



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

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

**GESCHLECHTERDYNAMIK UND  
ROLLENVERSTÄNDNIS IM BERUFSFELD  
PFLEGE**

**Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2013-0174-5

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2013-0175-1

Vorgelegt von: Caterine Brode Tina Leibiger

Betreuer: Prof. Dr. Bedriskä Bethke

Zweitprüfer: Prof. Dr. Roman Oppermann

Tag der Einreichung: 03.05.2013

## Abstract

Pflege - Ein Frauenberuf? Waren es einst Eigenschaften wie Gehorsam, Selbstlosigkeit, Aufopferung, Diffusität, Allzuständigkeit und Weiblichkeit die das Bild der Pflege prägten, so befindet sich das Berufsfeld heute in einem Professionalisierungsprozess und definiert sich unabhängig von traditionellen Geschlechterrollen insbesondere über den Dienst am Kunden, die Pflegequalität und das Qualitätsmanagement. Ob die pflegerischen Tätigkeiten dabei von weiblichen oder männlichen Pflegekräften ausgeführt werden, soll dabei nur eine randstellige Bedeutung spielen. Das historisch geprägte traditionelle Bild der Pflege als „weibliche Liebestätigkeit“ gibt es nicht mehr. Dennoch wird der Pflegeberuf auch heute – im 21. Jahrhundert – teilweise noch als weiblich konnotiertes Tätigkeitsfeld gesehen. Denn durch die traditionell und historisch gewachsene Rollenverteilung innerhalb der Krankenpflege, welche sich aus der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und der Konstruktion des Bildes der bürgerlichen Frau im 19. Jahrhundert entwickelte, kämpft der Beruf immer noch um seine gesellschaftliche Anerkennung, die Vergütung, sowie die Aufstiegschancen. Demnach bestehen gegenwärtig stets geschlechterspezifische Strukturen im Pflegeberuf, die in Hinblick auf die Bachelorarbeit beleuchtet werden sollten. Wie entstand die geschlechterspezifische Arbeitsteilung und weshalb entwickelte sich Pflege zum Frauenberuf? Sind Männer immer noch eine Seltenheit im Alltag der Pflege? Und wie schätzen schließlich die Pflegenden selbst die heutige Situation ein? -Der intensivpflegerische Bereich des Universitätsklinikums Greifswald ermöglichte in diesem Zusammenhang die Durchführung von Befragungen zum Thema Geschlechterdynamik und Rollenverständnis im Berufsfeld Pflege. Anhand von Experteninterviews wurden demnach sowohl weiblich, als auch männlich Pflegenden zur genannten Problemstellung befragt und nach der Methode von Meuser und Nagel (1991) ausgewertet. Dabei äußerten die befragten Pflegekräfte ihre subjektiven Meinungen zur Thematik und stellten fest, dass Pflege gegenwärtig längst keinen klassischen Frauenberuf darstellt, Männer nicht mehr als „Exoten“ im Berufsfeld betrachtet werden können und die pflegerischen Tätigkeiten von beiden Geschlechtern patientenzentriert und ganzheitlich ausgeführt werden.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	V
<b>1 Einführung in die Thematik.....</b>	<b>6</b>
1.2 Zentrale Forschungsfragen .....	8
1.3 Aufbau der Arbeit.....	9
<b>2 Alles um´s Geschlecht .....</b>	<b>11</b>
2.1 Erklärung des Begriffs „Geschlecht“ .....	11
2.2 Differenzierung zwischen Geschlechts- und Geschlechtsrollenidentität.....	12
2.3 Geschlechterstereotype .....	13
2.4 Geschlechterrollen?.....	17
<b>3 Ein soziologisch – historischer Blick auf Geschlecht, Beruf und Pflege.....</b>	<b>19</b>
3.1 Femininität und Frauen in der Pflege.....	19
3.2 Emanzipatorisches Begehen während der Zeit der Industrialisierung .....	20
3.3 Das Nationalsozialistische Frauenbild.....	22
3.4 Das Bild der Frau in der DDR und BRD – eine kurze Gegenüberstellung .....	24
3.4.1 Keine Ungleichheit in der DDR?.....	25
3.4.2 Die Frau in der BRD nach ´45.....	26
3.5 Gleichstellungspolitik heute. Und Pflege?.....	27
3.6 Maskulinität, Beruf und Pflegen !? .....	30
3.7 Entwicklung des maskulinen Typus .....	31
3.8 Der Pfleger – ein (Anti)Typus? .....	33
<b>4 Krankenhaus als Institution und „Geschlecht“ .....</b>	<b>36</b>
4.1 Was ist „Organisation“ im Krankenhaus?.....	36
4.2 Geschlechtsspezifische Segregation (auch) im Krankenhaus .....	38
<b>5 Sozialisation und die Entwicklung der personellen Identität.....</b>	<b>40</b>
5.1 Der Begriff der Sozialisation und der Persönlichkeitsstruktur.....	40
5.2 Biologie oder Gesellschaft?.....	43
5.2.1 kurzer Überblick über die Grundlagen biologischer Entwicklung.....	44
5.2.2 biologische Differenzierung des Geschlechts .....	45
5.3. Erwerb geschlechtsspezifischer Verhaltensstrukturen durch Lernen.....	46
5.3.1 Das klassische und instrumentelle Lernen .....	46
5.3.2 Lernen am Modell.....	48

5.4 Freud und die psychoanalytische Entwicklung der Geschlechtsidentität.....	49
5.4.1 ES, ICH, ÜBER – ICH und Triebe der psycho – sexuellen Entwicklung .....	50
5.4.2 Die ödipale Phase und die Entwicklung der geschlechtlichen Identität bei Jungen und Mädchen .....	52
5.4.3 Bedeutung des Freud'schen Geschlechtsunterschieds .....	53
5.5 Der Erwerb der Geschlechtsidentität aus kognitionspsychologischer Sicht.....	54
5.5.1 Stufen des kindlichen Denkens .....	54
5.5.2 Die Herausbildung der Geschlechtsidentität nach Kohlberg .....	56
5.5.3 Entwicklung des Geschlechtsrollenkonzepts nach Kohlberg .....	56
<b>6 Frauen oder Männer? – ein Blick auf die Entwicklung und Herausbildung des Rollenverständnisses im Berufsfeld Pflege.....</b>	<b>58</b>
6.1 Die Herausbildung des Stereotypen der Femininität - von der Bronzezeit bis zum 18. Jahrhundert.....	58
6.1.1 Die „Verweiblichung“ des Pflegeberufes im 19. Jahrhundert .....	62
6.1.2 Emanzipation der Frau - auch in der Pflege?.....	67
6.2 Historie der Krankenpflege aus männlicher Sicht.....	69
6.2.1 Entwicklung des maskulinen Stereotypen – Arzt oder Pfleger?.....	72
6.2.2 Die gegenwärtige Situation aus Sicht der Männer und die Bedeutung des männlichen Geschlechts im Berufsfeld Pflege.....	75
<b>7 Chancen und Grenzen - Pflege heute.....</b>	<b>78</b>
7.1 Die Notwendigkeit der Akademisierung .....	80
7.2 Professionalisierung, Profession und Geschlecht im Berufsfeld Pflege.....	82
<b>8 Gegenstand der Untersuchung.....</b>	<b>86</b>
<b>9 Methodisches Vorgehen.....</b>	<b>87</b>
9.1 Methodenwahl .....	87
9.2 Zugang zu den Interviewpartnern.....	87
9.3 Datenerhebung.....	87
9.3.1 Das Experteninterview .....	88
9.3.2 Der Interviewleitfaden .....	88
9.4 Datenauswertungen .....	90
<b>10 Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>92</b>
10.1 Ergebnisse der ausgewerteten Experteninterviews .....	92
10.1.1 Motive und Zugang zum Beruf.....	92
10.1.2 Kompetenzen im Pflegeberuf .....	94

10.1.2 Pflege als Frauenberuf .....	95
10.1.4 Männer in der Pflege – die Notwendigkeit des männliche Geschlechts.....	98
10.1.5 Lösungen für mehr Männer in der Pflege.....	100
10.1.6 Zusammenarbeit der Geschlechter in der Pflege.....	101
10.1.7 Stereotypes Denken .....	103
<b>11 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse .....</b>	<b>106</b>
<b>12 Fazit .....</b>	<b>108</b>
Literaturverzeichnis.....	VI
Anhang .....	XVI
A.1 Geschlechterstereotype in den sechziger Jahren .....	XVI
A.2 Sozial erwünschte feminine und maskuline Items (Born, 1992).....	XVIII
A.3 Aktionsprogramm 2020 – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe .....	XIX
A.4 Anfrage für Experteninterviews – Muster E-Mail .....	XIX
A.5 Interviewleitfaden der Experteninterviews .....	XX
A.6 Transskripte der Experteninterviews .....	XXII
A.6.1 Experteninterview 1 – Männlich 1.....	XXII
A.6.2 Experteninterview 2 – Weiblich 1 .....	XXVII
A.6.3 Experteninterview 3 – Männlich 2.....	XXXI
A.6.4 Experteninterview 4 – Weiblich 2 .....	XXXVII
A.6.5 Experteninterview 5 – Männlich 3.....	XLII
A.6.6 Experteninterview 6 – Weiblich 3 .....	XLIX
A.7 Auswertung der Experteninterviews.....	LVI

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Struktur der Sozialisationsbedingungen .....	42
Abbildung 2 Gesundheits- und Kranken/pflegerinnen 2011 .....	72
Abbildung 3 Gesundheits- und Krankenpflegepersonal 2000-2011.....	75

# I Einleitung

## 1 Einführung in die Thematik

21. Jahrhundert – Die Pflege ist längst kein „Frauenberuf“ mehr. Männer und Frauen unterliegen keinerlei geschlechtlicher Stigmatisierung. Klischees und Stereotypen wurden in den letzten 20 Jahren durch diverse gesellschaftlich emanzipierte Umbrüche aufgeweicht und finden in den Köpfen der Bevölkerung schon längst keinen Platz mehr. Es herrscht eine absolute Geschlechtergerechtigkeit im Berufsfeld Pflege.

Eine Illusion. Ein Ideal. Nicht viel davon ist in Ansätzen auf das 21. Jahrhundert zu projizieren. Sicher spiegelt sich die starre, gut bürgerliche Haltung der Industrialisierung gegenüber der Frau eher selten in den Meinungen der Bevölkerung wieder. Allerdings war genau dieses Zeitalter deutlich prägend für die Zuschreibung der Frau in der Pflege. Wohlbesonnen, angepasst und ein frohes Gemüt. Sollte doch die Frau alleinig dem Mann dienen, ihn ehren und lieben. All' das wurde kurzerhand aus reiner Willkürlichkeit auch auf die notwendigen Kompetenzen einer guten Krankenschwester übertragen. Ein einfaches Vorgehen, denn es bestand während der Industrialisierung ein großer Bedarf an medizinisch - pflegerischer Unterstützung, um aber schon damals den ökonomisch wirtschaftlichen Faktor zu berücksichtigen, galt die Übertragung der christlichen Selbstlosigkeit und Nächstenliebe auf die Frau als einfachste Möglichkeit. Folgend ist das Verhältnis von Medizin und Pflege ebenso in diesem Zeitalter geprägt worden. Die Medizin entwickelt sich nach und nach zu einer naturwissenschaftlichen Profession - einer reinen Männerdomäne. Das hierarchische Verhalten des Mannes in der Häuslichkeit wurde auf dieser Ebene fortgeführt. Die Aufgabe der Schwestern war es, dem Arzt nicht zu widersprechen und seine Anweisungen entsprechend auszuführen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass seit Beginn der Heilkünste in der Bronzezeit auch Männer in der Pflege tätig waren. Erst zu Beginn des 19. Jahrhundert wurde mit Zuschreibung entsprechender notwendiger weiblicher Charaktereigenschaften, dem Mann der Beruf gewissermaßen abgesprochen - Pflege entwickelte und etablierte sich zu einem klassischen Frauenberuf.

Dieser kurze geschichtliche Exkurs zeigt, dass zum Großteil der Menschheitsgeschichte, sowohl Frauen als auch Männer in der Pflege tätig waren. Erst ab Beginn des verstärkten ökonomischen Denkens während der Industrialisierung, bildete sich Pflege als „Frauenberuf“ heraus und männliche Pflegekräfte verschwanden fast gänzlich aus diesem Sektor.

Und heute? – Es gibt sie wieder, die Männer in der Pflege, allerdings nur zu einem geringen prozentualen Anteil, Tendenz leicht steigend. Durch eine langjährige Entwicklung der Pflege zu einem „Frauenberuf“ und der Idealvorstellungen eines „echten“ Mannes, entscheiden sich immer noch viele Männer gegen den Pflegeberuf. Klischees und Stigmatisierungen wie das Zusprechen von homosexuellen Neigungen und einer übersteigerten Sensibilität überschatten dabei die Chance einer möglichen Karriere in diesem Beruf. Nur wenige Männer verweilen über einen längeren Zeitraum im direkten stationären Bereich und üben alleinig den Beruf des Pflegers aus. Der Großteil der in diesem Arbeitsfeld Tätigen versuchen sich durch eine akademische Laufbahn oder durch spezifische Fort- und Weiterbildungen einen Platz in der mittleren oder oberen Führungsebene zu sichern. Typische homogene beziehungsweise „eingeschlechtliche“ Teams bilden nach wie vor beispielsweise Bereiche wie die Pädiatrie oder die Gynäkologie. Männliche Gesundheits- und Krankenpfleger interessieren sich meist für mehr technisierte Fachgebiete wie das der Intensivmedizin. Unabhängig von der medizinisch-pflegerischen Ausrichtung werden vor allem in Zeiten des demographischen Wandels und des Pflegenotstands, sowohl weibliche als auch männliche Pflegekräfte gebraucht. Ein weiterer nicht unwichtiger Grund ist die spezielle Dynamik heterogener, gemischt - geschlechtlicher Teams. Wirken Männer nicht des Öfteren „neutralisierend“ in der Pflege, haben einen rationalen Charakter und behalten in schwierigen Situationen einen klaren Kopf? Oder sind sie vielleicht doch „weibisch“ und konnten sich in der pflegerischen Frauenwelt nur durch Assimilation durchsetzen? Welche Rolle spielen sie im pflegerischen Stationsalltag und wie ist der Umgang beider Geschlechter miteinander?

Der Einblick in die Geschlechterdynamik und das Rollenverständnis von Männern und Frauen innerhalb der beruflichen Pflege soll daher das zentrale Thema sowie die Voraussetzung für eine kritische Auseinandersetzung im Rahmen der vorgelegten Bachelorthesis darstellen.

## 1.1 Zielstellung der Arbeit

Das Anliegen der Bachelorarbeit bezieht sich insbesondere auf die Gegenüberstellung der traditionellen Pflege als „typischer Frauenberuf“ beziehungsweise weiblich konnotierte Tätigkeit und dem modernen Rollenverständnis, sprich der Geschlechterbeziehungen beruflich Pflegender im 21. Jahrhundert. Dabei soll neben der theoretischen Auseinandersetzung, mit Hilfe von sechs Experteninterviews unter anderem die gegenwärtige Situation, die Motive der Berufswahl, sowie die Zusammenarbeit von Männern und Frauen im Berufsfeld der Pflege dargestellt werden. Derartige Beschreibungen, Meinungen und Einschätzungen aus Sicht der Praxis, sollen helfen einen Einblick in die soziale Realität zu erhalten und diese zu rekonstruieren. Ergänzend zur praktischen Untersuchung über das Rollenverständnis der Pflegenden des Universitätsklinikums Greifswald soll die Rolle des Geschlechts im Bezug auf die Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege diskutiert werden.

Die Bachelorarbeit soll schließlich einen Teil zur Problematik der Geschlechterdynamik und dem Rollenverständnis im Berufsfeld Pflege beitragen und darüber hinaus zur Diskussion und weiteren Meinungen und Gedanken anregen.

## 1.2 Zentrale Forschungsfragen

Die Motivation zur Bearbeitung und Auseinandersetzung mit dem Thema der Arbeit ergab sich aus dem in der Einleitung genannten Problemzusammenhang.

Das Hauptinteresse gilt den Fragen:

- Welche Unterschiede bestehen zwischen dem traditionellen und dem heutigen Rollenverständnis weiblich und männlich Pflegender? War die Pflege bereits immer schon ein typischer Frauenberuf beziehungsweise ist die Pflege heute noch ein von weiblichen Pflegekräften dominiertes Arbeitsfeld?
- Welche subjektiven Meinungen werden von den professionell Pflegenden in der Praxis zum Thema der Geschlechterdynamik und Rollenverständnis im Beruf Pflege vertreten?



Die Auswertung der Experteninterviews ergänzt die theoretische Betrachtung der Thematik und fragt unter anderem nach den Motiven der Berufswahl oder der Zusammenarbeit mit Kollegen im Arbeitsfeld Pflege.

Im Einzelnen sollen dabei beispielsweise folgende Fragen beantwortet werden:<sup>1</sup>

- Warum ist Pflege ein Frauenberuf?
- Sind Männer immer noch „Exoten“ im Pflegeberuf?
- Braucht die Pflege männliche Fachkräfte im Kollektiv?
- Spielt das Geschlecht eine wesentliche Rolle um pflegen zu können?

### 1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit stellt die wissenschaftliche Bearbeitung eines praxisrelevanten Themas dar und gliedert sich grundsätzlich in einen theoretischen und einen praktischen Teil.

Der *theoretische Teil* der Arbeit umfasst dabei *Kapitel 1* bis *Kapitel 7* und beschreibt neben den zu definierenden Begrifflichkeiten, die Historie der Pflege in Bezug auf die Geschlechterverteilung und das Rollenverständnis von Männern und Frauen, geht auf die soziologische Entwicklung der Geschlechter und auf die verschiedenen Ansätze der Sozialisationstheorien bezüglich der psychologischen und soziologischen Sichtweise ein, erklärt die Zusammenhänge von Beruf und Geschlecht und beleuchtet abschließend die Chancen und Grenzen des Berufsfeldes. Dabei stehen sowohl die Professionalisierung und die Akademisierung im Zusammenhang mit der Bedeutung des Geschlechts, sowie die aktuellen Zukunftsaussichten von Männern und Frauen in der Pflege im Mittelpunkt.

Der *praktische Teil* findet sich in *Kapitel 8* bis *Kapitel 11* wieder. Dieser Abschnitt ergänzt den theoretischen Teil der Arbeit mittels einer qualitativen Untersuchung in Form von Experteninterviews, womit schließlich die subjektiven und tatsächlichen Meinungen von sowohl männlichen als auch weiblichen Gesundheits- und

---

<sup>1</sup> Siehe Anhang: „Leitfaden zum Experteninterview“

Krankenpflegern zum Thema „Geschlechterdynamik und Rollenverständnis im Berufsfeld“ Pflege erhoben, ausgewertet und interpretiert werden sollen. Anschließend folgen eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie eine Diskussion und ein abschließendes Fazit zur Arbeit.

## 2 Alles um's Geschlecht

Bekannt ist, dass die Problematik des „Geschlechts“ in der heutigen Gesellschaft vielfach thematisiert und diskutiert wird. Momentan beschäftigt sich die Politik vorrangig mit einer eventuellen Einführung der Frauenquote. Der Diskurs darüber reicht von einer generellen Festlegung in Aufsichtsräten, was aktuell allerdings zu scheitern droht, wie die Süddeutsche Zeitung online jüngst berichtete<sup>2</sup>, bis hin zu einer profanen, aber nicht umgesetzten Überlegung, weibliche Mainzelmännchen in das ZDF zu integrieren<sup>3</sup>. Aber ist „Geschlecht“ nicht weitaus mehr als die Einführung einer Frauenquote in den Chefetagen? Was beinhaltet dieser Begriff eigentlich und welchen Anteil besitzt die Biologie an der Entwicklung der Persönlichkeit? Im Mittelpunkt dabei stehen das Konzept des „Geschlechts“ und die Beschreibung weiterer notwendiger Termini, u.a. der männliche und weibliche Stereotyp und die Entwicklung der Rollenidentität.

### 2.1 Erklärung des Begriffs „Geschlecht“

Geschlecht ist nicht gleich „Geschlecht“. Der Begriff impliziert neben der biologischen Differenzierung als Mann oder Frau auch die geschlechtsspezifische Zuschreibung durch die Gesellschaft. Im englischen Sprachgebrauch werden dafür zwei Übersetzungen verwendet. Das Wort „sex“ steht für die biologische Unterscheidung und „gender“ definiert eher den zugeschriebenen kulturellen Aspekt des jeweiligen Sozialsystems, wie u.a. die an die Frau und den Mann gerichteten Erwartungshaltungen.<sup>4</sup>

Es gilt zu ergänzen, dass der Begriff „Geschlecht“ dem der im englischen übersetzten Bezeichnung „Gender“ innerhalb dieser Abhandlung gleichgesetzt wird. Die biologische Determinante zur Rechtfertigung der Unterscheidung in der weiblichen und männlichen Persönlichkeit findet im Nachfolgenden Bedeutung und wird innerhalb des Punktes 5.2 „Biologie oder Gesellschaft?“ näher beschrieben. Der Begriff Gender beinhaltet vordergründig die Annahme von diversen Verhaltensmustern im Bezug auf die

<sup>2</sup> vgl. Roßmann, R.: Bundesregierung will EU – Frauenquote kippen; URL: <http://www.sueddeutsche.de/karriere/berlin-versus-bruessel-bundesregierung-will-eu-frauenquote-kippen-1.1616582> (Stand: 03.04.2013)

<sup>3</sup> vgl. unbekannter Autor: Keine Frauenquote bei den Mainzelmännchen; URL: [http://www.focus.de/kultur/vermishtes/mainzelmaennchen-keine-frauenquote-bei-den-mainzelmaennchen\\_aid\\_952307.html](http://www.focus.de/kultur/vermishtes/mainzelmaennchen-keine-frauenquote-bei-den-mainzelmaennchen_aid_952307.html) (Stand:03.04.2013)

<sup>4</sup> vgl. Adler, M./Lenz, K. (2010); S. 15

persönliche Integration von Maskulinität und Femininität, indes unterliegen sie der Verknüpfung traditioneller sozialer Geschlechterrollen und den jeweils vorherrschenden gesellschaftlichen Erfordernissen.<sup>5</sup>

*„Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es.“<sup>6</sup>*

Sowohl Alfermann als auch Miers stellen dabei ein Klischee- und stereotypes Denken fest - dort wird der Frau weiterhin eher die fürsorglichere, mütterliche und emotionalere Rolle zugeschrieben, hingegen habe der Mann nach wie vor rational, aggressiv und erfolgreich zu sein.<sup>78</sup> Allerdings stehe, so betont Miers, diese Auflistung eher weniger in Beziehung zu den realen Frauen und Männern, vielmehr seien es in der Soziologie „kulturelle Projekte“<sup>9</sup>, die eher die Forschung bedienen. Trotzdem beeinflussen sie heute noch die Erwartungshaltung und Verhaltensmuster der meisten Menschen. Nicht umsonst ist aufgrund der langjährigen Zuschreibung der Frau das Bild der idealen Krankenschwester entstanden, was sich bis heute in den Zahlen der Berufstätigen des pflegerischen Sektors zeigt.<sup>10</sup>

## 2.2 Differenzierung zwischen Geschlechts- und Geschlechtsrollenidentität

Die Unterscheidung beider Termini bezieht sich auf die Annahme entwicklungsbedingter geschlechtsspezifischer Eigenschaften. Geschlechtsidentität meint daher zunächst die generelle Akzeptanz des biologisch zugeschriebenen Geschlechts als männlich oder weiblich. Dieser Entwicklungsprozess vollzieht sich etwa im fünften und sechsten Lebensjahr, womöglich auch eher, da eine vorherige Kategorisierung des Geschlechts anderer Personen bereits schon im Alter von zwei bis drei Jahren stattfindet, bzw. Kinder in dieser Zeitspanne bereits dazu entsprechende Voraussetzungen besitzen. Damit im Zusammenhang stehend sind Assoziationen, die die Vorstellungen über die Charakteristika des jeweiligen Geschlechts definieren, wie

<sup>5</sup> vgl. Miers, M. (2001); S. 27ff.

<sup>6</sup> Beauvoir, S. (1949) in Brandes, H. (2002); S. 55

<sup>7</sup> vgl. Cook, E.P. (1985) in Miers, M. (2001); S. 28

<sup>8</sup> vgl. Best, D.L./Williams, J.E. (1990) in Alfermann, D. (1996); S. 16

<sup>9</sup> vgl. Miers, M. (2001); S. 29

<sup>10</sup> vgl. Miers, M. (2001); S. 29ff.

Verhaltensweisen, Berufe usw. Kinder verknüpfen somit maskuline und feminine Determinanten mit ihrem eigenen Geschlecht und bilden daraus ihre Geschlechterrollenidentität. Psychologische und soziologische Prozesse fungieren als Grundlage der Annahme von typisch männlichen und weiblichen Eigenschaften und Verhaltensweisen wie bspw. Fußball spielen oder das Tragen von Schmuck. Aus der Verknüpfung sowohl maskuliner als auch femininer Inhalte mit jeweiligen typischen Attributen resultieren dementsprechende Erwartungen an die Rolle des Mannes und der Frau. Die Identitätsbildung der Maskulinität und Femininität stellen in der heutigen Zeit keineswegs mehr zwei voneinander getrennte Dimensionen dar, wie bspw. Männer in der Pflege. Mehrdimensionalität an sich gilt als charakteristisch für das Identitätskonzept und setzt sich aus Ethnie, sozialer Schicht oder auch Nationalität zusammen<sup>11</sup>. Das sogenannte Androgynie-Konzept beschreibt ein weitreichendes Kontinuum von Maskulinität und Femininität, welches demnach „erlaubt“, sich auch als Mann bzw. Frau diverse feminine bzw. maskuline Züge anzueignen.<sup>12</sup>

Als lebensnotwendigen Vorgang stellt sich hingegen die Akzeptanz des konstanten und unveränderlichen biologischen Geschlechts dar, um sich seiner Selbst bewusst zu werden. Das psychologische/soziale Geschlecht unterliegt dabei keiner direkten Zuweisung, was allerdings eher im kulturellen Zusammenhang gesehen werden sollte, da nach wie vor diverse Stereotype innerhalb einer Gesellschaft anzutreffen sind. Der immer noch recht geringe Anteil bspw. von Männern in sozialen Berufen und der niedrige Bestand von weiblichen Fachkräften in oberen Führungspositionen sind weiterhin ein fortwährendes Resultat geschichtlicher Ereignisse.<sup>13</sup>

### 2.3 Geschlechterstereotype

Auch wenn sich in der heutigen Zeit oft gegen eine Typisierung der Femininität und Maskulinität gewährt wird, sind langzeithistorisch gewachsene geschlechtsspezifische Strukturen weiterhin innerhalb einer Gesellschaft vorzufinden<sup>14</sup>. Im Hinblick auf die konkrete Entwicklung weiblicher und männlicher Stereotype wird im Punkt 6 „Frauen

---

<sup>11</sup> vgl. Brandes, H. (2002); S. 83

<sup>12</sup> vgl. Alfermann, D (1996); S. 57ff.

<sup>13</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 57 ff.

<sup>14</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 14

oder Männer? – ein Blick auf die Entwicklung und Herausbildung des Rollenverständnisses im Berufsfeld Pflege“ näher eingegangen. Um dafür vorerst ein generelles Verständnis bezüglich des Begriffs herzustellen, bedarf es zunächst einer allgemeinen inhaltlichen Darstellung.

*„Stereotype stellen verbreitete und allgemeine Annahmen über die relevanten Eigenschaften einer Personengruppe dar. Sie werden als kognitive Wissensbestände im Laufe der Sozialisation erworben (z.B. durch eigene Beobachtungen, Aussagen anderer Personen (...).“<sup>15</sup>*

Diese „vorgefertigten“ Erwartungen werden durch einen gewissen Kategorisierungsprozess von Eigenschaften der Geschlechter strukturiert, gespeichert und verinnerlicht. Dieser Prozess charakterisiert sich durch die Einordnung spezifischer oder auch herausragender Merkmale. Dabei werden visuelle Informationen konstruiert, wie z.B. die Hautfarbe in schwarz und weiß und entsprechend als Ausländer oder Einheimische deklariert, weiter auch in dünn oder dick etc. Daraus entwickeln sich ähnliche und unähnliche Kategorien, je nach Einordnung und Einschätzung der äußeren Merkmale. Dazu werden entsprechende Eigenschaften und Vorannahmen miteinander verbunden, und als Ergebnis gekennzeichnet werden dabei die sogenannten Stereotype. Trotz negativer Konnotation, wie einer möglichen Ausgrenzung von bestimmten ethnischen Gruppen, gelten sie ebenso als eine Art kognitive Entlastung durch eine inhaltliche Einordnung von spezifischen Merkmalen und eine daraus resultierende Verminderung der informellen Mannigfaltigkeit. Nicht weniger bedeutend ist dabei die Deklaration einer bestimmten hierarchischen Abfolge bestimmter Rang- und Wertordnungen sowie die Würdigung der eigenen bestehenden und anerkannten Gruppe und die Herabsetzung als „minderwertig“ eingeschätzte Gruppierungen.<sup>16</sup>

Ein fortwährendes Phänomen der vergangenen und bestehenden Gesellschaften ist die generelle Typisierung von Frau und Mann, was die Veranschaulichung einer Befragung der 60er Jahre von Bee et al. zeigt.<sup>17</sup> Eine Gegenüberstellung der sozial erwünschten femininen und maskulinen Items von Born Anfang der 90er Jahre in Deutschland<sup>18</sup> deutet auf ein historisch beständiges Idealbild der Geschlechter hin. Es

---

<sup>15</sup> Alfermann, D. (1996); S. 9

<sup>16</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 9ff.

<sup>17</sup> Siehe Anhang A.1

<sup>18</sup> Siehe Anhang A.2

wird darauf hingewiesen, dass während des aktuelleren Surveys genauso wie in der älteren Befragung mehr männliche als weibliche Eigenschaften benannt wurden und nur durch ein spezifisches empirisches Vorgehen eine Weiterführung der Liste der typisch weiblichen Charakterzüge erfolgen konnte. Resultierend daraus zu verzeichnen ist, dass das männliche Geschlecht als höherwertig betrachtet und bereits in seinen Eigenschaften ihm der aktivere und stärkere Part zugeschrieben wird. Hingegen nimmt die Frau mehr die unterwürfige und demütige Rolle ein.<sup>19</sup>

Wurzeln der Typisierung von Mann und Frau gibt es von unterschiedlicher Natur. Im europäischen Raum gilt nach wie vor die Zeit während der Industrialisierung und Bürgerlichkeit als wesentlich in der kulturell-soziologischen Zuschreibung der Frau als mütterlich, empathisch und geduldig. Eine weitere mögliche Erklärung ist die biologische bzw. evolutionsbedingte Begründung der Entwicklung von Stereotypen. Frauen sind durch physiologische Voraussetzungen eben dafür „geschaffen“, Kinder zu gebären, sie zu erziehen und sich folglich auch um den Haushalt zu sorgen. Männer hingegen sind für den Broterwerb zuständig und tragen zudem die Verantwortung von Hab und Gut. Dem Mann wird dabei der dominante und aggressivere Part zugeschrieben, dem sich die Frau, die fürsorglich und unterwürfig zu sein hat, fügen sollte.<sup>20</sup>

Zusammengefasst bedeutet dieser Sachverhalt, dass Stereotype und die Bildung geschlechtsspezifischer Arbeitsteilungen miteinander verknüpft sind, ferner sogar mit Statusunterschieden in der Berufswelt. Männer übernehmen somit, aus genannten Faktoren, meist mehr die Rolle der Führungskraft, Frauen leisten dabei eher die Zuarbeit. Je höher die Karriereleiter steigt, umso geringer ist der Anteil des weiblichen, aber umso höher des männlichen Geschlechts.<sup>21</sup>

Am Beispiel der Verweiblichung des Berufsfelds der Pflege im 19. Jahrhundert soll verdeutlicht werden, dass die geschichtlich bedingte Zuschreibung von typisch weiblichen Charaktereigenschaften bei Krankenschwestern kontextuell und willkürlich bedingt ist. Immer wieder werden in historischen Schriften die vermeintlichen Vorzüge einer pflegenden Frau vorgefunden, die „(...) vor allem danach strebe, Gehilfe des

---

<sup>19</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 17

<sup>20</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 24ff.

<sup>21</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 20ff.

Mannes zu werden“<sup>22</sup>, genauer die Gehilfen der Medizin zu sein<sup>23</sup> - eine naturwissenschaftliche, rationale und maskuline Domäne. Schmitz' Erklärung im Vorwort zur Abhandlung ihrer historischen Darstellung in der Pflegezeitschrift beschreibt bereits die wirtschaftliche und politische Abhängigkeit einer Gesellschaft im Zusammenhang geschichtlicher Notwendigkeiten. Der damalige wachsende Bedarf an pflegenden Frauen zur Zeit der Industrialisierung entstand durch die stetig steigende Zahl der Kranken, was vor allem ein Ergebnis hoher Arbeitsbelastungen war. Jene Begründung der stereotypischen Zuschreibung dieser Tätigkeit u.a. als Nächstenliebe und weiblichen Einfühlungsvermögen, ermöglichte eine niedrige Entlohnung und stellt somit einen wesentlichen Grund der Ausweisung des Pflegeberufs als Frauenberuf dar.<sup>24</sup> Weiterhin ergibt sich dabei eine gewisse Erwartungshaltung an die Verrichtung des Dienstes der Krankenschwester, „ (...) weil das Weib jeden Augenblick sich als ein ungeteiltes Ganzes hingibt (...)“<sup>25</sup>. Der Medizin, also den Männern wird zugegen die Gesamtverantwortung in der Heilbehandlung der Kranken zugetragen.<sup>26</sup> Deutlich wird außerdem, dass die Inhalte der beschriebenen Tabellen genauso gut aus der Zeit der Industrialisierung stammen könnten. Die den Geschlechtern beigemessenen gewünschten Eigenschaften sowohl aus den 60er als auch aus den 90er Jahren ähneln in gewisser Hinsicht den Forderungen an Frau und Mann zur damaligen Zeit.

Abschließend ist hinzuweisen, dass eine Vielzahl von Möglichkeiten existiert, die den Erwerb stereotypen Denkens begünstigen. Durch einen Großteil wahrgenommener Ereignisse und widerfahrender Erlebnisse werden durch die Generalisierung geschlechtsspezifische Kategorisierungen vorgenommen bspw., dass Frauen Make – up auflegen und Männer Fußball spielen. Weiterhin wird die Gesellschaft durch die tägliche Konfrontation mit stereotypen Medien beeinflusst – welche Kriterien haben Frauen und Männer zu erfüllen bzw. welche Wesenszüge zeichnen sie aus, um als ideal zu gelten? Dabei werden Frauen öfters in eher zwiespältigen Positionen abgebildet – die mütterliche Karriere- oder erfolgsorientierte Hausfrau. Die mediale Darstellung der Männer bedient sich hingegen der Dominanz, Attraktivität und Dynamik – also eher eindeutigere charakterliche Zuweisungen.<sup>2728</sup>

---

<sup>22</sup> Schmitz, G. (2002); S. 6

<sup>23</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 6

<sup>24</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 7

<sup>25</sup> Eremites (1844) in Schmitz, G. (2002); S. 7

<sup>26</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 7

<sup>27</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 24ff.

<sup>28</sup> vgl. Adler, M./Lenz, K. (2010); S. 95



## 2.4 Geschlechterrollen?

Diverse normative Erwartungshaltungen an die Geschlechter definiert der Terminus der Geschlechterrolle genauso wie bestimmte auferlegte Typisierungen an Mann und Frau. Sie variieren im jeweils befindlichen Kontext wie der Familie oder einer Institution, sind unterschiedlich ausgeprägt und dementsprechend festgeschrieben. Die dabei innehabende Position wird auferlegt oder selbst beschaffen.<sup>29</sup> Aktuell gilt der Begriff der Rolle als umstritten und wird diskutiert. Moser/Rendtorff gehen davon aus, dass eine Rolle in diesem Sinne eher „schauspielerisch“ konnotiert ist, was bedeutet, dass diese beliebig gewechselt wird, ggf. gar systemisch aufgesetzt werden kann.<sup>30</sup> Geschlechterrollen als solche definieren sich ferner durch fixe Zuschreibungen der unterschiedlichen Figur. Daher ist dieser Begriff auch eng verbunden mit den Stereotype. Zudem wird von Farrokhzad et al. kritisiert, dass gegenwärtige Veränderungen bspw. struktureller Hierarchie und Ungleichheit eher unzureichend mit dem Begriff der Geschlechterrollen beschrieben werden können. Konsens geschaffen wurde darum bei den Bezeichnungen der Geschlechterkultur und -ordnung.

Geschlechterordnung per se beschreibt

*„(...) die real vorfindlichen Strukturen des Geschlechterverhältnisses und die Beziehung zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen im Hinblick auf die geschlechtliche Arbeitsteilung“<sup>31</sup>*

Pfau – Effinger erwähnt zwei weitere strukturelle Elemente, die das generelle gesellschaftliche Miteinander zwischen Mann und Frau beeinflussen - die Arbeitsteilung an sich, Macht und Kathexis. Letzteres meint die emotionale und sexuelle Ebene zwischen beiden Geschlechtern. Innerhalb von Organisationen würde auch das berufliche Selbstverständnis danach ausgerichtet werden.<sup>32</sup> Macht ist ein wesentlicher Aspekt, der bereits bei Marx und Engels in der deutschen Ideologie benannt wurde. Allein die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung stelle dabei keine direkte Unterdrückung dar, da sie an sich nicht unmittelbar hierarchisch sei.<sup>33</sup>

<sup>29</sup> vgl. Alfermann, D. (1996); S. 31

<sup>30</sup> vgl. Moser, V./Rendtorff, B. (1999) in Farrokhzad, S. et al. (2011); S. 15

<sup>31</sup> Pfau Effinger, B. (1996); S. 467

<sup>32</sup> vgl. Pfau – Effinger, B. (1996); S. 467ff.

<sup>33</sup> vgl. Engels, F./Marx, K. (1849) in Müller, U. (2013); S. 37

Geschlechterkultur impliziert dabei eher sowohl den Werte- und Normenaspekt als auch die Funktion der Leitbilder und beeinflusst auf individueller Ebene, Orientierungen und Werthaltungen aller Beteiligten innerhalb der Kultur. Im Kontext zu betrachten sind gesellschaftliche aber auch familiäre Gegebenheiten und Bildung an sich, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die geschlechtliche Identität haben.<sup>34</sup>

Ein sogenanntes „Geschlechter – Arrangement“ stellt den Rahmen der fortwährenden Wechselbeziehung zwischen Geschlechterordnung und -kultur dar. Durch eine rege Interaktion der Akteure resultiert ein aktives Miteinander und Handeln, was zudem entsprechend verändert oder identisch umgesetzt werden kann. Ferner impliziert diese Begrifflichkeit auch den gesellschaftlichen Wandel diverser Leitbilder, Wert- und Normvorstellungen. Was es an dem statischen Begriff der Rolle zu kritisieren galt, kann diesbezüglich unter dem Terminus der Dynamik gesellschaftlicher Geschehnisse verzeichnet werden.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> vgl. Pfau Effinger, B. (2000) in Farrokhzad, S. et al. (2011); S. 16

<sup>35</sup> vgl. Pfau Effinger, B. (2001) in Farrokhzad, S. et al. (2011); S. 16

### 3 Ein soziologisch – historischer Blick auf Geschlecht, Beruf und Pflege

*„Wir müssen wissen, woher wir kommen, um zu wissen, wohin wir gehen“ (Platon)*

Umfassend zum Hauptthema „Rollenverständnis und Geschlechterdynamik im Berufsfeld Pflege“ bedarf es eines weitreichenderen Blickes über die Pflegewissenschaft hinaus. Die Soziologie bietet dabei unter anderem mit ihren theoretischen Grundlagen die entscheidenden Verknüpfungen zum gesellschaftlichen Verlauf und dessen spezielle Eigenschaften im Hinblick auf das soziale Geschehen wie familiäre und berufliche Gegebenheiten und dem Geschlecht an sich. Unter dem nun folgenden Aspekt soll eher eine verallgemeinerte Geschlechtsdifferenzierung des beruflichen Daseins bezüglich der Frauen- und Männerarbeit beschrieben werden. Die Betrachtung zwischen soziologischen Strömungen und der pflegerischen Tätigkeit im geschlechtlichen Bezugsrahmen soll dabei deutlich werden lassen, dass ein geschlechtlich begründetes Verständnis von Arbeit und gesellschaftlich strukturierter Verhältnisse fortwährend miteinander zusammenhängen. Die Erwerbstätigkeit und berufliche Ausrichtung sind somit immer im kulturell soziologischen Kontext zu illustrieren.<sup>36</sup> Der Übersicht halber werden sowohl Femininität und Maskulinität in der Arbeitswelt und in ihrer historischen Entwicklung weitestgehend separat diskutiert. Es ist darauf hinzuweisen, dass allerdings bei etwaigen Unterpunkten zusammenhängende geschlechtsübergreifende Beschreibungen angeführt werden. Eine spezialisierte Form der pflegerischen Historie in Bezug auf Männer und Frauen wird im Abschnitt beziehungsweise Kapitel 6 dargestellt.

#### 3.1 Femininität und Frauen in der Pflege

Eine differenzierte Betrachtung beider Geschlechter vollzieht sich bereits in allen historischen Epochen. Ferner soll hierbei allerdings der Beginn des 18./19. Jahrhunderts thematisiert werden. Gesellschaft, Geschlecht und Beruf werden dabei in Beziehung gesetzt. Die Auswahl diverser Strömungen und Ereignisse wird entsprech-

---

<sup>36</sup> vgl. Miers, M. (2001); S. 25ff.

end reduziert beschrieben. Begonnen werden soll bei der zusammenhängenden Darstellung mit der Zeit der Industrialisierung des Kapitalismus‘ und des feministischen Bestrebens, sich der Bürgerlichkeit zu entreißen. Im Anschluss daran erfolgt ein kurzer Überblick über das Frauenbild im Nationalsozialismus und wie jenes traditionelle Rollenverständnis für menschenverachtende Politik instrumentalisiert wurde. Weiter soll eine kurze Gegenüberstellung von Demokratie und Sozialismus im Hinblick auf die berufliche Integration der Frau erfolgen. Abschließend angeführt werden eine Beschreibung der heutigen Gleichstellungspolitik und die differenzierte Betrachtung zum Gender Mainstreaming. In allen Abschnitten wird die Pflege im geschichtlich – kulturellen Kontext skizziert.

### **3.2 Emanzipatorisches Begehen während der Zeit der Industrialisierung**

Als eine relevant einzustufende gesellschaftspolitische Strömung im Hinblick auf die Zuweisung der Frau als sekundäres Mitglied innerhalb einer kulturellen Gemeinschaft gilt der Kapitalismus. Grob umrissen und im historischen Kontext betrachtet, beginnt der Exkurs in der Neuzeit, welche geprägt ist von diversen Ereignissen und politisch - wirtschaftlichen Ausrichtungen wie bspw. der ausgeweitete Welthandel europäischer Großmächte. Das 19.Jahrhundert gilt in Schriften wie von Hausen, als der Beginn der verstärkten Herausbildung der männlichen Erwerbsarbeit und Selbstbestimmung. Frauen mussten unter anderem trotz ledigen Familienstandes ihrer „eigentlichen“ bürgerlichen Rolle der Mutter und Hausfrau nachgehen, was auch sich im Groben aus dieser Zeit resultierend als Frauenarbeit charakterisieren lässt. Weiter-hin wurden ihnen eher ehrenamtliche und fürsorgende Tätigkeiten aufgebürdet, wie auch die Geschichte der Pflege in Punkt 6 zeigt. Durch die patriarchale Geschlechterordnung dieser Zeit blieb es Frauen verwehrt, neben hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten Alternativen für sich auszuprobieren und einen Aus-bildungsberuf zu erlernen. Die geschlechtsdifferente Segregation definierte sich dementsprechend, insofern eine Frau überhaupt einen Beruf ausübte, war dieser eher dem Niedriglohnsektor zuzuordnen. Der Mann übernahm jegliche Vollmacht über das Vermögen und Einkommen und galt dabei als Hauptverdiener. Bourgeoise Tendenzen

wurden mehr und mehr deutlich.<sup>37</sup> Jene stereotype Denkweise gilt als gezielte Unterdrückung der Frauen, da Männer unter der Obhut des Kapitalismus ihren „naturegebenen“ Tätigkeiten nachgehen konnten und Frauen fortwährend „nicht – kapitalistisch“ produzieren sollten.<sup>38</sup> Durch einen ehelichen Beschluss war die Frau zudem gänzlich ihrem Partner ausgeliefert.<sup>39</sup> Intelligente und gebildete Frauen, welche zu diesem Zeitpunkt sowieso nicht angesehen waren, konnten unter diesen Umständen „gebändigt“ werden. Engels beschrieb in seinem Werk zur deutschen Ideologie, dass jenes Eingehen der Ehe in fulminante Hausklaverei ende.<sup>40</sup>

Feministische Anhängerinnen versuchten sich zu dieser Zeit dem Geschehen zu widersetzen und plädierten für eine Transformation der gesellschaftlichen Geschlechterordnung sowohl im Hinblick auf mehr Chancengleichheit als auch für den Wegfall patriarchalen Denkens und streng bürgerlichen Handelns. Anstoß gaben im 19. Jahrhundert die demokratischen Ideen von Freiheit, Brüderlichkeit, Humanität und Gerechtigkeit für jeden Einzelnen. Trotz Einigkeit über das resultierende Ziel spalteten sich die Feministinnen in zwei verschiedene Strömungen – dem bürgerlichen und sozialistischen Feminismus. Clara Zetkin, die zu ihrer Zeit bekannteste sozialistische Frauenrechtlerin, kämpfte für den Sturz des Kapitalismus in Zusammenarbeit mit ihren männlichen Parteigenossen. Hingegen hegten bürgerliche Frauen die Bestrebung, sich gegen die Männer ihres Standes zu stellen, da sie sich lediglich durch die männliche Bevölkerung bedroht sahen und standen eher für mehr Frauenrechte, einen verbesserten Zugang zu Bildung und Arbeit etc. ein. Agnes Karll galt zu dieser Zeit als Pionierin emanzipatorischen Bestrebens innerhalb der Pflege. Sie schloss sich demnach den Interessen der bürgerlichen Feministinnen an, um für eine Reformation des Pflegeberufs zu agieren. 1903 gründete sie mit Elisabeth Storp, Helene Meyer und Marie Cauer die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D).<sup>41</sup>

Trotz gemeinsamer Tendenzen, wie die Einführung des Frauenwahlrechts, ergaben sich keine kollektiven Übereinkünfte innerhalb beider feministischen Strömungen. Vor allem durch die abwehrende Haltung der sozialistischen Frauenrechtlerinnen gegen-

<sup>37</sup> vgl. Hausen, K. (2012); S. 241ff.

<sup>38</sup> vgl. Müller, U. (2013); S. 41

<sup>39</sup> vgl. Miers, M (2001); S. 37ff.

<sup>40</sup> vgl. Engels, F. (1849) in Müller, U. (2013); S. 39

<sup>41</sup> vgl. Bartholomeyczik, S. in Martin, B. (2000); S. 41

über der Bourgeoisie konnte kein Konsens gefunden werden.<sup>42</sup> Anhängerinnen des liberaleren Flügels durften allerdings oftmals nur unter Vorbehalt ihre Anliegen präsentieren, um nicht folgend als radikal feministisch dargestellt zu werden.<sup>43</sup> Selbst ihre Genossen schlossen sich bei „Frauenfragen“ häufig den Aussagen von konservativen Anhängern an, sodass auch sie der Meinung waren, Frauen durch das Zutragen stereotyper Eigenschaften nicht zu diskriminieren, sondern zu würdigen.<sup>44</sup>

Allerdings konnte nach dem 1. Weltkrieg die Erreichung des Frauenwahlrechts als erste Errungenschaft des Kampfes der Frauen für mehr politische Mitsprache verzeichnet werden.<sup>45</sup> Auch das Frauenbild änderte sich zu Zeiten der Weimarer Republik, vor allem im intellektuellen Milieu. Sie präsentierten sich selbstbewusst, autonom und waren zudem berufstätig. Es schien sich eine Annäherung der Geschlechtergrenzen zu vollziehen.<sup>46</sup>

### 3.3 Das Nationalsozialistische Frauenbild

Weiterentwickelte Emanzipationsversuche der Frauen wurden während des Hitler-Regimes fortwährend unterbunden. Unter dem Deckmantel des ethischen Mütterfeminismus konnten die Nationalsozialisten das Verständnis einer gut funktionierenden Frau so strukturieren und modellieren, dass suggeriert wurde, sie handeln im Sinne des deutschen Volkes „feministisch“, um sich für den Erhalt der Rasse zu verantworten und sich gegen Andersartigkeit aufzulehnen. Die neue Rolle der Frau sollte dabei differenziert von der kirchlichen Sichtweise betrachtet werden. Vielmehr galten die Geschlechter als Instrument des Staates, auch wenn zu dieser Zeit dementiert, und sollten für politische Ziele wie der Erhalt der Rasse mit entsprechender Verfolgung, Euthanasie und Völkermord von vermeintlich „minderwertigen“ Ethnien Widerstandskämpfern und Nicht - Mitwirkenden einstehen<sup>47</sup>.<sup>48</sup>

---

<sup>42</sup> vgl. Müller, U. (2013); S. 42ff.

<sup>43</sup> vgl. Müller, U. (2013); S. 32ff.

<sup>44</sup> vgl. Schissler, H. (1993); S. 82ff.

<sup>45</sup> vgl. Müller, U. (2013); S. 45

<sup>46</sup> vgl. Mosse, G. (1997); S. 18

<sup>47</sup> vgl. Schwarz, G. (1997); S. 25

<sup>48</sup> vgl. Vinken, B. (2001); S. 260ff.

Unerwähnt blieb ebenfalls das Verwehren der Frauen zu höherer Bildung. 1934 wurde neben jüdischen Beamten auch generell weiblichen Lehrkräften an Schulen und Universitäten und Juristen jegliche weitere Berufsausführung verboten. All jene Fortschritte, Frauen als eine wesentliche Bereicherung in die Arbeitswelt zu betrachten, wurden während dieser Zeit zunichte gemacht. Die Worte Alfred Rosenbergs treffen es auf den Punkt: „Den Nationalsozialisten ging es – so weit herrschte bei aller sonstigen Divergenz Einigkeit – um Emanzipation von der Emanzipation.“<sup>49</sup> Im Fokus stand lediglich, Frauen in ihrer naturgegebenen Mutterrolle zu bekräftigen. Gelehrte Frauen oder auch abwertend – „männliche“ Frauen – wurden weiterhin als Bedrohung empfunden und der Hysterie bezichtigt. Die strikte Geschlechterordnung war demzufolge allgegenwärtig. Allerdings gelang es der Politik diese Unterordnung der Frau eher als gemeinschaftliches Dasein von Mann und Frau zu propagieren. Das nationalsozialistische Frauenbild definierte sich durch Sportlichkeit, Bodenständigkeit, unkonventionelles und arbeitsames Verhalten. Letzteres bezog sich aber mehr auf Tätigkeiten, die nicht dem Karrierewillen, sondern der Opferbereitschaft entsprangen, was die Mütterpolitik des Bundes deutscher Frauenvereine (BDF) beinhaltete. Zwar wurde jene Auffassung von Seiten der Regierung kritisch hinterfragt, allerdings konnten diese Vorstellungen auf staatlicher Ebene für sich verwendet werden, sodass das nationalistische Weiblichkeitsideal nun als selbstbewusste und stolz deklariert wurde.<sup>50</sup>

Der Frau wurde ein Kulturwert im Zusammenhang mit Mütterlichkeit zugetragen. Sie sollte ihre individuelle Entfaltung lediglich in weiblich konnotierten Berufen finden und nicht mit Männern konkurrieren, sondern sich ihnen unterordnen. Es ist darauf hinzuweisen, dass zu dieser Zeit jene Tätigkeiten wie bspw. die Hausarbeit, Gesundheitsführung oder der Mütterdienst dem Versuch unterstanden, professionalisiert zu werden, um dem Erhalt des Volkes zu dienen. Fokussiert wurde dabei die „korrekt politische“ Erziehung in Anbetracht dessen, dass Kinder weniger zur Familie gehörten, was zu dieser Zeit als egoistisch galt, vielmehr wurden sie als nationales Gut beschrieben.<sup>51</sup>

Nebst des staatlich - pädagogischen Auftrags einer Mutter stand auch im Sektor der Krankenversorgung das Wohl der Gemeinschaft an oberster Stelle. Das

---

<sup>49</sup> Rosenberg, A. in Vinken, B. (2001); S. 268

<sup>50</sup> vgl. Vinken, B. (2001); S. 262ff.

<sup>51</sup> vgl. Vinken, B. (2001); S. 273ff.

Nationalsozialistische Gedankengut wurde fortwährend in gesundheitspolitischen Aktivitäten integriert, wie bspw. unterlagen Gemeindeschwestern den Aufgaben, „abweichendes Verhalten“ oder auch Missbildungen zu melden und entsprechend zu verfahren. Außerdem sollten sie, wie es dem mütterlichen Frauenbild entsprach, erzieherisch tätig sein und in Gesundheits- und Lebensbewältigungsfragen beraten.<sup>52</sup> Allerdings hatte die Krankenpflege nicht im Ansatz die Verantwortung wie oft propagiert wurde. Die Medizin, nach wie vor eine männliche Domäne, galt also weiterhin als ausführende und autoritäre Gewalt. Die Femininität der vorangegangenen Zeit fand sich zwar auch im Dritten Reich wieder, aber in einem völlig anderen Kontext mit verheerendem Ausmaß an Verachtung und Völkermord.<sup>53</sup>

### **3.4 Das Bild der Frau in der DDR und BRD – eine kurze Gegenüberstellung**

Nach der bedingungslosen Kapitulation am 7. und 8.5.1945 war das Deutsche Reich faktisch ohne Rechte und politische Eigenmacht. Durch die alliierten Streitkräfte USA, UdSSR, Großbritannien und Frankreich wurde das Deutsche Reich letztlich in vier Besatzungszonen und Berlin in vier Sektoren aufgeteilt. Die politische Anschauung und Auffassung von Demokratie unterschied sich allerdings zwischen den Großmächten innerhalb des nachfolgenden Deutschlands, das sich kurz nach dem Krieg verloren und energielos fühlte. Die USA machte sich zur Aufgabe, mindestens 24 – 40 Jahre Deutschland zu besetzen und zu „resozialisieren“. Die Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken (UdSSR) hingegen verdeutlichte, dass die Voraussetzung für eine gemeinsame Zukunft nur durch die bedingungslose Einführung der sowjetisch – sozialistischen Gesellschaftsordnung Bestand hätte. Es zeigte sich im späteren Verlauf der Nachkriegszeit, dass sich die Staatsoberhäupter der Alliierten nicht einigen konnten und somit die Grundlage für den Kalten Krieg geschaffen wurde.<sup>54</sup>

Um jenen sehr historisch wichtigen und ereignisreichen Teil der deutschen Geschichte abzukürzen, gilt es zu vermerken, dass sich die Deutsche Demokratische Republik (DDR) unter der sozialistisch kommunistischen Obhut der UdSSR entwickelte und sich

---

<sup>52</sup> vgl. Steppe, H. (1996); S. 73ff.

<sup>53</sup> vgl. Steppe, H. (1996); S. 83

<sup>54</sup> vgl. Schäfers, B. (1995); S. 13ff.



die Bundesrepublik Deutschland (BRD) durch den US – amerikanischen Einfluss der Demokratie annahm.<sup>55</sup> In den nachfolgenden Abschnitten soll nun die Entwicklung des Frauenbildes im Zusammenhang mit dem beruflichen Verständnis innerhalb der beiden Staatsformen gegenübergestellt werden. Zudem erfolgt jeweils im Anschluss eine kurze Darstellung über die Entwicklung der Pflege zu dieser Zeit.

### 3.4.1 Keine Ungleichheit in der DDR?

Oft propagierte und schmückte sich der Sozialismus mit dem Attribut der Gleichberechtigung der Geschlechter vor allem im öffentlichen Raum, was durch ganztägige Kinderbetreuung realisiert werden sollte. Gleichstellungspolitische Aspekte waren sogar in der Verfassung der DDR seit 1947 in Art.7 gesetzlich verankert<sup>56</sup>.

Ein erklärtes Ziel dahingehend war zudem die Ausbildung junger Mädchen an den Hochschulen und Universitäten. In den Jahren zwischen 1960 und 1989 stieg der prozentuale Anteil weiblicher Studierender an Fachschulen von 28,6% auf 70,3%. Im letzten Jahr des Bestehens der DDR arbeiteten sogar 80% der Frauen mit einem Kind während des Studiums<sup>57</sup>. Doch sind diese Zahlen der staatlichen „Selbstlosigkeit“ der damals ausführenden politischen Macht zu verdanken?

*„Aus der Fähigkeit zur biologische Mutterschaft wurde die Pflicht zur sozialen Mutterschaft abgeleitet.“<sup>58</sup>*

Jene Angaben sind prinzipiell zu hinterfragen, denn zu dieser Zeit herrschte aus wirtschaftlicher – struktureller Sicht ein Arbeitsproduktivitätsdefizit. Vor allem durch die sich stetig weiterentwickelte Industrialisierung bestand ein zunehmender Bedarf an Fachkräften, die allerdings recht stereotyp ausgebildet wurden. Männer bekleideten bspw. Positionen in Sicherheitsbereichen und Ministerien und wurden 25% – 30% besser vergütet<sup>59</sup>.<sup>60</sup> Frauen hingegen fanden überwiegend im sozialen (91,8%),

<sup>55</sup> vgl. Schäfers, B. (1995); S. 23ff.

<sup>56</sup> vgl. Klein, U. in Ehlert, G. et al. (2011); S. 183

<sup>57</sup> vgl. Wolle, S. (1998); S. 174

<sup>58</sup> Müller, U. (2013); S. 60

<sup>59</sup> vgl. Nickel, H.M. in Burkart, G. (1990); S. 21

<sup>60</sup> vgl. Wolle, S. (1998); S. 174

gesundheitsspezifischen (83%) und bildungsvermittelnden (77%) Sektor Arbeit. Außerdem beliebt waren Berufe im Handelswesen (72%) und bei der Post und Fernmelde (68,9%).<sup>61</sup> Innerhalb der oberen Führungsebene nahm der prozentuale Anteil der Frauen ab. Des Weiteren waren sie meist vollzeitbeschäftigt (40 Stunden/Woche), da Teilzeit nur bedingt möglich war und besaßen gleichwohl die Aufgabe, Arbeit und Privates zufriedenstellend auszufüllen. Die Rollen waren somit klar verteilt. Männer galten als Hauptverdiener und hielten sich patriarchalisch von der Hausarbeit fern. Frauen versuchten im Gegensatz dazu stets ihren Part als Mutter und Erwerbstätige im Gleichgewicht zu halten. Ihnen blieb diesbezüglich oft der Weg in Politik und Wissenschaft versperrt.<sup>62 63</sup>

In Hinsicht auf den pflegerischen Sektor ist zu verzeichnen, dass die DDR ziemlich früh die Pflege als eigenständige Profession angesehen hat. Bereits 1963 wurde die medizinpädagogische Ausbildung an der Humboldt Universität und später, kurz vor der Wende um 1988, an der Universität Halle internalisiert. 1983 gelang es, die pflegerische Lehre mit anschließender Option der Leitungsfunktion ebenfalls an der Humboldt Universität zu integrieren. 1984 gründete sich die eigenständige „Gesellschaft für Krankenpflege“, welche auf der 1979 konstituierten Gesellschaft für Krankenhauswesen basierte und erhielt somit einen eigenen wissenschaftlichen Status. Trotzdem war die ärztliche Dominanz nach wie vor vertreten.<sup>64</sup>

### 3.4.2 Die Frau in der BRD nach '45

Wie wurde das Frauenbild in der BRD, welche unter dem Einfluss der US – amerikanischen Alliierten stand, geprägt? Feststeht, dass bis etwa in den 60er Jahren das bekannte starre und hierarchische Hausfrauenarrangement und das Bild des arbeitsamen Mannes bestehen blieb. Innerhalb der gesetzlichen Grundlage wurde sogar der Geschlechterunterschied ab 1949 konkret festgeschrieben<sup>65</sup>. Der Modernisierungsschub mit folgender Säkularisierung, Liberalisierung, Demokratisierung und Expansion im Bildungsbereich gab den Anlass zur Rekonstruktion und -produktion der

<sup>61</sup> vgl. Nickel, H.M. in Burkart, G. (1990); S. 21

<sup>62</sup> vgl. Nickel, H.M. in Burkart, G. (1990); S. 22

<sup>63</sup> vgl. Wolle, S. (1998); S. 175ff.

<sup>64</sup> vgl. Rennen – Allhoff, B./Schaeffer, D. (2001); S. 88

<sup>65</sup> vgl. Klein, U in Ehlert, G. et al. (2011); S. 183

veralteten Leitbilder. Frauen entwickelten ihr eigenes Verständnis von Mutterschaft und Erwerbstätigkeit, was auch im Zuge feministischer Emanzipationsbewegungen thematisiert wurde. Die 68er galten in dieser Hinsicht als wesentliches Aufbegehren der Frauen gegen die gesellschaftliche Ordnung wie bspw. die wohlfahrtsstaatlich konzipierte Ehe, die nach wie vor als Institution der Ausbeuterei angesehen wurde und der unbezahlten Hausfrauenarbeit dienlich war. Weiterhin fokussiert von den eher politisch organisierten Feministinnen wurden die Themenbereiche der weiblichen Niedriglohnarbeit, Abtreibung und Sexualität. Vor allem letzteres besetzte nicht nur den privaten Sektor der Intimität, vielmehr ging es dabei um die Unterdrückung der Frau als solches, gefolgt von Sexismus und Missbrauch.<sup>6667</sup> Beck – Gernsheim beschreibt jene Auseinandersetzung mit diesen Problematiken als „nachholende Individualisierung“<sup>68</sup>.

Die BRD wurde lange Zeit Pflegebedürftigkeit nicht als konkretes Problem bzw. Phänomen anerkannt, da Pflege vorrangig in der privaten Häuslichkeit stattfand und somit keiner Thematisierung bedurfte.<sup>69</sup> Zwar wurden in den 1970er Jahren Modellpfligestudiengänge eingeführt, allerdings in den 80er Jahren auch wieder abgeschafft. Lediglich ab Mitte der 90er Jahren gelang es der Pflege, sich nachhaltig in Deutschland zu akademisieren.<sup>70</sup>

### 3.5 Gleichstellungspolitik heute. Und Pflege?

Seit 1985 wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit auf Frauenpolitik ausgeweitet wird und sich dementsprechend auch gegen jegliche Unterdrückung und Ungleichheit einsetzt. Folglich wurden auf Bundesländerebene Frauenförderungsgesetze als verbindlich erklärt, die bis heute im öffentlichen Dienst allgegenwärtig sind. Allerdings existiert bis dato keinerlei rechtliche Grundlage im Bezug des privatwirtschaftlichen Rahmens. Ziel ist es, Frauen in mittleren und oberen Führungsebenen beständig zu integrieren und Diskriminierungen jeder Art abzubauen. Aktuell ist wohl die Einführung einer festen Frauenquote als brisantestes Thema dieses politischen Gremiums. Weiterhin an Bedeutung findet die

<sup>66</sup> vgl. Pfau Effinger, B. (1996); S. 474ff.

<sup>67</sup> vgl. Müller, U. (2013); S. 51ff.

<sup>68</sup> Beck – Gernsheim, E. (1983) in Pfau Effinger, B. (1996); S. 474

<sup>69</sup> vgl. Röttger – Liepmann, B. (2007); S. 13

<sup>70</sup> vgl. Sewtz, S. in Matzick, S. (2008); S. 125

Thematisierung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf, u.a. durch Teilzeitarbeit, oder auch die Erweiterung des Frauenrechts, bspw. bei sexueller Belästigung oder beruflichem Wiedereinstieg nach langer Ausfallzeit durch Krankheit.<sup>71</sup> Oft verwechselt wird Frauenpolitik mit Gender Mainstreaming. Kurz gesagt, beschreibt jener Sachverhalt eine Ausdehnung der Interessenvertretung auf Männer und Frauen. Beide Geschlechter sollen bei Problemlagen berücksichtigt werden, um eine jeweilige strategische Aufarbeitung bei allen Akteuren gleichermaßen gewährleisten können.<sup>72</sup>

Auch innerhalb des pflegerischen Sektors können Politisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen festgehalten werden um sich zu emanzipieren und vor allem von der Medizin abzugrenzen. Die Einführung pflegewissenschaftlicher Studiengänge galt bereits schon seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts im amerikanischen Raum als wegweisend, um sich als eigenständige Profession durchzusetzen.<sup>73</sup>

Im deutschsprachigen Raum etablierten sich, wie bereits im vorherigen Punkt kurz erwähnt, Pflegestudiengänge erst nach dem Zusammenschluss der DDR und BRD. Hierzulande gründete sich außerdem 1989 der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), welcher u.a. in Kooperation mit dem International Council of Nurses (ICN) steht. Jene Vereinigung begründete den Berufskodex für Angehörige des Pflegeberufs. Der DBfK nahm sich jene Ausarbeitung an und erstellte unter diesem Gesichtspunkt das Aktionsprogramm 2020<sup>74</sup>, und fordert neben der Ausweitung der pflegepolitischen Kompetenz auch die Pflege als Profession anzuerkennen, sie von der Medizin gesondert zu betrachten und folglich starre Strukturen aufzubrechen. Die daraus zu ziehenden Konsequenzen seien nach Gruending „das Monopol auf Pflegeleistungen, Autonomie über den Berufsstand, gesellschaftliche Anerkennung, Prestige, Macht und Autorität“<sup>75</sup>. Hinsichtlich der Professionsthematik im Berufsfeld Pflege soll im Abschnitt 7, zu „Chancen und Grenzen – Pflege heute“ die Notwendigkeit der Akademisierung und Professionalisierung geschlechtsspezifisch diskutiert werden.

In Anbetracht des gesellschaftlichen Hintergrunds könnten Fachkräfte nur durch Aneignung und Integration pflegewissenschaftlicher Kenntnisse den Anforderungen der

<sup>71</sup> vgl. Klein, U. in Ehlert, G. (2011); S. 183ff.

<sup>72</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002); S. 30ff.

<sup>73</sup> vgl. Kellnhauser, E. (1994); S. 66

<sup>74</sup> Siehe Anhang A.3

<sup>75</sup> Guending, D.L. (1985) in Kellnhauser, E. (1994); S. 60

heutigen Zeit wie Multimorbidität oder auch erhöhte Beimessung des Qualitätsmanagements etc. gerecht werden. Durch eine entsprechende akademische Neuausrichtung des Tätigkeitsfeldes würde demnach auch das gesellschaftliche Ansehen gestärkt werden.<sup>76</sup>

Doch warum sind bis heute wenige Resultate in Bezug auf ein professionelles berufliches Selbstverständnis zu verzeichnen? Angeführt werden kann dabei zunächst, dass es kein klar definiertes Arbeitsfeld gibt. Krankenschwestern führen nach wie vor sowohl die von Ärzten delegierten „höheren“ Tätigkeiten als auch Pflegeleistungen nach SGB XI durch. Der eben genannte berufliche Kodex impliziert tätigkeitsbezogene Aspekte, die jener gewissen Diffusität entgegenwirken würden. Trotzdem ist dieser bis heute nicht für alle Pflegenden verbindlich.<sup>77</sup> Ein anderer wesentlicher Punkt ist der hohe Anteil der Frauen im pflegerischen Berufsfeld. Die Geschichte der Industrialisierung zeigt, dass in dieser Phase das unterwürfige, mütterliche Frauenbild stark geprägt wurde. Wie in den vorherigen Abhandlungen angeführt, wurden Frauenberufe durch Häuslichkeit und pflegerische Tätigkeiten charakterisiert und folglich schlechter bezahlt. Durch diverse Rollenerwartungen an die Frau von heute besteht eine gewisse Ambivalenz im Gerechtworden ihrer Selbst im öffentlichen und privaten Raum. Die Frau ist dabei Mutter, Ehefrau und Berufstätige<sup>78</sup>. Jene Anstrengungen, allen Anforderungen zu genügen, bedürfen viel Energie und Aufwand. Aus diesen Gründen bliebe hierbei nur noch die bedingungslose Akzeptanz der untergebenen Rolle im pflegerisch- medizinischen Sektor.<sup>79</sup>

Außerdem kann behauptet werden, dass sich die Krankenschwester als solche zwar die Möglichkeit gegeben hat mehr Verantwortung für ihr Denken und Handeln zu übernehmen, sich dieses Vorgehen allerdings trotzdem noch unter Obhut der Medizin, welche soziokulturell männlich konnotiert ist<sup>80</sup>, vollzieht. Zudem werden Behandlungserfolge selten auf das pflegerische Können bezogen. Vielmehr steht dabei die Medizin im Fokus, welche die Anweisung gibt und demzufolge auch die vorherigen Überlegungen angestellt hat. Die Pflegenden seien dabei nach wie vor die ausführende Kraft.<sup>81</sup>

<sup>76</sup> vgl. Kellnhauser, E. (1994); S. 60ff.

<sup>77</sup> vgl. Klie, T. (2000) in Rennen – Allhoff, B./Schaeffer, D. (2000); S. 280

<sup>78</sup> vgl. Maiwald, G. (2003); S. 13

<sup>79</sup> vgl. Kellnhauser, E. (1996); S. 70ff.

<sup>80</sup> vgl. Hannes, A./Sander, Kirsten (2012); S. 132

<sup>81</sup> vgl. Kellnhauser, E. (1996); S. 72ff.

### 3.6 Maskulinität, Beruf und Pflegen !?

Oft suggeriert wird, dass nur Frauen einem utopisch perfektionistischen Bild der Weiblichkeit unterliegen würden und Männer einfach Männer seien – sie würden mit den Jahren nicht älter, sondern weiser und attraktiver. Wer nun davon ausgeht, dass sie keinem gegenwärtigen Ideal ausgesetzt sind, ist weit entfernt von der Realität. Bereits im Punkt 2.3 zu den Stereotypen, wurde deutlich, was von Männern erwartet werde, wie sie, vor allem in der Öffentlichkeit zu sein haben und in welcher beruflichen Position sie sich verwirklichen sollten. Parallel entwickelte sich in den letzten Jahren zudem eine diverse Ambivalenz des männlichen Verhaltens im privaten Raum.

Nina Pauer beschreibt in ihrem Artikel „Die Schmerzensmänner“ die Uneinigkeit des emotionalen Erlebens und des Handelns des Mannes im Bezug auf Frauen. Darin werden die gefühlte Uneinigkeit im Rollenverständnis des Mannes und seine Verlorenheit in der modernen Zeit deutlich. Dabei fordert sie prinzipiell mehr Maskulinität anstelle von Einfühlungsvermögen, schüchterner Romantik und Verständnis. Sie regt damit einen wesentlichen Diskurs über die Erwartungshaltungen der Frauen an die Männer an.<sup>82</sup>

Aber führt jene Denkweise nicht wieder zu Stereotypen zurück? Kann sich „Mann“ überhaupt von privatem und öffentlichem Raum differenziert betrachten? Wie entstand eigentlich das Bild der Maskulinität und welche Berufe wurden/werden damit in Verbindung gebracht? Und wie sehen diese Anforderungen an einem Pfleger aus? Steht diese Berufsgruppe nicht auch zwischen Maskulinität und der weiblich konnotierten Tätigkeitsnorm des Berufsfelds Pflege?

Um genannte Fragen beantworten zu können, bedarf es vorab eines kurzen historischen Exkurs bzgl. der Entwicklung der Maskulinität. Dabei soll unter anderem eine Gegenüberstellung des Anti – Typus und des Berufsbildes des Pflegers vorgenommen werden. Im Anschluss daran wird ein Überblick über mögliche Motive der Berufswahl und die gesellschaftliche Darstellung erfolgen.

---

<sup>82</sup> vgl. Pauer, N. (2012): Die Schmerzensmänner; URL: <http://www.zeit.de/2012/02/Maenner> (Stand:19.04.2013)

### 3.7 Entwicklung des maskulinen Typus

*„Es ist unmöglich, genau festzulegen, wann das Ideal der modernen Maskulinität geboren und Teil der neueren Geschichte wurde. Man kann sagen, da[ß] dies irgendwann zwischen der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und dem Beginn des 19. Jahrhunderts geschah. Die Bausteine der modernen Maskulinität existierten bereits, aber sie wurden erst zu Beginn des modernen Zeitalters systematisiert, zu einem Stereotyp geformt.“<sup>83</sup>*

Der Begriff des „Mannes“ wurde vor diversen charakteristischen Kategorisierungen, eher dem gesellschaftlich – sozialen Stand zugeordnet, wie Ehemann, Soldat, Bauersmann usw. Zwar wurde unlängst zwischen Mann und Frau unterschieden und den Geschlechtern entsprechende Persönlichkeitsstrukturen zugetragen, allerdings erfuhr vor allem zu Beginn der Industrialisierung das „Geschlecht“ eine weitreichende und stark stereotype Differenzierung.<sup>84</sup> Zu dieser Zeit spielten die angeblich natürlichen Fähig- und Fertigkeiten die größte Rolle in der Begründung zur Abgrenzung von Mann und Frau. Dabei wurden nicht nur Frauen, sondern auch Männern spezifische Verhaltensmuster beigemessen, die sie stets zu erfüllen hatten. Außerdem rückte eine gewisse Ästhetik der Körperlichkeit in den Vordergrund, die nicht minderwertig im Zusammenhang mit geistigen Attributen stand. Der Idealtypus des Mannes durchzog prinzipiell alle sozialen Schichten, lediglich die Relevanz variierte innerhalb der Milieus. Die geschlechtliche Arbeitsteilung oder auch „Arbeitsergänzung“ galt als wesentlicher Aspekt in der Entwicklung der Maskulinität. Frauen waren bekannter Weise primär für Hausarbeiten und pflegerisch – fürsorgliche Tätigkeiten zuständig, hingegen sorgten Männer für den notwendigen Verdienst durch diverse berufliche Aktivitäten, wie im Handwerk oder der Medizin.<sup>8586</sup>

Ein kurzer historischer Abriss zeigt, dass männliche Eigenschaften wie Mut oder Kaltblütigkeit eng in Verbindung mit Ritterlichkeit gebracht wurden. Jene waghalsigen Duelle wurden bereits im 16. Jahrhundert ausgefochten und galten einer ernst zu nehmenden Männlichkeitsprüfung, welche im 19. Jahrhundert sogar unter Studenten und Politikern wie bspw. bei Karl Marx große Bedeutung fand, um seinen Status zu

---

<sup>83</sup> Mosse, G. (1997); S. 12

<sup>84</sup> vgl. Brandes, H. (2002); S. 47

<sup>85</sup> vgl. Mosse, G. (1997); S. 12ff.

<sup>86</sup> vgl. Swetz, S in Matzick, S (2008); S. 118

präsentieren und seine Ehre zu verteidigen. Weiterhin stärkt der Zweikampf die Unabhängigkeit, Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit des Mannes. Zu Zeiten der Französischen Revolution vollzog sich ein Verlauf, bei dem derartige charakteristische Zuschreibungen auf Körperlichkeit und Moralität ausgeweitet wurden. Männlichkeit wurde zu einer Einheit von reinem Geist und gesundem aktiven Körper.<sup>87</sup>

*„Je tugendhafter ein Wesen, desto größer seine Schönheit; je weniger tugendhaft, desto häßlicher seine Erscheinung.“<sup>88</sup>*

Ferner sollte sich der vollkommene Mann durch ein arbeitsames, reinliches und maßvolles Verhalten definieren, was sich folglich auch durch einen ästhetischen Körperbau widerspiegelte. Körper und Geist interagierten auf einer Ebene und wurden nicht differenziert betrachtet. Beeinflusst wurde diese Vorstellung durch das griechische Idealbild, was von neuentdeckten Skulpturen dieser Epoche abgeleitet wurde. Als wegbereitend in der Herausbildung des idealtypischen Mannes in der damaligen Zeit ist J.J. Winckelmann. Bis heute lassen sich diverse Parallelen zu einer Vollkommenheit des männlichen Körpers und Geistreichtum finden. Erstaunlich ist, dass innerhalb dieses Jahrhunderts die visuelle Konzentration ganz dem Mann galt und Frauen dabei kaum betrachtet wurden, da eine Vollkommenheit von Intelligenz und Schönheit nur bei Männern vorzufinden sei.<sup>89</sup>

Anders als bei der historisch kulturellen Darstellung der Femininität im Beruf gibt es im Hinblick auf Männer und Arbeitsverrichtungen weniger essentielle Umbrüche zu verzeichnen. Der öffentliche Gesellschaftsbereich unterliegt seit jeher männlichen Modellen. Frauen tragen dabei die Aufgabe, sich diesen anzupassen oder bestenfalls sie durch aktive Beteiligung aufzubrechen, wie bspw. bestimmte feministische Strömungen einst für mehr Frauenrechte einstanden und kämpften. Trotzdem wird momentan davon ausgegangen, dass hierarchische Strukturen zwar weiterhin bestehen, sie allerdings brüchig werden.<sup>90</sup>

---

<sup>87</sup> vgl. Mosse, G. (1997); S. 27ff.

<sup>88</sup> Lavater, J.K. (1804) in Mosse, G. (1997); S.38

<sup>89</sup> vgl. Mosse, G. (1997); S. 38ff.

<sup>90</sup> vgl. Biester, E. et al. (1994); S. 72



### 3.8 Der Pfleger – ein (Anti)Typus?

In der Literatur lässt sich in Bezug auf die pflegenden Männer an sich und die generelle Stigmatisierung als „Antitypus“ nur bedingt belegbares Material verarbeiten. Anbei folgt schließlich, wie sich ein derartiger Antityp der Maskulinität definiert und ob jene Charakterisierung dementsprechend auch analog auf das Bild eines Pflegers projiziert werden kann.

Der vorherige Abschnitt zeigt deutlich, was prinzipiell als männlich angesehen und lediglich als solches akzeptiert wurde. Salopp gesagt, ist eine „Demaskulinität“ faktisch als gegenteilig zu betrachten. Jene Männer, die nicht dem propagierten Ideal oder der Norm entsprachen, wurden dem Antitypus bezichtigt. Darunter fielen Personengruppen wie Juden oder auch Homosexuelle.<sup>91</sup>

Aufgrund der geschichtlich besetzten Berufsbildbeschreibung der Pflege als strikt weibliches Arbeitsfeld wird männlichen Fachkräften des Öfteren jene sexuell homogene Ausrichtung zur Last gelegt. Seit etwa den 90er Jahren tauchen vor allem in Fachzeitschriften vereinzelt diverse Artikel über Frauen und Männer in der Pflege auf. Dabei werden mehr oder weniger zwei voneinander abhängige Faktoren ersichtlich. Nach wie vor wird Pflege als Frauenberuf deklariert, was vor allem historisch bedingt ist, aber auch von den pflegenden Männern selbst als solches wahrgenommen wird. Gesundheits- und Krankenpfleger müssen sich dem Klischee der Homosexualität und der verminderten gesellschaftlichen Anerkennung stellen. Dabei lassen sich Männer weniger auf die tatsächlich pflegerischen Tätigkeiten ein, wenden sich gar von ihr ab und schreiben diese „Fähigkeit“ indirekt auch den Frauen zu, was dem Stereotyp entspräche.<sup>92</sup> Sie suchen vermehrt den Kontakt zu stärker medizinisch – ausgerichteten Fachrichtungen und vorwiegend auch den persönlicheren Anschluss zum Arzt, da sie dadurch für sich eine Aufwertung des Berufs erfahren.<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> vgl. Mosse, G. (1997); S. 94

<sup>92</sup> siehe Punkt 2.3 Geschlechterstereotype

<sup>93</sup> vgl. Bartjes, H. (1995); S. 46ff.

Ein männlicher Pfleger äußert sich wie folgt:

*„Ärzte behandeln mich mit mehr Respekt. Sie reagieren nicht in kindlichen Verhalten wie schreien, anpöbeln, mit Dingen (Kartex) umher werfen, wenn etwas nicht so klappt wie angeordnet.“<sup>94</sup>*

Doch was sind die Motive, die (junge) Männer zur Pflege führt? Ummel setzt sich in seinem Werk „Männer in der Pflege – Berufsbiographien im Umbruch“ genauer mit den Beweggründen der Männer für diese Berufswahl auseinander. Vordergründig genannt werden könne dabei zum einen der paritätische Dienst an sich, zum anderen auch, dass die Pflege als einen gewissen Ersatz zur Medizin erscheine. Wo vor etwa 150 Jahren Männer als Wärter in der Pflege tätig waren, kommen in der heutigen Zeit eher Verwechslungen mit dem ärztlichen Personal auf.<sup>95</sup> Verzeichnet wird außerdem, dass ein Großteil der männlichen Pflegekräfte aus eher sozial benachteiligten Milieus stamme und innerhalb dieses Berufsfeldes eine sichere Arbeit sehe, die sogar eventuelle Aufstiegsmöglichkeiten biete. Problematisch daran sei, dass durch eine geringe Vergütung und Anerkennung, die die Männer erfahren, oftmals nicht im pflegerischen Sektor verblieben würde. Zu wenig soziale und materielle Wertschätzung würden zu einem Ausstieg aus der direkten Pflege führen. Bekräftigt würde dieses Vorhaben bereits innerhalb der Ausbildung.<sup>96</sup> Es hieße, Männer seien vermutlich aufgrund ihrer „angeborenen“ Fähigkeiten eher dem Verwaltungsbereich oder „pflegeferneren“ Sektoren zugewandt. Aufgrund der verstärkten Technisierung und des erhöhten Verantwortungsbereichs hätten Männer einen größeren Handlungsspielraum innerhalb der Psychiatrie oder im intensivmedizinischen Bereich<sup>97</sup>. Zudem macht sich hier eher ein stabilerer beruflicher Rahmen, indem sich männliche Pflegefachkräfte bewegen können, deutlich. Ein Blick zurück in die Geschichte zeigt einen parallelen Strom in Hinblick auf das Wärterdasein und die moderne Arbeit als psychiatrischer Pfleger gar als Therapeut, was prinzipiell medizinisch konnotiert ist. Die Gefahr einer individualisierten geschlechtlichen Kollision des männlichen Selbst ist innerhalb dieses Fachbereichs als geringfügig einzustufen. Wenden Männer doch viel Kraft auf, um sich seiner Identität innerhalb des Berufs sicher und gerecht zu werden. Wie ein Mann in der „typischen“ Pflege zu sein hat, ist unklar. Ihm obliegt demnach ein täglicher

---

<sup>94</sup> Bartjes, H. (1995); S. 47

<sup>95</sup> vgl. Ummel, H. (2004); S. 186

<sup>96</sup> vgl. Bartjes, H. (1995); S. 46ff.

<sup>97</sup> vgl. Sewtz, S. in Matzick, S. (2008); S. 124

Individualisierungsprozess, der sich aus den Erwartungen an das soziale Geschlecht und den Vorstellungen eines eher frauentypischen Berufsbildes zusammensetzt.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> vgl. Ummel, H. (2004); S. 186ff.

## 4 Krankenhaus als Institution und „Geschlecht“

Es existiert eine Mannigfaltigkeit von Begriffserklärungen zum Gegenstand der Organisation. Jene ist stets immer im Zusammenhang zu betrachten, um ihre Natur und Intention nachvollziehen zu können. Ferner ist die Darstellung der Zielsetzung in Bezug auf das Objekt an sich relevant, um entsprechende Sachverhalte genauer beschreiben und analysieren zu können.<sup>99</sup> Hinsichtlich des Schwerpunktes der Geschlechterfrage innerhalb eines Krankenhauses ergibt sich folglich die kontextuelle Notwendigkeit einer kurzen Abhandlung organisationssoziologischer Aspekte, um im Anschluss genauer auf geschlechtsspezifische Fakten einzugehen.

### 4.1 Was ist „Organisation“ im Krankenhaus?

Übersichtlich lässt sich der organisationstheoretische Aspekt gestalten, indem zwischen zwei Arten von Begriffen theoretisch differenziert wird. Zu nennen ist dabei zunächst der

- dynamische/prozessuale und instrumentelle und der
- statische gegliederte Aspekt der Organisation.

Ersteres beschreibt eher die Gesamtheit des Organisierens an sich bzw. die Planung unmittelbarer Prozesse personeller und institutioneller Struktur, bspw. die Gestaltung eines Krankenhauses im Bezug der Hierarchie und des Führungsstils sowie folglich der Arbeitsverteilung. Der statisch gegliederte Punkt stellt somit die daraus folgende Ordnung eines jeden Systems dar, das heißt, inwiefern sich das jeweilige Gefüge aus den Bedingungen zusammensetzt und definiert.<sup>100</sup> Organisation bedeutet ferner auch ein:

*„[V]on bestimmten Personen gegründetes, zur Verwirklichung spezifischer Zwecke planmäßig geschaffenes, hierarchisches verfasstes, mit Ressourcen ausgestattetes, relativ dauerhaftes und strukturiertes Aggregat (Kollektiv) arbeitsteilig interagierender Personen, das über wenigsten ein Entscheidungs- und Kontrollzentrum verfügt, [...]“*

<sup>99</sup> vgl. Abraham, M./Büschges, G. (2009); S. 56

<sup>100</sup> vgl. Abraham, M./Büschges, G. (2009); S. 56

*welches die zur Erreichung des Organisationszweckes notwendige Kooperation zwischen den Akteuren steuert, und dem als Aggregat Aktivitäten oder wenigstens deren Resultate zugerechnet werden können.*<sup>101</sup>

Von dieser Begriffserklärung ausgehend, können Aufgaben eines Krankenhauses komprimiert abgeleitet werden. Als primäre Ziele sind sowohl die Beseitigung und Linderung gesundheitsbezogener Problemlagen, als auch das Bereitstellen von Hilfeleistungen bei Geburten zu verzeichnen. Dabei sollen gleichermaßen Wirtschaftlichkeit und spezifisch bedarfsgerechte Versorgung aller Personengruppen berücksichtigt werden. Unternehmerisches Streben und jene humanistische Absicht sind gesondert zu betrachten, bedingen sich aber in gewisser finanzieller und qualitativer Hinsicht, was allerdings im Folgenden nicht näher betrachtet wird.<sup>102</sup>

Hauptprotagonisten innerhalb eines Krankenhauses sind prinzipiell medizinische und pflegerische Akteure in jeglicher hierarchischer Abfolge, begonnen von Pflegehilfskräften über Fachkräfte bis hin zum Verwaltungstrakt der leitenden spezifischen Instanzen. Ohne konkret auf die einzelnen zu verrichtenden Teilbereiche Bezug zu nehmen, betrifft jegliche Arbeit die Versorgung des Patienten wie die Aufnahme, Diagnostik, Behandlung und das Entlassungsmanagement.<sup>103</sup>

Trotz einer eigentlich gemeinschaftlichen Zielsetzung rücken immer wieder diverse problematische Diskurse in der Abstimmung wirtschaftlicher, medizinischer und pflege-relevanter Absichten in den Vordergrund. Aufgrund historischer und kultureller Entwicklungstendenzen resultiert daraus ein beruflicher und soziologischer Rollenkonflikt. Pflege, vor allem praktische Tätigkeiten wie Waschen, Kleiden etc., ist aufgrund ihrer geschichtlichen Prägung weitestgehend ein Frauenberuf. Wie bereits erwähnt wurde, fassen auch Männer immer öfter Fuß innerhalb dieses Arbeitsfeldes, wobei hier mehr der Fokus sowohl auf die Technisierung dieses Berufs liegt, als auch die Möglichkeit besteht, in der oberen Führungsebene eine entsprechende Position auszufüllen.<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup> Abraham, M./Büschges, G. (2009); S. 58ff.

<sup>102</sup> vgl. Bettig, U. et al. (2010); S. 29

<sup>103</sup> vgl. Büssing, B./Herbig, A. (2006); S. 10ff.

<sup>104</sup> vgl. Maiwald, G. (2003); S. 4ff.

## 4.2 Geschlechtsspezifische Segregation (auch) im Krankenhaus

Ferner ist von einer geschlechtsspezifischen Segregation auszugehen, sobald Männern und Frauen diverse stereotype Eigenschaften zugesprochen werden. Dem Mann würde eher nachgesagt, er sei zielstrebig, leistungsorientiert und rational und entspreche daher idealerweise bspw. dem Bild eines Managers. Die Frau hingegen zeichne sich durch ihr empathisches und fürsorgliches Wesen aus. Jenes Denken unterstütze die Ungleichverteilung und Marginalität von Frauen in den oberen Führungsebenen, was als vertikale Segregation bezeichnet wird. Die horizontale Segregation beschreibt prinzipiell das Vorhandensein diverser Männer- und Frauenberufe, das heißt, ein Beruf sei segregiert, insofern der Anteil einer Geschlechtsgruppe unter 30% liege.<sup>105 106</sup>

*„Geschlecht [spielt] immer und überall eine Rolle [...], [so]dass Strukturen nicht <neutral> sein können, dass jede Tätigkeit geschlechtlich <gelabelt> wird, dass die Konstruktion von Organisation unentrinnbar mit den allgegenwärtigen Konstruktionen von Geschlecht verbunden ist.“<sup>107</sup>*

Auch innerhalb der Institution Krankenhaus sind nach wie vor geschlechtsspezifische Hierarchien vorzufinden, die sich bereits bei der Stellenbesetzung bzgl. ihrer beruflich akademischen Voraussetzungen unterscheiden. Die Medizinische Zentrumsleitung und Verwaltungsdirektion sind häufiger durch männliche Berufstätige besetzt, welche zudem einen entsprechenden universitären Abschluss vorweisen müssen. Die pflegerische Leitung wird meistens durch eine ausgebildete Krankenschwester besetzt, die eventuell Weiterbildungsmöglichkeiten in Anspruch genommen hat. Daraus ergeben sich diverse interaktionistische und kommunikative Abstufungen. Weiterhin ist anzumerken, dass die Medizin, auch heute noch stark männlich konnotiert<sup>108</sup>, einen eklatanten Einfluss auf Prozesse anderer Berufe nimmt und sich so als Zentrum des Geschehens versteht.<sup>109</sup>

<sup>105</sup> vgl. Hördt, O./Kahle, E. (2006); S. 10

<sup>106</sup> vgl. Maiwald, G. (2003); S. 12ff.

<sup>107</sup> Wilz, S. (2001); S. 100

<sup>108</sup> vgl. Hannes, A./Sander, K. (2012); S. 132

<sup>109</sup> vgl. Maiwald, G. (2003); S. 13

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass traditionelle organisatorische Strukturen fortlaufend modernisiert werden, sich die Pflege nach wie vor versucht zu professionalisieren und der Medizin teilweise auch Verantwortung abgenommen wird<sup>110</sup>. Aus diesem Grund empfinden auch immer mehr Männer, neben dem Dasein als Arzt, die Besetzung innerhalb der höheren Verwaltungs- und Managementebene eines Krankenhauses durchaus als attraktiv, sodass auch hier eine vertikale Segregation deutlich wird.<sup>111</sup>

Innerhalb der pflegerischen Praxis kann eine geschlechtsspezifische Segmentierung in männliche und weibliche Bereiche vorgenommen werden. Wie im Punkt 3.8 bereits beschrieben, fühlen sich Gesundheits- und Krankenpfleger eher zu einer technisch ausgerichteten Station hingezogen. Außerdem präferiert werden Fachgebiete, in denen der Verantwortungs- und Autonomiegrad höher ist, u.a. bei schwer psychisch erkrankten Menschen. Frauen hingegen wenden sich verstärkt typisch „mütterlichen“ Gebieten zu, wie der Gynäkologie, Geburtshilfe oder Kinderkrankenpflege.<sup>112</sup>

Inwiefern sich jene daraus resultierende homogene und heterogene Teambildung auf die Zusammenarbeit auswirkt, gilt es innerhalb der Experteninterviews zu hinterfragen. Außerdem interessant erscheint dabei, ob entsprechende Anforderungen an das jeweilige Geschlecht gestellt werden bzw., ob jenes traditionelle Rollenverständnis weiterhin allgegenwärtig ist. Des Weiteren nicht irrelevant ist zu hinterfragen, ob Männer im allgemeinen Pflegesektor als „Exoten“ deklariert werden und was getan werden müsste, um für die berufliche Basis mehr Männer begeistern zu können.

---

<sup>110</sup> vgl. Hannes, A./Sander, K. (2012); S.124

<sup>111</sup> vgl. Sewtz, S. in Matzick (2008), S.117

<sup>112</sup> vgl. Sewtz, S. in Matzick (2008), S.124

## 5 Sozialisation und die Entwicklung der personellen Identität

Neben pflegetheoretischer Schwerpunktsetzung, wie dem geschichtlichen Verlauf des Pflegeberufs und der Notwendigkeit der Professionalisierung der Pflege im geschlechtlichen Kontext, gilt bezüglich des Themas „Rollenverständnis und Geschlechterdynamik im Berufsfeld Pflege“ auch die Verdeutlichung sozialwissenschaftlicher Aspekte als relevant. Innerhalb dieses Paradigmas finden sich Ansätze zur Erklärung der Entwicklung sowohl von generell gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen und Männern und wie sich diese „angeeignet“ werden als auch das Aufkommen diverser Stereotypen.

Im Folgenden soll daher ein allgemein umfassender Exkurs zur Herausbildung der personellen Identität und die eng im Zusammenhang stehende Grundlagendarstellung diverser Theorien zur Begründung der Persönlichkeitsentwicklung erarbeitet werden.

### 5.1 Der Begriff der Sozialisation und der Persönlichkeitsstruktur

Um im Verlauf auf spezifische theoretische Ansätze zur Entwicklung der personellen Identität einzugehen, bedarf es zunächst einer Erklärung des Sozialisationsbegriffs nach Hurrelmann.

*„Im heute allgemein vorherrschenden Verständnis wird mit der Sozialisation der Proze[ß] der Entstehung und Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit in Abhängigkeit von und in Auseinandersetzung mit den sozialen und den dinglich – materiellen Lebensbedingungen verstanden, die zu einem bestimmten Zeitpunkt der historischen Entwicklung einer Gesellschaft existieren. Sozialisation bezeichnet den Proze[ß], in dessen Verlauf sich der mit einer biologischen Ausstattung versehene menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet, die sich über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit Lebensbedingungen weiterentwickelt.“<sup>113</sup>*

---

<sup>113</sup> Hurrelmann, K. (2001); S. 14



Deutlich dabei wird die Fokussierung auf die Gesellschaft und die generelle Wirkung äußerer Einflüsse auf den Menschen während seines ganzen Lebens, beginnend von der Geburt, über die Erziehung der Eltern bis hin zu weiteren Umweltbedingungen wie der Umgang mit anderen Menschen oder die Wahl des Wohnorts. Die Gesellschaft als solches bestimmt dahingehend das wesentliche Bild in der Struktur und Auffassung etwaiger Einflüsse wie u.a. bei physisch – materiellen Gegebenheiten, bspw. die Gestaltung innerstädtischer Parkanlagen oder Bebauung bestimmter Wohngegenden. Eine Rolle hierbei spielt insbesondere die Auswirkung genannter Sachverhalte auf die Persönlichkeit von Menschen, reichend vom Kindes- bis hin zum Erwachsenenalter.<sup>114</sup>

Hurrelmann definiert zu Beginn seines Werks „Einführung in die Sozialisationstheorie – Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit“ weiterhin, was unter Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen ist:

*„Als Definitionsbestandteil von „Sozialisation“ wird hier der Begriff „Persönlichkeit“ verwendet. Mit Persönlichkeit wird das von einem Menschen spezifische organisierte Gefüge von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen bezeichnet, das sich auf der Grundlage der biologischen Ausstattung als Ergebnis der Bewältigung von Lebensaufgaben jeweils lebensgeschichtlich ergibt. Als Persönlichkeitsentwicklung läßt sich die überdauernde und langfristige Veränderung wesentlicher Elemente dieses Gefüges im historischen Zeitverlauf und im Verlauf des Lebens bezeichnen.“<sup>115</sup>*

Genauer betrachtet, wird die Persönlichkeit des Menschen innerhalb des Sozialisationsprozesses zentralisiert. Wesentlich dabei ist, dass neben den externen Faktoren wie der Wohnumgebung etc. auch intrapsychische Vorgänge wie Emotionen und Motivationen oder auch Wissen und Werthaltungen eine signifikante Rolle spielen. Vielmehr geht es darum, was der Mensch, ein spezifisch individuell konstruiertes System, aus diesen Gegebenheiten macht, wie er diverse Erfahrungen verarbeitet und aus ihnen lernt. Niemand ist also seiner Umwelt hilflos ausgesetzt. Menschen besitzen notwendige kognitive Fähigkeiten, um auf sich selbst und ihre Umgebung aktiv und bewusst einzuwirken. Diese Voraussetzungen machen den Menschen zum „handlungsfähigen Wesen, zu einem Subjekt“<sup>116</sup>. Zudem teilt jeder Einzelne einer

<sup>114</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 14ff.

<sup>115</sup> Hurrelmann, K. (2001); S. 14

<sup>116</sup> Tillmann, K.J. (2010); S. 17

Gesellschaft mit weiteren Mitgliedern einen sogenannten Sozialcharakter, der es folglich ermöglicht von Gruppen, Völkern o.ä. zu sprechen und resultierend eine Selbstverständlichkeit des sozialen Gefüges folgt. Schließlich ist festzuhalten, dass innerhalb eines Sozialisationsprozesses eines Menschen ein Kontinuum zweier Dimensionen dargestellt werden kann, was die Vergesellschaftlichung und Individualisierung impliziert. Ferner wird ein Spannungsverhältnis zwischen Normen und Werten einer Gesellschaft und dem individuellen und kreativen Verhalten einer Person beschrieben.<sup>117</sup>

Ohne konkret auf Altersstufen einzugehen, soll die nachfolgende Abbildung nochmals verdeutlichen, welche Ebenen und Komponenten eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung der Persönlichkeit spielen.

<b>Ebene</b>			<b>Komponenten (beispielhaft)</b>
(4) Gesamtgesellschaft			ökonomische, soziale, politische, kulturelle Struktur
	↕	↕	
(3) Institutionen			Betriebe, Massenmedien, Schulen, Universitäten, Militär, Kirchen
	↕	↕	
(2) Interaktionen und Tätigkeiten			Eltern – Kind – Beziehung; schulischer Unterricht; Kommunikation zwischen Gleichaltrigen, Freunden, Verwandten
	↕	↕	
(1) Subjekt			Erfahrungsmuster, Einstellungen, Wissen, emotionale Strukturen, kognitive Fähigkeiten

Abbildung 1 Struktur der Sozialisationsbedingungen<sup>118</sup>

Die Subjektebene impliziert alle individuellen persönlichen Sachverhalte. Die daraus resultierende Handlungsfähigkeit ermöglicht einen konstruktiven Umgang mit Ebene zwei bzw. wird das Subjekt durch Interaktionen mit diversen gesellschaftlichen Komponenten wie durch Gespräche mit Freunden geprägt. Die Einbettung dieser

<sup>117</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 16ff.

<sup>118</sup> Tillmann, K.J. (2010); S. 23

Zusammenkünfte erfolgt durch institutionelle Strukturen wie der Schule oder von Unternehmen. Dabei unterscheiden sich in der dritten Ebene Einrichtungen auf ihren Sozialisationscharakter hin. Betrieben bspw. obliegt nicht primär ein Sozialisationsprozess, wobei hingegen innerhalb eines Kindergartens die Sozialisation als primär relevant gekennzeichnet wird. Alle drei Ebenen sind durch die fortwährende Gesellschaft geprägt und können somit nur in diesem Kontext der politischen, ökonomischen etc. Gesamtheit betrachtet werden. Anzumerken ist, dass die Ebenen gewissermaßen hierarchisch angeordnet sind, sich aber gegenseitig bedingen können. Mikro- (Subjekt und Interaktion) und Makroebene (Gesamtgesellschaft und Institutionen) stehen dabei also in einer wechselseitigen Beziehung zueinander.<sup>119</sup>

Wie nun prinzipiell „sozialisiert“ wird, kann von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet werden. Im nächsten Abschnitt sollen konkret in Verbindung mit der geschlechtsspezifischen Entwicklung, der biologische lerntheoretische, psychoanalytische, kognitionstheoretische und soziokulturelle Ansatz dargestellt werden. Die Strukturierung erfolgt in Anlehnung an Tillmann, da er in seinem Werk „Sozialisationstheorien – Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung“, gezielt die Herausbildung der geschlechtlichen und persönlichen Identität beschreibt.

## 5.2 Biologie oder Gesellschaft?

Konträrer könnten die Aussagen über die Geschlechtsidentität und Rollenkonzeption nicht sein. Zum einem die biologische Wissenschaft, welche die Evolutionstheorie und die genetische Begründung des typisch männlich, typisch weiblichen Verhaltens impliziert. Zum anderen Seite die Sozialwissenschaften, die die Ansicht vertreten, das „Geschlecht“ würde von der Gesellschaft gemacht und beeinflusst. Beide Paradigmen beschäftigen sich jedoch mit ähnlichen Fragestellungen: Inwiefern und zu welchen Teilen obliegt es soziokulturellen oder genetischen Faktoren und das Verhalten von Männern und Frauen zu erklären? Unterscheiden sich beide Geschlechter in Bezug auf Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmuster? Wie können diverse Stereotype über einen derart langen Zeitraum überleben und behalten eine diverse Gültigkeit? Und was

---

<sup>119</sup> vgl. Tillmann, K.J (2010); S.23ff.

ist eigentlich „Geschlecht“? Letzteres wurde zum Punkt „Alles um's Geschlecht“ beantwortet und im soziokulturellen Kontext bereits beschrieben. Daher soll im Folgenden eher auf den Aspekt der biologischen Voraussetzung als Geschlechtsdifferenzierung eingegangen.<sup>120</sup>

### 5.2.1 kurzer Überblick über die Grundlagen biologischer Entwicklung

Bevor eine differenziertere Abhandlung über die Herausbildung der geschlechtsspezifischen Aneignung von Persönlichkeitsstrukturen dargestellt werden kann, bedarf es vorab eines kurzen Überblicks über die menschliche Biologie.

Ausgehend vom menschlichen Organismus besteht das Genom aus mehreren, etwa 20.000 Genen, welche, abgesehen von Mutationen, lebenslang bestehen bleiben. Durch die fortwährende Zellteilung resultieren daraus in differenzierter Ausgangslage entsprechende Organe und Gewebsarten. Die dafür bezeichnenden Allele sind individuell ausgeprägt und bspw. für die Augenfarbe zuständig. Prinzipiell wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Allele väterlicher und mütterlicher Seite 50:50 besteht. Unterschieden wird weiterhin der Genotyp, die Gesamtheit aller Gene und dem Phänotyp, dem Erscheinungsbild. Es ist darauf hinzuweisen, dass Gene an sich nicht die Persönlichkeitsstruktur bilden, diese aber lediglich Proteine entwickeln, die im Zusammenhang mit der Hormonproduktion und dem Stoffwechsel stehen, welche allerdings auch mit neuronalen Umstrukturierungen und menschlichen Verhalten verknüpft sind.<sup>121</sup>

Die Impulsgebung der Herausbildung von Genen an sich vollzieht sich zu verschiedenen Zeitpunkten. Umwelteinflüsse und der bisherige Lebensstil spielen dabei eine nicht unwichtige Rolle. Daraus resultieren die Annahmen, dass sich sowohl auch im späteren Verlauf des Lebens wesentliche Änderungen ergeben können, als auch die wechselseitige Beziehung von Anlage und Umgebung von größerer Bedeutung ist.<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 53ff.

<sup>121</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 56ff.

<sup>122</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 58

Näher betrachtet ist davon auszugehen, dass eine gewisse Ausprägung eines Gens das Verhalten maßgeblich bedingt, so würden bspw. Kinder mit einer musischen Veranlagung verstärkt nach einer Atmosphäre dieser Ausrichtung suchen, um ihrer „Natur“ nachzugehen. Es gilt also festzuhalten, dass sich die Persönlichkeit durch eine fortwährende aktive Verknüpfung von Genetik und Umwelt entwickelt. Eine alleinigeseparate Zurechnung individueller Merkmale auf jeweils den biologischen und soziokulturellen Aspekt wäre nur unzureichend dargestellt.<sup>123</sup>

### 5.2.2 biologische Differenzierung des Geschlechts

Bis zur sechsten Schwangerschaftswoche ist es noch nicht möglich, zwischen einem weiblichen und männlichen Embryo zu unterscheiden. Bis zu diesem Zeitpunkt zeigen beide Geschlechter gleiche anatomische Merkmale auf, wie die der doppelt angelegten männlichen, Wolff'schen, und weiblichen, Müller'schen, Geschlechtsgänge. Ab den nun kommenden Wochen setzt durch Teilhabe der Hormone und der Geschlechtschromosomen die geschlechtsdifferenzierte Entwicklung ein. Die weiblichen inneren Genitalien entwickeln sich vorab durch eine grundlegend weiblich gerichtete Herausbildung der indifferenten Keimdrüsen der Ovarien (Eierstöcke) und der Müller'schen Gänge. In der achten Schwangerschaftswoche entfalten sich bei den männlichen Embryonen durch die X- und Y- Chromosomenbeschaffenheit die Hoden. Dadurch werden erneut Hormone freigesetzt, welche die weitere Entwicklung zur Weiblichkeit unterbinden. Das Testosteron bedingt dabei neben dem ausdifferenzierteren Wachstum der männlichen Geschlechtsorgane auch das männliche Gehirn. Weitere Entwicklungen, wie die hormonell bedingte Herausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, sind in der Zeit der Pubertät zu verzeichnen. Bekannt durch diverse Forschungen ist, dass es innerhalb der Gehirnstruktur maßgeblich geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Bei Frauen ist die linke Gehirnhälfte, in der das Sprachzentrum verankert ist, enger mit der rechten Gehirnhälfte, zuständig für räumliches Denken, verbunden als bei Männern. Allerdings bleibt oft die Tatsache unberücksichtigt, dass sich kategorisch das hormonelle, physische und vor allem psychische Geschlecht immer weniger voneinander differenzieren lässt. Männer und Frauen weisen in diesen Hinsichten wohl mehr

---

<sup>123</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 59

Gemeinsamkeiten auf als gedacht. Demnach würde dies dem stereotypen Denken von einer Natur aus fürsorglichen und mütterlichen Frau und einem dominanten Mann widersprechen, was allerdings weniger beachtet bleibt.<sup>124</sup>

Jedoch ist der Wert der hormonellen und genetischen Wirkung nicht zu unterschätzen, indessen sollten ohne Frage soziokulturelle Aspekte immer in Bezug dazu gesetzt werden, um einer teilweise noch vorzufindenden strikten und unveränderlich biologisch determinierten Denkweise, wie es unter anderem im 19.Jh. bis in den frühen 1960er Jahre etwa üblich war, entgegen zu halten.<sup>125</sup>

### **5.3. Erwerb geschlechtsspezifischer Verhaltensstrukturen durch Lernen**

Der theoretische Ansatz des Lernens ist konträr zur psychoanalytischen Denkweise zu sehen, da hierbei lediglich die Beobachtung des menschlichen Verhaltens fokussiert wird. In der behavioristischen Forschung geht es weniger um das Erleben, Denken oder Fühlen eines Individuums, sondern um die ausschließlich beobachtbaren Verhaltensstrukturen. Unter diesem Gesichtspunkt soll im Anschluss eine Darstellung zur möglichen Erklärung der Aneignung geschlechtsspezifischen Verhaltens durch instrumentelles Lernen und Lernen am Modell erfolgen.

#### **5.3.1 Das klassische und instrumentelle Lernen**

Diese Theorie impliziert eher das Menschenbild eines Reiz – Reaktionswesens, ferner wird sowohl einer genetischen Disposition als auch entsprechenden Entwicklungsprozessen keinerlei Bedeutung zugetragen. Weiterhin angenommen wird, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen im Laufe seines Lebens unbegrenzt formt. Der Umwelt wird eine derart hohe Gewichtung beigemessen, sodass außerdem

---

<sup>124</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S .59ff.

<sup>125</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 63

davon ausgegangen wird, dass das Erlernen von Verhaltensweisen, Fähig- und Fertigkeiten erst durch die umliegenden Reize ermöglicht werden kann.<sup>126</sup>

Pawlow und Watson sind als Begründer des klassischen Konditionierens zu verzeichnen. Genauer beschreibt jene Form, dass eine externe Reizgebung eine entsprechende Reaktion des Menschen hervorruft, die einen jeweiligen Lernprozess auslöst. Dabei wird ein weiterer Reiz hinzugefügt, der den eigentlichen ersetzt, aber eine gleiche Reaktion bewirken soll. Eine Erweiterung erfuhr die Verhaltenspsychologie durch Skinners operantes Konditionieren bzw. instrumentelles Lernen. Er war der Auffassung, dass der Mensch ein an sich aktives und lernbereites Wesen ist, ganz entgegengesetzt zu den Vertretern des klassischen Modells. Durch eine zusätzliche Einwirkung auf das gezeigte Verhalten wird dieses entweder bekräftigt oder verlernt. Durch Belohnung, wie z.B. etwas schenken oder der Wegfall von Sanktionen und Bestrafung, bspw. Hausarrest, lernt das Individuum so angemessene Verhaltensstrukturen.<sup>127</sup> Tillmann führt in seinem Werk diverse angloamerikanische Studien zum Thema „Geschlechterrolle und soziales Lernen“ an, die die unterschiedliche Behandlung von Jungen und Mädchen in der Erziehung erforschen sollten. Gegenstand der Untersuchung war unter anderem die Reaktion, mittelschichtiger Familien bspw. bei aggressiven Verhalten von Jungen und Mädchen. Jungen zeigten dabei ein vermehrt aggressiveres Verhalten auf, woraufhin sie dementsprechend bestraft wurden. Homogene Sanktionen fielen oft härter aus als heterogene. Mädchen wurden von ihren Müttern und Jungen von ihren Vätern gleich streng gemäßregelt. Auch in anderen Erziehungsbereichen wie Zuneigung usw. folgten ähnliche Resultate.<sup>128</sup> Lediglich bei der Art der Bestrafung wurde unterschieden, sodass Jungen mehr mit Schlägen gezüchtigt wurden als Mädchen<sup>129</sup>. Letztendlich ist es nicht möglich, daraus konstruktive Schlüsse zu ziehen, die auf die Aneignung geschlechtsspezifischer Verhalten durch instrumentelles Lernen hinweisen.<sup>130</sup>

---

<sup>126</sup> vgl. Hurrelmann, K. (2001); S. 24

<sup>127</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 99

<sup>128</sup> vgl. Serbin, L.A. et al. (1973) in Tillmann, K.J. (2010); S. 106

<sup>129</sup> vgl. Lambert, W.E., et al. (1971) in Tillmann, K.J. (2010); S. 106

<sup>130</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 104ff.

### 5.3.2 Lernen am Modell

Auf Basis des modernen instrumentellen Ansatzes begründet sich das Lernen am Modell nach Badura. Dem Individuum wird auch hier eine aktivere und interaktionistische Rolle zugesprochen, jedoch sogar in Ausweitung bzgl. der Aneignung von Werten und Normen als auch in Aufnahme von Informationen. Konkreter beschreibt diese Form des Lernens das Wahrnehmen, Bewerten und die Reflektion des Verhaltens eines anderen Menschen, welcher in dem Falle als Modell medial oder real fungiert.<sup>131</sup> Kognitive Verarbeitungsprozesse von Informationen sind allerdings nicht sichtbar. Lediglich beobachtbar sind die imitierten Verhaltensweisen, die meist als Ganzes systemisch übernommen werden. Aus diesem Grund ergibt sich durch diesen Ansatz die Erklärung der Aneignung weitreichender Verhaltensmuster.<sup>132</sup>

Anders als beim instrumentellen Lernen geht auch Tillmann davon aus, dass das Lernen am Modell unlängst einen erheblichen Einfluss auf die Übernahme geschlechtsspezifischer Verhaltensstrukturen besitzt, wie bspw. durch kindliche Rollenspiele, bei denen der Junge den Cowboy und das Mädchen die Hausfrau mimit. Auch Idolen aus Film und Fernsehen werden dabei, vor allem in der Pubertät, eine große Bedeutung beigemessen. Es stellt sich allerdings die Frage, inwiefern im Alter von fünf bis sechs Jahren die Eltern – Kind – Beziehung eine Rolle spielt. Klar ist, Mädchen orientieren sich an ihrer Mutter und Jungen an ihrem Vater, um die jeweils komplexen geschlechtsspezifischen Muster zu verinnerlichen. Ungewiss ist, aus welchem Grund dieser Prozess nach jenem Schema verläuft. Zur Antwort hinzugezogen werden psycho-analytische Erklärungsansätze, wie die „anaktische Identifikation“, die beschreibt, dass Kinder sich den Verhaltensweisen Erwachsener annehmen, die sie als achtsam und hingebend empfinden würden. Die „Machthypothese“ hingegen besagt, dass machtvolle Menschen auf Kinder besonders attraktiv wirken und sie demnach als Modell infrage kämen. Plausibler erscheint allerdings die Behauptung, dass Jungen für männliches und Mädchen für weibliches Verhalten belohnt werden. Daraus entwickelt sich eine eigene Struktur, die entsprechend verinnerlicht und fortwährend gezeigt wird, ohne dabei eine stetige Belohnung zu erfahren. Trotzdem bleibt zu erwähnen, dass Kinder nicht unmittelbar gleichgeschlechtliche Modelle nachahmen, sondern eher für sich angemessene

---

<sup>131</sup> vgl. Hurrelmann, K. (2001); S. 24ff.

<sup>132</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 101ff.



Modelle imitieren, wie auch immer diese zu charakterisieren sind, gilt es nach wie vor in der Sozialwissenschaft zu untersuchen. Aus diesem Grund bietet auch das Modelllernen alleinig nicht unbedingt den aussagekräftigsten Ansatz zur Beschreibung von geschlechtsspezifischem Verhalten.<sup>133</sup>

## 5.4 Freud und die psychoanalytische Entwicklung der Geschlechtsidentität

Eine ganz andere Richtung der individuellen Persönlichkeitsentwicklung schlägt die psychoanalytische Strömung ein. Aus der Medizin Ende des 19. Jahrhunderts durch Sigmund Freud (1856 – 1939) heraus begründet, beinhaltet dieser Denkansatz zum einen eine tiefenpsychologische Erklärung zur therapeutischen Aufarbeitung von langzeittraumatisch prägenden Ereignissen aus der Kindheit. Im Mittelpunkt steht dabei außerdem die prozesshafte Wechselwirkung sowohl zwischen Kind, Eltern als auch der Umwelt und erklärt somit durch strukturell systemische Theorieansätze die Beschreibung eines „normalen“ geschlechtsspezifischen Verhaltens.<sup>134</sup>

Freud unterteilt die menschliche Psyche in bewusste und unbewusste seelische Prozesse, bspw. das Reden in Träumen oder in hypnotischen Zuständen, die es zu ergründen gilt. Das Unbewusste charakterisiert sich durch:

- eine Vielzahl hypothetischer aber realer,
- nicht beobachtbarer
- und erfahrbarer Strukturen,

die innerhalb der Psychoanalyse erforscht werden, um Verhaltensstrukturen oder diverse Störungen im Dasein aufzudecken, welche durch entsprechende tiefenpsychologische Therapieansätze aufgearbeitet werden müssen. Ausgestaltet werden jeweilige therapeutische Sitzungen durch das Deuten von spontan und assoziativ geäußerten Bemerkungen des erwachsenen Betroffenen durch den Therapeuten, wobei hier kindliche Erlebnisse, die im Zusammenhang mit dem Gesagten stehen, fokussiert werden.<sup>135</sup>

<sup>133</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 106ff.

<sup>134</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 74ff.

<sup>135</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 75ff.

#### 5.4.1 ES, ICH, ÜBER – ICH und Triebe der psycho – sexuellen Entwicklung

Dem von Freud in drei Teilbereiche untergliederten psychischen Apparat der menschlichen Psyche, bestehend aus

- die psychischen Instanzen des ES, ICH und ÜBER – ICH
- der Trieblehre
- und den unbewussten Phasen der psycho – sexuellen Entwicklung,

werden im Folgenden kurz und zusammenhängend dargestellt. Es ist darauf hinzuweisen, dass lediglich die ödipale Phase eine nähere Erläuterung erfährt, da jene mit der Herausbildung der Geschlechtsidentität enger verknüpft ist als mit den anderen Phasen.

Die erste wesentliche Phase, beginnend ab der Geburt, in der Entwicklung eines Individuums ist die orale Phase, bei der die körperliche Triebbefriedigung vorrangig über die Reizung der Mundschleimhäute entsteht, bspw. durch Saugen oder durch Essen. Die Mutter übernimmt in dieser Zeit eine signifikante Rolle bei der Triebbefriedigung ein, sodass hier der Grundstein der Mutter – Kind – Beziehung gelegt wird. Weder Normen noch Werte spielen innerhalb dieser Zeit eine Rolle. „Dieser Säugling ist vielmehr ein Bündel von Trieben, das aus einer einzigen psychischen Instanz besteht – aus dem ES.“<sup>136</sup> Ferner definiert sich diese psychische Instanz sowohl aus diversem körperlichen Verlangen als auch sexuellen und aggressiven Impulsen, welche ein Leben lang bestehen bleiben und fortwährend auf Befriedigung und Lustgewinn aus sind.<sup>137</sup>

Im Alter von etwa zwei Jahren beginnt die sogenannte anale Phase. Die Zufriedenstellung durch die Reizung der oralen Region rückt in den Hintergrund. Das Kind findet innerhalb dieser Phase Erfüllung im Anhalten und Loslassen des Analmuskels bzw. des Kots, ferner in der Kontrolle über diese Zone. Währenddessen entwickelt sich das ICH mit Ausweitung der wahrnehmenden Fähigkeiten und der Willensbildung. Darüber hinaus übernimmt das ICH die Funktion der Triebausübung, indem es darüber entscheidet, ob ein Trieb befriedigt wird oder nicht, also als Vermittler zwischen Realität (Realitätsprinzip) und Trieb (Lustprinzip) fungiert.<sup>138</sup>

<sup>136</sup> Tillmann, K.J. (2010); S. 77

<sup>137</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 77ff.

<sup>138</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 77ff.

Die dritte bedeutende Phase beschreibt die phallische Phase, welche bereits auch schon ab dem zweiten Lebensjahr seinen Anfang nimmt. Kinder entdecken ihre Sexualität, nehmen ihre primären Geschlechtsteile wahr und empfinden dabei Lust. Zu dem fünften Lebensjahr hin findet ein nahtloser Übergang zur ödipalen Phase statt. Generell werden Normen und Verhaltensregeln beider Elternpaare erworben, wobei die Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternpaar als bedeutender bezeichnet wird. Das ÜBER – ICH impliziert sozusagen gesellschaftliche Werte und Normen. Dem ICH wird folglich eine weitere Aufgabe zugetragen. Es besteht sowohl ein fortwährender Anspruch zwischen der Vermittlung von ES – Trieben und der Realität als auch zwischen den gesellschaftlichen Auflagen des ÜBER – ICHs. Eine Balance wird dann erreicht, insofern alle Instanzen gleichermaßen berücksichtigt wurden.<sup>139</sup>

Es ist außerdem hinzuzufügen, dass Freud zwischen verschiedenen Triebarten, den Lebens- und Sexualtrieb und den Todes- bzw. Aggressionstrieb unterscheidet. Der Trieb an sich kennzeichnet sich durch die genetische Disposition und ist daher individuell bestimmbar. Zudem erhält der Mensch dadurch Aktivität, das heißt, dass Triebe die Menschheit am Leben erhalten. Durch weitere biologische Elemente wie die auftretende Spannung im Inneren des Menschen durch physiologische hormonelle Vorgänge entsteht ein Erregungszustand, den es aktiv zu beseitigen gilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, da jene Spannungen immer wieder vom Körper aufgebaut werden. Die Aufgabe des ICH besteht, wie bereits schon erwähnt, darin, zwischen dem Trieb und der Realität zu vermitteln, da eine sofortige Befriedigung gewisser Triebe nicht unmittelbar gesellschaftlich akzeptiert ist. Kompensiert wird sexuelle Energie dabei oft auf anderen Wegen, wie bspw. durch anspruchsvollere Tätigkeiten wie die des Arbeitens oder des Lernens. Die Umleitung der Sexualtriebe kann daher als Erhalt oder gar als Weiterentwicklung der Gesellschaft gesehen werden. Die Vermittlung zwischen Kultur und Triebe und die Aufgabe der Triebunterdrückung übernimmt das ÜBER – Ich.<sup>140</sup>

---

<sup>139</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 78ff.

<sup>140</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 79ff.

#### 5.4.2 Die ödipale Phase und die Entwicklung der geschlechtlichen Identität bei Jungen und Mädchen

Unter dem Gesichtspunkt, der ödipalen Phase soll folgend am Beispiel von Jungen und Mädchen beschrieben werden, welche Auswirkungen die Ödipale Situation hat, also wie Kinder mit ihren sexuellen Wünschen gegenüber dem gegengeschlechtlichen Elternpaar umgehen und sich daraus die geschlechtliche Abgrenzung entwickelt.

Vorerst besteht zwischen dem Jungen und seiner Mutter ein inniges Verhalten, was in der oralen Phase grundlegend durch eine ausreichende Triebbefriedigung geprägt wurde. Dabei assoziiert er auch den Körper der Mutter als solches und setzt dabei positive Empfindungen frei. Weiterhin beschäftigt er sich intensiv in manueller Form mit seinem Genital. Darauf erfolgen entsprechende Sanktionen und Abwehrhaltungen. Allerdings wird erst die damit in Verbindung stehende Kastrationsangst ernst genommen. Jene entsteht bei Wahrnehmung eines unbekleideten Mädchens und des dementsprechend nicht vorhandenen Penis'. Verknüpft werden die libidinös besetzte Beziehung und die Annahme, dass bei Ausleben dieser Triebe dem Jungen ähnliches widerfährt. Daraus resultiert zum einem die Beendigung der innigen Objektbeziehung zur Mutter, zum anderen wird jener Gedanke als Inzest tabuisiert und verinnerlicht. Folglich identifiziert sich der Junge mit dem Vater. Das ICH nimmt die Autorität dessen auf und überträgt die autoritäre Haltung ins ÜBER – ICH. Das männliche Kind geht davon aus, dass jener Vorgang ihn vor der Kastration beschützt habe. Dieser Prozess gilt als wesentlich in der geschlechtsspezifischen Rollenübernahme und der Errichtung des ÜBER – ICHs, da anbei gesellschaftliche Werte und Normen gleichermaßen internalisiert werden.<sup>141</sup>

Die Entwicklung der Mädchen bis zur ödipalen Phase hin verläuft gleich wie die der Jungen. Allerdings sollte das weibliche Kind ab einem gewissen Zeitpunkt den Vater als Objektbesetzung präferieren, um in die ödipale Phase zu gelangen. Ähnlich wie bei den Jungen bemerkt sie einen gewissen Unterschied im Genitalbereich und verfällt in sofortigen „Penisneid“. Das Mädchen empfindet sich als minderwertig, weil es sich unfertig fühlt und projiziert jene negative Empfindungen auf die Mutter, da sie das Mädchen so zur Welt gebracht hat. Aufgrund dieses Komplexes löst sie sich vom gleichgeschlechtlichen Elternpaar und wendet sich dem Vater zu. Aus der Problematik

---

<sup>141</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 82ff.

des fehlenden Penis' wird der Wunsch ein Kind von ihrem Vater zu bekommen und die Mutter wird zum Eifersuchsobjekt. Es folgt ein ambivalentes Verhalten, da sie sich mit ihrer Mutter identifiziert, um eine Frau zu werden und den Vater für sich zu vereinnahmen. Das Mädchen entwickelt daraus ihre Geschlechtsidentität.<sup>142</sup>

### 5.4.3 Bedeutung des Freud'schen Geschlechtsunterschieds

Der in der psychoanalytischen Theorie verankerte Penisneid der Mädchen hat für feministischen Aufruhr gesorgt. Bis in die 70er Jahre hinein blieb die Vorstellung darüber erhalten und wurde erst später erweitert und auf Stimmigkeit neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse hin geprüft. Chodorow ist der Ansicht, dass die Entwicklung der Geschlechtsidentität in der ödipalen Phase im Endergebnis Mädchen aufgrund des Loslösens von ihrer Mutter, sich primär an der Objektbeziehung des Vaters orientieren, was den Weg zum eigenen Ich ebnet. Anders als bei Freud geht sie weiterhin davon aus, dass sich Mädchen aber nicht minderwertig und unterwürfig fühlen, sondern aus der Ambivalenz heraus, ihrer Mutter nichts Böses zu wollen, und sich selbst Raum geben zu müssen, ein höheres Maß an Empathie und Beziehungsfähigkeit als bei Jungen resultiert.<sup>143</sup>

Fraglich dabei allerdings ist, wer in seinen Ansichten weniger stereotypisch denkt und wer einen gewissen Individualismus integriert. Beide Denkweisen zeigen in ihrer Ausrichtung strikt typisch weibliche und männliche Verhaltensstrukturen, die bereits schon im Punkt 2.3 zu Stereotypen thematisiert wurden. Außerdem seien wohl trotz unterschiedlicher Ablösungsprozesse Frauen generell sehr geeignet, den Beruf der Krankenschwester auszuüben. Die Geschichte der Pflege im Punkt 6 beschreibt den maßgeblichen Charakter der pflegenden Frau, welcher sich bekanntlich mit Stereotypen deckt. Es ist außerdem hinzuzufügen, dass auch die Entwicklung beider Erklärungsansätze im gesellschaftlich- historischen Kontext zu betrachten ist. Die Abhandlung des dritten Kapitels hat bereits gezeigt, wie Geschichte und politische Strömungen das Frauen- und Männerbild maßgeblich beeinflussen.

---

<sup>142</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 84ff.

<sup>143</sup> vgl. Chodorow, N.J. (1990) in Tillmann, K.J. (2010); S. 88ff.

## 5.5 Der Erwerb der Geschlechtsidentität aus kognitionspsychologischer Sicht

Begründet durch den Schweizer Psychologen Jean Piaget (1896 – 1980) verfolgt die kognitionstheoretische Sichtweise einen anderen Ansatz als der des lerntheoretischen und psychoanalytischen. Kinder lernen verschiedene Sachverhalte innerhalb verschiedener Entwicklungsstufen, bzw. dass die Umwelt und die innere Reife des Kindes aufeinander aufbauen. Die Subjektwerdung vollzieht sich durch die individuell angepasst gestaltete Umwelt, die das Kind entsprechend aktivieren und motivieren soll. Durch interaktionistische Prozesse mit Gegenständen und Personen entwickeln sich innere oder auch kognitive Strukturen. Durch einen fortschreitenden Entwicklungsvorgang entsteht für das Kind ein diverses Ungleichgewicht. Aufgrund noch nicht vorhandener notwendiger Voraussetzungen, werden jene Reize zwar erfasst aber noch nicht konstruktiv für sich verwertet. Daraus resultiert der biologische Stimulus, der die Entwicklung der nächsthöheren kognitiven Stufe bedingt, umso die Einflüsse angemessen nachvollziehen zu können.<sup>144</sup>

### 5.5.1 Stufen des kindlichen Denkens

Die Stufen des Entwicklungsverlaufs Piagets wurden nach Kohlberg modifiziert. Sie sind hierarchisch und in logischer Abfolge gegliedert. Bis zur völligen entwickelten kognitiven Fähigkeit werden vier Stufen durchlaufen.<sup>145</sup>

#### 1. Die *sensomotorische Stufe*

Beginnend vom Neugeborenen reicht diese Phase bis etwa zum zweijährigen Kleinkind. Die Umwelt wird in einfachen Sachverhalten verstanden. Charakteristisch ist die Entwicklung der Objektpermanenz zwischen dem sechsten und achten Monat. Der Säugling versteht, dass auch ein Gegenstand, der soeben noch in seinem Blickfeld war, auch dann noch existiert, wenn er diesen nicht mehr visuell wahrnimmt. Durch

---

<sup>144</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 111ff.

<sup>145</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 113

experimentelles Verhalten entwickeln Kinder in dieser Stufe zudem ein praktisches Verständnis für Objekte.<sup>146</sup>

## *2. Die prä - operationale Stufe*

Das Kind überwindet während des zweiten bis vierten Lebensjahres das begrenzte gegenwärtige Denken, was sich auch im Sprachgebrauch und der Erzählweise verdeutlicht. Weiterhin kennzeichnend ist das egozentrische Weltbild. Charakteristisch hierfür ist die Ansicht des Kindes, dass alle Emotionen und Wünsche, die es fühlt, auch von anderen empfunden werden. Dabei fehlt ihm die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen und ihre Gefühle zu verstehen. Auch ist das logische Denken noch nicht ausgeprägt. Eher setzen Kinder Sachverhalte in Beziehung, die in der Kausalität allerdings differenzierter zu betrachten sind, bspw., dass die Straße das Fahrrad laufen lässt. Ferner ist es dem Kind nicht möglich sich vorzustellen, dass die Masse eines Objektes auch bei Formveränderungen identisch bleibt.<sup>147</sup>

## *3. Die Stufe des konkreten Operierens*

Ab dem sechsten/siebten Lebensjahr ist das Kind in der Lage, Erfahrungen in einer logischen Abfolge zu reflektieren. Zudem lässt es das egozentrische Weltbild hinter sich und kann durch Gespräche sich in die Lage einer anderen Person hineinversetzen. Allerdings reicht der Entwicklungsstand nicht darüber hinaus, sodass ihm noch die Möglichkeit verwehrt bleibt, abstrakt und realistisch zukunftsorientiert zu denken, was bis zum elften/zwölften Lebensjahr andauert.<sup>148</sup>

## *4. Die Stufe des formalen Operierens*

Es besteht ein fließender Übergang vom konkreten hin zum formalen Operieren. Das Kind kann nun „über Gedanken nachdenken“<sup>149</sup>, sich mit Sachverhalten auf der Meta –

---

<sup>146</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 113ff.

<sup>147</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 114ff.

<sup>148</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 116ff.

<sup>149</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 117

Ebene auseinanderzusetzen und auch Informationen zu analysieren und zu differenzieren. Außerdem ist es in der Lage sich selbst, seine Empfindungen und Handlungen zu reflektieren, was ein wesentlicher Prozess innerhalb der Bewältigung der Identitätsprobleme darstellt.<sup>150</sup>

### 5.5.2 Die Herausbildung der Geschlechtsidentität nach Kohlberg

Ähnlich dem psychoanalytischen Denkansatz wird auch in der Entwicklungstheorie davon ausgegangen, dass während der Lebenszeitspanne zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr die prägende Phase zur Entwicklung der eigenen Identität Verlauf nimmt. Fakt ist, dass Kinder bereits ab dem dritten Lebensjahr sich als Junge oder Mädchen ansehen, allerdings liegt hier die Begründung in dem äußeren Erscheinungsbild, wie bspw. Mädchen lange und Jungen kurze Haare haben. Beide gehen davon aus, dass bei Änderung der Gestalt in typische Formen, sie auch das Geschlecht wechseln können. Maßgeblich in Verbindung steht mit der Identifikation und dem Bewusstsein des lebenslangen Beibehaltens des Geschlechts die Erkennung, dass die Masse eines Objekts auch bei einer Verformung gleich bleibt. Die daraus entstandene Selbstkategorisierung mündet in dem Wollen, sich demnach geschlechtstypische Verhaltensweisen anzueignen. Die Stabilisierung der eigenen Persönlichkeit wird oft in sehr stereotypischer Weise ausgelebt. Dabei werden keine Unterschiede der Geschlechter vorgenommen.<sup>151</sup>

### 5.5.3 Entwicklung des Geschlechtsrollenkonzepts nach Kohlberg

Wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt, besteht in der prä – operationalen Stufe die Annahme, dass sich durch Veränderung der Optik auch das Geschlecht ändert. In dieser Phase hegen Kinder den Wunsch, später Vater oder Mutter sein zu wollen.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 117

<sup>151</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 121ff.

<sup>152</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 124



Ihrer Umwelt entnehmen sie, dass es zwischen Männer und Frauen visuelle Unterschiede gibt und verknüpfen diese mit entsprechenden Persönlichkeitsmerkmalen und Fähigkeiten, z.B. seien Männer groß und kräftig und somit dominant und klug, Frauen haben sich im Gegenzug dem unterzuordnen, da sie weniger groß und kräftig seien, zudem werden sie als freundlich und fürsorglich charakterisiert. Diese stereotype Einteilung tritt noch vor der Geschlechterstabilität ein. In der Phase des konkreten Operierens, also nachdem das eigene Geschlecht akzeptiert wurde, sind Kinder fortlaufend darauf aus, ihr Selbst geschlechtsspezifisch zu stärken und messen dem weiblichen oder männlichen Geschlecht (je nach Zugehörigkeit) einen besonders hohen Wert bei. Kategorisiert bspw. ein Mädchen ihre Mutter auch als weiblich, so wird sie diese als Vorbild zur weiteren Aneignung von weiteren Verhaltensstrukturen ernannt (Modelllernen). Es ist zu erwähnen, dass auch Kinder, die nur mit einem Elternpaar aufwachsen, sich entsprechende Modelle in ihrer Umgebung auswählen. Im Bezug auf die Aufwertung des eigenen Geschlechts allerdings gibt es differenzierte Auffassungen zwischen Jungen und Mädchen. Das stereotype Denken veranlasst Mädchen bereits schon früh sich der untergeordneten Rolle anzupassen, hingegen Jungen genau die Rolle des dominanten und mächtigen Mannes zum Vorbild haben. Erst ab dem elften/zwölften Lebensjahr werden entsprechende Strukturen reflektiert und persönlich konstruiert.<sup>153</sup>

Abschließend zu erwähnen ist, dass es eine Vielzahl von Sozialisationsansätzen gibt, die die Entwicklung der personellen Identität plausibel erklären. Wie in allen Wissenschaften, ist demnach unmöglich eine Theorie als die einzig „Wesentliche“ zu kategorisieren. Betrachtet werden müssen jene Beschreibungen zur Entwicklung der Geschlechterrollen immer im gesellschaftlich historischen Kontext. Bspw. war eine paternalistische Denkweise zu Freuds Zeiten maßgebend. Trotz aller Kritik an diversen Theorien, veranlassten sie doch die Entstehung neuer oder Weiterentwicklung bereits bekannter Theorien. Aus diesem Grund bestand die Notwendigkeit einen Einblick in die Mannigfaltigkeit der Sozialisationstheorien zu geben und jene überschaubar darzustellen.

---

<sup>153</sup> vgl. Tillmann, K.J. (2010); S. 124

## **6 Frauen oder Männer? – ein Blick auf die Entwicklung und Herausbildung des Rollenverständnisses im Berufsfeld Pflege**

Inwieweit spielt das Geschlecht innerhalb des Pflegeberufes eine Rolle? Ein historischer Blick soll schließlich explizit Aufschluss geben und im folgenden Abschnitt der Arbeit darstellen, wie gesellschaftliche beziehungsweise soziologische Konstruktionen im Zusammenhang mit Femininität und Maskulinität die Entwicklung der Pflege als Beruf beeinflussten und prägten. Dabei soll besonders der Frage nachgegangen werden, wie sich das Rollenverständnis der Geschlechter formte und weshalb sich die Pflege zu einem „Frauenberuf“ entwickelte. Ist die Krankenpflege ein Männer- oder immer schon ein Frauenberuf gewesen?

An dieser Stelle ist anzumerken, dass der Pflegeberuf in seinem historischen Verlauf nie ausschließlich einen Frauenberuf, jedoch auch keinen typischen Männerberuf darstellte. Pflege war vielmehr eine von beiden Geschlechtern ausgeübte Tätigkeit. Aus der Gründungszeit des Krankenpflegeberufes kam es jedoch zu Traditionen, welche bis heute bestehen und nur durch einen Blick in die Geschichte des Berufes zu verstehen sind. Denn fest steht, dass die professionelle Pflege gegenwärtig mit einem Frauenanteil von etwa 80% zu einem der typischsten „Frauenberufe“ Deutschlands gehört.<sup>154</sup>

### **6.1 Die Herausbildung des Stereotypen der Femininität - von der Bronzezeit bis zum 18. Jahrhundert**

Diverse Funde und Ausgrabungen sowie ethnographische Erforschungen über Naturvölker und Stämme von primitiven Ureinwohnern weisen darauf hin, dass bereits in vor- und frühchristlicher Zeit Menschen, Krankheiten und Verletzungen aufzeigten, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit über einen gewissen Zeitraum Pflege erforderlich machten. Dabei lassen jedoch lediglich wage Vermutungen zu, ob mehr Männer oder mehr Frauen an den Heilhandlungen, die zu dieser Zeit als „magisch“ verstanden wurden, beteiligt waren. In der Literatur wird eine geschlechtsspezifische

---

<sup>154</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2012)

Spezialisierung beziehungsweise der Geschlechterwechsel bei der Ausübung der Heilkunde für wahrscheinlich gehalten.<sup>155</sup>

Während zu Beginn der Bronzezeit hauptsächlich männlichen Göttern Grabbeigaben gewidmet wurden, so waren gegen Ende dieser Zeit etwa 90 % der Opfergaben den weiblichen Gottheiten bestimmt. In diesem Zusammenhang fand ein Aufstieg des weiblichen Geschlechts in den Rang der sogenannten „Schamaninnen“ und eine damit verbundene gesellschaftliche Aufwertung der Frauenrolle statt.<sup>156</sup> Das zeigt, dass seit Beginn der Heilkünste in der Bronzezeit Frauen an den durchzuführenden Heil- und Hilfstätigkeiten beteiligt waren und ihnen auch in der Gesellschaft eine angesehene Rolle zukam.

Aus tatsächlich existierenden Dokumenten ist bekannt, dass in den berühmten Hochkulturen Mesopotamiens, Ägyptens, Chinas und Indiens in der Zeit ab ca. 3000 vor Christus die hochentwickelte Heilkunde eng in Verbindung zur Religion stand und sowohl von männlichen Priesterärzten, als auch von weiblichen Ärztinnen ausgeübt wurde. Allerdings veränderte sich ab ca. 2000 vor Christus der sumerische Weiblichkeitsmythos. Frauen wurden nicht mehr mit „göttlichen Kräften“ assoziiert und verloren damit ihre Heilkraft.<sup>157</sup>

Als Basis der Heilkunde wird die griechisch-römische Antike gesehen. Während dieser Zeit betrug die Zahl der an der Ausübung der Heilkunst beteiligten Frauen einen eher geringen Anteil. Einige Quellen verweisen lediglich auf ausgebildete Hebammen und Frauenärztinnen.<sup>158</sup> Nachdem wie bereits beschrieben weibliche „Heilerinnen“ laut Heldensagen und Abbildungen um etwa 2000 vor Christus große Anerkennung erfuhren, nahm diese nach 700 vor Christus rapide ab.<sup>159</sup> Zur Zeit des Hippokrates waren Frauen kaum noch an der Ausübung der Heilkünste beteiligt. Diese Entwicklung könnte im Zusammenhang mit dem generellen Abfall der gesellschaftlichen Anerkennung der Frau stehen, sodass später in der Zeit Galens, etwa 200 nach Christus, die Frauen schließlich gänzlich durch die Männer aus der Heilkunst verdrängt wurden.<sup>160</sup> Bis zu dieser Zeit wurde die Krankenpflege nicht als eigenständige Form

---

<sup>155</sup> vgl. Achterberg (1991) in Schmitz, G. (2002); S. 2

<sup>156</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 2

<sup>157</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 2

<sup>158</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 2ff.

<sup>159</sup> vgl. Achterberg (1991) in Schmitz, G. (2002); S. 2ff.

<sup>160</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 3

der Heilkunde betrachtet. Dennoch gab es zahlreiche Anweisungen zu pflegerischen Handlungen innerhalb der Therapiepläne. Darunter zählte beispielsweise die Diätetik der hippokratischen Medizin welche als „Grundpflegeprogramm der modernen Krankenpflege“ galt.<sup>161</sup>

Die „Kranken- und Armenfürsorge“ des 4. Jahrhunderts stand im Mittelpunkt der frühchristlich motivierten Gemeinde und war Angelegenheit aller Gemeindemitglieder. Die pflegerischen und barmherzigen Aufgaben wurden demnach sowohl von Männern als auch von Frauen vorgenommen und durchgeführt.<sup>162</sup> Nach der Ausbreitung des Christentums und der damit entstandenen kirchlichen Hierarchie wurde die Fürsorge der frühesten systematischen Armen- und Krankenpflege, dem sogenannten Diakonat, übertragen.<sup>163</sup> An dieser Stelle unterscheiden sich die Aussagen der Literatur zum Geschlechterverhältnis innerhalb der Krankenpflege. Nutting und Dock sind der Auffassung die Armen- und Krankenfürsorge sei sowohl Aufgabe der Männer, als auch die der Frauen gewesen, da in den ersten Jahren nach Christus der Pflegedienst mindestens zur Hälfte aus männlich Pflegenden bestand. Seidler hingegen sieht die frühchristliche Krankenpflege als „natürlichen Aufgabenbereich der Frau“ und somit als vornehmlich weibliche Tätigkeit.<sup>164</sup> Aufgrund fehlender und nicht ganz eindeutiger Literatur zur Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Männern und Frauen stellt auch Claudia Bischoff die Gleichberechtigung der Geschlechter in der Krankenpflege während dieser Zeit in Frage. Sie ist der Auffassung, dass beide Geschlechter, Männer und Frauen, an der Krankenpflege des frühchristlichen Diakonats beteiligt waren und sich neben den bekannten Diakonissen, auf der männlichen Seite die sogenannten Parabolanen, als Krankendiener mit der gemeinnützigen Tätigkeit der Krankenpflege vertraut machten.<sup>165</sup> Die Frage ob zu dieser Zeit eine Gleichwertigkeit der Geschlechter bestand, bleibt dabei jedoch offen.

Während der ersten Hälfte des Mittelalters gründeten sich die sogenannten Xenodochien. Diese waren eigenständige Anstalten, welche alle zu Versorgenden aufnahmen, sich der Religionsausübung sowie der Pflege Hilfebedürftiger widmeten und vorrangig mit Kirchen beziehungsweise Klöstern verbunden waren. Verantwortlich für die Pflege und Heilkunde innerhalb dieser Anstalten waren sowohl Nonnen als auch

---

<sup>161</sup> vgl. Seidler (1993) in Schmitz, G. (2002); S. 3

<sup>162</sup> vgl. Bischoff, C. (1997), S. 18

<sup>163</sup> vgl. Bischoff, C. (1997), S. 18

<sup>164</sup> vgl. Nutting/Dock (1919); Seidler (1993) in Schmitz, G. (2002); S. 3

<sup>165</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 18ff.

Mönche, wie beispielsweise die Augustiner und Augustinerinnen beziehungsweise die Benediktiner und Benediktinerinnen.<sup>166</sup> Mit dem Wachsen der Gemeinschaften reichte der Bedarf an Pflegestätten sowie der Krankenversorgung, welcher allein durch die damaligen Klöster bewältigt wurde, bald nicht mehr aus. Folglich entstanden während der zweiten Hälfte des Mittelalters zahlreiche Hospitäler, welche „scharenweise“ geistliche und weltliche Pflegegenossenschaften hervor brachten und dabei eine große Anzahl von Hospitaliter- und Hospitaliterinnenorden gründeten. Als einer der bekanntesten weiblich-geistlichen Orden kann der Spitalorden der Barmherzigen Schwestern genannt werden. Einige Zeit später, während der Kreuzzüge (11.-13. Jahrhundert) gründeten sich auch ritterliche Orden, wie beispielsweise die Johanniter, welche zwar rein männlichen Ursprungs waren, denen jedoch Schwesternschaften für die Armen- und Krankenversorgung zur Seite standen.<sup>167</sup>

Eine Besonderheit und spezielle weltliche Gründung bildeten neben den geistlichen Ordensgemeinschaften zu dieser Zeit die sogenannten Beginen. Diese „Bewegung“ gründete sich außerhalb der Orden und bestand aus unverheirateten oder verwitweten Frauen, welche sich unter halbklosterlichen Regeln zusammenfanden und auf Beginenhöfen nahe der Stadt lebten. Neben dem handwerklichen Gewerbe, verdiente sich die Frauenbewegung insbesondere durch die Pflege und Betreuung, Hilfebedürftiger ihren Unterhalt.<sup>168</sup> Schließlich lässt sich sagen, dass die Krankenpflege zu dieser Zeit sowohl „[...] von weiblichen als auch männlichen Orden - weltlich wie geistlich – ausgeführt [...]“<sup>169</sup> und als „[...] christlicher Dienst zur Erlangung des Seelenheils verstanden“<sup>170</sup> wurde.

„Seit etwa dem 15. Jahrhundert entwickelte sich das, was heute als Weiblichkeitsideologie bezeichnet wird, nämlich die Begründung dafür, dass Frauen der häu[ß]liche Lebensbereich zugehörig und Männern das öffentliche Leben vorbehalten sei.“<sup>171</sup> Denn während des ausgehenden Mittelalters wurden die Frauen durch wirtschaftliche Konkurrenzkämpfe sowie durch die „Hexenverfolgung“ allmählich aus allen öffentlich-gesellschaftlichen Bereichen des Lebens, in eine neu entstehende

---

<sup>166</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 19ff.

<sup>167</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 21ff.

<sup>168</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 4/Bischoff, C. (1997); S. 24ff.

<sup>169</sup> Bischoff, C. (1997); S. 25

<sup>170</sup> Bischoff, C. (1997); S. 25

<sup>171</sup> Bartholomeyczik, S. in Martin, B. (2000); S. 33

Privatsphäre zurückgedrängt und unter die Vorherrschaft des Mannes gestellt.<sup>172</sup> So wird beispielsweise mit der Gründung des Ordens der Barmherzigen Schwestern um 1634 erstmalig die ausdrückliche Anweisung an die Krankenschwestern, sich dem Arzt unterzuordnen, beschrieben.<sup>173</sup>

Während des 16. Jahrhunderts, etwa im Jahr 1537 wurden sogenannte Lohnwärtersysteme eingeführt. Darunter versteht sich die erste Form bezahlter Krankenpflege durch Männer und Frauen, welche meist aus den ärmsten Schichten der Bevölkerung stammten. Die Krankenwärter und Krankenwärterinnen arbeiteten in Krankenhäusern für Pest- und Seuchenkranke, dem sogenannten Brechenhaus.<sup>174</sup>

Die Krankenpflege des 17. und 18. Jahrhunderts wird von einigen Autoren in der Literatur als „dunkle Zeit“ bezeichnet, da das Leistungsvermögen durch erschwerte Pflegebedingungen in überfüllten Krankenhäusern, dem damit verbundenen Mangel an Pflegekräften und den steigenden ärztlichen Ansprüchen an die Krankenpflege zunahm.<sup>175</sup> Eine direkte Geschlechterdarstellung und Rollenverteilung von Mann und Frau für die Krankenpflege während dieser Zeit liegt dabei nicht vor. Es waren sowohl männlich- als auch weiblich Pflegende an der Versorgung von Armen und Kranken beteiligt. Dennoch wird das weibliche Geschlecht teilweise bereits während Ende des 18. Jahrhunderts als „[...] biegsamer undduldender, weichherzigen und mitleidiger, folglich zur Pflege ungeduldiger und eigensinniger Kranken geschickter“<sup>176</sup> angesehen.

### 6.1.1 Die „Verweiblichung“ des Pflegeberufes im 19. Jahrhundert

Aufgrund komplexer sozialer und politisch-gesellschaftlicher Veränderungen des 19. Jahrhunderts kam es zu einer umfangreichen Neuorientierung der Krankenpflege.<sup>177</sup>

---

<sup>172</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 44

<sup>173</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 4

<sup>174</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 4

<sup>175</sup> vgl. Sticker (1960)/Nutting/Dock (1910) in Schmitz, G. (2002); S. 5

<sup>176</sup> Sticker (1960) in Schmitz, G. (2002); S. 5

<sup>177</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 73ff.

In der Regel handelte es sich während des ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert um „Armen- und Siechenanstalten“ - keine Krankenhäuser im heutigen Sinne - in denen die Pflege wie bereits beschrieben für bürgerliche Kreise außerhalb der Ordensgemeinschaften zugänglich gemacht wurde und von unausgebildetem Wärterpersonal – Männer, wie Frauen unterster Schichten - durchgeführt wurde.<sup>178</sup> Das musste sich umgehend ändern. Es entwickelte sich eine verstärkte Nachfrage nach zahlreichem, und vor allem qualifizierten und gut ausgebildetem Pflegepersonal, denn aufgrund der durch die Industrialisierung geschaffenen Verhältnisse, dem Bevölkerungswachstum oder aber auch durch die Kriege des 19. Jahrhunderts, welche zahlreiche Verwundete zur Folge hatten, wuchs der Bedarf an Versorgung und Pflege rapide.<sup>179</sup> So übernahmen im Laufe der Zeit „katholische Orden, Vaterländische Frauenvereine und [die] evangelische Diakonie, allesamt Frauen vorbehalten, [...]“<sup>180</sup> die Pflege in den Anstalten. Lediglich der Pastor Theodor Fliedner bot dabei eine geregelte Ausbildung zur Krankenpflege an und setzte damit einen wesentlichen Meilenstein für die Entwicklung der Pflege. Gemeinsam mit seiner Frau Frederike Fliedner gründete er 1836 die Diakonissenanstalt in Kaiserwerth bei Düsseldorf, eine Bildungsanstalt für evangelische Pflegerinnen, nach dem Vorbild der Barmherzigen Schwestern. Die nicht ordensgebundenen Frauen wurden dort zu Diakonissen ausgebildet und waren für die seelsorgerische und leibliche Pflege von Kranken verantwortlich.<sup>181</sup> Fliedner wollte dadurch die Organisation der frühchristlichen Diakonie neu beleben und ausschließlich die „brach liegenden Kräfte“ der bürgerlichen Frau wieder herstellen. Das männliche Geschlecht wurde an dieser Stelle völlig außen vor gelassen. Die evangelische Neugründung Fliedners im Sinne des Mutterhaussystems ergänzte somit das bereits bestehende Ordenssystem und das traditionelle Lohnwärtersystem und zeigte neben zahlreichen weiteren verbandlichen Organisationen der Pflege während des 19. Jahrhunderts eine sehr deutliche geschlechtsspezifische Zuweisung.<sup>182</sup> Denn im Hinblick auf die Geschlechterdynamik und das Rollenverständnis zu jener Zeit führten die ökonomischen Umgestaltungsprozesse Ende des 18. Jahrhunderts, Anfang des 19. Jahrhunderts neben dem „ Form- und Funktionswandel der bürgerlichen Familie [...] - mit Übernahme produktionsbezogener Aufgaben durch den Mann und Übergabe der Verantwortung für den Reproduktionsbereich an die Frau - [...] zu einer

---

<sup>178</sup> vgl. Rübenstahl, M. (1994); S. 26

<sup>179</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 73

<sup>180</sup> Rübenstahl, M. (1994); S. 39

<sup>181</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 5

<sup>182</sup> vgl. Kellner, A. (2011); S. 80

geschlechterspezifischen Arbeitsteilung in der Gesellschaft.“<sup>183</sup> „Der Frau oblag es von nun an, dem Mann zu Dienste zu sein, die Kinder mit Fürsorge zu hegen und den Haushalt zu führen.“<sup>184</sup> Das weibliche Prinzip wandelte sich zu einer passiven Rolle. Frauen wurden zu Wesen, welche keine eigenen Bedürfnisse kannten. Nicht-Arbeit und Emotionalität standen dabei im Mittelpunkt des veränderten, neuen weiblichen Rollenbildes. Das männliche Prinzip kennzeichnete sich allerdings durch seine aktive Rolle, die Arbeit und die Rationalität.<sup>185</sup> Dienen, Opfertum, Emotionalität, Selbstlosigkeit und Gehorsam wurden somit der Frau als charakteristische Eigenschaften zugeordnet. Der Mann hingegen verkörperte Rationalität, Selbstbewusstsein, Stärke sowie absolute Entscheidungsgewalt.<sup>186</sup> Die bereits während des 15. Jahrhunderts heranwachsende Weiblichkeitsideologie, sprich der Ausdruck einer neu entstandenen bürgerlichen geschlechtsspezifischen Rollen- und Arbeitsteilung mit seiner vorweg beschriebenen Charakterisierung brauchte vier Jahrhunderte bis zu deren endgültigen Durchsetzung und breitete sich schließlich im Verlauf des 19. Jahrhunderts vollständig in der Gesellschaft aus.<sup>187</sup> Neben dem neu geschaffenen „Ideal – Frau“ des Bürgertums, eine Frau die es so vorher nicht gab, entwickelte sich auch die Krankenpflege allmählich mehr und mehr zu einer „natürlichen“ Frauentätigkeit und somit schließlich zum idealen Beruf der bürgerlichen Frau. Aus heutiger Sicht wird die Geburtsstunde der freiberuflichen Pflege um Mitte des 19. Jahrhunderts gesehen. Der sich bereits im Laufe der vergangenen Jahrhunderte herausgebildete weibliche Stereotyp wurde übernommen und auf die Krankenpflege projiziert. Hilde Steppe definiert den Prozess der konkreten Konstruktion und langsamen Etablierung des Pflegeberufes als perfektes Lehrbuchbeispiel für geschlechtsspezifische Arbeitsteilung.<sup>188</sup> Denn obwohl die bürgerliche Frau zu dieser Zeit lediglich auf die Privatsphäre beschränkt war, ihre ideologisch gekennzeichnete Hausfrauenrolle verinnerlicht hatte und die Krankenpflege während des 19. Jahrhunderts als „ekelhaftes und schmutziges Geschäft“ galt, mit dem sich Frauen des Bürgertums nicht abgaben, kam es zu einer „Verweiblichung“ der Krankenpflege. Diese Umwandlung war jedoch nur möglich, weil Pflege als „Liebestätigkeit“ und „heiliges und würdiges Geschäft“ aufgewertet und mit der Rolle der bürgerlichen Frau gleichgesetzt wurde. Krankenpflege wurde als eine Erweiterung

---

<sup>183</sup> Kellner, A. (2011); S. 83

<sup>184</sup> Kellner, A. (2011); S. 85

<sup>185</sup> vgl. Rübenstahl, M. (1994); S. 17ff.

<sup>186</sup> vgl. Steppe, H. (2000); S. 77

<sup>187</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 44

<sup>188</sup> vgl. Steppe, H. (2000); S. 78



der Hausfrauen- und Mutterrolle verstanden, bei der auch die patriarchalen Machtverhältnisse des Familienlebens in das Berufsfeld übertragen wurden.<sup>189</sup> So bestanden unter anderem zwischen der Welt der bürgerlichen Kleinfamilie und dem derzeitigen Krankenhaus einige Parallelen. Entsprechend der Trennung zwischen außerhäuslicher Arbeit des Mannes und der Hausarbeit im Privaten durch die Frau kam es innerhalb der Krankenversorgung durch die Verweiblichung der Pflege und der zunehmenden verwissenschaftlichen männlichen Medizin ebenfalls zu einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung.<sup>190</sup> Dem weiblichen Geschlecht wurde „[...] mit dem Argument der besonderen Körperumstände der Frauen (ihrer naturbedingten körperlichen Schwäche und Zartheit wegen), [...]“<sup>191</sup> das Medizinstudium untersagt. Es „[...] entwickelte sich ein Familienmodell mit dem Arzt als Vater, der Schwester als fürsorgliche Hausfrau und Mutter und dem Patient als unmündiges und zuwendungsbedürftiges Kind.“<sup>192</sup> Demzufolge zählte die weibliche Pflege neben der männlichen Medizin lediglich als untergeordneter Heilhilfsberuf. Dennoch: „Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich die bürgerlichen Frauen das erkämpft, was sie haben wollten: den Zugang zum Arbeitsmarkt.“<sup>193</sup>

Schließlich lässt sich sagen, dass die Entwicklung der Krankenpflege zu einem weltlichen Beruf für bürgerliche Frauen während des 19. Jahrhunderts definitiv nicht aus einer Notwendigkeit beziehungsweise eine Zwangssituation entstand.

Claudia Bischoff sieht die Ursache einer Verweiblichung der Krankenpflege aufgrund drei wesentlicher Gründe und Entwicklungen zu jener Zeit wie folgt:

- Grund eins war die geringe gesellschaftliche Anerkennung und die Wertigkeit der Pflege innerhalb der Gesundheitsversorgung. So stellte die neuorganisierte „weibliche“ Krankenpflege „nur“ die „menschliche“ Seite der abstrakten, naturwissenschaftlichen und „vermännlichten“ Medizin dar und sollte ihr somit lediglich als Ergänzungs- und Unterstützungsfunktion dienen.

---

<sup>189</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 80

<sup>190</sup> vgl. Kellner, A. (2011); S. 86

<sup>191</sup> Kellner, A. (2011); S. 86

<sup>192</sup> Kellner, A. (2011); S. 93

<sup>193</sup> Bischoff, C. (1997); S. 71

- Den zweiten Grund für eine derartige Entwicklung sieht Bischoff bei der entstandene „Ausbeutbarkeit“ der weiblichen Arbeitskraft aufgrund der benachteiligten Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft. So war vergleichsweise das weibliche Geschlecht in seiner passiven Rolle ökonomisch einsetzbarer als das der Männer.
- Des Weiteren entwickelte sich die Krankenpflege zu einem perfekten Beruf bürgerlicher Frauen, da die Pflege wie beschrieben als eine hausarbeitsnahe und weibliche Arbeit verstanden wurde und die Frau zwangsweise in die Rolle der „Hausfrau“ gedrängt wurde. Frauen mussten die Anteile der gesellschaftlichen Reproduktions- beziehungsweise Haus- und Familienarbeit übernehmen, welche sich nicht wirklich rationalisieren ließen. Diesen Aspekt sieht Claudia Bischoff als dritten Grund für eine Verweiblichung des Pflegeberufes, da sich die allmählich geschaffene Rolle der Frau mit den Eigenschaften der Krankenpflege vermischte und durch die Rollenverteilung, die Stereotypenbildung und Weiblichkeitsideologie zu einem hausarbeitsnahen Beruf gemacht wurde.<sup>194</sup>

Demnach waren die Gesellschaft und ihre unterschiedlichen Interessen an Frauenarbeit sowie die allmählich entstehende geschlechtsspezifische Rollen- und Arbeitsverteilung zwischen Mann und Frau dafür verantwortlich, dass sich die Krankenpflege zu einem traditionellen Frauenberuf entwickelte.

Claudia Bischoff vertritt die Meinung, dass die angeblich „besondere Eignung“ der Frau zur Krankenpflege lediglich als ein Deckmantel für die ökonomischen Interessen an Frauenarbeit zu verstehen ist, dass jedoch unter anderem die berufliche Pflege selbst an der Funktionalisierung und Ausbeutung beteiligt war, „indem sie die bürgerlichen Weiblichkeitsideologien übernahm und damit den Beruf selbst als unbezahlte Liebestätigkeit und selbstloses, aufopferungsvolles Tun definierte; indem sie bereit war, alles und jedes zu kompensieren[...]“<sup>195</sup>

Durch die Übermacht der Frauen in der Krankenpflege und einem sehr geringen Anteil männlich Pflegenden stellt der Pflegeberuf gegenwärtig immer noch einen typisch

---

<sup>194</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 93ff.

<sup>195</sup> Bischoff, C. (1997); S. 144

weiblichen Berufszweig dar.<sup>196</sup> Bis heute tragen Frauen vorwiegend die Verantwortung für Familie und Hausarbeit und werden in der Regel durch einen bereits ab der Kindheit beginnenden Sozialisationsprozess darauf vorbereitet. Die sich im Laufe der Jahrhunderte herausgebildeten Stereotypen und Geschlechterrollen von Mann und Frau sind stets immer noch vorhanden. Demzufolge wird der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf auch heute noch vorwiegend von jungen Mädchen und Frauen gewählt, sodass der Pflegeberuf durch die weibliche Dominanz, stets seit dem 19. Jahrhundert, als typischer „Frauenberuf“ charakterisiert werden kann.<sup>197</sup>

### 6.1.2 Emanzipation der Frau - auch in der Pflege?

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war das Anforderungsprofil des Berufes schließlich gänzlich auf das weibliche Geschlecht zugeschnitten. Die Anzahl der berufstätigen Frauen in der Pflege stieg zunehmend, während die Männer um das berufliche Überleben innerhalb der Krankenpflege kämpften. Inhalte und Kompetenzen der beruflichen Pflege wurden als „typisch weiblich und diffuse“ Tätigkeiten benannt und als „quasi biologisch, über das „weibliche“ Geschlecht vermittelte Attribute betrachtet.“<sup>198</sup> Denn basierend auf die bereits beschriebene Entwicklung und Etablierung der Pflege Mitte des 19. Jahrhunderts, wurde dem Beruf ein dem weiblichen Geschlecht „von Natur aus“ zugehöriges Arbeitsvermögen zugeschrieben, für das angeblich keine spezifische Ausbildung nötig war.<sup>199</sup> Die Krankenpflege war demzufolge nach wie vor ein Frauenberuf, welcher von der Weiblichkeitsideologie getragen und mit hoher Wahrscheinlichkeit eher als Lebensinhalt und Berufung der Frau charakterisiert wurde.<sup>200</sup> Dennoch gab es einzelne Pflegerinnen, welche mit der Gründung weiblicher Organisationen und der Unterstützung bürgerlicher Frauenbewegungen, Emanzipationsbestrebungen und erste Schritte zur Veränderung wagten. Zu nennen ist an dieser Stelle Agnes Karll. Sie errichtete gemeinsam mit Elisabeth Storp, Helene Meyer und Marie Cauer im Jahr 1903 die erste weltliche Berufsorganisation für Krankenpflegerinnen in Deutschland (BOKD), welche heute als der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bekannt ist, berufspolitische Ziele

<sup>196</sup> vgl. Backes, G. et. al. (2008); S. 4

<sup>197</sup> vgl. Statistisches Bundesamt (2012)

<sup>198</sup> Backes, G. et. al. (2008); S.51

<sup>199</sup> vgl. Backes, G. et. al. (2008); S. 4

<sup>200</sup> vgl. Rübenstahl, M. (1994); S. 64

verfolgt und sich somit für die Pflegekräfte einsetzt und stark macht.<sup>201</sup> Mit Gründung dieser Organisation hatte Agnes Karll die Absicht, die Pflege außerhalb der Mutterhäuser zu verbessern und forderte durch eine kontrollierte Ausbildung die Optimierung der Krankenpflegebildung.<sup>202</sup> Des Weiteren forderten die bürgerlichen Frauen eine Zulassung zum Studium – ein erster Akademisierungsversuch und Schritt auf dem Weg zur Profession Pflege. In diesem Zusammenhang gelang Henriette Goldschmidt 1911 die Gründung einer privaten Hochschule für Frauen in Leipzig. Ein zweijähriger Studiengang, welcher weiblich Pflegende dazu befähigte, leitende Funktionen zu übernehmen, war Teil dieser privaten Frauenhochschule, an welcher unter anderem auch Agnes Karll als Dozentin tätig war.<sup>203</sup> Trotz dass der erste Weltkrieg diesem Studiengang ein Ende setzte, hatten sich die Frauen im Laufe der Zeit das Recht erworben, an Universitäten beziehungsweise Hochschulen zu studieren - der Weg bis die heute bekannten Pflegestudiengänge in Deutschland eingerichtet wurden, dauerte jedoch noch mehrere Jahrzehnte.

Seit dem 19. Jahrhundert hat sich sowohl an der gesellschaftlichen Stellung der Frau, als auch innerhalb des Pflegerufes einiges verändert. Inzwischen sind Frauen, wie Männer in die Berufswelt integriert und obwohl es stets noch eine geschlechtsspezifische Erziehung gibt und die Arbeitswelt immer noch geschlechtsspezifisch strukturiert ist, erhalten Frauen zunehmende Anerkennung. Sie sind selbstbewusster, erkennen und nutzen zunehmend ihre Chancen, fordern und klagen ihre Rechte ein und lassen sich nicht mehr ausbeuten. Schon seit mehreren Jahren haben viele Frauen in der Pflege klare Vorstellungen von ihrer beruflichen Karriere, organisieren sich in gemeinsamen Verbänden und verlassen den Beruf – finden sie dort nicht das, was sie suchen.<sup>204</sup>

Die Pflege selbst befindet sich im Prozess der Professionalisierung, hat sich teilweise akademisiert und versucht sich von anderen Professionen abzugrenzen, um als eine selbstständige und anerkannte Wissenschaft nicht mehr als Hilfsberuf zu fungieren.<sup>205</sup> So nutzen einige Pflegekräfte die Pflegeausbildung bereits lediglich als „Sprungbrett“, um sich später in einen der Pflegestudiengänge zu immatrikulieren und schließlich in Leitungspositionen des Gesundheitswesens tätig zu werden. Dieser Aspekt stellt damit

---

<sup>201</sup> vgl. Bartholomeyczik, S. in: Martin, B. (2000); S. 41ff.

<sup>202</sup> vgl. Bartholomeyczik, S. in: Martin, B. (2000) S. 41ff.

<sup>203</sup> vgl. Bartholomeyczik, S. in: Martin, B. (2000); S. 42

<sup>204</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 172ff.

<sup>205</sup> siehe Punkt 7.2 Professionalisierung, Profession und Geschlecht im Berufsfeld Pflege

jedoch unter anderem auch eine Ursache für die personelle Mangelsituation in der Praxis des Berufsfeldes der Pflege dar. An der „Basis“ fehlen Pflegekräfte. Besonders in Zeiten des demografischen Wandels, der Zunahme hochbetagter pflegebedürftiger Menschen und der Abnahme an ausreichend und qualifiziertem Pflegepersonal werden Maßnahmen erforderlich den Beruf attraktiver zu gestalten. „Und dies geschieht heute nicht mehr mit Apellen an das „Dienen“ oder mit Schuldvorwürfen, sondern nur noch mit veränderten, d.h. anspruchsvolleren Arbeitsinhalten, Verbesserung der Arbeitsbedingungen, über mehr Geld, Aufstieg, Karriere, Verantwortung und Eigenständigkeit.“<sup>206</sup> – So wird der Frauenberuf vielleicht weniger „weiblich“ und zunehmend für Männer attraktiv.

Anschließend soll ein historischer Blick aus Sicht des männlichen Geschlechts auf die Pflege vorgenommen werden. Inwieweit spielen Männer - früher und heute – eine Rolle im Berufsfeld?

## 6.2 Historie der Krankenpflege aus männlicher Sicht

Fest steht, dass Heilkünste sowie pflegerische Tätigkeiten bereits immer schon zu einem gewissen Anteil durch das männliche Geschlecht ausgeübt und durchgeführt wurden. Neben den Schülern und medizinisch Auszubildenden, Gehilfen oder männlichen Sklaven, die zur Zeit Hippokrates und Galens in den frühen archaischen Hochkulturen für die Herbeiführung der Heilung und Hingebung an den Kranken verantwortlich waren, übernahmen während des frühen Christentums neben den Frauen, ebenfalls männlich Pflegenden, sogenannte Diakone, die barmherzige Aufgabe der Armen- und Krankenfürsorge.<sup>207</sup>

Auch im Mittelalter, zu Zeiten der Klostergründungen, Ordensgemeinschaften, Bruder- und Schwesternschaften wurde die pflegerische Versorgung der Kreuzritter und Pilgerer von männlichen Mitgliedern der Spital- oder Ritterordern, wie beispielsweise den Johannitern durchgeführt. Des Weiteren gab es zu jener Zeit in den städtischen Spitälern sowohl weibliche als auch männliche Spitalpfleger. Kaum bekannt ist auch,

---

<sup>206</sup> Bischoff, C. (1997); S. 172

<sup>207</sup> vgl. Schmitz, G. (2002)/ Bischoff, C. (1997)

dass sich neben der besagten Beginenbewegung die männliche Organisation der Begarden gründete. Obwohl sie zahlenmäßig kaum auffielen, führten auch sie, ähnlich wie ihre weiblichen Vertreterinnen ein frommes, eheloses Leben unabhängig jeglicher Ordensgemeinschaft und beteiligten sich unter anderem an der Krankenpflege.<sup>208</sup>

Während des 16. und 17. Jahrhunderts waren ebenfalls Männer an der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten und Diensten beteiligt. 1586 gründete sich der Orden der Barmherzigen Brüder – als Gegenstück zu den Barmherzigen Schwestern.<sup>209</sup> Das Gebot der Hospitalität, sprich „[...]die Verpflichtung zum unentgeltlichen Krankendienst, zum ausschließlichen Wirken als Krankenpfleger“ zählte neben dem Gehorsam, der Armut und der Ehelosigkeit zu den wichtigsten Gelübden dieser Ordensgemeinschaft.<sup>210</sup>

Nachdem neben zahlreichen konfessionell gebundenen Pflegeanstalten schließlich auch die städtischen und gemeinnützigen Einrichtungen für die Pflege und Versorgung der Bevölkerung Verantwortung übernahmen und sich, wie bereits erwähnt, das sogenannte Lohnwärtersystem entwickelte, wurde die Krankenpflege in den Armen- und Siechenanstalten auch durch männliche Wärter durchgeführt. Entsprechende Dokumente über die Eigenschaften eines Krankenwärters durch den Arzt Johann Gottfried Phäler im Jahr 1783 schildern, dass die Ausübung pflegerischer Tätigkeiten stets wie ärztliche Vorschriften mit hoher Verschwiegenheit ausgeführt werden mussten. Des Weiteren sollte ein Krankenwärter laut dem Universitätsprofessor Franz Anton Maigesund, stark, nicht zu jung und nicht zu alt sowie ein treuer, fleißiger Freund seines Kranken und zu Pflegenden sein, eine wohlthätige Seele haben und dementsprechend nicht „quacksalben“.<sup>211</sup>

Das 19. Jahrhundert hatte durch die Neuorientierung der Krankenpflege eine deutliche zahlenmäßige Zunahme an Krankenpflegepersonal zu verzeichnen. Insbesondere weibliche Pflegekräfte waren nun für die pflegerischen Tätigkeiten verantwortlich.<sup>212</sup> Den Wärtern beziehungsweise männlichen Pflegekräften wurde der Vorwurf gemacht, dem Beruf nicht genügend „Hingabe“ und Aufopferung zu zeigen, „[...] sie seien dem

---

<sup>208</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 3ff.

<sup>209</sup> Schmitz, G. (2002); S. 2ff.

<sup>210</sup> vgl. Wolff, H.P./Wolff, J. (1994); S. 87

<sup>211</sup> vgl. Schmitz, G. (2002); S. 4ff.

<sup>212</sup> siehe Punkt 6.1.1 Die „Verweiblichung“ der Pflege im 19. Jahrhundert

Alkohol verfallen, neigten dem „Trinkgeldunwesen“ zu und hätten keine Berufsethik.“<sup>213</sup> Der eigentliche Grund der Verdrängung der Wärter aus der Krankenpflege war jedoch die ökonomische Problemlage. Denn im Gegensatz zu den Wärterinnen beziehungsweise weiblichen Pflegekräften „[...]waren sie zu teuer, nicht so verfügbar und nicht so beliebig einsetzbar wie die Schwestern.“<sup>214</sup> Um eine gänzliche Verdrängung aus dem Berufsstand zu verhindern setzten sich die männlichen Pflegekräfte zur Wehr und übten scharfe Kritik gegenüber der Schwesternschaft aus. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung stand dabei die „Unschicklichkeit“ der weiblichen Pflege auf Männerstationen. Damit wurden die weiblichen Vorzüge bezweifelt und angeprangert – vergeblich.

Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts hatte die „bürgerlich gebildete“ Schwester die Wärter und Wärterinnen, sowie die männlichen Pflegekräfte weitgehend ersetzt. Sodass Männer in der Pflege während dieser Zeit, wie bereits erwähnt, regelrecht um das berufliche Überleben innerhalb der Krankenversorgung kämpfen mussten. Gänzlich konnte das männliche Geschlecht jedoch nie aus der Pflege verdrängt werden. Ein mehr oder weniger „gemischtes System“, wobei Schwestern auf Männerstationen arbeiteten, jedoch einige wenige Wärter an der Pflege beteiligt waren, entstand. Und obwohl bestimmte „typisch männliche“ Aufgaben innerhalb der Pflege, wie beispielsweise die psychiatrische Pflege oder Aufgaben welche große Kraft und körperliche Anstrengung abverlangten, nach und nach auch verstärkt von weiblichem Pflegepersonal übernommen wurde, waren Männer schließlich nie vollständig der Pflege zu entbehren.<sup>215</sup>

---

<sup>213</sup> Bischoff, C. (1997); S. 140

<sup>214</sup> Bischoff, C. (1997); S. 140

<sup>215</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 142

Und heute im 21. Jahrhundert – gibt es sie immer noch – die Männer in der Pflege. Dennoch stellen sie nach wie vor einen zahlenmäßig geringen Anteil innerhalb des Berufsfeldes dar. Das nachfolgende Diagramm mit Werten des statistischen Bundesamtes zeigt eine offensichtliche Verteilung der Geschlechter innerhalb des Krankenpflegeberufes zum Zeitpunkt des Jahres 2011.<sup>216</sup> Demnach wird deutlich das lediglich rund 14 % der Pflegekräfte männlich sind.

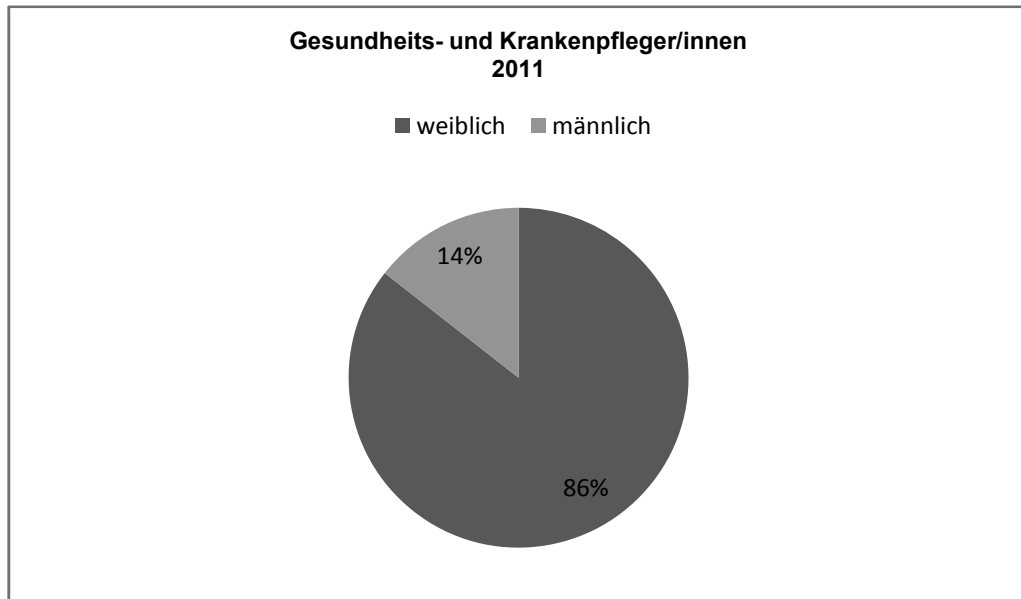


Abbildung 2 Gesundheits- und Kranken/pflegerinnen 2011

### 6.2.1 Entwicklung des maskulinen Stereotypen – Arzt oder Pfleger?

„Pfleger besetzen den ‚weiblichen Pflege Raum‘ mit männlicher Professionalität, indem sie als ‚Medizingleiche‘ identifiziert werden können“ und „[...] darüber hinaus eine positive Sonderposition“ erhalten<sup>217</sup>, heißt es in einer Untersuchung Kirsten Sanders zum Thema Geschlechterarrangements im Krankenhaus. Männlichkeit und Medizin stehen dabei in einem engen Zusammenhang und werden oft miteinander assoziiert. Doch weshalb ist das so und worin liegen die Ursachen einer derartigen Geschlechterrollenzuschreibung?

<sup>216</sup> Eigene Darstellung modifiziert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 19.04.2013)

<sup>217</sup> Sander, K. (2012); S. 132



Aus der Geschichte und Entwicklung der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau geht hervor: Pflege ist weiblich - Medizin männlich.

Das heißt, die meisten Ärzte sind Männer und das überwiegende Pflegepersonal setzt sich aus dem weiblichen Geschlecht zusammen.<sup>218</sup> Dennoch gibt es männlich Pflegenden und das bereits immer schon - mal mehr, mal weniger - ob als Krankenwärter des 19. Jahrhunderts oder als Gesundheits- und Krankenpfleger auf einer Intensivstation im 21. Jahrhundert. Den „typisch“ männlichen Arbeitsbereich stellt seit Anfang des 15. Jahrhunderts jedoch die Medizin dar.<sup>219</sup>

Ursprünglich war die Heilkunde, welche sich später zu einer verwissenschaftlichten und technisierten Medizin entwickelte, im Mittelalter hauptsächlich das Tätigkeitsfeld von Frauen. Die Verdrängung des weiblichen Geschlechts aus der Heilkunde erfolgte dabei keineswegs natürlich, sondern war aufbauend auf die sich herauskristallisierende bürgerliche Ideologie, Teil eines politischen Macht- und Geschlechterkampfes. Gewinnen konnten die Ärzte diesen Konflikt nur, da sie der weltlichen und geistlichen Oberschicht entstammten. Das Zulassungsverbot für Frauen war im Anschluss an die während des 12. und 13. Jahrhunderts gegründeten Universitäten, ausschlaggebend und eine der ersten Maßnahmen für die Ausschaltung des weiblichen Geschlechts aus der Heilkunde. Eine fortlaufende Ausweitung des ärztlich-männlichen Kompetenzbereiches, dem alle anderen Heilkundigen zu Opfer fielen, war schließlich das Resultat.<sup>220</sup>

Neben der Herausbildung des weiblichen Stereotyps und der Ausprägung der Weiblichkeitsideologie erhielten auch Männer ein von der Gesellschaft zugeschriebenes Rollenbild. Bis Mitte des 18. Jahrhunderts war der Begriff „Mann“ lediglich an einen bestimmten Stand gebunden, wie beispielsweise Ehemann, Handwerksmann, Bauersmann, etc. Mit Anfang des 19. Jahrhunderts und der Übernahme der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen, wurde jedoch „[...] eine als Wesensmerkmal gedachte Männlichkeit in Abgrenzung vom weiblichen Geschlecht konstruiert.“<sup>221</sup> Demnach stehen die Zeugungskraft, sowie die Eigenschaften wie beispielsweise Mut, Tapferkeit und Stärke im Mittelpunkt für geschlechtsspezifische Merkmale des Mannes, völlig komplementär

---

<sup>218</sup> vgl. Haubl, R. (2003); S. 86

<sup>219</sup> vgl. Haubl, R. (2003); S.86

<sup>220</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 32ff.

<sup>221</sup> Brandes, H. (2002); S. 47

zu den bereits beschriebenen Eigenschaften und der Weiblichkeitsideologie der Frau, welche angeblich bindungsfähiger, emotionaler, fürsorglicher und weniger leistungsfixiert ist.<sup>222</sup> Männer übernahmen demnach die aktive Rolle, sowohl in der Familie und in der Gesellschaft, als auch im Gesundheitswesen, bei der Versorgung Pflegebedürftiger. So erfolgte die Beschlagnahme der „Heilkunde“ durch das männliche Geschlecht nicht etwa aufgrund von besserem Wissen, sondern wie bereits erwähnt aufgrund von geschlechtsspezifischen Machtverhältnissen.<sup>223</sup> Die gedachte Männlichkeit und der damit hervorgerufene naturgegebene Gegensatz, von Mann und Frau, wurde schließlich zum Kernpunkt aller Argumentationen.<sup>224</sup> Damit rechtfertigte die Gesellschaft also nicht nur die „Verweiblichung“ der Krankenpflege, sondern auch die „Vermännlichung“ der Medizin.

Werden Pfleger demnach als „medizingleiche“ identifiziert, weil sie dem männlichen Geschlecht entstammen und die Ärzteschaft aus der Historie resultierend mit Männlichkeit assoziiert wird?

Die Professions- und Geschlechterrollen haben sich in den letzten Jahren jedenfalls geändert. Auch das weibliche Geschlecht studiert heute Medizin und der Pflegeberuf ist längst kein reiner Frauenberuf mehr, obwohl der überproportionale Anteil an Pflegekräften gegenwärtig immer noch weiblich ist. Während die weiblichen Pflegekräfte jedoch „unmittelbar von den Patientenbedürfnissen ausgehende Informationen an den Arzt weiter tragen und damit ‚weibliche Sorgearbeit‘ übernehmen, überschreitet der Pfleger diese Professions- und Geschlechterrolle“ nach Aussagen Kirsten Sanders, indem er Anordnungen gibt und sich teilweise wie ein Arzt verhält.<sup>225</sup> Möglicherweise resultiert dieses Verhalten tatsächlich aufgrund der Geschlechterrolle und der Entwicklung des „Stereotyps Mann“, sowie aus der historisch traditionell gewachsenen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in weibliche Pflege und männliche Medizin.

Die Geringe Anzahl an männlichen Pflegekräften „in einem Beruf, der mit Frau und „weiblichem Arbeitsvermögen“ konnotiert ist [...]“<sup>226</sup>, macht das männliche Geschlecht

---

<sup>222</sup> vgl. Brandes, H. (2002); S. 51

<sup>223</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 38

<sup>224</sup> vgl. Brandes, H. (2002); S. 47

<sup>225</sup> Sander, K. (2012); S. 134

<sup>226</sup> vgl. Piechotta, G. (2000); S. 199

jedenfalls ein wenig zum „Exoten“, welcher sich zum Teil vor anderen rechtfertigen muss, weshalb er in diesem Beruf arbeitet.

### 6.2.2 Die gegenwärtige Situation aus Sicht der Männer und die Bedeutung des männlichen Geschlechts im Berufsfeld Pflege

Das Berufsfeld Pflege ist stets ein typischer Frauenberuf, wenn von der Definition ausgegangen werden kann, dass der Anteil der Frauen in diesem Beruf 80% oder mehr beträgt.<sup>227</sup> Die in der Pflege tätigen Frauen stellen in Deutschland derzeit etwa 86% dar – entsprechend gering ist demgegenüber der Männeranteil innerhalb der beruflichen Pflege.<sup>228</sup> Seit Jahren sind diese Werte stabil, was an dem nachfolgenden Diagramm ersichtlich wird. Bereits im Jahr 2000 lag der Männeranteil bei geringen 13% und stieg bis 2011 lediglich um 1%.

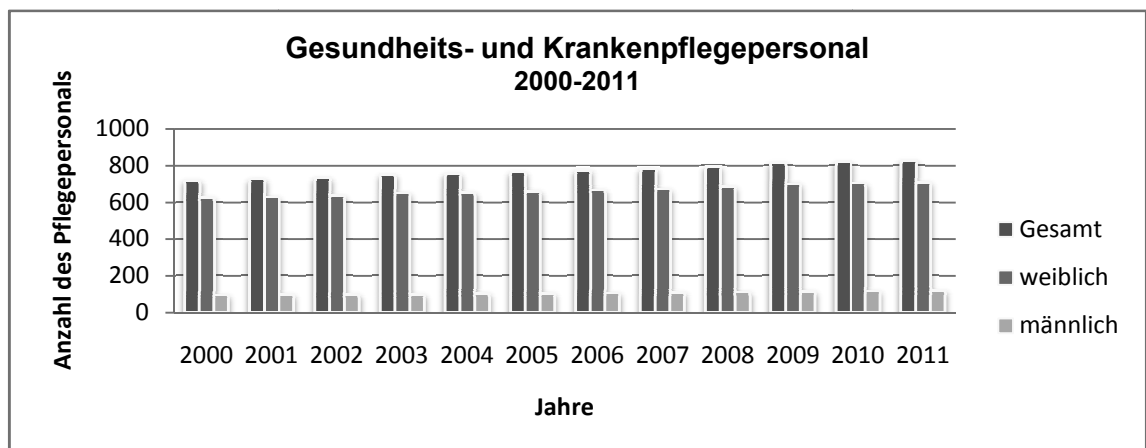


Abbildung 3 Gesundheits- und Krankenpflegepersonal 2000-2011

Im Hinblick auf das männliche Geschlecht im Berufsfeld Pflege liegt gegenwärtig jedoch eine Besonderheit vor. Denn obwohl der Pflegeberuf durch eine Vielzahl an weiblichen Arbeitskräften charakterisiert ist, finden sich Männer, wie eingangs der Arbeit beschrieben, überproportional häufig in dessen Leitungspositionen. Bartjes spricht aus diesem Grund von einem „Frauenberuf in Männerregie“.

<sup>227</sup> vgl. Krabel, J./ Stuve, O. (2006); S. 15

<sup>228</sup> vgl. Eigene Darstellung modifiziert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand:19.04.2013), siehe auch Abbildung 2

Als Verwaltungsleiter, Klinikchef, Pflegedirektor oder Oberarzt übernehmen übergeordnet, größtenteils Männer, die Leitung und Organisation des Pflegeberufes.<sup>229</sup>

Doch weshalb mangelt es an der sogenannten „Basis“ des Berufes an männlichen Pflegekräften?

„Jugendliche und Heranwachsende werten soziale Tätigkeiten und Berufe häufig als „weibisch“ ab und sehen durch einschlägige Ausbildungen ihre männliche Identität bedroht.“<sup>230</sup> In der Regel findet die frühkindliche Sozialisation von Jungen und Mädchen durch eine frauendominierte Alltagswelt statt. Die Identität des männlichen Geschlechts, sprich die der Jungen, entwickelt sich dabei durch die Abgrenzung des weiblichen Geschlechts, der Mutter. Dabei wird laut Bartjes eine soziale Unterforderung junger Männer für verschiedene Phasen und Bereiche männlicher Sozialisation festgestellt, wobei kaum soziale Kompetenzen verlangt und gefördert werden, da diese vorrangig dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben sind.

Die Sozialisation der (jungen)Männer und der historisch geprägte geschlechtshierarchisch segmentierte Arbeitsmarkt, resultierend aus der Entwicklung des 19. Jahrhunderts in männliche Erwerbsarbeit und weiblicher Hausarbeit, verhindern somit in der Regel den Zugang der Männer zum Pflegeberuf und können als wesentliche Ursachen für die geringe Anzahl an männlichen Pflegekräften an der „Basis“ des Pflegeberufes gesehen werden.<sup>231</sup> Männer, die sich dennoch für Frauenberufe, wie den der Gesundheits- und Krankenpflege entscheiden, sehen sich oftmals mit strukturellen Merkmalen des Berufes konfrontiert. Das sind beispielsweise eine geringe Entlohnung, weniger Prestige, sowie eingeschränkten Karriereoptionen.<sup>232</sup> Hinzu kommt, dass der Pflegeberuf von Männern in der Regel selten die erste Berufswahl darstellt. Meist liegt bereits eine Ausbildung vor oder der ehemalige Zivildienst konnte Einblicke in die Berufswelt Pflege vermitteln, sodass das doch so häufig stereotypische und klischeehafte Denken, Männer in der Pflege seien „schwul“ beziehungsweise nicht männlich, der „Hahn im Korb“, „Sunnyboy“ oder ein „Patientenlifter“ abgelegt werden konnte.<sup>233</sup>

---

<sup>229</sup> vgl. Bartjes, H. (2008); S. 18

<sup>230</sup> Bartjes, H. (2008); S. 20

<sup>231</sup> vgl. Bartjes, H. (2008); S. 18

<sup>232</sup> vgl. Sewtz, S. (2006); S. 88

<sup>233</sup> vgl. Koch, T. (2009) S. 16ff.

Anschließend stellt sich die Frage, ob Männer überhaupt notwendig für das Berufsfeld Pflege sind. Hinter diesem Aspekt verbirgt sich gleichzeitig die Bedeutung des männlichen Geschlechts für die Pflege, auf welche im Folgenden eingegangen werden soll.

„Die Forderungen nach mehr Männern in der Pflege werden immer drängender.“<sup>234</sup> – schreibt Chefredakteurin Katja Kupfer-Geißler in der Zeitschrift Heilberufe 2011.

Neben dem allgemeinen Grundsatz der Gleichberechtigung wird sowohl von der Politik, als auch von der Berufswelt und der Pflege selbst eine Geschlechtergerechtigkeit gefordert, denn in der modernen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts haben Männer, wie Frauen die gleichen Rechte und Pflichten. Dem männlichen Geschlecht kommt damit eine große Bedeutung innerhalb des Pflegeberufes zu, denn beispielsweise gemäß § 2 SGB XI sollte nach Wünschen der Pflegebedürftigen die Möglichkeit einer gleichgeschlechtlichen Pflege bestehen. Oftmals fehlt den zu versorgenden Männern und Frauen im pflegerischen Alltag jedoch das männliche Geschlecht als Vertrauter oder Bezugsperson. Das hat wiederum eine mangelhafte patientenorientierte und individuelle Pflege zur Folge.<sup>235</sup>

Des Weiteren eröffnet Männern das „Einmischen“ in die „weibliche“ Fürsorge laut Aussagen Bartjes eine erweiterte Identität und verleiht ihnen eine größere Ausdrucksvielfalt, welche neben dem Zugang zum Berufsfeld Pflege zu einer allgemeinen Bereicherung des Lebens führen kann. Das erfordert jedoch Männer, „die ihre Geschlechtszugehörigkeit reflektieren, sich damit auseinandersetzen und nicht blind und unbewusst traditionell männliche Werte und Verhaltensweisen in soziale Zusammenhänge hineinbringen.“<sup>236</sup>

Somit kann Pflege möglicherweise einer weiteren „Feminisierung“ entgegen wirken und einen Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit leisten, auf geschlechtsspezifische Vorlieben der Patienten eingehen und nebenbei vermutlich eine Verbesserung des Betriebsklimas hervorrufen. All das sind positive Gründe für den Einsatz und die Beschäftigung von Männern in der Pflege, denen in diesem sozialen Berufsfeld demnach eine große Bedeutung zukommt.

---

<sup>234</sup> Kupfer-Geißler, K. (2011); S. 3

<sup>235</sup> vgl. Bartjes, H. (2008), S. 22

<sup>236</sup> Bartjes, H. (2008), S. 22

## 7 Chancen und Grenzen - Pflege heute

Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Krankenhausorganisation hauptsächlich von Ärzten bestimmt. Die Pflege nahm während dieser Zeit lediglich eine unterstützende Hilfsfunktion ein. Heute befindet sich der Gesundheitsberuf auf dem Weg der „Professionalisierung“. Von einer unterstützenden Hilfstätigkeit zur evidenzbasierten Heilkunde, versucht sich die Pflege zu emanzipieren und von der Ärzteschaft abzugrenzen.<sup>237</sup> Strukturelle und inhaltliche Reformen der Pflegeausbildung, sowie die Gründung zahlreicher pflegewissenschaftlicher Studiengänge an Universitäten und Hochschulen sind Beispiele und sichtbare Zeichen einer positiven Veränderung. Dennoch, trotz erster Schritte auf dem Weg zur Profession und nennenswerten Erneuerungen, besteht eine Vielzahl an Rahmenbedingungen und Problemen, welche das Pflegepersonal an ihre Grenzen bringen und verhindern, dass die Professionalisierung in der beruflichen Praxis der Pflege ankommen kann.<sup>238</sup>

Nach wie vor gilt die Pflege mit nur sehr geringen autonomen Handlungsspielräumen als ärztlicher Assistenzberuf.<sup>239</sup> Pflegende „erleben sich oft am unteren Ende der Krankenhaushierarchie und berichten (demzufolge häufig) über Gefühle wie Enttäuschung, Verärgerung, Unzufriedenheit und Benachteiligung.“<sup>240</sup> Neben dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen, sorgen ein enormer Mangel an fachlich ausgebildetem Pflegepersonal, sowie der wachsende Versorgungsanspruch in der Bevölkerung, aufgrund des demografischen Wandels für eine massive Arbeitsverdichtung im Bereich der Pflege.<sup>241</sup>

Um unter anderem dem erhöhten Bedarf an Pflegebedürftigkeit und dem fehlenden Personal in der Pflege in Folge des Demografischen Wandels entgegenzuwirken, lautet das erklärte Ziel der Politik - „Mehr Männer in der Pflege“.<sup>242</sup> Die Pflege selbst erhofft sich durch das männliche Geschlecht im Berufsfeld eine finanzielle und gesellschaftliche Aufwertung, verbesserte Arbeitsbedingungen und einen weiteren

<sup>237</sup> vgl. Heberer, M. et. Al. (2006), S. 20

<sup>238</sup> vgl. Darmann-Finck, I./ Friesacher, H (2009)

<sup>239</sup> vgl. Darmann-Finck, I./ Friesacher, H. (2009)

<sup>240</sup> Bartholomeyczik, S. (2011); S. 319

<sup>241</sup> vgl. Dieckmann et. Al. (2010); S. 6

<sup>242</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt: Schröder will mehr Männer für Pflegeberufe begeistern; URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44567/Schroeder-will-mehr-Maenner-fuer-Pflegeberufe-begeistern> (Stand: 10.04.2013)

Schritt in Richtung Profession.<sup>243</sup> Denn möglicherweise kämpft der „Frauenberuf“ Pflege im Hinblick auf seine Anerkennung, die Vergütung, sowie die Aufstiegschancen stets noch mit den Folgen seiner traditionellen Rollenverteilung.<sup>244</sup> Waren es einst Eigenschaften wie Gehorsam, Selbstlosigkeit, Aufopferung, Diffusität, Allzuständigkeit und Weiblichkeit die das Bild der Pflege prägten, so definiert sich das Berufsfeld heute über den Dienst am Kunden, die Pflegequalität und das Qualitätsmanagement. Das historisch geprägte traditionelle Bild der Pflege als „weibliche Liebestätigkeit“ gibt es so nicht mehr, dennoch besteht gegenwärtig eine geschlechterspezifische Strukturen und hierarchische Ordnungsmuster beziehungsweise ungleiche Verteilungen zwischen Männern und Frauen im Berufsfeld Pflege.

Den exemplarisch genannten gesellschaftlich, politisch und ökonomischen Herausforderungen steht demnach das Geschlechterverhältnis, sowie insbesondere die Rolle und Stellung der Frau innerhalb des Pflegeberufes gegenüber und sorgt für zahlreiche Diskussionen, wenn es gegenwärtig um die Chancen und Grenzen, sowie um die Akademisierung und Professionalisierung der Pflege geht.

Im Zuge der Bewältigung der genannten Herausforderungen liegen die Chancen der Pflege darin, den Beruf umfassend zu modernisieren. Aus diesem Grund soll anschließend die Notwendigkeit der Akademisierung sowie die Professionalisierung der Pflege näher betrachtet werden. In Anlehnung an die Thematik der Bachelorarbeit werden diese Entwicklungen dabei stets in den Zusammenhang mit der traditionellen Geschlechterspezifik des Pflegeberufes und den daraus resultierenden Rollen zwischen männlich und weiblich Pflegenden gebracht. Von großer Bedeutung ist in Anbetracht dessen, die Beziehung von Profession und Geschlecht mit einer besonderen Fokussierung auf die Professionalisierungsprozesse von Frauen. Ist Professionalisierung Männersache? Wenn ja, welche Auswirkungen hat das auf den Pflegeberuf?

Zuerst einmal soll jedoch auf die Notwendigkeit der Akademisierung und auf die damit einhergehenden Geschlechterverhältnisse eingegangen werden. Denn als eine unentbehrliche Grundvoraussetzung stellt die Verwissenschaftlichung den wohl wichtigsten Schritt auf dem Weg zu einer Profession der Pflege dar.

---

<sup>243</sup> vgl. Ziegler, B. (2011)

<sup>244</sup> vgl. Kempa, S.M. (2011); S.45

## 7.1 Die Notwendigkeit der Akademisierung

Während im angloamerikanischen Raum die berufssoziologische Diskussion über Professions- und Professionalisierungsbestrebungen, sowie die pflegetheoretischen Entwicklungen bereits Anfang des 20. Jahrhunderts begannen, setzte die Welle der Gründung von Pflegestudiengängen zur Akademisierung von Leitungs- und Lehrkräften in Deutschland erst im Laufe der 1990iger Jahre ein. Einflüsse der über Jahrzehnte gewachsenen und sich bereits Etablierten Pflegewissenschaft des angloamerikanischen Raumes wirkten somit als Vorbild und kamen schließlich auch in der Bundesrepublik zum Tragen. Die Notwendigkeit der Akademisierung der deutschen Pflegelandschaft entstand dabei unter anderem aufgrund der sozialen und politischen Prozesse, welche sich durch die Herausforderungen des „Pflegetnotstandes“ Ende der 1980iger Jahre ergaben. So führte der „Bildungsnotstand“ der deutschen Pflege neben einer Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses, auch zu einer erhöhten Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für die Belange des Berufsfeldes und zog politische Neugestaltungen, wie die bereits benannte Einrichtung der Pflegestudiengänge und eine damit verbundene wissenschaftliche Basis der Pflege mit sich.<sup>245</sup>

Lange Zeit war Pflege „festgelegt auf die Rolle der guten Mutter und Hausfrau, die im durchrationalisierten Krankenhausbetrieb für die menschliche Nähe zuständig war, [...]“<sup>246</sup> Mittels der Einführung zahlreicher Pflegewissenschaftlicher Studiengänge und einem eigenständigen theoretischen Rahmen gelang es der Pflege gegenwärtig teilweise an der Rationalität, welche eingangs lediglich der „männlichen“ Medizin zugeschrieben war, teil zu haben. Die Akademisierung verleiht dem Pflegeberuf demnach eine eigene Entscheidungskompetenz, wodurch ihr die Chance eröffnet wird, einen gleichberechtigten Teil des Therapieprozesses darzustellen.<sup>247</sup>

Bis heute entstanden zahlreiche Pflegestudiengänge, vorrangig für Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik.<sup>248</sup> Die Berufsausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland erfordert jedoch bisher kein Studium. Allerdings setzt sich seit 2004 ein neuer Trend fort. So entstehen eine Vielzahl sogenannter „duale Studiengänge“ der Pflege, „in denen Pflegende den akademischen Grad eines

<sup>245</sup> vgl. Arnold, D. (2008); S. 47/ Kellner, A. (2011); S. 272

<sup>246</sup> Steppe, H. (2003); S. 47

<sup>247</sup> vgl. Steppe, H. (2003); S. 47

<sup>248</sup> vgl. Sewtz, S. in Matzick, S. (2008); S.124



“Bachelor of Nursing“ zusammen mit ihrer staatlich anerkannten, grundständigen Ausbildung als “Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ erwerben können.“<sup>249</sup> Somit werden in Zukunft möglicherweise nicht nur Pflegende im Management und in der Lehre über einen akademischen Abschluss und eine wissenschaftliche Qualifikation verfügen, sondern zunehmend auch Akademiker in der Pflegepraxis tätig sein.<sup>250</sup>

Im Hinblick auf das Geschlechterverhältnis innerhalb des Berufsfeldes Pflege befinden sich „[...] unter den Studierenden in den seit 1991 explosionsartig entstandenen pflegeorientierten Studiengängen im Vergleich zu den Berufstätigen in den Pflegeberufen überproportional viele Männer“<sup>251</sup>. Nach Sabine Bartholomeyczik resultiert diese Gegebenheit aufgrund anspruchsvollerer Bildungsstrukturen, von denen das männliche Geschlecht förmlich angezogen wird. Von den Immatrikulierten im Studiengang Pflegewissenschaften/ Pflegemanagement an der Hochschule Neubrandenburg waren beispielsweise im Wintersemester 2012/2013 ca. 30% männlichen Geschlechts. Zum vorangegangenen Semester beträgt das einen Anstieg von etwa 17%.<sup>252</sup> An dieser Stelle stellt sich die Frage ob demnach das männliche Geschlecht von der stereotypen Wahrnehmung und Verbindung zwischen Männlichkeit und Profession profitiert, da im Vergleich zum akademischen Bereich der Pflege die Anzahl männlich Pflegenden in der Praxis gering ist. Auf die Beziehung zwischen Professionalisierung, Profession und Geschlecht, soll allerdings erst im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

Nach wie vor dominiert die Anzahl des weiblichen Geschlechts, sowohl innerhalb der Praxis des Pflegeberufes, als auch in den zahlreich vorhandenen Pflegestudiengängen. Dennoch entscheiden sich vermehrt Männer für den Gesundheitsberuf beziehungsweise ein Studium im Bereich Pflege.<sup>253</sup> Denn „je säkularer die Berufsstruktur wurde, je mehr die Arbeitsbedingungen in Form von Zeitstrukturen sich den Rahmenbedingungen des öffentlichen Dienstes angeglichen und schließlich, je mehr Leitungsfunktionen geschaffen wurden, desto mehr Männer wurden auch in diesem Beruf angesprochen.“<sup>254</sup>

---

<sup>249</sup> Arnold, D. 2008; S. 48

<sup>250</sup> vgl. Arnold, D. 2008; S. 48

<sup>251</sup> Bartholomeyczik, S. in Martin, B. (2000); S. 49

<sup>252</sup> Angaben aus dem Prüfungs- und Immatrikulationsamt der Hochschule Neubrandenburg

<sup>253</sup> vgl. Sewtz, S. in: Matzick, (2008); S. 117

<sup>254</sup> Bartholomeyczik, S. in: Martin, B. (2000), S.49

## 7.2 Professionalisierung, Profession und Geschlecht im Berufsfeld Pflege

*„[...]Professionalisierung (ist) ein Prozess, in dem es um den Erwerb und die Kodifizierung von akademischen Expertenwissen, um die Entwicklung eines spezifischen Berufsethos, um die Festschreibung der Zugangsvoraussetzungen für bestimmte Berufsbereiche oder um den Aufbau berufsständiger Vereinigungen geht, die in relativer Autonomie die Interessen der Profession definieren und vertreten – und all dies allem Anschein nach „ohne Ansehen des Geschlechts.“<sup>255</sup>*

So kontrovers führt Angelika Wetterer Anfang der 1990iger Jahre in die Diskussion zum Thema Geschlecht und Profession ein und schildert im Nachgang, dass die Etablierung von Professionen durchgängig mit der Ausgrenzung des weiblichen Geschlechts beziehungsweise mit der Marginalisierung von Frauen einher ging.<sup>256</sup>

Das Professionskonzept beziehungsweise der Prozess der Professionalisierung ist somit deutlich "männlich" geprägt<sup>257</sup> und wird wie eben beschrieben durch die Randstellung von Frauen charakterisiert. Das resultiert laut Wetterer aus dem, in einem engen Zusammenhang mit den Ursachen der Marginalisierung von Frauen stehenden Verhältnis von Profession und Geschlecht.

Diese Ursachen beziehen sich insbesondere auf:

→ *das Verhältnis oder die „Interferenz von Berufs- und Reproduktionsbereich“ der Frau*  
– An dieser Stelle stehen beispielsweise die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung sowie die Doppelbelastung der Frau, das heißt die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf, im Zentrum struktureller Benachteiligungen des weiblichen Geschlechts.

→ *die Ausgrenzung und gesellschaftlich unzureichende Anerkennung der Frau*  
- Diese charakterisiert die hierarchische Struktur des Geschlechterverhältnisses und mündet letztlich in einer geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes, der Unterscheidung und Einteilung in Frauen- und Männerberufe.

---

<sup>255</sup> Wetterer, A. (1992); S. 7

<sup>256</sup> vgl. Wetterer, A. (1992); S. 7

<sup>257</sup> vgl. Arnold, D. (2008); S. 125

→ die Widersprüche und das ideologisierte Denken zwischen der weiblichen Identität auf der einen Seite und der männlich geprägten Berufskultur auf der anderen Seite als typische Geschlechterdifferenz<sup>258</sup>

Dennoch: Heute kann von solch einer Ausgrenzung des weiblichen Geschlechts aus der Professionalisierungsdebatte und einer mangelnden Qualifikation (hier zunächst Schul-, Hochschul- und Berufsausbildung) der Frau nicht mehr gesprochen werden. So erzielt beispielsweise das weibliche Geschlecht gegenwärtig im Durchschnitt vergleichsweise bessere Schul- und Bildungsabschlüsse als das männliche Geschlecht. Außerdem besitzen in Deutschland mittlerweile etwa 38% der jungen Frauen eine fach- beziehungsweise Hochschulreife und haben in diesem Zusammenhang den gleichaltrigen Männeranteil nicht nur eingeholt, sondern mit 7% überholt. Auch an Universitäten und Hochschulen steigt der Frauenanteil zunehmend.<sup>259</sup> Neben dem sozialen Wandel der Frauenrolle innerhalb des Bereiches Bildung und Qualifikation hat sich vor allem aber auch "das traditionelle Ernährermodell – der Mann ist erwerbstätig und die Frau ist verantwortlich für den Haushalt und die Erziehung der Kinder [...], (gewandelt und) befindet sich seit Beginn der 1970er Jahre europaweit auf dem Rückzug, [...]"<sup>260</sup>, sodass Frauen in der Gesellschaft anerkannt werden, sich weiterbilden und qualifizieren und ihren Lebensunterhalt selbstständig verdienen können.

Seit den 1990er Jahren befindet sich demnach auch der weiblich dominierende Pflegeberuf in einem Professionalisierungsprozess. Das Berufsfeld versucht dadurch „[...] mehr Eigenständigkeit und Emanzipation gegenüber der historisch „männlich“ geprägten Medizin einerseits und andererseits Anerkennung für Pflege als weiblich stereotypisierte Tätigkeit zu erlangen.“<sup>261</sup> Obwohl das Professionalisierungskonzept „männlich“ charakterisiert und geprägt wird und die „Männlichkeit“ der klassischen Professionen, wie beispielsweise die der Medizin, heute nach wie vor dominant ist, bricht diese Struktur und Verankerung allmählich auf und unterliegt einigen Veränderungsprozessen, wie beispielsweise an der selbstständigen Ausübung von Tätigkeiten innerhalb des Pflegeberufes, welche ursprünglich der Medizin

<sup>258</sup> vgl. Wetterer, A. (1992); S. 13ff.

<sup>259</sup> vgl. Peuckert, R. (2012); S.406

<sup>260</sup> Peuckert, R. (2012) S. 412ff.

<sup>261</sup> Arnold, D. (2008); S. 19

zugeschrieben waren, ersichtlich wird.<sup>262</sup> So stellt beispielsweise auch der enorme Wissenszuwachs, in Zusammenhang mit der technologischen Entwicklung im medizinischen Bereich, immer mehr ausdifferenzierte und selbstständig zu vollziehende Anforderungen und Tätigkeiten an die beruflich Pflegenden.<sup>263</sup> „Dennoch hatte und hat die Pflege als Frauenberuf große Schwierigkeiten damit, einen professionellen Status zu erringen und ihre Probleme als „paramedizinische Profession“ in der geschlechtlichen Arbeitsteilung mit der Medizin zu überwinden.“<sup>264</sup> Laut Doris Arnold ist diese Situation der „[...] Persistenz der Dominanz des traditionellen Professionsmodells [...]“<sup>265</sup> geschuldet. Das Stagnieren der Professionalisierung, beziehungsweise des Professionalisierungsprozesses des Pflegeberufes wird von Arnold somit lediglich mittels des „männlich“ geprägten Professionskonzeptes begründet. Jedoch sind die gegenwärtigen Situation sowie die Bezeichnung der Pflege als sogenannte Semi-Profession oder auch "paramedical profession", unter anderem der traditionelle Entwicklung des Pflegeberufes geschuldet. Denn wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, wurde Pflege historisch als hausarbeitsnaher Frauenberuf geprägt und gilt nach wie vor als ärztlicher Assistenzberuf, welcher der bis heute der durch das männliche Geschlecht dominierten medizinischen Profession untergeordnet wird.<sup>266</sup> Die Professionalisierungsdebatte und die Bedeutung des Geschlechts der Pflege können daher in einen engen Zusammenhang gebracht werden.<sup>267</sup>

Um sich schließlich einer Unterordnung zu entziehen und einen höheren und professionellen Status zu erhalten, muss sich der Pflegeberuf mehr Anerkennung verschaffen. Wesentlich dabei ist unter anderem ein eigenständig definiertes pflegerisches Tätigkeitsfeld und das daraus resultierende Kennzeichnen, was den Pflegeberuf von der „männlich“ konnotierten Profession Medizin unterscheidet.<sup>268</sup> Ein Anstieg der männlichen Beschäftigten in den Pflegeberufen verhilft aufgrund der historisch „männlich“ geprägten geschlechtsspezifischen Definitionsmacht des Professionalisierungsprozesses, sowie der traditionell „weiblichen“ Rolle der Pflegekraft, dabei möglicherweise über kurz oder lang zu mehr sozialer Wertschätzung. Hierzu sind jedoch eine Überwindung der geschlechtsspezifischen

<sup>262</sup> vgl. Blätzel-Mink/ Kuhlmann (2003) in Arnold, D. (2008); S. 125

<sup>263</sup> vgl. Kellnhauser, E. (1994); S. 69

<sup>264</sup> Arnold, D. (2008); S. 125

<sup>265</sup> Arnold, D. (2008); S. 125

<sup>266</sup> vgl. Arnold, D. (2008); S. 124

<sup>267</sup> vgl. Arnold, D. (2008); S. 60

<sup>268</sup> vgl. Arnold, D. (2008); S. 127

Zuschreibung von Kompetenzen sowie ein neues Selbstverständnis, ohne Geschlechter- und „Wohltätigkeitsstereotypen“ von Nöten.<sup>269</sup>

Und obwohl innerhalb der Pflegepraxis, sprich der „Basis“ des Berufsfeldes wichtige Innovationsprozesse im Gange sind. Wobei das Pflegeprozessmodell, sowie eine „ganzheitliche“ und „patientenorientierte“ Pflege und patientenorientierte Formen der Arbeitsorganisation im Mittelpunkt stehen und diese im Hinblick auf die Professionalisierung der Pflegepraxis von großer Bedeutung sind, da diese Innovationen und Verbesserungen der pflegerischen Tätigkeiten versuchen eine Eigenständigkeit der Pflege gegenüber der Ärzteschaft zu begründen<sup>270</sup>, konnte lediglich in den Bereichen der Pflegewissenschaft, dem Pflegemanagement und der Pädagogik ein erster Schritt auf dem Weg zur Profession Pflege erfolgen - die Akademisierung. Die Pflegepraxis an sich, wird nach wie vor durch das weibliche Geschlecht dominiert und konnte sich bisher nicht vollständig professionalisieren. Selbst in denjenigen europäischen Ländern, in denen die grundständige Pflegeausbildung an die Hochschulen verlagert worden ist, „scheinen die gesellschaftliche Wertschätzung der Pflegearbeit und das, was in Bezug auf die Pflege im organisatorischen Kontext möglich ist, nach wie vor darunter zu leiden, dass die berufliche Pflege weltweit mit Frauenarbeit gleichgesetzt wird.“<sup>271</sup> Sodass es demnach anscheinend keine Rolle spielt ob Pflege professionalisiert wird oder einen einfachen Ausbildungsberuf darstellt. Damit zeigt sich, dass sich der Pflegeberuf heute stets immer noch in einem enormen „Spanungsverhältnis“ zwischen weiblichem Fachberuf und männlichem Professionskonzept bewegt.

---

<sup>269</sup>vgl. Goesmann, C./ Nölle, K. (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik; URL: [http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik\\_pflege\\_1.pdf](http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik_pflege_1.pdf) (Stand: 27.04.2013)

<sup>270</sup> vgl. Arnold, D. (2008); S. 53

<sup>271</sup> Mischo-Kelling, M. (2007); S. 86

## II Untersuchungsteil

### 8 Gegenstand der Untersuchung

Der vorangegangene theoretische Teil der Arbeit verdeutlicht die Geschlechterdynamik, sowie die historisch gewachsene Rollenverteilung im Berufsfeld Pflege und geht dabei unter anderem auf die soziologische Entwicklung der Geschlechter und das Verhältnis von Beruf und Geschlecht ein. Er zeigt auch, welche Bedeutung der immer noch recht geringe, jedoch wachsende Anteil an Männern in der Pflege hat und versucht das Thema Professionalisierung und Akademisierung des Pflegeberufes in Bezug auf die Rolle des Geschlechts zu diskutieren.

Im Folgenden praktischen Teil der Arbeit stehen die Experteninterviews beziehungsweise die subjektiven Äußerungen der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zur Thematik „Geschlechterdynamik und Rollenverständnis im Berufsfeld Pflege“ im Mittelpunkt. Gegenstand dieser Untersuchung ist dabei unter anderem das Verhältnis der Geschlechter im Berufsalltag der Pflege.

## 9 Methodisches Vorgehen

### 9.1 Methodenwahl

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt der qualitativen Auswertung und Interpretation subjektiver Sichtweisen beruflich Pflegender. Dafür wurde die Methode der Experteninterviews gewählt. Im Folgenden wird erklärt, wie die Untersuchung beziehungsweise die Datenerhebung vorgenommen wurde.

### 9.2 Zugang zu den Interviewpartnern

Der Zugang zu den Interviewpartnern erfolgte per E-Mail. Darin wurde das Forschungsvorhaben näher benannt, auf die Anonymität der Interviews hingewiesen und schließlich um die Bereitschaft eines Interviews gebeten. Es handelte sich um sechsdurchzuführende Interviews. Nachdem das Dietrich Bonhoeffer Klinikum in Neubrandenburg ohne ersichtliche Gründe eine derartige Befragung ablehnte, musste ein neues Klinikum für die durchzuführenden Interviews gewählt werden. Das Universitätsklinikum Greifswald erklärte sich schließlich dazu bereit und stimmte einer Durchführung der für die vorliegende Arbeit notwendigen Experteninterviews zu. Der Kontakt zur Pflegedirektion und schließlich zu den eigentlichen Interviewpartnern erfolgte telefonisch, sowie ebenfalls per E-Mail.<sup>272</sup>

### 9.3 Datenerhebung

Die qualitative Datenerhebung erfolgte mittels Experteninterviews, welche mit Hilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt wurden.

---

<sup>272</sup>siehe Anhang A.4

### 9.3.1 Das Experteninterview

Meuser und Nagel definieren das Experteninterview als eine „Methode der qualitativen empirischen Sozialforschung, die auf das Wissen von Experten zielt“<sup>273</sup> und mittels eines offenen, halbstrukturiertem Leitfadens erhoben wird.<sup>274</sup> Als Experte kommen diejenigen Personen in Betracht, welche über eine „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit“<sup>275</sup> verfügen. Das bedeutet, die für das Forschungsfeld ausgewählten Experten verfügen über Wissen, welches sich auf ein professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Neben einem speziellem Fach- und Sonderwissen, weisen Experteninterviews zu großen Teilen den Charakter von Praxis- und Handlungswissen auf und versuchen darüber die gesuchte soziale Wirklichkeit zu rekonstruieren.<sup>276</sup>

Diese Arbeit orientiert sich an der beschriebenen Datenerhebungsmethode. Demzufolge konnten die Daten mittels sechs Experteninterviews, welche an einen Leitfaden gestützt sind, erhoben werden. Das erhaltene Kontextwissen geht felderschließend und als Ergänzung des theoretischen Teils in die Bearbeitung des Bachelorthemas ein und soll zusätzlich den zentralen Forschungsfragen der Arbeit eine Antwort liefern.

### 9.3.2 Der Interviewleitfaden

Der erstellte Leitfaden dient lediglich einer gewissen Struktur, sodass sich das Gespräch nicht in anderen Themen verliert, die Konzentration auf die Problemstellung gerichtet wird und um zusätzlich eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews herstellen zu können.

Der Interviewleitfaden entstand unter anderem aus dem theoretischen Vorwissen, welches bereits im ersten Teil der Arbeit ausführlich beschrieben wurde. Der Schwerpunkt dessen richtet sich auf offene Fragen zur Thematik

<sup>273</sup> Meuser, M./ Nagel, U. in Bogner, A. et. al. (2009); S. 35

<sup>274</sup> vgl. Meuser, M./ Nagel, U. in Bogner, A. et. al. (2009); S. 51ff.

<sup>275</sup> vgl. Meuser, M./ Nagel, U. in: Bogner, A. et. al. (2009); S. 38; zit. nach Hitzler/Honer/Maeder (1994)

<sup>276</sup> vgl. Bogner, A./ Menz, W. in Bogner, A. et. al. (2009); S. 73



„Geschlechterdynamik und Rollenverständnis im Berufsfeld Pflege“ und gab den befragten Pflegekräften die Möglichkeit aus subjektiver Sichtweise zu antworten.

Der Leitfaden wurde in verschiedene Themen unterteilt. Die Fragen zur Person, zum Berufseinstieg und zur „Karriere“ im Pflegeberuf, sowie zur subjektiven Einschätzung des Berufsbildes, dienten als sogenannte „Aufwärmfragen“ und Eröffnung des Experteninterviews. Danach folgte der wesentliche Teil. An dieser Stelle wurden Fragen über die Pflege als sogenannter „Frauenberuf“ oder über die Zusammenarbeit von männlichen und weiblichen Pflegekräften gestellt. Werden besondere Kompetenzen für die Pflege benötigt und welche Rolle spielt dabei das Geschlecht? Pflegen Männer anders als Frauen? Desweiteren sollte durch die Befragung die derzeitige Situation des Pflegeberufes in Bezug auf die unterschiedlichen Geschlechterrollen in Erfahrung gebracht werden.<sup>277</sup>

Den Interviewteilnehmern wurde es ermöglicht frei, neutral und offen, sowie ohne zeitlichen Rahmen auf die Fragen zu antworten. Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die transkribierten Interviews liegen in anonymisierter Form, sowohl hinsichtlich der Person als auch des konkreten Arbeitsbereiches, im Anhang der Arbeit vor.

Transkribiert wurden die Interviews in Anlehnung an die von Dr. Thorsten Dresing und Thorsten Pehl aufgestellten Regeln<sup>278</sup>:

Großschreibung	=	auffällige Betonung
(.); (..); (...)	=	kurze Pause (ca. 1-3 Sekunden)
(Ziffer)	=	längere Pause
//Wort; Satz//	=	bei gleichzeitiger Rede
(unv.)	=	unverständliche Wörter
(lachen)	=	emotionale, nonverbale Äußerungen

Es wurde wörtlich transkribiert. Vorhandene Dialekte wurden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt und zustimmende beziehungsweise bestätigende Lautäußerungen des Interviewers, sowie wie „hm“, „ehm“ und „äh“ des Befragten

<sup>277</sup> Anhang A.5

<sup>278</sup> vgl. Dresing, T./ Pehl, T. 2011; S. 18ff.

wurden nicht mit transkribiert, da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund der Experteninterviews stand.

## 9.4 Datenauswertungen

Im Rahmen der Bachelorarbeit konnte sich für die Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel (1991) entschieden werden. Dabei wird sich unter anderem an thematischen Einheiten und inhaltlich zusammengehörigen Passagen orientiert.<sup>279</sup> Die Auswertung setzt jedoch eine Transkription des auf Tonband aufgenommenen Textmaterials voraus. Die dafür notwendigen Regelungen sowie die ordnungsgemäße und wissenschaftliche Durchführung der Transkription wurden bereits beschrieben.

Anschließend werden die transkribierten Experteninterviews mit Hilfe des fünf - stufigen Auswertungsverfahrens der Wissenschaftler bearbeitet:

Der erste Schritt ist die *Paraphrase*. An dieser Stelle erfolgt eine „Sequenzierung des Textes nach thematischen Einheiten“.<sup>280</sup> Welche Teile des Interviews paraphrasiert werden, erfolgt im Hinblick auf das Forschungsinteresse.<sup>281</sup>

Der nächste Schritt der Auswertung, das *Kodieren*, besteht darin den paraphrasierten Textstellen Überschriften zu geben beziehungsweise diese thematisch zu ordnen. Anschließend erfolgt ein *thematischer Vergleich*.

Erst jetzt findet die Auswertung der Textstellen verschiedener Interviews statt. Diese werden verglichen und thematisch zusammengestellt. „Die Logik des Vorgehens entspricht dabei der der Kodierung[...]“.<sup>282</sup>

Im Schritt vier, der sogenannten *soziologischen Konzeptualisierung* erfolgt eine Ablösung von den Texten sowie der Terminologie der Befragten und es kommt zu einer Formulierung in wissenschaftlicher Sprache.

<sup>279</sup> vgl. Meuser, M./ Nagel, U. in: Bogner, A. et al. (2009); S. 56ff.

<sup>280</sup> Meuser, M./ Nagel, U. in Bogner, A. et al. (2009); S. 56

<sup>281</sup> Vgl. Meuser, M./ Nagel, U. in Bogner, A. et al. (2002); S. 83

<sup>282</sup> Meuser, M./ Nagel, U. in Bogner, A. et al. (2009); S. 57

Schließlich werden die Kategorien in Schritt fünf, *der theoretischen Generalisierung*, in ihrem internen Zusammenhang theoretisch geordnet und eine Einbeziehung entsprechender Theorien kann erfolgen.<sup>283</sup>

„Das Ausmaß, in dem die Auswertung vorangetrieben wird, unterscheidet sich danach, welche Funktion dem Experteninterview im Forschungsdesign zukommt.“<sup>284</sup> Da das Erkenntnisinteresse in dieser Arbeit lediglich auf dem Kontextwissen der Befragten liegt, kann die Auswertung laut Meuser und Nagel lediglich bis zur Stufe der *soziologischen Konzeptualisierung* durchgeführt werden.<sup>285</sup>

Die Auswertung der durchgeführten Experteninterviews erfolgte im Rahmen der Bachelorarbeit demnach in Form einer Tabelle und orientiert sich, wie beschrieben, an der Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel.<sup>286</sup> Dabei werden, passend zu den Fragen der Interviews Kategorien gebildet. Darunter zählt beispielsweise die Kategorie „Pflege als Frauenberuf“. Um diese Kategorien genauer zu betrachten bedarf es der Festlegung einzelner Subkategorien. Für das hier angeführte Beispiel der Kategorie „Pflege als Frauenberuf“ wurden die Subkategorien „traditionelles Rollenbild“, „Motive und Zugang des weiblichen Geschlechts zum Berufsfeld“ sowie „Männer als Exoten im Frauenberuf?“ gebildet. Diesen spezifischen und zur Hauptkategorie passenden Subkategorien können im Anschluss einzelne Paraphrasen der jeweiligen Interviews zugeordnet werden. Somit entsteht eine Informationssammlung und Zusammenfassung aller gesagten Äußerungen der Befragten, welche sich den Subkategorien und schließlich den Kategorien zuordnen lassen. Um diese Aussagen und Paraphrasen in einen wissenschaftlichen Kontext zu bringen bedarf es letztlich einer soziologischen Konzeptualisierung beziehungsweise einer theoretischen Generalisierung, wie die Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel beschreibt. Im Beispiel der Kategorie „Pflege als Frauenberuf“ kommt es zur exemplarisch genannten wissenschaftlichen Konzeptualisierung wie beispielsweise „Frauen sind empathischer“ oder „Pflege ist kein geschlechtsspezifischer Beruf“.

<sup>283</sup> vgl. Meuser, M./ Nagel, U. in Bogner, A. et al. (2009); S. 57

<sup>284</sup> Meuser, M./ Nagel, U. in: Bogner, A. et al. (2002); S. 91

<sup>285</sup> vgl. Meuser, M./ Nagel, U. in: Bogner, A. et al. (2002); S. 91

<sup>286</sup> siehe Anhang A.7

## 10 Darstellung der Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten werden schließlich die Auswertungen und Ergebnisse der durchgeführten Experteninterviews dargestellt, erläutert und interpretiert.

### 10.1 Ergebnisse der ausgewerteten Experteninterviews

Die Durchführung der Experteninterviews erfolgte, wie bereits erwähnt, mit sechs Pflegekräften der Intensiv- und Überwachungspflege des Universitätsklinikums Greifswald. Um gezielt auf die Geschlechterdynamik und das Rollenverständnis im Berufsfeld Pflege eingehen zu können, wurden planmäßig drei männliche beziehungsweise drei weibliche Pflegekräfte befragt.

#### 10.1.1 Motive und Zugang zum Beruf

Während von den insgesamt sechs Befragten, drei Pflegekräfte die allgemeine Hochschulreife absolvierten und die ersten Einblicke in das Berufsfeld Pflege über berufliche Orientierungshilfen, wie das Freiwillige Soziale Jahr oder den Zivildienst, erhielten, wussten die anderen drei befragten Pflegekräfte in der Regel bereits nach Abschluss der zehnten Klasse, dass Pflege ihr zukünftiger Beruf werden sollte. Sie sahen den Beruf als zukunftsicher und abwechslungsreich oder erfuhren durch Familie und Verwandte Zuspruch beziehungsweise Einblicke in das Tätigkeitsfeld der Pflege.

*„Die Verwandtschaft war in der Pflege tätig und (..) ja, ich wollte nicht am Bürotisch sitzen.“  
[W1/12-13]*

*„Ich hab mich dafür entschieden weil ich mir gern mit Menschen oder mit Menschen arbeiten wollte und ich den Beruf als zukunftsicher ansah.“ [M1/12-13]*

*„Also ich fand den Beruf immer schon relativ spannend weil man mit vielen Menschen zusammen kommt, viele unterschiedliche Dinge sieht und viel erlebt und habe mich dann für dieses freiwillige soziale Jahr entschieden, hab dann mal rein geguckt in die Pflege, war dort auf einer Neurologie und das hat mir so gut gefallen, dass ich gesagt habe, ja das ist was für mich das möchte ich weiter machen.“ [W2/11-15]*

Für zwei der Befragten stellte der Pflegeberuf jedoch „nur“ eine alternative Berufswahl dar.

*„Hatte mich einmal auf Medizinstudium beworben aber nicht genug NC und Wartesemester und dann sagte eigentlich meine Mutter na dann bewirb dich doch auf Krankenpfleger [...]“ [M2/19-20]*

*„Ich wollte initial mal Hebamme werden. [...] Ja hatte mich dann als Hebamme beworben, die hatten dann leider keine Stelle und hatten mir das als Alternative angeboten [...]“ [W3/11-16]*

Die befragten Pflegekräfte wählten den Beruf demnach aus einer Bandbreite von zahlreichen Motiven heraus und bekamen durch die unterschiedlichsten Wege und Lebensläufe, Zugang zum Pflegeberuf. Für die befragten Männer steht dabei insbesondere die Technisierung innerhalb der Pflege, speziell auf Intensivstationen, als großer Anreiz und Zugang zum Beruf im Mittelpunkt.

*„Dass man mit Technik zu tun hat, [...] Technik das macht mir so n bisschen Spaß.“ [M1/26]*

Unabhängig von den persönlichen Motiven und Zugängen der befragten Pflegekräfte selbst, finden laut Aussagen der im Rahmen getätigten Experteninterviews insbesondere durch das „Professionelle“, die hohen Anforderungen sowie die körperlich belastenden Tätigkeiten mehr Männern Zugang zum Berufsfeld der Pflege.<sup>287</sup>

---

<sup>287</sup>siehe Anhang A.6 [M2/57-60]

### 10.1.2 Kompetenzen im Pflegeberuf

Allgemein erfordert der Pflegeberuf ausreichend soziale Kompetenzen. Dazu gehören laut Aussagen der Befragten beispielsweise Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit, Offenheit, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Kommunikationsbereitschaft. Außerdem sollte sich eine Pflegekraft, egal ob männlichen oder weiblichen Geschlechts, „nicht alles zu Herzen nehmen“, keine allzu hohe Scham- oder Ekelgrenze besitzen sowie situationsgerecht handeln und angemessen seine pflegerischen Arbeiten verrichten.

*„Was Voraussetzung ist man sollte auf jeden Fall n sehr umgänglicher Mensch sein. Sollte eh wie sagt man das am besten Sozialkompetent sein.“ [M1/56-58]*

*„Ja man sollte auf jeden Fall kontaktfreudig sein, teamfähig, ja in gewisser Weise auch einfach ja bereit sich auf neue Dinge einzulassen [...] Ne gewisse Freundlichkeit sollte man auch an den Tag legen, also wenn man keine Menschen mag dann ist man hier einfach falsch und man sollte auch nicht so ne hohe Scham- und Ekelgrenze haben.“ [W2/37-41]*

Um den Ansprüchen und Anforderungen des Pflegeberufes gerecht zu werden, werden nach Angaben der Befragten gute schulische Leistungen vorausgesetzt.<sup>288</sup> Da Pflege als Mittelpunkt eines multidisziplinären Teams gesehen wird, ist sowohl ein verantwortungsbewusstes als auch ein situationsgerechtes Handeln innerhalb des Berufsfeldes erforderlich.

*„Das spezielle an diesem Beruf ist, dass man der Mittelpunkt von einem Netzwerk von Menschen ist, von verschiedenen Berufsgruppen, von verschiedenen Einzelpersonen, sie alle an Erwartungen natürlich auch aneinander stellen, aber vor allem an die Pflegekraft die zwischen diesen allen Leuten vermitteln muss und diese Ansprüche ausbalancieren muss.“ [M2/24-30]*

*„Das Spezielle, man hat viel eigene Verantwortung und kann na am Patienten arbeiten.“ [M3/25-26]*

Für die Ausübung pflegerischer Tätigkeiten gibt es dabei keine geschlechtsspezifischen Anforderungen.<sup>289</sup> In Einzelfällen stellen sich im Berufsfeld jedoch auch geschlechterabhängige Arbeitsweisen heraus. Und obwohl einige der

<sup>288</sup>siehe Anhang A.6 [M1/ 58]

<sup>289</sup>siehe Anhang A.6 [M1/ 46]

befragten Pflegekräfte der Meinung sind, dass keine Unterschiede zwischen der Arbeit einer Schwester und eines Pflegers bestehen<sup>290</sup>, kommt es in einigen Situationen zu einer geschlechtsspezifischen Pflege.

*„[...] im Einzelfall entscheidet man natürlich bei der jungen Frau das man sagt da steckt man ne Schwester rein als n jungen Mann [...]“ [M1/54-55]*

Als besonders engagiert wird von einer der befragten Pflegekräfte dabei das weibliche Geschlecht gesehen.

*„[...]wenn ich überlege (..) welche Pflegenden ich kenne also Kollegen die besonders engagiert sind, die sich BESONDERS in ihre Arbeit reinwerfen, dann fallen mir nur Frauen ein.“ [M2/81-83]*

### 10.1.2 Pflege als Frauenberuf

Der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf wird von allen befragten Pflegekräften heutzutage längst nicht mehr als „Frauenberuf“ gesehen. Denn auf die Frage, ob die Pflege ein weibliches Tätigkeitsfeld sei, antworteten die Pflegekräfte in der Regel wie folgt:

*„Also ist kein geschlechtsspezifischer Beruf. Kann Frau wie Mann machen.“ [M1/47-47]*

*„Also ich hab eigentlich den Eindruck das es sich die letzten Jahre doch stark gebessert hat. Dass immer mehr Männer auch Interesse haben den Beruf zu machen und dass es auch in den Medien nicht mehr so als Frauenberuf verschrien wird.“ [W2/66-68]*

Lediglich eine befragte Pflegekraft schilderte, dass der Krankenpflegeberuf auch heute noch, ein von Frauen dominiertes Arbeits- und Berufsfeld darstellt, sich diese strikte Rollenverteilung und Geschlechterdynamik jedoch langsam auflöst und aufgrund des veränderten Ansehens des Pflegeberufes in der Gesellschaft ein Ausgleich der Geschlechter geschaffen wird.

<sup>290</sup> siehe Anhang A.6 [W1/56]; [M2/72; 79]; [M3/113-114]; [W3/73-77]

*„Es ist doch ein Beruf wo, wo mehr Frauen als Männer arbeiten ABER ich weiß das es sich sehr stark ändert, gerade im Intensivpflegebereich, weil das Bild der Pflege in der Gesellschaft sich geändert hat meiner Meinung nach.“ [M2/53-56]*

- traditionelles Rollenverständnis -

Die befragten Pflegekräfte stellten in diesem Zusammenhang fest, dass Pflege heute weniger mit dem traditionell geprägtem Rollenverständnis der damaligen Krankenkennpflege in Verbindung gebracht werden kann und dass, das von früher definierte Bild der „rumstöckelnden“ „[...] Krankenschwester [...], in ihrem Kleidchen, mit ihrer Haube [...]“<sup>291</sup> durch das professionelle, geschlechterunabhängige, pflegerische Handeln ersetzt wurde.

*„Es ist weniger dieses Händchen HALTEN und „Für jemand da sein“ und mehr das professionelle (..) in einem Team arbeitende (..) mit hohen Anforderungen verbundene (..) pflegen heutzutage [...]“ [M2/56-58]*

Dennoch geht aus den Interviews hervor, dass das klassische stereotypische Denken über die Geschlechterrollen im Bezug auf das historisch geprägte pflegerische Berufsverständnis stets noch in den Köpfen der Befragten vorhanden ist. Dies wird deutlich anhand der Aussagen zu früheren Charakterisierungen und angeblichen Eigenschaften des Pflegeberufes, wie dem eben zitierten „Händchen halten“, „Für jemand da sein“ oder dem „bemuttern“.<sup>292</sup>

Im traditionelle Rollenverständnis werden Frauen von einigen der interviewten Pflegekräfte deutlich als das „empathischere“ Geschlecht charakterisiert, dabei gibt es auch Frauen, die NICHT in der Pflege arbeiten können, „weil ihnen was fehlt.“<sup>293</sup> Somit stellt der Pflegeberuf heute mehr als ein weiblich - konnotiertes Arbeitsfeld dar, indem sowohl Frauen, als auch Männer einfühlsam und empathisch mit Patienten umgehen können.

*„Also wenn man die klassischen Geschlechterrollen nimmt da sieht das Frauen eben empathischer sind.“ [M2/74]*

<sup>291</sup> siehe Anhang A.6 [M3/134]

<sup>292</sup> siehe Anhang A.6 [M2/ 56-57;96]

<sup>293</sup> siehe Anhang A.6 [M2/76]



„[...] Das heißt Männer können genauso einfühlsam umgehen bin ich der Meinung [...]“ [W1/35-36]

#### - Männer als „Exoten“? -

Laut den überwiegenden Aussagen der Pflegekräfte ist Pflege demnach kein Frauenberuf und somit nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtet. In diesem Zusammenhang sind Männer keine „Exoten“ mehr innerhalb des Berufsfeldes<sup>294</sup> und bereits teilweise in hohen Anzahlen vertreten.

„Ich hatte letztens gerade wieder Reanimation mit einer Schülerklasse und da waren glaub ich sogar mehr Jungs als Mädchen. (...) Also Exoten sind es schon – selbst als ich Ausbildung gemacht hab `96 waren es schon keine Exoten mehr.“ [M1/70-72]

„Also Exoten [...], denke ich nicht mehr. Das hat sich in den letzten Jahren doch DEUTLICH verändert. Wenn ich jetzt gucke (...) (unv.) wenn ich im Krankenhaus war, als ich, was weiß ich, zwölf dreizehn war, da hat man keinen Mann auf Station gesehen und das hat jetzt deutlich zugenommen. Also jetzt würde ich sagen Exoten nicht [...]“ [M3/90-94]

Sind Männer demnach in der Pflege angekommen? – Pflege stellt sowohl für Frauen als auch für Männer einen attraktiven Beruf dar.

„[...] ich halte ihn auch für Männer inzwischen für sehr, für sehr attraktiv muss ich sagen.“ [M2/131-132]

Dennoch gibt es Unterschiede zwischen den jeweiligen Stationen, Fach- und Funktionsbereichen. So unterscheidet sich laut Aussagen der Befragten die Anzahl der männlichen Pflegekräfte zwischen einer Normal- beziehungsweise einer Intensivstation, sodass der Mann auf einer Normalpflegestation noch als etwas exotisch betrachtet werden kann.<sup>295</sup>

„[...] weil ich in der Intensivpflege arbeite, wo wahrscheinlich mehr Männer arbeiten inzwischen als in Normalpflege.“ [M2/133-134]

<sup>294</sup>siehe Anhang A.6 [W1/57-59]

<sup>295</sup>siehe Anhang A.6 [M2/126]

*„[...] das waren vor allem Normalstationen auf denen ich da gearbeitet hab und da WAR das Verhältnis zwischen, also das Zahlenverhältnis zwischen Männern und Frauen anders. Also da gab´s in der Regel in einem Team gab´s dann halt so die drei, vier, fünf Männer und der große Rest waren weiblich Pflegende, waren Frauen [...].“ [M2/143-147]*

#### **10.1.4 Männer in der Pflege – die Notwendigkeit des männliche Geschlechts**

Auf die Frage ob Männer notwendig für die Pflege seien, antworteten die im Rahmen der Experteninterviews befragten Pflegekräfte ausschließlich mit „Ja“.

Doch wozu und weshalb werden Männer im Berufsfeld Pflege benötigt?

*„Wozu braucht man Männer? [...] Es tut dem Bild der Pflege in der Gesellschaft glaube gut wenn es nicht nur Frauen sind sondern wenn, wenn es ein Beruf ist der von allen selbstverständlich ausgeübt wird.“ [M2/91-95]*

So war einer der männlichen Pflegekräfte der Meinung, mehr Männer im Berufsfeld sorgen für eine verbesserte und erhöhte gesellschaftliche Anerkennung der Pflege. Auch die verbesserte Zusammenarbeit im Team wurde angesprochen. Angeblich und laut Aussagen der Befragten bringen Männer mehr Ausgeglichenheit ins Kollektiv und vermeiden typische „Zickereien“ des weiblichen Geschlechts, wie das folgende Zitat zeigt.

*„Und ich find´s auch einfach für´s Kollektiv schöner, wenn so n bisschen durchmischt ist. Nicht nur Frauen die zicken (unv.) aufeinander hocken. So n Mann locker das ganze Team auch einfach so n bisschen mit auf.“ [W2/83-85]*

Neben einer verbesserten Atmosphäre im Team wird geschlechtsspezifische Pflege möglich. Das bedeutet die Betreuung findet nicht nur durch Frauen statt. Gerade männliche Patienten können so durch gleichgeschlechtliche Pflegekräfte versorgt werden.

*„Also ich persönlich find´s erstmal auch für die Patienten schöner, wenn die nicht immer NUR von Frauen betreut werden. Gerade für männliche Patienten ist es ja auch mal schön wenn (.) Männer unter sich reden ja auch anders“ [W2/77-79]*

*„ [...] vielleicht, sind Männer manchmal, anders im Umgang mit dem Patienten, was ihnen manchmal vielleicht auch ganz gut tut.“ [M3/72-73]*

Auch für körperlich schwere Arbeiten „wo bisschen angepackt werden muss“ werden Männer benötigt.

*„Ja schon allein das körperliche ne, das ist schon (..) was man manchmal so zu stemmen hat. Gerade die Bevölkerung wird immer Übergewichtiger und da kommt manchmal so ne kleine zarte Schwester und muss da so n 180 Kilo Mann wuchten und es ist ja nun mal so wenn man eingeteilt ist und hat den Patienten da muss man ja auch mit irgendwie ne. Das geht auch ganz schön zu Lasten manchmal. Und da Männer kräftiger sind, meistens jedenfalls. Ist schon ganz gut wenn man dann jemand mit im Team hat den man mit rein holen kann.“ [W1/64-65]*

*„Und eben auch gerade so Sachen zum Lagern ist es natürlich schön.“ [W2/82-83]*

Durch die Technisierung der Pflege, besonders innerhalb der Intensiv- und Überwachungspflege sind besonders die befragten Frauen der Meinung, das männliche Geschlecht sei notwendig für die Bedienung der technischen Gerätschaften.

*„Und man merkt das auch so halt technische Sachen [...] Manche Sachen weiß wissen Frauen nicht also [lachen] könn se nicht wissen (..) sind technisch haben se nicht so n Verständnis dafür. Dann hat man immer noch jemand der das weiß.“ [W1/40-43]*

Deutlich wurde innerhalb der Experteninterviews auch, dass Männer dazu beitragen das traditionelle Rollenverständnis, “nur das weibliche Geschlecht kann pflegen“ auflösen.

*„Weil das verändert auch dieses Bild vom, ich sag jetzt mal BEMUTTERN [...]“ [M2/96]*

Letztlich äußerte sich einer der Befragten hinsichtlich der Notwendigkeit des männlichen Geschlechts in der Pflege, dass es egal sei ob mehr Männer oder mehr Frauen im pflegerischen Berufsfeld tätig sind. Denn durch die derzeitigen Notstände im Pflegebereich ist eine generelle Erhöhung des Pflegepersonals erforderlich.

*„ [...] wir haben ja jetzt hier überall Notstände und ich, das ist jetzt die Frage, ob´s Männer oder Frauen sind, ist ja denke ich ziemlich egal. [M3/161-163]*

### 10.1.5 Lösungen für mehr Männer in der Pflege

Die Forderung nach mehr Fachkräften im pflegerischen Sektor ist allgegenwärtig. Den Befragten wurde die Frage gestellt, was sich grundsätzlich ändern müsste, um überhaupt mehr Männer für den Beruf begeistern zu können. Einigkeit herrschte im Grundsatz über die Erhöhung der Vergütung, da man in „(...) anderen Berufen vielleicht auch `n bisschen mehr verdient als Mann.“<sup>296</sup> Eine bessere Finanzierung würde prinzipiell mehr Anreiz für den Beruf als Gesundheits- und Krankenpfleger schaffen.

*„Ich denke mal viele Sachen gehen über das Finanzielle“ [W1/84]*

Auch die momentan vorherrschenden Arbeitsbedingungen würden dadurch vielleicht eher in den Hintergrund gerückt. Allerdings sollten die Modalitäten ebenfalls lukrativer gestaltet werden.

*„Man muss ja sagen halt doch ziemlich (.) naja (.), nicht so schöne Arbeitszeiten, ne man hat die, meisten Wochenenden ist man hier, man hat Schichtdienst und so weiter. [...] naja dass man das deutlich lukrativer macht, Ob's jetzt gleich, was weiß ich die Vergütung ist, ob's die Arbeitsbedingungen sind[...]“ [M3/155 – 159]*

Geäußert wurde aber auch, dass es eigentlich wenigen Veränderungen bedarf, da der Beruf an sich auch für Männer ansprechend sei, trotzdem sei die Finanzierung und die Arbeitsbedingungen auch hier im Kontext zu betrachten.

*„Aber ich glaube, es bedarf, [...] nicht viele Veränderungen. Ich halte es für einen attraktiven Beruf (..) wenn es leichter wäre oder und oder besser vergütet(..) gäb's keine Probleme mit freien Stellen und das Geschlecht, also ich persönlich geh davon aus Geschlechterverhältnis sich in Zukunft noch mehr angleichen wird.“ [M2/134 – 138]*

Als ein weiterer Lösungsansatz für mehr Männer in der Pflege anzusehen, wäre die Verlagerung der Ausbildung an den Hochschulen, um auch eine Art „Ausgleich“<sup>297</sup> zu schaffen.

<sup>296</sup>siehe Anhang A.6 [W2/113-114]

<sup>297</sup>siehe Anhang A.6 [M3/159]

Nicht ganz unwichtig sei auch die mediale Darstellung des Pflegeberufs. Prinzipiell könne dahingehend gar mehr Werbung gemacht werden, um überhaupt positiv auf diese Arbeit aufmerksam zu machen, um dem veralteten Denken entgegenzuwirken, dass alle männlichen Berufsangehörigen homosexuell wären.

*„Ja und vielleicht auch einfach n bisschen n bisschen Werbung machen. Dass man vielleicht, also das man Pflege, PFLEGER nicht unbedingt mit dem Klischee behaftet naja machen nur SCHWULE oder keine Ahnung.“ [W2/115 – 117]*

Daraus resultiere demnach für die Befragten auch eine bessere Anerkennung innerhalb der Gesellschaft, sodass der Beruf an sich als stark, würdevoll und anspruchsvoll charakterisiert werden würde und weniger etwas mit „DRECKSARBEIT“<sup>298</sup> zu tun habe.

### 10.1.6 Zusammenarbeit der Geschlechter in der Pflege

Während der Arbeit auf Stationen müssen Frauen sowie Männer gleichermaßen den Erwartungen einer qualitativ angemessenen Pflegefachkraft gerecht werden, welche u.a. durch die Einführung von Expertenstandards geregelt sind.

*„Eigentlich nicht, weil theoretisch nich weil, weil viele was Pflegende machen inzwischen standardisiert ist und es Prozessabläufe gibt die geschlechterunabhängig geregelt sind [...]“ [M2/79 – 81]*

Folglich resultiert eine entsprechende Gleichheit und geschlechterunabhängige Zusammenarbeit. Generell werden von Seiten der Befragten weder geschlechtsspezifische Arbeitsweisen wahrgenommen noch verlangt. Eine gute Zusammenarbeit und Sympathie werden nicht dem geschlechtlichen Aspekt zugeordnet. Allerdings sind sich die Befragten darin einig, dass eine „gesunde Durchmischung“<sup>299</sup> nur förderlich für ein harmonisches Miteinander sind.

---

<sup>298</sup>siehe Anhang A.6 [W2/120]

<sup>299</sup>siehe Anhang A.6 [M3/98]

*„[...] ich finde ein gemischtes Team hat ein deutlich besseres StationsKLIMA, als ein reines Männer- oder Frauenteam.“ [M3/102-103]*

Fokussiert würden dabei vor allem die Vorteile der konkreten Zusammenarbeit mit Männern innerhalb eines Teams. Interpretativ sei zu sagen, dass männliche Pflegefachkräfte einen eher neutralisierenden Charakter haben.

*„[...] das ist auch schon ganz nett wenn mehr Männer noch im Team sind und (...) nicht so viel gezecke (Lachen) wie bei den Frauen“ [W1/36 – 38]*

*„Aber (...) es ist sehr angenehm mit Männern zusammenzuarbeiten“ [W3/63-64]*

*„Es bringt Ausgeglichenheit ins Team“ [M1/76]*

Die Anforderungen an beide Geschlechter sind gleich. Der Pflegeberuf erfordert, nach Angaben der befragten Personen zu urteilen, ausreichend soziale Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Offenheit und Freundlichkeit. Ferner besteht die Forderung nach einer umsichtigen integrativen Zusammenarbeit.

*„Ich finde sie sollten freundlich offen sein und teamfähig, ne. Hier spielt die Teamfähigkeit ne ganz ganz große Rolle, ist einfach so. Man kann, man kommt hier nicht alleine durch [...] sowohl Mann und Frau.“ [W3/116 – 119]*

*„Also ich denke man sollte doch hilfsbereit dem anderen gegenüber treten, wenn irgendwie was ist das man mit anpackt. Und einfach, ja die Arbeit auch einfach sehen, [...] einfach mal rund um Blick.“ [W2/87 – 91]*

Durch einen höheren Männerteil kann zudem auch eine geschlechtsspezifische Pflege gewährleistet werden. Vor allem bei medizinischen Verrichtungen, wie das Legen eines Katheters bei männlichen Patienten, eignen sich Pfleger diesbezüglich besser, da aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit innerhalb einer solchen Situation die Schamgrenze geringer gehalten würde.

*„Gerade wenn man junge Patienten hat die halt Männer sind und ist schon ganz gut wenn da auch ein Mann halt rein geht oder halt irgendwelche [Dekaranlagen(unv.)] das man halt geschlechtsspezifisch die legt ne.“ [W1/45 – 47]*

### 10.1.7 Stereotypes Denken

Klischees und Vorurteile sind nach wie vor bekannt und werden sowohl auf das Berufsfeld Pflege als auch auf generelle Verhaltensweisen von Mann und Frau projiziert. Auffällig dabei war, dass in Bezug auf geschlechtssensible Pflege jenes allgemeine typisch männlich/typisch weiblich - Denken veräußert wurde.

*„Also ich persönlich find's erstmal auch für die Patienten schöner, wenn sie nicht NUR von Frauen betreut werden. Gerade für männliche Patienten ist es auch mal schön wenn (.) Männer unter sich reden ja auch anders. [...] es ist einfach ja auch schön wenn man sich mit Männer vielleicht mal über Autos, Fußball [...] unterhalten kann.“[W2/77 – 83]*

Es wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass der Umgang mit den auf der Station vorzufindenden technischen Apparaturen, die der intensivmedizinischen Betreuung dienlich sind, von männlicher Seite her komplikationsloser sei. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen würden sich dabei auf männliche Hilfe berufen.

*„Manche Sachen weiß wissen Frauen nicht also (Lachen) können se nicht wissen (..) Sind technisch haben se nicht so n Verständnis dafür. Dann hat man immer noch jemanden der das weiß.“[W1/40 – 43]*

Auch im Hinblick auf die momentane ungenügende Vergütung im pflegerischen Beruf wird die Rolle des Mannes im privaten Raum deutlich. Nach wie vor scheint er innerhalb der Familie die traditionelle Position des Ernährers inne zu haben.

*„Ich denke mal viele Sachen gehen über das Finanzielle und da der Mann der Hauptverdiener sein sollte [...]“[W1/84 – 85]*

Weiterhin thematisiert wird das Klischee der zickigen Frau und dem entspannten Mann als Gegenpart, als Begründung der verbesserten Arbeitsweise innerhalb eines gemischt geschlechtlichen Teams. Es wird lediglich „fürs Kollektiv [schöner] empfunden, wenn so n bisschen durchmischt ist. (Nicht nur Frauen die Zicken (unv.)) aufeinander hocken.“<sup>300</sup> Wie bereits schon im Kontext zur „Zusammenarbeit der Geschlechter in der Pflege“ deutlich wurde, zeigt sich in diesem Zusammenhang ein

---

<sup>300</sup>siehe Anhang A.6 [W2/83 – 84]

Ausbalancieren durch Männer in einer schwierigeren Situation. Kollektive Probleme würden von männlichen Kollegen anders bewältigt als von Frauen.

*[...] es hat ich denke auch was damit zu tun, dass (5) (seufzt) Männer und Frauen anders an Probleme rangehen. Ist ja oft bei Frauen, dass, dann [...] ein bisschen rumgezickt wird und wenn Männer im Team sind, dann wird's mal laut, man macht sich ein bisschen doof von der Seite an, aber dann ist das Thema auch gegessen.“[M3/106-110]*

Im Bezug auf den Pflegeberuf an sich gäbe es wohl seit den letzten Jahren weniger Vorurteile. Zu Beginn seiner Tätigkeit wurde ein Befragter als „Urinkelner“<sup>301</sup> und Arschabwischer“<sup>302</sup> bezeichnet. Zum heutigen Zeitpunkt habe es sich gebessert bzw. habe er davon nichts mehr mitbekommen, dass derartige Synonyme für Gesundheits- und Krankenpfleger vorherrschend sind. Als Grund könnte dabei die Veränderung des gesellschaftlichen Ansehens angeführt werden. Möglicherweise erfahren Männer auch eine andere Reaktion, wenn sie hinzufügen, dass sie auf einer intensivmedizinischen Station arbeiten.

*„Klischees nicht, weil ich glaube die meisten Menschen wissen inzwischen das sich der Pflegeberuf ändert, die meist, die Resonanz die ich in der Regel kriege wenn ich sage ich bin Krankenpfleger und oft sage ich noch dazu ich bin Krankenpfleger und arbeite auf einer Intensivstation, dann sagen 95% ungefähr [...] “Das ist bestimmt n ganz schwerer Beruf“[...] und ich sag: “Ja das ist sowohl körperlich als auch psychisch belastend“[M2/112 – 118]*

Deutlich wird eine indirekte Aufwertung der Arbeit auf einer Intensivstation, da die Zusatzangabe möglicherweise ein erweitertes Tätigkeitsfeld suggeriert, um somit dem traditionellen Verständnis von „BEMÜTTERN“<sup>303</sup> entgegenzusetzen. Männer würden in diesem Zusammenhang folglich der Homosexualität bezichtigt, was bereits im Kontext zu „Lösungen für mehr Männer in der Pflege“ angeführt wurde.

Auch wenn der Pflegeberuf immer weniger mit „Hintern abwischen“<sup>304</sup> in Verbindung gebracht werde, urteile allerdings vor allem die ältere Generation und unbeteiligte Personen voreingenommener über das Berufsfeld Pflege.

---

<sup>301</sup>siehe Anhang A.6 [M1/102]

<sup>302</sup>siehe Anhang A.6 [M1/103]

<sup>303</sup>siehe Anhang A.6 [M2/96]

<sup>304</sup>siehe Anhang A.6 [W2/108]



*„[...] In den jüngeren Altersgruppen [...] eher nicht. Und jetzt von älteren Personen, mit denen man sich unterhält [...], dann natürlich noch deutlich mehr.“[M3/124 – 127]*

*„[...] also grade Leute die man vielleicht noch nicht so lange kennt oder die haben schon auch so'n bisschen Vorurteile. Was den Beruf in der Pflege so angeht, was man da den ganzen Tag so machen muss. Aber Leute die mich schon ein bisschen länger kennen, die auch WISSEN was ich den ganzen Tag macht, haben eigentlich eher Respekt vor der Arbeit.“[W2/100 – 104]*

Auch innerhalb des Krankenhaussektors zeigen sich deutliche Differenzen in der Auffassung des Berufsbildes auf, sodass eine Krankenschwester auf einer peripheren Station lediglich die „Waschenposition und (.)naja, was dazu gehört“<sup>305</sup> zugetragen wird. Die Arbeit innerhalb der Intensivmedizin wird durch den verstärkten Kontakt zum Arzt, der Integration in der Diagnostik und die Fokussierung der medizinischen Behandlung gewürdigt.

*„[...] und der Kontakt zwischen Arzt und Schwester [...] also gerade auch auf der Intensivstation spielt's ja ne ganz große Rolle, ne dass die Schwester, nicht nur, sag ich mal, die Waschenposition und (.) naja, was dazu gehört hat, sondern eigentlich mit in der Behandlung einbegriffen ist, ne“[W3/25 – 29]*

*„Ja, also ich hör das immer ganz oft[...] „Ach, auf der Intensivstation, ist ja nichts zu tun [...] Natürlich arbeite ich auf was ganz anderes, oder mache ich was ganz anderes. Konzentriere mich auf die wesentlichen Dinge der Behandlung.“[W3/127 – 132]*

---

<sup>305</sup>siehe Anhang A.6 [W3/28]

## 11 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gegenwärtig der Zugang zum Gesundheits- und Krankenpflegeberuf geschlechterunabhängig ist, Männer längst keine „Exoten“ mehr darstellen und sich heutzutage demnach sowohl Frauen als auch Männer für das Berufsfeld entscheiden. Entgegen den Statistiken, welche belegen, dass Pflege ein von Frauen dominiertes Arbeitsfeld darstellt, schildert der Großteil der befragten Pflegekräfte darüberhinaus sogar einen zahlenmäßigen Ausgleich zwischen Pflegern und Schwestern im Berufsfeld.

Ebenfalls unabhängig davon ob weibliche oder männliche Pflegekräfte Tätigkeiten des Pflegeberufes übernehmen, sind die Kompetenzen, die für den Beruf benötigt werden. So stellt Pflege heutzutage mehr als ein weiblich konnotiertes Arbeitsfeld dar.

Neben einer enormen Technisierung speziell der Überwachungs- und Intensivpflegebereiche, welche insbesondere die Attraktivität des Berufes für Männer steigerte, werden beiden Geschlechtern eine für den Pflegeberuf benötigte Sozialkompetenz zugeschrieben. Wobei in diesem Zusammenhang Uneinigkeit darüber besteht, ob Frauen wie Männer empathisch sein können oder ob diese Eigenschaft insbesondere nur dem weiblichen Geschlecht zugesprochen wird. Wie im theoretischen Teil der Arbeit beschrieben geht aus der Historie und traditionellen Entwicklung der Krankenpflege hervor, dass Frauen einfühlsamer, taktvoller oder beispielsweise besorgter sind.<sup>306</sup> Die Wahrnehmung der Befragten gleicht diesem stereotypischen Denken, welches aus dem traditionellen Rollenverständnis entspringt. Demnach werden Frauen möglicherweise heute noch von einigen, als das empathischere Geschlecht gehalten. Dennoch werden von Seiten der Befragten generell weder geschlechtsspezifische Arbeitsweisen verlangt noch wahrgenommen.

Dass Männer innerhalb des pflegerischen Tätigkeitsfeldes notwendig sind und vermehrt für den Pflegeberuf gewonnen werden müssen, darüber sind sich neben der Politik<sup>307</sup>, dem Berufsverband DBfK<sup>308</sup> und vereinzelt Umfragen im Berufsfeld

---

<sup>306</sup> siehe Anhang A.1; A.2

<sup>307</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt: Schröder will mehr Männer für Pflegeberufe begeistern; URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44567/Schroeder-will-mehr-Maenner-fuer-Pflegeberufe-begeistern> (Stand: 10.04.2013)

<sup>308</sup> vgl. Ziegler, B. (2011)

Pflege<sup>309</sup>, auch die im Rahmen der Bachelorarbeit befragten Experten sicher. Angeblich und laut subjektiven Äußerungen der Pflegekräfte verhelfen sie dem Berufsfeld zu einer erhöhten gesellschaftlichen und finanziellen Aufwertung, verbessern unter anderem die Arbeitsbedingungen beispielsweise durch die Möglichkeit einer individuellen und geschlechterspezifischen Pflege oder bringen eine als angenehm empfundene Ausgeglichenheit ins Team.

Da die berufliche Pflege neben psychischen Belastungen, die beispielsweise durch den enormen Zeitdruck oder die Nacht- und Schichtarbeiten entstehen, auch eine körperlich schwere Arbeit darstellt, wird das männliche Geschlecht in der heutigen Zeit unter anderem auch für die physisch belastenden pflegerischen Tätigkeiten, wie dem Lagern von Patienten, als äußerst hilfreich und notwendig erachtet. Einige, in der Literatur angesprochenen Entwicklungen weisen darauf hin, dass diese Gegebenheit bereits früher schon einen Grund für Männer in der Pflege darstellte. Denn bereits zu Zeiten des Lohnwärtersystems galten Tätigkeiten, die große Kraft abverlangten, als typisch männliche Aufgaben.<sup>310</sup> Da das männliche Geschlecht logischer denkt und laut Äußerungen der Befragten technischer begabt ist, werden Männer auch für die Anwendung technischer Geräte, welche zahlreich auf Intensiv- und Überwachungspflegerischen Stationen vorhanden sind, für nützlich gehalten. Frauen wird an dieser Stelle weniger bis kein technisches Verständnis unterstellt.

Gleichzeitig werden in diesem Zusammenhang die typischen Klischeevorstellungen und stereotypischen Gedanken deutlich. So werden Männer nicht nur von Seiten der Literatur als dominant, selbstbewusster, logisch denkender und technisch begabter als Frauen charakterisiert. Offenbar liegen gegenwärtig noch ausreichend Stereotypisierungen von Männern und Frauen vor, sodass es in Einzelfällen entgegen der oben behaupteten Aussage doch zu einer geschlechterspezifischen Arbeitsteilung innerhalb der Pflege kommt und beispielsweise gezielt Männer, Männer und Frauen, Frauen pflegen.

---

<sup>309</sup> vgl. Krabel J./Stuve, O. (2006)

<sup>310</sup> vgl. Bischoff, C. (1997); S. 142

## 12 Fazit

Nach einer ausführlichen Betrachtung der Geschlechterrollen im soziologisch historischen Kontext, der Beschreibung der gesellschaftlichen Darstellung des Berufsfelds Pflege und der Analyse etwaiger Sachverhalte durch die Ergebnisse der Experteninterviews, stellt sich folglich die Frage, inwiefern noch jenes traditionelle Rollenbild in der heutigen Gesellschaft anzutreffen ist und welche Auswirkungen die historische Konnotation auf die momentane Situation des Berufs Pflege hat.

Fest steht, dass jede Epoche, sei es die Zeit während der Industrialisierung, des Nationalsozialismus' oder auch die der sozialistischen Ideologie der DDR und der vorgebenden Demokratie der BRD - fortwährend für mehr Gleichheit und Gleichberechtigung in der Gesellschaft gekämpft wurde. Vorherrschende Staatsformen waren durch traditionelle Leitbilder und veraltete Normen- und Wertestrukturen geprägt und gaben, vielleicht unmittelbar aus diesem Grund, Anstoß für ein Überdenken und Reflektieren jener Gegebenheiten. Konsens der Ziele aller feministischen und anders – denkenden Aktivistinnen beziehen sich sowohl auf die beständige Akzeptanz der Frau als vollwertiges und ernst zu nehmendes Mitglied der Gesellschaft als auch die prinzipielle Angleichung der Geschlechtergrenzen, im privaten und öffentlichen Sektor. Letzteres wurde 1985 von Seiten der Politik versucht durch das Erschaffen des Ministeriums für Jugend, Familie, Gesundheit und Frauenpolitik nachhaltig umzusetzen. Die verbindliche Ausweitung 1999 durch den Amsterdamer Vertrag auf den Aspekt des Gender Mainstreamings bezieht sich zum einen auf die Verwirklichung jahrhunderterlang angestrebter Ziele, zum anderen aber auch auf den aktiven Einbezug des Mannes bei diversen Problemstellungen, bei denen auch er benachteiligt sein kann.

Die deutsche Geschichte hat gezeigt, dass vor allem soziale Berufe als „Frauenberufe“ charakterisiert werden und Männer aufgrund dessen weniger den Zugang zu entsprechenden Arbeitsfeldern suchen. Die Initiative „Neue Wege für Jungs“ mit dem Projekt des jährlich stattfindenden „Boys' Day“ wird unter anderem aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Seit etwa 2005 besteht ferner das Bestreben, sowohl Klischees und Vorurteile zu beseitigen, als auch das starre Rollenverständnis aufzubrechen. Im Zuge der gesellschaftlichen Anforderungen und Bedarfe an Fachkräften in sozialen Berufen, soll versucht werden

Jungen für jenes Ressort zu sensibilisieren, zu begeistern und ihnen dadurch alternative Karrieremöglichkeiten aufzuzeigen.

Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass Männer bestimmte Bereiche der Pflege durchaus als lukrativ empfinden. Der Literatur und den Interviews zu entnehmen scheint vor allem die Technisierung und die Akademisierung des Berufs einen nicht unerheblichen Anteil daran zu tragen, dass jene Tätigkeit auch von Männern als attraktiv eingestuft wird. Allerdings hat dieses verstärkte Interesse auch die Folge einer geschlechtsspezifischen Segregation innerhalb des gesamten Berufsfelds. Sicher kann von einer Entschärfung des stereotypen Denkens in Bezug auf „homosexuelle Pfleger“ gesprochen werden, allerdings sind jene präferierten Tätigkeitsfelder nicht als unmittelbar geschlechtsneutral zu kategorisieren. Die „reinen“ pflegerischen Arbeitsgebiete wie Gynäkologie oder Pädiatrie sind nach wie vor eher mit weiblichen Pflegefachkräften besetzt. Zudem bleibt auch in der oberen Führungsebene des Sektors den Frauen der Zugang oft versperrt, sodass prinzipiell von einer veralteten Struktur gesprochen werden könne.

Fakt ist, dass Frauen sich aus patriarchalischen Zwängen befreit und emanzipiert haben, sich bilden und als eigenständiges und unabhängiges Geschlecht definieren. Und wie hat sich Pflege als weiblicher Beruf im Zuge dieser feministischen Aufkommen entwickelt? Trotz diverser Professionalisierungsbestrebungen wird die Pflege nach wie als „Semi – Profession“ deklariert, da sich Professionen grundsätzlich ohne Mitwirkung von Frauen etabliert haben. Die daraus folgende Marginalisierung des weiblichen Geschlechts lässt jene Berufsfelder wie die Pflege dementsprechend kategorisieren.

Bedingt durch die derzeitige Situation des demografischen Wandels, welcher eine enorme Zunahme hochbetagter, multimorbider Menschen, sowie einen wachsenden Fachkräftemangel zur Folge hat, ist ein Anstieg des Pflegepersonals, geschlechtsunabhängig notwendig. Für das männliche Geschlecht, welchem in der heutigen Gesellschaft, stets teilweise noch eine Funktion als Familienernährer zugeschrieben wird, stellt der derzeitige Pflegeberuf in der Regel einen zu geringen finanziellen Verdienst dar. Eine angemessene Bezahlung, sowie mögliche Aufstiegschancen im Beruf würden das Ansehen steigern und Interesse wecken.

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Trend zu mehr Männern innerhalb des pflegerischen Sektors geht, jene aber sich nicht dem eher „fürsorglicheren“ Arbeitsfeld dieses Berufs widmen, sondern sich vielmehr für technisierte Bereiche wie der Intensivstation oder verantwortungsvolle Gebiete wie dem Management interessieren, was folglich auch einer besseren Vergütung untersteht und ein höheres gesellschaftliches Ansehen genießt. Eine generelle Aufwertung des Berufs könne dabei nur durch eine verstärkte Politisierung des Ressorts, wie das Errichten einer Pflegekammer erreicht werden

## Literaturverzeichnis

Abraham, Martin; Büschges, Günter: *Einführung in die Organisationssoziologie* (4. Auflage); VS Verlag für Sozialwissenschaft GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Adler, Marina; Lenz, Karl: *Geschlechterverhältnisse – Einführung in die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung* (Band 1); Juventa Verlag, Weinheim und München 2010

Alfermann, Dorothee: *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*; W. Kohlhammer GmbH, u.a. Stuttgart 1996

Arnold, Doris: *Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen! Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege*; Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2008

Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demographischer Wandel*; Mabuse - Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2008

Bartholomeyczik, Sabine: *Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege?* in: Ethik in der Medizin; Springer Verlag, Berlin 2011

Bartholomeyczik, Sabine: *Pflege als Frauenberuf* in: Martin, Bärbel (Hrsg.): *Frauen in der Gesundheitsversorgung*; Verlag Hans Jacobs, Lage 2000

Bartjes, Heinz: *Frauen, das „hilfreiche Geschlecht“ – und Männer – Geschlechterrollen in der Pflege* in: Die Schwester/Der Pfleger, Bibliomed 1995, Seite 46 – 50

Bettig, Uwe; Büche, Volker; Roth, Monika; Thiele, Günter: *Pflegewirtschaftslehre für Krankenhäuser, Pflege-, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen* (3.Auflage); medhochzwei Verlag, Heidelberg 2010

Biester, Elke; Barbara Holland-Cunz; Birgit Sauer: *Demokratie oder Androkratie? – Theorie und Praxis demokratischer Herrschaft in der feministischen Diskussion*; Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1994

Bischoff, Claudia: *Frauen in der Krankenpflege - Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. Und 20. Jahrhundert* (3. Auflage); Campus Verlag, Frankfurt am Main 1997

Bischoff – Köhler, Doris: *Von Natur aus anders – Die Psychologie der Geschlechterunterschiede* (3. Auflage); W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart 2006

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*; Opladen: Leske und Budrich, 2002

Bogner, Alexander;/Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (2. Auflage); VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (3. Auflage); VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009

Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke; Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): *Gesundheitsberufe im Wandel – Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*; Mabuse Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2005

Brandes, Holger: *Der männliche Habitus*; Leske und Budrich, Opladen 2002

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Gender Mainstreaming – Was ist das?*; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2002

Büssing, Britta; Herbig, André: *Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus – Grundlagen, Umsetzung, Chancen und Risiken*; Schattauer GmbH, Stuttgart 2006



- Darmann-Finck; Ingrid; Friesacher, Heiner: *Professionalisierung in der Pflege*  
Newsletter des IPP Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität  
Bremen 2009
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten: *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software  
und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (3. Auflage); Eigenverlag,  
Marburg 2011
- Farrokhzad, Schahrzad; Meuer-Willuweit, Anne; Ottersbach, Markus; Tunç, Michael;;  
*Verschieden - Gleich - Anders? - Geschlechterarrangements im intergenerativen und  
interkulturellen Vergleich*; VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien  
GmbH, Wiesbaden 2011
- Fine, Cordelia: *Die Geschlechterlüge – Die Macht der Vorurteile über Frau und Mann*;  
Klett Cotta, Stuttgart 2010
- Gilmore, David D.: *Mythos Mann – Rollen, Rituale, Leitbilder*; Artemis & Winkler Verlag,  
München 1991
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit: *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als  
Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage); VS-Verlag, Wiesbaden  
2010
- Griese, Kerstin: *Aktuelle Gleichstellungspolitik und demographischer Wandel*, in:  
Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und  
demographischer Wandel*; Mabus – Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2008
- Haubl, Rolf: *Nightingales Schwestern. Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im  
Krankenhaus*; in: Zeitschrift für Gruppendynamik und Organisationsberatung 43/2003;  
S. 85-112
- Hausen, Karin: *Geschlechtergeschichte als Gesellschaftsgeschichte – Kritische  
Studien zur Geisteswissenschaft*; Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,  
Göttingen 2012

Heberer, M.; Burkhardt, U.; Rüdiger, M.; Ziegler, R.: *Krankenhausstrukturen im Wandel* in: Ennker, Jürgen; Zerkowski, Hans-Reinhard: *Risiko und Qualität in der Herzchirurgie*; Steinkopff Verlag, Darmstadt 2006

Heintz, Bettina (Hrsg.): *Geschlechtersoziologie; Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*; Westdeutscher Verlag GmbH, Wiesbaden 41/2001

Hördt, Olga; Kalhle, Egbert (Hrsg.): *Spitzenpositionen für Spitzenleistungen? – Eine empirische Untersuchung geschlechtsspezifischer beruflicher Entwicklungsverläufe in einem Wirtschaftsunternehmen*; Deutscher Universitäts – Verlag GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006

Hurrelmann, Klaus: *Einführung in die Sozialisationstheorie* (7. Auflage); Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2001

Hüning, Hasko (Hrsg.); Nickel, Hildegard Maria; Völker, Susanne: *Transformation Unternehmensorganisation Geschlechterforschung*; Leske und Budrich, 1999

Kempa, Sabine M.: *Von Schwestern und Brüdern – wird die Pflege männlich?* in: Heilberufe Pflegezeitschrift 5/2011; S.45

Klein, Uta: *Gleichstellungspolitik* in: Ehlert, Gudrun; Funk, Heide; Stecklina, Gerd: *Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht*; Juventa Verlag, Weinheim und München 2011

Kellner, Anne: *Von Selbstlosigkeit zu Selbstsorge. Eine Generalogie der Pflege* in: Prof. Dr. Lorenz-Krause, Regina: *Schriftenreihe Pflege und Gesundheit* (Band 4), LIT Verlag Dr. W. Hopf, Berlin 2011

Krabel, Jens; Stuve, Olaf (Hrsg.): *Männer in „Frauen – Berufen der Pflege und Erziehung*; Verlag Barbara Budrich, Opladen 2006

Krampe, Eva – Maria: *Emanzipation durch Professionalisierung, Akademisierung des Frauenberuf Pflege in den 1990er Jahren - Erwartungen und Folgen*; Mabuse Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2009

Kupfer – Geißler, Katja: *Neue Pfleger braucht das Land*; in: Heilberufe Pflegezeitschrift 5/2011; S.3

Lenz, Karl (Hrsg.): *Frauen und Männer - Zur Geschlechtstypik persönlicher Beziehungen*; Juventa Verlag, Weinheim und München 2003

Maiwald, Gido: *Weibliche Berufskarrieren in Pflegeberufen*; GRIN Verlag, Norderstedt 2003

Mayring, Philipp: *Einführung in die qualitative Sozialforschung-Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Auflage); Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2002

Meuser, Michael: *Geschlecht und Männlichkeit – Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*; Leske und Budrich, Opladen 1998

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike: *Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion* in: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*; Leske und Budrich, Opladen 2002

Miers, Margaret; *Sexus und Pflege – Geschlechterfragen und Pflegepraxis*; Verlag Hans Huber, Bern 2001

Mischo-Kelling, Maria; Schütz-Pazzini, Petra (Hrsg.): *Primär Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen*; Verlag Hans Huber, Bern 2007

Mosse, George L.: *Das Bild des Mannes – Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit*; Büchergilde Gutenberg, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1997

Müller, Ursula G.T.: *Dem Feminismus eine politische Heimat – Der Linken die Hälfte der Welt – Die politische Verortung des Feminismus*; Springer VS, Wiesbaden 2013

Nickel, Hildegard Maria: *Geschlechtersozialisation in der DDR. Oder: Zur Rekonstruktion des Patriarchats im realen Sozialismus*, in: Burkart, Günter (Hrsg.):

*Sozialisation im Sozialismus – Lebensbedingungen in der DDR im Umbruch*; Juventa Verlag GmbH, Weinheim 1990

Pasero, Ursula (Hrsg.); *Weinbach, Christine: Frauen, Männer, Gender Trouble*; Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2003

Peuckert, Rüdiger: *Familienformen in sozialen Wandel* (8. Auflage); VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2012

Pfau Effinger, Birgit: *Analyse internationaler Differenzen in der Erwerbsbeteiligung von Frauen – Theoretischer Rahmen und empirische Ergebnisse*, In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1996, S.462 – 492

Piechotta, Gudrun: *Weiblich oder kompetent?. Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*; Verlag Hans Huber, Bern 2000

Rennen – Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris: *Handbuch Pflegewissenschaft*; Juventa Verlag, Weinheim und München 2001

Röttger – Liepmann, Beate: *Pflegebedürftigkeit im Alter – kulturelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*; Juventa Verlag, Weinheim und München 2007

Rübenstahl, Magdalena: *Wilde Schwestern. Krankenpflege um 1900*; Mabuse-Verlag GmbH; Frankfurt am Main 1994

Sander, Kirsten :*Geschlechterarrangements im Krankenhaus* in: Hansens, Andreas; Sander, Kirsten: *Interaktionsordnungen - Gesundheit als soziale Praxis*; Springer VS, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2012

Schäfers, Bernhard: *Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland – Ein Studienbuch zur Sozialstruktur und Sozialgeschichte der Bundesrepublik* (6. Auflage); Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1995

Schwarz, Gudrun: *Eine Frau an seiner Seite – Ehefrauen in der „SS – Sippongemeinschaft“*; Hamburger Edition, Hamburg 1997

Schmitz, Gabriele: *Krankenpflege als Frauenberuf – Wie und warum erfolgte die Verweiblichung der Pflege*; in: Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege, Pflegezeitschrift 2/2002, S.2 – 7

Sewtz, Susanne: *Karrieren im Gesundheitswesen. Eine geschlechter-vergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege*; Juventa Verlag, Weinheim und München 2006

Sewtz, Susanne: *Berufsorientierungen und Karrierechancen von Frauen in Medizin und Pflege* in: Matzick, Sigrid (Hrsg.): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderung und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* Juventa Verlag Weinheim und München 2008

Steppe, Hilde (Hrsg.): *Krankenpflege im Nationalsozialismus*; Mabuse Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1996

Steppe, Hilde: *Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung*; Pflege; Verlag Hans Huber, Bern 13/2000; S. 77-83

Steppe, Hilde: *Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten. Ausgewählte Werke*; in: Umler, Eva-Maria; Krampe, Eva-Maria; Haas, Walburga; Wackerhagen, Hilde (Hrsg.) Verlag Hans Huber, Bern 2003

Tillmann, Klaus – Jürgen: *Sozialtheorien – Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung*; Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg 2010

Ummel, Hannes: *Männer in der Pflege – Berufsbiographien im Umbruch*; Verlag Hans Huber, Bern 2004

Vinken, Barbara: *Die deutsche Mutter – Der lange Schatten eines Mythos*; Piper Verlag GmbH, München 2001

Wetterer, Angelika (Hrsg.): *Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen*; Campus Verlag; Frankfurt am Main 1992

Wilz, Sylvia M.: „Gendered Organizations“: *Neue Beiträge zum Verhältnis von Organisation und Geschlecht*; Berliner Journal für Soziologie; Springer Verlag, Berlin 2001; S. 97 - 107

Wolf, Michael (Hrsg.): *Frauen und Männer in Organisationen und Leitungsfunktionen – Unbewusste Prozesse und die Dynamik von Macht und Geschlecht (2.Auflage)*; Brandes & Apsel Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2007

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: *Geschichte der Krankenpflege*; RECOM-Verlag, Basel, Eberswalde 1994

Wolle, Stefan: *Die heile Welt der Diktatur – Alltag und Herrschaft in DDR 1971 – 1989*; Christoph Links Verlag – LinksDruck GmbH, Berlin 1998

Ziegler, Burkhardt: *Männer in die Pflegeberufe – Wie tauglich sind politische Konzepte?* in: Heilberufe Science, Springer Verlag 2011

## Online-Ressourcen

Backes, M. Gertrud; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina; Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) : *Gender in der Pflege. Herausforderung für die Politik*, Bonn 2008; URL: [library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf](http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf); (Stand: 19.04.2013)

Bartjes, Heinz „*Warum sind Männer in Erziehung, Bildung und Pflege wichtig?* in: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (Hrsg.): *Berufe in Erziehung, Bildung, Pflege auch was für Jungs!*; Compact Media KG, 2008; S. 16-25; URL:[www.jungenarbeit-und-schule.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/Berufe\\_in\\_Erziehung\\_Bildung\\_Pflege.pdf](http://www.jungenarbeit-und-schule.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/Berufe_in_Erziehung_Bildung_Pflege.pdf) (19.04.2013)

Deutsches Ärzteblatt: *Schröder will mehr Männer für Pflegeberufe begeistern*; URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44567/Schroeder-will-mehr-Maenner-fuer-Pflegeberufe-begeistern> (Stand: 10.04.2013)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V.: *Aktionsprogramm 2020*, Berlin; URL: [http://www.dbfk.de/download/download/DBfK\\_BV\\_Aktionsprogramm2020\\_100909.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/DBfK_BV_Aktionsprogramm2020_100909.pdf) (Stand: 25.04.2013)

Dieckmann, S. et. al.: *Balance halten im Pflegealltag – Was Sie selbst tun können, um bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben*; Berlin 2010; URL: [www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflege-im-Krankenhaus/Balance-halten-im-Pflegealltag\\_final2010-09-02.pdf](http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflege-im-Krankenhaus/Balance-halten-im-Pflegealltag_final2010-09-02.pdf) (19.04.2013)

Goesmann, Christina; Nölle, Kerstin: *Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik*; Technische Universität Dortmund Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät Forschungsbereich Arbeitssoziologie, Dortmund 2009 URL: [http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik\\_pflege\\_1.pdf](http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik_pflege_1.pdf) (Stand: 27.04.2013)

Koch, Thomas: *Allein unter Frauen*, CNE Magazin Thieme Verlag, 2009 URL: [www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_pflege/magazin\\_509\\_maenner.pdf](http://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/magazin_509_maenner.pdf) (Stand: 30.04.2013)

Pauer, Nina: *Die Schmerzensmänner*; URL: <http://www.zeit.de/2012/02/Maenner> (Stand: 19.04.2013)

Pflege Charta: *ICN – Ethikkodes für Pflegende*; URL: <http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/material/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf> (Stand: 25.4.2013)

Roßmann, Robert: *Bundesregierung will EU – Frauenquote kippen*; URL: <http://www.sueddeutsche.de/karriere/berlin-versus-bruessel-bundesregierung-will-eu-frauenquote-kippen-1.1616582> (Stand: 03.04.2013)

Zeller-Dumke, Marianne: *Übersicht - Studiengänge in Deutschland.*

*Pflegestudiengänge*: URL: [www.pflegestudium.de](http://www.pflegestudium.de) (Stand: 20.04.2013)

Unbekannter Autor: *Keine Frauenquote bei den Mainzelmännchen;*

URL: [http://www.focus.de/kultur/vermishtes/mainzelmaennchen-keine-frauenquote-bei-den-mainzelmaennchen\\_aid\\_952307.html](http://www.focus.de/kultur/vermishtes/mainzelmaennchen-keine-frauenquote-bei-den-mainzelmaennchen_aid_952307.html) (Stand: 03.04.2013)



## Anhang

### A.1 Geschlechterstereotype in den sechziger Jahren

(nach Bee, Brovermann & Brovermann, Rosenkrantz, Vogel, 1968)

positive feminine Eigenschaften	positive maskuline Eigenschaften
gebraucht keine harten Worte	sehr aggressiv
sehr beredt	sehr unabhängig
sehr taktvoll	gar nicht emotional
sehr sanft	verbirgt immer seine Emotionen
sehr einfühlsam	sehr objektiv
sehr religiös	nicht leicht beeinflussbar
äußert leicht Gefühle	sehr dominant
sehr besorgt um die äußere Erscheinung	hat gern Mathematik und theoretische Wissenschaft
mit sehr guten Manieren	gar nicht aus der Ruhe zu bringen bei einer kleinen Krise
sehr ruhig	sehr aktiv
mit großem Sicherheitsbedürfnis	sehr wettbewerbsmotiviert
begeistert sich für Kunst und Literatur	sehr logisch sehr nach außen orientiert
	sehr fähig in Geschäftsdingen
	sehr direkt
	sehr weltgewandt
	nicht leicht verletzbar
	sehr abenteuerlustig
	kann leicht Entscheidungen treffen
	weint nie
	handelt immer als Führer

### A.1 Fortsetzung der Tabelle - Geschlechterstereotype in den sechziger Jahren

(nach Bee, Brovermann & Brovermann, Rosenkrantz, Vogel, 1968)

positive feminine Eigenschaften	positive maskuline Eigenschaften
	sehr selbstbewusst gar nicht schulbewusst, wenn aggressiv sehr ehrgeizig leicht in der Lage, Gefühle von Gedanken zu trennen gar nicht abhängig nie eitel hält Männer für überlegen spricht frei über Sex

## A.2 Sozial erwünschte feminine und maskuline Items (Born, 1992)

sozial erwünschte Pole der femininen Items	sozial erwünschte Pole der maskulinen Items
<p>überhaupt nicht aggressiv</p> <p>sehr dankbar</p> <p>sehr ruhig</p> <p>sieht sich nie als Hauptfigur</p> <p>sehr viel Verständnis für andere</p> <p>sehr warm in Beziehungen zu anderen</p> <p>mag Kunst und Literatur sehr</p> <p>fühlt sich überhaupt nicht unbehaglich, wenn andere Gefühle äußern</p> <p>überhaupt nicht aufdringlich</p> <p>sehr liebevoll</p> <p>stark ausgeprägtes Gewissen</p> <p>sehr rücksichtsvoll</p> <p>zeigt sehr viel Mitgefühl</p> <p>benutzt sehr selten Schimpfworte</p> <p>sehr treu</p> <p>fast immer bereit andere zu trösten</p> <p>sehr sensibel für die Bedürfnisse anderer</p> <p>strahlt viel Wärme aus</p> <p>sehr anpassungsfähig</p> <p>sehr herzlich</p> <p>beschwichtigt sehr oft in Auseinandersetzungen</p> <p>sehr sensibel für die Gefühle anderer</p>	<p>sehr realistisch</p> <p>überhaupt nicht leicht zu beeinflussen</p> <p>mag Mathematik und Naturwissenschaften sehr</p> <p>sehr starke Persönlichkeit</p> <p>sehr aktiv</p> <p>denkt sehr logisch</p> <p>überhaupt nicht verletzlich</p> <p>nie beunruhigt</p> <p>kann sich fast immer durchsetzen</p> <p>fähig, Gefühle und Gedanken zu trennen</p> <p>überhaupt nicht anhängig</p> <p>große Begabung für technische Dinge</p> <p>wehrt sich unter Druck</p> <p>überhaupt nicht ängstlich</p> <p>verteidigt immer eigene Meinung</p> <p>kann Sachverhalte sehr gut analysieren</p> <p>hat Führungseigenschaften</p> <p>sehr selbstsicher</p> <p>bereit, Risiken einzugehen</p> <p>überhaupt nicht leicht leichgläubig</p> <p>sehr verschwiegen</p> <p>sehr systematisch</p>

### A.3 Aktionsprogramm 2020 – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe



## Aktionsprogramm | 2020

Stark für die Pflege!

**Impressum:**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V.  
Salzrufer 6 | 10587 Berlin | Telefon (030) 21 91 57-0 | Telefax (030) 21 91 57-77 | E-Mail [dbfkg@dbfk.de](mailto:dbfkg@dbfk.de)  
Fotos: Fotolia, bellamedia/Carloeseller/Luis Ceballos/Ricardo Cruz/Trocholo/Li-App/Maschy/Pawlowida | DBfK Bundesverband  
und Nordwest e.V. | Gestaltung/Realisation: Heistermann Werbemaschine | Produktion: Martin Beckrich Grafik, Berlin

### ICN-Ethikodex für Pflegende<sup>1</sup>

Erstmals wurde ein internationaler Ethikodex für Pflegende 1953 vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet. Der Kodex wurde seither mehrmals überprüft und bestätigt. Diese Fassung ist die neueste Überarbeitung, die im Jahr 2005 abgeschlossen wurde.

#### Präambel

Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben:

- **Gesundheit zu fördern,**
- **Krankheit zu verhüten,**
- **Gesundheit wiederherzustellen,**
- **Leiden zu lindern.**

Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.

Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.



### Präambel

Pflege und Gesundheit sind zentrale Themen der Zukunft. **Der DBfK ist sich der gesellschaftlichen Verantwortung der beruflich Pflegenden bewusst und stellt sich den daraus resultierenden Herausforderungen.** Das Aktionsprogramm 2020 bietet dafür die notwendige Orientierung. Der DBfK steht in seiner über 100jährigen Tradition für die Professionalisierung des Pflegeberufes und für angemessene Arbeitsbedingungen der Berufsangehörigen.

**Grundlage der Berufsausübung ist der Ethikodex des ICN. Durch die Mitgliedschaft im DBfK bekommen sich beruflich Pflegende zu diesem Kodex.** Auf dieser Basis erfüllen sie einen gesellschaftlichen Auftrag. Der DBfK integriert die gesellschaftlichen Entwicklungen in sein Wirken und setzt sich für eine gerechte und solidarische Gesellschaft ein. Die Sensibilität für den Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit ist Ausdruck dafür. **Der DBfK entwickelt die beruflichen Pflege weiter und arbeitet dabei mit allen relevanten Gruppen,** insbesondere den Organisationen der Betroffenen (z. B. Pflegebedürftige, Patienten, pflegende Angehörige) zusammen.

Als größter Berufsverband der Pflege in Deutschland und als WHO Collaborating Center trägt der DBfK eine **besondere Verantwortung gegenüber der Gesellschaft** sowie im nationalen und internationalen Netzwerk der Pflegeorganisationen. Dies beinhaltet ein **klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung der Pflegeberufe und zum Deutschen Pflegerat.** Unverzichtbarer Bestandteil dieser Verantwortung ist die öffentliche Darstellung der Profession, ihrer Leistungsfähigkeit und der erforderlichen Rahmenbedingungen (bzw. deren Fehlen), in denen Pflegeleistungen erbracht werden.

Der DBfK ist getragen und gesteuert von seinen Mitgliedern, die ausschließlich Angehörige der Profession Pflege sind. Er nutzt und fördert die Vielfalt und Unterschiedlichkeit seiner Mitglieder. **Die Mitglieder stellen eine Wissenszirkulation zwischen Praxis und Theorie sicher.** Der DBfK stützt und fördert dies durch seine Strukturen, regional, bundesweit und international. **Die Arbeit des DBfK ist eine Investition in die Zukunft der Profession** – das bedeutet insbesondere eine Investition in und für zukünftige Generationen beruflich Pflegenden.

<sup>1</sup> Pflegende sind Personen, die eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben. Sie sind beschäftigt, in ihrem Land den Pflegeberuf auszuüben (vgl. ICN-Statuten, Art. 6). In Deutschland sind dies Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen. Die Langfassung des „ICN-Statuten für Pflegende“ finden Sie unter [www.icn-kode.de](http://www.icn-kode.de).

## Pflegepolitische Kompetenz

### Schwerpunkt: Selbstverwaltung



- **Ziel A:** Die Pflegeberufe regeln für die Angehörigen ihrer Profession alle wesentlichen Belange des Berufes selbst. Sie übernehmen den gesellschaftlichen Auftrag und gestalten alle wesentlichen politischen Entscheidungen mit, welche das Gesundheits- und Sozialwesen betreffen. Die gesellschaftliche Bedeutung und die hohen Anforderungen an die Qualität der Pflege sind politisch anerkannt.

#### Feinziele

- Zur Regelung aller beruflichen Belange im Sinne einer Selbstverwaltung (z.B. Registrierung, Berufsordnung) unterstützt der DBfK die Errichtung von Pflegekammern in allen Bundesländern und die Gründung einer Bundespflegekammer.
- Der DBfK fordert Stimmrecht für die berufliche Pflege in der sozialrechtlichen Selbstverwaltung (z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss, G-BA).

- Der DBfK fordert eine Beteiligung der beruflichen Pflege an der Gesundheitsplanung auf Bundes- und Landesebene.

- In den Pflegereports der Ministerien von Bund und Ländern findet die berufliche Pflege eine angemessene Vertretung durch Personen mit pflegerischer Berufsqualifikation in verantwortlicher Funktion.

#### Schwerpunkt:

### Berufliche Mobilität in der EU



- **Ziel B:** In der Europäischen Union (EU) gibt es keine Einschränkung für die berufliche Mobilität von in Deutschland ausgebildeten Pflegenden.

#### Feinziele

- Die automatische Anerkennung der Berufsqualifikation in der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege bzw. generalistischer Pflegeberuf) im Rahmen der EU-Richtlinie 2005/36/EG bleibt erhalten.

- Die koordinierenden Anteile der berufsbezogenen Teile der EU-Richtlinie 2005/36/EG sind entsprechend den zeitgemäßen Ausbildungsprogrammen weiterentwickelt.

#### Schwerpunkt:

### Bildungskonzept



- **Ziel C:** Innerhalb der Selbstverwaltung sichert die berufliche Pflege die Qualität ihrer Profession über Aus- und Weiterbildung auf verschiedenen Niveaus. Das Konzept „Pflegebildung offensiv“ des Deutschen Bildungsrates ist bundesweit umgesetzt.

#### Feinziele

- In der beruflichen Pflege gibt es unterschiedliche Bildungsebenen (Sekundarbereich II und Tertiärer Sektor), in denen grundsätzlich generalistisch ausgebildet wird (beide führen zur Berufszulassung). Die Erstausbildung erfolgt als Fernziel ausschließlich an Hochschulen. Die Absolventinnen und Absolventen der Sekundarstufe II erhalten nach erfolgreicher beruf-

licher Erstqualifizierung die Anerkennung zur Führung der Berufsbezeichnung und eine damit verbundene Hochschulzugangsberechtigung.

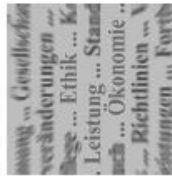
- Das Weiterqualifizierungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe ist bundesweit umgesetzt. Teile der Spezialisierung erfolgen als Master-Studium an Hochschulen. Weiterbildungsmaßnahmen sind modularisiert, über Kreditpunkte miteinander verbunden sowie horizontal und vertikal anrechenbar. Sie führen i.d.R. zu staatlichen Abschlüssen.

- Der DBfK setzt sich für die Förderung der Weiterqualifizierung der beruflich Pflegenden (z.B. durch Stipendien) ein.

- Der DBfK setzt sich dafür ein, dass Schülerinnen und Studierende eine qualifizierte Anleitung durch eine ausreichende Anzahl von Praxisleitern in den praktischen Anteilen der Ausbildung erhalten.

- Der DBfK setzt sich für eine ausreichende Anzahl qualifizierter Lehrer/Hochschullehrer für die Aus-, Fort- und Weiterbildung ein.

Schwerpunkt:  
**Ökonomische Bedeutung von professioneller Pflege**



■ Ziel D: Die ökonomische Bedeutung von professioneller Pflege, deren Leistungen sowie ethische und finanzielle Dimensionen sind transparent und werden in der Gesellschaft anerkannt.

**Feinziele**

- Die Pflegeleistungen sind in den Leistungserfassungssystemen uneingeschränkt abgebildet und werden leistungsgedäquat finanziert.
- Der Einsatz von analytischen Personalbemessungsinstrumenten ist verpflichtend und bildet die Grundlage für eine angemessene Personalausstattung. Der Personalaufwand wird von den Kostenträgern refinanziert.
- Der DBfK fördert und unterstützt Projekte und Forschungsvorhaben, in denen die ökonomische Bedeutung der beruflichen Pflege unter Einbeziehung der ethischen Dimension deutlich wird.

Schwerpunkt:  
**Pflege international**



■ Ziel E: Der DBfK vertritt die Belange der Pflegenden international in ICN, EFN und europäischen Spezialistenorganisationen.

**Feinziele**

- Es gibt einen starken EU-Pflegeverband (EFN) der Einfluss auf die Entscheidungen des EU-Parlaments und der EU-Kommission nimmt.
- Der DBfK ist aktives Mitglied in EFN. Er gestaltet so die Schnittstelle zwischen nationalen und internationalen politischen Interessen innerhalb der EU.

**Pflege als Profession**

Schwerpunkt:  
**Erweiterung des Aufgabenprofils**



■ Ziel F: Beruflich Pflegende als Angehörige eines Heilberufes übernehmen in Erweiterung ihres traditionellen Aufgabenprofils entsprechend der Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger und zur Verbesserung der Versorgung zusätzliche selbstverantwortliche Aufgaben (z.B. im Zusammenhang mit Prozess-/Fallsteuerung, Pflegediagnostik und -therapie, Gesundheitsförderung und Beratung).

**Feinziele**

- Beruflich Pflegende haben prioritär vorhaltene Aufgaben und übernehmen heilkundliche Tätigkeiten. Die Schnittstellen zu anderen Berufen sind rechtlich abgesichert.
- Beruflich Pflegende sind auch in der Gemeinde und in den Familien in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig.
- Beruflich Pflegende leisten Konsiliar- (Beratung) und Liaisondienste (Mitbehandlung) und sind sozialrechtlich zur Abrechnung berechtigt.

- Pflegende leisten im Zusammenwirken mit anderen Berufen prioritär das Schnitt- bzw. Nahtstellenmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen.

Schwerpunkt:  
**Weiterentwicklung der Pflege**



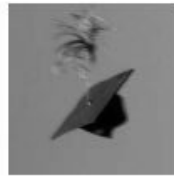
■ Ziel G: Beruflich Pflegende entwickeln vor dem Hintergrund der sich ständig wandelnden Anforderungen an das Gesundheitssystem neue Konzepte und Methoden.

**Feinziel**

- Der DBfK hat eine aktive Rolle bei der Weiterentwicklung des Pflegeberufs. Er identifiziert Trends, Themen und Bedarfe frühzeitig, greift sie auf und platziert sie in der gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Meinungsbildung.

Schwerpunkt:

**Wissenschaftsdisziplin**



■ Ziel H: Pflegewissenschaft und -forschung sind etabliert und unabdingbare Grundlage für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung und Betreuung. Der wissenschaftliche Nachwuchs und eine evidenzbasierte Pflegepraxis sind sichergestellt.

**Feinziele**

- Eine nationale Pflegeforschungsgenda existiert mit Schwerpunkten der Pflegeforschung und deren Förderung aus öffentlichen (und privaten) Fördermitteln.
- ICNP ist von der WHO als pflegerische Klassifikation gleichwertig mit ICD und ICF anerkannt und in der Praxis umgesetzt.
- Durch entsprechende Lehrstühle/Professuren bzw. Profilbildung bei den Pflegeprofessoren/-innen werden spezifische Expertisen entwickelt.

**Pflege als Beruf**

Schwerpunkt:

**Rahmenbedingungen in der Pflege**



■ Ziel J: Die Rahmenbedingungen der professionellen Pflege sind so gestaltet, dass die pflegerische Versorgung den Bedarfen der Bevölkerung entspricht.

**Feinziele**

- Gesellschaft und Politik erkennen den therapeutischen und gesellschaftlichen Nutzen der Pflegeberufe an.
- Beruflich Pflegende haben bzw. entwickeln ein starkes berufliches Selbstbewusstsein. Sie nehmen direkten Einfluss auf ihre Arbeitsbedingungen.
- Berufliche Pflegende erhalten eine leistung- und verantwortungsgerechte Vergütung.
- Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und lebensphasenorientierte Unterstützungsmaßnahmen sind verpflichtende und etablierte Instrumente, um Pflegende im Beruf gesund, motiviert und leistungsfähig zu halten.

Der DBfK erarbeitet Vorschläge für Modelle zur familienfreundlichen Arbeitszeiteinstellung.

- Die Rahmenbedingungen in der Pflege sind so gestaltet, dass es möglich ist, den Beruf gesund bis zur Berentung auszuüben. Der DBfK setzt sich für entsprechende flexible Lebensarbeitsmodelle und Tätigkeitsprofile ein.
- In allen Führungsebenen der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ist pflegerischer Sachverstand durch dafür qualifizierte beruflich Pflegende vertreten.
- Der DBfK setzt sich ein für eine sektorenübergreifende lokale, regionale und nationale Pflegepersonalberichterstattung sowie eine aus den Bedarfen abgeleitete Planung der Ausbildungskapazitäten.

Schwerpunkt:

**Attraktivität des Berufes**



■ Ziel K: Der Pflegeberuf ist für junge Menschen eine attraktive Berufsperspektive.

**Feinziele**

- Schüler an allgemeinbildenden Schulen erhal-



ten regelmäßig Informationen über die Aus- bildungs- und Karrieremöglichkeiten in den Pflegeberufen (z.B. Nurses Day, Jobmessen).

- Die Attraktivität des Pflegeberufs für Quer- einsteiger und Berufsrückkehrer wird öffentlich und medienwirksam verbreitet.
- Die horizontalen Karrieremöglichkeiten und Arbeitsplätze in der Pflege sind so gestaltet, dass eine lebenslange Berufsausübung und ein ge- sundes Erreichen des Renteneintritts möglich sind.

Schwerpunkt:

#### **Image der Pflege**

- Ziel L: Die beruflich Pflegenden erkennen den Wert ihrer Arbeit für die Gesellschaft, identifizieren sich mit ihrem Beruf und treten selbstbewusst in der Öffentlichkeit auf.

#### **Feinziele**

- Der DBfK integriert entsprechende Inhalte in seine Bildungsangebote, erstellt Broschüren und vermittelt den Medien ein objektives Bild der beruflichen Pflege.
- Prominente Mitglieder, Ehrenamtliche und Hauptamtliche des DBfK bieten Orientierung und treten als Vorbilder auf.

[www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe | Bundesverband e.V.  
Säckerufer 6 | 10587 Berlin | Telefon (030) 21 91 57-0 | Telefax (030) 21 91 57-77 | E-Mail [dbk@dbfk.de](mailto:dbk@dbfk.de)

## A.4 Anfrage für Experteninterviews – Muster E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Tina Leibiger, ich bin Studentin an der Hochschule Neubrandenburg für Pflegewissenschaft / -management im 6. Semester und arbeite momentan zusammen mit meiner Kommilitonin Caterine Brode an unserer Bachelorarbeit zu dem Thema „Geschlechterdynamik und Rollenverständnis im Berufsfeld Pflege“.

Um den dafür notwendigen praktischen und wissenschaftlichen Teil durchführen zu können, würden wir gerne am Universitätsklinikum Greifswald mit jeweils 2-3 examinieren Krankenpflegern bzw. Krankenpflegerinnen sogenannte Experteninterviews zum oben genannten Thema durchführen. Die Pflegekräfte sollten wenn möglich von unterschiedlich organisierten Stationen, wie beispielsweise einer „männerpräsenten“ Intensivstation oder einer rein weiblichen gynäkologischen Station befragt werden können.

Inhaltlich geht es um Fragen zum Beruf Pflege, wie beispielsweise die Motive für die Berufswahl oder die allgemeinen Tätigkeiten als Pflegekraft. Insbesondere soll jedoch auf Geschlechterfragen eingegangen werden. An dieser Stelle stehen unter anderem Fragen zur Pflege als sogenannter „Frauenberuf“ oder die Zusammenarbeit zwischen männlich- bzw. weiblichen Pflegekräften im Mittelpunkt. Im Anhang der Mail befindet sich der dafür vorgesehene Interviewleitfaden.

Was Sie noch wissen sollten:

- die Interviews sind anonym
- es umfasst etwa 13-16 Fragen
- es wird mit Tonband aufgenommen, um eine standartgerechte, wissenschaftliche Auswertung der Interviews vornehmen zu können (wird im Nachgang anonymisiert)

Wäre es möglich diese Interviews an Ihrem Klinikum durchzuführen?

Entschuldigen Sie bitte die kurzfristige Anfrage.  
Wir würden uns sehr über eine Zustimmung freuen!

Für die Durchführung geben Sie uns bitte Termine die Ihnen beziehungsweise den zu befragenden Pflegekräften am besten passen. Die Interviews sollten jedoch, wenn möglich, in den nächsten zwei Wochen durchgeführt werden.

Vielen Dank im Voraus.

Freundliche Grüße

Caterine Brode und Tina Leibiger

## A.5 Interviewleitfaden der Experteninterviews

### Interviewleitfaden

Datum:

Ort:

Zeit:

#### **1. Teil - zur Person:**

- Alter:
- gegenwärtige Position/ Funktion:
- akademische Laufbahn (kurz):
- berufliche Laufbahn (kurz):

#### **2. Teil – Berufsbild**

- Was hat Sie dazu veranlasst sich für den Beruf Pflege zu entscheiden?
- Wie würden Sie Ihren Beruf beschreiben?
  - \* Was ist für Sie das spezielle am Pflegeberuf?
- Beschreiben Sie bitte einen typischen Arbeitstag auf Ihrer Station.

#### **3. Teil – Geschlechterfragen im Berufsfeld Pflege**

- Warum ist Pflege ein Frauenberuf? / Ist Pflege überhaupt ein Frauenberuf?
- Welche notwendigen Kompetenzen werden für den Beruf Pflege benötigt?
  - \* Spielt das Geschlecht eine Rolle um pflegen zu können?
  - \* Gibt es Unterschiede zwischen der Arbeit einer Schwester und eines Pflegers?
- Wie schätzen Sie die derzeitige Situation ein?
  - \* Sind Männer immer noch Exoten im „Frauenberuf“ Pflege?
  - \* Braucht die Pflege Männer? Wozu?
  - \* Gibt es Probleme bei der Zusammenarbeit?

- Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen?

\* Unterscheiden sich diese Erwartungen bei männlichen bzw. weiblichen Kollegen?

\* Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit innerhalb eines gemischten und gleichgeschlechtlichen Teams?

\* Arbeiten sie bevorzugt mit männlichen oder weiblichen Kollegen zusammen?

- Welche Resonanz erfahren Sie, wenn Sie von Ihrem Beruf als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in erzählen? Werden sie mit Klischees konfrontiert?

\* Wurden Sie als Pfleger/ Schwester bereits mit Vorurteilen konfrontiert?

- Was müsste ihrer Meinung nach geschehen, dass sich mehr Männer für den Beruf Pflege entscheiden?

**Vielen Dank!**

## A.6 Transskripte der Experteninterviews

### A.6.1 Experteninterview 1 – Männlich 1

#### Experteninterview (1/M1)

**Datum:** 17.04.2013

**Aufnahmedauer:** 09:21 Minuten

**Ort der Aufnahme:** Konferenzraum der Station, Durchgang zwischen Station, daher etwas laute Geräuschkulisse

**Gesprächsgegenstand:** Motive und Zugang zum Beruf, Berufsbild der Pflege, Geschlechterfragen

**Beteiligte Personen:** Studenten, Caterine Brode und Tina Leibiger, als Interviewer (I), Gesundheits- und Krankenpfleger der Intensivstation der Universitätsklinik Greifswald (M1)

**Aufnahmesituation:** das Aufnahmegerät lag zwischen I und M1

**Vorgeschichte des Gesprächs:** Kontaktaufnahme zur Pflegedirektion über Mail, Weiterleitung an Bereichsleitung der Intensivmedizin, willkürliche Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte

1 I: Wie alt sind sie?

2 M1: 34

3 I: Ok. Und ihre gegenwärtige Position beziehungsweise ihre Funktion hier auf  
4 Station?

5 M1: Ich bin Fachkrankenpfleger

6 I: Zu ihrer schulischen Laufbahn?

7 M1: Hab ich Realschule. Ein Jahr (..) Gymnasium gemacht. Hab dann aber  
8 abgebrochen. Weil ich die Ausbildung zur Krankenpflege bekommen hab.

9 I: Ok. Und dann ehm ja haben Sie ganz normal ihre Krankenpflegeausbildung gemacht.

10 M1: Hmm. Genau.

11 I: Ja was hat Sie dazu veranlasst sich für den Beruf Pflege zu entscheiden?

12 **M1:** Ich hab mich dafür entschieden weil ich mir gern mit Menschen oder mit Menschen  
13 arbeiten wollte und (räuspert sich) ich den Beruf als zukunftssicher ansah. (..)

14 **I:** Ok. Wie würden Sie ihren Beruf beschreiben? (.) Oder was ist das spezielle am  
15 Pflegeberuf?

16 **M1:** hmm. Weiß ich. Schwierig zu sagen. Ich mach das ja jeden Tag und speziell  
17 gegenüber WAS denn, also [6sek.]

18 **I:** Na welche Besonderheiten im Berufsalltag auftauchen (..) Also die im Prinzip für für  
19 sie auch so präsent sind, dass Sie sich auch immer im Prinzip wieder neu für diesem  
20 Beruf entscheiden würden oder dass Sie vielleicht auch teilweise sagen nein das ist es  
21 nimmt überhand oder was auch immer.

22 **M1:** Ach so beruflich. Ach so ja. Wie gesagt ich würd mich deswegen wieder dafür  
23 entscheiden weil ich mit Menschen zu tun hab (...) es gibt zwar sehr viel Routine hier  
24 aber es gibt auch halt sehr viel Unvorhersehbares und das hier nicht so extrem der  
25 Alltag einkehrt (..) Der Schichtdienst ist interessant. Man hat zu Tageszeiten frei wo  
26 andere arbeiten müssen (..) ja. Dass man mit Technik zu tun hat, also Speziell jetzt auf  
27 der Intensivstation [störende Geräusche] Technik das macht mir so n bisschen Spaß  
28 und (...) ja was noch?! Ist jetzt ziemlich schwierig die Frage, weil wenn man s jeden Tag  
29 macht.

30 **I:** Na gut. Dann könnten Sie ja mal kurz beschreiben wie so ein typischer Arbeitsalltag  
31 aussieht hier aussieht auf Station.

32 **M1:** Ok. Man kommt, man kommt zum Dienst. Bekommt erstmal die Dienstübergabe für  
33 seine Patienten. Man hat zwei oder drei Patienten (..) denn guckt man sich die  
34 Patienten genau an. Guckt auf die Alarmgrenzen. Guckt auf die Einstellungen der  
35 Infusion die laufen. Guckt ob wirklich alles so dran hängt wie es in der Dokumentation  
36 steht (..) beziehungsweise ob alles zu dokumentiert ist [Dankeschön.] ob alles so  
37 dokumentiert ist wie´s läuft (...) dann kümmert man sich um Medikamente. Man lagert  
38 die Patienten. Je nachdem ob n Patient wach ist oder nicht kann man sich mit ihm  
39 unterhalten. Denn (..) wird Körperpflege gemacht. Tut bissl was für sein Wohlbefinden.  
40 Achtet auch auf die alltäglichen Aktivitäten des Lebens die man sonst hat. Also  
41 waschen. Also waschen, kleiden kommt ja nicht so in Frage. Das sie sich wohlfühlt.  
42 Ernährung, Ausscheidung. Darauf achtet man. Medikamente hab ich glaube schon

43 gesagt ne. Denn Diagnostik. Therapie. Verbandswechsel. Denn wieder Medikamente.  
44 Visiten.

45 **I:** Gut ok. Ist Pflege für Sie ein Frauenberuf und warum ist Pflege ein Frauenberuf?

46 **M1:** Nö. Das ist egal. Also ist kein geschlechtsspezifischer Beruf. Kann Frau wie Mann  
47 machen. Also wir reden jetzt von der Intensivstation ne?

48 **I:** Naja also ich würd schon sagen generell Pflege. Intensivstation seh ich ja  
49 wahrscheinlich schon noch als ein anderen Bereich an als beispielsweise der  
50 geriatrische Bereich oder der Gynäkologische.

51 **M1:** Hmm. Ok ja also Pflege allgemein ist trotzdem nicht geschlechtsspezifisch.

52 **I:** Ok. Welche notwendigen Kompetenzen werden für den Beruf Pflege benötigt? Ja  
53 spielt das Geschlecht Ihrer Meinung nach eine Rolle um pflegen zu können?

54 **M1:** Auf keinen Fall. Ich mein im Einzelfall entscheidet man natürlich bei ner jungen  
55 Frau das man sagt da steckt man ne Schwester rein als n jungen Mann aber im Großen  
56 und Ganzen ist es egal wer´s macht. (...) Eh was Voraussetzung ist man sollte auf jeden  
57 Fall n sehr umgänglicher Mensch sein. Sollte eh wie sagt man das am besten  
58 Sozialkompetent sein. Sollte ausgeglichen sein. Sollte schon gute schulische  
59 Leistungen haben um sich man muss sich ja auch viel merken und Leisten. (...) Man  
60 muss gewisse Sachen abkönnen also (.) man muss zum Beispiel Blut sehen können.  
61 Das kann nicht jeder. Glaub ich. (...) Mit Ausscheidung haben auch einige Probleme.  
62 Damit muss man auch klar kommen. Und das Menschen auf Probleme und Hilfe  
63 angewiesen sind. Das mein ich halt mit Sozialkompetenz.

64 **I:** Ok. Also Sie sagen es gibt keine Unterschiede zwischen der Arbeit also von ner  
65 Schwester und von nem Pfleger?

66 **M1:** Also aus meiner Sicht (..) es hat zwar jeder so seine Vor- und Nachteile aber ist  
67 gut das es beide Gruppen hier gibt.

68 **I:** Wie schätzen Sie die derzeitige Situation ein? Sind Männer immer noch ich sach ma  
69 „Exoten“ im Frauenberuf Pflege?

70 **M1:** Nee. Ich hatte letztens grade wieder Reanimation mit einer Schülerklasse und da  
71 waren glaub ich sogar mehr Jungs als als Mädchen. (...) Also Exoten sind es schon –

- 72 selbst als ich Ausbildung gemacht hab `96 waren schon keine Exoten mehr.
- 73 I: Ok. Braucht die Pflege Ihrer Meinung nach Männer?
- 74 **M1:** Ja.
- 75 I: Ja? Und warum und wozu?
- 76 **M1:** Äh. Na wozu? Es bringt Ausgeglichenheit ins Team. Denn gibt es  
77 Patientengruppen, die brauchen einfach Männer. Wo bisschen angepackt werden muss  
78 oder (...) na die einfach mal mit anpacken können und andere Sichtweisen gerade weil  
79 es um viel Technik geht. Will jetzt nicht sagen dass Frauen nicht mit Technik können  
80 aber es gibt so die ein oder andere technische Frage da ist es auch ganz gut das man  
81 mal n Mann zur Hand hat oder (...) ja.
- 82 I: Ok. Und gibt es Probleme bei der Zusammenarbeit zwischen Schwestern und  
83 Pfleger?
- 84 **M1:** Nö.
- 85 I: Gibt's keene Probleme?!
- 86 **M1:** Pfff. Bestimmt vielleicht auch die selben Probleme wie's auch unter Schwestern  
87 Schwestern oder Pfleger und Pfleger gibt. Also das es mal eh mal Unstimmigkeiten gibt  
88 gut ist normal aber die werden dann ausdiskutiert und dann ist gut.
- 89 I: Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit ihren Kollegen?
- 90 **M1:** Teamarbeit.
- 91 I: Und unterscheiden sich diese Erwartungen bei männlichen beziehungsweise bei  
92 weiblichen Kollegen? Haben Sie andere Erwartungen an Ihre männlichen Kollegen?
- 93 **M1:** Prinzipiell nich. Ich hab an beide die selben Erwartungen. Wenn es jetzt aber um  
94 sehr schwere Patienten geht, die umgelagert werden müssen, würde ich mir vielleicht  
95 doch n kräftigen Mann dazu ziehen als ne kleine zierliche Frau. Aber auch nur nicht weil  
96 ich es ihr nicht zutraue einfach nur um sie zu schonen
- 97 I: Und wie empfinden Sie die Zusammenarbeit in einem gemischten Team?



98 **M1:** Angenehm.

99 **I:** Angenehm. Welche Resonanz erfahren Sie wenn Sie von Ihrem Beruf als  
100 Gesundheits- Krankenpfleger erzählen? Also werden Sie häufig mit Klischees  
101 konfrontiert?

102 **M1:** (...) Also in den letzten Jahren nicht mehr. Am Anfang hieß es natürlich Urinkellner  
103 oder Arschabwischer und aber das ist nicht mehr so. (.) Also ich bekomme es nicht mehr  
104 so mit.

105 **I:** Und am Anfang war das aber so?

106 **M1:** Ja als es nachher hieß ich mache ne Ausbildung und ich arbeite in dem Beruf, dann  
107 hat man von Freunden schon gehört Urinkellner.

108 **I:** [lacht] Ja Sie sagen zwar Männer sind keine Exoten mehr aber was müsste Ihrer  
109 Meinung nach geschehen, dass mehr Männer. Dass sich mehr Männer für den  
110 Pflegeberuf entscheiden?

111 **M1:** (4 sek.) Eigentlich sind das ja schon ne Menge Männer. Also wenn es noch mehr  
112 MÄNNER wären. Also ich kann jetzt wieder nur von der Intensivbereich sprechen, dann  
113 sind es bald mehr Männer als Frauen. Deswegen also ich finde es ist finde es gut  
114 ausgeglichen. Und wenn sich weiterhin so viele für den Beruf entscheiden ist ok.

## A.6.2 Experteninterview 2 – Weiblich 1

### Experteninterview (2/W1)

**Datum:** 17.04.2013

**Aufnahmedauer:** 06:27 Minuten

**Ort der Aufnahme:** Konferenzraum der Station, Durchgang zwischen Station, daher etwas laute Geräuschkulisse

**Gesprächsgegenstand:** Motive und Zugang zum Beruf, Berufsbild der Pflege, Geschlechterfragen

**Beteiligte Personen:** Studenten, Caterine Brode und Tina Leibiger, als Interviewer (I), Gesundheits- und Krankenpflegerin der Intensivstation der Universitätsklinik Greifswald (W1)

**Aufnahmesituation:** das Aufnahmegerät lag zwischen I und W1

**Vorgeschichte des Gesprächs:** Kontaktaufnahme zur Pflegedirektion über Mail, Weiterleitung an Bereichsleitung der Intensivmedizin, willkürliche Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte

1        **I:** Ja erstmal zu Ihrem Alter würden wir gerne.

2        **W1:** 37 Jahre

3        **I:** Welche Position begleiten Sie momentan?

4        **W1:** Fachkrankenschwester

5        **I:** Ok. Wie sieht Ihre schulische Laufbahn aus? So ganz kurz.

6        **W1:** Ja Realschulabschluss. Normale Schwesternausbildung und  
7        Schwesternausbildung

8        **I:** Gut und berufliche Laufbahn? Hatten Sie immer schon hier gearbeitet?

9        **W1:** Ja.

10       **I:** [lacht] Ok gut. (..) Was hat Sie damals dazu veranlasst sich für den Pflegeberuf zu  
11       entscheiden?

12       **W1:** Die Verwandtschaft war in der Pflege tätig und (..) ja. Ich wollte nicht am Bürotisch  
13       sitzen.

14 I: Wie würden Sie ihren Beruf beschreiben? Was ist das spezielle an dem Pflegeberuf?

15 **W1:** Intensivpflege oder Normalpflege?

16 I: Intensivpflege

17 **W1:** Intensivpflege. Man hat viel mit Technik zu tun. Kritische Situationen.

18 Notfallmanagement (..) was sehr interessant ist.

19 I: Ja. Und am Pflege. Gut ok. Und am Pflegeberuf am Pflegeberuf an sich was würden

20 Sie da (.) sagen?

21 **W1:** Na im Prinzip die Kommunikation mit Patienten halt oder (..) auch verschiedene

22 Situationen angehen, weil es ist ja doch ne dramatische Sache wenn die krank werden

23 oder wenn man krank ist und ja (.)

24 I: Ok. [lacht] Beschreiben Sie mal so ganz kurz n typischen Arbeitstag auf Ihrer

25 Station?!

26 **W1:** Ja. Viel gelaufe. [Lachen] gerade wenn die Station jetzt sehr groß ist und eigentlich

27 gleich die Zeit verrennt wie im Fluge kann man nur sagen

28 I: Ja. Gibt's da irgendwelche spezielle Tätigkeiten die (..) also im Vergleich zu anderen

29 Stationen die die ins Gewicht fallen?

30 **W1:** Halt die intensive Überwachung der Patienten na und im Prinzip auf ja wenn der

31 Blutdruck mal runter geht. (unv.) irgendwelche Schwankungen. Drauf reagieren halt, ne.

32 Oder Beatmung oder ist ja eigentlich alles ne

34 I: Ok. Ja. Würden Sie sagen, dass Pflege noch ein Frauenberuf ist und wenn ja warum?

35 **W1:** Nee. Würde ich nicht sagen. Das heißt Männer können genau so einfühlsam

36 [Störende laute Geräusche] umgehen bin ich der Meinung und (...) das ist auch schon

37 ganz nett wenn mehr Männer noch im Team sind und (..) nicht so viel gezicke [Lachen]

38 wie bei den Frauen.

39 I: Also würden Sie sagen, dass es in einem gemischten Team (.)

40 **W1:** Ja ist besser. Und man merkt das auch so halt technische Sachen wie auch denk  
41 ich mal mein Vorgänger gesagt hat das man halt (..) Manche Sachen weiß wissen  
42 Frauen nicht also [Lachen] könn se nicht wissen (..) Sind technisch haben se nicht so n  
43 Verständnis dafür. Dann hat man immer noch jemand der das weiß

44 **I:** Ja also auch auf der menschlichen Ebene

45 **W1:** Auf jeden Fall auch ja. Gerade wenn man junge Patienten hat die halt Männer sind  
46 und ist schon ganz gut wenn da auch n Mann halt rein geht oder halt irgendwelche  
47 [Dekaranlagen(unv.)] das man halt geschlechtsspezifisch die legt ne

48 **I:** Ja welche. Gibt es irgendwelche notwendigen Kompetenzen die für den Beruf Pflege  
49 benötigt werden? (..) Also irgendwelche Voraussetzungen?

50 **W1:** (unv.) ist beruflich schon ganz gut ne.

51 **I:** Auch in Hinsicht ob das Geschlecht eigentlich auch ne Rolle spielt. Also so Männer-  
52 Frauenbild sag ich jetzt mal so das Stichwort.

53 **W1:** nee würde ich nicht sagen.

54 **I:** Ok. Gibt es dabei Unterschiede zwischen der Arbeit einer Schwester und eines  
55 Pflegers?

56 **W1:** Nein.

57 **I:** Wie schätzen Sie die momentane Situation ein also sind Männer immer noch Exoten  
58 in der Pflege?

59 **W1:** Nein.

60 **I:** [lacht] Braucht die Pflege mehr Männer?

62 **W1:** Ja.

63 **I:** Warum?

64 **W1:** Ja schon allein das körperliche ne, das ist schon (..) was man manchmal so zu  
65 stemmen hat. Gerade die Bevölkerung wird immer Übergewichtiger und da kommt

66 manchmal so ne kleine zarte Schwester und muss da so n 180 Kilo Mann wuchten und  
67 es ist ja nun mal so wenn man eingeteilt ist und hat den Patienten da muss man ja auch  
68 mit irgendwie ne. Das geht auch ganz schön zu Lasten manchmal. Und da Männer  
69 kräftiger sind, meistens jedenfalls. Ist schon ganz gut wenn man dann jemand mit im  
70 Team hat den man mit rein holen kann

71 **I:** Ok. Gab es denn, also Sie haben ja gerade die Vorteile erwähnt eines gemischten  
72 Teams. Gab es schon mal irgendwelche Probleme in der Zusammenarbeit?

73 **W1:** Nicht das ich wüsste. [Gespräche im Hintergrund/ Laut]

74 **I:** Ja erfahren Sie diverse Klischees, wenn Sie erwähnen dass Sie Krankenschwester  
75 sind? Also werden Sie mit Klischees konfrontiert?

76 **W1:** Eigentlich nicht mehr, nee. Ich glaub dazu ist man auch einfach zu lange im Beruf  
77 oder würde es gleich abschmettern oder so, weil jeder Beruf hat ja seine Klischees sag  
78 ich mal

79 **I:** Ja, ja ok, aber zu Beginn Ihrer Berufslaufbahn?

80 **W1:** Bestimmt. Würd ich sagen. Ja aber hat mich jetzt nie so tendiert sag ich mal so  
81 und interessiert.

82 **I:** Was müsste Ihrer Meinung nach geschehen damit sich mehr Männer für den  
83 Pflegeberuf entscheiden?

84 **W1:** Ich denke mal viele Sachen gehen über das Finanzielle und da der Mann der  
85 Hauptverdiener sein sollte aber oft ja in dem Pflegeberuf auch nicht ist wenn jetzt  
86 wirklich die Frau nicht studiert hat dann Frau diejenige die mehr verdient und dieses  
87 Klischee halt, was auch wirklich in den Köpfen noch ist ne (..) das denk ich mal ist  
88 finanzielle Sache ist meistens die ganze Sache

89 **I:** Gut ja das war´s eigentlich schon [lacht] Dankeschön.

90 **W1:** Nicht´s zu danken.

### A.6.3 Experteninterview 3 – Männlich 2

#### Experteninterview (3/M2)

**Datum:** 17.04.2013

**Aufnahmedauer:** 13:44 Minuten

**Ort der Aufnahme:** Konferenzraum der Station, Durchgang zwischen Station, daher etwas laute Geräuschkulisse

**Gesprächsgegenstand:** Motive und Zugang zum Beruf, Berufsbild der Pflege, Geschlechterfragen

**Beteiligte Personen:** Studenten, Caterine Brode und Tina Leibiger, als Interviewer (I), Gesundheits- und Krankenpflegerin der Intensivstation der Universitätsklinik Greifswald (M2)

**Aufnahmesituation:** das Aufnahmegerät lag zwischen I und M2

**Vorgeschichte des Gesprächs:** Kontaktaufnahme zur Pflegedirektion über Mail, Weiterleitung an Bereichsleitung der Intensivmedizin, willkürliche Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte

1       **I:** Gut dann fangen wir an. [lacht] Erst mal zu Ihrem Alter.

2       **M2:** Ich bin 28.

3       **I:** Die (.) gegenwärtige Position die Sie begleiten?

4       **M2:** Ich bin HIER?! (lacht) Praktikant. Eigentlich bin ich eh bin ich eh Pflegekraft und  
5       mache die Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Anästhesie- und Intensivmedizin an  
6       der Charité in Berlin. Weil ich Greifswalder bin, bin ich als momentan hier im Praktikum  
7       als Einsatz. Arbeite hier als Pflegekraft natürlich auch.

8       **I:** Ehm die, gut die schulische Laufbahn? DA-VOR.

9       **M2:** Gymnasium, hab ich abgeschlossen in Greifswald

10       **I:** Ja. Aha. Alles klar. (..) Was hat Sie damals dazu veranlasst sich für den Beruf (.)  
11       Pflege zu entscheiden?

12       **M2:** Ich habe Zivildienst (.) gemacht. Hier in Greifswald und (.) habe mich, habe mir  
13       gezielt ausgesucht auf eine Intensivstation zu gehen als Zivildienstleistender, weil ich  
14       das überhaupt gar nicht kannte (.) Krankenhaus. Und dachte das ich vielleicht das

15 extreme machst gleich mal. War damals auf der chirurgischen Intensivstation der ITS 1  
16 die damals auf der [REDACTED]straße war schon unter Leitung der Schwester [REDACTED], die jetzt  
17 [REDACTED] und das hat mich so beeindruckt das ich gesagt hab im dem  
18 Sektor möchte ich bleiben. Hatte mich einmal auf Medizinstudium beworben aber nicht  
19 genug NC und Wartesemester und denn sagte eigentlich meine Mutter na dann bewirb  
20 dich doch auf Krankenpfleger und das hab ich dann auch nachdem ich noch ne Auszeit  
21 genommen hab auch gemacht

22 I: Ok. Wie würden Sie ihren Beruf beschreiben? Das spezielle am Pflegeberuf?

23 **M2:** Das spezielle am Pflegeberuf. (..) Ehm (..) ehm als Pflegekraft muss man glaub ich  
24 Alleskönner sein, weil (.) Das spezielle an diesem Beruf ist, dass man der Mittelpunkt  
25 von einem Netzwerk von Menschen ist, von verschiedenen Berufsgruppen, von  
26 verschiedenen Einzelpersonen, die alle an Erwartungen natürlich auch aneinander  
27 stellen, aber vor allem die Pflegekraft die zwischen diesen allen Leuten vermitteln muss  
28 und diese Ansprüche ausbalancieren muss. Und das ist also ein sehr, sehr vielfältiger  
29 Beruf der (.) mal mehr mal weniger Ansprüche auch an einen stellt (.) ja und sowohl  
30 körperlich als auch psychisch belastend sein kann

31 I: Ich würd Sie bitten ein typischen Arbeitstag auf ihrer Station zu beschreiben, also jetzt  
32 gut als Praktikant aber //wie//

33 **M2:** //Also den// Tagesablauf?

34 I: Ja genau.

35 **M2:** Abhängig davon welchen Dienst ich habe

36 I: Ja. Nehmen wir jetzt den Frühdienst.

37 **M2:** Na im Frühdienst würd es heißen zur (...) zum Dienstbeginn eine kurze Übergabe  
38 der gesamten Station zu erhalten und dann meine Patienten nochmal genauer  
39 übergeben zu übergeben bekommen ehm die morgen Medikamente geben. Die  
40 Patienten eh mobilisieren. Bei ihnen sie bei der Körperpflege unterstützen. Sie bei der  
41 Nahrungsaufnahme unterstützen. Assistieren bei diagnostischen Eingriffen. Die  
42 Transporte begleiten die möglicherweise in OP oder in zu einer anderen  
43 Diagnosegeräten stattfinden müssen. Die Angehörigen betreuen. Alles was geschieht  
44 eh was sich entwickelt an die Ärzte weiter geben. Und Dokumentation durchführen. Und

45 alles das EBEN genannte gleichzeitig und ständig nebenher und wechselnd zwischen  
46 einander rund rum solche Sachen wie Apotheken Bestellung machen. Desinfizieren,  
47 aufräumen und solche Geschichten. Geräte in Stand setzen. UND wenn ich das alles in  
48 acht Stunden Gemacht hab, (lacht) dann hab ich auch noch ne halbe Stunde Pause  
49 gemacht und dann übergebe ich mein Zimmer an den nächsten Dienst.

50 I: Ja, ok. (.) Würden Sie sagen das Pflege noch ein Frauenberuf ist?

51 M2: //Also//

52 I: //Und// wenn ja warum?

53 M2: Hab mich selbst mit [Zahlen (unv.) in letzter Zeit beschäftigt. Es ist  
54 doch ein Beruf wo, wo mehr Frauen als Männer arbeiten ABER ich weiß das es sich  
55 sehr stark ändert gerade im Intensivpflegebereich, weil das Bild der Pflege in der  
56 Gesellschaft sich geändert hat meiner Meinung nach. Es ist weniger dieses Händchen  
57 HALTEN und Für jemand da sein und mehr das professionelle(..) in einem Team  
58 arbeitende (..) mit hohen Anforderungen verbundene (..) pflegen heutzutage und die  
59 Arbeit wird glaub ich auch wird wird körperlich viel belastender inzwischen (..)   
60 was auch glaub ich dazu beiträgt, dass viel Männer auch inzwischen in der Pflege sind.

61 I: Welche notwendigen Kompetenzen werden für den Beruf Pflege benötigt?

62 M2: Also ich glaube Menschen die den Beruf Pflege länger ausüben, also die nicht  
63 nach wenigen Jahren schon sagen das is nichts für mich. Menschen die den Beruf  
64 länger ausüben sind in spezieller Menschenschlag. Ich kann nicht genau beschreiben  
65 was es ist aber wenn man die die anguckt die, die länger im Beruf sind so (..) man  
66 merkt das es passt bei den meisten so. Es ist natürlich ne ne. Der Umgang mit  
67 Menschen ist ganz wichtig. Also n Gefühl dafür haben wie es Menschen geht,  
68 vielleicht auch ohne dass sie sich selbst ausdrücken können (..) ist glaub ich das aller  
69 wichtigste (.) ABER es gehören sehr viele Qualitäten dazu, //die alle// unterschiedlich  
70 verteilt sind

71 I: //Würden// Würden Sie sagen dass das Geschlecht dabei ne große Rolle spielt?

72 M2: (..) Nö (..) Also ich glaube das es sowohl sehr emphatische männliche Pflegende  
73 gibt, als auch ich sag jetzt mal also weiblich Pflegende. Also wenn man die die  
74 klassischen Geschlechterrollen nimmt da sieht das Frauen eben empathischer sind. Ich  
75 glaub dass es auch genauso Frauen gibt, die in der Pflege n nicht arbeiten könnten,



- 76 weil ihnen das fehlt
- 77 **I:** Ja. Gibt es trotzdem Unterschiede in der Arbeit einer Schwester und eines Pflegers?  
78 (...) Also zwischen den beiden?
- 79 **M2:** [5sek.] Eigentlich nicht, weil also theoretisch nicht weil, weil viele was Pflegende  
80 machen inzwischen standardisiert ist und es Prozessabläufe gibt, die  
81 geschlechterunabhängig geregelt sind, aber ich denke schon wenn ich, wenn ich  
82 überlege (...) welche Pflegenden ich kenne also Kollegen die besonders engagiert sind,  
83 die sich BESONDERS in ihre Arbeit reinwerfen, dann fallen mir nur Frauen ein. Muss  
84 ich ehrlicherweise sagen. Ich glaube das Männer eher nochmal sagen „mach mor ma  
85 alles bissn ruhiger hier, wenn der Patient nicht will das is es ok“. Gibt's genauso unter  
86 den Frauen aber die die sehr engagierten sind die ich kenne sind Frauen
- 87 **I:** Ok. Gut. Und wie schätzen Sie die derzeitige Situation ein? Also hinsichtlich der  
88 Männer, sind sie immer noch Exoten im Pflegeberuf (...)
- 89 **M2:** Nö. Männer sind, Männer sind in der Pflege angekommen meiner Meinung nach.
- 90 **I:** Ja. Und die Pflege braucht Männer und wozu?
- 91 **M2:** [6sek.] Wozu braucht man Männer? (...) Also ich glaube nicht daran dass das  
92 Männer Qualitäten haben die Frauen nicht haben können, insofern weiß ich nicht ob  
93 man Männer zwangsläufig BRAUCHT (.) Aber die Pflege ist ein aber (...) Es tut dem Bild  
94 der Pflege in der Gesellschaft glaube gut wenn es wenn es nicht nur Frauen sind  
95 sondern wenn, wenn es ein Beruf ist der von allen selbstverständlich ausgeübt wird.  
96 Weil das verändert auch dieses Bild noch vom, ich sag jetzt mal BEMUTTERN. //Das  
97 ist was// die Pflege nicht mehr ist heutzutage
- 98 **I:** //Ja, JA// Ja. Gibt es spezifische Erwartungen an ihre Kollegen also seitens Frauen  
99 und Männer auch in Zusammenarbeit mit ihnen? Und unterscheidet sich die  
100 Zusammenarbeit zwischen Frauen, //also//
- 101 **M2:** //Erwartungen// die, die die Erwartungen die die Kollegen an mich haben?
- 102 **I:** Die Sie sozusagen auch an ein, an ein Team haben was glei, also was gemischt ist  
103 im Prinzip und ob Sie diese Arbeit auch als positiv bewerten würden, oder POSITIVER.

104 **M2:** Also meine Erwartungen an bezüglich der Geschlechtlichkeit an ein Team ist, das  
105 jeder unabhängig von seinem Geschlecht vernünftige Arbeit macht und vernünftig  
106 miteinander umgeht [störende Geräusche] [4sek.] Ich erwarte eigentlich von Menschen  
107 das sie wenn sie miteinander zusammenarbeiten, weil man sich nicht aussuchen kann  
108 mit wem man zusammen arbeitet, also ich. Äußere Merkmale wie Geschlechtlichkeit  
109 hinten anstellen.

110 **I:** Ok. (..) Welche Resonanz erfahren Sie wenn Leute von ihrem Beruf als  
111 Krankenpfleger erfahren? Werden Sie dabei noch mit Klischees konfrontiert?

112 **M2:** Klischees nicht, weil ich glaube die meisten Menschen wissen inzwischen das sich  
113 der Pflegeberuf ändert, die meist, die Resonanz die ich in der Regel kriege wenn ich  
114 sage ich bin Krankenpfleger und oft sage ich noch dazu ich bin Krankenpfleger und  
115 arbeite auf einer Intensivstation, dann sagen 95% ungefähr oder die allermeisten mit  
116 denen man redet, sagen: "Das ist bestimmt n ganz schwerer Beruf." (Lachen) Das  
117 sagen die allermeisten sofort und ich sag: "Ja das ist sowohl körperlich als auch  
118 psychisch belastend" und ich will eben auch nicht soviel erzählen davon, weil das mach  
119 ich auch n bisschen mit mir aus oder Leuten mit den ich drüber rede aber (..) man merkt  
120 doch das die Menschen es sich nicht vorstellen können so richtig was an macht. Oder  
121 auch wenn, wenn Angehörige zu zum ersten mal auf auf Station kommen und dann  
122 sehen wie man mit dem Patienten redet mit dem man arbeitet und sowas, die gucken  
123 einen auch manchmal mit großen Augen an so. (..) Ist ja auch n bisschen wie ne  
124 Raumstation hier (lachen) alles mit Maschinen voll ja, naja.

125 **I:** Ja ok. Ja die letzte Frage bezieht sich eigentlich darauf hin (..) was getan werden  
126 müsste damit sich mehr Männer für die Pflege entscheiden. (...)

127 **M2:** Ich glaube der Beruf der Pflege ist da schon auf einem sehr guten Weg. (..) Weil so  
128 sehr wie sich der Beruf professionalisiert hat und sich selbstständig gemacht hat und so  
129 viel Verantwortung wie Pflegenden inzwischen übernehmen ist es ein eigentlich sehr  
130 attraktiver Beruf, der leider durch die äußeren Umstände und Veränderungen im  
131 Gesundheitswesen sehr schwer geworden ist, aber ich halte ihn auch für Männer  
132 inzwischen für sehr, für sehr attraktiv muss ich sagen. Also vielleicht weil hab ich so n  
133 bisschen n [beiß (unv.)] drinne, ne Verzerrung, weil ich in der Intensivpflege arbeite wo  
134 wahrscheinlich mehr Männer arbeiten inzwischen als in Normalpflege. Aber ich glaube  
135 es bedarf, es bedarf nicht viele Veränderungen. Ich halte es für einen attraktiven Beruf,  
136 (..) wenn es leichter wäre oder und oder besser vergütet (..) gäb's keine Probleme mit  
137 freien Stellen und das Geschlecht, also ich persönlich geh davon aus  
138 Geschlechterverhältnis sich in Zukunft noch mehr angleichen wird.

139 **I:** Hatten Sie denn schon mal auf einer anderen Station über einen längeren Zeitraum  
140 gearbeitet? Also nicht auf so einer intensivmedizinischen doch doch sehr technisch  
141 orientierten Station.

142 **M2:** Na (lacht) das letzte mal in der Ausbildung. Die ich vor (..) drei n halb Jahren  
143 abgeschlossen hab inzwischen. (..) das waren vor allem Normalstationen auf denen ich  
144 da gearbeitet hab und da WAR das Verhältnis zwischen, also das Zahlenverhältnis  
145 zwischen Männern und Frauen anders. Also da gab's in der Regel in einem Team  
146 gab's dann so die, die drei, vier, fünf Männer und der große Rest waren waren  
147 weibliche Pflegende, waren Frauen //und ja//

148 **I:** //Ja//. Die Erinnerungen sind zwar schon bisschen, liegen zwar schon bisschen weiter  
149 weg, aber wie war denn dort die Zusammenarbeit? (..) Wie haben Sie das empfunden?

150 **M2:** (...) Es war also auf einer Normalstation finde ich ist die ist die Zusammenarbeit  
151 egal welchen Geschlechts man ist , steht WENIGER im Vordergrund weil doch oft man  
152 Einzelkämpfer ist, weil weniger Pflegende pro Dienst da sind. Meistens sind's nur zwei  
153 oder drei im Frühdienst und im Nachtdienst gibt's auch lange Phasen wo man alleine ist  
154 auf so ner Station LEIDER, bei mir im Haus. Aber der Umgang miteinander, ob Männer  
155 oder Frauen (..) hab ich nie als besonders oder problematisch empfunden. Allerdings  
156 muss ich sagen, dass das ich es mir gesagt wurde und das ich zeitweise auch selbst  
157 das Gefühl hatte, dass männliche Auszubildende lieber gesehen wurden (..) und n  
158 bisschen zuvorkommender behandelt wurden als Frauen in der Ausbildung. Das Gefühl  
159 hatte ich ich kann's jetzt nicht an einzelnen Situation festmachen, aber das wurde mir  
160 auch von anderen Leuten so gesagt. Naja, dir als, dir als Mann kommen sie natürlich  
161 mehr entgegen als wenn da ne SchwesternschülerIN kommt. Vielleicht weil es auf  
162 Normastation noch noch als kleines bisschen als exotisch gilt, wobei das ist inzwischen  
163 (..) Wenn man. also ich bin in der Jugendauszubildendenvertretung auch lange  
164 gewesen bis bis letztes Jahr eigentlich noch. Wenn man sich die, die Zahlen in den  
165 Ausbildungen anguckt muss man sagen, die Ausbildung ist jetzt eigentlich noch das ist  
166 lange nicht mehr so das es nur ein, zwei Männer sind pro Jahr. Sondern das sind n  
167 drittel oder fast die Hälfte, der der Auszubildenden sind inzwischen Männer, ja.

168 **I:** Gut. Dann war's das bis hier her. Dann Danken wir.

169 **M2:** Ich Danke auch. (..) Schön darüber gesprochen zu haben.

## A.6.4 Experteninterview 4 – Weiblich 2

### Experteninterview (4/W2)

**Datum:** 17.04.2013

**Aufnahmedauer:** 07:42 Minuten

**Ort der Aufnahme:** Konferenzraum der Station, Durchgang zwischen Station, daher etwas laute Geräuschkulisse

**Gesprächsgegenstand:** Motive und Zugang zum Beruf, Berufsbild der Pflege, Geschlechterfragen

**Beteiligte Personen:** Studenten, Caterine Brode und Tina Leibiger, als Interviewer (I), Gesundheits- und Krankenpflegerin der Intensivstation der Universitätsklinik Greifswald (W2)

**Aufnahmesituation:** das Aufnahmegerät lag zwischen I und W2

**Vorgeschichte des Gesprächs:** Kontaktaufnahme zur Pflegedirektion über Mail, Weiterleitung an Bereichsleitung der Intensivmedizin, willkürliche Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte

1 I: Zu ihrem Alter, wie alt sind Sie?

2 W2: 24

3 I: Und Ihre gegenwärtige Position hier?

4 W2: Krankenschwester, ja

5 I: Ok, ja

6 W2: (lacht)

7 I: Ihre schulische Laufbahn?

8 W2: Ich habe erst Abitur gemacht, dann ein freiwilliges soziales Jahr und dann hier die  
9 Ausbildung

10 I: Ok. Ja was hat sie dazu veranlasst sich für den Beruf Pflege zu entscheiden?

11 **W2:** Also ich fand den Beruf schon immer relativ spannend weil man mit vielen  
12 Menschen zusammen kommt, viele unterschiedliche Dinge sieht und viel erlebt und  
13 habe mich dann für dieses freiwillige Jahr entschieden, hab dann mal rein geguckt in in  
14 die Pflege, war dort auf einer Neurologie und das hat mir so gut gefallen, dass ich  
15 gesagt habe, ja das ist was für mich das möchte ich weiter machen.

16 **I:** Ok. Ja wie würden Sie Ihren Beruf beschreiben? Was ist das spezielle am  
17 Pflegeberuf?

18 **W2:** Also ich denke das spezielle ist das man mit ganz vielen unterschiedlichen  
19 Menschen zusammen kommt, die in Extremsituationen oder Problemsituationen hier bei  
20 uns sind und die einfach darauf angewiesen sind das man das man Ihnen hilft und man  
21 da ist, manchmal einfach nur zuhört das und jeder Tag ist anders. Also man kann nicht  
22 sagen heute mache ich das so, heute mach ich das so, heute mach ich das so. Man  
23 muss halt immer gucken was was kommt. Es gibt halt so viele Zwischenfälle und  
24 individuelle Situationen auf die man sich einstellen muss und auch einlassen muss.

25 **I:** Beschreiben Sie bitte einen typischen Arbeitstag auf Ihres Station.

26 **W2:** JA. Also morgens haben wir erstmal Übergabe. Erfahren was mit den Patienten  
27 was es neues gibt, was am Tage so anliegt. Dann kommt die ärztliche Visite. Ja dann  
28 werden die Medikamente vorbereitet und den Patienten gegeben. Ja lagern gehört mit  
29 dazu, zwei bis drei mal pro Schicht, das kommt auch ein bisschen darauf an was man  
30 so für Patienten hat. Mobilisation in Sessel zum Beispiel, gehört mit dazu und ja  
31 Körperpflege, Verbände versorgen eventuell noch zur Untersuchung fahren. (..) Das  
32 sind halt so die typischen Sachen die wir jeden tag haben eigentlich.

33 **I:** Ok. Ist Pflege für Sie ein Frauenberuf? Ein typischer Frauenberuf?

34 **W2:** Eigentlich nicht mehr.

35 **I:** Nicht mehr. Ok. Welche notwendigen Kompetenzen werden für den Pflegeberuf  
36 benötigt?

37 **W2:** Ja man sollte auf jeden Fall kontaktfreudig sein, teamfähig, ja in gewisser weise  
38 auch einfach ja bereit sich auf neue Dinge einzulassen eigentlich ne. Ne gewisse  
39 Freundlichkeit sollte man auch an den Tag legen, also wenn man keine Menschen mag  
40 dann ist man hier einfach falsch und man sollte auch nicht so ne hohe Scham und

41 Ekelgrenze haben. Das ist wichtig weil sonst kommt man einfach nicht so sehr weit hier  
42 bei uns im Beruf

43 **I:** Ok. Und spielt an dieser Stelle das Geschlecht eine Rolle um pflegen zu können?

44 **W2:** Eigentlich nö, find ich gar nicht. Also wenn man, wenn man seinen Beruf mag und  
45 mit anderen Menschen gerne arbeitet, dann ist es total egal ob Mann oder Frau

46 **I:** Und es können Männer, sowohl Männer als auch Frauen pflegen?

47 **W2:** JA. Auf jeden Fall

48 **I:** Ok. Ok. Ja gibt es Unterschiede zwischen der Arbeit einer Schwester und eines  
49 Pflegers?

50 **W2:** Nö eigentlich, eigentlich gar nicht. Also wenn wir jetzt viele sehr schwere Patienten  
51 haben, dann holen wir uns schon gerne n Mann mit dazu. Einfach weil es dann für uns  
52 leichter ist. Wenn man sich jetzt vorstellt n 150 Kilo Patient den allein zu bewegen ist  
53 natürlich schwierig, wenn man da n kräftigen Mann mit hat dann ist es einfach  
54 LEICHTER . Aber das heißt ja nicht das wir es als Frauen das nicht könnte und ja. Also  
55 so als Unterstützung ist es schon ganz schön wenn man einen Mann mit da hat, aber  
56 große Unterschiede gibt es eigentlich nicht wir machen alle das gleiche

57 **I:** Also Pfleger gehen auch nicht anders mit den Patienten um als Schwestern?

58 **W2:** NA, also im Grunde würd ich sagen NEIN. Es geht natürlich JEDER individuell mit  
59 den Patienten um. Also jede Frau geht unterschiedlich mit´m Patienten um, jeder Mann  
60 geht unterschiedlich mit´m Patienten um, aber es gibt jetzt keine generelle  
61 Unterscheide. Also es gibt eigentlich nur die Unterschiede in der Persönlichkeit der  
62 Pfleger oder der Schwestern, dementsprechend anders geht man dann eben mit den  
63 Patienten um, aber das ist nicht geschlechterabhängig.

64 **I:** Ok. Wie schätzen Sie die derzeitige Situation ein. Sind Männer immer noch Exoten im  
65 Pflegeberuf?

66 **W2:** Also ich hab eigentlich den Eindruck das es sich die letzten Jahre doch stark  
67 gebessert hat. Dass immer mehr Männer auch Interesse haben den Beruf zu machen  
68 und das es auch in den Medien nicht mehr so als Frauenberuf verschrien wird. Also

69 früher war es einfach so Krankenschwester war einfach so n Frauenberuf und da haben  
70 sich Männer auch gar keine Gedanken drüber gemacht möchte ich das jetzt machen  
71 oder nicht, aber ich hab das Gefühl as es die letzten Jahre doch (.) sich geändert hat  
72 und wenn man so bei uns auf Station guckt wir haben auch relativ viele Männer, also  
73 wenn man sich da so das Bild anguckt kann das nicht mehr so sagen

74 **I:** Braucht die Pflege Männer?

75 **W2:** Auf jeden Fall

76 **I:** Und wozu?

77 **W2:** Also ich persönlich find's erstmal auch für die Patienten schöner, wenn sie nicht  
78 immer NUR von Frauen betreut werden. Gerade für männliche Patienten ist es ja auch  
79 mal schön wenn (.) Männer unter sich rede ja auch anders. Gut unsere Patienten reden  
80 jetzt nicht alle SO viel, aber trotzdem ist es einfach ja auch schön wenn man sich mit  
81 Männer vielleicht mal über Autos, Fußball oder keine Ahnung was unterhalten kann,  
82 worüber man sich eben nicht unterhalten kann . Und eben auch gerade so Sachen zum  
83 Lagern ist es natürlich schön. Und ich find's auch einfach fürs Kollektiv schöner, wenn  
84 so n bisschen durchmischt ist. [Nicht nur Frauen die Zicken (unv.)] aufeinander hocken.  
85 So n Mann lockert das ganze Team auch einfach so n bisschen mit auf.

86 **I:** Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit ihren Kollegen?

87 **W2:** Also ich denk man sollte doch hilfsbereit dem anderen gegenüber treten, wenn  
88 irgendwie was ist das man mit anpackt. Und einfach, ja die Arbeit auch einfach sehen,  
89 also ich denk, ich denk ich denk das ist wichtig. Sich nicht in seinem eigenen Zimmer  
90 verkriechen, ich hab zwar nichts zu tun aber ich bleib mal in meinem Zimmer da  
91 passiert mir nichts, sondern einfach mal rund um Blick

92 **I:** Und unterscheiden sich diese Erwartungen in Bezug auf männliche oder //weibliche  
93 Kollegen//?

94 **W2:** //Nee gar nicht, also// Eigentlich seh ich das ei jedem Kollegen gleich.

95 **I:** Arbeiten Sie lieber mit Frauen oder mit Männern zusammen?

96 **W2:** Das kann ich so pauschal gar nicht sagen. Also man hat natürlich so seine Lieblings  
97 Kollegen, ich denke das ist klar, aber das hängt jetzt nicht an Mann oder Frau

98 I: Welche Resonanz erfahren Sie wenn sie von ihrem Beruf erzählen? Werden Sie mit  
99 Klischees konfrontiert?

100 **W2:** Teilweise JA, also grade Leute die man vielleicht noch nicht so lange kennt oder  
101 die haben schon auch so'n bisschen Vorurteile. Was den Beruf in der Pflege so angeht,  
102 was man da den ganzen Tag so machen muss. Aber die Leute die mich schon bisschen  
103 länger kennen, die auch WISSEN was man den ganzen Tag macht, haben eigentlich  
104 eher Respekt vor der Arbeit. Viele sagen auch es wäre nichts für sie, sie würden das  
105 selbst nicht machen wollen. Sie können das nicht oder können kein Blut sehen oder  
106 was auch immer. Also die mit die man sich intensiver unterhält, die haben eigentlich  
107 eher Respekt vor dem was man macht und nicht so dieses abwertende "Naja, ihr geht  
108 ja eh den ganzen Tag nur an eh Hintern abwischen" (..) Also die Klischees gibt es  
109 natürlich aber passiert mir nicht so häufig. Also die meisten Leute wissen einfach was  
110 ich mache [Laut, im Hintergrund Gespräche]

111 I: Und was müsste Ihrer Meinung nach geschehen, dass sich mehr Männer für den  
112 Pflegeberuf entscheiden?

113 **W2:** Ich denke mal ein wichtiger Punkt ist bestimmt das Finanzielle, weil in vielen  
114 anderen Berufen vielleicht auch n bisschen mehr verdient als Mann. (.) Ja und vielleicht  
115 auch einfach n bisschen n bisschen Werbung machen. Dass man vielleicht, also das  
116 man Pflege, PFLEGER nicht unbedingt mit dem Klischee behaftet naja machen nur  
117 SCHWULE oder keine Ahnung. Dieses Klischee gibt es ja sicherlich. "Männer in Pflege  
118 um Gottes Willen." Naja aber ne es gibt sie ja auch in anderen Berufen, die eben  
119 Homosexuell sind. Aber einfach zu sagen das is n is n starker Beruf, das hat nicht was  
120 mit DRECKSARBEIT zu tun oder so, sonder das ist wirklich n würdevoller Beruf der  
121 auch anspruchsvoll ist. Ich denke wenn man das n bisschen mehr in die Außenwelt  
122 trägt, dann entscheiden sich vielleicht auch mehr Männer dazu

123 I: Ok. Ja. Dankeschön. Danke

124 **W2:** Kein Problem. Jetzt geht's weiter.



### A.6.5 Experteninterview 5 – Männlich 3

#### Experteninterview (5/M3)

**Datum:** 17.04.2013

**Aufnahmedauer:** 09:00 Minuten

**Ort der Aufnahme:** Konferenzraum der Station, Durchgang zwischen Station, daher etwas laute Geräuschkulisse

**Gesprächsgegenstand:** Motive und Zugang zum Beruf, Berufsbild der Pflege, Geschlechterfragen

**Beteiligte Personen:** Studenten, Caterine Brode und Tina Leibiger, als Interviewer (I), Gesundheits- und Krankenpflegerin der Intensivstation der Universitätsklinik Greifswald (M3)

**Aufnahmesituation:** das Aufnahmegerät lag zwischen I und M3

**Vorgeschichte des Gesprächs:** Kontaktaufnahme zur Pflegedirektion über Mail, Weiterleitung an Bereichsleitung der Intensivmedizin, willkürliche Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte

1 I: Dann würde ich erstmal fragen, wie alt sie sind?

2 M3: 25

3 I: Und welche Position Sie derzeit hier bekleiden?

4 M3: Na, Gesundheits- und Krankenpfleger bin ich.

5 I: Ja, und wie sieht Ihre schulische, berufliche Laufbahn aus?

6 M3: Na schulische Laufbahn, ich hab Abitur gemacht, Zivildienst und dann die  
7 Ausbildung.

8 I: Ja,ok (.) Wann , wann war das?

9 M3: (..) Wann war das? Pff (4) vor dreieinhalb, vier Jahren. War ich

- 10 ungefähr fertig mit der Ausbildung. Und dann wie gesagt, gleich nach der  
11 Schule den Zivildienst //Ja, Ja//die Ausbildung gemacht.
- 12 **I:** Ok. Und was hat Sie dazu veranlasst, sich dann für den Beruf zu  
13 entscheiden?
- 14 **M3:** Das ist ne gute Frage //(lachen)//. Kann ich gar nich so genau sagen. Weiß  
15 nicht, vielleicht der klinische Erfahrung durch Zivildienst.
- 16 **I:** Mmh.
- 17 **M3:** (.) Würde ich sagen.
- 18 **I:** Also, eine eindeutige Motivation gab es jetzt nicht.
- 19 **M3:** Ne, also, wär jetzt nicht vor, dass ich mein Leben lang schon gesagt hab',  
20 ich will Krankenpfleger werden.
- 21 **I:** Ja, ja.
- 22 **M3:** Das kam jetzt eher. Genau, durch die Arbeit so und so in der Klinik.
- 23 **I:** Mmh. Ok. Was ist das Spezielle für Sie an dem Beruf, wie würden Sie das  
24 Berufsfeld beschreiben?
- 25 **M3:** Das Spezielle, man hat viel eigene Verantwortung und kann nah am  
26 Patienten arbeiten.
- 27 **I:** Ja.
- 28 **M3:** Also dieses patientenbezogene Arbeiten.
- 29 **I:** Ja. Ist das jetzt auch, also vor allem die Verantwortung die Sie tragen, auch  
30 jetzt eher auf dem Intensivbereich oder generell in der Pflege?
- 31 **M3:** Ich denke generell in der PFLEGE, aber hier natürlich mehr ne als  
32 anderswo.
- 33 **I:** Mmh, mmh. (.) Dann würde ich Sie bitten, einfach mal so nen typischen  
34 Arbeitsalltag zu beschreiben, hier auf Station.

- 35 **M3:** (..) Oh Gott. (...) Das ist ja das Schöne, glaube ich, bei uns, wir haben  
36 nicht so einen festen Alltag.
- 37 **I:** Mmh.
- 38 **M3:** Also ist hier wirklich, von Tag zu Tag anders ist. Das man nicht, das man  
39 nicht so den vorgegebenen Alltag hat, morgens kommt man, macht das, das  
40 und das. Und diss jeden Tag neu ist. ((Wasser wird eingegossen))
- 41 **I:** Ja.
- 42 **M3:** //Dis ist schen, DANKESCHÖN.//
- 43 **I:** //(lachen)//
- 44 **M3:** //Ja, kommt man nicht so oft zu.//
- 45 **I:** //(lachen) Nicht gut//. Ja, Würden Sie sagen, dass der Pf, das die Pflege  
46 noch'n Frauenberuf ist und wenn ja warum.
- 47 **M3:** (..) Schwierig. Ich denke, gerade in Intensivbereichen oder OP, also  
48 Funktionspflege eher nicht, das ist doch deutlich gemischt und ja im peripheren  
49 Bereich schon, aber ich denke das noch eher klassisches Rollenverständnis.
- 50 **I:** JA.
- 51 **M3:** Also
- 52 **I:** Mmh.
- 53 **M3:** Ne, aber ich seh jetzt. Schwer zu sagen, also in meiner Ausbildung, da hat  
54 man schon gesehen, dass der Männeranteil zunimmt.
- 55 **I:** Mmh.
- 56 **M3:** Ich denke, dass wird sich jetzt auch nach und nach mehr durchmischen.
- 57 **I:** Mmh, ok. Gibt es notwendige Kompetenzen, die für den Beruf Pflege, ja  
58 benötigt werden und sind diese auch geschlechterspezifisch?

- 59 **M3:** (..) Schwierig. Ich denke so die Kernkompetenz ist eigentlich das man  
60 Empathie hat mit den Patienten und (seufzt) geschlechterspezifisch, SCHWER  
61 zu sagen, ich denke, dass ist von Person zu Person unterschiedlich.
- 62 **I:** Mmh, mhh.
- 63 **M3:** (.) Ne, also ich würde jetzt nicht sagen, alle Frauen haben ein besseres  
64 Empathieverständnis.
- 65 **I:** Ja.
- 66 **M3:** Als Männer (..) Also würde ich sagen, das ist nicht unbedingt  
67 geschlechtergebunden.
- 68 **I:** Okay. Gibt es allerdings auch Unterschiede in der Arbeit einer Schwester und 69  
oder eines Pflegers?
- 70 **M3:** Schwierig(.) Mmh (atmet aus) Das kann ich jetzt schlecht sagen, weil ich  
71 weiß ja nur wie ich arbeite, ja klar sieht man auch Kollegen, wo ich denke ja  
72 vielleicht, sind Männer manchmal, anders im Umgang mit dem Patienten, was  
73 ihnen manchmal vielleicht auch ganz gut tut.
- 74 **I:** Wie , wie äußert sich das?
- 75 **M3:** Mmmmh, naja das ja, weiß ich nicht. Frauen haben (..) kann man jetzt  
76 schwer sagen, aber so ein Bild von unserer Station doch oft, naja das sie (..)   
77 Mitgefühl ist das, also ist das falsche Wort, aber doch, ne, den Patienten  
78 manchmal nicht ganz so FORDERN. Also ne. Sie den dann doch n bisschen  
79 Mitgefühl für den Patienten haben und den nicht ganz so fordern, wo die  
80 Kollegen dann sagen, iss aber jetzt wichtig und jetzt.
- 81 **I:** Mmh. (..) Also der Mann eher rationaler vielleicht?
- 82 **M3:** Genau. (unv. Schrank wird durch Mitarbeiter geschlossen)
- 83 **I:** Funktionaler (..) Okay gut.

- 84 **M3:** Also kann man auch jetzt nich auf alle sagen, aber das, ist manchmal ne 85  
das Gefühl.
- 86 **I:** Nein, s in Ordnung, auch wenn's für alle so zu treffen würde, Ihrerseits, wär  
87 auch in Ordnung. Wie schätzen Sie die derzeitige Situation ein, also sind  
88 Männer nach wie vor noch Exoten im Pflegeberuf AN SICH, also nicht  
89 unmittelbar jetzt hier auf der Intensivstation, sondern generell, also.
- 90 **M3:** (..) Schwierig. Also Exoten wie gesagt, denke ich nicht mehr. Das hat sich  
91 in den letzten Jahren doch DEUTLICH verändert. Wenn ich jetzt gucke (...)  
92 (unv.)wenn ich im Krankenhaus war, als ich, was weiß ich, zwölf dreizehn war,  
93 da hat man keinen Mann auf Station gesehen und das hat jetzt deutlich  
94 zugenommen. Also jetzt würde ich sagen Exoten nicht, gerade durch die  
95 medizinisch technischen Berufe, was weiß ich MTA, ATA, und was es jetzt alles  
96 gibt, gerade da sind ja viele Männer.
- 97 **I:** Und die Pflege BRAUCHT Männer?
- 98 **M3:** Ich denke. Also ne gesunde Durchmischung, ist glaube ich, in jedem  
99 Berufsfeld wichtig.
- 100 **I:** Ja. Äußert sich dann wahrscheinlich auch in der Zusammenarbeit, so in den  
101 Teams?
- 102 **M3:** Na klar, hat, ich find n gemischtes Team hat n deutlich besseres  
103 StationsKLIMA, als n reines Männer- oder Frauenteam.
- 104 **I:** Ja. Wie äußert, also könne Sie das an einer konkreten Situation vielleicht  
105 festmachen, dass das in einem gemischten Team angenehmer ist zu arbeiten?
- 106 **M3:** Mmmh (..) Na schwierig, es hat denke ich auch was damit zu tun, dass (5)  
107 (seufzt) Männer und Frauen anders an Probleme rangehen. Ist ja oft bei  
108 Frauen, dass, dann, wie sage ich es charmant, ein bisschen rumgezickt wird  
109 und wenn Männer im Team sind, dann wird's mal laut, man macht sich ein  
110 bisschen doof von der Seite an, aber dann ist das Thema auch gegessen.
- 111 **I:** (lachen) Ja, okay, gut. Haben Sie spezielle Erwartungen an Ihre Kollegen?
- 112 **M3:** Spezielle Erwartungen.

113 I: Also so im TEAM, und sind diese auch geschlechterSPEZIFISCH, also haben  
114 Sie an eine Frau vielleicht auch andere Erwartungen, als an einem Mann?

115 M3: Ne, also das definitiv nicht.

116 I: Okay.

117 M3: Also die Einzigsten Erwartungen, was weiß ich, jeder der hier ist achteinhalb  
118 Stunden das macht, ne weswegen er hier ist und ordentlich arbeiten und es ist  
119 jetzt egal ob das n Mann oder ne Frau ist. Das Optimum für'n Patienten  
120 rausholen.

121 I: Okay gut. Welche Resonanz erfahren Sie, von Ihrer Umwelt, wenn Sie sagen,  
122 dass Sie Gesundheits- und Krankenpfleger sind. Werden Sie da noch öfter mit  
123 Klischees konfrontiert?

124 M3: (...) Es kommt jetzt drauf an, welche Altersgruppe. In den jüngeren  
125 Altersgruppen, was weiß ich mein Alter jünger eher NICHT. Und jetzt von  
126 älteren Personen, mit denen man sich unterhält, was weiß ich dreißig, vierzig,  
127 ne die Richtung, dann natürlich noch deutlich mehr. Aber wie gesagt, dass was  
128 ich schon sagt mit dem, denke ich Rollenverständnis, ne.

129 I: Gut. Ja, also dieses Rollenverständnis, ist jetzt, würden Sie sagen, in Ihrer  
130 Altersgruppe nicht mehr so allgegenwärtig.

131 M3: Ne, also nicht nur in unserem Berufsbild sondern in allen Berufsbildern, ne,  
132 das sich das deutlich geöffnet hat. Und das deswegen ja auch nicht mehr so,  
133 KLISCHEEBEHAFTE ist, ne. Früher wie gesagt, hat man die  
134 Krankenschwester gesehn, in ihrem Kleidchen, mit ihrer Haube rumgestöckelt.  
135 Ist ja heute nicht mehr so.

136 I: Ja okay. Aber, gut aber so so diverse geschlechtsspezifische  
137 Verhaltenseigenschaften, gibt es da im Bezug auf pflegerische Tätigkeiten  
138 vielleicht doch irgdn Unterschied oder?

139 M3: (..) Atok ne.

140 I: Ne. Könnte man wahrscheinlich nur an einer konkreten Situation festmachen.

141 **M3:** Ich wollt grad sagen, ne konkrete Situation, ich glaub da, ham sowohl  
142 Frauen als Männer die komplett unterschiedlich reagieren und auch die Frauen  
143 untereinander, ne deswegen.

144 **I:** Mir fällt dann immer so jetzt, grad hier in der Intensivmedizin ein, vielleicht  
145 sone Notfallsituation, dass da vielleicht ein Mann anders rangeht als ne Frau  
146 oder so. Ich weiß nicht ob da?

147 **M3:** Ne, is nicht.

148 **I:** Ne, okay. (..) Gut. Sie meinten zwar dass Männer mehr im Pflegeberuf jetzt  
149 tätig sind, aber sind ja immer noch ziemlich wenige und was müsste eigentlich  
150 geschehen damit sich doch mehr Männer dafür entscheiden?

151 **M3:** Das ist ne gute Frage.

152 **I:** (lachen)

153 **M3:** Ne, schwierig. Also ich denke mal, man müsste das ganze Berufsbild, lu,  
154 na lukrativer och nicht, aber ne (..) schwierig, attraktiver machen halt einfach für  
155 die Bewerber. Man muss ja sagen halt doch ziemlich (.) naja (.), nicht so  
156 schöne Arbeitszeiten, ne man hat, ist die meisten Wochenenden ist man hier,  
157 man hat Schichtdienst und so weiter. Man hat auch ne ziemlich hohe  
158 Verantwortung und, naja dass man das deutlich lukrativer macht, ob's jetzt, was  
159 weiß ich Vergütung ist, ob's die Arbeitsbedingungen sind, ob man Ausgleich  
160 durch die Uni schafft, ne. Natürlich ne, und ich denke mal so würde man auch  
161 mehr Männer und mehr Leute insgesamt reinkriegen. Ne, wir haben ja jetzt hier  
162 überall Notstände und ich, das ist jetzt die Frage, ob's jetzt Männer oder Frauen  
163 sind, ist ja, denke ich ziemlich egal. Weil die Klassenstärken nehmen ja auch  
164 ab.

165 **I:** Ja, das ist richtig, ja genau. Das war's dann von unserer Seite. Wir danken.

166 **W5:** Ja, klar gerne.

## A.6.6 Experteninterview 6 – Weiblich 3

### Experteninterview (6/W3)

**Datum:** 17.04.2013

**Aufnahmedauer:** 09:15 Minuten

**Ort der Aufnahme:** Konferenzraum der Station, Durchgang zwischen Station, daher etwas laute Geräuschkulisse

**Gesprächsgegenstand:** Motive und Zugang zum Beruf, Berufsbild der Pflege, Geschlechterfragen

**Beteiligte Personen:** Studenten, Caterine Brode und Tina Leibiger, als Interviewer (I), Gesundheits- und Krankenpfleger der Intensivstation der Universitätsklinik Greifswald (W3)

**Aufnahmesituation:** das Aufnahmegerät lag zwischen I und W3

**Vorgeschichte des Gesprächs:** Kontaktaufnahme zur Pflegedirektion über Mail, Weiterleitung an Bereichsleitung der Intensivmedizin, willkürliche Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte, die Du-Form wurde von Seiten des zu- Befragten erwünscht

1 I: Wie alt bist Du?

2 W3: 25

3 I: Okay. Und Deine gegenwärtige Position hier?

4 W3: Ganz normale Krankenschwester.

5 I: Ja, gut. Deine schulische Laufbahn?

6 W3: Ach Gott. Realschule, hab' ich gemacht und dann hatte ich ein freiwilliges

7 soziales Jahr damals, hieß es noch, und dann habe ich die Ausbildung dazu

8 ganz normal begonnen.



9 I: Okay, und was hat Dich dann dazu veranlasst, dich dann für den Pflegeberuf  
10 zu entscheiden

11 **W3:** Ich wollte initial mal Hebamme werden. Das konnte man damals nur mit 17  
12 werden, darum habe ich das freiwillige soziale Jahr gemacht und dann bist ja  
13 schon in der Klinik ein bisschen eingetaktet worden, war damals in der  
14 Hautklinik. Ja, hatte mich dann als Hebamme beworben, die hatten dann leider  
15 keine Stelle und hatten mir das als Alternative angeboten. Also sie wollten mich  
16 gerne haben und nun konnte dann noch wählen, Hebamme ne,  
17 Kinderkrankenschwester oder Krankenschwester mache. Habe dann  
18 Krankenschwester genommen. Ja, und dann ist man so drin gewesen, sag' ich  
19 mal so.

20 I: Okay. Ja, wie würdest Du Deinen Beruf beschreiben, was ist das Spezielle  
21 am Pflegeberuf?

22 **W3:**(...) Was ist das spezielle am Pflegeberuf? (4) Ach du große Neune. Na die  
23 Betreuung des Patienten, würde ich sagen, ne, dazu gehört einmal die  
24 medikamentöse, einmal die ganzen Hilfeleistungen, die man macht, die  
25 komplette Übernahme, die teilweise Übernahme (.) und der Kontakt zwischen  
26 Arzt und Schwester, das ist ja bei uns auch, also gerade auch auf der  
27 Intensivstation spielt's ja ne ganz große Rolle, ne dass die Schwester, nicht nur,  
28 sag' ich mal, die Waschenposition und (.) naja, was dazu gehört hat, sondern  
29 eigentlich mit in der Behandlung einbegriffen ist, ne. Also morgens in der Visite  
30 wird das eigentlich schon ausgetauscht.

31 I: Mmh. Okay. Dann würde ich Dich bitten mal einen typischen Arbeitsalltag auf  
32 der Station zu beschreiben, ganz kurz.

33 **W3:** Was haben die anderen gemacht? Nachtdienst oder Frühdienst oder so?

34 I: Frühdienst, oder.

35 **W3:** Frühdienst also. Ich kann ja mal nen anderen Dienst nehmen.

36 I: //Eigentlich ist es auch egal. (lachen)//

37 **W3:** //Ich kann ja mal nen anderen Dienst nehmen. Nehme ich mal den  
38 Nachtdienst, meinen Lieblingsdienst (lachen)//. Ja, wir kommen abends um halb

39 zehn auf Station, übernehmen das Zimmer, machen abends nochmal ne kurze  
40 Tafelvisite, ne das wir mal alle Patienten oder wenn man die nicht kennt, gerade 41  
die neu dazugekommen sind, vorstellt, was die haben, sodass wenn einer mal  
42 irgendwo hin muss, Herzalarm, Schockraum, sodass man grob weiß, was hat  
43 der, was ist bei dem WICHTIG. Dann verteilen wir uns in unsere Zimmer,  
44 übernehmen unser Zimmer. Ja und um 23 Uhr beginnt dann wieder die  
45 Bettenrunde, sag' ich mal so, da kriegen die Patienten die Medikamente, jede  
46 Stunde wird natürlich bei uns abgelesen, da kriegen die Patienten die  
47 Medikamente, die werden auf den Rücken oder et cetera. Man macht vielleicht  
48 noch ein bisschen Diagnostik, gerade um 23 Uhr, könnte man nochmal ein  
49 bisschen Blut abnehmen. Dann müssen wir die Station, immer nochmal, wenn  
50 wir das gemacht haben, räumen wir die Station auf, ne Stationsküche,  
51 Schwesternküche. Dann werden die Spülen aufgeräumt, dann werden  
52 Instrumente in den Zimmern eingesammelt, in den Steri geschickt, das teilt man  
53 nachher auch nochmal wieder aus. Dann werden neue Pflegeutensilien  
54 hingestellt, die so mehr nach Standard alle 24 Stunden gewechselt werden  
55 müssen. Ja und um viere oder halb vier, je nachdem, wie viele Patienten man  
56 betreut oder wie groß der Arbeitsaufwand ist, fängt man wieder an, mit seine  
57 Bettenrunde. Zu jeder vollen Stunde, wie immer ablesen und Medikamente  
58 geben, die dann so anfallen.

59 I: Mmh, okay. Ist Pflege für dich ein Frauenberuf?

60 **W3:** (.) Also hier, hier nicht mehr, muss ich sagen. Gar nicht mehr.

61 I://Und allgemein?//

62 **W3:** //Das ist auch immer schön.// Nö. Also, ich bin da ganz weg. Das war ja  
63 damals, immer so, also damals gab's ja nur Krankenschwestern. Aber (.) es ist  
64 sehr angenehm mit Männern zusammen zu arbeiten.

65 I: Okay. Welche notwendigen Kompetenzen werden für den Pflegeberuf  
66 benötigt?

67 **W3:** (...) Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, man muss kommunikativ sein, man  
68 muss offen sein, man darf sich nicht alles zu Herzen nehmen, ne also, das ist ja  
69 auch gerade hier, dass es auch mal laut wird, oder das man sich auch  
70 irgendwelche, welche Meinung sagen muss. Man muss situationsgerecht  
71 handeln und man kann nicht, ich sag' mal so, man kann nicht immer nur nach

72 Standard arbeiten, man muss schon spontan auch sein.

73 I: Mmh. Und spielt dabei das Geschlecht eine Rolle?

74 **W3:** (.) Ne.

75 I: (.) Also gibt es Unterschiede zwischen der Arbeit einer Schwester und eines  
76 Pflegers?

77 **W3:** Also hier nicht, gar nicht.

78 I: Okay. Und auf anderen Stationen?

79 **W3:** (flüstert) (.) Weiß ich nicht, kann ich mich auch nicht mehr dran erinnern.  
80 Nach der Ausbildung bin ich auch gleich hierher. Na gut ich war sechs Monate  
81 noch in ner Frauenklinik, da gab's kein Pfleger.

82 I: Aha. Wie war da die Zusammenarbeit, (..) wo es keinen Pfleger gab?

83 **W3:**(..) Auch anders. Ich hatte meine Prüfung damals auf der ITS zwei gemacht  
84 und da wird man son bisschen verwöhnt, würde ich mal sagen, so. Man lernt,  
85 was ganz, also Pflege von ner anderen Seite kennen und ich kannte vorher  
86 keinen richtigen Patientenkontakt. Man wird so abgestempelt. Ne, morgens hast  
87 deine Blutdrücke gemessen, Temperaturen gemessen, gefragt „Haben Sie  
88 schon Stuhlgang? Ja oder Nein.“, dann haste angefangen alle zu waschen und  
89 so, und alle wirklich nur diese Hifelleistungen. Hier wird man ja so richtig und  
90 plötzlich steht man im Zimmer und dann man muss alles wissen zu dem  
91 Patienten, man muss selbstständig auch mal handeln können.

92 I: Und och so in Bezug, also Sie mein, Du meintest ja, dass dort auch keine  
93 PFLEGER waren, oder in?

94 **W3:** Also in der Frauenklinik.

95 I: Genau in der Fraun, wie wie war das, wie war die Zusammenarbeit unter  
96 FRAUEN? //Anders als hier?//

97 **W3:** (5) (seufzt) // Ich fand das manchmal recht schwierig, das waren, das  
98 waren, nachher schon ne mittlere Altersklasse, die waren recht lange da. Die

- 99 ham nur ihr Fachgebiet gesehen und man war ja ne junge frische Schwester, 100  
die kommt von der Intensivstation, dann wird immer gesagt „Ah, du kannst ja  
101 alles“. Man kann natürlich nicht alles (.) Auch wenn ich das halbe Jahr als  
102 Schülerin dort war, aber das war einfach so. Hab‘ mich dann schleunigst  
103 zurückbeworben und hab’s dann geschafft, dann biste drinne.
- 104 **I:** Mmh. Also sind Männer keine Exoten im Frauen oder im Pflegeberuf?
- 105 **W3:** (.) Ne, also wer wer sie mal hatte und //mal kennengelernt hat und so//, der  
106 möchte sie glaube ich auch nicht missen.
- 107 **I:** //(lachen)//Okay.
- 108 **W3:** Das hat nicht immer was mit dem Kräftegrad zu tun, ne also das man  
109 immer sagt, „Zum Lagern vielleicht sind die super“ sondern auch so von der  
110 persönlichen auch mal so (.) //Die Hormone sag ich immer (lacht)//
- 111 **I:** //Ahh, okay.(Lachen)// Also BRAUCHT PFLEGE MÄNNER?
- 112 **W3:** Mmh, auch (lacht)
- 113 **I:** Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen?  
114 (.) Und gibt es dabei Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen  
115 Kollegen.
- 116 **W3:** Ich finde sie sollten freundlich offen sein und teamfähig, ne. Hier spielt die  
117 Teamfähigkeit ne ganz ganz große Rolle, ist einfach so. Man kann, man kommt  
118 hier nicht alleine durch, sag ich mal so. Sowohl Jung als Alt, sowohl Mann und  
119 Frau. Man hat immer irgendwelche Fragen, man lernt immer mal wieder was  
120 Neues. Da kann man zwanzig Jahre hier sein, man lernt immer wieder was  
121 Neues.
- 122 **I:** Welche Resonanz erfahren Sie wenn Sie, oder wenn Du, von Deinem Beruf  
123 erzählst?  
124 Gibt es da klischeehaftes Denken über den Pflegeberuf?
- 125 **W3:** Ja, Kaffee trinken.
- 126 **I:** Kaffee trinken?

- 127 **W3:** Ja, also ich hör das immer ganz oft, von ner Freundin, die arbeitet, die ist  
128 Stationssekretärin und wenn die sich so unterhalten, die sagen immer „Ach, auf  
129 der Intensivstation, is ja nichts zu tun.“ Natürlich haben wir ne ganz andern, nen  
130 ganz anderen Betreuungsspiegel. Natürlich arbeite ich auf was ganz anderes,  
131 oder mach was ganz anderes. Konzentriere mich auf die wesentlichen Dinge  
132 der Behandlung. Und da hör‘ ich dann immer so „Na, und ihr esst ja dreimal am  
133 Tag Mittag“ und, na sowas alles, muss sich dann. „Kann ja jeder hier anfangen“  
134 //(lacht), sag ich dann immer, „Kann ja jeder hier anfangen.//
- 135 **I:** //(lacht)// Okay und was müsste sich Deiner Meinung nach ändern, dass mehr 136  
Männer im Pflegeberuf arbeiten?
- 137 **W3:** (5) Tja (..)
- 138 **I:** MUSS sich was ändern? (..) Oder gibt’s ausreichend Männer.
- 139 **W3:** Nicht zwangsläufig, also ich würd auch nich sagen, die finanzielle Schiene  
140 (...) fahren, also dass die nun mehr Geld als ich verdienen, das ist auch  
141 Quatsch. Wir machen alle die gleiche Arbeit ob nu männlich oder weiblich, weiß 142  
ich nicht.
- 143 **I:** Aber vielleicht so die Aufstiegsmöglichkeiten? Man sagt ja den Männern doch  
144 öfter nach, dass sie vielleicht karriereorientierter in dem Sinne sind, mehr  
145 höhere Führungspositionen zu bekleiden auch im pflegerische Bereich? Wäre  
146 das vielleicht irgendwie ne Möglichkeit, generell dann vielleicht auch mehr  
147 Männer ranzukriegen, wenn aufgezeigt wird, ja, also hier gibt es die  
148 Möglichkeit, das, das und das zu erreichen?
- 149 **W3:** Das wär natürlich, könnte man machen, klar gar keine Frage (..)
- 150 **I:** Aber wär für Frauen wahrscheinlich ebenso lukrativer.
- 151 **W3:** Aber in der Ausbildung lernt man das ja auch, welche  
152 Aufstiegsmöglichkeiten man hat und welche nicht
- 153 **I:** Mmh, ja. Gut, okay. Danke
- 154 **W3:** Ja? War das alles? Gut (lacht)



### A.7 Auswertung der Experteninterviews

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
<p>Pflege als Frauenberuf</p>	<p><i>Traditionelles Rollenverständnis</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frauen sind empathischer [M2/74]</li> <li>- „Händchen halten“ und „für jemand da sein“ [M2/56-57]</li> <li>- Bild des „bemutterten“ [M2/96]</li> <li>- definierte sich früher durch „rumstöckelnde“ Krankenschwester im Kleid und Haube [M3/133-135]</li> <li>- früher „einfach so ein Frauenberuf“ und Männer haben sich darüber keine Gedanken gemacht [W2/69-70]</li> </ul>	<p>G1: Frauen sind empathischer.</p> <p>G2: Stereotypisches Denken im Bezug auf das damalige pflegerische Berufsverständnis.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege auch nicht mehr in den Medien als Frauenberuf verschrien [W2/68]</li> <li>- zukünftiges Angleichen des Geschlechterverhältnisses [M2/137]</li> </ul>	<p>G3: Pflege ist mehr als ein weiblich-konnotiertes Arbeitsfeld</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heute kein „bemuttern“ mehr innerhalb des Pflegeberufes [M2/96]</li> <li>- Männer fordern den Patienten mehr als Frauen [M3/75-79]</li> <li>- auch Frauen, die NICHT in der Pflege arbeiten können, „weil ihnen was fehlt“ [M2/76]</li> </ul>	<p>G4: Heute kein traditionelles Rollenverständnis innerhalb des Pflegeberufes</p>
	<p><i>Motive/ Zugang der Frau zum Pflegeberuf</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiärer Bezug zum Beruf [W1/12]</li> <li>- „Wollte nicht am Bürotisch sitzen“ [W1/12]</li> <li>- spannender, abwechslungsreicher Beruf mit viel Kontakt zu anderen Menschen [W2/11-13]</li> </ul>	<p>G5: Familiärer Bezug zur Familie</p> <p>G6: Abwechslungsreiches Berufsfeld</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- freiwilliges soziales Jahr gab Einblick in die Materie [W2/8-15]</li> </ul>	<p>G7: Berufliche Orientierungshilfe geben Einblicke in das Berufsfeld Pflege.</p>



Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufswunsch war Hebamme, aufgrund der Altersbeschränkung, wurde ein freiwilliges soziales Jahr absolviert, folgend war keine Stelle zu Hebamme frei, aus diesem Grund fiel die Berufswahl auf Krankenschwester [W3/11-18]</li> </ul>	<p>G8: Der Pflegeberuf als alternative Möglichkeit.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Höherbewertung der Intensivstation: mit an der Behandlung beteiligt, mehr Kontakt zu Ärzten [W3/25-30]</li> </ul>	<p>G9: Pflege als Grundlage für weitere fachspezifische Orientierung.</p>
	<p><i>Männer als „Exoten“?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege ist kein geschlechtsspezifischer Beruf [M1/46]</li> <li>- Männer haben auch die Voraussetzungen um pflegen zu können, „sind genauso einfühlbar“ [W1/35]</li> <li>- eigentlich kein Frauenberuf mehr [W2/33-34]</li> <li>- kein Frauenberuf mehr im intensivmedizinischen Bereich, früher gab es nur Krankenschwestern [W3/60-64]</li> </ul>	<p>G10: Pflege ist kein geschlechtsspezifischer Beruf.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
	<p>Männer als „Exoten“?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es sind teilweise mehr Jungs als Mädchen in den Ausbildungsklassen [M1/71]</li> <li>- Es sind ausreichend Männer im Pflegeberuf vorhanden [M1/111]</li> <li>- Ausbildungszahlen weisen daraufhin, dass Männer fast zur Hälfte im Beruf vertreten sind [M2/166]</li> </ul>	<p>G11: Es sind ausreichend Männer im Pflegeberuf vorhanden.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegeberuf = Beruf indem mehr Frauen als Männer arbeiten [M2/54]</li> </ul>	<p>G12: Pflege ist ein Frauenberuf.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- auf Intensivstation mehr Männer, als auf Normalpflegestation [M2/133]</li> <li>- Normalpflegestation durch deutlich weniger Männer gekennzeichnet [M2/144]</li> <li>- Mann wird auf Normalstation noch als etwas exotisch betrachtet [M2/162]</li> </ul>	<p>G13: Unterschiedliche Verteilung der Männer innerhalb der Verschiedenen Fach- und Funktionsbereiche des Krankenpflegeberufes.</p>
	<p>Männer als „Exoten“?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- für Männer bereits attraktiver Beruf [M2/132]</li> <li>- Männer sind keine „Exoten“ in der Pflege [W1/59]</li> <li>- „Männer sind in der Pflege angekommen“ [M2/89]</li> <li>- keine Exoten mehr, hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert, man sieht mehr Männer auf Stationen [M3/90-94]</li> <li>- Berufsbild hat sich deutlich geöffnet [M3/131-133]</li> </ul>	<p>G14: Pflege ist ein attraktives Berufsfeld für Männer.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- verändertes Bild der Gesellschaft, öffnet „Frauenberuf“ allmählich für mehr Männer [M2/54-56]</li> <li>- Lage hat sich gebessert, Männer haben mehr Interesse am Pflegeberuf [W2/66-67]</li> </ul>	<p>G15: Es besteht vermehrt Interesse am Pflegeberuf seitens der Männer.</p>
<b>Kompetenzen im Pflegeberuf</b>	<i>Allgemeine Anforderungen/ Arbeitsweise</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialkompetenz ist erforderlich [M1/ 58]</li> <li>- der Umgang mit Menschen [M2/67]</li> <li>- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit, Offenheit, Freundlichkeit, keine hohe Scham- oder Ekelgrenze [W2/37-41]</li> <li>- Empathie als Kernkompetenz beider Geschlechter [M3/59-60]</li> <li>- das Optimale für den Patienten herausholen und angemessen seine Arbeit verrichten [M3/117-120]</li> <li>- Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Kommunikationsbereitschaft, „man darf sich nicht alles zu Herzen nehmen“, situationsgerechtes Handeln, nicht nur nach Standard auch spontan [W3/67-72]</li> </ul>	<p>G16: Der Pflegeberuf erfordert ausreichend soziale Kompetenzen.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<p>- gute schulische Leistungen werden benötigt [M1/ 58]</p>	<p>G17: Notwendige kognitive Voraussetzungen um den Ansprüchen und Anforderungen des Pflegeberufes gerecht zu werden.</p>
		<p>- Ausbalancieren der Erwartungen und Ansprüche innerhalb des eines Netzwerkes , indem Pflege den Mittelpunkt darstellt [M2/24-28]</p> <p>- Ausführen der pflegerische Tätigkeiten, gleichzeitig, ständig nebeneinanderher und wechselnd zwischen einander [M2/45]</p>	<p>G18: Pflege als Mittelpunkt eines multidisziplinären Teams.</p>
		<p>- man muss sich auf die Situationen individuell einstellen [W2/23-24]</p> <p>- Verantwortung für sein Handeln übernehmen, vor allem in der Intensivpflege [M3/25-32]</p>	<p>G19: Erfordernis eines Verantwortungsbewussten und Situationsgerechten Handelns in der Pflege.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Einzelfall geschlechtsspezifisch, geschlechterspezifische Pflege (Frau pflegt Frau, Mann pflegt Mann) [M1/54]</li> <li>- ein Mann muss beim Lagern helfen können [W2/51-54]</li> <li>- ein Mann sollte das Team auflockern [W2/85]</li> </ul>	<p>G20: Im Einzelfall geschlechtsspezifische Pflege notwendig beziehungsweise wünschenswert</p>
	<p><i>Geschlechtsspezifische Anforderungen/ Arbeitsweise</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt keine Unterschiede zwischen der Arbeit einer Schwester/ eines Pflegers [W1/56]</li> <li>- sowohl empathische Frauen, als auch empathische Männer [M2/72]</li> <li>- Die Arbeit zwischen den Geschlechtern ist nicht unterschiedlich [M2/79]</li> <li>- Qualitäten der Geschlechter unterscheiden sich nicht [M2/92]</li> <li>- die Liebe zum Beruf ist unabhängig vom Geschlecht [W2/44-45]</li> </ul>	<p>G21: Es gibt keine Unterschiede der pflegerischen Arbeitsweise hinsichtlich der Geschlechter.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
	Geschlechts-spezifische Anforderungen/ Arbeitsweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Patienten nicht geschlechtsspezifisch sondern von der Persönlichkeit abhängig [W2/58-63]</li> <li>- keine geschlechtsspezifischen Anforderungen [M3/113-114]</li> <li>- keine Unterschiede in der Arbeitsweise bspw. bei Notfallsituationen [M3/144-147]</li> <li>- keine geschlechtsspezifischen Erwartungen [W3/73-77]</li> </ul>	
		- Frauen sind besonders engagiert [M2/83]	G22: Frauen sind besonders engagiert.

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
Männer in der Pflege	Motive/ Zugang zum Pflegeberuf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beruf viel Routine, aber auch viel Unvorhersehbares [M1/23-24]</li> <li>- der Schichtdienst ist interessant und man hat freie Tageszeiten, wo andere arbeiten müssen [M1/ 25]</li> <li>- Das „Professionelle“ ,hohe Anforderungen und körperlich belastende Arbeit führt zu mehr Männern in der Pflege [M2/57-60]</li> <li>- abwechslungsreiches Arbeitsumfeld, kein vorgegebener Alltag [M3/35-40]</li> </ul>	<p>G23: Der Pflegeberuf ist Abwechslungsreich</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beruf als Zukunftssicher [M1/13]</li> <li>- Besondere Eindrücke über den Zivildienst vermittelt bekommen [M2/12]</li> <li>- klinische Erfahrung durch Zivildienst [M3/15]</li> </ul>	<p>G24: Der Pflegeberuf ist zukunftssicher.</p> <p>G25: Berufliche Orientierungshilfe geben Einblicke in das Berufsfeld Pflege.</p>



Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- kein ausreichender Numerus Clausus bei Bewerbung zum Medizinstudium [M2/18]</li> </ul>	G26: Der Pflegeberuf als alternative Möglichkeit.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuspruch zum Pflegeberuf durch Elternhaus [M2/19]</li> </ul>	G27: Familiärer Bezug zur Pflege.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- auf Intensivstation ist viel Technik vorhanden [M1/26]</li> </ul>	G28: Technisierung innerhalb der Pflege als Anreiz und Zugang zum Beruf.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- medizinisch – technische Berufe als Zugang zur Pflege [M3/95-96]</li> </ul>	G29: Auflösung des traditionellen Rollenverständnis
<i>Notwendigkeit des männlichen Geschlechts</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verändert das Bild vom „Bemüttern“ [M2/96]</li> </ul>	G30: Gesellschaftliche Anerkennung der Pflege
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- gesellschaftliche Aufwertung des Pflegeberufes [M2/93-95]</li> </ul>	G31: Verbesserte Zusammenarbeit im Team
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- das männliche Geschlecht bringt Ausgeglichenheit ins Team [M1/76]</li> <li>- Verbesserung des Kollektivs, ein Mann lockert auf [W2/83]</li> </ul>	

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientengruppen brauchen Männer [M1/77]</li> <li>- Männer werden für körperlich schwere Arbeiten, „wo bisschen angepackt werden“ benötigt [M1/77]</li> <li>- Bevölkerung wird Übergewichtiger, sodass körperlich schwere Arbeit entsteht und Männern diese Aufgabe zugetragen [W1/64-65]</li> <li>- Betreuung der Patienten nicht nur durch Frauen, vor allem der männlichen Patienten [W2/77-82]</li> <li>- zum Lagern sind Männer gut [W2/82-83]</li> <li>- Männer fordern den Patienten mehr als Frauen [M3/75-79]</li> <li>- Männer sind im Umgang mit Patienten anders, was ihnen auch gut tut [M3/72-73]</li> </ul>	<p>G32: Geschlechtsspezifische Pflege wird möglich</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege auf Intensivstation durch Bedienung technischer Geräte charakterisiert daher „gut das man mal n Mann zu Hand hat“ [M1/79]</li> </ul>	<p>G33: Technisierung innerhalb der Pflege als Anreiz und Zugang zum Beruf.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
<p>Lösungen für mehr Männer in der Pflege</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Männer haben höheres technisches Verständnis [W1/43]</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- durch Notstände, ist es unerheblich ob Männer oder Frauen ausgebildet werden, es wird generell mehr Personal gefordert [M3/161-164]</li> </ul>	<p>G34: Personal für die Pflege wird generell benötigt.</p>
<p>Lösungen für mehr Männer in der Pflege</p>	<p>Verbesserte Arbeitsbedingungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „viele Sachen gehen über das Finanzielle“ [W1/ 84]</li> <li>- bessere Vergütung [M/136]</li> <li>- wichtiger Punkt, ist das Finanzielle, da in anderen Berufen ein Mann mehr verdient [W2/113-114]</li> <li>- bessere Vergütung gestaltet den Beruf lukrativer [M3/158-159]</li> </ul>	<p>G35: Bessere Finanzierung sorgt für mehr Anreiz.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beruf muss lukrativer und attraktiver für Bewerber gestaltet werden, da in Schichten gearbeitet wird [M3/155-157]</li> </ul>	<p>G36: Attraktive Gestaltung des Pflegeberufes als Anreiz für mehr Männer.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
Zusammenarbeit der Geschlechter in der Pflege		- Ausbildung an Hochschulen [M3/159-160]	G37: Die Ausbildung des Berufes an Hochschulen.
	Sonstige Lösungen	- „es bedarf nicht vielen Veränderungen“ [M2/135]	G38: Keine großartige Veränderung notwendig.
		- es soll mehr Werbung gemacht werden [W2/114-115]	G39: Verbesserte mediale Darstellung des pflegerischen Berufsfeldes.
		- der Außenwelt verständlich machen, dass es ein starker, würdevoller und anspruchsvoller Beruf ist [W2/119-122]	G40: Der Außenwelt verständlich machen, dass Pflege ein lukrativer Beruf ist.
	Erwartungen an Kollegen/ Mitarbeiter	- geschlechterunabhängige Teamarbeit [M1/90-93]	G41: Geschlechterunabhängige Teamarbeit
		- außen vor lassen des Geschlechtes [M2/108]	
- vernünftige Pflegearbeit unabhängig von dem jeweiligen Geschlecht [M2/105]		G42: Vernünftiger Umgang unter den Kollegen und Mitarbeitern.	
	-Vernünftiger Umgang unter den Kollegen [M2/106]		

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teamfähigkeit, Offenheit, Freundlichkeit [W3/116-117]</li> <li>- Hilfsbereitschaft, man muss mit anpacken und umsichtig sein [W2/87-91]</li> </ul>	G43: Der Pflegeberuf erfordert ausreichend soziale Kompetenzen
	<p style="text-align: center;"><i>Zusammenarbeit innerhalb eines gemischt- geschlechtlichen Teams</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Männer sorgen für Ausgeglichenheit [M1/76]</li> <li>- Unstimmigkeiten werden ausdiskutiert [M1/87]</li> <li>- Zusammenarbeit wird als angenehm empfunden [M1/ 98]</li> <li>- Männer in der Pflege werden von ihren weiblichen Kolleginnen als angenehm empfunden [W1/37]</li> <li>- Das „gezicke“ ist weniger [W1/37]</li> <li>- ein gemischtes Team gestaltet das Stationsklima angenehmer [M3/98-103]</li> <li>- es wird als angenehm empfunden, mit Männern zusammenzuarbeiten [W3/63-64]</li> </ul>	G44: Verbesserte Zusammenarbeit im Team.

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innerhalb eines gemischt-geschlechtlichen Teams ist geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und Pflege möglich [W1/45]</li> <li>- durch standardisierte Tätigkeiten und geschlechterunabhängige Prozessabläufe gibt es keine Unterschiede zwischen der Pflege weiblicher beziehungsweise männlicher Pflegekräfte [M2/79-81]</li> <li>- Geschlechterunabhängige Zusammenarbeit [M2/108]</li> <li>- Sympathie und gute Zusammenarbeit unabhängig vom Geschlecht [W2/96-97]</li> </ul>	<p>G45: Geschlechtsspezifische Pflege wird möglich.</p> <p>G46: Standardisierung schafft Gleichheit und geschlechterunabhängige Zusammenarbeit.</p>
	<p><i>Geschlechts-spezifische Verhaltensmuster</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Männer habe andere Sichtweisen [M1/78]</li> <li>- Frauen haben weniger Bezug beziehungsweise Wissen zur Technik [W1/78]</li> <li>- dem Mann wird die Rolle des Hauptverdieners zugetragen [W1/85]</li> <li>- klassische Geschlechterrolle: Frauen sind empathischer [M2/74]</li> </ul>	<p>G47: Männer haben ein verbessertes technisches Verständnis.</p> <p>G48: Der Mann als Ernährer und Hauptverdiener der Familie.</p> <p>G49: Frauen sind empathischer.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frauen zicken, Männer lockern auf [W2/84-85]</li> <li>- Herangehensweise der Problembewältigung ist anders: Frauen „zicken rum“ und Männer sind „mal laut“ [M3/106-110]</li> <li>- Männer sind in der Regel kräftiger [W1/68]</li> <li>- Männer reden eher über Autos, Fußball, Frauen können sich nicht darüber unterhalten [W2/81-82]</li> </ul>	<p>G50: Stereotype Interessen und Verhaltenseigenschaften</p>
	<p><i>Klischees zum Pflegeberuf</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klischees zum Pflegeberuf haben sich in den letzten Jahren gelegt [M1/102]</li> <li>- Jeder Beruf hat seine eigenen Klischees [W1/77]</li> <li>- durch Veränderungen im Pflegeberuf keine Klischees zum Geschlecht in der Pflege [M2/112]</li> <li>- passiert seltener, dass Pflege nur in Verbindung mit „Hintern abwischen“ gesetzt wird [W2/107-109]</li> <li>- notwendige Kompetenzen sind unter anderem Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft [W3/67]</li> </ul>	<p>G51: Abbau von Klischees in den letzten Jahren.</p>

Kategorie	Subkategorie	Paraphrase	Generalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- anfänglich waren „Urinkelner“ oder „Arschabwischer“ typische Klischees [M1/103]</li> <li>- Pfleger werden vielleicht auch der Homosexualität bezichtigt [W2/116-117]</li> <li>- speziell auf der Intensivstation: „Kaffee trinken“ und „dreimal am Tag Mittag essen“ [W3/125-133]</li> </ul>	G52: Klischees trotzdem bekannt.
		- Vorurteile von Personen, die zum Teil noch unbekannt sind [W2/100-101]	G53: Unbeteiligte äußern Klischees.
		- jüngere Bevölkerungsgruppe kein stereotypes Denken, ältere Mitmenschen ab dreißig vermehrt klischeebehaftetes Denken (M3/124-128)	G54: Altersabhängiges Denken über das Berufsbild.
		- Abwertung der Arbeit auf Normalstation, Schwester hat „Waschenposition“ [W3/27-28], nur Hilfeleistungen wie Vitalzeichenkontrolle und die Frage nach Stuhlgang [W3/87-89]	G55: Unterschiedliches stereotypes Denken innerhalb der pflegerischen Sektoren, Fach- und Funktionsbereiche.



## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig 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, 03.05.2013

---

Caterine Brode

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig 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, 03.05.2013

---

Tina Leibiger