

Von der „weiblichen“ Pflege zur „männlichen“ Wissenschaft?¹

1. Pflegewissenschaft jenseits der Geschlechterhierarchie?

Mit der Einrichtung von zwei Fachhochschulstudiengängen, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, im Jahr 1991 begann die endgültige Etablierung der Pflege an den Hochschulen in den alten Bundesländern. In den 1990er Jahren folgten mehr als 40 Pflegestudiengänge. In überwiegender Mehrheit wurden diese Studiengänge in den Fachhochschulen angesiedelt; nur einige wenige Universitäten nahmen die Pflege in ihren Fächerkanon auf. Mit dem Zugang zum tertiären Bildungsbereich erfüllte sich ein lang gehegter Wunsch von Teilen der pflegerischen Interessensvertretungen (einigen Berufsverbänden und Arbeitsgruppen von PflegeforscherInnen) und einzelnen engagierten PflegforscherInnen, die bereits in den 1970er Jahren, in Anlehnung an die Entwicklungen in den USA, aber auch in anderen europäischen Ländern, einen kontinuierlichen Diskurs über die Inhalte, Gegenstände und Methoden einer solchen neuen Wissenschaft führten. Dieser Diskurs und auch die Fragen danach, welche Studiengänge an welchen Hochschulen einzurichten wären, erhielt in der ersten Hälfte der 1990er Jahre vor dem Hintergrund der tatsächlich stattfindenden Akademisierung neuen Aufschwung und wurde mit weit reichenden Konsequenzen fortgeführt.

Eine Besonderheit dieses Diskurses zeigt sich vor allem darin, dass er den zeitgleichen feministischen Frauen- und Genderdiskurs, der sich u.a. mit der Definition von Geschlecht und dem Verhältnis von Geschlecht und biologischen Merkmalen, aber auch mit der Bedeutung der Frauenforschung für die Wissenschaftsentwicklung, dem Geschlechterbias in den Wissenschaften und den Professionalisierungsprojekten von Frauen beschäftigte (Bührmann et al. 2000; Althoff et al. 2001), weder aufnahm noch sich an ihm beteiligte. Das ist deshalb augenfällig, weil der Pflegediskurs sehr stark auf die Emanzipation des sog. klassischen Frauenberufs Pflege von der Abhängigkeit von der männlich dominierten Medizin drängte, und zwar sowohl vom medizinischen Paradigma als wissenschaftlicher Grundlage als auch von der institutionellen und organisatorischen Vormachtstellung der Ärzteschaft in den Institutionen des Gesundheitswesens.

Neben diesem gibt es andere Gründe, warum eine Einbeziehung des Frauendiskurses nahe gelegen hätte. Zum einen hatten die Pflegeforscherinnen bei der Rekonstruktion der Berufsgeschichte sich eng an die Erkenntnisse der feministischen historischen Forschung der 1980er Jahre angelehnt (vor allem Bischoff-Wanner 1984/1992/1997; Steppe 1988, 1990), d.h. dass sie sich durchaus in dieser Tradition verankert sahen und erwartbar gewesen wäre, dass sie auch in Bezug auf die aktuellen Entwicklungen der Pflege auf Ergebnisse der Frauenforschung zurückgegriffen hätten. Zum anderen bezog sich die „neue“ Pflegewissenschaft ganz explizit auf die Sozialwissenschaften als die geeignete

¹ In diesem Artikel werden Teilergebnisse eines umfangreichen Forschungsprojekts dargestellt. Das Projekt mit dem gleichnamigen Titel wurde vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur im Rahmen des Programms zur Forschungsförderung an den Fachhochschulen im Bereich „Genderforschung und soziale Arbeit“ gefördert. Es bestand aus einer Diskursanalyse und der Durchführung von narrativen berufsbiographischen Interviews mit einigen der Diskursteilnehmerinnen. Das Projekt wurde im Hessischen Institut für Pflegeforschung realisiert, dessen damalige geschäftsführende Direktorin Prof. Dr. Ulrike Höhmann das Projekt leitete. Durchgeführt wurde es von Eva-Maria Krampe; Dinah Kohan unternahm die Auswertung der Interviews; für methodische Fragen stand ihr dabei Karin Krahn beratend zur Seite; Nicole Kuhn assistierte als studentische Hilfskraft bei der Literaturrecherche.

Bezugswissenschaft, übersah aber bei der Sichtung der theoretischen Ansätze und methodischen Vorgehensweisen dieses Wissenschaftsbereichs nicht nur die Ansätze der dort etablierten Frauenforschung, sondern auch deren Kritik an den Wissenschaften und dem Wissenschaftsbetrieb.

Erwartbar und bekannt ist die Ausklammerung feministischer (wissenschaftlicher) Diskussionen und der Implikationen, die die Zugehörigkeit zu dem jeweiligen Geschlecht beinhalten, aus von Männern dominierten Diskursen. In der Selbstverständigungsdebatte dieser ersten Generation von PflegewissenschaftInnen haben wir es jedoch mit einer fast ausschließlich von Frauen geführten Diskussion zu tun. In den frühen Forschungsprojekten, die noch ohne institutionelle Infrastrukturen auskommen mussten, waren Männer nur in sehr geringer Anzahl involviert. Die Frauendominanz aber macht das Fehlen feministischer Ansätze umso augenfälliger, und zwar nicht zuletzt deshalb, weil einige der den Diskurs führenden Frauen durchaus zu Fragestellungen im Zusammenhang der Geschlechterhierarchie, insbesondere in Krankenhäusern gearbeitet hatten (Bartholmeyczik 1987; 1988a + b; Bischoff-Wanner 1984/1992/1997). Darüber hinaus haben die Wissenschaftlerinnen, die selbst eine Krankenpflegeausbildung absolviert und in der Pflege in unterschiedlichen Bereichen und Positionen gearbeitet haben, neben der alltäglichen Erfahrung einer geschlechterdifferenzierenden gesellschaftlichen Praxis auch die besondere der nahezu archetypischen Geschlechterhierarchie von Ärzten und Schwestern im Krankenhaus erlebt.²

Angesichts dieses bemerkenswerten Verlaufes eines vorwiegend von Frauen geführten Diskurses ergeben sich eine Reihe von Fragen, deren Beantwortung Erkenntnisse nicht nur für die Entwicklung dieser neuen wissenschaftlichen Disziplin, sondern auch für Professionalisierungsprojekte in sog. Frauenberufen erwarten lassen: Welcher Dynamik folgte der veröffentlichte Diskurs? Welche Positionen konnten als dominierende durchgesetzt werden? Auf welche Weise versuchten die Wissenschaftlerinnen die spezifischen Hindernisse und Beschränkungen, denen der Pflegeberuf unterworfen war, zu umgehen bzw. zu beseitigen?

2. Akademisierung der Pflege in der BRD

Die lange Vorgeschichte der Akademisierung der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland soll hier in einem kurzen Rückblick zusammengefasst werden; denn der geschichtliche Kontext gewährt einen Einblick in die berufsinternen Strukturen und Machtkonstellationen, die bestimmend waren für die lange verzögerte Etablierung der Pflege an den Hochschulen.

2.1 Von den ersten Versuchen bis zur Öffnung der Hochschulen

Zwei Besonderheiten der beruflichen Entwicklungen der Pflege gilt es voranzustellen, die zu einem Teil auch für andere sog. Frauenberufe charakteristisch sind. Die Ausbildung der Pflege stand von Anfang an außerhalb der üblichen beruflichen Bildungssysteme. Weder ist sie der dualen Ausbildung angeschlossen noch ist sie in das System berufsbildender Schulen integriert. Sie fand im 19. Jahrhundert in den nach dem Mutterhausprinzip organisierten Pflegeverbänden/-organisationen und dann in den Krankenhaus eigenen Schulen, die zumeist von den Pflegeverbänden geleitet wurden, statt. Auch mit der neuesten Reform des Krankenpflegegesetzes von 2003 wurde die Ausbildung nicht in das normale Ausbildungs-/Bildungssystem integriert.

² Die persönlichen Erfahrungen der Wissenschaftlerinnen wurden mit Hilfe von narrativen Interviews untersucht. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist in Vorbereitung.

Das zweite Merkmal ist schon angesprochen, Krankenpflege wurde und wird von Pflegeverbänden organisiert. Dabei handelt es sich um konfessionelle Verbände, das Rote Kreuz und einige unabhängige Verbände. Bis Anfang der 1970er Jahre waren die meisten Krankenschwestern auch nicht bei den jeweiligen Krankenhäusern angestellt, sondern bei den Pflegeverbänden, die den Krankenhäusern die Schwestern „zur Verfügung stellten“, also als eine Art Leiharbeitsfirma fungierten. Die Gewerkschaften, früher DAG und ÖTV, spielten immer nur eine periphere Rolle, da sie weder Gestellungsverträge unterhielten noch die Ausbildung kontrollieren konnten.³ Neben der Ausbildung lag die gesamte Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften in der Hand der Pflegeorganisationen, dort waren auch die Gewerkschaften involviert. Alle boten Fachweiterbildungen (OP-Dienst, Psychiatrie etc.) und Aufstiegsweiterbildungen (Unterricht, Pflegedienstleitung etc.) in eigenen Einrichtungen an. Dieser Weiterbildungssektor war bis in die 1990er Jahre staatlich nicht geregelt, sondern durch Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft, also der Organisation der Krankenhausträger, bestimmt.

Die Forderung von Berufsangehörigen nach einer Hochschulausbildung für Krankenschwestern gab es bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts, von 1911 bis zu ihrer Schließung 1917 wurden an der Hochschule für Frauen in Leipzig Weiterbildungskurse für Pflegerinnen angeboten (Elster 2000, S. 21 ff). Von Anfang der 1950er Jahre bis in die 1980er Jahre hinein gab es verschiedene Versuche die Krankenpflege zu akademisieren.⁴ Die entsprechenden Modellprojekte scheiterten vor allem am Desinteresse der Mehrheit der Pflegeverbände. Alleinig das Projekt eines Weiterbildungsstudiengangs in Osnabrück, das 1984 begonnen wurde, konnte Ende der 80er Jahre fest etabliert werden. Die dauerhafte und umfassende Akademisierung aber begann erst in den 1990er Jahren, als eine besondere historische Konstellation dies ermöglichte. Das waren der eklatante Pflegepersonal-mangel Ende der 1980er Jahre, der als Ausdruck davon interpretiert wurde, dass der Beruf für junge Frauen nicht mehr attraktiv war, weil er kaum Karrierechancen bot. Zum anderen empfahl der Wissenschaftsrat 1991 den Fachhochschulen eine Ausweitung ihrer Angebote für soziale Berufe. Darüber hinaus trug die Vereinigung der beiden deutschen Staaten zur Öffnung der Hochschulen für die Pflege bei, denn in der DDR existierten seit den 1960er respektive den 1970er Jahren universitäre Studiengänge für Medizinpädagogik, also Lehrende in der Pflege, und Diplomkrankenpflege (vgl. u.a. Mühlum et al. 1996, S. 69-72; Schmidbaur 2002, S. 175 ff).

2.2 AkteurInnen des Geschehens

Während dieser sich über Jahrzehnte hinziehenden Etablierung der Pflege an den Hochschulen entstanden im Umfeld einzelner Reformprojekte Gruppen von interessierten Pflegenden, die eine Verwissenschaftlichung der Pflege als notwendige Bedingung für die berufliche Autonomie und die Verbesserung der Pflegequalität vorantreiben wollten. Teilweise handelte es sich dabei um Pflegenden, die nach ihrer Krankenpflegeausbildung ein Pflegestudium im Ausland oder in der Bundesrepublik Deutschland ein sozial- oder erziehungswissenschaftliches Studium absolviert hatten. Sie fanden sich in informellen, später auch formellen Netzwerken zusammen, um kleinere Forschungsprojekte in der Pflege zu initiieren und durchzuführen und somit den Beweis dafür anzutreten, welche Bedeutung die wissenschaftliche Fundierung für die Verbesserung der Praxis habe. So wurden in den 1980er Jahren erste Fortbildungen zur Pflegeforschung durchgeführt. Aus dem Umkreis der TeilnehmerInnen und Lehrenden formierte sich dann eine Arbeitsgruppe Pflegeforschung

³ Erwähnt werden sollte auch die Tatsache, dass Krankenschwestern/-pfleger, die kraft Anstellung bei den konfessionellen Verbänden Mitglied werden, sich nicht gewerkschaftlich organisieren dürfen.

⁴ Übersichten über die verschiedenen Projekte finden sich bei Grauhan 1988 und E. Müller 1997.

innerhalb des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), die eigene Forschungsprojekte und Kongresse durchführte. Neben dieser Gruppe, die teilweise auf die Infrastrukturen des Berufsverbandes zurückgreifen konnte, rekrutierten sich an Pflegewissenschaft Interessierte insbesondere aus den Reihen der Unterrichtenden in den Pflegeberufen, die schon frühzeitig für eine universitäre Ausbildung der Unterrichtskräfte eintraten, und aus der Konferenz der LeiterInnen der Weiterbildungseinrichtungen, ein regelmäßig tagendes Gremium, dem die LeiterInnen aller Weiterbildungsinstitute angehörten.

Als 1987 der Weiterbildungsstudiengang an der Fachhochschule Osnabrück fest etabliert, das Agnes Karll Institut für Pflegeforschung vom DBfK und der Deutsche Verein zur Förderung der Pflegeforschung gegründet wurden und das erste Forschungsprojekt mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt wurde, begann die Diskussion um Akademisierung, Pflegeforschung und –wissenschaft, nicht nur an Bedeutung zu gewinnen, sondern konnte sich auch immer mehr etablieren. 1988 erschien die erste deutschsprachige pflegewissenschaftliche Zeitschrift *Pflege* im Huber Verlag in Bern. Außerdem betrat jetzt mit nachhaltiger Wirkung die Robert Bosch Stiftung die Bühne, die von da an die Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege finanziell und ideell unterstützte, u.a. mit Stipendien, Workshops und der Herausgabe von Denkschriften zum Thema⁵.

Trotz langer Wartezeit und vielseitiger Vorbereitungen kamen die Akademisierung und Etablierung der Pflegewissenschaft doch relativ überraschend. Den beiden ersten Studiengängen Pflege und Pflegemanagement, die 1991 an der Fachhochschule Osnabrück eingerichtet wurden, folgten in wenigen Jahren ca. 40 weitere Hochschulen mit Pflegestudiengängen. Damit eröffneten sich für die PflegewissenschaftlerInnen, die in den Jahren davor in eigenen Projekten und in vielfältigen Netzwerken die Forschung und Akademisierung vorangetrieben hatten, unerwartete Karrieremöglichkeiten. Die Hochschulen waren auf ExpertInnen aus der Pflege angewiesen, die auch die formale Qualifikation für die Lehre mitbrachten oder doch in kürzester Zeit erlangen konnten. Somit konnten nahezu alle Frauen, die sich seit mehr als einem Jahrzehnt um die Pflegewissenschaft auch unter widrigen Bedingungen verdient gemacht hatten, in die akademische Welt eintreten. Es handelt sich dabei um eine Gruppe von ungefähr 25 - 30 Pflegewissenschaftlerinnen⁶, die bereits zuvor an dem Diskurs zur Verwissenschaftlichung und Akademisierung teilgenommen hatten und ihn jetzt von anderen diskursiven Positionen, nämlich denen der Hochschullehrerinnen, aus fortsetzten.

3 Der soziale Raum Pflege und die Protagonistinnen des Diskurses

Den Fragen, ob und inwieweit der Diskurs zur Verständigung über das pflegewissenschaftliche Selbstverständnis seinen besonderen Verlauf nahm, weil in ihn Erfahrungen und Interpretationen der besonderen Bedingungen und Strukturen des Pflegeberufes eingingen und ob wichtige Elemente der beruflichen Sozialisation weiter transportiert wurden, wurde mit Hilfe narrativer Interviews mit einigen Protagonistinnen des

⁵ Die Denkschriften der Robert Bosch Stiftung aus den Jahren 1992 und 2000 wurden in den Textkorpus aufgenommen, obwohl nicht alle Beteiligten an der Erstellung der Schriften zur Gruppe der frühen Pflegewissenschaftlerinnen gehören, weil diese Schriften eine zentrale Stellung einnehmen; sie werden immer wieder von anderen zitiert, wodurch ihre herausragende Position im Diskurs deutlich wird.

⁶ Die Zahl richtet sich danach, ob solche dazu gerechnet werden, die nicht mehr in den Hochschuldienst kamen bzw. solche, die an diesem Diskurs nicht beteiligt waren, obwohl sie der Gruppe sonst zugehörig waren.

Diskurses nachgegangen.⁷ An Hand ihrer Erzählungen über persönlichen Erinnerungen an Ausbildung und Berufstätigkeit in der Pflege und der jeweiligen Rekonstruktion der beruflichen Karrieren konnten Teile der komplexen sozialen Prozesse sichtbar gemacht werden (Dausien 1996; Fuchs-Heinritz 1998), die zu der besonderen Ausprägung der wissenschaftlichen Diskurse in der Anfangsphase der Akademisierung beigetragen haben. Dabei ging es insbesondere darum, die Komplexität der Zusammenhänge aufzuzeigen, wie sie biografische Ansätze zulassen, die nicht künstlich isolierte Variablen bzw. einen linearen Kausalzusammenhang aufdecken wollen (Dausien 1996).

3.1 Von Hierarchiestrukturen bis zur Genderforschung

Aus den transkribierten eineinhalb- bis zweistündigen Interviews⁸ wurden im Rahmen einer Inhaltsanalyse übergeordnete Kategorien gebildet, die sich zum einen als zentrale Punkte für die Erzählungen herausgestellt hatten und zum anderen aus den Fragestellungen des Projekts gewonnen wurden. Es handelte sich dabei um die Themenkomplexe:

- institutionelle Strukturen im Krankenhaus/ Hierarchieverhältnis Medizin – Pflege
- berufliche Orientierungen
- Netzwerke der WissenschaftlerInnen
- Bezüge zur Konfession
- Selbstbild
- Genderforschung.

Quantitativ betrachtet waren die Kategorien, die sich mit der persönlichen beruflichen Orientierung und der Akademisierung des Berufs beschäftigten, die am meisten ausgeführten, während die Themen Gender, Frauen und Forschung unter diesen Gesichtspunkten in der Mehrheit der Interviews nur wenige Textstellen umfasste. Da eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse den Rahmen dieses Artikel sprengen würde, soll exemplarisch an drei Kategorien dargestellt werden, wie die Protagonistinnen des Diskurses bestimmte Phänomene ihrer beruflichen Sozialisation und Karriere wahrnahmen und interpretierten.

Institutionelle Strukturen im Krankenhaus: Obwohl es gerade die rigiden Strukturen im Krankenhaus mit ihren unterschiedlichen Hierarchien sind, die in der sozialwissenschaftlichen Literatur zur Erklärung für die unterschiedliche Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen, aber auch für Defizite in der Versorgung herangezogen werden (vgl. Rohde 1962; Bandelow 1998) wurden diese in den Interviews selten direkt thematisiert oder analysiert. Vielmehr wurden sie im Kontext, oft anekdotenhaft erzählter Ereignisse während der eigenen Praxis im Krankenhaus dargestellt oder auch als Hindernisse bei der Durchführung von Forschungsprojekten benannt.

⁷ Von den ca. 30 Frauen dieses Kreise wurden zehn Interviewteilerinnen ausgewählt, die zum einen verschiedene Generationen (Geburtsjahrgänge 1930 –1951) und soziale Herkunftsmilieus repräsentieren und zum anderen an unterschiedlichen Hochschulen lehrten oder gewirkt haben bzw. sich anderweitig in den Pflegewissenschaften engagiert haben. Die Auswahl erfolgte somit nach dem Verfahren der ‚theoretischen Auswahl‘, deren Ziel es ist, auch bei eine kleineren Anzahl von Befragten eine möglichst breite theoretische Vielfalt von Antworten und somit auch Erkenntnis zu erhalten. Es erhebt nicht den Anspruch, Aussagen im Sinne einer statistischen Repräsentativität zu geben (Straus; Corbin, 1996). Die Interviewten stellen also nur eine Auswahl aus der Gruppe dar. Im Gegensatz dazu bezieht die Diskursanalyse die Texte all der Gruppenmitglieder ein, die innerhalb des untersuchten Diskursstranges publiziert haben.

⁸ Die Interviewpartnerinnen wurden gebeten, ihre berufliche Karriere vom Ende der Schulzeit bis zu ihrer gegenwärtigen Position zu erzählen. Erst wenn sie mit ihrer Erzählung endeten, wurden weitere Verständnisfragen gestellt bzw. Punkte nachgefragt, die gar nicht oder wenig erläutert worden waren. Außerdem füllten sie mit einer Ausnahme einen kurzen Fragebogen zu demografischen Daten, ihrer Herkunftsfamilie und der Chronologie ihres Werdegangs aus.

Im Rahmen ihrer Ausbildung lebten alle Befragten in Schwesternwohnheimen, wobei sich in der Regel zwei Auszubildende ein Zimmer teilten. Im Rückblick wird diese Art des Zusammenlebens von den Befragten als vorwiegend positiv, zum Teil sogar verklärt geschildert, da sich hier Freundschaften entwickelten und Frauengemeinschaften entstanden, die es zum einen ermöglichten, die oft belastenden Erlebnisse des Krankenhausalltags anzusprechen und gemeinsam zu verarbeiten, und die zum anderen die Freizeit zusammen verbrachten. Einige wenige Interviewpartnerinnen beschreiben in diesem Zusammenhang auch, dass sie sich während dieser Zeit kontrolliert und reglementiert fühlten und dass diese Ausbildungsbedingungen das damals vorherrschende Selbstbildnis einer sich aufopfernden und allzeit bereit zu seienden Krankenschwester geradezu gefördert hatten. Dass außerdem diese Form der Problemlösung, die konstitutiv für die Ein-/Unterordnung der Pflege in die Krankenhausstrukturen war, weder dazu beitrug, die bestehenden beruflichen Rahmenbedingungen in Frage zu stellen, noch eine Konfrontation der anderen Beteiligten, also Oberinnen und Ärzten, mit der problematischen Situation herbeiführen konnte, wurde in den Interviews nicht erwähnt. Auch rückblickend scheint ein solches Bearbeitungsmodell als durchaus geeignetes.

In den Wohnheimen bzw. Frauengemeinschaften entwickelte sich offensichtlich eine für fast alle Gesprächspartnerinnen typische Haltung informelle Gruppen zu suchen und sich in diesen zu engagieren. Sowohl in der weiteren beruflichen Entwicklung, vor allem bei der Besetzung von Stellen, als auch im Engagement für die Forschung ohne und außerhalb von Institutionen erwies sich diese Fähigkeit als sehr wichtig, da auf diese Weise – mehr oder weniger bewusst – Netzwerke etabliert werden konnten. Die Tatsache, über lange Jahre, bei einigen sogar während der gesamten beruflichen Laufbahn in Frauengemeinschaften und – netzwerken gelebt und gearbeitet zu haben, wurde von allen Interviewten erst auf eine Zusatzfrage der Interviewerin thematisiert; ihnen war der Stellenwert solcher Arbeitszusammenhänge kaum präsent, vor allem nicht Hinblick darauf, dass sie diese Art von sozialen Kontakten und Verbindungen seit Beginn ihrer Ausbildungszeit beibehalten, wenn nicht aktiv gefördert haben.

Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, und zwar sowohl während der Ausbildungszeit als auch danach, schilderten die Befragten überwiegend als einen Praxisschock, der durch mangelnde theoretische Vorbereitung und Wissensvermittlung und von gleichzeitig hohem Arbeitsdruck und hoher Verantwortung geprägt war.⁹ Diese überwiegend negative Erfahrung führte auch zu dem Wunsch die Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege voranzutreiben, um solchen Erfahrungen vorzubeugen.

„Und die Realität sieht komplett anders aus, ne! Der Patient zählt gar nicht, der ist das Letzte irgendwie ... wichtig sind in der Pflege ganz andere Sachen. Dass man gut putzt, das man schnell ist, ... dass man den Ärzten gefällt. ... Und ich glaube die Diskrepanz, ne, die müsste in der, eigentlich schon in der Ausbildung zur Sprache kommen. Die kann man nicht aufheben, aber man kann die Leute besser darauf vorbereiten.“ (Frau F, S. 2, 28-37)

⁹ Bei einigen Interviewpartnerinnen wird diese frühe, Außenstehenden als traumatisierend erscheinende Erfahrung auch zur Zeit der Interviews noch als die ehrenvolle Übertragung von Verantwortung geschildert: „Aber ich durfte da den Aufwachraum schon machen ... Ja, ich fühlte mich dann gut gefordert. Ich kriegte auch schon mal Verantwortung übertragen ... Ja, dann ... hab ich mir ne schwerwiegende Allergie zugezogen.“ (Frau C, S. 2, 1-5)

Die starren autoritären Hierarchien in den Krankenhäusern wurden nur von ganz wenigen Interviewten überhaupt erläutert. Wenn, dann geht es nicht um die hierarchische Ordnung der Pflege, sondern um ein gespanntes Verhältnis zu den Ärzten und der Unzufriedenheit mit deren Anordnungen, denen sich viele Interviewpartnerinnen couragiert widersetzen, wodurch sie die Anerkennung der jeweiligen Ärzte errangen. In fast allen Fällen kommt die Überzeugung zum Ausdruck, dass man hierarchische Unterschiede im Krankenhaus schlicht durch ein ausreichendes Maß an Fachwissen aufheben könne. Dabei geht keine Interviewpartnerin darauf ein, dass ärztliche Macht sich heute nicht auf Grund von Wissen erhält, sondern auf Grund ihrer strukturellen Verankerung.

Berufliche Orientierungen: Bis auf zwei Ausnahmen haben die Befragten die Krankenpflege gegen den Wunsch ihrer Eltern, besonders entgegen den Vorstellungen ihrer Väter als Beruf gewählt, und zwar aus sehr idealistischen Motiven.

Die meisten Befragten absolvierten unmittelbar im Anschluss an ihre Ausbildung eine Weiterbildung, was in der Pflege an sich erst nach zwei Jahren Berufserfahrung möglich ist. Dies wurde häufig mit der schlechten Wissensvermittlung während der Ausbildung, den miserablen Arbeitsbedingungen und ganz besonders mit dem eigenen Antrieb, mehr lernen zu wollen, begründet. Mehr zu wissen, Neues zu lernen wurde überhaupt als zentraler Antrieb für die kontinuierliche Weiterbildung und Qualifikation genannt und als Legitimation für einen Karriereweg angeboten, der die meisten sehr schnell von der unmittelbaren Pflege wegführte. Dabei gaben die Frauen an, die Zustände im Krankenhaus dadurch verändern zu wollen, dass sie in Positionen kamen, die ihnen andere Einflussmöglichkeiten verschafften. Ein immer wieder genannter Grund für die Wissensaneignung war auch der Wunsch, den Ärzten argumentativ gewachsen zu sein, deren Anerkennung und Akzeptanz zu finden und damit letztendlich auch mehr Selbstbewusstsein zu erlangen. Das Erreichen eines höheren Bildungsniveaus und Statuserweiterung waren offensichtlich unauflösbar aneinander gebunden:

„Aber meine ganz persönliche Erfahrung war, dass wenn ich das, was ich vorzutragen hatte, argumentativ und mit Wissen fundiert begründen konnte und so vorgetragen hab, dass dieser Chefarzt, oder wer immer das war, nicht sein Gesicht dabei verlor, dann hab ich eigentlich nur positive Erfahrungen gemacht.“
(Frau K., S.14, 28-31)

Dass sich für sie der eigene Aus-/Aufstieg dann immer im Zusammenhang der Pflege bewegte und sie nicht in andere Arbeitsfelder oder Disziplinen abwanderten, erklärte die Hälfte der Interviewpartnerinnen mit ihrer hohen Identifikation bzw. ihrem Berufsethos, während es für die Anderen entweder damit zusammenhing, dass man sich in dem Bereich eben auskannte oder dass der Absprung in ein anderes Gebiet nicht gelingen wollte.

Als äußerst hilfreich für die eigene Karriere und für die Verbreitung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erwiesen sich die o.g. informellen, später auch formellen Netzwerke, in denen zusammen geforscht wurde. Sie ermöglichten einen fachlichen Austausch, waren auch immer wieder für einzelne eine Hilfestellung um Projektideen voranzubringen und auch sich gegenseitig über mögliche Stellen zu informieren.

Genderforschung: Das Thema wurde von keiner der Befragten in der ersten narrativen Darstellung ihrer Karriere ausgeführt, obwohl alle deutlich und klar über den Gegenstand des Projekts zumindest zwei Wochen vor der Durchführung des Interviews informiert worden waren. Erst auf Nachfrage der Interviewerin kam es zu ausführlicheren Äußerungen zu

diesem Thema. Nahezu alle Befragten hatten auf einer sehr allgemeinen Ebene einmal mit dem Thema befasst, sei es, dass sie feministische Literatur gelesen oder Kontakt zur einer Frauenbeauftragten aufgenommen hatten¹⁰. Als Gründe, warum sich die Befragten nicht intensiver oder in den letzten Jahren nicht mehr mit der Genderperspektive beschäftigt haben und ideelle Anstöße hieraus in ihre Arbeit aufnahmen, wurden mangelnde Zeit, die Tatsache, dass es ein vergangenes Thema aus den 80er Jahren sei, sowie vor allem die Ansicht, dass berufliche Fragen stets wichtiger gewesen seien, angegeben.

Drei der zehn befragten Wissenschaftlerinnen hatten sich während ihrer beruflichen Arbeit, im Rahmen von Forschungsprojekten oder in der Lehre auch mit Fragestellungen, die die Genderforschung berühren, auseinandergesetzt. Sie benannten auch eher in der Pflege bedingte strukturelle als persönliche Gründe für die Zurückhaltung gegenüber diesem Thema. So passe Frauenforschung nicht zum Selbstbild der Pflege, das jahrzehntelang die Aufopferung der Krankenschwestern als Ideal geradezu eingefordert habe. Hinzu komme, dass die Pflegenden selber nur mangelnd für das Thema sensibilisiert seien und der Krankenhausalltag so androzentrisch geprägt sei, dass es schon eines „schizoiden Spagats“ (Frau E. S. 18, 14) bedürfe, sich kritisch damit beschäftigen zu können. Außerdem wurde deutlich, dass selbst in der akademischen Ausbildung die Curricula an den Hochschulen keinen Freiraum für nicht pflegerische Themen¹¹ zuließen und damit den Prozess der Ausblendung solcher Perspektiven unterstützten. Daneben gab es jedoch jenseits eines bekundeten Interesses an Frauenfragen erhebliche Vorbehalte:

„Und weil aber jeder ein anderes Leben führt, und nicht nur weil er ein Mann oder eine Frau ist, sondern weil er ein unterschiedliches Alter ist, oder weil er auf dem Lande groß geworden und nicht in der Stadt, oder weil er an Astrologie glaubt und ich tu es nicht, hat jeder andere Arten und Weisen mit seinem Leben umzugehen und auch ganz berechtigt unterschiedliche Wünsche und Ansprüche. Und da mein ich, das ist der Punkt, wo eben vielleicht auch diejenigen, wenn sie so sagen, die durch eine feministische Schule gegangen sind (lacht) in Anführungsstrichelchen, wo die eigentlich, meiner Ansicht nach, sensibler sein sollten und vielleicht schneller wahrnehmen sollten, was da wirklich die Grundanliegen sind, die Menschen entweder miteinander verbindet oder aber, die es schwierig macht, dass sie miteinander auskommen ...“ (Frau G., S. 17, 15-25)

Bereits an diesen Ergebnissen lassen sich wichtige Parallelen zum Verlauf des Diskurses aufzeigen:

- Frauengemeinschaften und –netzwerke werden als selbstverständliche psychosoziale Unterstützung beschrieben, aber nicht als karriereförderndes Instrument, das bewusst eingesetzt werden kann; damit werden weibliche Lebenszusammenhänge deutlich auf emotionale Aspekte reduziert;
- Wissen und Wissenschaft werden als hierarchie- und genderneutralisierende Attribute definiert; persönliche berufliche Krisen wurden mit der Aneignung von Wissen und Qualifikationen zu lösen versucht; asymmetrische Geschlechterverhältnisse werden nicht als solche analysiert, sondern allein als ein geschlechterunabhängiges Bildungsgefälle;

¹⁰ Dieser Kontakt wurde aufgenommen, nachdem die Befragte einem Interview in diesem Projekt zugestimmt hatte. Eine Befragte konnte sich daran erinnern, einmal den Vortrag einer feministischen Theologin gehört zu haben.

¹¹ Für diese Curricula waren die Befragten als erste Pflegeprofessorinnen zum großen Teil selbst verantwortlich.

- Frauen- und Genderthemen haben keine Wichtigkeit im eigenen Professionalisierungsprozess;
- in den gegebenen Krankenhausstrukturen erscheint die Nichtthematisierung genderhierarchischer Themen aus Selbstschutzgründen angemessen.

3.2 *Praxis-, Patienten-, Karriere- und kritische Orientierungen*

Nachdem die Ergebnisse der Interviewauswertung eine erste Beantwortung der o.g. Fragestellungen ermöglichten, wurden in einem weiteren Schritt der Analyse die Befragten zu Typen¹² zusammengefasst, und zwar entlang ihrer Aussagen in Bezug auf die einzelnen Kategorien. Es konnten dabei unterschiedliche Haltungen identifiziert werden, die sich in vier Typen unterteilen lassen.

Ein erste Gruppe der Befragten zeichnete sich dadurch aus, dass sie Pflegewissenschaften alleine und ausschließlich im Dienste einer Verbesserung der Praxis und der Unterstützung der PraktikerInnen verstehen wollen; sie beabsichtigen ausschließlich, pflegerische Erfahrung und pflegerisches Wissen wissenschaftlich zu untermauern. Ihr Hauptanliegen ist es, das Selbstbewusstsein der in der Praxis Tätigen zu unterstützen. Dabei gehen sie davon aus, dass auf diese Weise hierarchische Strukturen nivelliert werden können. Themen außerhalb ihres Faches spielen in ihrer Arbeit keine Rolle; so haben sie sich auch mit Aspekten der Genderforschung, wenn überhaupt, nur sehr allgemein auseinandergesetzt. Eine typische Aussage für diese Gruppe ist folgende:

„Und ich hab’ gedacht, ’ne Expertise muss sich dadurch kennzeichnen, dass Kollegen in der Lage sind, wenn jemand zum Beispiel Kopfschmerzen hat zu sagen: Also wir könnten jetzt Folgendes machen: ... dass sie durch viele verschiedene Möglichkeiten, die gut wissenschaftlich sind, das Gefühl entwickeln: das ist ’ne hohe Kompetenz. ... Also, sie sind wer ..., auch wenn irgend ein Chefarzt ihnen gegenübertritt und sagt: Wieso haben sie da jetzt meinetwegen Reflexzonenmassage gemacht, dass sie dann sagen: Das waren Entspannungsgriffe, ...und die Entspannungsgriffe wirken so und so und aus diesem Grund.“ (Frau C., S. 6, 42-44, S. 7, 2-12)

Auch die zweite Gruppe der Befragten zeichnet sich durch eine hohe Praxisorientiertheit aus, jedoch steht bei ihnen über der Wissensvermittlung an die Pflegenden die Orientierung am Patienten, das individuelle Fallverstehen, im Vordergrund. Die drei Pflegewissenschaftlerinnen, die dieser Gruppe angehören, sind auch die, die ausgesprochen stark von religiösen Ideen geprägt sind, sei es, dass sie aus einer religiösen Familie stammten oder christliche Nächstenliebe während ihrer Krankenpflegausbildung in der Pubertät kennen lernten und idealisierten. Auch außerhalb der Pflege waren sie in konfessionell verankerten Aktivitäten engagiert, wobei sie durchaus kritische Positionen innerhalb ihrer jeweiligen Religionsgemeinschaft einnehmen. Frauen- und Genderfragen und -probleme thematisierten sie dementsprechend eher in religiösen als in Kontexten des Gesundheitswesens oder der Wissenschaft.

Die dritte Gruppe unterscheidet sich von den anderen Typen dadurch, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse lange Zeit der beruflichen Karriere ihres Mannes angepasst oder sogar untergeordnet haben, obgleich sie an einer eigenen beruflichen Entwicklung sehr stark

¹² Hierbei wurde sich im Vorgehen an der Methode der empirisch begründeten Typenbildung nach Kelle und Kluge orientiert (Kelle; Kluge, 1999). Für den Gruppierungsprozess zu den einzelnen Typen wurden die acht aus der Inhaltsanalyse gewonnene Kategorien auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen. Hierbei wurde vor allem auf Gemeinsamkeiten in den zentralen Kategorien wie der beruflichen Orientierung, Erfahrung im Krankenhaus und Einstellungen zur Genderperspektive geachtet.

interessiert waren. Ihren beruflichen Werdegang schildern sie mehr noch als alle anderen als eine Kette von glücklichen Zufällen, wenngleich deutlich wird, dass sie mit bewundernswerter Beharrlichkeit und Flexibilität immer wieder neu die Fäden einer möglichen Karriere aufnehmen und verfolgen. Die Netzwerke der Pflegewissenschaftlerinnen nahmen sie nur peripher wahr, sondern im Vordergrund standen für sie individuelle und punktuelle Beziehungen zu anderen Pflegewissenschaftlerinnen. Gemeinsam ist diesen beiden Befragten, dass sie die Strukturen und Bedingungen im Krankenhaus kaum thematisierten. Eine Interviewpartnerin interessiert sich heute zunehmend für Genderforschung, während die andere die Beschäftigung mit diesem Thema sogar für problematisch hält.

Von diesen drei Gruppen unterscheidet sich ein vierter Typus von Befragten sehr deutlich dadurch, dass sie sich in ihrer Arbeit neben der Pflegewissenschaft stark an anderen Bezugswissenschaften wie der Soziologie oder den Erziehungswissenschaften orientiert haben. Sie haben auch – vor allem zu Beginn ihrer wissenschaftlichen Karrieren – weniger Fragen, die sich auf das unmittelbare Pflegehandeln bezogen, behandelt, als dass sie sich generell mit den Rahmenbedingungen und Strukturen im Krankenhauswesen auseinandersetzen. Dabei waren für sie Themen der Frauenunterdrückung und Genderhierarchie von zentraler Bedeutung. Auch in den Interviews äußerten sie sich weitaus kritischer und reflektierter zu den strukturellen Bedingungen und hierarchischen Verhältnissen. Eine beispielhafte Aussage für diese Gruppe von drei Wissenschaftlerinnen ist folgende:

„Ich hab aber sehr wohl auch ganz stark Situationen erlebt, wo ich diesen doppelten Makel nicht aushalten wollte, a) Frau zu sein und b) nur Krankenschwester zu sein, ja. Und dass also wohlwissend, dass meine Argument... meine Argumentation die sachlogisch durchdrungenere war, als die die da grade verhandelt wurde, zu sehen, dass es genau deshalb nicht akzeptiert wurde, weil ich diese beiden Kriterien erfüllte. ... Ja, das hab ich wiederholt erlebt.“ (Frau E., S. 15, 33-39)

Wie die Analyse der Interviews zeigt, stellen die Pflegewissenschaftlerinnen, die sich überhaupt ernsthaft und über einen längeren Zeitraum mit frauenpolitischen Fragestellungen und Gegenständen der Frauen- und Genderforschung beschäftigt haben, eine Minderheit dar. Dass sich diese Minderheit darüber hinaus dadurch auszeichnet, dass sie einen distanzierteren, kritisch analytischeren Ansatz bei der Einordnung von Strukturen und Machtverhältnissen im Gesundheitswesen hat als die Mehrheit der Befragten, macht sie in doppeltem Sinn zur Ausnahme. Ihnen gegenüber stehen Frauen, die sich als ‚hemdsärmelige‘ Praktikerinnen definieren und ihre wissenschaftliche Identität allein aus ihrer Nützlichkeit für die Praxis ableiten. Dieser Berufsethos wird von anderen noch ergänzt um das deutlich christlich geprägte Motiv der Nächstenliebe, so dass andere Ansätze, die sich weniger selbstaufopfernd darstellen, für die wissenschaftliche Beschäftigung mit Pflege marginalisiert werden. Noch unterstrichen wird diese Ausgrenzung dadurch, dass diejenigen Pflegewissenschaftlerinnen, die sehr klar der eigenen Karriere verpflichtet waren, offensichtlich Themen mieden, die von Nachteil für den beruflichen Aufstieg sein konnten.

Darüber hinaus zeigen die in den Interviews rekonstruierten beruflichen Biografien, dass die Frauen ihre Entwicklung in klar und deutlich ausgeprägten bipolaren Strukturen vollzogen haben. Sie verbrachten wichtige Teile ihres Lebens, solange sie in Wohnheimen lebten nicht nur des beruflichen Lebens, in reinen Frauengemeinschaften, die sie als emotional und psychisch unterstützend erinnern. Die männliche Berufswelt begegnete ihnen in der Gestalt der Mediziner - von Medizinerinnen war in den Interviews nie die Rede -, denen sie auf Grund der hierarchischen Krankenhausordnung untergeordnet waren und die ihnen zugleich auf Grund ihrer Bildungsabschlüsse überlegen schienen. Nicht zuletzt repräsentierten die

Ärzte Statusunterschiede, die mehrheitlich die Rollenverteilung in den Herkunftsfamilien der Wissenschaftlerinnen spiegelten, nämlich die des Vaters mit einem zumeist angesehenen bürgerlichen Beruf und die der Mutter, die, wenn sie überhaupt eine Berufsbildung hatte, der des Vaters unterlegen war, und die in allen Fällen Hausfrauen waren. Strategien zur Aufhebung dieser Hierarchie- und Statuskonflikte, die individuell sehr erfolgreich waren, wurden von den befragten Wissenschaftlerinnen auch immer unmittelbar auf die Professionalisierungskonzepte für den ganzen Beruf übertragen. Der eigene Erfolg, nämlich der Eintritt in die akademische Welt, impliziert den Zugang zu einer von Männern dominierten Welt, die nur wenigen Frauen vorbehalten ist (Teubner 1997).

Geht man vom Habitus als Inkorporation und Generierungsinstrument von Handeln aus, wie ihn Bordieu (1997) auch im Sinne der Durchsetzung und Erhaltung der männlichen Herrschaft, die auch von den Frauen als gegebene angenommen und weiter vermittelt wird, so wird in den Interviews deutlich, wie auf der individuellen Ebene diese Strukturen wirksam wurden. Dabei spielen die Institutionen, die in den vorliegenden Fallgeschichten von zentralem Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Biografie (H. Krüger) waren, eine wichtige Rolle insofern als es sich um solche handelt, die in besonderer Weise der Bestätigung männlicher Herrschaft verpflichtet sind. Damit wird die Pflege als ein sozialer Raum rekonstruiert, der noch immer als geschlechterdifferenzierende und –hierarchisierende Institution wirkt, was auch in den Diskurs, den die Pflegewissenschaftlerinnen zur beginnenden Akademisierung und Verwissenschaftlichung und der damit erwarteten Professionalisierung der Pflege gestalteten, einging. Er präsentiert die soziale, überindividuelle Verfestigung der habituellen und institutionell gestützten Erfahrungen und Bewertungen, und zwar unter den besonderen Vorzeichen der Anpassungsleistung, die erbracht werden musste, um die weibliche Pflege zu professionalisieren und sie in Wissenschaftskanon, der immer noch männlich beherrscht wird, hineinzubringen, um sich nicht zuletzt der ‚männlichen‘ Medizin gleich zustellen.

4. Der Diskurs zur Etablierung der Pflegewissenschaft

Eben diese Pflegewissenschaftlerinnen, die in ihrem Kampf und ihrem Engagement für die Verwissenschaftlichung bereits in den 80er Jahren starke diskursive Positionen besetzten konnten, dominierten den Diskurs in der frühen Akademisierungsphase. Als Pionierinnen einer in der BRD kaum bekannten Disziplin verfügten sie über das Wissen und die Macht, nachhaltigen Einfluss nehmen zu können. Der Diskurs, den sie entschieden unter berufspolitischen Gesichtspunkten der Professionalisierung der Pflege bestritten haben und den sie dank ihrer Bedeutung zum dominierenden machen konnten, ist Gegenstand der im Rahmen des o.g. Projektes durchgeführten Untersuchung. Erst ab Mitte der 1990er Jahre treten langsam andere, auch jüngere in den Diskurs ein, ohne ihn schon ernsthaft beeinflussen zu können, vielmehr müssen auch sie sich noch auf die bereits etablierten Regeln einlassen.

4.1 Welche Regeln wurden gesetzt?

Ausgehend von dem Begriff des Diskurses wie er von Bublitz (1999; 2001) und Jäger (1993; 2001, also im Umkreis der Kritischen Diskursanalyse (KDA) im Anschluss an Foucault definiert wird, sehen wir Diskurse, gesellschaftliche Realität, Wissen und Macht als in einer unauflösbaren Beziehung zueinander. Wobei Macht und Wissensformen als Dimensionen des Diskurses „Zwangswirkungen innerhalb eines strategischen Feldes zeitigen.“ (Bublitz 2001, S. 230) Diskurse üben Macht in zweierlei Form aus: Zum einen bestimmen sie als Fluss sozialer Wissensvorräte individuelles und kollektives Handeln (Jäger 2001, S. 82), sie

materialisieren sich und bringen so Wirklichkeit hervor (Bublitz 2001, S. 232); zum anderen konstituieren Diskurse gesellschaftliche Ordnungsstrukturen, indem sie Regeln der Klassifikation und Ordnung hervorbringen (Bublitz 2001, S. 232; Jäger 1993, S. 153). In dieser Weise wirkte auch der frühe Diskurs der Pflegewissenschaft. Indem er das Wissen und die soziale, nicht diskursive Erfahrung der Protagonistinnen in einer durch Gender strukturierten Berufswelt auf eine bestimmte Weise transformierte und davon abweichende Äußerungen sanktionierte, den Bereich des Sagbaren einschränkte, präformierte er für einen langen Zeitraum die Weiterentwicklung des Diskurses und seine Vergegenständlichungen (Jäger 2001, S. 95) im Gesundheitswesen.¹³

In der Analyse wird ein diachroner Ausschnitt betrachtet, der eine wichtige Phase im Akademisierungsprozess umreißt und von zwei bedeutenden diskursiven Ereignissen markiert wird: der Gründung der ersten pflegewissenschaftlichen Zeitschrift *Pflege* im Jahr 1988 und dem Erscheinen der Denkschrift *Pflege neu denken*, die Anfang 2000 von der Robert Bosch Stiftung herausgegeben und von einer Gruppe der Protagonistinnen des Diskurses verfasst wurde und einen Schlusspunkt unter den Teil der Professionalisierungsdiskussion setzte, der sich mit der Ausbildung beschäftigte. Auch beschränkt sich die Analyse auf einen Diskursstrang, nämlich den, der sich in allgemeiner Weise mit der Akademisierung und Verwissenschaftlichung beschäftigt.

Der im Kontext unseres Projekts untersuchte Textkorpus (also die Diskursfragmente) setzte sich zusammen aus Monografien und Veröffentlichungen in Sammelbänden bzw. in den auflagestärksten allgemeinen Pflegefachzeitschriften (*Die Schwester/Der Pfleger; Heilberufe; Pflege aktuell; Pflegezeitschrift*), einer kritischen, interdisziplinären Zeitschrift mit stärkerer theoretischer Orientierung (*Dr. med. Mabuse*) und der wissenschaftlichen Zeitschrift *Pflege* der Jahrgänge 1988 bis Anfang 2000. Autorinnen waren Frauen, die als Akteurinnen bei der Durchführung von Forschungsaktivitäten bereits vor der Akademisierung hervorgetreten waren. Es wurden Texte ausgewählt, die sich grundlegend mit der neuen wissenschaftlichen Disziplin Pflege beschäftigten und dabei Fragen der Forschung, Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege, Professionalisierung und Geschichte des Berufs aufnahmen.¹⁴ Bei der Behandlung dieser Themen war am ehesten zu erwarten, dass basale Fragen über die Ausrichtung der neuen Disziplin erörtert wurden bzw. dass sich hier Anknüpfungen zur Frauen- und Genderforschung ergeben könnten. Aus der umfangreichen Literaturliste wurden Texte für die Feinanalyse ausgewählt, die eine Schlüsselfunktion im pflegewissenschaftlichen Diskurs hatten, also von anderen häufig zitiert wurden und Bezüge zur Frauen- und Genderforschung vermuten ließen.¹⁵

Die zentralen Gegenstände des Diskurses waren

- die Notwendigkeit der Modernisierung des Berufs
- die Möglichkeiten der Professionalisierung

¹³ Bei der Analyse des Pflegediskurses wird vorwiegend mit den von Jäger ausgeführten bzw. entwickelten Kategorien gearbeitet, weil sie für die empirische Untersuchung ein vielfach erprobtes und als auch für größere Textmengen handhabbares Instrument darstellen.

¹⁴ Die Texte wurden mit Hilfe eines Zeitschriftenrechercheprogramms für Pflegepublikation (CareLit®) durch die Eingabe folgender Schlagwörter gefunden: Pflege/-wissenschaft, Pflegestudium/-studiengänge, Pflegegeschichte, Emanzipation Frauen/-berufe; Frauen- und Genderforschung, Gewalt, Gleichberechtigung, Körper, Professionalisierung. Buchpublikationen wurden im Katalog der Deutschen Bibliothek Frankfurt nach folgenden Schlagwörtern gesucht: Pflege/-wissenschaft, Pflegestudium/-studiengänge, Frauenberufe.

¹⁵ Es wurden 53 Zeitschriftenartikel und sechs Monografien mit Hilfe einer Checkliste untersucht, d.h., sie wurden auf folgende Kategorien durchgesehen: Bezugswissenschaften, Professionalisierung, Verhältnis zur Medizin, Strukturen des Gesundheitswesens, Pflegepraxis, Bezüge zum Frauenberuf oder/und Frauenforschung.

- die Begründung einer eigenen Wissenschaft in Bezug zu anderen Wissenschaften
- die Bedeutung der Forschung
- das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis
- die Re-Konstruktion der Berufsgeschichte als Frauenberuf
- und anfänglich die Auseinandersetzung um die Ansiedlung der Studiengänge an Universitäten und/oder Fachhochschulen.

Diese Themen werden in den meisten der Diskursfragmente aufgenommen und je nach Schwerpunkt des jeweiligen Textes unterschiedlich gewichtet. Somit kann man davon ausgehen, dass der Rekurs auf diese Themen in ihrer Gesamtheit eine wichtige Regel darstellte, an deren Einhaltung man sich hielt. Bemerkenswert ist, dass diese Regel während des gesamten Untersuchungszeitraums nur in wenigen Punkten modifiziert wurde, ohne jedoch neue Elemente hineinzubringen. Die Veränderungen beziehen sich darauf, dass:

- die Frage nach Ansiedlung an Universitäten bzw. Fachhochschulen an Relevanz verliert, da diese pragmatisch gelöst scheint;
- die Positionen zu den durch Akademisierung und Verwissenschaftlichung eröffneten Professionalisierungsmöglichkeiten sich immer deutlicher herausbilden, nämlich die Befürwortung der damit einhergehenden inneren Ausdifferenzierung des Berufs;
- die Frauenfrage immer weiter in den Hintergrund gedrängt wird.

Eine ausführlich Behandlung des Diskursverlaufs zu allen gegebenen Themen kann innerhalb eines kurzen Artikels nicht erfolgen. Deshalb soll es genügen, an einigen Themen beispielhaft aufzuzeigen, auf welche Art und Weise der Diskurs das asymmetrische Geschlechterverhältnis im Gesundheitswesen aufnimmt und welche Lösungswege zur Aufhebung ungleicher Machtteilhabe er präsentiert.

4.2 Die Frauenfrage

Wenngleich die Mehrheit der Diskursteilnehmerinnen zumindest cursorische Referenzen zur Pflege als Frauenberuf macht, ist eine komplexere Auseinandersetzung mit diesem Gegenstand nur in den Teilen des Diskurses zu finden, der sich ausführlich bzw. ausschließlich mit der geschichtlichen Entwicklung des Berufes beschäftigt. Auch in den anderen Diskursfragmenten gab es explizite Bezüge zur Frauen- und Genderforschung und zu Fragen des Geschlechterverhältnisses weit überwiegend in den jeweiligen Rekursen auf die Geschichte (Bartholomeyczik 1999; Bischoff-Wanner 1998 und 1997; Robert Bosch Stiftung 1992; Steppe 1988; 1995/2003; Taubert 1994; Wittneben 1998). Darüber hinaus finden sich solche Hinweise in einigen Texten, die sich mit der Professionalisierung beschäftigen (u.a. Bartholomeyczik 1991; Kellnhauser 1994; Steppe 1996/2003).

Eine Analyse der jeweiligen Literaturlisten zeigte jedoch, dass die Literatur, auf die in diesen Zusammenhängen zurückgegriffen wurde, überwiegend Titel der 1970er und 1980er Jahre umfasste; nur fünf Titel, die sich jedoch spezifisch auf die Akademisierung der Pflege beziehen, stammen aus den 90er Jahren. Von den 38 Literaturangaben, die auf Texte verweisen, die der feministischen bzw. Frauenforschung zuzurechnen sind, stammen alleine 23 aus einem Buch zur Geschichte des Frauenberufs (Bischoff-Wanner 1984/1992/1997); 27 Titel werden nur jeweils einmal angeführt, d.h. 11 Texte reichen zur Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen. Die Publikation „Pflege neu denken“ (2000), die sich mit den vielen Facetten pflegerischer Ausbildungswege beschäftigt, kommt ohne einen einzigen Hinweis auf das Thema Frauen, Frauenberufe etc. aus.

Im Zusammenhang der Diskussion der möglichen Bezugswissenschaften, der erkenntnistheoretischen Ansätze und Methoden gibt es nur eine einzige Bezugnahme auf die feministische, Frauen- oder Genderforschung oder deren Methodendiskussion. In einem der untersuchten Texte heißt es:

„Dabei gilt es nicht nur traditionelle Bildungstheorien, die in der Regel lediglich männliche Bildungskontexte berücksichtigen, auf die Pflege zu beziehen, sondern darüber hinaus feministische Theorieansätze auf Fragen der Pflegebildung anzuwenden.“ (Müller 1999, S. 20)

Eine weitere Ausnahme stammt aus der Zeit vor dem untersuchten Zeitraum. Dabei handelt es sich um einen Artikel aus dem Jahr 1985 (Mischo-Kelling), der klar und deutlich einfordert, dass die Pflegeforschung sich Ansätze der Frauenforschung zu eigen machen sollte und Beispiele dafür aufzeigte - ein Aufruf, der wie unsere Untersuchung zeigt, wenig Resonanz fand.¹⁶

Es bleibt zu klären, wie es dazu kommen konnte, dass der Diskurs trotz realer und potenzieller Nähe der Themen das Frauenthema so wenig ausprägte, und welche diskursiven und nicht diskursiven Mechanismen oder Strategien hier wirkmächtig wurden. Einen Anhaltspunkt gibt ein Zitat aus einem Text, der sich mit möglichen Methoden der Pflegeforschung beschäftigt. Der Text, der immer über „den Forscher“ und „den Wissenschaftler“ spricht und außer in dem folgenden Zitat Frauen oder Frauenforschung nicht erwähnt, steht im Übrigen ganz zu Anfang des sich entwickelnden Diskurses und wurde aus einer prominenten diskursiven Position heraus geschrieben:

„In diesem Zusammenhang ist es auch zu verstehen, dass die Fragestellungen von Frauen andere sind als die von Männern. Soziologie, die sich mit Fragen beschäftigt, die Frauen stellen, gründet sich auf Werte und Perspektiven, die bislang von den meisten männlichen Wissenschaftlern nicht als wichtig angesehen wurden. Kein Wissenschaftler ist im allgemeinen bereit, sich mit Fragen zu beschäftigen, die er als trivial, unwichtig oder möglicherweise statussenkend betrachtet.“ (Schröck 1988, S. 91)

Hierin deutet sich eine Erklärung für die Auslassung feministischer wissenschaftlicher Ansätze bzw. der Frauen- und Genderforschung an. Sie wird als nicht wichtig und als statussenkend eingeordnet. Es schien aus strategischen Gründen nicht opportun, die junge, sich erst herausbildende Pflegewissenschaft mit einer Nähe zur Frauenforschung zu ‚entwerten‘ oder zu ‚belasten‘. Offensichtlich setzte sich diese Meinung in der weiteren Entwicklung des Diskurses als die relevante durch. Gerade solche Vertreterinnen der Pflegewissenschaft (Bartholomeyczik 1987; 1988 a + b; Bischoff-Wanner 1984/1992/1997), die in den 1980er Jahren deutlich frauenpolitische und feministische wissenschaftliche Ansätze vertraten bzw. gerade aufgrund dieser Ansätze ihre Diskurspositionen einnehmen konnten, hörten im Verlauf der 1990er Jahre auf, in diesem Bereich weiter zu arbeiten.

Dass die Beschäftigung mit Ansätzen der Frauenforschung dem Kalkül geopfert wurde, in dem von der männlich dominierten Medizinforschung geprägten Gesundheitssektor an Drittmittel zur Finanzierung von Pflegeforschung zu kommen, erscheint angesichts der Benachteiligung von Frauenforschung auch in anderen Wissenschaftsgebieten logisch. Weniger überzeugend ist diese strategische Erklärung jedoch für die Debatte um die inhaltliche Ausgestaltung der an den Hochschulen betriebenen Pflegewissenschaft, die zumindest da, wo sie in sozialwissenschaftliche Fachbereiche integriert wurde, mit einigem Verständnis hätte rechnen können. Die Frage, ob und inwieweit es sich bei der Ausgrenzung

¹⁶ Beide Wissenschaftlerinnen, die für feministische Ansätze plädierten, sind trotz ihres Engagements in der Etablierung von Pflegewissenschaft und bei der Akademisierung nicht im Hochschulbereich geblieben.

auch um die mehr oder weniger bewusste Übernahme eines männlich definierten Idealtypus von Wissenschaft handelte, die Frauen also in der Durchsetzung eines Diskurses zur Emanzipation von der Ärzteschaft eben genau die Regeln des Medizindiskurses befolgten, lässt sich am ehesten in der Feinanalyse einiger zentraler diskursiver Knoten aufzeigen.

4.3 Ein eigenständiger Beruf

Die Begründung einer eigenständigen, von der Medizin unabhängigen Profession ist wie gesagt ein zentraler Gegenstand des Akademisierungsdiskurses. Das Bestreben danach scheint so konsensual, weil es die Befreiung aus der Bevormundung durch die Ärzteschaft impliziert, die ein Anliegen sowohl der Wissenschaftlerinnen als auch der Pflegepraktikerinnen ist. Dennoch bedarf es offensichtlich einer komplexen Legitimation für einen solchen Anspruch, der augenscheinlich nicht um seiner selbst Willen erhoben werden darf. Gemeinsam ist den vorgebrachten Erklärungen, dass sie die Professionalisierung als eine von außen an den Beruf herangebrachte Forderung erscheinen lassen, dass Pflege damit sozusagen einen Auftrag erfüllt.

Einer der häufigsten Begründungszusammenhänge findet sich in nahezu allen Diskursfragmenten, nämlich in der Darlegung der Notwendigkeit zur Modernisierung der Pflegeberufe. So erklären die Akteurinnen:

Die Gesundheitssituation sowie die demographische Entwicklung in den industrialisierten Ländern Europas lassen grundlegende Veränderungen im Hinblick auf die Ansprüche an Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege erwarten.“ (Krohwinkel u.a. 1991, S. 14)

„Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen veränderten Bedarfssituation ... verändern sich auch die Klientel und die qualifikatorischen Anforderungen an die Pflege ... Die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes und die Einführung der Fallpauschalen werden zu einer weiteren Verkürzung der Verweildauer ... führen ... und Konkurrenz und Stellenwert von Leistungskontrollen ... erhöhen.“ (Winter-von Lersner 1995, S. 697)

Die vielfältigen Veränderungsprozesse in unserer Gesellschaft, die zum Teil tiefgreifend in Strukturen und Versorgungssysteme des Gesundheitswesens einwirken, zwingen zu Veränderungen im Arbeitsfeld Pflege.“ (Robert Bosch Stiftung 2000, S. 9)

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen, die die Anpassung der Pflegeleistungen und damit die Professionalisierung begründen, werden von allen Autorinnen in gleicher Weise benannt. Sie reichen von veränderten Morbiditätsstrukturen auf Grund einer Zunahme der älteren Bevölkerung und der chronisch Kranken über Fortschritte in der medizinischen Diagnostik und Therapie und die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems bis zu der Feststellung, dass der Beruf für junge Frauen, die anstelle des Wunsches, anderen zu dienen, Karriereerwartungen hegen, nicht mehr adäquat ist und deshalb ein Personalmangel herrsche (u.a.: Bartholomeyczik 1991, S. 354 u. 356; Robert Bosch Stiftung 1992, S. 21 u. 22 ff; Krohwinkel u.a. 1991, S. 14; Steppe 1989, S. 212 u. 213; Robert Bosch Stiftung 2000, S. 9). Aus jedem dieser Faktoren leiten die Autorinnen auf der einen Seite Aufgaben für die Pflegekräfte ab, denen sie angesichts der aktuellen Verfassung des Berufs und der Qualifikation der Berufsangehörigen nicht mehr nachkommen können – so wird impliziert.

Andererseits interpretieren die Diskursteilnehmerinnen diese neuen Aufgaben als eine Art Mechanismus zur Generierung beruflicher Eigenständigkeit und Professionalität.

Der strukturelle Wandel der Gesundheitsversorgung wird dabei in zweifacher Weise zum Argument für die Professionalisierung und Verwissenschaftlichung: Der Pflegebedarf steigt, d.h. der „gesellschaftliche Auftrag“, den die Pflegeberufe zu erfüllen haben, intensiviert sich. Eine solche Beauftragung durch die Gesellschaft wird als eine ebenso große Auszeichnung wie Verantwortung betrachtet, der man auf jeden Fall gerecht werden will und für deren Übernahme sich die Pflege qualifizieren muss. Letztlich wird so das Anliegen der Pflegewissenschaftlerinnen als gesellschaftlich legitimiert, wenn nicht gar gefordert dargestellt (u.a.: Kellnhauser 2000, S. 424, Steppe 1996/2003, S. 102).

Das zweite Argument geht davon aus, dass die veränderte Morbiditätsstruktur zu Tage bringt, was Pflege wirklich ist, nämlich etwas anderes und mehr als ärztliche Assistenz; Pflege ist in einem solchen Kontext eine eigenständige Aufgabe, die unabhängig von ärztlicher Weisung oder Kontrolle in eigener Verantwortung der Pflegefachkräfte ausgeführt werden kann, wenn sie bereit sind, diese zu übernehmen bzw. wenn sie dazu qualifiziert werden:

„Die demographische Entwicklung und die Veränderung der des Krankheitsspektrums mit der Zunahme chronischer, das heißt im traditionell medizinischen Sinne ‚nicht mehr heilbarer‘ Krankheiten, führt immer mehr zur Herausbildung von Pflegebedürftigkeit als eigenständigem Phänomen. Der Umgang mit diesem Phänomen führt ... auch zu so etwas wie einem Rollenwechsel in den Zuständigkeiten der beiden wichtigsten Berufsgruppen in diesem Feld: der Pflege und der Medizin.“ (Steppe 1994, S. 48)

Hier wird also eine originäre Aufgabe von Pflege definiert, die ihr von „der Gesellschaft“ anvertraut wurde. Mit der Definition der eigenständigen Aufgabe und der Aufnahme des Topos des gesellschaftlichen Auftrags bewegt sich der Diskurs genau entlang der in der Professionssoziologie identifizierten Merkmale von Professionen (Kurtz 2002, S. 47-66) wie z.B. der Medizin, die geradezu wie ein Rezept befolgt werden, auch wenn darauf in vielen Texten gar nicht explizit hingewiesen wird (Bartholomeyczik 1992a, S. 325; Schröck 1995, S. 206; Steppe 1989, S. 213; Taubert 1989, S. 41f). Inwieweit Professionalisierungsstrategien, die für Männerberufe erfolgreich waren, oder Professionalisierungstheorien, die ausschließlich männliche Professionalisierungsprojekte beschreiben, überhaupt auf Frauenberufe angewendet werden können, wurde im Pflegediskurs nicht thematisiert. Vielmehr schien der Professionalisierungsweg der Medizin, der gerade im Rückblick auf die eigene Berufsgeschichte veranschaulicht wurde, durchaus nachahmenswert. Dabei wurde der Tatsache, dass es sich dabei um ein Ausschlussverfahren handelte, das besonders gegen Frauen gerichtet war (vgl. Wetterer 1992, S. 26 ff), dann aber insofern keine Beachtung geschenkt, als die solchen Konzepten inhärente geschlechterdifferenzierende Wirkung ausgeklammert wurde. Das heißt, es wurde davon ausgegangen, eine einfache Übernahme des männlichen Modells wäre realisierbar. Diese Vorstellung, die insbesondere von Kellnhauser (1994) ausgeführt wurde, fand eine breite Resonanz auch außerhalb des akademischen Diskurses.

Daneben verbreitete sich dann seit Mitte der 90er Jahre zunehmend ein auf Ulrich Oevermann zurückgehender Ansatz der Professionalisierung, der weniger auf Statusfragen einging als auf eine Verbesserung der praktischen Pflege, die mit Hilfe des hermeneutischen Fallverstehens eine stärker patientenzentrierte werden sollte (Weidner 1995). Dieser Ansatz, der überhaupt keinen Bezug mehr zu geschlechterrelevanten Differenzen enthielt, wurde zunehmend von den Protagonistinnen des Diskurses aufgenommen (vor allem Bartholomeyczik 1997, S. 13; auch Steppe 1996/2003, S. 101). Damit erhielt die Frage der Professionalisierung zwei im

Hinblick auf die Zielsetzung unterschiedliche Dimensionen: Statuserweiterung und Machtzuwachs auf der einen und Qualität der Pflegepraxis auf der anderen Seite. Andere Ansätze, die stärker auf eine Normalisierung des Frauenberufs Pflege bzw. die Erweiterung von Bildungschancen für Frauen im Sinne von mehr Chancengleichheit sprachen (Krüger, Rabe-Kleberg, Mischo-Kelling 1993 und 1996) fanden im Vergleich dazu nur eine schwache Resonanz, die im Verlaufe des Diskurses noch abnahm. Dass letztlich zwei Professionalisierungskonzepte diskutiert wurden, die die spezifischen Bedingungen eines Frauenberufs außer Acht ließen, ist ein deutlicher Hinweis auf die Strategien, mit deren Hilfe eine Bewältigung der Geschlechterdifferenz angestrebt wurde.¹⁷

4.4 *Ökonomische Erfordernisse*

Während die veränderten Morbiditätsstrukturen in einen ursächlichen Zusammenhang mit der sich entwickelnden beruflichen Eigenständigkeit und wachsenden Qualifikationsanforderungen gestellt wurden, durchzog das Thema der sich verändernden ökonomischen Bedingungen des Gesundheitswesens den Diskurs noch weitaus vielschichtiger. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wurde nicht nur zur allgemeinen Legitimierung von Pflegewissenschaft und –akademisierung herangezogen, sondern führte dazu, die Pflegeberufe in eine neue, alte Zwickmühle hineinzuführen.

Bemerkenswert am diskursiven Gebrauch von Wirtschaftlichkeitserwägungen ist zunächst der Umstand, dass der öffentliche Diskurs über Kostenexplosion und Notwendigkeit von Sparmaßnahmen kaum je in Frage gestellt, sondern einfach übernommen wurde. Bei der zentralen Aufgabe der Sicherstellung einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung bei möglichst geringen Kosten wollten die Pflegewissenschaftlerinnen helfen.

„Soziopolitische Strategien und Maßnahmen für eine wirkungsvolle und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung können nur zum Erfolg führen, wenn der Beitrag der zahlenmäßig größten Berufsgruppe, nämlich der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege, systematisch und methodisch in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht untersucht wird ...“ (Krohwinkel u.a. 1991, S. 14)

Nun darf man sicherlich davon ausgehen, dass die Protagonistinnen unterschiedliche Meinungen zu Fragen der sog. Kostenexplosion hatten und zumindest einige von ihnen auch die Kritik an der Kostendämpfungspolitik (z.B. Braun et al. 1998; Deppe 1990 und Deppe et al. 1993) und der damit einhergehenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens teilten. Vermutlich ließen sie sich eher oder doch zum Teil aus strategischen Gründen darauf ein, um sich angesichts der heftigen Machtkämpfe um die Neuverteilung der Mittel richtig zu positionieren. Doch auch wenn es sich nur um eine Taktik gehandelt hat, so ergaben sich daraus weit reichende Folgen für den Beruf und den eigenen Diskurs.

Um diese erläutern zu können, ist es wichtig, die verschiedenen diskursiven Verschränkungen zu betrachten, in denen der Topos Wirtschaftlichkeit entwickelt wurde. Das ökonomische Thema findet sich u.a. immer im Kontext der Beschreibung vom Übernehmen von Verantwortung ((Robert Bosch Stiftung 1992, S. 25, S. 64-66; Kellnhauser 2000, S. 424; Steppe 1989, S. 213.), und zwar auf den Managementebenen im Krankenhaus, aber auch im ambulanten Bereich. Gleichzeitig geht es dabei um die Verantwortung, zwischen

¹⁷ Ein anderer Aspekt dieser zwei Konzepte geht aus der zunehmenden innerberuflichen Ausdifferenzierung hervor; denn es handelt sich wohl auch um Konzepte für verschiedene Pflegepersonen, nämlich zum einen um die Eliten, die explizit die Bosch Stiftung professionalisieren wollte, und zum anderen um die Praktikerinnen ohne akademische Ausbildung.

Wirtschaftlichkeit und Patientenbedürfnissen zu vermitteln. Das war eine Aufgabe, die, wie die historische Pflegeforschung bereits in den 80er Jahren herausgearbeitet hat, schon immer den Pflegekräften zudedacht war und die sie durch Selbstaufgabe lösen sollte. Deshalb geht der Diskurs in einigen Teilen durchaus kritisch mit dieser zweiseitigen Verantwortung um, sehen doch die Diskursteilnehmerinnen (Bischoff-Wanner 19984/1992/1997; Bartholomeyczik 1992 b, S.516; Steppe 1994, S. 50) durchaus die Gefahr, dass eine solche Verteilung von Aufgaben wiederholt werden könnte. Nichtsdestotrotz gehen alle davon aus, diese Gefahr umgehen und das Problem lösen zu können, nämlich durch eine entsprechende wissenschaftliche Qualifikation, die Einrichtung von Studiengängen und die berufliche Autonomie. Entgegen der eigenen historischen Analyse dieses Dilemmas definieren die Wissenschaftlerinnen das Problem jetzt also selbst als eines, das die Pflegekräfte zu lösen haben und dieses auch können. Damit befördern sie erneute Machtphantasien, die zum Scheitern verurteilt sind: Im Zuge der Ökonomisierung dominieren längst Wirtschaftswissenschaftler das Gesundheitswesen und besonders die Krankenhäuser. Wie wirtschaftlich orientierte Pflege in diesem Rahmen positioniert werden soll, geht aus den Äußerungen der Bosch Stiftung (1992, S. 75-81) hervor, die ökonomisch qualifizierte Pflegekräfte als Mittler bei der Durchsetzung und Akzeptanz von Wirtschaftlichkeitsprinzipien einsetzen will. Hier entstehen also neue, ebenso undankbare Aufgabe wie früher, nur dass dieses Mal wissenschaftlich qualifizierte Pflegekräfte bereitwillig die Verantwortung für die Lösung des Dilemmas übernehmen.

Eine weitere diskursive Verschränkung findet sich in der Verbindung mit den Themen Forschung und Wissenschaft. Zur Begründung von Pflegewissenschaft und –forschung wird das Argument der Wirtschaftlichkeit immer wieder in den Vordergrund gestellt. Das Argumentationsmuster ist Folgendes: Mit Wissenschaft und Forschung, die zwar einige Investitionen erforderlich machen, wird eine wirtschaftliche, weil rationale Pflegepraxis überhaupt erst möglich (Krohwinkel et al. 1992, S. 17; Taubert 1989, S. 43; Steppe 1996, S. 102). Dass eine so unmittelbare ökonomische Verwertung von Wissenschaft angetragen wurde, lässt sich auf die im Gesundheitswesen herrschende Kostendämpfungsdebatte der 1990er Jahre zurückführen. Da eine solche Verwertbarkeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens sehr entgegenkam, schien sie als Legitimation für die Durchsetzung eigener wissenschaftlicher Interessen durchaus geeignet. Auf der anderen Seite werden in dieser Begründung historische Traditionen der beruflichen Pflege aktualisiert, nämlich die der fraglosen Unterordnung unter und Anpassung an von anderen definierte und gesetzte wirtschaftliche Rahmenbedingungen, wie es die historische Pflegeforschung herausgearbeitet hatte. Schließlich wird das legitimatorisch angelegte Argument zur Begründung der eigenen Forschung und Wissenschaft zu einem Versprechen, dessen Einhaltung einforderbar wird und sich selbst unter einen Rationalisierungsdruck stellt.

4.5 Unökonomische Frauenarbeit

Darüber hinaus geht das Argument der Notwendigkeit der Rationalisierung der Pflegepraxis davon aus, dass die Pflegepraxis unzureichend, wenn nicht gar mangelhaft ist, weil sie nämlich nicht rational, nicht effizient und nicht professionell sei (Bartholomeyczik 1992, s. 326; Bienstein 1995, S. 24, Steppe 1996/2000, S. 88). Mit dieser Beschreibung der Pflgetätigkeit werden eben die Zuschreibungen, die der interessen geleiteten Verberuflichung der Pflege als Frauenberuf dienten, aktualisiert. Das heißt die Protagonistinnen des Diskurses beschreiben Pflege genauso wie sie im 19. Jahrhundert definiert wurde, um als ärztliche Assistenz eingeführt werden zu können. Sie verwenden die damals als weiblich proklamierten Eigenschaften, also mangelndes Fachwissen, Emotionalität und nicht selbständiges Handeln (Wetterer 2002, S. 326-328) völlig affirmativ zur

Beschreibung der realen Pflege Tätigkeit. Das, was von den Autorinnen selbst als Zuschreibungen identifiziert und erkannt wurde, geht in die Darstellung der aktuellen Pflegepraxis wieder ein:

„... weist Pflege in ihrem Tätigkeitsbereich objektiv viele Merkmale typischer Hausarbeit auf und ist damit grenzenlos, also im Zweifelsfall für alles zuständig, unendlich, also eigentlich nie ‚fertig‘ mit der Arbeit und meistens unsichtbar, weil Arbeitsergebnisse vielfach sofort verschwinden, wie z.B. ein frisch gemachtes Bett schon nach der ersten Bewegung des Patienten nicht mehr als gerade erbrachte Arbeitsleistung zu erkennen ist.“ (Steppe 1994, S. 51)

und zwar nicht kritisch reflektiert, sondern als Tatsachenbeschreibung. Aus einer solchen, immer auch abwertenden Beschreibung heraus lässt sich dann deutlich erklären, was Wissenschaft und Forschung eigentlich leisten können. Sie machen Pflege sichtbar, transparent, kalkulierbar; erst damit wird die Pflegeleistung als Leistung erkennbar und bewertbar, d.h. sie kann nicht nur angemessen in die komplizierten Berechnungsmodelle für die Leistungsabrechnung aufgenommen werden, sondern wird auch gesellschaftlich anerkannt. Dass das auch Rationalisierungspotenziale und erhöhte Kontrollmöglichkeiten beinhaltet, wird kaum angesprochen.

Die offensichtliche Widerständigkeit der Pflegepraktikerinnen gegenüber Verwissenschaftlichung und Forschung erklären die Diskursteilnehmerinnen mit deren überliefertem Verständnis von Pflege als Liebestätigkeit, als mystischem Dienst an anderen, als sog. hausarbeitsnahe Tätigkeit (Steppe 1992/2003, S. 47 f, Schröck 1995, S. 206; Bartholomeyczik 1999, S. 160f). Wie schon in der Dequalifizierung der Praxis nehmen die Wissenschaftlerinnen in ihrer Argumentation wieder die Zuschreibungen auf, die als Konstruktionsmerkmale der Pflege gedient hatten, und wenden sie gegen die Berufsangehörigen. Andere Erklärungen, wie z.B. die Möglichkeit, dass dieser Widerstand seine Ursachen in dem durchaus rationalen Kalkül der Arbeitnehmerinnen hat, sich gegen Rationalisierungsmaßnahmen wehren bzw. ihre Arbeitsplätze gegen akademisch ausgebildete Pflegenden verteidigen zu müssen, werden entweder gar nicht erst aufgenommen oder aber desavouiert. Vielmehr gerät die Rekonstruktion als weiblich definierter beruflicher Eigenschaften zur notwendigen Prämisse der eigenen Positionierung. Solche Festschreibungen bieten die Möglichkeit, die eigene Rolle deutlich zu konturieren, die sich dann in der Abgrenzung gegen und der Bekämpfung von derart traditionellen Konstruktionen von Weiblichkeit als klares Gegenmodell präsentiert. Dementsprechend wird in diesen Kontexten auf die Zurückweisung solcher Zuschreibungen zurückgegriffen. Um den damit einhergehenden Beschränkungen eines Frauenberufs zu entgehen, verlangen die Diskursteilnehmerinnen vehement die Transparenz pflegerischer Arbeit (Bartholomeyczik 1999, S. 161). Damit wird dann allerdings der Pflegeberuf gleich in doppelter Weise als das bestätigt, was er traditionell zu sein gezwungen war.

Eine weitere Implikation dieser apostrophierten fehlenden Transparenz bezieht sich auf die Professionalisierungsintentionen. Die absolute Transparenz und Kalkulierbarkeit, die angestrebt werden, stehen im eklatanten Gegensatz zu den in der Professionssoziologie ausbuchstabierte Besonderheiten oder Merkmalen der etablierten Professionen, z.B. Macdonald (1995, S. 134 u. 164 ff), der von „esoteric knowledge“ spricht oder wie es Kurtz (2002, S. 49) beschreibt „diese mit Unsicherheit hantierende professionelle Arbeit“, die er als eines in allen Professionskonzepten vorkommende Merkmal beschreibt. Das heißt, dass sich die Aufhebung des angeblich „Weiblichen“ des Frauenberufs, nämlich die Mystifizierung bestimmter Arbeitsanteile, für eine Professionalisierung im Sinne der Vergleichbarkeit mit den klassischen Professionen geradezu kontraproduktiv erweist.

Der Versuch, die Pflegeberufe von einem als „weiblich“ konstruierten Beruf mit all den darin insinuierten Charakteristika – wie Liebestätigkeit, Diffusität, unzureichende Qualifizierung, niedriger Status – nicht nur in einen „Normalberuf“, sondern in eine Profession zu transponieren, hat mit vielschichtigen Problemen zu kämpfen. Manchmal gerät er in die Gefahr, bei der Dekonstruktion der vermuteten oder tatsächlichen Berufsmerkmale eine völlige Negierung all dessen, was diese „weibliche“ Pflege ausmacht, zu produzieren, und zwar einfach aus dem Grunde, um alles, was als zugeschriebene Weiblichkeit definiert wird, abzuschütteln. Das geschieht oft in Kontexten, in denen wirtschaftliche Fragen und berufliche Praxis thematisiert werden. Im Diskurs erscheint die Gegenüberstellung von Wirtschaftlichkeit und Pflegepraxis oft als ein Gegensatzpaar, wobei erstere das rationale Prinzip präsentiert und das zweite das irrationale, das es im Interesse einer Professionalisierung zu rationalisieren gilt.

„..., sondern auch ökonomische Überlegungen müssen zu dem Schluss führen, dass zufällige, unsystematische und qualitätsschwache Pflege ineffizient und damit unangemessen teuer sein muss. Soll diesem gefährlichen Zustand ein Ende gesetzt werden, so müssen insbesondere drei Entwicklungen zielgerecht und bewusst unterstützt und vorangetrieben werden ... [das sind Studiengänge, Infrastruktur und Förderung für Pflegeforschung, d.A.]“ (Krohwinkel et al. 1991, S. 15)

Dieselbe Dichotomie wird auch für Praxis und Wissenschaft hergestellt, wobei die Wissenschaft oft (Steppe 1992/2003, S. 47f) auch als Vermittlungsinstanz zur Ökonomie auftritt (Bartholomeyczik 1992 b, S. 518). Pflegewissenschaft und –forschung werden dargestellt als Prinzipien, die zwar im Interesse der Praxis agieren, dieser aber zugleich feindlich gegenüber stehen, weil sie dazu geeignet sind ‚falsche‘ oder ‚schlechte‘ Praxis zu erkennen und zu sanktionieren (z.B. Schröck 1989, S. 636).

Wenn es also darum geht, die als ‚weiblich‘ definierten Charakteristika des Berufs, die eben deshalb, weil sie als Zuschreibungen oder Konstruktionen entlarvt sind, negativ konnotiert sind, aufzuheben, dann scheint das den Protagonistinnen des Diskurses nur mit Hilfe eines entgegengesetzten Prinzips möglich. Deshalb muss die Wissenschaft alles andere sein als „weiblich“ und einen Gegenpol darstellen. Und es wird viel dafür getan, Wissenschaft als einen solchen Gegenpol zu beschreiben. Sie wird demgemäß als eine übergeordnete, interessenlose, neutrale, rationale Institution der Wissensgenerierung präsentiert (Schröck 1988, S. 84). Dass auch die Wissenschaft und mehr noch der Wissenschaftsbetrieb keine gender-, hierarchie- und machtfreien Institutionen sind, bleibt aus dem Diskurs ausgespart. Es gibt also jenseits strategischer Ausblendungen von Frauen- und Genderforschung, die als Unterstützung weder im männerdominierten Gesundheitswesen noch in der männerdominierten Wissenschaft geeignet schien, andere, verborgenere Ursachen für solche Auslassungen. In einer besonderen Form des Doing Gender reproduzieren die Protagonistinnen des Diskurses immer wieder die einfache Gegenüberstellung rationaler und emotionaler Prinzipien, die sie immer auch da verorten, wo ein männlich dominierter gesamtgesellschaftlicher Diskurs sie ansiedelt – die diffuse weibliche Pflege und die vorgeblich geschlechtsneutrale Wissenschaft und Ökonomie.

4.6 Neue Frauen?

Wie es zu einer Reproduktion solcher Geschlechterkategorien kommen kann, und zwar von Wissenschaftlerinnen, deren eigene frühe berufliche Sozialisation in einer im Vergleich zu heute fast archaisch anmutenden geschlechtersegregierten und –hierarchisierten Krankenhauswelt stattgefunden hatte, und die zudem aus einer feministischen Perspektive die eigene Berufsgeschichte und die Arbeitsbelastungen von Frauen in Pflegeberufen untersucht

hatten, zeigt sich an einem anderen von ihnen dargestellten Modernisierungserfordernis. Neben veränderten Morbiditätsstrukturen und erhöhten ökonomischen Ansprüchen stellten die Diskursteilnehmerinnen auch fest, dass sich die Frauen verändert hatten. Diese Diagnose geht davon aus, dass der Ende der 1980er Jahre eklatante Mangel an Pflegekräften daher rührt, dass junge Frauen andere Ansprüche an einen Beruf haben als früher. Sie wollen nicht mehr ‚dienen‘ oder sich selbst ‚aufgeben‘ und ‚Liebestätigkeiten‘ verrichten (Abermeth 1995, S.10; Robert Bosch Stiftung 1992, S. 21, 24, 62), sondern erwarten Karrieremöglichkeiten und Anerkennung. Deshalb gehen sie gar nicht mehr in die Pflegeberufe oder verlassen sie alsbald wieder.

„Erst in den 80er Jahren, sozusagen mit 20 Jahren Verspätung zur Studentenbewegung, formierten sich breite Protestbewegungen, die nicht mehr wie sonst üblich nur von wenigen getragen wurden. Jetzt wachten die Pflegenden auf einmal in Massen auf, forderten Kooperation statt Unterordnung, Gleichberechtigung statt Weisungsabhängigkeit, Selbstbewusstsein statt Selbstlosigkeit ein.“ (Steppe 1994, S. 50)

Etwas vorsichtiger benannte es Bischoff-Wanner 1984/1992/1997:

„Die Auffassung, dass Pflege weiblich-individuelle Liebestätigkeit ist, verliert zunehmend an Boden, ist aber – mangels Alternativen – ein Modell, auf welches immer wieder zurückgegriffen werden kann. Notwendig ist also ein Modell beruflicher Professionalität auf dem Hintergrund eines kritischen, wissenschaftlichen und ganzheitlichen Verständnisses von Pflege, ...“ (S. 8)

Nichtsdestotrotz herrschte weitgehend Übereinstimmung darüber, dass sich etwas Entscheidendes geändert hatte, das es mit Hilfe von Wissenschaft und Forschung voranzutreiben galt. Erste Berichte aus den Studiengängen und die Erfolge der AbsolventInnen (Kellnhauser 2000a + b; Winter-von Lersner 1995) ebenso wie einige Bewertungen der steigenden Professionalität (Bartholomeyczik 1997, S. 14) trugen zur Bestätigung eines solchen Bildes bei.

Auch wenn in einigen Texten ein leichtes Bedauern über diese Veränderungen mitzuschwingen scheint (Abermeth 1995; Robert Bosch Stiftung 1992), so will der Diskurs nahe legen, dass das Ende des Frauenberufs Pflege gekommen ist. Die Frauen haben sich verändert, ihre Ansprüche sind andere geworden; Forschung, Wissenschaft und Akademisierung setzen den traditionellen Ausbildungs- und Sozialisationskontexten modernere und adäquatere Qualifizierungsmöglichkeiten entgegen. Unter solchen Vorbedingungen wird dann auch erklärlich, warum die Auseinandersetzung mit Fragen der Frauen- und Geschlechterforschung in den Hintergrund gerieten. Diese hatten zwar zur Aufarbeitung und (Re-)Konstruktion der eigenen Berufsgeschichte und der verhinderten Professionalisierung beigetragen und den Anstoß für das eigene Bewusstsein der Geschlechterhierarchie gegeben. Doch damit hatte sie offensichtlich ‚ihren Dienst getan‘. Es war ein abgeschlossenes Thema; eine neue Ära zeichnete sich ab.

Die Theorie, dass Geschlecht als gesellschaftliche Strukturkategorie auf allen gesellschaftlichen Ebenen funktioniert und damit die Akademisierungs- und Verwissenschaftlichungsphase ebenso prägt(e) wie die Geschichte des Frauenberufs Pflege, fand keinen Eingang mehr in die pflegewissenschaftliche Diskussion. Damit bewegte sich der Diskurs zur Etablierung einer Pflegewissenschaft durchaus im sozialwissenschaftlichen Trend; denn, wie Knapp (2001) konstatiert, zeichnete die 1990er Jahre ein Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht aus.¹⁸

¹⁸ Allerdings geht Knapp selbst vielmehr von einer Pluralisierung und Dezentralisierung feministischer Theorie aus, nicht von einem Relevanzverlust der Kategorie.

5 Vom Frauenberuf zur Profession

Fasst man die Ergebnisse der Diskursanalyse zusammen, so zeigt sich, dass eine Entfeminisierung des Pflegeberufs ein zentrales Anliegen in dieser Phase der Akademisierung darstellte. Aus dem Frauenberuf sollte endlich eine Profession gemacht werden, um sich von den vielfältigen Abhängigkeiten und Unterdrückungsmechanismen zu befreien, die den Beruf in der Vergangenheit geprägt hatten. Dass zur Professionalisierung die Verwissenschaftlichung gehören sollte, galt zum Teil als selbstverständlich, denn der Pflegeberuf sollte im Gesundheitswesen gleichberechtigt neben MedizinerInnen und WirtschaftswissenschaftlerInnen agieren können und als eigenständige Profession anerkannt sein.

Der Professionalität entsprachen jedoch in keiner Weise den Zuschreibungen, die der Pflege in der Konstruktion als Frauenberuf zugewiesen waren. Die Identifizierung dieser interessengeleiteten Merkmalszuweisungen und ihre Zurückweisung gehörten deshalb zu den wichtigsten Elementen des Diskurses. Allerdings wurde die Aufarbeitung der Konstruktion der Pflege als Frauenberuf an die Pflegegeschichtsschreibung delegiert, eben um sie zur Geschichte werden zu lassen. Diesem Zwang zur Entgeschlechtlichung fielen auch die Ansätze der Pflegewissenschaftlerinnen zum Opfer, die noch in den 1980er Jahren spezifische Belastungen und Ausbeutungsstrukturen in Frauenberufen untersucht hatten. Eigenständige Beiträge mit entsprechenden Fragestellungen gibt es ab Mitte der 90er Jahre gar nicht mehr. Da, wo diese Themen noch cursorisch aufgenommen werden, verlieren sie sich fast vor dem dominanten Thema der Ablehnung aller vorgeblich ‚weiblichen‘ Anteile des Berufs. Darüber hinaus oder besser daraus folgernd insistierte der Diskurs darauf, ein nicht weiblicher zu sein und als wissenschaftlicher, akademischer und wirtschaftlicher anderen, nämlich rationalen Prinzipien verpflichtet zu sein und nicht der behaupteten und akzeptierten Irrationalität der Praxis. Die Existenz des Diskurses selbst schien schon der Beweis, dass die Beschränkungen des Frauenberufs aufgehoben werden konnten.

Um jedoch neben dem Kriterium der Rationalität auch das der Professionalität zu erfüllen, durfte sich der Diskurs nicht mit Themenbeschäftigen, die, wie die Frauen- und Genderforschung oder gesellschaftskritische Ansätze, weder vom wissenschaftlichen Mainstream, noch vom herrschenden gesundheitspolitischen Diskurs abgedeckt wurden. Aus strategischen Gründen ordnete sich der Pflegediskurs den übergeordneten Diskursen unter und wurde so ein Bestandteil derselben. Konsequenterweise nahm er die dort vorgegebenen Themen, wie z.B. Ökonomisierung, Verantwortung, Rationalisierung, auf, und zwar auch deshalb, weil sie zugleich als Legitimationsmuster für die eigenen Bestrebungen operationalisiert werden konnten. Aus den wissenschaftlichen Diskursen, nämlich denen der sogenannten Referenz- oder Bezugswissenschaften der sich entwickelnden Pflegewissenschaft – diese reichten von den Natur- über die Sozialwissenschaften bis hin zur Theologie -, aus methodologischen und methodischen Ansätzen griff man denn auch auf all die zurück, die am ehesten ‚Normalität‘ signalisierten, d.h. feministische Wissenschaftsdiskurse kamen nicht in Betracht.

Zu bemerken ist außerdem, dass diese Entfeminisierung der Pflege nicht im Sinne einer Dekonstruktion geschlechterdifferenzierender Diskurse versucht wurde. Vielmehr ging es darum, die Pflegearbeit endlich und endgültig in einen Beruf zu verwandeln, der mehr sein sollte als ‚weibliche Sorge- und Liebestätigkeit‘. Dazu müssen alle vermeintlich tatsächlichen oder als Zuschreibungen erkannte ‚weiblichen‘ Merkmale durch andere, die das vermutete

Gegenteil darstellen, ersetzt werden. Somit wird die Geschlechterdifferenz nicht angetastet; vielmehr wurde angestrebt, den Pflegeberuf mit den Charakteristika der Männerberufe auszustatten, die das moderne Gesundheitswesen dominieren. Die Geschlechterpolaritäten wurden nicht in Frage gestellt, sondern in dem angestrebten Rollenwechsel einfach festgeschrieben.

Literaturliste:

- Abermeth, Hilde-Dore: Pflege im Aufwind. Heilberufe (Berlin) 47. Jg., 1995, Heft 3. S. 9-11.
- Althoff, Martina; Bereswill, Mechtild; Riegraf, Birgit (Hrsg.): Feministische Methodologien und Methoden. Traditionen, Konzepte, Erörterungen. Lehrbuch zur sozialwissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung Bd. 2. Opladen: Leske + Budrich 2001.
- Bandelow, Nils, C.: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Leske + Budrich 1998.
- Bartholomeyczik, Sabine: Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern. Deutsche Krankenpflegezeitschrift (Stuttgart) XX. Jg., 1987, 1, Beilage.
- Bartholomeyczik, Sabine u.a.: Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen. Berlin: VAS Elefantpress 1988 a.
- Bartholomeyczik, Sabine: Schichtarbeit und ihre Auswirkungen. Mutter, Hausfrau, Pflegende – ist es ein Problem? Krankenpflege (Frankfurt), 42. Jg. 1988 b,3; S. 135-138.
- Bartholomeyczik, Sabine: Wer sind die Pflegenden? Veränderungen in den letzten 20 Jahren. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Stuttgart, Jg. 44,5, Mai 1991, s. 354-358.
- Bartholomeyczik, Sabine: Die Bedeutung der Pflegeforschung für die Krankenpflege. Deutsche Krankenpflegezeitschrift (Stuttgart), 4X. Jg., 1992 a, 5; S. 322-327.
- Bartholomeyczik, S.: Humanität und Wirtschaftlichkeit – zukunftsorientierte Aufgaben der Pflegeberufe. Krankenpflege, Frankfurt, Jg. 46, 9, September 1992 b, S. 516-518.
- Bartholomeyczik, Sabine: Zwischen Wissenschaftsanspruch und ritualisiertem Handwerk. Dr. med. Mabuse, Frankfurt, Jg. 21, 100, März 1996, S. 40-46
- Bartholomeyczik, Sabine; Müller, Elke (Hrsg.): Pflegeforschung verstehen. München: Urban & Schwarzenberg 1997.
- Bartholomeyczik, S.: Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In: Zegelin, A.(Hrsg.): Sprache und Pflege. Berlin: 1997. S. 11-21
- Bartholomeyczik, Sabine: Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. Pflege (Bern), 12. Jg., 1999/3, S. 158-162.
- Bienstein, Christel: Pflegestandards. Eine Hilfe zur Qualitätssicherung. Teil 1. Pflege aktuell (Eschborn), 49. Jg., 1995/1, S. 24-26.
- Bischoff-Wanner, Claudia: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 1. Auflage 1984. 2. bearbeitete Auflage 1992; 3. Auflage 1997. Frankfurt/M.: Campus 1997.
- Bischoff-Wanner, Claudia: Die historisch-kritische Methode in der Geschichtsforschung der Krankenpflege dargestellt am Beispiel der Interpretation des Quellentextes „Die Frau als Krankenpflegerin“. In: Wittneben (Hrsg.) Stuttgart 1998. S.280-298.
- Bourdieu, Pierre: Die männliche Herrschaft. In: Dölling, Irene; Kraus, Beate (Hrsg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1997. S. 153-217.

- Braun, Bernhard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut: Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.: Fischer 1998.
- Bublitz, Hannelore: Foucaults Archäologie des kulturellen Unbewussten. Zum Wissensarchiv und Wissensbegehren moderner Gesellschaften. Frankfurt/M.: Campus 1999.
- Bublitz, Hannelore: Differenz und Integration. Zur diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit. In: Keller u.a. (Hrsg.) 2001, S. 225-260.
- Bührmann, Andrea; Diezinger, Angelika; Metz-Göckel, Sigrid (Hrsg.): Arbeit, Sozialisation, Sexualität. Zentrale Felder der Frauen- und Geschlechterforschung. Lehrbuch zur sozialwissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung Bd. 1. Opladen: Leske + Budrich 2000.
- Dausien, Bettina. Biographie und Geschlecht: zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten. Bremen: Donat 1996.
- Deppe, Hans-Ulrich: Perspektiven der Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.: VAS-Verlag 1990.
- Deppe, Hans-Ulrich; Friedrich, H.; Müller, R. (Hrsg.): Gesundheitssystem im Umbruch. Von der DDR zur BRD. Frankfurt/M.: Campus 1993.
- Elster, Ruth: Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Frankfurt/M.: Mabuse 2000.
- Fuchs-Heinritz, Werner. Sozialologische Biographieforschung: Überblick und Verhältnis zur Allgemeinen Soziologie. In: Jüttemann, Thomae (Hrsg.). 1998. S. 3 – 23.
- Grauhan, Antje: Krankenpflege und der tertiäre Bildungsbereich in der Bundesrepublik Deutschland. Pflege (Bern), 1. Jg., 1988/1. S. 9 - 15.
- Jäger, Sigfried: Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung. Duisburg: DISS-Studien 1993.
- Jäger, Sigfried: Diskurs und Wissen. Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In: Keller u.a. (Hrsg.) 2001. S. 81 – 112.
- Kelle, Udo; Kluge, Susann: Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich 1999.
- Keller Reiner; Hirsland, Andreas, Schneider, Werner; Viehöver, Willy (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band I: Theorien und Methoden. Opladen: Leske + Budrich 2001.
- Kellnhauser, Edith: Krankenpflegekammern und Professionalisierung in der Pflege. Ein internationaler Vergleich mit Prüfung auf Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland. Melsungen: Bibliomed 1994
- Kellnhauser, E.: Pflegekammern – Instrumente der beruflichen Selbstverwaltung? Die Bedeutung der Kammern für Pflegeberufe. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Stuttgart, Jg. 45, 10, Oktober 1992, S. 22-25
- Kellnhauser, E.: Pflege studiert. Vom Gang zur Hochschule profitiert nicht nur das Pflegepersonal. Die Schwester Der Pfleger, Melsungen, Jg. 39, 5, Mai 2000, S. 424-427.
- Kellnhauser, Edith: Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Pflege. Widerspruch oder Chance? Die Schwester Der Pfleger, Melsungen, Jg. 35, 4, April 1996, S. 297-301
- Kellnhauser, Edith: Pflege studiert. Vom Gang zur Hochschule profitiert nicht nur das Pflegepersonal. Die Schwester Der Pfleger, Melsungen, Jg. 39, 5, Mai 2000, S. 424-427.
- Knapp, Gudrun-Axeli: Dezentriert und viel riskiert. Anmerkungen zur These vom Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht. In: Knapp; Wetterer (Hrsg.): Münster 2001. S. 15-62.
- Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika (Hrsg.): Soziale Verortung der Geschlechter. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik. Münster: Westf. Dampfboot 2001.
- Krohwinkel, Monika; Schröck, Ruth; Bartholomeyczik, Sabine: Denkschrift zur Lage der Pflegeforschung in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des

- Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt: Agnes Karll Institut für Pflegeforschung (DBfK) 1991.
- Krüger, H.; Rabe-Kleberg, U.; Mischo-Kelling, M.: Pflegewissenschaft als berufliche Bildung. Ein Weg aus der Sackgasse. Entwicklung und Erprobung eines Studiengangs mit berufspädagogischem Fachrichtungsprofil für Lehrkräfte in der Alten- und Kranken-, Kinderkrankenpflege. Berufliche Erstausbildung und Lehramtstudium als biographische Bausteine. In: Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts Arbeit und Bildung. Universität Bremen. Bd. 24. Bremen: 1993. S. 76-83.
- Krüger, Helga; Rabe-Kleberg, Ursula; Mischo-Kelling, Maria: Pflegewissenschaft als universitäre Ausbildung. In: Krüger et al. (Hrsg.) Bremen 1996. S. 11–32.
- Krüger, Helga; Piechotta, Gudrun; Remmers, Hartmut (Hrsg.): Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen. Bremen: Altera, 1996.
- Kurtz, Thomas: Berufssoziologie. Bielefeld: Transcript-Verlag 2002.
- Winter-von Lersner, Christa: Der Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegenden nimmt zu. Akademisierung der Pflege. Pflegezeitschrift (Stuttgart), 48. Jg., 1995/11, S. 696-698.
- Wittneben, Karin (Hrsg.): Forschungsansätze im Berufsfeld Pflege. Stuttgart: Thieme 1998.
- Macdonald, Keith M.: The Sociology of the Professions. London u.a.: Sage Publications 1995.
- Mischo-Kelling, Maria: Feministische Theorie und Forschung – auch eine Domäne für Pflegeforschung? Krankenpflege, 39.Jg. Heft 5, 1985. Frankfurt: Verlag Krankenpflege. S. 155 – 158.
- Mühlum, Albert; Bartholomeyczik, Sabine; Göpel, Eberhard: Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft. Freiburg: Lambertus 1997.
- Müller, Elke: Die geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung. In: Bartholomeyczik, S.; Müller, E. (Hrsg.) 1997. S. 2-28.
- Müller, Elke: Pflegewissenschaft und Naturwissenschaften. Kritische Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis als Ausgangspunkt zu seiner Neubestimmung. Pflege (Bern), 12. Jg., 1999/1, S. 35-41.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher 1992.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer 2000.
- Rohde, Jürgen: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Enke 1962.
- Schmidbaur, Marianne: Vom ‚Lazaruskreuz‘ zu ‚Pflege aktuell‘. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein: Ulrike Helmer 2002.
- Schröck, Ruth.: Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. Pflege (Bern), 1. Jg., 1988/2. S. 85-93.
- Schröck, Ruth: Herausforderung und Probleme der Pflegeforschung. Krankenpflege (Frankfurt), 43. Jg., 1989/12, S. 634-641
- Schröck, Ruth: Pflegeprofessorinnen in Deutschland. Die Schwester/ Der Pfleger (Melsungen), 34. Jg., 1995/3, S. 203-207.
- Steppe, Hilde: Die Perspektiven in der Krankenpflege für die 90er Jahre. Krankenpflege (Frankfurt), 43. Jg., 1989/5, S. 212-214.
- Steppe, Hilde: Dienen ohne Ende. Historische Entwicklung der Arbeitszeit in Deutschland. Pflege (Bern), 1. Jg. 1988,1; S. 4-19.
- Steppe, H.: Das Selbstverständnis der Krankenpflege. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Stuttgart, Jg. 43, 5, Mai 1990, S. 1-11
- Steppe, Hilde: Perspektiven der professionellen Pflege – Krankenpflege im Dienste der Gesundheit. In: Müller, Hans-Werner (Hrsg.): Pflegenotstand – Not der Pflegenden

- und Gepflegten. Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. Kongressbereich 1992. Frankfurt/M.: Deutsche Zentrale für Gesundheitspflege 1993. S. 115-128.
- Steppe, Hilde: Pflege im Umbruch. Eine Standortbestimmung. Dr. med. Mabuse (Frankfurt), 19. Jg., Juni 1994/90, S. 48-51.
- Steppe, Hilde: Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. Zuerst 1996. Pflege (Bern), 13. Jg., 2000, 1. S. 85-90.
- Steppe, H.: „... denn nur die Frau ist die geborene Krankenpflegerin...“ Zur Entstehung des Frauenberufs Krankenpflege im 19. Jahrhundert (1995). In: Steppe, H.: Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten. Ausgewählte Werke. Ulmer, E.-M. (Hrsg.). Bern: 2003. S.127-136.
- Steppe, H.: Die Bedeutung der Etablierung der Pflege im tertiären Bildungsbereich (1996). In: Steppe, H.: Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten. Ausgewählte Werke. Ulmer, E.-M. (Hrsg.). Bern: 2003. S. 100-106.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet: Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychoologie Verlags Union 1996.
- Taubert, Johanna: Was könnte Krankenpflege leisten, wenn sie einen anderen Stellenwert hätte? Krankenpflege (Frankfurt), 43. Jg., 1989/1, S. 40-43.
- Taubert, Johanna: Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. 2. Aufl. Frankfurt am Main: 1994 (Zugl.: Univ. Diss. Hannover: 1990).
- Teubner, Ulrike: Geschlecht und Hierarchie. In: Wetterer (Hrsg.) 1992. S. 45-50.
- Weidner, Frank: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. 1. Auflage 1995. Frankfurt/M.: Mabuse 2003.
- Wetterer, Angelika: Hierarchie und Differenz im Geschlechterverhältnis. In: Wetterer (Hrsg.) 1992. S. 13-40.
- Wetterer, Angelika (Hrsg.): Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hoch qualifizierten Berufen. Frankfurt/M.: Campus 1992.
- Wetterer, Angelika: Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. Konstanz: UVK 2002.
- Winter-von Lersner, Christa: Der Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegenden nimmt zu. Akademisierung der Pflege. Pflegezeitschrift (Stuttgart) 48. Jg., 1995/11, S. 696-698
- Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren Köln: Wiss.-Rat 1991
- Wittneben, K.: Einführung in Forschungsgegenstände und Forschungsansätze in der Pflege. In: Wittneben (Hrsg.): Stuttgart 1998. S. 1-15.
- Zegelin, Angelika (Hrsg.): Sprache und Pflege. Berlin: Ulstein & Mosby 1997.