

BAND 56

Harald Becker, Georg Wagensommer (Hrsg.)

**PFLEGE, ETHIK, RELIGION:
Historische, bildungspolitische und
religionsdidaktische Perspektiven auf die
generalistische Pflegeausbildung**

kassel
university



press

Beiträge zur Kinder- und Jugendtheologie und andere religionspädagogische Schätze

Band 56

Herausgegeben von Prof. Dr. Petra Freudenberger-Lötz
Institut für Evangelische Theologie an der Universität Kassel

Harald Becker, Georg Wagensommer (Hrsg.)

**Pflege, Ethik, Religion:
Historische, bildungspolitische und
religionsdidaktische Perspektiven
auf die generalistische Pflegeausbildung**



Diese Veröffentlichung – ausgenommen Zitate und anderweitig gekennzeichnete Teile – ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) lizenziert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7376-1119-0
DOI: <https://doi.org/10.17170/kobra-202306018139>

©2023, kassel university press, Kassel
<https://kup.uni-kassel.de>

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design
Druck und Verarbeitung: Print Management Logistik Service, Kassel
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	9
2 Einleitung.....	11
3 Zur gegenwärtigen Situation: die generalistische Pflegeausbildung.....	15
3.1 Motive für die Entwicklung der Ausbildung.....	15
3.2 Herausforderungen bzw. Wirkungskreise der neuen generalistischen Pflegeausbildung	18
3.3 Ausbildungsstruktur an beruflichen Schulen	20
3.3.1 Rechtsstellung der gegenwärtigen Pflegeausbildung	20
3.3.2 Ausbildungsstruktur an beruflichen Fachschulen.....	24
4 Wandel des Pflegeethos - vom Liebesdienst zur Dienstleistung	27
4.1 Das Berufsethos - Identitätskern der Pflege	28
4.2 Ethos selbstlosen Dienens.....	34
4.2.1 Nächstenliebe als Grundimpuls	34
4.2.2 Mönchtum, Klöster und Krankenpflegeorden.....	36
4.2.3 Die protestantische Krankenpflege	41
4.2.4 Kriegskrankenpflege und Rotes Kreuz	56
4.2.5 Krankenpflege als weltlicher Frauenberuf.....	65
4.2.6 „Modernisierung“ der Pflege um 1900	71
4.3 Selbstverpflichtung zu sittlichem Handeln.....	75
4.3.1 Gelübde, Eide und Gelöbnisse	75
4.3.2 Katholische und evangelische Schwesterngelübde.....	76
4.3.3 Krankenwärter- und Krankenwärterinneneide	78
4.3.4 Das Gelübde zu Ehren Florence Nightingales.....	82
4.3.5 Politische Instrumentalisierung des Berufseides Pflegenden	88
4.3.6 Diskussion um ein zeitgemäßes Pflegegelöbnis.....	90

4.4 Pervertierung der Tradition	95
4.4.1 Organisatorische und ideologische Gleichschaltung	95
4.4.2 Die NS-Schwesternschaft als „Elite“	97
4.4.3 Die Rotkreuzschwestern und die Kriegspflege	98
4.4.4 Verhalten von Pflegekräften im „Dritten Reich“	99
4.5 Kodifizierung berufsethischer Grundsätze	107
4.5.1 Der Ethikkodex – Alternative zum Gelöbnis	107
4.5.2 Der Ethikkodex als Erfolgsmodell.....	110
4.5.3 Der Ethikkodex des International Council of Nurses	114
4.5.4 Konfessionelle und schwesternschaftliche Ethikkodizes.....	124
4.5.5 Die Frage der Verankerung in der Berufsgruppe.....	129
4.6 Hoffnungspotenziale und Aporien in der Gegenwart	130
4.6.1 Restaurative Beharrung	130
4.6.2 Berufliche Normalisierung und Herrschaftskritik.....	132
4.6.3 Individualisierung und Professionalisierung	135
4.6.4 Wissenschaftsbasiertes Ethos	140
4.6.5 Entfremdungserfahrungen.....	142
4.7 Entwicklungslinien religiös-ethischer Bildung	148
4.7.1 Schwesternschaftliche Ansätze.....	148
4.7.2 Ethikunterricht in der Krankenpflegeausbildung	150
4.7.3 Ethik in Lehrplänen und Curricula für die Krankenpflege	153
4.7.4 Unterrichtsentwicklung im Fach Ethik in Baden-Württemberg.....	154
4.7.5 Religionsunterricht in der Altenpflegeausbildung.....	158
4.7.6 Das Ethik-Forschungsprojekt der Universität Tübingen	160
4.7.7 Religionsunterricht in der generalistischen Pflegeausbildung	162
5 Bildungspolitischer Zugang: Religionsunterricht in der Berufsschule und in der Pflegeausbildung.....	167
5.1 Religionsunterricht und berufliche Bildung	167
5.1.1 Historische Bezüge	167
5.1.2 Rechtliche Grundlagen.....	169

5.2 Evangelische Religionslehre sowie religiöse und ethische Kompetenzen in der generalistischen Pflegeausbildung	172
5.2.1 Bedeutung des Religionsunterrichts für die Pflegeausbildung.....	173
5.2.2 Struktur und Umgang mit dem neuen Bildungsplan für ERL/REK	176
6 Religionsdidaktischer Zugang: BRU, Jugendtheologie, Unterrichtsentwürfe	177
6.1 Teilzeitberufsschule.....	177
6.2 Religionsunterricht in der Teilzeitberufsschule	179
6.3 Jugendliche und BRU	181
6.3.1 Jugendtheologie: Dimensionen	182
6.3.2 Jugendtheologie im BRU: Voraussetzungen	183
6.3.3 Jugendtheologie im BRU: Elementarisierung	184
6.4 Tod und Trauer als Themen des Landeslehrplans	189
6.5 Religionspädagogische Reflexionen und didaktische Impulse I.....	192
6.5.1 Tod als Unterrichtsthema – religionspädagogische Reflexionen.....	192
6.5.2 Didaktische Impulse	196
6.6 Religionspädagogische Reflexionen und didaktische Impulse II.....	203
6.6.1 Thema Leben und andere Krankheiten. Leben bis zum Schluss – religionspädagogische Reflexionen	203
6.6.2 Didaktische Impulse.....	209
7 Dimensionen von Interesse als relevanter Faktor im BRU in der generalistischen Pflegeausbildung. Ein Ausblick.....	219
7.1 Ergebnisse pädagogischer Interessesefforschung	221
7.2 Bedeutsamkeit des BRU in der Pflege.....	224
Literatur.....	226
Autorinnen und Autoren	256

1 Vorwort

Uwe Hauser

Das Fach „Religionslehre sowie religiöse und ethische Kompetenzen“ in der Generalistischen Pflegeausbildung des Landes Baden-Württemberg ist aus Sicht eines Religionspädagogischen Instituts gleich aus mehreren Gründen bedeutsam.

Zum einen stellt es als Schulfach in einer Ausbildung, die sich eigentlich von der herkömmlichen Einteilung in Schulfächer gelöst hat, und als baden-württembergischer Sonderweg zu betrachten ist, eine *Besonderheit* aus *religionspädagogischer Perspektive* dar. Der konsequente Berufsbezug des „Fachs“, dürfte für die berufsorientierte Religionspädagogik einzigartig, vielleicht sogar zukunftsweisend sein. Die Hintergründe stellen Eva Dubronner und Georg Wagensommer in Kapitel 3 und 5 näher dar.

Zweitens ist gerade das *Berufsfeld*, auf das sich dieses Fach bezieht, nämlich die *Pflegeberufe*, in ihren unterschiedlichen Profilierungen, von seinem Wesen her *christlich geprägt* – nicht umsonst ist der „barmherzige Samariter“ des Neuen Testaments sprichwörtlich geworden. Die christlichen Wurzeln und Entwicklungslinien der Pflegeberufe zeigt Rudolf Mahler in Kapitel 4 auf.

Drittens bietet der Religionsunterricht in der Pflegeausbildung *dadurch spezielle Rahmenbedingungen für eine Jugendtheologie* (als Theologie von, für und mit Jugendlichen), die sich exemplarisch an mehreren Stellen zeigt:

- Die Frage nach dem Stellenwert des Berufes für das eigene Leben ist Bestandteil jedes Religionsunterrichts an einer beruflichen Schule. Unter den Bedingungen des Berufsfelds der Pflege spitzt sich diese Frage noch einmal zu: Ist der Pflegeberuf ein Beruf wie jeder andere, oder spielt hier die christliche Nächstenliebe eine besondere Rolle? Auch die Entwicklung des Pflegeethos – vom Ethos des selbstlosen Dienens bis hin zur Professionalisierung der Pflege – wird in Kapitel 4 profunde nachgezeichnet.
- Angehende Pflegefachkräfte sind in besonderer Weise mit Fragen konfrontiert, die an dem Ende des Lebens auftauchen. Durch die erlebte Gegenwart von Sterben und Tod erscheint auch das Leben in neuem Licht: Wie kann Leben gerade angesichts seiner Begrenztheit und Endlichkeit gelingen? Diesen

Jugendtheologischen Perspektiven gehen Eva Dubronner, Oliver Hoops, Marvin Martin und Georg Wagensommer in den verschiedenen Teilen von Kapitel 6 nach.

Viertens zieht die vorliegende Veröffentlichung hieraus auch *unterrichtspraktische Konsequenzen* und stellt verschiedene Unterrichtsideen vor; diese finden sich ebenfalls in Kapitel 6.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass der Religionsunterricht in der Pflegeausbildung *in vieler Hinsicht religionspädagogisches Neuland* betritt; einen ersten Ausblick wagen Sven Holtkamp und Georg Wagensommer im letzten Kapitel dieses Buches.

Aus all diesen Gründen war es dem Religionspädagogischen Institut der Evangelischen Landeskirche in Baden ein Anliegen, diese Veröffentlichung mit finanziellen und personellen Ressourcen zu unterstützen.

Unser Dank gilt Frau Prof. Dr. Petra Freudenberger-Lötz für die Aufnahme in die Reihe der Beiträge zur Kinder- und Jugendtheologie der Universität Kassel. Besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren der Beiträge, die ehrenamtlich ihre berufliche Expertise wie ihre wissenschaftlichen Forschungsergebnisse zusammengetragen haben.

Möge das Werk in religionspädagogischer Ausbildung wie in unterrichtlicher Praxis reichliche Anwendung finden!

Dr. Uwe Hauser, Direktor des RPI Baden, Karlsruhe im Juni 2023

2 Einleitung

Harald Becker und Georg Wagensommer

Das baden-württembergische Fach „(Evangelische bzw. Katholische) Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen“¹ in der generalistischen Pflegeausbildung ist deutschlandweit ein Unikum.

Zwar vermittelten schon die bisherigen Pflegeausbildungen, die nun in dem genannten Ausbildungsgang zusammengefasst sind, ethische und (inter-)religiöse Kompetenzen, und natürlich spielen diese auch in der generalistischen Pflegeausbildung anderer Bundesländer eine Rolle. Aber als eigenes Fach in einer Ausbildung, die sich eigentlich von der Einteilung in Fächer gelöst hat und sich konsequent an der beruflichen Praxis orientiert, gibt es „RL/REK“ (so die Abkürzung der sperrigen Fachbezeichnung) nur in Baden-Württemberg.

(1) Der Hintergrund: Die Genese des Faches

Einer der beiden Herausgeber (Harald Becker) hatte das Glück, den Entstehungsprozess dieser Besonderheit als Mitglied zweier Bildungsplankommissionen miterleben zu dürfen.

Zunächst rief das Land Baden-Württemberg zwecks Umsetzung der bundesweiten Rahmenpläne für die generalistische Pflegeausbildung in konkrete Bildungspläne eine Kommission zusammen, in der die Träger der großen Pflegeeinrichtungen (und damit auch die Kirchen) vertreten waren. Bei der Einrichtung der vom Grundgesetz gebotenen Religionslehre(n) stellten sich hier zwei Herausforderungen: Einerseits war der Platz des Faches Religionslehre innerhalb einer Ausbildung zu klären, die sich an beruflichen Anforderungssituationen („Curricularen Einheiten“) orientiert und keine eigentlichen „Fächer“ mehr vorsieht. Andererseits kannten viele private Schulen zwar berufsethischen Unterricht, jedoch keinen expliziten Religionsunterricht, und begegneten einem solchen letztlich von den Kirchen verantwortetem Fach zunächst mit verständlichen Vorbehalten.

¹ Streng genommen handelt es sich bei „Evangelischer Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen“ und „Katholischer Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen“ um zwei eigenständige Fächer. Da aber in der generalistischen Pflegeausbildung (wie in den meisten beruflichen Schulformen) die Bildungspläne beider Fächer inhaltlich deckungsgleich sind (und i. d. R. auch in gemeinsamen Kommissionen erstellt werden), hat sich in der Praxis die etwas unscharfe Redeweise im Singular eingebürgert.

Beide Herausforderungen konnten dadurch bewältigt werden, dass der Religionsunterricht innerhalb der Rahmenpläne Punkte identifizierte, die von den Auszubildenden besondere religiös-ethische Kompetenzen erfordern. Diese konsequente Berufsorientierung führte zu einer allgemeinen Akzeptanz des Faches, denn sie machte deutlich, dass es ihm nicht um Katechismusunterricht oder gar kirchliche Besitzstandswahrung geht.²

In einem zweiten Schritt berief das Land dann eine eigene (ökumenische) Bildungsplankommission für das Fach „RL/REK“ ein, die die im Gesamtbildungsplan identifizierten Anknüpfungspunkte mit Inhalt und Leben füllte. Auf diese Weise ist nicht nur ein deutschlandweit einzigartiges Fach entstanden, sondern auch ein Bildungsplan, der in puncto Kompetenzorientierung und Berufsbezug beispielhaft sein dürfte.

(2) Das Fach „RL/REK“ als Herausforderung für Jugendtheologie

Als berufsbezogenes Fach fordert RL/REK die Auszubildenden immer wieder zur eigenen theologischen Reflexion heraus: Betrifft all jenes, was mir im Ausbildungsalltag begegnet, mich auch persönlich? Welche Fragen stellen sich mir und wie kann ich mit existentiellen Erschütterungen umgehen? Ist eine theologische Dimension erkennbar? Wie bin ich mit meinem eigenen Zugang zu Religion, mit meinem eigenen Glauben, Zweifeln oder Nichtglauben angesprochen? Begleitet man als Lehrkraft Auszubildende bei ihren Suchbewegungen und theologischen Reflexionen, ist man nah an deren lebensspezifischen Voraussetzungen, ihren Lebenswelten und Lebenslagen. Religionspädagogisch gesprochen ist dies der Bereich der Jugendtheologie: theologische Sichtweisen und Ausdrucksformen Jugendlicher werden verstärkt wahrgenommen und in Bildungsprozessen berücksichtigt. Dies ist eine Dimension, mit der sich der vorliegende Band beschäftigt. Im Folgenden wird auf dessen Aufbau und Inhalt eingegangen:

² An dieser Stelle sei das bereits 2014 generalistisch angelegte Materialheft „Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege“ (H. Merkt u.a.) dankend erwähnt, das auch im pflegeethischen Unterricht privater Schulen bekannt war und gleichsam als „Türöffner“ für das Anliegen von RL/REK diente.

(3) Zum Aufbau des Buches

Der vorliegende Band trägt unterschiedliche Zugänge zum Religionsunterricht in der generalistischen Pflegeausbildung zusammen. So nehmen die folgenden beiden Beiträge zwei verschiedene prägende Rahmenbedingungen des Faches RL/REK in den Blick:

Auf der einen Seite ist hier die generalistische Pflegeausbildung als solche zu nennen. Wie die bisherigen Ausbildungen für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zusammengefasst und generalistisch neu strukturiert worden sind, beschreibt Eva Dubronner in Kapitel 3 in dem Beitrag „Gegenwärtiger Zugang: Situation der neuen Ausbildung – die generalistische Pflegeausbildung“.

Auf der anderen Seite lebt der Pflegeberuf (und die entsprechende Ausbildung) vom Pflegeethos als seinem inneren Kern. Dieses Ethos hat sich aber im Laufe der Zeit mehrfach verändert, wie Rudolf Mahler in seinem Beitrag „Wandel des Pflegeethos – Vom Liebesdienst zur Dienstleistung“ (Kapitel 4) ausführlich darlegt. Der Verfasser zeichnet hier den Weg vom christlichen Ethos selbstlosen Dienens über die Selbstverpflichtung zu sittlichem Handeln ab dem 19. Jahrhundert, die Pervertierung des Pflegeethos in der NS-Zeit und die Kodifizierung berufsethischer Grundsätze nach dem Zweiten Weltkrieg bis hin zu gegenwärtigen Entwicklungen nach und beschreibt vor diesem Hintergrund abschließend Entwicklungslinien religiös-ethischer Bildung im Pflegebereich. Dabei wird immer wieder deutlich, wie sehr die Historie bis in gegenwärtige Diskurse hinein nachwirkt.

Nach der Darstellung der strukturellen und entwicklungsgeschichtlichen Kontexte der Pflegeausbildung fokussieren die nächsten beiden Beiträge nun speziell den Religionsunterricht:

In Kapitel 5 zeigen Georg Wagensommer und Eva Dubronner die bildungspolitischen Implikationen des Religionsunterrichts in der Pflegeausbildung auf, indem sie ihn in den Zusammenhang des Religionsunterrichts an beruflichen Schulen („BRU“) einzeichnen („Bildungspolitischer Zugang: Religionsunterricht in der Berufsschule und in der Pflegeausbildung“).

Das folgende, sechste Kapitel, „Religionsdidaktischer Zugang: BRU, Jugendtheologie, Unterrichtsentwürfe“ thematisiert Schulformspezifika (Georg Wagensommer) und stellt didaktische Überlegungen und Impulse zu „RL/REK“ zusammen: Hier finden sich Überlegungen zur Jugendtheologie (Georg Wagensommer), die den Unterricht fundieren helfen, eine Analyse des

Bildungsplans zu dessen thematischen Schwerpunktsetzungen (Marvin Martin) und schließlich religionsdidaktische Impulse und Entwürfe zu den identifizierten Schwerpunktthemen Tod (Eva Dubronner) und Leben (Oliver Hoops).

Abgerundet wird das Buch durch den Beitrag „Dimensionen von Interesse als relevanter Faktor im BRU in der generalistischen Pflegeausbildung. Ein Ausblick“. Vor dem Hintergrund der Buchbeiträge skizzieren Sven Holtkamp und Georg Wagensommer in diesem siebten Kapitel Überlegungen, die weniger die berufspraktische Relevanz des Fachs als vielmehr Fragen nach der Dimension Interesse in den Blick nehmen. Dieser wieder neu entdeckte Ansatz bildet in gewisser Weise ein wissenschaftliches Korrelat zur Neuheit des Faches RL/REK überhaupt und steht somit stellvertretend für alle religionspädagogischen Innovationen, die auf diesem Gebiet noch zu erwarten sind.

Harald Becker und Georg Wagensommer, Karlsruhe/Freiburg im Juni 2023

3 Zur gegenwärtigen Situation: die generalistische Pflegeausbildung

Eva Dubronner

Gegenstand dieses Kapitels ist die Beschreibung der neuen generalistischen Pflegeausbildung, die an beruflichen Schulen seit dem Schuljahr 2019/20 umgesetzt wird. Die Neuausrichtung in der Pflegeausbildung lässt sich als ein einmaliger Reformschritt beschreiben, der nach einem langjährigen Gesetzgebungsverfahren ein neues Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) hervorgebracht hat, das die drei bestehenden dreijährigen Berufsqualifikationen im Kinder-, Kranken- und Altenpflegebereich in eine gemeinsame, generalistische Pflegeausbildung führt. Nach dem zweiten Ausbildungsdrittel können neben dem generalistischen Berufsabschluss zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau auch die Schwerpunkte Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege gewählt werden.

Konkret werden zunächst die zentralen Motive als Hinführung der neuen generalistischen Pflegeausbildung (1) benannt, die die Notwendigkeit und Legitimation der Reformanstrengung im Bereich der Pflegeausbildung aufzeigen sollen. Im weiteren Verlauf werden Themen bzw. Überlegungen um die zukünftige Pflegeausbildung erläutert, die mit der Verabschiedung der neuen Pflegeausbildung als Herausforderungen bzw. Wirkungskreise (2) zu verstehen sind. Als dritter Schwerpunkt des Beitrags wird die gegenwärtige schulische Ausbildungsstruktur an den beruflichen Schulen (3) beschrieben. Aufgezeigt wird dabei die Darstellung der inhaltlichen Ausbildungsstruktur. Die Beschreibung der Rechtsgrundlage wird den inhaltlichen Ausführungen vorangestellt.

3.1 Motive für die Entwicklung der Ausbildung

Die drei klassischen und voneinander getrennten Pflegeausbildungen in den Bereichen der Kinder-, Kranken- und Altenpflege weisen in ihrer Historie unterschiedliche Entstehungs- und Entwicklungsverläufe auf. Allen gemeinsam sind festgelegte berufstheoretische und berufspraktische Ausbildungsinhalte, die an bestimmten staatlichen und privaten Berufsfachschulen und Ausbildungsbetrieben vermittelt werden und zu einem spezifischen Berufsabschluss

führen, der vor Beginn der Ausbildung festzulegen ist. Unabhängig von den verschiedenen Fachrichtungen haben sich in den vergangenen Jahren bestimmte demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Tendenzen abgezeichnet, die in besonderem Maße dazu beigetragen haben, die berufstheoretischen und berufspraktischen Ausbildungsinhalte auf die gegenwärtige Situation anzupassen. Die demografischen Veränderungen lassen sich insbesondere mit der zunehmenden Lebenserwartung begründen. Der Durchschnitt der Lebenserwartung liegt zurzeit bei den Frauen bei 83,4 Jahren und bei den Männern bei 78,6 Jahren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html [20.07.22]). Dies lässt sich vor allem mit den medizinischen, präventiven, aber auch mit den rehabilitativen Entwicklungen begründen. Hinzu kommt auch, dass, abgesehen vom Durchschnittsalter beider Geschlechter, viele Menschen ein hohes bis höchstes Lebensalter erreichen, das sich im Besonderen in der qualitativen und quantitativen Versorgungssituation widerspiegelt. Während im Jahr 1999 circa 2 Mio. Menschen als pflegebedürftig eingestuft³ wurden, waren es im Jahr 2019 bereits um die 4 Mio. Menschen. Diese demografische Veränderung zeigt sich auch im Kontext der pflegerischen Versorgung und Betreuung älterer Menschen, die sich mit dem Ausbau und der Entstehung neuer stationärer Pflegeeinrichtungen erklären lassen. So zeigt sich im Erhebungszeitraum zwischen 1999 bis 2019 ein fortlaufender Anstieg pflegebedürftiger Personen. Für das Jahr 1999 waren für die ca. 2 Mio. pflegebedürftigen Menschen ca. 9.000 stationäre Einrichtungen und 11.000 ambulante Träger in Deutschland zuständig. Im Jahr 2019 lag die Anzahl an Pflegebedürftigen bei ca. 4 Mio. Menschen, deren Betreuung und Versorgung ca. 15.000 stationäre Einrichtungen und ca. 14.000 ambulante Träger verantworteten (Radtke, 2022).

Diese sichtbaren institutionellen Erweiterungen und Angebote lassen sich auch aus wirtschaftlicher Sicht im Hinblick auf die Bedarfe an ausgebildeten Pflegefachkräften verdeutlichen. Im Jahr 2009 waren im stationären Bereich ca. 600.000, im ambulanten Bereich ca. 71.000 Pflegekräfte beschäftigt – im Jahr 2019 hat sich diese Anzahl um einen deutlich sichtbaren Anteil erhöht, wobei der Anteil an Pflegefachkräften längst nicht dem notwendigen Bedarf an

³ Im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff gem. §§ 14-18 SGB XI im Begutachtungsassessment definiert als „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die personelle Hilfe in verschiedenen Bereichen erforderlich macht“.

Fachkräften entspricht. Im Jahr 2019 waren im stationären Bereich ca. 800.000 und im ambulanten Bereich ca. 117.000 Pflegekräfte beschäftigt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022). Diese Situation um den Fachkräftemangel lässt sich folgerichtig mit den demografischen Entwicklungstendenzen erklären, aber auch mit der wirtschaftlichen Arbeitsmarktsituation in der Pflegebranche. Nach Weiß und Meißner (2018, S. 86) ist die Pflegebranche einer der größten Arbeitgeber in Deutschland. Eine Zunahme an Beschäftigten lässt sich sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege konstatieren. Neben der Situation des wachsenden Personalbedarfs im Pflegebereich lässt sich eine weitere wirtschaftliche Entwicklung in den vergangenen Jahren beobachten: Die spürbare Ökonomisierung des Gesundheitswesens wirkt sich zusätzlich auf die Arbeitsmarktsituation des Pflegebereichs aus. Arbeitsverdichtung, erhöhter Leistungs- und Zeitdruck sowie die neuen und erweiterten Aufgabefelder im Pflegebereich sind Kennzeichen des Arbeitsalltags von Pflegekräften (Dunkel, 2005, S. 228-235).

Der Fachkräftemangel im Pflegebereich hat in der Vergangenheit eine Versorgungslücke entstehen lassen, die nach Klie (2019, S. 48) auch in naher Zukunft nicht ohne einschneidende Maßnahmen zu schließen ist. Entsprechend der prognostizierten gesellschaftlichen Entwicklung werden hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2035 im stationären Sektor circa 300.000 Pflegefachkräfte in Deutschland fehlen. In anderen Versorgungsbereichen, wie beispielsweise in Krankenhäusern, lassen sich auch deutliche Versorgungslücken erkennen (Radtke, 2022).

Weiter lassen sich im Allgemeinen auch die Bestrebungen über die Neuausrichtung von Studien- und Ausbildungsinhalten im Zuge der Bologna-Reformen nennen, die dazu geführt haben, dass ab sofort deutsche Bildungsabschlüsse auch außerhalb Deutschlands anerkannt werden. Sie bieten eine Reihe von Anschlussmöglichkeiten, die das Qualifikationsprofil und den beruflichen Aktionsradius erweitert haben.

Zusammenfassend lassen sich somit die beschriebenen Aspekte als zentrale Motive bzw. Hintergründe verstehen, die im beschriebenen Entscheidungsprozess der gegenwärtigen Neuausrichtung der schulischen und akademischen Pflegeausbildung berücksichtigt wurden und im Ergebnis dazu geführt haben, die bestehenden Pflegeberufe zukunftsgerichtet auf die qualitative und quantitative Versorgungs- und Betreuungssituation anzupassen.

Insbesondere die Ausbildung im Kontext der pflegerischen und akademischen Pflege soll als ein „modernes, gestuftes und durchlässiges Pflegebildungssystem“ (Weiß & Meißner, 2018, S. 100) verstanden werden, das den Auszubildenden an beruflichen Schulen und Fachhochschulen mit einem polyvalenten Berufsabschluss zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau einen Einsatz in allen Versorgungs- und Betreuungssituationen in der Pflege ermöglicht. Neben der Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes über die Neuausrichtung der schulischen Pflegeausbildung ist fortan auch ein primärqualifiziertes Pflegestudium⁴ möglich, das den Absolvent:innen nicht nur einen Hochschulgrad, sondern auch eine berufspraktische Berufszulassung gewährt (Kälbe & Pundt, 2014, S. 44).

3.2 Herausforderungen bzw. Wirkungskreise der neuen generalistischen Pflegeausbildung

Die Frage, inwieweit der Reformschritt die genannten Herausforderungen im Pflegebereich überwinden wird, lässt sich aufgrund der kurzen Implementierungsphase noch nicht abschließend bewerten, obwohl schon jetzt Themenbereiche sichtbar werden, die als Herausforderungen bzw. Wirkungskreise im Kontext der neuen generalistischen Pflegeausbildung aufbrechen und bewertet werden können. Nachfolgend werden diese Bereiche aufgeführt, die auch als Vorüberlegungen bei der Konzeption von Unterrichtseinheiten für die generalistische Pflegeausbildung verstanden werden können. Sie berücksichtigen die Sichtweise der Auszubildenden bzw. der Schülerschaft an beruflichen Berufsfachschulen einerseits und die der Lehrkräfte andererseits. Die Sichtweisen sollen gleichzeitig auch einen Beitrag dazu leisten, die in Kapiteln 6 genannten didaktischen und pädagogischen Empfehlungen für den Religionsunterricht im Rahmen der Berufsausbildung und die exemplarischen Unterrichtseinheiten zu den ausgewählten Themenbereichen Sterben, Tod und Trauer zu begründen.

⁴ Kälbe und Pundt beschreiben in ihren Ausführungen die junge Geschichte der Akademisierung im Pflegebereich. Insbesondere die politischen Debatten um den Pflegenotstand Ende der 80er-Jahre sehen die Autoren als primären Auslöser des Akademisierungsprozesses an Pflegeschulen. Weitere Faktoren, die den Prozess begünstigt haben, liegen im Bedarf des internationalen Erfahrungsaustausches und der Emanzipationsprozesse der Frauen (Kälbe & Pundt, 2014, S. 44). Aktuell sind mehr als 90 Studiengänge im Bereich der Pflege an überwiegend ausgewiesenen (Fach-)Hochschulen möglich (Moers et al., 2012, S. 234).

Aus Sicht der Schülerschaft an den staatlichen Berufsfachschulen lassen sich die neue Organisation der Pflegeausbildung und die inhaltliche Ausrichtung der pflegerischen Berufsqualifikation als eine positive Entwicklung bewerten. Der polyvalente Berufsabschluss zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann verbessert nicht nur die Einsatzmöglichkeiten in den verschiedenen Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen, sondern ermöglicht ihnen auch, an verschiedenen Arbeits- und Einsatzorten zu arbeiten. Die inhaltliche Ausrichtung vermittelt den Pflegefachkräften einen Einblick in die verschiedenen fachtheoretischen und fachpraktischen Bereiche rund um die Pflege. Weiter ermöglicht die neue Berufsbezeichnung einen Einsatz- bzw. Tätigkeitswechsel innerhalb verschiedener Arbeitsfelder und Fachrichtungen. Diese Einsatzflexibilität birgt in zweierlei Hinsicht auch Spannungsfelder mit sich. Es muss zunächst geprüft werden, ob die Flexibilität den personellen Herausforderungen im Pflegebereich entgegengewirkt und damit den erforderlichen Bedarf an Fachkräften deckt. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass die verschiedenen Versorgungs- und Betreuungsbereiche unterschiedliche Rahmenbedingungen aufweisen. Dies lässt die Annahme zu, dass der bestehende Fachkräftemangel, insbesondere in der stationären Altenhilfe, mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung sich weiterhin verschärfen wird.

Des Weiteren ergeben sich Fragen hinsichtlich der inhaltlichen Tiefe, wenn Auszubildende im Rahmen ihrer generalistischen Pflegeausbildung einen Einblick in alle Versorgungs- und Betreuungsbereiche erhalten. Ob die neue generalistische Pflegeausbildung mit einer Reduzierung spezieller Fähigkeiten und Kenntnisse verbunden ist, die in der Berufsausübung von Pflegefachkräften in der Qualität sichtbar werden, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht verifizieren. Diese Veränderung muss aber in Bezug auf die Vermittlung fachtheoretischer und fachpraktischer Kompetenzen der verschiedenen Lebensbereiche berücksichtigt werden. Dies bedeutet im Besonderen, dass die ersten zwei Ausbildungsdrittel, die in generalistischer Form stattfinden, neben fachlichen Herausforderungen gleichzeitig auch mit Besonderheiten verbunden sind, die im Allgemeinen typisch für berufliche Schulen sind. Diese Merkmale zeigen sich vor allem im Alter, Geschlecht, Herkunft und den Bildungsvoraussetzungen der Auszubildenden, die sich auf das Lehr-Lern-Arrangement auswirken.

Das Altersspektrum reicht in der Pflegeausbildung vom 16. bis zum 45. Lebensjahr. Dieses Faktum bedeutet, dass sich diese Auszubildenden in vielen Bereichen, wie bspw. in ihrer berufspraktischen Erfahrungs- und Lebenswelt,

aber auch im Bereich von unterschiedlichen Einstellungen, Vorstellungen und Haltungen und in Bezug auf den Bildungsstand bzw. die Bildungsvoraussetzungen unterscheiden. Ein weiteres entscheidendes Charakteristikum betrifft die Herkunft bzw. den Anteil von Schülern mit Migrationshintergrund an beruflichen Schulen im Allgemeinen und im Besonderen in der Pflegeausbildung. Letzterer ist höher als an allgemeinbildenden Schulen. Gronover begründet diese Situation mit den vielfältigen Bildungs- und Schulabschlüssen an beruflichen Schulen, die insbesondere von Jugendlichen bevorzugt werden, die einen Migrationshintergrund haben und ihren beabsichtigten Abschluss über den zweiten Bildungsweg⁵ erlangen können (2022, S. 24). Insbesondere der Anteil von Auszubildenden mit Migrationshintergrund lässt in der Pflegeausbildung weitere Unterschiede hinsichtlich kultureller und religiöser Diversitäten erkennen.

3.3 Ausbildungsstruktur an beruflichen Schulen

Die ausbildungsrechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie die berufstheoretische und -praktische Ausrichtung der gegenwärtigen Pflegeausbildung werden über das neue Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG), die Landeslehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie über die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) legitimiert und konkretisiert. Unter Berücksichtigung all dieser Verordnungen und Vorschriften wird zunächst die Rechtsstellung der gegenwärtigen Pflegeausbildung (3.3.1) erläutert und es werden die wichtigsten Artikel erwähnt. Im zweiten Schritt wird die Ausbildungsstruktur an den beruflichen Fachschulen (3.3.2) dargelegt.

3.3.1 Rechtsstellung der gegenwärtigen Pflegeausbildung

Im Sommer 2017 wurde das neue Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) im Bundestag verabschiedet. Es handelt sich um ein bundeseinheitliches Artikelgesetz, das die Zusammenführung der bestehenden Gesetze für die Alten- und Krankenpflege beinhaltet. In Art. 1 des Gesetzes wird die grundlegende Neuausrichtung der Pflegeausbildung erläutert. In den folgenden Artikeln werden die bestehenden Gesetze mit entsprechenden Veränderungen aufgeführt

⁵ Der zweite Bildungsweg ermöglicht es Jugendlichen, einen Schulabschluss nachzuholen oder zu verbessern. Die erworbenen Schulabschlüsse können allgemein- oder berufsqualifizierend sein. Weitere Informationen sind auf den Seiten der Präsidien bzw. des Kultusministeriums abrufbar: <https://www.service-bw.de/zufi/lebenslagen/5001139> [20.07.22].

wie u.a. das Krankenpflege- und Altenpflegegesetz, die Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen, das Sozialgesetzbuch, das Krankenhausfinanzierungs- und Krankenhausentgeltgesetz und die Bundespflegesatzverordnung (Weiß & Meißner, 2018, S. 104). Zur Vorbereitung und Umsetzung des Gesetzes wurde laut § 53 Abs. 1 PflBRefG eine Fachkommission zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans gegründet. Sie trägt Sorge für die qualitativ einheitliche berufliche Pflegeausbildung, indem sie standardisierte Module erarbeitet, die als Orientierungshilfen zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung dienen. Sie haben eine empfehlende Wirkung, um den Ländern entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Die Fachkommission besteht aus Expert:innen verschiedener pflegerischer Disziplinen⁶ deren zugewiesene Aufgaben laut § 53 Abs. 1 bis 3 PflBRefG den dafür vorgesehenen Ministerien – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Bundesministerium für Gesundheit – zur Prüfung vorgelegt werden müssen. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe setzt die Bestimmungen des Pflegeberufereformgesetzes um. Auf der Grundlage von § 56 Abs. 1 PflB-RefG wird das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ermächtigt, eine für die generalisierte Pflegeausbildung verbindliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAprV) zu erlassen. Darin werden die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann in Teil 1, besondere Vorschriften zur beruflichen Pflegeausbildung des Pflegeberufgesetzes in Teil 2, die hochschulische Pflegeausbildung in Teil 3 sowie weitere für die Pflegeausbildung notwendigen Vorschriften in Teil 4 erläutert. Im Rahmen der vier Teile werden jeweils weitere Abschnitte aufgeführt, die dies konkretisieren.

Für die Pflegeausbildung sind insbesondere die ersten drei Teile der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung hinsichtlich der Mindestanforderungen an die Pflegeausbildung, die Zwischenprüfung nach dem zweiten Ausbildungsjahr, die Durchführung der staatlichen Abschlussprüfung sowie die Urkunde für die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung relevant.

⁶ Entsprechend des Pflegeberufereformgesetzes zählen hierzu: Personengruppen aus den pflegfachlichen, pflegepädagogischen und pflegewissenschaftlichen Bereichen (§ 53 Abs. 3 PflBRefG; Meißner & Weiß, 2018, S. 268). Bei der Berufung der Expert:innen werden die Bundesländer beim Berufungsverfahren miteinbezogen. Konkrete Ausführungen sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung enthalten (Meißner & Weiß, 2018, S. 269).

Der *erste Teil* beinhaltet zwei Abschnitte. Der erste bestimmt zunächst gem. § 1-24 PflAprV Näheres zur beruflichen Pflegeausbildung mit der Berufsqualifikation zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Konkret umfasst die berufliche Pflegeausbildung gem. § 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 PflAprV einen theoretischen und praktischen Unterricht von 2.100 Stunden, die an der Ausbildungsschule abgegolten werden. Für die praktische Ausbildung sind 2.500 Stunden vorgesehen, die im Ausbildungsbetrieb zu leisten sind. Die zu erlernenden Kompetenzen im theoretischen und praktischen Unterricht orientieren sich an gültigen Standards. Ziel ist es, die Auszubildenden im Rahmen ihrer Pflegeausbildung dazu zu befähigen, ihre „beruflichen Aufgaben zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig zu lösen sowie das Ergebnis zu beurteilen“ (§ 2 Abs. 1 PflAprV).

Neben der Vermittlung fachtheoretischer und -praktischer Kompetenzen werden für die Ausübung des Pflegeberufs gem. § 2 Abs. 1 PflAprV auch die personalen und sozialen Kompetenzen erwähnt, die auf der Grundlage von § 5 PflBRefG entsprechend in § 3 Abs. 1 PflAprV nicht nur zu fördern, sondern auch mit den fachlichen Kompetenzen zu verbinden sind. Das für die Pflegeausbildung konzipierte schulinterne Curriculum konkretisiert die Vorgaben und Bestimmungen und macht sie für die an der Ausbildung Beteiligten verifizierbar. Weiter wird in der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung die Notwendigkeit, die zeitliche Durchführung der verschiedenen Pflichteinsätze sowie der Umfang der praktischen Ausbildung in den entsprechenden Versorgungssystemen konkretisiert. So besagt § 3 Abs.3 S. 3: „Der Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung, der Vertiefungseinsatz sowie die weiteren Einsätze sind im letzten Ausbildungsdrittel durchzuführen. Die genaue zeitliche Reihenfolge wird im Ausbildungsplan festgelegt.“ Um die kooperative Zusammenarbeit zwischen der Pflegeschule, dem Träger und weiteren Einrichtungen sicherzustellen, werden nach § 6 Abs. 4 PflBRefG Kooperationsverträge geschlossen, deren inhaltliche Gestaltung gem. § 8 Abs. 1 S. 2 PflAprV den einzelnen Bundesländern obliegt.

Der *zweite Abschnitt* regelt gem. §§ 9-24 PflAprV die Bestimmungen für die staatliche Prüfung, die drei Prüfungsleistungen umfasst. Die schriftliche und mündliche Prüfungsleistung unterliegt dem Zuständigkeitsbereich der Pflegeschule, die praktische Prüfungsleistung gem. § 9 Abs. 4 PflAprV dem Zuständigkeitsbereich der Einrichtung. Im Rahmen der schriftlichen Prüfung sind zu

verschiedenen Kompetenzbereichen⁷ drei Prüfungsbereiche in einer festgelegten Bearbeitungszeit an drei aufeinanderfolgenden Werktagen zu lösen. Die Auszubildenden müssen fallorientierte Situationen lösen, indem „die Fallsituationen für die drei Aufsichtsarbeiten [...] insgesamt variiert werden in Bezug auf die Altersstufe [...], das soziale und kulturelle Umfeld [...], die Versorgungsbereiche“ (siehe § 14 Abs. 2 PflAprV). Die mündliche Prüfung wird in § 15 Abs. 1-8 PflAprV abschließend geregelt und ergibt sich aus den vorgegebenen drei Kompetenzbereichen, die „anhand einer komplexen Aufgabenstellung“ (siehe § 15 Abs. 2 PflAprV) zu überprüfen sind. Die Durchführung der praktischen Prüfungsleistung wird in § 16 Abs. 1-9 PflAprV geregelt und verweist darin auf Bestimmungen über den Umfang und die Ausrichtung der Prüfungsleistung. Konkret wird eine Prüfungsleistung verlangt, die „eine Aufgabe der selbständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege“ voraussetzt und „die erworbenen Kompetenzen im Bereich einer umfassenden personenbezogenen Erhebung des Pflegebedarfs, der Planung der Pflege, der Durchführung der erforderlichen Pflege und der Evaluation des Pflegeprozesses sowie im kommunikativen Handeln und in der Qualitätssicherung“ (§ 16 Abs. 2 S. 1 PflAprV) überprüfbar macht.

Der zweite Teil der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung betrifft in den §§ 25-29 PflAprV besondere Vorschriften auf der Grundlage des Pflegeberufreformgesetzes über die berufliche Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. zur beruflichen Ausbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger. Abweichungen lassen sich insbesondere in der inhaltlichen Ausrichtung der schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungsleistung feststellen. Auf der Grundlage von § 5 in Verbindung mit § 60 PflBRefG konkretisiert § 27 Abs. 1-3 PflAprV bzw. § 29 Abs. 1-3 PflAprV den Gegenstand der schriftlichen Prüfung, in dem insbesondere Kompetenzschwerpunkte für die Pflege und Versorgung im Bereich in der Altersstufe von Kindern und Jugendlichen bzw. in der Altersstufe von älteren Menschen definiert sind.

⁷ Die Kompetenzbereiche werden an anderer Stelle näher erläutert. Sie sind auf der Grundlage von § 9 Abs. 1 S. 2 in Anlage 2 konkretisiert.

3.3.2 Ausbildungsstruktur an beruflichen Fachschulen

Die Struktur, die in Tabelle 1 (siehe unten) dargestellt ist, beschreibt die aktuelle Ausbildungsstruktur der generalisierten, dreijährigen Pflegeausbildung. Diese vermittelt für alle Alters- und Versorgungsbereiche entsprechende berufliche Kompetenzen (Meißner & Weiß, 2018, S. 88). Die Berufsausbildung wird an den Pflegeschulen in Vollzeit und Teilzeit angeboten. Charakteristisch für die dreijährige neue Ausbildungsstruktur in Vollzeit ist die Möglichkeit der Festlegung eines spezifischen Vertiefungsbereichs, der durch spezifische Ausbildungsinhalte im dritten Ausbildungsjahr den Berufsabschluss regelt. Eine Zwischenprüfung wird gem. § 6 Abs. 5 PflBRefG dem dritten Ausbildungsjahr vorangestellt. Laut § 7 PflAPrV sind die Kompetenzen im ersten und zweiten Ausbildungsdrittel Gegenstand der Zwischenprüfung. Weiter heißt es, dass unabhängig vom Ergebnis der Zwischenprüfung die Ausbildung fortgesetzt werden kann.

Der entsprechende Berufsabschluss orientiert sich an den festgelegten praktischen Inhalten des dritten Ausbildungsjahrs. Diese bestimmt der bzw. die Auszubildende durch die Festlegung der praktischen Inhalte. Aufbauend auf die zweijährige Grundausbildung ist gem. § 1 Abs. 1 und 2 PflBG die Weiterführung der generalistischen Form möglich, um die Berufsbezeichnung „Pflegefachmann“ bzw. „Pflegefachfrau“ zu erwerben. Eine Spezifizierung im Bereich der stationären Altenhilfe oder im Bereich von Kindern und Jugendlichen führt zu einem Berufsabschluss mit der Bezeichnung „Altenpfleger:in“ bzw. mit der Bezeichnung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in“.

Die Ausbildungsstruktur über den entsprechenden Berufsabschluss mit dem jeweiligen Vertiefungsbereich veranschaulicht die folgende Tabelle 1. Eine generalistische Pflegeausbildung ist laut § 6 Abs. 1 PflBRefG auch in Teilzeitform möglich. Die Ausbildungsdauer wird dann um zwei weitere Jahre verlängert.

Tab. 1: Überblick über die Ausbildungsstruktur mit den entsprechenden Berufsabschlüssen (Weiß & Meißner, 2018, S. 55).

Ausbildungsstruktur	generalistische Ausbildung	Ausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in	Ausbildung Altenpfleger:in
1. Jahr	zweijährige generalistische Grundausbildung		
2. Jahr			
3. Jahr (Voraussetzung: Zwischenprüfung nach dem 2. Jahr)	generalistische Ausbildung mit Vertiefungseinsatz	praktische und theoretische Ausbildung im Bereich Kinder und Jugend (Schwerpunkt: Akutpflege in der Klinik)	praktische und theoretische Ausbildung im Bereich älterer Personen (Schwerpunkt: Langzeitpflege in einer entsprechenden Institution)
Berufsbezeichnung	Pflegefachfrau/ Pflegefachmann	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in	Altenpfleger:in

Im Ausbildungsvertrag muss gem. § 16 Abs. 2 S. 1 PflBRefG der Vertiefungsschwerpunkt zwischen dem Träger der praktischen Ausbildung und dem Auszubildenden festgelegt sein.

Dieser ist bei Ausbildungsbeginn nicht verbindlich, sondern kann im Laufe der Ausbildung noch geändert werden. Im Rahmen der schulischen Pflegeausbildung wird der fachtheoretische und -praktische Unterricht an staatlichen bzw. staatlich genehmigten oder staatlich anerkannten Pflegeschulen erteilt, die gem. § 9 Abs. 1 PflBRefG festgelegte Mindestanforderungen zu erfüllen haben und auf der Grundlage der erlassenen Rahmenlehrpläne und Vorgaben zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung⁸ die Ausbildungsinhalte nach einem festgelegten schulinternen Curriculum vermitteln.

Die praktische Pflegeausbildung wird in den Ausbildungsbetrieben auf der Grundlage eines Ausbildungsplanes durchgeführt. Die praktischen Pflicht- und Vertiefungseinsätze werden gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 bis 6 PflBRefG erwähnt und in § 56 Abs. 1 PflAprV konkretisiert. Einen Überblick über die praktischen Einsätze zeigt die folgende Tabelle 2.

⁸ Die Fachkommission legt nach Art. 1 § 53 Abs. 1 und 2 die Vorgaben der Lehrpläne sowie nach Art. 1 § 56 Abs. 1 und 2 der PflAprV die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung fest. Das PflBRefG ermächtigt in Art. 1 § 6 die Bundesländer, verbindliche Lehrpläne als Grundlage des Schulcurriculums der Pflegeschulen bei Bedarf zu erlassen (Meißner & Weiß, 2018, S. 11).

Tab. 2: Ausbildungsstruktur über die praktischen Einsätze der generalisierten Pflegeausbildung (Weiß & Meißner, 2018, S. 59).

	Pflichteinsatz	Vertiefungseinsatz
Beschreibung	Beinhaltet Einsätze „in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege“ (Art. 1 § 7 PflBRefG).	Beinhaltet Einsätze, „die beim Träger der praktischen Ausbildung in einem der Bereiche, in denen bereits ein Pflichteinsatz stattgefunden hat, durchgeführt“ werden (Art. 1 § 7 PflBRefG).
Einsatzorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser ▪ Stationäre Pflegeeinrichtungen ▪ Ambulante Pflegeeinrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser ▪ Stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtungen

Für die Koordination der praktischen Einsätze und die Durchführung des fachtheoretischen und -praktischen Unterrichts ist die entsprechende berufliche Schule gem. § 10 Abs. 1 und 2 PflBG verantwortlich. Es liegt im Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Ausbildungsschulen, den Struktur- bzw. Ausbildungsplan der Ausbildungsträger mit dem schulinternen Curriculum zu prüfen (Meißner & Weiß, 2018, S. 14).

Die Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen ist in § 12 Abs. 1 und 2 PflB-RefG festgelegt. Die Entscheidungshoheit liegt bei den zuständigen Behörden. Insbesondere Auszubildende, die bereits über eine einjährige berufsqualifizierende Pflegeausbildung verfügen, können unter bestimmten Voraussetzungen ihre berufsfachlichen und -praktischen Kenntnisse und Kompetenzen auf die reguläre Ausbildungszeit anrechnen lassen, um diese entsprechend zu verkürzen.

Eine bundeseinheitliche Evaluation wird im Jahr 2026 angestrebt. Sie wird von den Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit durchgeführt, um darüber zu entscheiden, ob die festgelegte Ausbildungsstruktur für die dreijährige berufliche Pflegeausbildung weiter ihre Gültigkeit besitzt oder Anpassungen bzw. Veränderungen vorgenommen werden müssen.

4 Wandel des Pflegeethos – vom Liebesdienst zur Dienstleistung

Rudolf Mahler

Die Corona-Pandemie löste in Deutschland widersprüchliche Reaktionen aus, wie die Rolle der beruflich Pflegenden in dem zunehmend eskalierenden Geschehen einzuschätzen sei. Von der Politik als systemrelevant eingestuft, wurden sie anfangs noch wegen ihres angesichts von Fallzahlen, auferlegten Abwehrmaßnahmen und Personalknappheit bis an die Grenzen der Belastbarkeit und darüber hinaus gehenden Einsatzes auf den Intensiv- und Coronastationen und in den Altenpflegeheimen gelobt und mit demonstrativer Gestik beklatscht. Im weiteren, nicht enden wollenden Verlauf kehrten sich Euphorie und Dankbarkeit jedoch bei manchen Außenstehenden in heftige Kritik und sogar Anfeindung um, weil sich ein Teil der Pflegenden nicht gegen die Krankheit impfen lassen wollte und einige sich der Impfung selbst um den Preis verweigerten, den Beruf aufgeben zu müssen. Dieses Beharren auf der eigenen Auffassung vermeintlich zu Lasten der betreuten vulnerablen Bevölkerungsgruppen irritierte manche Beobachter, da man erwartete, dass Pflegekräfte alles für die Kranken und Schwachen geben, selbst zu Lasten der eigenen Überzeugung. Das Beispiel zeigt, dass das berufsethische Selbstverständnis mancher Pflegekräfte und die Erwartungen von Bevölkerung, Politik und Medien in bestimmten Fällen stark auseinanderklaffen können. Während die Öffentlichkeit davon ausging, dass sich Pflegekräfte für die ihnen anvertrauten Menschen aufopfern und dafür jegliche eigene Meinung zurückzutreten hat, beharrten einige Pflegenden, die durchaus für ihren Beruf brannten, darauf, eine abweichende Auffassung haben und diese auch gegen starke Widerstände und heftige Kritik zur Geltung bringen zu dürfen. Den Vertreterinnen der Pflegeberufsverbände war der tiefe innere Zwiespalt, der sich im Zusammenhang mit der Pandemie auftat, bewusst, da er ein Grunddilemma des Pflegeberufs darstellt und in der Aufarbeitung der Berufsgeschichte insofern eine zentrale Rolle spielt, als der Selbstbestimmung der Pflegenden zunehmend ein gleicher Rang wie der Sorge für die Klienten eingeräumt wird. Deshalb hielten sie sich mit klaren, allzu profilierten Positionierungen zurück. Viele Bürger, Politiker und Medienvertreter hatten dieses Wissen und diese Einsicht freilich nicht.

4.1 Das Berufsethos – Identitätskern der Pflege

Letztlich ist die ausschlaggebende Frage, welche grundlegenden Werte und Prinzipien den Pflegeberuf prägen, was sein Berufsethos in Gegenwart und Vergangenheit ausmacht. Dass sich diesbezüglich in den letzten hundert Jahren Einiges verändert hat, wird schon am Habitus, am Auftreten, Aussehen und Verhalten Pflegenden heute und in früheren Zeiten deutlich. Allein die Tatsache, dass weibliche Pflegekräfte heute funktionelle Arbeitskleidung und keine Schwestertracht mehr tragen, springt ins Auge. Die Berufsbezeichnung für die Pflegenden hat sich seit der Jahrtausendwende, also innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums bereits zweimal geändert (zur älteren Diskussion um Berufsbezeichnung und Anredeform siehe Mahler, 1999, S. 75-78). Das kann wiederum am besten an den weiblichen Pflegekräften aufgezeigt werden. Die alt bewährte, ob ihres hohen Ethos des selbstlosen Dienens nicht selten idealisierte Krankenschwester, die ihren Nähe und Hingabe signalisierenden Namen der christlichen Schwester verdankte, musste 2004 der Gesundheits- und Krankenpflegerin weichen, die als Dienstleistungskraft nicht mehr nur für kurativ-krankheitsbezogene, sondern auch für präventiv-gesundheitsbezogene Aufgaben zuständig war. 2020 dann trat die Pflegefachfrau auf den Plan, die sich wie ihr männliches Pendant, der Pflegefachmann, durch ihren Expertenstatus in Sachen generalistischer Pflege auszeichnet. Sie ist dazu qualifiziert, Menschen aller Altersgruppen vom Kleinstkind bis zum Hochaltrigen in allen Versorgungsbereichen zu pflegen und zu versorgen. Im Alltagssprachgebrauch der Patienten und Klienten ist allerdings die Schwester noch längst nicht verschwunden.

Doch was ist überhaupt Pflege? Das deutsche Wort „Pflege“ meint, auf Menschen bezogen, im weiten Sinn jegliche Form fürsorglicher Zuwendung zu einem anderen. Pflege, so verstanden, gab es schon immer. Sie ist untrennbar mit dem Menschen verbunden, unabhängig von seiner Kultur- und Religionszugehörigkeit und von der Zeit, in der er lebte oder lebt. Als anthropologische Konstante hat sie ihren Ursprung darin, dass der Mensch ein bedürftiges Wesen ist, das der helfenden Zuwendung anderer bedarf und zugleich anderen Zuwendung schenkt. Traditionell war und ist der Ort dieser Form der nicht-beruflichen oder informellen Pflege die Familie, der soziale Nahbereich des Menschen und sein häusliches Umfeld. Bis heute leisten überwiegend Frauen die Pflege eines krank oder gebrechlich gewordenen Angehörigen. Der

Grundimpuls nicht-beruflicher Pflege ist die natürliche Liebe zu dem Menschen, der einem nahe steht und zu einem gehört.

Im christlichen Kulturkreis übten die Pflege außerhalb der familiären Nahbeziehung über viele Jahrhunderte fast ausschließlich Männer und Frauen aus, die sich, getrennt nach Geschlecht, in Orden und ordensähnlichen Gemeinschaften zusammengeschlossen hatten und ihren pflegerischen Dienst an den Armen, zu denen neben den Kranken und Alten auch die in kriegerischen Auseinandersetzungen Verwundeten gehörten, von Jesu Gebot der Nächstenliebe her begründeten. Da sie nicht mehr im Rahmen eines familiären Näheverhältnisses tätig waren, sondern sich die Versorgung ihnen fremder Menschen aus Berufung, nicht primär des Lebensunterhalts wegen dauerhaft zur Aufgabe gemacht hatten, kann man hier von vorberuflicher Pflege sprechen. Eine von speziell ausgebildeten Personen gegen Entgelt durchgeführte berufliche Pflege außerhalb von Gemeinschaften gibt es im Wesentlichen erst seit dem 18. Jahrhundert, wobei der dann einsetzende Prozess der Verberuflichung auch die Angehörigen der christlichen Schwestern- und Brüdergemeinschaften mit einschloss.

Aus anthropologischer Sicht kann die Ausübung der Pflege in ihrem beruflichen, aber auch schon vorberuflichen Stadium als eine Art Ersatzform oder Derivat für die Urform der Pflege in der Familie angesehen werden. Pflegebedürftige werden jetzt nicht mehr von Angehörigen, sondern von ihnen fremden Menschen gepflegt. Dieser kulturgeschichtlich nicht zu unterschätzende Kategorienwechsel im Hinblick auf das Verhältnis des zu Pflegenden zum Pflegenden ging in den reichen Ländern des Westens in der neueren Zeit mit der zunehmenden Institutionalisierung fürsorglicher Zuwendung einher. Pflege erfolgte immer mehr im Rahmen von Einrichtungen wie Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, Hospizen oder ambulanten Diensten. Dadurch werden vertragliche Verpflichtungen und finanzielle Absicherungen erforderlich. Die Pflegenden treten gegenüber den zu Pflegenden und ihren Angehörigen als Repräsentanten einer Organisation und Teil eines immer komplexer werdenden Systems auf. Für diesen Prozess kennzeichnend ist, freilich mit weit größerer Relevanz für den Bereich der Langzeitversorgung alter Menschen im Heim als für die Akutversorgung im Krankenhaus oder die ambulante Versorgung im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen, eine Art Distanzierungs- und Entfremdungskontext pflegerischen Handelns, der bis heute weitgehend tabui-

siert ist. In traditionellen, etwa osteuropäischen, muslimischen oder afrikanischen Kulturen ist es aus religiösen und moralischen Gründen undenkbar, dass die alt gewordenen Eltern von den Kindern an ein Heim „abgegeben“ werden. Paradoxaerweise stammen heute sehr viele Pflegekräfte in den Einrichtungen selbst aus solchen Kulturen.

Im Mittelpunkt der beruflichen Pflege steht die Beziehung zwischen der pflegenden und der zu pflegenden Person, die dem Pflegeberuf im Vergleich zu anderen Berufen, selbst solcher sozialer Ausrichtung, ein ganz besonderes Gepräge gibt. Die Pflege ist kein Beruf wie jeder andere. Dem sich in der Pflegebeziehung abbildenden existenziellen Verhältnis von hilfsbereiter Fürsorglichkeit und Bedürftigkeit liegt ein durch Macht und Abhängigkeit gekennzeichnetes Gefälle zugrunde, das je nach Schweregrad der Erkrankung oder Beeinträchtigung sowie Gestaltungswille und -fähigkeit auf Seiten des Pflegenden, aber auch des zu Pflegenden mehr oder weniger stark ausgeprägt ist. Umso wichtiger ist es deshalb, dass die Pflegebeziehung auf Vertrauen und Wertschätzung gründet.

Dazu kommt, dass die Pflege eines kranken, gebrechlichen, sterbenden Menschen mit extremer Nähe verbunden ist. Das Fürsorgehandeln der Pflegenden reicht bis in privateste und intimste Bereiche hinein, die bei Pflegenden wie zu Pflegenden mit unangenehmen Gefühlen wie Ekel, Scham, Angst und Schuld besetzt sind, und betrifft sowohl die körperliche als auch die psychosoziale und spirituelle Sphäre des Gegenübers, also den ganzen Menschen. Dazu kommen Situationen besonderer emotionaler Betroffenheit, etwa angesichts existenzieller Grunderfahrungen wie Geburt, Notfall, schwerer und schwerster Krankheit, Sterben und Tod. Pflegen bedeutet insofern, kulturell gesetzte Grenzen zu erreichen und überschreiten zu müssen. Um das Gegenüber nicht zu beschädigen und auch selbst nicht Schaden zu nehmen, müssen Pflegenden daher auf eine gewisse Distanz zum Leid, mit dem sie konfrontiert sind, bedacht sein. Es kommt darauf an, im Verhältnis zum Pflegebedürftigen immer wieder neu eine Balance zwischen emotionaler Nähe und professioneller Distanz zu finden. Die ambivalente Grundstruktur der Pflegebeziehung verlangt von den Pflegenden die bewusste Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Nähe und Abstand. Auf der einen Seite sind einfühlsame Nähe, Verstehen und Empathie wesentliche Voraussetzungen für den Aufbau der Pflegebeziehung. Auf der anderen Seite ist die Zurückdrängung und Kontrolle von

Gefühlsregungen unumgänglich, da emotionale Betroffenheit dauerhaft psychische und physische Belastung bis hin zu Erschöpfung zur Folge haben kann. Um die eigene Gesundheit zu erhalten und nachhaltig zu fördern, ist ein Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz anzustreben, dem eine stabile, reflektierte innere Haltung und moralische Grundmotivation im Blick auf den Beruf zugrunde liegt.

Die Pflege ist ein hochgradig moralisch begründeter Beruf, eben weil sie auf fürsorglicher Zuwendung mit all ihrer Ambivalenz beruht. Fürsorglichkeit ist das moralische Grundmotiv beruflicher Pflege. Kaum ein Beruf verlangt Fürsorglichkeit in einem so intensiven Sinn. Gerade angesichts der großen Nähe zum Pflegebedürftigen, die mit dem Fürsorgehandeln verbunden ist, hat die Pflege im Nachdenken über sich selbst zu dieser Grundtugend eine Vielzahl weiterer Tugenden gesellt, die die Pflegenden befähigen, aus eigenem Antrieb das Gute zu tun, etwa Respekt, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Anteilnahme, Geduld, Verschwiegenheit, Gesprächsbereitschaft, Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit, Unbescholtenheit und Gerechtigkeit. Tugenden werden an Beispielen und Vorbildern gelernt und verfestigen sich durch bewusste Übung und Bewährung zu stabilen, verlässlichen Persönlichkeitsmerkmalen. Die Orientierung an Tugenden ist integraler Bestandteil professionellen Pflegehandelns. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die pflegerischen Tugendvorstellungen dem historischen Wandel unterliegen. Hat man zum Beispiel in früheren Zeiten bei Schwestern sehr stark die „soziale Mütterlichkeit“, also die liebevolle, tröstende und bergende Zuwendung zum Patienten betont, die freilich zu „Bemutterung“, Vereinnahmung, Bevormundung, ja Entmündigung führen kann, so stellt man etwa seit den 1970er Jahren immer mehr auf eine Distanz wahrende Professionalität ab, die die Fürsorglichkeit der selbstbestimmten Entscheidung des Pflegebedürftigen unterordnet. Patriarchales Denken wich der heute als unhinterfragter ethischer Maßstab geltenden Patientenautonomie.

Pflegeethos kann vor dem beschriebenen Hintergrund als moralische Grundhaltung sowohl der Berufsgruppe der beruflich Pflegenden als auch der einzelnen Pflegepersonen bestimmt werden, die auf besonderen, das pflegerische Handeln betreffenden moralischen und professionellen Überzeugungen und Orientierungen, Normen, Werten, Prinzipien und Tugenden sowie Selbstreflexion beruht. Der Begriff umfasst damit beide Dimensionen des Moralischen, die subjektive der Moralität, und die objektive der Moral. Er bezieht sich

auf die Gesamtheit der in der Berufsgruppe geltenden, im Alltag gelebten und in Schriftstücken niedergelegten Orientierungen wie auf die geistige und praktische Ausrichtung des einzelnen an der vorgegebenen Gruppenmoral. Moral und Moralität können mehr oder weniger deckungsgleich sein, aber auch differieren in dem Sinn, dass die moralische Einstellung einzelner zu Pflegenden von den herrschenden Leitvorstellungen und Regeln abweichen, was aus Mehrheitssicht als alternativ, widerständig oder gar deviant bis hin zur strafrechtlichen Relevanz interpretiert werden kann.

Für den deutschsprachigen Raum gibt es im Unterschied etwa zu den USA keine quantitativen Untersuchungen, die die sittlichen Einstellungen, Urteile und Verhaltensweisen beruflich Pflegenden sowie deren Identifikation mit dem Berufsethos messen (Huber, 2019, S. 174-175), sodass sich konkrete Aussagen über das gegenwärtig geltende Berufsethos nicht zweifelsfrei treffen lassen. In Schriftform verfasste Ethikkodizes, Ethikstandards, Gelöbnisse, wissenschaftliche Abhandlungen und Lehrbücher geben eher die Vorstellungen der Pflegeeliten wieder und sind mit der gelebten Realität nicht unbedingt deckungsgleich.

Pflegeethos im beschriebenen Sinn darf nicht mit Pflegeethik in eins gesetzt werden. Die Pflegeethik ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den logischen und empirischen Voraussetzungen moralischen Handelns sowie der rationalen Prüfung von Handlungen und deren soziokulturellen Bedingungen befasst. Sie ist nicht das Denken und Handeln in konkreten Pflegesituationen selbst, sondern die auf ethisches Denken und Handeln im Bereich der Pflege bezogene Theorie. Ethik bzw. ethische Theorien, Modelle und Konzepte können jedoch einem Pflegeethos zugrunde liegen, wodurch dieses einen höheren Reifegrad gewinnt. So werden ethische Leitlinien in der Pflege seit den 1990er Jahren häufig auf eine wissenschaftliche Basis gestellt.

Das Berufsethos bezeichnet die Pflegeethikerin Annette Riedel als „Kern der ethischen Identität professioneller Pflege“ (Riedel, 2017). Es steht in engem Zusammenhang mit dem Pflegeverständnis und dem auf die Pflege bezogenen Berufsverständnis. Diese drei Begriffe sind aufeinander bezogen und werden im berufsinternen Sprachgebrauch nicht immer eindeutig voneinander abgegrenzt. Unter Pflegeverständnis kann man Antworten von einzelnen Pflegekräften, Organisationen, Wissenschaft und Gesetzgeber auf die Frage verstehen, auf welchen anthropologischen, wissenschaftlichen und moralischen

Grundlagen die Pflege aufbauen und wie sie ausgeübt werden soll. Das persönliche Pflegeverständnis von Pflegekräften ist jeweils von deren persönlichen und beruflichen Prägungen, Erfahrungen und Erwartungen abhängig. In Organisationen schlägt es sich in Pflegeleitbildern nieder, die vom vorliegenden Profil und weltanschaulichen oder religiösen Hintergrund der Organisation beeinflusst sind. Mögliche Ausprägungen des Pflegeverständnisses spiegeln sich etwa in Sätze wie „Pfleger haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (International Council of Nurses, 2014, S. 1), „Ich pflege als die, die ich bin“ (Liliane Juchli, Pflege theoretikerin, vgl. Mayr & Frick, 2019 und Friedemann, Zegelin, Bartholomeyczik, Käppeli & Juchli, 2008) oder „Medizinische Therapie und Pflege liegen eng beieinander“ (Arndt, 1996, S. 53)

Das pflegerische Berufsverständnis betrifft die Auffassungen von Pflegekräften, Pflegeberufsverbänden und anderen Interessengruppen sowie Politik und staatlichen Institutionen von den für den Pflegeberuf geltenden Anforderungen, Tätigkeiten, Aufgaben und Pflichten. Teil des beruflichen Selbstverständnisses ist das Berufsbild, das die in der Ausbildung vermittelte und in der Praxis ausgeübte Tätigkeit der Berufsangehörigen, teilweise auch die Ausbildung selbst sowie Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten beschreibt. Im Falle der Pflege ist es gesetzlich geregelt. Positionen zum Berufsverständnis der Pflege vermitteln z. B. diese Sätze: „Pflege braucht Eliten“ (Robert-Bosch-Stiftung, 1992), „Ein Teil der Professionalisierungsbemühungen in der Pflege, wie etwa [...] die Standardisierung oder die Übernahme des neutralen Professionsverständnisses der Medizin, führt zu Funktionalisierung und Rationalisierung und kann dem Selbstverständnis von Pflege zuwiderlaufen“ (Rabe, 2009, S. 53) oder „Einmal erworbenes Wissen veraltet und muss selbstverständlich während des gesamten Berufslebens immer wieder aktualisiert werden. Das gehört zu einem professionellen Berufsverständnis“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2017, S. 3).

Das Pflegeethos ist wie alle moralischen Auffassungen zeit- und kulturabhängig. Es unterliegt dem historischen Wandel. Man kann sogar sagen, dass kaum ein Beruf hinsichtlich seines moralischen Selbstverständnisses so gravierende Wandlungsprozesse durchlaufen hat wie die Pflege. Die Pflegeethikerin Marianne Arndt (1996, S. 14) unterscheidet für das 20. Jahrhundert drei Phasen: zunächst die Ausbildung des „moralischen Charakter[s] der Pflegen-

den“, dann die Formulierung von „Standesregeln [...], die die berufliche Sozialisation der Pflegenden bestimmen sollten“ und schließlich die Prägung „durch die eigenständige Auseinandersetzung von Pflegenden mit den Grundlagen ethischer Theorieausbildung“. Bei genauerer Betrachtung stellt sich diese Entwicklung von einem Tugendethos über ein Normenethos zu einem Professionsethos äußerst komplex dar, zumal wenn man in der Pflegegeschichte noch weiter zurückgeht und frühere Formen konfessioneller und weltlicher Krankenpflege einbezieht.

Das von Schwesterngemeinschaften geprägte traditionelle Pflegeethos, das sich an christlichen Idealen wie Nächstenliebe, selbstlosem Dienen, Gehorsam gegenüber Autoritäten und Gemeinschaftsbindung orientierte, löste bereits in der Zeit seiner breiten Entfaltung im 19. Jahrhundert einen Emanzipations-, Modernisierungs- und Normalisierungsdrang aus, der mit bis heute anhaltenden Prozessen der Säkularisierung und Professionalisierung pflegerischer Beruflichkeit einhergeht. Aktuelle Überlegungen zu einem Professionsethos verbinden ein zunehmend im Sinne evidenzbasierter oder -informierter, also wissenschaftlich fundierter Pflege verstandenes Wissen und eine auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Pflegeethik stehende moralische Haltung miteinander. Von daher stellt sich die Frage, wie in der Pflegeausbildung ein entsprechendes Professionsethos aufgebaut werden kann und welche Rolle dabei dem religiös-ethischen Bildungsaspekt zukommt. Im Blick auf die Entwicklung entsprechender Kompetenzen in der Anfang 2020 eingeführten generalistischen Ausbildung stehen der baden-württembergischen Variante eines zumindest partiell kirchlich verantworteten, freilich in einen allgemeinen Landeslehrplan integrierten, von einschlägig qualifizierten Lehrkräften erteilten Religionsunterrichts von der Mehrzahl der Bundesländer vertretene vollintegrierte Konzepte gegenüber, die die Vermittlung entsprechender Kompetenzen weitgehend als Aufgabe der Pflegepädagoginnen und -pädagogen an den Schulen betrachten. Man kann diese Entwicklung als weitere Konsequenz der Säkularisierung der Pflege ansehen, die auch Fragen im Blick auf den Religionsunterricht im beruflichen Schulwesen überhaupt aufwirft.

4.2 Ethos selbstlosen Dienens

4.2.1 Nächstenliebe als Grundimpuls

Das traditionelle Pflegeethos ruht auf einem christlich begründeten Ethos des Dienens und Helfens. Den Dienst an hilfsbedürftigen Menschen bezeichnet

man im weiten Sinn als Diakonie (von altgriech. διακονία, diakonía „Dienst“). Auch wenn es nicht angemessen ist, nur einzelne Bibelstellen auf die Hilfeverpflichtung gegenüber dem Nächsten zu beziehen, können neutestamentliche Schlüsseltexte identifiziert werden, die in der Geschichte der Pflege eine besondere diakonische Wirkung entfalteten. Der wohl bekannteste Bibeltext ist Jesu *Gleichnis vom barmherzigen Samariter* (Lk 10,25-37), in dessen Mittelpunkt das *Doppelgebot der Liebe* (V. 27) steht. Dieses Gebot bringt die Gebote des *Dekalogs* (Ex 20,2-17; Dtn 5,6-21) mit Blickrichtung auf das komplementäre Verhältnis von Gottes- und Nächstenliebe auf den Punkt. Nächstenliebe wird dabei sehr weit verstanden: Mein Nächster ist jeder, der meiner Hilfe bedarf. Der barmherzige Samariter, der nach diesem Grundsatz handelt, ist in das kollektive Gedächtnis der Christenheit als eine Gestalt eingegangen, die sich von fremder Not ansprechen lässt und selbstlos und spontan hilft. Die allgemeine Hilfeleistungspflicht, die in vielen Ländern gesetzlich verankert ist und mitmenschliche Solidarität in akuten Notlagen einfordert, hat ihren Ursprung in dieser biblischen Beispielerzählung.

Die Erzählung von der wunderbaren *Heilung am Teich Betesda* (Joh 5,1-9) verweist am Beispiel eines chronisch Kranken auf das umfassende Heilwerden an Leib und Seele, das Gott den Menschen in Jesus schenkt. Eine Reihe von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in Deutschland und anderen Ländern trägt die Bezeichnung „Bethesda“ im Namen.

Das *Gleichnis vom Weltgericht* (Mt 25,31-46) macht anschaulich, dass der königliche Christus die Menschen im endzeitlichen Gericht nicht nach dem Maßstab des richtigen Glaubens, sondern nach dem der tätigen Liebe beurteilen wird. Die im Text genannten Werke der Barmherzigkeit (Mt 25,35-36) stehen exemplarisch dafür, was Nächstenliebe konkret heißt: Hungrige speisen, Durstige tränken, Fremde beherbergen, Nackte kleiden, Kranke pflegen, Gefangene besuchen und, später aus dem deuterokanonischen Buch *Tobit* (1,17-20) ergänzt, Tote bestatten. Kranke zu pflegen wird so zum Zeichen der Nachfolge Christi.

Mit der *Fußwaschung* (Joh 13,1-17), die er an den Jüngern vollzieht, kehrt Jesus das Verhältnis von Hoch und Niedrig um. Indem er sich den Jüngern gegenüber zum Dienenden macht, zeigt er auf, dass mit seinem Leiden und Tod am Kreuz Gottes Reich zum Durchbruch kommen wird. Zugleich fordert er die Jünger dazu auf, selbst im Sinne einer durchtragenden Haltung zu Dienenden zu werden. Hier liegt der Ursprung des christlichen Dienstethos.

Die sozialen Bewegungen, die die Pflege im christlich-jüdischen Kulturkreis über viele Jahrhunderte entscheidend prägten, die katholischen, evangelischen und jüdischen Gemeinschaften, die Rotkreuzschwesternschaften, selbst noch die Kämpferinnen für eine weltliche Krankenpflege verbindet bei allen Unterschieden in Identität und Erscheinungsbild eines: Ihre Botschaft gründet letztlich im biblischen Gebot der Nächstenliebe. Alle diese sozialen Bewegungen waren und sind von religiösen Moralvorstellungen gespeist, auch wenn sich manche in neuester Zeit von den christlichen Wurzeln zugunsten eines humanitaristischen Universalismus entfernt haben.

4.2.2 Mönchtum, Klöster und Krankenpflegeorden

Einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung der Pflege leistete das sich in frühchristlicher Zeit entwickelnde Mönchtum (Kohler, 1995, S. 62-68). Mönche und Nonnen sahen die Fürsorge für Arme und Kranke als ihre religiöse Pflicht an. Neben der Ausbildung des Diakonats in den Gemeinden und der Entstehung von Hospitälern, in denen Reisende, Arme, Kranke und Alte von zumeist freiwilligen Helferinnen und Helfern versorgt wurden, sowie von Siechenhäusern für Aussätzigte im gesamten christlichen Verbreitungsgebiet verbanden sich in der westlichen Kirche mit der Begründung des Benediktinerordens im Jahr 529 Krankenpflege und Klosterwesen miteinander.⁹ In den Klosterhospitälern, wo Mönche und Nonnen als Heilkundige und Pflegende wirkten, wurden Ordensmitglieder, aber auch Menschen von außerhalb versorgt. Die Sorge für das Seelenheil stand dabei im Vordergrund. Krankheit wie Heilung galten als von Gott gegeben. Als Heilmittel dienten vor allem Kräuter und Pflanzen. Erst mit der Gründung von Universitäten ab dem 11. Jahrhundert kam es zur Trennung von Medizin und Krankenpflege. Um 1130 untersagte ein Edikt des Konzils von Clermont Klerikern die Ausübung der Heilkunde.

Seit dem 11. Jahrhundert lag die Armen- und Krankenfürsorge weitgehend in der Hand männlicher und weiblicher Krankenpflegeorden. In den Stifts- oder Klosterspitälern wurden Hospitalorden, etwa der Antoniter-, der Johanniter- oder der Heilig-Geist-Orden tätig, die die *vita contemplativa* und die *vita activa*, ein Leben in der betrachtenden Anbetung Gottes und der tätigen Liebe zum Nächsten miteinander verbanden. Im Zuge der im 12. Jahrhundert einsetzenden Kreuzzüge entstanden durch Umwandlung von Hospitalorden oder Neugründungen Hospital-Ritterorden, so etwa der Johanniterorden (der sich in der

⁹ Zur Ordenskrankenpflege siehe Messner, 2017, S. 34-45, 57-65.

Reformationszeit in den evangelischen Johanniter- und den katholischen Malteserorden aufspaltete), der Deutsche Orden und der Lazarusorden. Diese gewährleisteten den Schutz der Pilger, leisteten karitative Dienste und kämpften gegen die Heiden, wandten sich dann aber zunehmend der allgemeinen Armen- und Krankenfürsorge zu. Auch andere Orden widmeten sich barmherzigen Aufgaben. Ab dem 12. Jahrhundert kamen christliche Laiengemeinschaften wie die Beginnen und Begarden hinzu, die kein Ordensgelübde ablegten, aber ein geistliches, eheloses Leben in Gemeinschaft führten.

In den folgenden Jahrhunderten entstanden zahlreiche weitere Pflegeorden, wobei im 17. Jahrhundert weibliche Gemeinschaften in den Vordergrund rückten. Die größte Gemeinschaft bilden die Vincentinerinnen, deren Ursprung in Frankreich liegt. 1617 gründete der in der Hilfe für Arme und Kranke tätige Priester Vincent de Paul, Sohn eines Bauern und zwei Jahre türkischer Sklave in Tunis in Nordafrika, in der Pfarrei Châtillon-lès-Dombes im Osten des Landes die erste Confrérie des Dames de la Charité (Bruderschaft der Damen der christlichen Liebe), eine Vereinigung von Frauen, die sich, inspiriert von den frühchristlichen Diakonissen, um Arme und Kranke kümmerten. In anderen Orten bildeten sich entsprechende Gruppen. 1628 übertrug Vincent de Paul deren Leitung der dem Hochadel zugehörigen Witwe Louise de Marillac, die nach dem Tod ihres Mannes seelsorgerlichen Beistand bei ihm gesucht hatte. Da vor allem die adligen Damen in Paris mit der sozialen Tätigkeit überfordert waren und sich deshalb meist durch ihre Dienstmädchen vertreten ließen, scharte Louise de Marillac dort ab 1633 junge Mädchen vom Land um sich, unterrichtete sie im Lesen und Schreiben und bereitete sie auf die karitative Tätigkeit in den Elendsvierteln der Stadt wie in den umliegenden Dörfern vor. Paris war damals mit über 250 000 Einwohnern die größte Stadt Europas. Obwohl ab 1610 mit der Krönung Louis' XIII. zum französischen König eine umfangreiche bauliche Modernisierung eingeleitet und der Grundstock für eine wirtschaftliche und kulturelle Blüte gelegt wurde, gab es nach wie vor sehr viel Armut und Elend in der Stadt. Die Frauen um Louise de Marillac kümmerten sich um Kranke und übernahmen auch die Pflege im Hôtel-Dieu de Paris, dem großen städtischen Krankenhaus. Sie betreuten Bettler und Sträflinge, betrieben Suppenküchen, versorgten ausgesetzte Kinder und verwahrloste Jugendliche, gaben ihnen Unterricht und religiöse Unterweisung. Aus dieser Gruppe junger Frauen entwickelte sich die Compagnie des Filles de la Charité de Saint

Vincent de Paul (Genossenschaft der Töchter der christlichen Liebe vom heiligen Vinzenz von Paul). Die auch Vinzentinerinnen genannten Schwestern lebten nicht verborgen hinter Klostermauern in Klausur wie Nonnen, sondern in Wohngemeinschaften in der Stadt. Sie durften sich frei in der Öffentlichkeit bewegen und gingen gezielt in die sozialen Brennpunkte zu den Armen und Notleidenden. Ein feierliches Gelübde wie Nonnen legten sie nicht ab, sondern nur ein Versprechen, das sie immer wieder erneuerten. Anstelle der Ordens-tracht trugen sie die Tracht der bretonischen Landmädchen. Dies war damals in der katholischen Kirche etwas völlig Neues und rief durchaus auch Widerstand hervor.

Der Pariser Aufbruch breitete sich dennoch bald über die Grenzen Frankreichs in alle Welt aus. Er führte zur Gründung zahlreicher weiterer Gemeinschaften nach dem Vorbild Vincent de Pauls und verzweigte sich zunehmend in die verschiedensten Kongregationen und Laienvereinigungen. So gründeten 1695/96 der Pfarrer Louis Chauvet und die Adlige Marie Anne de Tilly in dem Dorf Levesville-la-Chenard bei Chartres in Nordfrankreich eine Kongregation, die zu einer Nachfolgegründung in Straßburg führte und von dort aus Vorbild für verschiedene Neugründungen in Deutschland und Österreich war. Einige deutsche und österreichische Kongregationen Straßburger Herkunft schlossen sich 1970 zur Föderation Vinzentinischer Gemeinschaften zusammen, der später auch Gemeinschaften anderer Tradition beitraten. 1971 kam es zu einem Zusammenschluss in der Tradition Vincent de Pauls stehender Vereine in der Association Internationale des Charités (Internationale Vereinigung der christlichen Nächstenliebe).

Vincent de Paul und Louise de Marillac, die beide heiliggesprochen wurden, gelten als Begründer der neuzeitlichen Caritas, der sozialen Arbeit der römisch-katholischen Kirche. Die Pflege kranker und alter Menschen gehört wesentlich zu den Aufgaben der vinzentinischen Gemeinschaften. Sie gründeten und leiten bis heute zahlreiche Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Nach ihrem Vorbild wurden andere Kongregationen, etwa 1652 der Orden der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Karl Borromäus, kurz Borromäerinnen, gegründet oder ältere Gemeinschaften umgebildet.

Die Barmherzigen Schwestern können für das 19. Jahrhundert, in dem sie die größte Gruppierung innerhalb der Pflege bildeten, durchaus als Pionierinnen der beruflichen Krankenpflege angesehen werden (Meiwes, 2008; Schweikhardt, 2008, S. 61-64). Das Leben in der Gemeinschaft war vor allem

für Mädchen vom Land attraktiv, weil sie dadurch sozial abgesichert waren, allgemeinbildenden Unterricht und eine Berufsausbildung erhielten und aufgrund der Entsendung durch das Mutterhaus in Krankenhäuser und Gemeinden die Krankenpflege relativ selbstständig ausüben konnten, was für Frauen aus den unteren Bevölkerungsschichten sonst undenkbar war. Die Schwesterngemeinschaften lenkten ihre Angelegenheiten selbst und leiteten auch die eigenen Krankenhäuser und Krankenpflegeschulen, an denen sie sich gegenseitig ohne die Beteiligung von Ärzten ausbildeten. Die Oberinnen und Generaloberinnen wurden von den Schwestern gewählt. Die Einsetzung von Ordensmännern oder Priestern als Leitungspersonen durch die Kirche empfanden sie als Bevormundung. Auch gegenüber den Ärzten in den Krankenhäusern bewahrten sich die Schwestern ihre Unabhängigkeit. Der gegenseitige Austausch über fachliche Erfahrungen, der Rückhalt in der Schwesterngemeinschaft und die starke Position des Mutterhauses gegenüber externen Krankenhausträgern und Gemeinden trugen wesentlich zum hohen Ansehen der Kongregationen bei. Andererseits waren die Schwestern einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt und auf Ansteckungsgefahren bei der Arbeit wurde wenig Rücksicht genommen, sodass die Sterblichkeit unter ihnen höher war als in der Bevölkerung insgesamt (Herder-Dorneich & Kötz, 1972, S. 99-103).

Eine Haltung des Dienstes, Kampfes und Opfers in der Nachfolge Christi sollen nach traditionell-katholischem Verständnis das Leben eines jeden Christen auszeichnen, in besonderer Weise aber das der Kleriker und der Ordensmänner und -frauen. Der Dienst zum Wohle des Nächsten, den Gott fordert, setzt den mit Enttäuschungen, Erschöpfung und Opfern, aber auch Selbstüberwindung, Reifung und Heiligung verbundenen Kampf gegen weltliche Einstellungen, persönliche Schwächen und destruktive Mächte voraus, der jedoch nicht aus eigener Kraft, sondern allein durch das Geschenk der göttlichen Gnade gelingt (so Papst Franziskus, 2018).

Auch im Mittelpunkt vinzentinischer Spiritualität steht das Dienen. Die Genossenschaften sehen ihre Hauptaufgabe darin, den „Herrn Jesus Christus als die Quelle und das Vorbild aller Liebe zu ehren, indem sie ihm leiblicher- und geistlicherweise in der Person der Armen dienen“ (Vinzentinerinnen Provinzialat Köln, 2008, S. 6). Dienen wird verstanden als tätige „Nächstenliebe, mitfühlendes Tun der Liebe Gottes“ in der Nachfolge Jesu Christi (Vinzentinerinnen Provinzialat Köln, 2008, S. 7), wobei leibliche und geistliche Aspekte miteinander verschränkt sind. Es handelt sich nicht um ein einseitiges Handeln

der Schwestern, sondern beruht auf Gegenseitigkeit mit starkem Gewicht beim Notleidenden: „Wir wissen, dass die Leidenden unsere Meister sind, die uns schon durch ihr Dasein allein predigen und von denen wir uns evangelisieren lassen“ (Vinzentinerinnen Provinzialat Köln, 2008, S. 6). In einer mystischen Perspektive eröffnet sich so im Dienst am leidenden Mitmenschen die Tiefendimension des Dienstes an Jesus Christus, dem Gottessohn, der am Kreuz litt und starb zur Erlösung der vielen. Neben der Liebe zu Gott und Christus scheint das Dienen zudem im gemeinschaftlichen Leben der Schwestern und im Gehorsam gegenüber den Oberen auf gemäß den Tugenden der Liebe, Hochachtung und Gleichheit.

Dieses Selbstverständnis der Vinzentinerinnen spiegelt sich auch in den Devisen und Emblemen der verschiedenen Gemeinschaften. Das ab 1643 verwendete Siegel der Pariser Genossenschaft, an dessen Entwicklung Louise de Marillac wesentlich beteiligt war, stellt ein flammendes Herz dar, das hinter einem Kruzifix aufscheint. In manchen Nachfolgegründungen ist das Kruzifix auch in den Mittelpunkt des Herzes gestellt. Dies soll besagen: Quelle und Zentrum der auf dem Mitleiden mit den Ärmsten beruhenden Nächstenliebe ist der Gekreuzigte. Das Herz ist umrahmt von dem Wahlspruch „La charité de Jesus crucifié nous presse“ („Die Liebe Jesu, des Gekreuzigten, drängt uns“), der auf 2 Kor 5,14 Bezug nimmt.

Für die katholischen Orden und Gemeinschaften hat die seelsorgerliche Begleitung der Kranken bis heute einen hohen Stellenwert. Pflege wird als ganzheitliche Aufgabe verstanden, die sich auf die leiblichen wie die seelischen Bedürfnisse und Ressourcen der Kranken richtet. Der Gedanke, dass die Seele des Menschen eine Kraftquelle für den Umgang mit Krankheit, Leiden und Sterben darstellt, ist dabei von ausschlaggebender Bedeutung, wobei die Seele nicht rein innerweltlich-psychologisch, sondern wesentlich von der Verbindung zu Gott und Jesus Christus her verstanden wird. Dieses christliche Pflegeverständnis steht damit im Gegensatz zu einem auf das rein Leibliche reduzierten Pflegeverständnis, das im 18. Jahrhundert aufkam und sich im Verlaufe des 19. Jahrhunderts mit dem Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin allmählich durchsetzte.

Zweifelsohne waren die kurativen Behandlungsmöglichkeiten der Medizin lange sehr begrenzt, sodass die pflegerische Aufgabe in früheren Zeiten vor allem darin bestand, Schmerzen zu lindern, angesichts von Angst und Sorge

Trost zu spenden und Sterbende bis zum Tod zu begleiten. Andererseits verstanden und verstehen die katholischen Barmherzigen Schwestern und Brüder ihren pflegerischen Dienst grundsätzlich als christlichen Auftrag, die Liebe Gottes den Kranken und Sterbenden zuzusprechen. Indem sie mit ihnen beten und ihnen den Trost des Glaubens zusprechen, tun sie an ihnen einen priesterlichen Dienst.

4.2.3 Die protestantische Krankenpflege

Martin Luther betrachtete die Armenfürsorge als allgemeine Pflicht eines jeden Christen und wies sie der Bürgergemeinde, nicht der Kirche zu. Doch als im 16. Jahrhundert im Zuge der Reformation die auf protestantischem Gebiet liegenden Klöster säkularisiert und die diesen zugehörigen Hospitäler aufgegeben wurden, verwendeten die Städte und Fürsten den eingezogenen Besitz meist nicht mehr für soziale Aufgaben. Erst Anfang des 19. Jahrhunderts wurde auf lutherischer Seite die Frage einer institutionalisierten Armen- und Krankenpflege zum Thema. Einen wesentlichen Impuls für die Lösung des Problems brachte dabei die Wiederbelebung des altkirchlichen Amtes der Diakonisse durch Theodor Fliedner. Seit 1822 Pfarrer der im katholischen Rheinland gelegenen evangelischen Diasporagemeinde von Kaiserswerth bei Düsseldorf, war er mit viel sozialem Elend, Arbeitslosigkeit und Armut konfrontiert. Deshalb reiste er in die Zentren der Erweckungsbewegung in Holland und England, um Geld für einen Kirchen-, Schul- und Armenfonds zu sammeln. Durch sein Studium war Fliedner von einem von der Aufklärung herkommenen theologischen Rationalismus geprägt. Unter den Eindrücken, die er auf seinen Reisen von den calvinistischen und methodistischen Erweckungen in Holland und England gewann, wandte er sich dann aber einem an der Bibel und einer persönlichen Frömmigkeit ausgerichteten Glauben und Leben zu. Aus dieser Motivation ist sein Wirken als Sozialreformer und Begründer des Diakonissenamtes zu erklären. Neben der Gefangenenfürsorge und der Kinder- und Jugendhilfe war ihm die Verbesserung der Situation und die Förderung sozialer Tätigkeiten von Frauen ein großes Anliegen, was zur Gründung eines Lehrerinnenseminars, eines Waisenstifts für Mädchen und einer Heilanstalt für weibliche Gemütskranke führte.

Fliedner war sich der Situation in der Krankenversorgung der damaligen Zeit sehr bewusst. Auf seinen Reisen hatte er erlebt, dass es in vielen Städten gar keine Krankenhäuser gab. Und da, wo es sie gab, herrschten häufig katastro-

phale Zustände. Die der Pflege unkundigen Wärterinnen und Wärter vernachlässigten oft die Kranken. Auch die ärztliche Versorgung war mangelhaft. So rief Fliedner 1836 eine Bildungsanstalt für evangelische Pflegerinnen (ab 1846 Rheinisch-Westfälischer Verein für Bildung und Beschäftigung evangelischer Diakonissen) mit dem Ziel ins Leben, die Krankenpflege in den Hospitälern zu verbessern. Dem daraus erwachsenen Haus der Pflegerinnengemeinschaft wurde ein eigenes Hospital angegliedert, in dem eine bessere Pflege umgesetzt werden sollte. Der Diakonissenverein wurde zum Grundstein für ein Werk, das sich im Laufe der Zeit zu einem der größten diakonischen Unternehmen Deutschlands entwickelte und heute den Namen Kaiserswerther Diakonie trägt. Fliedners erste Frau Friederike, die Lehrerin und Pflegerin war, übernahm 1837 die Aufgabe der Vorsteherin des Mutterhauses, mit der auch die Ausbildung der Diakonissen in der Krankenpflege verbunden war. Sie war wesentlich an der Entwicklung und Ausgestaltung der Idee des Diakonissenmutterhauses beteiligt. Ihr folgte im Vorsteherinnenamt Fliedners zweite Frau Caroline, eine Erzieherin, die das Werk nach seinem Tod mit seinem Schwiegersohn, Pfarrer Julius Disselhoff, leitete.

Den Stand der Diakonisse führte Fliedner auf das urchristliche Vorbild der Phöbe zurück, die im 1. Jahrhundert in der christlichen Gemeinde von Kenchreä in Griechenland als Diakonisse oder Diakonin wirkte (Röm 16,1). Die Kaiserswerther Diakonissen sollten „Dienerinnen des Herrn Jesu, Dienerinnen der Armen, Kranken und Kinder um Jesu willen, Dienerinnen untereinander“ (Diakonissen-Anstalt zu Kaiserswerth, 1912) sein. Diese dreifache Entfaltung des Dienens der Diakonisse wird auch im Begriff der Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft zusammengefasst. Fliedner knüpfte mit seinem Verständnis des Diakonissenstandes als kirchliches Amt im Zeichen selbstloser Liebe in der Nachfolge Christi wie auch mit den Ordnungsstrukturen der evangelischen Räte und des Mutterhauses als Zentrum der Schwesternschaft an die katholischen Pflegegenossenschaften an, weswegen seinem Ansatz gelegentlich katholisierende Tendenzen vorgeworfen wurden, obwohl er selbst eine eher antikatholische Position vertrat (Büttner, 2006, S. 64). Impulse erhielt er auch von den geweihten Diakonissen der Mennoniten, denen er auf seiner Hollandreise begegnet war, und von der Engländerin Elizabeth Fry, die 1840 in London das Institute of Nursing Sisters für die Ausbildung wohlhabender, frommer Frauen in der Krankenpflege begründet hatte. Die Kaiserswerther Diakonissen, die für ihre Aufgabe durch religiöse Unterweisung zugerüstet und

in einem Gottesdienst eingesegnet wurden, blieben dem Mutterhaus zumeist ihr Leben lang verbunden, legten aber kein Gelübde wie die katholischen Ordensfrauen ab, sondern konnten (wenn auch nur in dringlichen Fällen, etwa wenn sie heiraten wollten) wieder aus dem Mutterhaus austreten. Als Symbol für die Diakonisse wählte Fliedner unter Bezugnahme auf die biblische *Sintfluterzählung* (Gen 8,11) die Taube, die den Ölzweig im Schnabel trägt. Sie „soll eine Taube Christi seyn, eine mit dem h. Geiste gesalbte Friedensbotin des Herrn an die Menschen in Noth, wie dort die Taube in der Sündfluth an Noah“. Sie ist „ein Sinnbild der Unschuld, Reinheit, Lauterkeit“, aber auch der „Schwachheit, Ohnmacht und Angst“ (Fliedner in der Predigt zum 2. Weihnachtsfeiertag 1850 zit. nach Büttner, 2006, S. 67).

Fliedner ging es um eine sinnvolle Beschäftigung für Frauen. Nach seinen Vorstellungen sollten vor allem junge, unverheiratete Frauen aus dem gebildeten Bürgertum, nicht zuletzt aus Pfarrfamilien, in das Mutterhaus eintreten, um für eine Erwerbstätigkeit in einem sozialen Beruf ausgebildet zu werden. Doch dieser Adressatenkreis ließ sich kaum ansprechen. Die meisten Diakonissen kamen aus einfachen kleinbürgerlichen und ländlichen Verhältnissen. Die Krankenpflege sah man im 19. Jahrhundert als Tätigkeit ungebildeter Dienstboten an. Für Frauen aus dem gehobenen Bürgertum bedeutete sie einen Abstieg. Bürgerliche Frauen übten nach den damaligen Vorstellungen keinen Erwerbsberuf aus. Höchstens ehrenamtliche karitative Tätigkeiten kamen für sie in Frage. Dazu kam, dass sich Frauen nur in Begleitung eines Mannes in die Öffentlichkeit wagen konnten. Unverheiratete oder verwitwete Frauen hatten diese Möglichkeit jedoch nicht. Da sie keine eigenen Einkünfte hatten, waren sie materiell von ihren Eltern oder Geschwistern abhängig. So wundert es nicht, dass die Diakonissen einfachen Schichten entstammten, weil nur für sie der Eintritt in das Diakonissenmutterhaus mit einer Aufwertung verbunden war.¹⁰ Das Diakonissenamt bedeutete für diese Frauen, einen gesellschaftlich wertvollen Beruf erlernen und ausüben zu können, gegen existenzielle Risiken abgesichert zu sein und fachlichen Austausch, sozialen Rückhalt und geistliche Förderung in einer Gemeinschaft Gleichgesinnter zu erfahren. Nur die streng patriarchalische, religiös begründete Ordnung des Mutterhauses machte dies möglich. So wurde Fliedners Modell traditionsbildend für die weibliche Diakonie. Nach seinem Vorbild erfolgten rasch zahlreiche Gründungen

¹⁰ Zu den Diakonissenmutterhäusern allgemein siehe Schmidt, 1998, S. 244 und Bischoff, 1997, S. 82-83.

von Diakonissenmutterhäusern in Deutschland, Europa und Amerika. Die verschiedenen Anstalten schlossen sich 1861 zur internationalen Kaiserswerther Generalkonferenz und 1916 zum Kaiserswerther Verband deutscher Diakonissen-Mutterhäuser zusammen.

Die Diakonie und damit auch die Diakonissenbewegung haben ihre Wurzeln in der Erweckungsbewegung des 19. Jahrhunderts. Schon ab Mitte des 17. Jahrhunderts waren im Zeichen des Pietismus pädagogische Einrichtungen entstanden. Seit Anfang des 19. Jahrhunderts kam es verstärkt zu Gründungen von Vereinen und Stiftungen, die sich auf immer mehr soziale und wohl-tätige Handlungsfelder verlegten. Die Erweckungsbewegung, die theologisch wie gesellschaftlich und politisch konservativ ausgerichtet war, setzte gegen die Vernunftreligion der Aufklärung die persönliche Gottesbeziehung, die Buße und Umkehr des Einzelnen. Besonders betont wurde die Offenbarung Gottes in der Heiligen Schrift, die zur konkreten Hilfe für den notleidenden Nächsten auffordert. Dabei spielte vor allem die Überzeugung eine Rolle, dass die als Wiedergeburt verstandene Erfahrung, durch Gottes Liebe in Jesus Christus von Grund auf erneuert zu sein, nicht nur in das missionarische Bemühen um das Seelenheil des anderen und die Hilfe für ihn in einer äußeren Notlage, sondern auch die Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen führe, wobei der individuellen Hilfe grundsätzlich Vorrang gegeben wurde. Die Verbesserung der Gesellschaft erwächst nach pietistischer Auffassung allein aus der Versöhnung der Welt mit Gott in Christus. Der durch Gottes Gnade wiedergeborene Mensch stellt sich ganz in den Dienst der Besserung der weltlichen Verhältnisse im Sinne der konkreten Ausbreitung des Reiches Gottes auf Erden. Zugleich wird der Mensch nach der lutherischen Lehre als Sünder angesehen, der allein von Gott her gerechtfertigt ist. Die Hilfe für die Armen wurde von daher eng mit religiösen Zuschreibungen von Sündhaftigkeit, Umkehr und Buße verbunden. Unter gesellschaftlichem Aspekt zielte die Erweckungsbewegung insofern nicht auf grundlegende gesellschaftliche Veränderung, sondern auf Bewahrung des Bestehenden, von Monarchie, Stände-gesellschaft, patriarchaler Ehe und Familie. Demokratische Aufbrüche wie der bürgerliche Liberalismus, die Arbeiter- und die Frauenbewegung wurden in frommen Kreisen als Bedrohung der gottgegebenen Ordnung angesehen und abgelehnt.

Der lutherische Pfarrer Johann Hinrich Wichern fasste die verschiedenen evangelischen Hilfeinitiativen zu einer breiten, später sozialer Protestantismus

genannten Bewegung zusammen, als er 1848 beim ersten gesamtdeutschen Kirchentag in Wittenberg in einer Stegreifrede sein Programm der Inneren Mission vorstellte. Damit regte er die (1849 auch erfolgte) Gründung des Central-Ausschusses für die Innere Mission der deutschen evangelischen Kirche, des Vorläufers der heutigen Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, an, der dieser Bewegung einen institutionellen Rahmen gab und eine Vernetzung der Hilfen beförderte. Damit sollte eine Antwort auf die immer stärker aufbrechenden gesellschaftlichen Verwerfungen, die mit der Industriellen Revolution verbundene Verelendung, aber auch die in der politischen Revolution von 1848 zu Tage tretende innere Entfremdung der unteren Bevölkerungsschichten von Christentum und Kirche, gegeben werden. Wichern rief die evangelische Kirche zu einem umfassenden Engagement in der sozialen Frage auf. Die Ursache des Elends der Massen sah er in der verbreiteten Gottlosigkeit. Krankheit und materielle Not sind nach seiner Auffassung letztlich in geistlicher Verarmung begründet. Der einzelne trägt damit die Verantwortung für seine Notlage. Aber auch Staat und Politik stehen in der Pflicht, die Sozialgesetzgebung zu verbessern und die soziale Fürsorge auszubauen. Dadurch könne zugleich der verbreiteten religiösen Gleichgültigkeit und dem Atheismus entgegengewirkt werden.¹¹

Im Begriff der Inneren Mission (als Parallele zur Äußeren Mission) verbanden sich Motive der sozialen Fürsorge mit solchen der Verkündigung des christlichen Glaubens. Die verarmten Unterschichten sollten durch konkrete soziale Hilfe und Verkündigung des Evangeliums wieder in die christliche Gemeinschaft zurückgeholt werden. Letztlich ging es um die christliche Erneuerung des deutschen Volkes und seiner tragenden Institutionen Familie, Staat und Kirche, die Wichern im biblischen Sinn als Aufbau des Reiches Gottes verstand. Er unterschied dabei zwischen Innerer Mission, dem missionarischen Engagement der christlichen Gemeinde auf der Grundlage des Priestertums aller Gläubigen, und Diakonie als christlicher Armenfürsorge. Für letztere wünschte er sich im Sinne einer „dreifachen Diakonie“ ein Zusammenwirken privater, kirchlicher und staatlich-bürgerschaftlicher Hilfe.

Vermittelndes Element der drei Ebenen war für ihn der Diakonat, der Dienst des Diakons als selbstständiges kirchliches Amt (Wichern, 1849). Er knüpfte damit an das auf den Genfer Reformator Johannes Calvin, den Urvater der evangelisch-reformierten Kirche, zurückgehende Konzept kirchlicher Ämter

¹¹ Zur Entwicklung der Inneren Mission siehe Götzelmann, 2000.

an, nach dem die Armenfürsorge vorwiegend von ehrenamtlichen Helfern bzw. Diakonen getragen wurde. 1833 richtete Wichern im „Rauhen Haus“ in Hamburg eine Ausbildung von Gehilfen für diakonische Aufgaben insbesondere in der Erziehung von Kindern und Jugendlichen ein. Theodor Fliedner schloss sich 1844 mit einer entsprechenden Ausbildung von Männern an, die vorrangig auf den Einsatz in Kirchengemeinden vorbereitet werden sollten, faktisch aber meist in der Inneren Mission tätig waren. Ursprünglich nannte man die Absolventen „Brüder“, seit Ende des 19. Jahrhunderts dann „Diakone“. Ihr Einsatz in den Gemeinden setzte sich erst um die Jahrhundertwende durch.

Über ein Jahrhundert hinweg wurde die Arbeit der Inneren Mission vor allem von Diakonissen und Diakonen geleistet, wobei es früher deutlich mehr Diakonissen als Diakone gab. Diakone, die in der Pflege arbeiten, sind bis heute eher selten. Traditionell oblag die Pflege hauptsächlich den Diakonissen, während die Diakone und später auch die Diakoninnen bis heute zumeist in der Sozialarbeit tätig sind. Die Diakone hatten in der evangelischen Kirche einen besseren Stand als die Diakonissen. Nicht nur, dass sie heiraten und eine Familie gründen durften. In ihrer Arbeit verbanden sich von Anfang an Verkündigung und soziale Arbeit, insofern sie eine Doppelqualifikation in einem Beruf (früher oft ein Handwerksberuf, heute meist ein sozialpädagogisches Fachhochstudium) sowie in Theologie und Diakonie besaßen. Ausgehend von den verschiedenen Ausbildungsstätten bildeten die Diakone zwar auch Diakongemeinschaften. Ihre früher einsetzende Professionalisierung sorgte jedoch für die Emanzipation von den leitenden Pfarrern in den diakonischen Einrichtungen. 1913 gründeten sie einen eigenen Berufsverband. Auf den gesellschaftlichen Wandel seit den 1960er Jahren reagierte die westdeutsche Diakonenschaft mit der Öffnung für Frauen als Diakoninnen. 1991 schlossen sich west- und ostdeutsche Gemeinschaften zum Verband Evangelischer Diakonen-, Diakoninnengemeinschaften (seit 2007 Verband Evangelischer Diakonen-, Diakoninnen- und Diakonatsgemeinschaften in Deutschland, VEDD) zusammen.

Der Begriff der Inneren Mission wurde im Laufe der Zeit mehr und mehr mit christlicher Liebestätigkeit, also Diakonie gleichgesetzt. Was für Wichern als Aufgabe der verfassten Kirche einerseits und der freien Vereine andererseits noch zusammengehörte, entfernte sich im Sinne eines organisatorischen Pluralismus im kirchlichen Raum immer mehr voneinander. Neben dem diakoni-

schen Engagement der landeskirchlichen Gemeinden etwa in der Gemeindefrankenpflege oder Armenfürsorge entstand eine weitgehend unabhängige, nur lose mit den Landeskirchen verbundene Anstaltsdiakonie, die sich in vielfältiger Weise vor allem in Vereinen organisierte. Inzwischen haben sich diese zu diakonischen Unternehmen weiterentwickelt, die auf dem Gesundheits- und Sozialmarkt untereinander, mit staatlichen und vor allem privaten Sozialunternehmen konkurrieren.

Theodor Fliedner übertrug die im 19. Jahrhundert gängigen Vorstellungen von der bürgerlichen Familie und den Geschlechterrollen auf die Sozialstruktur des Diakonissenmutterhauses. Vorsteher und Vorsteherin bzw. Oberin waren die Hauseltern, Vater und Mutter, die Diakonissen deren Töchter bzw. untereinander „Schwestern“ (diese Bezeichnung wurde ab 1838 verwendet; Büttner, 2006, S. 67). Familien- bzw. Hausvorstand war der Vorsteher. Als akademisch gebildeter Theologe und ordinierter Pfarrer, der die männliche Rationalität und Autorität verkörperte und gewissermaßen die höhere Macht vertrat, war er für die Außenwirkung, die konzeptionelle Entwicklung und die geistliche Durchdringung der Arbeit zuständig und trug zugleich die Verantwortung für das gesamte Haus und alle, die zu ihm gehörten. Aufgabe der Vorsteherin war es, in die Schwesternschaft hineinzuwirken und den Vorsteher bei seiner Arbeit zu unterstützen. Ihr Bereich betraf die Beziehungen der Schwestern untereinander und die Sorge für die einzelnen Schwestern. Eine besondere Rolle als Sozialisationsagentin und Mittlerin nahm die Aufseherin (Probemeisterin) ein, die für die Probeschwestern, also die Schwestern in der Probezeit verantwortlich war. Ganz unten in der Hierarchie standen die Kranken, die Lohnwärtnerinnen und Lohnwärter sowie die Dienstboten. Diesen gegenüber sollten die Diakonissen dominant auftreten und sozialen Abstand halten. Damit spiegelte die soziale Ordnung im Mutterhaus die ständische Gesellschaftsordnung der damaligen Zeit wider. Dies galt auch für die Geschlechtertrennung. Da die Schwestern anfangs keine Männer pflegen durften, wurde eigens ein Krankenwärter angestellt. Im Alltag hatten sie zudem darauf zu achten, dass die männlichen und die weiblichen Kranken keinen näheren Kontakt miteinander hatten.

Der Vorstand wies den Schwestern eine Aufgabe im Mutterhaus zu oder entsandte sie in Tätigkeitsbereiche außerhalb des Mutterhauses. Handelte es sich um eine Einrichtung, die nicht zum Mutterhaus gehörte, schloss das Mutterhaus einen Gestellungsvertrag mit dieser ab, der die Überlassung der

Schwestern regelte. So ging deren unmittelbare Zuordnung zum Mutterhaus nicht verloren. Neben der Krankenpflege in Krankenhäusern und Gemeinden waren die Diakonissen im Laufe der Zeit auch in der Kinder- und Jugendarbeit, der Behindertenarbeit, der Altenarbeit, in Schulen und Ausbildungsstätten tätig. Manche Schwestern wurden auch in die Äußere Mission in England, in Amerika und im Orient entsandt. So eröffneten sich ihnen Erfahrungen, die Frauen der damaligen Zeit sonst kaum machen konnten. Andererseits bedeutete das auf dem Gehorsam gegenüber dem Vorstand und uneingeschränkter Dienstwilligkeit beruhende Sendungsprinzip eine umfassende Verfügbarkeit der Diakonissen, die auch ungewollte Einsatzbereiche, nahezu unbegrenzte Arbeitszeiten und den Verzicht auf ein von der Arbeit getrenntes Privatleben in Kauf nehmen mussten.

Bei ihrer Einsegnung verpflichteten sie sich gemäß den evangelischen Räten zu einem Leben in Armut, Ehelosigkeit und Gehorsam. Indem sie freiwillig Verzicht leisteten, sollten sie frei werden für ihre als Ruf Gottes zu verstehende Berufung, den Dienst der Liebe an den Kranken und Hilfsbedürftigen. Da sie in Gütergemeinschaft lebten, beschränkte sich ihr privates Vermögen auf ein Mindestmaß. Anstelle eines Verdiensts, das ihrer Arbeitsleistung entsprochen hätte, erhielten sie für den alltäglichen Bedarf ein geringes Taschengeld. Die Einkünfte aus ihrer Tätigkeit stellten sie dem Mutterhaus zur Verfügung, das dafür ihren Unterhalt und, falls erforderlich, ihre Pflege bei Krankheit und im Alter bis zum Tod gewährleistete, ihnen Schutz und Rückhalt angesichts der Widerfahrungen des Lebens gab. Zugleich wurden mit diesen Mitteln die diakonischen Aufgaben des Mutterhauses finanziert. An die Stelle der ehelichen und familiären Bindung und der damit einhergehenden Verpflichtungen trat die freiwillige Bindung an die Schwesterngemeinschaft, die ihnen Ansprache und Halt gab. Sie war als ideale Form eines von Liebe getragenen Zusammenlebens angelegt. So sollten die Schwestern, wenn es zu Streitigkeiten kam, sich unverzüglich um Versöhnung bemühen. Das Dienen, das sich im achtsamen Umgang miteinander zeigte, darf freilich nicht mit einem Bedienen verwechselt werden. Vielmehr waren die Schwestern angehalten, ihr Zimmer immer selbst zu reinigen und zu richten.

Die Prinzipien des Gehorsams, der Demut und Selbstverleugnung beziehen sich darauf, dass nicht das Eigeninteresse und die eigenen Bedürfnisse im Vordergrund stehen, sondern das Wohl der Kranken wie das der Schwesterngemeinschaft insgesamt. Insofern ist der Gehorsam ein Zeichen der Liebe. Im

Alltag zeigt er sich darin, dass gesetzte Regeln genauestens einzuhalten waren. Fliedner stellte mit der *Hausordnung und Dienstanweisung für die Diakonissen*, die ab 1839 galt (Diakonissen-Anstalt zu Kaiserswerth, 1912), einen umfangreichen Katalog von Richtlinien auf, die den Tages-, Wochen- und Jahreslauf der Diakonissen gliederten und ihr individuelles Verhalten wie das Zusammenleben in der Gemeinschaft regelten. Jede Schwester hatte sich für fünf Jahre durch Unterschrift auf sie zu verpflichten. Darüber sollten sich die Schwestern möglichst jeden Tag anhand eines Fragenkatalogs einer kritischen Selbstprüfung unterziehen, was für den Pietismus charakteristisch ist. Es handelte sich um eine Art asketische Selbstkonditionierung, zu der die soziale Konditionierung durch Ermahnungen oder Rügen seitens der Mitschwestern, des Mutterhausvorstands oder anderer Personen kam. Trotz oder gerade wegen des bis ins Detail gehenden Regelwerks kam es jedoch immer wieder zu Übertretungen oder Klärungsbedarf. Deshalb musste die *Hausordnung und Dienstanweisung* laufend überarbeitet, präzisiert und ergänzt werden (Köser, 2001, S. 191). Zudem war der Briefkontakt der Diakonissen nach außen eingeschränkt, um zu verhindern, dass allzu viel Problematisches zu Dritten gelangte. Faktisch stand nicht unbedingt der verantwortliche Umgang mit den Verhaltensregeln, sondern eher der reine Gehorsam im Vordergrund. Es herrschte durchaus eine gewisse Gesetzlichkeit.

Um sie vor Übergriffen zu schützen und ihre besondere Würde hervorzuheben, trugen die Diakonissen das Kleid und die Haube der verheirateten bürgerlichen Frau, wie sie in der Zeit des Biedermeier üblich war. Daraus entwickelte sich mit der Zeit die typische Diakonissentracht, die immer wieder an veränderte Vorstellungen angepasst wurde. Später wurde außerdem zwischen dem praktischen Erfordernissen genügenden Arbeitskleid und dem Kleid für festliche Anlässe unterschieden.

Das Mutterhaus bot unverheirateten evangelischen Frauen eine Ausbildung in der Krankenpflege und ermöglichte ihnen die Ausübung eines Berufs. Der Gedanke der Ausbildung von Frauen für Pflege und Erziehung unter Anknüpfung an das altkirchliche Diakonissenamt ging auf die programmatischen Schriften des rheinischen Pfarrers Friedrich Klönne zurück (Felgentreff, 1998, S. 21-24). Obwohl er in keiner Weise auf die Emanzipation der Frau aus patriarchalen Strukturen, sondern auf deren sinnvolle Beschäftigung gerichtet war, bedeutete er angesichts des im protestantischen Bürgertum, zumal in sei-

ner lutherischen Ausprägung geltenden Bildes der Frau als Ehegattin und Mutter für das 19. Jahrhundert eine gewisse Aufwertung, die – abgesehen von den Frauen der niederen Stände auf dem Land und in den Städten sowie den Arbeiterinnen in den Fabriken – keiner Berufsarbeit nachgingen. Bis ins 20. Jahrhundert hinein war für viele Frauen einfacherer Herkunft neben der religiösen Überzeugung freilich auch die Sicherung ihres Lebensunterhalts ein Grund, in den Diakonissenstand einzutreten. Mit der Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Frauen im 20. Jahrhundert trat diese Motivation dann in den Hintergrund.

Wie für die Barmherzigen Schwestern spielte auch für die Diakonissen der Bezug zu den Krankenhausärzten nicht die zentrale Rolle. Sie sollten diesen gegenüber Gehorsam leisten. Ihre primären Bezugspersonen waren jedoch der Vorsteher und die Oberin des Mutterhauses, die ja auch das mutterhaus-eigene Krankenhaus leiteten. Der Mutterhausvorstand war den Ärzten vorge setzt, sodass die Diakonissen vor Ort kaum antastbar waren. Sie verkörperten das Mutterhaus im Krankenhaus und hatten dadurch eine relativ große Handlungsfreiheit. Die Notwendigkeit der möglichst einvernehmlichen Zusammenarbeit mit den Ärzten im Alltag war davon natürlich nicht betroffen (Schmuhl, 2003). Ein noch höheres Maß an Autonomie hatten die Diakonissen, die in der Gemeindekrankenpflege tätig waren. Da Ärzte für die Landbevölkerung kaum erreichbar oder bezahlbar waren, übernahmen die Schwestern bis zu einem gewissen Grad auch ärztliche Tätigkeiten. Durch den engen Kontakt zu den Familien kamen zudem soziale Beratungs- und Betreuungstätigkeiten hinzu. In den Dörfern und kleinen Städten galten die Diakonissen als Autoritäten in Gesundheits- und Lebensfragen. In fachlicher wie menschlicher Hinsicht hatten sie ein sehr hohes Ansehen.

Die theoretische und praktische Ausbildung der Kaiserswerther Diakonissen in der Krankenpflege dauerte zunächst ein Jahr, später zwei Jahre. Sie konnte aber auch länger dauern. Jede Woche wurden die Schwestern eine Stunde nach einem vorgegebenen Lehrplan von einem Arzt medizinisch unterwiesen. Die praktische Ausbildung bestand aus der Tätigkeit im Krankenhaus des Mutterhauses. Dabei wurden die Lehrbücher für Krankenwartung der an der Berliner Charité tätigen Ärzte Johann Friedrich Dieffenbach von 1832 und Carl Emil Gedike von 1854 verwendet. Auch Prüfungen wurden abgenommen. Als Eigenschaften sollten sich die Diakonissen „Aufmerksamkeit sowohl

auf die Erscheinungen der Krankheit und auf das, was in den Kranken vorgeht“, „Geistesgegenwart“, „Kaltblütigkeit ohne Härte und Gleichgültigkeit“, „Milde im Umgang mit den Kranken, aber ohne Empfindeley“, „Heiterkeit im rechten Sinne“, „Verschwiegenheit“, „Wahrhaftigkeit“, „Pünktlichkeit“ und „Verträglichkeit“ aneignen; erwartet wurden außerdem „körperliche Kraft“ sowie „Reinlichkeit und Sauberkeit“ (*Medizinischer Cursus*, zit. nach Nolte, 2020, S. 124¹²). Neben anatomischen Grundkenntnissen wurden die praktischen Fertigkeiten der Leibpflege wie Betten, Waschen, Wundversorgung und Verabreichung von Medikamenten vermittelt. Darüber hinaus wurden auch das Schröpfen, das Setzen von Blutegeln und das Legen einer Fontanelle, eines künstlichen Geschwürs, zur Ableitung „schlechter Körpersäfte“ erlernt. Da diese Maßnahmen der so genannten kleinen Chirurgie Aufgabe der Handwerkschirurgen und Wundärzte waren, durften sie die Diakonissen jedoch nur ausführen, wenn ein Chirurg nicht erreichbar war. Beim Aderlass durften sie nur assistieren. Zumindest das Schröpfen und das Blutegelsetzen waren freilich für die in den Gemeinden tätigen Diakonissen Alltag (zu den Tätigkeiten Nolte, 2020, S. 124). Den Patienten obskure Hausmittel zu verabreichen, war den Schwestern strengstens untersagt.

Friederike Fliedner, die ja selbst Krankenpflegerin war, wollte die Tätigkeit der Pflegerin ganz auf die leibliche Versorgung der Kranken beschränken. Doch ihr Mann setzte sich mit seiner am Prinzip der Inneren Mission orientierten Auffassung durch, dass neben der Leibpflege die „Seelenpflege“, also die seelsorgende Begleitung der Kranken ein zentraler Aufgabenbereich der Diakonissen sei, sodass sie auch in diesem Bereich geschult wurden. Während die Diakonissen bei der Leibpflege den Weisungen der Ärzte nachzukommen hatten, waren sie bei der Seelenpflege von den Ärzten völlig unabhängig. Sollten diese sich einmischen, etwa wenn es um das frühzeitige Sprechen über den bevorstehenden Tod mit Kranken ging, konnten sich die Schwestern an das Mutterhaus wenden, das ihnen dann Beistand leistete (dazu Nolte, 2008). In diesem Fall, in dem Höheres in den Vordergrund rückte, war der Vorsteher Vorgesetzter, nicht der Arzt.

Die seelsorgerlichen Methoden, die den Diakonissen vermittelt wurden und in den *Instructionen* zusammengefasst waren, das Vorlesen aus der Heiligen Schrift (in jedem Krankenzimmer befanden sich eine vollständige *Bibel* und ein

¹² Die nachfolgenden Ausführungen zur leib- und seelenpflegerischen Tätigkeit der Diakonissen im 19. Jahrhundert stützen sich größtenteils auf die detaillierten Untersuchungen von Karen Nolte.

Gesangbuch) und aus Erbauungsschriften, das gemeinsame Sprechen von Psalmen und Gebeten, das Singen oder Sprechen von Kirchenliedern aus dem Gesangbuch, das Zitieren von Bibelversen und frommen Sprüchen, das Gespräch über Glaubens- und Lebensfragen, ohne in einen beichtväterlich-bedrängenden Ton zu verfallen, entsprachen der vom Pietismus beeinflussten Vorstellung von Krankenseelsorge, wie sie noch bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts auch von Pfarrern praktiziert wurde. Die Seelenpflege wie die gesamte Arbeit der Diakonissen war in einen pietistischen Glaubens- und Frömmigkeitskontext eingebettet. Seelsorge hat im Pietismus die Aufgabe der Erbauung, also der Stärkung des persönlichen Glaubens, und wendet sich an den „inneren Menschen“. Das seelenpflegerische Handeln der Diakonissen richtete sich dabei in der Hauptsache an die evangelischen Kranken. Wenn in einem Zimmer nur katholische Patienten lagen, konnten sie auf deren Wunsch aus der katholischen *Bibel* vorlesen. Sie sollten jedoch in jedem Fall davon Abstand nehmen, Konvertiten machen zu wollen. Andererseits war unbedingt zu vermeiden, dass evangelische Patienten von katholischem Gedankengut beeinflusst wurden. Die Konfessionen waren relativ strikt zu trennen.

In der Seelenpflege gingen die Schwestern nach vorgegebenen Handlungsmustern vor (zu nachfolgender Darstellung Nolte, 2020, bes. S. 123-127, die sich auf die Kaiserswerther Hauszeitschrift *Der Armen- und Krankenfreund* stützt; außerdem Nolte, 2010 und Kreuzer & Nolte, 2010). Sie boten den Kranken an, aus der *Bibel* oder Erbauungsschriften vorzulesen, zu beten und miteinander Kirchenlieder zu singen. Wenn sich diese verweigerten, bedrängten sie sie, das Angebot anzunehmen. Besonders auf die Schwerkranken und Sterbenden richtete sich die Aufmerksamkeit der Schwestern, denen sie dringlich nahelegten, sich wieder dem Glauben zuzuwenden. Sie verwiesen auf deren bevorstehenden Tod und fragten, ob sie im Gericht bestehen könnten. Bestimmte Erkrankungen, etwa die Schwindsucht, also die Tuberkulose wurden nicht selten mit Sünde und einer nicht gottgemäßen Lebensführung in Verbindung gebracht. Die Schwestern ermahnten die Kranken, auf dem falschen Weg umzukehren und nach Gottes Weisungen zu leben. Gegenüber frommen Patienten zeigten sie viel Einfühlungsvermögen, auch wenn diese angesichts eines schweren Krankheitsverlaufs oder des Sterbenmüssens im Glauben angefochten waren. So entstanden Situationen großer persönlicher Nähe, die im Hören auf das biblische Wort oder im Gebet Wege der Bewältigung für die Kranken, aber auch die Schwestern selbst aufzeigten.

Im 19. Jahrhundert war die Ausbildung der Diakonissen in der Krankenpflege unter Einschluss der seelsorgerlichen Begleitung der Kranken im Vergleich zur üblichen Praxis durchaus ein Fortschritt. Die Seelenpflege stellte analog zum Pflegeverständnis der Barmherzigen Schwestern angesichts der Tatsache, dass die medizinischen Heilungsmöglichkeiten sehr begrenzt waren, eine bedeutsame Kraftquelle dar. Um 1900 waren dann jedoch die Ausbildungsdefizite, etwa der Verzicht auf die Verwendung eines Lehrbuchs oder fehlende Abschlussprüfungen, gegenüber dem Roten Kreuz, den katholischen Orden und dem Evangelischen Diakonieverein Berlin-Zehlendorf nicht mehr zu übersehen (Kruse, 1987, S. 41). Bis zur reichsweiten gesetzlichen Regelung der Krankenpflegeausbildung in den 1930er Jahren weigerten sich viele Diakonissenmutterhäuser, ihre Krankenpflegesschulen nach Landesrecht anerkennen zu lassen, da sie die entsprechenden Auflagen für die Ausbildung nicht erfüllen konnten, sich aber auch ihre Unabhängigkeit von staatlichen Vorgaben bewahren wollten (z.B. für Stuttgart Nau, 2013, S. 32-34). Diese Situation führte ab der Jahrhundertwende mancherorts zu Nachwuchsproblemen.

Nur sehr wenige Neugründungen von Frauengemeinschaften im evangelischen Bereich setzten auf einen eher emanzipatorischen Ansatz. So orientierte sich der lutherische Pfarrer Franz Härter für das 1839 ins Leben gerufene Diakonissenhaus in Straßburg am Vorbild der Vinzentinerinnen der Stadt, noch mehr aber am Zisterzienserinnenkloster Port Royal des Champs bei Versailles, das, in der Tradition des Jansenismus stehend, die Gnade Gottes stark betonte und jegliche Werkgerechtigkeit ablehnte, insofern also eine gewisse theologische Nähe zum reformatorischen Prinzip des „sola gratia“ („allein die Gnade“) aufwies (Götzelmann, 1997). Für das 1860 auf Anregung von Königin Marie von Hannover gegründete Diakonissenhaus Henriettenstift wurde die Straßburger Leitungsstruktur übernommen, bei der die Oberin über dem Seelsorger und dem Arzt stand, 1869 dann aber doch durch das patriarchale Modell der Hauseltern mit dem Vorsteher an der Spitze ersetzt (Darenberg, 2005, S. 28). Die aus den wohlhabenden Kreisen Hamburgs stammende, aber nach dem Tod ihres Vaters verarmte Amalie Sieveking gründete schon 1832 zusammen mit anderen Frauen aus dem gehobenen Bürgertum den Weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege, der eine Art Frauenkommunität nach dem Vorbild der katholischen Barmherzigen Schwestern darstellen sollte und überwiegend in der Gemeindecrankenpflege tätig war (Gerstner, 2016). Diese alternativen Modelle, die das gemeinschaftliche Leben und die Mitbestimmung

der Schwestern in den Vordergrund rückten, konnten sich gegenüber dem Kaiserswerther Ansatz mit seiner Orientierung an der Unterordnung unter den Vorsteher und der weitreichenden Verfügbarkeit der Schwestern jedoch nicht durchsetzen.

Auch ein anderes organisatorisches Konzept ließ sich nicht verwirklichen: Mit dem 1854 in Neuendettelsau bei Nürnberg gegründeten Lutherischen Verein für weibliche Diakonie sollte nach den Vorstellungen seines Gründers, des „fränkischen Diakonissenvaters“ Pfarrer Wilhelm Löhe, der altkirchliche Gemeindediakonat erneuert werden. Die Diakonissen sollten als Pflegerinnen in den Gemeinden tätig werden. Entgegen der ursprünglichen Absicht entwickelte sich dann aber rasch die Gemeinschaftsform des Diakonissenmutterhauses in Anlehnung an Fliedners Konzeption (Schönauer, 1990). Kaiserswerther Orientierung zeigt sich auch in dem von den Diakonissen ausgewählten Leitspruch „Mein Lohn ist, daß ich darf“.

Ab 1899 kam es unter dem Einfluss der sich gegen die von Hedonismus, Materialismus und religiöser Indifferenz geprägte moderne Lebenswelt abgrenzenden Gemeinschaftsbewegung in Deutschland und der Schweiz, vereinzelt auch in anderen Ländern zur Gründung von Mutterhäusern, die die diakonische Arbeit stärker als die Kaiserswerther Häuser und in striktem Gegensatz zur vorherrschenden liberalen Theologie mit einem missionarischen Ansatz und Zielen der Evangelisation verbanden. Trotz ihres auf Abgrenzung bedachten Selbstverständnisses ordneten sich diese Mutterhäuser wie die Gemeinschaftsbewegung insgesamt in die landeskirchlichen Strukturen ein. 1922 schlossen sie sich auf Initiative von Pfarrer Theophil Krawietzki in Marburg an der Lahn zum Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband (DGD) zusammen, der in den Centralausschuss der Inneren Mission aufgenommen wurde (Gemeinschafts-Diakonieverband, 2021).

Schon Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten sich Alternativen zur genossenschaftlichen Gemeinschaftsform der Diakonissen, da diese unter dem Gesichtspunkt des protestantischen Freiheitsbegriffs als zu strikt und die individuelle Persönlichkeitsentfaltung allzu einengend empfunden wurde. 1894 gründete der Theologieprofessor Friedrich Zimmer angesichts des gewachsenen Bedarfs an Pflegekräften den Evangelischen Diakonieverein Berlin-Zehlendorf, der sich größtenteils als Pflegerinnenverband verstand und die Aufgabe verfolgte, bürgerliche Frauen in Diakonieseminaren zu Gemeindefrauen und auch Pfarrfrauen auszubilden. 1916 schloss sich der Verein

mit weiteren Einrichtungen zum Zehlendorfer Verband zusammen. Diakonieschwestern richten ihren Beruf und ihr Leben in christlicher Gemeinschaft auf Jesus Christus aus, sind aber nicht zu lebenslanger Bindung an die Schwesterngemeinschaft und Ehelosigkeit verpflichtet und beziehen ein Gehalt. Die Mutterhäuser, die von einem Pfarrer und einer Oberin geleitet werden, dienten nicht zuletzt der Absicherung der Schwestern bei Krankheit und im Alter. Mitglieder des Verbandes, die dem Bildungsbürgertum angehörten und der bürgerlichen Frauenbewegung nahestanden, engagierten sich für die Weiterentwicklung der Krankenpflege zu einem regulären Beruf (Gaida, 2011, S. 39-47). Mitte der 1990er Jahre öffnete sich der Zehlendorfer Verband für Evangelische Diakonie für alle Menschen, auch Männer, die zur Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland (ACK) gehören, und nahm damit einen teilweise überkonfessionellen Charakter an (Zehlendorfer Verband, 2016).

In der Weimarer Republik wurde in den Kaiserswerther Mutterhäusern unter dem Einfluss des modernen Frauenbildes die Stellung der Oberin gestärkt, die nun neben dem Vorsteher gleichrangiges Vorstandsmitglied wurde (Gause, 2005, S. 14). Der „Machtergreifung“ der Nationalsozialisten im Jahr 1933 standen die Kaiserswerther und die Gemeinschafts-Mutterhäuser wie die Diakonenschaft durchaus positiv gegenüber. Wie vielerorts erhoffte man sich eine nationalkonservative Wende und die Rechristianisierung Deutschlands. Angesichts des Druckes, den die Nationalsozialisten auf die Diakonissenmutterhäuser ausübten, schuf die Oberin der damaligen evangelischen Schwesternverbände Auguste Mohrmann 1939 den Stand der Verbandsschwester, um die freien Schwestern der Mutterhäuser stärker an diese zu binden und ihren Übertritt zur NS-Schwesternschaft zu verhindern. Die Verbandsschwestern – der Name verweist auf die Zugehörigkeit zum Kaiserswerther Verband – bilden in den Mutterhäusern eine eigene Gemeinschaft, die sich in die unter der Leitung der Diakonissen stehende Glaubens- und Dienstgemeinschaft einfügt. Die evangelischen Räte und das Sendungsprinzip gelten für sie nicht. Auch in der Tracht, die heute keine Rolle mehr spielt, waren sie von den Diakonissen unterschieden. In den 1980er Jahren öffnete sich diese Gruppe, von der man sich die Wiederbelebung der Mutterhausgemeinschaften erhoffte, auch für Männer und wurde in Diakonische Schwestern und Brüder umbenannt.

Nachdem es in der unmittelbaren Nachkriegszeit angesichts der allgemeinen Notsituation und einer Renaissance der Kirchen noch einmal zu Neueintritten gekommen war, ebte in den 1960er Jahren das Interesse junger

Frauen am traditionellen genossenschaftlichen Modell des Diakonissenstandes stark ab und versiegt schließlich weitgehend. Frauen konnten zunehmend Berufe erlernen oder gar studieren. Emanzipationsbewegung und Feminismus warfen den Mutterhäusern zudem vor, ein antiquiertes, weil patriarchal-autoritäres Geschlechtermodell zu vertreten. Von den Mutterhäusern wurden zunehmend Verbandsschwestern und freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen beschäftigt, in denen früher Diakonissen tätig gewesen waren. Mit der Diakonisse neuer Form, die nicht den evangelischen Räten unterliegt, keine Tracht mehr trägt, in einem regulären Arbeitsverhältnis steht und ihr Leben weitgehend unabhängig vom Mutterhaus unter Umständen mit eigener Familie gestaltet, versuchte man in den 1970er Jahre diesen Trend umzukehren, was jedoch nur begrenzt gelang. Angesichts des starken Rückgangs aller drei schwesternschaftlichen Formen in den Mutterhäusern wurden diese in den 2000er Jahren teilweise in Diakoniegemeinschaften zusammengeführt, der auch freie Mitarbeitende beitreten können. (dazu insgesamt Gause & Lissner, 2005, S. 16-17; Mahler, 2006)

Seit den 1970er Jahren entstanden darüber hinaus nicht-genossenschaftliche evangelische Kommunitäten von Frauen und Männern, teilweise auch nur Frauen oder nur Männern, die ledig sein oder heiraten und eine eigene Familie haben können und für ihre materielle Versorgung selbst verantwortlich sind. Sie arbeiten in herkömmlichen diakonischen Arbeitsfeldern, vereinzelt auch in der Pflege, können aber auch nicht-diakonische Berufe ausüben. Neben konfessionell ausgerichteten gibt es überkonfessionelle Kommunitäten. Im Unterschied zu den klassischen Diakoniegemeinschaften, die ein evangelisches Arbeitsethos und das aktive Tun im Rahmen der diakonischen Arbeit in den Vordergrund stellen, verstehen sich Kommunitäten erheblich stärker als geistliche Gemeinschaften.

4.2.4 Kriegskrankenpflege und Rotes Kreuz

Die Kriegskrankenpflege stellt einen wichtigen Baustein bei der Herausbildung der Pflege als Beruf dar. In den deutschen Ländern war der Kriegssanitätsdienst im Unterschied etwa zu England lange sehr unzureichend organisiert. Bis zum Aufbau der freiwilligen Krankenpflege in den 1870er Jahren lag er überwiegend bei evangelischen Diakonissen und Diakonen sowie katholischen Barmherzigen Schwestern (zum Folgenden Büttner, 2013). Eingesetzt wurden diese vor allem im Deutsch-Dänischen Krieg 1864, im Preußisch-Österreichischen Krieg 1866 und im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71, in

die erstmals auch Hilfskräfte und Beobachter des Roten Kreuzes eingebunden waren. Die seelsorgerliche Begleitung war für die christlichen Pflegekräfte angesichts geringer medizinischer Interventionsmöglichkeiten, aber auch aufgrund ihrer christlichen Ausrichtung eine Hauptaufgabe. Da sie auf die Arbeit mit kranken, traumatisierten, verwundeten, verstümmelten und sterbenden Soldaten in keiner Weise vorbereitet waren, kam ihrer Glaubensorientierung für die psychische Bewältigung dieser Herausforderung eine besondere Bedeutung zu. Dass Frauen in der männlichen Sphäre des Kämpfens und Tötens tätig wurden, nahmen die Soldaten nach erster Skepsis schnell an, da sie deren mütterliche Fürsorge als hilfreich empfanden. Sie sahen auch Berührungspunkte im schwesterlichen und soldatischen Ethos, die Tugenden des Gehorsams, der Dienstbereitschaft und des selbstlosen Verzichts zugunsten einer höheren Aufgabe. Die Felddiakone, die auf Johann Hinrich Wichern zurückgehen, wurden dagegen von vielen abgelehnt, da deren pflegerische Arbeit als unmännlich angesehen wurde. In späteren Kriegen wurden sie deshalb auch nicht mehr eingesetzt. An ihre Stelle trat die von Johann Hinrich Wicherns Sohn Pfarrer Johannes Wichern 1886 im Auftrag des Zentralkomitees der deutschen Vereine vom Roten Kreuz gegründete Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege. Gegenüber der konfessionellen Orientierung der Schwestern und Brüder gab es auch Vorbehalte, weil man die seelsorgerliche Betreuung als Missionierung interpretierte. Den Krieg selbst stellten die christlichen Pflegekräfte bei allem Entsetzen über seine Folgen nicht in Frage. Ihre Aufgabe sahen sie allein darin, das mit ihm verbundene Leid zu mindern.

Zentrale Bedeutung für die Kriegsrankenpflege erlangte ab den 1860er Jahren das von dem Genfer Geschäftsmann Henry Dunant mit Gesinnungsgenossen ins Leben gerufene Rote Kreuz, das auf christlicher Grundlage ruht, sich freilich als internationale Hilfsorganisation zu weltanschaulicher Neutralität verpflichtet sieht (umfassende Informationen zum Roten Kreuz in Bachmann, 2022a). Dunant selbst war in jüngeren Jahren von der diakonisch engagierten Erweckungsbewegung (Réveil) innerhalb der reformierten Kirche beeinflusst und hatte in Genf den Christlichen Verein Junger Männer begründet. Nachdem er 1859 nach der Schlacht von Solferino in Oberitalien, in der Piemont-Sardinien und Frankreich gegen Österreich kämpften, am Ort des Geschehens spontan Hilfe organisiert hatte, wofür ihm Florence Nightingale ein Vorbild war, entwickelte er den Gedanken, in allen Ländern für die Kriegs-

krankenpflege Hilfsorganisationen aus Freiwilligen zu gründen und die Neutralität und den Schutz der im Krieg Verwundeten durch internationale Verträge abzusichern (Dunant, 1862). Um diesem Anliegen Nachdruck zu verleihen, gründete er 1863 zusammen mit einflussreichen Genfer Bürgern ein Komitee der Fünf, das kurz darauf in Internationales Komitee für die Hilfe an Verwundeten und 1876 in Internationales Komitee vom Roten Kreuz (International Committee of the Red Cross, ICRC) umbenannt wurde. Als von den nationalen Rotkreuzgesellschaften unabhängige, neutrale Organisation leistet es bei militärischen Konflikten humanitäre Hilfe. Bereits 1864 war auf einer internationalen Konferenz von Diplomaten verschiedener Länder die Versorgung Verwundeter, die Neutralität der Verwundeten und des Lazarettpersonals, der Einsatz freiwilliger Pflegekräfte und die Einführung des roten Kreuzes auf weißem Hintergrund als Kenn- und Schutzzeichen im Rahmen der ersten Genfer Konvention verbindlich festgelegt worden. Die nationalen Rotkreuzgesellschaften schlossen sich 1919 in der Liga der Rotkreuz-Gesellschaften (League of Red Cross Societies, LRCS) zusammen, die 1991 in Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC) umbenannt wurde.

In den deutschen Ländern entstanden unabhängig voneinander und oft in Verbindung mit Frauenvereinen Rotkreuzgesellschaften, die zunächst meist noch andere Namen trugen. Die erste nationale Rotkreuzgesellschaft auf deutschem Boden war der im Jahr 1863 auf Initiative des mit Dunant befreundeten Pfarrers und Sozialreformers Christoph Ulrich Hahn gegründete Württembergische Sanitätsverein. 1869 gründeten die bis dahin in Deutschland bestehenden Rotkreuzgesellschaften das Centalkomitee der deutschen Vereine zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger, das 1879 in Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz umbenannt wurde. 1898 beschloss man auf der ersten Reichskonferenz der Landes- und Provinzialvereine vom Roten Kreuz und verwandter Organisationen in Stuttgart, dass alle Organisationen auf dem Gebiet des Deutschen Reiches die Bezeichnung „Rotes Kreuz“ im Namen tragen sollten.

Der Gedanke der Verwundetenfürsorge in Lazaretten war schon im Zuge der Napoleonischen Kriege aufgekommen. 1813 rief Prinzessin Marianne von Preußen die preußischen Frauen auf, einen Verein zum Wohle des Vaterlands zu gründen. In der Folge entstanden zahlreiche oft nur kurzlebige patriotische Unterstützungs- und Wohltätigkeitsvereine von Frauen, Männern und beiden

Geschlechtern, darunter auch Lazarettvereine. Eine zweite Welle von Vereinsgründungen erfolgte dann im Zusammenhang mit dem Rotkreuzgedanken. Nach dem Vorbild des 1866 von der preußischen Königin Augusta von Sachsen-Weimar-Eisenach in Berlin gegründeten Deutschen Frauenvereins zur Pflege und Hilfe für Verwundete im Kriege, der mehrere Zweigvereine in preußischen Regionen hatte, bildeten sich in den deutschen Ländern Frauenvereine, die eng mit dem Roten Kreuz zusammenarbeiteten. Im Unterschied zu den von Männern dominierten Rotkreuzvereinen, deren Aufgabe die Hilfe im Krieg war, schlossen die Frauenvereine Tätigkeiten in der zivilen Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege ein.

Auf Initiative von Frauenvereinen, teilweise auch Vertreterinnen des Hochadels kam es in Deutschland zur Gründung von interkonfessionellen Rotkreuzschwesternschaften. Die erste Schwesternschaft entstand in Baden, wo Großherzogin Luise bereits 1859 den Badischen Frauenverein gegründet hatte (zum Folgenden Bickel, 2011). Diesem wurden die Luisenschwestern angeschlossen, die nach einer Ausbildung an Karlsruher Krankenhäusern mit der Krankenpflege in der Stadt befasst waren und auch im Krieg eingesetzt werden konnten. 1866 übernahm die Krankenpflegeabteilung des Frauenvereins auf Wunsch der Großherzogin die Statuten des Roten Kreuzes. Die Luisenschwestern nahmen 1949 den Namen Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz an. Nach ihrem Vorbild entstanden im Deutschen Reich bis 1910 über dreißig weitere Schwesternschaften (Wolff & Wolff, 1994, S. 158-164). 1871 riefen die damals bestehenden sieben Frauenvereine den Verband der Deutschen Frauenvereine vom Roten Kreuz ins Leben, aus dem heraus es 1882 zur Gründung des Verbandes Deutscher Krankenpflegeinstitute vom rothen Kreuz kam (Bachmann, 2022b). 1922 wurde dieser in Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuze umbenannt. 1903 war erstmals eine Oberinnerschule eingerichtet worden, die ab 1927 als Werner-Schule vom Deutschen Roten Kreuz weiterbetrieben wurde.

Aufgaben der Schwesternschaften waren die Ausbildung in der Krankenpflege, die Stellung von Krankenpflegerinnen im Falle eines Krieges und die zivile Krankenpflege in eigenen oder anderen Krankenhäusern und Gemeinden. Sie waren überkonfessionell ausgerichtet, verpflichteten sich aber zu einem christlichen Ethos. Von den Diakonissen übernahmen sie das Mutterhaussystem, den Stand der Ehelosigkeit und die einheitliche Diensttracht mit

Dienstbrosche. An ihrer Spitze stand eine Oberin. Im Unterschied zu den Diakonissen bezogen sie ein wenn auch bescheidenes Gehalt. Die Rotkreuzschwesternschaften, die es nur in Deutschland gibt, können insofern als eine Art weltliche Ordensgemeinschaften verstanden werden.

Im Rotkreuzgedanken verbinden sich christliche, nationale und humanistisch-universelle Motive. Der christliche Hintergrund ist sowohl am zentralen Motto als auch am Emblem des roten Kreuzes deutlich erkennbar. Der Wahlspruch des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz ab 1888 und der internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung von 1961 bis 1999 lautete „Inter arma caritas“ („Inmitten der Waffen Barmherzigkeit“). Das Symbol des roten Kreuzes auf weißem Grund stellt die Umkehrung des weißen Schweizerkreuzes auf rotem Grund dar, das der Eidgenossenschaft seit 1339 als Feldzeichen diente und eindeutig christliche Wurzeln hat. Ob die auf der Internationalen Konferenz in Genf von 1863 aufgekommene Idee, das rote Kreuz als Schutzsymbol einzuführen, in unmittelbarem Zusammenhang zum Schweizerkreuz steht, ist freilich umstritten (Gardemann, 2006, S. 5; nach Bachmann, 2022c eine „unbelegte Annahme“). Möglich ist auch eine Beeinflussung durch das Emblem der Kamillianer, eines Krankenpflegeordens, der 1582 von Camillo de Lellis gegründet worden war. 1586 erteilte Papst Sixtus V. dem Orden die Erlaubnis, das Kamilluskreuz, ein rotes Stoffkreuz, auf dem Ordensgewand zu tragen, mit dem die Ordensangehörigen als Helfer für die Pestkranken erkennbar gemacht wurden (Nikles, 2014, S. 16). Nicht umsonst wurde das Rotkreuzsymbol in nichtchristlichen Ländern als christliches Symbol angesehen und im islamischen Kulturkreis 1876 durch einen roten Halbmond, in Israel durch den roten Schild Davids oder den Davidstern (1930), den roten Schild Davids innerhalb des roten Kristalls und kurz darauf nur den roten Kristall (2005) ersetzt.

Auch der Schweizer Jurist und Funktionär des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz Jean Pictet stellt in seinem Kommentar *Die Grundsätze des Roten Kreuzes* (1990; Original: *Les Principes Fondamentaux de la Croix-Rouge* von 1979) eine Verbindung zum Christentum her, wenn er eine gewisse Nähe zwischen den Prinzipien der Menschlichkeit oder Humanität und der Caritas oder Nächstenliebe behauptet. Den Rotkreuzgedanken ordnet er dabei einem Humanitarismus zu, worunter er eine Lehre versteht, „die auf das Glück des Menschengeschlechtes gerichtet ist“ (Pictet, 1990, S. 26), im Un-

terschied zum Humanismus, der „das Menschlichsein als höchsten Zweck ansieht“ (Pictet, 1990, S. 25). „Der moderne Humanitarismus ist eine weiterentwickelte und rationelle Form von Nächstenliebe und Gerechtigkeit“ (Pictet, 1990, S. 26), weil er nicht nur gegen akute Leidsituationen ankämpft, sondern auf die ganze Welt und zukünftiges Leid hin ausgerichtet ist. Pictets sozialeu-dämonistisch-utilitaristischer Deutung der humanitären Hilfe des Roten Kreuzes wurde freilich verschiedentlich eine gesinnungsethische Engführung vorgeworfen.

Die rasche Ausbreitung der Rotkreuzidee in Deutschland hängt eng mit dem auf die Reichseinigung bezogenen Nationalgedanken und der in der Wilhelminischen Ära ab 1871 um sich greifenden Militarisierung zusammen. Der führende Preußische Landesverein vom Roten Kreuz beispielsweise hob mit seinem lateinischen Wahlspruch „Militi pro rege et patria vulnerato“ („Dem für König und Vaterland verwundeten Soldaten“) unübersehbar auf das patriotische Moment ab. Von Anfang an standen die neu gegründeten Frauenvereine und Rotkreuzgesellschaften unter dem Einfluss adliger Kreise bis hin zu den Herrscherhäusern. Nicht zuletzt auch im Blick auf die Rotkreuzschwesternschaften verband sich das christliche Dienstverständnis mit aristokratisch-ständegesellschaftlichen, monarchisch-patriotischen und militärischen Traditionen des Dienstes am Vaterland, des heroischen Einsatzes im Krieg und des Prinzips von Befehl und Gehorsam.

Prägenden Einfluss auf die Ausbildung der Schwestern und Oberinnen des Roten Kreuzes entsprechend diesem Ethos hatte Schwester Anna von Zimmermann, Oberin der Albertinen in Leipzig und viele Jahre Vorsteherin der 1917 gegründeten Oberinnen-Vereinigung im Deutschen Roten Kreuz. In ihrer Schrift *Was heißt Schwester sein?* von 1911 (hier zit. nach Zimmermann, 2018a) greift sie unter Bezugnahme auf Gal 6,2 („einer trage des anderen Last“, Zimmermann, 2018a, S. 157) und bewusster Verwendung der Bezeichnung „Schwester“ unmittelbar auf die christliche Pfliegertradition zurück. Die berufsmäßige Krankenpflege, die die Schwester ausübt, unterscheidet sich grundlegend von der bloß erwerbsmäßigen Krankenpflege der Wärterinnen. Da Krankenpflege als Beruf nicht dem bloßen Broterwerb dient und sich nicht nur auf den leiblichen, sondern ebenso auch den seelischen Bereich erstreckt, fordert sie von der Schwester einen Einsatz, der weit über das Maß der er-

werbsmäßigen Krankenpflege hinausgeht. Schwestern „pflegen mit dem Bewußtsein, mit aller Aufopferung die Gebenden zu sein (Zimmermann, 2018a, S. 160)“.

Folgerichtig sucht die Schwester entsprechend dem „wahren Idealismus auf ethischem Gebiet“, den sie verkörpert, „die hohe Idee des Schwesternberufs zur Anschauung zu bringen“ (Zimmermann, 2018a, S. 157). Zimmermann zählt zahlreiche Charaktereigenschaften auf, die sie vorweisen soll: lebendiges Gottvertrauen, Feingefühl, Lebenserfahrung, Reife, Absehen von der eigenen Person, Selbstzucht und Selbstbeherrschung und vielerlei mehr. Als „Krone des Charakters“ bezeichnet sie dabei den „Gehorsam gegen das Pflichtgefühl“ (Zimmermann, 2018a, S. 157). Alle Tugenden „gipfeln in der Liebe und Treue. Die Liebe spricht aus der Selbstlosigkeit, Aufopferung, Selbstbeherrschung, Freundlichkeit, dem Takt, der Ruhe, Geduld, Sanfttheit und Verträglichkeit. Die Treue äußert sich als Gemeinsinn, Loyalität, Gehorsam, Pflichtgefühl, Wahrhaftigkeit, Verschwiegenheit, Gewissenhaftigkeit, der Sauberkeit, Ordnung und Pünktlichkeit – der Zuverlässigkeit“ (Zimmermann, 2018a, S. 157-158).

Zimmermann versteht die Schwester als Helferin des Arztes, der alle Fäden in der Hand hält. Bezeichnend ist der Vergleich mit Militär und Schlacht, den sie in diesem Zusammenhang heranzieht: „Wie der Feldherr mit seinen Truppen, arbeitet der Arzt mit seinen ihm unterstellten Schwestern. Ohne Feldherr ist die Arbeit der Truppen ziellos. Ohne Truppen die Arbeit des Feldherrn erfolglos. Beide sind wichtige und doch getrennte Gebiete, zwischen denen der Gehorsam das verbindende Glied bildet“ (Zimmermann, 2018a, S. 158). „Bedingungsloser Gehorsam ist Pflicht, doch darf er nicht blind sein“ (Zimmermann, 2018a, S. 158). Die theoretische Ausbildung, die „das Verständnis für Ursache und Wirkung erschließt“, legt die Grundlage für „intelligenten Gehorsam“ gegenüber den Leitungspersonen (Zimmermann, 2018a, S. 158). In Bezug auf den Umgang mit den Patienten soll dagegen der Grundsatz „Übest du Barmherzigkeit, so tue es mit Lust!“ (Zimmermann, 2018a, S. 159) gelten, der zu einem liebevollen, freundlichen, zartfühlenden Umgang mit jedem einzelnen Patienten auffordert und der bloß routinemäßigen Verrichtung entgegensteht.

In einer zweiten Schrift, *Pflichten und Rechte der Oberin* von 1913 (hier zit. nach Zimmermann, 2018b), umreißt Anna von Zimmermann die Aufgabenstellung der Oberin. Diese ist gegenüber den Schwestern Mutter, Erzieherin und

Lehrerin, gegenüber den männlichen Amts- und Führungspersonen des Arztes, Seelsorgers und Vorstehers Vermittlerin. Insgesamt, so Zimmermann, ist sie „in ihrem höchsten Amt berufliche Mutter“ (2018, S. 161), die sich, „auf Gott gestützt“ durch „Berufsbegeisterung“, „Selbstlose Liebe aus warmem Herzen“ und Gerechtigkeitsinn auszeichnet (2018, S. 162). Die „Dienende Fürsorge“, die sie schenkt, weckt in den Schwestern „dienende Liebe“ für die Pflegebefohlenen (Zimmermann, 2018, S. 163-164). Zimmermann greift mit dem Gedanken der geistigen Mütterlichkeit oder Mutterschaft (im Unterschied zur leiblichen Mutterschaft) einen Ansatz der sich im 19. Jahrhundert formierenden bürgerlichen Frauenbewegung auf, wonach Mütterlichkeit nicht nur der tatsächlichen Mutter zukommt, sondern den Wesenskern der Frau schlechthin ausmacht. Das letztlich an religiöse Traditionen der Marienverehrung und barmherzigen Zuwendung von Ordensschwestern zu den Armen anknüpfende Konzept wurde von der Kindergartenpädagogin Henriette Schrader-Breyman 1868 für den Beruf der Kindergärtnerin geprägt und von der Lehrerin, Frauenrechtlerin und Politikerin Helene Lange in den 1880er Jahren auf den gesamten pädagogischen Bereich ausgeweitet. Nach 1900 sprach man, bezogen auf die von Frauen ausgeübte soziale Fürsorge im modernen Wohlfahrtsstaat, von sozialer Mütterlichkeit (Baader, 2018, S. 24-27).

Das weibliche Prinzip der Mütterlichkeit, das emotionale Wärme, selbstlose, dienende Liebe und Ganzheitlichkeit in den zwischenmenschlichen Beziehungen umfasst, wurde dem männlichen, auf Eigennutz, Konkurrenzkampf und Zweckdenken ausgerichteten, „kalten“ Rationalitätsprinzip gegenübergestellt, das mit der um sich greifenden Industrialisierung, Ökonomisierung, Technisierung, Szientifizierung und Bürokratisierung in allen gesellschaftlichen Bereichen Einzug hielt. Vor diesem Hintergrund tritt die Frau als mütterliches Wesen aus dem Kernbereich der Familie heraus und wirkt durch freiwillige und berufliche Fürsorgearbeit wiederum auf die Gesellschaft ein, um sie zu befrieden und ihr ein menschliches Gesicht zu geben (Sachße, 1994). Im Krankenhaus stellte gegenüber dem wissenschaftlich qualifizierten Arzt, dessen Denken vom Ursache-Wirkungs-Prinzip bestimmt wird, die Schwester den auf die Befriedigung der sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichteten Gegenpol dar (dem freilich ein geringeres Gewicht beigegeben wurde). Die gesellschaftlichen Bilder von Frau und Mann spiegeln sich insofern auch im Krankenhaus. Darüberhinaus schließt das Ideal der Mütterlichkeit und die Definition der Krankenpflege als Frauenberuf die männlichen

Krankenpfleger aus dem Bewusstsein aus. Erst in den 1960er vollzieht sich allmählich eine Öffnung hin zu einem Verständnis von Pflege als geschlechtsneutralem Beruf (Schwamm, 2021).

Der Erste Weltkrieg bedeutete für die Organisation der Kriegskrankenpflege in den beteiligten Staaten eine kaum zu bewältigende Herausforderung (zum Folgenden Stölzle, 2013; Panke-Kochinke & Schaidhammer-Placke, 2002). Dies galt auch für das internationale Rote Kreuz, das neben der Verwundetenversorgung die Betreuung und Rückführung der Kriegsgefangenen in den Lagern, den Vermisstensuchdienst und den Einsatz für die vom Krieg betroffene Zivilbevölkerung zu gewährleisten hatte. In Deutschland kamen in der Kriegskrankenpflege neben Militärsanitätern und -krankenwärtern, die als Soldaten galten, zahlreiche männliche und weibliche Zivilpersonen zum Einsatz. Diese freiwillige Krankenpflege war entsprechend der *Kriegs-Sanitäts-Ordnung* von 1878 und der *Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege* von 1907 in das Heeressanitätswesen eingegliedert. Sie unterstand dem Kaiserlichen Kommissar und Militärinspekteur, der dem Chef des Feldsanitätswesens zugeordnet war. Das Rote Kreuz und die Ritterorden der Johanniter, Malteser und Georgsritter waren an ihrer Organisation beteiligt. Die Rotkreuzschwestern hatten sich für den Fall eines Krieges zum Dienst verpflichtet und wurden unmittelbar bei Kriegsbeginn einberufen. Darüber hinaus beteiligten sich an der Stellung von Pflegekräften katholische Kongregationen, Diakonissenmutterhäuser, jüdische Krankenpflegevereine und auch viele einzelne Freiwillige, unter denen aufgrund der sehr geringen Entlohnung bald fast nur noch Frauen aus dem gehobenen Bürgertum und dem Adel waren. Das Begleit- und Transportpersonal stellten die Sanitätskolonnen der Kriegervereine und Samaritervereine. Insgesamt umfasste der freiwillige Krankenpflegedienst etwa 213 000 Personen, von denen etwas mehr als ein Drittel in Lazaretten und Krankensammelstellen (davon etwa ein Drittel Frauen) in Frontnähe eingesetzt war (Stölzle, 2013, S. 13). Die Mehrzahl arbeitete in Heimatlazaretten, zwischen Front und Heimat pendelnden Lazarettzügen, auf Binnenschiffen, an Bahnhöfen, in Seuchenlazaretten, Nervenstationen für kriegstraumatisierte Frontkämpfer und Soldatenerholungsheimen. Nur ein Teil der freiwilligen Pflegekräfte besaß eine Qualifikation als Krankenschwester, Hilfsschwester oder in Schnellkursen des Roten Kreuzes geschulte Helferinnen.

Die Kriegsschwestern wurden für die verwundeten Soldaten zu einer Art Muttersatz, aber auch zur Kameradin (zum Folgenden Schulte, 1998, S. 95-

102 und Schöneberger, 2002). Sie verkörperten ein Stück Heimat angesichts der Allgegenwart von Kampf, Leid und Tod. Die Frontschwester wurde als weibliches Gegenüber zum Soldaten verstanden. Mit diesen Geschlechterstereotypen verbanden sich die ethischen Konzepte der geistigen Mütterlichkeit und des soldatischen Kampfes. Beide fügten sich zusammen im pflichtbewussten, opferbereiten und heldenhaften Dienst für das Vaterland. Aufgabe der Schwester war es, die Soldaten physisch wie psychisch so gut zu pflegen, dass sie für den Kampf wieder tauglich wurden. Das neue Erlebnis der Kameradschaft und der gleichgeordneten Gemeinschaft mit den Männern in der Ausnahmesituation des Krieges bedeutete bei aller Grausamkeit für viele Frauen – freilich nur auf Zeit – eine Befreiung aus den überkommenen patriarchalen Rollenbildern und hierarchischen Strukturen der Schwesternschaften und Familien, aus denen sie kamen, und hohe Anerkennung ihrer Leistung. Da es teilweise zu Affären zwischen Schwestern und Soldaten kam, wurde aber auch Kritik am Fronteinsatz von Frauen laut.

Nach der Niederlage im Ersten Weltkrieg wurden im Zuge des Versailler Friedensvertrages von 1919 weitreichende Maßnahmen der Abrüstung und Entmilitarisierung des Deutschen Reiches eingeleitet. Das System der auf den Sanitätsdienst und die Kriegsrankenpflege ausgerichteten Rotkreuzvereine mit ihrer national-monarchischen Ausrichtung geriet dadurch in eine Krise, die mit heftigen Auseinandersetzungen um die zukünftige Rolle des Roten Kreuzes in der Weimarer Republik einherging. 1921 schlossen sich die selbstständigen Landesvereine vom Roten Kreuz unter Einschluss des Verbandes der Rotkreuzschwesternschaften zum Deutschen Roten Kreuz (DRK) zusammen, das nun seinen Schwerpunkt auf den zivilen Bereich der Wohlfahrtspflege legte und sich zugleich mit dem Beitritt zur Internationalen Liga der Rotkreuz-Gesellschaften der weltweiten Aufgabenstellung öffnete. Damit war der Weg frei, staatlicherseits als Organisation der Freien Wohlfahrtspflege anerkannt zu werden. Die national-konservative und militärische Ausrichtung des DRK blieb jedoch trotz der äußerlichen Umorientierung weitgehend erhalten.

4.2.5 Krankenpflege als weltlicher Frauenberuf

Als Pionierin der „modernen“ Krankenpflege gilt die Engländerin Florence Nightingale. Mit ihr verbunden ist die Vorstellung, die sich spätestens nach dem Zweiten Weltkrieg allgemein durchsetzte: Die Pflege ist ein auf erlernbaren Fähigkeiten beruhender ziviler Beruf. Im Vordergrund standen für sie Fra-

gen der Professionalität der Berufsausübung und Ausbildung, während kirchlich-konfessionelle und schwesternschaftlich-gemeinschaftsbezogene Aspekte, die sie in Kaiserswerth und bei den Barmherzigen Schwestern in Paris kennengelernt hatte (Büttner, 2020), obwohl sie sehr religiös war, völlig zurücktraten. Mit der Trennung der anglikanischen Kirche von Rom im 16. Jahrhundert verschwanden die Pflegeorden aus England. Dadurch entstanden erhebliche pflegerische Versorgungsdefizite. Dies galt auch für den militärischen Sanitätsdienst. So kam es dazu, dass im Krimkrieg (1853-1856) zwischen Russland auf der einen und dem Osmanischen Reich, Frankreich und Großbritannien auf der anderen Seite gegen den Widerstand der Militärärzte eine Frau, Florence Nightingale, die pflegerische Versorgung der verwundeten englischen Soldaten in die Hand nahm und mit höchstem Engagement hervorragend meisterte. Später widmete sich Nightingale der Entwicklung einer zeitgemäßen Pflegeausbildung, die an der von ihr 1860 in London am St. Thomas' Hospital gegründeten Nightingale School of Nursing verwirklicht wurde.

Ihre Überlegungen zur Pflegeausbildung legte sie in verschiedenen Schriften dar, insbesondere in dem einflussreichen Lehrbuch *Notes on Nursing* aus dem Jahr 1860 (Nightingale, 2021). Das auf ihrem Denkansatz beruhende Nightingale-System schuf die Grundlage für die Professionalisierung, weitgehend autonome Entwicklung und starke gesellschaftliche Stellung der Krankenpflege in den angelsächsischen Ländern. Die Nightingale-Schulen, an denen eine niedere Klasse von Pflegerinnen in einem Jahr und eine höhere in drei Jahren ausgebildet wurden, leiteten nicht Ärzte, sondern Krankenschwestern. Auch den theoretischen Unterricht, der sich an wissenschaftlichen Grundsätzen orientierte, erteilten neben Ärzten erfahrene Schwestern. Er beschränkte sich anfangs weitgehend auf Diätetik und Hygiene, die Nightingale zur Grundlage einer eigenen, auf einer ausgewogenen, gesunden Lebensführung beruhenden Pflge Theorie machte. Ein starkes Gewicht hatte die Praxis, deren Aufgaben sich die auf Probe angestellten Schülerinnen (probationer) durch Learning by doing aneigneten. Sie arbeiteten nicht mehr wie bisher üblich auf einer einzigen Station, sondern in verschiedenen Bereichen, um die Breite der pflegerischen Aufgaben zu erlernen. Charakteristisch ist darüber hinaus die von der militärischen Krankenpflege, an deren Neuorganisation Florence Nightingale wesentlich beteiligt war, beeinflusste hierarchische Organisation der Pflege, die nicht mehr von Ärzten angeführt wurde. An der Spitze

stand vielmehr eine Oberin aus der Oberschicht (lady superintendent of nurses), der mehrere Abteilungsleiterinnen (head nurses) zugeordnet waren. Diesen unterstanden die Tag- und Nachtschwestern. Auf den Stationen waren die Pflegekräfte dem Stationsarzt unterstellt. Der (nach ihrem Tod erfolgten) staatlichen Anerkennung der Pflege und der Gründung eines nationalen Berufsverbands stand Florence Nightingale allerdings skeptisch gegenüber.

In Deutschland zeigten sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts ähnliche reformerische Tendenzen wie in England. Der liberale Arzt und Politiker Rudolf Virchow forderte in den 1860er Jahren, die Krankenpflege müsse sich angesichts des medizinischen Fortschritts von den Kirchen emanzipieren und zu einem auf einem säkularen Dienstverständnis beruhenden Beruf werden (Schweikhardt, 2008, S. 76-81). In den 1880er Jahren bildeten sich erste städtische Schwesternschaften ohne genossenschaftliche Anbindung. 1903 entstand die erste (christliche) Pflegegewerkschaft. Leitfigur des Neuaufbruchs wurde um die Jahrhundertwende die Krankenschwester Agnes Karll, die manchen als „deutsche Florence Nightingale“ gilt. Aus ihrer Sicht bedurfte es neuer Antworten auf die Frage, wie sich die Pflege weiterentwickeln sollte. Ihr Reformdenken war bahnbrechend angesichts der Tatsache, dass damals die überwiegende Mehrzahl aller Pflegerinnen einem Mutterhaus angehörte. Nur etwa ein Viertel waren freie, (mit diskriminierendem Unterton) „wilde“ Schwestern an Krankenhäusern oder in der Privatpflege. Für die im Krankenhaus Beschäftigten galten der Zwang zu Verköstigung und Unterbringung auf dem Gelände, Schichtdienst rund um die Uhr und die zölibatäre Lebensform. Noch schwieriger war die Situation der Privatpflegerinnen. Geregelter Arbeitsverträge, gesetzliche Arbeitszeitregelungen, Arbeitsschutz und soziale Sicherung gab es nicht. Ausbeutung, auch Selbstausbeutung aus Idealismus und Diskriminierung waren an der Tagesordnung.

Dieser unterprivilegierten Gruppe wandte sich Agnes Karll zu. 1903 gründete sie mit Gleichgesinnten die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.), zu deren erster Vorsitzender sie gewählt wurde. Die Berufsorganisation vermittelte ihren Mitgliedern Arbeitsplätze, bot ihnen Versicherungsschutz und rechtliche Beratung und vertrat ihre Interessen auf politischer Ebene. Das erste Krankenpflegegesetz auf deutschem Boden, das 1907 in Preußen in Kraft trat, ist auf Agnes Karlls Einsatz zurückzuführen (Kerchner, 1992, S. 170-174). In der Folge führten die meisten anderen deutschen Länder ebenfalls die einjährige Ausbildung in staatlich anerkannten

Krankenpflegeschulen ein. 1904 war Agnes Karll unter den Mitbegründerinnen des Weltbundes der Krankenschwestern, des International Council of Nurses (ICN). Bei einem Kongress des ICN im Jahr 1907 wurde sie zu dessen Präsidentin gewählt. Bei der Generalversammlung, die 1912 in Köln stattfand, wählte man sie zur Ehrenpräsidentin auf Lebenszeit.

Agnes Karll ging es um die soziale Absicherung der freien Schwestern, um annehmbare Arbeitsbedingungen, aber auch eine geregelte Ausbildung mit staatlicher Anerkennung und die staatliche Aufsicht über die Krankenhäuser. Für Leitungskräfte wünschte sie sich ein weiterbildendes Studium. Trotz all dieser Forderungen muss sie in ihren Zielen dennoch als gemäßigt-konservativ eingestuft werden. Sie strebte keine radikale Neuaufstellung der Krankenpflege an. Vielmehr wollte sie das traditionelle Bild mit modernen Vorstellungen verbinden. Sie hatte die Ausbildung am Clementinenhaus in Hannover, einem Mutterhaus des Roten Kreuzes, absolviert, Berufserfahrung in der Privatpflege gesammelt und das Nightingale-System bei einem USA-Aufenthalt kennengelernt. Zugleich hatte sie sich schon früh der bürgerlichen Frauenbewegung angeschlossen und war in den Allgemeinen Deutschen Frauenverein eingetreten, der sich in gemäßigter Form für das Recht der Frauen auf gleiche Bildung und Lebenschancen wie die Männer einsetzte. In ihren späteren Jahren lernte sie zudem über eine Weggefährtin, die Schweizer Krankenschwester Emmy Oser, den Züricher evangelisch-reformierten Pfarrer, Theologieprofessor und religiösen Sozialisten Leonhard Ragaz kennen, der sich ihrem Anliegen öffnete und ihr wichtige Impulse für ihre Arbeit gab. Der religiöse Sozialismus (Rostig, 1991) leitete aus den herrschaftskritischen Traditionen des *Alten Testaments*, etwa den *Prophetenbüchern*, vor allem aber dem auf Jesu *Bergpredigt* (Mt 5-7) fußenden urchristlichen Ethos der radikalen Nachfolge und Gütergemeinschaft eine Nähe von Evangelium und Sozialismus ab, die die Christen zum Eintreten für eine gerechte Gesellschaftsordnung verpflichtete. Ragaz begrüßte die Arbeiterbewegung als aktuelle Herausforderung des Christentums und sah in der Sozialdemokratie ein Zeichen für das kommende Reich Gottes.

Die Lösung des Problems der Krankenpflege bestand für Agnes Karll nicht in der bloßen Übernahme des Nightingale-Systems, sondern in der Verbindung ihrer Entwicklung zu einem eigenständigen Beruf mit Elementen des schwesternschaftlichen Ansatzes. Im Unterschied zu den Barmherzigen

Schwestern und Diakonissen sah sie unter dem Einfluss der Rotkreuzschwesternschaften die Hilfe und Zuarbeit für den Arzt als die zentrale Aufgabe der Schwester an. In der Medizinorientierung und einem naturwissenschaftlich-medizinischen Pflegeverständnis, nicht in der kirchlichen Ausrichtung lagen für sie die Momente, die der Pflege eine besondere Professionalität und eine herausragende Stellung in der Gesellschaft verliehen. Noch weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein war dieses Denken fest im Selbstverständnis der in der Krankenpflege Tätigen verankert und verlieh ihnen im Verhältnis zu den Altenpflegerinnen und Altenpflegern einen höheren Rang. Im Unterschied zu radikaleren Vertreterinnen der B.O.K.D., etwa Oberin Marie Cauer, die analog den Lehrerinnen die Übernahme in ein Beamtenverhältnis forderte, und Charlotte von Caemmerer, die die Pflege ganz von religiösen Elementen befreien wollte, hielt Agnes Karll am Gedanken der Sonderstellung fest, wie er in den Mütterlichkeitskonzepten der Frauenvereine und Rotkreuzschwesternschaften und in älteren Ansätzen der kirchlichen Schwesterngemeinschaften entwickelt worden war. Die Krankenpflege betrachtete sie als exklusiven bürgerlichen Frauenberuf, der weibliche Eigenschaften wie Mitleid, Freundlichkeit, Geduld und Disziplin erforderte. Mit ihrer Pflegeorganisation wollte sie „vor allem die persönliche Freiheit, das Selbstbestimmungsrecht in vernünftigem Maße wahren. Wir legen genauso gut wie die bestehenden kirchlichen und caritativen Organisationen den Schwerpunkt auf gute Gesinnung und vorwurfsfreien Charakter“ (Karll, 1913 zit. nach Hampel, 1983, S. 52). Die Berufsbezeichnung „Schwester“, die sich eigentlich auf die Ordensfrauen und Diakonissen bezog, sollte erhalten bleiben, um eine Abwertung der freien Pflegerinnen zu verhindern. Nach wie vor sollten diese als Statussymbol eine an die Bekleidung der konfessionellen Schwestern angelehnte Tracht mit Haube tragen, die aber gleichzeitig im Sinne einer Arbeitskleidung die sachlichen Anforderungen an Bewegungsfreiheit und Hygiene erfüllen musste und nach dem Dienst abgelegt werden konnte. Längere Arbeitszeiten als normale Arbeitnehmer und eine nur maßvolle Entlohnung hielt Agnes Karll entsprechend dem dienenden Charakter der Schwestern für akzeptabel. Überspitzt gesagt, verstanden sich die Schwestern der Berufsorganisation fast als so etwas wie eine vierte Art von Schwesternschaft neben den konfessionellen Schwestern und den Rotkreuzschwestern.

Agnes Karlls Tradition und Moderne verbindende Auffassung, die nicht in prinzipiellem Widerspruch zum Ansatz Florence Nightingales und ihrer Nachfolgerinnen in den USA stand, ohne deren Modernität zu erreichen, spiegelt sich auch in der Aufmachung der Verbandszeitschrift des B.O.K.D., die im Januar 1906 erstmals herauskam und den Titel *Unterm Lazaruskreuz* trug (Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, 1906, S. 1). Das im Zentrum des Zeitschriftenkopfes stehende Lazaruskreuz war nicht Agnes Karlls erste Wahl für das Emblem des B.O.K.D. Sie hatte sich ein rotes Kreuz vorgestellt, das Gesundheit, Medizin und Pflege veranschaulichen sollte. Doch das Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz, der Dachverband der Rotkreuzgesellschaften, hatte sich dagegengestellt, weil er eine Verwechslung mit der eigenen Organisation befürchtete. Das rote Lazaruskreuz, dessen Enden mit einer Kleeblattform verziert sind, verweist auf die neutestamentliche Gestalt des Lazarus, den Jesus vom Tod auferweckte (Joh 11,1-44). Dieses Wunder wird im Bibeltext als Zeichen für Jesu göttliche Vollmacht verstanden. In der katholischen Kirche ist Lazarus der Schutzheilige der Kranken. Das nach ihm benannte Kreuz wird in der Form eines Kruzifixes als kraft- und hoffnungspendendes Sterbekreuz verwendet, am Sterbebett aufgestellt, dem Sterbenden gezeigt, ihm zum Kuss gereicht und in der Todesstunde in die Hand gegeben. Lazarus verkörpert den schwer Kranken schlechthin, der dennoch nicht aufgegeben wird.

Der auf dem Kopf des B.O.K.D.-Blattes vom Lazaruskreuz vertikal in zwei Teile geteilte, aus der Tragödie *Hercules furens* (*Der rasende Herkules*) des römischen Dichters Lucius Annaeus Seneca des Älteren abgeleitete lateinische Spruch „Per aspera / ad astra“ („Durch das Raue / zu den Sternen“), der sich vielfach auf Wappen und Orden von Adelsgeschlechtern, Armeen, Staaten und Landsmannschaften findet, bringt die feste Zuversicht zum Ausdruck, dass der Kampf für die Reform der Pflege trotz größter Mühen zum Erfolg geführt werden wird. Mit dem unter dem Lazaruskreuz angebrachten, äußerst verknappten Leitspruch „Ich dien“ knüpft die B.O.K.D. an das Verständnis der Pflege als selbstlosem Liebesdienst in der Nachfolge Christi an, für das die Diakonissen wie die Barmherzigen Schwestern stehen. Zugleich verweist er im Zeichen der im Deutschen Roten Kreuz virulenten patriotisch-nationalen Gesinnung auf den „Dienst am Vaterland“ in Friedens- wie Kriegszeiten (Nolte, 2020, S. 128).¹³

¹³ Zum aktuellen Verständnis des DBfK siehe Lücke & Wagner, 2017.

Seit den 1950er Jahren stellten junge Krankenschwestern das traditionelle Ideal des Dienens in vielen Ländern und auch im deutschen Agnes-Karll-Verband, der 1945 als Nachfolger der von den Nationalsozialisten gleichgeschalteten und 1938 aufgelösten B.O.K.D. gegründet worden war, mehr und mehr in Frage. Die Selbstständigkeit und Professionalität der pflegerischen Tätigkeit rückte in den Vordergrund der Diskussionen. Anfang der 1960er Jahre öffnete sich der Verband gegen interne Widerstände für die einjährig qualifizierten Krankenpflegehelferinnen und Ende der 1960er Jahre für männliche Pflegekräfte. 1973 entstand durch Zusammenschluss mit weiteren Pflegeverbänden der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), der 1991 (unter Beibehaltung der Abkürzung) in Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe umbenannt wurde, nachdem bereits zuvor auch die Angehörigen der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege als Mitglieder aufgenommen worden waren. Das Lazaruskreuz blieb über Jahrzehnte in stilisierter Form Bestandteil des Verbandseblems. Erst 2019 ersetzte man es durch konzentrische farbige Kreise, die „Gemeinschaft, Lebendigkeit, Bewegung, Kompetenz, Gesundheit, Dynamik, Vielfalt, Geschlossenheit, Entwicklung oder Weitsicht“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019) signalisieren sollen. Dahinter scheint unausgesprochen der Gedanke auf, dass sich ein eindeutig christliches Leidenssymbol angesichts der unter den Pflegenden wie in der gesamten Gesellschaft immer stärker zu Tage tretenden Säkularisierung bei gleichzeitiger immigrationsbedingter religiöser Diversifizierung nicht mehr halten lässt.

4.2.6 „Modernisierung“ der Pflege um 1900

Das traditionelle Pflegeethos beruht auf christlicher Nächstenliebe als uneigennütziger, selbstlos schenkender Liebe. Seine frühesten, bis auf die christliche Urgemeinde zurückgehenden Wurzeln hat es im spirituell-asketischen Selbstverständnis katholischer Schwestern- und Brüdergemeinschaften. Seine grundlegende Ausformung erfuhr es in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch seine „Verbürgerlichung“ im Zeichen eines wesentlich von der Erweckungsbewegung beeinflussten sozialen Protestantismus in Gestalt der Diakonissengemeinschaften. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde dieses Ethos von den deutschen Frauenvereinen und den aus ihnen erwachsenen Rotkreuzschwesternschaften übernommen und mit durch die Befreiungskriege und die Reichseinigung beförderten patriotisch-nationalen und militärischen Motiven überformt. Der überkonfessionell-christliche, auf

universelle Völkerversöhnung ausgerichtete Humanitätsgedanke des internationalen Roten Kreuzes spielte demgegenüber kaum eine Rolle. Der in England schon Mitte des 19. Jahrhunderts aufgekommene, sich in Deutschland erst um 1900 langsam durchsetzende „moderne“ Ansatz einer Verberuflichung der Pflege unabhängig von genossenschaftlich organisierten Schwesternschaften, der Einflüsse der emanzipatorisch ausgerichteten Frauenbewegung und auch des religiösen Sozialismus in sich aufnahm, enthält ein innovatives Kernelement, knüpft zugleich aber bewusst an die traditionelle Vorstellung eines weiblich konnotierten, schwesterlichen Pflegeethos an. Im Blick auf ihren weltanschaulich-religiösen Hintergrund sind alle vier um 1900 prägenden Hauptströmungen der Pflege durch eine christliche Fundierung miteinander verbunden. Das ältere konfessionell-christliche Verständnis von Pflege erfuhr mit der Konstituierung der Rotkreuzschwesternschaften und der verbandlichen Selbstorganisation der „weltlichen“ Schwestern im letzten Viertel des 19. Jahrhundert gewissermaßen eine Aktualisierung und Modernisierung.

Die Pflege generell reklamierte für sich unabhängig von der weltanschaulichen Ausrichtung ein besonderes Ethos, eine hoch stehende moralische Gesinnung, die sie gegenüber anderen Tätigkeiten beruflicher und nichtberuflicher Art abhob. Dieses auf dem Gebot der christlichen Nächstenliebe aufruhende Ethos kennzeichnet ein ganzes Konglomerat emphatischer Ideale, die sich in der Summe mit einem nahezu übermenschlichen, omnipotenten Selbst- und Fremdanspruch verbanden. Zu den zentralen Tugenden des selbstlosen Dienens, der Pflichterfüllung, Reinheit, Treue und Geduld kamen zahlreiche weitere, die bis in die Gegenwart immer weiter fortgeschrieben werden. Traditionell wurde dabei der Anspruch „absoluter“ Fürsorglichkeit gegenüber den Kranken mit einer auf Selbsthingabe und „Aufopferung“ gerichteten Haltung des Verzichts oder der Zurückstellung eigener Bedürfnisse verbunden. Mit eingeflochten ist der Anspruch tugendhafter Reinheit, der sich auf die als „schmutzig“ und triebhaft identifizierten Strebungen der Sexualität (Keuschheit, Ehelosigkeit, Berufszölibat), des Besitzstrebens (Armut, Besitzlosigkeit, bescheidenes Verdienst) und des Machtstrebens (Gehorsam, Dienen, Unterordnung), letztendlich also grundsätzliche Reinheit von Sünde bezieht und noch im Ideal „totaler“ hygienischer Sauberkeit im pflegerisch-medizinischen Kontext aufscheint. Diese allumfassende Tugendhaftigkeit wird in einer asketischen Lebensführung offenbar. Folge dieser Entwicklung ist die bis heute

vielfach nachwirkende gesellschaftliche und teilweise auch innerberufliche Erwartung, Pflegekräfte müssten sich für die Kranken aufopfern und seien den Ärzten zugeordnet. Dass sie im widersprüchlichen Berufsalltag an solchen hohen moralischen Ansprüchen immer wieder auch scheitern müssen, wird verdrängt und nach außen verschwiegen.

Der Schwesternstand wurde vom Grundmotiv des selbstlosen Dienstes am Nächsten her als religiös begründete Lebensform und Lebensaufgabe verstanden, nicht als Beruf im engeren Sinn des Erwerbsberufs. Die Schwesterngemeinschaften konstituierten sich als Familienäquivalent nach dem Prinzip der Abhängigkeit durch enge Bindung. Die Lebensform der Schwester beruht auf Berufung, einem „inneren Ruf“ religiösen oder quasireligiösen Charakters und auf Selbstverpflichtung auf die asketischen Tugenden der Armut, der Keuschheit und des Gehorsams. Die Selbsthingabe im Dienst an den Kranken ist umfassend. Sie betrifft die gesamte Lebenszeit und den gesamten Lebensvollzug. Eine Trennung zwischen Arbeit und Privatleben gibt es nicht. Pflege als Lebensform bedeutet umfassende Verfügbarkeit.

Im 19. Jahrhundert entwickelte sich die Vorstellung, Frauen eigneten sich aufgrund ihrer geschlechtsspezifischen Eigenschaften in besonderer Weise für die Pflege. Zentrale Elemente dieser Vorstellung waren die als weiblich angesehenen Tugenden der emotionalen Zuwendung und Hilfe, aber auch des Verzichts und des „Selbstopfers“. Die Pflege als zutiefst weibliche Tätigkeit beruht auf den Tugenden der Zuwendung, Fürsorge, Mütterlichkeit und Pflichterfüllung. Die Liebestätigkeit wurde als angeborene mütterliche Bestimmung der Frau angesehen. Die fachliche Ausbildung trat gegenüber der Herzensbildung und der Selbsthingabe zurück.

Die traditionelle Geschlechterhierarchie und das patriarchale Ehe- und Familienverständnis bildeten sich im Verhältnis der Schwester zum Vorsteher des Mutterhauses und zum Arzt als medizinischem Fachmann im Krankenhaus ab. Die Schwester fungierte als Ehefrau (die Oberin neben dem Vorsteher, die Stationsschwester neben dem Arzt), Mutter (die Oberin gegenüber den Mitschwestern, die Schwester gegenüber den Kranken) und Hausfrau (die Oberin als Haushälterin des Mutterhauses, die Schwester als Haushaltskraft auf der Station). Gefordert waren Gehorsam und Unterordnung unter die Autoritäten, sei es Pfarrer, Arzt oder Oberin, und die Eingliederung in die von Männern dominierten institutionellen Hierarchien in Mutter- und Krankenhaus.

Die Weiblichkeitsideale wurden entsprechend der patriarchalischen Ausrichtung der damaligen Gesellschaft den männlichen, vernunftorientierten Eigenschaften des Pfarrers und des Arztes untergeordnet. Ihnen wies man im Blick auf die als unmündig angesehenen Kranken die Rolle des Vaters zu, die in der der Schwester zukommenden (gewissermaßen asexuellen) Mutterrolle ihre Ergänzung fand. Die Schwester stand (wie Seelsorger und Arzt) in einem vormundschaftlichen Verhältnis zum Kranken, das durch fordernde, bevormundende, überfürsorgliche Mütterlichkeit, quasi Machtausübung durch Liebe gekennzeichnet war. Paternalismus und Maternalismus ergänzten sich gegenseitig.

Während die katholischen und die evangelischen Schwestern einen Eigenwert der Pflege in der seelsorgerlich-ganzheitlichen Begleitung der Kranken sahen und die religiös-spirituellen Aspekte als Ressourcen für die Krankheitsbewältigung nutzten, wurde diese Ausrichtung in den Rotkreuzschwesternschaften durch die vorrangige Orientierung an der naturwissenschaftlichen, krankheits- und damit defizitorientierten Medizin ersetzt. Auch die Berufsorganisation der Pflegenden in Deutschland übernahm diese Sichtweise, die als modern galt und mehr Anerkennung im Krankenhaus wie in der Gesellschaft versprach. Die Krankenpflege suchte dadurch vom hohen Sozialprestige des Arztberufs zu profitieren. Im Vordergrund stand dabei in Berufsausübung wie Ausbildung immer die auf ständiger Verfügbarkeit beruhende Bewältigung der alltäglichen Aufgaben, die oft Ausbeutung, Überlastung und Überforderung bedeutete. In theoretischer Hinsicht wurde der Krankenpflege kein wirklicher Eigenwert beigemessen.

Die Konstituierung der Pflege als selbstlose Liebestätigkeit führte zur sozialen Ausgrenzung und Stigmatisierung der Krankenwärterinnen und -wärter, die für schnöden Lohn arbeiteten und mit dem Vorwurf mangelnder Arbeitsbereitschaft und Vernachlässigung der Kranken überzogen wurden, der freien Schwestern, die wegen ihrer freiberuflichen Tätigkeit mit moralischem Unterton als „wilde Schwestern“ diskriminiert wurden, der Hilfsschwestern, die keine oder nur eine mangelhafte Qualifizierung nachweisen konnten, und der männlichen Krankenpfleger, die in die mit dem Ruch des Unreinen, „Verrückten“ und Gewalttätigen verbundenen Nischen der Urologie, der Psychiatrie und des Militärs abgedrängt wurden. Alle diese „Randgruppen“ trugen das Stigma der fachlichen Inkonsistenz und moralischen Unseriosität, ja Sündhaftigkeit.

4.3 Selbstverpflichtung zu sittlichem Handeln

4.3.1 *Gelübde, Eide und Gelöbnisse*

Die Pflege gehört zu den Berufen und Tätigkeiten, die – in heutiger Begrifflichkeit – systemrelevant sind, ohne die Staat und Gesellschaft nicht angemessen funktionieren. Beruflich Pflegende sind von daher vergleichbar mit Ärzten, Hebammen, Apothekern, aber auch Soldaten, Richtern, Beamten und politischen Mandatsträgern. Mit den Ärzten, Hebammen und Apothekern verbindet sie darüber hinaus das besondere Vertrauensverhältnis zu Menschen in einer existenziellen Notlage, die ihnen anvertraut und von ihrem Wohlwollen abhängig, ihnen unter Umständen sogar schutzlos ausgeliefert sind. Zur Systemrelevanz kommt bei diesen Berufen also, dass von deren Angehörigen eine über das Normalmaß hinausgehende Integrität eingefordert werden muss. Für solche Fälle wurden in der Geschichte Formen des Schwurs wie Gelübde, Eid und Gelöbnis entwickelt, mit denen die betreffenden Personen auf ihre Aufgaben und Pflichten in besonderer Weise eingeschworen wurden.

Der kommissive Akt des feierlichen Versprechens ist ein hochgradig emotionaler Vorgang. Er zeichnet sich durch betuernde Sprachformeln und ritualisierte Symbolhandlungen aus und geht mit großer Ernsthaftigkeit und einem gewissen Pathos einher. Vom Schwörenden wird ein hohes Maß an Selbstreflexion und innerem Engagement verlangt. Es geht um die eine Wahrheit, unbedingte Pflichterfüllung, unverbrüchliche Treue, um ein eindeutiges Bekenntnis, eine feste Gesinnung. Im rigorosen Charakter des Schwurs liegt auch sein Problem. Denn er lässt kein Sowohl-als-auch zu. Wer falsch schwört, fällt der Ächtung anheim, wird aus der Gesellschaft ausgesondert oder strafrechtlich verfolgt.

Der Schwur beruht gewissermaßen auf einem Vertrag zwischen dem Schwörenden und dem Schwurabnehmenden, sei es Gott oder Mensch. Entsprechend können religiöse und nicht religiöse Anlässe für förmliche Schwüre unterschieden werden. Im ersten Fall spricht man meist von Gelübde, im zweiten von Eid. Berufseide, wie sie von Ärzten und Krankenschwestern abgelegt werden, gehören zu den promissorischen Eiden, bei denen eine Person erklärt, dass sie ihre in der Staatsverfassung, einem Gesetz oder berufsethischen Richtlinien begründeten Aufgaben und Pflichten erfüllen wird. Wer einen Eid leistet, hat in jedem Fall die Konsequenzen zu tragen, falls er der Verpflichtung, seine Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen, nicht nachkommt. Der Eid

selbst ist jedoch nicht rechtsrelevant. Deswegen wird häufig lieber von Gelöbnis oder auch Versprechen gesprochen.

Berufseide spielen in der Pflege seit dem 18. Jahrhundert eine nicht zu unterschätzende Rolle. Großes Vorbild und zugleich Kontrastfolie ist dabei der so genannte *Hippokratische Eid*, den in der Lehrtradition des berühmten griechischen Arztes Hippokrates stehende Schüler bzw. Ärzte seit der Antike in unterschiedlicher Form ablegten. Nach der NS-Zeit trat an dessen Stelle das vom Weltärztebund verabschiedete *Genfer Gelöbnis*. Der erste Berufseid im pflegerischen Zusammenhang ist der von dem deutschen Arzt Franz Anton Mai entwickelte *Krankenwärtereid* aus dem 18. Jahrhundert. In der angelsächsischen Welt erlangte das Ende des 19. Jahrhunderts entstandene *Florence-Nightingale-Gelübde* eine überragende Bedeutung, das auch in die jüngste deutschsprachige Diskussion ausstrahlte. Sonderwege stellen die Eide dar, die Krankenschwestern und -pfleger in den beiden deutschen Diktaturen schwören mussten.

4.3.2 Katholische und evangelische Schwesterngelübde

Den einen, nahezu „heiligen“ Urtext zum Pflegeethos aus ältester Zeit, wie ihn der *Hippokratische Eid* für die Ärzte darstellt, gibt es nicht. Dies hat damit zu tun, dass erste Konturen einer Verberuflichung der Pflege sich erst im 18. Jahrhundert abzeichneten. Der Stand des Arztes, auch wenn er im Vergleich zu heute völlig anders konstituiert war, bildete sich bereits in der Antike heraus. So ist die Urform eines pflegerischen Ethos auch nicht der Berufseid, sondern die Art des Schwurs, die die Angehörigen der Pflegeorden ablegten: das Gelübde. Unter einem Gelübde versteht man ein privat oder öffentlich vor Gott oder auch sich selbst abgelegtes Versprechen. Der Begriff assoziiert in der Regel das Ordensgelübde, die Profess, die in der römisch-katholischen Kirche die Angehörigen der alten Orden und der neueren Kongregationen ablegen. Bei Eintritt in die Gemeinschaft verpflichteten sie sich entsprechend dem neutestamentlichen Zeugnis zu einem Leben nach den evangelischen Räten der Armut, der ehelosen Keuschheit und des Gehorsams. Die Angehörigen von Gesellschaften apostolischen Lebens, etwa die Vinzentinerinnen, legen dagegen kein öffentliches Gelübde, sondern ein eher als privat einzustufendes Versprechen ab, das freilich dem Gelübde sehr nahe kommt. Die römisch-katholische Kirche sieht in solchen Gelübden, die auf bestimmte oder unbestimmte Zeit (als einfaches oder zeitliches Gelübde) oder für das ganze Leben (als feierliches oder ewiges Gelübde) abgelegt werden können, einen Akt der Gottesverehrung. Damit ist jedoch ein gravierender Verzicht verbunden. Denn die

evangelischen Räte widersprechen dem radikal, was der moderne Mensch als zentrale Lebensziele betrachtet: wirtschaftliche Unabhängigkeit, ein erfülltes Sexualleben und eine selbstbestimmte Lebensführung. Andererseits kann der Verzicht auf diese Erwartungen von der Fixierung auf sich selbst frei machen für die vertiefte Bindung an Gott. In einen Orden einzutreten, war schon immer ein schwerwiegender Schritt. Bevor jemand das Gelübde ablegt, verbringt er deshalb eine Probezeit in der Ordensgemeinschaft, um dann zu entscheiden, ob er nach deren Regeln leben will.

Traditionell lehnte die evangelische Kirche das Ablegen von Gelübden und überhaupt die monastische Lebensform ab. Das Versprechen, das Diakonissen der genossenschaftlichen Form nach mehrjähriger Probezeit bei ihrer Einsegnung ablegen, beruht zwar wie das Ordensgelübde auf den evangelischen Räten. Es wird jedoch nicht im katholischen Sinn einer mit einer sakramentalen Handlung verbundenen ewigen Verpflichtung verstanden, auch wenn eine lebenslange Bindung an das Mutterhaus insgeheim intendiert ist. Trotzdem wurde früher der Begriff des Gelübdes verwendet. So kommt in dem von Pastor Friedrich von Bodelschwingh um 1875 für die Schwestern der Diakonissenanstalt Sarepta in Bielefeld eingeführten *Diakonissen-Gelübde* die mit der Lebensform der Diakonisse verbundene Erwartung der demütigen Selbstverleugnung deutlich zum Ausdruck.

Diakonissen-Gelübde (Bodelschwingh, 1900)

1. Seid ihr freiwillig entschlossen, das Amt der dienenden Liebe in der Kirche Christi als Lebensberuf auch zu nehmen und gelobet ihr, dasselbe in Demut, Gehorsam und Treue zu führen, nach dem Vermögen, das euch Gott darreicht, und in demselben zu beharren, es sei denn, daß der klare Wille Gottes einen andern Weg zeigt.
2. Gelobet ihr, als Erlöste Jesu Christi, denen Barmherzigkeit widerfahren ist, barmherzige Freunde der Armen, Kranken, Verlorenen, Kleinen zu sein, in der Liebe, die Jesus seinen Begnadigten darreicht.
3. Gelobet ihr ferner, als eingesegnete Schwestern den jüngeren Schwestern in allem Guten voranzugehen, durch liebevolles Wort und gutes Beispiel sie anzuleiten und aufzumuntern in Demut, Gehorsam und Treue einmütig an dem Werk Jesu zu arbeiten.
4. Gelobet ihr endlich, in der Kraft des Gehorsams Christi, allem Eigenwillen zu entsagen, dem Vorstand des Mutterhauses Sarepta, das euch als die Seinen, mit Vater- und Mutterliebe aufgenommen hat, und so ihr dasselbe nicht nach Eigenwillen verläßt, euch versorgen und pflegen will bis an euer letztes Ende, pünktlich und willig gehorsam zu sein, so lange es nicht von euch fordert, was wider Gottes Wille ist, so antwortet Ja, durch Gottes Gnade.

Die Diakonissen verpflichteten sich, „in Demut, Gehorsam und Treue einmütig an dem Werk Jesu zu arbeiten“, „allem Eigenwillen zu entsagen“ und dem Mutterhausvorstand „pünktlich und willig gehorsam zu sein“. Immerhin wird aber erwähnt, dass der Gehorsam gegenüber den Oberen für das nicht mehr gilt, „was wider Gottes Wille ist“. Erstaunlicherweise wird sogar, verbunden mit dem Appell an das Gewissen, angesichts der „Vater- und Mutterliebe“ von Vorsteher und Oberin sogar die Möglichkeit angesprochen, das Mutterhaus wieder zu verlassen. Doch dies beruhe dann auf dem „Eigenwillen“, der doch gerade abgetötet werden soll. Spätestens seit den 1970er Jahren haben sich mit dem allgemeinen gesellschaftlichen Wandel die nun Gelöbnis oder persönliches Bekenntnis genannten Versprechen von Diakonissen und anderen Schwesternformen im evangelischen Bereich gewandelt. Sie sind offener, viel weniger apodiktisch geworden und setzen auf freie Entscheidung.

4.3.3 Krankenwärter- und Krankenwärterinneneide

Nicht selten wird das so genannte *Florence-Nightingale-Gelübde* als ältestes Dokument eines spezifischen Berufsethos der Pflege angesehen. Das ist jedoch nicht richtig. Denn bereits in der Zeit der Aufklärung wurden Eide entwickelt, die sich auf die Tätigkeit von zivilen Krankenwärtern und Wartfrauen, wie es sie seit der Entstehung städtischer Hospitäler seit dem 13. Jahrhundert gab, sowie militärischen Krankenwärtern bezogen. Fortschrittlich denkende Ärzte stellten Überlegungen an, welche fachlichen und sittlichen Ansprüche diejenigen erfüllen müssen, die Kranke pflegen, und gossen sie in entsprechende Eidesformeln. Diese frühen Ansätze der Verberuflichung der Krankenpflege verbanden sich mit der Bestimmung des pflegerischen Tätigkeitsfeldes und der Entwicklung einer eigenen Ausbildung (Panke-Kochinke, 2018, S. 23-27).

Zu den ersten, die Krankenwärtler für eidesfähig hielten, gehörte der Arzt und Professor der Arzneiwissenschaft, Medizin und Geburtshilfe Franz Anton Mai (auch May). Er verfasste einen *Eid eines Krankenwärtlers*, den er 1802 dem vierten Teil seines anonym erschienenen ärztlichen Lehrbuchs *Stolpertus der Polizei-Arzt im Gerichtshof der medizinischen Polizeigesetzgebung von einem patriotischen Pfälzer* beigab. Der Eid wurde den gemischtkonfessionellen und auch jüdischen Krankenwärtlern ab 1782 nach der unentgeltlichen Lehre abgenommen, die sie an der im Jahr zuvor in Mannheim von Mai gegründeten Öffentlichen Schule zur Erziehung wohl unterrichteter Krankenwärtler, der ersten amtlich genehmigten Krankenpflegeschool in Deutschland überhaupt, absolviert hatten. Mais Eid steht für einen frühen Aufbruch in der Herausbildung

der Pflege als weltlicher Beruf. Seine aus einem überaus negativen Bild von den ungelerten Krankenwärtern und Wartweibern (Panke-Kochinke, 2018, S. 51) – man sprach lange auch vom „dunklen Zeitalter der Krankenpflege“ (Katscher, 1957, S. 53-61) – erwachsene Vision, die Pflegeausbildung an die medizinischen Fakultäten der Universitäten anzubinden, eine staatliche Prüfung einzuführen und die sittliche Haltung der Pflegenden durch Vereidigung zu festigen, scheiterte jedoch am Widerstand der Ärztekollegen, die seine Schulen in Mannheim und ab 1801 auch in Heidelberg als „Pfuscherschulen“ diffamierten (Seidler, 1996, S. 163), und an der Ignoranz der Obrigkeit, die der Einrichtung von Krankenwärterschulen keine vorrangige Bedeutung beimaß. Beide Schulen mussten 1806 geschlossen werden. Dennoch stellt Mais Eid eine wichtige Vorstufe in der Entwicklung eines pflegeberuflichen Ethos dar:

Eid eines Krankenwärters (Mai, 1802)

Ihr N.N. sollet geloben und schwören, daß Ihr nach der in der Krankenwärterlehre erhaltenen Anleitung die Luft der Krankenzimmern nach Verschiedenheit der Jahreszeiten, und Krankheiten reinigen, abkühlen oder erwärmen, die Speisen, Getränke und Arzneien, nach der Vorschrift des Arztes pünktlich abreichen, die Reinlichkeit des Kranken in Bettung und Weißzeug besorgen, die Klistiren, Ueberschläge und Bäder nach der Angabe der Ärzten zubereiten, und bebringen, die Zufälle der Krankheiten sowohl bei Tag als Nacht fleißig beobachten, jählinge und ungewöhnliche Erscheinungen dem Arzt ohne Verzögerung anzeigen, allen Aberglauben, Quacksalberei, und hinterlistigen Gebrauch von Hausmitteln meiden, Wiedergenesende sorgfältig pflegen, dabei nüchtern, wachsam, verschwiegen, vorsichtig, liebe reich, gefällig, geduldig, unverdrossen, mitleidig, unbestechlich und herzhaft sowohl in hitzigen als langwierigen Krankheiten seyn, die Armen wie die Reichen mit gleicher Liebe und Sorgfalt bedienen, dabei in jählingen Zufällen, bei Scheintodten die allgemeinen Rettungsmittel bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes mit Unerschrockenheit und Standhaftigkeit anwenden, überhaupt alles nach bestem Wissen und Gewissen besorgen wollet, was wahre Nächstenliebe und Krankenwärterspfl icht von euch fordern und ihr zu leisten imstande sey d u. s. w.

Der Eid richtet sich weitestgehend am pflegepraktischen Handeln der Krankenwärt er als Helfer des Arztes aus. Das Spektrum reicht vom Lüften und von einer angemessenen Raumtemperatur, regelmäßiger Nahrungszufuhr und Medikamentengabe, der Reinlichkeit des Bettes, Bereitstellung von Klistieren, Übersschlägen (Umschlägen) und Bädern, laufender Krankenbeobachtung und umgehender Meldung besonderer Vorkommnisse an den Arzt über die Ausgrenzung alternativmedizinischer, also der Vernunft widersprechender Metho-

den bis hin zur Aufrechterhaltung der Pflege Wiedergenesender, die wohl häufig vernachlässigt wurden, und zu Wiederbelebungsmaßnahmen bei Scheintoten. Auf das Gebot der Gleichbehandlung armer und reicher Kranker geht der Eid in typisch aufklärerischer Manier explizit ein. Hierin kann man eine frühe Formulierung dessen sehen, was später im Verbot der Diskriminierung Kranker aufgrund persönlicher Merkmale zu einem zentralen Bestandteil des Pflegeethos werden wird. Ferner wird eine Reihe von Tugenden wie Sachlichkeit, Aufmerksamkeit, Verschwiegenheit, Fürsorglichkeit, Geduld, Mitgefühl, Unbestechlichkeit, Durchsetzungsvermögen und anderes angesprochen. Der dahinterstehende Gedanke, dass pflegerisches Handeln auf einer moralischen Haltung beruht, wird spätere Ansätze eines pflegeberuflichen Ethos stark bestimmen.

Der Einfluss des Rationalismus ist in Mais Eid deutlich erkennbar. Er fordert die Krankenwärter dazu auf, nur das für wahr zu halten, was der Vernunft entspricht. Was nach reiflicher Sachprüfung als un- oder widervernünftig erkannt wird, ist auszusondern. Im Eid werden diese im Volk weit verbreiteten irrationalen und obskuren Ansätze "Aberglauben, Quacksalberei und hinterlistigen Gebrauch von Hausmitteln" genannt, die bestenfalls nicht helfen und schlimmstenfalls kontraindiziert sind, immer aber das vernünftige Denken trüben und das sachgemäße Handeln verhindern. Die erwähnte Hinterlist beim Gebrauch von Hausmitteln spielt auf die heimliche, betrügerische oder böswillige Anwendung von wirkungslosen oder gar gefährlichen Mitteln an. Vernunftgemäß ist dagegen in der Medizin wie in der Pflege die streng wissenschaftliche Methode, die auf Beobachtung, Analyse und Kritik beruht. Der im Eid angesprochene Scheintod etwa, der bis ins 19. Jahrhundert unter den Menschen starke Ängste auslöste, lebendig begraben zu werden, ist nichts anderes als eine tiefe Bewusstlosigkeit, aus der die Betroffenen wieder in einen Wachzustand zurückgeführt werden können. Die Krankenwärter können dem Problem mit "Unerschrockenheit und Standhaftigkeit", also vernünftig begegnen, indem sie "Rettungsmittel" wie die Beatmung mittels eines Blasebalgs, die Reizung des Riech- oder Geschmackssinns, Einreibungen oder Einläufe mittels Klistieren einsetzen.

Neben der Verabreichung von Medikamenten spielen im Eid Methoden der physikalischen Therapie wie Umschläge und Bäder sowie Hygienemaßnahmen (das Sauberhalten der Betten) eine bedeutsame Rolle. Der Einfluss der hippokratischen Tradition wird in fachlicher Hinsicht an den der Diätetik, also

der gesunden Lebensweise entstammenden Aspekten der Luftzufuhr, Raumtemperatur und Ernährung sowie in der Betonung der Krankenbeobachtung, in sittlicher Hinsicht an der Verschwiegenheitsforderung erkennbar. Dahinter verbirgt sich der Neohippokratismus genannte Ansatz der Medizin der Aufklärungszeit, der auf klinische Empirie setzte (Eckart, 2017, S. 137-170). Mais Krankenwärter wurden nicht nur in der Theorie, sondern hauptsächlich am Krankenbett ausgebildet. Der Eid spricht ausdrücklich von "der in der Krankenwärterlehre erhaltenen Anleitung". Um die gesundheitliche Versorgung der Menschen zu verbessern, vertrat Mai die Zielsetzung, "gute hippokratische Beobachter ans Krankenbett zu setzen" (zit nach Wittneben & Mischo-Kelling, 1995, S. 217).

Im Vordergrund des Eides steht die Erfüllung der alltäglichen Aufgaben "nach bestem Wissen und Gewissen". Auf einen Gottesbezug verzichtet er, da es sich bei der Pfl egetätigkeit nach Mais Verständnis um ein weltliches Handwerk handelt, das vor allem praktische Kenntnisse und Fähigkeiten verlangt. Grundlegende sittliche Prinzipien wie die der Nächstenliebe und der Pfl ichterfüllung im Beruf finden gegen Ende des Eides eher beiläufig Erwähnung. Eine angemessene innere Einstellung zum Beruf ist dennoch nicht unwichtig. Es ist davon auszugehen, dass das biblische Gebot der Nächstenliebe die Grundlage für die Arbeit der Krankenwärter und der zentrale Antrieb für den Eintritt in den Pflegeberuf war. Diese Motivation zeigt sich aber nicht in Bekenntnissen, sondern in der helfenden Zuwendung zum Nächsten und im Tun dessen, was die beruflichen Aufgaben konkret fordern. Hinsichtlich der Gottes- und der Nächstenliebe als zentralen Pflichten nach dem *Doppelgebot der Liebe* berief sich der fromme Katholik Mai 1813 in der *Anrede an die weiblichen Zöglinge der Gesundheits- und Krankenpflege über die Pflichten und Eigenschaften einer rechtschaffenen Krankenpflegerin bei der feierlichen Austheilung der von Ihrer Kaiserlichen Hoheit unserer Gnädigsten Frau Großherzogin von Baden, den vorzüglichsten Zöglingen ertheilten Ehren-Medaillen* ausdrücklich auf den Apostel Paulus, der die Liebe als "des Gesetzes Erfüllung" (Röm 13,10) ansah (Franz Anton Mai, 2022).

4.3.4 Das Gelübde zu Ehren Florence Nightingales

Im Gegensatz zu den Eiden für zivile Krankenwärter und -wärterinnen der Aufklärungszeit hatte das Ende des 19. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelte *Florence Nightingale Pledge*, zu Deutsch *Florence-Nightingale-Gelübde* durchschlagenden Erfolg. Es verbreitete sich mit der zunehmenden Professionalisierung der pflegerischen Ausbildung in verschiedenen Versionen innerhalb der USA und in weiteren unter deren Einfluss stehenden Ländern. Von Florence Nightingale selbst stammt es, wie häufig aufgrund seines Namens angenommen wird, nicht. Vielmehr wurde es von der Krankenschwester und Leiterin der um 1900 im pflegerischen Ausbildungssystem der USA führenden Farrand Training School for Nurses am Harper Hospital in Detroit, Lystra E. Gretter, zusammen mit einer Lehrerinnengruppe nach dem Vorbild des *Hippokratischen Eides* für den Berufseintritt der Absolventinnen entwickelt und in Übereinstimmung mit der American Nurses Association nach der inzwischen 73jährigen Florence Nightingale benannt, die als Pionierin der neuzeitlichen Krankenpflege in den USA höchste Wertschätzung genoss (Thompson, 1994, S. 36). Das Gelübde wurde 1893 von der Abschlussklasse der Schule erstmals abgelegt:

The Florence Nightingale Pledge – ursprüngliche Version von 1893 (Original "Florence Nightingale Pledge", 2022)

I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully.

I shall abstain from whatever is deleterious and mischievous, and shall not take or knowingly administer any harmful drug.

I shall do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling.

I shall be loyal to my work and devoted towards the welfare of those committed to my care.

Das Gelübde kann als Urform des angelsächsischen Ansatzes eines pflegerischen Berufsethos angesehen werden, das sich an der Vorstellung einer anspruchsvollen Professionalität, wie sie Florence Nightingale vertrat, festmacht und dabei gleichzeitig ohne Scheu mit der emphatischen Form des *pledge* – was mit „Versprechen“ oder „Zusicherung“, aber auch „Gelübde“ oder „Gelöbnis“ ins Deutsche übersetzt werden kann – und weitreichenden Reinheits- und Enthaltensidealen die ältere religiöse Tradition der Pflege in ein weltliches Berufsverständnis übersetzt. In der Ausbildung in England, die

von Zucht und Strenge geprägt war, wurden die Charakterbildung und moralische Festigkeit der Schülerinnen stark betont. Ihre religiöse Einstellung und Förderung traten demgegenüber ganz zurück. Die Krankenpflege wurde als säkularer bürgerlicher Frauenberuf verstanden, der ein hohes weibliches Ethos, nicht aber unbedingt eine besondere Religiosität oder Kirchenbindung verlangte. Dennoch ist der mit Florence Nightingale verbundene Neuaufbruch der Pflege nicht ohne die christlichen Implikationen zu verstehen, die sich hinter ihm verbergen. So revolutionär das Nightingale-System anmutet, beruhte es letztlich doch auf dem konservativen hierarchischen Gesellschaftsmodell und dem traditionellen, christlich konnotierten Frauenbild des Viktorianischen Zeitalters, das England von den 1830er Jahren bis etwa 1900 prägte.

Im Unterschied zu Mais Eid stellt sich das *Nightingale-Gelübde* selbstbewusst und vollumfänglich in die Überlieferung des ärztlichen Ethos, wie es im *Hippokratischen Eid* formuliert ist. Der mit *Ἱπποκράτης (Hórkos)*, also *Eid* überschriebene altgriechische Text (siehe *The Oath*, 1923 mit englischer Übersetzung; Bauer, 1993, S. 1-2 mit deutscher Übersetzung), der als erstes grundlegendes Dokument des Ethos des ärztlichen Berufsstandes anzusehen ist, geht allerdings nicht auf Hippokrates zurück, sondern entstand wahrscheinlich um 400 v. Chr. in einer Ärzteguppe, die der religiös-philosophischen Sekte der Pythagoreer angehörte. Erst bei der Zusammenstellung verschiedenster medizinischer Schriften in der berühmten Bibliothek von Alexandria in Ägypten ab dem 3. Jahrhundert v. Chr. wurde auch er im Rahmen des *Corpus Hippocraticum* dem herausragenden griechischen Arzt zugeschrieben. Erstmals erwähnt wird er im 1. Jahrhundert n. Chr. Die ältesten griechischen Fragmente stammen aus dem 3. Jahrhundert, die älteste vollständige griechische Fassung wird auf das 10. oder 11. Jahrhundert datiert.¹⁴

Ob der *Hippokratische Eid* in der Antike unter den Ärzten überhaupt größere Verbreitung fand, ist unsicher. Jedenfalls enthält er nicht nur sittliche Grundsätze für den Umgang des Arztes mit den Patienten, sondern regelt ebenso und zu allererst das Vertragsverhältnis zwischen dem ärztlichen Lehrer und seinen Schülern im Blick auf Lebensunterhalt, Altersversorgung und Lehre. Es geht darum, angesichts der begrenzten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und des materiell wenig gesicherten Daseins der Ärzte deren sittliche Pflichten

¹⁴ Zur historischen Einordnung siehe Bauer, 1993, S. 3-5, 1995, S. 141-148 sowie Schmidt-Wycklicky, 2011, S. 85-86.

und wirtschaftliche Erwartungen miteinander in Einklang zu bringen. Im Mittelalter wurde der *Hippokratische Eid* im christlichen wie im arabisch-islamischen Kulturkreis in unterschiedlichen Versionen weitertradiert. Die Anrufung der griechischen Heilgötter wurde dabei durch die des dreieinigen Gottes bzw. Allahs ersetzt. Seit der Renaissance galt der Eid im Abendland als *der* Schlüsseltext des ärztlichen Ethos. Seit dem 16. Jahrhundert legten ihn Ärzte in angepasster Form bei der Promotion oder Approbation ab. 1804 sprachen ihn erstmals Absolventen der Universität Montpellier in Frankreich als Ganzes. In den USA, aber auch andernorts wird er bis heute gerne bei Promotionsfeiern oder auch zu Studienbeginn verlesen, um das ethische Bewusstsein der jungen Ärztinnen und Ärzte zu schärfen. Aus heutiger Sicht hat er jedoch nur noch historische Bedeutung, insofern er mit den Prinzipien des Patientenwohls und des Nicht-Schadens, dem Verschwiegenheitsgebot, dem Verbot des Missbrauchs der ärztlichen Stellung und der Kollegialitätsforderung auf bestimmte medizinethische Traditionen bis hin zur aktuellen Prinzipienethik Einfluss hatte und hat. Als ethische Grundlage für das Handeln heutiger Ärztinnen und Ärzte kann man ihn angesichts völlig veränderter wissenschaftlicher, wirtschaftlicher und soziokultureller Rahmenbedingungen nicht ansehen.

Das *Nightingale-Gelübde* greift, abgesehen von der Eidesform selbst, auch auf viele Inhalte des *Hippokratischen Eides* zurück: den Gottesbezug, die Selbstverpflichtung zu einer integren Lebensführung, die sich in der Berufsausübung spiegelt, die Orientierung am Wohl der Kranken, den Verzicht auf die Einnahme tödlicher Gifte und damit auf Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, die Verschwiegenheitspflicht gegenüber dem Kranken und die Treue gegenüber Beruf und Arbeit. Auch der Appell, im Sinne des Professionalitätsparadigmas den eigenen Berufsstand angemessen zu vertreten und zu fördern, kann aus dem *Hippokratischen Eid* mit seiner Betonung der exklusiven Bedeutung des Ärztstandes und der ärztlichen Kunst herausgelesen werden.

Unter ethischem Gesichtspunkt verfolgt das *Nightingale-Gelübde* jedoch einen Ansatz, der sich aus vielerlei Quellen speist. Neben der antiken hippokratischen Tradition ist es zum einen das Gebot der christlichen Nächstenliebe, das seit Spätantike und Mittelalter die konfessionelle Krankenpflege prägte. Hinzu kommen zum anderen das neue, von Florence Nightingale ausgehende Verständnis von Pflege als weltlicher Beruf sowie das mit dem Frauenbild des 19. Jahrhunderts verbundene Tugendideal, das den moralischen Charakter,

die nicht nur im Blick auf den Beruf, sondern die gesamte Lebensführung bezogene tugendhafte Haltung der Pflegerin in den Mittelpunkt stellt. Schon Florence Nightingale legte 1882 besonderen Wert auf „moralische Qualitäten, Sitten und Verhaltensweisen, ohne die keine Frau Krankenschwester sein kann“ (zit. nach Arndt, 1996, S. 13). Ein Tugendethos liegt freilich auch dem *Hippokratischen Eid* und der christlichen Pflege zugrunde.

Das *Nightingale-Gelübde* orientiert sich zugleich am Ethos und Berufsverständnis der christlichen Schwesterngemeinschaften, obwohl es für säkulare Krankenschwestern entwickelt wurde. Beruf und Privatleben betrachtet es als Einheit. Der Pflegeberuf wird als Berufung verstanden, die auf alle Aspekte und die gesamte Spanne des Lebens ausstrahlt. Die Krankenschwestern verpflichten sich nicht nur dazu, sich für das Wohlergehen ihrer Patienten einzusetzen, sondern grundsätzlich und ohne Einschränkung zu einem tugendhaften, „reinen“ Leben. „Verderbliches und Böses“ – ein metaphysisch aufgeladenes Begriffspaar – zu tun, wird dadurch kategorisch ausgeschlossen, wobei das Böse nicht nur in Fehlhandlungen wie Arzneimittelmisbrauch, Abtreibung und Sterbehilfe oder Missachtung der Verschwiegenheit besteht, sondern auch in einem nicht den strengen bürgerlichen Verhaltensnormen entsprechenden Lebenswandel. Die Treue zum Beruf und zur Arbeit steht über allem, womit zwangsläufig der Verzicht auf private Selbstverwirklichung unabhängig vom Beruf sowie die Unterordnung unter die beruflichen Aufgaben und die Notwendigkeiten im Arbeitsfeld verbunden sind. Die Erfüllung der Ansprüche der Patienten und der Einrichtung, in der die Schwester arbeitet, hat grundsätzlich Vorrang vor der freien Lebensgestaltung.

1935 fügte Lystra E. Gretter dem Gelöbnistext einen Passus über die Aufgabe der Unterstützung des Arztes und der öffentlichen Gesundheitspflege an. Darüber hinaus hob sie den „hingebungsvollen Dienst“ der Pflegenden hervor, der auf das „menschliche Wohl“ abzielt. Zudem wird durch den Austausch des im Urtext verwendeten Modalverbs „I shall“ (das heute eher unzeitgemäß klingt) durch das zukunftsbezogene „I will“ die auf freier Entscheidung beruhende, wenngleich feste Absicht (ein Wollen) gegenüber der der Pflegekraft auferlegten Selbstverpflichtung (ein Sollen) hervorgehoben:

Florence Nightingale Pledge – überarbeitete Version von 1935 (1935 revised version, 2022; deutsch Das Florence-Nightingale-Gelübde, 1994)

I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully.

I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug.

I will do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping, and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling.

With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work, and as a 'missioner of health' I will dedicate myself to devoted service for human welfare.

Alternativ: With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care. (Florence Nightingale Pledge, 2022a)

Die Einfügung der Arztunterstützung in das Gelübde ist darauf zurückzuführen, dass sich die Krankenpflege inzwischen stärker von der Medizin her verstand. Durch die Aufnahme der Gesundheitsvorsorge und -pflege, die als Zielsetzung neben die Ausrichtung auf die Kranken tritt, wird das bisher auf das individuelle Wohlergehen bezogene Verständnis des Berufs um den Aspekt der Gemeinwohlorientierung erweitert und damit das vom Gelübde repräsentierte breite Spektrum ethischer Traditionen noch um ein dem angelsächsischen Utilitarismus entstammendes Element ergänzt. Der auf die Gesundheitspflege bezogene Passus, in dem das recht emphatisch anmutende Bild der Missionarin zum Ausdruck kommt, wurde von vielen jedoch als zu weitreichend empfunden und deshalb häufig wieder zurückgenommen bzw. durch die ursprüngliche Verpflichtung auf das Wohl des einzelnen Kranken ersetzt.

Seit den 1970er Jahren wurde das Gelübde wegen seines christlichen Charakters, der propagierten Ideale der Reinheit und Unterordnung sowie der alttümlichen Sprache zunehmend als nicht mehr zeitgemäß empfunden. Die US-amerikanischen Krankenpflegesschulen und Hochschulen ersetzten deshalb im Zeichen der nun stark favorisierten Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflege die Verpflichtung zur helfenden, dienenden Loyalität gegenüber den Ärzten durch die zur gleichberechtigten, partnerschaftlichen Zusammenarbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam. Der Schlusssatz lautete nun: "With loyalty will I endeavor to work closely with the health team, and devote myself to the welfare of those committed to my care" (Florence Nightingale Pledge, 2022b). Andere Ausbildungsstätten gingen weiter und formulierten entsprechend den aktuellen Vorstellungen und Erkenntnissen das

Gelübde ganz neu, indem sie sich an den *ICN-Ethikkodex* (so z. B. das *International Council of Nurses' Pledge* der Faculty of Nursing an der University of Calgary, 2022) oder das *Genfer Ärztegelöbniß* (so z. B. das *Nurse's Pledge of Service* des South African Nursing Council, 2022) anlehnten. Außerdem entwickelte man ein *Practical Nurse Pledge* ("Practical Nurse Pledge", a modern version based on the "Nightingale Pledge", 2022), das sich an Pflegehilfskräfte wendet, die gegenüber Fachkräften (nurses) und Ärzten weisungsabhängig sind. Diese Variante greift wesentliche Leitsätze der überarbeiteten Fassung des klassischen *Nightingale-Gelübdes* auf, nimmt aber auch Bezug auf den *ICN-Ethikkodex*.

Das Ablegen eines Gelöbnisses ist im Bewusstsein der Pflegenden in den USA und einigen anderen Ländern fest verankert. Bis heute wird das *Nightingale-Gelübde* oder ein alternatives Versprechen von Absolventinnen und Absolventen der Pflegeausbildung oder des Pflegestudiums in Anwesenheit von Familienangehörigen und Freunden bei der graduation, der Abschlussfeier mit Zeugnisüberreichung, oder bei der pinning ceremony, der Begrüßung der frisch diplomierten oder angehenden Krankenschwestern, rezitiert. Gerade die pinning ceremony, die den Übergang vom student zum professional markiert, ist symbolisch stark aufgeladen. Lehrkräfte oder nahestehende Personen heften ans Revers des Blazers der Frisch Examinierten als Abzeichen eine Anstecknadel (nursing pin), auf deren Plakette meist eine Lampe oder ein Hermesstab eingraviert ist. Die Lampe bezieht sich auf die aufopfernde Hilfe Florence Nightingales, die sie als „Lady with the lamp“ im Krimkrieg den verwundeten englischen Soldaten in den Nächten zuteilwerden ließ. Der Hermesstab mit den beiden Flügeln und zwei diesen umschlingenden Schlangen verweist mit entsprechender Beschriftung auf die Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder den Status als registered nurse, als mit der Berufslizenz ausgestattete Fachkraft (Gardemann, 2004, S. 8). Oft werden bei der Feier für die neuen Pflegekräfte als Reminiszenz an Florence Nightingale auch Kerzen oder Lampen entzündet (candlelight ceremony). Durch all diese Zeremonien und Rituale, kommissiven Sprechakte, symbolischen Handlungen, Gegenstände und Bilder, die in einen öffentlichen oder halböffentlichen Rahmen eingebettet sind, soll die Identifikation mit der Berufsgruppe und deren Berufsethos sowie die Bindung an die ehrwürdige Tradition der Pflege gestärkt werden.

4.3.5 Politische Instrumentalisierung des Berufseides Pflegender

Wie Soldaten, SS-Angehörige, Beamte, Hochschulprofessoren, Studenten und Pfarrer hatten im "Dritten Reich" auch NS- und Rotkreuzschwestern einen Treueeid auf Adolf Hitler zu leisten, der interessanterweise jeweils auch eine religiöse Beteuerung enthält. An den Schulen der NS-Schwesternschaft fand ab 1935 einmal jährlich nach bestandener sechsmonatiger Probezeit bei einer öffentlichen Feier eine Vereidigung der Lernschwestern statt, die bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal ihre braune Tracht tragen durften (Breiding, 1998, S. 53-54, 58-59). Der Eid hebt auf die Unverbrüchlichkeit und Bedingungslosigkeit der Bindung an den "Führer" ab: "Ich schwöre Adolf Hitler, meinem Führer, unverbrüchliche Treue und Gehorsam. Ich verpflichte mich, an jedem Platz, an den ich gestellt werde, meine Aufgaben als nationalsozialistische Schwester treu und gewissenhaft im Sinne der Volksgemeinschaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe" (NSDAP & NS-Schwesternschaft, 1935 zit. nach Steppe, 2013b, S. 68-69).

Der Begriff der Volksgemeinschaft verweist auf das nationalsozialistische Verständnis von Wohlfahrtspflege und Medizin. Die so genannte Neue Deutsche Heilkunde verband die naturwissenschaftliche "Schulmedizin" mit alternativmedizinischen, naturheilkundlichen Ansätzen ("biologische Medizin") und Rassenhygiene, die dazu diente, die "deutsche Rasse" rein und von Einflüssen "minderwertiger Rassen" freizuhalten. Im Vordergrund standen die "Volksgesundheit", die Gesundheitsvorsorge und eine heroisch-asketische Lebensauffassung (Haug, 1993). Den NS-Schwestern kam aufgrund ihrer nationalsozialistischen Überzeugung eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsführung zu. Nicht mehr das persönliche Wohl der Patienten stand nun im Vordergrund, sondern das der „Volksgemeinschaft“. Diese Umkehrung der Verantwortung der Krankenschwester machte den Weg frei für deren Beteiligung an Zwangssterilisationen und -abtreibungen, an der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ durch die systematische Ermordung kranker und behinderter Kinder und Erwachsener sowie an den Menschenversuchen und Massenmorden in den Konzentrationslagern.

Nachdem die verschiedenen Schwesternverbände gleichgeschaltet waren, begann das NS-Regime im Zusammenhang mit den Kriegsplanungen dem Deutschen Roten Kreuz eine besondere Rolle im Blick auf den Sanitätsdienst in der Wehrmacht zuzuweisen. Auch die Rotkreuzschwestern wurden seit 1937 auf Hitler, der Schirmherr des DRK war, vereidigt: "Ich schwöre Treue

dem Führer des Deutschen Reiches und Volkes, Adolf Hitler. Ich gelobe Gehorsam und Pflichterfüllung in der Arbeit des Deutschen Roten Kreuzes nach den Befehlen meiner Vorgesetzten. So wahr mir Gott helfe" (Deutsches Rotes Kreuz, 1939 zit. nach Duesterberg, 2013, S. 126). Das streng hierarchische Führerprinzip, das dahinter aufscheint, betrifft nicht nur die Treueverpflichtung gegenüber dem obersten "Führer". Die Schwestern gelobten zugleich Gehorsam und Pflichterfüllung "nach den Befehlen" ihrer Vorgesetzten, der militärischen Führer im Sanitätsdienst oder in anderen Bereichen. Während einige wenige Hochschullehrer, Pfarrer, Beamte, auch zur Wehrmacht eingezogene Christen den Eid auf den Führer verweigerten, was teilweise harte Strafen bis hin zur Todesstrafe zur Folge hatte, ist von einer Eidesverweigerung bei Krankenschwestern nichts bekannt.

In der Deutschen Demokratischen Republik mussten die Absolventinnen und Absolventen medizinischer Fachschulen (mit Ausnahme katholischer Schulen) seit 1977 öffentlich ein *Absolventengelöbnis* ablegen, das dem Abschlusszeugnis beigelegt wurde:

Absolventengelöbnis (Absolventengelöbnis, 1977 zit. nach Lugert, 2015, S. 213)

In hoher Verpflichtung gegenüber der sozialistischen Gesellschaft und ihren Bürgern, eng verbunden mit der Deutschen Demokratischen Republik, meinem Vaterland, gelobe ich, all mein Wissen und Können, meine ganze Kraft für das körperliche und geistige Wohlbefinden der Menschen voll einzusetzen; kranke und hilfsbedürftige Menschen gewissenhaft zu pflegen und kulturvoll zu betreuen, mich dem Patienten gegenüber aufmerksam zu verhalten, seine Persönlichkeit und Würde zu achten und meine berufliche Schweigepflicht zu wahren; stets bereit zu sein, ärztliche Verordnungen fachgerecht auszuführen und bei akuten und lebensbedrohlichen Zuständen sachkundig Erste Hilfe zu leisten; ständig mein medizinisches Wissen und pflegerisches Können zu vervollkommen und durch meine Arbeit zu einem hohen Niveau der Krankenpflege beizutragen; alle Vorzüge der Gemeinschaftsarbeit zum Wohle der Patienten bewußt zu nutzen und die vertrauensvollen Beziehungen zwischen den Mitarbeitern des Gesundheitswesens und den Bürgern zu vertiefen; meinem Beruf die Treue zu bewahren, ihn mit Stolz auszuüben und mich in all meinen Handlungen von den edlen Zielen des sozialistischen Humanismus leiten zu lassen. Ich erkläre feierlich, dieses Gelöbnis stets zu erfüllen.

Die marxistisch-leninistische Weltanschauung und Ethik waren wesentlicher Bestandteil des Unterrichts an den Pflegefachschulen der DDR. Das Gelöbnis verbindet die pflegerischen Berufspflichten mit einem Loyalitätsbekenntnis zum atheistischen sozialistischen Staat und zu einem gesellschaftlichen Auftrag der Pflege. Zugleich versteht es die Pflege als medizin- und arztorientierten Beruf,

was allgemein für die Ausbildung in der DDR und in den sozialistischen Staaten des Ostblocks galt. Viele Aussagen decken sich mit den traditionellen medizin-ethischen Grundsätzen. Das Wohlergehen des Patienten, die gewissenhafte Berufsausübung, die Schweigepflicht, die Nothilfe, die gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden, selbst die Achtung der Persönlichkeit und die Würde des Patienten werden erwähnt. Berufstreue und Berufsstolz werden mit den „edlen Zielen des sozialistischen Humanismus“ verknüpft. Der Sozialismus östlicher Prägung verstand sich als atheistischer Humanismus, da durch Beseitigung von Privateigentum und Klassengesellschaft die menschliche Selbstentfremdung aufgehoben und die Menschen so zu wahrer Menschlichkeit und Entfaltung all ihrer Lebensmöglichkeiten befreit würden.

4.3.6 Diskussion um ein zeitgemäßes Pflegegelöbnis

Die westdeutsche Ärzteschaft hielt nach dem Scheitern des traditionellen ärztlichen Ethos in der NS-Zeit an der Form der feierlich-rituellen Selbstverpflichtung fest, zunächst 1947 mit dem *Nauheimer Gelöbnis* (2022; auch in Amelung, 1997, S. 210-211), dann nach Wiederaufnahme in die World Medical Association (WMA) im Jahr 1950 mit der deutschen Fassung des *Genfer Ärztegelöbnisses*, auch *Genfer Gelöbnis* oder *Genfer Deklaration* genannt, das später der Musterberufsordnung als Präambel vorangestellt wurde (Weltärztebund, 1950). Das englische Original der *Declaration of Geneva* (World Medical Association, 1948) war 1948 noch unter dem Eindruck der ärztlichen Verbrechen gegen die Menschlichkeit während der nationalsozialistischen Schreckensherrschaft auf der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf, an der deutsche Vertreter nicht teilnahmen, verabschiedet worden. Angesichts des vollkommenen Verlustes ethischer Werte in Krieg und NS-Regime suchte man ein weltweit gültiges, kultur- und religionsübergreifendes Berufsethos für die Ärzteschaft zu entwickeln. Geprägt ist das Gelöbnis von einem ethischen Pluralismus, der den christlichen Anspruch „im Dienste der Menschlichkeit“ (Weltärztebund, 1950), die aufklärerische Tradition der Menschenrechte und, hinsichtlich des Schutzes werdenden Lebens, das auf den Arzt, evangelischen Theologen und Philosophen Albert Schweitzer zurückgehende Prinzip der „Ehrfurcht vor dem Leben“ miteinander verbindet (Schweitzer, 1958, S. 234). Mit der Betonung der vollen Hingabe an den Beruf, dem Verständnis der Berufsgruppe als einer kollegialen Gemeinschaft, der Bindung des Patientenwohls an einen objektiven Gesundheitsbegriff und der starken Verhaftung in einem Traditionsdenken zeichnet es ein streng paternalistisches

Bild vom Arzt, gegenüber dessen Wissen und Stellung die Patientenautonomie zurücktritt.

Im Unterschied zur Ärzteschaft konnte sich für den Krankenpflegeberuf ein weltweit anerkanntes Gelöbnis nach dem Zweiten Weltkrieg nicht etablieren. Das International Council of Nurses wandte sich vielmehr der moderner erscheinenden Gattung des Ethikkodex zu. In der Umbruchszeit des Pflegeethos Anfang der 1960er Jahre befasste es sich zwar im Rahmen eines Wettbewerbs mit einem internationalen Eid für Krankenschwestern (siehe Woodberry, 1964 und 1968), verfolgte dieses Vorhaben jedoch nicht weiter. Skepsis gegenüber dem Gelöbnis bestimmt bis heute auch die Pflege in Deutschland, wenngleich es, abgesehen von religiösen Gelübden, etwa von Ordensangehörigen, Gelöbnisse für besondere staatliche Funktionen als Beamte und Bedienstete im Öffentlichen Dienst sowie als Soldaten durchaus gibt. Nur vereinzelt wurden seitens des Deutschen Pflegerats und des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe sowie aus der Pflegewissenschaft Stimmen laut, im Zuge der angestrebten Einrichtung eines Netzes von Pflegekammern bzw. der Etablierung einer Pflegeberufsordnung analog der Regelungen für die Ärzteschaft auch einen Eid für die beruflich Pflegenden zu entwickeln, der das pflegerische Ethos in zeitgemäßer Form wiedergibt (Zegelin, 2009, S. 469; kritisch dazu Barth, 2009 und 2011, S. 209).

Erstmals für Deutschland wagte es die 2016 ins Leben gerufene Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, ein Gelöbnis bzw. feierliches Versprechen einzuführen, das sie der Berufsordnung für Pflegenden von 2020 vorschaltete:

Deklaration der rheinland-pfälzischen Pflegefachpersonen – Feierliches Versprechen
(Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, 2020a, S. 4)

Ich verspreche meinen Beruf gewissenhaft unter Einsatz meiner pflegerischen Fähigkeiten auszuüben. Die Betreuung der mir anvertrauten Menschen ist für mich der Fokus meiner Tätigkeit. Die Förderung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens stehen im Zentrum meines beruflichen Handelns. Dabei werde ich die Würde und Autonomie jeder Person in ihrer Individualität respektieren. Über die mir im Rahmen meiner Berufsausübung anvertrauten Informationen werde ich Stillschweigen bewahren. Ich werde mir anvertraute Menschen vor Gefahren schützen.

Ich werde mit meinen Kolleginnen und Kollegen sowie Vertreterinnen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe im Sinne von bester professioneller Praxis für die uns anvertrauten Menschen zusammenarbeiten und sie bei ihrer Tätigkeit kollegial unterstützen. In allen Situationen werde ich die Ehre und das Ansehen des Berufsstandes wahren.

Das Versprechen lehnt sich mit der Betonung der gewissenhaften Berufsausübung, der Ausrichtung auf den zu pflegenden Menschen, der Aufnahme der Schweigepflicht und der Verpflichtung zu kollegialer Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der eigenen und anderer Berufsgruppen eng an das *Nightingale-Gelübde* an. Als Quelle dient zudem der *ICN-Ethikkodex*, wenn als handlungsleitende Prinzipien der Pflege Gesundheit und Wohlbefinden, Würde und Autonomie genannt werden. In besonderer Weise ist jedoch das Vorbild des *Genfer Ärztegelöbnisses* unverkennbar. Dies wird schon in der Betitelung mit „Deklaration“ deutlich. Die Neufassung des Ärztegelöbnisses von 2017 (deutsch Weltärztebund, 2017; englisch World Medical Association, 2017) nimmt aktuelle Diskussionen zu Profession, Wissensorientierung und Gender auf, behält zugleich aber auch den gehobenen, feierlich-pathetischen, fast rhythmisierten Sprachstil der Vorgängerversionen bei. Im Unterschied zu diesen rückt sie allerdings den Kranken an die erste Stelle und bringt Neues ein, indem sie den Gesundheitsbegriff mit dessen persönlichem Wohlergehen in Verbindung bringt und seine Autonomie und Würde stark betont. Das bisher auf Ungeborene bezogene Tötungsverbot wird im Sinne eines allgemeinen Lebensschutzes, der auch Sterbende einbezieht, erweitert. Das bereits in den älteren Fassungen enthaltene Diskriminierungsverbot, das den Erfahrungen unter der NS-Herrschaft geschuldet war, wird angesichts neuerer Debatten in erweiterter Form aufgegriffen. Von den Vorgängerversionen übernommen wurden auch die Schweigepflicht und die Bekräftigung, medizinisches Wissen selbst unter Bedrohung nicht zur Verletzung der Menschen- und Bürgerrechte anzuwenden. Im zweiten Teil, der auf das berufsinterne Selbstverständnis abhebt, werden die bisher vagen Aussagen durch Begriffe wie Berufsausübung „nach bestem Wissen und Gewissen“ und „im Einklang mit guter medizinischer Praxis“ (Weltärztebund, 2017) zu präzisieren versucht. Im emphatischen Sprachduktus leicht abgemildert, inhaltlich aber beibehalten sind die Forderungen, den Beruf „mit Würde“ auszuüben und die „Ehre“ und die „edlen Traditionen des ärztlichen Berufes“ (Weltärztebund, 2017) zu fördern. Die weiterhin starke Betonung von Solidarität und Kollegialität zeigt, dass der Arztberuf immer noch von einem ausgeprägten Standesbewusstsein geprägt ist.

Die im Ärztegelöbnis aufgeführten Ideale färben auch auf das rheinland-pfälzische Pflegeversprechen ab, wenn von gewissenhafter Berufsausübung „unter Einsatz meiner pflegerischen Fähigkeiten“, der „Betreuung der mir anvertrauten Menschen“, der Orientierung an Gesundheit und Wohlbefinden,

den Prinzipien der Würde und Autonomie (ergänzt um Individualität) die Rede ist (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, 2020a, S. 4). Zur obligatorischen Schweigepflicht tritt der Gefahrenschutz im Blick auf die zu Pflegenden. Auch die intra- und interberufliche Zusammenarbeit „im Sinne von bester professioneller Praxis“ und Kollegialität sowie die Wahrung der Ehre und des Ansehens des Berufsstandes sind im *Genfer Gelöbnis* vorgeprägt. Verzichtet wird im Pflegeversprechen dagegen auf die Verankerung von Lebensrecht und Diskriminierungsverbot. Nicht aufgenommen ist auch der in der neueren Pflegediskussion so zentrale Gedanke der Selbstsorge, während im Ärztegelöbnis erstmals ausdrücklich auf den Zusammenhang von Berufsausübung und eigener Lebensführung abgehoben wird, da die Selbstsorge eine „Behandlung auf höchstem Niveau“ (Weltärztebund, 2017) erst möglich macht. An die Elabriertheit des neuen *Genfer Gelöbnisses* im Blick auf die Anbindung an ein Menschenrechtsethos wie auch ein professionell-berufsständisches Selbstverständnis, aber auch in sprachlicher Hinsicht reicht das rheinland-pfälzische Versprechen nicht heran.

Die Errichtung der rheinland-pfälzischen Pflegekammer stieß wie entsprechende, teilweise wieder gescheiterte Vorhaben in anderen Bundesländern auf den heftigen Widerstand sowohl der Arbeitgeber wie der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, die den Verantwortlichen undemokratisches Verhalten und Arbeitgebernähe vorwarf (ver.di, 2022). Die von der Kammer erarbeitete Berufsordnung lehnte ver.di in einer Stellungnahme zur Pflegekammer ab und forderte deren Neufassung. Besonders umstritten war der im Entwurf noch *Gelöbnis* genannte Text, dessen Schlusssatz als „überflüssig, altbacken und unterschiedlich interpretierbar“ (ver.di, 2019, S. 3) kritisiert wurde. Die Ehre und das Ansehen des Berufsstandes sei kein „schützenswertes Rechtsgut“ (ver.di, 2019, S. 3). ver.di drang darauf, auf das feierliche Versprechen ganz zu verzichten. Falls es aber doch eingebunden würde, sollten in ihm angesichts der historischen Erfahrungen in der NS-Zeit Selbstbestimmung und Menschenrechte thematisiert werden (ver.di, 2019 mit Alternativvorschlag, S. 3-4). Dagegen muss man sagen, dass mit der Berufung auf Würde, Autonomie und Individualität durchaus Grundideen der Aufklärung angesprochen werden, auch wenn der Begriff Menschenrechte nicht eigens genannt wird. Doch unabhängig von der Bewertung der Gewerkschaft, die ihre eigenen Interessen verfolgte, erhält das Versprechen tatsächlich mit der Be-

zunahme auf „die Ehre und das Ansehen des Berufsstandes“ einen ausgesprochen traditionsorientierten, konservativ-bewahrenden Zug. Interessanterweise verzichtet es auf den Begriff der Profession zugunsten des altertümlich klingenden Begriffs des Berufsstandes.

Die rheinland-pfälzische Pflegekammer reagierte auf die Kritik, indem sie aus dem ursprünglich als verbindlich gedachten *Gelöbnis* ein nur noch freiwillig zu leistendes *Feierliches Versprechen* machte. Wie bei den Ärzten wird das Versprechen nicht öffentlich abgelegt. Als Vorsatz vor der Berufsordnung ist es auch rechtlich gesehen keine verbindliche, sondern eine freiwillige, private Angelegenheit derjenigen Pflegeperson, die den Text für sich allein liest oder auch darauf verzichtet. Aus rechtlicher Sicht sind die beruflich Pflegenden ohnehin nur den verbindlichen Normen der Berufsordnung verpflichtet, nicht jedoch dem vorangestellten Versprechen. Schon 1979 hatte das bayerische Verfassungsgericht festgestellt, dass das *Genfer Ärztegelöbnis* im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsordnung keinen rechtsverbindlichen Charakter hat. Es stelle, so das Gericht, nur eine Zusammenfassung standesethischer Grundsätze und anderweitig geregelter Berufspflichten im Sinne einer bloßen Absichtserklärung dar (Klimm, 2007).

Ethisch betrachtet, erscheint ein Pflegegelöbnis aus verschiedenen Gründen auch kaum mehr zeitgemäß. Ein Gelöbnis, hinter dem sich letztlich eine Gesinnungsethik verbirgt, kann kaum als Entscheidungsgrundlage für komplexe ethische Probleme im pflegerischen Alltag dienen, da heute die Reflexion und Abwägung ethischer Prinzipien im Diskurs zwischen den Betroffenen und Beteiligten, nicht aber starre Festlegungen und Überzeugungen gefordert sind, die den kritischen Diskurs eher erschweren. Vor Fehlentscheidungen oder Fehlverhalten schützt ein Gelöbnis, wie die historischen Erfahrungen zeigen, genauso wenig wie ein Ethikkodex. Zur Stärkung der Gruppenidentität und des „Berufsstolzes“ (Quernheim & Zegelin, 2021) kann ein Gelöbnis, das alle beruflich Pflegenden bei einem feierlichen Akt im Sinne eines Aufnahme-rituals vor einer internen Öffentlichkeit ablegen, freilich einen Beitrag leisten. Es könnte durchaus ein Türöffner für die Vereinheitlichung des Pflegeethos in Deutschland sein. Gelänge es, ein bundesweites Netz von Landespflegekammern unter dem Dach einer Bundespflegekammer aufzubauen, könnte wie im ärztlichen Bereich (siehe Bundesärztekammer, 2018) eine bundesweit gültige Musterberufsordnung entwickelt werden, an der sich die in den Bundesländern

jeweils ausformulierten landesbezogenen Berufsordnungen zu orientieren haben. Über ein der Musterberufsordnung vorgeschaltetes Gelöbnis würden alle Berufsangehörigen auf die gleichen berufsethischen Werte und Normen verpflichtet. Die Frage ist jedoch, ob ein einheitliches Ethos überhaupt erstrebenswert ist.

4.4 Pervertierung der Tradition

4.4.1 Organisatorische und ideologische Gleichschaltung

Nach der „Machtergreifung“ setzten die Nationalsozialisten innerhalb kürzester Zeit die Konzentration des Pflegewesens in Reichsfachschaften Deutscher Schwestern und Pflegerinnen (ab 1936 Fachausschuss für Schwesternwesen) bzw. Krankenpfleger im Rahmen des neu geschaffenen Ämtergefüges durch. Trotz großer Unterschiede in ihrer weltanschaulichen Ausrichtung ließen sich die Verbände, sofern sie sich nicht auflösten wie die gewerkschaftlichen Gruppierungen, widerstandslos in die einheitliche Struktur einbinden. Damit standen sämtliche Pflegekräfte unter staatlicher Kontrolle (Gaida, 2020, S. 17-21). Ausgegrenzt wurden die jüdischen Schwestern, auch wenn die Ausbildung an jüdischen Krankenpflegeschulen vorgeblich aus Gründen der Seuchenbekämpfung noch einige Zeit geduldet wurde.¹⁵

1938 wurden die Ausübung des Krankenpflegeberufs und die Ausbildung mit dem *Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege* erstmalig in der deutschen Geschichte reichseinheitlich geregelt. Die männliche Krankenpflege wurde neben der weiblichen als separater Beruf anerkannt. Die bisher geltende Berufsfreiheit wurde aufgehoben, die Ausübung der Pflege an eine staatliche Erlaubnis gebunden. Die öffentlichen Krankenhäuser waren nun verpflichtet, eine Krankenpflegeschule zu betreiben. Die Aufnahme an den Schulen war an die politische Zuverlässigkeit der Bewerberinnen und die Vorlage eines Ariernachweises gebunden. Vom ärztlichen Schulleiter und den Lehrkräften wurden politische Zuverlässigkeit und arische Abstammung verlangt. 1939 wurde die verbreitete Doppelausbildung zur Krankenschwester und Hebamme verboten, wodurch ein Eindringen konfessioneller Pflegekräfte in die stark nationalsozialistisch ausgerichtete Berufsorganisation der Hebammen verhindert werden sollte. Das 1940 erstellte *Krankenpflegeleistungsbuch* sollte das Ausbildungs-

¹⁵ Zur Situation jüdischer Pflegekräfte im NS-Staat siehe Seemann & Bönisch, 2013.

niveau an den Krankenpflegeschulen vereinheitlichen. In der Ausbildung rückten die Schulung in nationalsozialistischer Weltanschauung sowie Erb- und Rassenpflege in den Vordergrund. Ab 1942 wurde dieser Unterricht von der NSDAP selbst durchgeführt.

Angesichts des nach wie vor bestehenden Personalmangels suchte man in den 1930er Jahren die Zahl der Schwestern durch gezielte Werbemaßnahmen zu erhöhen. 1938, kurz vor Kriegsbeginn, wurde besonders offensiv für die Schwesternausbildung geworben. Die Darstellung der Kriegskrankenschwester wurde dabei wieder in engen Zusammenhang mit dem Konzept der sozialen Mütterlichkeit gestellt. Um Mädchen und junge Frauen auf die Bedeutung des Schwesternberufs aufmerksam zu machen, wurde die Pflege mit der für die Reinheit und Fortpflanzung der Rasse ausschlaggebenden Aufgabe der treu sorgenden, entsagungsvollen Mutter gleichgesetzt und mit dem weiblichen Wesensmerkmal der Mütterlichkeit verbunden (Gaida, 2020, S. 20-21). Dabei griff man in Büchern und Werbeschriften auf die Erfahrungen junger Krankenschwestern im Ersten Weltkrieg zurück, um eine angebliche Befreiung aus der Enge familiärer Verhältnisse durch den heldenhaften Einsatz der Mütterlichkeit und die Kameradschaft mit den kämpfenden Soldaten zu propagieren. Die Krankenschwester wurde als selbstlose, disziplinierte und pflichteifrige Frau von untadeligem Lebenswandel, auch in sexueller Hinsicht, heroisiert. Mit diesen Publikationen, die wenig mit der Realität des Krieges zu tun hatten, sollten Mädchen und junge Frauen auf den Kriegseinsatz vorbereitet werden.

Insgesamt versuchten die Nationalsozialisten die Stellung der Krankenschwester zu erhöhen, ohne ihre Unterordnung unter die Ärzte und das Gehorsamsprinzip in Frage zu stellen. Neu war allerdings, dass führende Positionen in den Schwesternverbänden mit Krankenschwestern besetzt wurden. Diese Funktionärinnen waren zwar von männlichen Parteigrößen abhängig, hatten aber gleichzeitig auch erhebliche Gestaltungsspielräume. In der Forschung wurde dies bisher kaum berücksichtigt. Man ging zu sehr davon aus, dass die weiblichen Führungspersonen weitgehend ohne Einflussmöglichkeiten waren. Übersehen wird, dass den nationalsozialistischen „Reformen“ der Krankenpflege, auch wenn sie an patriarchalen Strukturen festhielten, durchaus ein modernes Moment innewohnt (Thamer, 1994, S. 468).

4.4.2 Die NS-Schwesternschaft als „Elite“

1934 wurde die Schwesternschaft der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt unter dem Namen NS-Schwesternschaft als Unterorganisation der NSDAP anerkannt (Breidig, 1998). Im Sinne einer nationalsozialistischen Eliteorganisation sollte sie der dominante Schwesternverband werden, ein Ziel, das freilich nicht erreicht wurde. Die Hauptaufgaben der NS-Schwestern, die wegen ihrer braunen Schwesterntracht auch „braune Schwestern“ genannt wurden, waren die Volksgesundheitspflege und die Verbreitung nationalsozialistischen Gedankenguts. Dadurch, dass im „Dritten Reich“ die Volksgemeinschaft aus rassenhygienischer Sicht an die Stelle des einzelnen Kranken trat, kam ihnen eine gegenüber den anderen Schwesterngruppen deutlich herausgehobene Stellung zu, obwohl sie nicht einmal 14 Prozent aller Pflegekräfte ausmachten (Gaida, 2020, S. 20). Als vorrangiges Aufgabenfeld wies man den NS-Schwestern die Gemeindepflege, also die Versorgung mehrerer Dörfer zu. Durch ihre Nähe zur Bevölkerung und besondere Vertrauensstellung hatten die Gemein-schwestern sehr gute erzieherische Einflussmöglichkeiten im Blick auf die Lebensweise und Haushaltsführung der Menschen, die Genehmigung von Erholungskuren und die Teilnahme an der Kinderlandverschickung bis hin zu Fragen der Erb- und Rassenpflege bei Behinderung oder psychischen Erkrankungen, etwa durch Erfassung betroffener Personen. Die NS-Schwestern standen jedoch in Konkurrenz zu den konfessionellen, freien und Rotkreuzschwestern, sodass eine flächendeckende Beeinflussung der Bevölkerung nicht gelang. Insbesondere die kirchlichen Schwestern suchte man, teilweise gegen den Widerstand der Bevölkerung, zugunsten der NS-Schwestern zu verdrängen. Darüber hinaus waren NS-Schwestern auch für die pflegerische Versorgung im Rahmen des NSDAP-Apparats, in der Hitlerjugend und im Bund Deutscher Mädel, in der Waffen-SS und in den Heimen des Lebensborns zuständig. Außerdem arbeiteten sie in den Lazaretten der SS und im Frauen-Konzentrationslager Ravensbrück.

Die Gemeinschaft der NS-Schwestern hatte pseudoreligiösen Charakter. Sie stellte einen „neuen Typ“ von Schwestern dar, der sich durch die Merkmale „weiblich, politisch aktiv, nicht-jüdisch, nicht konfessionell gebunden“ sowie „Selektiv handelnd“ (Gaida, 2020, S. 21 und 22) auszeichnete. Die NS-Schwestern, die einen Treueeid auf den Führer leisteten, sollten absolut überzeugte, wenn nicht fanatische Nationalsozialistinnen und Antisemitinnen sein

und sich als Vorkämpferinnen der rassehygienisch ausgerichteten Volkserziehung deutlich von den konfessionellen Schwestern abgrenzen, die einem unpolitischen christlichen oder humanen Menschenbild und einem allumfassenden Liebesverständnis anhängen. Nach den herrschenden Vorstellungen sollten sie auf einer Stufe mit dem Krieger stehen.

4.4.3 Die Rotkreuzschwestern und die Kriegspflege

Dem Deutschen Roten Kreuz wiesen die Nationalsozialisten eine herausragende Rolle im Blick auf die Unterstützung des Heeressanitätsdienstes im Krieg zu.¹⁶ Dazu musste es aber erst zu einem straff organisierten nationalsozialistischen Verband umgebaut werden. Im Zuge der Gleichschaltung wurden deshalb nach und nach alle wichtigen Positionen im DRK mit NSDAP-Angehörigen besetzt. Der Grundsatz der weltanschaulich-politischen Neutralität wurde aufgegeben. 1934 wurde das Führerprinzip eingeführt. 1937 wurde die Umstrukturierung der bisherigen selbstständigen Rotkreuzvereine zu einer einheitlichen, streng hierarchisch aufgebauten Massenorganisation eingeleitet, um für den Kriegseinsatz tauglich zu sein. 1938 wurde dem DRK der Sanitätsdienst in der Wehrmacht übertragen.

Den Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz benannte man 1934 in Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes um. 1937 wurden die einzelnen Schwesternschaften im Amt für Schwesternschaften zusammengefasst, das im DRK-Präsidium angesiedelt war. Auch die Rotkreuzschwestern mussten einen Eid auf den Führer ablegen. Die Schülerinnen waren automatisch Mitglieder im Bund Deutscher Mädel (BDM). Leitende Schwestern mussten eine rassenpolitische Schulung durchlaufen und die Mitgliedschaft in der NSDAP oder NS-Frauenschaft vorweisen. Zugleich wurden Sanitätskurse für den Kriegsdienst durchgeführt und Schwesternhelferinnen ausgebildet, die in den zivilen Bereichen an die Stelle der zum Kriegseinsatz einberufenen Rotkreuzschwestern treten sollten.

Das DRK war für die gesamte Kriegspflege zuständig. Die streng hierarchisch organisierten Schwestern arbeiteten während des Zweiten Weltkrieges in allen militärischen Bereichen, teilweise auch an der Front, und in allen eroberten Gebieten. Die Arbeitsbedingungen in den Lazaretten wurden, je weiter der Krieg voranschritt, umso schwieriger, da die Masse der Verwundeten mit dem vorhandenen ärztlichen und pflegerischen Personal und den logistischen

¹⁶ Zur Rolle von DRK und Rotkreuzschwestern im Krieg siehe Duesterberg, 1997.

Ressourcen nicht angemessen versorgt werden konnten. Deshalb wurden ab 1942 auch nicht dem DRK zugehörige Schwestern, dienstverpflichtete deutsche Frauen, „germanisch-freiwillige“, also als germanisch (etwa niederländisch, norwegisch oder volksdeutsch) eingestufte nichtdeutsche Schwesternhelferinnen aus den besetzten Gebieten, und „Mischlinge zweiten Grades“, die nur einen jüdischen Großelternanteil hatten, zur Krankenpflege zugelassen. Ab 1942 war Krankenschwestern der Wechsel des Berufs untersagt.

Die Stellung des DRK im „Dritten Reich“ ist als ambivalent einzustufen (Morgenbrod & Merkenich, 2021, S. 4-7). Als gleichgeschaltete Organisation wirkte es an den Krankentransporten im Zusammenhang mit den Euthanasieaktionen mit. Zugleich arbeitete es aufgrund seiner völkerrechtlichen Aufgaben bei der Kriegsgefangenenbetreuung mit dem internationalen Roten Kreuz zusammen, dem gegenüber freilich die Verbrechen der NS-Diktatur in den Konzentrationslagern verschleiert wurden.

4.4.4 Verhalten von Pflegekräften im „Dritten Reich“

Krankenschwestern und Krankenpfleger wurden unter der Diktatur zu Mitläufern, Erfüllungsgehilfen, Mittätern und Tätern. Als Gemeindeschwestern waren sie Multiplikatoren der NS-Ideologie im Rahmen der „Volksgesundheitspflege“. Als Schwestern im OP oder auf den Stationen wirkten sie bei Zwangssterilisationen mit, belogen die Patienten und sperrten sie ein, damit sie sich dem Zugriff nicht entzogen. Pflegekräfte waren am Euthanasieprogramm beteiligt, indem sie Verwaltungstätigkeiten erledigten, die Opfer zum Tötungsort begleiteten, mitentschieden, wer zu Tode zu bringen sei, selber aktiv Tötungen vornahmen oder für den Abtransport der Leichen sorgten (Gaida, 2020, S. 37-38). In den Konzentrationslagern misshandelten sie Häftlinge, entzogen ihnen Nahrung, verweigerten Hilfe, wirkten bei den Selektionen für die Ermordung und bei medizinischen Experimenten mit, töteten sogar aus eigener Motivation. Zugleich wahrten Schwestern und Pfleger das Ethos der Fürsorglichkeit und Zugewandtheit gegenüber den „arischen Volksgenossen“, in den Lazaretten für SS-Wachmannschaften der Konzentrationslager, im Krieg gegenüber den Soldaten.

Faktisch gab es freilich ein breites Spektrum an Verhaltensweisen, das Krankenschwestern gegenüber den Entscheidungsträgern zeigten, was auf durchaus vorhandene Handlungsspielräume verweist (Gaida, 2020, S. 38-40). Sie stimmten dem ärztlichen Handeln zu. Sie passten sich aus Angst vor

Strafe an. Sie leisteten blind Gehorsam gegenüber Ärzten und Führungspersonen, ohne darüber nachzudenken, was ihnen aufgetragen wurde. Manche übten kalt und verächtlich Macht und Gewalt gegenüber Schwächeren aus und verspürten keinerlei schlechtes Gewissen. Andere waren Überzeugungstätterinnen, die voll hinter der NS-Ideologie standen und alles, was geschah, für richtig hielten, oder Karrieristinnen, die die Chance nutzten, in leitende Positionen aufzusteigen. Manche zeigten angesichts unmenschlicher Maßnahmen Mitleid und weinten mit den Patienten, dachten insgeheim kritisch oder äußerten gegenüber Ärzten Kritik und machten dann doch mit. Manche hatten Schuldgefühle, die sie verdrängten. Es gab Schwestern, die sich heimlich verweigerten, Anweisungen unterliefen und Opfern zu helfen oder sie zu retten versuchten, Menschen, die getötet werden sollten, versteckten oder dem Zugriff entzogen, den Schergen offen widersprachen, ja sogar mit dem bewaffneten Widerstand kooperierten. Doch es waren sehr wenige, die aktiv widerständig waren und dadurch riskierten, unter Druck gesetzt, versetzt, degradiert, inhaftiert oder gar hingerichtet zu werden. Und es gab auch solche, die sich als Nationalsozialistinnen verstanden und trotzdem einzelnen Betroffenen halfen und gleichzeitig an verbrecherischen Aktivitäten mitwirkten oder die Tötung von Kranken mit fürsorglicher Zuwendung verbanden. Wie sich Menschen in einem Terrorstaat verhalten, ist voller Widersprüche (Steppe, 2013c).

Die Pflegewissenschaftlerin Hilde Steppe verwendete die Redewendung vom Verlust der Unschuld, um zu beschreiben, welche Bedeutung die Verstrickung der Pflege in das nationalsozialistische Unrechtsregime für den Beruf hat: „Die Geschichte der deutschen Krankenpflege im Nationalsozialismus ist weder ein Heldenepos noch eine Geschichte unschuldiger Opfer, sie enthält auf schreckliche Weise beide Anteile und sie zeigt den endgültigen Verlust der Unschuld eines humanitären Berufs unter den Bedingungen einer Diktatur.“ (Steppe, 2013a, S. 15) Das Heiligenbild von der Schwester als von Nächstenliebe getriebener, selbstloser, nur das Beste für ihr Gegenüber wollender Helferin, das hinter dem traditionellen Pflegeethos steht, erhielt tiefe Risse und Brüche. Seine Reinheit wurde beschmutzt. Im Grunde ist es an den Verwerfungen der Zeit gescheitert. Zunächst stellt sich die Frage nach individueller Schuld: Wer wurde warum zur Täterin, zur Mittäterin? Auf überindividueller Ebene aber muss gefragt werden, warum das herkömmliche Ethos als grundsätzliche Schranke vor unmenschlichen, grausamen und verbrecherischen Taten versagte.

Die Verstrickung von Krankenschwestern und -pflegern in die Machenschaften des NS-Staates bis hin zu Tötungsaktionen wurde in der Berufsgruppe nach dem Krieg lange nicht thematisiert (Steppe, 2013a, S. 15). Wenn überhaupt, wurde sie als Traditionsbruch angesehen, als Bruch mit dem klassischen Ethos, wie es sich seit dem 19. Jahrhundert herausgebildet hatte. Zwischen dem überlieferten, eng mit Mütterlichkeit verbundenen Verständnis guter Pflege und den nationalsozialistischen Vorstellungen wurde ein scharfer Trennstrich gezogen. Wurde früher generell der bürgerlichen, christlichen oder humanistischen Moraltradition die Amoralität des Nationalsozialismus gegenübergestellt, so geht man in neuester Zeit davon aus, dass auch die Nationalsozialisten nicht ohne Moral waren, ja sich ihr Denken und Handeln im Gegenteil sogar durch eine starke Tendenz zur Moralisierung auszeichnete. Der traditionellen Moral wird eine andersartige, konträre NS-Moral gegenübergestellt.

Dieser dichotome Interpretationsansatz, der von dem Historiker Wolfgang Bialas (2014) vertreten wird, geht davon aus, dass der Nationalsozialismus eine neue moralische Ordnung auf der Grundlage der „Rassenlehre“ errichtete. Die bürgerliche, christlich-humanistische Moral ist universell angelegt. Sie schließt alle Menschen ein. Die NS-Moral hat dagegen partikularen Charakter. Sie gilt nur für die „arische Rasse“ als „Herrenrasse“, die „germanisch-deutsche Volksgemeinschaft“ und schließt andere, „niedere Rassen“ und „Volksschädlinge“ aus. Tugenden wie Ehre, Treue, Gehorsam, Anstand, Ehrlichkeit, Kameradschaft, Mut, soldatisches oder mütterliches Heldentum kommen nur rassereinen Menschen zu. Sie dienen der Bewahrung der arischen Rasse vor „Rassenschande“. Nur gegenüber den Angehörigen der eigenen „Rasse“ ist das Gute zu tun, gegenüber „Untermenschen“ kann dagegen guten Gewissens Böses getan werden, das eigentlich ja gut ist. Die NS-Moral ist eine antibürgerliche, antichristliche, antihumanistische Moral, auch wenn die Moralbegriffe sich vielfach mit den traditionellen Begriffen decken. Der Nationalsozialismus als politische Religion wollte letztlich die christliche Religion ersetzen.

Die Historikerin Petra Betzien (2018) schließt sich in ihrer Untersuchung zur Pflege in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern Bialas' Konzept an. Auch sie stellt dem traditionellen Pflegeethos, in dem die Krankenschwestern sozialisiert waren, die NS-Moral gegenüber, die in den Konzentrationslagern zum Tragen kam. Zusätzlich betrachtet sie ihren Forschungsgegenstand aus

der geschlechterspezifischen Perspektive von weiblicher Pflege und männlicher Medizin und kommt dabei zu dem Schluss, dass die Schwestern sich von den Männern „als Erfüllungsgehilfinnen zur Umsetzung der NS-Rassenhygiene und Weltanschauung instrumentalisieren“ (Betzien, 2018, S. 545) ließen. Schon Steppe hatte, unter Bezugnahme auf den Konflikt zwischen allgemeiner Menschlichkeit und beruflicher Pflichterfüllung, festgestellt, „daß der Gehorsam gegenüber den Vorgesetzten eine absolute und bindende Berufspflicht war. Der Konflikt zwischen allgemein menschlicher Moral und beruflicher Moral wurde eindeutig zugunsten der beruflichen Seite gelöst, das persönliche ‚Sich-Schlecht-Dabei-Fühlen‘ in Kauf genommen.“ (2013c, S. 171-172) Für Steppe, die in diesem Zusammenhang von „Handlanger“ (2013a, S. 16) spricht, setzten sich freilich die traditionell für die Schwestern geltenden unhintergehbaren Tugenden des Gehorsams und der Fürsorglichkeit noch unter den Bedingungen der Diktatur in den Tötungssituationen im Konzentrationslager fort. Im Unterschied zu Betzien geht sie weniger von einem Gegensatz, vielmehr von einer Kontinuität in der moralischen Haltung und damit einer Pervertierung und Diskreditierung, also einer Verkehrung des alten Gehorsams- und auch Fürsorglichkeitsideals ins Gegenteil aus, die zu deren Entwertung führte. Nicht anders ist zu erklären, warum Krankenschwestern gegenüber den kranken SS-Soldaten in den Lazaretten der Konzentrationslager die traditionellen Tugenden der Zugewandtheit, Mütterlichkeit und Fürsorglichkeit zeigten und gleichzeitig behinderten Häftlingen (oft ebenso fürsorglich) Gift gaben (Steppe, 2013c, S. 172).

Die in den Konzentrationslagern tätigen Krankenschwestern wie auch die Ärzte scheinen die Beteiligung an Krankentötungen, Zwangssterilisationen und Menschenversuchen gar nicht als Bruch des traditionellen Ethos empfunden zu haben, da es bei diesen Maßnahmen um (vermeintlich) höhere Ziele der Volks- und Erbgesundheit sowie wissenschaftlichen Forschung ging. Eugenische Überlegungen waren in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auch im englischsprachigen Raum oder in Japan im Blick auf die staatliche Steuerung der Bevölkerungsentwicklung und den Umgang mit ethnischen Minderheiten etwa auf den Feldern Einwanderung und Schulpolitik durchaus anerkannt (Imboden, Ritter, Braunschweig, Küchenhoff & Wecker, 2009). Auch im Alltag der Menschen war die Diskriminierung von Behinderten und psychisch Kranken oder sozialen Randgruppen gang und gäbe und wurde vielfach nicht als Bruch einer christlichen oder menschlichen Moralvorstellung empfunden.

Die Nationalsozialisten radikalisierten den eugenischen Ansatz freilich in einer Weise, die weit über die wissenschaftlichen Überlegungen in anderen Ländern hinausging. Auch die Mehrzahl der deutschen Ärzte und Schwestern stand den rassenhygienischen Maßnahmen, wie sie in der NS-Zeit umgesetzt wurden, ablehnend gegenüber.

Darüber hinaus bleibt unklar, ob die Berufung der angeklagten Schwestern auf Pflicht und Gehorsam in den Prozessen nach dem Krieg nicht eine Strategie der eigenen psychischen Entlastung oder der Verteidigung angesichts drohender Strafen darstellte. Ähnliche Argumentationen finden sich auch bei Tätern anderer NS-Prozesse. Die Richter reproduzierten in ihren Urteilen teilweise selbst das Bild von der Pflege als untergeordnetem, nur geringe Bildung voraussetzendem Beruf, von den Schwestern als schlichten, dem kleinbürgerlichen oder ländlichen Milieu entstammenden, jeglichen gesellschaftlichen und politischen Bewusstseins ledigen Befehlsempfängern und neigten deshalb bei den Strafen zu einer gewissen Milde, wie die Urteilsbegründung des Landgerichts Frankfurt am Main im zweiten Hadamar-Prozess von 1948 deutlich zeigt: „Alle Angeklagten des Pflegepersonals sind Menschen von einfachem Geist, die als Pfleger dem Arzt und als Untertanen der Staatsführung zu gehorchen gewohnt waren. Sie waren alle innerlich zu unselbständig und von einer zu starken Trägheit des Willens besessen, um Situationen von solcher Schwere, wie sie für die Angeklagten entstanden, in ausreichendem Maße gewachsen zu sein. [...] Nicht verbrecherische Gesinnung, sondern menschliche Schwäche veranlaßte die Angeklagten, die Stimme der Natur oder die des Gewissens zu überhören und willensschwach den Weg zu beschreiten, auf dem ihnen Menschen vorangingen, denen sie zu gehorchen gewohnt waren.“ (zit. nach Steppe, 2013c, S. 173)

Schließlich sind auch Tugenden wie Mütterlichkeit, Zugewandtheit und Fürsorglichkeit durchaus ambivalent. Auch Mütter können wie Väter Macht ausüben. Auch mütterliche Liebe kann mit autoritärer Bevormundung, Entmündigung und Einengung von Freiheit einhergehen, dann im Sinne von Maternalismus, erdrückender Bemutterung, Umsorgen und Trösten als Täuschung. Historisch gesehen wurde das Konzept von Mütterlichkeit im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts zunehmend wissenschaftlich, nicht zuletzt medizinisch gefasst, was zur Normierung und Normalisierung von Muttersein führte. Neben den medizinischen Disziplinen der Anthropologie, Pathologie und Psychiatrie

spielte hierbei auch die Eugenik eine Rolle. Man suchte Typen der Mütterlichkeit, auch unter dem Aspekt der Abnormität („verkrüppelte“ oder „entartete Mutterschaft“), zu erfassen und daraus bevölkerungs- und sozialpolitische Konsequenzen abzuleiten (Baader, 2018, S. 26). So geriet Mütterlichkeit als natürliche Eigenschaft der Frau in den Kontext von Rassismus und NS-Erbgesundheitspflege bis hin zur Euthanasie.

Im Unterschied zur dichotomen Bestimmung des Verhältnisses von Pflegeethos und NS-Moral oder NS-Unmoral, die diese mehr oder weniger klar voneinander abgrenzen, gehen andere Deutungsversuche von einer gegenseitigen Beeinflussung oder Durchdringung beider Bereiche aus. An einer fundierten Untersuchung, inwieweit die Pflegekräfte (nicht nur die NS-Schwester) im „Dritten Reich“ nationalsozialistische oder dem Nationalsozialismus nahestehende Einstellungen vertraten, fehlt es derzeit jedoch noch. Ein neuer Ansatz der Geschichtswissenschaft, der die vorherrschende dichotome Sichtweise in Bezug auf die „Gläubigkeit“, also die religiösen Einstellungen und Haltungen aufbricht, könnte hier für eine differenziertere Sicht des Pflegekontextes fruchtbar gemacht werden. Nach Auffassung des Historikers Manfred Gailus (2020, 2021) stand das kirchliche Milieu dem Nationalsozialismus nicht, wie häufig angenommen, völlig fern, sondern wies vielfache Berührungspunkte mit ihm auf, wenngleich es auch Abwehr und Distanzierung gab. Deutschland war zur Zeit der nationalsozialistischen Machtübernahme ein zutiefst christliches Land. Dennoch wurde den Nationalsozialisten bei deren Machtergreifung kaum Widerstand, auch nicht seitens der christlichen Kirchen oder Gläubigen entgegengesetzt. Die Gründe dafür sind sicherlich vielschichtig. Nach Gailus' These war jedoch ein wesentlicher Grund, dass sich die nationalsozialistischen Glaubensvorstellungen in den Augen vieler mit den christlichen Traditionen verbinden ließen und auch tatsächlich in Form von Zusammenarbeit verschränkten. Man spricht in diesem Zusammenhang von multipler Gläubigkeit oder hybrider Doppelgläubigkeit. Der Nationalsozialismus war durchaus nicht areligiös oder antireligiös. Vielmehr erfuhr das Religiöse in der NS-Zeit eine starke Erneuerung unter völkisch-politischen Vorzeichen. Damit kam es zu vielfachen Verbindungen zwischen christlichem Glauben und nationalsozialistischen Einstellungen. Das Spektrum reichte vom kirchlich orientierten Nationalsozialisten über den nationalsozialistisch orientierten Deutschen Christen bis zum Anhänger der völkisch orientierten Deutschen Glaubensbewegung. Protestanten standen dabei eher in der Gefahr, sich dem Nationalsozialismus

anzunähern, als Katholiken. Alle miteinander vereinte die Hoffnung auf eine nationale Wiedergeburt Deutschlands. Deshalb war die „Machtergreifung“ des Nationalsozialismus vielfach eher eine Machtübergabe an die Nationalsozialisten. Die Hoffnung, dass unter ihnen alles besser würde und man die Entwicklungen im christlichen Sinne mitgestalten könne, bröckelte erst ab, als sich dies als illusorisch erwies, weil die Kirche in ihrem Kernbestand angegriffen wurde. Spätestens als sich abzeichnete, dass der Krieg verloren war, verlor dann alle Hoffnung.

Ausgehend von dieser Theorie hybrider Gläubigkeit kann man auch von hybrider Moral sprechen. Viele Menschen sahen zwischen der traditionell-christlichen Moral und der NS-Moral gar keinen Widerspruch, sondern verbanden beide Konzepte flexibel miteinander, zumal sie, wie oben gezeigt, bei oberflächlicher Betrachtung ohnehin wenigstens teilweise miteinander kompatibel zu sein schienen. Dies wird so auch für die Krankenschwestern gegolten haben, die zum allergrößten Teil unabhängig von ihrer schwesternschaftlichen Zugehörigkeit katholisch oder evangelisch, insgesamt also christlich sozialisiert waren. Ein Schwachpunkt dieses Erklärungsansatzes ist freilich, dass es neben den verschiedenen Formen der Annäherung und Anpassung vereinzelt eben auch unangepasstes Verhalten, passive Resistenz, offenen Protest und aktiven Widerstand gab, und dies auch in der Pflege. Die Schwestern verfügten durchaus über einen Handlungsspielraum, den sie je nach ihren persönlichen moralischen Vorstellungen so oder so nutzten.

Die Nationalsozialisten nutzten die Kompatibilität der Wertesysteme auch gezielt aus. So versteht beispielsweise das offizielle *Krankenpflegelehrbuch* (im Folgenden zit. nach Gaida, 2020, S. 148-151), das 1943 vom Reichsausschuß für Volksgesundheit herausgegeben wurde, den Pflegeberuf als „Dienst an der Volksgemeinschaft [...], denn eine sachkundige Krankenpflege erhält dem Volk Träger deutschen Erbgutes, Arbeitskräfte der Faust und des Kopfes, sowie Waffenträger“. Sie ist nach dem Lehrbuch kein Beruf, der allein für den Lebensunterhalt ausgeübt wird, sondern setzt „innerliche Bereitschaft“ und Verantwortungsbewusstsein voraus. Gefragt ist deshalb bei den Schwestern eine besondere Haltung, die „große Selbstüberwindung“ und „ein hohes sittliches Pflichtbewußtsein“, zugleich aber auch „geistige Regsamkeit“ sowie „körperliche Leistungsfähigkeit“ und Gesundheit verlangt. Im Vordergrund ihres Handelns steht immer das „Wohl des Kranken“, dessen Vertrauen sie gewinnen sollen. Untereinander begegnen die Schwestern sich „kameradschaftlich,

höflich und entgegenkommend“. Grundsätzlich gilt: „Die Krankenschwestern sind dem Arzt unterstellt“ und „Den Anordnungen übergeordneter Schwestern [...] ist Folge zu leisten.“ Bei Meinungsverschiedenheiten „entscheidet der Arzt“. Deutlich wird an dieser Beschreibung des pflegerischen Ethos, dass sich die traditionellen christlich-humanen Ideale des Dienens, der Fürsorglichkeit, der Selbstlosigkeit und des Gehorsams bruchlos mit den neuen sittlichen Vorstellungen des Nationalsozialismus, die auf geistiger und körperlicher Gesundheit und Fitness, kameradschaftlichem Miteinander und Gruppenzusammenhalt sowie dem Führerprinzip aufbauen, verbinden lassen. Das hinter diesen Tugenden stehende Ziel des Dienstes der Schwester wurde freilich im völkischen und rassistischen Sinn umdefiniert: Es geht nicht mehr um das Wohl des Kranken an sich. Das individuelle Wohl geht auf im Wohl der deutschen Volksgemeinschaft als genetisch bestimmter Größe. Nun geht es in der Pflege um den Erhalt von Arbeitskraft und soldatischer Einsatzfähigkeit zum höheren Wohl der arischen Rasse.

Ein besonderer Fall sind die nationalsozialistischen Vernichtungslager. Der US-amerikanische Psychiater Robert Jay Lifton (1998) konstatiert in seiner psychohistorischen Untersuchung des Verhaltens der Ärzte in diesen Lagern, die sich auch auf Interviews mit Tätern stützt, dass die Lager eine Art Parallelwelt darstellten, in denen die normalen Lebenszusammenhänge und Verhaltensregeln außer Kraft gesetzt waren. In einem solchen irrealen, nahezu mythischen Raum der Gewalt, des Terrors und des allgegenwärtigen Todes mit seinen bizarren und sadistischen Ritualen und Routinen galten die überlieferten ethischen Standards ärztlicher wie auch pflegerischer Provenienz nicht mehr. Das Handeln der Ärzte war nicht von der Motivation bestimmt, Menschen von Krankheit zu heilen, sondern von der Vision, durch Ausmerzungen schlechter Gene die arische Rasse reinzuhalten und das deutsche Volk zu heilen. Die psychische Situation der Ärzte suchte Lifton mit dem Begriff der Dopplung, einer Art Persönlichkeitsspaltung zu fassen, die es den Ärzten möglich machte, sich in zwei konträren Sphären zu bewegen und den in diesen geltenden moralischen Ansprüchen jeweils zu genügen, im Lager als todbringender Vollstrecker und im Privaten als liebenswerter Familienvater und Ehemann aufzutreten.

Ähnliche schizoide Phänomene mögen auch bei den im Lager tätigen Krankenschwestern aufgetreten sein. Dies bedeutet nicht, dass das Denken und

Handeln der Täter nicht auch über Erziehungs- und Bildungsprozesse verinnerlichte Ideologien und Traditionen, etwa völkische, rassistische oder sozialdarwinistische Einstellungen, geprägt war. Ein nicht unerheblicher Teil der Ärzte wie Krankenschwestern war von der Mission des Nationalsozialismus und der durchaus nicht als einfach empfundenen Lagertätigkeit zutiefst überzeugt. Gerade die Belastung, die mit der Arbeit verbunden war, wurde durch Routinen, bürokratische Verfahren und fachliche Korrektheit aufgefangen. Nicht zu unterschätzen ist auch die Arbeitsteilung zwischen den Ärzten einerseits und den Schwestern und Pflegern andererseits, die diese angesichts der Verpflichtung, nichts nach draußen dringen zu lassen, zu einer verschworenen Gemeinschaft machte. Da die Pflegekräfte ledig waren und keine eigene Familie hatten, war die Verbindung zu den Ärzten für manche möglicherweise auch eine Art Familienersatz. In den Prozessen in der Nachkriegszeit konnte das eigene Erleben, in der extrem traumatisierenden Situation des Konzentrationslagers im Selbst gespalten, quasi einer dissoziativen Identitätsstörung ausgesetzt zu sein, von Täterärzten und -schwestern auch als Entschuldigungsgrund und Verteidigungsstrategie eingesetzt werden.

4.5 Kodifizierung berufsethischer Grundsätze

4.5.1 Der Ethikkodex – Alternative zum Gelöbnis

Seit den 1950er Jahren wurden in der Pflege Kodizes mit ethischen Vorgaben entwickelt, die mit unterschiedlicher Reichweite den Anspruch erheben, für alle beruflich Pflegenden der Welt, eines Landes, einer Konfession, einer Organisation oder eines Arbeits- oder Tätigkeitsbereichs zu gelten. Das Ethos der Pflege wurde damit von der individuellen moralischen Einstellung und Haltung der einzelnen Pflegekräfte abgelöst und auf eine objektive Ebene gehoben. Unter einem Kodex versteht man die Gesamtheit von ungeschriebenen oder verschriftlichten Verhaltensorientierungen und -regeln, an die sich Menschen in einem bestimmten Bereich oder einer bestimmten Gruppe halten sollen. Neben normativen Sätzen, die Sollensanforderungen formulieren, enthalten Kodizes teilweise auch deskriptive Sätze, die z. B. Aufgaben oder Tätigkeiten beschreiben.

Im beruflichen Kontext der Pflege wird der Begriff des Kodex auf zweierlei Weise verwendet. Der Berufskodex oder berufliche Ethikkodex (Code of Ethics) umreißt den moralischen Kern des Berufs, stellt also eine Zusammenfassung des beruflichen Ethos dar. Er enthält auf erwünschtes Handeln der

Angehörigen des Berufs bezogene Grundsätze und Pflichten unterschiedlichen Abstraktionsgrades. Die aufgeführten Prinzipien, Werte, Tugenden, Normen und Regeln betreffen überwiegend den Bereich des moralisch, das heißt um seiner selbst willen Guten, schließen aber auch außermoralische Aspekte des Guten in Bezug auf etwas anderes bis hin zu Rechtsnormen ein. In pflegebezogenen Ethikkodizes werden die Beziehung der Pflegenden zu den Pflegeempfängern und darüber hinaus ihre Stellung im Gesamtgefüge beruflichen Handelns im Blick auf die Kolleginnen und Kollegen, Angehörige, kooperierende Berufsgruppen, betroffene gesellschaftliche Gruppen, die Gesellschaft insgesamt, neuerdings auch das Verhältnis zur Weltbevölkerung sowie zur belebten und unbelebten Umwelt geregelt. Die beruflich Pflegenden werden insofern in einen umfassenden individual-, personal-, sozial- und umweltethischen Verantwortungszusammenhang gestellt. Im Unterschied zum beruflichen Ethikkodex beschränkt sich der berufliche Verhaltenskodex (Code of Conduct) auf korrektes Benehmen in der Praxis. Auf eine berufstheoretische oder ethische Fundierung wird verzichtet.

Von beruflichen Ethikkodizes zu unterscheiden sind ferner Berufsordnungen. Sie enthalten die berufsrechtlichen, teilweise aber auch ethischen Pflichten eines staatlich geregelten Berufs und werden von Berufskammern erstellt, die die Einhaltung dieser Pflichten durch die Berufsangehörigen überwachen und bei Verstößen Rügen aussprechen oder ein Berufsgericht anrufen können. Eine Berufsordnung für Pflegende in diesem Sinn hat die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2020 erlassen (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, 2020b). Daneben gibt es von Landesbehörden verordnete Berufsordnungen. Zuvor schon haben berufsverbandlich oder schwesternschaftlich ausgerichtete Organisationen „Berufsordnung“ genannte Texte erstellt (z. B. Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen, 2002; Deutscher Pflegerat, 2004), die nicht den rechtsverbindlichen Charakter einer Berufsordnung im eigentlichen Sinn besitzen.

Hinsichtlich ihrer Zielsetzung (Hiemetzberger, 2013, S. 51-52; Huber, 2019, S. 172) dienen berufliche Ethikkodizes in der Hauptsache Berufsverbänden und anderen Berufsorganisationen dazu, das Bewusstsein und die innere Haltung sowie das Verhalten und Handeln der Berufsangehörigen zu regulieren, ermöglichen diesen aber auch, ihr Verhalten und Handeln selbst zu steuern. Darüber hinaus sind sie im Blick auf Auszubildende und Studierende ein Mittel

der gezielten beruflichen Sozialisation, indem sie diese dazu anregen, in Auseinandersetzung mit gegebenen Anforderungen erwünschte Persönlichkeitsstrukturen aufzubauen. Schließlich machen einschlägige Kodizes der Gesellschaft gegenüber transparent, welche Leitlinien in der Berufsgruppe gelten, und ermöglichen so eine Überprüfung, ob die Berufsangehörigen das ihnen entgegengebrachte Vertrauen verdienen und die ihnen übertragene Verantwortung angemessen wahrnehmen. Das Ziel der Verhaltenssteuerung können berufliche Ethikkodizes unterschiedlich intensiv anstreben, je nachdem, ob die Inhalte als freiwillige Empfehlungen oder verbindliche Vorschriften verstanden werden (Monteverde, 2009, S. 58-59). Hinsichtlich der Adressaten können sie eher berufspädagogisch wie z. B. der Kodex des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (1990 und Revisionen), eher pflegepraktisch wie etwa der Kodex der Canadian Nurses Association (2017) oder eher gesellschaftspolitisch wie die neueren Fassungen des *ICN-Ethikkodex* ausgerichtet sein (Monteverde, 2012, S. 29).

Berufliche Ethikkodizes sind in der Regel das Ergebnis längerer berufsgruppeninterner Verständigungs- und Entwicklungsprozesse, an denen führende Personen aus der Berufsgruppe oder beruflichen Organisationen beteiligt sind. Sie verstehen sich nicht als Dokumente eines zeitlos-unabänderlichen Ethos, sondern als Momentaufnahmen eines zu einer bestimmten Zeit und in einem bestimmten gesellschaftlichen und beruflichen Kontext geltenden Ethos. Dass sie laufend überprüft und immer wieder an neue Entwicklungen im Beruf, aber auch in der Gesellschaft, an gewandelte Moralvorstellungen und sprachlich-stilistische Erwartungen angepasst werden müssen, ist ein Zeichen ihrer Zeitbedingtheit und ihres Strebens nach Aktualität (Smith & Davis, 1985, S. 336).

Berufliche Ethikkodizes bestehen häufig aus einer Präambel oder Eingangserklärung, die übergeordnete Gedanken, Prinzipien und Werte darlegt, und einem unter Umständen in mehrere Abschnitte gegliederten Hauptteil, in dem einzelne Grundsätze, Werte, Normen und Regeln systematisch geordnet zusammengestellt sind. Manchmal ist ihnen eine Handlungsanleitung beigegeben, wie die dargestellten Orientierungen im konkreten Alltag implementiert, umgesetzt oder vermittelt werden können. Sie unterscheiden sich insofern wesentlich von persönlichen Verpflichtungsformen wie Eid oder Gelöbnis, als sie nicht auf emotionaler Identifikation, höchstpersönlicher Selbstverpflichtung und öffentlichem Bekenntnis beruhen, sondern ein von führenden beruflichen

Kreisen erstelltes Korpus normativer Setzungen darstellen, die dem einzelnen Berufsangehörigen als Ansprüche und Forderungen an sein Denken und Handeln entgegentreten. Ethikkodizes liegt in einem tieferen Sinn keine Gesinnungs- oder Tugendethik zugrunde wie Eiden oder Gelöbnissen, sondern eine Wert- und Normethik. Während im *Florence-Nightingale-Gelübde* Sprachmuster wie „ich will“ oder „ich werde“ vorherrschen, werden berufliche Ethikkodizes von Sollenssätzen wie „Du sollst“ oder „Du sollst nicht“ bestimmt, wenngleich diese heute in der Regel präsentisch formuliert werden, um nicht autoritativ zu erscheinen.

Seit den 1980er Jahren wird in Medizin und Pflege der Begriff Ethikstandard (auch ethische Richtlinie oder Leitlinie) verwendet, der aus dem Englischen importiert wurde. Seinen Ursprung hat er in den Naturwissenschaften und der Technik. Angestoßen durch nationale Offensiven zur Qualitätssicherung, wurde er als medizinischer und pflegerischer Qualitätsstandard in den Sprachgebrauch in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie der wissenschaftlichen Forschung übernommen. Ein Standard ist eine anerkannte oder angewandte Norm oder Richtschnur, die anzustrebende Ziele und Umsetzungsregeln für Verfahren und Leistungen beschreibt. Standards können von internationalen und nationalen Gremien und Verbänden, aber auch einzelnen Trägern und Einrichtungen, Arbeitsgruppen in Einrichtungen, selbst Einzelpersonen formuliert werden. Der Grad der Verbindlichkeit reicht von Vorschlägen und Empfehlungen bis hin zu rechtlich verbindlichen Vorgaben. Von besonderer Bedeutung sind auf wissenschaftlicher Grundlage im Sinne evidenzbasierter Pflege entwickelte Expertenstandards. Zur Anwendung und Problematik von Pflegestandards wird in der Pflegewissenschaft seit einiger Zeit eine breite Diskussion geführt. Neben fachlichen, ökonomischen und anderen Werten enthalten auch Einrichtungs- und Pflegeleitbilder, die Selbstverständnis und angestrebte Kultur einer Organisation zusammenfassen und nach innen wie außen kommunizieren, ethische Elemente.

4.5.2 Der Ethikkodex als Erfolgsmodell

Seit der Bildung von Pflegegemeinschaften wurde das Bewusstsein und Verhalten ihrer Angehörigen mittels Wertvorgaben und Verhaltensregeln gelenkt, die in der Regel von deren Leitungen festgelegt wurden. In den evangelischen Mutterhäusern formulierte sie meist der leitende Geistliche, während für die Kontrolle der Einhaltung und nötigenfalls auch die Sanktionierung von Übertretungen die Oberin zuständig war. Aber auch untereinander achteten die

Schwestern streng darauf, dass die Regeln beachtet wurden. Das System, in dem sie sich bewegten, wie auch das Normenkorsett, dem sie unterworfen waren, muss als in hohem Maße autoritativ bezeichnet werden. Die Regeln waren sehr eng gefasst und zugleich mit hohen, oft aus der *Bibel* abgeleiteten Idealen wie Liebe und Barmherzigkeit begründet. Von den Schwestern wurden äußerste Zucht und Ordnung verlangt. Abgeleitet waren diese Regeln vom Grundprinzip des Dienens, das ein streng hierarchisches System von Über- und Unterordnung begründete.

Dies deckt sich mit dem geradezu militärisch rigiden, auf Befehl und Gehorsam beruhenden Reglement, das in den Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts herrschte (z.B. Hausordnung für das Mutterhaus der Olgaschwestern, 1904). Die Alltagsorganisation war von starren Zeitvorgaben und Besuchsregelungen bestimmt. Nicht nur die Schwestern und Ärzte, auch Dienstboten, Patienten, sogar Besucher waren einem strengen Zeit-, Raum- und Verhaltensregime unterworfen. Soziale Kontakte, Kommunikation und Information, selbst emotionale Ausdrucksformen wie lautes Reden, Lachen und Weinen oder unkontrollierte Körpersprache wurden als unpassend und störend gebrandmarkt. Patienten, Ärzte und Schwestern, auch männliche und weibliche Patienten unterlagen Kontaktbeschränkungen und -verboten. Auf den Schwestern lastete ein permanenter Aktivitätszwang. Ihr Außenkontakt war bei ohnehin kaum vorhandener Freizeit stark eingengt. Fehlverhalten der Akteure wurde umgehend sanktioniert. Nachwirkungen dieser strengen Ordnung, die ein hohes Maß an Selbstkontrolle verlangte, reichten bis in die 1970er Jahre.

Die Kodifizierung eines Pflegeethos im übergreifenden Sinn setzte nach frühen Ansätzen nach dem Ersten Weltkrieg in den 1950er Jahren ein. Ursprungsland des pflegerischen Ethikkodex sind wie im Falle des *Nightingale-Gelübdes* die Vereinigten Staaten von Amerika. 1950 veröffentlichte die American Nurses Association (ANA), der US-amerikanische Pflegeberufsverband, einen nationalen *Code of Ethics for Nurses* (aktuelle Fassung: American Nurses Association, 2015), der im angelsächsischen Raum prägend für den Diskurs um die Kodifizierung des Pflegeethos war. 1953 brachte der International Council of Nurses (ICN), der Weltverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger mit Sitz in Genf, einen für alle Pflegekräfte weltweit geltenden *International Code of Nursing Ethics* heraus, dem ein Jahr später das Internationale Katholische Komitee der Krankenschwestern und sozialmedizinischen

Assistentinnen (International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants, CICIAMS) mit Sitz in Vatikanstadt mit einer christlichen Pflichtenlehre für Krankenschwestern folgte.

Die Gründe dafür, dass in den 1950er Jahren Berufskodizes eine wichtige Rolle für das pflegerische Ethos zu spielen begannen, lagen in der politischen Situation nach dem Zweiten Weltkrieg. Den zentralen Anstoß für einen Neuaufbruch im Blick auf die Kodifizierung ethischer Richtlinien für Angehörige des Pflegeberufs gab 1948 die Generalversammlung der Vereinten Nationen (United Nations, UN) mit der Verkündung der *Universal Declaration of Human Rights*, der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* (United Nations, 1948a, deutsch 1948b). Die Gründung der Vereinten Nationen im Jahr 1945 ist als Antwort auf die weitreichenden Zerwürfnisse unter den Nationen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu verstehen. Nach Artikel 1 der *Charter of the United Nations*, der *Charta der Vereinten Nationen* (United Nations, 1945a, deutsch 1945b) gehört zu den zentralen Aufgaben der UN die Förderung der Menschenrechte. Vor diesem Hintergrund wurde mit der Proklamation universeller Menschenrechte auch die Grundlage für ein universelles Ethos der Pflegenden geschaffen.

Neben der Menschenrechtsfrage gab es auch berufsinterne Faktoren, die die Entwicklung von Ethikkodizes beförderten. Denn vor allem in den führenden angelsächsischen Ländern setzte in den 1950er Jahren eine Professionalisierung des Pflegeberufs ein, die allmählich zur Verselbstständigung gegenüber dem Arztberuf und zur Abgrenzung eines eigenen Tätigkeitsbereichs gegenüber der Medizin führte. Das pflegerische Berufsethos konnte nicht mehr ohne weiteres aus dem ärztlichen Standesethos abgeleitet werden, wie dies zuvor etwa mit dem *Nightingale-Gelübde* gegeben war.

In den 1980er Jahren etablierte sich die Form des Ethikkodex für beruflich Pflegenden, ausgehend von den genannten Vorbildern, verstärkt auf der Ebene der einzelnen Nationen. Eine besondere Bedeutung haben Ethikkodizes dabei im angelsächsischen System des Pflegeberufs, da dort die Pflegenden durch einschlägige Berufsorganisationen in Gestalt von Körperschaften des öffentlichen Rechts vollständig erfasst und registriert sind. Über das Instrument der Erteilung der Berufslizenz können die Berufsorganisationen die Pflegenden stärker auf die Umsetzung von Ethikrichtlinien verpflichten und deren Einhaltung kontrollieren. Auch die Berufsorganisation der Pflege in der Schweiz hat

eine vergleichbar starke Stellung. 1990 publizierte der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (heute Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK) erstmals *Ethische Grundsätze für die Pflege*, die mehrfach überarbeitet wurden (zuletzt Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2003).

In Deutschland hatten pflegebezogene Ethikkodizes vor allem in den 1990er Jahren Hochkonjunktur.¹⁷ Die deutsche Verbandslandschaft ist von jeher viel zersplitterter als die angelsächsische und vieler anderer Länder. Deshalb entwickelten die verschiedensten Pflegeorganisationen und -verbände eigene Kodizes entsprechend ihrer jeweiligen weltanschaulichen oder religiösen Identität. Darüber hinaus entstanden Kodizes für spezielle Arbeitsbereiche, etwa Intensivpflege, Altenpflege, Hospizarbeit, Palliativversorgung oder Pflegeforschung.

Einige dieser Kodizes wurden nicht fortgeschrieben und sind deshalb inzwischen veraltet oder nicht mehr in Geltung. Doch darüber hinaus scheint das Interesse für die Arbeit an ethischen Leitlinien generell erlahmt zu sein. Die Erwartung, ja teilweise Euphorie, den pflegerischen Alltag mit Hilfe von Kodizes und Leitbildern positiv beeinflussen zu können, hatte sich nicht erfüllt. Die Texte waren nicht in die Praxis vorgedrungen oder hatten bei den Praktikerinnen und Praktikern keine Resonanz erfahren. Der Rückgang des Interesses an ethischen Kodizes und Standards hat aber auch damit zu tun, dass im Zuge der Akademisierung und Szientifizierung der Pflege eine wissenschaftliche Pflegeethik, die auf Diskurs und autonome Entscheidung setzt, ins Blickfeld geriet. Der Bedeutungsverlust einer christlichen Fundierung der Pflege und das Voranschreiten der Globalisierung und Internationalisierung auch auf pflegerischem Gebiet sind weitere Gründe. Das Menschenrechtsethos ist im 21. Jahrhundert weltweit zum ethischen Leitkonzept der Pflege geworden und wird selbst in konfessionellen Berufskontexten als zentrale ethische Perspektive akzeptiert. Der von diesem Ethos geprägte *ICN-Ethikkodex* erlangte dadurch den Status eines allgemeingültigen Grundlagentextes für das pflegerische Ethos überhaupt.

¹⁷ Zum Stand jener Jahre siehe die Textsammlung in Arndt, 1996, S. 141-170.

4.5.3 Der Ethikkodex des International Council of Nurses

Der ICN begann schon 1923 auf der Versammlung in Montreal mit der Erarbeitung ethischer Grundsätze, die jedoch angesichts der politischen Entwicklungen ab Anfang der 1930er Jahre nicht weitergeführt wurden (Fry, 1995, S. 53; Lay, 2004, S. 102-103). 1953 wurde der Faden dann mit dem auf der Generalversammlung in Petrópolis in Brasilien verabschiedeten *International Code of Nursing Ethics* – die deutsche Übersetzung trägt den Titel *Ethische Grundregeln für die Krankenpflege* – wieder aufgenommen (International Council of Nurses, 1953). Seitdem gilt das später *ICN Code of Ethics for Nurses* (deutsch *ICN-Ethikkodex für Pflegende*, zuletzt *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*) betitelte Dokument in den Mitgliedsländern des ICN als maßgebliche Formulierung eines internationalen pflegerischen Berufsethos. Der englische Originaltext wurde immer wieder aktualisiert und auch in verschiedene Landessprachen übersetzt. Zumal in den letzten Jahrzehnten wuchs sein Umfang stetig an. Die neueste Fassung aus dem Jahr 2021 (International Council of Nurses, 2021a; deutsch 2021b) umfasst ein Vielfaches der Ursprungsfassung von 1953.

In den 1970er Jahren veränderte sich das den *ICN-Ethikkodex* prägende Pflege- und Berufsverständnis erheblich (Grauhan, 1981, S. 350-351; Smith & Davis, 1985, S. 336; Lay, 2004, S. 103 und 113, Anm. 53). Seine frühen Fassungen stellen noch den Dienst am Kranken und die Verpflichtung gegenüber dem Arzt in den Vordergrund. Die Neufassung von 1973 (International Council of Nurses, 1973a; deutsch 1973b) gibt demgegenüber der Gesundheitsförderung den Vorrang vor der Krankenversorgung. In den vier in der *Präambel* der Pflege zugewiesenen Hauptaufgaben „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (International Council of Nurses, 1973b, S. 142) spiegelt sich der Wandel von einem krankheits- und defizitorientierten zu einem gesundheits- und ressourcenorientierten Pflegeverständnis. Zugleich wird die Verantwortung gegenüber dem Arzt durch die kooperative Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern anderer Berufszugehörigkeit ersetzt (International Council of Nurses, 1973b, S. 143). Nach den Erwartungen des Kodex setzt sich die Pflegekraft sogar gegenüber den Mitarbeitern und anderen Personen aktiv für die Patienteninteressen ein (International Council of Nurses, 1973b, S. 143), womit erstmals eine Ethik der

Fürsprache oder anwaltschaftliche Ethik (advocacy) ins Spiel kommt (allgemein Brumlik, 2017, S. 192). Der Pflegekraft wird damit die Beurteilung der fachlichen Fähigkeiten von Mitarbeitenden zugestanden.

Die verschiedenen Fassungen des Ethikkodex sind dennoch bis in die 1990er Jahre hinein von einer Haltung geprägt, die von den eigenen Bedürfnissen der Pflegekraft eher absieht und sich auf die Ansprüche des pflegebedürftigen Menschen im Besonderen, darüber hinaus aber auch der Familie, der Berufsgruppe bis hin zur Gesellschaft als Ganzes fokussiert. Vorstellungen von Profession, beruflicher Selbstbestimmtheit oder Wissenschaftlichkeit, aber auch die Trennung von Beruf und Privatleben kommen im Kodex lange nicht vor. Die Fassungen ab 2000 (International Council of Nurses, 2000; deutsch 2001; International Council of Nurses, 2006, deutsch 2010 sowie International Council of Nurses, 2012, deutsch 2014) greifen dann die Debatte um die Professionalisierung der Pflege und deren Ansehen in der Öffentlichkeit gezielt auf. Zudem wird nun auch die Selbstsorge der Pflegekraft in den Kodex eingebunden, freilich noch mit der Begründung, dass deren Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten werden soll. Auch in den Berufsbezeichnungen, die die deutschen Fassungen des Kodex verwenden, wird das Professionalisierungsbemühen deutlich. Zudem wird gendergerecht von „Pflegerinnen“ gesprochen. Die neueste Fassung verwendet den Begriff „Pflegefachperson“ (International Council of Nurses, 2021b).

In der Version des Kodex aus dem Jahr 2012/2014 (International Council of Nurses, 2012, S. 2; deutsch International Council of Nurses, 2014, S. 1) wird in der *Präambel*, verbunden mit dem Lebensrecht, die Entscheidungsfreiheit als zentraler Wert eingeführt. Dies ist eine Reaktion auf die grundlegende Bedeutung, die das Autonomieprinzip im Gesundheitswesen inzwischen erlangt hatte. Bereits 1979 hatten die US-amerikanischen Medizinethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress in ihrem Buch *Principles of Biomedical Ethics* den Respekt vor der Autonomie, also der individuellen Selbstbestimmung als eines der grundlegenden Prinzipien des medizinischen Handelns identifiziert (Beauchamp & Childress, 1979). Die Patientenautonomie war zu einem Schlüsselbegriff der Medizinethik geworden und bestimmte in der Folge auch das Verhältnis beruflich Pfleger zu den Pflegeempfängern. Allein der Patient (bzw., wenn er nicht dazu in der Lage ist, sein Beauftragter) entschei-

det über die ihn betreffende medizinische Behandlung und ebenso über pflegerische Maßnahmen, wobei der Betroffene über die Zusammenhänge zuvor angemessen aufzuklären ist.

Die aktuelle Fassung des *ICN-Ethikkodex* von 2021 (International Council of Nurses, 2021a; deutsch International Council of Nurses, 2021b) spannt das Verantwortungsspektrum und Verantwortungsniveau der Pflege weiter denn je. Schon hinsichtlich ihres Aufbaus ist sie gegenüber den Vorgängerversionen um Einiges komplexer. Sie gliedert sich in eine Zweckbestimmung, die *Präambel*, den eigentlichen Kodex, ein *Glossar* und eine Liste mit Referenztexten. Zudem sind kommentierende Abschnitte zur Anwendung und Verbreitung des Kodex sowie ein Schaubild zu professionellen Werten eingefügt. Dazu kommt, dass viele unspezifische, über die Alltagsarbeit weit hinausreichende Erwartungen an die Pflegenden formuliert werden. Auf diese Fassung wird im Folgenden näher eingegangen.

Erstmals enthält sie einen einleitenden Abschnitt zum Zweck des Kodex (International Council of Nurses, 2021a, S. 2; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 3), in dem dieser als „eine Erklärung der ethischen Werte, Verantwortlichkeiten und beruflichen Rechenschaftspflicht von Pflegefachpersonen und Studierenden/Lernenden der Pflege“ bestimmt wird, die „die ethische Pflegepraxis“ „innerhalb der verschiedenen Pflegerollen“ „definiert und leitet“. Der Kodex versteht sich nicht als ein sich auf Benimmregeln beschränkender Verhaltenskodex, sondern enthält „Leitlinien in Bezug auf die Rollen, Pflichten, Verantwortlichkeiten, Verhaltensweisen, das professionelle Urteilsvermögen und die Beziehungen von Pflegefachpersonen“ zu Pflegeempfängern sowie Mitarbeitenden der Pflege und anderer Berufe. Seine Aussagen „gelten für alle Pflegefachpersonen in allen Arbeitsfeldern, Rollen und Praxisgebieten“, wobei die Auszubildenden und Studierenden, die erst in die Pflege hineinwachsen, noch nicht die volle ethische Verantwortung tragen. Der Kodex kann ferner „als Rahmen für eine ethische Pflegepraxis und Entscheidung dienen, um die von den Aufsichtsbehörden festgelegten professionellen Standards zu erfüllen“, bietet also die Möglichkeit, die in ihm enthaltenen Werte und Normen zu verbindlichen Expertenstandards zu machen, auch im rechtlichen Sinn. Mit diesen Aussagen im Blick auf seine Zwecksetzung erhebt der neu gefasste Kodex einen erheblich höheren Geltungsanspruch als seine Vorgängerversionen.

In ihrem ersten Absatz merkt die sich anschließende *Präambel* (International Council of Nurses, 2021a, S. 2; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 4), verbunden mit dem Hinweis, dass sich die „organisierte Pflege“ Mitte des 19. Jahrhunderts herausbildete, zunächst an, dass die den aktuellen Diskurs um 2020 in den westlichen Gesellschaften in besonderem Maße bestimmenden Themen der Chancengerechtigkeit, Inklusion und Vielfalt von jeher in der Pflege verankert sind. Mit dem Verweis auf den Ursprung beruflicher Pflege wird, auch in der deutschen Übersetzung, eher die Situation in England wiedergegeben, wo Florence Nightingale 1860 die erste Krankenpflegeschule gründete, an der das neuartige Nightingale-System umgesetzt wurde. Für die Länder des europäischen Kontinents trifft die Zeitangabe weniger zu. Denn nachdem bereits 1663 in Paris die Gemeinschaft der Vinzentinerinnen ins Leben gerufen worden war, was zahlreiche Nachfolgegründungen in den katholischen Ländern und Regionen Europas zur Folge hatte, schuf Theodor Fliedner durch Gründung der Ausbildungsstätte in Kaiserswerth im Jahr 1836 die Voraussetzungen für die von Diakonissen durchgeführte Pflege im protestantischen Einflussbereich. Gleichzeitig sind mit den Ausbildungsbemühungen Franz Anton Mais schon im letzten Viertel des 18. Jahrhunderts Ansätze einer rein beruflichen Krankenpflege erkennbar. Die christlichen, schwesternschaftlichen und beruflichen Traditionen der Pflege, zu denen auch die ab etwa 1860 entstehenden Schwesternschaften der Frauenvereine und des Roten Kreuzes gehören, liegen also teilweise weit vor der angelsächsischen Konzeption des Pflegeberufs. Die Ausblendung des christlich-schwesternschaftlichen Ansatzes, der durchaus in organisierter Form umgesetzt wurde und insofern einer „organisierten Pflege“ zugerechnet werden kann, zeigt, dass das Bewusstsein im ICN wie in den nationalen Berufsverbänden, auch denen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, inzwischen ganz vom angelsächsischen Blick und einem globalen Ethos der Menschenrechte bestimmt ist.

Mit der Thematisierung von Chancengerechtigkeit, Inklusion und Diversität vollzieht der Kodex Entwicklungen nach, die sich auf weltpolitischer Ebene im Blick auf die Fortschreibung der Menschenrechte ergeben haben. Er bezieht sich insbesondere auf die 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossene *UN-Behindertenrechtskonvention (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD; Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen)*, nach der allen Menschen eine uneingeschränkte, gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht werden

soll (United Nations, 2006a, deutsch 2006b). 2015 verpflichteten sich die UN-Mitglieder mit der Unterzeichnung der Resolution *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, kurz Agenda 2030)*, die 17 *Sustainable Development Goals (SDG; Ziele für nachhaltige Entwicklung)* enthält, bis 2030 für alle Menschen u. a. Chancengerechtigkeit in der inklusiven Bildung sowie ein gesundes Leben und Wohlergehen zu gewährleisten (United Nations, 2015a, deutsch 2015b). Ansonsten zählt der aktuelle Kodex wie bereits frühere Fassungen unter Priorisierung des präventiven gegenüber dem kurativen Ansatz und Verweis auf den universellen Bedarf von Pflege die traditionellen Hauptaufgaben der Pflege Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Gesundheitswiederherstellung sowie Leidensminderung und Unterstützung eines würdigen Sterbens auf. Durch Einfügung des vom Hospiz- und Palliativgedanken inspirierten Sterbens in Würde wird dabei die Aufgabe der Leidensminderung präzisiert.

Im zweiten Absatz der *Präambel* (International Council of Nurses, 2021a, S. 2; International Council of Nurses, 2021b, S. 4) nimmt der Kodex ausdrücklich Bezug auf das universelle, kultur- und religionsübergreifende Ethos der Menschenrechte: „Der Pflege inhärent ist die Achtung der Menschenrechte“. Als Menschenrechte werden in Anknüpfung an die Vorgängerversionen aufgeführt: das Recht auf Leben und Wahlfreiheit (Artikel 3 der *UN-Menschenrechtserklärung*) sowie das Recht auf Würde und respektvolle Behandlung sowie das Diskriminierungsverbot, also das Verbot der Wertung von Menschen nach ihren unterscheidenden Merkmalen (Artikel 2 der *UN-Menschenrechtserklärung*). An Merkmalen werden unter Erweiterung von Artikel 2 genannt: Alter, Hautfarbe, Kultur, kulturelle Zugehörigkeit, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, Politik, Sprache, ethnische Zugehörigkeit, religiöse oder spirituelle Überzeugungen, rechtlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Status. Der Kodex betont darüber hinaus, dass unter die Menschenrechte ebenso die nicht weiter differenzierten kulturellen Rechte (auch wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte genannt) fallen, die in Artikel 21 bis 27 der *UN-Menschenrechtserklärung* als Recht auf soziale Sicherheit, Arbeit und gleichen Lohn, Erholung und Freizeit, Wohlfahrt, Bildung sowie Teilhabe am kulturellen Leben konkretisiert sind.

Kritisch anzumerken ist, dass der Passus der *Präambel*, der sich auf die Menschenrechte bezieht, schon in den früheren Versionen des *ICN-Ethikkodex* eine klare Systematik vermissen lässt. Die grundlegende Idee der Menschenwürde müsste, logisch gesehen, der Aufzählung für die Pflege relevanter Menschenrechte vorausgehen. So heißt es in Artikel 1 der *UN-Menschenrechtserklärung*: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.“ In den weiteren Artikeln werden dann die Menschenrechte entfaltet. Auch im Grundrechtskatalog des *Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland* von 1949 wird in Absatz 1 die Achtung der Menschenwürde innerhalb des ersten Artikels an den Anfang gestellt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“. Im folgenden Absatz werden die aus der Menschenwürde abgeleiteten Menschenrechte, die die „Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt“ darstellen, als "unverletzlich" und "unveräußerlich" bezeichnet. Im Unterschied zur *UN-Menschenrechtserklärung* und auch zum deutschen *Grundgesetz* ordnet der *ICN-Ethikkodex* in seinen verschiedenen Fassungen das „Recht auf Würde“ beliebig in die Aufzählung ausgewählter Menschenrechte ein.

Nach dem dritten Absatz der Präambel (International Council of Nurses, 2021a, S. 3; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 4) ist der pflegerische „Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit“ eine Aufgabe, die auf Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen sowie die lokale, nationale und globale Ebene gerichtet ist. Darüber hinaus weist der Text den Pflegenden die Aufgabe zu, die Versorgung mit anderen Gesundheitsfachpersonen und weiteren an dieser Aufgabe mitwirkenden Personengruppen abzustimmen. Der Passus unterscheidet sich bis hierher nicht wesentlich von den Vorgängerversionen. Im letzten Satz der *Präambel*, der neu aufgenommen wurde, wird dann aber ein Katalog von professionellen Tugenden eingebracht, die Pflegefachpersonen zeigen. Genannt werden Respekt, Gerechtigkeit, Empathie, Verlässlichkeit, Fürsorge, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität, allesamt klassische Merkmale eines helfenden, beziehungsorientierten ethischen Ansatzes.

Im Hauptteil des Kodex (International Council of Nurses, 2021a, S. 3-20; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 5-22) wird aus allgemeinen Werten, insbesondere den Menschenrechten und dem Wohl des einzelnen wie der Gemeinschaft, eine Vielzahl konkreter Handlungsregeln für den Umgang der Pflegefachpersonen mit Pflegebedürftigen, der Praxis, dem Beruf

und globaler Gesundheit abgeleitet. Die klare Struktur, die noch dem Hauptteil in den Vorgängerversionen unterlegt war und zwischen einer berufsbezogenen (Verhältnis der Pflegenden zu Beruf und Profession) und einer beziehungsbezogenen Ebene (Verhältnis der Pflegenden zu „Mitmenschen“ respektive Pflegeempfängern sowie Kolleginnen) unterschied, ist zugunsten der Priorisierung globaler Gesundheitsversorgung und -politik aufgegeben. Auch in den Einzelnormen wird der bereits in der *Präambel* angedeutete Wille, den Gegenwartsdiskurs abzubilden, sehr deutlich. So findet man im Text jetzt Themen wie die Entwicklung und Umsetzung einer evidenzinformierten und personenzentrierten Pflege sowie entsprechender Standards (Nr. 1.10; 3.1; 3.2), den verantwortlichen Umgang mit Technologien (Nr. 1.11; 2.9; 2.10) und sozialen Medien (Nr. 1.5), die Beachtung der Selbstsorge der Pflegenden (Nr. 2.4; 2.8) und ihre professionelle Verantwortung (Nr. 2.3), aber auch die Verantwortung gegenüber ganzen Bevölkerungsgruppen (Nr. 1.1; 2.10), den Kampf für Chancen-, Ressourcen-, Verteilungs- und soziale Gerechtigkeit und gegen Diskriminierung (Nr. 1.7; 4.7) sowie den Einsatz für die Menschenrechte (Nr. 1.2; 4.7) und die Gesundheit der Weltbevölkerung (Nr. 4). Die Frage ist, ob die Verschiebung von der pflegebezogenen Berufspolitik hin zu gesundheits-, gesellschafts- und bevölkerungspolitischen Zielen nicht den Blick vom „Kerngeschäft“ der Pflege weg zu Zeitgeistthemen hinlenkt, die im Alltag durchaus hie und da aufscheinen mögen, dann jedoch weniger weltanschaulich-politisch, durch Mitarbeit in Nichtregierungsorganisationen (Nr. 3.4; 3.5; 3.7) etwa, sondern pragmatisch-situativ im pflegerischen Handeln vor Ort gelöst werden können oder sollten.

Der Kodex von 2021 baut den an Menschenwürde und Menschenrechten orientierten ethischen Ansatz, der bereits in der Urfassung angelegt war, durch Anbindung an neuere Entwicklungen stark aus. Waren die frühen Fassungen noch durch ein an die Einzelpersönlichkeit und eine traditionelle Kultur gebundenes Ethos gebunden und hatten die späteren Fassungen noch Prioritäten bei der Beziehung Pflegenden zu ihren Klienten sowie beruflichen und berufspolitischen Fragen gesetzt, so erweitert die aktuelle Fassung den Verantwortungsbereich der Pflegenden deutlich um sozial-, gesundheits- und umweltpolitische Aspekte globaler Dimension und forciert zudem die wissenschaftliche Sicht auf die Pflege. Ihre fortschreitende Universalisierung und Globalisierung sowie ihre auf eine weitere Professionalisierung zielende Verobjektivierung

und Szientifizierung werden dadurch nachdrücklich vorangetrieben. Damit korrespondiert eine Standardisierung der ethischen Ansprüche an die Pflege, die der Kodex deutlicher denn je zum Ausdruck bringt. Er fordert von den Pflegenden die Anerkennung, Beachtung und Umsetzung weltweit gültiger, wissenschaftlich fundierter Standards von hohem Plausibilitätsgrad, die die zuständigen nationalen Stellen noch dazu zu rechtlich verbindlichen Vorgaben erklären können (International Council of Nurses, 2021a, S. 2; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 3).

Die Ethik, die als Bezugsdisziplin der Pflegewissenschaft und Basis eines wissenschaftlich fundierten Ethos Wesentliches zur Professionalität der Pflege beizutragen hat, wird im Text vielfach angesprochen. Im Glossar wird sie als Teilgebiet der Philosophie und angewandte normative Ethik definiert, die bezogen auf das Gesundheitswesen allgemein und als Berufsethik der Pflegenden das Sollen auf sozialer oder individueller Ebene reflektiert (International Council of Nurses, 2021a, S. 24; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 27). Der Fokus wird damit wieder auf den sozial- und umweltethischen Aspekt gelegt. Als Beispiele für die „breiten sozialen Themen“, mit denen sich die Ethik befasst, werden die Menschenrechte, die weltweite Zusammenarbeit, der Klimawandel, globale Pandemien und soziostrukturelle Ungleichheiten genannt. Diese Begriffsbestimmung trifft die zentralen Aufgaben, Ziele, Themen und Methoden einer auf die Pflege bezogenen Ethik nur bedingt. Vor allem die Fokussierung auf die sozial- und umweltethischen, stark politisch aufgeladenen Aspekte der Pflege greift zu kurz. Dies entspricht der Tendenz des Kodex insgesamt. Zu diskutieren wäre jedoch, ob nicht der pflegerische Nahbereich, also der individualetische Aspekt im Vordergrund stehen müsste, ohne die gesellschafts- und umweltpolitischen Rahmenbedingungen auszublenden. Immerhin hat der erste Abschnitt des Hauptteils, der sich dem Verhältnis der Pflegefachpersonen zu den Pflegeempfängern widmet, den größten Umfang von allen Hauptelementen.

Auf der anderen Seite ergänzt der neue Kodex den nun an Standards orientierten normethischen Ansatz um einen auf Tugenden, also persönliche Haltungen, verinnerlichte Werte bezogenen Zugang. Schon die Fassung von 2012/14 hatte im Element „Pflegende und ihre Mitmenschen“ (International Council of Nurses, 2012; deutsch International Council of Nurses, 2014; jeweils Nr. 1) professionelle Werte wie „Respekt, Aufmerksamkeit und Eingehen auf Ansprüche und Bedürfnisse, [sic!] sowie Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit

und Integrität“ aufgezählt. Der aktuelle Kodex betont den tugendethischen Ansatz noch stärker, wohl weil die Fixierung auf Standards als autoritativ interpretiert werden kann, wodurch die Identifikation mit den getroffenen Aussagen erschwert würde. Bereits in der *Präambel*, also an prominenter Stelle werden, wie gesagt, zentrale ethische Werte aufgezählt (International Council of Nurses, 2021a, S. 3; International Council of Nurses, 2021b, S. 4). Dieser Katalog wird durch das eingefügte Schaubild (International Council of Nurses, 2021a, S. 21; deutsch International Council of Nurses, 2021b, S. 23) ergänzt, in das neben den in der *Präambel* genannten Werten Respekt, Gerechtigkeit, Empathie, Verlässlichkeit, Fürsorge, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität weitere „Professionelle Werte“ ethischer und nichtethischer Art wie Vertraulichkeit, Privatsphäre, Inklusion, Pflege [sic!], Würde, Chancengerechtigkeit, Solidarität, Zusammenarbeit, Fairness, Verantwortung, Fürsprache, Kompetenz, Sicherheit, Führung, Können, Urteilsvermögen, Dienstleistung, Expertise, Wissen, öffentliches Wohl und Verantwortungsübernahme eingetragen sind. Die Bestimmung und Abgrenzung der verschiedenen Begriffe sind freilich unklar. Der für die Pflege zentrale Wert der Fürsorge oder Fürsorglichkeit (englisch „care“), der auf eine Care-Ethik verweisen würde, ist im Deutschen fälschlicherweise mit „Pflege“ übersetzt. Die im Kodex von 2012/14 noch aufgeführten Tugenden der Aufmerksamkeit sowie des Eingehens auf Ansprüche und Bedürfnisse wurden nicht übernommen. Das gesamte Spektrum an Tugenden bezieht sich nicht ausschließlich auf die Pflege, sondern liegt allen helfenden, sogar allen sozialen sowie mit gewissen Einschränkungen darüber hinaus noch weiteren auf die Interaktion mit Menschen bezogenen Berufen zugrunde (Schiff & Dallmann, 2021, S. 122). Dies verweist darauf, dass allein tugendethische Ansätze ein spezifisch pflegerisches Berufsethos kaum begründen können.

Eine theoretische Begründung des tugendethischen Konzepts wird im Kodex nicht vorgenommen. Es ist aber anzunehmen, dass es auf der Vorstellung von berufsbezogenen Grundeinstellungen (professionell attitudes) beruht. Tugenden sind nicht einfach vorhanden, sondern werden erlernt, setzen also Nachdenken über sich selbst und bewusste Entscheidung voraus. Wichtig sind dabei Vorbilder, an denen sich etwa Auszubildende orientieren, von denen sie sich aber auch abgrenzen können. Die Entwicklung einer professionellen pflegerischen Haltung darf aber nicht dem Zufall überlassen werden. Neben dem „heimlichen Lehrplan“, den die Pflegepraxis ungezielt nachvollzieht, bedarf es

der Vermittlung im theoretischen Unterricht und vor allem der gezielten Einübung in der praktischen Ausbildung. Aber auch für examinierte Pflegekräfte sollten etwa über Schulungen oder Fortbildungen Möglichkeiten geschaffen werden, ihre Haltung immer wieder zu reflektieren, zu überprüfen und gegebenenfalls neu an ihr zu arbeiten, um Routinen, Verhärtungen und unbewusste Fehlentwicklungen zu vermeiden. Letztlich geht es bei Auszubildenden, Berufseinsteigern wie erfahrenen Pflegekräften um die tätigkeitsbegleitende Klärung der Berufsmotivation, des Berufs- und Pflegeverständnisses und des Berufsethos. Ethikkodizes, Ethikstandards oder Einrichtungsleitbilder können dazu als Anregung und Folie dienen.

Der Kodex verwendet zahlreiche pflegewissenschaftliche Fachbegriffe und Fachausdrücke, die teilweise im *Glossar* oder in Fußnoten erläutert werden. Auf metaphysisch, religiös oder weltanschaulich aufgeladene Begriffe und Wendungen wurde schon in den Vorgängerversionen ganz verzichtet. Die Referenztexte, die das englische Original des Kodex aufführt (International Council of Nurses, 2021a, S. 28), entstammen entweder internationalen Organisationen wie dem ICN selbst, der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen oder dem britischen Pflegeberufsverband und einer neonatologischen Institution in Kanada. Für die deutsche Fassung wurde zusätzlich ein Text der Schweizer Eidgenossenschaft zu den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen in die Liste aufgenommen (International Council of Nurses, 2021b, S. 31). Die Dominanz der globalen und der angelsächsischen Sicht auf die Pflege ist offensichtlich.

Mit dem Kernbegriff der evidenzinformierten Praxis (evidence-informed practice) wird auf die neueste Entwicklung in der Pflegeforschung rekurriert, die auf eine aktuelle Perspektivenverschiebung in der Wissenschaftstheorie der angewandten Natur- und Sozialwissenschaften zurückgeht. Im Blickfeld ist dabei die Nutzbarmachung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Pflegepraxis, also durch die Pflegekräfte vor Ort. Galt bisher die evidenzbasierte Pflege (evidence-based nursing) als Standard, so steht nun die evidenzinformierte Pflege im Fokus. Unter Evidenz (evidence) versteht man den empirisch erbrachten Beleg oder Nachweis, dass eine wissenschaftliche Hypothese gesichert ist. Evidenzbasierte Pflege nutzt die aktuell besten wissenschaftlichen Evidenzen, indem sie die besten verfügbaren Forschungsergebnisse, die Praxiserfahrungen der Pflegefachpersonen, die Bedürfnisse der Pflegeempfänger und die vorhandenen Ressourcen miteinander verknüpft. Den optimalen

Nachweis für die Wirksamkeit einer evidenzbasierten Praxis (evidence-based practice) erbringen nach herrschender Auffassung randomisierte und kontrollierte klinische Studien (randomized controlled trials, RCT), die durch zufällig ausgewählte Betreuungs- und Kontrollgruppen statistische Verzerrungen, vor allem diejenige der Auswahl (selection bias) weitgehend ausschließen und zuverlässige Schlüsse auf kausale Zusammenhänge ermöglichen. Als weniger evident gelten Beobachtungsstudien und experimentelle Forschungen im Labor. Eine schwache oder fehlende Evidenz haben qualitative Forschungen wie z. B. Einzelinterviews oder praktische Erfahrungen einzelner Pflegekräfte. Wie die evidenzbasierte Praxis orientiert sich die im Kodex angesprochene evidenzinformierte Praxis zwar an den Erkenntnissen der Forschung, bezieht im Unterschied zu dieser aber auch schwach oder nicht evidenzbasierte Erkenntnisse mit ein (Woodberry & Kuhnke, 2014). Mit der Verschiebung im Anspruch wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass strikt evidenzbasierte Pflege im optimalen Sinn angesichts einer teilweise hochkomplexen Praxis nicht unbedingt mit sehr guter Pflegequalität in eins zu setzen ist. Dazu kommt, dass es auch in Zukunft noch zu wenig evidenzbasierte Forschungsergebnisse geben wird und etwa in Deutschland der Anteil akademisierter Pflegekräfte im Verhältnis zu den Pflegekräften mit Berufsausbildung sehr gering ist.

Der stark wissenschaftsnahe Denk- und Sprachstil des Textes, der sich in der deutschen Übersetzung im Verzicht auf eine Eindeutigung von Schlüsselbegriffen und in einem technizistischen Sprachstil zeigt, entspricht dem grundsätzlichen Anspruch höchster pflegerischer Professionalität und Moralität. Schon für den Adressatenkreis der dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte ist dieser Anspruch schwer einlösbar. Der wachsenden Zahl der Pflegehilfskräfte erschließt sich der Kodex erst recht nicht. Für sie wäre ein praxisbezogener Ethikkodex wünschenswert, vergleichbar dem Gelöbnis für Practical Nurses, das im angelsächsischen Raum entwickelt wurde.

4.5.4 Konfessionelle und schwesternschaftliche Ethikkodizes

Im Folgenden werden die wichtigsten Ethikkodizes, die Einfluss auf den Diskurs in Deutschland hatten, näher charakterisiert. Auf den Anspruch des ICN, mit seinem Ethikkodex für alle Pflegekräfte weltweit zu sprechen, reagierte die katholische Kirche zeitnah. Schon 1954 legte das Internationale Katholische Komitee der Krankenschwestern und sozialmedizinischen Assistentinnen eine vom Heiligen Stuhl genehmigte *Christliche Pflichtenlehre für die Krankensorge* vor, die die ethische Verantwortung der Krankenpflege aus katholischer Sicht

beleuchtet (International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants, 1967). Der Begriff der Pflichtenlehre verweist auf den deontologischen Charakter dieses Kodex. Der Text gliedert sich in zwei Teile. Der erste führt ein auf der Naturrechtslehre beruhendes Pflichtenspektrum für die Krankenschwester allgemein aus, da katholische Schwestern mit nichtkatholischen, möglicherweise auch nichtchristlichen Pflegekräften (etwa in Mission und Entwicklungsdienst) zusammenarbeiten. Als Naturrechtslehre wird die in der katholischen Kirche seit dem Mittelalter prägende theologische Auffassung bezeichnet, dass der Naturrecht genannte Teil der die Welt tragenden allumfassenden und ewigen göttlichen Ordnung nicht nur für Christen, sondern unabhängig von der Offenbarung für alle Menschen allein aufgrund ihres Menschseins einsichtig und deshalb verbindlich ist. Da Naturrecht und Offenbarung ihren Ursprung in Gott haben, können sie sich nicht widersprechen. So kann die Kirche im Namen Gottes ein für alle Menschen geltendes Sittengesetz vertreten. Unter naturrechtlicher Perspektive kann sich der Kodex deshalb verschiedenster Traditionen wie des Verständnisses der Pflege als Dienst am Kranken, der Menschenrechte wie des Lebensrechts und des Diskriminierungsverbots, der Verpflichtung auf das individuelle wie das Gemeinwohl, der Gesetzes- und Staatstreue, der Verschwiegenheitspflicht, der Loyalität gegenüber dem Arzt und der Unterordnung unter seine Anweisungen, der guten Zusammenarbeit mit den Kolleginnen, der Treue zum Beruf und der Fortbildungspflicht bedienen. Quellen sind neben dem biblischen Zeugnis (Pflege als Dienst am Nächsten) und der katholischen Soziallehre mit der Ausrichtung auf die Familie als Kern der Gesellschaft auch das traditionelle Pflegeethos, wie es etwa im *Nightingale-Gelübde* niedergelegt ist, die ethischen Grundregeln des ICN und die *UN-Menschenrechtserklärung*, aber auch der Utilitarismus.

Der zweite Teil des Kodex befasst sich mit den besonderen Pflichten, die für die katholische Krankenschwester gelten. Unter Orientierung an den Richtlinien der Kirche stellt diese „all ihr Tun auf die Grundlage eines echten inneren Lebens“ und handelt nach den christlichen Tugenden einschließlich des Widerstands gegen mit diesen nicht vereinbare Grundsätze und Praktiken. „Sie setzt sich aber auch dafür ein, daß der christliche Geist den ganzen Berufsstand durchdringe“, der sich im christlichen Leidensverständnis, im Respekt vor der Gewissensfreiheit und Religion des Kranken, in der seelsorgerlichen

Betreuung katholischer Kranker, der Vornahme der Nottaufe, der Berücksichtigung der Familie, der Achtung des Sakraments der Ehe und ihrer Unauflöslichkeit sowie der Vorbereitung auf das Sterben spiegelt.

Die Berufung auf ein von der Kirche vorgegebenes Naturrecht kollidierte seit der Aufklärung im 18. Jahrhundert mit der Auffassung, dass der Mensch sich kraft seiner Autonomie für das allen dienliche Gute frei entscheiden kann. Seit den 1960er Jahren wurde die naturrechtliche Perspektive auch in der katholischen Kirche zunehmend in Frage gestellt. Die *Grundsätze der beruflichen Ethik für Krankenschwestern und Krankenpfleger* von 1972 (International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants, 1986) suchten sich dem vom Zweiten Vatikanischen Konzil (1962-65) ausgelösten Wandel zu öffnen. Die neueste Fassung von 2014 *Ethical Guidelines and Principles of Practice for Catholic Nurses and Midwives* (International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants, 2014) greift im ersten Abschnitt über die soziale Verantwortung der katholischen Pflegekraft (International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants, 2014, S. 2-4) unter Bezugnahme auf das Beispiel Jesu Christi die biblischen Grundlagen auf. Mit dem Verweis auf die „normativen Prinzipien des kirchlichen Gesundheitsdienstes“ verbindet sie die katholische Tradition, in deren Mittelpunkt die „Heiligkeit des Lebens“ und „verantwortungsvolle Haushalterschaft“ stehen, mit dem Menschenrechtsgedanken (Menschenwürde, Recht auf Leben und freie Entfaltung der Persönlichkeit, Gemeinwohlorientierung) und dem *ICN-Ethikkodex* (die vier Hauptaufgaben der Pflege). Weitere Abschnitte widmen sich der spirituell-pastoralen und professionellen Verantwortung sowie Fragen der Fortpflanzung und des Lebensschutzes sowie der Sorge für Sterbende und schwer Kranke.

Wie die internationalen CICIAMS-Leitlinien suchten auch die in den 1990er Jahren in Deutschland entstehenden Kodizes der konfessionell-weltanschaulichen Pflegeverbände ihr christliches bzw. humanitäres Verständnis von Pflege und Pflegeberuf mit dem Menschenrechtskonzept in Einklang zu bringen, wobei jedoch die Partikularität ihrer berufsethischen Vorstellungen letztlich nicht aufgelöst werden konnte (detaillierte Besprechung in Rabe, 2009, S. 33-38). Die 1995 erstmals veröffentlichte und 1998 erweiterte Handreichung *Die ethische Verantwortung der Pflegeberufe* der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Pflegeorganisationen (AKP), eines Zusammenschlusses der Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe, des Referats Krankenhilfe des

Deutschen Caritasverbandes und des Katholischen Berufsverbandes für Pflegeberufe bietet nicht nur ethische Leitlinien, sondern sucht eine christliche Ethik für Pflegende zu umreißen. In Kapitel 3 geht sie von einem christlichen Menschenbild aus, das auf der elementaren Würde jedes Menschen als Geschöpf Gottes und dessen Sachwalter auf Erden beruht. Der Mensch soll die Welt frei, zugleich aber auch in Respekt vor der Schöpfung, vor allem vor dem menschlichen Leben, und im Bewusstsein seiner Begrenztheit und Endlichkeit gestalten. Da auch nichtchristliche Auffassungen von einer grundlegenden Menschenwürde ausgehen, soll mit diesen das Gespräch und die Zusammenarbeit gesucht werden. Aus diesen anthropologischen Überlegungen leitet der Text eine Reihe ethischer „Leitkonstanten für eine menschengerechte medizinische und pflegerische Versorgung“ ab: die Ausrichtung auf den konkreten Mensch, den Vorrang der Sorge um den Menschen vor den wirtschaftlichen, politischen, wissenschaftlichen, ideologischen und persönlichen Interessen der Akteure im Gesundheitswesen, die Aufgaben der Krankheitsvermeidung, Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung sowie Leidenslinderung (entsprechend dem *ICN-Kodex*), das Selbstverfügungsrecht und die Verantwortung gegenüber sich selbst und anderen, Menschenwürde, Personalität, Autonomie und Solidarität als Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen sowie die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung als Aufgabe der Politik. An diese Ziele schließt der Text konkrete Leitlinien für das praktische Handeln an, die sich mit folgenden Stichworten zusammenfassen lassen: Respekt gegenüber dem Hilfebedürftigen und dessen Einbezug in den Hilfsprozess, Aufklärung über seinen Krankheitszustand und Beachtung seiner Selbstverfügbarkeit, Erweiterung und Vertiefung seiner Kompetenzen, Entwicklung und argumentative Vertretung eigener ethischer Positionen, Selbstsorge sowie Anerkennung der Unverfügbarkeit Gottes. Der Text scheut nicht, kritische Aspekte und Gefahren wie die Instrumentalisierung Kranker für die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse der Helfenden und paternalistische Strukturen anzusprechen.

Die *Ethischen Leitlinien* des Evangelischen Fachverbands für Kranken- und Sozialpflege (EFAKS) von 1993/94 bestimmen den pflegerischen Beruf vom „Auftrag Gottes, die empfangene Liebe weiterzugeben und so zum Wohl und zum Heil der Menschen zu wirken“; Ziel des Dienstes soll sein, allen zu helfen, damit sie ein an ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten, ihren Vorstellungen von Gesundheit und Menschenwürde orientiertes Leben führen können. Aus

diesen Vorüberlegungen werden folgende Prinzipien für die pflegerische Betreuung abgeleitet und näher entfaltet: „Ganzheitliche Hilfe zur Selbsthilfe“, „Leben und Gesundheit als Gabe und Aufgabe“, „Begleitung von Leidenden, Sterbenden und Trauernden“, „Verantwortung für den Beruf und am Arbeitsplatz“, „Hilfe geben und empfangen“. Der inzwischen in Evangelischer Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit (unter Beibehaltung des Kürzels EFAKS) umbenannte Verein ersetzte die Leitlinien 2012 durch das Leitbild *Grundlagen unserer Arbeit*. Aus dem vom Auftrag des Evangeliums herkommenden, durch helfendes Handeln, Achtung vor dem Leben, Nächstenliebe, Barmherzigkeit, Autonomie und Gerechtigkeit geprägten Wert- und dem Selbstverständnis der Pflegenden als partnerschaftlicher Gemeinschaft werden darin Leitlinien abgeleitet, die unter Bezugnahme auf die Prinzipien der Verbundenheit, Verantwortung, Innovation und Professionalität näher entfaltet werden. Das damit korrespondierende Menschen- und Pflegeverständnis bezieht sich auf die Geschöpflichkeit des Menschen, Respekt und Aufmerksamkeit der Pflegenden, eine Pflege ohne Ansehen der Person, Bejahung auch des eingeschränkten Lebens und Förderung der Autonomie, Gesundheitsförderung, Krankheitsverhinderung und Leidenslinderung als Aufgabenstellung, Hilfe zur Lebensführung nach den persönlichen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Vorstellungen im Blick auf Gesundheit und Menschenwürde, Pflege als Aushandlungsprozess, das Recht des zu Pflegenden auf professionelle Pflege entsprechend dem Stand der Wissenschaft, die Ermöglichung eines würdevollen Sterbens und Akzeptanz des Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen sowie ständige Abwägung Pflegenden zwischen Selbstbestimmung, Gutes-Tun, Nicht-Schaden und Ehrfurcht vor dem Leben. Der Begriff der „Ehrfurcht vor dem Leben“ geht auf Albert Schweitzer zurück (Schweitzer, 1958, S. 234).

Die 1995 erstveröffentlichten und 2016 überarbeiteten *Berufsethischen Grundsätze der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz* (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz, 1995 und 2016) gliedern sich nach den sieben Grundsätze der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung, die 1965 auf der XX. Internationalen Konferenz des Roten Kreuzes in Wien verabschiedet worden waren. Sie beziehen sich auf die Ziele (Menschlichkeit, Unparteilichkeit), Mittel zur Zielerreichung (Neutralität, Unabhängigkeit) und Mittel der Arbeitsorganisation (Freiwilligkeit, Einheit, Universalität).

Im Vergleich zur früheren Orientierung des Roten Kreuzes an einem christlichen Humanismus betont der Kodex unter Berufung auf den im deutschen *Grundgesetz* verankerten Begriff der Menschenwürde und eine allgemeine Menschlichkeit stark den religionsübergreifenden, an Vielfalt orientierten Charakter der DRK-Schwesternschaften.

4.5.5 Die Frage der Verankerung in der Berufsgruppe

Ethikkodizes bieten keine Handlungsanweisungen für konkrete Situationen, sondern stellen eine abstrakte Orientierungshilfe für ethische Entscheidungen dar (Remmers, 2000, S. 318; 2003, S. 49; Eisenmann, 2006, S. 119; Zinke, 2018). Sie schreiben Mindeststandards fest, die durch ihre formale Fassung dem Anspruch auf allgemeine Gültigkeit genügen sollen. Da zudem in vielen Situationen mehrere Werte oder Normen zur Anwendung kommen können, können Konflikte entstehen, die eine Güterabwägung und Entscheidung zugunsten der einen und zu Lasten der anderen Vorgabe verlangen, was zu Gewissensnöten und psychischen Belastungen führen kann (Huber, 2019, S. 173-174; Knoepfler, Burmeister & Rudolph, 2020). Die individuelle Reflexion können Ethikkodizes also nicht ersetzen.

Dies mag auch ein Grund sein, warum Ethikkodizes in der Berufsgruppe der Pflegenden kaum verankert sind. Eigentlich müsste man spätestens nach Implementierung ethischer Lerninhalte in den Ausbildungen seit Mitte der 1980er Jahre davon ausgehen können, dass die grundlegenden ethischen Normen vermittelt wurden und somit in der Berufsgruppe bekannt sind. Verschiedene auf Deutschland, Österreich und weitere europäische Länder bezogene Studien zu den ethischen Kompetenzen Pflegender in Krankenhaus und Altenpflegeheim (Schweidtmann, 1997; Eilts-Köchling, Heinze, Schattner & Voß, 2000; Tadd, Clark & Lloyd, 2006; Hirczy, 2010, S. 18-20) kamen jedoch zu einem ernüchternden Ergebnis. Diejenigen Pflegekräfte, die ethische Regeln kennen, nutzen diese als Hilfe für ihre Entscheidungen. Eine relativ große Mehrheit an Pflegenden sind ethische Regeln jedoch nicht oder kaum geläufig. Ethische Entscheidungen treffen sie aufgrund persönlicher Einstellungen allgemeiner Art. Möglicherweise haben jüngere Examensjahrgänge ab Mitte der 2000er Jahre aufgrund gezielterer Vermittlung ethischer Inhalte in der Ausbildung eher einen Zugang zum Thema als ältere. Generell scheinen Pflegende der Loyalität gegenüber den Patienten erheblich mehr Bedeutung beizumessen als der Loyalität gegenüber den Angehörigen der eigenen und anderer Berufsgruppen. Ansonsten hat es den Anschein, dass die Diskussion um die

berufsethischen Fragen der Pflege weitgehend auf der Ebene der Pflegewissenschaft und der Verbände geführt werden. Die Basis wird von ihr nicht erreicht geschweige denn in die Diskussion einbezogen (Eilts-Köchling, Heinze, Schattner & Voß, 2000, S. 45).

Trotz der genannten Probleme tragen Berufskodizes wesentlich zur Herausbildung und Stärkung der beruflichen Identität der Pflegekräfte und zur Ausformung eines Ethos der Berufsgruppe bei. Deshalb ist es unbedingt geboten, ethische Richtlinien für Pflegende, insbesondere den *ICN-Ethikkodex* als maßgebliches berufsethisches Dokument im Unterricht an den Pflegeschulen und in den Pflegestudiengängen (durchaus kritisch) zu behandeln. Auch einschlägige Fortbildungsangebote für examinierte Pflegekräfte sind sehr sinnvoll. Dabei sollte aufgezeigt werden, wie Kodizes für Entscheidungen in der Praxis genutzt und Gegebenheiten im Berufsalltag vor dem Hintergrund von Kodizes reflektiert und bewertet werden können. Der ICN hat deshalb seit der Jahrtausendwende Anwendungsvorschläge für Praxis, Management, Ausbildung, Forschung und Verbandsarbeit in den Kodex integriert, die sich auf die Reflexion, Diskussion und Fallprüfung der Normen, die Bildung von Ethikarbeitskreisen, die kollegiale und verbandsbezogene Zusammenarbeit sowie die Öffentlichkeitsarbeit in der eigenen Berufsgruppe, Medien und einschlägigen Organisationen sowie in der eigenen Einrichtung richten. Ob der Vorschlag, Leitlinien für die Laienpflege zu entwickeln und Laien in die Entwicklung oder Überarbeitung von Kodizes einzubinden (Lay, 2004, S. 104 in Verbindung mit dem Vorschlag, die Berufsethik der Pflege zu einer nicht auf die Berufsgruppe begrenzten Bereichsethik weiterzuentwickeln), sinnvoll ist, müsste diskutiert werden.

4.6 Hoffnungspotenziale und Aporien in der Gegenwart

4.6.1 Restaurative Beharrung

In der unmittelbaren Nachkriegszeit knüpfte die Pflege an die alten Ideale und Rollenbilder an. Pflegen betrachtete man als einen dem Wesen der Frau gemäßen Dienst, der auf Berufung und Hingabe beruht. Die Bedürfnisse der Krankenschwestern, etwa nach Ehe und Familie, Privatleben und Freizeit, angemessener Entlohnung und Arbeitszeit mussten zurückstehen. Für Mutterhausschwestern geltende Regeln wurden in Form von Kost- und Logiszwang, Wohnen im krankenhouseigenen Wohnheim oder Internat und Berufsölibat auf die freie Schwester übertragen. Wenn eine Schwester heiratete, wurde sie

vom Krankenhaus nicht selten entlassen. Das Gehalt war bescheiden, die Arbeitszeit lang. Andererseits hatten Krankenschwestern ein hohes Ansehen in der Gesellschaft. Ihr Einsatz wurde sozial honoriert.

Nicht nur über die medizinische Behandlung, sondern auch über die Pflege entschieden die Ärzte, die aufgrund ihrer wissenschaftlichen Qualifikation und ihres hohen gesellschaftlichen Status als unhinterfragte Autoritäten galten. Ihre Ansprechpartnerin war die Stationsschwester, die die Station leitete. Auch die Stationsschwester galten als Autoritäten und führten meist auch autokratisch. Nicht selten waren sie charismatische Persönlichkeiten. Deshalb konnten sie den Ärzten, wenn nötig, widersprechen oder hin und wieder eine andere Auffassung vertreten. Das letzte Wort hatten trotzdem die Ärzte. Die auf der Station tätigen Schwestern hatten mit den Ärzten wenig zu tun. Ihre Aufgaben wurden ihnen nicht von den Ärzten, sondern von der Stationsschwester zugewiesen. Pflege betraf dabei alles, was mit Ausnahme der Arztaufgaben anfiel. Zwischen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wurde nicht unterschieden. Im Unterschied zu den Ärzten, deren Verhältnis zu den Kranken von einer patriarchalen Strenge oder auch Jovialität geprägt war, fiel in den Bereich der Schwestern vor allem der alltägliche Umgang mit den Patientinnen und Patienten, der deren seelische Begleitung einschloss (Hackmann, 1991; Kreutzer, 2012).

Das Verhältnis der Schwestern zu den Kranken war zeitlich wie menschlich viel intensiver als das der Ärzte. Im Sinne einer Ganzheitspflege waren sie jeweils bei einer Gruppe von Patienten, die oft mehrere Wochen im Krankenhaus lagen, für alle Betreuungsaufgaben zuständig. In noch stärkerem Maße galt dies für die Gemeindeschwestern in der häuslichen Pflege. Andererseits herrschte auf den Krankenhausstationen aufgrund des Personalmangels oft Zeitdruck, routinemäßiges Funktionieren und ein rüder Umgangston, sodass einfühlsame Gespräche eher selten waren. Schwer Kranke wurden meist nicht angemessen über ihre Situation aufgeklärt. Nicht selten verschwieg man den Ernst der Lage, um sie emotional nicht zu sehr zu belasten. Das Sterbenmüssen war tabuisiert. Gegenüber den Lernschwestern traten die Schwestern auf den Stationen und die Schulschwester meist streng und unnahbar auf. Praxisanleitung im geregelten Sinn gab es nicht. Die Lernschwestern hatten wie die Examinierten ihr Arbeitskontingent zu erfüllen. Gelernt wurde im Tun. Das Krankenhaus war überhaupt auf Seiten der Ärzte wie der Schwestern von einem stark hierarchischen Denken geprägt. Das pflegerische Handeln der

Schwestern, die in den 1950er Jahren noch recht unterschiedliche Berufsqualifikationen aufwiesen, beruhte vielfach auf Intuition, Erfahrung und Tradition. Theoretisches Pflegewissen gab es kaum.

Auch wenn in verschiedenen Strafprozessen der Nachkriegszeit Krankenschwestern und Pfleger angeklagt und auch verurteilt wurden, fand in der Berufsgruppe keine Auseinandersetzung mit der Verstrickung in den Nationalsozialismus statt. Durch den Mangel an Personal und die Notwendigkeit, die im Krieg zerstörten Krankenhäuser und Verbandsstrukturen neu aufzubauen, fragte man nicht viel, sodass manche Krankenschwestern, die dem Nationalsozialismus nahestanden waren, wieder in den Beruf und sogar in führende Positionen gelangten.

4.6.2 Berufliche Normalisierung und Herrschaftskritik

Die berufspolitische Diskussion wurde zunächst noch von den Schwesternschaften und schwesternschaftlich ausgerichteten Verbänden beherrscht, die das traditionelle Pflegeverständnis und Berufsethos hochhielten. Doch schon damals gab es Stimmen in der Berufsgruppe, die auf Reformen im Sinne eines modernen Berufs für Frauen und Männer drängten. Die Mutterhäuser erlebten zwar noch einmal Eintritte. Aber der scheinbare Neuaufbruch verebte bald, sodass sie sich aus den Einsatzbereichen zunehmend zurückziehen mussten. Der Stand der Ordensschwester, Diakonisse oder Rotkreuzschwester mit seinen strengen Regeln und seiner auf den Idealen der Askese, Gemeinschaftsbindung und Unterordnung gegründeten Lebensform widersprach dem Frauenbild, das sich im Zuge der zweiten Welle des Feminismus in den 1960er und 1970er Jahren herausbildete. Ein Prozess der Emanzipation von den alten Rollenbildern und Berufsidealen setzte ein, der gestützt durch zunächst noch zögerliche politische Reformen zur allmählichen beruflichen Normalisierung der Pflege führte. Für die jungen Krankenschwestern verlor der traditionelle, schwesternschaftliche Ansatz, selbst wenn sie noch in eine Schwesternschaft eintraten, immer mehr an Überzeugungs- und Bindekraft, was zu Konflikten mit älteren Mitschwestern führen konnte.¹⁸ Die Pflege entwickelte sich zu einem säkularen Dienstleistungsberuf, der sich von den exklusiven Idealen verabschiedete, sich damit aber auch – dies war der Preis der Freiheit – den Gesetzen der Arbeitswelt und den Konjunkturen der Wirtschaft auslieferte.

¹⁸ Zur Situation in der Kaiserswerther Diakonie siehe Gause & Lissner, 2005, zum Erleben junger Kaiserswerther Schwestern Seifert, 2005 und Zimmermann, 2005 sowie einer älteren Unterrichtschwester des Diakonissenmutterhauses der Olgaschwester in Stuttgart Daser, 2009, S. 48.

Gleichzeitig änderten sich die Rahmenbedingungen der Pflege in immer rasanterem Tempo. Bereits in den 1950er Jahren hatte man versucht, mit der von der US-Regierung unterstützten Einrichtung der Schwesternschule der Universität Heidelberg an den angelsächsischen Standard der Krankenpflegeausbildung anzuknüpfen und so die Pflege aufzuwerten. Dieser Ansatz blieb jedoch singulär. Das bundesdeutsche *Krankenpflegegesetz* von 1957 setzte erstmals die Krankenpfleger den Krankenschwestern gleich. Auch die bisherige „Geisteskrankenpflege“ wurde in die allgemeine Krankenpflege integriert. Neben ihr etablierte sich die Kinderkrankenpflege, deren Anfänge um 1900 liegen, als gleichgestellter Beruf. Zugleich wurde unter dem Einfluss konservativer Positionen, die an der überkommenen Sonderstellung der Krankenpflegeberufe festhielten, für die Ausbildung eine Lösung getroffen, die Reformen über Jahrzehnte blockierte, indem man den dem 19. Jahrhundert entstammenden Status der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen als Krankenhäusern zugeordnete Betriebsschulen beibehielt und deren Eingliederung ins reguläre Berufsbildungssystem ausschloss. Die berufspädagogische Ausgestaltung des Unterrichts an den Schulen und der praktischen Ausbildung in den Krankenhäusern sowie die Angleichung von Qualifikation und Status der weitergebildeten Unterrichtsschwestern und -pfleger, später der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe an die Berufsschullehrkräfte wurde damit verhindert.

In den 1960er Jahren wurden die Kranken- und die Kinderkrankenpflege allmählich zu einem geschlechtsneutralen Angestelltenberuf. Weibliche und männliche Pflegekräfte wurden gemeinsam ausgebildet und arbeiteten auf den Stationen gleichberechtigt zusammen. (Dennoch sind die Pfleger bis heute in der Minderzahl, die Pflege ist ein Frauenberuf geblieben.) In der Deutschen Demokratischen Republik wurden Studiengänge für Diplomkrankenpflege und Medizinpädagogik eingerichtet. Ausbildung und Studium waren jedoch an sozialistischen Idealen ausgerichtet. In der Bundesrepublik bildete sich alternativ zur Krankenpflege und zugleich vor deren Vergleichsfolie der Altenpflegeberuf heraus. Altenpflegerinnen waren freilich geringer qualifiziert, mit geringerem sozialem Status ausgestattet und schlechter bezahlt als Krankenschwestern.

Erste Anzeichen einer Rationalisierung und Konzentration krankenpflegerischer Tätigkeit waren in Westdeutschland die Arbeitszeitverkürzung und die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen, die Entlastung von berufsfremden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, die Einführung der nur noch eine begrenzte Nähe

zum Patienten zulassenden, arbeitsteiligen Funktionspflege¹⁹ und die Professionalisierung von Weiterbildungslehrgängen, etwa in der Psychiatrie-, Intensiv- oder OP-Pflege. Die Krankenpflege orientierte sich nun immer stärker an der Medizin und suchte eine Imageverbesserung durch Übernahme ärztlicher Tätigkeiten wie das Setzen von Injektionen und Tätigkeiten der Arztassistenten zu gewinnen. Erst jetzt wurde sie zu einem medizinischen Hilfsberuf (Kreutzer, 2010). Dass es schon damals eine Sensibilität für Fragen im Überschneidungsfeld von Gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit gab, zeigt die unter dem Stichwort Zwei-Klassen-Medizin geführte Diskussion um die unterschiedliche Behandlung von Privat- und Kassenpatienten.

In den 1970er Jahren setzte im Zuge der allgemeinen Liberalisierung und Demokratisierung der westlichen Gesellschaften ein Krankenhaus, Medizin und Pflege umfassender Dekonstruktionsprozess ein. Das auf Berufung, fürsorglicher Zuwendung und selbstlosem Dienen beruhende Pflegeethos wurde zunehmend mit dem Vorwurf konfrontiert, versteckte Impulse von Machtausübung zu enthalten (Bopp, 1998, S. 101; Degen, 2006). Moralisierende, ja pathologisierende Zuschreibungen wie das Helfer-Syndrom (Schmidbauer, 1977), wonach Pflegekräfte ihr schwaches Selbstwertgefühl und ihre Hilflosigkeit durch Omnipotenzvorstellungen, exzessive Zuwendung zum Hilfsbedürftigen und Machtmissbrauch kompensierten, und das Burn-out-Syndrom kamen in Mode. Die Schwesternschaften und Mutterhäuser wie die Krankenhäuser wurden als „totale Systeme“ (Goffman, 1995) identifiziert. Medizin und Klinik sah man von Machtstrukturen durchdrungen. Im Blick auf das Verhältnis der Ärzte und Schwestern zu den Patienten lautete der Vorwurf auf Paternalismus bzw. Maternalismus. Starke systemkritische Impulse gingen dabei von der an Überlegungen des französischen Poststrukturalismus (Foucault, 1969 und 1973) und der nordamerikanischen Soziologie (Goffman, 1995) anknüpfenden Antipsychiatrie-Bewegung aus, für die die psychiatrische Klinik ein Machtinstrument war. Die Autoritäten in den Kranken- und Mutterhäusern, Ärzte, Pfarrer²⁰, Oberinnen, wurden aus marxistischer und feministischer Perspektive als Agenten des Systems angesehen. Man forderte, verkrustete Hierarchien innerhalb der Pflege und zwischen Ärzten und Pflegenden aufzubre-

¹⁹ Zur Ambivalenz dieser Reformen siehe Kreutzer, 2020.

²⁰ Zur Aufarbeitung aus Theologensicht siehe Dallmann, 2003, S. 16.

chen. Als Leitbild traten an deren Stelle das Pfl egeteam und das multiprofessionelle Team, in dem Schwestern, Ärzte und Angehörige weiterer Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

Diese grundlegende Kritik führte zu Reformen, die neben humanitären auch funktionelle und wirtschaftliche Hintergründe hatten. Ein Meilenstein war die Einführung offener und ambulanter Therapieangebote im Rahmen der Psychiatriereform, die auf die Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft abzielte. Die häusliche Pflege erfuhr durch Einführung von Sozialstationen einen starken Ausbau. In den Krankenhäusern wurden die großen Krankensäle in überschaubarere Einheiten umgewandelt. Mit dem „Heimgesetz“ von 1975 sollte Missständen in der Altenpflege begegnet werden, die durch fehlende rechtliche Regelungen und staatliche Kontrollmöglichkeiten entstanden waren. Analog zum Krankenhaus verstand man das Altenpflegeheim jedoch nach wie vor als funktionelle Einheit, kaum als Lebenswelt seiner Bewohnerinnen und Bewohner.

4.6.3 Individualisierung und Professionalisierung

Anfang der 1980er Jahre begannen einige Pionierinnen in Westberlin und Frankfurt am Main, die sich bald um die aus der gewerkschaftlichen Fortbildungsarbeit kommende Referatsleiterin für Pflege im hessischen Gesundheitsministerium Hilde Steppe scharten, die Schuldverstrickung der Pflege in den Nationalsozialismus aufzuarbeiten. Dabei wurden die alten, christlich konnotierten Berufsideale der Selbstverleugnung, des Gehorsams und der Mütterlichkeit als wesentliche Ursache für Täterschaft und Mittäterschaft identifiziert. Als neue Grundorientierungen pflegerischen Handelns wurden ihnen reflektierte Fürsorge, Selbstsorge und Wahrung der Autonomie entgegengesetzt (Rabe, 2015). Zum Leitbild wurde, angeregt von der Medizinethik, der aufgeklärte und selbstbestimmt handelnde „mündige Patient“. Die überlebte Erwartung sorgender, aber auch bevormundender Mütterlichkeit wich unter dem Einfluss der Care-Ethik dem Ideal reflektierter Fürsorglichkeit, die sich der Spannung zwischen der Fürsorgeintention der Pflegekraft und der Autonomie des Patienten bewusst ist. Aufgabe der Pflege war es nun, die Selbstständigkeit des Patienten in Denken und Handeln zu fördern. Dazu mussten seine Bedürfnisse auf psychosozialer, spiritueller und körperlicher Ebene wahrgenommen und entsprechende Ressourcen entwickelt werden. Individualisierte Pflege war angesagt. Andererseits sollte nicht mehr allein der Patient im Vordergrund pflegenden Handelns stehen. Sorgehandeln wurde jetzt als doppelt gerichtet

verstanden: Fürsorge in Bezug auf den Patienten und Selbstsorge in Bezug auf die Pflegeperson sollten miteinander im Einklang stehen.

Die Säkularisierung der Pflege trat mit dem Bedeutungsverlust der Schwesternschaften und der grundsätzlichen Wertetransformation in eine neue Phase ein. Die Berufsmotivation verlangte keine religiöse Begründung mehr, nicht einmal eine innere Berufung. Vorrangige Gründe für die Berufswahl richteten sich nun darauf, Menschen zu helfen, oder schlicht, mit Menschen zu arbeiten. Bei der Arbeit Sinn zu erfahren, war nun angesagt. Der Verdienst ist nicht alles, soll aber angemessen sein. Privatleben und Freizeit sollen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die enge Bindung an eine Gemeinschaft oder Genossenschaft wurde für die allermeisten Pflegekräfte obsolet. Diese neuen Ideale spiegeln den Individualisierungsprozess wider, der mit einem grundlegenden Wandel in den Wertorientierungen einherging. Sie gründeten auf Individualität, Selbstverantwortung und Selbstbestimmung, der Freiheit des einzelnen gegenüber dem Zugriff von außen.

Die an Rationalisierungsgesichtspunkten ausgerichtete Funktionspflege wurde in den 1980er Jahren mehr und mehr durch ganzheitlich-hermeneutische Konzepte der patientenzentrierten, individuellen Pflege ersetzt. Dieser Paradigmenwechsel war vor allem vom Pflegemodell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) geprägt, das die Ordensfrau, Krankenschwester, Pflegelehrerin und Pflege theoretikerin Schwester Liliane Juchli in Anlehnung an angelsächsische Modelle entwickelt hatte und über ihr Standardlehrbuch *Krankenpflege* (1983 und zahlreiche spätere Auflagen) im deutschsprachigen Raum in der Ausbildung verankerte. Juchlis Denkansatz beruht auf einem Menschenbild, das christliche und humanistische Zugänge miteinander verbindet und eine reduktionistische naturwissenschaftliche Sicht, wie sie von der „Schulmedizin“ vertreten wird, ausschließt: „Der ganze Mensch will gefördert und beansprucht, angenommen und herausgefordert werden – und dies konkret *in einer Pflege, die vom ganzen Menschen geleistet, den ganzen Menschen meint*“ (Juchli, 1985, S. 18). In Anlehnung an ein Goethe-Wort sieht Juchli das Verstehen des Patienten aufs Engste mit dem Selbstverständnis der Pflegekraft verknüpft, wobei sie in ihre anthropologische Konzeption wie selbstverständlich die Dimension der Transzendenz einschließt, auf die hin der Mensch nach ihrer Auffassung angelegt ist: „Das Einfließen dieses Wissens in unseren Pflegealltag – in die Sorge um den Menschen, also konkret in die Hilfe zur Gesunderhaltung und Wiedereingliederung, in die Pflege des

Krankgewordenen und Behinderten oder in die helfende Entlassung des Sterbenden zu seinem Ursprung und zu seiner Vollendung – liegt in einem Dienst, der mehr anstrebt als nur physische Wiederherstellung, Erhaltung körperlicher Funktionen oder Unterstützung behinderter Lebensaktivitäten. Pflege, die die Person meint und diese Person anspricht, ist Dienst am Sein und Werden, das heißt, an der Selbstverwirklichung der menschlichen Person. Personorientierte Pflege geschieht dann nicht an einem Körper oder Organismus, ‚den der Mensch *hat*, sondern am Leib, der er *ist*‘. Der Körper wird zum Leib als Träger von Seele und Geist, er *ist* die Einheit von Körper und Geist-Seele. Pflege des Leibes ist demnach mehr und etwas anderes als Pflege eines Körpers, ist Dienst an der Erhaltung, Entfaltung und Erfüllung der personalen Ganzheit dieses einzigartigen und individuellen Menschen, *der unserer Hilfe bedarf*“ (Juchli, 1985, S. 35).

Als problematisch an Juchlis Vorstellung von individueller Pflege sahen Kritikerinnen den hohen moralischen Anspruch der Ganzheitlichkeit und die starke Betonung des Spirituellen, die weit über das normale Selbstverständnis Pflegenden hinausgingen und in die psychosoziale Überforderung führten (Beutler, 1993). Juchlis Ansatz ist insofern kompilatorisch, als sie Elemente der christlichen Theologie und jüdischen Religionsphilosophie, Tiefen- und humanistischen Psychologie, Kulturanthropologie und geisteswissenschaftlichen Pädagogik mit einer bedürfnisorientierten Pflgetheorie zu einer pflegebezogenen Gesamtheorie verschmilzt. Andererseits bildete er für viele Pflegende im deutschsprachigen Raum, selbst wenn sie nicht christlich orientiert waren, über Jahrzehnte eine tragfähige Grundlage für ihr berufliches Handeln, sofern ihr Selbstanspruch über die bloße funktionelle Durchführung von Maßnahmen hinausging. Zumal für die Pflege und Begleitung schwer Kranker und Sterbender erlangte er besondere Bedeutung. Darüber hinaus führte er zur Entdeckung, dass Altenpflegeheime Wohnort und Lebensraum alter Menschen sind und der lebensförderlichen Gestaltung bedürfen.

Das Emanzipationsstreben der Pflege, das auf die Sicht des Patienten wie der Pflegenden als mündige Individuen und die Befreiung der Pflegenden aus den engen überkommenen Bindungen gerichtet war, verband sich mit dem Dringen auf Professionalisierung des Berufs, die die mit der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung verbundene Kränkung durch gesteigerte Fachlichkeit und berufsständische Selbstständigkeit heilen sollte. Juchli trug mit ihrem laufend auf den neuesten Stand gebrachten Lehrbuch auch wesentlich zur

Professionalisierung der Pflege bei. Im deutschsprachigen Raum war sie die erste die den Pflegeprozess thematisierte. 1985 forderte dann das *Krankenpflegegesetz* eine geplante und dokumentierte Pflege. Ansätze von Pflegeplanung entstanden. Auf den Stationen wurden die tagebuchartigen Übergabebücher durch die individuelle Pflegedokumentation ersetzt.

Die 1990er Jahren waren die Hochzeit der Professionalisierungsdebatte. Pflegeprozess, -planung und -dokumentation setzten sich endgültig durch. Die Pflege wollte sich nun nicht mehr als bloßer Heilhilfsberuf oder ärztlicher Assistenzberuf sehen. Die Emanzipation von ärztlicher Dominanz verlangte, sich als eigenständigen Beruf zu positionieren, ein eigenes fachliches Profil zu entwickeln, durch Vorbehaltsaufgaben einen reservierten Tätigkeitsbereich abzustechen. Profil und Selbstbewusstsein sollte die Pflege durch höchste Fachlichkeit gewinnen, die nur wissenschaftsbasierte Fachlichkeit sein konnte. Die Bildung einer akademischen Elite wurde gefordert (Robert-Bosch-Stiftung, 1992). Studiengänge in Pflegewissenschaft, -management und -pädagogik wurden eingerichtet. Manche gingen noch darüber hinaus und sahen das Heil in der vollkommenen Akademisierung. Daneben musste auch das System der Fachweiterbildungen und Fortbildungen ausgebaut und stärker an wissenschaftlichen Standards ausgerichtet werden. Noch weiter ging die Forderung, die Berufsgruppe müsse ihre Angelegenheiten selbst regeln und verwalten. Zur Emanzipation von den Ärzten trat die Emanzipation von Fremdsteuerung durch pflegeferne Institutionen, von den Ärzteorganisationen über Trägerverbände und die Kirchen bis hin zu den Gewerkschaften. Der Gedanke der Pflegekammer analog der Ärztekammer wurde geboren. Um die genannten Ziele auch zu erreichen, so der Anspruch, bedarf es des berufspolitischen Engagements jeder einzelnen Pflegekraft. Politisches Bewusstsein, Mündigkeit und Engagement sind verlangt.

Professionalität und eine an der Menschenwürde orientierte ethische Haltung wurden von nun an als die beiden Grundpfeiler einer zeitgemäßen Pflege angesehen. Exemplarisch dafür stehen die Äußerungen von Vertreterinnen des Neuaufbruchs der Pflege in einem Schweizer Pflegeportal (Friedemann, Zegelin, Bartholomeyczik, Käppeli & Juchli, 2008). Die Krankenschwester und Professorin für Pflegewissenschaft Marie-Luise Friedemann antwortet dort auf die Frage, was „Pfleger im Zuge der Professionalisierung der Pflege besser machen“ müssen: „Wissen, Wissen schaffen, Wissen vermitteln. Als erstes geht es darum, dass wir dauernd lernen und Informationen suchen, mit denen

wir unsere Pflege verbessern können. Beim zweiten handelt es sich um ‚Evidence‘. Einige von uns haben die Forschung zur Aufgabe. Die meisten Pflegenden jedoch sollen Fragen stellen und Antworten suchen, Neues versuchen, Erprobtes umsetzen. Beim dritten handelt es sich um das Verbreiten des Gelernten: diskutieren, miteinander wachsen, Artikel schreiben, an Konferenzen sprechen. Die Grundlage all dessen ist Mut und Selbstvertrauen. Wer mit Überzeugung spricht und handelt, kann auch andere überzeugen (auch Mediziner). Zusammen können wir es schaffen.“

Auf die Frage, was ihr Grundsatz „Ich pflege als die, die ich bin“ angesichts der Tatsache bedeutet, dass „multikulturelle Teamarbeit zur täglichen Realität“ geworden ist und „auch die zu Pflegenden zunehmend aus anderen Kulturkreisen kommen“, antwortet Liliane Juchli: „Ich pflege als die, die ich bin“ nimmt den Menschen, aber auch sich selbst radikal ernst, nach dem Wort der Bibel ‚Liebe deinen Nächsten wie dich selbst‘. Übersetzt auf die Pflege bedeutet dies: Die Wahrnehmung seiner selbst, in seinem je eigenen Gewordensein, seinen Kräften und Grenzen wie auch die gesunde Selbstsorge sind unabdingbare Voraussetzung dafür, dass ich den anderen Menschen dort abholen kann, wo er steht. Unabhängig davon, ob dieser Andere meinen Vorstellungen entspricht, und unabhängig davon, ob mir seine Herkunft vertraut oder fremd ist. Das Wachsen und Werden der eigenen Persönlichkeit ist ein Reifeprozess, in dessen Entwicklung wir stets neue Facetten des eigenen Menschseins entdecken und in unser Leben zu integrieren versuchen. Auf diesem Weg erwächst uns auch ein Mehr an Wissen und ein Zuwachs an Kompetenz, die uns helfen, auch das uns Fremde besser zu verstehen. Dies [...] ist die grundlegende Voraussetzung dafür, dass wir den anderen Menschen als gleichwertigen Partner respektieren, und ihn in seiner Würde annehmen und begleiten können.“ Gerade Liliane Juchli, die ganze Generationen von Schülerinnen, Pflegekräften und Lehrkräften durch ihr Bestseller-Lehrbuch und weitere Publikationen wie auch ihre öffentlichen Auftritte prägte, zeigt mit ihrem Statement, dass man zumindest bis in die 1990er Jahre nicht von einer radikalen Säkularisierung der Pflege sprechen kann. Juchli steht vielmehr für die Neuformulierung des christlichen, auf Leib- und Seelenpflege bezogenen Ethos vor dem Hintergrund einer christlich-humanistischen, an Menschenwürde und Persönlichkeitsentfaltung ausgerichteten Anthropologie, die auch mit der Pflege von Menschen fremder Kultur und Religion kompatibel ist.

4.6.4 Wissenschaftsbasiertes Ethos

Die Pflegeethik ist ein noch junges Gebiet der angewandten Ethik. Angestoßen durch den im angelsächsischen Raum schon länger geführten Diskurs hat sie sich in Deutschland erst in den 1990er Jahren allmählich etabliert. Inzwischen gilt sie als anerkannte wissenschaftliche Disziplin. Ihre Bezugsdisziplinen sind die Pflegewissenschaft wie die Philosophie und die Theologie mit ihren ethischen Subdisziplinen. Da sie pflegeberufliche wie den Pflegeberuf übergreifende und auch nichtberufliche Zusammenhänge betrachtet, darf sie nicht auf eine reine Berufs- oder Standesethik reduziert werden. Den hauptsächlichsten Fokus richtet sie auf die Pflegepraxis, doch auch die Handlungsfelder des Pflegemanagements, der Pflegewissenschaft und der Pflegepädagogik werden von ihr bearbeitet. Dimensionen der Pflegeethik sind Anthropologie, Individual-, Personal- und Sozialethik (einschließlich Organisations- und klinischer Ethik) sowie Umweltethik. Je nach Arbeitsbereich steht sie einer Gesundheitsethik (gesundheitspflegerische Anteile der Pflege) oder einer Sozialarbeitsethik (sozialpflegerische Anteile der Pflege) nahe. Auch wenn es manche Überschneidungsfelder gibt, darf sie nicht einfach in die Medizinethik, aber auch nicht in die allgemeinen ethischen Ansätze der Philosophie und Theologie eingeordnet werden. Mit allen dreien steht sie in einem gewissen Konkurrenzverhältnis, wobei sie sich aus nachvollziehbaren Gründen der Emanzipation von ärztlicher Dominanz gegenüber der Medizinethik eher abgrenzt und zumindest in ihren Anfangszeiten der philosophischen Ethik zugewandt hat. Gegenüber der theologischen Ethik zeigte sie sich eher abstinenter. In neuerer Zeit gibt es aber, wohl auch bedingt durch die häufige Verortung der Pflegewissenschaft an kirchlichen Fachhochschulen, verstärkt Verbindungen zur Katholischen oder Evangelischen Theologie, während die Philosophie wieder zurückgetreten ist.

Eine Schlüsselstellung bei der Etablierung der Pflegeethik als eigenständiger Disziplin in Deutschland (Rabe, 2009, S. 62-67; Mahler, 2018, S. 42-45) nahm die Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin Marianne Arndt ein, die sich später als Schwester Maria Benedicta einem katholischen Orden anschloss. In ihrem wegweisenden Werk *Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege* aus dem Jahr 1996 (Arndt, 1996) griff sie pflegeethische Ansätze auf, wie sie in den 1980er und 1990er Jahren in Großbritannien (Tschudin, 1988; Fry, 1995 in Anknüpfung an Beauchamp & Childress, 1979) und von

dort kommend in den Niederlanden (Arend & Gastmans, 1996) diskutiert wurden. Ihr Buch stellt im deutschsprachigen Raum die erste umfassende Auseinandersetzung mit Theorien und Konzepten der philosophischen Ethik aus pflegerischer Sicht dar. Im Sinne einer „Ethik der Frauen“ knüpfte Arndt dabei vor allem an den Care-Ansatz an, wie ihn Carol Gilligan 1982 in dem Werk *In a different voice. Psychological theory and women's development*, in deutscher Übersetzung *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau* (1984) umrissen hat. Die „weibliche“ Care-Ethik, die Gilligan den auf Autonomie ausgerichteten „männlichen“ Ethiktheorien der Tradition im Sinne eines gleichberechtigten Zugangs zu ethischen Fragen, nicht als Alternative, gegenüberstellte, erschien Arndt für die Grundlegung einer Pflegeethik geeignet, ohne sie freilich zu verabsolutieren. Zugleich entwickelte Arndt die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress für die Anwendung auf pflegerische Entscheidungssituationen weiter. Sie betonte darüber hinaus die Eigenständigkeit der Pflegeethik gegenüber der Medizinethik, ohne zu leugnen, dass beide eine große Nähe zueinander aufweisen.

Arndt stand mit ihren Überlegungen nicht allein. Eine vorausschauende Innovation brachte bereits 1990 der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) mit seinen berufspädagogisch ausgerichteten *Ethischen Grundsätzen* ein, in denen die berufsbezogene Textgattung des Ethikkodex um Ansätze der wissenschaftlichen Ethik erweitert wurde. Die eigentlichen Leitlinien vollziehen das bekannte Argumentationsmuster, indem sie aus den beiden Grundprinzipien der Würde des Menschen und der Einzigartigkeit des Lebens verschiedene normative Leitsätze ableiten, die wiederum in konkreteren Einzelnormen entfaltet werden. Leitsätze mit Einzelnormen werden für vier Verantwortungsebenen der Pflegekraft aufgestellt: die Verantwortung gegenüber den Klienten und dessen Bezugspersonen, gegenüber sich selbst und dem Beruf, gegenüber den Mitarbeitern sowie gegenüber der Gesellschaft und der Umwelt. Die Verantwortungsebenen entsprechen denen des *ICN-Ethikkodex* von 1973. Im Abschnitt *Zwei Methoden ethischer Argumentation* (Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1990, S. 21-24) werden in Anknüpfung an pflege-, medizin- und philosophisch-ethische Literatur (Brody, 1981; Davis, 1986; Tschudin, 1988) die grundlegenden Theorien der deontologischen und der teleologischen Ethik respektive des Utilitarismus einander gegenübergestellt und hinsichtlich ihres methodischen Vorgehens erläutert. In dem Abschnitt *Vom Umgang mit den*

ethischen Grundsätzen (Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1990, S. 12-13) werden diese beiden klassischen Theorieansätze philosophischer Ethik um Aspekte einer advokatorischen Ethik (die Krankenschwester als Fürsprecherin des Patienten) und eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses ergänzt.

Mit diesen Aufbrüchen wurden insofern die Grundlagen für eine Professionalisierung des pflegerischen Berufsethos gelegt, als dieses nun eine wissenschaftliche Fundierung erhielt. Pflegerisches Handeln orientiert sich nicht mehr allein an einer wie auch immer gearteten Tradition, an vorgegebenen Werten und Normen, die umzusetzen sind, sondern erfordert von den Pflegenden die Bestimmung des ethischen Problems, die Analyse der zugrunde liegenden Situation, die Prüfung von Theorien und Konzepten hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und eine reflektierte, begründete Entscheidung, was zu tun sei. Die Pflegenden benötigen Wissen über Begriffe und Theorien der Ethik, Kenntnisse über ethische Entscheidungsprozesse, Bewusstsein von ethischen Problem- und Konfliktlagen, Kompetenzen in der Analyse und Bewertung von Situationen, in ethischer Reflexion und Entscheidungsfindung. Hinter den Anspruch eines wissenschaftsbasierten Pflegehandelns konnte nicht mehr zurückgegangen werden. Die naive Übertragung ethischer Vorgaben in die Praxis sollte nicht mehr möglich sein. In den Krankenhäusern und teilweise auch Altenpflegeeinrichtungen schlugen sich die Ethisierung professionellen Handelns und die vor allem durch den medizinischen Fortschritt bedingte Komplexität von Entscheidungssituationen in der Einrichtung von auf der Diskursethik beruhenden Gremien und Verfahren wie des Ethikkomitees, der Ethikberatung und ethischen Fallbesprechung nieder.

4.6.5 Entfremdungserfahrungen

Krankenhäuser und Altenhilfeeinrichtungen definierten sich spätestens in den 1990er Jahren als Wirtschaftsunternehmen. Öffentliche sowie freigemeinnützige und kirchliche Einrichtungen konkurrierten zunehmend mit gewinnorientierten privaten Unternehmen. Es kam zur Fusion, Privatisierung und Schließung von Krankenhäusern mitsamt angegliederten Krankenpflegeschulen sowie zu Umstrukturierungen im Blick auf lukrative medizinische Fachbereiche. Konzernstrukturen entstanden. Im Pflegebereich wurde aus Kostengründen Personal abgebaut. Der Pflegenotstand führte wiederum zur verstärkten Ausbildung und Beschäftigung von Pflegehilfskräften. Das 2003 in den Kranken-

häusern implementierte Finanzierungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen (German Diagnosis Related Group, G-DRG) mit seiner Fokussierung auf gewinnbringende medizinische Eingriffe korrumpierte patientenorientiertes Denken und hatte bei Ärzten und Pflegenden vielfach ein Unbehagen zur Folge. Privatisierungstendenzen zeigten sich auch in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. 1995 wurde die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung eingeführt, nach der Pflegebedürftige unter Finanzierungsgesichtspunkten funktionell ausgerichteten Pflegestufen, heute Pflegegraden zugeordnet werden.

Gleichzeitig beschleunigte sich die Formalisierung im Gesundheits- und Pflegebereich zusehends. Durch den Anspruch umfassender Pflegeplanung und -dokumentation nahmen administrative, aber auch konzeptionelle Aufgaben immer mehr Raum ein, derer man inzwischen mit Verschlankungs- und Entbürokratisierungsmaßnahmen Herr zu werden versucht. Mit der Einführung computerbasierter Informations- und Kommunikationstechnologien wie der elektronischen Patientenakte und Pflegedokumentation, vernetzter Tourenplanung und Leistungsabrechnung schreitet die Digitalisierung im stationären und ambulanten Bereich weiter voran. Vernetzte Hilfs- und Monitoringsysteme sowie intelligente und vernetzte Service-, Transport- und Therapieroboter sind für die Zukunft zu erwarten.

Unter dem Einfluss des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses hatte sich das Verständnis von Pflege hin zu einer professionellen Dienstleistung Pflegegebender für Pflegenehmende gewandelt. Man kann den Gesamtprozess als Rationalisierung beschreiben, die sämtliche auf die Pflege bezogenen Zusammenhänge der vernünftigen Betrachtung und systematischen Planung unter dem Gesichtspunkt der Zweck-Mittel-Relation unterwirft. Menschliches Handeln soll optimiert werden, indem nach dem kybernetischen Modell des Regelkreises oder Problemlösungsprozesses Ziele geklärt, Bedingungen analysiert, geeignete Methoden bestimmt, konkret umgesetzt und hinsichtlich ihres Ergebnisses überprüft werden. Der Mensch wird in ein technisches Bild gepresst, das ihn auf sein Funktionieren reduziert. Religiöse, metaphysische, intuitive, auf bloßer praktischer Erfahrung beruhende Denk- und Verhaltensweisen werden als irrational und unwissenschaftlich diskreditiert. Dies führte zur endgültigen „Entzauberung“ (Weber, 1919) der Pflege nach ihrem christlich-religiösen Verständnis, die der zentrale Schritt in deren Säkularisierung darstellt.

Die Dominanz zweckrationalen Denkens zeigt sich deutlich in sprachlichen Veränderungen. Nicht nur die vertraute „Krankenschwester“ wurde über die sperrige „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ zur distanzierten „Pflegefachfrau“. Aus den „Patienten“ (von lat. *patiens* „der Leidende“) wurden „Leistungsempfänger“, „Pflegetnehmende“ oder gar „Kunden“.²¹ „Pflegeträfte“, „beruflich Pflegende“, „Pflegetgebende“ werden durchaus für ihre Arbeit geschätzt. Doch die persönliche Wertschätzung und gesellschaftliche Honorierung ist im Unterschied zur früheren „Schwester“ eher geringer geworden. Die Pflege gilt als systemrelevant. Doch ihr Einsatz wird gleichzeitig als selbstverständlich angesehen. Die mangelnde Wertigkeit kann bis zu Abwertung oder Entwertung führen. Dies wird in extremer Form an der Trivialisierung und Sexualisierung deutlich, die die Pflege seit Ende der 1960er Jahre in Arztromanen, Spielfilmen und Krankenhausfernsehserien erfährt. Verkitschung, Verspottung und Beschmutzung sind die Kehrseite der Idealisierung, Heroisierung und Romantisierung früherer Zeiten.

Die Rationalisierung der Pflege vollzieht sich auf der fachlichen wie der wirtschaftlichen Ebene. In fachlicher Hinsicht brachte eine verengte Sicht von Professionalisierung die Formalisierung, Standardisierung und Szientifizierung, Technisierung und Digitalisierung des Pflegehandelns mit sich. Es geht um Steigerung der Pflegequalität, deren höchste Stufe das Merkmal der wissenschaftlichen Evidenz, Beweis- oder zumindest Nachweisbarkeit aufweist. Qualität muss, um vergleichbar zu sein, messbar gemacht werden und wird deshalb paradoxerweise in Quantitäten ausgedrückt. In wirtschaftlicher Hinsicht geht es um Effizienz. Ökonomisierung bedeutet, dass alle organisatorischen, administrativen und fachlichen Maßnahmen und Verfahren ständig auf ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüft werden müssen, um sie auf dieser Basis kontinuierlich zu verbessern oder auch zu streichen. Das Versorgungsniveau wird bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand erhöht oder bei geringerem finanziellem Aufwand beibehalten; selbst die Absenkung von Standards zugunsten von Gewinnmaximierung ist im Gesundheitswesen inzwischen nicht ausgeschlossen. Professionalisierung wie Ökonomisierung, beschleunigten sich seit den 1980er und 1990er Jahren unter dem Einfluss neoliberalen Wirtschaftsdenkens erheblich und sind zu bestimmenden Einflussgrößen in der Pflege der Gegenwart geworden.

²¹ Zur Problematik des Kundenbegriffs siehe Mahler, 1999, S. 83.

Auf den Pflegekräften lastet angesichts der wachsenden Komplexität der Arbeit und ihrer Rahmenbedingungen ein starker Veränderungs- und Optimierungsdruck, der die Arbeitszufriedenheit absenkt und Zweifel am beruflichen Selbstverständnis aufkommen lässt. Es kommt zu Erfahrungen der Entfremdung vom Beruf. Ethische, fachliche und wirtschaftliche Erfordernisse kollidieren immer öfter miteinander. Nicht immer können die in den Unternehmensleitbildern, Pflegeleitlinien und Ethikstandards verankerten Ziele der Menschlichkeit, Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit durch Qualitätsmanagement und Zertifizierung miteinander in Einklang gebracht werden, und manchmal ist dies auch gar nicht gewollt. Personal- und Zeitknappheit führen dazu, dass Gespräche und Betreuungsaufgaben nicht mehr angemessen durchgeführt werden können. Gefährdungsanzeigen sind fast alltäglich geworden. Emotionale Zuwendung als wesentliches Element guter Pflege tritt gegenüber Wirtschaftlichkeit und fachlichem Anspruch zurück, zugleich wird auf die Belastbarkeit der Pflegenden keine Rücksicht genommen (Manzeschke, 2010). Der Aufbau von Privatstationen in den Krankenhäusern und die Forderung an die Pflegenden, sich besonders „kundenfreundlich“ zu verhalten, entspricht nicht den auf Gleichbehandlung aller Kranken unabhängig von ihrem sozialen und wirtschaftlichen Status beruhenden Vorstellungen der Pflegekräfte und löst innere Widerstände aus.

Das neue leistungsorientierte Berufs- und Pflegeverständnis, das durch wirtschaftliche Effizienz und wissenschaftliche Evidenz gekennzeichnet ist, steht dem an Fürsorge und Zuwendung orientierten Pflegeethos konträr gegenüber. Emotion wurde durch Rationalität ersetzt. Distanz trat an die Stelle von Nähe, so Schmidbauer (2002). Die alte Komplementarität von männlich konnotierter naturwissenschaftlich-technischer Medizin und medizinischem Expertentum sowie weiblich konnotierter ganzheitlicher Zuwendung und Kommunikation löste sich auf. Trotz des Wunsches nach Emanzipation von ärztlicher Dominanz näherte sich die Pflege damit hinsichtlich des vorherrschenden Paradigmas wieder der Medizin an. Ihren „weiblichen“ Kern droht sie dadurch zu verlieren. Ziel müsste es sein, beide Anteile miteinander zu verbinden, was jedoch in der rationalistisch-materialistischen Gegenwartswelt schwierig, ja unmöglich ist. Denn die genannten Entwicklungen zeichnen die Moderne überhaupt aus.

Das Streben der Pflege nach Professionalisierung im Sinne immer weiter gesteigerter, möglichst wissenschaftlicher Fachlichkeit bei gleichzeitiger beruflicher Selbstverwaltung, das bis ins 19. Jahrhundert zurückgeht, kann als „Kampf um Anerkennung“ interpretiert werden (Schiff & Dallmann, 2021, S. 125). Dieses Projekt ist freilich Sache der Pflegeeliten geblieben. An der Basis, die mit dem Kampf ums alltägliche Überleben in einem immer enger gewordenen Arbeitskontext steht, stößt es kaum auf Widerhall. Die um Konkurrenz fürchtende Ärzteschaft steht ihm ohnehin skeptisch gegenüber. Wie sich die vor allem seitens der Verbände, der Lehrerschaft und der Wissenschaft favorisierte Generalisierung auf das Selbstverständnis der Pflege auswirken wird, ist noch völlig unklar. Eher nicht zu erwarten ist, dass sich über die formale (Teil-)Generalisierung von Ausbildung und Ausbildungsabschluss hinaus eine auf die Berufsgruppen bezogene Vereinheitlichung der Identitäten ergeben wird. Die horizontalen Unterschiede zwischen den Pflegeberufsgruppen mögen zwar weitgehend verschwinden. Das neu eingeführte grundständige Pflegestudium und der durch den Pflegenotstand bedingte weitere Ausbau im Bereich der Helferqualifikation werden aber eine verstärkte hierarchische Ausdifferenzierung nach ein- oder zweijährig qualifizierten Pflegehilfskräften, dreijährig qualifizierten Pflegefachkräften und akademisch qualifizierten Pflegekräften mit sich bringen. Die lange hoch gehaltene Einheitlichkeit des Berufsbildes ist längst gefallen. Die Verwissenschaftlichung der Pflege verschärft schon jetzt die Spannung zwischen Theorie und Praxis. Auf ein berufsgruppenbezogenes Pflegeethos wird sich dies nicht unbedingt positiv auswirken.

Seit der zweiten Hälfte der 1950er Jahre ist der Pflegenotstand ein Dauerthema in Deutschland. Zunächst war die Personalknappheit durch die Ausweitung der Krankenhäuser, den Ausbau der ambulanten Pflege und den Rückzug der Schwesternschaften bedingt. Später kam die zunehmende Verlagerung der Pflege alter Menschen aus den Familien in Altenpflegeheime hinzu. Seit den 1990er Jahren sind wesentliche Ursachen die Unterfinanzierung der Einrichtungen und die fortschreitende Ökonomisierung und Privatisierung, die zu knappen Personalbemessungen führen. Dazu kommt der Ausstieg aus dem Beruf aufgrund ungünstiger Arbeitsbedingungen und fehlender Anerkennung. Die Personalknappheit hat freilich auch eine andere Seite. Pflegekräfte stellen eine knappe Ressource dar, die Auszubildenden und Examinierten Auswahlmöglichkeiten im Blick auf interessante, auch besser bezahlte Arbeitsplätze eröffnet.

Politik und Einrichtungsträger suchten des Problems seit den 1960er Jahren vor allem durch Anwerbung ausländischer Pflegekräfte Herr zu werden. Zunächst betraf dies Pflegekräfte aus Südkorea und von den Philippinen, in den 1990er Jahren kamen Pflegenden aus süd- und osteuropäischen Ländern (Rand, Pütz & Larsen, 2019, S. 30-35). Im Zuge der allgemeinen Einwanderung nach Europa und der Europäischen Flüchtlingskrise 2015/16 stieg die Zahl der Auszubildenden aus orientalischen Staaten, vor allem Syrien, Afghanistan, dem Irak, aber auch aus Afrika in der Altenpflege und Krankenpflege, mehr noch der Altenpflege- und Krankenpflegehilfe erheblich an. Diese Entwicklungen führten inzwischen zu einer starken kulturell-religiösen und fachlichen Heterogenität der Belegschaften der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Die wachsende Ausdifferenzierung der Helferberufe kann als Tendenz zur Dequalifizierung interpretiert werden.

In Folge der Multikulturalisierung des Pflegeberufs treten verschiedene Probleme auf, auf die die Einrichtungen bisher noch keine angemessene Antwort gefunden haben. Neben durch nicht ausreichende Sprachkompetenz im Deutschen begründeten Verständigungs- und Kommunikationsproblemen von Pflegekräften mit Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen treten in den Pflegeteams durch Stereotypen bedingte latente Konflikte zwischen Angehörigen verschiedener Ethnien oder Religionen, Effekte ethnozentrischer Solidarisierung und diskriminierendes bis rassistisches Verhalten auf. Auch Patienten oder Klienten zeigen vorurteilsbedingte Abwehrreaktionen. Diese Konflikte sind in den Einrichtungen weitgehend tabuisiert. Doch gerade im Blick auf teaminterne Aspekte der Multikulturalisierung bedarf es der Thematisierung von offenen Fragen und Konfliktpotentialen, um interkulturelle Teamentwicklung angehen und die vielfältigen interkulturellen Ressourcen auf Seiten der Pflegeangehörigen nutzen zu können. Hinsichtlich der Identität der Pflege wirft ihre Multikulturalisierung Fragen einer pflegerischen „Leitkultur“ und eines kultur- und religionsübergreifenden Berufsethos auf, denen sich die Berufsgruppe bisher in keiner Weise gestellt hat.

Angesichts dieser Gesamtsituation stellt sich die Frage, ob der auf die radikale Säkularisierung des Pflegeberufs setzende ethische Universalismus im Blick auf Europa oder nur den deutschsprachigen Raum ausreicht, den Herausforderungen der Zukunft, die weit über ein reines Ethos der Berufsgruppe der Pflegenden hinausgeht, angemessen zu begegnen. Aufgrund seiner metaphysischen Dürftigkeit ist der humanitaristische Säkularismus der westlichen

Welt nach der weitgehenden Auflösung der im Christentum verwurzelten Traditionen nicht mehr in der Lage, der Reduzierung des Menschen auf einen ökonomischen Materialismus und hedonistischen Egoismus, der auf naturwissenschaftlich-technische Rationalität verengten „fachlichen“ Zuwendung zu den Schwachen in der Gesellschaft und der Entkernung „mensenrechtlicher“ Werte in einem diffusen multikulturellen Raum etwas Substanzielles entgegenzusetzen, das über den Appell an ein Bewusstsein von Systemrelevanz oder die Berufung auf einen selbst zu erzeugenden „Berufsstolz“ (Quernheim & Zegelin, 2021) hinausgeht. Gegenwärtig gibt es auf Seiten der Politik, der Wohlfahrtsorganisationen und Kirchen, der Wissenschaft, zumal der Pflegewissenschaft, und der Berufsgruppe der Pflegekräfte selber keine Antwort darauf, wie die divergierenden Tendenzen innerhalb des Gesundheitswesens und der Pflege zu einer pflegeberuflichen und damit auch berufsethischen Identität zusammengeführt werden können. Die Krise der Pflege im 21. Jahrhundert reicht tiefer als die immer wieder aufflammenden Diskussionen um Personalknappheit und Versorgungsengpässe oder Missstände bei Fachlichkeit und Betreuung nahelegen.

4.7 Entwicklungslinien religiös-ethischer Bildung

4.7.1 Schwesternschaftliche Ansätze

Religionsunterricht ist von jeher integraler Bestandteil der geistlichen Zurüstung christlicher Pflegegemeinschaften katholischer wie evangelischer Prägung für Stand und Beruf. Im 19. Jahrhundert etwa bildeten Unterweisung in Bibel, christlicher Glaubens- und Sittenlehre, Kirchengeschichte, Innerer Mission und Seelsorge, Unterricht in allgemeinbildenden Fächern und medizinisch-pflegerische Ausbildung eine Art Trias evangelischer Schwesternbildung.²² Bereits in den Anfängen des Kaiserswerther Mutterhauses unterrichtete Theodor Fliedner selbst mehrmals in der Woche am Abend die Diakonissen in geistlicher Pflege. Themen des Glaubens und der Lebensführung wurden anhand von biblischen Texten und Sprüchen, Psalmen, Gebeten, Kirchenliedern und erbaulichen Schriften behandelt. Um auf seelsorgerliche Situationen im Krankenhaus vorbereitet zu sein, wurde den Schwestern nahegelegt, regelmäßig die *Bibel* zu lesen, wichtige Lieder des Gesangbuchs auswendig zu lernen und die Erbauungsschriften, aus denen sie vorlesen wollten, vorher

²² Für die Ausbildung in der Evangelischen Diakonissenanstalt Stuttgart siehe Nau, 2013, S. 21-29.

selbst zu lesen. Religiös bildenden Charakter hatten auch Bibelstunden und Gemeinschaftsveranstaltungen, ja letztlich die spirituelle Praxis der Gemeinschaften überhaupt. Auch in manchen sich später herausbildenden Rotkreuzschwesternschaften wurde ein vergleichbarer Kanon beruflicher, allgemeiner und religiöser Bildung umgesetzt (Mutterhaus der Olgaschwestern in Stuttgart, 1904, S. 26; Mahler, 2013, S. 53-55).

Als seit den 1960er Jahren Schülerinnen und erstmals auch Schüler in die Krankenpflegesschulen der Diakonissenmutterhäuser und anderer Schwesterngemeinschaften aufgenommen wurden, die mit stetig wachsendem Anteil nicht mehr in sie eintreten wollten oder konnten, entstand die Notwendigkeit, diese Gruppe für die Arbeit in den Einrichtungen der Diakonie auch unter religiösem und diakonischem Gesichtspunkt zu schulen. So richteten viele Mutterhäuser ab etwa 1980 auf die Ausbildung vorbereitende Vorschulen oder Vorkurse im Umfang von mehreren Monaten ein, die grundlegende Kenntnisse religiöser, aber auch allgemein bildender Art vermittelten und die Schülerinnen mit dem diakonischen Profil der Mutter- und Krankenhäuser vertraut machten. Dieser biblisch-diakonische Bildung genannte religionspädagogische Ansatz setzte gewissermaßen das Ursprungsmodell der Diakonissenbildung im Blick auf zukünftige nicht schwesternschaftlich gebundene Mitarbeitende fort. Mancherorts gibt es solche Kurse, Mutterhaustage oder diakonischen Seminare noch heute.

An den Krankenpflegesschulen der Mutterhäuser erteilten in der Regel dort tätige Pfarrer den Religionsunterricht, der nach dem Vorbild der Diakonissenbildung im Sinne einer auf Mutterhaus und Schwesternschaft bezogenen christlichen Unterweisung gestaltet war. Angesichts des Wandels in der Zusammensetzung und religiösen Sozialisation der Schülerschaften begann man sich dann aber in den 1970er Jahren Gedanken über einen stärker auf die beruflichen Aufgaben bezogenen Religions- und Ethikunterricht zu machen. Im Bereich der württembergischen Landeskirche etwa wurde unter Federführung der mit der Diakonen- und Diakoninnenausbildung befassten Kirchlichen Ausbildungsstätte für Diakonie und Religionspädagogik Karlshöhe in Ludwigsburg ein Arbeitskreis gebildet, der 1975 einen *Lehrplan für die theologische Ausbildung in der Krankenpflege* (Arbeitskreis theologische Ausbildung in der Krankenpflege, 1975) entwickelte. In Anlehnung an die Diakonenausbildung sollte in den fachlich ausgerichteten Unterricht an den Krankenpflegesschulen eine theologische Ausbildung integriert werden, die sich auf die

biblisch-dogmatischen Grundlagen, den Umgang mit Patienten und Mitarbeitern, die Gestaltung gemeinschaftsförderlicher Beziehungen und die Mitwirkung in Gemeinde, Kirche und Schwestern- oder Bruderschaft bezog. Mit seiner ausgeprägt kirchlich-theologischen Zielrichtung konnte dieser Lehrplan freilich die Schülerinnen der Krankenpflegesschulen und deren vorrangiges Interesse, einen Erwerbsberuf zu erlernen, kaum erreichen.

4.7.2 Ethikunterricht in der Krankenpflegeausbildung

Die Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesschulen waren nicht in das reguläre berufliche Schulwesen integriert, sondern zählten zu den Schulen des Gesundheitswesens, für die als Schulen besonderer Art nicht die Schulgesetze der Länder galten und somit nicht die Kultusministerien, sondern die Sozialministerien zuständig waren. In Baden-Württemberg etwa gab es wie in den meisten anderen Bundesländern bis 2019 keine Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesschulen im schulrechtlichen Sinn. Dies hatte zur Folge, dass an diesen Schulen auch kein Religionsunterricht nach Artikel 7 Absatz 3 des *Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland* erteilt wurde, wie er bis heute für öffentliche berufliche Schulen verbindlich ist (Mahler, 2018). In letzteren ist der Religionsunterricht „ordentliches Lehrfach“ und wird „Unbeschadet des staatlichen Aufsichtsrechts“ als gemeinsame Angelegenheit von Staat und Kirche (res mixta) „in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Religionsgemeinschaften erteilt“.

Inwieweit ethische und religiöse Themen im theoretischen Unterricht behandelt wurden, war ins Belieben der einzelnen Schulen gestellt, zumal es in vielen Bundesländern gar keine Lehrpläne für die Ausbildung gab, die entsprechende Themen vorgegeben hätten. Während die kirchlichen Schulen sich weiter am schwesternschaftlichen Ansatz religiöser Bildung orientierten, obwohl längst kaum mehr Eintritte in die Schwesternschaften zu verzeichnen waren, wurden religiös-ethische Inhalte an vielen kommunalen Schulen nur sporadisch oder gar nicht aufgegriffen. Jedenfalls handelte es sich weder um einen regulären konfessionellen Religionsunterricht noch um einen Ethikunterricht, wie er etwa in Baden-Württemberg für diejenigen Schülerinnen und Schüler eingeführt wurde, die sich vom Religionsunterricht abgemeldet hatten. Man muss vielmehr von einem frei schwebenden Ethikunterricht ohne schulrechtliche Verankerung sprechen (Mahler, 2005 und 2018).

Eine Veränderung brachte die auf dem *Krankenpflegegesetz* von 1985 basierende *Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung*, die in den Anlagen A 1 für die Krankenpflege und A 2 für die Kinderkrankenpflege beim Fach Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde erstmals die Stichworte „Berufskunde und Ethik; Geschichte des Berufs“ aufführte. Analoges gilt für die Krankenpflegehilfe (Anlage A 3). Nähere Angaben zur Ethik enthält die Verordnung jedoch nicht, sodass den Schulen weiterhin sehr viel Freiraum bei der inhaltlichen Ausgestaltung blieb. In Baden-Württemberg war zudem immer noch kein Lehrplan für die Ausbildungsgänge in den Krankenpflegeberufen in Sicht. Dies hatte zwei Gründe. Einerseits wollten die konfessionell oder weltanschaulich orientierten Schul- und Krankenhausträger nicht von einem staatlichen Lehrplan bestimmt werden, sondern den Schülerinnen und Schülern ihr eigenes christliches oder anderweitiges Pflegeverständnis nahebringen. Und das Landessozialministerium als zuständige oberste Behörde für die Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben suchte aus Rücksicht auf die große Diversität der Schulen hinsichtlich ihrer ideellen Ausrichtung eine Vereinheitlichung zu verhindern. Zudem spielte die Abwehr kultusministerieller Einflussnahme im Sinne der Eingliederung der Kranken- und Kinderkrankenpflege-schulen in das berufliche Regelschulsystem (wie sie etwa bald in Bayern vollzogen wurde) mit herein.

Die Schulen stellten also ihre Curricula, in der Regel schlichte Stoffverteilungspläne, frei zusammen. Dies betraf auch die ethischen Inhalte, was zur Folge hatte, dass gravierende Unterschiede in den Stundenkontingenten und der inhaltlichen Ausgestaltung des neuen Ethikunterrichts auftraten. Die verbreitete Indifferenz im Blick auf ethische Fragen hatte auch damit zu tun, dass es damals im deutschsprachigen Raum keine elaborierte Pflegeethik und so gut wie keine ethikdidaktischen Konzepte und Lehrmaterialien gab. Die ersten Lehrbücher waren Abermeth 1989 mit diakonischem Hintergrund und Hoppe, Körner, Luther & Nitsche 1995 mit Herkunft aus der DDR-Medizinpädagogik. Ethik unterrichteten in der Regel meist Krankenhausseelsorger des Trägerkrankenhauses der Schule, aber auch Gemeindepfarrer, Religionslehrkräfte von beruflichen Schulen oder Gymnasien, Philosophen, ja sogar Psychologen, Juristen oder Ärzte. Eingebunden in den Ausbildungsverlauf war dieser Unterricht kaum. Man kann sich vorstellen, dass er hinsichtlich Konzeption und Umsetzung – wenn er überhaupt erteilt wurde – an den Schulen äußerst different ausfiel.

Die auf dem seit 2004 geltenden *Krankenpflegegesetz* beruhende *Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung* verlangte von den Schulen eine radikale Neustrukturierung ihrer Curricula, weil sie der theoretischen Ausbildung nicht mehr Fächer, sondern Lernfeldern ähnliche „Wissensbereiche“ und Lehrziele zugrunde legte. Der Unterricht sollte nun wissenschaftlich ausgerichtet sein, wobei zwischen dem zentralen Wissenskomplex der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und der Pflege- und Gesundheitswissenschaften einerseits und pflegerelevanten Kenntnissen verschiedener Bezugswissenschaften, von Naturwissenschaften und Medizin über Geistes- und Sozialwissenschaften bis zu Recht, Politik und Wirtschaft, unterschieden wurde. Ethik als Fachgebiet oder Bezugsdisziplin wird in der Verordnung nicht mehr eigens erwähnt. Dafür finden sich das Lehrziel der Befähigung der Schülerinnen und Schüler „auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und pflegerelevanter Kenntnisse der Bezugswissenschaften, wie [...] der Geistes- und Sozialwissenschaften [unter die auch Ethik, Philosophie und Theologie fallen, d. V.] Pflegesituationen wahrzunehmen und zu reflektieren sowie Veränderungen der Pflegesituationen zu erkennen und adäquat zu reagieren“ (Anlage 1 A, Punkt 1) und Einzelaspekte wie z. B. „das Selbstbestimmungsrecht [...] der zu pflegenden Personen zu berücksichtigen“ oder „religiöse [...] Aspekte [...] sowie ethische Grundfragen zu beachten“ (Anlage 1 A, Punkt 5).

Mit der damaligen Ausbildungsreform war in Baden-Württemberg endlich auch der Zeitpunkt gekommen, die offene Lehrplanfrage anzugehen. So erarbeitete eine Gruppe von Pflegelehrkräften auf der Grundlage der neuen Gesetzgebung im Rahmen der Landesarbeitsgemeinschaft für Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden-Württemberg einen *Vorläufigen Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur ‚Gesundheits- und Krankenpflegerin‘ oder zum ‚Gesundheits- und Krankenpfleger‘ und zur ‚Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin‘ oder zum ‚Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger‘*, den das Landessozialministerium 2004 veröffentlichte (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2004). Der Lehrplan enthält eine Reihe von Hinweisen auf ethische und religiöse Aspekte der Pflege, vermittelt aber im Blick auf den gesamten Themenbereich insgesamt kein einheitliches Bild. Und entsprechend der bisher vom Sozialministerium verfolgten Politik gab er den Schulen

nach wie vor große Freiheiten in der Ausgestaltung des Ethikunterrichts. Wirkliche Relevanz für die Ausbildungsarbeit entfaltete er wegen seiner komplexen Struktur und fehlender Letztverbindlichkeit nicht.

Mit der Einrichtung von Studiengängen für Pflegepädagogik und der Akademisierung der Lehrerschaft seit den 1990er Jahren übernahmen zunehmend Pflegepädagoginnen und -pädagogen, die sich bereits in ihrem Studium mit ethischen Fragen des Berufs auseinandergesetzt hatten, den Unterricht. So zogen auch in die Behandlung ethischer Fragen immer stärker pflegewissenschaftliche und philosophische Konzepte ein, die christliche Sichtweisen obsolet erscheinen ließen.

4.7.3 Ethik in Lehrplänen und Curricula für die Krankenpflege

Während für viele Bundesländer Lehrplanentwicklung noch lange ein Fremdwort war, wandte man sich in anderen schon Mitte der 1970er Jahre der Lehrplanfrage zu. Vorreiter waren Hessen, Bayern und Niedersachsen, freilich mit je unterschiedlichen Ansätzen. Schon 1975 und 1977 wurde in Hessen ein vom Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) mit Genehmigung des Landessozialministeriums herausgegebener zweiteiliger Lernzielkatalog für die praktische und die theoretische Krankenpflegeausbildung vorgelegt, der im theoretischen Teil als erstes Fach Berufsethik aufführt (Claus, 1977, Beil., S. 5). Ein entsprechender Vorschlag für die Kinderkrankenpflege folgte 1978 (Schmidt & Claus, 1978). Die Lernzielkataloge waren von der damals im Schulbereich allgemein favorisierten emanzipatorisch ausgerichteten Lernziel- und Curriculumentwicklung beeinflusst.

Bayern brachte 1982 einen vom Staatsinstitut für Schulpädagogik entwickelten *Lehrplan für Berufskunde, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde an Berufsfachschulen für Krankenpflege und Berufsfachschulen für Kinderkrankenpflege* heraus (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1982), der sich am damals auch in Baden-Württemberg vertretenen Bildungsgedanken orientierte. Er enthält einen Abschnitt zum Teilfach Ethik, nach dem die Themen „Grundfragen der Ethik“, „Ethische Herausforderungen durch die Medizin“, „Verantwortlicher Umgang miteinander“, „Begleitung Schwerkranker und Sterbender“ und „Beruflich bedeutsame religiöse Fragestellungen“ in immerhin 40 Stunden zu unterrichten sind. 1987 veröffentlichte das niedersächsische Landessozialamt einen Fachsystematik und Lernzielorientierung verbindenden *Stoffverteilungsplan und Lernzielkatalog für die Krankenpflegeausbildung* (Landessozialamt Niedersachsen, 1987), der ebenfalls Angaben zur

Ethik enthält. Seine Geltung beschränkte sich freilich auf die Landeskrankenhäuser.

Die Landeslehrpläne, die bis zur Reform von 2004 entstanden, lassen sich hinsichtlich ihrer Grundkonzeption in zwei Gruppen einteilen. Während die einen sich an der Fachsystematik orientieren, die die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgab, und damit auch das Teilfach Ethik in Form eines Teillehrplans beschreiben, entscheiden sich die anderen für einen integrativen Ansatz, der die Fächer und Teilfächer in fächerübergreifenden Lernfeldern oder Modulen aufgehen lässt und auch ethisch-religiöse Aspekte in diese übergeordneten Einheiten einordnet. Bereits in den 1990er Jahren setzten sich integrative Lehrpläne mit einer ganzheitlichen, ethisch-religiöse mit anderen fachlichen Aspekten verknüpfenden Zugangsweise gegenüber Fachlehrplänen, die der Ethik ein deutliches Profil geben, sie jedoch von pflegefachlichen Aspekten isolieren, weitgehend durch.

Neben offiziellen, meist auf ein Bundesland bezogenen Lehrplänen wurde auch eine Reihe von curricularen Vorschlägen in die Diskussion eingebracht, die neue Zugänge zur Lehrplanthematik zu eröffnen suchten. Besonders ambitioniert war das Curriculum, das 1988 die Arbeitsgemeinschaft Krankenpflegender Ordensleute Deutschlands (AKOD) herausbrachte (Wodraschke, Drey Müller, Grandjean & Magar, 1988). Auf ihm baute konzeptionell das Curriculum für die praktische Ausbildung von 1998 (Grandjean, Selle & Trenner, 1998) auf, das im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes auf Initiative und unter Mitwirkung des Zehlendorfer Verbandes für evangelische Diakonie in Zusammenarbeit mit dem Kaiserswerther Verband deutscher Diakonissen-Mutterhäuser entwickelt worden war, sodass nun mit beiden Teilen ein curriculares Gesamtkonzept auf ökumenischer Basis vorlag. Durch die enge inhaltliche und zeitliche Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung sollte die von den Schülerinnen und Schülern häufig beklagte Kluft zwischen Theorie und Praxis überwunden werden. Dem Gesamtcurriculum liegen ein christliches Menschenbild und Pflegeverständnis zugrunde, die für die Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft bestimmend sind.

4.7.4 Unterrichtsentwicklung im Fach Ethik in Baden-Württemberg

Die Defizite im Bereich des Ethikunterrichts an den Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen in Baden-Württemberg veranlassten 1987 einige engagierte Theologen und Schulleitungen, sich im Rahmen eines Arbeitskreises „Ethik in

der Krankenpflegeausbildung“ über konkrete Unterrichtsmöglichkeiten auszutauschen und Unterrichtsmodelle zu entwickeln. Ausdrücklich bemühte man sich darum, sowohl die Kranken- als auch die Kinderkrankenpflege einzubeziehen und Theologen und Pflegelehrkräfte miteinander ins Gespräch zu bringen. Institutionell lag die Verantwortlichkeit bei der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden-Württemberg/Nord, dem Konvent der Krankenhauseelsorge der Evangelischen Landeskirche in Württemberg und der Arbeitsgemeinschaft der Katholischen Krankenhauseelsorge in der Diözese Rottenburg-Stuttgart.

Bei aller Unterschiedlichkeit der Mitglieder hinsichtlich Herkunft und Ausrichtung sah man einen grundlegenden Konsens darin, dass in der pflegerischen Arbeit „wertneutrales Handeln und ethikfreies Tun“ nicht möglich sind, und daher das Lernen und Reflektieren ethischen Handelns als Prozeß sich durch alle Unterrichtsfächer während der gesamten Ausbildungszeit und durch den beruflichen Alltag begleitend durchhalten muß“ (Jehle, 1990). Deshalb sollten nicht nur an den Schulen und Krankenhäusern tätige Pflegelehrkräfte und Seelsorgende, sondern auch Psychologen und Ärzte zu einer fächerübergreifenden Kooperation zusammenfinden, was freilich ein unerreichbarer Wunsch blieb.

1990 legte der Arbeitskreis die Arbeitshilfe *Ethisch handeln lernen an Krankenpflegesschulen* (Hamann, 1990) mit Unterrichtsentwürfen und -materialien zu wichtigen Inhalten des Ethikunterrichts vor. Sie enthält die Konzeption eines „Leben-und-Sterben-Seminars“, bei dem über zwei oder drei Tage das Thema „Sterben und Tod“ erfahrungsorientiert in offener Form unter Leitung einer Pflegelehrkraft und eines Seelsorgers sowie unter Einbindung weiterer Experten mit den Schülerinnen erarbeitet wird. Andere Entwürfe widmen sich den Themen „Aufnahme eines Patienten“, „‘Als ich als Kind einmal krank war...‘ – zur eigenen Motivation für den Pflegeberuf und zum Verständnis von Gesundheit und Kranksein!“, „Einführung in die Krankenhaus-Seelsorge“, „Umgang mit Leiden“ und „Pflege schwerkranker und sterbender Patienten“. Die Themenwahl erscheint tastend und eher punktuell. Auch ist die Perspektive auf das pflegerische Handeln stark von Krankheit und Medizin bestimmt. Pflegewissenschaftliche und im eigentlichen Sinn pflegeethische Reflexion konnten noch nicht geleistet werden. Die Loseblattsammlung fand dennoch an den Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen wie auch bei den unterrichtenden

Seelsorgerinnen und Seelsorgern in ganz Baden-Württemberg große Resonanz. „Sterbeseminare“, wie die entsprechenden Veranstaltungen verkürzt genannt wurden, gehörten bald zum Grundbestand des Unterrichts an den Schulen.

Mit der Arbeitshilfe war ein erster Schritt zu einem profilierten Ethikunterricht gemacht. Die Mitglieder des Arbeitskreises sahen freilich schnell, dass das Themenspektrum erheblich breiter war, als sie es bisher diskutiert hatten. Dabei dachte man vor allem an medizinische Neuerungen wie die Pränataldiagnostik und die Transplantationsmedizin. Andererseits sah man die Notwendigkeit, die Arbeit auf eine personell und institutionell breitere Grundlage zu stellen. So bildete sich 1995 aus dem Arbeitskreis der Koordinierungskreis „Ethik in der Krankenpflege“, mit dem auch Bezüge zum badischen Landesteil geknüpft und unter dem Gesichtspunkt einer umfassenden ethischen Fundierung des Pflegeberufs in seinen verschiedenen Formen der Bereich der Fort- und Weiterbildung einbezogen wurde. Der Koordinierungskreis verstand sich als Plattform für die Diskussion und Erarbeitung der vielfältigen ethischen Aspekte der Kranken- und Kinderkrankenpflege. So wurden fünf Projektgruppen gebildet, die weitere Themen bearbeiteten wie „Einführung in den Ethik-Unterricht an Krankenpflegeschulen“, „Ethik-Tage an Kinderkrankenpflegeschulen“, „Ethische Fragen am Lebensbeginn“, „Im ethischen Problemfeld der Transplantationsmedizin“, „Sucht und Abhängigkeit“. Mit den ersten beiden Themen wurde ein systematischer, stärker fachtheoretisch und fachdidaktisch untermauerter Zugang zur ethischen Fragestellung gewählt. Obwohl nach wie vor die medizinethische Perspektive vorherrschte, war man sich im Klaren, dass in der Ausbildung nicht so sehr die großen ethischen Fragen der Medizin, sondern eine Ethik des alltäglichen Umgangs Pflegenden mit den Patienten und Angehörigen im Vordergrund stehen müsse. Didaktisch maß man den ethischen Aspekten der Pflege eine fächerübergreifende, die Inhalte der Ausbildung durchdringende Bedeutung zu, was letztlich die Einbindung aller Fachlehrkräfte der Schule erforderte.

Die in den Projektgruppen konzipierten Unterrichtsentwürfe wurden 1997 als Handreichung *Ethisch handeln lernen im Krankenhaus – eine Arbeitshilfe für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung* (Koordinierungskreis Ethik in der Krankenpflege, 1997) veröffentlicht. In seinem Vorwort hebt der für die Ausbildung in den Krankenpflegeberufen zuständige Dezernent im baden-württembergischen Sozialministerium besonders auf die vom Grundgesetz verbürgte

Achtung der Menschenwürde ab, die „selbstverständlicher Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses aller im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen“ sei (König, 1997). Dies gelte in besonderer Weise für die Angehörigen der Pflegeberufe, die sich durch einen besonderen ethischen Selbstanspruch auszeichneten. Deshalb gehöre „komplexes ethisches Denken und Handeln“ (König, 1997) zu den grundlegenden Vermittlungsaufgaben der Krankenpflegeausbildung. Einschränkend wird angemerkt, dass die angestrebten Lernziele der Abwägung von Argumenten und der Bildung eines eigenen reflektierten und begründeten Urteils „nicht immer voll erreichbar erscheinen“ (König, 1997), wenngleich den Schülerinnen und Schülern „die Erfahrung vermittelt wird, daß es auf komplizierte ethische Fragen keine einfache Antwort gibt“. Diese skeptische Bemerkung scheint auf teilweise begrenzte Bildungsvoraussetzungen bei den Schülerinnen und Schülern anzuspielen.

Zudem betont der Autor, dass die Handreichung keinen verbindlichen Charakter haben kann und den Schulen im Blick auf den Ethikunterricht Freiräume belassen werden sollen. Damit nimmt er auf den 1996 erfolgten Vorstoß des Koordinierungskreises Bezug, das Sozialministerium möge die inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben des bayerischen Ethik-Lehrplans von 1992 (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1992) für Baden-Württemberg übernehmen. In seiner Antwort an den Koordinierungskreis von 1997 hatte das Sozialministerium zwar die grundsätzliche Bedeutung der ethischen Fragestellung in der Ausbildung hervorgehoben, eine verbindliche Festlegung von Stundenzahl und Inhalten jedoch abgelehnt.

Angestoßen durch die Neuregelung der Ausbildung und die erwartete Veröffentlichung des *Vorläufigen Landeslehrplans* benannte sich der Koordinierungskreis 2004 in Koordinationskreis „Ethisch handeln lernen im Krankenhaus“ um. Eher reserviert standen seine Mitglieder der bevorstehenden Neustrukturierung der Ausbildung nach Themenbereichen oder Modulen gegenüber. Man befürchtete einen Profilverlust für die Ethik und sprach sich deshalb für die Schaffung eines eigenen Themenfeldes „Ethisch handeln lernen“ aus. Angesichts der Fülle ethischer Fragestellungen im Pflegeberuf wurde ein erhöhter Bedarf an Ethik unterrichtenden Seelsorgenden diagnostiziert, deren Einbindung in einen durchgehend integrativen, themenfeldorientierten Unterricht jedoch schwer fallen könnte. Darüber hinaus befasste sich der Kreis auch mit der Frage, ob in die damals in den Krankenhäusern eingerichteten Ethik-

komitees und -arbeitskreise nicht auch Vertreter der Schule einbezogen werden sollten. 2010 erfolgte dann schon im Blick auf die zu erwartende Generalisierung die Umbenennung in Koordinationskreis „Ethische Bildung in der Pflege“. 2017, vor Einrichtung der Bildungsplankommission für den kommenden Religionsunterricht im Rahmen der Generalistik, stellte dieser seine Aktivitäten ein.

In Kooperation mit dem Koordinationskreis initiierte die württembergische Landeskirche zwischen 2006 und 2008 drei Ökumenische Workshops für Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger, die an Krankenpflegeschulen Ethik unterrichteten. Aus den Workshops erwuchs die 2008 veröffentlichte CD-ROM *Ethisch handeln lernen* (Konvent der Krankenhaus- und KurseelsorgerInnen der Evangelischen Landeskirche in Württemberg & Arbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus- und Kurseelsorge in der Diözese Rottenburg-Stuttgart, 2008), die Unterrichtsentwürfe zu verschiedenen Themen und eine pädagogisch-didaktische Konzeption des Ethikunterrichts enthält (Mahler, 2008). Parallel dazu legte 2007 eine im Evangelischen Schulwerk in Württemberg angesiedelte Projektgruppe „Zukunft der Pflegeausbildung“ einen *Vorschlag zur Positionierung des Diakonischen Werks Württemberg zur Zukunft der Pflegeausbildung. Teil A ,Theologische Grundlinien‘* (Projektgruppe Zukunft der Pflegeausbildung, 2007) vor, der Überlegungen zum diakonischen Charakter der dem Schulwerk angehörenden Pflegeschulen auf der Grundlage eines evangelischen Bildungsbegriffs und zur Entwicklung religiös-ethischer Kompetenzen und Themen für die Ausbildung enthält.

4.7.5 Religionsunterricht in der Altenpflegeausbildung

An den baden-württembergischen Altenpflegeschulen stellte sich die Situation Ende der 1980er Jahre grundsätzlich anders dar als an den Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen, weil es neben dem Sozialministerium zugeordneten Berufsfachschulen in kirchlicher oder privater Trägerschaft auch staatliche, dem Kultusministerium zugeordnete Berufsfachschulen innerhalb von beruflichen Schulen des hauswirtschaftlich-pflegerisch-sozialpädagogischen Typs gab und deshalb Kultus- und Sozialministerium bei der Gestaltung der Ausbildung zusammenwirkten. So war es eine Selbstverständlichkeit, dass an den Altenpflegeschulen wie an allen anderen beruflichen Schulen des dualen Systems unter der Fachbezeichnung „Lebens- und Glaubensfragen“ Religionsunterricht mit eigenem Lehrplan (Landesinstitut für Erziehung und Unterricht

Stuttgart, 1989) eingerichtet wurde, den Schulpfarrer oder staatliche Religionsphilologen mit Fakultas in Religionslehre und kirchlicher Lehrbefugnis (*Vocatio*, *Missio canonica*) erteilten.

Das ab 2003 bundesweit geltende *Altenpflegegesetz* hatte die formelle Gleichstellung der Altenpflege mit den Krankenpflegeberufen zum Ergebnis, wobei man das Profil der Altenpflege im Unterschied zur medizinorientierten Kranken- und Kinderkrankenpflege in der sozialpflegerischen Begleitung sah. Mit den Stichworten „Pflegerrelevante Grundlagen der Ethik“ und „Ethische Herausforderungen der Altenpflege“ gab die zugehörige *Altenpflegeausbildungs- und Prüfungsordnung* erstmals ethische Themenbereiche vor, die an allen Schulen bundesweit zu unterrichten waren. Das baden-württembergische Kultusministerium brachte noch im selben Jahr Lehrpläne für Evangelische und Katholische Religionslehre heraus (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2003), die von den Kirchen entwickelt worden waren. Gegliedert sind sie nach den Jahresthemen „Begegnung“, „Unterwegs sein“ und „Verantwortung“, wobei jeweils 40 Jahresstunden zu erteilen waren.

2009 kamen neue Religionslehrpläne für die Berufsfachschule für Altenpflege heraus (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2009a und 2009b). Die erweiterte Fachbezeichnung „Religionslehre/Religionsgeragogik“ sollte angesichts gelegentlich geäußerter Kritik einen engeren Bezug zum Pflegeberuf zum Ausdruck bringen als bisher. Die Lehrpläne sind entsprechend der nun für die Altenpflegeausbildung geltenden Lernfeldkonzeption nach den an eine kompetenzorientierte Didaktik angelehnten Themenkreisen „Menschen begegnen“, „Für die Seele sorgen“, „Glauben leben“, „Sterben annehmen“, „Sterbende begleiten“, „Hoffnung leben“, „Mit ethischen Herausforderungen umgehen“ gegliedert (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2009a und 2009b, jeweils S. 5). Der Schwerpunkt liegt deutlich bei den religiösen Aspekten der Pflege. Einen breiten Raum nimmt das Thema „Sterben und Sterbebegleitung“ ein. Ethische Aspekte treten demgegenüber etwas zurück, auch dies ein Unterschied zum Ethikunterricht in der Krankenpflegeausbildung. Für Lehrkräfte, die an der Berufsfachschule für Altenpflege Religionslehre unterrichteten, boten die religionspädagogischen Institute der württembergischen und der badischen Landeskirche sowie die Diözese Rottenburg-Stuttgart und die Erzdiözese Freiburg Fortbildungen im Rahmen der staatlichen Lehrkräftefortbildung an.

4.7.6 Das Ethik-Forschungsprojekt der Universität Tübingen

Der Koordinationskreis „Ethische Bildung in der Pflege“ stieß 2011 ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zur „Ethisch-interreligiösen Bildung in der Pflege“ an, das das Evangelische und das Katholische Institut für berufsorientierte Religionspädagogik (EIBOR, KIBOR) an den beiden theologischen Fakultäten der Universität Tübingen in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Landeskirche in Württemberg und der Diözese Rottenburg-Stuttgart mit Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung in den Jahren 2011 bis 2014 durchführte. Bei dem Projekt, das im Blick auf die Generalisierung die Kranken- und die Altenpflege einbezog und den Fokus auf interreligiöse Aspekte legte, wurden auf empirischer Grundlage über die Befragung von Schülerinnen und Schülern von Projektgruppen Unterrichtsentwürfe entwickelt und im Unterricht an Kranken- und Altenpflegesschulen erprobt.

Der 2014 vorgelegte Forschungsbericht *Interreligiöse Kompetenz in der Pflege* (Merkt, Schweitzer & Biesinger, 2014) befasst sich erstmals mit dem Begriff interreligiöser Pflegekompetenz sowohl aus religionspädagogischer als auch aus pflegeethischer Perspektive. Der katholische Theologe und Psychologe Heinrich Merkt (2014) bestimmt interreligiöse Pflegekompetenz von den Komponenten Haltung, Wissen, Wahrnehmen und Deuten, Perspektivwechsel, Kommunikation und Handeln her, die in interreligiösen Herausforderungssituationen zum Tragen kommen. Die Pflegewissenschaftlerinnen Annette Riedel und Sonja Lehmeier (Riedel & Lehmeier 2014) sehen interreligiöse Kompetenz als Teil pflegerischer Handlungskompetenz, die sich aus der nicht vollständig standardisierbaren, reflektierten Verschränkung der hermeneutischen Kategorien des Theorieverstehens und des Fallverstehens, von Regelwissen und Falldeutung unter Beachtung der Autonomie und Lebenswelt des Klienten ergibt und in eine pflegeprofessionelle Haltung und damit ins Handeln mündet. Sie tritt nach Auffassung der Autorinnen in Situationen auf, wo sich verschiedene Sichtweisen überschneiden, und erfordert vor allem ethische Reflexionsfähigkeit.

Auch wenn die Verknüpfung der religionspädagogischen und der pflegeethischen Sichtweise noch aussteht, lässt sich aus diesen Überlegungen für die religions- oder ethikunterrichtliche Praxis an den Pflegeschulen und die praktische Ausbildung in den Einsatzbereichen die zentrale Bedeutung der Auseinandersetzung der Auszubildenden mit Theorien, Modellen und Konzepten einerseits sowie Fallbeispielen, Fallgeschichten und Fallstudien andererseits

ableiten. Dieses doppelte Erfordernis, das sich mit dem Begriff der hermeneutischen Kompetenz erfassen lässt, kann durchaus auf die religiöse und ethische Kompetenzentwicklung im Rahmen pflegerischer Handlungskompetenz generell übertragen werden. Nach Auffassung des katholischen Theologen und Religionslehrers Matthias Gronover ist religiöse Kompetenz, die eng mit der Persönlichkeit verbunden ist und nicht allein im beruflichen Handeln aufgeht, „Ausdruck eines reflektierten Verhältnisses zu Gott und dem Anderen“ (2014, S. 47) unter den Aspekten religiös vermittelte Lebens- und Berufspraxis, religiöse Sprache und religiöse Erfahrungen. Bei enger Auslegung lässt sich dieses Verständnis nur schwer auf den Pflegeberuf und die Pflegeausbildung anwenden, da sich die Berufsgruppe entsprechend der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung inzwischen in religiöser Hinsicht (einschließlich religionsloser agnostischer oder atheistischer Positionen) sehr heterogen zusammensetzt. Die wesentliche Aufgabe religiös-ethischer Bildung in der Pflege muss sein, ethische und (inter-)religiöse Kompetenzen durch Ermöglichung von Theorie- und Fallverstehen in konkreten Pflegesituationen zu entwickeln, wobei diese Verstehensprozesse die kritische Beurteilung von Zusammenhängen einschließen. Nur so kann sich bei den Auszubildenden in einem modernen Sinn eine professionelle ethische und in einem weiten Sinn seelsorgende Haltung entwickeln, die sich freilich nach der Ausbildung durch Berufserfahrung und Fort- und Weiterbildung entfalten und konsolidieren muss (Körtner, 2017, S. 111-114).

Die im Rahmen des Projekts auf empirischer Basis entwickelten Unterrichtsentwürfe wurden ebenfalls 2014 unter dem Titel *Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege*“ (Merkt, Schlipf, Schweitzer & Biesinger, 2014) publiziert. Vorgestellt werden die Module „'Gute Pflege' in interreligiösen Zusammenhängen“, „Menschen in der letzten Lebensphase interreligiös sensibel begleiten“, „Die Würde des Alters interreligiös sensibel entdecken und gestalten“, „Der Umgang mit dem Körper – Aspekte einer interreligiös sensiblen Pflege“, „Leid- und Sinnfragen im interreligiösen Horizont wahrnehmen und deuten“, „Menschen mit Demenzerkrankung interreligiös sensibel begleiten“, „Menschenwürde, Fürsorge, Autonomie – interreligiöse Aspekte ethischer Fragestellungen identifizieren und einbringen“, „Coping – Religionen als Resource kennen und verstehen“ sowie „Ethische Fragen zum Beginn des Lebens wahrnehmen und reflektieren“ (Merkt, Schlipf, Schweitzer & Biesinger, 2014, S. 3). Besonders zu würdigen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit

von Theologen und Pflegewissenschaftlerinnen, Religions- und Pflegepädagogen auf der einen, Wissenschaftlern und Schulpraktikerinnen auf der anderen Seite. Vereinzelt Kritik von Pflegelehrkräften richtete sich zum einen darauf, dass aus Sicht einer sich christlich im engeren Sinn verstehenden Pflege das „eigene“, christliche Profil gegenüber der interreligiösen Fragestellung zurückgenommen ist, und zum anderen, dass die Pflegeethik und pflegerische Konzepte wie etwa transkulturelle Pflege oder Spiritual Care kaum berücksichtigt werden.

Das Forschungsprojekt richtete den Fokus vor allem auf muslimische Patienten. Den Komplexitätsgrad, den die Lage der bundesrepublikanischen Gesellschaft wie der Berufsgruppe der Pflegenden inzwischen durch die gegenläufigen Prozesse der Multikulturalisierung wie der fortschreitenden Säkularisierung erreicht hat, religionspädagogisch zu erfassen, steht noch aus. Die kulturell-religiöse Heterogenität unter den Auszubildenden verlangt von einem pflegebezogenen Religionsunterricht „für alle“ eine sehr große Offenheit und Differenzierungsbereitschaft. Zugleich eröffnet er Möglichkeiten, Menschen unterschiedlichster Herkunft und religiöser oder areligiöser Orientierung miteinander ins Gespräch zu bringen, als Vorbereitung auf die Situation, die ihnen im Krankenhaus oder in der Pflegeeinrichtung sowohl im Blick auf die zu Pflegenden als auch die Mitarbeitenden begegnen wird. Diese Entwicklung setzt den Religionsunterricht zugleich unter starken Druck, sein Existenzrecht in der Pflegeausbildung zu rechtfertigen.

4.7.7 Religionsunterricht in der generalistischen Pflegeausbildung

Einen bedeutenden Schritt in die Zukunft brachte die Generalisierung der Pflege, die 2020 auf der Grundlage des *Pflegeberufereformgesetzes* und der zugehörigen *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe* umgesetzt wurde. Die Dreiteilung der Pflegeberufe in die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege wurde allerdings nicht vollständig aufgehoben. Über gesonderte Wege im dritten Ausbildungsdrittel können neben dem Abschluss zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann weiterhin die Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege erworben werden. Eine radikale Generalisierung hatte die Politik angesichts des Widerstands der privaten Altenhilfeträger und Gewerkschaften nicht gewagt.

Die konsequent kompetenzorientierten Rahmenpläne, genauer: der *Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht* in den Pflege- schulen und der *Rahmenausbildungsplan für die praktische Ausbildung*, die

von einer Fachkommission beim Bundesinstitut für Berufsbildung (2019) entwickelt wurden, beziehen sowohl religiöse als auch ethische Aspekte pflegerischen Handelns vielfach ein, wobei der ethischen Fragestellung ein stärkeres Gewicht beigemessen wird als der religiösen. Schon das *Pflegeberufereformgesetz* formuliert ausdrücklich, dass die berufliche Pflege „auf der Grundlage einer professionellen Ethik“ (§ 5 Abs 2) durchzuführen ist. Daran anknüpfend heben die Rahmenpläne die ethische Fundierung des Pflege- und Berufsverständnisses besonders heraus.

So sind in die Curriculumseinheiten des *Rahmenlehrplans* wie in die Kompetenzbeschreibungen des *Rahmenausbildungsplans* durchgehend ethische Aspekte eingebunden. Zielsetzung ist die auf den Beruf bezogene Entwicklung einer ethisch reflektierten, begründeten Position und einer ethischen Grundhaltung durch die Auszubildenden. Für den schulischen Bereich werden im Einzelnen genannt: die Anwendung ethischer Maßstäbe, Prinzipien (wie etwa Würde und Respekt, Autonomie, Fürsorge) und Kodizes, die Reflexion des Verhältnisses berufsethischer und persönlicher ethischer Überzeugungen, der Umgang mit ethischen Konflikt- und Dilemmasituationen und die ethische Entscheidungsfindung angesichts konkurrierender Prinzipien, die Durchführung ethischer Falldiskussionen und die Hospitation in einem Ethikkomitee sowie die Auseinandersetzung mit ethischen Debatten in der Gesellschaft. Für das erste Ausbildungsdrittel wird eine „Einführung in die Ethik“ (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2019, S. 43) vorgegeben.

Entsprechend misst auch der *Rahmenausbildungsplan* dem ethisch reflektierten Handeln Pflegenden als grundlegender Kompetenz eine zentrale Bedeutung bei. Sie zeigt sich darin, dass die Pflegenden in den jeweiligen situativen Kontexten das eigene Handeln auf der Grundlage von berufsethischen Werthaltungen, Prinzipien und Leitlinien reflektieren und begründen, Konflikte und Dilemmata erkennen und unterscheiden und konkurrierende Prinzipien, an prominenter Stelle Autonomie und Fürsorge, abwägen sowie bei der Planung, Umsetzung und Bewertung von Pflegeprozessen ethische Aspekte mit einbeziehen. Als Lernmöglichkeit wird die Teilnahme der Auszubildenden an Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team und an Ethikkomitees empfohlen.

Der *Rahmenlehrplan* thematisiert im Blick auf die religiösen Aspekte einerseits die professionelle Begleitung der zu Pflegenden hinsichtlich spiritueller

bzw. religiöser Bedürfnisse und Sinnfragen (speziell genannt wird die Pflege-diagnose „Beeinträchtigte Religiosität/Sinnfindung“; Bundesinstitut für Berufsbildung, 2019, S. 132,146), andererseits unter dem Aspekt der Kultursensibilität und religiösen Vielfalt Kompetenzen in der Unterstützung von Menschen mit unterschiedlichen religiösen Hintergründen wie Respekt vor religiösen Gewohnheiten und Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse und Lebenszusammenhänge im pflegerischen Handeln. Der *Rahmenausbildungsplan* fordert für die praktische Ausbildung, dass die religiösen Bedürfnisse, Gewohnheiten und Lebenszusammenhänge der zu Pflegenden in den Lernprozess einbezogen werden.

Insgesamt heben die Rahmenpläne erstmals in der Geschichte der Pflegeausbildungen auf eine professionelle, fachwissenschaftlich wie pädagogisch fundierte ethische und religiöse Bildung und Ausbildung der Lernenden ab, die an den aktuellen Diskurs in Pflegewissenschaft, Theologie und Philosophie unmittelbar anschließt. Besonders zu nennen sind Konzepte pflegebezogener Prinzipien-, Berufs- und Organisationsethik, seelsorgerlicher und spiritueller Begleitung sowie religionssensibler und interreligiöser Pflege. Für einen pflegebezogenen Religions- bzw. Ethikunterricht stellen sie eine hervorragende Grundlage dar. Außerordentlich bedeutsam ist zudem die erstmalige Einbindung der praktischen Ausbildung.

Wegen ihrer Elaboriertheit wurden die Rahmenpläne in den Bundesländern (auch in Baden-Württemberg) nicht, wie es sonst im berufsbildenden Bereich üblich ist, in eigene Landeslehrpläne übersetzt, sondern in identischer Form oder nur mit marginalen Änderungen übernommen (Ministerium für Soziales und Integration & Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020). Da die Pflegeschulen gemäß *Pflegeberufereformgesetz* als Berufsfachschulen für Pflege ins reguläre Berufsbildungssystem eingegliedert und damit die absurde Zweiteilung in Schulen nach dem Schulgesetz und Schulen besonderer Art endgültig aufgehoben wurde, stellte sich die Frage, wie die an beruflichen Schulen üblichen allgemeinbildenden Fächer, neben Religionslehre auch Deutsch, in manchen Bundesländern auch Sozialkunde, in die theoretische Ausbildung integriert werden sollen (Mahler, 2018). Baden-Württemberg entschied sich nach einem komplexen Diskussionsprozess dann doch wieder für eine Zweiteilung. An den staatlichen Pflegeschulen, durchweg ehemalige Altenpflegeschulen, werden Deutsch und Evangelische bzw. Ka-

tholische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen entwickeln (RL-REK) als gesonderte Fächer von entsprechend qualifizierten Lehrkräften unterrichtet, während die privaten Schulen, ehemals Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Altenpflegesschulen kirchlicher oder freier Trägerschaft, entscheiden können, ob sie den jeweiligen Unterricht als Fach ausweisen oder die Inhalte in das Schulcurriculum integrieren. Die RL-REK zuzuordnenden Inhalte sind im Landeslehrplan gekennzeichnet.

Im Unterschied zu Deutsch wurden für RL-REK eigene, bis auf die Einleitung identische konfessionelle Fachlehrpläne entwickelt (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020a und 2020b), die einen Sonderweg beschreiten, der in der Landschaft des beruflichen Schulwesens einzigartig ist. Evangelische und Katholische Religionslehre stehen als Fächer nicht für sich, sondern sind nach den im Landeslehrplan für die Berufsfachschule für Pflege vorgegebenen Curriculumseinheiten strukturiert. Zu erreichende Kompetenzen und Ziele, verbindliche Unterrichtsinhalte und Empfehlungen für den Unterricht sind aus diesen unmittelbar abgeleitet. Diese Struktur von RL-REK ermöglicht sowohl einen auf den curricularen Verlauf an der Schule abgestimmten Fachunterricht als auch die Integration der Inhalte in das Schulcurriculum. Im Unterschied zu Baden-Württemberg entschieden sich die anderen Bundesländer, sofern sie überhaupt allgemeinbildende Fächer ausweisen, unter Verzicht auf Fachlehrpläne ausschließlich für den integrativen Ansatz. Welches der beiden Konzepte tragfähiger ist, wird sich zeigen.

Die Unterschiede zwischen staatlichen und privaten Schulen in Baden-Württemberg sind auf den Widerstand seitens der Krankenpflegesschulen und privaten Altenpflegesschulen sowie des Sozialministeriums gegen die Ausweisung von Fächern zurückzuführen. Großenteils auf Unkenntnis des beruflichen Schulwesens und der rechtlichen wie pädagogischen Stellung des berufsschulischen Religionsunterrichts beruhende Bedenken der Krankenpflegesschulen, es solle Religionsunterricht wie an allgemeinbildenden Schulen erteilt werden, der dazuhin ein Einfallstor für kirchliche Indoktrination darstellte, konnten weitgehend ausgeräumt werden. Reserviert bleibt hingegen der Landesverband Baden-Württemberg im Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS), die Nachfolgeorganisation der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden-Württemberg, der aus Gründen der Professionalisierung der Pflege eine strikte Politik der

Generalisierung verfolgt und sich gemäß Emanzipationsparadigma dezidiert für die Unabhängigkeit des Pflegeberufs von äußeren Einflüssen ausspricht.

5 Bildungspolitischer Zugang: Religionsunterricht in der Berufsschule und in der Pflegeausbildung

Georg Wagensommer und Eva Dubronner

In diesem fünften Teil des Bandes steht der Berufsschulreligionsunterricht in einer zweifachen Weise im Zentrum: In einem ersten Schritt geht es um den Berufsschulreligionsunterricht im Allgemeinen (5.1). Thematisiert werden dessen historische Bezüge im kursorischen Überblick, seine Verortung in der beruflichen Bildungslandschaft und seine rechtlichen Rahmenbedingungen am Beispiel von Baden-Württemberg. Diese exemplarische Befassung hat ihren Grund darin, dass in der Bundesrepublik Deutschland als föderaler Staat Bildungsfragen in der Hoheit der Bundesländer liegen. Gleichwohl setzt die Kultusministerkonferenz Rahmenbedingungen, was wiederum Ausdruck föderaler Struktur ist. Nun hat sich angesichts des Bildungsföderalismus eine Vielzahl unterschiedlicher Formen religiösen Lernens herausgebildet²³ und auch auf diesen Aspekt wird einzugehen sein, bevor in einem zweiten Schritt der Berufsschulreligionsunterricht in der generalistischen Pflegeausbildung thematisiert wird (5.2). In diesem Zusammenhang wird der seit 2020 in Kraft gesetzte Landeslehrplan für die Berufsfachschule Pflege für das Fach Evangelische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen vorgestellt und erläutert.

5.1 Religionsunterricht und berufliche Bildung

5.1.1 Historische Bezüge

Berufsausbildung und religiöse Erziehung sind historisch miteinander verbunden. Diese Verbundenheit ist zweierlei Natur: Einerseits sind berufsbildende und allgemeinbildende Schulen aus kirchlichen Bildungsinstitutionen hervorgegangen. Andererseits sind Religion und Gewerbefleiß von ihren historischen Bezügen her miteinander verbunden und geistesgeschichtlich in der

²³ Bei Grümme finden sich drei Typen, die sich aus der Gemengelage herauskristallisieren und die für den BRU besonders relevant zu sein scheinen (2021, S. 210-212).

christlich-abendländischen Kultur tief verwurzelt. Beispielsweise gilt Arbeit in der Bibel als Teil der guten Schöpfungsordnung und auch die Rabbinen übten zum Broterwerb in den meisten Fällen einen weltlichen Beruf aus. Diese Tradition wirkt weiter: So erscheint die erste Abhandlung über die Buchhaltung in Venedig im Jahre 1494 und sie geht auf den Franziskanermönch, Mathematiker und Lehrer von Leonardo da Vinci, Luca Pacioli, zurück. Er verfasst eine handschriftliche Anleitung zum Vollzug besserer kaufmännischer Rechentechniken; die Idee von Soll und Haben findet sich schriftlich erstmals bei ihm erläutert (Busch, 2003, S. 6). Neben dieser am Merkantilismus ausgerichteten Schrift finden sich auch theologisch fundierte Orientierungen, die beispielhaft eine bestehende Verbindung von Religion und Arbeitswelt zeigen. Hier kann auf das mönchische „ora et labora“, auf Calvins Würdigung des Arbeitsethos als Dienst an der Gemeinschaft (Mayer, 2006, S. 100-101) und ebenso auf die enge Verbindung von Pietismus und Werkätigkeit verwiesen werden.

Eine weitere Verbindung zwischen Berufsausbildung und Religion leitet sich aus dem Dienst am Nächsten im Sinne des Neuen Testaments ab. Institutionalisiert sind die damit verbundenen Tätigkeiten in den katholischen Orden und Diakonissen-Anstalten, die für die damit einhergehende praktische Arbeit Ausbildungen anbieten, was im vorausgegangenen Abschnitt beschrieben wurde. Bis in die Gegenwart hinein ist diese Ausbildungstradition ein wesentliches Element beruflicher Bildung. Neben diesen traditionellen Verbindungen zwischen berufsbildenden Schulen und Christentum gibt es diese auch in struktureller und historischer Perspektive: Hier sind beispielsweise die religiösen Sonntagsschulen des 16. und 17. Jahrhunderts oder die pietistischen Schulgründungen in Halle im frühen 18. Jahrhundert in Halle zu erwähnen, die das Praktische im Lehrplan berücksichtigen. Diese Schulen können als „Vorläufer“ berufsbildender Schulen benannt werden. Gleichwohl sind die genannten religiösen Wurzeln des beruflichen Schulwesens nicht gleichbedeutend mit einer Institutionalisierung von Religionsunterricht im Bereich beruflicher Schulen. So kann bis in das 20. Jahrhundert hinein nicht von einem BRU gesprochen werden und auch die Entwicklung dieses Unterrichts ist alles andere als einheitlich verlaufen (Boschki & Schweitzer, 2018, S. 91). Zum ordentlichen Lehrfach wurden der Religionsunterricht und damit auch der BRU mit der Weimarer Verfassung 1919. Flächendeckend erteilt wurde er indes nicht und in der nationalsozialistischen Phase wurde er in den Jahren nach 1937 wieder zunehmend aus den Schulen gedrängt. Für die Region Baden beispielsweise

beschreiben Thierfelder, Maaß und Haas, dass der BRU an allen Berufs- und Handelsschulen abgeschafft worden sei, was sie als groben Rechtsbruch benennen. Darüber hinaus habe sich die Hälfte aller Pfarrer und Vikare im Militärdienst befunden (Thierfelder u.a., 1996, S. 232-233). Das heißt, eine staatlicherseits mögliche Erteilung des Unterrichts wäre an einem Mangel an Lehrkräften gescheitert. Nach dem staatlichen Zusammenbruch des Nationalsozialismus und im Zuge grundgesetzlicher Regelungen 1949 wurde der BRU institutionalisiert. Seither ist er „ordentliches Lehrfach“. Dieser Terminus bleibt indes ohne genauere Ausführung. „Auf jeden Fall ist dies aber so zu verstehen, dass der RU zum Regelangebot einer Schule gehört, dass der Staat als Schulträger für diesen Unterricht sorgen muss und dass das Fach Religion gegenüber anderen Fächern nicht benachteiligt werden darf“ (Boschki & Schweitzer, 2018, S. 76). Seit der deutschen Vereinigung gilt dies in der Regel auch für die neu hinzugekommenen Bundesländer.

5.1.2 Rechtliche Grundlagen

Eine allgemeine rechtliche Begründung für den Religionsunterricht findet sich im Grundgesetz. Gleichwohl ist dieser Unterricht keine Angelegenheit des Bundes. Das heißt, diesen einzurichten ist Ländersache. Es gibt bundes- (1) und landesverfassungsrechtliche Grundlagen sowie Schulgesetze (2). Sie sind die wesentlichen Rechtsgrundlagen des Religionsunterrichts und werden im Folgenden benannt und erläutert.

(1) Bundesverfassungsrechtliche Grundlagen und deren Geltungsbereich

Das Grundgesetz als oberste Rechtsnorm bietet auch dem BRU seine rechtliche Absicherung. In Artikel 7, 3 GG ist zu lesen: „Der Religionsunterricht ist in den öffentlichen Schulen mit Ausnahme der bekenntnisfreien Schulen ordentliches Lehrfach. Unbeschadet des staatlichen Aufsichtsrechtes wird der Religionsunterricht in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Religionsgemeinschaften erteilt. Kein Lehrer darf gegen seinen Willen verpflichtet werden, Religionsunterricht zu erteilen.“ Damit werden die Weimarer Regelungen in das Grundgesetz der Bundesrepublik aufgenommen. Eingeschränkt ist die Gültigkeit des Artikels durch eine territoriale Ausnahmebestimmung, die sog. Bremer Klausel. Das heißt, nach dem Zweiten Weltkrieg wird in den Ländern, in deren Geltungsgebiet vor ihrer Gründung Religionsunterricht ordentliches Lehrfach ist, dieser als ein solches wiedereingeführt. In Bremen, Berlin und

Brandenburg ist dies nicht der Fall.²⁴ Aus dem Grundgesetz ergibt sich auch, dass der Religionsunterricht unter staatlicher Aufsicht steht. Als ordentliches Lehrfach ist der konfessionsgebundene Religionsunterricht anderen Unterrichtsfächern grundsätzlich gleichgeordnet (Enuschat, 2001, Sp. 1782). In einer Bestimmung vom 25. Februar 1987 führt das Bundesverfassungsgericht den Religionsunterricht ausdrücklich als konfessionell aus.²⁵ Demnach steht es der jeweiligen Religionsgemeinschaft zu, darüber zu entscheiden, ob und in welchem Umfang bekenntnisfremden Jugendlichen eine Teilnahme am Religionsunterricht gestattet wird. Auch ein Religionsunterricht, der sich für Schülerinnen und Schüler eines anderen Bekenntnisses öffnet, bleibt im Sinne des Grundgesetzes konfessionell gebunden, solange der Unterricht dadurch nicht seine Prägung als konfessionell gebundene Veranstaltung verliert (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2002, S. 10).

(2) Landesverfassungsrechtliche Grundlagen und Schulgesetz

Die bundesverfassungsrechtlichen Vorgaben lassen den Bundesländern Spielraum zur Ausgestaltung, was durch Landesverfassungen, Schulgesetze und Verordnungen sowie Richtlinien der betreffenden Länderministerien (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2002, S. 5) geschieht. Exemplarisch kann hier die Verfassung des Landes Baden-Württemberg genannt werden: Artikel 18 der Verfassung benennt den Religionsunterricht als ordentliches Lehrfach, der von Staat und Kirche gemeinsam verantwortet wird. Zur Regelung der Zusammenarbeit von Staat und Religionsgemeinschaften sind darüber hinaus auch Staatskirchenverträge üblich. In Baden-Württemberg wurde ein solcher zwischen dem Land und den beiden evangelischen Landeskirchen am 17. Oktober 2007 unterzeichnet; er trat am 10. April 2008 in Kraft. Dieser Vertrag enthält auch Regelungen zum Religionsunterricht: Artikel 8 behandelt in sechs Absätzen Fragen zum Status dieses Unterrichts, zur Lehrbefähigung und Ausbildung von Lehrkräften, zur Prüfungshoheit, zu den anfallenden Kosten und zur Übernahme von Theologen in den Staatsdienst.

²⁴ Zur Begründung siehe Boschki & Schweitzer, 2018, S. 75-79; Wagensommer, 2020, S. 172-177.

²⁵ Ein alternatives Organisationsmodell gibt es in Hamburg: Auf der Grundlage des GG wird in der Hansestadt ein von der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Norddeutschland verantworteter „Religionsunterricht für alle“ erteilt.

Vor dem Hintergrund der genannten rechtlichen Grundlagen kann dieses Modell des Religionsunterrichts als Kooperationsprojekt von Staat und Religionsgemeinschaft verstanden werden (Dressler, 2013, S. 107). Der Begriff, den das Staatskirchenrecht für solche gemeinsamen Aufgaben prägte, lautet *res mixta* („die vermischte Sache“). Nach deutschem Rechtsverständnis ist dieses Verhältnis mit der Trennung von Staat und Kirche vereinbar. Die hiermit bezeichneten Aufgaben sind sowohl staatliche Angelegenheit als auch Angelegenheit von Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften. Auch der BRU ist eine solche Aufgabe, die der weltanschaulich neutrale Staat nicht von sich aus übernehmen kann. „Vielmehr wird der Staat in seiner Neutralität im Verhältnis zu verschiedenen Religionen gerade entlastet, weil hier nicht der Staat die Inhalte des RU von sich aus vorschreiben soll“ (Boschki & Schweitzer, 2018, S. 76). Deshalb bedarf es für die inhaltliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit den Religionsgemeinschaften. Dieses Zusammenspiel von Bundes- und Landesebene, von Staat und Kirchen lässt sich exemplarisch am Zustandekommen des Bildungsplans für Evangelische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen in der generalistischen Pflegeausbildung in Baden-Württemberg nachvollziehen:

Ausgangspunkt war die Neuordnung der Pflegeberufe, in deren Zuge neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und bundesweit gültige Rahmenlehrpläne für diese Ausbildung erstellt wurden. Diese Phase wurde 2019 abgeschlossen. Gemäß der landeshoheitlichen Zuständigkeit für den Bildungsbereich mussten diese Rahmenpläne anschließend jeweils in Landesbildungspläne umgesetzt werden. Hierzu richteten in Baden-Württemberg die für die Pflegeausbildung zuständigen Ministerien (Kultus- und Sozialministerium) noch 2019 eine Bildungsplankommission ein, die auf der Grundlage der Bundesrahmenpläne die in Baden-Württemberg gültigen Bildungspläne verfasste. Für den Religionsunterricht wurde, seinem „res-mixta“-Charakter entsprechend, eine eigene Bildungsplankommission eingerichtet, die gleichermaßen mit staatlichen Lehrpersonen und mit Vertretern und Vertreterinnen der Kirchen besetzt war. Wegen der Nähe der Fächer gab es eine gemeinsame Kommission, die sowohl den Bildungsplan für katholische als auch für evangelische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen verfasste. Im Folgenden wird auf Inhalt und Ausgestaltung dieser Pläne eingegangen.

5.2 Evangelische Religionslehre sowie religiöse und ethische Kompetenzen in der generalistischen Pflegeausbildung

Kompetenz- und Situationsorientierung sowie Pflegeprozessverantwortung bilden die zentralen didaktisch-pädagogischen Grundsätze der neuen Pflegeausbildung. Diese Grundsätze sind für alle an der Pflegeausbildung beteiligten Kompetenzbereiche²⁶ maßgeblich. Sie gehen aus den bundeseinheitlichen Rahmenlehrplänen und den damit korrespondierenden Landeslehrplänen hervor. Wegweisend sind die Empfehlungen einer die generalistische Pflegeausbildung konstituierenden Fachkommission. Die Festlegung der Kompetenzen und ihre inhaltliche Ausrichtung orientieren sich an der gegenwärtigen gesellschaftlichen Versorgungs- und Betreuungssituation, aber auch an dem neuen Pflege- und Berufsverständnis.²⁷ Für den Religionsunterricht bedeutet das im Besonderen, dass das Subjekt als selbstständig handelnde Person einerseits und auch die eigentliche Handlung bzw. die Pflegesituation andererseits in den Fokus der didaktischen Ausrichtung zum Erwerb von religiösen und ethischen Kompetenzen gestellt werden (siehe Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 2019, S. 5-10).

Um den inhaltsbezogenen Kompetenzen über alle Ausbildungsjahre hinweg gerecht zu werden, bedarf es eines schulinternen Curriculums aller an der Ausbildung beteiligten Lernbereiche. Konkret lässt sich das Curriculum als ein fächerübergreifendes und handlungsleitendes Gesamtgerüst verstehen, das die rechtlichen Vorgaben und didaktischen Empfehlungen der Landeslehrpläne berücksichtigt. Dieses Gesamtkonzept ist für alle am Lernprozess Beteiligten orientierungsgebend und handlungsleitend, auch für den Religionsunterricht in der Pflegeausbildung. Der Stellenwert und die Bedeutung hinsichtlich der Vermittlung religiöser und ethischer Kompetenzen sind im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung in zweifacher Form sichtbar: Zum einen werden im Gesamtbildungsplan für die generalistische Pflegeausbildung religiöse und ethische Themen als Verweise angegeben, zum anderen werden diese Verweise gesondert im Landeslehrplan für den Religionsunterricht expliziert. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend zwei Schwerpunkte in

²⁶ In der neuen Pflegeausbildung wird nicht mehr von Unterrichtsfächern, sondern von Kompetenzbereichen gesprochen.

²⁷ Beschreibung und Erläuterung des Pflege- und Berufsverständnisses, auch aus Sicht eines historischen Wandels, vgl. Mahler (in diesem Band, Kapitel 4).

den Blick genommen: Zunächst wird die Bedeutung des Religionsunterrichts für die generalistische Pflegeausbildung erläutert (5.2.1). Im Mittelpunkt stehen dabei die für den Religionsunterricht ausgewiesenen und bedeutsamen Kompetenzen, die für die Pflegegebenden und Pflegenehmenden eine tragende Rolle spielen und im Pflegeprozess von großer Aktualität sind. Als weiterer Schwerpunkt wird der neue Landeslehrplan für den Religionsunterricht erläutert und dabei aufgezeigt, wie dieser im Kontext der Neuausrichtung der Pflegeausbildung zu deuten bzw. umzusetzen ist (5.2.2).

5.2.1 Bedeutung des Religionsunterrichts für die Pflegeausbildung

Der Religionsunterricht in der Pflegeausbildung wird von Staat und Kirche gleichermaßen verantwortet und ist – wie bei anderen Schularten und Schulformen²⁸ – als ordentliches Lehrfach verfassungsrechtlich gem. Art. 7 Abs. 3 GG und Art. 18 LV Baden-Württemberg geschützt. Das Unterrichtsfach wird im Landeslehrplan für alle drei Ausbildungsjahre mit der Bezeichnung „Evangelische Religionslehre/Religiös-ethische Kompetenzen entwickeln“ (Abkürzung: ERL/REK) ausgewiesen und wird „in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Evangelischen Landeskirche in Baden und der Evangelischen Landeskirche in Württemberg“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Landeslehrplan für die Berufsfachschule, 2020, S. 2) als einstündiges pro Schulwoche ausbildungsintegriertes Fach erteilt. Ausbildungsintegriert bedeutet dabei, dass sich der Religionsunterricht inhaltlich an den anzubahnenden Kompetenzen der Rahmenlehrpläne orientiert und diese auf der Grundlage einer religiös-ethischen Bildung in praxisorientierten pflegerischen Anforderungssituationen konkretisiert.²⁹ Er wendet sich vorerst an Auszubildende mit evangelischer Konfessionszugehörigkeit, kann aber auch von Auszubildenden ohne Religionszugehörigkeit oder mit anderen religiösen Zugehörigkeiten – was die erweiterte ethische Orientierung des Unterrichtsfaches u.a. erklärt – besucht werden. Die religiös-ethische Kompetenzförderung schließt im Besonderen Fragestellungen zu der gesamten Entwicklungsspanne des Menschen in allen Versorgungs- und Betreuungssystemen – von der Geburt bis zum Tod – mit ein, die im Konkreten nicht nur existenzielle Fra-

²⁸ An den nicht öffentlichen Schulen liegt der Religionsunterricht im Ermessen des Schulleiters. In einigen privaten Krankenpflegesschulen wird der Religionsunterricht nicht als solcher ausgewiesen.

²⁹ Die Leistungserhebung für den Religionsunterricht in der Pflegeausbildung anhand einer exemplarischen Unterrichtseinheit wird in Kapitel 6 dieses Buches dargestellt.

gestellungen im Kontext des hohen bis höchsten Lebensalters betreffen, sondern zunehmend auch religiöse und ethische Fragestellungen über alle Lebensalter hinweg thematisiert.

Neben allgemeinethischen und religiösen Fragestellungen, die sich in der Anbahnung ethischer und religiöser Kompetenzen³⁰ konkretisieren, spielen für den Religionsunterricht in der Pflegeausbildung auch interreligiöse und interkulturelle Kompetenzen eine inzwischen unerlässliche Rolle. Die Notwendigkeit der Vermittlung weiterer Kompetenzen lässt sich vor allem mit der gegenwärtigen Versorgungs- und Betreuungssituation begründen. Merkt begründet die Notwendigkeit der Vermittlung interreligiöser und interkultureller Kompetenzen in der Pflege damit, dass Krankenhäuser als Orte interreligiöser Begegnungen zu beschreiben sind. Die beiden Korrelate Krankheit und Pflegebedürftigkeit lassen „nicht selten auch religiöse Bedürfnisse und Gefühle von Pflegenehmenden bedeutsam werden“ (Merkt, 2014, S. 25). Weiter formuliert Merkt, dass gerade „religiös geprägte Verhaltensweisen zu Missverständnissen und Konflikten führen, die professionell Pflegenden, Pflegenehmende und ihre Angehörigen gleichermaßen belasten“ (ebd.). Zu ergänzen ist hier, dass dieses Phänomen nicht nur in Krankenhäusern, sondern längst auch in anderen Versorgungs- und Betreuungsstätten zum Vorschein kommt wie bspw. in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, in Hospizeinrichtungen oder in ambulanten Kontexten.

Der Anspruch des Religionsunterrichts in der Pflegeausbildung sollte demzufolge auch darin liegen, einen Beitrag zur beruflichen Professionalität angehender Pflegefachkräfte zu leisten. Explizit wird dies im Landeslehrplan mit der religiösen Dimension umschrieben, an die sich eine Reihe von Themen und Fragestellungen zu ausgewählten Pflegesituationen anschließen, die nicht nur den Fokus auf die Erschließung des eigenen Lebens legen, sondern auch das eigene berufliche Handeln kritisch hinterfragen (Landeslehrplan für ERL/REK, 2020, S. 2). Der Religionsunterricht trägt somit nicht nur zur eigenen Persönlichkeitsbildung bei, sondern verlangt von den Auszubildenden auch, sich mit anderen religiösen und kulturellen sowie ethischen Deutungs-

³⁰ Den Begriff Kompetenz bzw. Kompetenzen definiert Weinert aus theoretischer Sicht als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (2002, S. 27-28). Im schulischen Kontext untergliedert er den Kompetenzbegriff in „fachliche, fachübergreifende und Handlungskompetenzen“ (2002, S. 28).

mustern auseinanderzusetzen, die es zulassen, bestimmte Haltungen, Einstellungen und Lebensereignisse aus einem anderen Blickwinkel wahrzunehmen.

Dieser pädagogisch-didaktische Zugang soll die ethische Reflexivität über das eigene berufliche Handeln fördern, um in pflegerischen Entscheidungssituationen eine positive und differenzierte Sichtweise einzunehmen. Weiter vermittelt der Religionsunterricht in der Pflegeausbildung religiöse Normen und Werte, die als eine Ressource für die Auszubildenden im pflegerischen Dialog, aber auch zur Überwindung von herausfordernden (Grenz-)Situationen bzw. Krisen in beruflichen Situationen dienen. Der Umgang mit bzw. die Überwindung von Grenzsituationen kann – auf der Grundlage des allgemeinen Kompetenzbegriffs nach Klieme et al. (2003, S. 61) – mit Blick auf Auszubildende in der Pflegeausbildung bzw. auf Pflegegebende folgendermaßen verstanden bzw. im beruflichen Alltag wie folgt überprüft werden: wenn die Auszubildenden

- (1) erlernte Fähigkeiten in berufliches Handeln umsetzen,
- (2) auf erworbenes Wissen zurückgreifen,
- (3) die Kompetenz besitzen, sich neue Wissensinhalte anzueignen,
- (4) situativ angemessene Handlungsentscheidungen treffen bzw. die Kompetenz besitzen, sich neue Wissensinhalte anzueignen und
- (5) bei ihrer beruflichen Handlung verfügbare Fertigkeiten abrufen können (Merkt, 2004, S. 27).

Zusammenfassend lässt sich die Vermittlung religiös-ethischer Kompetenzen als eine übergeordnete Kompetenz verstehen, die die religiöse und ethische Dimension als Schwerpunkt des Religionsunterrichts sieht und diese in den curricularen Einheiten (CE) sichtbar werden lässt. Dabei muss der Religionsunterricht die gesellschaftlichen Signaturen – gemeint sind die gesellschaftlichen Gegebenheiten im beruflichen Pflegealltag – berücksichtigen, die sich darin zeigen, dass alle am Pflegeprozess Beteiligten unterschiedliche religiöse und kulturelle Prägungen und Zugehörigkeiten haben, die in unterschiedlichen Dimensionen zum Vorschein kommen können. Das Curriculum berücksichtigt folglich Kompetenzen, die sich an der Lebens- und Berufswelt Jugendlicher bzw. Auszubildender in der Pflege orientieren. Es fördert so die eigene Persönlichkeits- und Identitätsbildung und trägt gleichzeitig zu einem gelingenden Dialog und einer positiven Begegnung im Kontext einer zunehmend interkulturellen und interreligiösen Gesellschaft bei (EKD, 2018).

5.2.2 Struktur und Umgang mit dem neuen Bildungsplan für ERL/REK

Die religiösen und ethischen Inhalte lassen sich in der neuen generalistischen Pflegeausbildung (Stand 2020) als integraler Bestandteil des pflegebezogenen Ethik- und Religionsunterrichtes verstehen. Die Rechtsgrundlage für die Formulierung und Anbahnung der situations- und prozessorientierten Kompetenzen bilden die Lehrpläne für die drei Ausbildungsdritteln (siehe Landeslehrplan für die Berufsfachschule vom 5. August 2020 für das 1. Ausbildungsdrittel mit Wirkung vom 1. Januar 2020, für das 2. Ausbildungsdrittel am 1. Januar 2021 und für das 3. Ausbildungsdrittel am 1. Januar 2022 in Kraft). Seine rechtliche Basis hat der Religionsunterricht in der Pflegeausbildung im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und in der Verfassung des Landes Baden-Württemberg. Erteilt wird er „in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Evangelischen Landeskirche in Baden und der Evangelischen Landeskirche in Württemberg“ (Landeslehrplan für die Berufsfachschule für Pflege, 2020, S. 2). Für die Erstellung bzw. Erarbeitung eines Schulcurriculums bedeutet das, dass anhand der religiösen und ethischen Verweise in den Rahmenlehrplänen seine Bedeutung und sein Beitrag zur Kompetenzförderung in allen drei Ausbildungsdritteln sichtbar werden. Die bundeseinheitlichen Rahmenlehrpläne geben als Orientierung für die neue Pflegeausbildung eine für alle drei Ausbildungsdritteln festgelegte Struktur vor, die sich in den elf curricularen Einheiten konkretisiert. Auch der Landeslehrplan bzw. Bildungsplan für den Religionsunterricht orientiert sich in allen drei Ausbildungsdritteln an dieser Struktur. Aus den curricularen Einheiten lassen sich jeweils das entsprechende Ausbildungsdrittel bzw. Ausbildungsjahr und ein Zeitrichtwert entnehmen. Anhand der formulierten Situationen bzw. der Handlungsanlässe werden religiöse und ethische Verweise bzw. Dimensionen erkennbar. Aus jeder curricularen Einheit gehen bestimmte Kompetenzformulierungen hervor. Sie werden mit Inhalten bzw. Hinweisen konkretisiert. Zu berücksichtigen ist dabei, dass den Inhalten, die der Anbahnung der Kompetenzen dienen, eine verbindliche Funktion zukommt. Die Hinweise in den curricularen Einheiten können als Erweiterung zu den Inhalten betrachtet werden. Sie können als didaktische Impulse bzw. Empfehlungen bzw. Querverweise für den Religionsunterricht gedeutet werden.

6 Religionsdidaktischer Zugang: BRU, Jugendtheologie, Unterrichtsentwürfe

Georg Wagensommer, Marvin Martin, Eva Dubronner und Oliver Hoops

In diesem sechsten Teil des Bandes geht es in einer zweifachen Weise um religionsdidaktische Zugänge: In einer an der Praxis orientierten theoretischen Perspektive werden zunächst Bedeutung und Herausforderung des Religionsunterrichts im Bereich beruflicher Bildung thematisiert. Dies hebt die Bedarfe an didaktischen Überlegungen ins Bewusstsein (6.1 bis 6.2). Hieraus ergeben sich Überlegungen zum Programm der Jugendtheologie und zum Konzept der Elementarisierung (6.3). Diesen grundsätzlichen Überlegungen folgt eine Auseinandersetzung mit Perspektiven religionspädagogischer Praxis: Es steht der für die Pflegeausbildung und religionspädagogische Praxis leitende Bildungsplan im Zentrum der Betrachtungen. Zum einen wird dieser einer themenbezogenen Analyse unterzogen. Dabei wird nach seinen quantitativen Bezügen zu den Themen Tod und Trauer gefragt (6.4), die auch als zentralthematisch für Pflegeberufe zu nennen sind. Zum anderen werden im Blick auf die hier identifizierten curricularen Einheiten religionsdidaktische Impulse gegeben, die auf den vorangegangenen theoretischen Überlegungen fundieren und Praxis bereichern (6.5 bis 6.6).³¹

6.1 Teilzeitberufsschule

In der Berufsschule treffen Jugendliche aus verschiedenen Kulturen mit unterschiedlichen religiösen Bekenntnissen und Bildungsbiografien ganz unvermeidlich in einer Klasse zusammen. Dies gilt insbesondere für die Teilzeitberufsschule, die zu den Schularten mit den meisten Schülerinnen und Schülern gehört: In Baden-Württemberg wird sie zum Schuljahr 2021/22 von 181.410 Schülerinnen und Schülern besucht. Deutschlandweit entscheiden sich 1.329.823 Schülerinnen und Schüler für diese Schulart (Statistisches Bundes-

³¹ Die Teile 6.1 bis 6.3 stammen von Georg Wagensommer. Teil 6.4 fundiert auf einem Textauszug einer Masterthese von Marvin Martin. Die Teile 6.5 und 6.6 stammen von Eva Dubronner und Oliver Hoops.

amt/Destatis, 2022). Sie eint, dass sie diese Schule parallel zu ihrer Ausbildung im Betrieb besuchen, womit sie zur Teilzeitberufsschule wird. Dieses Modell beruflicher Ausbildung wird als "duales System" bezeichnet. Dual beschreibt in diesem Zusammenhang die Ausbildung an zwei institutionell und rechtlich getrennten Lernorten: dem Betrieb zum einen und der Berufsschule zum anderen. Eine weitere Dimension, die als dual bezeichnet werden kann, bezieht sich auf Bildungsinhalte: neben der Vermittlung fachtheoretischer Kenntnisse gilt es im Rahmen der Berufsausbildung die allgemeine Bildung zu vertiefen und zu erweitern. So werden in der Teilzeitberufsschule die Vermittlung von theoretischem Wissen für den spezifischen Ausbildungsberuf und allgemeinbildende Inhalte berücksichtigt. Jedoch beeinflusst die Ausbildungssituation auch die allgemeinbildenden Inhalte. Dies geschieht schon untermischung durch die Schülerschaft, die sich durch die Ausbildung in einer neuen Lebenssituation wiederfindet, aber auch durch ausdrückliche Erwartungen der Ausbildungsbetriebe. So findet der Berufsbezug der „allgemeinbildenden“ Fächer zunehmend Aufnahme in die fachdidaktische Reflexion.³²

Obwohl die generalistische Pflegeausbildung formal als dreijährige Berufsfachschule organisiert ist, umfasst sie einen großen Anteil berufspraktischer Ausbildung durch verschiedene Praxiseinsätze, die über die gesamte Ausbildungsdauer verteilt sind. Daher ist sie mit der dualen Ausbildung der Teilzeitberufsschulen vergleichbar.

Im Blick auf die generalistische Pflegeausbildung ist es nun der Auftrag des evangelischen Religionsunterrichts, „die religiöse Dimension des Lebens zu erschließen, besonders im Hinblick auf ethische Fragen, die sich im Zusammenhang der Pflegeausbildung stellen“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020, S. 2). In diesem Sinne erfüllt dieser Unterricht einen Beitrag sowohl zur allgemeinen als auch zur beruflichen Bildung, was der fachbezogene Landeslehrplan reflektiert: „Menschen in Pflegeberufen stehen vor zahlreichen Herausforderungen beruflichen Handelns, die eine religiöse oder eine ethische Dimension besitzen“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020, S. 2). Neben dem fachspezifischen Lehrplan verweist auch der Landeslehrplan für die Berufsfachschule in verschiedenen curricularen Einheiten auf die Bedeutung religionssensibler Pflege und von Religion als Ressource (Ministerium für Soziales und Integration/Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020, S. 31, 57,

³² Zum Berufsbezug des Religionsunterrichts siehe Meyer-Blanck, 2018.

58, 59, 60, 68, 69, 74, 75, 121, 127, 168). Folglich werden die Inhalte von Religionslehre bzw. religiöse Kompetenz ausbildungsintegriert unterrichtet.

6.2 Religionsunterricht in der Teilzeitberufsschule

In Pflegeberufen ist Religion ein relevantes Element von Ausbildung und Berufspraxis. Der evangelische Religionsunterricht eröffne dabei einen spezifischen Modus der Weltbegegnung und sei integraler und unverzichtbar Teil von Bildung, so die Bildungsplaner. Er richte sich „... an Schülerinnen und Schüler evangelischer Konfession und ist darüber hinaus offen für alle Schülerinnen und Schüler mit und ohne Religionszugehörigkeit (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020, S. 2). Dieser Hinweis greift die Realität der Lerngruppen des Faches im Kontext der Pflegeausbildung auf, da viele Auszubildende anderen Konfessionen, Religionen und Weltanschauungen angehören. Der Begriff, der diese Lage umschreibt, lautet „Gaststatus“.³³ Im engeren Sinne beschreibt er die Tatsache, dass, wenn selbst jahrgangsübergreifend die Mindestschülerzahl von acht Schülerinnen und Schülern an einer Schule nicht erreicht wird, die Möglichkeit besteht, dass die betroffenen am Religionsunterricht der anderen Konfession teilnehmen. In der Teilzeitberufsschule – und hierzu gehört auch die generalistische Pflegeausbildung – findet in Baden-Württemberg diese Regelung fast durchgehend Anwendung, da Religionsunterricht im Klassenverband erteilt wird (Bischöfliches Ordinariat Rottenburg-Stuttgart & Evangelische Landeskirche in Württemberg, 2020, S. 14). In diesem Sinne wird hier von einem erweiterten Gaststatus gesprochen: die Auszubildenden sind im Klassenverband eingeladen, am Religionsunterricht teilzunehmen. Das heißt, gemeinsames Lernen ist charakteristisch für das Fach. Dessen ungeachtet ist dieser Unterricht ein konfessioneller Religionsunterricht, der seine Konfessionalität aus der Konfession der jeweiligen Lehrperson bezieht. Der entsprechende Bildungsplan, hier jener für Evangelische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen, wird dabei zugrunde gelegt.

Die Klassen im Bereich der Teilzeitberufsschule sind christlich-konfessionell gemischt, oftmals – besonders im Einzugsbereich von Großstädten – multire-

³³ Zur Teilnahme am Religionsunterricht siehe die Verwaltungsvorschrift des Kultusministeriums vom 31. März 1983 (K. u. U. S. 423/1983); geändert K. u. U. S. 365/1986; neu erlassen 12.8.1993; K. u. U. S. 411/1993; vom 21.12.2000 (K. u. U. S. 16/2001).

ligiös zusammengesetzt und viele Jugendliche sind konfessionslos. Die Heterogenität der Lerngruppen geht jedoch weit über religiöse Zugehörigkeiten hinaus. Es scheint, dass die Verschiedenartigkeit und Vielfalt der Klassenzusammensetzung in keiner anderen Schulform so groß ist, wie in der Teilzeitberufsschule. So kann es innerhalb einer Klasse große Unterschiede im Alter, in der persönlichen Reife, in den formalen Schulabschlüssen und in den kognitiven Eingangsvoraussetzungen geben. Der Wandel religiöser Zugehörigkeiten und der Demographie, Migration und Globalisierung, ein Wandel von Kultur und ein Leben mit wachsenden sozialen, kulturellen und regionalen Disparitäten machen sich im BRU deutlich bemerkbar und insbesondere in Pflegeberufen ist die Schülerschaft inhomogen. Zugleich lässt die eingangs genannte Anzahl an Teilzeitberufsschülerinnen und -schülern die mögliche Breitenwirkung des BRU erahnen. Für viele junge Menschen bietet die Berufsschule den oftmals letzten Berührungspunkt mit Religionsunterricht und einem Kontext, in dem religiöse Fragen angesprochen werden können. Für Bernhard Grümme bedeutet das auch, dass die Kirchen heute im BRU noch einen der ganz wenigen Orte haben, wo sie in Kontakt mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen treten können (2021, S. 207). Dies ist hoch zu werten in einer Zeit, die mit Fulbert Steffenski als „Entwichtigung“ des Christentums umschrieben werden kann. Hartmut Rupp hat diesen Begriff im Blick auf die Religionspädagogik jüngst (wieder) aufgegriffen: Er beschreibe einerseits einen Prozess, der einem als Relevanzverlust widerfahre, und andererseits auch ein aktives Handeln, das zu diesem Relevanzverlust beitrage, so Rupp (2021, S. 249). Folge man Steffensky, sei das Christentum hierzulande nicht mehr in der Lage, „...die alten großen ‚Bilder und Geschichten‘ festzuhalten und auf ‚die gegenwärtigen Leiden, Wünsche, Befürchtungen, Hoffnungen‘ einzugehen“ (Rupp, 2021, S. 249). Hierfür habe das Christentum sein Monopol auf Interpretation von Welt und Wirklichkeit verloren, so Reinhold Boschki (2016, S. 78). Um an den Traditionen festzuhalten, bedarf es Mut, und Steffensky ermutigt dazu, diese alten Lieder, Bilder und Erzählungen als Schätze zu zeigen, die man liebe. Angesichts biografischer Prägung in der modernen Lebenswelt und der zitierten Heterogenität mag diese Position insbesondere für Religionslehrkräfte in der Teilzeitberufsschule herausfordernd sein. Eventuell verzichten sie auch selbst mehr und mehr auf konfessionelle und religiöse Profilierungen – aufgrund multireligiöser Klassen oder weil sie diese schlicht selbst nicht mehr für plausibel halten oder weil sie im Kontext beruflicher Bildung, die sich instrumentell,

zweck- und nutzenorientiert gibt, zusätzlich legitimatorischen Druck erfahren (Schlag & Schweitzer, 2012, S. 16; Wagensommer, 2020, S. 200). Im Unterschied zu den meisten Ausbildungsberufen entfällt bei der Pflegeausbildung jedoch zumindest der oftmals wahrgenommene legitimatorische Zwang, dem der BRU unterliegt, da die Bedeutung von Religion für die Pflegeausbildung als relevant gesehen wird. Der Bildungsplan hebt diese eigens hervor (s.o.).

Bildungspläne helfen nun bei der Strukturierung der Unterrichtsthemen und legitimieren Unterricht. Offen ist dabei, wie die Themen, die die Pläne vorgeben, von den Jugendlichen her zu lesen sind. Diese Frage nimmt die Perspektive der Berufsschülerinnen und Berufsschüler ein. Folgt man ihr, kann es möglich werden, den auf den Bildungsplänen beruhenden Unterricht für das Leben und den Glauben junger Menschen bedeutsam werden zu lassen.

6.3 Jugendliche und BRU

Thomas Schlag und Friedrich Schweitzer haben bereits vor mehr als einer Dekade festgestellt, dass Kindheit als Phase und Kinder als Individuen erfreulicherweise eine große Aufmerksamkeit erfahren. Dies gilt sowohl aus gesellschaftlicher als auch aus wissenschaftlicher Sicht. Auch religionspädagogische Arbeiten haben sich verstärkt dieser Lebensphase zugewandt. Damit einher sei aber ein Nachlassen des Interesses an Jugendlichen gegangen. Diese sind jedoch – im Vergleich zu Kindern – weit weniger bereit, spontan auf religiöse oder theologisch gehaltvolle Fragen zu antworten. Zudem stoßen christliche Inhalte oder das „Einspielen christlicher Bild- und Symbolwelten in der (...) schulischen Praxis und bereits der explizite Bezug auf biblische Überlieferungen immer wieder auf bestehende Verstehens- und Akzeptanzschwierigkeiten“ (Schlag & Schweitzer 2011, S. 14). Die religionspädagogische Zurückhaltung im Blick auf Jugendliche und Erfahrungen aus der religionspädagogischen Alltagspraxis werfen nun aber grundsätzliche Fragen auf: Wie sollte Theologie, Kirche und religiöse Erziehung mit Jugendlichen umgehen? Welchen Wert will man jugendlichen Auffassungen überhaupt zugestehen (Schlag & Schweitzer, 2011, S. 10)?

Berufsorientierte Religionspädagogik wendet sich seit den 2010er Jahren in verstärktem Maße diesen und ähnlichen Fragen zu. Dies hängt zusammen mit der Gründung der Institute für berufsorientierte Religionspädagogik an den Universitäten Tübingen und Bonn in Jahren 2002, 2009 und 2010. Sie legen einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die Erforschung des Religionsunterrichts

in der Berufsschule und in diesem Zusammenhang auch auf jugendtheologische Fragestellungen.

6.3.1 Jugendtheologie: Dimensionen

Theologische Reflexionen sind oftmals weit weg von lebensspezifischen Voraussetzungen von Jugendlichen im Allgemeinen und Auszubildenden im Speziellen. Es bedarf deshalb altersspezifischer Konkretisierungen und den achtsamen Blick auf Lebenswelten und Lebenslagen. Vor diesem Hintergrund sind theologische Deutungen, Suchbewegungen, Fragen und auch Kritiken Jugendlicher zu verstehen, wahr- und ernst zu nehmen. Geschehe dies, so Reiß, könnten diese im Anschluss auch ergänzt, differenziert und flexibilisiert werden (2015, Abs. 1). Eine Aufgabe besteht also darin, sich mit jugendlicher Glaubenspraxis reflexiv auseinanderzusetzen. Aber auch auf Seiten der Jugendlichen sind Kompetenzen gefordert. Schlag und Schweitzer nennen hier die Kompetenzbereiche Wahrnehmung und Darstellung, Deutung, Urteil, Dialog, Gestaltung und Handlung (2011, S. 138; 2012, S. 16).

Jugendtheologie geht es darum, theologische Sichtweisen und Ausdrucksformen Jugendlicher verstärkt wahrzunehmen und in Bildungsprozessen zu berücksichtigen. Sie kann dreifach entfaltet werden: Es geht um Theologie *der*, *für* und *mit* Jugendliche/n.

Bei der Theologie *der* Jugendlichen geht es um die von Jugendlichen geäußerten Gedanken, Deutungen und Modelle zu theologischen Fragen und Themen.

Unter Theologie *für* Jugendliche sind Materialien und Medien zu fassen, die Jugendliche anregen, ihre Theologie zu artikulieren, zu konkretisieren und zu differenzieren.

Die Dimension Theologie *mit* Jugendlichen fokussiert den dialogischen Charakter von Jugendtheologie: „Hier geht es darum, dass die Theologie von Jugendlichen mit der Theologie für Jugendliche ins Gespräch gebracht wird“ (Reiß, 2015, Abs. 3.3).

Diese dritte Kategorie kann als zentral benannt werden. Das heißt, im Blick auf ein theologisches Thema sollten die jugendlichen Deutungen wahrgenommen werden, um sie ins Gespräch einzubringen und weiterzuführen. Der Dialogcharakter einer Theologie *der* Jugendlichen mit einer Theologie *für* Jugendliche erhält dabei besondere Bedeutung, denn eine Beschränkung auf letzte führt zu einer reinen Wissensweitergabe. Eine Wendung aufs Subjekt und auf dessen theologische Bedürfnisse bleiben dann aus. Verzichtet man hingegen

auf eine Theologie für Jugendliche, bleibt es beim Austausch eigener Fragen und Gedanken zu einem theologischen Thema.

6.3.2 Jugendtheologie im BRU: Voraussetzungen

Fragt man nach einer BRU-fähigen Jugendtheologie, sind die Spezifika dieses Unterrichts zu berücksichtigen. Zu nennen ist die Situation des Klassenverbandes, die Offenheit für persönliche Positionierungen erschweren kann, ganz im Gegensatz zu den Gesprächen zwischen Tür und Angel, die jeder praxiserfahrenen Religionslehrkraft bekannt sein dürfte. Als weiterer Aspekt ist die Sprache Jugendlicher zu bedenken, so sie aus eher bildungsfernen Elternhäusern kommen. Hier ist der Abstand zu gewohnten theologischen Sprachspielen oder auch zu theoretisch ausdifferenzierten religiösen Fragestellungen weitaus größer als bei Jugendlichen aus allgemeinbildenden Gymnasien. Indes gibt es in beiden Fällen eine abnehmende religiöse Sprachfähigkeit und Vertrautheit mit der jüdisch-christlichen Tradition. Dies kann zu Verunsicherung im Umgang mit Religion und in der Beurteilung religiösen Handelns beitragen. Zwar ist davon auszugehen, dass Religion auch ein Teil jugendlicher Lebenswelt ist. Sowohl die Daten der Studie „Jugend, Glaube, Religion“ (Schweitzer, Wiesner, Bohner u. a., 2018) als auch jene der Jugendstudie Baden-Württemberg 2020 weisen darauf hin (Antes, Gaedicke & Schiffers, 2020). Da Jugendliche sich in nur geringem Maße oder überhaupt nicht durch eine Form institutioneller Gebundenheit erfassen lassen und aufgrund ihrer kontextuellen Prägung, ist bei ihnen jedoch ein hohes Maß an religiöser Pluralisierung auf inter- und intrapersoneller Ebene zu erwarten.³⁴ Das heißt, mit Kümlehn darf davon ausgegangen werden, dass sich die lebensbedeutende Kraft christlicher Tradition Schülerinnen und Schülern keineswegs mehr selbstverständlich erschließt (2015, S. 41). Im Blick auf den BRU kommt aber noch eine andere Kontextualität hinsichtlich lebensweltlicher Zusammenhänge hinzu: Auszubildende bewegen sich in Beruf und Freizeit und nehmen hier unterschiedliche Rollen ein. Eine Theologie mit Jugendlichen sollte auf diese lebensweltlichen Voraussetzungen eingestellt sein. Diese genannten Aspekte sind einige Schritte auf dem Weg zu einer BRU-fähigen Jugendtheologie. Sie ist anspruchsvoll im Blick auf ihre Voraussetzungen und im Blick auf Lerngruppen der Teilzeitberufsschule herausfordernd.

³⁴ Zu den Dimensionen religiöser Pluralisierung siehe bspw. Wagensommer, 2020, S. 148-154.

6.3.3 Jugendtheologie im BRU: Elementarisierung

Schlag und Schweitzer haben die drei Dimensionen von Jugendtheologie („der“, „für“, „mit“) mit dem Elementarisierungsansatz verbunden. Deutlich ist dabei, dass die drei Binnenperspektiven in jeder Elementarisierungsdimension berücksichtigt werden sollten. Im Folgenden wird der Dimension Theologie *der* Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dies geschieht unter Bezug auf O-Töne, die der Studie von Markus Mürle entnommen sind (2021). In seiner Arbeit befasst er sich mit Auffassungen von Gott bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern und seine Erhebungen und Auswertungen geben Einblicke in eine Theologie der Jugendlichen. Diese wird im Blick auf das Modell der Elementarisierung flektiert. Folgt man Schlag und Schweitzer, so sind in diesem Zusammenhang die Elementarisierungsdimensionen „Zugänge“ (1), „Erfahrungen“ (2) und „Strukturen/Wahrheiten“ (3) in besonderem Maße beachtenswert.

(1) Elementare Glaubens-Zugänge

Bei Jugendlichen aus der Teilzeitberufsschule dominieren jene glaubensbezogenen Begrifflichkeiten die alltagssprachliche Kommunikation, die sich auf der Ebene eines Fürwahrhaltens bewegen. Dabei handelt es sich eventuell auch um Suchbewegungen oder kritische Selbstpositionierungen. Folgt man entwicklungspsychologischen Erkenntnissen, wird möglicherweise auch ein zuvor kritikarmer, annehmender Kinderglaube kritisch überprüft, als wenig tragfähig erkannt und nach und nach abgelöst. Diese Entwicklung charakterisiert eindrücklich eine 25jährige auszubildende Altenpflegerin, die an der Mürle-Studie beteiligt war. Sie schreibt: *„Ich bin abgekommen vom kindlichen Bild des all Liebenden Vaters im Himmel von dem man sich ein Bild machen soll. (...) Ich glaube an Gott, oder besser an ein höheres Prinzip, ein Prinzip Wesen (...) es könnte ebenso gut ein riesiges Wesen sein in dessen Petrischale ein Universum entstand“* (Mürle, 2021, S. 238).

Eine 18jährige evangelische Schülerin eines Beruflichen Gymnasiums hingegen formuliert: *„dadurch, dass ich im christlichen Elternhaus aufwuchs und dieser Gedanke, dass es einen Gott gibt, so tief in mir verankert wurde kann ich einfach nicht glauben, dass es keinen Gott gibt. Also muss es einen Gott geben. Doch inwieweit dieser in meinem Leben wirkt und ob überhaupt. An dieser Frage arbeite ich noch“* (Mürle, 2021, S. 212).

Das kritische Hinterfragen schließlich dokumentiert sich in der Aussage einer Winzerin im ersten Lehrjahr: *„Wer an etwas glaubt, sollte dies ab und zu mal hinterfragen. Man muss doch wissen, warum man an etwas glaubt und ob man noch immer an dasselbe glaubt. Es muss wie alles aus einem selbst kommen. Ich vergleiche das gerade mit meiner ewigen Suche nach meiner Lebensrichtung“* (Mürle, 2021, S. 242).

Die Aussagen der Jugendlichen können exemplarisch für religiöse Entwicklung und Fragestellungen im Jugendalter gelesen werden; kritische Positionierungen, reflektierte Orientierungssuche und intensive Sinnfragen sind damit verbunden.

(2) Elementare Glaubens-Erfahrungen

Die Weltsicht Jugendlicher ist zunehmend geprägt durch Rationalität und scheinbar Sicht- und Beweisbares. Aus dem Schulalltag dürfte Religionslehrkräften die Gegenüberstellung von Glauben und Wissenschaft bekannt sein. Bereits eine frühe empirische Erhebung aus dem Jahr 1926 dokumentiert die Wissenschaftsgläubigkeit junger, im Arbeitsleben stehender Menschen sehr eindrücklich. Ein junger Maurer schreibt: *„Was die Pfaffen in der Kirche predigen, daß Gott die Erde geschaffen hat, ist Unsinn. Die Erde war früher einmal vor tausend Jahren ein Feuerball. Durch die Abkühlung entstand eine dicke Kruste, auf der wandeln wir. Darum ist für mich kein Glaube dafür da“* (Dehn, 1926, S. 41). Glauben, so scheint es, „(...) wird als Synonym für ‚Nicht-Wissen‘, sogar als Ausdruck für eine nicht belegbare Behauptung angesehen“ (Schlag & Schweitzer, 2012, S. 19). In der Mürle-Studie findet sich hierzu ein Text einer auszubildenden Industriemechanikerin. Sie formuliert dies in ihren Worten: *„Doch ich glaube lieber an das was ich weiß“* (Mürle, 2021, S. 224).

Eine hohe Wertschätzung naturwissenschaftlicher Erklärungen, deren Abgrenzung von Religion und geringe Bereitschaft, sich religiös zu positionieren, sind Ergebnisse verschiedener Studien berufsorientierter Religionspädagogik. So unternimmt Markus Mürle in seiner Arbeit zu Gottesthematik bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern einen forschungsgeschichtlichen Rückblick zu dem Thema und kommt in einer relecture einschlägiger Veröffentlichungen zu dem Ergebnis, dass beispielsweise Christentum, Religion und Glaube aus der Perspektive von Auszubildenden als „unreife mythologische Gebilde“ (2021, S. 99) bezeichnet werden können. Das Bekenntnis zu einer Religion werde von Jugendlichen dabei als wenig wichtig gewertet (Mürle, 2021, S. 110).

Die Tübinger Studie zur Wertebildung im BRU hat beispielsweise zum Ergebnis, dass sich religiöse Orientierungen im Religionsunterricht dann zeigen, wenn sie durch die Lehrkraft in die Unterrichtsgespräche eingebracht werden. Indes verbleiben die Gespräche auf einer gesellschaftlichen Ebene. Eine persönliche Religiosität dokumentiert sich in keinem der untersuchten Fälle von Religionsunterricht (Wagensommer, 2020, S. 392-393). Eventuell hängt dies auch damit zusammen, dass Auszubildende fürchten, dass eine religiöse Positionierung oder ein Bekenntnis in der Lerngruppe zu Ablehnung oder in gewisser Weise Ausgrenzung führt. Die Aussage eines jungen kaufmännischen Auszubildenden, die Mürle in seiner Studie dokumentiert, weist in diese Richtung: *„Ich frage mich nur warum es dennoch so viele verrückte gibt, die daran glauben“* (2021, S. 249). Und die bereits zitierte auszubildende Winzerin schreibt im Blick auf ihre Sinnsuche: *„Ich mein das nicht religiös. sondern‘ Ich such mich immer noch selbst, wie man so sagt. Wenn ich das öffentlich sagen würde, dann lächte man mich aus“* (Mürle, 2021, S. 242).

Die zitierten Aussagen der Berufsschülerinnen und Berufsschüler weisen darauf hin, dass Wissenschaftsorientierung einerseits und persönliche Zweifel an vermeintlichen Sicherheiten andererseits bedeutsam sind. Für Schlag und Schweitzer sind diese Erfahrungen gar charakteristisch für das Jugendalter: Glaubensfragen seien nicht beantwortbar, Zweifel stellten Sicherheiten in Frage (2012, S. 20). Zugleich aber suchen Jugendliche Orientierung und Halt im Leben und religiöse Suchbewegungen bleiben präsent. Dies zeigt sich in auch in den Daten, die Mürle erhoben und analysiert hat. Beispielsweise erledigt im Falle einer 18jährigen auszubildenden Industriemechanikerin deren Ablehnung des Glaubens an einen Schöpfergott nicht die für sie damit verknüpfte Aufgabe der Bearbeitung und angemessenen Deutung kontingenter Erfahrungen (Mürle, 2021, S. 232). So steht auch der BRU der Teilzeitberufsschule vor der jugendtheologischen Herausforderung, individuellen Zugängen und Erfahrungen Raum zu geben. Über diese hinaus geht es indes auch um Wahrheitsansprüche.

(3) Elementare Strukturen und Wahrheiten

In Zeiten von Pluralisierung und Optionsvielfalt von elementaren Wahrheiten auszugehen ist eine herausfordernde Aufgabe. Wahrheit scheint durch eine Vielzahl von Religionen, Weltanschauungen, Wahrheitsansprüchen anderer und durch eine „gezielte Kurzfristigkeit“ flüssig oder flüchtig geworden zu sein,

so Boschki (2016, S. 74). Aus der Praxis von Religionsunterricht dürfte Lehrkräften eine Vielzahl von Wahrheitsrelativierungen bekannt sein. Nun gehört aber die Frage nach Wahrheit, die sich im Unterricht anhand einzelner Wahrheitsfragen oder eben Wahrheiten konkretisiert, in charakteristischer Weise zum Religionsunterricht (Schweitzer, Haen & Krimmer, 2019, S. 16), bzw. treffe die Frage nach „elementaren Wahrheiten“ im Religionsunterricht geradezu den Nerv eines Unterrichts, der sich von Religionskunde und neutraler Behandlung religiöser Themen unterscheidet (Boschki, 2016, S. 73). Das heißt, Profil und Herausforderung des Religionsunterrichts in der Berufsschule liegen auch darin, biblische Traditionen und Deutungen zum Thema zu machen.

Dass diese an Schülerinnen und Schülern vorbeigehen, weil sie ihre Interessen verfehlen, ist eine oft zitierte Annahme. In einer Interventionsstudie (Wagensommer & Schweitzer, 2018), an der sich 129 Schulklassen und ca. 2500 Schülerinnen und Schülern an Teilzeitberufsschulen in Baden-Württemberg beteiligten, konnte dies jedoch so nicht bestätigt werden: Die Daten der Untersuchung weisen zum einen darauf hin, dass Schülerinteressen für den BRU nicht einfach eine nicht beeinflussbare Vorgabe sind. Interesse kann sehr wohl auch im Unterricht selbst (weiter-) entwickelt werden. Zum anderen sind für die Jugendlichen, die den Religionsunterricht in der Teilzeitberufsschule besuchen, religiös profilierte Themen interessant. Sie wirken zudem über den Unterricht hinaus, das heißt, sie regen außerunterrichtliche Suchbewegung an (Gespräche in Peergroup und Familie, Internetrecherche etc.) (Strohm, Losert & Wagensommer u.a., 2018, S. 140-141; Wagensommer, 2022). Religion, biblische Traditionen und theologische Deutungen von Glaubensfragen können durchaus zum Thema gemacht werden.

Für die Vorbereitung von Unterricht ist es sehr bedeutsam die Lerngruppe, hier: die Auszubildenden im Bereich der generalistischen Pflege, im Blick zu haben. Eine thematisch notwendige Auswahl und Konzentration von Themen sollte von der Reflexion der Lernvoraussetzungen und -möglichkeiten dieser Gruppe geleitet sein. Dies ist auch aufgrund dessen wichtig, dass es immer mehr Inhalt und thematische Fülle gibt, als in einer Einheit bearbeitet werden kann. Die Frage, die leitend sein kann, lautet: Worum geht es inhaltlich und was ist der Kern der Sache? Der Lerngruppe wird eine sachliche Durchdringung dann möglich, wenn bewusst und auch subjektiv gewählt die Fülle des Stoffes auf das Elementare und Wesentliche reduziert, eingeschränkt und das Maß an Komplexität zurückgenommen wird („elementare Strukturen“).

Wenn man sich die thematische Fülle der curricularen Einheiten des Bildungsplans Evangelische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen für die Berufsfachschule für Pflege vor Augen führt, wird klar, dass eine Auswahl unerlässlich ist. Exemplarisch kann die Einheit CE01.2 genannt werden. Sie ist überschrieben mit: „Die Auszubildenden respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen“. Inhaltlich geht es um die „Pluralität religiös-weltanschaulicher Ausdrucksformen und Überzeugungen in der Lerngruppe“ und die Hinweise zur inhaltlichen Befassung lauten: „religiöse Phänomene im Umfeld, z.B. Symbole, Orte, Rituale ...Praxisaufgabe für den Orientierungseinsatz: Pluralität religiös-weltanschaulicher Ausdrucksformen und Überzeugungen am Einsatzort“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020, S. 6). Die exemplarische Befassung mit diesen Themen bedarf nun aber auch des Bezugs auf theologische Deutungen in Geschichte und Gegenwart, das heißt einer Einordnung der theologischen Deutungen durch die Zeit. Hierin erkennen Schlag und Schweitzer eine wesentliche jugendtheologische Aufgabe (2012, S. 21). Es geht dabei auch um konfessionelle Wahrheitsfragen und die Lehrkraft kann stellvertretend Antworten auf die Fragen formulieren, was glaube ich und welche Bedeutung hat mein Bekenntnis für das Zusammenleben mit anderen? Eine dialogische Auseinandersetzung mit religiösen Wahrheiten und ihren Ansprüchen wird so möglich.

Im Sinne einer Deutungs- und Urteilsfähigkeit kommt es bei dem genannten Themenkomplex der Einheit CE01.2 beispielsweise darauf an, Rituale des Fastens im Christentum theologisch zu deuten und unterschiedliche Interpretationen dessen, was darunter verstanden werden kann, zu befragen und mit den Auszubildenden zu besprechen. Im Sinne elementarer Wahrheiten geht es hierbei um Neubesinnung und Suche nach der Nähe zu Gott, was im Blick auf aktuelle Fastenpraxen auch immer wieder neu bedacht und kritisch überprüft werden kann. Hierbei können die Auszubildenden auch für Fundamentalismen und populärreligiöse Trivialitäten sensibilisiert werden. Schlag und Schweitzer machen zudem darauf aufmerksam, dass individuelle und kollektive Glaubensvorstellungen hierbei sowohl zerstörerisches als auch ein freiheitsstiftendes und heilsames Potential beinhalten können, was Jugendlichen zu vermitteln sei (2012, S. 22).

Im Anschluss an diese religionspädagogischen Reflexionen steht der für die religionspädagogische Praxis leitende Bildungsplan im Zentrum der Betrachtungen. Dies ist in zweifacher Weise der Fall: In einem ersten Schritt befragt Martin Marvin diesen Plan nach seinen quantitativen Bezügen zu den Themen Tod und Trauer. In einem zweiten Schritt gehen Eva Dubronner und Oliver Hoops auf die betreffenden curricularen Einheiten ein und stellen didaktische Impulse vor.

6.4 Tod und Trauer als Themen des Landeslehrplans

Im Folgenden werden Ergebnis einer Analyse des Landeslehrplans der ‚Berufsfachschule für Pflege‘ für das Fach „Evangelische Religionslehre sowie religiöse und ethische Kompetenzen‘ vom 5. August 2020“ (Kultusministerium, 2020, S. 1) vorgestellt. Ziel dieser Untersuchung war es herauszufinden, ob und in welchem Umfang die Themen Tod und Trauer Gegenstand des Bildungsplans sind und in welchen curricularen Einheiten ein Bezug zu diesen Themen hergestellt wird. Dabei wird der Bildungsplan auf drei Ebenen untersucht:

(1) *Analyseinstrument*

Die erste Ebene ist die der Begriffe (a), die zweite ist jene der Sachen, die mit den Begriffen verbunden sind (b), und bei der dritten Ebene handelt es sich um jene aus axiomatischer Sicht (c).

(a) Diese Ebene orientiert sich an der Frage, ob die *Begriffe* Tod und Trauer selbst im Bildungsplan verwendet werden und wenn ja, in welchem Umfang dies der Fall ist. Dabei werden auch Begriffe, welche beispielsweise Prozesse oder Handlungen beschreiben und mit den Begriffen Tod und Trauer in Verbindung stehen, berücksichtigt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn vom Überbringen einer Todesnachricht oder dem Trauerprozess die Rede ist.

(b) Zweitens wird der Bildungsplan auf der *Sachebene* analysiert: Es geht um Inhalte, die der Sache nach mit Tod und Trauer in Verbindung stehen. Als Beispiele sind hier Reanimation oder religiöse Hoffnungsbilder zu nennen: Die Reanimation hat zum Ziel, den Tod eines Menschen noch einmal abzuwenden, weshalb es der Sache nach mit Tod in Verbindung steht. Religiöse Hoffnungsbilder können eine Möglichkeit sein, Menschen in ihrer Trauer zu unterstützen, wodurch hier eine Verbindung zum Thema Trauer hergestellt werden kann.

(c) In einem dritten Schritt wird er Plan danach untersucht, inwiefern Begriffe und Themen darin vorkommen, die in ihren *Grundsätzen* und Inhalten Tod und Trauer aufnehmen bzw. beschreiben. Beispielsweise können hier die Begriffe Lebensende und Sterben genannt werden. Beide weisen auf den Tod eines Menschen hin, ohne diesen Begriff direkt aufzunehmen.

(2) Ergebnisse der Analyse

Insgesamt ließen sich im Bildungsplan, ohne die Wiederholungen durch die Aufteilung auf die drei beruflichen Profile im dritten Ausbildungsdrittel eigens zu berücksichtigen, an 90 Stellen Aspekte auf der Begriffs-, Sach- und axiomatischen Ebene feststellen, die mit den Themen Tod und Trauer in Verbindung stehen. Die Untersuchung ergab 27 Nennungen auf der Begriffsebene, 52 Hinweise auf der Sachebene und elf Begriffe auf der axiomatischen Ebene. Zudem wurden 14 Begriffe gefunden, die im weiteren Sinne mit den Themen Tod und Trauer in Zusammenhang stehen. Das heißt: insgesamt gibt es 104 Belege, die im direkten oder weiteren Sinn eine Verbindung zu den Themen Tod und Trauer aufweisen. Sie verteilen sich auf die insgesamt 19 curricularen Einheiten des Bildungsplans.³⁵

Grundsätzlich ist es so, dass sich eine Mehrheit der Einheiten im Bildungsplan direkt oder indirekt mit den Themen Tod und Trauer beschäftigen. Im Vergleich der Ausbildungsjahre ist in den ersten beiden Ausbildungsjahren der Anteil der dementsprechenden Einheiten größer als im letzten Jahr der Ausbildung. Allerdings handelt es sich dabei auch um die doppelte Ausbildungszeit. Zudem beinhalten die ersten beiden Ausbildungsjahre mit elf curricularen Einheiten drei Einheiten mehr als das letzte Jahr. Dieses beinhaltet acht Einheiten. Vergleicht man nun, wie sich die Anteile von relevanten, teilweise und nicht relevanten Bezügen zu den Themen Tod und Trauer in den Einheiten innerhalb der Ausbildungszeiten verhalten, ergibt sich folgendes Ergebnis:

Von den elf curricularen Einheiten der ersten beiden Ausbildungsjahre weisen sechs einen direkten Bezug zu Tod und Trauer auf. Drei Einheiten haben einen weiteren Bezug und die verbliebenen zwei enthalten keine relevanten Bezüge. Dies bedeutet, dass sich 55 Prozent der Einheiten im ersten und

³⁵ Diese Zahl ergibt sich aus dem spiralcurricularen Aufbau des Bildungsplans. In den ersten beiden Ausbildungsdritteln werden alle elf im Rahmenplan vorgesehen curricularen Einheiten (CE) behandelt, von denen die ersten drei einführenden Charakter haben und speziell für das erste Ausbildungshalbjahr vorgesehen sind. Die übrigen acht CE werden im letzten Ausbildungsdrittel erneut vertieft behandelt, wobei ggf. Schwerpunktsetzungen in Richtung Kinder- und Jugendpflege oder Altenpflege vorgenommen werden können.

zweiten Ausbildungsdrittel mit diesen Themen beschäftigen. Immerhin 27 Prozent können im weiteren Sinne einen Bezug zu Tod und Trauer aufweisen. Die weiteren 18 Prozent, also knapp ein Fünftel, haben keinen Bezug zu den Themen. Das dritte Ausbildungsjahr kann insgesamt acht curriculare Einheiten vorweisen. Davon lassen sich in fünf Einheiten passende Begriffe finden und in drei Einheiten ist kein Bezug vorfindbar. Dies bedeutet, dass 62,5 Prozent des Bildungsplans für das dritte Ausbildungsjahr Tod und Trauer thematisieren, während 37,5 Prozent keine Verbindung zu diesen Themen haben. Demnach hat das dritte Ausbildungsdrittel prozentual gesehen mehr Verbindungen zu der Thematik als dies in den ersten beiden Ausbildungsjahren der Fall ist. Unabhängig von der prozentualen Gewichtung zeigt sich indes, dass die Themen Tod und Trauer an vielen Stellen im Bildungsplan verortet werden können und sich dadurch vielfache Bezüge zwischen den einzelnen Einheiten feststellen lassen.

Für den Unterricht bestehen spannende Erkenntnisse sicherlich in der Antwort auf die Frage, in welchen Einheiten sich Begriffe und Bezeichnungen mit sehr deutlichen Bezügen zu den Themen Tod und Trauer finden.

Hier ist zunächst die Einheit CE11 zu nennen: Sie enthält den Schwerpunkt psychiatrische Gesundheitsprobleme und befasst sich im dritten Ausbildungsabschnitt ausdrücklich mit dem Thema Suizid (Kultusministerium, 2020, S. 37). Des Weiteren ist mit insgesamt 13 thematischen Bezügen die Einheit CE08 des ersten Ausbildungsabschnitts zu nennen: Diese beschäftigt sich mit der Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase bzw. mit sterbenden Menschen (Kultusministerium, 2020, S. 25). Die meisten Bezüge finden sich in der parallelen Einheit CE08 aus dem dritten Ausbildungsjahr: hier finden sich 35 (!) Bezüge. Inhaltlich geht es hierbei zwar um ähnliche Themen, wie bei der parallelen Einheit aus dem ersten und zweiten Ausbildungsdrittel, diese werden allerdings um die Themen „Sterbe- und Trauerbegleitung“ ergänzt, wodurch Trauer einen großen Anteil an der Einheit hat. Dadurch lassen sich viele weitere passende Begriffe und Bezüge in dieser Einheit finden (Kultusministerium 2020, S. 27).

Im Gesamten hat die Auswertung des Bildungsplans gezeigt, dass sich die curriculare Einheit 08 hinsichtlich der Themen Tod und Trauer, sowohl für das erste und zweite Ausbildungsdrittel, noch mehr allerdings für das dritte Ausbildungsdrittel anbietet. Zumindest, wenn von der quantitativen Nennung passender Begrifflichkeiten ausgegangen wird. Diese Einheit bietet auf vielfache

Weise thematische Anknüpfungspunkte. Diese werden durch die Vorgabe der zu erreichenden Kompetenzen, Inhalte und Unterrichtsvorschläge ergänzt.

Im Folgenden werden nun religionspädagogische und didaktische Reflexionen in zweifacher Weise vorgenommen, die u.a. diese Ergebnisse qualitativ erläutern: zum einen befassen sich diese Reflexionen mit dem Tod und zum anderen mit dem Leben als Themen des Unterrichts. Die damit verbundenen didaktischen Impulse beziehen sich auf die in der Analyse genannten curricularen Einheiten, nennen und entfalten diese.

6.5 Religionspädagogische Reflexionen und didaktische Impulse I

6.5.1 *Tod als Unterrichtsthema – religionspädagogische Reflexionen*

Eingangs erläutert Wagensommer jugendtheologische Dimensionen und verweist im Besonderen auf deren Bedeutung im Kontext beruflicher Bildungsprozesse. Vor diesem Hintergrund greift der folgende Beitrag diese religions-theologischen Hinweise in Bildungsprozessen auf und überträgt ihre Bedeutung auf den Tod als Unterrichtsthema im Religionsunterricht. Der Tod als solcher wird in zahlreichen Unterrichtswerken³⁶ mit seinen Bezugsthemen Sterben und Trauer verknüpft. In Anbetracht der thematischen Komplexität und der Anknüpfungspunkte zu weiteren Themen werden nachfolgend religionspädagogische und didaktische Empfehlungen für den Tod als Unterrichtsthema formuliert.

Um dem Tod als Unterrichtsthema in seiner ausgewiesenen besonderen Bedeutung im Rahmen der Pflegeausbildung gerecht zu werden, wurden drei Darstellungsschritte gewählt: Zunächst werden in Abschnitt 1 die Gründe für die Themenbereiche aufgeführt, die nicht nur für die Bedeutung des Religionsunterrichts im Allgemeinen, sondern im Besonderen für die generalistische Pflegeausbildung sprechen. In einem zweiten Schritt werden in Abschnitt 2 zentrale Befunde aus empirischen Erhebungen dargestellt, die die Interessenslage für die o. g. Themenschwerpunkte abbilden und Einstellungen, Hal-

³⁶ Alle zugelassenen Schulbücher, Begleitmaterialien und digitale Medien werden dem Begriff „Unterrichtswerke“ zugeordnet.

tungen und Orientierungen Auszubildender sichtbar werden lassen. Diese Befunde werden bei den Empfehlungen religionspädagogischer Überlegungen und den didaktischen Impulsen in Abschnitt 3 berücksichtigt.

(1) Bedeutung der Unterrichtseinheit im Kontext der Pflegeausbildung

Der Religionsunterricht lässt sich mit seinen Themenschwerpunkten als besonderes Unterrichtsfach verstehen. Seine Besonderheit und zugleich seine Bedeutung für die Pflegeausbildung lässt sich in vielerlei Hinsicht aufzeigen, auf die im Speziellen in Bezug auf das Thema Tod eingegangen wird: Zunächst hält der Religionsunterricht für die Schwerpunkte Sterben, Tod und Trauer vielfältige Möglichkeiten an didaktischen Zugängen und Perspektiven bereit. Dies kann beispielsweise – entsprechend der Interessen und Erfahrungen der Auszubildenden – ein biblisch-christlicher oder ein theologischer Zugang sein, aber zugleich auch ein religionspädagogischer oder lebensweltbezogener Zugang. Neben den didaktischen Zugängen bietet der Religionsunterricht auch eine Vielfalt an Perspektiven an, die den Auszubildenden die Chance geben, ihre eigenen und beruflichen Erfahrungen und Erlebnisse, aber auch ihre Gedanken und Gefühle sowie eigene Vorstellungen in das Unterrichtsgeschehen einzubringen. Diese Vielfalt an didaktischen Zugängen und Perspektiven lässt sich zwar als Besonderheit für den Religionsunterricht in der Pflegeausbildung verstehen, gleichzeitig ist diese Vielfalt aber auch mit Herausforderungen für die Religionslehrkräfte verbunden. Der Tod als Unterrichtsthema, aber auch Sterben und Trauer, lassen unvermeidlich persönliche Erlebnisse, Erfahrungen und Gefühle aufbrechen, die bei der Unterrichtsvorbereitung bedacht werden müssen. Die Religionslehrkräfte müssen sich dieser Herausforderungen annehmen, weil diese Themen unweigerlich zum Berufsfeld für Auszubildende in der Pflege dazugehören. Der Religionsunterricht bzw. die Vermittlung religiöser und ethischer Inhalte bzw. Kompetenzen lassen sich in diesem Fall auch als ein Fach verstehen, das den Auszubildenden bei ihren Begegnungen mit sterbenden oder verstorbenen Pflegebedürftigen persönliche und professionelle Erklärungsansätze und Umfangsformen für diese Themen anbietet. Der Religionsunterricht stellt folglich einen besonderen Ort der Begegnung und des Austausches zu fundamentalen und existenziellen Fragestellungen dar. Der Tod als Unterrichtsthema bringt Fragen hervor, die Auszubildende in ihrer beruflichen Rolle berührt, gleichzeitig werden aber auch Fragen zum eigenen und persönlichen Leben gestellt. Das Thema wird demnach von kontroversen und zugleich ambivalenten Fragestellungen

begleitet, die bei der Unterrichtsvorbereitung berücksichtigt werden müssen. Diese Besonderheit des Themas zeigt sich auch im Landeslehrplan für das Unterrichtsfach „Evangelische Religionslehre sowie religiöse und ethische Kompetenzen“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 2020) in den verschiedenen Ausbildungsdritteln. Der Religionsunterricht wird als ausbildungsintegrierter Unterricht verstanden, der anhand berufstypischer Situationen und auf der Grundlage einer religiös-ethischen Bildung seine didaktischen Zugänge wählt. Der Tod als Unterrichtsthema wird gemäß des Landeslehrplans für den Religionsunterricht nicht nur als Konstrukt des hohen bis höchsten Lebensalters verstanden, sondern als ein Thema, das über die gesamte Lebensspanne in allen pflegerischen Versorgungs- und Betreuungssituationen für Auszubildende bedeutsam ist. Die Themen Sterben, Tod und Trauer werden im Landeslehrplan entsprechend der Ausbildungsjahre und des Berufsabschlusses spezifiziert. Zentral für den Religionsunterricht ist dabei, den Auszubildenden ein Orientierungswissen über ihre und andere Religionen im Umgang mit existenziellen Fragestellungen zu vermitteln und sie dazu zu befähigen, nicht nur ihren eigenen Standpunkt, sondern auch andere Perspektiven einzunehmen. Die inhaltliche Tiefe orientiert sich an den Erfahrungswerten und der Festlegung über die berufliche Richtung nach dem zweiten Ausbildungsjahr. Bestimmte Anforderungssituationen und ein eigenes Profil der Kompetenzorientierung gehen folglich aus dem Bildungsplan hervor (Landeslehrplan für den Religionsunterricht, 2020, S. 2-4).

(2) Bedeutung zentraler Befunde für die Unterrichtseinheit

Zentrale empirische Befunde, vorrangig Erkenntnisse aus den Untersuchungen von Markus Mürle, sind für den Religionsunterricht in der Pflegeausbildung von doppelter Bedeutung: Zum einen weisen die Erkenntnisse von Mürle auf religiöse Ansichten, Orientierungen und Einstellungen Jugendlicher bzw. Auszubildender hin und zeigen deren Interesse an bestimmten religiösen Themen. Zum anderen geben sie letztendlich auch bedeutsame didaktische Hinweise auf die sich daraus ableitenden Lehr-Lern-Arrangements.

Neben den Befunden spielen auch die gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen eine zentrale Rolle, die sich in der soziokulturellen Heterogenität Auszubildender konkretisieren. Neben den sozialen und kulturellen Disparitäten unterscheiden sich die Jugendlichen auch – unabhängig von ihrer beruflichen Fachrichtung bzw. Schulart – in Bereichen ihrer religiösen Sozialisation, ihres Leistungs- und Bildungsstands sowie im Lebensalter (Gronover,

2022, S. 24). Insbesondere das Lebensalter, verbunden mit privaten und beruflichen Erfahrungen, beeinflusst bestimmte Glaubens- und Denkrichtungen. Gerade in der Pflegeausbildung reicht das Altersspektrum vom frühen bis zum mittleren Lebensalter (16-45 Jahre). Unabhängig von bestehenden Disparitäten sprechen Jugendliche bzw. Auszubildende bestimmten Themen eine besondere Wertigkeit zu. Mürle listet im Rahmen seiner Untersuchung schulartenübergreifend zentrale Themen auf und leitet daraus bestimmte Tendenzen in der Denk- und Ausdrucksfähigkeit Jugendlicher ab. Insbesondere die Theodizee-Frage spielt in der Lebens- und Berufswelt Jugendlicher – unabhängig von ihrer religiösen Sozialisation und ihrem Alter – eine zentrale Rolle. Auch Themen wie bspw. der Tod, Gottesvorstellungen, Gottes Wirken und die Frage des eigenen Glaubens und des Glaubens der anderen wurden von den Schüler:innen als bedeutsam geäußert (Mürle, 2021, S. 189). Bei der Betrachtung der Theodizee-Thematik zeigen die Antworten der Auszubildenden keine einheitliche Richtung, vielmehr lassen sich die Antworten nach Mürle in vier Kategorien (a-d) einordnen, die in Bezug zu Gottes Wirken stehen und mit dem Thema Leid bzw. Leiderfahrungen assoziiert werden können. Auch die Themen Krankheit, Sterben und Tod werden von den Jugendlichen mit der Theodizee-Thematik in Verbindung gebracht. Die Kategorien werden von Mürle als Tendenzen gedeutet, die im Religionsunterricht als „Lösungsversuche oder Strategien“ (2021, S. 199) oder gar als „Zugänge und Umgangsweisen“ (2021, S. 208) gedeutet werden können.

Die Kategorie „Distanzierungen“ (a) beruht auf persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen aus dem eigenen Umfeld, aber auch aus Wahrnehmungen und Eindrücken, die bei den Jugendlichen zu einer distanzierten Haltung bzw. Kritik und Ablehnung gegenüber Gott führen. In die Kategorie „Ungelöste Fragen und unerfüllte Erwartungen“ (b) ordnet Mürle Situationsbeschreibungen ein, die bei Jugendlichen ungelöste Fragen oder eine gewisse Ratlosigkeit hinterlassen und Gottes Wirken infrage stellen. Bei der Kategorie „göttliche vs. menschliche Verantwortung“ (c) werden für bestimmte Situationen bzw. Leiderfahrungen nicht ausschließlich Gottes Wirken bzw. Handeln als Erklärungsansatz betrachtet, sondern durchaus auch menschliches Zutun zur Verantwortung gezogen. Die Zuordnung und Zuweisung der Verantwortung korrelieren u.a. auch mit dem entsprechenden Lebensalter bzw. der Reife Jugendlicher. Je älter die Jugendlichen sind, desto differenzierter sind die Aussagen der Ju-

gendlichen in Bezug auf die Deutung von Leid und bestimmten Erklärungsansätzen. Die vierte Kategorie wird mit „deterministische Ansätze“ (d) umschrieben und vereinigt Aussagen, die bestimmte Leiderfahrungen zu rechtfertigen versuchen, um dadurch auch das eigene Leid bzw. Situationen, in denen Leid erfahren wurde, abzumildern. Gott wird eine agierende Rolle zugeschrieben, um eigene Leiderfahrungen erträglicher erscheinen zu lassen (Mürle, 2021, S. 199-207).

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich bei Jugendlichen im Hinblick auf das Theodizee-Thema keine einheitlichen Tendenzen erkennen lassen. Die Kategorien weisen einerseits auf das Interesse Jugendlicher hin, gleichzeitig zeigen sie, dass das Alter und die Reife, aber auch Lebenserfahrungen und persönliche Erlebnisse zu bestimmten Deutungs- und Bewertungsmustern geführt haben. Der Bezug zu Gott im Zusammenhang mit dieser Thematik zeigt sich in allen Lebensaltern, wobei die Existenz Gottes, verbunden mit seinem Wirken, in Korrelation zur Lebensphase Jugendlicher aber auch in Korrelation zu ihren Erfahrungswerten im Umgang mit Schicksalen bzw. Verlusterfahrungen steht.

6.5.2 Didaktische Impulse

Im Folgenden werden religionspädagogische und -didaktische Empfehlungen für das Thema Tod formuliert, die bei der Unterrichtsplanung und im Unterrichtsgeschehen miteinbezogen werden sollten. Neben allgemeinen Empfehlungen werden auch konkrete didaktische Zugänge als Einstieg in das Thema mit Verweisen zu Unterrichtsmaterialien gegeben. Je nach Festlegung des didaktischen Schwerpunkts lassen sich weitere Themen mit dem Tod verknüpfen, z. B. Sterben, Trauer, Krankheit, Leid und Schuld. Vorangestellt werden zunächst zwei Tabellen mit Verweisen und Bezügen zum Bildungsplan für den Religionsunterricht in der Pflegeausbildung. Sie sollen aufzeigen, in welchen Curricularen Einheiten (CE) und Ausbildungsjahren das Thema Tod didaktisch entfaltet werden kann. Die beiden Tabellen (Tab. 3 und Tab. 4) stellen den Versuch an, das Thema Tod für die ersten beiden sowie für das dritte Ausbildungsdrittel mit möglichen Bezugsthemen abzubilden. Tabelle 3 berücksichtigt im Rahmen der generalistischen Ausbildung alle Fachrichtungen, Tabelle

4 konkretisiert den Tod mit seinen Bezugsthemen für das dritte Ausbildungsjahr Altenpflege. Die verschiedenen Berufsabschlüsse werden entsprechend mit Abkürzungen³⁷ gekennzeichnet.

Tab. 3: Der Tod als Thema im ersten und zweiten Ausbildungsjahr

CE	Titel der CE	Empfehlungen zu didaktischen Schwerpunkten
07 07.1	Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team „Die Auszubildenden erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren.“ (Landeslehrplan für die Berufsfachschule, 2020, S. 22)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ der Wunsch nach Sterbehilfe in ausweglosen Situationen ▪ Sterben und Tod in Grenzsituationen
08 08.1	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten „Die Auszubildenden begleiten schwerstkranke und sterbende Menschen, respektieren deren spezifische Bedürfnisse auch in religiöser Hinsicht und wirken mit bei der Unterstützung von Angehörigen zur Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer.“ (Landeslehrplan für die Berufsfachschule, 2020, S. 26)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Bedeutung der Endlichkeit im Kontext pflegerischer Situationen ▪ existenziell-seelsorgerische Begleitung bzw. Sterbebegleitung in der Pflege
10 10.1	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern „Die Auszubildenden erheben soziale und biographische Informationen der zu Pflegenden sowie des familiären Umfeldes und identifizieren Ressourcen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung.“ (Landeslehrplan für die Berufsfachschule, 2020, S. 35)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauerprozess, Trauermodelle und der Begriff „Trauer“ bei Kindern und Jugendlichen oder im Kontext von pflegerischen Situationen ▪ Halt und Sicherheit in Grenzsituationen bzw. in bestimmten Lebensphasen

³⁷ Die Abkürzungen A, B und C beziehen sich in Tabelle 4 auf die verschiedenen Berufsabschlüsse im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung. A verweist auf den Berufsabschluss des Pflegefachmanns bzw. der Pflegefachfrau. B steht für den Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Abkürzung C für den Abschluss Altenpflege.

	Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an.“ (Landeslehrplan für die Berufsfachschule, 2020, S. 30)	Überbringung von Todesnachrichten – Hinweise und Strategien
09 09.1 C	Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen „Die Auszubildenden berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen Kontexte sowie die sozialen Lagen und die Entwicklungsphase von alten Menschen“ (Landeslehrplan für die Berufsfachschule, 2020, S. 30).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespräche über die Bedeutung von Endlichkeit bzw. von Tod im Kontext von Sinn- und Lebensfragen

Der Tod als Unterrichtsthema lässt sich in verschiedenen curricularen Einheiten verorten und ist mit den genannten Themenbezügen stark verwoben. Dies verdeutlicht den Stellenwert des Themas in der Pflegeausbildung. Gleichzeitig machen die Bezüge deutlich, dass sich der Tod als Thema aus verschiedenen didaktischen Zugängen thematisieren lässt. Insbesondere in der Pflegeausbildung sind gewisse Erfahrungen und Begegnungen mit dem Tod, allein durch die Berufspraxis der Auszubildenden, gegeben. Vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit des Todes im Umgang mit trauernden Angehörigen, aber auch gleichzeitig im Umgang mit den eigenen beruflichen Erlebnissen und Erfahrungen, muss der Tod in der Pflegeausbildung thematisiert werden und darf keinesfalls tabuisiert bzw. vernachlässigt werden. Die Vielfalt an Erfahrungen und Begegnungen mit diesem Thema zeichnet sich durch ein starkes Interesse und eine Gesprächsbereitschaft Auszubildender aus. Die Bandbreite an Emotionen, die von Ängsten und Sorgen, gleichwohl auch von Unsicherheit und Hoffnung sowie Zuversicht gekennzeichnet sind, verlangen einen Gesprächsrahmen, der den Auszubildenden einen geschlossenen und geschützten Raum sowie Geborgenheit bietet, um sie von möglichen Redehemmnissen zu befreien. Gerade bei diesem Thema ist es empfehlenswert, persönliche Erfahrungen und Begegnungen oder Wissensinhalte mit Bezügen zu anderen Religionen zu verknüpfen, um andere Einstellungen, Vorstellungen oder gar Erklärungsansätze über den Tod wahrzunehmen und über sie nachzudenken. Der Einstieg in das Thema kann über einen lebensweltbezogenen Zugang erfolgen. Das meint in diesem Kontext Bilder, Symbole oder

Aussagen, die der Lebens- bzw. Berufswelt Auszubildender entsprechen. Konkret können das Bilder oder Symbole aus sozialen Netzwerken oder Zitate von Auszubildenden sein, die den Tod thematisieren. Lebensweltbezogene Zugänge bieten eine Möglichkeit, mit Auszubildenden ins Gespräch zu kommen und verschiedene Vorstellungen und Deutungen in der Klasse sichtbar zu machen. Der dialogische Austausch soll den Blick auf andere Vorstellungen und Wahrnehmungen über den Tod weiten und die Auszubildenden in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit, aber auch in ihrer Ausdrucks- und Urteilsfähigkeit im Umgang mit verschiedenen Todesvorstellungen sensibilisieren. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle auch, dass die Vorstellungen über bestimmte Themen bei den Auszubildenden durch die Nutzung bestimmter digitaler Plattformen geprägt sind, die sie nachhaltig in ihrer Glaubens- und Gedankenwelt beeinflussen.

Exemplarisch bieten sich die didaktischen und methodischen Empfehlungen von Stein und Loose an, die verschiedene Todesvorstellungen aus der Gesellschaft für den Unterricht verbildlichen (2017, S.21-35). Didaktisch zu empfehlen sind auch bestimmte Liedtexte³⁸ über den Tod oder ausgewählte Filmausschnitte³⁹, die den Tod in verschiedenen Perspektiven bzw. Blickwinkeln darstellen und mögliche tradierte Vorstellungen Auszubildender ansprechen. Auch das folgende Schülerzitat empfiehlt sich, um mit den Auszubildenden ins Gespräch zu kommen: *„Allerdings glaube ich an eine Höhere Macht, die über uns alle wacht mit ihrem Schutz.“* (Berufsfachschule Altenpflege, 3 J., 23, w, ev.) (zit. n. Mürle, 2021, S. 198).

Unterrichtspraktische Erfahrungen haben gezeigt, dass lebensbezogene Schülerzitate pädagogische und didaktische Möglichkeiten schaffen, um mit Auszubildenden im Allgemeinen ins Gespräch zu kommen, sie aber auch mit Themen im Besonderen zu konfrontieren, für die sie in der Regel keine Erklärungsansätze haben oder gar das Thema aus persönlicher und emotionaler Art vermeiden. Gerade Auszubildende werden in ihrer Familie, in der Öffentlichkeit, in ihrer Arbeitswelt und in ihrem berufsbezogenen Unterricht mit den Themen Sterben, Tod und Trauer konfrontiert. Für die Themenbereiche bedarf

³⁸ Der Tod in der Musik wird bei vielen Interpreten thematisiert, bspw. bei Georg Thurmair „Wir sind nur Gast auf Erden“ (1935). Je nach Weiterarbeit können auch Interpreten wie bspw. Eric Clapton gewählt werden, dessen Titel den Auszubildenden bekannt sind.

³⁹ Der Tod nimmt in der Filmszene unterschiedliche Rollen ein. Die Rolle des Todes sollte zunächst festgelegt werden, bevor die Auswahl des Filmes festgelegt wird. Die Filmsequenz kann aus unterschiedlichen Perspektiven analysiert werden.

es eines Diskurses mit dem pädagogischen und didaktischen Ziel, die Themenbereiche Sterben, Tod und Trauer als Teil des menschlichen Lebens zu sehen, die gleichzeitig auch Bestandteil in den Sozialbeziehungen Auszubildender sind. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, diesen Themenkomplex in die allgemeine Kommunikation und in die Interaktion Auszubildender einzubinden. Die Auszubildenden sollen in ihrem berufsbezogenen Unterricht einen geschützten Raum des Austausches erfahren, der ihnen auch Erklärungs- und Handlungsansätze sowie professionelle Umgangsweisen anbietet. Lebensbezogene Schülerzitate bieten sich grundsätzlich in den inhomogenen Pflegeklassen an, um einen Eindruck in die Gefühls- und Lebenswelt der Lernenden zu erhalten.⁴⁰ Bei der Verwendung von Schülerzitate sind unterschiedliche bzw. abweichende Positionen bzw. Reaktionen der Auszubildenden zu erwarten, auf die hinzuweisen sind:

Ein Teil der Auszubildenden wird annehmen, dass mit dem Tod das menschliche Leben zu Ende gehen wird, der andere Teil wird sich der inhaltlichen Bedeutung des o.g. Zitats anschließen und dem Weiterleben in einer anderen Sphäre durch das Einschreiten einer höheren Macht zustimmen. Gewiss wird sich ein Teil an Auszubildenden einer neutralen Position anschließen und sich mit Vermutungen oder Annahmen zurückhalten. Die unterschiedlichen Positionierungen lassen Unsicherheiten, Ängste, persönliche Erfahrungen und Hoffnungen erwachen. Das Wissen der Auszubildenden resultiert teils aus eigenen Erfahrungen und persönlich Erlebtem, teils aus Berichten über den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer im familiären und sozialen Umfeld, teils beziehen sie es aus Wissensinhalten aus der Schulzeit. Insbesondere der Bezug zur höheren Macht oder die Verbindung zu Gott im Kontext von Sterben und Tod lässt auf eine bestimmte religiöse Sozialisation oder häuslichen Erziehung schließen, die die Vorstellungen und Einstellungen bestimmter Auszubildender beeinflusst und nachhaltig geprägt haben. Diese Auszubildenden haben sich längst mit bestimmten Fragestellungen über den Tod im beruflichen Umfeld oder mit familiären Bezugspersonen beschäftigt. Um dieser Vielfalt an unterschiedlichen Voraussetzungen gerecht zu werden, braucht es Unterrichtssequenzen, die einen gestaltungsfreien Rahmen für einen Austausch

⁴⁰ Eine vielfältige Auswahl an Schülerzitate und didaktischen Empfehlungen bieten die Herausgeber Mattes & Schweitzer in „Tot – und dann?“ (2022) in Teil 2 und Teil 3 an. Die Schülerzitate eignen sich für die Verwendung im Unterricht.

an Erfahrungen und Vorstellungen der Lernenden bieten. Der Unterrichtseinstieg soll nicht nur einen Dialog mit den Auszubildenden ermöglichen, sondern auch den Auszubildenden aufzeigen, dass ihre Aussagen, die eine gewisse Haltung, Einstellung oder gar Denkrichtung erkennen lassen, keinem Bewertungs- bzw. Benotungskatalog oder gar einem Wertesystem unterliegt. Beim Thema Tod, aber auch bei bestimmten Fragestellungen, die mit der Theodizee-Frage oder Jenseitsvorstellungen einhergehen, ist von keinen klar definierten Erkenntnisgrenzen auszugehen. Gerade beim Thema Tod, Sterben und Trauer ergeben sich in der Unterrichtspraxis oftmals bestimmte (Gesprächs-)Dynamiken, deren Verläufe und Resultate nicht immer planbar sind (Hoffmann-Stakelis, 2018, S. 203).

Der Tod als Unterrichtsthema sollte vor allem auch eine seelsorgerische oder eschatologische Komponente aufweisen, um dem Thema auch eine positive Seite, im Sinne von Hoffnung und Zuversicht, zuzusprechen. Der Tod sollte keineswegs als unangenehmes Thema bei den Auszubildenden in Erinnerung zurückbleiben. An dieser Stelle bieten sich auch Berichte von Nahtoderfahrungen an, die aufgrund persönlicher Erlebnisse den Tod anders wahrnehmen und deuten als die Auszubildenden. Empfehlenswert, gerade für unerfahrene Lehrpersonen, sind Kenntnisse über Bewältigungs- und Umgangsstrategien aus der seelsorgerischen Praxis, die insbesondere bei außerplanmäßigen Unterrichtsverläufen zur Anwendung kommen müssen. Diese Strategien nützen nicht nur der Lehrkraft selbst, sondern bieten sich auch für Auszubildende außerhalb des Religionsunterrichts an.

Eine Verbindung zu anderen Religionen bietet sich – vor dem Hintergrund der bestehenden Multireligiosität und Multikulturalität unter den Auszubildenden – im Besonderen an. Den Tod mit anderen religiösen oder atheistischen Themen zu verknüpfen, bringt die Auszubildenden dazu, über ihre eigene religiöse Ansicht nachzudenken und ihren Blickwinkel über andere religiöse oder kulturelle Ansichten zu weiten. Die thematische Auseinandersetzung mit anderen Glaubens- bzw. Denkweisen ermutigt auch, bestimmte Verhaltensweisen zu verstehen.

6.6 Religionspädagogische Reflexionen und didaktische Impulse II

6.6.1 *Thema Leben und andere Krankheiten. Leben bis zum Schluss – Reflexionen*

Nachdem Eva Dubronner sich auf Basis des Bildungsplans mit den Themen „Tod und Sterben“ religionspädagogisch befasst und diese Themen mit religionsdidaktischen Hinweisen versehen hat, soll dies im Folgenden im Blick auf das Thema „Leben“ geschehen.

(1) Einleitung „Leben“ als Thema im REK

Im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung ergibt sich für viele Themen der Religiös-Ethischen-Bildung bzw. Kompetenz ein sehr viel breiteres Spektrum an Anknüpfungsthemen als in den vorherigen Ausbildungsformen. In diesem Beitrag soll ganz bewusst das große Thema „Leben – Von Anfang bis Ende“ aus religionspädagogischer und -didaktischer Perspektive mit dem Bildungsplan verknüpft werden. Im Gegensatz zum vorangegangenen Beitrag von Dubronner zum Thema „Tod“ zeigt sich, dass das „Leben“ im Bildungsplan etwas „versteckter“ vorkommt und zwischen den Zeilen gesucht werden muss. Dabei ist der Fokus zum einen die Frage nach dem Leben im Kontext von Religion, Krankheit und Gesundheit und zum anderen die Frage nach dem Leben in den verschiedenen Lebensphasen, von denen vier exemplarisch mit praktischen Impulsen und didaktischen Hinweisen in den Bildungsplan eingefügt werden sollen. Eine konkrete Unterrichtsplanung bildet den Abschluss dieses Beitrages.

Zunächst soll der Begriff „Leben“ aus der Perspektive der Religionen betrachtet werden (Abschnitt 2). Neben der jüdisch-christlichen und islamischen Rezeption soll auch die besondere Anschauung des Buddhismus in den Blick genommen werden, weil die östlichen Religionen ein eigenes Wirklichkeitsverständnis mitbringen und viele Auszubildene aus dem asiatischen Raum in den Lerngruppen zu finden sind. In einem zweiten Schritt stellt sich die Frage, welche Aspekte zum „Leben“ im Angesicht von (akuter und chronischer) Krankheit und Genesung bzw. Gesundheit zu bedenken sind (Abschnitt 3).

(2) Leben in den (monotheistischen) Religionen

Die Auswahl im folgenden Abschnitt ist grundsätzlich der Praxiserfahrung geschuldet, dass die verbreitetsten Religionen in Deutschland die christlichen

Denominationen, gefolgt vom Islam und dann mit weitem Abstand der Buddhismus als östlicher Vertreter sind. Damit lässt sich also ein breiter kultureller Raum abdecken, der auch viele Menschen miteinschließt, die sich selbst nicht als religiös sehen, aber kulturell von ihnen geprägt oder tangiert sind.

(a) Die jüdisch-christliche Tradition

Im Aufriss des Alten Testaments (AT) und Neuen Testaments (NT) ist zunächst die Grundidee wichtig, dass „Leben“ ein Geschenk ist, das vom Schöpfer Gott gegeben ist (Gen 1+2). Leben ist nicht aus sich selbst heraus und ist nicht menschlich machbar (Seebaß, 1990, S. 520ff.).

Gerade das AT kennt hier mannigfaltige Bilder und Beschreibungen des Schöpfungsaktes (Ps 139,13 / Jer 1,5 / Hi 10,10; vgl. K. Liess, Art. Leben, 2008). Daraus begründet sich dann auch die Beziehung von Gott und Mensch, die sich im Bund und Gebot, Gesetz und Gehorsam, Zuwendung und Abkehr durch das ganze AT hindurch zeigt. Dem Schöpfungsakt verdankt sich aber ebenso die sozial-ethische Seite des Lebens. Ich lebe, inmitten von Leben, das leben will (A. Schweitzer). Das gilt für alle Mitgeschöpfe, aber für den Mitmenschen insbesondere. Daraus leitet sich die gesamte Sozialethik des AT und des NT ab. Mein Nächster ist ebenso von Gott geschaffen wie ich.

Das körperliche Leben ist in einer Idealvorstellung von „Ganzheit und Unversehrtheit, durch Einheit der Leibsphäre“ (Liess, 2008) beschrieben, welche aber immer wieder durch Beschreibung von Begrenztheit, Endlichkeit und Vulnerabilität infrage gestellt bzw. auf die Geschöpflichkeit zurückgeworfen wird (z.B. Hiob). Diese Retrospektive, die in diesem Fall bedeutet, den Tod ausgehend von der Quantität und Qualität des Lebens abzuleiten, finden wir in allen drei abrahamitischen Religionen. Christlicherseits verändert sich die Perspektive im NT insofern, als dass die Nachfolge Christi einen neuen Wert von Lebensqualität (Dautzenberger, 1990, S. 526f.) darstellt, die sich wiederum von Kreuz und Auferstehung her definiert (Paulus) bzw. daraufhin führt (Matthäus bzw. die Synoptiker). Die Ethik Jesu ist damit Lebensinhalt und Haltung und nicht mehr nur Gebotsethik wie im Dekalog. Das Sein in Christo ist wahres Leben und sein Leben ist ein Vorbild für authentisches Leben in einer echten Gottesbeziehung, die sich im ewigen Leben vollenden bzw. ganz erfüllen wird.

(b) Der Islam

Auch im Islam ist das Leben eine Gabe Gottes, die der Mensch im Sinne Gottes ausfüllen soll (Sundermeier, 1990, S. 519f.).

Das Leben des Propheten nimmt eine zentrale Vorbildfunktion für die Ausgestaltung des eigenen Lebens ein, ohne dabei eine Form von Heiligkeit anzunehmen. Mohammed ist „nur“ Prophet, nicht Erlöser, aber seine besondere Beziehung zu Allah ist dann auch eine Autorität für die Lebensgestaltung im Islam und seine empfangenen Weisungen stellen die Grundlage für islamisches Leben dar. Mohammed ist wie eine „leuchtende Lampe“ (Sure 30, 46) und damit ein „Vorbild“, dem nachgeeifert werden soll. Das gilt bis in enge Lebensbezüge hinein, wie bspw. in Waschungen, Ernährung, Ehe und auch in die Namensgebung (Schimmel, 1995, S.80).

Das alles wird jedoch auch von der Idee getragen, nach dem Leben hier ins Paradies einzuziehen. Lebenswandel und Werteordnung laufen stringent auch auf dieses Ziel hin. Dabei sind die „Glaubenspflichten“, die „5 Säulen“, zentrale Pfeiler für ein Allah-gefälliges Leben, die den Tag (5maliges Gebet) und das Jahr (Ramadan) und das Leben (Glaubensbekenntnis, Hadsch, Sozialabgabe) durchziehen, um am Ende die paradiesische Welt, die im Koran mannigfaltig beschrieben wird, zu erreichen (Spuler-Stegemann, 1995, S.30). So ist auch der Islam in seiner Lebensführung grundsätzlich im Vorletzten angesiedelt, jedoch dabei viel grundsätzlicheren „Pflichten“ unterlegen als das situationsethische, nachfolgende Christentum oder das gebotsethische, bundorientierte Judentum. Daraus resultiert eine andere Form von „Respekt“ vor dem Tod, die ich persönlich auch immer wieder im Unterricht mit islamischen Auszubildenden spüre.

(c) Der Buddhismus

Alles Leben ist Leiden. Das ist wohl die Kernidee, die Siddharta Gautama als erster Buddha in die Welt gebracht hat. Damit fußt der Lebenswandel im Buddhismus auf dem Bestreben, alles Leid zu überwinden. Durch die vier edlen Wahrheiten und den Achtfachen Pfad ist eine Handlungsanweisung entstanden, wie das Leid im Ewigen Kreis der Wiedergeburt überwunden werden kann und der einzelne den letzten, absoluten Zustand des „Nicht-Begehrens“ im Nirvana erreichen kann. Das Besondere an der Perspektive der östlichen Religionen (auch des Hinduismus) ist die fast vollständige Unabhängigkeit von der Frage des Todes (Sundermeier, 1990, S.517f.). Das Leben ist nicht von dieser Grenze her definiert, sondern von einem ewigen Sein in einer mehr oder weniger fernen Zukunft. Das macht den Weg dorthin zu einer kreisförmigen Struktur von Werden und Vergehen, die zu füllen ist. Misslingen und Gelingen sind darin aufgehoben, haben aber nicht so eine endgültige Wertigkeit wie in

den Prophetischen Religionen des Westens, in denen der Tod die einmalige Grenze zwischen hier und dort darstellt. Schuld, Sünde und Vergebung sind darin keine Kategorien, sondern nur die Verunreinigung der Seele, die den Menschen an der Materie festhält und negatives Karma bedeutet. Leben ist also ein Prozess der Abkoppelung von allem Weltlichen und Selbstlosigkeit ist ein Teil davon. Darin liegt auch die Begründung für „gutes“ „rechtes“ Handeln als eine Lebensweise, die gerade in der Pflege immer wieder wichtig ist (RPI, 2022).

(3) „Leben“ im Angesicht von Krankheit und Gesundheit

Die Bedrohung des Lebens durch Krankheit ist in der Neuzeit selten so zutage getreten wie durch die Corona-Pandemie. Plötzlich zeigte sich auf unmittelbarste Weise, welchen Wert Krankheit und Gesundheit für das Leben haben und welche Einschränkungen wir zur Erhaltung der Gesundheit zu tragen bereit sein müssen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass eine Bestimmungsgröße für alle Infektionsschutzmaßnahmen der Schutz der Schwächsten darstellte, was mehr als nur eine humanistische Idee ist. Nächstenliebe ist damit auch ein Pfeiler des Gemeinwesens geworden, den immer noch viele Menschen in unserer Gesellschaft für wichtig erachten und der eben auch in der Pflege einen großen Eigenwert hat.

Dem gegenüber steht aber auch die Problematik, dass Krankheit als natürlicher Feind von Leistungsfähigkeit, Ertragssteigerung und guter „Performance“ steht und wir gerade in der Berufswelt „die“ Gesundheit als immanent wichtige Schlüsselkompetenz einfordern, damit Mitarbeitende überhaupt in den „100% Club“ der Leistungsbesten kommen können. Beides soll im Folgenden aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden.

(a) Krankheit als Krise und Chance

Für die Entstehung von Krankheiten lassen sich zwei Wege beschreiben: Entweder unbemerkt, langsam und schleichend oder akut, unmittelbar und schnell. Beide Wege sind je für sich herausfordernd im persönlichen Umgang und pflegerischen Kontext und beide sind grundsätzlich bedrohlich für das Leben. Für die Bewältigung beider Entstehungsverläufe sind die Fragen nach dem Schweregrad, der Therapierbarkeit und möglichen Folgeerscheinungen unerlässlich. Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Resilienz, das Coping und die Ressourcen, die der Erkrankte mitbringt.

Dabei ist sicher eines der größten Missverständnisse unserer modernen Leistungsgesellschaft, dass diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Menschen generell als schlechter, langsamer oder bedürftiger im Sinne auch eines Kostenfaktors für die Gemeinschaft abstempeln und ihn aus der Menge der „vollwertigen“ Mitglieder der Gesellschaft ausschließen. Gerade die Bewältigung von Krankheit ist ein Prozess, der Menschen und ihr Umfeld auf lange Sicht stärker und in unterschiedlicher Hinsicht auch leistungsfähiger macht (siehe Hiob). Diese Erkenntnis und Erfahrung sollte in die anthropologischen Grundfragen nach dem Leben in der generalistischen Pflege Eingang finden. Hier gilt es auch dafür zu werben, dass eine Pflegefachkraft nicht nur „Defizite“ pflegt, sondern sich als eine Ressource zur Bewältigung einer Krise ansieht, die nicht allein das Ziel verfolgt, die „uneingeschränkte Gesundheit“ wiederherzustellen, sondern die für den Heilungsprozess notwendigen Kräfte mobilisiert. Diese Sichtweise ist auch dann notwendig, wenn eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nicht mehr angestrebt werden kann. Leben ist dann in einem neuen Sinn und unter neuen Vorzeichen möglich. Hier ist beispielsweise die Sicht auf Demenz zu betonen, die nicht davon ausgeht, dass Demenz nur mit kognitiven Einschränkungen einhergeht, sondern eine Transformation der Person in eine andere Form von eigenem Erleben und Leben, nach der sich zum Beispiel eine viel größere Empathie für Gefühle, Farben oder Musik zeigt, die eine neue, andere aber nicht unbedingt schlechtere Qualität von Leben abbildet (Stoffers, 2016, S. 269)

Ebenso darf die religiöse Einsicht der Mitgeschöpflichkeit, Nächstenliebe oder auch Zakat hier Eingang finden, die uns als religiöse Menschen mahnt, dem Hiob ein Freund zu sein (auch im Sinne von Hiob 2,13!!!) und mitzugehen und mitzutragen. Manchmal nur ein kurzes Stück, manchmal eine lange Strecke und manchmal auch zum Tod. Denn auch das Sterben ist eben nicht nur das „zu Ende gehende Leben“; es ist „Leben“ im Vollsinn. Bis zum Schluss.

(b) Gesundheit als Illusion des „Perfekten“

Nachdem aufgezeigt wurde, dass Krankheit nicht nur als Defizit zu verstehen ist, muss auch der Gesundheitsbegriff kritisch hinterfragt werden.

Ein gesunder Körper und die Achtung des Lebens sind Grundbedingungen von gesegnetem Leben bzw. vom gottgemäßen Umgang damit, darin sind sich die drei abrahamitischen Religionen einig (Sundermeier, 1990, S. 519). Auch im Buddhismus ist Gesundheit ein wichtiges Gut im Leben und eine zentrale Idee auf dem Weg durch das Leben (Gottmann, 1985, S. 92). Dennoch kennen

alle Religionen auch die Krankheit und das Leiden als Teil des Lebens, dem begegnet werden muss und dem auch mit Gottes Hilfe begegnet werden kann (Ex 15,26).

Gegenwärtig lassen sich hier andere Sichtweisen feststellen. In einer Gesellschaft, in der Bodyhacking, Fitness und gesunde Ernährung eine große Anhängerschaft haben, ist Gesundheit eine Vorstellung, die oftmals nicht nur von der Idee der Abwesenheit von Krankheit geleitet ist, sondern eine ideale Beschreibung des Menschen darstellt, wie dieser zu sein hat, unabhängig von dessen biologischer Grundkonstitution. Es werden über die Medien archetypische Körpermaße und Gesundheitswerte verkündet, die zu erfüllen sind, wenn das Attribut „gesund“ gelten soll. Dabei wird eine fast religiöse Verehrung von Menschen vorgenommen, die so aussehen und das „Soll“ erfüllen (z.B. Pamela Reif). Neben der Tatsache, dass gerade Bildmaterial gerne digital nachbearbeitet wird, wird dieses eindimensionale Bild für viele psychosomatische Erkrankungen bei jungen Mädchen und Jungen verantwortlich gemacht (Hurtz, 2021), die diesem angeblichen Ideal nacheifern. Damit macht diese Illusion von Gesundheit paradoxerweise Menschen krank. Generell wage ich die These, dass es „den“ gesunden Körper, gleich dem David Michelangelos, wohl nicht gibt, da sich in jedem menschlichen Organismus Parameter, genetische Anlagen und Zellveränderungen finden lassen, die eine Abweichung von der Gesundheitsnorm darstellen und sich nur (noch) nicht negativ auswirken, wie auch das Zitat besagt, welches Friedrich Nietzsche zugeschrieben wird: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“ Darüber hinaus ist die psychologische Dimension in dieser Sichtweise in viel zu geringer Weise berücksichtigt. Damit ist Gesundheit wohl tatsächlich bei genauerem Hinsehen nur eine Illusion, die einen Zustand beschreibt, der nur theoretisch perfekt ist, aber in biologischen Prozessen so nicht vorkommen kann, weil das Leben an sich mit seinen Alterungsprozessen immer schon eine ständige Veränderung des Gesundheitsstatus darstellt.

So sollten wir Gesundheit nicht als einen absoluten Wert von „Leben“ setzen, weil dieser Zustand eben doch nur die Abwesenheit von Krankheit beschreibt und der Mensch viel zu komplex ist. Gesundes Leben ist deutlich mehr als nur ein erfüllter BMI oder ein großartiger Körperbau.

Gesundes Leben ist vielleicht genau die Beschreibung von gutem und erfüllendem Umgang mit allen Einschränkungen, Krankheiten und Leiden, die

das Leben mit sich bringt. Gesundes Leben ist dann auch die Akzeptanz des unperfekten, endlichen und begrenzten Geschöpf-Seins.

6.6.2 Didaktische Impulse: „Leben“ – vier Stationen im Bildungsplan

Im Folgenden soll das Leben anhand von vier Lebensstationen im Bildungsplan eingeordnet und mit möglichen Unterrichtsideen unterfüttert werden. Hier geht es nicht um komplette Stundenentwürfe, sondern um Konzepte, Ideen, Anregungen und Bausteine, die das jeweilige Thema aus unterschiedlicher Perspektiven berücksichtigt. Ein ausführlicherer Entwurf wird im letzten Abschnitt vorgestellt.

(1) Kindheit – Krankheit als „Systemsprenger“

Wie die Überschrift andeutet, ist Krankheit im Kindesalter eine Belastung für ein ganzes Familiensystem. Hier ist die Idee über die drei Ausbildungsdrittel der generalistischen Pflege, diesem System nachzugehen und zu schauen, inwiefern die Pflege Teil des Systems ist oder zumindest systemstabilisierend wirken kann. Der Bildungsplan arbeitet hier in allen betroffenen CEs dann auch immer mit einem systemübergreifenden Blick. Im Folgenden sollen einzelne CEs oder auch verbundene CEs mit Ideen für eine Unterrichtsgestaltung dargestellt werden.

CE01: In dieser Ankommensphase kann das Thema „Kindheit“ gut in eine eigene biografische Form im Sinne einer eigenen „Krankheitsgeschichte“ gebracht werden. Den Lebenslauf spezifisch auch mit dieser Frage zu konfrontieren, legt erste Spuren zur Frage des kindlichen Erlebens von Krankheit, Pflege und Klinikaufenthalt. Hier sind sehr ambivalente Schüleraussagen möglich (z.B. „Das Krankenhaus war schrecklich, weil das Essen nicht schmeckte.“ Oder: „Das KH war großartig, weil ich den ganzen Tag Fahrstuhl fahren konnte.“).

CE02: In der Frage der Leibkörperlichkeit stecken viele Elemente, die auf die Kindheit zurückweisen. Körperliche und geistige Entwicklung ist ein wichtiger Bereich, der in der Kindheit beginnt. Die Frage der religiösen, ethischen und moralischen Entwicklung ist wichtig für den Umgang mit entsprechenden Herausforderungen bei kranken Kindern. In CE02B kommen m.E. noch die Fragen des pflegerischen Umgangs bei Kindern unter dem Aspekt der Grenzachtung dazu. Hier ist eine Sensibilisierung sehr wichtig, weil dieser Themenbereich schnell in den Fokus von Missbrauchsvorwürfen rückt und bei

Kindern langfristig ernsthafte gesundheitliche Probleme generieren kann. Darüber hinaus ist auch das Familiensystem in dieser Frage sehr sensibel, so dass ein verantwortlicher Umgang mit dieser Frage unabdingbar für professionelle Pflegeprozesse ist.

CE03: Hier eröffnet sich die Chance bei Einsätzen in der Pädiatrie nach der Religiosität von Kindern bzw. ihrer Systeme Ausschau zu halten. Werden Gebete gesprochen? Lieder gesungen? Religiöse Kinderbücher gelesen? Ein „Wahrnehmungsspaziergang“ in der „Blauen Stunde“ (18-20 Uhr) auf der Kinderstation könnte eine Möglichkeit sein.

CE04: Hier bietet der BP schon viele Anknüpfungspunkte zur Frage von Familiengesundheit. Auch hier wäre zu prüfen, inwiefern ein Unterschied zwischen dem Erleben von Leiderfahrungen innerhalb des Familiensystems bzw. bei unterschiedlichen Altersklassen besteht. Rollenspiele, Praxisbeispiele und der Austausch mit Erzieherklassen wären spannende Umsetzungsmöglichkeiten.

CE05: Der BP eröffnet den Raum „Seelsorge“ mit Kindern bzw. den Angehörigen. Religions- und kultursensible Kommunikation in Lebens-, Krankheits- und Sterbeprozessen sollten eingeübt und vertieft werden. Leben im System als Kommunikationsraum sollte für Familien eröffnet werden. Hier wäre ein Expertenvortrag aus der Kinderklinikseelsorge sehr wertvoll.

CE06: Akutfragen sind selten monokausal zu lösen. Die Pflege nimmt einen wichtigen Wahrnehmungsbereich in der ethischen Urteilsbildung ein, die neben medizinischen, sozialpädagogischen, ökonomischen, ethischen und religiösen Fragen einen immanent wichtigen Beitrag zur möglichen Lösung leistet. Diesen Blick anhand von Dilemmata zu schulen und verschiedene Blickwinkel einzunehmen, ist eine gute Vorbereitung auf echte ethische Konzile. Konkrete Themen ergeben sich in der Pädiatrie bei Schwangerschaftsabbruch, Lebensverlängerung vs. Leidensverlängerung, Organspende für Kinder und auch bei der Frage von familiensystemischen Problemlagen.

CE07: Hier wird der Kooperationsbereich zum Gesamtfeld Familie eröffnet. Neben klinischen Partnern (Medizin, Verwaltung, Sozialdienst, Seelsorge, Therapie, Beschäftigungsangebote) können hier explizit die außerklinischen Partner benannt werden, wie bspw. die Kirche, Kita, Schule, Sportvereine, Musik usw. Ziel darf es sein, diese Ressourcen mit für Genesungsprozesse zu nutzen und einzuladen. Dafür Wege und Ideen zu entwickeln ist eine große Herausforderung, aber auch ein lohnendes Ziel.

CE08: Sterbeprozesse bei Kindern sind eine besondere Herausforderung, die auch das gesamte System um ein Kind betreffen. Es kann sinnvoll sein, das Gesamtpaket „Sterben und Tod“ in einem eigenen außerschulischen Seminar zu behandeln und hier auch die Prozesse bei den verschiedenen Altersgruppen und ihrer Umgebung miteinzubeziehen. Trauerprozesse bei Kindern und Eltern sind hier ein eigenes Feld. Die Kombination mit einer Erzieherklasse (im letzten Ausbildungsdrittel) kann auch in diesem Themenfeld sehr fruchtbar sein, da die Kita eine weitere Ressource mit ähnlichen Betroffenheiten darstellt.

CE09: Die aktive Gestaltung von Genesungsprozessen und von Leben im Krankheitsstatus ist bei Kindern eine eigene Thematik, die nicht leicht zu lösen ist, auch wenn viele Kinderstationen und -kliniken hier viel Abwechslung und Spielmöglichkeiten bieten. Was ist möglich im Rahmen eines Klinikalltags? Kreativität und Spielfreude werden allzu häufig von Grenzen der Einrichtung abgeschnitten. Die Entwicklung von verschiedenen Formen der Beschäftigung kann eine spannende Werkstattarbeit sein, in der verschiedene Gruppen unterschiedliche Angebote für Kinder entwickeln, die der jeweiligen Krankheits-situation angepasst sind.

CE10 und CE11: Hier ist das Vertiefungspaket für die pädiatrische Schwerpunktsetzung angelegt. Von Frühgeburt bis zu psychischen Problemen bei Kindern wäre hier die Möglichkeit für einen „Crashkurs Kind“, der von der Geburt bis zur Pubertät noch einmal die Spezifika des Kindseins und der Adoleszenz aufnimmt. Eine mögliche Unterrichtsidee könnte lauten: Auf der Basis des Films: „Alles steht Kopf“ (Disney/Pixar 2016) die Entwicklung von Kind zu jungen Erwachsenen nachzeichnen und vertiefen.

(2) Jugendzeit – Krankheit kann nicht sein

Einiges von dem, was im vorherigen Kapitel für die Pflege von Kindern wichtig ist, gilt in gleicher Weise auch für die Pflege bei Jugendlichen, die sich zumeist auch noch in einem Familiensystem bewegen und sich noch in wichtigen Entwicklungsprozessen befinden, vor allem in der Pubertät. Der oben genannte Film kann ebenso eine Brücke sein, wie auch der Unterrichtsentwurf zu „Club der roten Bänder“ (s.u.). Die einzelnen CE werden jetzt nicht noch einmal durchgespielt, sondern ich gebe einige übergreifende Hinweise für m.E. wichtige Themen und Aspekte in der Pflege von Jugendlichen.

Zunächst ist festzustellen, dass manche der Auszubildenden selbst noch in diese Lebensphase gehören, wenngleich die Lerngruppen relativ heterogen in

der Altersstruktur sein können. Hier können Betroffenheiten auftreten, die vorher bedacht sein müssen. Es bietet aber auch die Chance, sehr nahe an der Lebenswelt der Jugendlichen zu arbeiten und Fragen aufzugreifen. (Hier verweise ich auf Beispiele aus der Medienwelt in diesem Kapitel.)

Eine Herausforderung am „System Krankenhaus“ ist für Jugendliche, dass sie keine eigene Gruppe mit eigener Station darstellen. Es ist äußerst selten, dass eine eigene Jugendabteilung vorgesehen ist und aus meiner Arbeit als Klinikseelsorger kann ich bestätigen, dass dies eine echte emotionale Belastung für junge Menschen bedeuten kann, wenn sie sich mit Älteren ein Zimmer teilen müssen oder einfach auf der Kinderstation „geparkt“ werden, wo sie auch nicht richtig aufgehoben sind. Hier ist ein besonderes Problem, auf das die Politik reagieren müsste.

Ebenfalls problematisch sind alle körperlichen Fragen, die in der klinischen Umgebung nicht leichter werden. Die Unzufriedenheit mit den eigenen biologischen Prozessen kann sich nachteilig auf den Pflegeprozess auswirken, ebenso wie Stimmungsschwankungen und paradoxe Emotionen.

Für junge Heranwachsende ist das Thema Krankheit nicht maßgeblich bzw. zentral, außer sie sind durch eine Sportverletzung in ihrer Lebenswelt einschränkt. Daher ist es umso schwieriger, wenn tatsächlich eine schwerere oder lebensbedrohliche Erkrankung auftritt. Hier adäquate Ansprechperson zu sein ist eine herausfordernde Aufgabe (s.u.).

96 Prozent aller Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren sind jeden Tag mindestens einmal in den sozialen Medien unterwegs (Albert, Hurrelmann & Quenzel, 2019). Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass das Internet die wichtigste Kommunikationsplattform für Jugendliche ist. Vor diesem Hintergrund muss diese Situation auch in stationären Einrichtungen im Kontext des Heilungsprozess Jugendlicher Berücksichtigung finden. Problematisch ist allerdings auch die Nutzung des WWW zu Selbstdiagnosezwecken bei Dr. Google. Hier wird in kurzer Zeit gefährliches Halbwissen generiert, welches sachlich und medizinisch fundiert aufgeklärt werden sollte.

Jugendliche stehen heute vielleicht unter einem höheren Leistungsdruck, der gerade über Corona auch zu einer stärkeren Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe geführt hat. Das ist sicher etwas, das längerfristig ein Thema bleiben wird.

(3) 20 bis 60 Jahre – Sisyphos und das nicht geplante Kranksein

Auf die Frage: „Was ist Leben für mich?“ antwortete eine Pflegeschülerin: „Für mich ist das Leben etwas so Kostbares. (...) Es ist ein Wunder, ein Geschenk. Man wird nicht gefragt, ob man leben will... Man ist einfach da und macht das Beste draus. Man muss das Leben aber genießen und wirklich leben. Das Leben kann so wundervoll sein, aber auch so unfassbar grausam. Es kommt und geht. Es ist endlich/vergänglich, das sollte man sich bewusst sein.“

In der Lebensphase zwischen 20 und 60 Jahren spielt sich die Erwerbsbiografie ab und der Rhythmus des Lebens bekommt eine gewisse Gleichförmigkeit. Daher hat Prof. Wolfgang Drechsel diese Lebensphase aus Seelsorge-sicht als „Sisyphos“-Phase bezeichnet, in der ständig das Gleiche abzuarbeiten ist und in der wenig neues passiert und der Stein täglich neu gerollt werden muss (Quelle: Seminargespräch). Dennoch sagt Camus, dass wir uns „Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen müssen“ (Camus, 1997, S.128). In dieser Spannung liegt die lange Lebensphase, in der auch die Auszubildenden sind bzw. in welche sie kommen.

Setzt man das Schülerinnenzitat und die Sisyphos-Metapher zusammen, ergibt sich ein interessanter Fragekomplex für die Arbeit mit und die Pflege an Menschen, die dieser Lebensphase angehören. Wie kann ich das Beste daraus machen? Wie gestalte ich meinen „Stein“? Was tue ich gegen die bzw. mit der Gleichförmigkeit? Welche Ressourcen und Strukturen stehen mir zur Verfügung? Was tue ich, wenn ich nicht den Stein rollen kann (Krankheit/Leid)? Wie kann ich wirklich leben? Was ist sinn-voll und voll Sinn?

Für diese Fragen möchte ich vor allem die CE05 und CE07 empfehlen. Hier liegen zwei Ansätze (oder Handlungsalternativen) etwas verborgen, die für dieses Thema fruchtbar gemacht werden können. CE05 spricht vom Handlungsanlass der „belastenden Gefühle der Pflegenden selbst“ und von der Kompetenz „eigene Ängste und Schmerzen“ erleben/deuten/verarbeiten zu können. Es ist aus meiner Erfahrung in der Pflegeausbildung hilfreich, diese Lebensphase genau aus dieser eigenen Erfahrung heraus zu betrachten, um dann damit die zu pflegenden Menschen in dieser Lebenswelt anzuschauen. Aus CE07 ist dann noch die Idee ableitbar, dass das interprofessionelle Team eben nicht nur für Patientinnen und Patienten bereitsteht, sondern immer auch für die Pflegenden selbst und auch für die Mediziner:innen und die Therapeuten:innen. Auch das ist eine Erfahrung aus der Klinikseelsorge, dass alle Mitarbeiter:innen in einer Klinik ebenfalls zu besuchen sind. Wenn im Unterricht

beide Dimensionen eröffnet werden, liegt darin schon ein erster Schlüssel, um aus Sisyphos einen glücklichen Menschen zu machen.

Praktische Umsetzungsimpulse sind: Selbstachtungsübungen, Klosterbesuche als Wahrnehmen von anderen Lebenswelten, Waldbaden zum Stressabbau, Friedhofbesuche als Erleben von Erinnerung der Endlichkeit und Ästhetik der Ruhe (im Rahmen eines Seminars „Sterben, Tod und Trauer“), Lebensanlässe (Taufe, Hochzeit, Beschneidung...) als Feiern des Lebens erkennen und wertschätzen.

(4) „Help the aged“ – Leben ist mehr als Altersheim

Aus meiner eigenen berufspraktischen Erfahrung in der Altenpflege ist es gar nicht mehr so einfach, „den“ alten Menschen entsprechend seiner Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten als „alt“ zu betrachten. Wann ist ein Mensch alt oder wann lässt sich der Alternsprozess erkennen? Das Spektrum reicht von 60 bis über 100 Jahre und in diesen 40 Jahren liegen Welten. Von der 61-Jährigen, die bettlägerig ist, bis zur 103-Jährigen, die einmal pro Woche mit ihrem Bankberater verhandelt und quietschfidel ist, habe ich wohl fast alles erlebt, inklusive der herausfordernden Sonderwelt der Demenzpflege. Hier für den REK eine gute pädagogische Idee zu entwickeln ist in Anbetracht dieser Weite nicht leicht. Der Bildungsplan gibt in der Spezialisierung im dritten Ausbildungsdrittel gute Hinweise auf Themengebiete. Dabei ist sicher das Themenfeld „Krankheit-Leiden-Schmerzen-Sterben-Trauer“ (s.o.) am stärksten ausgeprägt, weil natürlich die Altenpflege gerade in der heutigen stationären Pflege immer auf den Tod zuläuft, und zwar bei immer kürzeren Aufenthaltszeiten. Aber es ist eben auch die Frage, wo das Leben in dieser Altersgruppe seinen Platz hat, und da liegt eine große Aufgabe für die Pflege, nämlich die Grundversorgung mit Leben und Würde zu füllen bis zum Schluss. Die Auszubildenden erleben gerade diese Herausforderung im Pflegealltag als schwierig, weil durch Personalmangel und Pflegezeitmanagement wenig Zeit für soziotherapeutisches Tun und für „Freizeitgestaltung“ der zu pflegenden Menschen bleibt. Hier gilt es m.E. kleine therapeutische Formen und soziale Kontaktin-seln zu entwickeln, die mit wenig Aufwand nebenbei durchgeführt werden können.

Diese Themen lassen sich nahezu vollständig der CE09 in der Lebensgestaltung von zu pflegenden Menschen einordnen. Kreative Prozesse, gute Kommunikation und das Erspüren von Bedürfnissen gehören hier zu den didaktischen Grundideen. Auch das biografische und religiöse Arbeiten hat hier

seinen Raum. Als Arbeitsidee bietet sich ein „Lebensbuch“ an (Hoops, 2021). Dieses beinhaltet Texte, Lieder, Bilder und Gebete, die als Gesprächsanregung dienen können und einen schnellen Austausch mit den zu pflegenden Menschen ermöglichen. Kurze Impulse, die eine Kommunikation herstellen. Damit lässt sich eine „Gute Minute“ produzieren. Ein Blitzlicht, ein guter Moment, eine gemeinsame Erfahrung, die für die pflegende und die zu pflegende Person zu einer kleinen Ewigkeit werden kann. „Gute Minuten“ lassen sich auch durch Rituale, Gebete, Kleine Gemeinschaftsformen, kurze Spiele oder Musik entwickeln. Hier könnte eine Portfolio- oder Werkstattarbeit ein breites Spektrum für die Auszubildenden bereitstellen, das weiter ausgebaut werden kann.

(5) *„Leben“ – Unterricht mit dem Film „Club der roten Bänder“*

(a) *Der Club der roten Bänder – Einleitung*

Die Fernsehserie „Der Club der roten Bänder“ ist eine erfolgreiche Produktion, die zwischen 2015 und 2017 auf VOX ausgestrahlt wurde. Sie handelt von sechs Jugendlichen und ihrem Alltag in einer Klinik, in der sie alle als Langzeitpatienten mit verschiedenen Erkrankungen behandelt werden. Sie werden eine Schicksalsgemeinschaft und gründen den Club der roten Bänder, nach der Farbe ihrer Patientenbänder. Mit 2 bis 3,23 Mio. Zuschauern erreichte die Serie in 3x10 Folgen bis zu 18,8 Prozent der 14 bis 49-Jährigen und war damit äußerst erfolgreich und beliebt. Im Jahr 2019 folgte der Kinofilm: „Club der roten Bänder – Wie alles begann“. Dieser erzählt die Vorgeschichte zur Serie und zeigt, wie die sechs Protagonisten überhaupt ins Krankenhaus kommen. Vor diesem Hintergrund bildet dieser Film die Basis für den nachfolgenden Unterrichtsentwurf.

Da der Film die Perspektive aller 6 Figuren erzählt und damit verschiedene Problemfelder eröffnet werden, empfehle ich nur eine Geschichte anzuschauen. Im folgenden Vorschlag orientiere ich mich an der Geschichte von Leo, der auch den meisten Raum im Film erhält. Es wäre aber auch möglich sich mit Emma zu befassen, die eine Magersucht als Krankheitsbild hat. Die Herausforderung ist jeweils, die eine Geschichte gezeigt zu bekommen. Dazu wäre es denkbar einen Handlungsfaden am Computer zusammenschneiden, um nicht bei der Vorführung springen zu müssen. Es geht auch nur um Ausschnitte bis zu einem gewissen Punkt, so dass nicht alles erscheinen

muss. Eine Gesamtschau des Films empfiehlt sich als Abschluss des Themas oder als Spezialveranstaltung in einem anderen Rahmen, falls denkbar.

(b) Storyboard des Filmausschnitts

Zunächst werden die relevanten Filmausschnitte mit Filmzeit benannt und der jeweilige Inhalt wird kurz dargestellt:

1. Wer ist Leo? (00:20-4:39) Leo spielt Fußball und sein Leben ist perfekt (neues Motorrad), beim Spiel bekommt er (wiederholt) Beinschmerzen und wird ausgewechselt.
2. Diagnose (5:25-5:49) Andeutung für Krebs, Leos Mutter ist auch erkrankt.
3. Essen (6:55-8:20) Schwarzer Humor und erste Angst vor der möglichen Krankheit (Superheldentapete).
4. Beim Arzt (11:29-13:30) Gewissheit der Diagnose Krebs und Angst und Einsamkeit.
5. Grenzen (14:48-19:30) Anstrengende Wanderung. Schmerzen. Krebs bleibt. Ankunft im Krankenhaus. Begegnung mit Ben.
6. Chemo I (24:03-25:18) Lass dich nicht von der Krankheit treiben.
7. Leben I (28:35-30:53) Rockmusik und Kennenlernen von Hugo.
8. Leben II (32:07-34:56) Das Krankenhaus als Kreuzfahrtschiff.
9. Chemo II (35:05-35:45) Die Fantasy machts.
10. Leben und Liebe (37:05-41:43) Leo ist verliebt, Ben stellt seine Verlobte vor und Leos Schwester kommt.

Diese zehn Filmszenen oder -Ausschnitte bieten eine gute Auswahl an, um die Fragen von Leben und Krankheit bei Jugendlichen anzuschauen und ermöglichen einen guten Unterrichtseinstieg in das Thema. Im Folgenden soll eine Arbeitsstruktur aufgezeigt werden, wie mit diesen Szenen, bestimmte Aspekte ins Zentrum geholt werden können und welche didaktischen Perspektiven und Impulse sich für die Unterrichtseinheit ergeben.

(c) Ablaufideen und Weiterarbeit

Ausgehend von einer 45 Minuten-Stunde kann eine kurze Unterrichtssequenz wie folgt aussehen:

1. Wer ist Leo? Was ist normal? Szene 1 wird gezeigt und die Auszubildenden beschreiben, was sie gesehen haben. Wer ist der junge Mann? Fantasy über sein Leben, Alter, Schule, Freunde. Abgleich zur eigenen Situation: Wo finde ich mich wieder? Kenne ich jemanden, der ähnlich ist usw. Formulieren

eines Steckbriefes oder eines Freundebuch-Eintrages oder eines Socialmedia-Profiles.

2. Als ich mal krank war: Szene 1 wird auf die Schmerzszenen fokussiert. Hat das jemand schon mal erlebt? Wenn ich krank bin oder Schmerzen habe, was ist dann? Und wie ist es, wenn es besser wird? Vertiefung: Szene 2: Jetzt wird es ernst. Krebs ist kein Schnupfen. Welche Ängste ergeben sich? Szene 3: Humor und Superhelden? Was hilft mir bei meiner Angst?

3. Schock und Krankenhaus: Szene 4+5. Wer war schon einmal im Krankenhaus? Wie war das? Wie erlebe ich meine Ausbildungseinrichtung? Wie erleben wir Menschen, die ernsthaft krank sind? Was bedeutet das für Leo? Was passiert da? Welche Grenzen setzt uns eine schwere Krankheit oder ein Klinikaufenthalt? Sammeln von verschiedenen Statements. Werkstatt: Das ideale Krankenhaus. Ein Modell.

4. Szene 6+7+8: Aggression als Kraftquelle. Was halten Sie davon? Was macht uns so wütend und aggressiv? Ohnmacht? Oder Todesangst? Wohin führt das? Und was wäre der nächste Schritt? Wen/Was symbolisiert der Hugo? Abwärtsvergleich? Ist das fair? Leben trotz Krankheit. Mit Freude gegen den Krebs. Die Klinik als Kreuzfahrtschiff? Spaß als Genesungsfaktor. Wie kann das gefördert werden?

5. Endlich leben und lieben: Szene 9+10 Leben im Angesicht von Endlichkeit? Welche Chance bietet die Liebe? Wen habe ich an meiner Seite? Wenn ich mir einen Partner bauen könnte, wie sollte er sein? Gott ist die Liebe (1. Joh 4) Was zeigt sich darin? Ressourcen, Kraft und Hilfe.

Diese Arbeitsstruktur lässt sich als Empfehlung mit entsprechenden Leitfragen für eine Einführung in das Thema deuten, wie junge Menschen so eine Krankheit erleben und verarbeiten können. Ähnliche didaktische Zugänge bieten auch die anderen fünf Protagonisten. Leo ist die ausführlichste Geschichte und es geht auch noch weiter bei ihm. Aber mir war als Einstieg das radikale Umschwenken von normalem Alltag hin zu einer völlig neuen Lebenssituation wichtig. Die Auszubildende werden ganz hineingenommen in die Patientenperspektive mit wenig medizinischer oder pflegerischer Sicht. Das ist hier eine große Stärke im Film. Es ermöglicht einen empathischen Zugang zu einem Schicksal, welches vielleicht ähnlich am Arbeitsplatz erlebbar wird. Die filmische Dramaturgie bietet dabei auch genügend Schutz vor zu großer eigener Übernahme. So kann auch die Sachebene beibehalten werden, wenn Auszubildende das möchten. Generell ist das Thema „Leben im Angesicht von

Krankheit“ hier gut für die Gruppe der Jugendlichen aufbereitet. Der Film bietet im weiteren Verlauf und bis in die Serie hinein viele mögliche weitere Anknüpfungspunkte für den REK (Autismus, Psychosomatik, Koma, Sterben und Tod). Daran ließe sich also auch aus anderen CE anknüpfen. Ein für mich gelungener Ansatz der Serie ist, dass es eigentlich immer um das Leben geht. Und das finde ich eine schöne Überschrift über dem REK und diesem Beitrag, dass wir immer nur eins können: Leben. Bis zum Schluss.

7 Dimensionen von Interesse als relevanter Faktor im BRU in der generalistischen Pflegeausbildung. Ein Ausblick

Georg Wagensommer und Sven Holtkamp

Der vorliegende Band dokumentiert die Bedeutung von Religion für Pflegeberufe. Im Rahmen von Ausbildung ist Religionsunterricht und im Blick auf Berufspraxis ist die religiös-ethische Dimension ein bedeutsames Element. Fragen nach der Relevanz des BRU sind demnach leicht zu beantworten.⁴¹ Indes sind Antworten auf die Fragen nach der Interessantheit von Religion für die Auszubildenden ungleich schwerer zu geben. Die generellen, gegenwartsbedingten Herausforderungen, vor denen konfessioneller Religionsunterricht steht, sind hier sicherlich mitzudenken. Fauser macht zudem auf eine institutionsbezogene, schultheoretische Perspektive aufmerksam und weist darauf hin, dass Schule so konstruiert sein könnte, dass sie Interesse am Unterricht nicht eigens befördere (2019, S. 23). Er fragt nach der Neubildung von Interesse und hier setzt der Interessebegriff, wie er den Arbeiten der Autoren zugrunde liegt, ein.⁴² Grundlegend für die Überlegungen zu Interesse sind die Arbeiten der pädagogischen Interesseforschung. Zu nennen sind hier insbesondere jene von Hans Schiefele und Andreas Krapp.⁴³ Im Folgenden soll auf diese Forschung und die ihr zugrundeliegenden Annahmen eingegangen und Aspekte eines interessegenerierenden Berufsschulreligionsunterrichts genannt werden.

⁴¹ Im Kontext ethischen Lernens ist dies eine genuin theologisch-religionspädagogische Perspektive. Aus einer speziellen Perspektive der sog. säkularen Vernunft ist diese Frage sicherlich anders zu beantworten. Hier wird mit Verweis auf von Religion autonomen Ethikunterricht argumentiert. Dass diese ethische Sicht indes nicht aktuellem Forschungsstand entspricht, dokumentieren u.a. die Arbeiten M. Kühnleins (2022). Diese basieren u.a. auf Charles Taylors alternativem Blick auf Gegenwart und Modernität, der Vernunft und Religion näher zusammenrückt.

⁴² Siehe hierzu bspw. die Tübinger Studie zur Dimension Interesse im Kontext berufsorientierter Religionspädagogik (Wagensommer & Schweitzer, 2018).

⁴³ 1974 publiziert Hans Schiefele „Lernmotivation und Motivlernen“. Seine Arbeit bildet den Ausgangspunkt des Münchner Forschungsprogramms über die Rolle von Interessen im Kontext von Lernen und Entwicklung. Das Interessekonzept wurde 1979 das erste Mal im Rahmen von vier Beiträgen in der Zeitschrift Pädagogik unter dem Thema „Motivation und Interesse“ vorgestellt (Wittmöller-Förster, 1993, S. 92).

Grundsätzlich zeichnet sich Interesse durch seine individuelle Bedeutung aus, die es für jeden Menschen hat. So wird der Begriff im Alltag in beliebiger Vielfalt verwendet, ohne dass dabei seine Polysemie genauer beachtet wird (Wagensommer, 2018, S. 37). Für den deutschen Erziehungswissenschaftler und Psychologen Hans Schiefele, der die Interessesefforschung im Bereich der Pädagogischen Psychologie wieder verstärkt ins Bewusstsein gehoben hat, ist Interesse das zentrale Ziel jeder Bildung. Mit anderen Worten: „Wer kein Interesse hat, ist nicht gebildet“ (Schiefele, 1986, S. 159). Personen, die im pädagogischen Kontext z.B. als Lehrkräfte tätig sind, werden nicht bestreiten, dass motivationale Aspekte und die Dimensionen von Interesse für das Lernen im Unterricht eine elementare Grundvoraussetzung darstellen (Wagensommer, 2018, S. 37).

Somit stellt sich für jede Lehrkraft im Rahmen der Unterrichtsvorbereitung die Frage, wofür sich die Schülerinnen und Schüler an einem Thema interessieren und wie deren Interessen im Unterricht geweckt und gefördert werden können, sodass die gesetzten Unterrichtsziele erreicht werden können. Diese Fragen sind besonders für Lehrkräfte im Religionsunterricht eine Herausforderung und von zentraler Bedeutung. So ist die Gestaltung des Religionsunterrichtes von den Schülerinnen und Schülern, die individuelle Voraussetzungen und unterschiedliche Zugänge zur Religion mitbringen, abhängig (Dietsch, 2019, S. 13).

Das zentrale Anliegen der Interessesefforschung liegt nun in der Untersuchung und theoretischen Rekonstruktion der Wirkungsweise von Interessen und sie geht von einer Person – Gegenstands – Konzeption aus: Interesse charakterisiert die herausgehobene Beziehung zwischen der Person und dem betreffenden Gegenstand. Im schulischen Bereich ist der Interessegegenstand durch Inhalte und Wissensgebiete eines Schulfaches definiert. Zudem können Schülerinnen und Schüler für bestimmte Tätigkeiten oder konkrete Dinge im Unterricht Interesse zeigen, sodass ein Bezug zu einem Lerngegenstand wie z.B. Thema, Text oder Aufgabe hergestellt wird (Krapp, 1998, S. 187). Die Dimension Interesse lässt sich dabei in drei Kategorien gliedern: individuelles Interesse, situationales Interesse und Interessehandlungen.

Die Dimension

individuelles Interesse fragt nach dem Interesse von Jugendlichen am Religionsunterricht im Allgemeinen (Krapp, 2004, S. 165).

situationales Interesse bezieht sich auf die Interessantheit des Unterrichts bzw. der Unterrichtseinheit (Krapp, 2004, S. 165).

Interessehandlungen bezieht sich auf die Frage, ob bzw. in welchem Umfang sich Schülerinnen und Schüler auch im Freizeitbereich mit Themen des Religionsunterrichts befassen, die von diesem angestoßen wurden (Strohm et al., 2018, S. 95-97).

Nun konnten interessefördernde Aspekte von (Religions)Unterricht identifiziert werden. Die Arbeiten, die hier zugrunde liegen, basieren auf (religions)pädagogischer Forschung und im Folgenden werden deren Ergebnisse genannt:

7.1 Ergebnisse pädagogischer Interessesefforschung

(1) *Lehrer-Schüler-Kommunikation und Lehrer-Schüler-Beziehung*

Der Vergleich von Interessestudien mit Ergebnissen aus der empirischen Religionspädagogik zeigt, dass eine Lehrer-Schüler-Kommunikation, die durch gegenseitiges Vertrauen und gegenseitigen Respekt gekennzeichnet ist, situationales Interesse hervorrufen und individuelles Interesse fördern kann (Willems, 2011, S. 293-294; Ruopp & Wagensommer, 2012, S. 141-143). In diesem Zusammenhang ist die Gestaltung einer Kommunikationskultur,⁴⁴ in der die Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit haben, ihre persönlichen Meinungen zu entfalten und zu einzelnen thematischen Aspekten Stellung beziehen zu können, für die Interessesefförderung von grundlegender Bedeutung. Besonders der Austausch zwischen den Schülerinnen und Schülern sowie das Reagieren und Bezugnehmen auf unterschiedliche Meinungen und Einstellungen haben einen hohen Stellenwert. Für eine Interesseseffördernde Kommunikation sind sog. „Basic human needs“ von besonderer Bedeutung. Hierzu gehören: Kompetenzerleben, Autonomieerleben und soziale Eingebundenheit. Damit Schülerinnen und Schüler mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen (Kompetenzerleben) im Unterricht partizipieren können, ist es wichtig, dass der unterrichtliche Austauschprozess zum Lerngegenstand nachvollziehbar ist und verstanden werden kann (Willems, 2011, S. 72; Krapp, 1998, S.195). So

⁴⁴ Der Begriff Kommunikationskultur möchte deutlich machen, dass es um mehrere unterschiedlich ausgeprägte Kommunikationssituationen geht (Ruopp & Wagensommer, 2012, S. 141).

wird durch Austauschprozesse die Stabilisierung von situationalem Interesse gefördert und die Entwicklung von individuellen Fachinteressen angebahnt (Krapp, 1998, S. 195). Zudem sind Handlungsspielräume und Mitbestimmungsmöglichkeiten sowie die Berücksichtigung von individuellen Vorstellungen und Interessen (Autonomieerleben) bedeutend (Willems, 2011, S. 297). Für das Erleben von Kompetenz in der Lehrer-Schüler-Kommunikation ist hervorzuheben, dass sich eine Rückmeldung, die von der Lehrkraft gegenüber den Schülerinnen und Schülern geäußert wird, auf das Schülerinteresse auswirken kann. Von der Lehrkraft ergänzende Informationen zum Lerngegenstand werden konstruktiv wahrgenommen, wohingegen eine Rückmeldung, die zum Ausdruck bringt, dass die Schülerinnen und Schüler etwas noch nicht so machen, wie die Lehrkraft es für richtig hält, Schülerinteresse zerstören kann (Prenzel, 1994, S. 1334; Köller, Baumert & Schnabel, 2000, S. 167). Eine stabile Lehrer-Schüler-Beziehung (soziale Eingebundenheit), die sich durch ein Vertrauensverhältnis zwischen Lehrkraft und Klasse auszeichnet, führt zu einer guten Unterrichts Atmosphäre sowie einem offenen Kommunikationsverhalten der Schülerinnen und Schüler, welches das Erleben von Kompetenz und Autonomie im Religionsunterricht fördert (Wagensommer, 2020, S. 401; Prenzel, 1994, S. 1334). Die theologische Sprachfähigkeit und das didaktische Geschick, Lerninhalte kognitiv ansprechend und herausfordernd in den Unterricht einzubringen, wirkt sich positiv auf die Lehrer-Schüler-Beziehung aus und fördert das Schülerinteresse am Lerngegenstand (Wagensommer, 2021, S. 322; Dietzsch, 2020, S. 34-45).

(2) Lebensweltbezug von Themen und Aufgaben

Der Bezug von Themen und Aufgaben auf die Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler fördert situationales Interesse (Jonas, 2018, S. 122) und ist auch Bestandteil des Religionsunterrichtes (Wagensommer, 2020, S. 304; Meyer-Blanck, 2018, S. 347). Die subjektive Bedeutung sowie positive Emotionen, die Schülerinnen und Schüler mit einem Lerngegenstand in Verbindung bringen, können zudem die Entwicklung von individuellem Fachinteresse fördern (Jonas, 2018, S. 122). Im berufsorientierten Religionsunterricht wird der Lebensweltbezug,⁴⁵ der auch als Schülerorientierung bezeichnet werden kann, durch Anschaulichkeit, Identifikationsmöglichkeiten und die Vermeidung von einer zu hohen Themenkomplexität hergestellt. Das heißt auch, dass sich

⁴⁵ Siehe dazu den Beitrag zu Jugendtheologie im BRU (Kapitel 6) in diesem Band.

Schülerinnen und Schüler mit ihren Erfahrungen und Werteorientierungen einbringen können und mit ihren Anliegen ernst genommen werden. Für einen gelingenden Lebensweltbezug ist die Rolle einer moderierenden Lehrkraft für die Aushandlungsprozesse von Relevanz. Der Austauschprozess ist im berufsorientierten Religionsunterricht wichtig, da die Schülerinnen und Schüler ungern erzogen werden wollen. Dies gelingt u.a., wenn Lehrkräfte ein Rollenbild dokumentieren, das sich von dem Verdacht der Indoktrination abgrenzt, was darüber hinaus für jeden Unterricht gelten sollte (Ruopp & Wagensommer, 2012, S. 143-145).

Der Wunsch, nicht durch die Lehrkraft „erzogen“ werden zu wollen, ist besonders für den Lebensweltbezug im berufsorientierten Religionsunterricht bedeutsam. Anders als Kinder und Jugendliche, die eine allgemeinbildende Schule besuchen, befinden sich Berufsschülerinnen und Berufsschüler oft in einem Ablösungsprozess von ihrer Herkunftsfamilie. Das bedeutet, dass sie mit den Herausforderungen, die ein selbständiges Leben mit sich bringt, konfrontiert sind oder in Zukunft konfrontiert werden. Die Herausforderungen lassen sich im Zusammenhang mit wirtschaftlichen, juristischen und persönlichen Abhängigkeiten benennen sowie dem Wunsch, ein selbstverantwortliches und ökonomisch sicheres Leben zu führen (Wagensommer, 2020, S. 433). Exemplarisch kann auf die Ausführungen im vorangegangenen Kapitel hingewiesen werden: Deutlich wird hier das breite Altersspektrum in der Pflegeausbildung. Es reicht vom frühen bis zum mittleren Lebensalter (16 bis 45 Jahre). Insbesondere die Varianz des Lebensalters führt im Bereich der Pflege zu unterschiedlichen privaten und beruflichen Erfahrungen, die auch die Glaubens- und Denkrichtung der Auszubildenden beeinflusst. In der Kommunikation mit den Schülerinnen und Schülern ist es deshalb wenig sinnvoll, wenn die Lehrkraft eine Meinung vorgibt oder sich als Fürsprecher der christlichen Tradition einbringt. Didaktisch sinnvoller erscheint der Einsatz eines entsprechenden Mediums, wie z.B. Filmsequenz, Interviewausschnitt o.ä., die es der Lehrkraft ermöglichen, in einer Moderatorenrolle zu bleiben (Ruopp & Wagensommer, 2012, S. 144-145).

(3) Interessante Medien

Schülerinnen und Schüler besitzen eine hohe Affinität für digitale Medien,⁴⁶ diese können deren situationales und individuelles Interesse im Unterricht fördern, worauf Willems bereits vor einer Dekade hinweist (2011, S. 277). Es ist davon auszugehen, dass die Attraktivität dieser Medien gleichbleibend hoch ist. Dabei können digitale Medien helfen, in der Lehrer-Schüler-Kommunikation authentische Problemsituationen zu erzeugen und zugleich einen Bezug zur Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler herzustellen (Ruopp & Wagensommer, 2012, S. 119, 141-142; Prenzel, 1994, S. 1331; kritisch hierzu siehe Fauser, 2019, S. 33). Diese Medien können z.B. als Anreizfaktor oder zur Vertiefung ein wertvolles Instrument im Austauschprozess in der Lehrer-Schüler-Kommunikation sein und unterstützend wirken, wenn es darum geht, eine Konkretheit zwischen dem Thema und der Lebenswelt herzustellen (Wagensommer & Löffler, 2021, S. 106). Das heißt, Methoden und Themen können sich gegenseitig ergänzen.

7.2 Bedeutsamkeit des BRU in der Pflege

Das Interesse der Auszubildenden ist für die Gestaltung des Religionsunterrichtes im Allgemeinen und für die Gestaltung von Lehr-Lern-Arrangements von Bedeutung. Eine interessenorientierte Auseinandersetzung mit einem Lerngegenstand im Unterricht wirkt sich positiv auf Lernprozesse aus. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung, die mit dem Wandel religiöser Zugehörigkeit, Demographie, Migration und Globalisierung beschrieben werden kann⁴⁷, wird der Religionsunterricht zunehmend ökonomisch, schulorganisatorisch, bildungspolitisch und konfessionell in Frage gestellt. Ein attraktiver Religionsunterricht, der die Interessen der Schülerinnen und Schüler weckt und miteinbezieht, ist nicht zuletzt auch von hoher Relevanz, da er für Jugendliche oftmals die letzte Möglichkeit darstellt, im unterrichtlichen Kontext religiöse Fragen zu Themen wie Leben, Krankheit, Sterben und Tod zu besprechen. Bei allem Optimismus, der durch die Möglichkeiten der Förderung von Schülerinteressen entstehen kann, muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass diese nur als unterrichtliche Einladung verstanden werden können. Es

⁴⁶ Für weitere Informationen zur Medienbeschäftigung in der Freizeit von Jugendlichen siehe Jugend, Information, Medien (JIM) Studie 2021.

⁴⁷ Siehe hierzu den Band „Konfessionslosigkeit als Normalfall“ (Kropac & Schambeck, 2022), der die damit einhergehenden Herausforderungen für den RU aufgreift. Siehe hierzu auch Wagensommer, 2020, S. 131-158.

kommt auf die Schülerin bzw. den Schüler als lernende Person an, ob gut gemeinte interessante Lern- und Entwicklungsangebote angenommen werden. Wieder mit den Worten Schiefeles gesprochen: „Nicht alles Wissenswerte ist allen Menschen gleich wissenswert, nicht alles Schöne gleich schön, und über manches Erstaunliche staunen manche Leute überhaupt nicht“ (1986, S. 153). Fauser macht in diesem Zusammenhang auf die Trennung des Unterrichts von „wirklichem Leben“ aufmerksam, die konstitutiv für Schule und Unterricht und eine Problemanzeige sei. Seines Erachtens sollte Schule die dualistische Spaltung zwischen Leben und Lernen überwinden; sie „[...] soll aus dem Leben schöpfen und für das Leben bilden sowie alle humanen Kräfte der Heranwachsenden stärken“ (Fauser, 2019, S. 29). Vor diesem Hintergrund sei eine gute Schule jene zu nennen, die dem Lernen einen Sitz im Leben gebe (Fauser, 2019, S. 33). Religionsunterricht im Kontext generalistischer Pflegeausbildung ist hierauf ausgerichtet: Beispielsweise orientiert sich der Bildungsplan an einer Vermittlung religiös-ethischer Kompetenzen, wie sie sich in gesellschaftlichen Signaturen und im Pflegealltag dokumentieren. Das heißt, das Curriculum berücksichtigt jene Kompetenzen, die sich an der Lebens- und Berufswelt der Auszubildenden orientieren. Es werden Themen und Fragen aufgegriffen, mit denen diese konfrontiert sind und die sich ihnen auch in existentieller Weise stellen. In dieser wechselseitigen Verschränkung können Pflegealltag und Unterricht identitätsprägend sein und als bedeutsam erlebt werden. Neben dieser inhaltlichen Dimension weist Interesseforschung auf die Bedeutung der sozial-kommunikativen und methodisch-didaktischen Dimension hin, um Interesse zu wecken bzw. zu fördern. Die genannten Dimensionen tragen dazu bei, angehende Pflegekräfte in ihrem Lernen und letztlich ihrer Professionalität zu unterstützen. Und wir hoffen, mit diesem Band und insbesondere mit seinen didaktischen Impulsen einen weiteren Beitrag hierzu geleistet zu haben.

Literatur

- Abermeth, H.-D. (1989). Ethische Grundfragen in der Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Absolventengelöbnis (1977). In Ministerium für Gesundheit. Studienplan für die Fachrichtung Krankenpflege, Potsdam, Anl. 9, S. 29.
- Albert, M., Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2019). Shell-Jugendstudie. Zusammenfassung. https://www.shell.de/about-us/initiatives/shell-youth-study/_jcr_content/root/main/containersection-0/simple/simple/call_to_action/links/item0.stream/1642665739154/4a002dff58a7a9540cb9e83ee0a37a0ed8a0fd55/shell-youth-study-summary-2019-de.pdf [18.11.2022].
- Alles steht Kopf (DVD) (2016), München. Disney/Pixar.
- Amelung, E. A. (Hg.) (1997). Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Berlin u.a.: Springer.
- American Nurses Association (2015). Code of Ethics for Nurses with interpretative statements. Silver Spring: Nursesbook.
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Berufsorganisationen (2002). Berufsordnung. Anerkannt von den Mitgliedsorganisationen der ADS für ihre Mitglieder in der Pflege. Göttingen.
- Arbeitsgemeinschaft Katholischer Pflegeorganisationen (1995). Die ethische Verantwortung der Pflegeberufe. Freiburg i.Br. & Mainz.
- Arbeitsgemeinschaft Katholischer Pflegeorganisationen (1998). Die ethische Verantwortung der Pflegeberufe (2., erw. Aufl.). Freiburg i.Br. & Mainz.
- Arbeitskreis theologische Ausbildung in der Krankenpflege (1975). Lehrplan für die theologische Ausbildung in der Krankenpflege. Ludwigsburg.
- Arend, A. v. d. & Gastmans, C. (1996). Ethik für Pflegenden. Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Huber.
- Arndt, M. (1996). Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart & New York: Thieme.
- Baader, M. S. (2018). Von der Normalisierung zur De-Zentrierung nach 1968. Mütterlichkeit, Weiblichkeit und Care in der Alten und der Neuen Frauenbewegung. In A. Langer, C. Mahs & B. Rendtorff (Hg.), Weiblichkeit. Ansätze zur Theoretisierung (S. 15-35). Opladen, Berlin & Toronto: Budrich.
- Bachmann, F. P. (Hg.) (2022a). Roter Kreis. Enzyklopädie des Rotkreuz-Wissens. <https://roter-kreis.de/> [02.07.2022].

- Bachmann, F. P. (Hg.) (2022b). Roter Kreis. Enzyklopädie des Rotkreuz-Wissens. https://roter-kreis.de/Verband_der_Schwesternschaften [11.05.2022].
- Bachmann, F. P. (Hg.) (2022c). Roter Kreis. Enzyklopädie des Rotkreuz-Wissens. https://roter-kreis.de/Rotes_Kreuz [11.05.2022].
- Barth, L. (2009). Ein „Eid“ für die beruflich Pflegenden? <https://www.openpr.de/news/307164/Ein-Eid-fuer-die-beruflich-Pflegenden.html> [18.11.2022].
- Barth, L. (2011). Nachgefragt: Wann kommt der verbindliche Eid für die professionell Pflegenden? <https://docplayer.org/80484491-lqb-newsletter-archiv-iii-quartal-2011-v-ass-jur-lutz-barth-ra-in-tomke-claussen-iqb-newsletter-archiv-iii-quartal-2011.html> [18.11.2022].
- Bauer, A. W. (1993). Der Hippokratische Eid. Griechischer Text. Deutsche Übersetzung und medizinhistorischer Kommentar. Heidelberg: Universität Heidelberg. http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/15743/1/Bauer_Hippokratischer_Eid.pdf [09.07.2020].
- Bauer, A. W. (1995). Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. Zeitschrift für medizinische Ethik, 41 (2), S. 141-148.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (1982). Lehrplan für Berufskunde, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde an Berufsfachschulen für Krankenpflege und Berufsfachschulen für Kinderkrankenpflege. München: Hintermaier.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (1992). Lehrpläne für die Berufsfachschule für Krankenpflege. Alle Fächer der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Erstes bis drittes Ausbildungsjahr. München: Hintermaier.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1979). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.
- Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (1906). Unterm Lazaruskreuz. Mitteilungen der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, (1), 1.
- Betzien, P. (2018). Krankenschwestern im System der nationalsozialistischen Konzentrationslager. Selbstverständnis, Berufsethos und Dienst an den Patienten im Häftlingsrevier und SS-Lazarett. Frankfurt a.M.: Bönisch.

- Beutler, K. (1993). Das Menschenbild der Liliane Juchli und ihre Thesen. Medizinische Anthropologie (2. Aufl.). Essen: Willems.
- Bialas, W. (2014). Moralische Ordnungen des Nationalsozialismus. Göttingen & Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bickel, K. (2011). Luise von Baden. Die vergessene Mutter des Roten Kreuzes. Karlsruhe: DRK-Kreisverband.
- Bischoff, C. (1997). Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert II (2., durchgesehene Aufl.). Frankfurt a.M. & New York: Campus.
- Bodelschwingh, F. v. (1900). Das Diakonissen-Gelübde. Bielefeld: Siedhoff. <https://ausstellungen.deutsche-digitale-bibliothek.de/geschichte-sa-repta/items/show/21> [11.03.2022].
- Bopp, K. (1998). Barmherzigkeit im pastoralen Handeln der Kirche. Eine symbolisch-kritische Handlungstheorie zur Neuorientierung kirchlicher Praxis. München: Don Bosco.
- Breiding, B. (1998). Die braunen Schwestern. Ideologie, Struktur, Funktion einer nationalsozialistischen Elite. Stuttgart: Steiner.
- Brody, H. (1981). Ethical decisions in medicine (2. Aufl.). Boston: Little Brown.
- Brumlik, M. (2017). Integrität und Mündigkeit. Ist eine advokatorische Ethik möglich? In M. Brumlik, Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe (S. 109-201) (3. Aufl.). Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Bundesärztekammer, (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018. Berlin, S. A2. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf [22.04.2022].
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2019). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. Bonn. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf [20.10.2022].

- Büttner, A. (2006). Das internationale Netzwerk der Mutterhausdiakonie. *Ariadne. Forum für Frauen- und Geschlechtergeschichte*, 49, S. 64-71. https://fliedner-kulturstiftung.de/files/internationales_netzwerk_fliedner.pdf [02.04.2022].
- Büttner, A. (2013). *Die konfessionelle Kriegskrankenpflege im 19. Jahrhundert*. Stuttgart: Steiner.
- Büttner, A. (2020). I have never known a happy time, except at Rome and that fortnight at Kaiserswerth. *Florence Nightingales Beziehungen zu Kaiserswerth*. Mit zwölf Abbildungen. *Düsseldorfer Jahrbuch. Beiträge zur Geschichte des Niederrheins* 90, S. 79-121. <https://fliedner-kulturstiftung.de/images/pdf/Buettner-Florence-Nightingale-und-Kaiserswerth-Duesseldorfer-Jahrbuch.pdf> [02.04.2022].
- Camus, A. (1997). *Der Mythos von Sisyphos: Ein Versuch über das Absurde*. Hamburg: Rowohlt.
- Canadian Nurses Association (2017). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/Upload-images/documents/Code_of_Ethics_2017_Edition_Secure_Interactive.pdf [12.04.2022].
- Clauss, A. (1977). *Krankenpflege. Versuch einer Neuorientierung der Krankenpflegeausbildung in Hessen. Teil II: Die theoretische Ausbildung*. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 30 (9), Beil.
- Dallmann, H.-U. (2003). Fürsorge als Prinzip. Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 47 (1), S. 5-20.
- Darenberg, H. (Hg.) (2005). *Kultur des Pflegens. Eine Zeitreise durch 145 Jahre Pflegegeschichte der Henriettenstiftung*. Hannover: Evangelisch-Lutherisches Diakonissenmutterhaus Henriettenstiftung.
- Das Florence-Nightingale-Gelübde (1994). In U. Möller & U. Hesselbarth, *Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Hintergründe, Analysen, Perspektiven*. Hagen: Kunz.
- Daser, I. (2009). *Einblicke in mein Leben*. Stuttgart: Steinkopf.
- Daum, E; Johannsen F. (1993). *Leben, Sterben, Tod*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Dautzenberg, G. (1990). Art. *Leben IV*. In *Theologische Realenzyklopädie*, Band 20, Berlin & New York: de Gruyter.

- Davis, A. (1986). Wie gehe ich mit ethischen Konflikten um? In Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (Hg.), Ethik der Pflege, Realität im Alltag. Referate zum Thema, vorgetragen anlässlich des Kongresses des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) am 7. Juni 1986 in Arbon (S. 13-38). Bern.
- Degen, J. (2006). Ein anderes Verständnis von Hilfe. Hilfeethos aus einer Religion der Freiheit. In H. Volker (Hg.), Studienbuch Diakonie, Bd. 2. Diakonisches Handeln, diakonisches Profil, diakonische Kirche (S. 13-28). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Der Club der roten Bänder (DVD) (2019), München: Universum Film. Alles steht Kopf (2016), München: Disney/Pixar.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017). Resolution zu den Nachhaltigen Entwicklungszielen (Sustainable Development Goals SDGs). Berlin. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Resolution-des-DBfK-zu-SDGs-2017-05-012.pdf> [13.03.2022].
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019). DBfK mit neuem Corporate Design. <https://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=22991> [10.11.2019].
- Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband (2021). Leitbild und Führungsgrundsätze. <https://www.dgd.org/ueber-uns/leitbild-fuehrungsgrundsätze/> [18.11.2021].
- Deutscher Pflegerat (2004). Rahmen-Berufsordnung für beruflich Pflegende. Berlin. <http://old.deutscher-pflegerat.de/pdfs/Rahmenberufsordnung.pdf> [13.03.2022].
- Deutsches Rotes Kreuz (1939). Satzung des Deutschen Roten Kreuzes vom 24.12.1937. In F. Grüneisen, Das Deutsche Rote Kreuz in Vergangenheit und Gegenwart (S. 269-274). Leipzig: Junker und Dunnhaupt.
- Diakonissen-Anstalt zu Kaiserswerth (1912). Die erste Haus-Ordnung und Dienst-Anweisung für die Diakonissen in der Diakonissen-Anstalt zu Kaiserswerth. In G. Fliedner, Theodor Fliedner. Durch Gottes Gnade Erneuerer des apostolischen Diakonissen-Amtes in der evangelischen Kirche. Sein Leben und Wirken III. Kaiserswerth, S. 141-175. <http://www.ub.uni-koeln.de/cdm/ref/collection/rheinmono/id/1147825> [02.04.2022].

- Dieffenbach, J. F. (1832). Anleitung zur Krankenwartung. Berlin: Hirschwald.
- Dietsch, J. (2019). Zwischen Ablehnung, Desinteresse und Glaube – Erfahrungsbericht einer Berufseinsteigerin zur Schülerschaft des Religionsunterrichts. In S. Altmeyer, B. Grümme, H. Kohler-Spiegel, E. Naurath, B. Schröder & F. Schweitzer (Hrsg.). *Reli - keine Lust und keine Ahnung? Jahrbuch der Religionspädagogik* (S. 13-15). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dietzsch, A. (2020). Die Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden im Religionsunterricht. Bedeutung für das Lernen und Impulse für den digitalen Religionsunterricht. *Theo-Web*, 19 (2), 34-45.
- Duesterberg, D. (1997). Pflege im Zweiten Weltkrieg. In H. Steppe (Hg.), *Krankenpflege im Nationalsozialismus* (10., akt. und erw. Aufl., S. 125-140). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Dunkel, W. (2005). Zur Lebensführung von Pflegekräften. In K. R. Schroeter & T. Rosenthal (Hg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven* (S. 228-235). Weinheim & München.
- Dunant, H. (1862). *Un souvenir de Solférino*. Genf: Fick.
- Eckart, W. U. (2017). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (8., überarb. Aufl.). Berlin & Heidelberg: Springer.
- Eilts-Köchling, K., Heinze, C., Schattner, P. & Voß, M. (2000). Der Bekanntheitsgrad berufsethischer Grundregeln innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden. *Pflege* 13 (1), S. 42-46.
- Eisenmann, P. (2006). *Werte und Normen in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Evangelischer Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit (2012). *Grundlagen unserer Arbeit/Ethische Grundlagen. Unser ethisches Menschen- und Pflegeverständnis*. https://www.efaks.de/wp-content/uploads/2019/02/Handout_Grundlagen_unserer_Arbeit.pdf [13.03.2022].
- Evangelischer Fachverband für Kranken- und Sozialpflege (1993/94). *Ethische Leitlinien*. Frankfurt a.M.
- Fausser, P. (2019). Kein Interesse am Unterricht – ein Grundproblem von Schule? Ein Versuch. In S. Altmeyer, B. Grümme, H. Kohler-Spiegel, E. Naurath, B. Schröder, F. Schweitzer (Hg.), *Reli - keine Lust und keine Ahnung? Jahrbuch der Religionspädagogik* (S. 22-33). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Felgentreff, R. (1998). Das Diakoniewerk Kaiserswerth 1836-1998. Von der Diakonissenanstalt zum Diakoniewerk. Ein Überblick. Düsseldorf-Kaiserswerth: Heimat- und Bürgerverein Kaiserswerth.
- Florence Nightingale Pledge (2022a). <https://web.archive.org/web/20160821201152/http://nursingworld.org/Functional-MenuCategories/AboutANA/WhereWeComeFrom/FlorenceNightingalePledge.aspx> [22.04.2022].
- Florence Nightingale Pledge (2022b). <https://www.studocu.com/ph/document/davao-doctors-college/psychiatric-nursing/nurses-prayer-and-pledge/22078835> [19.06.2022].
- Foucault, M. (1993). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt a.M.: Fischer.
- Foucault, M. (1995) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (11. Aufl.), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Franz Anton Mai (2022). Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. https://de.wikipedia.org/wiki/Franz_Anton_Mai [20.07.2022].
- Franziskus (2018). Apostolisches Schreiben Gaudete et Exsultate des Heiligen Vaters Papst Franziskus über den Ruf zur Heiligkeit in der Welt von heute. Rom: Libreria Editrice Vaticana. https://www.vatican.va/content/francesco/de/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20180319_gaudete-et-exsultate.html [29.07.2022].
- Friedemann, M.-L., Zegelin, A., Bartholomeyczik, S., Käppeli & Juchli, L. (2008). Persönlichkeiten in der Pflege, http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/Personlichkeiten_in_der_Pflege.php?kc=0,34,0,0,0 [18.11.2022].
- Fry, S. T. (1995). Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung für ethische Entscheidungsfindungen. Eschborn: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege Bundesverband.
- Gaida, U. (2011). Bildungskonzepte der Krankenpflege in der Weimarer Republik. Die Schwesternschaft des Evangelischen Diakonievereins e.V. (S. 39-47). Berlin-Zehlendorf-Stuttgart: Steiner.
- Gaida, U. (2020). Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus. Einführung und Quellen für Unterricht und Selbststudium (7. Aufl.). Frankfurt a.M.: Mabuse.

- Gailus, M. (2020). Nationalsozialismus und Religion. Überlegungen zu einer Gesamtschau. In O. Blaschke & Th. Großbölting (Hg.), Was glaubten die Deutschen zwischen 1933 und 1945? Religion und Politik im Nationalsozialismus (S. 443-467). Frankfurt a.M. & New York: Campus.
- Gailus, M. (2021). Gläubige Zeiten. Religiosität im Dritten Reich. Freiburg i.Br., Basel & Wien: Herder.
- Gardemann, J. (2004). Der Äskulapstab – ein Symbol für Gesundheit. *Blickpunkt öffentliche Gesundheit* 20 (4), S. 8. https://www.fh-muenster.de/humanitaere-hilfe/downloads/__skulap.pdf [25.08.2022].
- Gardemann, J. (2006). Schutzzeichen im bewaffneten Konflikt. <https://en.fh-muenster.de/humanitaere-hilfe/downloads/Schutzzeichen.pdf> [18.11.2022].
- Gause, U. (2005). Frömmigkeit und Glaubenspraxis. In U. Gause & C. Lissner (Hg.), *Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemeinschaft* (S. 145-173). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Gause, U. & Lissner, C. (2005). Einleitung: Auf der Suche nach dem Alltagsgedächtnis einer Institution. In U. Gause & C. Lissner (Hg.), *Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemeinschaft* (S. 9-32). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Gedike, C. E. (1854). *Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch fuer die Krankenwart-Schule der K. Berliner Charité-Heilanstalt, sowie zum Selbstunterricht.* Berlin: Hirschwald.
- Gerstner, U. (2016). Amalie Sieveking. 1794-1859. „Mein Geschlecht zu einer höheren Wirksamkeit erheben...“. In K. Klein & M. Manske (Hg.). „...von gar nicht abschätzbarer Bedeutung“. *Frauen schreiben Reformationsgeschichte* (S. 69-73). Kiel: Lutherische Verlagsgesellschaft.
- Gilligan, C (1984). *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau.* München & Zürich: Piper.
- Goffman, E. (1995). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (10. Aufl.). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gottmann, K.H. (1985). Buddhismus. In H. J. Becken, *Gesundheit – Ethik der Religionen.* Band 3 (S. 95-110). Göttingen: Kösel, Vandenhoeck & Ruprecht.

- Götzelmann, A. (1997). Die Straßburger Diakonissenanstalt – ihre Beziehungen zu den Mutterhäusern in Kaiserswerth und Paris. In U. Sträter (Hg.), Pietismus und Neuzeit. Ein Jahrbuch zur Geschichte des neueren Protestantismus 23 (S. 80-102). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Götzelmann, A. (2000). Die soziale Frage. In U. Gäbler (Hg.), Der Pietismus im neunzehnten und zwanzigsten Jahrhundert (S. 272-307). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grandjean, J., Selle, E. & Trenner, A. (1998). Pflegen können. Ein Curriculum für die praktische Ausbildung in der Krankenpflege. Freiburg i.Br. & Stuttgart: Lambertus & Quell.
- Grauhan, A. (1981). Berufsethik und Pflegepraxis. Krankenpflege 9, 1981, S. 349-351.
- Gronover, M. (2014). Religiöse Kompetenz in der Pflegeausbildung zwischen Berufspädagogik und Religionspädagogik. In H. Merkt, F. Schweitzer & A. Biesinger (Hg.), Interreligiöse Kompetenz in der Pflege. Pädagogische Ansätze, theoretische Perspektiven und empirische Befunde (S. 47-62). Münster: Waxmann.
- Gronover, M. (Hg.) (2022). Religiöse Kompetenz als entschiedene Indifferenz. Eine Kritik am Beispiel des Religionsunterrichts an berufsbildenden Schulen. Münster: Waxmann.
- Hackmann, M. (1991). Krankenpflege in den fünfziger Jahren. Die Schwester, Der Pfleger 30 (4), S. 301-311.
- Hamann, J. (Hg.) (1990). Ethisch handeln lernen an Krankenpflegesschulen. Eine Handreichung für den Unterricht. Stuttgart: Arbeitskreis Ethik in der Krankenpflegeausbildung (nicht paginiert).
- Hampel, K. (1983). Professionalisierungstendenzen in den Krankenpflegeberufen. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zu den paramedizinischen Berufen. Münster: LIT.
- Haug, A. (1993). „Neue Deutsche Heilkunde“ - Naturheilkunde und Schulmedizin im Nationalsozialismus. In J. Bleker & N. Jachetz (Hg.), Medizin im „Dritten Reich“ (2., erw. Aufl., S. 129-136). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herder-Dorneich, P. & Kötze, W. (1972). Zur Dienstleistungsökonomik. Systemanalyse und Systemkritik der Krankenhauspflegedienste. Berlin: Duncker & Humblot.

- Hiemetzberger, M. (2013). Berufsethik. In M. Hiemetzberger, I. Messner, M. Dorfmeister, Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe (3., überarb. Aufl., S. 11-76). Wien: Facultas.
- Hirczy, J. (2010). Kenntnisstand von diplomierten Pflegepersonen in Pflegeheimen über die ethischen Richtlinien des International Council of Nurses. Bakkalaureatsarbeit Medizinische Universität Graz. https://online.medu-nigraz.at/mug_online/wbAbs.getDocument?pThesisNr=19342&pAutorNr=&pOrgNr [06.04.2022].
- Hoffmann-Stakelis, E. (2018). Trauer und Trost – von und für Kinder. In M. Marose (Hg.), Sterben, Tod und Trauer im Religionsunterricht an berufsbildenden Schulen (BRU). Kompetenzen für Beruf und Leben. Glaube, Wertebildung und Interreligiosität (S. 185-207). Münster: Waxmann.
- Hoops, O (2021). Der Herr aber fügte täglich zur Gemeinde hinzu... 16 Unterrichtsskizzen zum Thema: Kirche. Karlsruhe: RPI-Baden.
- Hoppe, E., Körner, U., Luther, E., Nitsche, A. (1995). Ethik. Arbeitsbuch für Schwestern und Pfleger. Reinbek: LAU.
- Huber, A. (2019). Wert(er)schöpfung. Die Krise des Pflegeberufs. Baden-Baden: Nomos.
- Hurtz, S. (2021). Wie Instagram den Weg in die Magersucht weisen kann. <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/instagram-magersucht-essstoerungen-teenager-1.5482884> [12.08.22].
- Imboden, G., Ritter, H. J., Braunschweig, S., Küchenhoff, B. & Wecker, R. (2009). Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? In R. Wecker, S. Braunschweig, G. Imboden, B. Küchenhoff & H. J. Ritter (Hg.), Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert/What ist National Socialist about Eugenics? (S. 13-22). Wien, Köln & Weimar: Böhlau.
- International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants (1967). Christliche Pflichtenlehre für die Krankensorge. In R. Svoboda (Hg.), Berufsethik der katholischen Krankenpflege (S. 292-295). Kevelaer: Butzon & Bercker.
- International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants (1986). Grundsätze der beruflichen Ethik für Krankenschwestern und Krankenpfleger. Mainz: Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe.

- International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants (2014). *Ciciams Ethics Guidelines and Principles of Practice for Catholic Nurses and Midwives*. Vatican City. <http://ciciams.org/ciciams%20-%20Ethics%20guidelines%20OCT%202015.pdf> [13.03.2022].
- International Council of Nurses (1953). *International Code of Nursing Ethics*. *International Nursing Bulletin* 9 (3), S. 19-20.
- International Council of Nurses (1965). *The International Code of Nursing Ethics*. In A. Young, C. F. v. Nierkerk & S. Mogotlane (Hg.) (2003), *Juta's Manual of Nursing I* (S. 86-87). Lansdowne: Juta.
- International Council of Nurses (1973a). *Code for Nurses. Ethical Concepts Applied to nursing*, Genf. <https://link.springer.com/content/pdf/bbm%3A978-1-4899-3268-6%2F1.pdf> [12.03.2022].
- International Council of Nurses (1973b). *Ethische Grundregeln für die Krankenpflege*, Eschborn: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege.
- International Council of Nurses (2000). *The ICN Code of Ethics for Nurses*, Genf. <https://docplayer.net/13514622-The-icn-code-of-ethics-for-nurses.html> [12.03.2022].
- International Council of Nurses (2001). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genf: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2010). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.
- International Council of Nurses (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genf. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Code-ofethicsfornurses_%20eng.pdf [12.03.2022].
- International Council of Nurses (2014). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. https://www.academia.edu/36539078/ICN-Ethikkodex_f%C3%BCr_Pflegende [12.03.2022].
- International Council of Nurses (2021a). *The ICN Code of Ethics for Nurses*, Genf. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf [12.03.2022].

- International Council of Nurses (2021b). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen, Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB_clean.pdf [12.03.2022].
- Jehle, U. (1990). Einleitung. In J. Hamann (Hg.), Ethisch handeln lernen an Krankenpflegesschulen. Eine Handreichung für den Unterricht (S. 1). Stuttgart: Arbeitskreis Ethik in der Krankenpflegeausbildung (nicht paginiert).
- Jonas, K. (2018). Zum Verhältnis von Interesse und Lebensweltbezug bei Lernaufgaben im Unterrichtsfach Geschichte. Dissertation Universität Passau. <https://bit.ly/3qEyUBx> [28.04.2022].
- Juchli, L. (1983). Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker (4., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart & New York: Thieme.
- Juchli, L. (1985). Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger (3. Aufl.). Basel: RECOM.
- Kantowsky, D. (1995). Buddhismus Einführung. In R. Walter (Hg.), Leben ist mehr. Das Lebenswissen der Religionen und die Frage nach dem Sinn des Lebens (S. 66-71). Freiburg, Basel & Wien: Herder.
- Katscher, L. (1957). Geschichte der Krankenpflege. Ein Leitfaden für den Schwesternunterricht. Berlin: Christlicher Zeitschriftenverlag.
- Kerchner, B. (1992). Beruf und Geschlecht. Frauenberufsverbände in Deutschland 1848-1908. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kirchenamt der EKD (Hg.) (2018). Kompetenzen und Standards für den evangelischen Religionsunterricht an berufsbildenden Schulen. Ein Orientierungsrahmen. EKD-Texte 129. https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/ekd_texte_129_2018.pdf [18.11.2022].
- Klie, T. (2019). Pflegenotstand. In A. Storm (Hg.), Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung. Berlin: Springer.
- Klieme, E., Avenarius, H., Blum, W., Döbrich, P., Gruber, H., Prenzel, M. et al. (2003). Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

- Klimm, R. (2007). Medizinethik: Ergänzungen. Deutsches Ärzteblatt 104 (47), S. 3246. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/57689/Medizinethik-Ergaenzungen> [07.03.2022].
- Knoepffler, N., Burmeister, C. & Rudolph, T. (2020). Der Pflegende im Spannungsfeld von Berufsethos und Alltag. Wertkonflikte im Zusammenhang mit dem ICN-Ethikkodex für Professionell Pflegende. In Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung (S. 761-773). Berlin-Boston: De Gruyter.
- Kohler, M. E. (1995). Diakonie (2. Aufl.). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Kohler W. (1980). Leben und Sterben in fernöstlichem Verständnis. In Gunther Stephenson (Hg.), Leben und Tod in den Religionen: Symbol und Wirklichkeit (S.317-334). Darmstadt: WBG.
- Köberle, A. (1985). Protestantismus. In H. J. Becken, Gesundheit – Ethik der Religionen. Band 3 (S. 41-45). Göttingen: Kösel, Vandenhoeck & Ruprecht.
- König, M. (1997). Vorwort. In Koordinierungskreis Ethik in der Krankenpflege (Hg.), Ethisch handeln lernen im Krankenhaus. Eine Arbeitshilfe für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung. Loseblattsammlung zum internen Gebrauch (S. 3-4). Stuttgart (nicht paginiert).
- Konvent der Krankenhaus- und KurseelsorgerInnen der Evangelischen Landeskirche in Württemberg & Arbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus- und Kurseelsorge in der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hg.) (2008). Projekt ethisch handeln lernen. Materialien für Krankenhauseselsorger/innen zum Ethikunterricht an Schulen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. CD-ROM, Stuttgart: Evangelische Landeskirche in Württemberg/Rottenburg: Diözese Rottenburg-Stuttgart.
- Koordinierungskreis Ethik in der Krankenpflege (Hg.) (1997). Ethisch handeln lernen im Krankenhaus – eine Arbeitshilfe für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung. Loseblattsammlung zum internen Gebrauch. Stuttgart (nicht paginiert).
- Köller, O., Baumert, J. & Schnabel, K. (2000). Zum Zusammenspiel von schulischem Interesse und Lernen im Fach Mathematik: Längsschnittanalyse in den Sekundarstufen I und II. In U. Schiefele & K. P. Wild (Hg.), Interesse und Lernmotivation: Untersuchungen zu Entwicklung, Förderung und Wirkung (S. 163-181). Münster: Waxmann.

- Körtner, U. H. J. (2017). Grundkurs Pflegeethik (3., akt. Aufl.). Wien: facultas.
- Köser, S. (2001). Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836-1914. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Krapp, A. (1998). Entwicklung und Förderung von Interesse im Unterricht. Psychologie in Erziehung und Unterricht. Zeitschrift für Forschung und Praxis, 44(3), S.185-201.
- Krapp, A. (1998). Entwicklung und Förderung von Interesse im Unterricht. Psychologie in Erziehung und Unterricht. Zeitschrift für Forschung und Praxis, 44(3), S. 185-201.
- Krapp, A. (2004). Interesse und Lernen: Überlegungen zur erkenntnisleitenden Funktion theoretischer Rahmenkonzeptionen. In M. Wasnitza, A. Frey & R. Jäger (Hg.), Lernprozess, Lernumgebung und Lerndiagnostik, Wissenschaftliche Beiträge zum Lernen im 21. Jahrhundert (S. 156-172). Landau: Verlag empirische Pädagogik.
- Kreutzer, S. (2010). Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren. In S. Kreutzer (Hg.), Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert (S. 109-130). Göttingen: V & R unipress.
- Kreutzer, S. (2012). Von der Berufung zum Erwerbsberuf. Pflegezeitschrift 65 (7), S. 436-438.
- Kreutzer, S. (2020). Der Pflegenotstand der 1960er Jahre. Arbeitsalltag, Krisenwahrnehmung und Reformen. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.), Pflege. Praxis - Geschichte - Politik (144-153). Bonn. Online verfügbar über https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/SR-10497_A-puz_Pflege_ba_0.pdf [16.01.2022].
- Kreutzer, S. & Nolte, K. (2010). Seelsorgerin „im Kleinen“ - Krankenseelsorge durch Diakonissen im 19. und 20. Jahrhundert. Zeitschrift für medizinische Ethik 56 (1), S. 45-56.
- Kropac, U. & Schambeck, M. (Hg.) (2022). Konfessionslosigkeit als Normalfall. Religions- und Ethikunterricht in säkularen Kontexten. Freiburg. i.Br.: Herder.
- Kruse, A. P. (1987). Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Stuttgart u. a.: Kohlhammer.

- Kühnlein, M. (2022). Was der Ethikunterricht vom Religionsunterricht lernen und wie er in der schulischen Praxis von ihm profitieren könnte. In U. Kropac & M. Schambeck (Hg.) (2022), *Konfessionslosigkeit als Normalfall. Religions- und Ethikunterricht in säkularen Kontexten* (S. 241-248). Freiburg i.Br.: Herder.
- Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (1989). Entwurf. Schularart: Berufsfachschule für Altenpflege. Fach: Lebens- und Glaubensfragen. Schuljahr: 1, 2 und 3. Stuttgart.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (2020a). Deklaration der rheinland-pfälzischen Pflegefachpersonen - Feierliches Versprechen. In Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, *Berufsordnung*. Mainz, S. 4. Online verfügbar über https://www.akademisierte-pflege.de/wp-content/uploads/Berufsordnung_web.pdf [25.12.2021].
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (2020b). *Berufsordnung*. Mainz. Online verfügbar über https://www.akademisierte-pflege.de/wp-content/uploads/Berufsordnung_web.pdf [25.12.2021].
- Landessozialamt Niedersachsen (1987). *Stoffverteilungsplan für die Krankenpflegeausbildung. Die theoretische Ausbildung in den Niedersächsischen Landeskrankenhäusern*. Hildesheim.
- Lay, R. (2004). *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Hannover: Schlütersche.
- Liess, K. (2008). Art. Leben. In *Das Wissenschaftliche Bibellexikon im Internet* (www.wibilex.de). [12.08.22].
- Lifton, R. J. (1998). *Ärzte im Dritten Reich*. Berlin: Ullstein.
- Lücke, S. & Wagner, F. (2017). „Ihre Ziele haben nichts an Aktualität verloren“. *Die Schwester, Der Pfleger*, 56 (6), S. 21-22.
- Lugert, K. (2015). *Vergleich zwischen Ideal und Realität des pflegerischen Alltags der Geburtshilfe unter besonderer Berücksichtigung medizin- und pflegeethischer Fragestellungen im sozialistisch geprägten System der Deutschen Demokratischen Republik mit Schwerpunkt Mecklenburg-Vorpommern*. Dissertation Universität Greifswald. Online verfügbar über https://epub.ub.uni-greifswald.de/files/1909/Dissertation_Lugert_Kathrin.pdf [30.08.2022].
- Mahler, R. (1999). *Auf den Punkt gebracht. Professionell kommunizieren*. Stuttgart-New York: Thieme.

- Mahler, R. (2005). Brauchen Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege Religionsunterricht? - Überlegungen zu einer aktuellen Frage. *Olgabriefe. Mitteilungen aus dem Diakonissenmutterhaus der Olgaschwestern in Stuttgart e.V.*, 106 (1), S. 22-25.
- Mahler, R. (2008). Religion – Ethik – Seelsorge. Perspektiven christlicher Bildung im Unterricht an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. In Konvent der Krankenhaus- und KurseelsorgerInnen der Evangelischen Landeskirche in Württemberg & Arbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus- und Kurseelsorge in der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hg.), *Projekt ethisch handeln lernen. Materialien für Krankenhauseelsorger/innen zum Ethikunterricht an Schulen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege*. CD-ROM, Stuttgart: Evangelische Landeskirche in Württemberg/Rottenburg: Diözese Rottenburg-Stuttgart.
- Mahler, R. (2013). Die Krankenpflegeschule der Olgaschwestern am Städtischen Krankenhaus Heilbronn, am Bezirkskrankenhaus Heidenheim, am Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart. In R. Mahler (Hg.), *10 Jahre EBZ – 160 Jahre evangelische Krankenpflegeausbildung in Stuttgart* (S. 43-72). Stuttgart: Jahrbuch-Verlag.
- Mahler, R. (2018). Ethisch-religiöse Bildung in der Pflege und berufsbezogener Religionsunterricht – ein ungeklärtes Verhältnis. *BRU. Magazin für den Religionsunterricht an berufsbildenden Schulen*, 70, S. 38-46.
- Mahler, R. (2006). Gause, Ute, Lissner, Cordula (Hg.): *Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gemeinschaft. Historisch-theologische Genderforschung*, Bd. 1, Leipzig, Evangelische Verlagsanstalt, 2005, 293 S., Kart., ISBN 3-374-02267-7. *Zeitschrift für Kirchengeschichte = Zeitschrift der Sektion für Kirchengeschichte im Verband der Historiker Deutschlands*, 117 (1), S. 125-126.
- Mai, F. A. (1802). Eid eines Krankenwärters. In F. A. Mai, *Stolpertus der Polizei-Arzt im Gerichtshof der medizinischen Polizeigesetzgebung von einem patriotischen Pfälzer IV* (S. 175-176). Mannheim: Schwan & Götz.
- Manzeschke, A. (2010). Transformation der Pflege. Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels. In A. Manzeschke (Hg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert* (S. 175-193). Göttingen: V & R unipress.

- Mattes, R. & Schweitzer, F. (2022) (Hg.). Tot – und dann? Vorstellungen vom Leben nach dem Tod bei jugendlichen Menschen und als Thema im BRU. Münster: Waxmann.
- Meyer-Blanck, M. (2018). Berufsbezogene Religionspädagogik. In: R. Biewald u.a. (Hg.), Religionsunterricht an berufsbildenden Schulen. Ein Handbuch (S. 344-359). Göttingen: V&R.
- Mayr, B. & Frick, E. (2019). „Ich pflege als die, die ich bin“. Ein Gedankenaustausch mit Sr. Liliane Juchli. *Spiritual Care* 8 (4), S. 395-399.
- Meinhold, P. (1980). Leben und Tod im Urteil des Christentums. In Gunther Stephenson (Hg.), *Leben und Tod in den Religionen: Symbol und Wirklichkeit* (S. 144-164). Darmstadt: WBG.
- Meiwes, R. (2008). Katholische Krankenpflegekongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert. In U. Gerhard & K. Hausen (Hg.), *Sich sorgen – Care* (S. 39-60). Köln, Weimar & Wien: Böhlau.
- Merkt, H. (2014). Was ist interreligiöse Kompetenz in der Pflege? Ein Modellvorschlag aus religionspädagogischer Perspektive. In H. Merkt, F. Schweitzer & A. Biesinger (Hg.), *Interreligiöse Kompetenz in der Pflege. Pädagogische Ansätze, theoretische Perspektiven und empirische Befunde* (S. 25-46). Münster: Waxmann.
- Merkt, H., Schlipf, M., Schweitzer, F. & Biesinger, A. (Hg.) (2014). *Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege. Unterrichtsmaterialien für die Pflegeausbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Merkt, H., Schweitzer, F. & Biesinger, A. (Hg.) (2014). *Interreligiöse Kompetenz in der Pflege. Pädagogische Ansätze, theoretische Perspektiven und empirische Befunde*. Münster: Waxmann.
- Messner, I. (2017). *Geschichte der Pflege*. Wien: facultas.
- Meyer-Blanck, M. (2018). Berufsbezogene Religionspädagogik. In R. Biewald, A. Obermann, B. Schröder & W. Schwendemann (Hg.), *Religionsunterricht an berufsbildenden Schulen. Ein Handbuch* (S. 344-359). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2003). *Lehrpläne für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Altenpflege*. Stuttgart: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht. <http://www.altenpflege-lernfelder.de/downloads/ausbildungsrichtlinien/RahmenlehrplanWurtemberg.pdf> [18.02.2022].

- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009a). Lehrplan für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Altenpflege. Evangelische Religionslehre/ Religionsgeragogik. Schuljahr 1, 2 und 3. Stuttgart. http://ls-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/lsbw/Bildungsplaene-BERS/MediaCenter/bfs/bfs_sonstige/bfs_sch_vers_soz_pfl/pdf_altenpflege/BFS-Altenpflege_Evang-Religion_09_3721_06.pdf [18.02.2022].
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009b). Lehrplan für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Altenpflege. Katholische Religionslehre/ Religionsgeragogik. Schuljahr 1, 2 und 3. Stuttgart. http://ls-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/lsbw/Bildungsplaene-BERS/MediaCenter/bfs/bfs_sonstige/bfs_sch_vers_soz_pfl/pdf_altenpflege/BFS-Altenpflege_Kath-Religion_09_3721_05.pdf [18.11.2022].
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hg.) (2020). Landeslehrplan für die Berufsfachschule für Pflege. Ausbildungsdrittel 1, 2 und 3. https://www.bildungsplaene-bw.de/site/bildungsplan/get/documents_E-1954718036/lsbw/Bildungsplaene-BERS/MediaCenter/bfs/20020620LLP_mV.pdf [22.07.2022].
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2020a). Landeslehrplan für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Pflege. Evangelische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen. Ausbildungsdrittel 1, 2 und 3. Stuttgart. https://www.bildungsplaene-bw.de/site/bildungsplan/get/documents_E-1296922152/lsbw/Bildungsplaene-BERS/MediaCenter/bfs/RL-REKGenPflege_ev.pdf [18.02.2022].
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2020b). Landeslehrplan für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Pflege. Katholische Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen. Ausbildungsdrittel 1, 2 und 3. Stuttgart. https://www.bildungsplaene-bw.de/site/bildungsplan/get/documents_E-332541529/lsbw/Bildungsplaene-BERS/MediaCenter/bfs/RL-REKGenPflege_kath.pdf [18.02.2022].
- Ministerium für Soziales und Integration & Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2020). Landeslehrplan für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Pflege. Ausbildungsdrittel 1, 2 und 3. Stuttgart. https://www.bildungsplaene-bw.de/site/bildungsplan/get/documents_E-1954718036/lsbw/Bildungsplaene-BERS/MediaCenter/bfs/20020620LLP_mV.pdf [18.02.2022].

- Monteverde, S. (2009). Pflege - die Ethik fürsorgerischer Zuwendung. In C. Arn & T. Weidmann-Hügler (Hg.), Ethikwissen für Fachpersonen (S. 51-73). Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag & Schwabe.
- Monteverde, S. (2012). Das Umfeld pflegeethischer Reflexion. In S. Monteverde (Hg.), Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege (S. 19-41). Stuttgart: Kohlhammer.
- Morgenbrod, B. & Merkenich, S. (2021). Das Deutsche Rote Kreuz unter der NS-Diktatur. https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/PDFs/Das_DRK/Geschichte/LiebnerP-Microsoft_Word_-_DRK-Vortrag_aktuell_online-Fassung.doc-94.PDF [11.12.2021].
- Mutterhaus der Olgaschwestern in Stuttgart (1904). Berufsunterricht für unsere Schwestern. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mutterhaus der Olgaschwestern in Stuttgart (1904). Hausordnung für das Mutterhaus der Olgaschwestern. In dies., Berufsunterricht für unsere Schwestern (S. 103-107). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nau, J. (2013). Die Krankenpflegeschule der Evangelischen Diakonissenanstalt am Diakonissenkrankenhaus und Diakonie-Klinikum in Stuttgart. In R. Mahler (Hg.), 10 Jahre EBZ – 160 Jahre evangelische Krankenpflegeausbildung in Stuttgart (S. 17-42). Stuttgart: Jahrbuch-Verlag.
- Nauheimer Gelöbnis (2022). <http://www.medethik.at/literatur/ethkodiz.pdf> [23.04.2022].
- Nightingale, C. (2021). Bemerkungen zur Krankenpflege. Die „Notes on Nursing“ (5., akt. Aufl.). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Nikles, B. W. (2014). Symbole der Wohlfahrt. Rettung – Hilfe – Heilung. Eine bebilderte Abhandlung. Opladen: Budrich.
- Nolte, K. (2008). Telling the Painful Truth - Nurses and Physicians in the Nineteenth Century. *Nursing History Review*, 16, S. 115–134.
- Nolte, K. (2010). Schwindsucht - Krankheit, Gesundheit und Moral im frühen 19. Jahrhundert. In R. Jütte (Hg.), *Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 29 (S. 47-70). Stuttgart: Steiner.
- Nolte, K. (2020). Sorge für Leib und Leben. Krankenpflege im 19. und 20. Jahrhundert. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.), *Pflege: Praxis, Geschichte, Politik* (S. 120-132). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- NSDAP & NS-Schwwesternschaft (1935): Anordnung Nr. 7 vom 11.11.1935. Bundesarchiv Koblenz NS 37/1039.

- Original „Florence Nightingale Pledge“ (2022). https://en.wikipedia.org/wiki/Nightingale_Pledge [22.04.2022].
- Paál, J. (1985). Jüdische Religion. In H. J. Becken, Gesundheit – Ethik der Religionen. Band 3 (S. 9-30). Göttingen: Kösel, Vandenhoeck & Rupprecht.
- Panke-Kochinke, B. (2018). Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch (5. unveränderte Aufl.). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Panke-Kochinke, B. & Schaidhammer-Placke, M. (2002). Frontschwester und Friedensengel. Kriegsrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Pictet, J. (1990). Die Grundsätze des Roten Kreuzes. Kommentar. Genf & Bonn: Institut Henry-Dunant & Deutsches Rotes Kreuz.
- "Practical Nurse Pledge", a modern version based on the "Nightingale Pledge" (2022). https://en.wikipedia.org/wiki/Nightingale_Pledge [22.04.2022].
- Prenzel, M. (1994). Mit Interesse in das dritte Jahrtausend! Pädagogische Überlegungen. In N. Seibert & H. J. Serve (Hg.), Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. Multidisziplinäre Aspekte, Analysen, Positionen, Perspektiven (S. 1314-1337). München: PimS.
- Projektgruppe Zukunft der Pflegeausbildung (2007). Vorschlag zur Positionierung des Diakonischen Werks Württemberg zur Zukunft der Pflegeausbildung. Teil A: „Theologische Grundlinien“. Stuttgart: Evangelisches Schulwerk in Württemberg.
- Pundt, J. & Kälble, K. (Hg.) (2014). Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen. University-Press.
- Quernheim, G. & Zegelin, A. (2021). Berufsstolz in der Pflege. Das Mutmachbuch. Bern: Hogrefe.
- Rabe, M. (2009). Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern: Huber/ Hogrefe.
- Rabe, M. (2015). Fürsorge und Selbstsorge als ethische Grundorientierungen der Pflege. https://www.caritas-berlin.de/cms/contents/caritas-berlin.de/medien/dokumente/fuersorge-und-selbst/150417_kath_pflegekongress_rabe.pdf?d=a&f=pdf [18.11.2022].

- Rand, S., Pütz, R. & Larsen, C. (2019). Die Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland. In R. Pütz, M. Kontos, C. Larsen, S. Rand & M.-K. Ruokonen-Engler, *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte* (S. 20-59). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf [18.11.2022].
- Radtke, R. (2022). Anzahl der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste in Deutschland bis 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2729/umfrage/anzahl-der-pflegeheime-und-ambulanten-pflegedienste-seit-1999/> [17.07.2022].
- Radtke, J. (2022). Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> (Abrufdatum: 22.07.2022).
- Remmers, H. (2000). Ethische Aspekte der Pflege. In B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 307-335). Weinheim & München: Juventa.
- Remmers, H. (2003). Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik. In C. Wiesemann (Hg.), *Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis* (S. 47-70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Riedel, A. & Lehmeier, S. (2014). Interreligiöse Kompetenz in der Pflegeausbildung. Konkretionen und Implikationen aus pflegeberuflicher und pflegeethischer Sicht. In H. Merkt, F. Schweitzer & A. Biesinger (Hg.), *Interreligiöse Kompetenz in der Pflege. Pädagogische Ansätze, theoretische Perspektiven und empirische Befunde* (S. 108-127). Münster: Waxmann.
- Riedel, A. (2017). *Pflegerische Ethik*. <https://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/182461/pflegerische-ethik> [09.08.2017].
- Robert-Bosch-Stiftung (1992). *Pflege braucht Eliten. Denkschrift der „Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege“ mit systematischer Begründung und Materialien*. Gerlingen: Bleicher.
- Ropers, C. (2009). *Katholische Krankenpflegeausbildung in der SBZ/DDR und im Transformationsprozess*. Dissertation Universität Erfurt. https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00018839/chapter6.html#N11D3Flink [17.05.2022].

- Rostig, D. (1991). Bergpredigt und Politik. Zur Struktur und Funktion des Reiches Gottes bei Leonhard Ragaz. Frankfurt a.M. u.a.: Lang.
- RPI-Virtuell (2022). Art. Achtfacher Pfad. <https://relilix.de/achtfacher-pfad/> [24.11.22].
- Ruopp, J. & Wagensommer, G. (2012). Empirische Einblicke. Analysen von Religionsunterricht. In F. Schweitzer, J. Ruopp & G. Wagensommer, Wertebildung im Religionsunterricht. Eine empirische Untersuchung im berufsbildenden Bereich (S. 47-145). Münster & New York: Waxmann.
- Sachße, C. (1994). Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929 (2., überarb. Aufl.). Opladen: Westdeutscher.
- Schiefele, H. (1986). Interesse. Neue Antworten auf ein altes Problem. Zeitschrift für Pädagogik, 32, (2), S. 153-162.
- Schiemann, D., Moers, M. & Büscher, A. (Hg.) (2012). Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart. Kohlhammer.
- Schiff, A. & Dallmann, H.-U. (2021). Ethik in der Pflege. Mit Online-Aufgaben. München: Reinhardt.
- Schimmel, A. (1995). Muhammad – Der Weg der zu Gott führt. In R. Walter (Hg.), Leben ist mehr. Das Lebenswissen der Religionen und die Frage nach dem Sinn des Lebens (S. 257-262). Freiburg, Basel & Wien: Herder.
- Schmidbauer, M. (2002). Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein/Taunus: Helmer.
- Schmidbauer, W. (1977). Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidt, H. & Clauss, A. (1978). Kinderkrankenpflegeausbildung in Hessen. Frankfurt a.M.: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege.
- Schmidt, J. (1996). Beruf: Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert. Frankfurt a.M. & New York: Campus.
- Schmidt-Wyklicky, G. (2011). Der Hippokratische Eid und das Corpus Hippocraticum: Ein medizinhistorischer Wegweiser. Imago Hominis 18 (2), S. 85-91. https://www.imabe.org/fileadmin/imago_hominis/pdf/IH018_085-091.pdf [08.05.2022].
- Schmuhl, H.-W. (2003). Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten (1908-1957). In F.-M. Kuhlemann & H.-W. Schmuhl (Hg.), Beruf und Religion im 19. und 20. Jahrhundert (S. 176-194). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schönauer, G. (1990). Kirche lebt vor Ort. Wilhelm Löhes Gemeindeprinzip als Widerspruch gegen kirchliche Grossorganisationen. Stuttgart: Calwer.
- Schöneberger, B. (2002). Mütterliche Heldinnen und abenteuerlustige Mädchen. Rotkreuzschwestern und Etappenhelferinnen im Ersten Weltkrieg. In K. Hagemann & S. Schüler-Springorum (Hg.), Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege (S. 108-127). Frankfurt a. M. & New York: Campus.
- Strohm, F., Losert, M., Wagensommer, G., Krause, C., Wörn, A. & Schweitzer, F. (2018). Das Forschungsprojekt. In G. Wagensommer & F. Schweitzer (Hg.), Wertebildung, Interesse und Religionsunterricht. Ethisch und religiös ausgerichteter Unterricht im Vergleich. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit des BRU (S. 75-128). Münster & New York: Waxmann.
- Schulte, R. (1998). Die Schwester des kranken Kriegers. Verwundetenpflege im Ersten Weltkrieg. In R. Schulte (Hg.), Die verkehrte Welt des Krieges. Studien zu Geschlecht, Religion und Tod (S. 95-102). Frankfurt a. M. & New York: Campus.
- Schwamm, C. (2021). Wärter, Brüder, neue Männer. Männliche Pflegekräfte in Deutschland, ca. 1900-1980. Stuttgart: Steiner.
- Schweidtmann, W. (1997). Berufsethik und Identität – auf dem Hintergrund einer veränderten Rollendefinition der Krankenpflege. Ergebnisse einer vergleichenden Studie zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Pflege 10 (1), S. 4-9.
- Schweikhardt, C. (2008). Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik. München: Meidenbauer.
- Schweitzer, A. (1958). Kultur und Ethik (11., unveränderte Aufl.), München: Beck.
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (1990). Ethische Grundsätze für die Pflege. Bern.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2003). Ethik in der Pflegepraxis. Bern.
- Seebaß, H. (1990). Art. Leben II. In Theologische Realenzyklopädie, Band 20. Berlin & New York: Walter de Gruyter.

- Seemann, B. & Bönisch, E. (2013). Jüdische Pflegegeschichte im Nationalsozialismus am Beispiel Frankfurt am Main. In H. Steppe (Hg.), *Krankenpflege im Nationalsozialismus* (S. 257-265) (10., akt. und erw. Aufl.). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Seidler, E. (1996). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege* (6., neubearb. und erw. Aufl.). Stuttgart, Berlin & Köln: Kohlhammer.
- Seifert, I. (2005). Mühsame Reformprozesse. Schwester Ilse Seifert. In U. Gause & C. Lissner (Hg.), *Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemeinschaft* (S. 117-131). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Smith, S. J. & Davis, A. J. (1985). A programme for nursing ethics. *International Journal of Nursing Studies* 22 (4), S. 335-339.
- South African Nursing Council (2022). Nurse's Pledge of Service. <https://www.sanc.co.za/nurses-pledge/> [22.04.2022].
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2004). Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder zum „Gesundheits- und Krankenpfleger“ und zur „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder zum „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“. Karlsruhe: Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden-Württemberg.
- Spuler-Stegemann, U. (1995). Islam Einführung In R. Walter (Hg.), *Leben ist mehr. Das Lebenswissen der Religionen und die Frage nach dem Sinn des Lebens* (S. 248-253). Freiburg, Basel & Wien: Herder.
- Stoffers, T. (2016). V Fazit und Ausblick. In *Demenz erleben*. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12469-4_5.
- Sundermeier, T. (1990). Art. Leben I. In *Theologische Realenzyklopädie*, Band 20. Berlin & New York: Walter de Gruyter.
- Steppe, H. (2013a). Aus der Geschichte lernen? In H. Steppe (Hg.), *Krankenpflege im Nationalsozialismus* (10., akt. und erw. Aufl., S. 15-16). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Steppe, H. (2013b). *Krankenpflege ab 1933*. In H. Steppe (Hg.), *Krankenpflege im Nationalsozialismus* (10., akt. und erw. Aufl., S. 68-91). Frankfurt a.M.: Mabuse.

- Steppe, H. (2013c). Mit Tränen in den Augen haben wir dann diese Spritzen aufgezogen“. Die Beteiligung von Krankenschwestern und Krankenpflegern an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit. In H. Steppe (Hg.), *Krankenpflege im Nationalsozialismus* (10., akt. und erw. Aufl., S. 143-182). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Stölzle, A. (2013). *Kriegsrankenpflege im Ersten Weltkrieg. Das Pflegepersonal der freiwilligen Krankenpflege in den Etappen des Deutschen Kaiserreichs*. Stuttgart: Steiner.
- Tadd, W., Clark, A. & Lloyd, L. (2006). The Value of Nurses' Code. *European nurses' view. Nursing ethics. An international journal of health care professionals* 13 (4), S. 376-393.
- Thamer, H.-U. (1994). *Verführung und Gewalt. Deutschland 1933-1945*. Berlin: Siedler.
- The Oath (1923). In W. H. S. Jones (Hg.), *Hippocrates with an English translation* (S. 298-299). London: Heinemann/New York: Putnam. https://doi:10.4159/DLCL.hippocrates_cos-oath.1923 [22.01.2022].
- Thompson, I. E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. (1994). *Nursing Ethics* (3. Aufl.), Edinburgh & London: Churchill Livingstone.
- Trzaskalik, F. (1985). Katholizismus. In H. J. Becken, *Gesundheit – Ethik der Religionen*. Band 3 (S. 34-44). Göttingen: Kösel, Vandenhoeck & Rupprecht.
- Tschudin, V. (1988). *Ethik in der Krankenpflege*. Basel: RECOM.
- Tworuschka, M. (1985). Buddhismus. In H. J. Becken, *Gesundheit – Ethik der Religionen*. Band 3 (S. 60-75). Göttingen: Kösel, Vandenhoeck & Rupprecht.
- United Nations (1945a). *Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice*. New York. <https://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/uncharter-all-lang.pdf> [06.04.2022].
- United Nations (1945b). *Charta der Vereinten Nationen und Statut des Internationalen Gerichtshofs*. New York. <https://unric.org/de/wp-content/uploads/sites/4/2020/01/charta-1.pdf> [06.04.2022].
- United Nations (1948a). *Universal Declaration of Human Rights*. New York. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf [06.04.2022].

- United Nations (1948b). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. New York. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf [06.04.2022].
- United Nations (2006a). Convention on the the Rights of Persons with Disabilities. New York. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html> [06.04.2022].
- United Nations (2006b). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. New York. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/> [06.04.2022].
- United Nations (2015a). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York. <https://sdgs.un.org/2030agenda> [06.04.2022].
- United Nations (2015b). Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. New York. https://nachhaltig-entwickeln.dgyn.de/fileadmin/user_upload/nachhaltige_entwicklung/Dokumente/Agenda_2030.pdf [06.04.2022].
- University of Calgary (2022). International Council of Nurses' Pledge. <https://nursing.ucalgary.ca/alumni/pinning-ceremony/pledge> [22.04.2022].
- ver.di (2019). Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zu der Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz. <https://rps.verdi.de/++file++5da1c8dadda4fb5898c76658/download/Stellungnahme%20BO%20PK%20RP.pdf> [11.04.2022].
- ver.di (2022). Kammerspiel im Dunkeln. ver.di räumt die Kammer auf. <https://rps.verdi.de/branchen-und-berufe/gesundheit-soziales/pflege-aufstand/++co++9435f194-576b-11eb-8423-001a4a160119> [11.04.2022].
- Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (Hg.) (1995). Berufsethische Grundsätze der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz. Berlin.
- Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (Hg.) (2016). Berufsethische Grundsätze der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (4., überarb. Aufl.). Berlin. https://www.rotkreuzschwestern.de/content/8-publikationen/3-broschueren-buecher/20161205-beg-broschuere-neu/2016_11_09_beg-broschuere_web.pdf [21.04.2022].

- Vinzentinerinnen Provinzialat Köln (2008). Leitbild der Genossenschaft der Töchter der christlichen Liebe vom heiligen Vinzenz von Paul, Dienerinnen der Armen. Köln. www.vinzentinerinnen.de/wp-content/uploads/2019/09/Leitbild_2008.pdf [09.03.2022].
- von Stein, G. & Loose, A. (2017). Tod. In I. Effert, A. Loose, C. Lück, C. & G. Stein (Hg.), *Der Tod als Anfrage an das Leben. Differenziertes Material für den RU in Klassen 7-10* (S. 21-35). Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Waardenburg, J. (1980). „Leben verlieren“ oder „Leben gewinnen“ als Alternative in den prophetischen Religionen. In Gunther Stephenson (Hg.), *Leben und Tod in den Religionen: Symbol und Wirklichkeit* (S. 36-60). Darmstadt: WBG.
- Wagensommer (2018). Interesse. In G. Wagensommer & F. Schweitzer (Hg.), *Wertebildung, Interesse und Religionsunterricht. Ethisch und religiös ausgerichteter Unterricht im Vergleich. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit des BRU* (S.36-49). Münster u.a.: Waxmann.
- Wagensommer, G. (2020). *Wertebildung in der berufsorientierten evangelischen Religionspädagogik. Eine explorative Studie*. Münster & New York: Waxmann.
- Wagensommer, G. (2021). *Religionsunterricht wirkt. Über das Interesse Jugendlicher am RU*. In P. Freudenberger-Lötz; A. Wiemer; E. J. Korneck; A. Südland & G. Wagensommer (Hg.), *Bibel – Didaktik – Unterricht. Exegetische und religionspädagogische Perspektiven. Festschrift für Peter Müller und Anita Müller-Friese zum 70. Lebensjahr* (S. 312-322). Kassel: University Press.
- Wagensommer, Georg (2022). *Empirische Zugänge zum und jugendtheologische Perspektiven im (Berufsschul-)Religionsunterricht*. In U. Kropac & M. Schambeck (Hg.) (2022), *Konfessionslosigkeit als Normalfall. Religions- und Ethikunterricht in säkularen Kontexten* (S. 174-188). Freiburg i.Br.: Herder.
- Wagensommer, G. & Löffler, U. (2021). „Erinnerungen digital“. *Neue Formate des Gedenkens im religionspädagogischen Kontext*. In M. Marose & K. Schütze (Hg.), *Unter dem dünnen Firnis der Zivilisation. Erinnerungskulturen im Religionsunterricht an berufsbildenden Schulen und in der außerschulischen Bildung* (S. 89-118). Münster: Waxmann.

- Wagensommer, G. & Schweitzer, F. (Hg.) (2018). Wertebildung, Interesse und Religionsunterricht. Ethisch und religiös ausgerichteter Unterricht im Vergleich. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit des BRU. Münster u.a.: Waxmann.
- Wagensommer, G. & Schweitzer, F. (Hg.) (2021). Markus Mürle: Wie effizient ist Gott? Auffassungen von Gott bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen an Beruflichen Schulen. Münster: Waxmann.
- Waldenfels, H. (Hg.) (1988). Ein Leben nach dem Leben? Die Antwort der Religionen, Düsseldorf: Patmos.
- Weber, M. (1919). Geistige Arbeit als Beruf. Vorträge vor dem Freistudentischen Bund. Erster Vortrag. Wissenschaft als Beruf. München-Leipzig: Duncker & Humblot. https://www.deutschestextarchiv.de/book/download_html/weber_wissenschaft_1919 [28.06.2022].
- Weinert, F. (Hg.) (2002). Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim & Basel: Beltz.
- Weiß, T., Meißner, T. & Kempa, S. (Hg.) (2018). Pflegeberufereformgesetz. Praxiskommentar. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Weltärztebund (1950). Genfer Ärztegelöbnis, Genf. <http://www.medethik.at/literatur/arztgelo.pdf> [22.04.2022].
- Weltärztebund (2017). Deklaration von Genf. In Bundesärztekammer, (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018. Berlin, S. A2. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf [22.04.2022].
- Wichern, J. H. (1849). Die innere Mission der deutschen evangelischen Kirche. Eine Denkschrift an die deutsche Nation (2. Aufl.). Hamburg: Agentur des Rauhen Hauses zu Horn. <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10450704?page=5> [06.05.2022].
- Willems, A. S. (2011). Bedingungen des situationalen Interesses im Mathematikunterricht. Eine mehrbenenanalytische Perspektive. Münster: Waxmann.
- Wittemöller-Förster, Regina (1993): Interesse als Bildungsziel. Merkmale und Bedingungen von sachinteresse in motivationspsychologischen Theorien. Frankfurt a.M. & Berlin: Lang.

- Wittneben, K. & Mischo-Kelling, M. (1995). *Pflegebildung und Pflegetheorien*. München, Wien & Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Wodraschke, G., Drey Müller, V., Grandjean, J. & Magar, E.-M. (1988). *Curriculum: Theoretische Ausbildung in der Krankenpflege*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Wolff, H.-P. & Wolff, J. (1994). *Geschichte der Krankenpflege*. Basel & Eberswalde: RECOM.
- Woodberry, G.-E. (1964). Serment de l'infirmière. *Zeitschrift für Krankenpflege/Revue suisse des infirmières* 57 (2), S. 63.
- Woodberry, G.-E. (1968). Le serment de l'infirmière. *La source* 78 (10), S. 215. <http://docplayer.fr/158435376-78e-annee-n-10-octobre-1968.html> [23.04.2022].
- Woodbury, M. G. & Kuhnke, J. L. (2014). Evidence-based practice vs. Evidence-informed practice. What's the Difference? *Wound Care Canada* 12 (1). <https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2014-vol-12-no-1/510-wcc-spring-2014-v12n1-research-101?highlight=WyJ3b29kYnVyeSIsIndvb2RidXJ5J3MiLCJrd-Whua2UiLCJldmlkZW5jZSJD> [21.06,2022].
- World Medical Association (1948). *Declaration of Geneva*. Genf. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v1948-1.pdf> [22.04.2022].
- World Medical Association (2017). *WMA Declaration of Geneva, Ferney-Voltaire*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> [22.04.2022].
- Zegelin, A. (2009). Eid für beruflich Pflegende? *Altenpflege* 34 (11), S. 34.
- Zehlendorfer Verband für Evangelische Diakonie (2016). Leitsätze. In M. Zentgraf. (Hg.), *Diakonisches Profil als Aufgabe. 100 Jahre Zehlendorfer Verband für Evangelische Diakonie* (S. 51-52). Darmstadt. <https://www.zehlendorfer-verband.de/downloads/Festschrift-100-Jahre-Zehlendorfer-Verband.pdf> [21.04.2022].
- Zimmermann, A. v. (2018a). Was heißt Schwester sein? Beiträge zur ethischen Berufserziehung. In B. Panke-Kochinke, *Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch* (5. unveränderte Aufl., S. 157-160). Frankfurt a.M.: Mabuse.

- Zimmermann, A. v. (2018b). Pflichten und Rechte der Oberin. In B. Panke-Kochinke, Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch (5. unveränderte Aufl., S. 161-168). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Zimmermann, G. (2005). Atomwaffenfreie Zone. Schwester Gudrun Zimmermann. In U. Gause & C. Lissner (Hg.), Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemeinschaft (S. 132-142). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Zinke, S. (2018). Der ICN-Ethikkodex für Pflegendе. Wirksames Instrument für die Pflegepraxis oder theoretisches Konstrukt? Hamburg: Bedey Media.

Autorinnen und Autoren

- | | |
|-------------------|--|
| Harald Becker | Pfarrer, Dr., Jg. 1961, Studienleiter für Berufliche Schulen am Religionspädagogischen Institut in Karlsruhe, Religionslehrer an einer beruflichen Schule in Karlsruhe |
| Eva Dubronner | Studienrätin, Jg. 1986, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Evangelischen Institut für Berufsorientierte Religionspädagogik (EIBOR) in Tübingen, Religionslehrerin an einer beruflichen Schule in Pforzheim |
| Sven Holtkamp | Religionspädagoge (M.A.) / Sozialarbeiter (B.A.), Jg. 1989, Diakon im Schuldienst an zwei beruflichen Schulen in Waldshut mit Tätigkeit im Kirchenbezirk Hochrhein |
| Oliver Hoops | Pfarrer, Studienrat, Jg. 1976, Religionslehrer an zwei beruflichen Schulen in Bruchsal |
| Rudolf Mahler | Studiendirektor i. K. i. R., Gymnasiallehrer, Jg. 1957, vormals Vorsteher des Diakonissenmutterhauses der Olgaschwestern in Stuttgart, Religionslehrer und stellvertr. Schulleiter des Evangelischen Bildungszentrums für Gesundheitsberufe Stuttgart |
| Marvin Martin | Religionspädagoge (M.A.), Jg. 1994, Diakon im Schuldienst an einer beruflichen Schule in Villingen mit Tätigkeit im Kirchenbezirk Villingen |
| Georg Wagensommer | Dr. habil., Jg. 1971, Professor für Religionspädagogik an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Privatdozent für Evangelische Theologie / Religionspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe, Religionslehrer an einer beruflichen Schule in Karlsruhe |

Beiträge zur Kinder- und Jugendtheologie

Herausgegeben von

Prof. Dr. Petra Freudenberger-Lötz, Universität Kassel

- Band 1** Die Religionsstunde aus der Sicht einzelner Schüler/innen. Empirische Untersuchungen aus der Sek. II, Kassel 2008, 195 S., ISBN 978-3-89958-403-5
Annike Reiß
- Band 2** Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit mathematikdidaktischer Prinzipien auf den Religionsunterricht der Klassen 3-6, Kassel 2008, 66 S., ISBN 978-3-89958-434-9
Nicole Wilms
- Band 3** "Sylvia van Ommen: Lakritzbonbons". Jenseitsvorstellungen von Kindern ins Gespräch bringen. Perspektiven für den Religionsunterricht in der Grundschule, Kassel 2009, 122 S., ISBN 978-3-89958-678-8
Michaela Wicke
- Band 4** Persönliche Gottesvorstellungen junger Erwachsener, Kassel 2010, 156 S., ISBN 978-3-89958-826-2
Karina Möller
- Band 5** Urknall oder Schöpfung? Eine empirische Untersuchung im Religionsunterricht der Sekundarstufe II, Kassel 2010, 595 S., ISBN 978-3-89958-842-2
Meike Rodegro
- Band 6** Männlich – Weiblich – Göttlich. Geschlechtsspezifische Betrachtungen von Gottesbeziehungen und Gottesverständnis Heranwachsender aus mehrheitlich konfessionslosem Kontext, Kassel 2010, 241 S., ISBN 978-3-89958-844-6
Ina Bösefeldt
- Band 7** AchtklässlerInnen entdecken einen Zugang zu Wundererzählungen, Kassel 2010, 142 S., ISBN 978-3-89958-878-1
Katharina Burhardt
- Band 8** Philosophisch und theologisch denken. Ein Beitrag zur Entwicklung eines Curriculums für die Ausbildung, Kassel 2010, 122 S., ISBN 978-3-89958-990-0
Philipp Klutz
- Band 9** „Ernst und das Licht“. Theologische Gespräche zur Christologie in der Oberstufe, Kassel 2011, 138 S., ISBN 978-3-86219-118-5
Katharina Ochs
- Band 10** Spiritualität von Kindern - Was sie ausmacht und wie sie pädagogisch gefördert werden kann. Forschungsbericht über die psychologische und pädagogische Diskussion im anglophonen Raum, Kassel 2011, 392 S., ISBN 978-3-86219-126-0
Delia Freudenreich
- Band 11** Kompetenzorientierter Religionsunterricht. Planung, Durchführung und Auswertung eines Unterrichtsprojekts zum Thema „Sterben, Tod und Auferstehung“ (Jahrgangsstufe 9), Kassel 2012, 127 S., ISBN 978-3-86219-262-5
Johanna Szymik, Tino Wiesinger, Mario Ziegler

- Band 12** Die Bedeutung der Theodizeefrage im theologischen Gespräch mit Kindern und Jugendlichen. Überraschende Erkenntnisse eines Forschungsprojektes, Kassel 2012, 116 S., ISBN 978-3-86219-274-8
Sebastian Hamel
- Band 13** Facetten des Gotteskonzepts: Kinder einer 4. Klasse schreiben in Briefen über ihre Gottesvorstellungen, Kassel 2012, 238 S., ISBN 978-3-86219-284-7
Carolin Pfeil
- Band 14** Vom Umgang Jugendlicher mit der Leidfrage. Planung, Durchführung und Reflexion einer Unterrichtsreihe für die 10. Klasse, Kassel 2012, 181 S., ISBN 978-3-86219-300-4
Magdalena Rode
- Band 15** „Geschichten sind doch dazu da, weitererzählt zu werden“. Eine empirische Untersuchung zu Sinn, Relevanz und Realisierbarkeit einer Kinderbibel von Kindern, Kassel 2012, 264 S., ISBN 978-3-86219-256-4
Nicole Metzger
- Band 16** Studentische Gottesvorstellungen. Empirische Untersuchungen zur Professionalisierung der Wahrnehmung, Kassel 2013, 368 S., ISBN 978-3-86219-310-3
Nina Rothenbusch
- Band 17** Die Professionalisierung Studierender durch Reflexionsgespräche. Aufgezeigt am Beispiel der Forschungswerkstatt „Theologische Gespräche mit Jugendlichen“, Kassel 2012, 170 S., ISBN 978-3-86219-328-8
Sarah-Maria Schmidl
- Band 18** Welche Vorstellungen haben Kinder der vierten Klasse vom Tod? Kassel 2012, 85 S., ISBN 978-3-86219-344-8
Katharina Druschel, Franziska Schmeier, Anna-Lena Surrey
- Band 19** „Auf der Grenze“ - Religionsdidaktik in religionsphilosophischer Perspektive. Unterrichtspraktische Überlegungen zur Anthropologie in der gymnasialen Oberstufe mit Paul Tillich, Kassel 2012, 395 S., ISBN 978-3-86219-348-6
Anke Kaloudis
- Band 20** Gestaltung und Einsatzmöglichkeiten einer Lernkiste zur Josefserzählung für ein 4. Schuljahr, Kassel 2012, 212 S., ISBN 978-3-86219-354-7
Rebekka Illner
- Band 21** Theodizee – Einbruchstelle des Glaubens bei Jugendlichen?, Kassel 2012, 168 S., ISBN 978-3-86219-356-1
Stefanie Neruda
- Band 22** Wie entsteht der Glaube im Menschen? Eine Untersuchung der persönlichen Vorstellungen von SchülerInnen der neunten Jahrgangsstufe, Kassel 2013, 112 S., ISBN 978-3-86219-462-9
Annika Stahl

- Band 23** Dialogische Bibeldidaktik. Biblische Ganzschriften des Alten und Neuen Testaments in den Sekundarstufen des Gymnasiums – ein unterrichtspraktischer Entwurf, Kassel 2013, 112 S., ISBN 978-3-86219-462-9
Christian Dern
- Band 24** Powerful Learning Environments and Theologizing and Philosophizing with Children, Kassel 2013, 170 S., ISBN 978-3-86219492-6
Henk Kuindersma (Ed.)
- Band 25** Religionspädagogik mit Mädchen und Jungen unter drei Jahren in ausgewählten neueren Entwürfen. Eine Untersuchung der theoretischen Bezüge und der religionspädagogischen Praxis, Kassel 2013, 137 S., ISBN 978-3-86219-644-9
Frauke Fiedler
- Band 26** Gott ist (k)ein alter weiser Mann! Jugendliche schreiben über ihre Gottesvorstellungen, ihren Glauben, ihre Zweifel, Kassel 2014, 247 S., ISBN 978-3-86219-644-9
Judith Krasselt-Maier
- Band 27** Gott als Therapeut? Eine Untersuchung zur religiösen Orientierung Jugendlicher, Kassel 2014, 137 S., ISBN 978-3-86219-764-4
Victoria Kurth
- Band 28** Kreatives Schreiben im Religionsunterricht der Grundschule am Beispiel der Davidsgeschichte, Kassel 2014, 217 S., ISBN 978-3-86219-764-4
Elena Wagener
- Band 29** Weißt du wohin wir gehen ... ? Mit Kindern über das Leben nach dem Tod theologisieren und philosophieren. Ein Praxisbuch, Kassel 2015, 143 S., ISBN 978-3-86219-816-0
Robin Alexander Kiener
- Band 30** „Weißt du, wieviel Sternlein stehen?“ Eine Kosmologie (nicht nur) für Religionslehrer/innen, Kassel 2014, 192 S., ISBN 978-3-86219-840-5
Veit-Jakobus Dieterich / Gerhard Büttner (Hrsg.)
- Band 31** „Ich spreche im Kopf mit Gott.“ Empirische Erkundungen in der Grundschule zum Thema Gebet, Kassel 2015, 122 S., ISBN 978-3-86219-864-1
Bettina Ritz
- Band 32** Children's voices. Theological, philosophical and spiritual perspectives, Kassel 2015, 171 S., ISBN 978-3-86219-922-8
Petra Freudenberger-Lötz / Gerhard Büttner (Hrsg.)
- Band 33** „Man soll etwas glauben, was man nie gesehen hat.“ Theologische Gespräche mit Jugendlichen zur Wunderthematik, Kassel 2015, 621 S., ISBN 978-3-86219-918-1
Annikе Reiß
- Band 34** „Für die göttliche Erfahrung muss die Chemie stimmen.“ Persönliche Gotteserfahrungen von Oberstufenschüler/innen aus jugendtheologischer Perspektive, Kassel 2015, 607 S., ISBN 978-3-7376-0010-1
Karina Möller

- Band 35** Kirche, Jugend, Internet. Die Landeskirche von Kurhessen Waldeck im Netz – Erreichbarkeit und Einbindung der jungen Generation nach der Konfirmation mittels einer speziellen Homepage, Kassel 2015, 601 S., ISBN 978-3-7376-0018-7
Daniel Faßhauer
- Band 36** Biographisches Lernen in der religionspädagogischen ErzieherInnenausbildung, Kassel 2016, 494 S., ISBN 978-3-7376-0104-7
Iris Kircher
- Band 37** Begabungen und Fähigkeiten durch Wertschätzung fördern. Impulse aus der Pfadfinderpädagogik, Kassel 2017, 100 S., ISBN 978-3-7376-0282-2
Gabriel Tetzner
- Band 38** Salafismus – eine Herausforderung in Theologischen Gesprächen, Kassel 2018, 192 S., ISBN 978-3-7376-0434-5
Lena Kirbach
- Band 39** Children's book Nurture for children's theology, Kassel 2018
220 S., ISBN 978-3-7376-0528-1
Anton A. Bucher, Gerhard Büttner, Elisabeth E. Schwarz (Ed.)
- Band 40** Anamnetisches Theologisieren mit Kunst. Ein Beitrag zur Kirchengeschichts-
didaktik, Kassel 2019, 310 S., ISBN 978-3-7376-0702-5
Britta Konz
- Band 41** "Biblische Textauslegung im Kontext der Kindertheologie. Eine Untersuchung zur
Auslegungskompetenz von Kindern auch in Bezug auf die Vorgaben aktueller
Kerncurricula, 481 S., ISBN 978-3-7376-0702-5
Albrecht, Eva Caroline
- Band 42** Der Glaube im Leistungskontext des Religionsunterrichts. Theologisieren über die
Rechtfertigungslehre in der gymnasialen Oberstufe mit Martin Luthers Siegelring,
Kassel 2019, 534 S., ISBN 978-3-7376-0736-0
Heike Regine Bausch
- Band 43** Do Not Be Concerned Only About Yourself..." Transcendence and Its Importance
for the Socialization and Formation of a Child's Personality, Kassel 2019, 186 S.,
ISBN 978-3-7376-0436-9
Noemi Bravená
- Band 44** Der Heilige Geist im Religionsunterricht. Empirische, exegetische, systematische
und religionspädagogische Untersuchungen als Anregung für die Bildung von
Religionslehrkräften, Kassel 2019, 467 S., ISBN 978-3-7376-0768-1
Südland, Annegret
- Band 45** Beratungskonzept der Kasseler Forschungswerkstatt. Kriterien gelungener
Reflexionsgespräche und praktische Erprobung des studentischen Mentorings,
Kassel 2020, 316 S., ISBN 978-3-7376-0902-9
Marie Sophie Kitzinger
- Band 46** Bausteine einer wertschätzenden Schulkultur, Kassel 2020, 124 S., ISBN 978-3-
7376-0917-3
Carlotta Bothe

- Band 47** Interreligiöse Lernprozesse bei Lernenden und Lehrenden fördern. Ein exploratives Design entwickelt an einer berufsbildenden Schule, Kassel 2021, 537 S., ISBN 978-3-7376-0939-5
Christoph Leurle
- Band 48** Bibel – Didaktik – Unterricht. Exegetische und Religionspädagogische Perspektiven. Festschrift für Peter Müller und Anita Müller-Friese zum 70. Lebensjahr, Kassel 2021, 345 S., ISBN 978-3-7376-0958-6
Petra Freudenberger-Lötz, Axel Wiemer, Eva Jenny Korneck, Annegret Südländ, Georg Wagensommer (Hrsg.):
- Band 49** Bedarfe einer zukunftsfähigen evangelischen Jugendarbeit, fokussiert durch die haupt- und ehrenamtlichen Experten des Handlungsfeldes, Kassel 2021, 311 S., ISBN 978-3-7376-0970-8
Silke Gütlich
- Band 50** Hoffnung im Religionsunterricht zwischen Eden und Eschaton. Eine kommentierte Materialsammlung für alle Schulstufen von und mit Lehrenden und Lernenden, Kassel 2021, 325 S., ISBN 978-3-7376-0995-1
Julia Drube (Hrsg.)

Seit 1. Januar 2022

**Beiträge zur Kinder- und Jugendtheologie
und andere religionspädagogische Schätze**

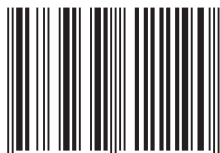
- Band 51** Todesvorstellungen und christliche Auferstehungshoffnung im Blickfeld der Jugendtheologie, Kassel 2022, 370 S., ISBN 978-3-7376-0978-4
Kallies-Bothmann, Johanna
- Band 52** Who is my neighbour? 21 Stories of Risk-taking, Rescue and Reflection, Kassel 2022, 124 S., ISBN 978-3-7376-1024-7
Brian Seatter
- Band 53** Ambiguitätstoleranz. Wie kann Ambiguitätstoleranz durch interreligiöses Lernen im Religionsunterricht an beruflichen Schulen gefördert werden? Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich? Kassel 2022, 138 S., ISBN 978-3-7376-1036-0
Tim Krüger
- Band 54** Von der Relevanz einer „Ökologischen Theologie“ im Religionsunterricht. Schöpfungstheologische und naturethische Impulse – Achtsamkeitserfahrungen in der Natur – religionspädagogische und interdisziplinäre Perspektiven, Kassel 2023, 122 S., ISBN 978-3-7376-1108-4
Ulla Braner
- Band 55** Theologie als Lehramtsstudium. Beiträge aus der Sicht Studierender, Kassel 2023, 274 S., ISBN 978-3-7376-1113-8
Paul-Gerhard Klumbies (Hrsg.)
- Band 57** Pflege, Ethik, Religion: Historische, bildungspolitische und religionsdidaktische Perspektiven auf die generalistische Pflegeausbildung, Kassel 2023, 257 S., ISBN 978-3-7376-1119-0
Harald Becker, Georg Wagensommer (Hrsg.)

Ethische und (inter)religiöse Kompetenzen sind für Pflegekräfte von großer Bedeutung und sie spielen auch in der Ausbildung eine Rolle. In Baden-Württemberg wurde das Fach „(Evangelische bzw. Katholische) Religionslehre sowie Religiöse und ethische Kompetenzen“ in die generalistische Pflegeausbildung integriert. Deutschlandweit ist dies eine Besonderheit. Zudem stellt dieses Fach auch eine Herausforderung für die Jugendtheologie dar: Als berufsbezogenes Fach fordert es Auszubildende immer wieder zu theologischen Reflexionen im Blick auf existentielle Fragen heraus. Lehrkräfte hingegen werden in der Begleitung der Auszubildenden mit deren lebensspezifischen Voraussetzungen und beruflichen Anforderungen konfrontiert. Diese Aspekte greift der vorliegende Band auf. Dessen Autorinnen und Autoren sind zum Teil seit vielen Jahren in den Bereichen Pflege, Bildung und Religion auf verschiedenen Ebenen tätig und mit Fragen religiöser Bildung befasst. Vor diesem Hintergrund werden Perspektiven in historischen, bildungspolitischen und unterrichtspraktischen Dimensionen entfaltet.

Gedruckt mit der Unterstützung des
Religionspädagogischen Instituts der
Evangelischen Landeskirche Baden, Karlsruhe.



ISBN 978-3-7376-1119-0



9 783737 611190 >