



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

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

Gleichstellung und Gender Mainstreaming
in der Pflege

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

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Kathleen Wirth

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0203-3

Betreuer: Prof. Dr. Gabriele Claßen
Zweitprüfer: Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze

Tag der Einreichung: 11.07.2008

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Anhangverzeichnis	3
1. Einleitung	4
2. Gleichstellung und Gender Mainstreaming in der Pflege	5
2.1 Begriffsklärung	5
2.2 Frauen und Männer in der Pflege	7
2.2.1 Pflege ein Frauenberuf?	7
2.2.1.1 Vom Liebesdienst zur Berufsbildung – ein geschichtlicher Abriss	7
2.2.1.2 Neukonstruktion von Pflege als Frauenberuf	13
2.2.2 Frauen in der Pflege	15
2.2.3 Männer in der Pflege	18
2.3 Karrieren im Pflegeberuf	22
3. Der Pflegeberuf im Genderaspekt	26
3.1 Verbleib und Fluktuation in der Pflege	26
3.2 Gesundheitsförderung in der Pflege	28
4. Quantitative Geschlechterforschung	34
5. Der Fragebogen	37
5.1 Entwicklung eines genderrelevanten Fragebogens	37
5.2 Einsatzmöglichkeiten	41
5.3 Probleme	41
6. Fazit und Ausblick	43
7. Literaturverzeichnis	45
8. Anhang	51
9. Eidesstattliche Erklärung	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vergleich der Pflegeverständnisse von Männern und Frauen	19
Tabelle 2:	Vorschläge für die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung sowie eine ressourcen- und genderorientierte Spezifizierung	32

Anhangverzeichnis

Anhang 1:	Fragebogen	51
-----------	------------	----

1. Einleitung

Bei ca. 400 Ausbildungsberufen in Deutschland entscheiden sich junge Mädchen gerade mal zwischen zehn Berufen. Der Beruf der Krankenschwester ist dabei einer der meist gewählten Berufe nach der schulischen Ausbildung. Junge Männer entscheiden sich viel selbstverständlicher aus einem viel breiteren Spektrum für einen Beruf. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 7) Aber wählen sie auch einen Pflegeberuf, und wenn ja warum? Der tägliche Berufsalltag von Pflegekräften ist noch immer mit ca. 80% von Frauen dominiert (Statistisches Bundesamt 2005/2006), ist damit eine Gleichstellung von Frauen und Männern gewährleistet? Karrieren in der Pflege sind hochgradig verschieden zu anderen Berufen, gibt es hier geschlechtsspezifische Entwicklungen oder berufsspezifische Parallelen? Fluktuationsraten in der Pflege steigen immer mehr an, kann Gender Mainstreaming ein besseres Arbeitsumfeld ermöglichen und so entsprechend auch gesundheitsfördernd wirken?

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, einen Überblick über Gleichstellung und Gender Mainstreaming in der Pflege zu schaffen. Fragen und Diskussionspunkte, wie oben, sollen theoretisch beantwortet und diskutiert werden um einen best möglichen Blick auf dieses Thema zu gewährleisten. Des Weiteren soll durch die Entwicklung eines Fragebogens zur Thematik eine Ist-Analyse zur Gleichstellungssituation in der Pflege ermöglicht werden.

Im ersten Teil der Bachelorarbeit wird theoretisch der Pflegeberuf als „Frauenberuf“ kritisch untersucht. Die Entstehung dieses Berufes und seine momentane Entwicklung ist Gegenstand der Ausarbeitung. Ebenfalls werden Frauen und Männer in der Pflege beleuchtet und ihre unterschiedlichen Karrieren hinterfragt. Der Pflegeberuf im Genderaspekt bildet einen weiteren Schwerpunkt, hier werden Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf sowie gesundheitsfördernde und –schädliche Faktoren beleuchtet. Im zweiten Teil der Bachelorarbeit wird mit Bezug auf quantitative Geschlechterforschung die Entwicklung eines gendersensiblen Fragebogens für die Pflege aufgezeigt. Mögliche zukünftige Einsatzmöglichkeiten werden erörtert und auftretende Probleme in Entstehung und Anwendung des Fragebogens beleuchtet. Abschließend wird mit einem Fazit und einem Ausblick die Bachelorarbeit entsprechend beendet und Möglichkeiten für den praktischen Einsatz des Fragebogens werden aufgezeigt.

2. Gleichstellung und Gender Mainstreaming in der Pflege

2.1 Begriffsklärung

„Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 5)

Dieses Zitat verdeutlicht sehr anschaulich den Inhalt von Gender Mainstreaming. Es geht eben nicht „nur“ um Frauenförderung oder die Gleichstellung der Frau, sondern um die immer wehrende Berücksichtigung beider Geschlechter entsprechend ihrer Ressourcen. Denn „gender“ ist der englische Begriff für soziales, kulturelles und gesellschaftlich geprägtes Geschlecht von Frauen und Männern. Dies steht dem reinen biologischen Geschlecht, im Englischen „sex“ gegenüber. Im Deutschen gibt es keine Bezeichnung für das Wort „Gender“, darum wird es aus dem Englischen übernommen. Das Wort „Mainstreaming“, aus dem Englischen für „Hauptstrom“, bedeutet dass eine bestimmte inhaltliche Vorgabe, die bisher nicht das Handeln bestimmt hat, zum zentralen Bestandteil von Handlungen und Prozessen wird. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 5)

„Gender Mainstreaming (GM) – das ist auf Gleichstellung ausgerichtete Denken und Handeln in der täglichen Arbeit einer Organisation.“ (Gender KompetenzZentrum 2008)

Dieses Zitat des Gender KompetenzZentrums zeigt auch wie Gender Mainstreaming arbeiten soll. Es geht darum an der Spitze einer Organisation oder eines Unternehmens für alle Beschäftigten, die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern in der Struktur, die Gestaltung von Prozessen und Arbeitsabläufen, die Ergebnisse von Produkten und Dienstleistungen und die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie das Controlling von vornherein zu berücksichtigen um das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern effektiv zu verwirklichen. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 5) Dies gilt für alle Bereiche des öffentlichen Lebens und damit auch für die Pflege, Krankenhäuser, soziale Dienste und natürlich auch für ambulante Pflegestationen, denn diese sind alles Unternehmen, die laut internationalem Recht (Amsterdamer Vertrag Art. 2) und nationalen Verfassungsgesetzen (Grundgesetz Art. 3 und Bundesgesetze – Sozialgesetzbuch VIII §9) zur Umsetzung einer effektiven Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender

Mainstreaming verpflichtet sind. Wo liegt jetzt aber der Unterschied zur Frauenpolitik? Gender Mainstreaming und Frauenpolitik sind beides Instrumente zur Gleichstellung von Frau und Mann. Gender Mainstreaming ist hierbei das Instrument, um geschlechterspezifische Ausgangspositionen und Folgen einer Maßnahme zu bestimmen. Werden hierbei Benachteiligungen von Frauen oder Männern, jedoch meist eher noch Benachteiligungen von Frauen entdeckt, so wird entsprechend Frauen- bzw. Männerpolitik eingesetzt. Es geht dann um die alleinige Förderung eines Geschlechtes um der jeweiligen Benachteiligung entgegen zu wirken. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 30) Frauenpolitik setzt in der Regel nach einer bereits entstandenen Benachteiligung von Frauen an, Gender Mainstreaming versucht diese Benachteiligungen von vorn herein zu vermeiden und dem entgegen zu wirken. Maßnahmen des Gender Mainstreaming können dabei gleichzeitig beide Geschlechter fördern, ein Beispiel ist hier die unterschiedliche Ansprache von Frauen und Männern bezüglich Präventionsmaßnahmen. Gleichstellung und Gender Mainstreaming haben durchaus verschiedene Vorteile und Effekte, die im Anschluss nur genannt werden sollen.

Warum Gender Mainstreaming?

- Durch die Ausrichtung an den Lebensrealitäten beider Geschlechter wird die Wirksamkeit von politischen, verwaltungstechnischen als auch beruflichen Maßnahmen erhöht.
- Der Abbau von Diskriminierung vermeidet Kosten, weil weniger nachträgliche Korrekturmaßnahmen nötig sind.
- Die Innovationspotentiale beider Geschlechter werden angesprochen und aktiviert. Dadurch steht eine größere Gruppe von qualifiziertem Personal zur Verfügung.
- Die Qualität von Dienstleistungen wird durch geschlechterspezifische Pass- und Zielgenauigkeit erhöht.
- Die Beschäftigten sind zufriedener und stärker motiviert.
- Starre und unproduktive Arbeitsstrukturen und -kulturen können durch Aufhebung von Geschlechtermonokulturen und durch die regelmäßige Repräsentanz von Frauen und Männern schneller und besser überwunden werden.

Warum Gleichstellung?

- Die Gleichstellung der Geschlechter und das Recht auf gleiche Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen sind grundlegende Menschenrechte.
- Die Gleichstellung von Frauen und Männern vergrößert die Gerechtigkeit in einer Gesellschaft, die zu annähernd gleichen Teilen aus Frauen und Männern besteht.

- Die gleiche Teilhabe und Teilnahme von Frauen und Männern in allen Bereichen der Gesellschaft bedeutet die volle Verwirklichung von Demokratie. Arbeit, Kreativität und Entscheidungsmacht auch von Frauen sind für die Wettbewerbsfähigkeit von Wirtschaft und Gesellschaft unverzichtbar.
- Gleichstellung bedeutet in vielfacher Hinsicht für Frauen und Männer eine höhere Lebensqualität und mehr Entscheidungsfreiheit für die eigene Lebensgestaltung und zeigt für nachfolgende Generationen neue Lebensperspektiven auf.
(vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 31f)

2.2 Frauen und Männer in der Pflege

2.2.1 Pflege ein Frauenberuf?

2.2.1.1 Vom Liebesdienst zur Berufsbildung - ein geschichtlicher Abriss

„Die Frau als Krankenschwester, von der Natur zur Unterwerfung und Selbstaufgabe bestimmt, wird auf ihren Platz verwiesen und eindeutig beschrieben, und sie macht selbst diese Zuschreibung zu ihrer eigenen Sache. Selbstaufgabe wird zum fachlichen Kriterium für eine gute Krankenpflege und beinhaltet den Verzicht auf die eigenen Bedürfnisse, also letztlich eine Entfremdung von sich selbst. Und darüber hinaus, in dieser Berufskonstruktion zwangsläufig als Hilfskraft an den Arzt gefesselt, muss sich die gute Krankenschwester natürlich noch befleißigen mit dem Arzt in seiner Sprache kommunizieren oder ihn wenigstens verstehen zu können.“ (Steppe 2003, S. 132f)

Dieses Zitat von Steppe kennzeichnet anschaulich wie die Krankenpflege als Frauenberuf in der Vergangenheit gesehen und bis heute nur wenigen Reformen unterlegen hat. Die Elemente eines typischen Frauenberufs kennzeichnet Hilde Steppe wie folgt: Frauenberufe sind „Nicht-Berufe“ beschrieben durch Unendlichkeit, Grenzenlosigkeit, Weisungsgebundenheit, inhaltlicher Diffusität, geringer gesellschaftlicher Anerkennung, schlechter Arbeitsbedingungen, fehlender Orientierung an den Gesetzen der Arbeitswelt und kärglichem Lohn. (vgl. Steppe 2003, S. 133) Schon 1981 erklärten Ostner und Krutwa-Schott dass der Frauenberuf, also die Pflege, für Männer keine Nachteile bedeuten würde. Dem Mann bleibt die treusorgende Ehefrau und Mutter und die Geschlechterdifferenz zur Bestimmung der Frau wird durch Fließens Erhebung des Frau-Seins zum Beruf eher vertieft. Dieser Beruf ist für den Mann ein Vorteil, da ihm die außerhäusliche Verfolgung seiner Berufsgeschäfte gelingen kann. Somit entsteht eine

Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau die unerbittlich kapitalistische Deformationen menschlicher Natur in bürgerlich kapitalistisch produzierte Not durch weibliche Liebestätigkeit rechtfertigt. (vgl. Ostner/Krutwa-Schott 1981, S. 22) Diese zwei kurzen Einblicke in zeitgenössische Literatur zeigen, dass Krankenpflege als Frauenberuf oder Beruf näher beleuchtet werden muss. Hierbei wird ein kurzer Abriss von der vor- bzw. frühgeschichtlichen Zeit bis zur Krankenpflege im 20. Jahrhundert gezeichnet.

Dass Menschen unter Krankheiten bzw. Traumata litten, die über einen gewissen Zeitraum Pflege erforderten, konnte durch Forschungen bei Naturvölkern und primitiven Ureinwohnern in vor- und frühgeschichtlicher Zeit an Hand von Grabfunden nachgewiesen werden. In dieser Zeit galten Heilhandlungen jedoch als magische Handlungen. Zu Beginn der Bronzezeit waren Grabbeigaben hauptsächlich männlichen Göttern gewidmet, jedoch zum Ende dieser Zeit waren 90% der Opfergaben an weibliche Gottheiten bestimmt. Dieser Aspekt als auch der Aufstieg von Frauen in den Rang von Schamaninnen kennzeichnet den Aufstieg und damit die Aufwertung von Frauen. Ab 500 vor Christus wurden Gegenstände für heilende Rituale oder chirurgische Instrumente in weiblichen und männlichen Grabstätten gefunden. (vgl. Wolff/Wolff 1994, Achterberg 1991 in Schmitz 2002, S. 2) In den bekannten Hochkulturen Mesopotamiens, Ägyptens, Chinas und Indiens wurden ab ca. 3000 vor Christus Männer als Ärzte und Frauen als Priesterinnen und Ärztinnen mit einer engen Verbindung zur Religion dargestellt. Jedoch wurde kurze Zeit später der somarische Weiblichkeitsmythos beschrieben, das heißt Frauen wurden nicht mehr mit dem „Göttlichen“ assoziiert und verloren auch so ihre Heilkraft. Krankenpflege wurde häufig von der Familie übernommen. Erstmals wurde in der Charaka-Samhita die Vierzahl: des Arztes, des Medikamentes, der Pflegenden und der Kranke benannt. Hier werden auch Tugenden eines Pflegers aufgeführt. Dazu gehören Kenntnisse der Art, wie Medikamente zu verwenden sind, Klugheit, Hingebung an den Kranken und Reinheit. Es wird vermerkt, dass Pflegenden fast immer Männer waren. (vgl. Nutting/Dock 1919 in Schmitz 2002, S. 2) In der griechisch-römischen Antike wird die Basis für die westliche Heilpraxis gesehen. Hauptsächlich Männer dominieren in dieser Zeit. Jedoch gibt es wenige Frauen in der Ausübung der Heilkunst als auch Hebammen und Frauenärzte. Die Anerkennung weiblichen Heilens nahm nach 700 vor Christus rapide ab. Zur Zeit des Hippokrates waren Frauen kaum noch beteiligt an der Ausübung der Heilkünste. Dies dürfte in Zusammenhang mit einer allgemeinen geringen gesellschaftlichen Stellung der Frau liegen. Zu Zeiten Galens (um 200 nach Christus) wandten sich mehr Männer den Heilberufen zu und verdrängten damit die Frauen vollends aus der Heilkunst. Bis zu dieser Epoche gab es keine Abgrenzungen zu Krankenpflege als eigenständige Form der Heilpflege. Jedoch gibt es zahlreiche Anweisungen

zu pflegerischen Handlungen in allgemeinen Therapieplänen. Dazu gehören die Diätetik und „das Grundpflegeprogramm der modernen Krankenpflege“. (Seidler 1993, Achterberg 1991, Schönfeld 1947 in Schmitz 2002, S. 3) Pflegerische Tätigkeit in diesem Sinne wurde überwiegend von Schülern/innen der Ärzte/innen übernommen, in Rom auch von Gehilfen oder männlichen Sklaven. Pflegerische Eigenschaften sollten hier Bescheidenheit, Würde, Urteilsfähigkeit, Ruhe, Entschiedenheit und Lauterkeit im Denken und im Tun sein. Die christliche motivierte Krankenpflege im 4. Jahrhundert kennzeichnete sich durch Klöster, als Abbild der christlichen Familie oder der himmlischen Gemeinde in der Sorge für Kranke als ganz besondere Pflicht. Die Durchführung der pflegerischen und barmherzigen Aufgaben wurde durch Frauen und Männer also Diakonissen und Diakone gewährleistet. Frauen und Männer waren hier zunächst gleichberechtigt. Nutting und Dock meinen, dass Krankenpflege nicht als alleiniges Gebiet der Frauen gesehen werden darf, denn in den ersten nachchristlichen Jahrhunderten stellten Männer mindestens die Hälfte des Pflegedienstes. Dem gegenüber stellt Seidler, dass Krankenpflege in christlicher Frühzeit eine vornehmlich weibliche Tätigkeit gewesen sei und Frauen nach christlicher Lehre auf Grund hierarchischer Verhältnisse dem so genannten natürlichen Aufgabenbereich zugeschrieben wird. Dem entsprechend ergab sich die Pflege und Sorge für Kranke und Arme für die ersten Christen aus der Anweisung der heiligen Schrift. Diakone und Diakonissen sollten von ihrer Eigenschaft her achtbar, nicht doppelzünftig, nicht dem Wein ergeben und nicht gewinnsüchtig sein. Sie sollten mit reinem Gewissen am Geheimnis des Glaubens festhalten. Des Weiteren sollen sie unbescholten, ehrbar, nüchtern, zuverlässig und nicht verleumderisch sein. (vgl. Nutting/Dock 1919, Seidler 1993 in Schmitz 2002, S. 3) Im Mittelalter entstand eine Großzahl von Hospitälern, die von Orden oder Bruderschaften unterhalten wurden. Diese versorgten zunächst Mitbrüder und Mitschwester, später übernahmen sie auch die Krankenbehandlung. Kurze Zeit später entstanden auch Spitalorden oder Ritterorden (wie Johanniter, Lazaritter), deren überwiegend männliche Mitglieder sich vor allem um die Pflege der Pilger und Kreuzritter bemühten. In den Klöstern waren sowohl Frauen als auch Männer mit der Krankenpflege betraut, Grundlage aller heilkundlichen Tätigkeit war das Dienen als Verpflichtung aus der christlichen Lehre. (vgl. Wolff/Wolff 1994, Schipperges 1990 in Schmitz 2002, S. 3f)

„Die Sorge für die Kranken soll einem Mann von klugem und frommen Lebenswandel übertragen werden, der für sie sorgt und mit großem Eifer das herbei schaffen kann, dass wegen ihrer Krankheit nötig ist. Er muss den Kranken in allem dienen.“ (Schipperges 1990 in Schmitz 2002, S.4)

Anzumerken ist hier, dass es jedoch keine Unterscheidung bezüglich der Eignung von Frauen oder Männern zum Dienst am Kranken gegeben zu haben scheint. Die Beginengemeinschaften gaben Frauen die Möglichkeit als Pflegekraft zu arbeiten, sie lebten freiwillig arm und keusch und verdienten ihren Unterhalt überwiegend selbst. Sie arbeiteten als Handwerkerinnen, weil dies im Mittelalter Frauen noch möglich war. Die wenigen männlichen Organisationen, die Begarden fielen zahlenmäßig kaum ins Gewicht. 1586 entstand der Orden der Barmherzigen Brüder, dieser verpflichtete sich ausdrücklich der Krankenpflege. 1634 wurde der Orden der Barmherzigen Schwestern (später auch Vinzentinerinnen) gegründet. Dieser Orden übernahm europaweit Krankenpflege in Gemeinden und zahlreichen Hospitälern. Die Sichtweise der christlichen Krankenpflege wird hier erweitert um den Punkt die Versorgung von Kranken vor religiöse Pflichten zu stellen. Barmherzige Schwestern verpflichteten sich des Weiteren zu Achtung und Gehorsam gegenüber den Ärzten (zu dieser Zeit ausschließlich Männer), zur Vermeidung von Kritik an ärztlichen Anweisungen als einen Missgriff im Urteil entstanden durch Unkenntnis. (vgl. Nutting/Dock 1919, Seidler 1993 in Schmitz 2002, S. 4) Zu dieser Zeit wird erstmals die ausdrückliche Anweisung an Krankenschwestern sich dem Arzt unter zu ordnen beschrieben. Ab 1537 werden so genannte Krankenwärter (Frauen und Männer) eingesetzt. Sie arbeiten im Brechenhaus (Krankenhaus für Pest- und Seuchenkranke) und sollten fromm, ehrbar, schicklich sein und dem Kranken, Armen und Reichen getreulich aufwarten. (Schulz 1992 in Schmitz 2002, S. 5) Die Krankenpflege im 18. Jahrhundert wird als dunkle Periode der Krankenpflege bezeichnet. Denn das Leistungsvermögen der Krankenpflege wird durch mehrere Faktoren überfordert: ein Mangel an Pflegekräften, wachsende ärztliche Ansprüche an die Krankenpflege und erschwerte Pflegebedingungen in überfüllten Krankenhäusern. Vollkommene Krankenwärter werden vom Arzt Johann Gottfried Phähler folgendermaßen beschrieben: „nahe bey den Kranken seyn ..., die Vorschriften und den Rath der Aerzte und Wundärzte genau –befolgen..., in Sachen, welche es erfordern, äußerst verschwiegen seyn; die Kranken von Zeit zu Zeit, ohne ihnen beschwerlich zu fallen, trösten...“. (vgl. Wolff/Wolff 1994 in Schmitz 2002, S. 5) Des Weiteren werden Krankenwärter beschrieben mit einem gesunden, starken weder zu jungen noch zu altem Körper und mit einer guten wohlthätigen Seele. Sie sollten fromm, getreu, wachsam, unverdrossen, verschwiegen, vorsichtig und geduldig sein. (vgl. Mai 1784 in Schmitz 2002, S. 5) In der Literatur wird zu diesem Zeitpunkt kein Anzeichen auf Geschlechtertrennung skizziert. Jedoch wird zum Ende des 18. Jahrhunderts eine ausgeprägte Bevorzugung des weiblichen Geschlechts in der Eignung zur Krankenpflege festgestellt.

„Das weibliche Geschlecht ist seiner Natur nach und durch Erziehung gewöhnt biegsamer und duldender, weichherzigen und mitleidiger, folglich zur Pflege ungeduldiger und eigensinniger Kranken geschickter.“ (Sticker 1960 in Schmitz 2002, S. 5)

Die Krankenpflege war bis zum Ende des 18. Jahrhunderts völlig außerhalb des Kompetenzbereiches der Gesetzgebung. Durch den beschriebenen Notstand von Krankenpflegekräften sowohl in ihrer Anzahl als auch in ihrer Qualifikation gab es hinreichende Bemühungen die Bildung der Pflegekräfte zu erhöhen. Im 19. Jahrhundert entwickelte sich dementsprechend das Mutterhausprinzip beeinflusst durch Theodor Fliedner. Dies war eine mögliche Lebensform für nicht ordensgebundene Frauen, die den großen Bedarf an Krankenpflegerinnen im Rahmen der Diakonissenkrankenpflege rasch vergrößert hat. Diese Vereinigungen wurden von Fliedner für Frauen gedacht, denn er sah die Krankenpflege als Beruf für Frauen. Fliedner will die brachliegenden Kräfte der Frauen sinnvoll in christlicher Liebestätigkeit einsetzen.

„Und so wird in der FLIDNERSchen Konzeption des werk-tätigen Frau-Sein die Frau dem Mann gleichgestellt; sie soll gleich dem Mann ihre innerweltlichen Pflichten erfüllen, nicht in dem sie etwa seinem Tun nacheifere; sondern 'dem Mann gleich' sein, das heißt hier: daß die Frau dem Mann an Eifer nicht nachstehend ihr Besonders-Sein = Frau-Sein werk-tätig vollzieht und zwar an jedem Ort wo dieses Besonders-Sein verlangt wird.“ (Ostner/Kruttwa-Schott 1981, S. 11f)

Damit billigt Fliedner der Frau einen Beruf außerhalb der familiären Tätigkeit zu, Frau-Sein wird dementsprechend zu einer berufsmäßigen Leistung, die aber nicht angemessen entlohnt werden sollte. Jedoch wird dieses Konzept von vielen bürgerlichen Frauen angenommen, weil jenseits von Ehe und Familie Betätigungsmöglichkeiten und damit Versorgungsalternativen für bürgerliche Frauen ermöglicht werden. Weltliche Pflegevereinigungen wie das Rote Kreuz übernahmen das Mutterhaussystem und die christliche religiöse Erziehung der Krankenpflegerinnen. Eine weitere Form bildete die nun entstehende freiberufliche Krankenpflege. Im 19. Jahrhundert kam es zu einer Zunahme an Krankenpflegepersonal. Dieser Anstieg lag vor allen Dingen an der deutlichen Wachstumsrate an weiblichen Krankenpflegerinnen. Eine 1909 erfolgte Berufszählung ergab, dass 81,3 % des Krankenpflegepersonals weiblich ist. Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass Krankenpflege als Frauenberuf bezeichnet wurde. (vgl. Schmitz 2002, S. 6) Bezüglich der Entwicklung der Krankenpflege im 2. Weltkrieg stellt sich hier insbesondere die Frage wie sich mörderisches

Handeln mit der den Frauen zugeschriebenen weiblichen Liebestätigkeit verbinden lässt. Schilderungen von Krankenschwestern, die während der Nazizeit an Euthanasie beteiligt waren zeigen, dass ihr Handeln hauptsächlich auf die innerliche Gehorsamspflicht gegenüber dem Arzt reduziert wurde. Selbstständiges Denken wurde als Widerspruch zu aufopfernder Berufsarbeit angesehen, so sagte eine Schwester:

„wie ich richtig und wahrheitsgemäß angegeben habe, habe ich mich nicht geweigert. Ich war der Überzeugung, dass ich als Beamtin im Staatsdienst verpflichtet war jedes Verlangen des Staates auszuführen. Ein Bankraub oder ein Diebstahl hätte ich nicht ausgeführt, weil man so etwas nicht tut. Außerdem hätte ein Diebstahl nicht zu meinen Aufgaben gehört ... Schon als Kind hatte ich gelernt: du darfst nicht stehlen.“ (Steppe 1989 in Martin 2000, S. 45)

Krankenpflege im 20. Jahrhundert ist weiterhin ein Frauenberuf, denn heutzutage sind immer noch ca. 80% des Pflegepersonals Frauen. Die Ideologie der selbstlosen weiblichen Liebestätigkeit bleibt auch heute noch bestehen und variiert in ihrer Ausprägung.

„Krankenpflege wurde, soweit historisch nachprüfbar, von Männern und Frauen ausgeübt. Erst im 19. Jahrhundert erfolgte die Verweiblichung des Berufes, dann allerdings so nachhaltig, dass die These von der besonderen Eignung der Frauen für die Krankenpflege noch bis heute vertreten wird.“ (Schmitz 2002, S. 7)

Anforderungen an das Pflegepersonal lassen sich über die Jahrhunderte durch Gemeinsamkeiten beschreiben. Dazu gehören: spezifisches Wissen, eine gewisse körperliche Eignung, eine ethisch moralische Einstellung, die oft auch christlich religiös begründet wird. Das Erfüllen dieser spezifischen Anforderungen durch Frauen zeigt die willkürliche Zuschreibung von Eigenschaften. Das gesellschaftliches und ärztliches Interesse wohl letztendlich die Ursache für die geschlechtstypische Zuweisung von Eigenschaften war, kann hier im historischen Zusammenhang festgeschrieben werden.

„Die historische Entwicklung eines Berufes hat Auswirkungen auf die aktuelle Berufssituation und sollte entsprechend erforscht und analysiert werden“. (Schmitz 2002, S. 7)

2.2.1.2 Neukonstruktion von Pflege als Frauenberuf

„Pflege als Frauenberuf scheint uns heute als ein von altersher natürlich angesehener Tatbestand zu sein. Schließlich verkörpert der Beruf die ebenso von altersher als natürlich weiblich angesehenen 'Tugenden' des Umsorgens, Hegens und Pflegens die an das weibliche mit der biologischen Geschlechtlichkeit gebunden werden und da vor allem mit der Fähigkeit des Kindergebärens.“ (Bartholomeyczik in Martin 2000, S. 31)

Bartholomeyczik kennzeichnet so den Beginn der Neukonstruktion von Pflege als typischer Frauenberuf mit seiner wesentlichen Entstehungsgeschichte im 19. Jahrhundert. Sie sieht diese Neukonstruktion eng mit der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung und speziell dem ärztlichen Beruf zusammen. Hierbei sind insbesondere drei Dimensionen von Bedeutung. Zum Einen, durch den beginnenden Wandel im Wissenschaftsverständnis, bereits in den beiden vorhergegangenen Jahrhunderten, kam es zu einem Bedeutungsgewinn empirischer körperbezogener Forschung. Diese naturwissenschaftliche Orientierung hatte zur Folge, dass die sich bis dahin gebildeten verschiedenen Heilberufe zugunsten des universitär ausgebildeten Arztes verschwanden. Auch die weitreichende Ausrottung heilender Frauen im Zuge der Hexenverfolgung machte den Heilberuf zunächst zu einem Männlichen. Die zweite Dimension bezieht sich auf die Industrialisierung und damit verbundene Form von Verstädterung. Diese Aspekte führen zu einem neuen Klientel (proletarisierte Bevölkerung) für Heilbehandlungen. Um den Anforderungen der industriell ausgerichteten Zeit zu entsprechen, war die Voraussetzung weitgehend körperlicher Funktionsfähigkeit, nicht nur im Interesse der Bevölkerung, sondern auch der Arbeitgeber. Letztlich verbinden sich diese zwei Aspekte zu Entwicklung von Krankenhäusern in einem völlig neuen Charakter, es sind jetzt keine Aufbewahrungsstätten für Arme und Siche mehr. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entsteht dadurch ein Krankenhausbauboom, unter Einbeziehung hygieneorientierter Richtlinien zur möglichen Gesundung kranker Menschen. Im 19. Jahrhundert entwickelte sich auch die Weiblichkeitsideologie. Denn die Rolle der Frau des Bürgertums wurde geprägt durch ein privates Lebens mit einem eigenen Aufgabenspektrum, welches sich hauptsächlich auf Familien und Hausarbeit beschränkte. Die Weiblichkeitsideologie, also die Zuschreibung der Frau zum häuslichen Lebensbereich und des Mannes dem öffentlichen Leben gründete sich zum Einen in der Bibel und zum Anderen in der angeblich naturwissenschaftlich nachzuweisenden Andersartigkeit der Frau, womit dem Mann der Maßstab zugeschrieben wurde, an dem jede Frau sich messen sollte. (vgl. Bartholomeyczik in Martin 2000, S. 32ff) Die Weiblichkeitsideologie diente des Weiteren auch als Begründung für die Eignung zur Pflege

und damit gleichzeitig Frauen vom Medizinberuf abzuhalten. „Über dem psychologischen Schwachsinn des Weibes“ formulierte der Arzt Paul Möbius 1903 beispielsweise: „... Wollen wie ein Weib, dass ganz seinen Mutterberuf erfüllt, so kann es nicht ein männliches Gehirn haben ... Übermäßige Gehirntätigkeit macht das Weib nicht nur verkehrt, sondern auch krank.“ (Möbius 1977 in Martin 2000, S. 33f)

Zu dieser Zeit sollten Frauen nicht beruflich tätig sein. Die Ehemänner sorgten für die Interessen ihrer Frauen, somit benötigte die Frau keinerlei bürgerliche Rechte. Anderenfalls galt sie als „männlich und unleidliches Zwittergeschöpf“. Die Begründung hierfür lag in den unterschiedlichen und nicht zu verändernden Fähigkeiten, mit denen sich Männer und Frauen gleichzeitig ergänzen sollten. Auf diesen geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen baut die moderne Krankenpflege. Denn die naturwissenschaftliche Medizin steht über alle nicht naturwissenschaftlichen fassbaren Bereiche, welche als unwissenschaftlich und damit unwichtig deklariert wurden. Dazu gehört auch die Pflege. (vgl. Bartholomeyczik in Martin 2000, S. 34) Mit der zunehmenden Prägnanz der wissenschaftlichen Medizin stieg auch der Bedarf an Helferinnen, die den Arzt unterstützen. Somit waren die Suche der Frau nach einem Tätigkeitsfeld und der steigende Bedarf an Pflegepersonal eine mögliche Lösung. Ein wesentlicher Meilenstein bei der Neukonstruktion der Pflege als Frauenberuf ist das Ehepaar Friederike und Theodor Fliedner und ihrem Diakonissenhaussystem. Die Diakonisse als „Mägde des Herren“ lösten die Wärterinnen mit Liebe, Aufopferung und Gehorsam gegenüber Gott und den Vorgesetzten, also Ärzten, ab. Der Beruf der Frau wurde laut Ostner und Krutwuschott zu einem „Frau – Sein ein Tun“. Dies ist eine Arbeit die sich ausschließlich auf das Sein für andere bezieht, sowohl innerlich als auch jetzt in der öffentlichen Gemeinde. (vgl. Bartholomeyczik in Martin 2000, S. 35f)

„Alle angeblich den Frauen angeborenen Eigenschaften, wie Selbstaufgabe dienen, Opfertum und Gehorsam wurden gleichgesetzt mit fachlichen Anforderungen an die Pflege.“ (Steppe 1997 in Martin 2000, S. 37)

Jetzt wurde die geschlechtsspezifische Zuweisung sehr deutlich. Der Helferinnenberuf wurde im Dienst an Gott geschlechtsspezifisch festgeschrieben und somit in einer spezifischen Weise auch nicht-beruflich, denn angeborene Eigenschaften müssen nicht bezahlt werden und unterliegen demnach auch keiner Arbeitszeitregelung. Eine Folge dieser Zuschreibung war es, dass in diesem Beruf tätige Frauen gleichzeitig geschlechtslos wurden, denn Ehe- und Familienpflichten sind für Diakonissen nicht vorgesehen. Die weitere Entwicklung zeigte nach

dem zweiten Weltkrieg, in welchem sich ein erheblicher Wandel unterzogen hatte (theoretische Ausbildung) das ab den 60iger Jahren durch Pflegelehrbücher die dem Pflegeberuf immer noch eine Art Heiligenschein verliehen und die Verbindung zur Religion nach wie vor als wichtig ansahen, kaum Änderungen im Berufsverständnis zu verzeichnen waren. Die Emanzipationsversuche von Agnes Karll bezüglich des Arbeitens außerhalb von Mutterhäusern, der Befreiung bürgerlicher Frauen und der Bildungsforderung mündeten schließlich in dem Bemühen um einen Berufsverband, dem DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe). Jedoch blieb auch nach diesen Bemühungen die Pflege ein rein weiblicher Beruf. Gekennzeichnet beispielsweise durch die aus religiös kirchlichen Gründen entstandene Berufsbezeichnung als Krankenschwester, die Berufskleidung und die Lebensform in welcher diese Frauen lebten. Kleidung welche als Tracht bezeichnet und sehr den religiösen Ordensgewändern ähnelte, mit einer Haube die verhindert das „unordentliche Frauenhaare herumfliegen“ zeigt in welchen engen moralischen und gesellschaftlich Rollenbildern sich in der Krankenpflege arbeitende Frauen bewegen konnten. Dazu kommt eine Lebensform, welche durch internatsmäßige nicht-kirchliche Schulen gekennzeichnet ist und quasi klösterliche Lebensformen verinnerlicht. (vgl. Bartholomeyczik in Martin 2000, S. 41ff) Bis heute haben sich viele dieser Aspekte geändert, jedoch ist insgesamt zu sehen, dass die Pflege auch heute immer noch ein Frauenberuf ist, welcher durch die folgenreiche Verflechtung von religiös begründetem Gehorsam und genetisch weiblich begründeten Berufsvoraussetzungen als Basis für einen niedrigen Status, schlechte Bezahlung und Schwierigkeiten für eine wissenschaftliche Bearbeitung der Profession Pflege steht.

2.2.2 Frauen in der Pflege

Taubert hat 1987 bereits die kaum in Einklang zu bringende Verbindung von Familien und dem Schwesterberuf bemängelt. Häufig gehörten damals zu den Problemen, dass der Partner wenig Verständnis für das Engagement der Frau im gewählten Beruf aufbringt. Die Auswirkungen der Schichtarbeit sowie die Idealvorstellungen an das „Sein“ einer Krankenschwester bilden dabei einen zusätzlichen Schwerpunkt. (vgl. Taubert 1987, S. 1ff) Das berufliche Leben von Krankenschwestern ist häufig mit stereotypen Geschlechtsvorurteilen gespickt, dem Arzt unterstellt zu sein und aufopfernd für den Patienten zu agieren. Jedoch sind die Lebenswege, Erfahrungen und Ansichten der in der Pflege tätigen Krankenschwestern bei genauerer Analyse wesentlich vielfältiger und solche Klischees können in der Regel nicht aufrecht erhalten werden. Eine von Dätweyler und Baillod durchgeführte Studie an Hand von Interviews mit

verschiedenen Frauen der Pflege zeigt, dass im Folgenden erwähnte Faktoren die Arbeit von Frauen in der Pflege charakterisieren.

1. Berufswahl

Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass Krankenschwestern besonders erhabene und selbstlose Frauen sind, die einem inneren Ruf für einen schweren Berufs- und Lebensweg folgen, wählen diese Frauen eher einen Erwerbsberuf, welchen sie für sich als geeignet erachten. In vielen Fällen spielen Faktoren wie die Bekanntschaft mit einer Krankenschwester, oder der Einblick in die Pflgetätigkeit eine Rolle. In der Regel unterstützen Eltern ihre Töchter bei dieser Berufswahl. Nicht selten, auch weil sie unterschwellig erwarten, später einmal selbst in den Genuss ihrer Pflege zu kommen.

2. Arbeitsmotive

„Krankenschwestern fordern nicht, Krankenschwestern geben – und wenn sie fordern so fordern sie sich selbst.“ (Dätwyler/Baillod 1995, S. 52) Dieses Zitat fasst ganz eindeutig die Arbeitsmotive von Krankenschwestern zusammen. In diesem Punkt grenzen sich Frauen ganz explizit vom Pflegeverständnis (vgl. S. 19f) der Männer ab.

3. Arbeitszufriedenheit

Bei direkten Befragungen zur Arbeitszufriedenheit werden im Durchschnitt recht positive Ergebnisse erzielt. Dies liegt vor allem daran, dass der Wechsel von Arbeitsstellen meist mit einem Zugewinn an Kompetenzen verbunden ist und diese dann als Ergebnis eher positiv internalisiert werden. Lediglich jüngere Krankenschwestern charakterisieren z. B. die Informationspolitik des Arbeitgebers, die materiellen Bedingungen (Lohn, Sozialleistungen) und die Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Arbeitszeitregelungen und die Mitsprachemöglichkeiten als wenig befriedigend.

4. Beruf und Privatleben

Im Bezug auf den Beruf und das Privatleben gibt es von Krankenschwestern verschiedene Bewältigungsstrategien. Ein Großteil der Krankenschwestern bezeichnet ihr Privatleben vor allem durch die Schichtarbeit und die Doppelbelastung durch Familie und Beruf als beeinträchtigt. Die Krankenschwestern, welche ihr Privatleben nicht beeinträchtigt sehen haben dies durch psychologische oder konkrete Anpassungsschritte umgesetzt. Die dritte Gruppe von Krankenschwestern sieht die Berufsarbeit als eine Bereicherung ihrer Privatsituation durch z. B. die dort aufgebauten Beziehungen.

5. Berufliche Förderung

Bezüglich der beruflichen Laufbahn von Krankenschwestern werden frauentypische Ansichten festgehalten, dass vor allem Frauen konkreter Förderung in der beruflichen Welt bedürfen, jedoch fehlen MentorInnen und leider ist es meist so, dass Männer eher Männer fördern. Außerdem werden Männer immer noch als Ernährer betrachtet und haben deswegen einen angeblich höheren Lohnanspruch und den Vorzug bei der Karriereentwicklung.

6. Zusammenarbeit mit Ärzten

Im Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzten wird von Krankenschwestern eher die persönliche Beziehung in den Vordergrund gesetzt. Die tatsächliche Unterordnung und Hierarchisierung der „weiblichen“ Pflege unter den „männlichen“ Arzt wird lediglich von jüngeren Krankenschwestern beschrieben.

7. Zusammenarbeit unter Krankenschwestern

Unter Krankenschwestern gibt es eine große Solidarität, Kameradschaft und Hilfsbereitschaft, welche sich aber nur auf die Zusammenarbeit im täglichen Pflegealltag und fröhlichen beruflichen Phasen oder Episoden widerspiegelt.

8. Berufliches Selbstverständnis

Mütterlichkeit, Traditionen und Aufopferung als Schlagworte der Pflege finden generell kaum noch Zustimmung. Das berufliche Selbstverständnis von Krankenschwestern und die berufliche Realität sind momentan schwer in Einklang zu bringen. Außerdem bezieht sich dieses Selbstverständnis auch darauf, dass Krankenschwestern nicht mehr geschlechtsspezifisch interpretiert werden wollen. So sprechen Krankenschwestern nicht von Mütterlichkeit als einem Ziel sondern von Engagement, Menschlichkeit und Verständnis. Engagiertes menschliches Verhalten wird zwar als integralen Bestandteil des Berufes nicht aber als Aufopferung im Sinne persönlichen Leidens empfunden.

(vgl. Dätwyler/Baillod 1995, S. 37 ff)

Im Bezug darauf, ob der Pflegeberuf ein Frauenberuf ist, sehen sich vor allem Kinderkrankenschwestern hier als charakterisiert, weil weibliche gleichsam mütterliche Fähigkeiten zur Ausübung erforderlich sind. Der Kern der Kinderkrankenpflege bildet die fürsorgliche Tätigkeit für Kinder. Dabei steht hier im Vordergrund eine liebevolle emotionale Zuwendung, welche den Kindern Wohlbefinden und Sicherheit geben soll. Diese besondere Eignung von Frauen wird der weiblichen Sozialisation zugeschrieben. Problematisch hierbei ist

nicht das geschilderte Aufgabenprofil, sondern vielmehr die Verknüpfung zwischen „mütterlichen“ mit geschlechtsspezifischen „habits“ (Intuition, Mutterinstinkt), denn dies lässt erscheinen als gebe es eine naturhafte Qualifikation die nur vom häuslichen Alltag in das Berufsleben transportiert werden kann. Diese Problematik trifft auch auf die Alten- und Krankenpflegeausbildung zu. Denn ihnen wird noch in der Ausbildung beigebracht, dass weibliche Fähigkeiten bzw. Hausfrauentätigkeiten eine zentrale Grundlage für die Ausübung des Pflegeberufes sind. (vgl. Piechotta 2000, S. 191ff) Pflege sollte nun mehr eine professionelle Tätigkeit sein, zu der es gehört Einfühlungsvermögen und Beziehungskompetenzen zu besitzen, dies sind jedoch Fähigkeiten die unabhängig vom Geschlecht erlernt werden können. (vgl. Piechotta 2000, S. 194)

2.2.3 Männer in der Pflege

Berufsarbeit und auch die Pflege als Beruf ist neuerlich auf die Lebensbedingungen von Männern zugeschnitten. Dies begründen vorrangig Merkmale wie Lebenslänglichkeit, Kontinuität oder Vollzeiterwerbstätigkeit oder die Berechnung des Gehaltes als Familienlohn und Arbeitsplatzprofile die hauptsächlich mit Fähigkeiten und Möglichkeiten kombiniert sind welche hauptsächlich männlichen Berufsbiographien folgen. (vgl. Ummel 2004, S. 33) Außerdem wird Erwerbsarbeit in dieser Gesellschaft höher bewertet und der männlichen Sphäre zugeschrieben und Hausarbeit dementsprechend der Weiblichen (vgl. Bartjes/Hammer in Krabel/Stuve 2006, S. 137) In diesem Zusammenhang lässt sich die Frage stellen, ob Pflege von einem eventuell neuerlichen Vergeschlechtlichungsschub steht? (vgl. Ummel 2004, S. 33) Andererseits zeigt sich, dass an Pflegeberufen interessierte Männer besondere Hindernisse und Probleme aber auch Chancen wahrnehmen können. Außerdem sind viele Männer zur Zeit der Berufswahl primär auf den sozialen und nicht auf den fachlich medizinischen Aspekt ausgerichtet und gewichten diesen heute noch besonders hoch. Die Arbeit im Pflegeberuf als Mann bietet eine Menge spezielle Entwicklungschancen. (vgl Hoffmann/Baillo 1996, S. 207) Die Entwicklung der jungen Männer und spätere Entscheidung für den Pflegeberuf wird durch zahlreiche Instanzen geprägt. Jugendliche und Heranwachsende werten die Pflege häufig ab. Sie bezeichnen sie als weiblich und sehen ihre männliche Identität durch eine Ausbildung bedroht. Jedoch beginnt dieses Männlichkeitskontinuum viel früher. Jungen wachsen in der Regel hauptsächlich mit der Bezugsperson Mutter auf. Die Geschlechteridentität der Jungen bildet sich also wenig durch anschauliches Nachahmen männlicher Beispiele aus, sondern wesentlich durch Abgrenzung. Männer werden häufig durch Jungen nur in Ausnahmesituationen erlebt und so verfügen sie nur über idealtypische Bilder von dem was sie werden sollen und wollen. Die

Orientierung der Jungen an diesem Männerbild birgt Schwierigkeiten in der Ausprägung ihrer Geschlechterrolle. Unrealistische Forderungen, stark, erfolgreich und gefühlskontrolliert zu sein, werden durch Unterdrückung und Vertuschung mit Hilfe von verschiedenen Männlichkeitsritualen verkörpert. Auch in der späteren Sozialisationsinstanz Schule lernen Jungen soziale Kompetenzen nicht ausreichend und werden dahingehend wenig gefördert. Eine mögliche Bereicherung für Jungen ist der Zivildienst, welcher aber nur begrenzten Zugang für junge Männer bietet. Diese Tätigkeit kann neues Geschlechterpotential für junge Männer eröffnen, denn hier entwickelt, fördert und aktiviert die Pflege Kompetenzen und Eigenschaften die in ihrer bisherigen Sozialisation kaum abgefragt wurden. Dazu gehören Geduld, Empathie, für Andere da sein, pflegen, betreuen und hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Die traditionelle Geschlechterorientierung wird somit zum Teil gelockert und relativiert. (vgl. Bartjes/Hammer in Krabel/Stuve 2006, S. 136ff) Dieser Umstand, dass Männer in der Krankenpflege arbeiten ist auch dem Pflegeverständnis von Männern und Frauen Rechnung zu tragen. Nachfolgend wird dies an dem Vergleich ihrer Pflegeverständnisse sichtbar.

Tabelle 1: Vergleich der Pflegeverständnisse von Männern und Frauen

Männer	Frauen
Pflegeübernahme ist als Aufgabe nicht internalisiert und wird gesellschaftlich nicht erwartet. Sie wird daher reflektiert.	Pflegeübernahme ist als Aufgabe internalisiert und wird gesellschaftliche erwartet, daher kaum reflektiert.
Sie erhalten Lob und Anerkennung für ihre Pflegeleistung.	Ihnen wird auf Grund der Selbstverständlichkeit ihrer Leistungen keine Anerkennung gegeben.
Verweigerung der Pflege kann erfolgen, dies wird gesellschaftlich akzeptiert.	Verweigerung der Pflege kann nur schwierig erfolgen, sie wird gesellschaftlich eher nicht akzeptiert.
Im Rahmen der Pflege zu übernehmende Aufgaben sind häufig neu.	Im Rahmen der Pflege zu übernehmende Aufgaben sind strukturell bekannt.
Sie übernehmen eine Reihe eigener Pflegezuständigkeitsbereiche, aber nicht alle.	Die Pflegezuständigkeit unterliegt ihnen in allen Aufgabenbereichen allein.
Die Delegation von Aufgaben erfolgt und/oder kann von ihnen gefordert werden.	Die Delegation von Aufgabenbereichen unterliegt einer Hemmschwelle.
Entlastung ist möglich.	Entlastung ist schwierig.
Sie erhalten umfassende Hilfsangebote.	Sie bekommen nur wenig Hilfsangebote.

Männer	Frauen
Die Annahme von Hilfsangeboten ist für sie unproblematisch.	Die Annahme (Akzeptanz) von Hilfsangeboten ist schwierig für sie.
Sie setzen die Grenzen der Pflegezumutbarkeit und Belastungen selbst.	Sie können kaum Grenzen hinsichtlich Pflegezumutbarkeit und Belastungen setzen.
Sie können eher außerhäusliche Kontakte und eigene Interessen wahrnehmen.	Die Wahrnehmung außerhäuslicher Kontakte und die Aufrechterhaltung eigener Interessen sind äußerst schwierig.

Quelle: Bartjes 1995, S. 49

„Männer sie sind weniger durch internale und soziale Werte zur Pflege verpflichtet und können ein 'gesünderes' Verhalten der Abgrenzung praktizieren. Im Rollenwechsel von 'materiellen Versorger' zum 'körperlichen Fürsorger' wahren sie einen größeren inneren Abstand, setzen ihre Belastungsgrenzen früher, leisten seltener Schwerstpflege, fällen schneller die Entscheidung für eine Heimunterbringung und schützen nicht selten mit ihrem Veto auch die Pflegende vor ihrer eigenen Überforderung“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002 in Krabel/Stuve 2006, S. 141)

Ein ehemaliger Männerberuf wurde im 19. Jahrhundert zu einem typischen Frauenberuf und erst im 20. Jahrhundert konnten wieder Männer in der Pflege tätig sein. Diese vergleichsweise kurz zurück liegende Geschichte der Ausgrenzung und Abwertung von Männern in der Pflege ist noch immer Hintergrund für individuelle und gesellschaftliche Prozesse der Integration von Männern in den Pflegeberuf. Was also sind es für Männer die diesen Beruf ergreifen? Die Öffentlichkeit spricht hier von Homosexuellen, keinen echten Männern, Söhnen die ihre ungelösten Mutterbindungen und Frauenfixierungen ausleben wollen, oder einfach nur Schlaue, die wissen das kaum irgendwo einfacher maximale Autorität bei minimaler Konkurrenz zu gewinnen ist. (Bartjes/Hammer in Krabel/Stuve 2006, S. 143) Dabei steht die Prestigeeinbuße für Berufswähler der Pflege der positiven Identitätsform durch neuerlich mehrere Definition von Männlichkeit gegenüber. Die hegemonische Männlichkeit als vorherrschende Norm für Männer, welche für Herrschertum und Dominanz und Egoismus steht, wird von vielen Männern zugunsten neuer Männlichkeitsmodelle zurück gewiesen. Bezogen auf den Pflegeberuf bedeutet dies viele Vor- und Nachteile, denn die Pfleger sind sich bisher ihrer Sonderstellung sehr bewusst. Sie leben in einer dankbaren und vorteilhaften Rolle, in der sie sehr beliebt und als besonders kompetent angesehen und sich damit aufgewertet fühlen. Ärzte wählen männliche Pfleger häufig als Ansprechpartner und im Team haben sie oft eine informelle Führerrolle inne.

Pfleger harmonisieren oft ein Team und glätten das Klima. Andererseits geht es auch um das Ausleben weiblicher Seiten wie viele befragte Pfleger angeben. Jedoch sehen männliche Pfleger Kontaktmöglichkeiten zu Männern erschwert, denn nur in Männerrunden könnten sie „herumblödeln“. Männer sehen sich außerdem verschiedenen Arten von Diskriminierungen durch die Frauenmehrheit ausgesetzt. Dies bedeutet beispielsweise in Diskussion über Emanzipation pauschale Angriffe auf die Männlichkeit, oder das Vorschläge männlicher Pfleger als Dominanz geblockt werden. Ein weiteres Problem sehen Pfleger auch in dem Konfliktverhalten von Frauen. Hier wird zu wenig offen mit einander gesprochen, sondern unterschwellig Koalitionen oder Gerüchte gebildet. Ein allgemeines Problem bildet die Mitbenachteiligung. Durch den geringen Wert der Pflege als Profession und Frauenberuf werden Männer in diesem besonderen Umfeld sozusagen doppelt benachteiligt. Männliche Patienten sehen im Umgang gerade für die Pflege der Intimbereiche Vorteile, jedoch sehen trotzdem viele Patienten Männer als Hilfsjobber und Handlanger für Krankenschwester oder Wärter, deren Arbeit intellektuell wenig anspruchsvoll ist. Dieser so entstehende niedrige Status wird noch dadurch unterstrichen, dass das Qualifikationsniveau des Pflegepersonals generell als eher tief beurteilt wird. Die Klischee-Etikettierung Pfleger sind keine richtigen Männer sondern feminine gefühlsbetonte Persönlichkeiten wie „Softis oder Schwule“ wird durch Patienten eher indirekt geäußert. (vgl. Hoffman/Baillood 1996, S. 209ff) Pfleger entwickelt in ihrer Berufstätigkeit hauptsächlich zwei Strategien um mit dieser Problematik umzugehen. Zum Einen die Spezialisierung, indem sie sich auf Tätigkeiten, in denen eher männliche Fähigkeiten gefragt sind stützen, dazu gehören beispielsweise Psychiatrie (physische Stärke um mit unberechenbaren Patienten fertig zu werden, psychische Widerstandskraft), Leitung/Verwaltung und Urologie, womit auch höhere Löhne verbunden sind. Die zweite Strategie ist die Distanzierung von als weiblich definierten Aufgabenfeldern, wie beispielsweise die Grundpflege. Außerdem sehen Männer und Frauen als auch Ausbilder die Pflege für Männer als Sprungbrett für andere Berufe. Sie werden schon während der Ausbildung ermuntert weiter zu lernen und in spezifische Bereiche gelenkt, außerdem werden Männer häufig weniger hart geprüft, weil von ihnen erwartet wird nicht in der Pflege tätig zu werden. (vgl. Bartjes/Hammer in Krabel/Stuve 2006, S. 144f) Neuerlich gibt es noch die Vermutung einer weiteren Strategie. Die männlichen Coolness und pflegerische Professionalität zu einem modernen neuen Pflegestil verbindet.

„Die moderne Modellkrankenpflege hat sich vom weiblichen Tugendenkatalog befreit und zeigt nun mehr ein 'männliches Profil': er ist ruhig, sachlich, überlegt, behält in schwierigen Situationen die Übersicht, kann im Umgang mit Ärzten von Mann zu Mann verhandeln, bringt

mit männlicher Autorität verwirrte Patienten zur Räson und dient dank seiner Körperkräfte als Abteilungskran für schwere Hebearbeiten.“ (Heintz/Nadai 1998 in Krabel/Stuve 2006, S. 146)

Letztendlich führt diese aktive Herstellung der Geschlechterdifferenz auch wieder zur Reproduktion der althergebrachten Geschlechterhierarchie. Festzuhalten ist ebenfalls, dass sich Männer in Frauenberufen eher anstrengen müssen wenn sie keine Karriere machen wollen, denn sie werden häufig durch unsichtbare Mechanismen und Kräfte die Leiter hinauf katapultiert. Pfleger sein bedeutet in seiner Endkonsequenz auch von Menschen falsch verstanden zu werden, im Team einer Minderheit anzugehören, welche gewissen Nachteilen ausgesetzt ist, diesen aber auch vielen Privilegien gegenüber stehen. Pfleger selbst kennzeichnen ihren Beruf im Nachhinein durch ein persönliches Wachstum, einer gefestigten Identität, erhöhter sozialer Kompetenz und einem erweiterten Horizont. Es geht auch um den Zuwachs an persönlicher Reife und in einem Frauenberuf als Mann erwachsenen und realistischer geworden zu sein. (vgl. Hoffmann/Baillo 1996, S. 214)

2.3 Weibliche und Männliche Karrieren im Pflegeberuf

Mit steigenden hierarchischen Positionen in der Pflege sind vornehmlich Männer an zu treffen. Auch wenn von Frauen in bestimmten Sektoren oder Fachbereichen den Hauptteil der Beschäftigten in der Pflege stellen. (vgl. Sewtz 2006, S. 9) Frauen in Führungspositionen sind nicht nur in der Pflege sondern in einer Vielzahl von Berufen unterrepräsentiert. Mit einem Anteil von 5% bis 10% von Frauen in Führungspositionen ist damit auch europaweit gekennzeichnet, dass Karrieren von Frauen unterschiedlich ausgeprägt, sowie seltener und langsamer voran gehen und insbesondere Männer häufig eher in obersten Positionen vertreten sind. Karriere bedingende und behindernde Faktoren können dabei sein:

- geschlechtsspezifische Sozialisation,
- gesellschaftliche Strukturen und Normenvorstellungen,
- unterschiedliche Karriereorientierungen von Frauen und Männern,
- bewusste und unbewusste Diskriminierungen von Frauen,
- der Minderheiten-Status von Frauen in Führungspositionen,
- fehlende weibliche Vorbilder für Frauen,
- männlich dominierte Organisationen,

- die sogenannte „gläserne Decke“, eine Art Hindernis in Organisationen, dessen Überwindung Frauen auf dem Weg in Führungspositionen kaum oder nur schwer gelingt,
- männlich dominierte informelle Netzwerke in und im Umfeld von Organisationen,
- eine Personalpolitik in Organisationen, die männliche Laufbahnen eher zugänglich ist,
- Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern,
- fehlende MentorInnen für Frauen, die in höheren Positionen streben,
- die schwierige Vereinbarung von Familie und Beruf und
- Eigenschaften und Verhalten von Frauen. (vgl. Sewtz 2006, S. 15)

Historisch gesehen waren Führungspositionen in der Pflege lediglich von Frauen besetzt, dazu gehörten die Stationsleitung als erste Stufe, welche neuerlich eher männlich belegt ist. Leitende Pflegekräfte oder die Pflegedienstleitung, die heute an der Spitze des Pflegedienstes stehen gehören zum Management des Krankenhauses und sind ebenfalls jetzt häufig durch Männer besetzt. Heintz fand in einer Untersuchung heraus, dass Beziehung zur Klinikleitung im Hinblick auf die Besetzung von Führungspositionen oft entscheidender ist, als das Vorhandensein formaler Ausbildungen und entsprechender Fachkompetenzen, denn Krankenhäuser finanzieren lieber betriebsexterne Ausbildung um ihre Mitarbeiter dann über Verpflichtungszeiten an ihr Unternehmen zu binden. (vgl. Heintz et al. 1997 in Sewtz 2006, S. 155) Viele Karrierewege orientieren sich an traditionell männlichen Modellen, denn das Berufsbild der Krankenschwester und das einer Führungskraft scheinen in den Widerspruch bezüglich der angenommenen Eigenschaften von Leitungspersonen zu stehen. Der Führungsstil von Frauen und Männer unterscheidet sich dadurch, dass Frauen eher in einem partnerschaftlichen Miteinander und Teamarbeit arbeiten und weniger Energie auf das Deutlichmachen von Status und Hierarchie, wie es Männer tun, verwenden. Der Grundstein für das geringer schnelle Fortschreiten von Karrieren von Frauen ist bereits im Rahmen der Sozialisation gelegt. Frauen lernen hier sich zwar mit beiderlei Geschlecht zu vergleichen jedoch zu wenig bezüglich beruflichen Anforderungen wie Konkurrenzverhalten oder Machtausübung. Männer hingegen vergleichen sich vorwiegend mit Ihresgleichen und werden häufiger zum Konkurrenzdenken angehalten, hingegen Mädchen eher auf soziales Verhalten hin orientiert werden. Im Rahmen der Sozialisation werden außerdem Geschlechtsrollenorientierung verfestigt und Stereotype hinsichtlich geschlechtsspezifischen Berufsfeldern und Lernerfahrungen weiter gegeben sowie Interessengebiete erschlossen, die oft lebenslang anhalten und zu bestimmten Karriereorientierungen beitragen. Wenn dieses erlernte Verhaltensmuster im Erwachsenenalter bestehen bleibt, entstehen mangelnde

Aufstiegsambitionen, berufliche Unzufriedenheit und eine Verringerung der Karriereorientierung bei Frauen. (vgl. Schneer/Reitmann 1995, Tokar/Jone 1998, Muldoon/Reilly 2003 in Sewtz 2006, S. 175) Dieses Verhalten von Frauen zum Beginn beruflicher Karrieren führt häufig zu geringeren Karriereerwartungen und dem eher Zufriedensein mit kleinen Erfolgen. Außerdem müssen Frauen in der Regel Familie und Beruf vereinbaren, während Männer sich voll und ganz auf den Beruf konzentrieren können. In der Pflege wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass Pflegekräfte aus altruistischen oder prosozialen Motiven, dem Wunsch mit Menschen zu arbeiten und ihnen zu helfen den Pflegeberuf ergreifen und nicht primär aus Karrierewünschen oder finanziellen Motiven. In der Altenpflege beispielsweise ist der Anteil an ungelerten MitarbeiterInnen besonders hoch. Dies ist auf Grund der Vorstellung, dass haushalts- und familiennahe Tätigkeit keine besonderen Qualifikationen erfordern; kommunikative Fähigkeiten, Verantwortungsbewusstsein, Teamarbeit und ein eigenverantwortliches Handeln werden somit als Grundvoraussetzung der Berufswahl betrachtet. Für Männer, welche Pflegeberufe ergreifen sind ähnliche Motive für die Wahl des Pflegeberufes zu verzeichnen wie bei Frauen. Eine intrinsische und humanistische Orientierung steht dabei der extrinsischen Orientierung gegenüber, wobei für männliche Pflegekräfte deutliche Aufstiegsorientierungen, Teamarbeit und gescheiterte berufliche Alternativen im Vordergrund stehen. (vgl. Sewtz 2006, S. 181f) In jüngerer Zeit ist in der Pflege eine Änderung der Wert- und Karrierevorstellungen zu verzeichnen, weg vom altruistischen Element, hin zu einer postmodernen und individualisierten Wertekategorie; dazu gehören die Zunahme des Stellenwertes von Selbstentfaltung und Selbstbestimmung. (vgl. Rognstad 2004, Rixgens 2002 in Sewtz 2006, S. 183) Ein Karrierehindernis für Frauen ist auch häufig die Entscheidung für eine Teilzeitbeschäftigung. Rognstad sieht für die Entscheidung vier Hauptmotive: die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Arbeitsmarktsituation, Gesundheitsprobleme oder die Vereinbarung von Beruf mit anderen Verpflichtungen. Dieser Umstand wird häufig als Karrierehindernis gesehen oder führt sogar zum Abbruch der Karriere. Dies fanden Halford et al. in einer in England durchgeführten Studie heraus. Männer hingegen nutzen die Möglichkeit von Teilzeit für eine parallele Qualifizierung, während Frauen durch Teilzeit eher ihr berufliches Engagement reduzieren. (vgl. Rognstad 2004, Heintz 1997, Halford et al. 1997 in Sewtz 2006, S. 219) Leider gibt es nur wenige Daten oder Einschätzungen zur Anzahl von Frauen und Männern in der pflegerischen Führungsebene. Jedoch können perspektivische Befürchtungen dazu führen, dass der Pflegeberuf durch die männliche Dominanz im Führungsbereich die ursprüngliche Spezifika des Berufsbildes verliert, oder dass bei einer Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation von MedizinerInnen mit einer disziplinfremden Besetzung zu rechnen sein könnte. (vgl. Sewtz 2006, S. 156) Gunhild Küpper

bemerkt zu dieser Thematik das Frauen in Organisationen nur dann eine Möglichkeit zum Aufstieg haben, wenn sie den Männern ähnlich sind. Denn Männer tendieren dazu, Macht und Privilegien nur an diejenigen abzugeben, die sie als gleich oder zumindest ähnlich oder ebenbürtig empfinden. Damit stehen Frauen in der Situation von starker Reduzierung sogenannter weiblicher Lebenszusammenhänge. Die Osnabrücker Studie bestätigt, dass Frauen die Karriere machen sehr oft ledig, während Männer in der Regel verheiratet sind, außerdem sind Führungspersonen häufig auf kinderlose Frauen beschränkt.

„Einerseits ist Krankenpflege ein Beruf der fast nur von Frauen ausgeübt wird, andererseits gibt es wenige Berufe, die so schlecht mit den gesellschaftlichen Erwartungen an die Rolle als Ehefrau und Mutter zu vereinbaren sind wie berufliche Pflege. Einerseits wird das weibliche an diesem Beruf hervorgehoben, andererseits hat dieser Beruf Arbeitsanforderungen, die ganz und gar unweiblich sind. Einerseits wählen Frauen diesen Beruf weil er typisch weibliche Eigenschaften anspricht, andererseits zerbrechen Frauen an diesem Beruf, weil sie typisch weiblich sozialisiert sind.“ (Bartholomeyczik 1991 in Küpper 1994, S. 27)

Küpper kommentiert abschließend, dass Frauen die im Arbeitsfeld Pflege Karriere gemacht haben, häufig im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit unzufrieden wurden mit der täglichen Routine, der Rolle als Krankenschwester und fehlenden Selbstverwirklichungsmomenten um dann eigene Wünsche nach veränderten Arbeitsabläufen durch Qualifizierung und Karriereentwicklung umzusetzen. (vgl. Küpper 1994, S. 29)

3. Der Pflegeberuf im Genderaspekt

3.1 Verbleib und Fluktuation in der Pflege

„Bis heute hält sich die Annahme, dass Pflegekräfte nur wenige Jahre im Beruf verbleiben und dass die Fluktuation hoch sei. Begründet wird dies in der Regel mit den psychischen und körperlichen Belastungen, den ungünstigen Arbeitszeiten, geringen Aufstiegschancen sowie mit der im Vergleich zu den Belastungen mageren Bezahlung.“ (Flieder 2001, S. 29)

Die Diskussion um Verbleib, Fluktuation und Berufszufriedenheit führt Flieder bereits seit mehreren Jahren. Dieses Thema muss von mehreren Seiten beleuchtet werden. Was unterscheidet Pflegeberufe von anderen Frauenberufen und wie steht es um die Verweilzeit in der Pflege, was macht den Mythos Fluktuation so haltbar. Zunächst einmal arbeiten Pflegende in einem halb öffentlichen Raum, denn dieser ist für Angehörige, Besucher und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens offen einsehbar. Gerade Patienten und Angehörige wünschen sich bekannte Betreuungspersonen. Hier entsteht der Eindruck, durch die große Zahl an Kontaktpersonen und wechselnde Arbeitszeiten im Pflegeberuf dass es ein Fehlen an Kontinuität in der Betreuung gibt. Auch der Einsatz von Auszubildenden und Praktikanten verstärkt den Eindruck hoher Fluktuation. Eine positive Bewertung personeller Veränderung erfolgt kaum. Außerdem ist das Interesse der Bevölkerung geschärft durch den Umstand der demographischen Entwicklung und die damit einhergehende Wahrscheinlichkeit professionelle Pflege selbst in Anspruch nehmen zu müssen. Auch der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ehemals in der Familie geleistete Aufgaben jetzt professionell zu übernehmen kennzeichnet die Nähe zur Öffentlichkeit (vgl. Flieder 2001, S. 29) Die Verweilzeit in der Pflege wird oft über die Berufsverweilzeit, gemeint ist hier häufig ein Indikator für Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten, definiert. Die Verweilzeit kann aber auch in Ermangelung von Alternativen negativ konnotiert sein. Zu diesem Punkt gehören noch weitere Faktoren. Wirtschaftliche Faktoren, strukturelle Entwicklung des Berufsfeldes, Zufriedenheit, Anerkennung, Verdienstmöglichkeit und Aufstieg gehören genauso zu den Beurteilungskriterien von Verbleib und Fluktuation wie körperliche und psychische Belastungen, individuelle Entscheidungsprozesse der Lebens- und Familienplanung und diese ganz besonders für Frauen. Auf Grund mehrerer Studien (Dornier-Studie 1989, Rosenbrock et al. 1993 und GBE 1998) wird von einer geringen durchschnittlichen Beschäftigungsdauer ausgegangen und dem Verbleib von Krankenpflegekräften von 3 bis 5 Jahren im erlernten Beruf. Diese Studien haben jedoch mehrere Kritikpunkte. Zum einen wird häufig von der Verweilzeit im Betrieb

gesprächen. Schon hier werden Positionswechsel innerhalb des Betriebes sowie zwischen verschiedenen Betrieben nicht beleuchtet. Außerdem werden Durchschnittswerte einzelner Krankenhäuser über eine Verweilzeit im jeweiligen Haus begutachtet. Auch gibt es Studien, die mit kleinen nicht repräsentativen Populationen oder mit Schätzzahlen von Gewerkschaften oder Berufsverbänden arbeiten. (vgl. Flieder 2002, S. 19ff) Eine Verweildauer von 12,1 Jahren wird von Dietrich 1995 genannt. Vor einem Ausstieg oder Umstieg waren hier die Krankenschwestern mit 7 Jahre im Pflegeberuf tätig. Die angeführten Probleme lassen vermuten, dass die Berufsverweilzeit in der Pflege deutlich höher ist. Methode, Defizite und Interpretationsfehler zeigen noch vorhandenen Forschungsbedarf auf, denn die besondere Berücksichtigung weiblicher Biographien ist noch nicht hinreichend geklärt. Eine Untersuchung zehn typischer weiblicher Ausbildungsberufe ergab jedoch, dass Krankenschwestern am Häufigsten und Längsten in ihrem Ausbildungsberuf tätig sind. Somit erweist sich der Pflegeberuf als deutlich tragfähiger im Lebensverlauf als andere Frauenberufe. (vgl. Born 2000, Dietrich 1995 in Flieder 2002, S. 25) Ein Arbeitsplatzwechsel und oder Arbeitgeberwechsel, Aus- und Wiedereinstiege oder Umstiege in andere Berufe stellen für Männer weniger ein Problem dar als für Frauen, denn in männerdominierten Branchen gehört diese Form der Fluktuation zum beruflichen Weiterkommen. Karriereberater sprechen hier von riskantem Verweilen und empfehlen offensive Bewerbungen und Stellenwechsel. Der Marktwert einer Person (vornehmlich Männer) steigt wenn diese nicht länger als drei bis fünf Jahre an einem Arbeitsplatz bleiben. In der Pflege jedoch gelten häufige Wechsel als Zeichen von Problem und Unzufriedenheit. (vgl. Flieder 2001, S. 31) Das Problem Fluktuation, so wie es in der Pflege angesehen wird, hat aber mehrere Facetten. Die rückläufigen Anzahlen an Pflegepersonen im stationären Bereich und die Wanderbewegung von Pflegenden vom stationären zum ambulanten Bereich sind hierbei genauer zu betrachten, genauso wie Teilzeitarbeit und Tätigkeit unterhalb der Sozialversicherungspflicht. Lebensläufe von Pflegekräften können hier also sowohl Kontinuität als auch Fluktuation aufweisen. Ein Beispiel hierfür ist die Berufsbiographie einer Krankenschwester, die nach dem Ende ihrer Ausbildung geheiratet, im Laufe der nächsten 6 Jahre drei Kinder bekommen hat und nach der Geburt des ersten Kindes aus dem Beruf ausgestiegen ist. Als das jüngste Kind vier Jahre alt war, fand der Wiedereinstieg in den Beruf statt. Die Ehe wurde geschieden und die Frau hat vier Praxiswechsel hinter sich. Später stellte sich heraus, dass die Krankenschwester in der vermeintlichen Pause durch die Erziehung der Kinder durchgehend als Aushilfe im Pflegedienst gearbeitet hatte. Hier zeigt sich wie umfassend die Forschung auf diesem Gebiet noch betrieben werden muss, denn diese Frau hat kontinuierlich gearbeitet, jedoch ist ihr Leben durch viele Unterbrechungen gekennzeichnet, was sich auch später auf die Altersvorsorge auswirken wird. (vgl. Flieder 2001, S. 30) Der

Mythos hoher Fluktuation vermittelt oftmals den Eindruck geringer Arbeitszufriedenheit, schwieriger Vereinbarkeit des Berufes mit dem Privatleben und der Familie als auch Probleme beim Arbeitsklima und das Auseinanderklaffen von Berufserwartung und erlebter Berufswirklichkeit. Fluktuation wird durch diese Komponenten einseitig negativ beleuchtet, denn es wird außer Acht gelassen, dass ein Arbeitsplatzwechsel auch mit Verbesserung der Stellung einhergehen kann. Leider wird trotz des hohen Frauenanteils im Beruf der Pflege wenig Achtung auf die Problemlagen berufstätiger Frauen mit Mehrfachbelastung gelegt. Konkrete Förderungs- bzw. Unterstützungsmaßnahmen sind hierbei angedacht. Denn Krankenpflegekräfte und hier im Besonderen Frauen haben sich bezüglich ihrer Berufsorientierung aktiv, kompetent und flexibel gezeigt, und genau das getan was der Arbeitsmarkt von ihrem Berufsbild verlangt. (vgl. Flieder 2001, S. 31)

„Wenn Arbeitgeber solche Pflegenden dauerhaft halten wollen, sind Personalentwicklungsprogramme notwendig mit besonderer Berücksichtigung frauenspezifischer Belange.“ (Flieder 2001, S. 31)

Fluktuation ist ein normaler Prozess in der Pflege, der durch die Behauptung von verstärktem Aufkommen das Image des Berufes nach außen und innen beeinflusst. Intern wird damit eine gewisse Unzufriedenheit signalisiert und äußerlich wird dem Pflegeberuf eine bedenkliche Inflation pflegerischen Erfahrungswissens mit wachsender Unsicherheit bei Patienten und Angehörigen nachgesagt. So entsteht ein negatives Außenimage, was laut Flieder vermehrt Aufmerksamkeit für die problematischen Seiten des Berufes mit sich bringt und innerhalb des Berufes erscheinen die Abwanderer als Normalfall, mit der Folge dass die Verbleibenden mit der Hoffnung auf Verbesserung ihrer Arbeitssituation oder auch als Schutz vor überhöhten Erwartungen an der Aussage von hoher Fluktuation festhalten, was wiederum zu öffentlicher Aufmerksamkeit führt, allerdings in negativer Form. (vgl. Flieder 2001, S. 32)

3.2 Gesundheitsförderung in der Pflege

Die Gesundheitsförderung im Allgemeinen als auch im speziellen für die Pflege gründet sich auf der WHO – Deklaration in der beschrieben wird, dass die Menschen befähigt werden müssen zu einem selbstbestimmten Umgang mit ihrer Gesundheit und zur Organisation einer gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelten. Gesundheitsförderung setzt somit an den Verhältnissen, d. h. an den Arbeits- und Lebensumwelten von Menschen an, zum Anderen aber auch an ihrem eigentlichen Verhalten. Eine Definition von Gesundheit und

Gesundheitsförderung ist hier von großer Bedeutung. Voraussetzungen für Gesundheit sind beispielsweise Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Dementsprechend sollte Gesundheitsförderung im Sinne von verschiedenen Handlungsstrategien ausgelegt werden. Dazu gehören das Befähigen und Ermöglichen, dies bedeutet, dass das Gesundheitspotential von Menschen sich nur dann entfalten kann, wenn sie selbst auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen können. Des Weiteren müssen gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen werden. Hier geht es vor allem um Arbeitsbedingungen und Freizeit. Letztlich solle die persönliche Kompetenz der Menschen entwickelt werden. Durch die Ausbildung und Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten wird der Mensch befähigt mehr Einfluss auf die eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben und Veränderungen im Lebensalltag herbeizuführen. (vgl. Höppner 2004, S. 59ff) Bezogen auf die gesundheitliche Situation in der Pflege und hier im speziellen von Krankenschwestern können verschiedene Belastungen beschrieben werden. Dazu gehört eine angenommene hohe Fluktuation im Pflegeberuf. Die Gefahr von Burn-Out-Syndrom und die durch ökonomische Risiken neuerlich entstehende Arbeitslosigkeit. Weitere spezielle Belastungen in der Pflege sind die spezifischen Arbeitsbedingungen, wie körperliche Belastungen durch Heben und Tragen, des Weiteren psychosozialer Stress, beispielsweise durch Mitleiden mit Kranken und Sterbenden. Aber auch die allgegenwärtige Schicht- und Nachtarbeit stellt einen erheblichen Belastungsfaktor dar. Der entstehende Widerspruch zwischen breiten Zuständigkeiten einerseits und der Verantwortung Pflegenden mit relativ geringen Entscheidungsspielräumen andererseits bildet eine weitere Belastung nicht nur auf dem Weg zur Professionalisierung des Pflegeberufes. (vgl. Höppner 2004, S. 30f) Angesichts dieser zahlreichen Belastungen und Bearbeitungspunkten sollte die Gesundheitsförderung im Pflegebereich mit an erster Stelle stehen, jedoch stellt sie ein großes Problem dar. Denn Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus weisen eine unspezifische Resistenz gegenüber Veränderungsbemühungen auf.

„Pflegende sind zur Gesundheit gewissermaßen verpflichtet, krank dürfen nur die Patientinnen und Patienten sein“. (Höppner 2004, S. 69)

Dieses Zitat zeigt deutlich, dass die problematische Situation im Pflegebereich durchaus bekannt ist, sich aber offenbar auf Grund von vorzufindenden Durchhaltevermögen oder Teilzeittätigkeit amortisiert. Um eine Gesundheitsförderung aus der Perspektive von Krankenschwestern im Krankenhaus möglich zu machen, muss an verschiedenen Punkten angesetzt werden. Generell geht es darum, betriebliche Gesundheitsförderung mit der

Gesundheit als Prozess und positives Produkt (salutogene Orientierung) zu verknüpfen. Es geht nicht nur um die Minimierung von Gesundheitsgefahren, sondern um die Stärkung von Ressourcen (Ressourcenorientierung). Des Weiteren geht es um die Stärkung der Kompetenzen gesundheitsförderlichen Verhaltens (Subjektorientierung), gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Lebensweltorientierung) und die Berücksichtigung grundlegenden Bedingungen von Gesundheit, wie Gerechtigkeit und Chancengleichheit gehören ebenso zu den Arbeitsbereichen wie Empowerment. Bezogen auf die Gesundheitsförderung in der Pflege heißt dies:

1. unterstützende Bedingungen am Arbeitsplatz,
2. optimale Teamfunktionen,
3. positive Teamatmosphäre,
4. konstruktive Konfliktbewältigung,
5. Frau sein zum Thema machen (entsprechend Mann sein),
6. qualifizierte Leitung,
7. optimale Arbeitsablauforganisation,
8. Qualität der Pflege fördern,
9. fachliche Qualifizierung ermöglichen,
10. persönliche Entwicklungsmöglichkeiten bieten,
11. Profil als Professionelle stärken.

(vgl. Höppner 2004, S. 141)

In der Studie von Höppner zu Gesundheitsressourcen von Krankenschwestern und deren Gesundheitsförderungsansätze werden fünf Typen gesunder Krankenschwestern gekennzeichnet, welche durch ihrer Art, mit der Tätigkeit und ihren Belastungen umzugehen einen Ansatz für betriebliche Gesundheitsförderung bilden. Sie spricht von der professionellen Pflegekraft, welche durch Kompetenzerweiterung und Weiterbildung, soziale Unterstützung durch Andere zu Integration und Anerkennung im Krankenhaus kommt. Die hohe Lebenszufriedenheit im privaten Bereich ein aktiver Belastungsausgleich durch Sport und Zeit für sich als Person führt zu der Begrenzung starker Belastungen und zu zufrieden stellenden Arbeitsinhalten. (vgl. Höppner 2004, S. 90ff) Der zweite Typ ist die Pflegekraft als ausgleichende Traditionalistin. Sie definiert ihre Gesundheitsressourcen und Bewältigungskompetenzen durch aktive Abgrenzung von stark belastenden Situationen, hohe intrinsische Arbeitsmotivation mit Sinnfüllung in beziehungsorientierter Pflege. Sie reflektiert ihre Lebens- und Berufserfahrung durch eine hohe Selbstaufmerksamkeit und nimmt auch gerne

Hilfe von außen in Anspruch. (vgl. Höppner 2004, S. 99ff) Der dritte Typ ist die pragmatische Teilzeitschwester. Die Belastung wird hier durch Teilzeittätigkeit reduziert und die Lebenszufriedenheit auf Grund der Verbindung mit anderen Lebensbereichen gesteigert. Die Reduktion der Ansprüche an die Tätigkeit als Krankenschwester auf beispielsweise Pflegestandards ermöglicht ihr die Integration in ein leistungsfähiges Team mit einer kollegialen Arbeitsatmosphäre. (vgl. Höppner 2004, S. 108ff) Der vierte Typ ist die engagierte Kämpferin. Ihre Gesundheitsressourcen und Bewältigungskompetenzen liegen im beruflichen und außerberuflichen Kompetenzerwerb als auch auf der Reflektion von Selbst- und Fremdansprüchen. Sie akzeptiert die Grenzen ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten und steigert ihre Selbstaufmerksamkeit durch die Entwicklung von Gefühlsbereitschaft und -fähigkeit. Dies macht sie auf Grund ihres Bewusstseins über historische und strukturelle Zusammenhänge von Pflegearbeit und Krankenschwesterintensität. Soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeitserleben realisiert sie in neuerlichen beruflichen Rollen und durch Solidaritätserfahrungen mit KollegInnen. (vgl. Höppner 2004, S. 117ff) Der letzte Typ ist die bilanzierende Aussteigerin. Ihre große Leistungsbereitschaft zusammen mit der Neugierde und Lernbereitschaft geben ihr eine große Fähigkeit zur Selbstreflektion. Ihr hohes Maß an Selbstmanagement unterstützt sie durch die aktive Gestaltung sozialer Unterstützungsnetzwerke und durch die Inanspruchnahme externer Hilfsangebote. (vgl. Höppner 2004, S. 130ff)

„Die Gesundheitsförderung in der Pflege scheitert häufig an der Akzeptanz der Konzepte bei den Zielgruppen. Die fünf beschriebenen Arten gesunder Krankenschwestern bilden damit Zielgruppen die zukünftig genauer unter die Lupe genommen werden können um direkt mit Gesundheitsförderung an der Zielgruppe ansetzen können. Allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung beinhalten nicht automatisch die Gleichstellung von Männer und Frauen.“ (Höppner 2004, S. 171)

Das bedeutet ebenfalls, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch nicht einfach aus anderen Berufsfeldern in die Pflege übertragen werden dürfen. Hier bedarf es zukünftig noch weiteren Forschungsaufwand und Entwicklungsprozess. Auch die Relevanz von Genderaspekten sollte in diesem Zusammenhang im Rahmen von Gesundheitsforschung und Praxis aufgenommen werden. Einen ersten möglichen Ansatz für die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung bietet hier Bamberg und Höppner in der folgenden Tabelle:

Tabelle 2: Vorschläge für die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung sowie eine ressourcen- und genderorientierte Spezifizierung

Vorschläge für die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. Bamberg et al. 1998, S. 19ff)	Ressourcen- und genderorientierte Spezifizierung
Betriebliche Gesundheitsförderung befasst sich neben somatischen auch mit psychosozialen Aspekten der Gesundheit.	Hierbei werden geschlechtsspezifischen Differenzen, das heißt Erkenntnisse der Frauen und Männer Gesundheitsforschung berücksichtigt.
Betriebliche Gesundheitsförderung hat die Aufgabe positive Merkmale der Arbeit die das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit erhöhen zu identifizieren und die Arbeit entsprechend zu gestalten.	Typischerweise von Männern oder von Frauen geleistete Arbeit und Qualifikationen sind dabei als gleichwertig und (nicht hierarchisch) anzuerkennen.
Betriebliche Gesundheitsförderung qualifiziert, in dem sie die Kompetenzen der Beschäftigten erweitert.	Unterschiedliche Kompetenzen und Schwächen von Männern und Frauen werden wahrgenommen. Maßnahmen der Personalentwicklung zielen auf spezifische Förderbedarfe von Männern und Frauen.
Damit ist Gesundheitsförderung sowohl situations- als auch personenorientiert, neben verhaltensändernden Angeboten muss betriebliche Gesundheitsförderung auch verhältnisbezogene Maßnahmen einschließen.	Betriebliche Maßnahmen zielen im Verständnis von Gender Mainstreaming gleichermaßen auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Männer und Frauen.
Betriebliche Gesundheitsförderung betrifft alle Beschäftigten eines Unternehmens und nicht nur spezifische Risikogruppen.	Risikogruppen sind vor dem Hintergrund sozialer (Geschlechter-) Ungleichheit zu analysieren und spezifische Maßnahmen der Verbesserung der installieren.

Vorschläge für die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. Bamberg et al. 1998, S. 19ff)	Ressourcen- und genderorientierte Spezifizierung
Betriebliche Gesundheitsförderung setzt Mitbestimmung voraus.	Die nicht Beteiligung eines Geschlechts an Mitbestimmung ist als Problem von betrieblicher Gesundheitsförderung zu verstehen und zu bearbeiten. Es gilt Maßnahmen zu entwickeln, die ihre Beteiligung und Mitbestimmung ermöglichen.
	Betriebliche Gesundheitsförderung lässt MitarbeiterInnenförderung in speziellen Lebensphasen und unter besonderen Belastungen zu kommen (z. B. familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung für Mütter und Väter, Mentorin für Neueinsteiger oder WiedereinsteigerInnen).

Quelle: Höppner 2004, S. 175

Die zukünftige Aufgabe betrieblicher Gesundheitsförderung sollte durch eine gendersensible und ressourcenorientierte Perspektive zu einer sozialen und damit besseren Medizin für Krankenschwestern werden, um ihnen zu ermöglichen im Beruf gesund zu bleiben.

4. Quantitative Geschlechterforschung

Die Frauen- und Geschlechterforschung gliedert sich in mehrere Bereiche. Dabei ist die Frauenforschung (women`s studies) darauf ausgelegt, die besonderen Lebenswirklichkeiten von Frauen zu untersuchen, da zuweilen dieser Bereich unreflektiert bleibt, und jegliche Wissenschaft am Menschen mit dem Mann gleichgesetzt und frauenspezifische Themen ausgeblendet oder als unwichtig an den Rand gedrängt werden. Der zweite Strang die Geschlechterforschung (Gender studies) erweitert das Gebiet der Frauenforschung auf beide Geschlechter und beinhaltet somit auch Männerforschung (men`s studies). Hier werden auch die Besonderheiten männlicher Natur gesondert betrachtet. Der dritte und zugleich radikalste Strang ist die feministische Forschung (feminist research). Hier werden Frauen- und Geschlechterfragen mit besonderem Auge auf entstehende Machtasymmetrien und Herrschaftsverhältnisse zwischen den Geschlechtern untersucht. Der Androzentrismus (Dominanz männlicher Sichtweise) und die so genannten patriarchalen Strukturen (Patriarchat = Männerherrschaft) sowie Analyse und Entwicklung emanzipatorischer Strategien sind besondere Blickpunkte dieses Feldes. Hier geht es um das Sichtbar-Machen und das Untersuchen des Selbstverständnisses von Frauen in besonders benachteiligten Situationen. Es gibt durchaus eine Menge Spannungen zwischen diesen drei Forschungs- und Wissenschaftsfeldern. Dabei ergibt sich im Spektrum von Ablehnung bis Zustimmung der Sichtweise, da beispielsweise in der Öffentlichkeit dem Feminismus ein negatives Image zuteil kommt. Hier wird von vornherein eine Theorie abgelehnt, oder sich nicht einmal damit auseinander gesetzt. Es fehlt oft jeglicher theoretischer und empirischer Fundierung. Ebenso wie es Spannungen innerhalb der Forschungsstränge gibt werden auch die Forschungsmethoden hart diskutiert. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 343ff) Die Frage ob die quantitative Sozialforschung, also die numerische Darstellung empirischer Sachverhalte oder die qualitative Sozialforschung, also die Erhebung nicht standardisierter Daten und deren interpretative und sinnverstehende Auswertung, die richtige Variante für Frauen- und Geschlechterfragen ist, beschäftigt viele Wissenschaftler bereits seit mehreren Jahren. In der Frauen- und Geschlechterforschung werden eher qualitative Verfahren bevorzugt, da Neues und Unbekanntes auch in als vertraut erscheinenden Lebenszusammenhängen entdeckt werden kann. Dies kommentiert Eichler mit der Annahme qualitative Verfahren seien für feministische Forschung geeigneter als quantitative. (vgl. Eichler 1997 in Behnke/Meuser 1999, S. 9) Sie erklärt damit die höhere Affinität zu qualitativer Forschung. Qualitative Befragungsstudien sind besonders geschätzt, weil sie es beispielsweise ermöglichen, Sichtweisen der Befragten sehr differenziert zu rekonstruieren. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 343ff) Mies geht in ihrer Meinung

mit der quantitativen Forschung härter ins Gericht. Sie erklärt das herrschende Wissenschaftsverständnis mit einer Kritik an herrschenden Methoden einhergehen. Mit der Anwendung quantitativer Methoden wird eine Forschungsinteraktion erzeugt, die eine eindeutige Herrschaftssituation zeigt. Folglich ist es evident:

„das durch herrschaftsstabilisierende Methoden wie Fragebögen usw. nur verzerrte Daten ermittelt werden konnten“. (Mies 1978 in Behnke/Meuser 1999, S. 12)

Standardisierte Befragung sind wenig sinnvoll, weil oft zu wenige Befragungspersonen für eine aussagekräftige statistische Auswertung zur Verfügung stehen und durch die Frage und Antwortvorgaben eine Gefahr besteht, unbeabsichtigt Vorurteile und Missverständnisse der Forschenden auf die Gesellschaft benachteiligte Gruppe zu produzieren. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 343ff) Dieser Meinung ist auch Brück in dem sie sagt, dass bei standardisierten Erhebungen die Befragten gezwungen sind sich in den Rahmen des Fragebogens zu bewegen. Ihrer Meinung nach wird die empirische Sozialforschung zu einem Herrschaftsinstrument mit dem insbesondere Frauen zum Schweigen gebracht werden. Dieser Fakt tritt vor allem dann hervor, wenn das Erhebungsinstrument von Männern konstruiert wird. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang jedoch auch, dass die bevorzugten qualitativen Methoden hauptsächlich von Männern entwickelt werden. Also hier auch der Verdacht entstehen könnte, dass die soziale Welt der Männer überrepräsentiert ist. (vgl. Brück 1992 in Behnke/Meuser 1999, S. 12) Jedoch gibt es auch mehrere WissenschaftlerInnen die quantitative Verfahren bevorzugen. Denn quantitative Methoden sind ein effektives Mittel feministische Ziele und feministische Ideologien zu unterstützen. (vgl. Behnke/Meuser 1999, S. 13) Tatsächlich zeigt sich das viele SozialwissenschaftlerInnen mit quantitativen Methoden arbeiten, da strukturelle Benachteiligungen von Frauen an Hand quantitativer Indikatoren und statistischer Analysen sich oft sogar besser belegen lassen als beispielsweise durch qualitativ durchgeführte Interviews. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 343ff) Die Festschreibung auf eine Form der Forschung würde das Spektrum der Forschungsgegenstände derart eingrenzen, dass die Reichweite der Kritik an etablierten Forschungstätigkeiten und gesellschaftlichen Verhältnissen sehr laut werden würde. Frauenforschung auf eine spezielle Methoden festzulegen birgt die Gefahr, so Gabriele Sturm: „das Frauen sich selbst als exotisch definieren“ und resultiert in einer Selbstaussgrenzung aus der Institution der Wissenschaft. (vgl. Sturm 1994 in Behnke/Meuser 1999, S. 15)

„Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass qualitative Methoden in der Frauen- und Geschlechterforschung eine wichtige Rolle spielen, da neben aber auch quantitative Methoden oft genutzt werden.“ (Bortz/Döring 2006, S. 346)

Die vorliegende Ausarbeitung beschäftigt sich in ihrem nächsten Kapitel mit der Entwicklung eines genderrelevanten Fragebogens. Die Kritik ein von Männern gemachtes Erhebungsinstrument für Frauen und deren besondere Lebensumstände zu verwenden kann hier auch aus dem Wege gegangen werden, da der Fragenbogen durch eine Frau entwickelt wird. Die Autorin entscheidet sich bewusst für quantitative Methoden um zum Einen bestehende Erkenntnisse abzufragen und zu bestätigen und damit dem aktuellen Forschungsstand Rechnung zu tragen und zum Anderen kann dieser Fragebogen der Ausgangspunkt für zukünftige qualitative Forschungsergebnisse sein. Die Frage in welcher Weise Forschung organisiert werden muss damit sie den Interessen von Frauen dient und wie die Ergebnisse der Forschung zum Nutzen von Frauen umgesetzt werden können, spielen eine erhebliche Rolle in der Auswahl der Forschungsmethode. Der sich im Anschluss entwickelnde Fragebogen soll hier ein erster Schritt in die richtige Richtung werden.

5. Der Fragebogen

5.1 Entwicklung eines genderrelevanten Fragebogens

Um einen genderrelevanten Fragebogen zu entwickeln, bedarf es zunächst eine Klärung des Fragebogens überhaupt. Wenn Untersuchungsteilnehmer schriftlich vorgelegte Fragen selbstständig schriftlich beantworten, wird von einer schriftlichen Befragung, also einem Fragebogen gesprochen. Diese Methode gehört zu den kostengünstigen Untersuchungsvarianten. Kennzeichnet sich durch eine hohe Strukturierbarkeit der Befragungsinhalte und verzichtet auf steuernde Eingriffe wie es bei einem Interview passieren würde. Ein Nachteil der schriftlichen Befragung ist die unkontrollierte Erhebungssituation. Fragebögen können dabei zwei verschiedene Ausrichtungen verfolgen. Zum Einen bestimmte Merkmalsausprägungen der befragten Personen ermitteln und zum Anderen Beschreibungen und Bewertungen konkreter Sachverhalte aufdecken. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 252f) Die Fragebogenkonstruktion sollte mit dem Abgleichen der vorhandenen Literatur bzw. bereits vorhandenen Fragebögen zum Thema beginnen. Denn hier könnte bereits eine neuerliche Fragenbogenkonstruktion überflüssig werden. Eine Gefahr besteht hier das Resultate vergangener Fragebogenanwendungen genutzt werden, obwohl diese nicht auf das Ziel der jetzigen Fragebogenaktion hindeutet. Ebenfalls können die Gütereigenschaften (Objektivität, Reliabilität und Validität) nicht einfach auf die eigene Untersuchung übertragen werden. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 253) Dabei ist die Objektivität dann gegeben, wenn die Ergebnisse einer Befragung unabhängig von den fragenden Personen sind. Die Zuverlässigkeit (Reliabilität) betrifft den Exaktheitsgrad, mit dem ein Fragebogen individuelle Unterschiede (zum Beispiel Persönlichkeitsmerkmale) erfasst und die Gültigkeit (Validität) betrifft die Frage, inwieweit die Ergebnisse tatsächlich das Merkmal erfassen, das durch die Untersuchung bestimmt werden sollte. Die Gütekriterien müssen natürlich auf den genderrelevanten Fragenbogen angewendet werden. Im Vorfeld einer jeden Fragebogenaktion sollten die Arbeitsschritte bekannt sein. Dazu gehören:

1. Klärung der Fragestellung, Zielsetzung und allgemeine Planung der Aktion
2. Herstellung des Fragebogens
3. Organisation und Durchführung der Fragebogenaktion
4. Auswertung, Darstellung und Interpretation der Ergebnisse
5. Umsetzung der Ergebnisse

(vgl. Satzer 1997, S. 46)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Punkt 2, Herstellung des Fragebogens bzw. der Fragebogenkonstruktion. Jedoch muss auch hier schon die Zielsetzung klar sein. Fragen bezüglich des Zieles könnten hierbei sein: über wen sollen Aussagen getroffen werden, wer soll den Fragebogen ausfüllen und welchen zeitlichen und finanziellen Rahmen beinhaltet der Fragebogen. Im vorliegenden Fall spielen finanzielle und zeitliche Rahmenbedingungen noch keine Rolle. Die Aussagen des Fragebogens sollen sich mit Männern und Frauen im Pflegeberuf durch alle Altersstrukturen ziehen. Ziel der Fragebogenaktion ist es, die im Vorhinein genannten theoretischen Grundlagen zu Männer und Frauen in der Pflege im Rahmen von Gleichstellung und Gender Mainstreaming durch einen Fragebogen empirisch nachzuweisen. Dazu gehört auch einen Überblick über die momentanen Arbeitsbedingungen sowie die Einstellungen und Erwartungen der Männer und Frauen in der Pflege abzubilden um eventuell im Nachgang auch Änderungen von Sichtweisen oder Berufsbedingungen anzupassen oder zu verbessern. Ebenfalls wichtig vor der Formulierung des Fragebogens ist die Zielgruppe. Dabei ist die Festlegung der Grundgesamtheit bzw. einer möglichen Stichprobe wichtig. Als Grundgesamtheit (Population) werden alle potentiell untersuchbaren Einheiten, die ein gemeinsames Merkmal oder eine gemeinsame Merkmalskombination aufweisen bezeichnet. Je nach Art der Merkmale können Grundgesamtheiten einen begrenzten oder einen theoretisch unbegrenzten Umfang aufweisen. Eine Stichprobe hingegen stellt eine Teilmenge aller Untersuchungseinheiten dar, die die untersuchungsrelevanten Eigenschaften der Grundgesamtheit möglichst genau abbilden sollen. (vgl. Claßen 2007, Skript Stichprobentheorie) Bei einer möglichen Durchführung am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg wäre dementsprechend das gesamte Pflegepersonal die Grundgesamtheit. Da hierbei eine zu große Anzahl an Fragebögen benutzt werden müssten, ist die Verwendung einer Stichprobe ratsam. In diesem Zusammenhang ist die Frage nach dem Datenschutz natürlich zu beachten. Im Wesentlichen geht es hierbei um die Trennung von Forschung und Verwaltung und die damit gewährleistete anonymisierte Ausfüllung und Verarbeitung der Fragebögen. Die sprachliche Gestaltung eines Fragebogens sollte immer auf die Sprachgewohnheiten der Zielgruppe ausgerichtet sein. Außerdem sollte der Fragebogen auf Redundanzen und fehlende Aspekte überprüft werden. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 253f) Zu Beginn der Formulierung der Fragen müssen Informationen zum Themenbereich gesucht werden und ein erstes Brainstorming ist von Vorteil. Auf Grund dessen wird der Aufbau des Fragebogens festgelegt. Prinzipiell sind Fragebögen chronologisch konzipiert, was der Logik von Lebensläufen entspricht. D. h. der Befragte wird zu Beginn mit den Themenbereichen vertraut gemacht und wird später zu wesentlichen Inhalten und genaueren Aspekten befragt. Eine anleitende Instruktion sollte vor jedem Fragenbogen stehen. Sozial statistische Angaben werden

üblicherweise am Anfang des Fragebogens erhoben, um einen guten Einstieg in die Beantwortung der Fragen zu finden. (vgl. Kichhoff et al. 2001, S. 19ff) Der angehängte Fragebogen gliedert sich in folgende Themenschwerpunkte:

1. Anschreiben
2. Fragebogenteil
 - Block A Angaben zur Person
 - Block B Angaben zur derzeitigen Tätigkeit
 - Block C Angaben zu Einstellungen und Erfahrungen der derzeitigen Tätigkeit
3. Platz für freie Äußerungen

Wenn diese Punkte abgearbeitet sind geht es an die konkrete Formulierung der Fragen. Diese sollten eindeutig und verständlich sein, keine Fremdwörter enthalten und die Fragen sollten so kurz wie möglich formuliert werden. Außerdem ist es wichtig immer eine verständliche Form zu wählen, das heißt auf den Bedeutungsgehalt von Begriffen zu achten und suggestive und stereotype Formulierungen vermeiden. Bei der Entscheidung für eine Frageform ist ausschlaggebend was soll eigentlich als Ergebnis heraus kommen, warum wird diese Frage gestellt und welche Arten von Antwortmöglichkeiten soll genutzt werden. Die Frageformen gliedern sich nach Faktfragen, also dienen der Ermittlung von Fakten und Meinungsfragen, welche nach persönlichen Einstellungen, Motiven oder Werthaltungen fragen. Beide Formen können durch offene oder geschlossene Fragen bearbeitet werden. (vgl. Kirchhoff et al. 2001, S. 21) Dabei ist immer der Grundsatz zu beachten: „Wer viel fragt, bekommt viel Antwort!“ Denn offene Fragen bürden die Gefahr von Datenflut können aber auch gar nicht beantwortet werden. Geschlossenen Fragen hingegen werden eher beantwortet, lassen jedoch keinen Spielraum für Interpretationen oder eigene Sicht- und Denkweisen. Der vorliegende Fragebogen gliedert sich in zwei Frageartenkomplexe, welche sich ständig abwechseln um eine hohe Motivation im Ausfüllen bei dem Probanden zu erhalten. Einerseits geht es um die Beantwortung von Fragen zur beispielsweise Person oder zur Arbeitsumgebung, die leicht zu beantworten sind in Form von geschlossenen Fragen. Andererseits werden Einstellungsfragen an Hand von Skalen gestellt, um das Ausmaß von Zustimmung oder Ablehnung fest zu stellen. Eine Fünfstufige Skala bildet dabei die Möglichkeit mit jeweils zwei Abstufungen bezüglich Zustimmung oder Ablehnung zu entscheiden. Eine neutrale Mitte bietet dabei eine weitere Möglichkeit sich für die Beantwortung der Frage entsprechend zu entscheiden. Bei der Auswertung dieser Fragen ist jedoch darauf zu achten, dass es häufig eine Tendenz zur Mitte gibt. Bei der Formulierung der Fragen für den genderrelevanten Fragebogen müssen natürlich speziell Fragen zu den

Einstellungen und tatsächlichen Sachverhalten im Bezug auf Frauen und Männer in der Pflege gestellt werden. Diese Fragen beziehen sich im vorliegenden Fall nur auf die Arbeitsumgebung, das Pflorgeteam und die Führungsebene jedoch nicht auf die Patienten. Des Weiteren ist die Einhaltung der geschlechtersensiblen Sprache von besonderer Bedeutung. Hierbei geht es darum entweder immer beide Geschlechter gleichermaßen anzusprechen oder eine neutrale geschlechtsunspezifische Anspracheform zu finden. Zur Auswertung ist die Erhebung der Daten getrennt nach Geschlechtern wichtig. Der Aufbau des Fragebogens ist wie in der Literatur beschrieben, zunächst vom Allgemeinen zum Besonderen orientiert. Zu Beginn werden persönliche Daten abgefragt, deren Beantwortung dem Probanden einfach fallen sollte und ihn für die Beantwortung folgender kritischer Fragen öffnen kann. Der Fragebogen orientiert sich dementsprechend von einfachen hin zu schweren und von weniger prekären hin zu höchst sensiblen Fragen. Der Fragebogen ist allgemein relativ kurz gehalten um zu gewährleisten, dass möglichst viele Probanden diesen ausfüllen. Bei der Erstellung des Fragebogens für den Probanden sollten die Seiten beidseitig bedruckt werden, um den Umfang optisch zu minimieren. Wenn dieser Fragebogen eine gute Rücklaufquote hat und ein hohes Interesse an dieser Thematik festgestellt wird, kann der zweite oder zukünftige Fragebogen wesentlich umfassender gestaltet werden. Abschließend sollte zu jedem Fragebogen ein Anschreiben formuliert werden, welches als wesentliche Inhalte die Zielsetzungen und Intention, also was auch der Proband selbst von der Ausfüllung des Fragebogens als Vorteil sehen könnte, die Auftraggeber und die Sicherung des Datenschutzes enthalten sollte. Natürlich sollte um die Mitwirkung der Befragten gebeten werden um eine hohe Rücklaufquote zu sichern. Diese kann auch durch verschiedene Instrumente beeinflusst werden, dazu gehören beispielsweise die Durchführung eines Gewinnspiels bei Rückgabe, die Durchführung der Fragebogenaktion unter Aufsicht oder die Anweisung oder Bitte zur Durchführung durch die Führungsebene, was allerdings den Grundsatz der Freiwilligkeit verletzt. Bevor ein Fragebogen dann wirklich genutzt werden kann, sollte ein Pretest durchgeführt werden. Bei derartigen Tests werden Personen ausgewählt, die den Fragebogen probenhalber ausfüllen um mit ihrer Hilfe im Vorfeld Ungereimtheiten auszuräumen. (vgl. Kirchhoff et al. 2001, S. 24) An dieser Stelle werden auch häufig entstandene Formatierungsfehler entdeckt, die dann noch rechtzeitig abgeändert werden können. Der vorliegende Fragebogen wurde von einigen wenigen Testpersonen ausgefüllt und entstandene Anmerkungen und Probleme entsprechend abgeändert. Für die geplante Durchführung des Fragebogens sollten in diesem Zusammenhang jedoch noch weitere Pretests durchgeführt werden.

5.2 Einsatzmöglichkeiten

Ein genderrelevanter Fragebogen für die Pflege sollte natürlich auch in allen Gebieten eingesetzt werden können. Der Fragebogen ist so ausgelegt, dass er vorrangig im Krankenhaus verwendet werden sollte. Es ist jedoch auch möglich ihn in den sozialen Diensten und ambulanten Pflegediensten einzusetzen. Eventuell müsste hier bezüglich den Einsatzgebieten und Ausbildungsberufen, sowie den Schichtzeiten Anpassungen vorgenommen werden. Diese Aspekte müssen auf jeden Fall dann berücksichtigt werden, wenn der Fragebogen in der Altenpflege verwendet werden sollte. Generell stehen das Pflegepersonal und seine Einstellungen und Erfahrungen sowie zukünftige Ansatzmöglichkeiten für Verbesserungen oder notwendige Anpassung an gegebene Umstände im Mittelpunkt. Mit diesem Fragebogen können sowohl Auszubildende als auch langjährig tätige Männer und Frauen befragt werden. Generell ist der Fragebogen jedoch darauf ausgelegt die breite Masse des Pflegepersonals zu befragen. Im nächsten Schritt ist sicher die Befragung der Führungsebene zu ihrem Verhalten bezüglich geschlechterspezifischer Fragen und dem Umgang mit dem Pflegepersonal, ob männlich oder weiblich durch zu führen. Bei einer ersten Durchführung der Befragung mit dem angehängten Fragebogen sollten sowohl Schüler, also Auszubildende, MitarbeiterInnen mit 3-8 Jahren Berufserfahrung sowie MitarbeiterInnen mit 8-15 Jahren und MitarbeiterInnen mit mehr als 15 Jahren Berufserfahrung befragt werden. Hierbei kann eine größtmögliche Streuung an Antworten und Verhaltensmustern sowie Einstellungen und Erfahrungen abgebildet werden. Eventuell lässt sich auch spezifisches Verhalten oder Meinungen bezogen auf die Altersstruktur oder die Dauer der Tätigkeit im Beruf erkennen.

5.3 Probleme

Bei der Erstellung des Fragebogens sind verschiedene Probleme entstanden. Zum Einen ist das Formulieren von Fragen die eindeutig und nicht beeinflussend sind recht schwierig. Ob und in wie weit dies wirklich gelingen konnte, wird sich erst bei der Durchführung des Fragebogens zeigen. Zum Anderen dem Grundsatz sich möglichst kurz zu fassen, ist in der Befragung dieser Tragweite fast nicht möglich. Einerseits wurden diesbezüglich bisher kaum Befragungen durchgeführt und andererseits wird in der Regel nach Vollständigkeit gestrebt. Jedoch kann dies nicht gewährleistet werden, denn einen derart umfassenden Fragebogen, der zur Abfrage aller relevanten Aspekte konzipiert ist, würde sich kaum ein Proband beantworten. Außerdem ist das besonders sensible Thema für viele Probanden „NEU“ und wird dementsprechend mit viel Kritik, Argwohn und Zurückhaltung begutachtet. Aus diesem Grund ist sicher der Beginn einer

Befragung bei Auszubildenden eher von Erfolg gekrönt, denn diese eher altersmäßig junge Generation steht diesem Thema wesentlich offener gegenüber als Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die bereits lange im Berufsleben stehen und ihre Ausbildung unter anderen gesellschaftlichen, politischen als auch berufspolitischen Voraussetzungen absolviert haben. Sicher spielt auch die sich momentan ändernde Berufsankennung und zunehmende Professionalisierung in der Pflege eine erhebliche Rolle und kann Männer wie Frauen allein durch das stellen dieser Fragen schon erheblich zum Denken animieren.

6. Fazit und Ausblick

In jüngster Vergangenheit streben immer mehr junge Männer in den Beruf der Pflege. Dies ist aus Sicht von Gender Mainstreaming sicher sehr zu begrüßen. Jedoch fällt auch auf, dass die wenigen Männer meist nicht auf der Stufe eines Pflegers stehen bleiben, sondern in Führungspositionen drängen oder gedrängt werden. Um aber auch die zukünftigen und derzeitigen Pfleger in dem wichtigen Feld der Pflege zu halten und dem Berufsbild des Pflegers mehr Anerkennung und damit auch dem Berufsbild der Pflegerin, welche direkt an die Verbesserungen geknüpft sind, zu geben, müssen verschiedene Schritte zur Umsetzung von Gender Mainstreaming getätigt werden. Denn nur so können Pfleger und Pflegerinnen auch in der Pflege gehalten werden und sich dort in ihrer Tätigkeit verwirklichen. Kasiske et al. haben durch die Interpretation von verschiedenen Interviews mit berufstätigen Männern in Frauenberufen konkrete Änderungswünsche identifiziert. Diese sind zunächst auf ein geschlechterpolitisches Umdenken aller Beteiligten orientiert und müssen im Anschluss auch auf Rahmenbedingungen der Organisation im Rahmen des Gender Mainstreaming erweitert werden. Zu diesen Erkenntnissen gehören:

1. Bereits in der Berufsentscheidungsphase sollten LehrerInnen auch Jungen für Pflegeberufe interessieren, dies setzt eine geschlechterreflektierte Fachkompetenz jedoch voraus.
2. In den Familien sollten Eltern ihre eigenen Berufsvorstellungen und Wünsche für ihre Kinder kritisch reflektieren um frühzeitig soziale Kompetenzen für den Pflegeberuf zu erkennen und zu fördern.
3. Bereits bestehende Interessen von Jungen sollten durch Praktika, Hospitationen von Pflegern und dem Zivildienst gefördert werden.
4. In der Pflegeausbildung sollte die eigenen vermeintlichen Geschlechteridentitäten reflektiert werden um spätere berufsspezifische Zuschreibungen zu vermeiden.
5. Kompetenzen in Beratung, Moderation, Gesprächsführung und therapeutischen Konzepten sollten Bestandteil der Ausbildung sein und fördern die individuelle Identifikation mit dem Beruf.
6. Die historische und berufsspezifische Entstehung der Pflege sollte zentraler Bestandteil der Ausbildung sein, um Theorie und Realität und deren geschlechtsspezifische Problematik zu verstehen.
7. In der Berufstätigkeit kann es ratsam sein mindestens zwei Männer in einem Pflorgeteam zu beschäftigen um ihren bisher noch verwurzelten „Exoten-Status“ aufzuheben.

(vgl. Kasiske et al. in Krabel/Stuve 2006, S. 96ff)

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingung in der Pflege ist nicht nur aus Männersicht unerlässlich. Dies sollte jedoch nicht nur in Form einer „Prämie für Männer“ umgesetzt werden, sondern für alle dort tätigen Männer und Frauen gleichsam wirksam werden, ansonsten besteht die Gefahr das Gender Mainstreaming nur die Verdrängung von Frauen zu Gunsten von Männern ist. (vgl. Krabel/Stuve 2006, S. 98) Pflege ist mit einem ca. 80%igen Frauenanteil nach wie vor weiblich und trotz aller Probleme, die dieses Phänomen mit sich bringt, sollten doch nicht alle sogenannten „weiblichen Tugenden“ abgeschafft werden. Denn eine nicht hinterfragte Nächstenliebe kann die Fähigkeit zur Hermeneutik, also dem Verstehen des Falles aus der Sicht des Falles selbst, werden. Auch ein distanzloses Mitleid und mütterliche Fürsorge können zu analytischer Distanz einer beruflichen Beziehung werden und aus dem mittelalterlich anmutenden Praxislernen durch Nachahmung wird wissenschaftlich fundierte Umsetzung von Pflegemethoden. Erst dann kann die Professionalisierung voran getrieben werden, wenn ehemals Bescheidenheit und Aufopferung in die Forderung nach dem notwendigen Stellenwert der Pflege im Rahmen der Gesundheitsversorgung mündet. (vgl. Bartholomeyczik in Martin 2000, S. 51) Der entwickelte genderrelevante Fragebogen könnte ein erster und weitere Schritt auf dem Weg zu mehr Geschlechtergerechtigkeit sein und dieser führt dann auch zwangsläufig hin zur Professionalisierung in der Pflege, denn:

„Die Akademisierung und Professionalisierung der Pflege kann meines Erachtens nicht abgekoppelt von der Betrachtung des Pflegeberufes als Frauenberuf beleuchtet werden. Die Pflege ist traditionell eine Frauendomäne und hat schon daher damit zu kämpfen, ein eigenständiger Beruf zu werden.“ (Sewtz 2006, S. 162)

7. Literaturverzeichnis

Achterberg, J. (1991): „Die Frau als Heilerin. Die schöpferische Rolle der heilkundigen Frau in Geschichte und Gegenwart“. Bern: Scherz Verlag

Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.-M. (1998): „Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis“. Berlin: ohne Verlag

Bartholomeyczik, S. (2000): „Pflege als Frauenberuf“. In Martin, B.: „Frauen in der Gesundheitsversorgung“. Lage: Verlag Hans Jacobs

Bartjes, H. (1995): „Frauen das ‚hilfreiche Geschlecht‘ – und Männer? Geschlechterrollen in der Pflege“. In Die Schwester Der Pfleger Fachzeitschrift für Pflegeberufe 34 Jahrgang Heft 1/1995 S. 46-50

Behnke, C., Meuser, M. (1999): „Geschlechterforschung und qualitative Methoden“ Opladen: Verlag Leske + Budrich

Bischoff, C. (1997): „Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert“. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag

Boegemann-Großheim, E. (2002): „Die berufliche Ausbildung von Krankenpflegekräften. Kontinuitäten, Verunsicherungen, Reformansätze und Zukunftsrisiken einer Ausbildung besonderer Art“. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag

Born, C. (2000): „Erstausbildung und weiblicher Lebenslauf. Was nicht nur junge Frauen bezüglich der Berufswahl wissen sollten“. In Heinz, W. „Übergänge-Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebenslaufs“. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 3. Beiheft S. 50-65

Bortz, J., Döring, N. (2006): „Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler“. Heidelberg: Springer

Braunschweig, S (2005): „Männer in der Pflege: Hindernislauf zur beruflichen Gleichstellung“. In *Pflege Zeitschrift Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege* 58. Jahrgang August 2005 S. 504-507

Brück, B. (1992): „Feministische Soziologie. Eine Einführung“. Frankfurt/Main: ohne Verlag

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): „Gender Mainstreaming. Was ist das?“. Berlin: Druckerei Arnold

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): „Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation“. Berlin: Druckerei Arnold

Claßen, G. (2007): „Stichprobentheorie“. Neubrandenburg: Skript zur Lehrveranstaltung

Dätwyler, B., Baillod, J. (1995): „Mit-Leidenschaft. Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf“. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Dietrich, H. (1995): „Pflege als Beruf“. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit

Dornier GmbH und Prognos AG (1989): „Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahre 2010“. Forschungsbericht Nr. 188. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Flieder, M. (2001): „Schnell weg? Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf“. In *Dr. med. Mabuse* Nr. 134 S. 29-32

Flieder, M. (2002): „Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege“. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag

Gender KompetenzZentrum (2008): „Gender Mainstreaming“. Url: <http://www.genderkompetenz.info/zentrum/intro/> Stand: 08.07.2008

Gesundheitsbericht für Deutschland – GBE (1998): Statistisches Bundesamt. Stuttgart: Metzler-Poeschel Verlag

- Halford, S., Savage, M., Witz, A. (1997): „Gender, Careers and Organisations: Current Development in Banking, Nursing and Local Government“. London: MacMillan Press
- Heintz, B., Nadai, E., Fischer, R., Ummel, H. (1997): „Ungleich unter Gleichen: Studien zur geschlechterspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes“. Frankfurt/Main: Campus Verlag
- Heintz, B., Nadai, E. (1998): „Geschlecht und Kontext“. In Zeitschrift für Soziologie 19. Jahrgang S. 573-588
- Höppner, H. (2004): „Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus“. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag
- Hoffmann, J., Bailod, J. (1996): „Was bedeutet es für Männer, Krankenpfleger zu sein?“. In Pflege Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 9 Jahrgang Heft 3 S. 207-215
- Kasiske, J., Krabel, J., Schädler, S., Stuve, O. (2006): „Männer in ‚Frauen-Berufen‘ der Pflege und Erziehung“. Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawien, S. (2001): „Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung“. Opladen: Verlag Leske + Budrich
- Krabel, J., Stuve, O. (2006): „Männer in ‚Frauen-Berufen‘ der Pflege und Erziehung“. Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Küpper, G. (1994): „Karriere von Frauen in der Krankenpflege“. In Pflege Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 7. Jahrgang Heft 1 S. 24-32
- Mai, F.-A. (1784): „Unterricht für Krankenwärter zum Gebrauche öffentlicher Vorlesungen“. Mannheim: Schwanische Buchhandlung
- Meyer, C. (1996): „Die Veränderung der Arbeitssituation in der Krankenpflege: Interesse und Bereitschaft Pflegenden zur Mitgestaltung“. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag
- Miers, M. (2001): „Sexus und Pflege. Geschlechterfragen und Pflegepraxis“. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

- Mies, M. (1978): „Methodische Postulate zur Frauenforschung – dargestellt am Beispiel der Gewalt gegen Frauen“. In Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis Heft 1, S. 41-63
- Möbius, Dr. P. J. (1977): „Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes“. München: Matthes und Seitz. Faksimiledruck der 8. Auflage Halle 1905
- Muldoon, O. T., Reilly, J. (2003): “Career Choice in nursing: gender constructs as psychological barriers”. In Journal of Advanced Nursing Vol. 43 No. 1 S. 93-100
- Nutting, M. A., Dock, L. L. (1910): „Geschichte der Krankenpflege. 1. Band (übersetzt von Agnes Karll)“. Berlin: Reimer Verlag
- Ostner, I., Krutwa-Schott, A. (1981): „Krankenpflege – ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung“. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag
- Prüfer, A. (1997): „Vom Liebesdienst zur Profession? Krankenpflege als weiblicher Beruf 1918-1933“. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Piechotta, G. (2000): „Weiblich oder kompetent. Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung“. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Rixgens, P. (2002): „Interprofessionelle Arbeitsstrukturen und Führungsprobleme aus der Sicht von Ärzten und Pflegekräften. Eine empirische Teilstudie zur Arbeitseffektivität im Krankenhaus“. Münster: Diplomarbeit
- Rognstad, M.-K., Aaslan, O., Granum, V. (2004): „How do nursing students regard their future career? Career preferences in the postmodern society“. In Nurse Education Today Vol. 24 No. 7 S. 493-500
- Rosenbrock, R., Noack, H., Moers, M. (1993): “Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Pflegekräften“. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Satzer, R. (1997): „Belegschaftsbefragungen. Ein Ratgeber zur Durchführung betrieblicher Fragebogenaktionen“. Köln: Bund-Verlag

Schipperges, H. (1990): „Der Garten der Gesundheit – Medizin im Mittelalter“. München: dtv

Schmitz, G. (2002): „Krankenpflege als Frauenberuf. Wie und warum erfolgte die Verweiblichung der Pflege?“. In Pflege Zeitschrift, Pflege Dokumentation Hintergrundinformationen für Unterricht und Praxis 55. Jahrgang Heft 4 April 2002 S. 2-7

Schneer, J., Reitmann, F. (1995): „The Impact of Gender as Managerial Careers“. In Journal of vocational behavior Vol. 47 No. 3 S. 290-315

Schönfeld, W. (1947): „Frauen in der abendländischen Heilkunde“. Stuttgart: Enke Verlag

Schulz, I. (1992): „Schwestern Beginen Meisterinnen – Hygieias christlichr Töchter im Gesundheitswesen einer Stadt“. Ulm: Universitätsverlag

Seidler, E. (1993): „Geschichte der Medizin und der Krankenpflege“. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Sewtz, S. (2006): „Karrieren im Gesundheitswesen. Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege“. Weinheim, München: Juventa Verlag

Statistisches Bundesamt (2005 und 2006): „Gesundheitspersonal nach Berufen“. Url: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Content75/Berufe,templateId=renderPrint.psml> Stand: 09.07.2008

Statistisches Bundesamt (2005 und 2006): „Gesundheitspersonal nach Einrichtungen“. Url: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Content75/Einrichtungen,templateId=renderPrint.psml> Stand 09.07.2008

Steppe, H. (1989): „Mit Tränen in den Augen zogen wir dann die Spritzen auf...“ In Steppe, H. „Krankenpflege im Nationalsozialismus. 5. Veränderte Auflage“. Frankfurt: Mabuse Verlag

Steppe, H. (1997): „Denn nur die Frau ist die geborene Krankenpflegerin. Zur Entstehung des Frauenberufs Krankenpflege im 19. Jahrhundert“. In Frauenbüro der Johannes Gutenberg-Universität Mainz: „Ringvorlesung zum Thema Frauenforschung“. Mainz: Band 7 S. 25-36

Steppe, H. (2003): „Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten“. Ausgewählte Werke“. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Sticker, A. (1960): „Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege“. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Sturm, G. (1994): „Wie forschen Frauen? Überlegungen zur Entscheidung für qualitatives und quantifizierendes Vorgehen“. In Diezinger, A. (1994): „Erfahrung mit Methode. Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung“. Freiburg: ohne Verlag

Taubert, J. (1987): „Berufliche Motivation von Krankenpflegepersonal“. Stuttgart: Bleicher-Verlag

Teubner, U. (2004): „Beruf: Vom Frauenberuf zur Geschlechterkonstruktion im Berufssystem“. In Becker, R., Kortendiek, B. (Hrsg.): „Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

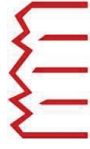
Tokar, D. M., Jome, L. M. (1998): „Masculinity, Vocational Interests, and Career Choice Traditionality: Evidence for a Fully Mediated Model“. In Journal of Counseling Psychology Vol. 45 No. 4 S. 424-435

Ummel, H. (2004): „Männer in der Pflege. Berufsbiographien im Umbruch“. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Wolff, H.-P., Wolff, J. (1994): „Geschichte der Krankenpflege“. Basel: RECOM Verlag

8. Anhang

Anhang 1: Fragebogen



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Diese Befragung wird im Rahmen eines Hochschulprojektes der Hochschule Neubrandenburg im Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management durchgeführt. Sie soll einen Überblick über Ihre momentanen Arbeitsbedingungen geben. Des Weiteren sollen Einstellungen und Erwartungen zu geschlechterspezifischen Fragen abgebildet werden. Die Ergebnisse der Befragung sollen darstellen in welchen Bereichen eine Entwicklung der Arbeitsbedingungen und/ oder Verbesserung von Berufsansichten und -bedingungen notwendig sein könnten. Wichtig ist die Herausstellung von möglichen Problemen, Hemmnissen und Entwicklungsfeldern.

Für das Gelingen des Projektes ist Ihre Mitarbeit besonders wichtig. Ihre Teilnahme an diese Befragung ist anonym, freiwillig und wird nur zu Forschungszwecken verwendet. Im Anschluss haben Sie die Möglichkeit eigene Aussagen zu tätigen. Dabei geht es auch um eventuell auftretende Probleme in der Beantwortung der Fragen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Hochschule Neubrandenburg
Kathleen Wirth

Block A

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Angaben zu Ihrer Person. Bitte beantworten Sie die Fragen entsprechend der Antwortmöglichkeiten. (Ankreuzen bzw. Eintragungen)! Mehrfachnennungen sind möglich.

1. Wie alt sind Sie? (bitte hier in die Kästchen eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Welchem Geschlecht gehören Sie an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
männlich			
weiblich			
3. In welchem Familienstand leben Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ledig			
verheiratet			
in Lebensgemeinschaft lebend			
verwitwet			
geschieden oder getrennt lebend			
4. Ist Ihr (Ehe)Partner, falls vorhanden, berufstätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ja			
nein			
Arbeitet Ihr (Ehe)Partner im Schichtdienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ja			
nein			
5. Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
		Nein	<input type="checkbox"/>
Anzahl der in Ihrem Haushalt lebenden Kinder	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Abitur	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>
7. Welche Berufsausbildung haben Sie bereits abgeschlossen oder sind dabei diese abzuschließen?	<input type="checkbox"/>	Examierte Krankenschwester/ Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	KrankenpflegehelferIn	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Examierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Fachweiterbildungen und/ oder Zusatzqualifikationen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

8. Welche berufliche Position haben sie derzeitig?

- Examierte Krankenschwester/
Krankenpfleger
- KrankenpflegehelferIn
- Examierte Gesundheits- und
KrankenpflegerIn
- Stationsleitung
- Stellvertretende Stationsleitung
- Gruppenleitung
- Stellvertretende Gruppenleitung
- Pflegedienstleitung
- Stellvertretende Pflegedienstleitung
- Ausbildung Gesundheits- und
KrankenpflegerIn
- Sonstiges, nämlich

10. Arbeiten Sie in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung?

- Vollzeit
- Teilzeit
- Sonstiges:

9. Wie viele Jahre sind Sie bereits in der Pflege tätig (Ausbildungszeit mit
einbegriffen)?

- bis 3 Jahre
- bis 5 Jahre
- bis 7 Jahre
- bis 10 Jahre
- bis 15 Jahre
- mehr als 15 Jahre

Block B

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre derzeitige Tätigkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen entsprechend der Antwortmöglichkeiten. (Ankreuzen bzw. Eintragungen)!

1. Arbeiten Sie derzeit im Schichtdienst? ja nein

Wann endet und wann beginnt Ihre derzeitige Tätigkeit durchschnittlich?

Frühdienst	Beginn	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	Ende	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>
Mitteldienst	Beginn	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	Ende	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>
Spätdienst	Beginn	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	Ende	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>
Nachtdienst	Beginn	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	Ende	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>

2. Wie hoch ist die durchschnittlich Anzahl Ihrer Überstunden im Monat?

4. Für wie viele Patienten sind Sie durchschnittlich zuständig?

bis 10
 bis 20
 mehr als 20

5. Bitte schätzen Sie folgende Behauptungen entsprechend der Skala ein.

1 ⇨ trifft voll zu 3 ⇨ trifft teilweise zu 5 ⇨ trifft nicht zu
 2 ⇨ trifft zu 4 ⇨ trifft kaum zu

	1	2	3	4	5
Schon als Kind habe ich mich gern um meine Eltern, Geschwister und Freunde gekümmert.					
Ich wollte schon immer Krankenschwester/ Krankenpfleger werden.					
Meine Familie hat mich bei diesem Wunsch unterstützt.					
Pflegeberuf und Familie sind vereinbar.					
Ich würde den Pflegeberuf mit dem heutigen Wissensstand wieder wählen.					
Ich bin glücklich und zufrieden in meinem Beruf.					
Meine Freunde haben mich bei meinem Berufswunsch unterstützt.					
Ich möchte mich in meinem Beruf weiter bilden.					
Mein Partner unterstützt mich in meinen Wünschen.					
Ich möchte ein Studium oder ähnliches zur Höherqualifizierung aufnehmen.					
Mein Arbeitgeber unterstützt mich in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.					
Meine private Situation lässt eine Weiterbildung und/ oder Höherqualifizierung zu.					
Ich wünsche mir mehr Unterstützung von meinem Partner und meiner Familie.					
Ich wünsche mir mehr Unterstützung durch meinen Arbeitgeber.					

Block C

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Einstellungen und Erfahrungen Ihrer derzeitigen Tätigkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen entsprechend der Antwortmöglichkeiten. (Ankreuzen bzw. Eintragungen)!

1. Wie hoch ist die Anzahl von Frauen und Männern in Ihrem Pflegeteam?

- Frauen
- Männer
- Gesamt

2. Ist Ihr/ Ihre direkter Vorgesetzte/r eine Frau oder ein Mann?

- Frau
- Mann

3. Bitte schätzen Sie folgende Behauptungen entsprechend der Skala ein.

- 1 ⇨ trifft voll zu 3 ⇨ trifft teilweise zu 5 ⇨ trifft nicht zu
- 2 ⇨ trifft zu 4 ⇨ trifft kaum zu

	1	2	3	4	5
Ich würde lieber regelmäßig arbeiten und auf Schichtdienstzuschläge verzichten.					
An meinem Arbeitsplatz arbeiten ausreichend Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.					
An meinem Arbeitsplatz finden regelmäßig Dienstbesprechungen statt.					

	1	2	3	4	5
Mein Vorgesetzter/ meine Vorgesetzte spricht regelmäßig mit mir über Probleme, Entwicklungen, Qualität meiner Arbeit und Zukunftschancen.					
Ich arbeite gern im Pflegeteam.					
Wenn ich mit meiner Arbeit in Zeitdruck gerate, bitte ich um Unterstützung im Team.					
Ich arbeite sehr gern mit Frauen aus dem Team zusammen.					
Ich hätte mir eher einen Mann als Führungskraft gewünscht.					
Pflege mit männlichen Kollegen macht mehr Spaß.					
Ich wünsche mir mehr Frauen in die Pflege.					
Ich fühle mich durch die Anwesenheit von Frauen im Pflege team in der Ausübung meiner Tätigkeit eingeschränkt.					
Mit persönlichen Problemen gehe ich eher zu einer Frau meines Pflegeteams.					
Ich arbeite sehr gern mit Männern aus dem Team zusammen.					
Bei berufsspezifischen Problemen gehe ich eher zu einem Mann im Pflege team.					
Ich wünsche mir mehr Männer in die Pflege.					
Es macht keinen Unterschied in der Arbeitsatmosphäre, ob ich mit einem Mann oder einer Frau zusammen arbeite.					

Was möchten Sie abschließend noch sagen?

	1	2	3	4	5
Bei berufsspezifischen Problemen gehe ich eher zu einer Frau im Pflegeteam.					
Ich hätte mir eher eine Frau als Führungskraft gewünscht.					
Pflege mit weiblichen Kollegen macht mehr Spaß.					
Es macht keinen Unterschied in der Arbeitsqualität und den Ergebnissen, ob ich mit einem Mann oder einer Frau zusammen arbeite.					
Ich fühle mich durch die Anwesenheit von Männern im Pflegeteam in der Ausübung meiner Tätigkeit eingeschränkt.					
Mein Verhältnis zu meinem/er direkten Vorgesetzten ist sehr gut.					
Es macht keinen Unterschied, ob mein/e direkte/r Vorgesetzte/r eine Frau oder ein Mann ist.					
Mit persönlichen Problemen gehe ich eher zu einem Mann im Pflegeteam.					
Frauen sind die besseren Pflegekräfte.					
Männer in der Pflege sind eher untypisch.					
Ich würde gern selbst eine Führungsposition einnehmen.					
In unserem Pflegeteam gibt es häufig Probleme und Spannungen.					
Ich bin mit meiner Arbeitssituation zufrieden.					
Ich möchte etwas an meiner Arbeitssituation ändern.					
Männer sind die besseren Pflegekräfte.					
Frauen sind auf Grund Ihrer biologischen Fähigkeiten besser für die Pflege geeignet.					
Männer machen in der Pflege eher Karriere.					
Die Gründung einer Familie ist für Frauen in der Pflege der Karriere nicht förderlich.					

Vielen Dank!

9. Eidesstattliche Erklärung

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

Neubrandenburg, 11.07.2008

Kathleen Wirth