

Arbeit und Geschlecht.

Strukturelle und normative Grundlagen von Technisierungsprozessen in der Pflege

Clarissa Rudolph

Klatschen für die Pflege?

2020 war das »Internationale Jahr der Pflegenden und Hebammen« und 2020 wurde über die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in Deutschland tatsächlich viel gesprochen. Im Zuge der Corona-Pandemie wurde dieses Thema in einem Ausmaß öffentlich, wie es sich viele Akteur*innen lange Zeit gewünscht hätten (Rudolph/Schmidt 2019a; Schmidt 2019): Die »Systemrelevanz« der Pflegekräfte wurde ausgiebig gelobt und es wurde beklagt, dass das Einkommen niedrig sei, die Arbeitsumstände schwierig und anstrengend und die Anerkennung gering (vgl. Kobe et al. 2020). Die Reaktionen darauf bezogen sich dann insbesondere auf die Anerkennung: Das Bild der klatschenden Bevölkerung als Dank für die aufopfernde Arbeit der Pflegekräfte ist eines der Sinnbilder der Krise – und es ist eines der Sinnbilder für den gesellschaftlichen Blick auf die Arbeit und die Arbeitsbedingungen in der Pflege. Pflegearbeit umgibt die Aura der Aufopferung und man kann den Pflegekräften gar nicht genug danken dafür, dass sie sich um eine*n selbst, die Mutter oder die Kinder kümmern, wenn Pflegebedürftigkeit herrscht – und weil man gar nicht genug danken kann, probieren wir es mit einer Schachtel Pralinen oder dem Beifall auf dem Balkon.

Dieser gesellschaftliche Blick auf Pflege und Pflegearbeit ist eng verwoben mit den Geschlechterverhältnissen und Entstehungskontexten bezahlter Pflegearbeit. Daraus resultieren vergeschlechtlichte Arbeitsbedingungen und Einkommensverhältnisse, die sich durch die Ökonomisierungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen weiter manifestiert haben. Gleichzeitig führt dieses Verständnis von Pflege auch dazu, dass sich Pflege beziehungsweise Pflegende selbst insbesondere durch ihre personenbezogenen Tätigkeiten charakterisieren und auszeichnen, mit der Folge – so meine These – dass die Technisierung der Pflege als Angriff auf dieses Spezifische der Tätigkeiten und auf ihr Selbstverständnis verstanden wird. Auch

daraus resultiert unter anderem eine sichtbare Distanz zur Technisierung und Digitalisierung in der Pflege.

Zur weiteren Erläuterung dieser These werde ich im Folgenden zunächst die Arbeitsbedingungen in der bezahlten Pflege skizzieren. Um die Bedeutung der Vergeschlechtlichung für den Pflegeberuf sichtbar zu machen, werde ich dann die Verankerung der Pflege als Teil des *Care-Systems* und die spezifischen Entstehungsbedingungen dieses ›Frauenberufs‹ aufzeigen, die in einer normativen Leitidee von ›guter Pflege‹ münden. Inwiefern sich dieses Leitbild auf das Verhältnis zu Technisierungsprozessen auswirkt, diskutiere ich anschließend. Ich ende mit einem Ausblick, der sich mit der Frage beschäftigt, inwieweit die Corona-Krise das Verhältnis von Pflegekräften zur Technik ändert/ändern könnte¹.

Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der bezahlten Pflegearbeit

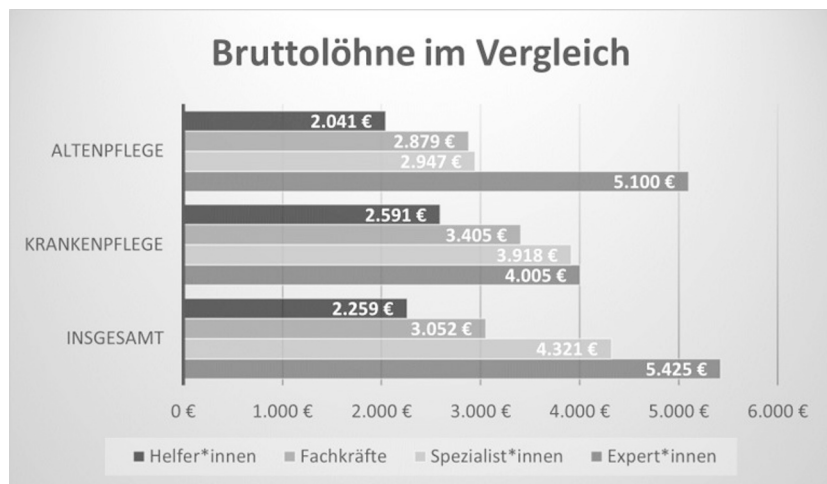
Die Pflegearbeit findet in drei unterschiedlichen Settings statt: Stationär, dies umfasst vor allem die Pflege im Krankenhaus und in Alten-Pflegeheimen; ambulant, hier geht es um ambulante Pflegedienste, die Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung versorgen, und schließlich die häusliche Pflege, in der meist migrantische, sogenannte 24-Stunden-Kräfte die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu Hause unterstützen. Diese Ausdifferenzierung der bezahlten Pflegearbeit setzt sich weiter fort. Der Pflegesektor ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Träger*innen der Pflegeeinrichtungen (staatlich/kommunal, gemeinnützige und private Träger*innen), durch unterschiedliche beziehungsweise fehlende Tarifverträge² sowie – bisher – durch unterschiedliche Ausbildungsgänge. Gleichwohl eint die Beschäftigten in der Pflege, dass ihre Arbeitsbedingungen komplex, kritisch und prekär sind.

-
- 1 Meine Überlegungen basieren u.a. auf dem Forschungsprojekt »Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern«, das ich von 2015 bis 2019 geleitet und zusammen mit Katja Schmidt durchgeführt habe. Neben der Literatur- und Dokumentenanalyse haben wir 32 Interviews mit Pflegekräften aus der stationären, der ambulanten und der häuslichen bezahlten Pflege durchgeführt; einige Interviewpassagen dienen der Erläuterung einzelner Argumente.
 - 2 Die Beschäftigten in der häuslichen Pflege haben oftmals keine berufsspezifische Ausbildung; sie unterliegen auch keinem Beschäftigungstarif und ihre Arbeitsbedingungen sind weitgehend ungeregelt (ILO 2018; Karakayali 2010). Da die Kontextbedingungen so unterschiedlich sind, werde ich mich im Folgenden auf die Alten- und Krankenpflege konzentrieren. Für die spezifischen Aspekte der migrantischen Pflegearbeit vergleiche hierzu Emunds et al. 2019, Lutz/Palenga-Möllnbeck 2010 sowie Theobald 2017. Es gibt aber auch im ambulanten und stationären Bereich viele Einrichtungen ohne Tarifbindung.

2018 arbeiteten 1,7 Millionen Personen in der Pflege. 1,1 Millionen von ihnen waren in der Krankenpflege und 0,6 Millionen in der Altenpflege tätig; 80 Prozent (Krankenpflege) beziehungsweise 84 Prozent (Altenpflege) der Pflegekräfte sind weiblich (BA 2020: 6). Fast 60 Prozent der in der Pflege Beschäftigten arbeiten als Teilzeitkraft oder in einer geringfügigen Beschäftigung, wobei auch hier der Geschlechterunterschied deutlich ist: 62 Prozent der Frauen und 37 Prozent der Männer arbeiten Teilzeit (ebd.). In der Altenpflege arbeitete 2019 fast die Hälfte der dort Beschäftigten als Altenpflegehelfer*in (48 %), in der Krankenpflege beträgt der Helfer*innenanteil immerhin auch 16 Prozent (ebd.: 6-7).

Wie in Abbildung 1 sichtbar wird, herrscht zwischen Kranken- und Altenpflege ein deutliches Einkommensgefälle vor. Die Krankenpflege wird deutlich besser bezahlt, mit Ausnahme der Expert*innen (von denen es aber nicht sehr viele gibt). Wenn man darüber hinaus bedenkt, dass der Helfer*innenanteil in der Altenpflege fast 50 Prozent beträgt, dann vergrößern sich dadurch nochmals die Einkommensunterschiede.

Abbildung 1: Bruttolöhne der bezahlten Pflegearbeit im Vergleich. Deutschland, Dezember 2018, Veränderung zum Vorjahr. Medianentgelte sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA 2020: 7)

Im Vergleich mit den Durchschnittseinkommen in Deutschland zeigt sich, dass die Einkommen unter dem Durchschnitt liegen, mit Ausnahme der Krankenpflegefachkräfte. Auch hier gilt es aber zu bedenken, dass der überwiegende Anteil der Pflegekräfte in Teilzeit tätig ist, sodass diese nicht das Durchschnitts-

einkommen erreichen. Obwohl die Gehälter in der Pflege in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark gestiegen sind, reichen sie noch immer nicht an das Brutto-Mediantgehalt bei sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigten heran³. Dabei sind die Anforderungen und Bedingungen der Arbeit beschwerlich:

»Also wir sind praktisch eine gewisse Anzahl Pflegekräfte in einer Schicht und haben halt so und so viel Patienten, die teilen wir dann auf. Aber es ist so, in den letzten Jahren sind wir meistens ein bis zwei Leute weniger pro Schicht, vor allem nachts und wenn einer krank wird, wird jetzt auch nicht gesucht, ob man den ersetzen könnte, sondern es bleibt dann einfach so. Und wir haben aber auch insgesamt viel mehr Patienten als vorher. [...] manchmal im Spätdienst kommen sieben neue Patienten, dann bleiben welche für ein paar Stunden und gehen dann wieder und dann kommen schon die nächsten und da weiß einfach der Arzt überhaupt nicht [...] was man da überhaupt alles machen muss, um das neu vorzubereiten und da bleibt dann praktisch der Patient, der da ist, oft auf der Strecke, weil man mit so organisatorischen Sachen beschäftigt ist. Und Schreibkram ist auch viel mehr geworden.« (PKSw3)⁴

Die permanente Schichtarbeit, die zunehmende Arbeitsverdichtung, die bürokratischen Anforderungen an die Dokumentation der Tätigkeiten, die körperlichen Anstrengungen und die große emotionale Belastung in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Alter und Tod führen zu einer extrem starken physischen und psychischen Gesundheitsbelastung, die zu hohen Fehlzeiten aufgrund von Krankmeldungen und in der Konsequenz zu einem überdurchschnittlich häufigen Ausstieg aus dem Beruf führen (Bogai 2017; Hackmann/Müller 2012). Bei all denjenigen, die im Beruf bleiben, leidet die Qualität der Pflege unter den prekären Arbeitsbedingungen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018): 46 Prozent der in der DGB-Studie »Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege« Befragten gaben an, dass sie sehr häufig oder oft Abstriche bei der Qualität der Arbeit machen müssen, um ihr Arbeitspensum zu schaffen (ebd.: 16). Auf einer 100-Punkte-Skala erreicht die durchschnittliche Arbeitsqualität aus Sicht der Beschäftigten lediglich 53 Punkte und liegt damit nur knapp über dem Wert für schlechte Arbeitsbedingungen; bei den Beschäftigten aller Berufe liegt der Durchschnittswert im (fast oberen) Mittelfeld bei 62 Punkten (ebd.: 19–21).

3 Seibert/Carstensen/Wiethölter (2018: 3) weisen zusätzlich auf die teilweise erheblichen regionalen Unterschiede im Entgelt hin: So verdiente 2016 eine Fachkraft für Altenpflege in Sachsen-Anhalt 1.985 Euro und in Baden-Württemberg 2.937 Euro.

4 PKSw3 – Das Kürzel verweist auf die Interviews, die wir durchgeführt haben. PK steht für Pflegekraft, S für den stationären Bereich und A für den ambulanten. Exp steht für Expert*in, m=männlich und w=weiblich. GD steht für Gruppendiskussion. Die Zitate wurden um der Lesbarkeit willen teilweise sprachlich geglättet.

Die schon seit langer Zeit geforderte Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften würde also nicht nur eine Verbesserung der Existenzsicherung der Beschäftigten darstellen und könnte einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung leisten, sondern ist auch unmittelbar mit der Qualität der Pflege und der Sicherung des Gemeinwohls verknüpft (Schnerring/Verlan 2020; Winker 2015). Die Gründe für die nur langsamen Veränderungen sind unmittelbar in den Vergeschlechtlichungsprozessen von Care-Arbeit und der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu finden.

Vergeschlechtlichung und Ökonomisierung der Pflege

Die inkrementellen Reformen im Gesundheits- und Pflegesystem standen ab Mitte der 1970er Jahre unter dem dringlichsten Ziel der Kostendämpfung (Gerlinger/Reiter 2017). Wichtige Strategien, die dabei umgesetzt wurden, waren die Wettbewerbsorientierung, Vermarktlichung und Privatisierung bei gleichzeitiger hierarchischer staatlicher Re-Regulierung. Daneben sind aus Sicht der Pflege vor allem die Einführung der Pflegeversicherung 1995 als ›Teilkaskoversicherung‹ und der Fallpauschalen 2003 als Vergütungsansatz in Krankenhäusern wesentliche Neuerungen gewesen. In der Folge der Einführung des Fallpauschalensystems (DRGs – Diagnosis Related Groups) sind die Stellen im Pflegedienst deutlich zurückgegangen, während die Anzahl der ärztlichen Stellen gestiegen ist (Braun 2014). Mit der Pflegeversicherung ist (die Absicherung der) Pflege zumindest ansatzweise als kollektive Aufgabe der Gesellschaft implementiert und wohlfahrtsstaatlich abgesichert worden (Auth 2017 & 2019). Dies hat einerseits zu einem Professionalisierungsschub der Pflege geführt und andererseits durch die Ökonomisierungsziele die Arbeitsbedingungen verschlechtert (ebd.). Um trotzdem die Pflege der alten und kranken Menschen weiterhin zu gewährleisten, wurden die Kollektivierungsprozesse durch Re-Familialisierungs- und Vergeschlechtlichungsprozesse begleitet. Insbesondere in der stark wettbewerbsorientierten Altenpflege gilt weiterhin das Motto ›ambulant vor stationär‹, was impliziert, dass die familiäre Pflege überwiegend von Frauen durchgeführt wird, die von ambulanten, wiederum vorwiegend weiblichen, Pflegekräften unterstützt werden. Wenngleich immer wieder betont wird, dass ein Verbleib in der eigenen Wohnung auch dem Willen der Pflegebedürftigen entspräche, führt dies in der Konsequenz dazu, dass es zu wenige Pflegeeinrichtungen für alte Menschen gibt, in denen zudem aufgrund des Fachkräftemangels oftmals prekäre Zustände für Bewohner*innen und Pfleger*innen herrschen. Dies entspricht dem konservativen Wohlfahrtsstaatenmodell, das immer wieder auf die Fürsorgearbeit von Frauen zurückgreift und dies mit Geschlechterbildern und einem Familienmodell legitimiert, in denen Frauen die Verantwortung für Care zugesprochen wird, auch wenn Frauen mitt-

lerweile in einem hohen Maße erwerbstätig sind. Diese Geschlechterbilder finden sich auch im Bild der Pflege wieder:

»Also zum einen ist ja die Pflege eigentlich so ein Frauenberuf, [...] also früher waren das halt so Krankenschwestern, deswegen, das ist ja noch so drinnen. Und ich denke, viele machen das halt gerne, helfen und ein bisschen kümmern, (lacht) sage ich jetzt mal.« (PKSw5)

Die Naturalisierung von Fürsorge (»Frauen machen das halt gerne«) kann in der Historie der Entstehung des Pflegeberufs nachvollzogen werden (Meussling-Sentpali 2019) und wurde verknüpft mit der christlichen Idee des »Dienens« und der ökonomischen Notwendigkeit, dass im 19. Jahrhundert Berufsfelder für unverheiratete Frauen gesucht wurden, um die Herkunftsfamilie von ihrer Versorgung zu entlasten. Die Organisation der Pflege in Diakonissengemeinschaften war an die bürgerlich-patriarchale Familie angelehnt und verband die »väterlich-strenge und bestimmende Rolle des Vorstehers« (Nolte 2020: 122) mit den dienenden Tätigkeiten der Frauen (Schmidt 1998) – damit wurden die Geschlechterrollen reproduziert und versucht, die Ehrbarkeit der arbeitenden Frauen zu sichern. Auch der bürgerliche Flügel der ersten Frauenbewegung betonte die »geistige Mütterlichkeit« von Frauen als natürliche Kompetenz von Frauen:

»Hat in bezug auf den mütterlichen Beruf das Wort Menschheit schon eine Bedeutung für das Weib gewonnen? so, daß die geistige Mütterlichkeit mit ihrer pflegenden Kraft, ihrer wärmenden Liebe sich nicht allein an die eigene Kinderstube, nicht allein an die physische Mütterlichkeit bindet: sondern daß überall, wo Hilfsbedürftige sind an Leib und Seele, die Frau auch außerhalb des Hauses zum mütterlichen Wirken berufen ist, wenn keine eigenen Familienbände sie fesseln oder ihre Zeit genügend ausfüllen können« (Schrader-Breyman o.J., zitiert nach: Jacobi 1990: 211).

Diese Vergeschlechtlichung hält bis heute an, auch wenn sie erweitert worden ist, zum Beispiel durch den Verweis darauf, dass sich Sorge-Berufe oftmals besser vereinbaren lassen mit der familiären Fürsorge – was sich unter anderem in der hohen Teilzeitquote in der Pflege ausdrückt. Im Zuge der Industrialisierung und der Durchsetzung der kapitalistischen Produktionsweise ist aber nicht nur ein vergeschlechtlichter Arbeitsmarkt, sondern auch ein hierarchisierter entstanden: Produzierende Berufe, deren Produkte vermarktet werden können, haben eine größere Bedeutung und gesellschaftliche Anerkennung als sogenannte reproduktive Tätigkeiten, bei denen kein verkaufbares Produkt entsteht. Die Folgen der Hierarchisierung zeigen sich beispielsweise in den deutlichen Gehaltsunterschieden zwischen industrieller und Care-Arbeit (vgl. Scheele 2019) beziehungsweise, wie Nancy Fraser (2017: 108) es formuliert: Kapitalistische Gesellschaften »vergüten die

›reproduktiven‹ Tätigkeiten in der Wahrung der ›Liebe‹ und ›Tugend‹, die ›produktive Arbeit‹ hingegen mit Geld«:

»Also die Frauen, die sind es gewohnt, dass sie alles machen. Möglichst für nichts« (PKAw1).

Die Vergeschlechtlichung grenzt nicht nur Lebenswege für Frauen (und Männer) ein, sondern beschränkt die Möglichkeiten der eigenen materiellen Existenzsicherung und reproduziert auch so erneut das modernisierte Ernährer-Zuverdienerinnen-Modell (Brand/Rudolph 2014). Zudem leiten sich aus der Vergeschlechtlichung und der Charakterisierung der Care-Arbeit die Leitbilder ›guter Pflege‹ ab, die direkten Einfluss auf das Verhältnis der Pflege zur Technisierung und Digitalisierung haben.

Care-Arbeit als Konzept und das Leitbild ›guter Pflege‹

Das Konzept von Care(-Arbeit) erweitert und präzisiert die Debatte über individuelle und gesellschaftliche *Für-Sorge* und *Sorge-Arrangements*. Die Frage ›Wer sorgt unter welchen Bedingungen für wen?‹ erscheint dadurch nicht mehr nur als reines ›Frauenthema‹ und konturiert »Selbst- und Fürsorge als elementare Bestandteile der modernen Gesellschaft« (Scheele 2019: 25). Es werden familialiserte und erwerbsförmige Care-Tätigkeiten sichtbar, die Menschen ihr ganzes Leben lang begleiten und die jeder Mensch braucht, und die sowohl bezahlt als auch unbezahlt erbracht werden.

»Care‹ umfasst den gesamten Bereich weiblich konnotierter, personenbezogener Fürsorge und Pflege, d.h. familialer und institutionalisierter Aufgaben der Versorgung, Erziehung und Betreuung und stellt sowohl eine auf asymmetrische Beziehungen beruhende Praxisform als auch eine ethische Haltung dar« (Brückner 2010: 44).

Zudem gelten Emotionen und soziale Beziehungen als zentrale Bestandteile von Care-Arbeit, was mit den Begriffen der ›Emotions- und Gefühlsarbeit‹⁵ als Teil des beruflichen Handelns erfasst wird (Giesenbauer/Glaser 2006; vgl. Hülksen-Giesler/Daxberger 2018). Bei Care/Pflege geht es nicht nur um Kompetenzen und Techniken, sondern auch um eine bestimmte Haltung und um personale Beziehungen und Interaktionen. Die Bedeutung, die Gefühle in der Pflege haben, gilt

5 ›Gefühlsarbeit‹ bezeichnet die Arbeit an den Gefühlen der Patient*innen und Klient*innen, während es bei der ›Emotionsarbeit‹ um den Umgang mit den eigenen Gefühlen geht. Der Einsatz von Gefühlen als Arbeitsmittel findet sich im Konzept des »subjektivierenden Arbeitshandelns« wieder (Giesenbauer/Glaser 2006: 61).

jedoch oft nicht als Qualitätsmerkmal der Arbeit, sondern als Einschränkung der Professionalität:

»Ja, also prinzipiell möchte ich ja auch, dass die Pflege als Profession gesehen wird. Dass die Pflege als Beruf gesehen wird und eben nicht mehr als Herzensangelegenheit und Berufung. Trotzdem geht es nicht ganz ohne [Gefühle; Erg. CR].« (PKAm8)

Professionalität bedeutet nämlich »die Kernkompetenz pflegerischen Handelns als systematisch plan- und evaluierbarer Problemlösungsprozess im Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich beruflich Pflegenden« (Mohr et al. 2020: 204). Eine so verstandene Professionalität gilt als Voraussetzung für mehr gesellschaftliche Anerkennung und auch höhere Entlohnung, weil damit sichtbar wird, dass die Voraussetzung für solche Kernkompetenzen nicht die weibliche Natur ist, sondern eine qualifizierte, heute auch teilweise akademisierte Ausbildung. Für die Pflegekräfte führen diese Entwicklungen jedoch zu einem Spannungsverhältnis:

»Aber andererseits wird er auch irgendwie ein bisschen herabgewertet, der Beruf, habe ich das Gefühl. Also es ist eher so, dass die Krankenschwester, mei, die kümmert sich halt um die alten Leute und gibt ihnen Essen und wäscht die, aber aus dem medizinischen und fachlichen Bereich ist es schon viel, viel mehr, also ganz anders. Und das finde ich halt ein bisschen schade, dass das so in der Gesellschaft also irgendwie herabgewertet wird dadurch. Also einerseits ist es schon schmeichelnd, klar, wenn man mir Fürsorglichkeit und Freundlichkeit irgendwie zuschreibt durch meinen Beruf, ist es schon sehr schmeichelnd.« (PKSw2)

Auch aus Sicht der Pflegebedürftigen stellen die emotionalen Komponenten eine zentrale Rolle für ihre Bewertung der Pflege dar. Christel Kumbruck (2010: 202) fasst zusammen, dass »Gefühle als Arbeitsmittel dienen und genutzt werden. [...] Bei der Bewertung der Pflege orientierten sich die Patienten vor allem an der Beziehungsqualität, dann an generellen Pflegeaktivitäten und zuletzt an konkreten Pflegehandlungen« (vgl. Hauer 2017). Es existiert somit ein Zirkelschluss: Emotionen werden von Pflegebedürftigen und Pflegekräften als zentraler Bestandteil einer guten Pflege betrachtet, gleichzeitig dient der emotionale Anteil der Pflege als Grund gesellschaftlicher Abwertung und geringer Anerkennung, zumal Gefühle ja nicht gelernt werden müssen, weil Frauen sie von »Natur aus« haben.

»In Deutschland wurden Pflegeberufe traditionell nicht als Berufe wie andere auch betrachtet. Vielmehr war Pflege (besonders seit dem 19. Jahrhundert) mit der Aura einer besonderen Berufung und Lebensform verbunden, für die sich Frauen aus einem besonderen Geist heraus entschieden hatten. In der Bezeichnung »Schwester« finden sich die Vorstellungen eines nicht mit dem

üblichen Berufsleben vergleichbaren ›Liebesdienstes‹ in verdichteter Gestalt« (Senghaas-Knobloch 2008: 226).

Benedix/Medjedovic (2014), die eine qualitative Befragung von Pflegekräften sowie Expert*innengespräche durchgeführt haben, fassen das Berufsverständnis der befragten Pflegekräfte als »ganzheitliche Pflege« zusammen. Dazu gehört, wie oben schon beschrieben, die Planung des gesamten Pflegeprozesses und die Ausführung aller Aspekte der Pflege, aber auch eine professionelle Beziehungsarbeit (ebd.: 33). Im Kontext der Ökonomisierung sind allerdings die Möglichkeiten einer professionellen Beziehungsarbeit erheblich eingeschränkt worden, weil die Tätigkeiten nicht messbar und quantifizierbar und damit auch nicht abrechenbar sind. Ein System effizienzorientierter Konkurrenz (ambulante Pflege) beziehungsweise pauschalisierter Abrechnungen (DRGs in Krankenhäusern) lässt keinen Raum für fürsorgliche Beziehungsarbeit, insofern sehen 85 Prozent einer Bevölkerungsbefragung durch das *Zentrum für Qualität in der Pflege* (ZQP) den größten Verbesserungsbedarf bei der persönlichen Zuwendung und Kommunikation (Staudhammer 2018: 97). Mehr als zwei Drittel der Befragten sehen den Grund für die Mängel in der Pflege beim fehlenden Personal und der daraus resultierenden Überlastung.

In einem Zwischenfazit können nunmehr mehrere Dilemmata (in) der Pflege konstatiert werden:

- Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind gleichermaßen komplex und prekär. Die Anforderungen an Pflegekräfte sind umfassend und erfordern eine gute Ausbildung sowie gleichermaßen berufliche und soziale Kompetenzen. Diese hohen Anforderungen und die daran gemessen schlechte Bezahlung führen zu einem Fachkräftemangel in der Pflege.
- Die Vergeschlechtlichung und die Ökonomisierung prägen das Bild und die Strukturbedingungen der Pflege. Effizienzkriterien führen aus Sicht von Träger*innen und Investor*innen zur Notwendigkeit von Einsparungen in der Pflege, also zur Reduzierung von Personal(-kosten). Mithilfe geschlechtlicher Zuweisungen werden die prekären Arbeitsbedingungen legitimiert: Frauen pflegen von Natur aus gerne und sind außerdem Zuverdienerinnen, weshalb eine angemessene Entlohnung entbehrlich ist.
- Das Spannungsverhältnis von Beruf und Berufung, von Professionalisierung und Ganzheitlichkeit verweist auf die komplexen Herausforderungen und Selbstbilder des Pflegeberufs. Gleichwohl verbleibt die Anerkennung für die Bewältigung der Komplexität auf einer symbolischen Ebene, die Interessen der Pflegekräfte werden im System der konkurrierenden Interessen des Pflege- und Gesundheitssystems weiter marginalisiert.

Im Rahmen zunehmender Technisierung und Digitalisierung scheint auch in diesem gesellschaftlichen Bereich ein vermehrter Technikeinsatz eine Lösungsoption für diese Dilemmata zu sein. Allerdings entspricht Technik nicht unbedingt den bisher dargestellten (Selbst-)Bildern von Pflege.

Technik als Lösung? Pflege und Technik(-einsatz) – Einstellungen und Geschlechterverhältnisse

Die Technologisierung des Gesundheitswesens wird überwiegend als Fortschritt definiert, weil wir uns dadurch eine bessere Diagnose und Therapie erwarten beziehungsweise hoffen, dass Alterungs- und Sterbeprozesse dadurch hinausgezögert werden können. Dies gilt im Bereich der Pflege nicht unbedingt. Obwohl der Technikeinsatz in der Pflege immer wieder als zukunftssträchtiges Thema im Kontext von Pflegebedarf und Fachkräftemangel angesprochen wird (Zöllick et al. 2020: 212), spielt es in den meisten Studien und Publikationen zur (Verbesserung der) Situation der Pflege eine nachgeordnete oder gar keine Rolle. Auch die Frage nach Anerkennung und Umverteilung von Care-Arbeit entscheidet sich bisher nicht nach dem Ausmaß und der Qualität von Technologien und Unterstützungssystemen in der Pflege. Mit diesen Differenzierungen im Hintergrund möchte ich an dieser Stelle zwei Fragen diskutieren, nämlich inwieweit die Akzeptanz der Technik im Kontext der Care-Debatte einzuschätzen ist und ob Technik(-einsatz) zu einer Aufwertung von Pflegearbeit führen könnte.

Technik in der Pflege – Einstellungen und Geschlechterverhältnisse

Der Einsatz von Technik in den Pflegealltag trifft immer wieder auf Zurückhaltung auch aufseiten der Pflegekräfte und weckt unterschiedliche Befürchtungen:

»Das [Robotik; Erg. CR] ist eine Ergänzung für die Pflege auf alle Fälle. Ich würde sie nie abschreiben, die würde ich schon annehmen, würde sie nutzen als Ergänzungsmittel, als Ergänzung, aber niemals als Ersatz für eine Pflegekraft. [...] Das kann ich mir beim besten Willen nicht vorstellen und wünsche ich mir in meinem Alter auch nicht, ganz ehrlich in einen Roboter dann reinzuschauen und der mir dann, der erkennt, dass mein Gesicht heute mal nicht so ist, wie es sein sollte und mir das dann erzählt. Ich glaube, ich möchte mit jemandem richtig sprechen können. Ich möchte mit meinem Enkel reden können [...] oder mit jemandem über meine Familie sprechen können. Das kann der Roboter gar nicht. Kann der also nie ersetzen, diese Wärme eines Menschen [...] die Gestik, die ganzen nonverbalen Kommunikationen, die kriegt nie einmal der Roboter hin.« (Exp m9)

Der hier befragte Pfleger und Personalratsvorsitzende spricht in seiner Aussage eine weit verbreitete Befürchtung im Hinblick auf den Einsatz von Technik in der Pflege aus, nämlich dass die Technik die Pflegekräfte ersetzen können soll. Allerdings rekurriert er in der Begründung seiner skeptischen Haltung nicht auf die fachlichen Kompetenzen, die er einem Roboter voraussetzt, sondern nimmt die Position eines alten pflegebedürftigen Menschen ein, der »mit jemandem richtig sprechen« möchte. Der Altenpfleger verweist auf das oben skizzierte Selbstbild der guten, ganzheitlichen Pflege, das – neben der professionellen Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses – insbesondere aus Fürsorglichkeit, Emotionalität und sozialen Kompetenzen besteht. Die Begründung ist also keine arbeitspolitische, sondern eine care-politische; gleichzeitig werden die Erfahrungen der Ökonomisierung sichtbar. So könnte man ja auch argumentieren, dass die durch Technik eingesparte Zeit den Patient*innen und ihren Bedürfnissen zugutekommt; die Pflegekräfte haben aber in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass zeitliche Einsparungen direkte ökonomische Folgen haben, also zu einem Abbau von Pflegepersonal führen. Insofern befürchten viele Pflegekräfte von Technikeinsätzen und Digitalisierungsprozessen in der Pflege insbesondere im Bereich der emotionalen und sozialen Zuwendung einen Qualitätsverlust (Zöllick et al. 2020: 216). »Aufseiten der befragten Pflegekräfte herrscht hier Skepsis vor: Der Einsatz dieser Technik steht mehr als andere Anwendungen in Konkurrenz zum Berufsbild der Pflege, das Fürsorge und Mitmenschlichkeit ins Zentrum der Arbeit stellt, eine Arbeit, die Maschinen – so die Position – nicht ersetzen können« (Kuhlmeiy et al. 2019: 34):

»Wir sind doch Pflegekräfte geworden, weil wir mit Menschen arbeiten wollen und nicht mit technischen Geräten. Sonst wären wir jetzt Techniker« (Evans/Hielscher/Voss 2018: 7).

Eine deutlich höhere Akzeptanz von Technik seitens der Pflegekräfte liegt dann vor, wenn es um körperliche Unterstützung geht (z.B. Hebebühnen) und teilweise auch im Hinblick auf die Digitalisierung der Dokumentation der Pflegeleistungen (Bräutigam et al. 2017). Um die Akzeptanz beispielsweise von Pflegerobotern beziehungsweise Robotern, die den Alltag älterer Menschen unterstützen sollen, zu erhöhen, greifen die herstellenden Unternehmen deshalb auf die Betonung vermeintlich sozialer – menschlicher – Eigenschaften ihrer Maschinen zurück. So bewirbt das Fraunhofer IPA seinen »Personal Roboter«, den *Care-O-bot*, als elektronischen Butler mit folgenden Eigenschaften: »Er ist freundlich, sympathisch und zugleich unsichtbar, wenn man ihn nicht braucht« (IPA 2015; vgl. Jeanrenaud 2016). Ähnlich in der Darstellung von Janowski et al. (2018), nach der das effiziente Funktionieren von »sozial interagierenden Robotern« dann am besten gelingt, wenn der Roboter die Rolle als »persönlicher Begleiter« oder noch besser »Freund« (ebd.: 65) einnimmt und wenn er »als eigenständige Persönlichkeit mit konsistenten Verhal-

tensweisen wahrgenommen« wird (ebd.: 66). Während die Autor*innen dadurch eine Akzeptanzsteigerung von Pflegerobotern erwarten, verweisen die genannten Studien darauf, dass gerade Fürsorglichkeit den Kern der Pflege ausmacht, der nicht durch Technik ersetzbar ist.

Die sozialen Fähigkeiten stellen den Grundstock der Vergeschlechtlichung der Care-Arbeit dar und reproduzieren das Bild einer nur halbprofessionalisierten, weiblich konnotierten Pflege. Dazu passt, dass die Pflegebereiche, die heute schon technisch stark dominiert sind, wie die Intensivpflege, einen verhältnismäßig höheren Anteil an männlichen Pflegekräften zu verzeichnen haben:

»Genau, auch weil [im Krankenhaus; Erg. CR] viel mehr Maschinen noch mit im Spiel sind, die Beatmung und Infusion, und ich glaube deswegen arbeiten auch mehr Männer im Krankenhaus als in der Altenpflege, weil es da eben noch eine technische Perspektive gibt. Besonders in der Intensivmedizin arbeiten ja viel mehr Männer als Frauen, da ist es dann oft umgedreht.« (PKAw4)

Der Bereich der Intensivpflege ist einer der besser bezahlten in der stationären Krankenpflege, gleichzeitig genießt er ein vergleichsweise hohes Ansehen innerhalb des Pflegesystems. Damit reproduziert sich entlang des Technikeinsatzes und der Technikanwendung das geschlechtshierarchische System der Arbeitsteilung. In Befragungen werden »tendenziell positive [...] Auswirkungen der Digitalisierung [...] teilweise von Männern stärker gesehen als von Frauen und von Beschäftigten auf Intensivstationen häufiger genannt als von denen auf Normalstationen« (Bräutigam et al. 2017: 52).

»Viele [Männer; Erg. CR] sind zum Beispiel im OP, OP-Pfleger oder so, oder in irgendwelchen Funktionen, eben auf Intensivstationen auch. Also ich glaube, dass die Männer sich eher spezialisieren und diese allgemeine Pflege nicht so wollen. [...] Die sind bei uns auch alle technikvernarrt und – also auch, wenn die noch ganz jung sind, sind die da immer gleich Feuer und Flamme: Also die sind immer total heiß drauf, diese ganz besonders technisch ausgerüsteten Patienten zu übernehmen.« (PKSw3)

Auch im Verhältnis der Pflege zur Technik spiegeln sich Geschlechterverhältnisse und Geschlechterbilder wider. In technikintensiven Arbeitsbereichen sind schon jetzt die männlichen Pflegekräfte überrepräsentiert, und diese Geschlechterverteilung entspricht auch den Erwartungen der Pflegekräfte insgesamt. Hierarchisierungen betreffen also nicht nur die Berufsgruppen (produzierendes Gewerbe vs. soziale Dienstleistungen), sondern werden auch innerhalb einer Berufsgruppe über Techniknähe und Technikdistanz hergestellt. Im Grunde ist es ausgesprochen widersprüchlich: Obwohl die Pflegekräfte (und nicht nur diese) das Besondere der Pflege in der fürsorglichen Praxis sehen (Senghaas-Knobloch 2008), erhalten

techniknahe Fachkräfte nicht nur höhere Anerkennung, sondern auch mehr Geld. Fürsorglichkeit als persönliche und unbezahlbare Eigenschaft verbleibt als vergeschlechtlichter Teil des Pflegeberufs.

Aufwertung von Pflegearbeit durch Technik?

Im Rahmen der bisherigen Pflegearbeit führen Technikanwendung und Technikaffinität zumindest teilweise zu mehr Anerkennung und mehr Umverteilung im Sinne gesellschaftlicher Aufwertung, der Übernahme von Care-Arbeit durch mehr Menschen und einem größeren Ausgleich zwischen den Geschlechtern (Fraser 1996). Schreibt man diesen Befund fort, so könnte durch eine zunehmende Technisierung der Fachkräftemangel behoben werden, weil der Pflegeberuf insgesamt und besonders für Männer attraktiver würde. Heilmann (2020) hat ebendiese Frage untersucht, nämlich inwieweit durch Digitalisierung eine Aufwertung der Krankenpflege erreicht werden kann. Digitalisierung ist dabei sehr weit gefasst und beinhaltet Robotik, vernetzte Monitoring- und Logistiktechnologien, digitale Informations- und Verwaltungssysteme sowie Endgeräte zur Nutzung digitaler Technologien (ebd.: 4-5). In der qualitativen Studie, in der Expert*innen der Pflegepraxis und der Pflegeforschung befragt wurden, zeigte sich zunächst, dass in der Umsetzung der Technisierung und der Anwendung von Technik in der Pflege vor allem die elektronische Patient*innenakte, unterschiedliche Endgeräte zur Nutzung digitaler Technik und das Telemonitoring zum Einsatz kommen. Obwohl diese Anwendungen durchaus mit neuen Anforderungen an die Ausbildung und die ausgeübten Tätigkeiten verbunden sind, findet – so Heilmann – keine Aufwertung der Krankenpflege statt. Als Gründe führt er auch die hier schon genannten Rahmenbedingungen der Pflege an: Aufgrund der Krankenhaus- und Pflegefinanzierung im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme sind *politische* Entscheidungen für die Erhöhung der Ausgaben im Gesundheitssystem notwendig. Zudem würden die bisherigen Digitalisierungs- und Technikmaßnahmen im Krankenhaus lediglich als unterstützend und helfend wahrgenommen und fügten sich in die allgemeine Wahrnehmung der Pflegetätigkeit als lediglich halbprofessionelle Arbeit ein. Letztendlich erwarten sich die von Heilmann befragten Expert*innen durch die Digitalisierung auch keine Verbesserung der durch Personalmangel hervorgerufenen Arbeitsbedingungen, weil »sich die für die Krankenpflege zentrale Interaktionsarbeit zwischen Pflegenden und Patient*innen nicht durch den Einsatz digitaler Technologien substituieren lässt« (ebd.: 17). Im Kern ist es also immer wieder die soziale Interaktion, um die sich die Bewertung von Pflege dreht, und gerade die erscheint sowohl in der gesellschaftlichen

Betrachtung wie auch in tarifpolitischen Bewertungsprozessen als nachrangig beziehungsweise als selbstverständlicher Bestandteil ›weiblicher Arbeit‹.

Verstärkt wird dieser Befund durch die Befürchtung, dass Technik nicht nur nicht zu einer Aufwertung, sondern vielmehr zu einer De-Professionalisierung der Pflege und damit zu einer Abwertung führt (Becka/Bräutigam/Evans 2020: 4). Hielscher (2014: 11) verweist

»auf die widersprüchlichen Entwicklungen, denen zu Folge die Pflege einerseits durch eine Zunahme der Zahl von Beschäftigten mit Hilfs- und Assistenzfunktion, die vor allem die direkte Pflege am Bett vornehmen, andererseits durch Spezialisierung für bestimmte technische Funktionen gekennzeichnet ist. Diese ›co-existence of conditions of ›upskilling‹ and ›deskilling‹ in nursing‹ [Windsor 2007; Erg. CR] sei mit Blick auf die dominierenden Paradigmen von Wettbewerb und Produktivität politisch zu hinterfragen.«

In der Altenpflege noch mehr als in der Krankenpflege arbeitet ein relevanter Anteil von Hilfskräften (s.o.) und die Befürchtung besteht, dass durch mehr Technik die Pflegefachkräfte durch noch mehr Helfer*innen ersetzt werden, die nur die Maschinen anschalten müssen. Eine solche Entwicklung zeichnet sich schon durch die Einführung des Pflegebudgets und die Debatten zur Personalbemessung ab, mit der Folge, dass zum einen im Krankenhaussektor Pflegefachkräfte die Arbeit von Hilfskräften zusätzlich übernehmen sollen und zum anderen, dass insbesondere in der Langzeitpflege die Fachkraftquote ersetzt wird durch die überproportionale Einstellung von Pflegehilfskräften (Sell 2020a & 2020b).

Insgesamt, das zeigen verschiedene Studien (vgl. Becka/Bräutigam/Evans 2020; Hielscher 2014) und auch unsere Befragungen, müssen die Einstellungen der in der Pflege Beschäftigten differenziert nach Technik-Typen und -Funktionen betrachtet werden. Hilfe und Unterstützung bei beschwerlichen und Routineaufgaben gelten durchaus als positiv beziehungsweise eröffnen die Option, mehr Zeit für ›das Wesentliche‹, also die Pflegearbeit an und mit den Patient*innen, zu haben (Evans/Hielscher/Voss 2018: 3).

»Davon heben sich Technologien ab, die den Pflegebedürftigen emotionale Nähe und soziale Unterstützung bieten sollen. Aufseiten der befragten Pflegekräfte herrscht hier Skepsis vor: Der Einsatz dieser Technik steht mehr als andere Anwendungen in Konkurrenz zum Berufsbild der Pflege, das Fürsorge und Mitmenschlichkeit ins Zentrum der Arbeit stellt, eine Arbeit, die Maschinen – so die Position – nicht ersetzen können.« (Kuhlmey et al. 2019: 34; vgl. Hielscher 2014: 14, 33)

Technik als Lösung? Eigentlich ist die Frage falsch gestellt, weil die Probleme (in) der Pflege nicht technischer Natur sind, sondern eine Frage der Anerkennung und Bewertung, der Arbeitsbedingungen und der Zukunftsperspektiven. In den letz-

ten Jahren haben Pflegekräfte oft die Erfahrung gemacht, dass nicht sie, sondern Arbeitgeber*innen und politische Akteur*innen Entscheidungen getroffen haben, die diese Fragen nicht zufriedenstellend beantwortet haben. Wenn Technik diese Probleme nun lösen soll, dann herrscht aufgrund der bisherigen Erfahrungen eher Skepsis vor. Evans/Hielscher/Voss (2018) weisen infolgedessen darauf hin, dass die Voraussetzung zur Integration von Digitalisierung und Technik in die Pflegearbeit die Partizipation der Pflegekräfte bei den Debatten und bei der Einführung ist – und insgesamt eine Stärkung der Mitbestimmung und Interessenvertretung von Pflegekräften erfolgen muss (vgl. Rudolph/Schmidt 2019a).

Fazit: Ambivalenzen der Fürsorglichkeit

Die strukturellen Rahmenbedingungen von Pflege, und hier vor allem die Vergeschlechtlichung und die wohlfahrtsstaatliche Ökonomisierung, führen zu prekären Arbeitsbedingungen einer anspruchsvollen und komplexen beruflichen Arbeit. Entsprechend befinden sich die Stellschrauben zur Veränderung insbesondere auf der politischen Ebene, weil dort die Verantwortlichkeiten für die Finanzierung des Gesundheitssystems und für die Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegen (Rudolph/Schmidt 2019b). Zudem sind Länder und Kommunen als Träger*innen von Krankenhäusern auch Tarifpartner*innen bei der arbeitspolitischen Aushandlung von Tarifverträgen und Arbeitsbedingungen. Dabei geht es nicht nur um eine bessere Entlohnung, sondern vor allem auch um die Personalausstattung, die Arbeitszeiten und Personaluntergrenzen als Maßstab für die Betreuungsrelation zwischen qualifizierten Pflegekräften und Patient*innen. Die Implementation diesbezüglicher Verbesserungen wäre auch ein gesellschaftliches Signal für eine andere Wahrnehmung und Aufwertung bezahlter Care-Arbeit und könnte die Attraktivität der Pflegeberufe erhöhen. Denn obwohl die intrinsische Motivation der Pflegekräfte für die Ausübung ihres Berufs oft sehr hoch ist (»Ich würde immer wieder, wenn ich einen neuen Beruf erlernen müsste, die Pflege nehmen. Also die Pflege muss man lieben«; PKAw2), wirken die Bedingungen der Arbeit demotivierend.

Schien es zu Beginn der Corona-Krise noch so, als ob sich die gesellschaftliche und politische Wahrnehmung verändern würde, hat sich die Frustration unter den Pflegekräften augenscheinlich erhöht (vgl. DBfK 2020). Der angekündigte »Pflegebonus« wird nicht an die Pflegekräfte in den Krankenhäusern gezahlt, sondern nur an die Pfleger*innen in der Altenpflege, und auch hier je nach Bundesland nicht in der angekündigten Höhe von 1.500 Euro. In den bisherigen Corona-Konjunkturpaketen (Stand August 2020) kommt die Pflege nicht vor. Und insgesamt ist in der Corona-Krise ein Rückgriff auf tradierte Muster der Kleinfamilie sichtbar geworden (vgl. Baum 2020), der nicht nur bezahlt und unbezahlt Pflegenden an den Rand der Belastung gebracht hat, sondern der insgesamt keine zukunfts-

orientierte Antwort auf Care-Bedarfe formulieren konnte. Insbesondere auch die Betreuung älterer Menschen, die sonst in Tageszentren oder ähnliche Einrichtungen gehen und die dann geschlossen waren, hat die Betroffenen und ihre Angehörigen vor teilweise traumatische Herausforderungen gestellt.

Die Corona-Krise und das zeitweise umgesetzte Kontaktverbot zwischen alten und kranken Menschen und ihren Angehörigen hat noch einmal deutlich gemacht, wie fundamental soziale Interaktionen und soziale Beziehungen im Pflegekontext sind. Nicht die Chancen, die Technik in der Pflege für einen besseren Infektionsschutz bieten könnte, wurden diskutiert, sondern die Notwendigkeit (und der Mangel) ausreichender Schutzmaterialien, damit eine qualifizierte und professionelle Pflege mit der dazugehörenden Fürsorge aufrechterhalten werden kann (AEM 2020; Weber 2020). Insofern hat auch die Corona-Krise nicht dazu beigetragen, der Technisierung und Digitalisierung in der Pflege einen neuen Schub zu geben, sondern das Paradigma der Fürsorge ins Zentrum der Debatten gestellt; und zumindest anfangs auch die prekären Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, auch wenn dies schnell wieder in Vergessenheit geriet.

Die Ambivalenzen (in) der Pflege sind vielfältig. Man mag die Vergeschlechtlichung und Emotionalisierung der Pflege beklagen, doch gleichzeitig sind Fürsorglichkeit und Empathie die zentralen Anforderungen, die Pflege aus der Sicht der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte zur ›guten Pflege‹ machen. Man mag auch die geringe Bereitschaft zur Interessenvertretung seitens der Pflegekräfte irritierend finden; gleichwohl beruht das momentane *Funktionieren* des Pflegesystems darauf, dass Pflegekräfte bereit sind, sich auf die schwierigen Arbeitsbedingungen einzulassen. Und man mag die Skepsis gegenüber dem Technikeinsatz vieler Pflegenden rückwärtsgewandt finden, doch gleichzeitig zeigen die Analysen und Studien, dass sich Pflegekräfte eine Aufwertung der Pflege und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wünschen, und dass ein erhöhter Technikeinsatz dabei eine unterstützende Funktion einnehmen könnte, wenn er nicht für Rationalisierungsprozesse genutzt wird. Zudem scheint es entscheidend zu sein, Technikentwicklung und -einsatz partizipativ mit den Pflegekräften zu gestalten und dabei einerseits ihre Selbstbilder zu berücksichtigen und andererseits einen attraktiven Zusammenhang von Technik und Professionalisierung herzustellen, ohne die Bedeutung von Fürsorglichkeit infrage zu stellen. Um dies zu erreichen, bleibt es weiterhin notwendig, die Vergeschlechtlichungsmuster in Pflege- und Gesundheitsberufen offen zu legen und als Analysekategorie für Arbeitsbedingungen und gesellschaftliche wie politische Gestaltungsprozesse heranzuziehen.

Die größte Ambivalenz liegt aber darin, dass wir alle im Laufe unseres Lebens sowohl *Care-Taker* als auch *Care-Receiver* sind, von der Wiege bis zur Bahre, um genau zu sein, und dass wir trotzdem dieses essenzielle gesellschaftliche Verhältnis so gering schätzen. 2020 als »Internationales Jahr der Pflegenden und Hebammen« – insgesamt war dies eher kein gutes Jahr für diese Berufsgruppen.

Literatur

- AEM (Akademie für Ethik in der Medizin) (2020): Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin. Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 (https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf; Zugriff 18.8.2020).
- Auth, Diana (2017): Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Auth, Diana (2019): Der Wandel der Arbeitsbedingungen in der Pflege im Kontext von Ökonomisierungsprozessen, in: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): Interessenvertretung und Care, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 54-71.
- BA (Bundesagentur für Arbeit – Statistik) (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg: BA.
- Baum, Antonia (2020): Hannelore radikalisiert sich (<https://www.zeit.de/kultur/2020-04/kinderbetreuung-berufstaetige-frauen-rollenverteilung-familie-corona-krise-10nach8>; Zugriff 14.8.2020).
- Becka, Denise/Bräutigam, Christoph/Evans, Michaela (2020): »Digitale Kompetenz« in der Pflege. Ergebnisse eines internationalen Literaturreviews und Herausforderungen beruflicher Bildung, Forschung Aktuell 8/2020, Gelsenkirchen/Bocholt/Recklinghausen: IAT.
- Benedix, Ulf/Medjedovic, Irena (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 6/2014, Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Bogai, Dieter (2017): Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat, Berlin/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Brand, Ortrun/Rudolph, Clarissa (2014): Auf zu neuen Ufern? Geschlechterleitbilder im Wandel, in: WSI-Mitteilungen 2/2014, S. 89-96.
- Braun, Bernard (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen, Wiesbaden: Springer VS, S. 91-113.
- Bräutigam, Christoph/Enste, Peter/Evans, Michaela/Hilbert, Josef/Merkel, Sebastian/Öz, Fikret (2017): Digitalisierung im Krankenhaus. Mehr Technik – bessere Arbeit?, Hans-Böckler-Stiftung Study Nr. 364, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Brückner, Margrit (2010): Entwicklungen der Care Debatte – Wurzeln und Begrifflichkeiten, in: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration, Opladen: Budrich, S. 43-58.

- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2020): Stimme erheben! Für die #PflegeNachCorona (<https://pflegenachcorona.de/>; Zugriff 27.11.2020).
- Emunds, Bernhard/Hagedorn, Jonas/Leiber, Simone/Rossow, Verena (2019): Hintergrundpapier zum Fachworkshop: Gestaltungsoptionen der sogenannten »24-Stunden-Pflege« (https://www.schader-stiftung.de/fileadmin/content/Hintergrundpapier_Die_sogenannte_24-Stunden-Pflege.pdf; Zugriff 20.8.2020).
- Evans, Michaela/Hielscher, Volker/Voss, Dorothea (2018): Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt, Hans-Böckler-Stiftung Policy Brief 004/2018, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Fraser, Nancy (1996): Die Gleichheit der Geschlechter und das Wohlfahrtssystem: Ein postindustrielles Gedankenexperiment, in: Nagl-Docekal, Herta/Pauer-Studer, Herlinde (Hg.): Politische Theorie. Differenz und Lebensqualität, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 469-498.
- Fraser, Nancy (2017): Who cares? Die Ausbeutung der Sorgearbeit und ihre Krise, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 4/2017, S. 105-114.
- Gerlinger, Thomas/Reiter, Renate (2017): Pflegepolitik, in: Reiter, Renate (Hg.): Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive, Wiesbaden: Springer VS, S. 275-296.
- Giesenbauer, Björn/Glaser, Jürgen (2006): Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle, in: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung, Wiesbaden: Springer VS, S. 59-83.
- Hackmann, Tobias/Müller, Daniela (2012): Berufsausstieg in der Pflege – Herausforderungen an die betriebliche Praxis, in: Sozialer Fortschritt, 9/2012, S. 227-236.
- Hauer, Katharina (2017): Brauche ich das überhaupt?! – Qualität assistiver Technologien aus Sicht von älteren Personen in häuslicher Pflege, in: Pfannstiel, Mario A./Krammer, Sandra/Swoboda, Walter (Hg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III. Impulse für die Pflegepraxis, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 307-325.
- Heilmann, Tom (2020): Aufwertung der Krankenpflege. Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten? IAQ-Report 2/2020, Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikation.
- Hielscher, Volker (unter Mitarbeit von Niklas Richter) (2014): Technischeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche, iso-Report Nr. 1, Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V.
- Hülken-Giesler, Manfred/Daxberger, Sabine (2018): Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Sicht, in: Bendel, Oliver (Hg.): Pflegeroboter, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 125-139.

- ILO (International Labour Organisation) (2018): Care work and care jobs for the future of decent work, Genf: International Labour Office.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege, Berlin: DGB.
- IPA (Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung) (2015): Roboter als vielseitiger Gentleman. Pressemitteilung (https://www.care-o-bot.de/content/dam/careobot/de/documents/Pressemitteilungen/2015_01_13_Care-O-bot_4_final.pdf; Zugriff 13.8.2020).
- Jacobi, Juliane (1990): »Geistige Mütterlichkeit«: Bildungstheorie oder strategischer Kampfbegriff gegen Männerdominanz im Mädchenschulwesen?, in: Die Deutsche Schule DDS, Beiheft/1990, S. 209-224.
- Janowski, Kathrin/Ritschel, Hannes/Lugrin, Birgit/André, Elisabeth (2018): Sozial interagierende Roboter in der Pflege, in: Bendel, Oliver (Hg.): Pflegeroboter, Wiesbaden: Springer Gabler S. 63-86.
- Jeanrenaud, Yves (2016): All this talk of getting old – Ein Kommentar zu Technik und Care (<http://blog.sociologie.de/2016/02/all-this-talk-of-getting-old-ein-kommentar-zu-technik-und-care/>; Zugriff 13.8.2020).
- Karakayali, Juliane (2010): Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa, Wiesbaden: Springer VS.
- Koebe, Josefine/Samtleben, Claire/Schrenker, Annekatrin/Zucco, Aline (2020): Systemrelevant, aber dennoch kaum anerkannt: Entlohnung unverzichtbarer Berufe in der Corona-Krise unterdurchschnittlich, DIW aktuell 48/2020, Berlin: DIW.
- Kuhlmei, Adelheid/Blüher, Stefan/Nordheim, Johanna/Zöllick, Jan (2019): Ressource oder Risiko: Wie professionell Pflegende den Einsatz digitaler Technik in der Pflege sehen, in: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): ZQP-Report – Pflege und digitale Technik, Berlin: ZQP, S. 31-35.
- Kumbruck, Christel (2010): Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit, in: Becke, Guido/Bleses, Peter/Ritter, Wolfgang/Schmidt, Sandra (Hg.): »Decent Work«. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt, Wiesbaden: Springer VS, S. 187-207.
- Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2010): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa, in: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration, Opladen: Budrich, S. 143-162.
- Meussling-Sentpali, Annette (2019): Professionalisierung und Geschlechterverhältnisse in der Pflege, in: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): Interessenvertretung und Care, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 37-53.
- Mohr, Jutta/Fischer, Gabriele/Lämmel, Nora/Höß, Tanja/Reiber, Karin (2020): Pflege im Spannungsfeld von Professionalisierung und Ökonomisierung. Oder: Kann der Pflegeberuf wirklich attraktiver werden?, in: Bundeszentrale für po-

- litische Bildung (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 203-213.
- Nolte, Karen (2020): Sorge für Leib und Seele. Krankenpflege im 19. und 20. Jahrhundert, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 120-132.
- Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.) (2019a): Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (2019b): Politikfeld Pflege – kollektives Handeln und Interessenvertretung von Pflegekräften, in: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): Interessenvertretung und Care, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 72-92.
- Scheele, Alexandra (2019): Abwertung von Care-Arbeit durch Vergeschlechtlichung, in: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): Interessenvertretung und Care, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 24-36.
- Schmidt, Jutta (1998): Beruf: Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert, Frankfurt/New York: Campus.
- Schmidt, Katja (2019): Kollektive Auseinandersetzungen um Pflege. Formen und Praxen pflege- und carepolitischer Interessenartikulation, in: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): Interessenvertretung und Care, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 250-265.
- Schnerring, Alm/Verlan, Sascha (2020): Equal Care. Über Fürsorge und Gesellschaft, Bonn: bpb.
- Seibert, Holger/Carstensen, Jeanette/Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen (<https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/?pdf=6353>; Zugriff 10.1.2020).
- Sell, Stefan (2020a): Der Irrsinn mit den Kräften in der Pflege. Oder: Folge dem Geld, dann wird aus dem offensichtlichen Irrsinn ein betriebswirtschaftlich durchaus rationales Vorgehen (<https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/03/10/de-r-durchaus-rationale-irrsinn-in-der-pflege/>; Zugriff 17.8.2020).
- Sell, Stefan (2020b): Die Zukunft der stationären Altenpflege zwischen Mindestlohn und wenn, dann mehr Hilfskräften? Kritische Anmerkungen angesichts einer doppelten Absenkung in einem ganz besonderen Arbeitsfeld (<https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/02/25/die-zukunft-der-stationaere-n-altenpflege-zwischen-mindestlohn-und-hilfskraeften/>; Zugriff 17.8.2020).
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: Berliner Journal für Soziologie, 2/2008, S. 221-243.
- Staudhammer, Martina (2018): Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege, Berlin: Springer.

- Theobald, Hildegard (2017): Care workers with migration backgrounds in formal care services in Germany: A multi-level intersectional analysis, in: *International Journal of Care and Caring*, 1/2017, S. 209-226.
- Weber, Jenny (2020): Pflege: Der alltägliche Ausnahmezustand, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 6/2020, S. 13-16.
- Winker, Gabriele (2015): *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft*, Bielefeld: transcript.
- Zöllick, Jan C./Kuhlmey, Adelheid/Suhr, Ralf/Eggert, Simon/Nordheim, Johanna/Blüher, Stefan (2020): Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. Zwischenergebnisse einer Befragung unter professionell Pflegenden, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*, Berlin: Springer, S. 211-218.

