der Selbstverwaltung auf politischer Ebene bieten die, in einigen Bundesländern eingerichteten beziehungsweise einzurichtenden Pflegekammern (Kuhn, 2016, S. 48f.). Allerdings ist deren Einrichtung Entscheidung der Berufszugehörigen in den einzelnen Bundesländern. Das kann zu Uneinigkeit innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden führen. Durch ein Mitentscheiden der Pflegekammern bezüglich der deutschen Pflegepolitik, lässt die Nichtbeteiligung einiger Bundesländer eine unterschiedliche Entwicklung des Pflegeberufes

fes erwarten und könnte dadurch die Differenzen und Probleme innerhalb des Berufsfeldes Pflege noch verstärken.

In einer vergleichenden literaturbasierten Studie haben Gunn et al. (2018) die strukturellen Einflussfaktoren, welche die Entwicklung des Pflegeberufes und der Pflegearbeitssettings in Wohlfahrtsstaaten beeinflussen, zusammengetragen und analysiert (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 5). Darin erarbeiten sie die Bedeutung der Professionalisierung des Pflegeberufes, sowohl für den Pflegeberuf als auch für Patienten und das Gesundheitssystem. Diese trägt zur Stärkung des Pflegeberufs bei und steigert unter anderem Pflegeeffizienz, Pflegeoutcome und Pflegepersonalressourcen (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 15). Sie weisen auf den Einfluss sozialstaatlicher Regulationen und Gesetze hin, welche die Professionalisierung beeinflussen, beispielsweise Bildungschancen im Zusammenhang mit Zugangsvoraussetzungen zum Pflegeberuf oder die Regulation von Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. In der Studie wurden fünf Einflussfaktoren erarbeitet, die den Professionalisierungsprozess des Pflegeberufs aufgrund von Stellenmarktregulationen beeinflussen können: (a) Möglichkeiten des Bildungsniveaus, (b) Teilnahme an bezahlter Arbeit, (c) Verteilung innerhalb von Berufen und übergreifend über den Stellenmarkt und Arbeitssektoren, (d) Gehälterregulationen und (e) gesellschaftliche Anerkennung von Rollen beziehungsweise Zuständigkeiten (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 13).

Ähnlich der Arbeit von Krampe (2014) wird in dieser Studie aufgezeigt, dass es eine Reihe von Faktoren gibt, die außerhalb des direkten Wirkkreises des Pflegeberufes und seiner Angehörigen liegen, welche die Professionalisierung beeinflussen (Krampe, 2014, S. 183), (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 14). In dieser Studie wird die Empfehlung ausgesprochen, diese Mechanismen tiefergehend zu erforschen, um eine Professionalisierung des Pflegeberufes weiter vorantreiben zu können (Gunn, Muntaner, Villeneuve, Chung, & Gea-Sanchez, 2018, S. 14).

Skela-Savič et al. (2017) haben in ihrer Studie die Zusammenhänge von Kompetenzen und Wert bezogen auf die Nutzung von evidenzbasierten Methoden untersucht (S. 1911). Dafür haben sie eine quantitative Datenerhebung mithilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt (Skela-Savič, Hvalič-Touzery, & Pesjak, 2017, S.

1912). Sie haben dabei ermittelt, dass die Nutzung evidenzbasierter Methoden weniger präsent ist, als die Werte und Kompetenzen, die den traditionellen Pflegeberuf ausmachten. Weiterhin wurde in der Studie festgestellt, dass das Festhalten an alten pflegerischen Abläufen und Methoden die Implementierung evidenzbasierter Praktiken behindert. Es wird eine Chance in der Einführung höherer Bildungsabschlüsse und der Professionalisierung des Pflegeberufes gesehen, um evidenzbasierte Methoden in den Pflegeberuf einzubringen (Skela-Savič, Hvalič-Touzery, & Pesjak, 2017, S. 1920f.). Die vorliegenden Daten wurden in Slowenien erhoben. Die Anwendbarkeit auf Deutschland ist nur bedingt möglich, da die Situation und der Fortschritt bezogen auf die Professionalisierung des Pflegeberufes nicht bekannt ist. Allerdings ist die Aussage über die Behinderung der Professionalisierung der Krankenpflege durch traditionelle Werte mit deutscher Literatur übereinstimmend (Kuhn, 2016, S. 23ff.), weswegen die Studie in diese Arbeit integriert wurde. Eine systematische Wissensweitergabe innerhalb des Berufsfeldes der Pflege wird durch die bestehenden Ausbildungsgesetze der Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und der Altenpflege zum Zeitpunkt dieser Bachelorarbeit bundeseinheitlich geregelt. Mit dem neuen Pflegeberufegesetz, welches zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt, werden die Ausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einer Ausbildung zusammengelegt. Weiterhin baut es die akademische Ausbildung aus (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Diese Entwicklung bietet die Chance, durch höhere Bildung innerhalb der praktischen Pflege „am Bett“¹³, evidenzbasierte Methoden weiter in den Pflegeberuf zu implementieren und dadurch die Wissenschaftlichkeit der pflegerischen Arbeit zu steigern.

5. Fazit

Das wiederkehrende Element in der Literatur, welches die Professionalisierung des Pflegeberufes erschwert, sind die weiterhin herrschenden hierarchischen Strukturen zwischen Medizin und Pflege. Diese haben ihren Ursprung in der Erhebung der Medizin an die Universitäten im Mittelalter. Diese Große Bedeutung der Medizin gipfelte darin, dass Entscheidungen, die den Pflegeberuf betrafen durch Ärzte getroffen wur-

¹³ Der Großteil akademisch ausgebildeter Pflegekräfte besetzen momentan Positionen des mittleren und höheren Pflegemanagements, Lehr- oder Verwaltungspositionen (Krampe, 2014, S. 180).

den, da Pflegekräften unzureichendes Wissen und Können innerhalb ihrer eigenen Tätigkeit attestiert wurde (vgl. 3.4).

Berufliche Hierarchisierung wird mit geschlechtlicher Hierarchisierung gleichgesetzt. Das gilt im besonderen Fall für soziale Berufe, da soziale Tätigkeiten auch zum heutigen Zeitpunkt noch eindeutig weiblich konnotiert sind und ein eindeutiger Zusammenhang zwischen den gesellschaftlich weiterhin gefestigten Geschlechtercharakteren und der Unterordnung der Frau zum Mann als System sozialer Ordnung hergestellt werden kann (vgl. 3.3).

Anhand mehrerer empirischen Studien konnte der Wunsch innerhalb der Berufsgruppe nach Professionalisierung nachgewiesen werden. Es wurde zwar nicht als Wunsch nach Professionalisierung benannt, was auch in Unwissenheit über Professionalisierung begründet sein kann, aber das Bedürfnis nach hohem berufsspezifischem Wissen durch Bildung und der Wunsch nach Selbstverwaltung sind herausgestellt worden. Beide Faktoren sind Teilbereiche einer Profession (vgl. 4.1). Die gesellschaftliche Anerkennung, die den dritten Bestandteil einer Profession darstellt, konnte anhand der vorliegenden Literatur weder be- noch widerlegt werden.

Aufgrund der, auf den historisch bestehenden Geschlechtercharakteren basierenden, Hierarchisierung, konnte Gender als gesellschaftlicher Faktor erkannt werden, der die Professionalisierung beeinflusst. Die dieser Arbeit zugrundeliegende Fragestellung kann aufgrund der Literatur dahingehend beantwortet werden, dass sich die feminine Prägung des Pflegeberufes eindeutig auf dessen historische Entstehung zurückführen lässt (vgl. 3.1 und 3.4). Aufgrund noch heute herrschender Dominanz der im 19. Jahrhundert entstandenen binären Geschlechtercharaktere, ist eine abschreckende Wirkung auf Männer durch die weibliche Konnotation des Pflegeberufes sehr wahrscheinlich.

Ausgehend von den Ergebnissen der Literaturdurchsicht ergeben sich meines Erachtens zwei weiterführende Überlegungen. Erstens: Da die Pflege – wie bei allen sozialen Berufen – stark weiblich konnotiert ist, sollte dem Männermangel durch das Auflösen der genderstereotypischen Prägungen begegnet werden. Durch Reflexion und strukturierten Abbau genderspezifischer Stereotypen, kann der Pflegeberuf zu einem geschlechterneutralen Beruf umgewandelt werden. Eine Möglichkeit bildet das Einwirken auf die Bildung vom Kleinkindalter an bis hin zur Erwachsenenbildung, sodass ein Normalitätsverständnis gegenüber Männern im Pflegebereich entsteht.

Zweitens: Ob die Professionalisierung eine Möglichkeit bietet, das Interesse männlicher Bewerber zu steigern, konnte nicht eindeutig beantwortet werden. Allerdings gibt

es Entwicklungen in anderen Berufsfeldern, die diese Möglichkeit denkbar machen (vgl. 4.2). Auf jeden Fall würde die Professionalisierung der Pflege und die damit einhergehende gesellschaftliche Anerkennung entsprechender beruflicher Tätigkeiten, eine Steigerung der Patientenversorgung und die Verbesserung des Gesundheitssystems mit sich bringen. Dies wäre ein wünschenswertes Outcome.

Literaturverzeichnis

- Blasdell, N. D. (16. Dezember 2016). The Meaning of Caring in Nursing Practice. *International Journal of Nursing & Clinical Practice*(4), S. 1-5.
- Blomberg, H., & Stier, J. (26. Oktober 2015). Metaphorical expressions used in Swedish news media narratives to portray the shortage of nurses and their working conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), S. 1-28.
- Bogai, D., Seibert, H., & Wiethölter, D. (2017). Beschäftigte in den Pflegeberufen – Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven. In K. Kliner, D. Rennert, & R. Matthias (Hrsg.), *BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bogai, D., Seibert, H., & Wiethölter, D. (2017). Beschäftigte in den Pflegeberufen – Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven. In K. Kliner, D. Rennert, & R. Matthias (Hrsg.), *BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen* (S. 93-102). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Böhnisch, L., Funk, H., & Lenz, K. (2001). Einleitung. Zur Relevanz der Geschlechterforschung. In L. Böhnisch, H. Funk, & K. Lenz, *Geschlechterverhältnisse. Gesellschaftliche Konstruktionen und Perspektiven ihrer Veränderung* (S. 7-10). Weinheim & München: Juventa.
- Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., & Schmitt, S. (2009). „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellung von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung Bremen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Oktober 2018). Elterngeld, ElterngeldPlus und Elternzeit. (S. F. Bundesministerium für Familie, Hrsg.) Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit. (6. Dezember 2018). *Pflegeberufegesetz*. Abgerufen am 22. Mai 2019 von bundesgesundheitsministerium.de:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (5. April 2019). *Pflege zu Hause: Finanzielle Unterstützung und Leistungen für die ambulante Pflege*. Abgerufen am 4. 5 2019 von Bundesgesundheitsministerium:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause.html>
- Destatis. (8. Mai 2019). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht*. Abgerufen am 8. Mai 2019 von GENESIS-Online Datenbank: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeiten=2000,2005,2010&zeitscheiben=3>
- Duden. (o.J.). *Diakon, der*. Abgerufen am 11. Mai 2019 von Duden-Website:
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Diakon>

- Duden. (o.J.). *Diakonat, das oder der*. Abgerufen am 11. Mai 2019 von Duden-Website: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Diakonat>
- Duden. (o.J.). *Duden Hospital, das*. Abgerufen am 11. Mai 2019 von Duden-Website: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Hospital>
- Galbany-Estragues, P., & Comas-d'Argemir, D. (2017). Care, Autonomy, and Gender in Nursing Practice: A Historical Study of Nurses' Experience. *The Journal of Nursing Research*, 25(5), S. 361-367.
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E. (2019). Perception of nursing profession - focus group interview among applicants to nursing education. *Scandinavian Journal of Caring Science*, S. 1-10.
- Gunn, V., Muntaner, C., Villeneuve, M., Chung, H., & Gea-Sanchez, M. (2. September 2018). Nursing professionalisation and welfare state policies: A critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce. *Nursing Inquiry*, 26(1), S. 1-29.
- Hausen, K. (2012). Die Polarisierung der "Geschlechtercharaktere". Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In K. Hausen, *Geschlechtergeschichte als Gesellschaftsgeschichte* (S. 394). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Kahlert, H. (2019). Neuordnung der wohlfahrtskapitalistischen Geschlechterverhältnisse in der Spätmoderne: Reproduktionskrise und/oder unvollendete Revolution? In B. e. Rendterdorff, *Struktur und Dynamik - Un/Gleichzeitigkeiten im Geschlechterverhältnis* (S. 141-155). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Krampe, E.-M. (2014). Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung. In A. Manzei, & R. Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen* (S. 179-197). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Kuhn, A. (2016). Problemdefinition: Der lange Weg der Professionalisierung. In A. Kuhn, *Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Der fehlende Baustein zur Professionalisierung?* (S. 23-54). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Kuster, F. (2019). Mann - Frau: die konstitutive Differenz der Geschlechterforschung. In B. e. Kortendiek, *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 3-12). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Möller, U., & Hesselbarth, U. (1994). *Die Geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege - Hintergründe-Analysen-Perspektiven*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Neumann, M. (2009). Berufsspezifische Entwicklung der Pflege - vom Helfer zur Profession. In C. Reidnitz, *Case Management praktisch und effizient* (S. 3-18). Berlin: Springer GmbH.

- Öhman, A., Kelsu, B.-I., & Enberg, B. (2. Juni 2017). Team social cohesion, professionalism and patient-centeredness; gender care work with special reference to elderly care - a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 17(381), S. 1-12.
- Pons. (o.J.). Abgerufen am 26. April 2019 von Pons:
https://de.pons.com/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=brand_de&gclid=EAlaIqobChMIueW6kfqq4gIV4jLTCh24FQI4EAAAYASAAEgJzBPD_BwE
- Riegle-Crumb, C., King, B., & Moore, C. (1. Mai 2017). Do They Stay or Do They Go? The Switching Decisions of Individuals Who Enter Gender Atypical College Majors. *Sex Roles*, 74(9), S. 1-24.
- Sander, K. (2009). *Profession und Geschlecht im Krankenhaus*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Scheele, A. (2019). Arbeit und Geschlecht: Erwerbsarbeit, Hausarbeit und Care. In B. e. Kortendiek, *Handbuch interdisziplinärer Geschlechterforschung* (S. 753-762). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Schützeichel, R. (2018). Professionswissen. In C. Schnell, & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Handbuch Professionssoziologie* (S. 1-23). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Simon, A., & Flaiz, B. (2015). Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege. *HeilberufeSCIENCE*, 6, S. 86-93.
- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S., & Pesjak, K. (11. Januar 2017). Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, S. 1910-1923.
- Sticker in: Möller, U., & Hesselbarth, U. (1994). *Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Hintergründe, Analysen, Perspektiven*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Theobald, H. (2019). Care: Ansätze und Perspektiven der international vergleichenden Geschlechterforschung. In B. e. Kortendiek, *Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 773-782). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Anhang

Anhang 1: tabellarische Darstellung der Suchbegriffe inklusive Übersetzungen

1) Pflegeberuf

Deutsch	Englisch
Pflegeberuf	nursing, health care profession, nursing profession
Professionelle Pflege	professional care, health care profession, nursing profession
Pflegekraft	nurse
Pflegekraft	nurse
Pfleger*	nurse

Tabelle 4: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Pflegeberufe“

2) historische Entwicklung

Deutsch	Englisch
Historische Entwicklung	Historical development
Gesellschaftliche Entwicklung	Social development
Gesellschaft	society
Historie	history
Berufsentwicklung	Career development
historisch	historical

Tabelle 5: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „historische Entwicklung“

3) Deutschland

Deutsch	Englisch
Deutschland	Germany
deutsch	german

Tabelle 6: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Deutschland“

4) Frauen

Deutsch	Englisch
Frau*	Woman, women, female
feminin	feminine
gender	gender
weiblich	feminine

fraulich

feminine

Tabelle 7: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Frauen“

5) Berufswahl

Deutsch	Englisch
Berufswahl	Career choice
Beruf	Career, job, employment, work
Arbeit	Career, job, employment, work
Arbeitswahl	Career choice, work choice
Job	Job, career, employment, work
Beschäftigung	Job, career, employment, work
Beschäftigungsverhältnis	

Tabelle 8: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Berufswahl“

6) Männer

Deutsch	Englisch
Mann	man
Männer	men
männlich	Male, manly
gender	gender
maskulin	masculin

Tabelle 9: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Männer“

7) Professionalisierung

Deutsch	Englisch
Professionalisierung	Professionalization, professionalism
Profession	profession
Professionstheorie	Professional Theory

Tabelle 10: Synonym- und Übersetzungstabelle Kategorie „Professionalisierung“

Anhang 2: tabellarische Darstellung der Literaturrecherche

PubMed

Nummer	Limts	Suchbegriff	Treffer	Relevante
1	5 Jahre	nursing	146352	-
2	5 Jahre	nurse	69742	-

3	5 Jahre	Professional care	30956	-
4	5 Jahre	Health care profession	5237	-
5	5 Jahre	Nursing profession	139601	-
6	5 Jahre	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	194590	-
7	5 Jahre	History	209117	-
8	5 Jahre	Historical development	7589	-
9	5 Jahre	Career development	3436	-
10	5 Jahre	7 OR 8 OR 9	215685	-
11	5 Jahre	Feminine	1170	-
12	5 Jahre	Female	1531168	-
13	5 Jahre	woman	285593	-
14	5 Jahre	women	247478	-
15	5 Jahre	11 OR 12 OR 13 OR 14	1616589	-
16	5 Jahre	career	14450	-
17	5 Jahre	Employment	27587	-
18	5 Jahre	work	350590	-
19	5 Jahre	service	199249	-
20	5 Jahre	16 OR 17 OR 18 OR 19	557345	-
21	5 Jahre	man	169455	-
22	5 Jahre	Male	1501918	-
23	5 Jahre	masculine	2406	-
24	5 Jahre	21 OR 22 OR 23	1557765	-
25	5 Jahre	6 AND 10 AND 15 AND 20 AND 24	852	2

- The paradox of falling job satisfaction with rising job stickiness in the German nursing workforce between 1990 and 2013.
- Team social cohesion, professionalism, and patient-centeredness: Gendered care work, with special reference to elderly care - a mixed methods study.

26	5 Jahre	profession	13911	-
27	5 Jahre	professionalization	271	1

- Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing.

28	5 Jahre	Profession theoretical	414	3
----	---------	------------------------	-----	---

- Perception of nursing profession - focus group interview among applicants to nursing education.

- Care, Autonomy, and Gender in Nursing Practice: A Historical Study of Nurses' Experiences.
- Do They Stay or Do They Go? The Switching Decisions of Individuals Who Enter Gender Atypical College Majors.

29	5 Jahre	26 OR 27 OR 28	14129	-
30	5 Jahre	25 AND 29	155	1

- Metaphorical expressions used in Swedish news media narratives to portray the shortage of nurses and their working conditions.

31	5 Jahre	Professionalization AND nursing AND health care	33	1
----	---------	---	----	---

- Nursing professionalization and welfare state policies: A critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg,
der 27. Mai 2019

Ort, Datum



Unterschrift