

Impressum

Impressum

Zeitschrift: Quer - denken, lesen, schreiben. Gender-/Geschlechterfragen update
Verantwortliche Herausgeberinnen: Frauenrat (Ruth Ehbets, Mathilde Haubricht, Edith Bauer, Silke Gahleitner, Dagmar Schultz, Birgit Rommelspacher, Sabine Höppner, Caroline Stern) und Frauenbeauftragte (Heike Weinbach) der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Pflege/Pflegemanagement

Redaktion der Ausgabe 05/2001:

Ute Carstens (Studentin), Leah Carola Czollek (Lehrbeauftragte, stellvertr. Frauenbeauftragte), Mathilde Haubricht (Bereich Bibliothek, Mitglied des Frauenrats), Ingrid Neunhöffer (Studentin, Tutorin im Büro der Frauenbeauftragten, verantwortl. QUER-Redakteurin), Heike Radvan (Berliner Kampagne gegen Männergewalt), Caroline Stern (Studentin, Mitglied des Frauenrats), Heike Weinbach (Frauenbeauftragte)

Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin-Hellersdorf
T- 030-99245-322 o. - 320
E-mail: frauenbeauftragte@asfh-berlin.de
Webseiten: <http://www.asfh-berlin.de/gender.html>

1. Auflage 05/02: 1000

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder.

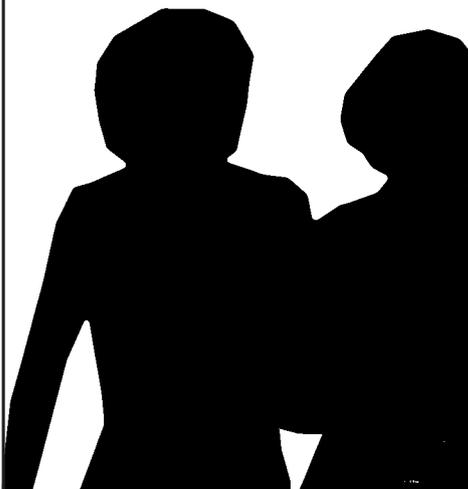
Sechs Thesen zur Arbeit in der Pflege

Fluktuation und Verbleib
in der Pflege

Interkulturelle Pflegekompetenzen

Ambulante Krankenpflege

Studierendenblicke auf
Lehrende an der ASFH



Bildnachweis:

Die Fotos auf den Seiten 5, 7 und 9 sind von Privat.
Die Fotos auf den Seiten 16 und 24 sind dem Buch "The Hulton Getty Picture collection - 1920s", Köln, 1998 entnommen.

Das Foto auf Seite 54 ist aus "Fotografie! Das 20. Jahrhundert", hrsg. von Peter Stepan, München, 1999.



Frauen Pflege Wege

Die neue Ausgabe der Quer erscheint nach einem ereignisreichen Semester.

Politisch mussten wir uns nach den Anschlägen vom 11. September mit der Verunsicherung durch die Anschläge, aber auch mit der Frage nach der Berechtigung des Krieges in Afghanistan, der verschärften (Anti-Terror-?) Gesetzgebung in Deutschland und der Rasterfahndung an den Hochschulen auseinandersetzen. Eine Hilfe dabei waren die Veranstaltungen an der Fachhochschule: Der Vortrag der Soziologin Mariam Notten zum Thema "Frauenrechte in Afghanistan: Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft" und die Veranstaltung der AG Interkulturelles zum Thema Rasterfahndung. Mit der zunehmenden zeitlichen Entfernung lässt sich vieles differenzierter betrachten, wie Leah Czollek im "Nachtrag zum 11. September" beschreibt.

Weniger weltbewegend, aber dennoch nicht zu vernachlässigen waren die Ereignisse an der Fachhochschule:

Am 30./31.10.2001 fand der Fachhochschultag zum Thema "Frauen in Gewaltverhältnissen" statt; wir drucken eine kurze Rückschau für diejenigen, die nicht dabei sein konnten.

Anfang November nahm nach langen Jahren der Diskussion endlich die Kinderbetreuungsstelle ihre Arbeit auf; die Erzieherinnen stellen sich in diesem Heft vor.

In den Gremien der ASFH kommt die Diskussion um Gender Mainstreaming in Gang, die Diskussionsvorlage der AG Gender Mainstreaming ist ebenfalls hier im Heft abgedruckt.

Im Studiengang Pflege hat Frau Piechotta vor kurzem die Arbeit als Hochschullehrerin aufgenommen - Leah Czollek hat sie für die QUER interviewt. Und im Studiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik sind drei Berufungskommissionen an der Arbeit, so dass hoffentlich bald mit weiteren Berufungen von Frauen zu rechnen ist.

Trotz all dieser Ereignisse ist das Schwerpunktthema dieser Ausgabe "FrauenPflegeWege" nicht zu kurz gekommen.

Gudrun Piechotta beschreibt Defizite und mögliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen von PflegerInnen anhand von sechs Thesen. Margret Flieder stellt die Frage, wie die berufliche Verweildauer von Frauen in Pflegeberufen ist und warum diese Frage von der Öffentlichkeit viel emotionaler diskutiert wird als bei anderen Berufen. Ute Carstens beschreibt aus ihrer persönlichen Erfahrung die Auswirkungen der Förderung der häuslichen Pflege durch die Pflegeversicherung. Ingrid Kollak beschreibt die Notwendigkeit von Kultursensibilität in der Pflege und die Umdenkungsprozesse, die dafür nötig sind.

Die Rechte, die PatientInnen in Deutschland haben, erläutert Evelyn Hohmann.

Carola Täuber beschreibt den Ablauf des Studiums im Studiengang Pflege/Pflegemanagement, und ein Bericht über eine Studienreise nach Istanbul ergänzt das Bild.

Edith Bauer und Brigitte Geißler-Piltz stellen die unterschiedliche Einschätzung von männlichen und weiblichen DozentInnen durch Studierende der ASFH dar und liefern damit die Fortsetzung der im vorletzten Heft begonnenen Diskussion um die Bedeutung von Gender in der Lehre. Und weil dieses Thema immer wieder zu angeregten Diskussionen führt, haben wir es zum Thema der nächsten Ausgabe der QUER bestimmt.

Ingrid Neunhöffer

4 Aktuell: Nachtrag zum 11. September

Schwerpunkt - heavy point: FrauenPflegeWege

- 6 *Gudrun Piechotta*: Barrieren, Stolpersteine und Erfolge. Sechs Thesen zur Arbeit in der Pflege
12 *Margret Flieder*: Aufgeben oder Durchhalten? Zum Mythos von Fluktuation und Verbleib im Pflegeberuf
17 *Ingrid Kollak*: Interkulturelle Kompetenz in der Pflege
22 *Ute Carstens*: Die ambulante Krankenpflege - eine Domäne der Frauen?!
25 *Evelyne Hohmann*: PatientInnenrechte

Zahlen - drowning by numbers

- 28 *Ingrid Neunhöffer*: Pflege in Zahlen

Genderfragen - update

- 30 *Edith Bauer/ Brigitte Geißler-Piltz*: Dozenten und Dozentinnen der ASFH - wie sie von Studierenden erlebt und eingeschätzt werden
35 Umsetzung von Gender-mainstreaming an der ASFH

ASFH-Alltag - big sister is watching you

- 38 *Carola Täuber-Nolte*: Der Studiengang Pflege/ Pflegemanagement
40 Realisiert! Kinderbetreuung an der ASFH

Frauen im Ausland - women international

- 41 *Ulrike Schnabel*: Interkulturelle Begegnungen - Studienreise nach Istanbul

ASFH-Geflüster - whispery gallery

- 43 "Es gibt viele Dinge hier auf die man sehr stolz sein kann" - Interview mit Prof. Dr. Piechotta

Internetseiten - websisters

- 48 Pflegelinks und was sich unter Krankenschwester noch so alles findet

Tagungsnachlese - input

- 49 *Heike Radvan*: Nachlese zum Fachhochschultag "Frauen in Gewaltverhältnissen"

Bücherschau - booklook

- 52 Büchertipps zu Pflege
52 *Gudrun Perko*: Rezension: Betty Paoli. Was hat der Geist denn wohl gemein mit dem Geschlecht?

54 Veranstaltungshinweise - last but not least

Nachtrag zum 11. September

Leah Carola Czollek, Januar 2002

Die Bilder der einstürzenden Türme sind schon verblasst und gerne würde man zum Alltag zurückkehren. Doch immer wieder kriechen die Auswüchse des Terroranschlages in diesen Alltag hinein als wären sie ein vielköpfiges Ungeheuer, geradewegs entsprungen den Märchen und Dramen der frühen Jahre: schnell die kraftprotzenden Versuche der Regierenden, ihm mit den bekannten Mitteln des Krieges beizukommen. Nichts neues auf der alten Welt. Die Reaktionen der nordamerikanischen, englischen und deutschen Regierungen waren Reaktionen in eben der alten Kriegslogik. Für einen Augenblick wurde hier in Deutschland die Nation beschworen, traditionelle männliche Werte wie Freundschaft und Ehre und Festes-beieinander-Stehen. 12 Jahre Vakuum nach dem Zusammenbruch der sozialistischen Welt wurden mit einem neuen Feindbild gefüllt: dem Bösen. Die "Zivilisation" konnte sich nun endlich selbst bestimmen. Die aus dem Gleichgewicht geratene Welt befindet sich wieder im Lot. Die Pole sind ausgemacht. Die historische Amnesie ist perfekt: das Böse hätte sich gezeigt, davor wäre der Holocaust nur ein Fehltritt der Moderne gewesen.

Neben den parteipolitischen Reaktionen gab es viele individuelle, persönliche Statements zu lesen. Zumeist bewegten sie sich zwischen den Polen Pro und Kontra Krieg. Im Namen der Opfer feierte ein Antiamerikanismus Auferstehung gepaart mit einer eurozentrischen und westlichen Omnipotenz des Schuldigseins am Elend der Welt. Der Islam wurde beschworen mit seinen friedlichen Inhalten. So wurden die Täter zu Opfern und die Opfer zu Tätern. Und immer wieder Israel zum eigentlichen Schurken. Und die Frauen unter der Burka zum Freiheitssymbol. Stimmen, die nachdenklich waren und nicht zu schnellen, eindeutigen Positionen fanden, wurden kaum gehört.

4

Doch ungeachtet jeglicher Reaktionen, werden die Auswirkungen sowohl des Terrors als auch des Krieges, der Kampfhandlungen oder der militärischen Maßnahmen - wie immer das, was dann folgte, genannt werden will - erst in Jahren zu beurteilen sein. Denn

ein historisches Urteil kann Hannah Arendt zufolge immer erst in der Distanz gefällt werden. In einer Distanz, in der die emotionale Beteiligung zum Ereignis abgeschwächt ist. Doch eines ist deutlich zu sehen, dass es jenseits eines Urteils einen Umgang im Alltag gibt. Weil wir Menschen sind und weil wir auf dieser Welt und in diesem Land miteinander leben.

Eine mögliche Form des Miteinander-Umgehens ist der Dialog. Ein Dialog, in dem die Perspektiven des Gegenübers als ebenso gültig und vernünftig anerkannt werden wie die eigenen. Auch wenn Sie sich dem Verstehen und der Einfühlung entziehen. Ein Dialog, in dem die Resultate nicht schon festgelegt sind. Der die Unwägbarkeiten des eben Nicht-Gewissen geduldig trägt. Ein Dialog, mit dem Fragen gestellt und die Antworten nicht schon gewusst werden. Ein Dialog, durch den Herrschaftsdiskurse verlassen werden, in dem political correctness nicht wie ein Schild vor sich hergetragen wird, gleichsam ein Dialog, der aus dem Täter-Opfer-Reigen heraus führt und so Menschen wieder in die Lage versetzt, sich als Gleiche - bei aller Differenz - zu begegnen.

Der Gottesdienst zum jüdischen Versöhnungstag, am Jom Kippur, kurz nach dem 11. September 2001 wurde in einer Synagoge in Berlin eingeleitet mit der Ermunterung aller Gäste sich selbst zu fragen: "Was haben wir, hat jeder und jede Einzelne dazu getan, damit dieses Ereignis stattfinden konnte?" Diese zunächst simple Frage wird immer komplexer, je mehr ich darüber nachdenke und mich mit anderen austausche. Sie führt mich nicht zuletzt zu der Überlegung, in welcher Tradition ich stehe, was das für Werte sind, die die europäische Kultur ausmachen. Werte wie z.B. Demokratie, Toleranz, bürgerliche Freiheiten. Möchte ich diese zur Disposition stellen und was geschieht, wenn nicht? So stellt sich immer wieder neu die Frage nach den Bedingungen einer multikulturellen Gesellschaft und ihren Grenzen.

An der ASFH gibt es viele Möglichkeiten des Meinungs-austausches in den angebotenen Lehr- und Diskussionsveranstaltungen, die ja gerade auf jenen Werten beruhen und ohne diese nicht möglich sind. Um den Dialog in einer Gesellschaft entwickeln und sinnvoll anwenden zu können, bedarf es des genauen

Blicks, was Interkulturalität in der Umgebung, in der wir jeweils konkret leben, bedeutet. In diesem Sinne wäre es gerade hierzulande und auch an unserer Bildungseinrichtung hilfreich, wenn die Blicke deutlicher im Rahmen interkultureller und Gender-Diskurse auch auf die kulturellen, kommunikativen und historischen Unterschiede mit allen dazu gehörenden Deutungs- und Erfahrungsmustern zwischen Menschen aus Ost und West gerichtet würden. Sich selbst besser zu kennen, ist der erste Schritt auf dem Weg zur Verständigung, anknüpfend hier an einen

traditionellen Strang der Aufklärung: die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion. Vor allem sind es Fragen, die sich nach dem 11. September stellen. Fragen die nicht nach Gewissheiten drängen und selten eine Antwort ahnen lassen, die doch immer nur eine vorläufige sein kann.

Leah C. Czollek ist Lehrbeauftragte an der Alice-Salomon-Fachhochschule und Stellvertretende Frauenbeauftragte.



Barrieren, Stolpersteine und Erfolge

6 Thesen zur Arbeit in der Pflege

Gudrun Piechotta

Einleitung

Pflegearbeit steht oft im Mittelpunkt des Interesses - meistens allerdings nur, wenn sich wieder einmal ein sogenannter Pflegenotstand abzeichnet. Dann wird nach Lösungen gesucht, zum Beispiel fordern politische Gremien eine Green Card für Pflegekräfte oder zum wiederholten Mal ein soziales Pflichtjahr für SchulabgängerInnen. In Modellversuchen werden neue Ausbildungsstrukturen diskutiert und erprobt. Die Pflegewissenschaft soll Beiträge zu einer optimierten Pflegepraxis liefern, die MitarbeiterInnen motivieren und professionalisieren. Und - last but not least - sollen Ökonomie und Management marktgerechte und finanzierbare Problemlösungen erarbeiten. Die Sicht der Pflegenden, die eine mehrjährige Berufsausbildung durchlaufen haben und täglich in einer komplexen Praxis bestehen müssen, kommt dabei nicht immer zum Tragen.

Im Folgenden werden Ausschnitte des pflegerischen Arbeitsalltags anhand der Analyse von retrospektiven Interviews unter inhaltlichen und kompetenzrelevanten Gesichtspunkten beleuchtet. Die qualitativen, problemzentrierten Interviews wurden an der Universität Bremen mit der ersten Generation von Studierenden geführt.¹

Pflegearbeit - ein berufliches Puzzle aus Barrieren, Stolpersteinen und Erfolgen

1. These: Inter- und intradisziplinäre Hierarchien demotivieren beruflich Pflegenden.

"Ja, dazu kann ich sagen, daß ich da das erste Mal in meinem Leben dieses extremste hierarchische Gefüge da kennengelernt habe, und daß es im OP sehr extrem war.

Der ärztliche Chef war schon ein Mensch, der sehr cholerisch reagiert hat und auch mit Gegenständen geworfen hat, wenn es ihm zu bunt wurde ..." (KP, 25; Piechotta, 2000, S. 170).²

"So z.B. wenn man morgens gewaschen hat,

dann lief die Stationsschwester also jeweils auf dem Flur auf und ab, um auch so diese Kontrolle zu haben, was man machte. Und sie kam z.B. einmal in mein Zimmer ... da hatte ich ein Kind in der Pflege, was zu Hause gewohnt war, sich unter fließendem Wasser zu waschen, und das haben wir dann natürlich auch so morgens beibehalten. Und da kam sie rein, hat mein Stöpsel da reingedrückt, nach dem Motto 'Hier wird immer in stehendem Wasser gewaschen, also das Becken wird geschlossen ...'" (KIKS, 7; Piechotta, a.a.O., S. 169).

Hierarchien nehmen Pflegenden vor allem in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal wahr. Die Machtverhältnisse in den Institutionen schreiben fest, daß Entscheidungsmacht und Weisungsbefugnis, auch in genuin pflegerischen Fragen, in den Händen der ärztlichen Profession liegen. Pflege wird oft als zuarbeitende Tätigkeit bzw. als ärztliche Assistenz definiert. Entsprechend können Pflegenden nicht oder nur begrenzt das Gefühl von Selbständigkeit, berufliches Selbstbewußtsein und Identität entwickeln. Das heißt nicht, daß Pflegenden grundsätzlich machtlos im Umgang mit ÄrztInnen sind. Sie sind durchaus in der Lage, ärztliche Arbeit zu kontrollieren und abzuwerten. Derlei Versuche der Machtumkehrung bewegen sich jedoch auf einer persönlich geprägten Interaktionsebene, die an der strukturellen Dominanz der Medizin nichts verändert.³

Aber auch intradisziplinär, zwischen ausgebildeten Pflegenden und Auszubildenden sowie strukturell zwischen den pflegerischen Ausbildungs- und Arbeitsbereichen "Krankenpflege", "Kinderkrankenpflege" und "Altenpflege", existiert eine Hierarchie, die als ungerecht und ungerechtfertigt erlebt wird. Innerhalb der Pflegeberufe existiert eine Rangordnung, bei der die Altenpflege einen unteren Platz einnimmt. Ausdruck hiervon ist zum Beispiel, daß ein Teil der befragten Kinderkrankenplegeschwestern problemlos in den Altenpflegebereich wechselte, aber umgekehrt keine AltenpflegerIn in der Kinderkranken- oder Krankenpflege tätig ist. Solange der Gesetzgeber keine gemeinsame Pflegeausbildung vorschreibt und die Altenpflegeausbildung uneinheitlich bzw. als zweijährige Umschulungsmaßnahme angeboten wird, werden bevorzugt Krankenschwestern/-pfleger für leitende Positionen im Altenpflegebereich eingesetzt und Absol-

heavy point

6

Schwerpunkt

ventInnen mit einer (zweijährigen) Altenpflegeausbildung von der Gründung und dem Betreiben eines ambulanten Pflegedienstes ausgeschlossen.

2. These:

Wissensdefizite vermitteln und verstärken das Gefühl von Unsicherheit, Unterordnung und beruflicher Profillosigkeit.

"... und auch wirklich mehr Theorie im Kopf zu haben, so und auch zu sagen, was will ich einfach und auch fördern können so. Sich anders auch darstellen und nicht immer so die Untergebene zu sein so, dem Arzt gegenüberzustehen ... So immer dieses 'Angst haben.' und 'ich weiß ja eigentlich gar nichts ...'". (KIKS, 11; Piechotta, a.a.O., S. 171)

"Ja, so Ohnmacht ganz vielen Dingen gegenüber ... Das ist erstmal auch wieder so dieses, nicht die Möglichkeit zu haben, nicht das Wissen zu haben, vielleicht oder auch nicht diesen Spielraum zu haben, was man gerne umsetzen möchte, aber gleichzeitig zu sehen, daß der Bedarf da ist bei den Patienten ... Und daß man die eigenen Vorstellungen, die sich dann eben mit der Berufserfahrung entwickelt haben, so daß man denkt, hier könntest du das oder jenes tun, und hier wäre jenes angebracht und nicht das, daß man das nicht ausfüllen kann. Also, daß da fast, ich möchte sagen, nicht nur ein leerer Raum, sondern ein Vakuum, daß das fast gar nicht zu füllen geht, mit dem, was Pflege gemacht hat. Und auf der anderen Seite dann Ohnmacht gegenüber denjenigen, die da eben die Macht haben, die das ganze eben in der Hand haben" (KP, 24; Piechotta, a.a.O., S. 170f.).

Wie in den o.g. Beispielen beschreiben Pflegendе häufig Unsicherheit, Insuffizienz- und Inkompetenzgefühle. Diese Empfindungen resultieren zu einem großen Teil aus Wissensdefiziten. Selbst die an die Erstausbildung sich anschließenden Fort- und Weiterbildungen (z.B. eine zweijährige Intensiv-Anästhesie-Weiterbildung) können zu einer Aufhebung solcher Gefühle und der mit ihnen verknüpften Defizite nur bedingt beitragen.

Obwohl Pflegendе die Berufsgruppe bilden, die die intensivste körpernahe und emotionale Arbeit leistet, die zwischen ÄrztInnen und PatientInnen vermittelt, die die diagnostischen, therapeutischen, versorgenden Arbeiten rund um die Uhr organisiert und koordiniert, bleibt sie in der Position einer abhängigen und zuarbeitenden Arbeitskraft.



Um dies verstehen zu können, ist es notwendig, den historisch gewachsenen Ist-Zustand von Pflegeausbildungen zu betrachten: Keiner der weiblich dominierten Pflegeberufe ist im BBiG (Berufsbildungsgesetz) verankert, die Erstausbildungen und Weiterbildungen sind von zahlreichen Sonderregelungen gekennzeichnet. So muß z.B. der Großteil des Unterrichts in den Pflegeschulen nicht von universitär ausgebildeten LehrerInnen geleistet werden; vielmehr wird die Lehre von weitergebildeten Unterrichtsschwestern/-pflegern⁴ und universitär ausgebildeten FremddozentInnen (z.B. PsychologInnen, ÄrztInnen, SoziologInnen ohne Pflegeausbildung) durchgeführt. Im Gegensatz zur dualen Berufsausbildung sind für den praktischen Ausbildungsanteil keine ausgebildeten Fachkräfte mit arbeitspädagogischer Zusatzqualifikation vorgeschrieben. Es fehlt ein Berufsbild, auf dessen Grundlage die Grob- und Feinlernziele festgeschrieben sind und damit die berufsspezifische Qualifikation für Arbeitgeber und -nehmer nachweisbar definiert und juristisch einforderbar ist.

Besonders eklatant ist die Situation in der Altenpflegeausbildung. Da ein einheitliches Ausbildungsgesetz am Widerstand von Bayern im letzten Jahr gescheitert ist, unterscheidet sich die Ausbildung weiterhin von Bundesland zu Bundesland und selbst in den einzelnen Bundesländern existieren unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der schulischen Voraussetzungen, des Mindestalters, der Lehrinhalte und Ausbildungsziele.

Ähnlich ist die Lage von Weiterbildungen für spezielle pflegerische Arbeitsbereiche (Pflegeschule, geriatrisch-psychiatrischer Bereich, Anästhesie-Intensiv-Bereich etc.). Auch hier mangelt es an Eindeutigkeit und Einheitlichkeit, an einer systematischen Wissensvermittlung, an staatlichen Prüfungen und festgelegten Bildungsabschlüssen.

heavy point

7

Schwerpunkt

3. These: Die Arbeit beruflich pflegender Frauen wird eher mit "weiblichem Arbeitsvermögen" als mit beruflicher/professioneller Kompetenz konnotiert.

"Natürlich leiste ich was. Also, ich habe da ein ganz anderes Bild von, aber das wird halt in der Gesellschaft nicht honoriert, oder es wird nicht anerkannt; nur für 'nen Mann. Für Frau, ja klar, 'das ist ja deren Berufung und Mutterinstinkt und sowas, was dann alles immer kommt. Aber für einen Mann ist das halt nicht so" (KS, 29; Piechotta, a.a.O., S. 197).

Für die Mehrzahl der weiblichen Befragten (n=33) sind die mit dem (weiblichen) Geschlecht verbundenen gesellschaftlichen Zuweisungen und Erwartungen relevant für die Bewertung ihrer beruflichen Tätigkeit. Vielfach haben sie den Eindruck, "nur" als Frau mit "typisch weiblichem Arbeitsvermögen", aber nicht als ausgebildete Pflegende mit berufsspezifischen Kompetenzen wahrgenommen zu werden. So fühlen sie sich oftmals in den Institutionen von Vorgesetzten, MitarbeiterInnen und PatientInnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen als zuarbeitende Kraft doppelt dequalifiziert (als Frau und als Krankenschwester). Sie erleben selten(er) Unterstützung, wenn es um die Besetzung von Leitungspositionen geht; aus ihrer Sicht ist soziale Anerkennung und beruflicher Aufstieg eher mit der Geschlechterfrage als mit Fachwissen und -kompetenz gekoppelt.

Alle - weibliche und männliche - InterviewpartnerInnen, sprechen sich nachdrücklich für eine (weitere) Akademisierung von Pflege aus, da dies die Voraussetzung für eine neue, sozial hochgeschätzte Betrachtungsweise von Pflegenden und ihrer Tätigkeit sei. Entscheidend ist hierbei, daß dann endlich Planung und Durchführung von Pflegearbeit nicht länger auf "typisch weibliche", das heißt vorberuflich sozialisierte, quasi naturgegebene Fähigkeiten (wie Fürsorglichkeit, Empathiefähigkeit, Geduld) reduziert werden, sondern als berufsrelevantes Wissen und als pflegespezifische Kompetenz gelehrt und anerkannt werden.⁵

Allerdings, so die Interviewpartnerinnen warnend, sollten die Frauen in der Pflege im Rahmen der Akademisierungsprozesse darauf achten, daß sie sich im Beruf emanzipatorisch behaupten, Pflege nun nicht zu einer männlichen Domäne wird.

4. These:

Zeit- und Personalmangel behindern die Durchführung professioneller Pflege und tragen zur Unzufriedenheit mit der Arbeit bei. Gleichzeitig ist das Argument "Zeit- und Personalmangel" eine Abwehrfunktion.

"Wenn viel zu tun ist, dann kann man sich abends ab und zu selber nicht mehr leiden, weil, ja, man hat die Menschen behandelt wie Massenware, und das hat mir oft gestunken! Aber die Zeit war da nicht da ..." (KS, 17; Piechotta, a.a.O., S. 173).

"Zeit-Haben" ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine gute, das heißt bedürfnisorientierte und personenzentrierte Pflege. Zeitdruck und Personalmangel führen zu einer funktionalistischen, an physischen Notwendigkeiten und an ärztlichen Anordnungen ausgerichteten Pflege. Bei vielen Pflegenden stellt sich schließlich das Empfinden ein, zwar viel zu arbeiten, aber immer der Zeit "hinterherzulaufen" und "nichts richtig zu schaffen". Arbeitssituationen, die von Hektik und Unzufriedenheit geprägt sind, werden sich zukünftig wahrscheinlich noch ausweiten. Im Rahmen der stationären Versorgung werden immer kürzere Liegezeiten angestrebt,⁶ wobei eine relativ gleichbleibende Anzahl von Pflegenden immer mehr Patienten in kürzerer Zeit und in wachsender Zahl Schwer- und Akutkranke pflegen müssen.

Im Altenpflegebereich sind immer mehr alte Menschen von immer weniger Pflegenden zu betreuen, wie die Untersuchung von Meifort/Becker (1998) zeigt. Demnach hat sich die Zahl der zu betreuenden Personen "zwischen 1993 und 1997 um mehr als ein Drittel erhöht: Waren 1993 durchschnittlich 12 Personen von den Befragten persönlich in einer Schicht zu betreuen, sind es 1996 bereits 15 Personen und nur ein Jahr später (1997) schon durchschnittlich 17 Personen" (Meifort/Becker, 1998, S. 44). Aufgrund der demographischen Entwicklungen (immer mehr alte Menschen) und der zunehmenden Berufstätigkeit von Frauen, die infolgedessen immer seltener in der Lage sind, alte, hilfebedürftige Angehörige zu versorgen, wird sich die Zahl der alten Menschen, die schließlich in Altenpflegeeinrichtungen versorgt werden müssen, fortlaufend erhöhen.

In den o.g. Äußerungen über Zeit- und Personalmangel drücken sich allerdings häufig auch latente Inhalte aus: Der Verweis auf zeitliche und personelle Mißstände ist eine typische Vermeidungsstrategie, mit der psychische und physische Belastungen des Arbeitsalltags (Sterbebegleitung, Gesprä-

heavy point

8

Schwerpunkt

che mit PatientInnen und Angehörigen etc.) gehandhabt werden sollen. Eine hektische Betriebsamkeit und Äußerungen wie "bin unter Zeitdruck", "es ist keine Zeit", aber auch die vorrangige Erledigung von "handwerklichen" Arbeiten (Aufräumen, Getränke austeilern etc.), helfen vordergründig emotional belastenden Situationen auszuweichen. Pflegerisch-psychosoziale Aufgaben werden so auf ein Minimum reduziert oder werden als optionale Aufgabe betrachtet.

5. These:

Eigenständig pflegen und das Selbsthilfepotential der zu pflegenden Menschen fördern verschafft auf beiden Seiten Selbstbewußtsein und Erfolgserlebnisse

"Also, ich sag mal, mir macht das halt sehr viel Spaß, mit Leuten was zu machen, Ausflüge zu organisieren und mit denen Kaffee zu trinken oder mit denen Plätzchen zu backen ... Na ja, ich überlege mir, welche Bewohner für diese Tätigkeit also mit in Frage kommen und die auch gerne wollen und frage die vorher, ob sie das möchten und dann biete ich denen das an ... Ich nehm Bewohner mit zum Einkaufen, wenn es möglich ist, also, daß sie wirklich von Anfang an dabei sind ... alles vorbereiten, herbringen, so daß man halt anfangen kann, was mit denen zu machen und alles bereitzustellen, daß sie halt auch wirklich Kekse ausstechen können und das ist halt auch wirklich witzig, die Leute zu sehen, wie die ackern und rackern und Tips geben und sagen, so muß das sein und so ...". (API, 36; Piechotta, a.a.O., S. 163).

Wenn Pflegende die individuellen Bedürfnisse von PatientInnen/BewohnerInnen berücksichtigen, deren Aktivität und Selbständigkeit anregen und so zu ihrer Zufriedenheit und einem wachsenden Selbstbewußtsein beitragen, haben sie in wachsendem Maße das Gefühl, eine erfolgreiche Arbeit zu leisten. Aus der o.g. Interviewsequenz wird deutlich, wie scheinbar "nur" hausfrauliche Tätigkeiten, die zumeist mit einem "weiblichen Arbeitsvermögen" konnotiert sind und gesellschaftlich nicht gratifiziert werden, in der (Alten)Pflege als Bestandteil eines sozialen Trainings und zur Förderung von mentalen und fein- und grobmotorigen Fähigkeiten eingesetzt werden können. So knüpft unter anderem die Vorbereitung des Einkaufs, die Zusammenstellung des Einkaufszettels und die Überlegung, welche Kekse gebacken werden sollen, an vertraute Alltagsarbeiten und Fähigkeiten der BewohnerInnen an. Gleichzeitig sind diese Vorbereitungen eine



gute Gedächtnisübung. Der gemeinsame Einkauf ist mit dem Verlassen der Altenheimrichtung verknüpft, es können neue soziale Eindrücke gewonnen und der soziale Umgang außerhalb der Institution geübt werden. Mit der Anfertigung des gemeinsamen Produktes "Kekse" dokumentieren die BewohnerInnen sich selbst und anderen gegenüber Aktivität und Leistungsfähigkeit. Durch die gelungene Vermittlung von Integrität, Sicherheit und (Alltags)Kompetenz erhöht sich die berufsbezogene Zufriedenheit der Altenpflegerin.

6. These:

Ein hoher Grad an Autonomie und Verantwortung trägt wesentlich zur Zufriedenheit im und mit dem Beruf bei.

"Also ich mag z.B. meine Arbeit jetzt sehr gern in der Weiterbildung, weil ich völlig frei arbeite. Also mir sagt keiner, was ich zu tun und zu lassen habe, es ist nur wichtig, daß der Kurs gut läuft und ich gute Arbeit mache, und wie ich das inhaltlich gestalte, ist eigentlich meine Entscheidung. Und das finde ich sehr schön ... Also ich würde sicherlich nicht unter Bedingungen arbeiten, wo ich ständig gesagt bekomme 'mach dies, mach jenes' und selber wenig konzeptionell arbeiten könnte ...". (KP, 10, Piechotta, a.a.O., S. 166)

Trotz hierarchischer Strukturen und Abhängigkeiten finden sich in der Pflege auch Freiräume bzw. Arbeitsbereiche, die für die Umsetzung eigener konzeptueller und inhaltlicher Vorstellungen genutzt werden können. Dies ist insbesondere in den Arbeitsfeldern, die relativ klar umrissene berufliche Kompetenzen (im o.g. Beispiel eine Intensivpflege- und Lehrkompetenz) aufweisen und die nicht unmittelbar im Krankenhausbetrieb angesiedelt sind.⁷ Hier können

heavy point

9

Schwerpunkt

genuin pflegerische Lehr- und Arbeitsinhalte entwickelt und neue Denk- und Handlungsweisen herausgebildet werden.

Fazit

Obwohl bildungspolitische Fortschritte und die Akademisierung der Pflege zu verzeichnen sind, müssen auch Invarianzen festgestellt werden: Aufgabenmonopole und eine eigenverantwortliche Entscheidungsmacht werden weiterhin versagt. Zudem bestehen bis heute keine einheitlichen und staatlicherseits kontrollierten Bildungsstrukturen. So kann weder ein klares Kompetenzprofil noch ein konturiertes Pflegeprofil entstehen. In manchen Punkten stehen sich die Pflegenden allerdings auch selber im Wege. So kann der Verweis auf Hierarchien und Machtstrukturen, manchmal auch auf Zeit- und Personalmangel, durchaus der individuellen und kollektiven Abwehr dienen. Eine Veränderung des Pflegealltags und eine konstruktive und reflektierte Auseinandersetzung mit den

(veränderbaren) Mißständen unterbleibt entsprechend.

Pflegearbeit ist komplex und vielfältig. Einerseits bietet sie Chancen: zum Beispiel pflegewissenschaftlich fundiert in der Praxis - erfolgreich - zu arbeiten, die Zufriedenheit und Anerkennung der zu pflegenden Menschen zu spüren. Andererseits bietet sie Risiken, Fallstricke und Mißerfolge: das heißt, Abwertungen zu erfahren in hierarchischen Strukturen und interprofessionellen Abhängigkeiten, womöglich nicht als beruflich-kompetente Pflegenden wahrgenommen zu werden, mit Wissensdefiziten in der Praxis bestehen zu müssen. Es gibt jedenfalls viele Gründe, warum Pflegenden mehr, intensiver und öffentlich über ihren Beruf reden sollten.

Prof. Dr. Gudrun Piechotta ist seit dem Wintersemester 2001/02 Hochschullehrerin für Pflege an der ASFH.

Fußnoten:

¹ Die Gespräche waren Teil einer mehrjährigen Evaluation, die den damaligen Modellversuch "Lehramt Pflegewissenschaft" wissenschaftlich begleitete. Sie wurden zu Beginn des Kontaktstudiums "Propädeutikum Pflegewissenschaft" (WS 1993/94) geführt. Das Kontaktstudium ermöglicht Pflegenden ohne Hochschulreife nach zwei Semestern, das pflegewissenschaftliche Lehramtsstudium zu absolvieren. Befragt wurden 41 Pflegenden, die sowohl eine Ausbildung in der Alten-, Kinderkranken- oder Krankenpflege als auch pflegespezifische Fort- und Weiterbildungen absolviert hatten und mehrjährig in der Pflege tätig waren (im einzelnen s. Piechotta 2000).

Der Modellversuch wurde 1999 als regulärer Studiengang an der Bremer Universität etabliert.

² Abkürzungserklärungen: KP=Krankenpfleger, KS=Krankenschwester, KIKS=Kinderkrankenschwester, API=Altenpflegerin)

³ Auch der erfolgreiche Abschluß einer Pflegeausbildung ändert daran nichts. Jetzt ist vielleicht ein interner Aufstieg geschafft, die Abhängigkeit von Schulnoten und Praxiszeugnissen aufgehoben, aber der hierarchisch geprägte Aufbau und die Organisation in den Institutionen sind weiterhin existent und bestimmen die Arbeitsabläufe und das soziale Miteinander.

⁴ Seit einigen Jahren umbenannt in LehrerInnen für Pflegeberufe.

⁵ Die befragten Altenpflegerinnen machen sogar deutlich, daß weiblich-sozialisiertes, "mütterliches" Verhalten privat, in der Familie, durchaus angebracht ist, aber eine Übertragung dessen auf den beruflichen Bereich negative Folgen für die PatientInnen/BewohnerInnen habe, da es das Aktivitätspotential der zu pflegenden Menschen eher reduziere als fördere, es passiviere bis infantilisiere (differenziertere Untersuchungsergebnisse s. Piechotta, 2000, S. 191ff.).

⁶ Ob und in welchem Ausmaß die Abrechnungen nach Fallpauschalen (DRG's) hierzu beitragen, wird sich in Kürze zeigen.

⁷ Entsprechend weniger fest ist auch der Zugriff des Arbeitsgebers und der Ärzteschaft (vgl. Piechotta, 2000, S. 152).

heavy point

10

Schwerpunkt

Verwendete Literatur:

Becker, Wolfgang/ Meifort, Barbara (1994): Pflegen als Beruf - ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikation, berufliche Anforderungen. Eine Praxisanalyse, Bielefeld (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 169)

Brenner, Renate (1992): Berufsausbildung mit dualem Charakter im nicht-dualen System, oder auch: Das geordnete Chaos der Berufsausbildung in der BRD am Beispiel der Krankenpflegeberufe. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Band 88, Heft 4, S. 300-310

Krüger, Helga (1997): "Korsettstangen und besetzte Stühle" - Wege aus den Sackgassen der Pflege. In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.): PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Frankfurt/M., S. 175-193

Krüger, Helga (2000): Pflegeberufe in der Dienstleistungsgesellschaft - Zwang zur bildungspolitischen Gestaltung. In: Kiesel, Petra/ Krüger, Helga/ Piechotta, Gudrun/ Remmers, Hartmut/ Taubert, Johanna (Hrsg.): Pflege lehren - Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze, Frankfurt/M., S. 21-42

Kurtenbach, Hermann/ Golombek, Günter/ Siebers, Hedi (1994): Krankenpflegegesetz mit Ausbildung - und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar, Stuttgart u.a., 4. Aufl.

Meifort, Barbara/ Becker, Wolfgang (1998): Ein Beruf fürs Leben? Gründe für die Berufsfucht aus der Altenpflege. In: Dr. med. Mabuse, Nr. 111, 23 Jg., S. 41-47

Ostner, Ilona/ Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979) Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege, Frankfurt/M., New York

Oelke, Uta (2000): Schlüsselqualifikationen als übergreifende Bildungsziele einer gemeinsamen Pflegeausbildung. In: Kiesel, Petra/ Krüger, Helga/ Piechotta, Gudrun/ Remmers, Hartmut/ Taubert, Johanna (Hrsg.): Pflege lehren - Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze, Frankfurt/M., S. 151-164

Piechotta, Gudrun (2000): Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung, Bern u.a.

Schrems, Berta (1994): Zeitorganisation in der Krankenpflege. Zeitliche Dimension von Frauenarbeit am Beispiele der Pflegeberufe, Frankfurt/M.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen, Frankfurt/M., New York

heavy point

11

Schwerpunkt

Aufgeben oder durchhalten?

Zum Mythos von Fluktuation und Verbleib im Pflegeberuf

Margret Flieder

Weit über den Pflegeberuf hinaus bekannt ist die pessimistische Aussage, nach der Pflegekräfte nur wenige Jahre im Beruf verbleiben und dass die Fluktuation hoch sei. Begründet wird dies in der Regel mit den psychischen und körperlichen Belastungen, den ungünstigen Arbeitszeiten, geringen Aufstiegschancen sowie mit der im Vergleich zu den Belastungen mageren Bezahlung (vgl. Dornier-Studie 1989; Schlüter 1992; GBE 1998).

Die Tatsache, dass Antworten auf diese Fragen von großem Interesse für den Berufsstand sind, erklärt kaum die große öffentliche Aufmerksamkeit, sobald es um Pflegeberufe geht.

Woher kommt das große Interesse am Verbleib im Pflegeberuf?

Aus welchen Gründen kann es über die Fachwelt hinaus für die Bevölkerung von Interesse sein, was in der Pflege vor sich geht? Die geringe berufliche Verweilzeit von Hotel- und Gaststättengehilfinnen oder von Friseurinnen findet kaum öffentliche Resonanz. Was also unterscheidet Pflegeberufe von anderen Frauenberufen?

Öffentliches Interesse für Pflegeberufe hat mehrere Gründe. Patienten und Angehörige wünschen sich bekannte Betreuungspersonen, wenn sie wiederholt ins Krankenhaus kommen. Pflegenden arbeiten in einem halb-öffentlichen Raum, der einsehbar ist von Angehörigen, Besuchern und anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Die Wahrnehmung der Angehörigen, dass das Personal ständig wechselt, hat etwas mit dem Fehlen beständiger Ansprechpartner zu tun, der großen Zahl an Kontaktpersonen und mit den wechselnden Arbeitszeiten im Pflegeberuf. Darüberhinaus knüpft Pflege an alltagspraktischen Fertigkeiten an, findet jedoch im professionellen Rahmen von Institutionen statt.

Der so ermöglichte "Blick hinter die Kulissen" eines Berufes fasziniert durch die Nähe zu existentiellen Lebensereignissen wie Geburt, Krankheit oder Tod und steht für die potentielle eigene Betroffenheit im Krankheitsfall. Weiterhin ist das Interesse der Bevölkerung geschärft durch die demographische Entwicklung und die damit einhergehende Wahrscheinlichkeit, selbst professionelle Pflege zu benötigen. Hinzu kommt, dass es sich um ein Berufsfeld handelt, das im gesellschaftlichen Auftrag handelt und über diesen Weg an die Verlagerung ehemals von Frauen in der Familie geleisteter Aufgaben erinnert.

Wie steht es um die Verweilzeit in der Pflege?

Bei einer Quote von 85 % Frauen in der Pflege liegt es nahe, dass Verweilzeit und Fluktuation weiblich dominiert sind. Wie lässt es sich erklären, dass Frauen den Pflegeberuf verlassen, obwohl ihre Arbeitskraft dringend gebraucht wird? Gehen sie wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen und der problematischen Vereinbarkeit von Familie und Beruf? Bleiben nur diejenigen im Beruf, die geringere Ansprüche haben, keine Familienarbeit leisten, über wenig Alternativen verfügen und für die ein sicheres Einkommen höchste Priorität hat?

Gemeinhin gilt die Berufsverweilzeit als Zeichen für Arbeitszufriedenheit und Beständigkeit, kann aber auch in Ermangelung von Alternativen negativ konnotiert sein. Die Verweilzeit im Pflegeberuf hängt von vielfältigen Faktoren ab. Neben wirtschaftlichen Faktoren, der strukturellen Entwicklung des Berufsfeldes, Zufriedenheit, Anerkennung, Verdienstmöglichkeiten und Aufstieg sind auch berufsimmanente Faktoren wie körperliche und psychische Belastungen bedeutsam. Besonders für Frauen spielen individuelle Entscheidungsprozesse der Lebens- und Familienplanung eine wichtige Rolle.

Die Suche nach genaueren Daten ergab ein heterogenes Bild, was hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnisse viele Fra-

heavy point

12

Schwerpunkt

gen offen lässt. Bei den meisten Studien handelt es sich entweder um kleine, nicht repräsentative Arbeiten oder um Schätzwahlen von Gewerkschaften oder Berufsverbänden. Doch auch die vom Datenumfang her größte Untersuchung erwies sich bei näherer Betrachtung als nur begrenzt tauglich für eine Konkretisierung von kurzer Berufsverweilzeit (vgl. Dornier-Studie 1989). Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer wird als gering bewertet, da ca. 50 % der Pflegekräfte den Betrieb nach weniger als 5 Jahren verlässt (vgl. a.a.O., S. 84). Bei näherer Analyse fiel auf, dass die entsprechende Statistik mit "Verweilzeit im Betrieb" betitelt ist, was als Hinweis auf eine falsche Interpretation dient. Von Bartholomeyczik wurde diese Fehlinterpretation näher untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Originalquelle um eine Umfrage der bayerischen Krankenhausgesellschaft handelt, bei der es um die betriebsinterne Verweilzeit ging (Bartholomeyczik 1997, S. 86). Bei den Angaben handelt es sich also um Durchschnittswerte einzelner Krankenhäuser über eine Verweilzeit im jeweiligen Haus. Diese Aussagen geben somit keine Auskunft über die Verweilzeit von Pflegenden im Beruf.

Entstanden sind die Ergebnisse über die Verweildauer auf der Basis von Mittelwertberechnungen. Derartige Zahlen enthalten prinzipiell das Risiko falscher Interpretationen, denn in den Durchschnittswert einer vermeintlich kurzen Verweilzeit im Beruf gehen sowohl Frühabbrecherinnen als auch Langzeitverbleibende ein.

Eine neue Studie, bei der es um die Frage nach der Tragfähigkeit bzw. Verwertbarkeit des Ausbildungsberufs im weiblichen Lebensverlauf geht, kommt zu deutlich anderen Erkenntnissen (Born 2000). Verglichen wurden zehn typisch weibliche Ausbildungsberufe auf gleichem Niveau im Längsschnitt der Lebensläufe aus Ausbildungsabschlussjahrgängen der Jahre 1960, -70 und -80. Die Krankenschwestern arbeiten in allen drei Gruppen "am häufigsten bzw. den längsten Anteil in ihrem Ausbildungsberuf, gefolgt von den Bürokauleuten..., hingegen die Hotel- und Gaststättengehilfinnen...am wenigsten, und zwar noch weniger als die Friseurinnen" (Born 2000, S. 55). Bei der Untersuchung wurde auch differenziert zwischen kinderlosen Frauen und Müttern, in beiden Fällen lagen die Krankenschwestern vorn! Der Pflegeberuf erweist sich nach dieser Studie als deutlich tragfähiger im Lebensverlauf als andere Frauenberufe.

Die Berufsverweilzeit in der Pflege ist vermutlich höher, als bisher angenommen. Dafür sprechen mehrere Gründe: Bisherige Untersuchungen enthalten methodische Defizite durch ihre Angaben auf der Basis von Durchschnittswerten und haben Interpretationsfehler mit sich gebracht, insofern sind die dort angegebenen Zahlen mit Vorsicht zu lesen. Hinzu kommt, dass in den meisten Studien Pflegenden im Krankenhaus befragt wurden, was zwar die Zugehörigkeit zum Betrieb erklärt, über die Verweilzeit im Beruf jedoch nur begrenzt Auskunft gibt. Die Erfassung von Berufsarbeit auf der Basis sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit erzeugt ebenfalls ein ausschnitthaftes Bild, das all die Frauen vernachlässigt, die z.B. nach der Geburt eines Kindes Berufsarbeit in ungeschützten Arbeitsverhältnissen leisten. Insgesamt kann gefolgert werden, dass die Verweilzeit in der Pflege weder in Bezug auf Durchschnittswerte noch in ihren Variationsformen unter besonderer Berücksichtigung der weiblichen Berufsbiographie hinreichend geklärt ist. Hinzu kommt, dass bisherige Studien zur Verweildauer im Beruf keine Antwort auf die Frage geben, wie man Pflegenden im Beruf halten kann oder insbesondere darauf, wie es gelungen ist, viele Jahre im erlernten Beruf zu arbeiten.

Fluktuation - ein vielschichtiges Problem!

Mit Fluktuation sind gemeint: Wechsel des Arbeitsplatzes und/oder des Arbeitgebers, Aus- und Wiedereinstiege oder das Umsteigen in andere Berufe. Die Aussagen zur Fluktuation in der Pflege weisen ähnlich wie die zur Verweilzeit zunächst in eine Richtung. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Fluktuation hoch ist und dass dies ein Problem darstellt. Erneut fanden sich nur wenig konkrete Angaben über die Kriterien von "hoch" oder "gering", d.h. eine Art Größenordnung, wie viele Wechsel als normal bzw. unproblematisch zu betrachten sind. Ungeachtet der Nachfrage nach Ausbildungsplätzen hat sich die Anzahl der Pflegepersonen im stationären Bereich rückläufig entwickelt. Parallel dazu ist eine enorme Ausweitung im ambulanten Sektor zu verzeichnen, was auf Wanderbewegungen von Pflegenden vom stationären in den ambulanten Bereich schließen lässt. Hätte es diese Form von Fluktuation nicht gegeben,

heavy point

13

Schwerpunkt

gäbe es zahlreiche arbeitslose Pflegekräfte analog zur rückläufigen Betten- und Krankenhausanzahl, und die Pflegeversicherung könnte mangels qualifizierter Kräfte nur Geldleistungen ausgeben (vgl. DKG 1999).

Fluktuation in der Pflege hat mehrere Problemschichten, die sich nur zögernd erschließen. Zum einen unterscheidet man zunächst zwischen Wechsel des Arbeitsplatzes beim gleichen Arbeitgeber und Arbeitgeberwechsel. Dass ein neuer Arbeitsplatz bei einem neuen Arbeitgeber im Sinne von Fluktuation zu verbuchen ist, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Wie verhält es sich aber, wenn beim gleichen Arbeitgeber der Arbeitsplatz gewechselt wird? Hier offenbaren sich bereits zwei Ebenen der Problematik: Zum einen die Ebene der Institution, zum anderen die der Betroffenen. Die Ebenen verschwimmen noch mehr, wenn es sich um Teilzeitarbeit handelt. Teilzeitverträge beinhalten zunehmend eine Mobilitätsklausel, nach der Pflegenden bedarfsorientiert auf mehreren Stationen eingesetzt werden können, teilweise sogar im ganzen Haus. Vollends undurchsichtig wird es bei einer Tätigkeit unterhalb der Sozialversicherungspflicht, denn Angaben darüber gehen als pauschale Schätzgröße in Statistiken ein. Auf Seiten der arbeitenden Pflegenden kann das bedeuten, dass ihr Lebensverlauf je nach Perspektive sowohl Kontinuität als auch Fluktuation aufweisen kann: Kontinuität durch Tätigkeit beim gleichen Arbeitgeber, und Fluktuation dadurch, dass auf vielen Stationen gearbeitet wurde.

Eine scheinbar normale Berufsbiographie, die nach den Angaben einer schriftlichen Befragung¹ erstellt wurde, mag diesen Sachverhalt illustrieren: Eine Krankenschwester hat nach Ende ihrer Ausbildung geheiratet, im Laufe der nächsten sechs Jahre drei Kinder bekommen. Nach der Geburt des ersten Kindes ist sie aus dem Beruf ausgestiegen, als das jüngste Kind vier Jahre alt war, fand der Wiedereinstieg statt. Die Ehe wurde geschieden. Die Frau hat vier Praxiswechsel hinter sich. Im nachfolgenden Interview² wurden die Befragten gebeten, diese Angaben auf Richtigkeit zu prüfen. Im Fall der erwähnten Krankenschwester stellte sich heraus, dass sie in dieser vermeintlichen Pause durchgehend als Aushilfe gearbeitet hat. Und während dieser 10 Jahre war sie Springerin im Nachtdienst.

heavy point

14

Schwerpunkt

Wie ist ein solcher Verlauf zu bewerten? Diese Frau hat kontinuierlich gearbeitet, allerdings auf verschiedenen Stationen, sie war stets berufstätig. In Bezug auf ihre Altersvorsorge wird sich das jedoch anders darstellen.

Was macht den Mythos von hoher Fluktuation so glaubhaft?

Die zeitstabile Behauptung von hoher Fluktuation in der Pflege erklärt sich aus mehreren Gründen. Durch den Schichtdienst, besonders in Kombination mit Teilzeitarbeit, entsteht der Eindruck ständig wechselnder Belegschaft, selbst bei Kontinuität im Team. Das Bild des permanenten Wechsels hat auch etwas zu tun mit Auszubildenden und Praktikantinnen, deren Einsatzzeiten von vornherein begrenzt sind und die regelmäßig wechseln. Fluktuation ist also ein normaler Prozeß in der Pflege.

Insgesamt zeigt sich als Resultat, dass die Wahrnehmung von Fluktuation einseitig negativ wirkt. Was in der Diskussion fehlt ist, dass Arbeitsplatzwechsel auch etwas mit Verbesserung zu tun haben können! Mehrere Wechsel des Arbeitsplatzes gehören in männerdominierten Branchen dazu, wenn man(n) beruflich weiterkommen will. Karriereberater sprechen von riskantem Verweilen und empfehlen offensive Bewerbungen und Stellenwechsel zur Erhöhung des eigenen Marktwertes, wenn man länger als drei bis fünf Jahre an einem Arbeitsplatz bleibt. In der Pflege ist das anders, Wechsel gelten als Zeichen eines Problems.

Die besondere Problematik für Frauen in der Pflege zeigt sich als Phänomen der Überlagerung mit dem Resultat einer Schiefelage. Das Eingebundensein in mehrere Zusammenhänge mit den frauentypischen Restriktionen lässt sich weder anhand von Fluktuationsraten noch an der beruflichen Verweilzeit erkennen, sondern eher mit einer Analyse von Arbeitsverteilung und damit verbundenen Belastungen bei Berufs-, Alltags- und Familienarbeit beleuchten (vgl. Jurczyk 1996). Festzuhalten bleibt, dass trotz des hohen Frauenanteils in der Pflege die bekannten Problemlagen berufstätiger Frauen mit Mehrfachbelastungen nur selten zu konkreten Förder- bzw. Unterstützungsmaßnahmen geführt haben.

Hier müßte der Berufsstand selbst aktiv werden und eine andere Akzentuierung vorneh-

men. Pflegekräfte, die mehrere Wechsel von Praxisfeld und Arbeitgeber hinter sich haben, verfügen über Berufserfahrung in bzw. mit verschiedenen Teams. Sie haben mit vielen Menschen zusammengearbeitet, sich für Patienten / -innen und Kollegen / -innen engagiert oder für die eigene Weiterentwicklung. Sie haben sich neu orientiert oder im Rahmen eines Familienumzugs an die neue Umgebung angepasst. Kurz gesagt, sie haben sich bezüglich ihrer Berufsorientierung aktiv, kompetent und flexibel gezeigt und genau das getan, was sich der Arbeitsmarkt wünscht. Wenn Arbeitgeber solche Pflegenden dauerhaft an sich binden wollen, sind Personal-Entwicklungsprogramme notwendig mit besonderer Berücksichtigung frauenspezifischer Belange. Als weitere Maßnahmen zur Förderung beständiger Berufsarbeit in der Pflege sollten Fortbildungskonzepte und Teambzusammenstellung nach altersgerechten Kriterien durchgeführt werden, um Lerneffekte partizipativ breit zu verankern und um Vereinzelungseffekten bei älteren oder jüngeren Mitarbeitern / -innen frühzeitig entgegenzuwirken.

Welchen Sinn kann eine häufig vertretene Aussage haben, die aus Sicht der Betroffenen durchaus erklärbar ist, selbst wenn sie empirisch nicht belegt werden kann? Verstehbar wird sie als Ausdruck einer frauenspezifischen Belastungskonstellation in einem Frauenberuf. Und genau diese Tatsache macht Aufarbeitung und Veränderung so schwierig, denn der Berufsstand selbst trägt durch das Beharren an der Problemkomponente zu dessen Zementierung bei; eine positive Bewertung personeller Veränderungen erfolgt kaum. Die Behauptung von hoher Fluktuation hat negative Auswirkungen auf das Image des Berufes, und zwar nach innen und nach außen. Innerhalb des Berufes signalisiert man damit Unzufriedenheit, die sachlich gute Gründe haben kann,

aber als individuelles Ausweichmanöver in Richtung Familie erstens missverständlich und zweitens nicht konstruktiv verwendbar ist. Nach außen vermittelt hohe Fluktuation im Pflegeberuf eine bedenkliche Inflation pflegerischen Erfahrungswissens, was zu wachsender Unsicherheit bei Patienten und Angehörigen führt. Hinzu kommen Berichte in den Medien über Missstände und Pflegefehler, es entsteht ein *circulus vitiosus*: ein negatives Außen-Image bringt vermehrt Aufmerksamkeit für die problematischen Seiten des Berufes erscheinen die "Abwanderer" als Normalfall mit der Folge, dass die "Verbleibenden", in der Hoffnung auf Verbesserung ihrer Arbeitssituation oder auch als Schutz vor überhöhten Erwartungen an der Aussage von hoher Fluktuation festhalten, was wiederum zu öffentlicher Aufmerksamkeit führt, allerdings in negativer Form.

Konkrete Daten über Fluktuation und Verbleib auf der Längsschnittachse von Lebensverläufen sowie Initiativen der Pflegenden zur Revision dieser Annahme können mehr Licht als bisher auf dieses, für den Pflegeberuf so bedeutsame, Phänomen werfen und es in seinen Konsequenzen für die Entwicklung des Berufsnachwuchses und für das Ansehen des Berufes beleuchten. Entscheidungsträger sind gut beraten, wenn sie die Erkenntnisse derjenigen, die beständig im Beruf arbeiten, zukünftig stärker berücksichtigen und Konzepte zur verbleiborientierten Gestaltung von Berufsarbeit in der Pflege entwickeln und publik machen.

*Margret Flieder ist Krankenschwester und
Diplompädagogin. Sie lehrt an der Evangelischen
Fachhochschule Darmstadt im
Bereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften.
email: flieder@efh-darmstadt.de*

Anmerkung:

Dieser Artikel ist eine leicht veränderte Fassung des Aufsatzes "Schnell weg? Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf", erschienen im November-Heft 2001 von Dr. med. Mabuse, S. 29-32. Es ist ein Auszug der Dissertation "Älterwerden in der Pflege - Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege" an der Universität Bremen. Sie erscheint unter dem Titel "Was hält Krankenschwestern im Beruf? Zu Annahmen und Irrtümern über den Pflegeberuf" im Frühjahr 2002 im Mabuse-Verlag, Reihe Wissenschaft, Bd. 60, ISBN 3-933050-89-8.

heavy point

15

Schwerpunkt

Fußnoten

¹ siehe Anmerkung am Schluß des Artikels

² Die Idee zu dieser gestuften Verfahrensweise entstammt der Studie "Der unentdeckte Wandel" von Claudia Born, Helga Krüger und Dagmar Lorenz-Meyer, 1996.

Literatur:

Bartholomeyczik, Sabine; Müller, Elke (1997): Pflegeforschung verstehen. Urban und Schwarzenberg Verlag, München.

Born, Claudia (2000): Erstausbildung und weiblicher Lebenslauf. Was nicht nur junge Frauen bezüglich der Berufswahl wissen sollten. IN: Heinz, Walter (Hrsg.): Übergänge- Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs Zs für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie (ZSE), 3. Beiheft, S. 50-65

Born, Claudia (2001): Verweildauer und Erwerbsbiographien von Frauen in der Krankenpflege. Ein Beitrag zur Diskussion um Altersteilzeit für Gesundheitsberufe. IN: Pflege und Gesellschaft (PfleGe), Jg. 6 (3), S. 109-115.

Born, Claudia; Krüger, Helga; Lorenz-Meyer, Dagmar (1996): Der unentdeckte Wandel. Edition Sigma Bohn, Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (1999): Zahlen, Daten, Fakten '99. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.

Dornier GmbH und Prognos AG (1989): Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahre 2010. Forschungsbericht Nr. 188, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn. (GBE) Gesundheitsbericht für Deutschland (1998). Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Metzler-Poeschel Verlag, Stuttgart.

Jurczyk, Karin (1996): "Die Arbeit des Alltags" - Unterschiedliche Anforderungen in der alltäglichen Lebensführung von Frauen und Männern. IN: Stiftung Verbraucherinstitut und Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (Hrsg.), Focus Alltag. VAS Verlag, Frankfurt/M.. S. 35-56.

Reher, Jörg (1998): Arbeitsmarktanalyse in den Pflegeberufen. IN: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 37 (3&5), Teil 1: S. 217 - 220, Teil 2: S. 408 - 410.

Schlüter, Gabriele (1992): Berufliche Belastungen der Krankenpflege. Verlag Bibliomed, Melsungen.



Interkulturelle Kompetenzen in der Pflege

1. Schlechte Zeiten für eine kultursensible Pflege?

Die aktuelle politische Lage wird häufig als unumkehrbar charakterisiert: "Nichts wird wieder so wie es war". Diese Feststellung wechselt mit Beschreibungen von wiederhergestellten Normalsituationen. Berichte sprechen vom Alltag in New York, wo mehrere Tausend Menschen unter den Trümmern von zwei großen Bürohäusern ihr Leben verloren; Nachrichten zeigen den Alltag in Kabul, wo täglich Bombardements stattfinden und die politische und militärische Machtlage alles andere als geklärt ist. Normal sind auch deutsche Soldaten in Mazedonien und in Afghanistan.

Das Bemühen scheint groß, mit Hilfe des Begriffs der Normalität die aus den Bahnen geworfenen kollektiven Lebensprozesse zu beschreiben. Was macht den Begriff der Normalität heute so attraktiv? Offensichtlich wird, daß die Kategorie "normal" nicht nur eine flexible Einordnung von Zuständen im Rahmen eines Über-, Unter- oder Normalmaßes erlaubt, sondern gleichzeitig auch die Vorstellung speist, eine kontinuierliche, Stück für Stück voranschreitende Angleichung von Unterschieden sei möglich. Gerade in Zeiten der Krise (ob individuell als Krankheit oder gesellschaftlich als Katastrophe erlebt) eignet sich diese Kategorie ganz besonders, weil sie die Möglichkeit einer Wiedererlangung des Normalzustands suggeriert: Blutwerte werden durch Medikamentengabe stabilisiert, die Weltwirtschaft wird durch Leitzinssenkung gestützt.

In seinem Versuch über den Normalismus untersucht Jürgen Link, welchen Platz der Normalismus in modernen Kulturen einnimmt und fragt, wie auf die Angst, einer jederzeit möglichen, unbemerkten individuellen oder kollektiven Abweichung von der Normalität reagiert werden kann. Er kennzeichnet zwei unterschiedliche Strategien der Normalisierung, die protonormalistische und die flexibel-normalistische. Eine protonormalistische Strategie zielt auf "'harte' semantische und symbolische Markierung der Grenze", eine flexibel-normalistische Strategie setzt auf "'weiche' und 'lockere' semantische und

symbolische Markierung der Grenze" (Link 1997: 79).

Die Regulierungsmacht,¹ die moderne Gesellschaften kennzeichnet, zielt sowohl auf einen beliebigen Körper (fortlaufende Verbesserung von Fähigkeiten) als auch auf eine beliebige Bevölkerung (fortlaufende Prozesse der Korrektur) ab. Diese fortwährende Regulierung ergreift alle Bereiche der gesellschaftlichen Praxis, indem sie diese entlang der Differenzierung normal/pathologisch interpretiert.

2. Mit welchem Kulturbegriff haben wir es zu tun?

Aktuell ist viel die Rede vom Kampf der Kulturen. Sogenannte Experten, denen bislang niemand zuhörte, sind die neuen Propagandisten der Kreuzzüge und die Theoretiker des Konflikts. Die Rede vom Orient als dem grundlegend Anderen zum Okzident (Said 1981) ist nicht neu. Ebenso wenig neu ist die Ambivalenz, die sich in dieser xenophoben Rede ausdrückt: das Fremde, das abstößt und anzieht zugleich - und wo könnte diese sich besser ausleben als in der (Männer-)phantasie über orientalische Frauen. So füllen Gemälde aus dem 19. Jahrhundert, auf denen orientalische Harems und Frauenmärkte zu sehen sind, ganze Ausstellungsräume von weltbekannten Museen. Auf diesen Gemälden werden nackte Frauen vor den Augen arabischer Männer (und Bildbetrachter) veräußert. Die Parallele zu aktuellen Fernsehbildern von verschleierte orientalische Frauen ist schmerzlich und ärgerlich zugleich. Sie sollen militärische Einsätze rechtfertigen und gleichzeitig den europäischen Beobachter davon entlasten, über Frauenhandel vor der eigenen Tür nachdenken zu müssen.

Das Bild der beiden Kulturen des Orients und des Okzidents, die sich mit ihren Vorstellungen von Religion, Zusammenleben, Politik unversöhnlich gegenüber stehen, geht auf einen Kulturbegriff und eine Denktradition

heavy point

17

Schwerpunkt

zurück, wie sie erstmalig in Texten des 17. Jahrhunderts zu finden sind. Der deutsche Rechtsgelehrte und Historiker Samuel von Pufendorf gilt als "Erfinder" dieses Kulturbegriffs.

Bis zu diesem Zeitpunkt war ein anderer Begriff von Kultur vorherrschend, wie ihn die Antike kannte. Antike Gesellschaften sprachen von Kultur immer in bezug auf etwas: Kultur der Äcker, Kultur des Schmerzes, Kultur der Körper etc. Bei diesem Begriff der Kultur mit Genitiv geht es um den pflegenden Umgang mit etwas: dem Land, dem Schmerz, dem Körper etc.

Den Begriff der Kultur ohne Genitiv explizierte Herder Ende des 18. Jahrhunderts in mehreren Bänden seiner "Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit". Sein generalistischer Kulturbegriff hat Konsequenzen: Die Werte, Ansichten und Handlungen sowohl jedes Einzelnen wie einer gesamten Gesellschaft gelten als Bestandteil und Ausdruck einer unverwechselbaren, einheitlichen Kultur, die das Volk-Sein ausdrückt und sich von der Kultur und dem Volk-Sein anderer Kulturen und Völker unterscheiden läßt.

Beide hier vorgestellten Begriffe von Kultur (mit Genitiv und generalistisch ausschließend) scheinen auch in Titeln aktueller Pflegeliteratur auf: "Pfleger verwirrter alter Menschen" (Schmitt&Kollak 1998) oder "Türkische Patienten pflegen" (Schilder 1998).

Kennzeichnend für den heutigen Kulturbegriff ist jedoch vor allem, daß er als durch und durch irritierend empfunden wird. Kaum ausgesprochen, traut man ihm schon nicht mehr über den Weg. Referenzen auf höhere Mächte oder auf ein uns auferlegtes Schicksal fallen als Erklärungen für unsere heutige Situation weg. Neue Grenzen unserer Gesellschaft werden gesucht: Wie hoch darf der Anteil der Migranten einer Bevölkerung sein? Benötigt eine Gesellschaft eine Leitkultur? Sollen Koranschulen zugelassen werden? usw.

Ein Kulturbegriff, wie ihn der offene Nationalismus benutzt, der von 'nationaler Identität' spricht und sie mit dem Begriff der 'Rasenzugehörigkeit' begründet, ist bislang noch nicht Teil der etablierten Politik.² In anderer Verkleidung hat es ein rassistischer Kulturbegriff aber schon sehr weit gebracht. Diese Verkleidung spricht von "eigenen und fremden Kulturkreisen" von

"Fremden und Allzufremden" und benutzt statt der staatsrechtlichen Kategorie "Ausländer" den ethnologischen Begriff "Fremder".

Eine Normalisierungsstrategie der harten Grenzziehung ("eigener Kulturkreis"/"fremder Kulturkreis") und des sozialen Ausschlusses ist dazu geeignet, Konflikte zu schaffen, aber nicht zu lösen. Zur Lösung eines unlösbaren Problems (konfliktfreies Zusammenleben) wird uns eine Normalisierung angeboten, die Menschen unter rassistischen Gesichtspunkten aus der Gesellschaft ausschließt. Diese rassistische Strategie ist nicht sofort zu durchschauen, denn zweifellos folgen wir der "Landkarte kultureller Identifikation". Wo deren Grenzen sind, wird durch persönliche Fähigkeiten im Umgang mit Konflikten und durch gesellschaftliche Strategien zur Regelung von Konflikten bestimmt. Außerdem ist es eine "Binsenweisheit ... , daß es keine monokulturell-geschlossenen Kulturkreise gibt, am wenigsten in Deutschland, das durch die Reformation in fundamentaler Weise religiös und damit auch kulturell pluralisiert wurde" (Link 1985: 7).

Eine solche protonormalistische Normalisierungsstrategie geht einher mit einem biologisch-rassistischen Kulturbegriff und versteht "Kultur" als prägendes Erbe. Dagegen steht ein Begriff, der Kultur als "... ein ständiger Wandlung unterliegendes Instrument der Bewältigung von wechselnden Lebenslagen" versteht (Radtke 1995: 13).

3. Interkulturelle Kompetenzen in der Pflege

Ein Begriff, der Kultur als Fähigkeit und Umgangsweise zur Lösung von Aufgaben und Problemen beschreibt, ist für die Pflege interessant, denn dieser Begriff ist in der Lage, zwei wesentliche Eigenschaften der Pflege auszudrücken: ihre Handlungsorientierung und ihre lange Tradition. Eine Pflege, die z.B. auf die Schmerzkultur reflektiert, stellt auf der individuellen Ebene eine konkrete Hilfe bei der Bewältigung von Schmerzen eines bestimmten Patienten dar sowie die Erfüllung eines traditionellen sozialen Auftrags zum pflegenden Umgang mit Mensch und Umwelt.

Die Aufforderung zu einer "kultursensiblen Pflege", für die es im Augenblick weder einen festen Platz in der Ausbildung gibt noch Zeit und Anerkennung in der Praxis, empfindet

heavy point

18

Schwerpunkt

die überarbeitete Krankenschwester als weitere Anforderung im Kanon unerfüllbarer Erwartungen: Die Pflege soll ganzheitlich, empathisch, patientenorientiert, evidenzbasiert und kultursensibel usw. sein und korrekt dokumentiert werden.

Wie kann die Interkulturalität als Ressource statt als zusätzliche Belastung in der Pflege wahrgenommen werden? Versuchen wir also die Dinge von dem Kopf wieder auf die Füße zu stellen. Die Pflege ist in der Praxis auf schnelles Entscheiden, sicheres Handeln, klare Absprachen, genaue Arbeitsteilung angewiesen. Kurze Planungszeiten, einfache Lösungswege und große Handlungssicherheit sind bei pflegerischen Arbeitsabläufen von hohem Wert. Das sind Vorteile, wenn sie wirklich existieren. Sind Absprachen aber überholt, Leitlinien nicht vorhanden, Handlungen und Arbeitsteilung eingefahren und nicht evaluiert, so sind sie unwirksam und belastend. Die Pflegeforschung ist dann aufgerufen, die Wirksamkeit von pflegerischem Handeln zu überprüfen.

Es wäre für Patienten und Pflegekräfte in gleichem Maße wohltuend, sich von einem Wust wirkungsloser Prozeduren und Tätigkeiten zu befreien. Eine ungeklärte, moralisch belastende Aufforderung zur Ganzheitlichkeit, die in der Praxis als Erledigung aller unerledigten Aufgaben daherkommt, los zu werden, um therapeutischem und sorgendem Handeln Platz zu geben, wäre zum Beispiel ein aufmunternder Schritt. Dazu müssen wir gemeinsam nachdenken, nachprüfen und beschreiben, was pflegerisch wirkungsvoll für Patienten ist. Für eine in dieser Weise wirkungsvolle Pflege ist es notwendig, das Verständnis des Patienten von seiner Krankheit und seinen Bedürfnissen, von seinen Ressourcen und seinem Hilfebedarf ernst zu nehmen. Patienten liefern die wichtigsten Informationen, um eine Pflege vorzuschlagen, die Patienten als wirklich entlastend, verständnisvoll und zielführend erleben können. Das beste Wissen über pflegerische Tätigkeiten, typische Krankheitsverläufe, mögliche Therapien sowie voller körperlicher und geistiger Einsatz können wirkungslos bleiben, wenn sie am Patienten vorbeigehen. Das belegt die Medizin mit großem Aufwand, hohen Kosten und unzähligen Opfern seit Jahren.

Wollen wir über eine wirkungsvolle, kultursensible Pflege nachdenken, so müssen wir zuerst die Frage nach der gesellschaftlichen wie individuellen Erwünschtheit von Migration stellen. Wird das Erlernen kul-

tureller Kompetenzen als sozialer Arbeitsauftrag gesehen und verstanden? Werden interkulturelle Fähigkeiten im Rahmen des Lehrauftrags vermittelt? Wird ein solches pflegerisches Handeln als Qualitätsmerkmal gesehen? Werden Mitarbeitende mit Migrationshintergrund als wichtige Vermittlungspartner auf den unterschiedlichen Ebenen akzeptiert und gefördert? Kurz: Haben wir es in der Tendenz mit einer Abschottung oder Öffnung zu tun? Auf der Ebene der Gesellschaft müssen wir fragen: Zielt die gesellschaftliche Normalisierung im Umgang mit Migration mehr auf eine protonormalistische Strategie des "no tolerance" oder mehr auf eine flexibel-normalistische Strategie des "no limits"? Wird unser persönliches Verständnis vom Umgang mit Migration eher von Angst und Abgrenzung oder eher von Mut und Ausprobieren bestimmt?

Es wäre falsch, sich die Strategie der "no tolerance" als martialisches Verbot jeglicher "interkultureller Regung" vorzustellen. Vielmehr reicht es aus, die begrenzten Ressourcen wie z.B. die Versicherungsleistungen, Krankenhausbetten, ambulanten Pflegeangebote, aber auch die Ausbildungsplätze und Ausbildungsinhalte sowie die Arbeitsplätze und Leitungspositionen nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten (Ausgaben müssen sich lohnen) zu verteilen. Dabei mag die eine oder andere rassistische Bemerkung in Richtung auf die "naturgemäß primäre Sorge um den eigenen Kulturkreis" o.ä. im momentanen Klima des "Kampfs gegen den Terrorismus" gleich noch mal "erlaubt sein".

Wollen wir die Kräfte in Richtung auf eine Erweiterung und Dynamisierung der Normalitätszone "no limits" stärken - und darum geht es mir, muß dies auf unterschiedlichen Ebenen geschehen. Auf der Ebene der gesellschaftlichen Ressourcenverteilung, z.B. in Form der Forderung und Durchsetzung des Rechts auf Gleichbehandlung. Eine solche Gleichbehandlung ist vor dem Hintergrund richtig, daß Migranten, die heute eine gesundheitliche Versorgung beanspruchen, sich diesen Anspruch durch jahrelanges Einzahlen in die Sozialversicherungskassen erkaufte haben. Doch es gilt auch aus der alten heilkundlichen Tradition heraus zu argumentieren, nach der kranken und pflegebedürftigen Menschen ein Recht auf Hilfe zugestanden wird, unabhängig von Status, Bildung, Einkommen, Religion, Geschlecht,

heavy point

19

Schwerpunkt

Herkunft usw. Das Primat der Verwertbarkeit, der Nützlichkeit oder des lohnenswerten Lebens ist keines, das der Heilkunde entspringt. Vielmehr lässt sich an der Behandlung pflegebedürftiger Migranten durch das deutsche Gesundheitswesen die allgemeine gesellschaftliche Wertschätzung aller kranken, nicht heilbaren, nicht mehr im Arbeitsprozeß stehenden Menschen ablesen.

Neben den strukturellen Bedingungen für interkulturelle Begegnungen (oder Konflikte) gilt es auf einer mikrosoziologischen Ebene nach den emotionalen Aspekte des Umgangs mit dem Fremden zu fragen. Denn erst die Offenlegung der Emotionen, die interkulturelle Begegnungen auslösen (Ängste, Aggressionen, Ohnmacht etc.), ermöglicht die Chance, Veränderungen durch Ausbildung und Bildung zu bewirken. Hier steht die Frage nach der Konstruktion von Fremdheit im Mittelpunkt. Denn Fremdeinschätzungen sagen immer etwas sowohl über die soziale und historische Sicht auf Fremdheit aus als auch über persönliche Sichtweise. Diese werden durch eigene Erfahrungen und Entwicklungen geprägt.

Es geht darum, zu einem erweiterten Pflegeverständnis zu gelangen, das der Selbstreflexion wie der reflektierenden Auseinandersetzung über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Werte- und Glaubenssysteme, Familien- und Geschlechterrollen einen festen Platz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege einräumt. Denn gerade in der interkulturellen Auseinandersetzung liegt die Chance, Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen.

"Interkulturelle Kompetenz" als Basis für eine echte Begegnung versteht sich als Fähigkeit und Fertigkeit, erfolgreich und angemessen kommunizieren zu können. Erfolg und Angemessenheit lassen sich dabei am Erreichen von beiderseitigen Zielen und an der Zufriedenheit mit der individuellen Begegnung prüfen. Eine solche Kompetenz stellt Anforderungen an persönliche Grundeinstellungen, Wertvorstellungen und Lernbegeisterung einerseits sowie an interkulturelles Wissen, Verhaltensweisen und Umgangsformen andererseits. Sie ist somit auf den Ebenen des Denkens, Handelns und Fühlens zu erlangen.

Fähigkeiten, die diese Ebenen in unterschiedlichem Maß ansprechen, sind z.B. die der Empathie,

Problemanalyse und Konfliktfähigkeit³. So existiert Empathie jenseits von Mitleid und Verständnis. Sie zeigt Nähe und Distanz zugleich. Eine solche Fähigkeit verstellt nicht den Blick durch die eigene "Handlungsrationalität" und "Konstruktion von Wirklichkeit". Die Fähigkeit zur Problemanalyse erlaubt, die Genese von Konflikten, aber auch von gelungener Kommunikation und erreichten Problemlösungen zu erkennen und auf andere Situationen zu übertragen. Damit erhöht sich z.B. die Fähigkeit, eigene Streßsituationen zu beherrschen und gleichzeitig nach außen Sicherheit und Offenheit zu signalisieren. Nicht zuletzt ist die Konfliktfähigkeit essentiell. Denn das eigene Verständnis von einem rational und formell handelnden Menschen trifft in der Interaktion auf diffuse, vielschichtige, widersprüchliche und oft nicht formulierte Erwartungen. Dies ist in allen Fällen der Kommunikation und Begegnung der Fall.

Diese beispielhaft genannten Fähigkeiten, sind solche, die Kommunikation allgemein - und die für uns vor allen Dingen förderungswürdige "interkulturelle Begegnung" - erleichtern helfen. Diese Fähigkeiten können wir uns aneignen, sobald wir geneigt sind, bisher weniger erfolgreiche Strategien des Umgangs abzulegen. Es geht also nicht um zwei Stunden "Pflege von Migranten", sondern um die Reflexion eigener Einstellungen, Werte und Handlungsmuster, die unseren gesamten Arbeitsalltag bestimmen. Eine solche pflegewissenschaftliche Ausrichtung, die einen (aus der Antike bekannten) Kulturbegriff der Pflege von z.B. kranken Menschen aufgreift, unterliegt "weniger der Gefahr der Negierung kultureller Unterschiede bzw. Unterordnung von Minderheitenkulturen unter eine Hegemonialkultur (Universalismus) einerseits oder einer Überinterpretation aller individuellen Unterschiede als kulturelle (Kulturalismus) andererseits" (Kollak&Küpper 1997: 129). Eine bewußtere Haltung unseren eigenen Einstellungen und Handlungen gegenüber ist dringender denn je erforderlich, wenn in einem politischen Klima, wie wir es derzeit erleben, ethnische Zugehörigkeit, Religion, Geschlecht als "label" für Ausgrenzungen bemüht werden. Die Pflege wird sich theoretisch und praktisch nur entwickeln können, wenn sie sich mit diesen Konfliktfeldern beschäftigt.

Prof. Dr. Ingrid Kollak ist Hochschullehrerin für Pflege an der ASFH.

heavy point

20

Schwerpunkt

Fußnoten:

¹ Um unsere zeitgenössischen Gesellschaften (mit ihren Normalisierungsprozessen als Wesensmerkmal) begreifen zu können, "muß man einer Denktradition entsagen", formuliert Michel Foucault in Überwachen und Strafen in bezug auf die Macht (1981: 39). Die Denktradition, die er hier anspricht, versteht Macht als Besitz (eines Souveräns), als lokalisierbar (Staatsmacht), als abhängig von Produktionsweisen, als Unterdrückung in Form von Gewalt und Ideologie. Diese Macht drückt sich im Gesetz aus, das im Sinne eines Souveräns funktioniert (vgl. Deleuze 1987: 39ff.). Diese Vorstellung von Macht beschreibt einen totalitären, zentralistischen Machttyp mit dem Souverän als Herrscher über Leben und Tod, nicht aber heutige Gesellschaften, deren Kennzeichen die Regulierungsmacht ist.

² Die Wahlergebnisse der Hamburger Bürgerschaftswahlen machen aber deutlich, wie salonfähig der Nationalismus wird, wenn die offizielle Politik die weltweite Sicherheit für angegriffen erklärt.

³ In diese Überlegungen gehen die Ergebnisse einer Studie ein, die ich gemeinsam mit Hans Küpper im Neuköllner Krankenhaus durchgeführt habe (1997).

Literatur:

Baecker, D. (1998): Arbeit an der Kultur. In: Binczek, N. & Zimmermann, P. (Hrsg.): Eigentlich könnte alles auch anders sein. Köln (König), S. 241-261

Balke, F. (1999): Normalität. In: Kollak, I. & Kim, H.S. (Hrsg.): Pflergetheoretische Grundbegriffe. Bern (Huber), S. 87-112

Canguilhem, G. (1974): Das Normale und das Pathologische. München (Hanser)

Cubillos, F.A. (2001): Kultursensible Pflege - ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In:

Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Frankfurt/M. (Mabuse), S. 243-259

Deleuze, G. (1987): Foucault. Frankfurt/M. (Suhrkamp)

Foucault, M. (19814): Überwachen und Strafen. Die Geburt der Gefängnisse. Frankfurt/M. (Suhrkamp)

Frey, T., Haller, D. & Weber, A. (19983): Begegnen - Verstehen - Handeln. Handbuch für interkulturelles Kommunikationstraining. Frankfurt/Main (IKO-Verlag)

Kollak, I. & Schmitt, E. (1998): Pflege verwirrter alter Menschen. Bausteine für den Unterricht. Stuttgart (Thieme)

Kollak, I. & Küpper, H. (1997): Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses in Berlin. In: **Uzarewicz, C. Piechotta, G. (Hrsg.):** Transkulturelle Pflege. Berlin (Verlag Wissenschaft und Bildung)

Link, J. (1997): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen (Westdeutscher Verlag)

Link, J. (1985): Multikulturen: Auf verlorenem Posten gegen den Neonationalismus? In: Kulturrevolution. Zeitschrift für angewandte Diskurstheorie. 10/1985, S. 6-13

Radtke, F.O. (1995): Fremde und Allzufremde - Prozesse der Ethnisierung gesellschaftlicher Konflikte. In: Gesprächskreis Arbeit und Soziales (Hrsg.): Ethnisierung gesellschaftlicher Konflikte. Erlangen (Tagungsbericht)

Said, E. (1981): Orientalismus. Frankfurt/Main (Suhrkamp)

Simmel, G. (1992, 1908): Exkurs über den Fremden. In: Loycke, A. (Hrsg.): Der Gast, der bleibt. Dimensionen von Georg Simmels Analyse des Fremdseins. Frankfurt/Main (Campus), S. 9-17

Nelly Sachs

Kommt einer
von ferne
mit einer Sprache
die vielleicht die Laute
verschließt
mit dem Wiehern der Stute
oder
dem Piepen
junger Schwarzamseln
oder
auch wie eine knirschende Säge
die alle Nähe zerschneidet -

Kommt einer
von ferne
mit Bewegungen des Hundes
oder
vielleicht der Ratte
und es ist Winter
so kleide ihn warm
kann auch sein
er hat Feuer unter den Sohlen
(vielleicht ritt er
auf einem Meteor)
so schilt ihn nicht
falls dein Teppich
durchlöchert schreit -

Ein Fremder hat immer
seine Heimat im Arm ...

heavy point

21

Schwerpunkt

Die ambulante Krankenpflege. Eine Domäne der Frauen?!

Ute Carstens

Fünf Jahre in der ambulanten Krankenpflege haben bei mir den Eindruck erweckt, dass es sich hier um eine Frauendomäne handelt. Nicht die professionellen Pflegekräfte meine ich, sondern die Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter und Mütter. Zu meinen Aufgaben gehörten die halbjährlich vorgeschriebenen Besuche eines ambulanten Pflegedienstes bei den Pflegegeldempfängern, die sonst keine weitere pflegerische professionelle Unterstützung hatten. Nach kurzer Zeit war

gepflegt werden. Zum Teil ganz oder lediglich unterstützend durch einen ambulanten Pflegedienst wurden weitere 415000 Pflegebedürftige zu Hause versorgt. (Statistisches Bundesamt, 2001, S.3)

Diese Zahlen sprechen für sich. Bei meinen Recherchen musste ich feststellen, dass es kaum Literatur zur sog. Laienpflege gibt. Der Hilfebedarf der Pflegebedürftigen zu Hause ist relativ häufig analysiert worden, während

Pflegebedürftige in Deutschland zum Jahresende 1999^{*)}

	zusammen	Pflegestufe			bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt in %
		I	II	III		
Pflegebedürftige zu Hause versorgt	1 444 807	750 769	536 630	157 408	-	72
davon:						
allein durch Angehörige ²⁾	1 027 591	559 603	370 517	97 471	-	51
durch ambulante Pflegedienste	417 216	191 166	166 113	59 937	-	21
Pflegebedürftige in Heimen	575 315	177 263	249 986	128 583	19 483	28
Pflegebedürftige insgesamt	2 020 122	928 032	786 616	285 991	19 483	100

*) Vorläufige Angaben

1) Einschließlich Härtefälle

2) Entspricht den EmpfängerInnen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

EmpfängerInnen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind nicht hier, sondern bei den ambulanten Pflegediensten enthalten.

ich erstaunt darüber, wie viele Menschen zu Hause gepflegt werden, mit wenig oder gar keiner Unterstützung von außen. Diese Zahl wurde von mir schon hoch geschätzt, aber nicht annähernd so hoch wie es die Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen.

Seit August 2001 liegt der "Kurzbericht Pflegestatistik 1999" vor. Daraus geht hervor, dass fast drei Viertel aller Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden. (72 %=1,44 Mill.) Hiervon beziehen 1,03 Mill. Pflegebedürftige Pflegegeld. D.h. dass sie ohne professionelle Unterstützung zu Hause

es über die Situation der Hauptbetreuungs- personen und deren Unterstützungsleistungen nur wenige Studien gibt (vgl. Schröppel 1992: S. 51).

Wobei auch bei der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste in der Regel ein Grossteil der Versorgung und Belastung bei den Angehörigen bleibt.

Das ergibt sich schon daraus, weil die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist, die im Sachleistungsbereich im Rahmen der Pflegestufen nur einen Bruchteil der zur Einstufung geforderten Zeit finanziell abdeckt. Zur Erläuterung erkläre ich kurz einige Begriffe. Sachleistung bedeutet, dass die Leistun-

heavy point

22

Schwerpunkt

gen, die ein ambulanter Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung erbringen, direkt mit der Pflegekasse abgerechnet werden. Bei Geldleistungen bekommt die Pflegebedürftige das Geld direkt von der Pflegekasse ausgezahlt.

In der nachfolgenden Tabelle werden die geringsten Voraussetzungen dargestellt, die nötig sind, damit eine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II, III vergeben

mehr erkennt, oder behauptet, dass man etwas gestohlen hat, was einfach nur verlegt wurde, vom Pflegebedürftigen. Diese Wesensveränderungen, die für Angehörige oft schwer zu begreifen und zu akzeptieren sind, können, wenn sie nicht erkannt werden, zu Missverständnissen und Kommunikationsstörungen führen, ja auch als Boshaftigkeit ausgelegt werden. Hinzu kommt, dass es für Demenzerkrankungen kaum eine posi-

	Geldleistung monatlich	Sachleistung monatlich ambulant	Verhinderungspflege	Stationäre Betreuung monatlich
Pflegestufe I	400 DM	750 DM	2800 DM/ 1x jährlich	2000 DM
Pflegestufe II	800 DM	1800 DM	2800 DM/ 1x jährlich	2500 DM/
Pflegestufe III	1300 DM	2800 DM	2800 DM/ 1x jährlich	2800 DM

werden kann.

tive Prognose gibt. Das Ende der Pflege ist mit dem Einzug in ein Pflegeheim oder dem Tod des Angehörigen erreicht.

Welche Probleme haben nun die Pflegenden?

Ein eher pragmatischer Belastungsfaktor ist die zeitliche Beanspruchung durch Versor-

Pflegestufen		
Stufe I	Stufe II	Stufe III
erheblich pflegebedürftig	schwer pflegebedürftig	schwerst pflegebedürftig
Einmal täglich Hilfebedarf für zwei Verrichtungen und...	Dreimal täglich Hilfebedarf zu verschiedenen Tageszeiten und...	Hilfebedarf rund um die Uhr auch nachts und...
... zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei einem Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt für die Hilfe von einer nicht professionellen Pflegeperson von mindestens...		
1,5 Stunden, davon mindestens 45 Minuten Grundpflege	3 Stunden, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege	5 Stunden, davon mindestens 4 Stunden Grundpflege

Hildegard Schröppel beschreibt in ihrem Buch "... von wegen Rabentöchter. Der Pflegenotstand in Familien mit altersverwirrten Angehörigen" die Situationen von pflegenden Frauen. Sie beschreibt die Gründe, die zur Übernahme der Pflege führen und Belastungen, die pflegende Angehörige speziell mit dementen Pflegebedürftigen haben aus verschiedenen Blickwinkeln.

Sie beschreibt z.B. Belastungen, die aufgrund einer Demenzerkrankung entstehen. Diese können sich in den Wesensveränderungen des Pflegebedürftigen äußern. Diese Wesensveränderungen können sich darin zeigen, dass die Pflegebedürftige einen nicht

gungsleistungen. Der tägliche Zeitaufwand liegt im Mittel bei schweren und schwersten Pflegefällen bei 5-6 Stunden (vgl. Schröppel 1992: S. 51). Zur Pflegedauer ist nach einer Studie von Zarit et al. (1980) ein Durchschnitt von 3,8 Jahren angegeben. Die Angaben schwankten von zwei Monaten bis zu zehn Jahren (vgl. Schröppel: 1992: S. 53). Diese zeitlichen Aufwendungen führen oft auch wieder zu Belastungen im familiären oder beruflichen Kontext. Familienintern kann es zu Problemen kommen, weil sich die Rolle

heavy point

23

Schwerpunkt

der Mutter und Ehefrau verändert, sich ihre Aufmerksamkeit anders konzentriert. Unter Geschwistern kommt es häufiger zu Konflikten. Meist spielt dabei eine Rolle, dass sich die pflegende Angehörige mit der Arbeit allein sieht und die anderen Geschwister bei den (seltenen) Besuchen von den Eltern auch noch mehr Anerkennung bekommen.

Frauen sind eher bereit, beruflich zugunsten der Pflege zurück zu stecken. Bei manchen fällt die Pflege in den zweiten Versuch, die Karriere zu starten, nachdem die Kinder aus dem Haus sind, und kann so zum Karriereknick werden. Frauen, die trotz zeitlicher Belastungen in ihrem Beruf bleiben, sehen dies oft als Entlastung. Das hängt sicher mit den alternativen Sozialkontakten und Eindrücken zusammen.

Zum Teil führt die Pflege auch zu einem Rückzug aus Sozialbeziehungen und Freizeitaktivitäten. Hierbei spielt oft die zeitliche Belastung eine große Rolle.

Es ist eine unsichtbare Arbeit, die der Gesellschaft viel Geld spart. Das lässt sich an einem Rechenbeispiel darstellen. Für einen Pflegebedürftigen der Stufe I zahlt die Pflegeversicherung pro Jahr 4800 DM für die Betreuung zu Hause. Für die Versorgung eines Pflegebedürftigen der Stufe I in einem Pflegeheim zahlt die Pflegekasse 24000 DM jährlich. Bei der Pflegestufe II zahlt die Pflegekasse zu Hause 9600 DM / jährlich und im Heim 30000 DM / jährlich.

Das ist aber nur ein Aspekt. Viel bezeichnender ist, dass diese Arbeit immer noch bei der Diskussion um die Gesamtsituation in der Pflege ignoriert wird. So kann das doch mit der Pflegeversicherung nicht gemeint gewesen sein. Die Pflegeversicherung wurde doch auch zur Unterstützung und Aufwertung der pflegenden Angehörigen geschaffen.

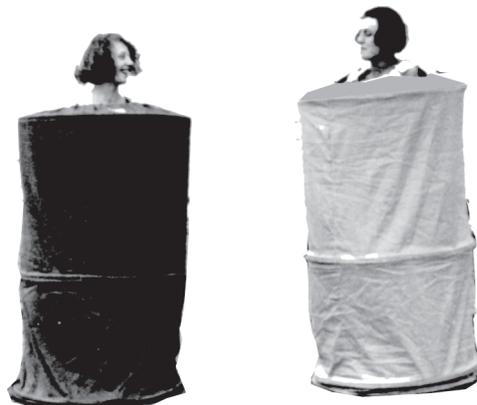
*Ute Carstens studiert im 2.Semester Pflege/
Pflegemanagement an der ASFH.*

Literatur:

Schröppel, Hildegard: "...von wegen Rabentöchter": waschzettel verlag

A. Möckl: Augsburg 1992

Kurzbericht: Pflegestatistik 1999: Statistisches Bundesamt



PatientInnenrechte

Evelyne Hohmann

Im Auftrag der Bundesländer wurde 1999 die Charta der Patientenrechte erstellt und als "Patientenrechte in Deutschland. heute" zum Beschluß der 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren vom 9./10. Juni 1999 in Trier(1) verabschiedet. Dieses Dokument bestätigt, was der Patientenberater Christoph Kranich 1997 (5, S. 95) konstatiert: "Patienten haben in Deutschland gute und weitreichende Rechte", allerdings treffen seine weiteren Ausführungen auch heute noch zu: "Die Theorie sieht weit besser aus als die Praxis - Recht haben und Recht bekommen ist nicht dasselbe."

Eine neuere Erhebung (2001) unter Hirntumorpatienten (<http://www.hirntumor.net>) zur Versorgungs- und Behandlungsqualität ergab ein Bild, das sich ohne Abstriche auf die Situation anderer Patienten übertragen läßt. Bemängelt wurde durchweg die unzureichende Aufklärung, der Mangel an weitergehenden Informationen und die fehlende Beratung im Verlauf der Erkrankung. So würden regelmäßig zu wenig Auskünfte über Behandlungsalternativen gegeben, die ÄrztInnen verfügten häufig nur über unzureichendes Einfühlungsvermögen: auf Fragen und Ängste würde zu wenig eingegangen. Auch der Verlauf der Behandlung ist für viele betroffene Menschen wenig zufriedenstellend. Sie haben Zweifel, dass zeitgemäße Behandlungsstandards eingehalten werden, eine gute Behandlungsqualität sei eher zufällig und die fehlende Zusammenarbeit und mangelhafte Koordination der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Fachärzte und Berufsgruppen sei die Regel.

Welche Rechte haben Menschen als PatientInnen in Deutschland?

Recht auf freie Arztwahl

Dieses Recht wird für Versicherte der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) auf die Versorgung durch VertragsärztInnen eingeschränkt (KassenärztInnen). Bisher kann auch eine fachärztliche Versorgung ohne die Überweisung durch AllgemeinmedizinerInnen aufgenommen werden. Das Recht wird weiterhin in bestimmten Fällen gesetzlich

eingeschränkt (SoldatInnen, Strafgefängnisse).

Selbstbestimmung, das Recht auf eine aufgeklärte Einwilligung

Dieses Recht soll den PatientInnen Wahlfreiheit hinsichtlich möglicher Behandlungen geben. Es wird nicht durch die ärztliche Therapiefreiheit eingeschränkt. Das Recht auf Information durch die Ärztin umfasst die ärztliche Aufklärungspflicht hinsichtlich der Diagnose- und Verlaufsaufklärung, über Nutzen und Risiken der vorgeschlagenen Behandlung und bestehender Behandlungsalternativen. Ebenso aufgeklärt werden muss über finanzielle Folgen der Behandlung und Folgen für die Lebensführung. Dabei muss die Aufklärung verhältnismäßig sein und dem Gebot der Menschlichkeit entsprechen. Die Informationen müssen so gegeben werden, dass die Patientin sie verstehen und die Tragweite der zu treffenden Behandlungsentscheidung erfassen kann. Drohungen und "pädagogische" Übertreibungen müssen ebenso unterbleiben wie andere Versuche der Einflussnahme und Desinformation. Nun dann ist eine Einwilligung auch wirksam.

Recht auf Ablehnung einer Behandlung

PatientInnen haben das Recht, eine Behandlung abzulehnen oder sie nach vorerst erfolgter Einwilligung im Verlauf abubrechen. Die behandelnden Ärzte sind dann verpflichtet über die zu erwartenden Folgen sachgerecht und wahrheitsgemäß aufzuklären, wobei sie auch hierbei das Gebot der Menschlichkeit zu beachten haben.

Recht auf fachärztlichen Qualitätsstandard

Laut Sozialgesetzbuch V (regelt die gesetzliche Krankenversicherung) soll die ärztliche Behandlung ausreichend und zweckmäßig sein, in Qualität und Standard dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen,

heavy point

25

Schwerpunkt

auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigen und nicht gegen humanitäre Grundsätze verstoßen. Dabei muss sie wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht übersteigen (s. §§ 2, 12, 70 SGB V). Da Informationen darüber, welche ÄrztInnen die fachärztlichen Standards einhalten, nicht nur nicht zugänglich sind, sondern gar nicht erst erhoben werden, bleibt den PatientInnen häufig nur der experimentelle Arztwechsel, um den zeitgemäßen Qualitätsstandard zu erlangen. Im glücklichen Einzelfall können Selbsthilfegruppen ihre Erfahrungen mit ÄrztInnen weitergeben.

Bisher gibt es nur, wenn ein Schaden eingetreten ist, also ein Behandlungsfehler zu offensichtlichen Schäden geführt hat, die Chance, dass die mangelhafte Qualität einer Behandlung sanktioniert wird. Selbst regelmäßige Fehl-, Über- und Unterversorgung in der ärztlichen Behandlung sowie die Versorgung nach überholten Standards ziehen bisher keine Konsequenzen nach sich. Den Krankenkassen fehlen nicht nur gesetzliche Möglichkeiten, sondern bisher häufig auch der Wille, den PatientInnen bei der Suche nach qualitativ angemessener Versorgung zu unterstützen. Anforderungen und Verpflichtungen, die sich aus dem PatientInnenrecht ergeben, z. B. die regelmäßige ärztliche Weiterbildung und die gegebenenfalls notwendige Hinzuziehung anderer FachärztInnen, bleiben dem freien Spiel der Kräfte überlassen.

Recht auf sachgerechte Organisation und Dokumentation der Behandlung

Hierzu gehört die Dokumentation des Krankheitsgeschehens und des Behandlungsverlaufs ebenso wie die Organisation der Behandlung und der sichere Einsatz der Medizingeräte und Medikamente. Die Arbeitsabläufe müssen so organisiert sein, dass sie die Patienten nicht gefährden und schädigen oder über ein menschlich akzeptables Maß hinaus beeinträchtigen.

Begleitung, Vertretung, Bevollmächtigung, Betreuung

PatientInnen haben die Möglichkeit, sich durch eine Vertrauensperson (zur Behandlung, zum Aufklärungsgespräch) begleiten zu lassen. Sie können zudem andere Menschen zur Wahrnehmung ihrer Rechte bevollmächtigen, z. B. zur Einsichtnahme

in die Krankenunterlagen. ÄrztInnen können dann nicht den dafür Bevollmächtigten mit dem Hinweis auf den Datenschutz die Einsichtnahme in die Krankenunterlagen verweigern. Für den Fall einer vorübergehenden oder dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit können Willensvertreterinnen bevollmächtigt werden, die gegebenenfalls die Rechte der PatientIn im Rahmen ihrer jeweiligen Bevollmächtigung vertreten (PatientInnenverfügung). Dieses kann insbesondere bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften wichtig sein, damit die/der Lebenspartner/in im Ernstfall Zutritt und Auskunft erhält und in die Behandlungsentscheidungen mit einbezogen wird. Allerdings benötigen auch Eheleute und nahe Angehörige eine entsprechende Bevollmächtigung, um gegebenenfalls die Interessen der Patientin zu vertreten oder Behandlungsentscheidungen an ihrer statt zu treffen. Gibt es keine Bevollmächtigten, wird im Falle der Einwilligungsunfähigkeit oder eingeschränkten Einsichtfähigkeit durch das Vormundschaftsgericht eine rechtliche Betreuung eingesetzt.

Informationelle Selbstbestimmung

PatientInnen haben das Recht auf Einsichtnahme in ihre Krankenunterlagen und sie können gegen einen angemessenen Kostenbeitrag auch Kopien der Unterlagen einschließlich Röntgenbildern und Laborberichten verlangen. Es gehört zu den Organisationsaufgaben des Krankenhauses oder der niedergelassenen Ärztin, dies zu ermöglichen.

Das Recht auf Schutz der persönlichen Daten bedeutet die Sicherung gegen den Zugriff Unbefugter und die Möglichkeit der PatientInnen, zu bestimmen, wer (zukünftig) auf diese Daten Zugriff haben soll.

Chipkartendebatte

In der Debatte um den Einsatz vernetzter Datenverarbeitung im Gesundheitswesen wird derzeit das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der PatientInnen und Versicherten gegen die Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Versorgung ausgespielt. Dabei geht es im wesentlichen um zwei Gebiete, die in der öffentlichen Debatte vermischt werden:

- Einsatz von Informationstechnologien, damit die Aufgabe der Krankenkassen zur Prüfung der Richtigkeit der Abrechnungen sowie der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen umgesetzt

heavy point

26

Schwerpunkt

werden kann (anonymisierte Patientendaten). Ziele: Einhaltung von Standards (Diagnose und Therapie): Fehl-, Über- und Unterversorgung, Therapiefreiheit; Erhebung von Strukturdaten; Abrechnungs- und Leistungskontrolle;

- Personenbezogene PatientInnendaten, die für die individuelle Versorgung eines Patienten auf einem Medium gespeichert werden (Chipkarte, Gesundheitsbuch, elektronische Patientenakte). Ziele: Therapiesicherheit, Vermeidung von Doppelleistungen, Überprüfung von Rationierung, Kontrolle von Mitgliedschaft und Zuzahlungsstatus

Die Datenschutzbeauftragten der Länder und des Bundes fordern, für die Verarbeitung von Patientendaten technische Verfahren zu nutzen, die die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen wahren und die Entstehung "gläserner PatientInnen" verhindern. Die informationelle Selbstbestimmung könne mit der zur Verfügung stehenden Technik gewährleistet werden, ohne die Optimierung der Versorgung aufzuhalten.

Beratung und Information für Versicherte und PatientInnen

(Adressen können unter <http://www.tss-datenbank.de> eingesehen werden)

Die Verbraucherzentralen (VBZ) haben sich jeweils spezialisiert. Die VBZ NRW, Hamburg und Berlin sind für mehrere Bundesländer oder auch bundesweit zum Thema Patientenrechte zuständig. Ihr Angebot umfasst Gesundheitsberatung, Beratung über Wahlmöglichkeiten bei ÄrztInnen, Krankenhäusern und Krankenkassen, bei (zahn)ärztlichen Kostenplänen und Abrechnungen und über rechtliche Möglichkeiten bei Konflikten mit Arzt oder Krankenkasse, Pflgethemen. Sie übernehmen auch die Beratung und Vertretung bei einem Verdacht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler. Auch die qualitative Bewertung von Gesundheitsdienstleistungen wird zu speziellen Themen wahrgenommen. Die VBZ Baden-Württemberg informiert z. B. zu Anbietern von Mammographie.

Die PatientInnenstellen in den Gesundheitsläden bieten für PatientInnen neben der Rechtsberatung und sozialer Unterstützung auch die Vermittlung von weiteren Hilfen, Selbsthilfekontakten und Bildungsangeboten. Ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit ist häufig auch die politische Vertretung der Patienteninteressen.

Neben Selbsthilfeorganisationen und PatientInnenverbänden, die Interessen ihrer jeweiligen PatientInnengruppen vertreten und bei der Bewältigung der Erkrankung helfen, haben sich Medizingeschädigte zu Organisationen zusammengeschlossen, um Patienten, die einen Behandlungsschaden erlitten haben, zu unterstützen und ein Patientenschutzgesetz durchzusetzen.

Vermehrt bieten auch Krankenkassen ihren Versicherten Beratung und Unterstützung an. Die Qualität der Vertretung von PatientInneninteressen durch die Kassen, etwa bei Behandlungsfehlern, ist sehr unterschiedlich. Gerade bei Verdacht auf Behandlungsfehler oder bei Qualitätsmängeln in der Behandlung sollte die Krankenkasse informiert und zur Unterstützung herangezogen werden.

Initiativen des Gesetzgebers und der Sozialversicherungen

Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkasse haben im November 2001 einen Entwurf zur Weiterentwicklung der Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V verabschiedet. Darin wird noch einmal ausdrücklich an die Adresse der gesetzlichen Krankenkassen in den Ländern gerichtet, dass der Betrag 0,51 € pro Versichertem und Jahr ausgeschöpft werden soll.

§ 65 b SGB V (Modellprojekte)

Mit den erklärten Zielen, Stärkung der Patientensouveränität und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, fördern die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Einrichtungen der PatientInnen- und VerbraucherInnenberatung nach § 65b SGB V. (SGB V regelt die gesetzliche Krankenversicherung). Für einen Zeitraum von drei Jahren werden ausgewählte Projekte gefördert. Es handelt sich dabei um Modellprojekte, die nach Ablauf des Förderungszeitraumes unabhängig von ihrem tatsächlichen Nutzen keinen Anspruch auf weitere Förderung haben. Die Projekte wurden auf der Grundlage einer Ausschreibung ermittelt, PatientenvertreterInnen sind nicht an der Auswahl beteiligt gewesen. Der §65b SGBV

heavy point

27

Schwerpunkt

ermöglicht auch weiterhin nicht die reguläre Finanzierung des Aufbaus bzw. der Fortführung qualifizierter unabhängiger Einrichtungen zur Beratung und Unterstützung von Versicherten und PatientInnen. Es werden 30 Modellprojekte gefördert, davon 4 in den Neuen Bundesländern. 17 der 26 Projekte in den Alten Bundesländern und 2 der 4 in den Neuen Bundesländern sind in Trägerschaft von Organisationen, die qualifizierte PatientInnen- und Versichertenberatung anbieten oder Patienteninteressen vertreten. Diese Angebote waren bisher unzureichend finanziert und konnten den Beratungsbedarf nicht decken. Die Förderung von bestehenden

Einrichtungen außerhalb des Programms ist auch weiterhin nicht geregelt.

Evelyne Hohmann ist Leiterin der Patienteninformationsstelle der Theodor Springmann Stiftung (Patiententelefon) zu Patientenschutz, Schmerztherapie, Sterben, Trauer. Patienteninformationsangebot im Netz seit 1999. Internetkurse für PatientInnen, MultiplikatorInnen, Gesundheits- und Sozialberufe seit 1/2000. Mitglied im Berliner Forum Patienteninteressen

URL:<http://www.patiententelefon.de>

Literatur

Charta der Patientenrechte; sowie von Humangenetik über Naturheilkunde und Patientenschutz bis Zahnärzte, Dokumente zum Herunterladen, Landesregierung Bremen; sehr empfehlenswert!
<http://www.bremen.de/info/gesundheit/>

Stiftung Warentest testet Medikamente": Handbuch Medikamente - Über 7000 Arzneimittel für Sie bewertet. **A.Bopp, V.Herbst (Hrsg.)**, 767Seiten, 78 DM; <http://www.stiftung-warentest.de>

"Patientenrechte-Ärztepflichten". Broschüre mit umfangreichem Adressteil; Die Broschüre kann bestellt werden gegen Einsendung von 7,50 DM (Schutzgebühr+Porto) bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, c/o Gesundheitsladen München e.V.; Auenstr. 31, 80469 München, Tel: 089/772565, FAX: 089/7250474 Fax

"Ärztepflichten, Patientenrechte; Kosten, Patientenverfügung...", **Patientenratgeber der VBZ Hamburg** (s. o.); enthält Informationen zu Gesundheitsdienstleistungen und Patientenrechten, Musterschreiben, Literaturhinweise und Adressen von Beratungsstellen, s. o. 17,50 DM

Kranich/Böcken: Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, 1997, Nomos

Badura/Hart/, Schellschmidt u. a.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, 1999, Nomos Verlagsgesellschaft

Schell, Werner: 1. Arztspflichten. Patientenrechte; 2. Patientenrechte für die Angehörigen der Pflegeberufe von A-Z

Thorsen-Vitt, Susanne (Hrsg.): Überleben im Krankenhaus, 1997, PMI-Verlag, Frankfurt/Main, 32,80 DM

Pflege in Zahlen

Ingrid Neunhöffer

Sowohl unter den Pflegebedürftigen als auch unter den Pflegenden sind mehrheitlich Frauen, wie der Kurzbericht Pflegestatistik 1999 des Statistischen Bundesamts nachweist (im

Internet unter <http://www.destatis.de> in der Rubrik "Produkte & Service" / "Online Publikationen" abrufbar, alle folgenden Zahlen aus diesem Kurzbericht, soweit nicht anders nachgewiesen).

Im Dezember 1999 waren 2,02 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); von ihnen waren 69 % Frauen.

Die **Pflegewahrscheinlichkeit** ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Sie ist in der Altersgruppe der 60 bis 70-Jährigen bei den Männern, in der Altersgruppe der 70 bis 80-Jährigen bei den Frauen geringfügig höher. Bei den über 80-jährigen Frauen steigt sie schnell an, von den über 90-jährigen Frauen

heavy point

28

Schwerpunkt

sind 65,3 % pflegebedürftig (Männer 42,0 %). Insgesamt ist die Pflegewahrscheinlichkeit für Frauen 3,3 %, die für Männer liegt bei 1,6 %. Als Begründung ist wahrscheinlich zu sehen, daß viele Männer im Alter von ihren (jüngeren) Ehefrauen gepflegt werden und keine Unterstützung der Pflegeversicherung beantragen, während viele Frauen nach dem Tod der Männer alleine bleiben und auf fremde Hilfe angewiesen sind. Außerdem ist die Lebenserwartung der Frauen höher.

72 % der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 1,03 Millionen Pflegebedürftige erhielten ausschließlich Pflegegeld, d.h. sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige versorgt. "Die Hauptpflegepersonen [unter den pflegenden Angehörigen, d.Autorin] sind zu rund drei Viertel Frauen, zumeist (in der Reihenfolge) Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter."¹ Das Pflegegeld beträgt in der Pflegeversicherungsstufe 3 (schwerstpflegebedürftig) maximal 1300 DM im Monat, dafür muß die pflegende Person mindestens 5 Stunden pro Tag (selbstverständlich auch sonn- und feiertags) mit der Pflege beschäftigt sein. (siehe hierzu auch den Artikel "Die ambulante Krankenpflege. Eine Domäne der Frauen?!" von Ute Carstens hier im Heft.)

Weitere 415.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, wurden aber zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. In den ambulanten Pflegediensten arbeiteten 184.000, in den Pflegeheimen 441.000 Personen; davon waren jeweils ca. 85 % Frauen.

In den Pflegeheimen waren 7 % der Beschäftigten Auszubildende, PraktikantInnen, SchülerInnen, bzw. Zivildienstleistende. 48 % der Beschäftigten arbeiteten Vollzeit, 45 % Teilzeit.

Bei den ambulanten Pflegediensten waren 31 % der Beschäftigten Vollzeitangestellte; 21,3 % waren geringfügig beschäftigt (auf 630 DM-Basis); 5,3 % der Beschäftigten waren Auszubildende, PraktikantInnen, SchülerInnen, bzw. Zivildienstleistende.

Die Arbeit und Bezahlung der in der Pflege Beschäftigten ist nach wie vor unbefriedigend. In einer Stellungnahme zu den Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst im Jahr 2000 äußert sich die "Gewerkschaft für Beschäftigte im Gesundheitswesen":

"Aber nach wie vor gilt eine extrem unterschiedliche prozentuale Steigerungsrate bei den Dienstaltersstufen innerhalb der einzelnen Vergütungsgruppen. Während die Steigerungsrate für Pflegenden bis maximal rund 30% geht, reicht sie für die anderen Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes bis zu über 70%. Nach wie vor verliert eine einfache Krankenschwester aufgrund dieser Praktik in der letzten Dienstaltersstufe monatlich rund 400,- DM brutto. Das macht allein auf die letzten 20 Jahre einen Verlust von mehr als 100.000,- DM aus, die Verluste vorher und bei der Rente gar nicht einbezogen.

Hinzu kommt eine überholte und veraltete Eingruppierungsstruktur.

Wir leben in einer Zeit, da der ambulante Bereich immer mehr an Gewicht gewinnt, trotzdem gibt es bis heute für diesen Bereich praktisch nur die Eingruppierungskriterien des stationären Bereiches.

Neue Qualifikationen und Aufgabenbereiche werden ignoriert. Für sie gibt es keine Eingruppierung. Praxisanleiter, Altenbetreuer etc. sind hierüber besonders "froh".

Mit hohem finanziellem, zeitlichem und persönlichem Einsatz mühsam errungene Weiterbildungsqualifikationen spielen für die Vergütung keine Rolle.

Akademische Abschlüsse in den Bereichen Pflegemanagement, -pädagogik und -wissenschaft sind für die Vergütungsordnung nicht existent.

Für Leitungspersonal gilt, daß sie je nach Arbeitsbereich eine sehr unterschiedliche Anzahl unterstellter Mitarbeiter benötigen, um die gleiche Vergütungsgruppe zu erhalten, z. B. um Kr. VI zu bekommen, braucht man auf einer Allgeminstation 5 unterstellte Pflegepersonen, bei einer Dialyseeinheit aber 24 unterstellte Pflegepersonen."²

*Zusammengestellt von
Ingrid Neunhöffer.*

Fußnoten

¹ Thomas Schilling "Strategien zur Stützung der Potentiale familialer und institutioneller Pflege" ein Beitrag bei einer Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung: Solidarität der Generationen : der "Heim"liche Abschied von der Pflege am 28.-30.10.1999

<http://library.fes.de/fulltext/akademie/freudenstadt/00920001.htm#LOCE9E2,02.01.02>

² Gewerkschaft für Beschäftigte im Gesundheitswesen: <http://www.gewerkschaft-pflege.de/tarifverhandlungen2000.htm>, 02.01.02

Z a h l e n

29

d r o w n i n g b y n u m b e r s

Dozenten und Dozentinnen der ASFH

Wie sie von Studierenden erlebt und eingeschätzt werden

Edith Bauer
Brigitte Geißler-Piltz

In der vorletzten "Quer" (03/01) haben wir unter Mitarbeit unserer Projekt-Studentinnen eine Diskussion um Frauen- bzw. Gender-Projekte eröffnet, die mit abgedruckten studentischen Stellungnahmen eine starke Ambivalenz gegenüber der Frauenstudienkultur dokumentierte. Fraglich blieb, welche Rolle den Leiterinnen von Frauenprojekten angetragen wird und welche Neu- und Selbstbestimmungen ihrer Aufgaben ihnen in der Lehre erlaubt werden.

Wenn dergleichen Fragen zunächst auch nur von regionalem Interesse erscheinen und gestellt werden, um die Situation an unserer Hochschule analytisch in den Blick zu nehmen, ist dieser Eindruck doch nicht ganz richtig. Die Situation an der ASFH spiegelt ja eine übergreifende, auch für andere Hochschulen bezeichnende Situation wider, die längst einer umfangreicheren Untersuchung würdig wäre. Nehmen wir also unsere Lage kritisch zur Kenntnis, so gewinnen wir in einer Auseinandersetzung damit sicherlich Erkenntnisse, die sich auch auf andere bildungspolitisch relevante Bereiche, nicht nur die Hochschulen, anwenden lassen.

Wir werden Aussagen machen können über die (Gründe unzureichender) Akzeptanz weiblicher Lehr- und Forschungsinhalte sowie didaktischer und methodischer Vorgehensweisen, die für den Feminismus und die Frauen- wie Geschlechterforschung bezeichnend waren und sind, aber zwiespältige Resonanz finden. Ebenso werden wir erfahren, welche Rolle weiblichen Dozenten zugewiesen wird, wie diese Rollen erlebt und möglicherweise auch verändert werden können, wie die Ansprüche der Dozentinnen an sich selbst als Lehrende aussehen und wo sich Dozentinnen in der Umsetzung dieser Ansprüche gehindert fühlen. Fragen wie diese, die in Forschungen über das Denken und Lernen von Frauen in den USA bereits seit Jahren gestellt

werden, werden in der BRD noch nicht sehr lange für diskussionswürdig gehalten. Ansätze zu einer Theoretisierung der Erfahrungsberichte aus Frauenstudienveranstaltungen liegen nur punktuell vor. Um diese Situation ändern zu können haben wir - wie bereits im letzten Artikel angekündigt - StudentInnen zu den Unterschieden zwischen Dozenten und Dozentinnen der ASFH befragt, um die Bewertungsmuster kennenzulernen, die die studentische Erfahrung von Lehre strukturieren. Die Ergebnisse dieser Befragung möchten wir in dieser Ausgabe vorstellen und lassen vor allen weiteren Überlegungen zunächst die studentischen Texte zunächst sprechen:

Dozentinnen und Dozenten an der ASFH in der Einschätzung von Studierenden

“Mir ist aufgefallen, dass Dozentinnen mehr ihre Kompetenz, Selbstständigkeit und Fähigkeit zu lehren nach außen tragen. Sie treten hartnäckig für ihre Meinung ein und sind in dieser auch festgelegter. Mir wäre es oft lieber gewesen, den Unterricht neutraler zu erleben in Bezug auf die Geschlechtlichkeit (bei Dozentinnen). Ich empfand sie oft als anstrengender und korrekter. Ihre Grenzen waren eng gesetzt. Ich habe sie aber teilweise schon engagierter erlebt in der Wissensvermittlung (als Dozenten), würde aber nicht sagen, daß sie generell besser in der Methodik oder Didaktik waren.”

“Dozentinnen halten sich mehr an Vorschriften. Dozenten sind lockerer im Umgang mit Regeln. Dozentinnen agieren emotionsgeladener. Dozentinnen vermitteln manchmal den Eindruck, ihre Kompetenz erst beweisen zu müssen, obwohl sie es überhaupt nicht nötig haben. Dozenten treten oft sicherer, selbstbewußter auf (manchmal muß ich mich fragen, worauf sie diese Eigenschaft aufgebaut haben).”

genderfragen

30

update

“**M**eines Erachtens sind Dozentinnen engagierter und sachlicher bei der Vermittlung von Inhalten. Dafür fand ich aber, dass sich Dozentinnen zum Teil strenger an Vorschriften für Leistungsnachweise gehalten haben. Ich habe im zwischenmenschlichen Kontakt zu Dozentinnen eine größere Nähe und größeres Verständnis erfahren, was vielleicht auch darauf zurückzuführen ist, daß man sich Dozentinnen eher anvertraut, wenn man selbst eine Frau ist. Von einigen Dozentinnen gab es auch sichtbares Interesse für Ziele und Wünsche ihrer Studenten.

Zu Dozenten kann ich nur sagen, daß ich sie eher profilneurotisch und teilweise unsachlich finde oder distanziert und wenig an den Studenten interessiert. Zu der Kompetenz kann ich jetzt nichts sagen. Es gab (auf beiden Seiten) solche und solche.

Es gab auch zwei Dozentinnen in meinem gesamten Studium, die unsachlich waren und eher selbstdarstellerisch. Mein erster Eindruck ist aber, daß es eher mehr männliche Dozenten (dieser Art) gibt.”

“**D**ozentinnen halten sich mehr an die Vorschriften, sind im allgemeinen strenger bei der Benutzung von Materialien bei der Klausur z.B. als die Dozenten, die damit lockerer umgehen. Dozenten reden im allgemeinen gerne länger und für sich alleine; um ihr Wissen preiszugeben; als Dozentinnen, die ihren Redefluß z.B. öfters unterbrechen, um Fragen an die Studierenden zu stellen. Die Dozentinnen sind zum größten Teil jünger als die Dozenten. Es gibt 27 männliche Dozenten und 12 weibliche Dozentinnen. Lehrbeauftragte gibt es 57 männliche und 53 weibliche.”

“**I**m Verlauf meines Studiums hatte ich mehr Seminare bei Dozenten als bei Dozentinnen. Dozentinnen an der Fachhochschule halten sich mehr an Vorschriften, wogegen Dozenten auf mich lockerer wirken. Den Eindruck, daß Dozentinnen sich distanzierter gegenüber Studenten als zu Studentinnen verhalten, kann ich nicht bestätigen. Es ist eher geschlechtsunabhängig inwieweit sich die Dozierenden für die Belange der StudentInnen interessieren und auch einsetzen. Ältere Dozentinnen traten m.E.n. sicherer auf als jüngere, wobei diese wiederum emanzipierter und feministischer auftraten. Was die Kompetenz in der Didaktik der Dozierenden betrifft, kann ich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festmachen, eher individuelle. Von einigen Dozenten geht eine Art "Gemütlichkeit, Gelassenheit" aus. Die

Dozentinnen, bei denen ich Seminare hatte, waren teilweise sehr engagiert.”

“**M**eine Erfahrung ist so, daß ich meist bei von Männern geleiteten Seminaren ein entspannteres Gefühl habe: Es liegt wohl daran, daß der Anspruch bei Frauen höher liegt, da sie an sich selbst oft höhere Ansprüche haben.

Dazu kommt, daß in Seminaren mit Dozenten die Emotionalität weit geringer ist als in Seminaren mit Dozentinnen - ich meine auf beiden Seiten, Studentinnen und Dozentinnen.

Allerdings fordern mich die Seminare mit Frauen mehr, sprechen mich oft mehr an. Die meisten Dozenten sind lange etabliert und wenig flexibel in ihrer Lehre. Bei jungen Lehrbeauftragten erlebe ich ähnlich interessante Seminare wie bei Frauen.

Trotzdem genieße ich oft die ruhigeren Seminare bei Männern, die souverän ihr Wissen vermitteln. Ich lerne hier eher Theorien und Fakten, während ich mich bei Frauen eher angehalten fühle selbst zu denken, zu diskutieren und eine Meinung zu bilden.

Dozenten präsentieren mir häufig eine Meinung, die ich annehmen kann oder nicht. Dozentinnen fühlen sich häufiger engagierter und motivierter an als Dozenten.”

“**D**ie Überrepräsentanz der lehrenden Männer an der ASFH war auch in meinem Stundenplan sichtbar.

Die wenigen Dozentinnen, die ich hatte, waren alle immer sehr gut vorbereitet und auch bemüht, aktuelle Geschehnisse im Seminar einzubringen. Die Stimmung war anders als bei Dozenten, was vielleicht daran lag, daß das "ich stehe über euch", d.h. eine recht arrogante Haltung gegenüber StudentInnen weniger vorhanden war. Diese Sicherheit, dies Etabliert-Sein (bei Dozenten) wirkte sich auch so aus, daß ich das Gefühl hatte, es wird etwas vermittelt, was seit Jahren so und nicht anders gemacht würde. Fehlende aktuelle Bezüge wurden durch Entertainment ersetzt.

Dennoch habe ich auch einige wenige sehr gute Dozenten erleben dürfen, die sich trotz ihrer Souveränität angreifbar gemacht haben und immer den Austausch über den Stoff auch über

die Art und Weise des Unterrichts gesucht haben. Trotzdem bleibt zu sagen, daß bei Dozentinnen mehr die Sache im Vordergrund steht, bei Dozenten oft sie selbst als Person (wenn derjeni-

genderfragen

31

update

ge eine tolle, interessante Persönlichkeit ist, kann das auch für die Stoffvermittlung sehr hilfreich sein.) Fazit: mehr Dozentinnen im Angebot wäre schön und mehr engagierte Dozenten."

"Dozentinnen tendieren oft in die feministische Richtung, wahrscheinlich aufgrund ihrer zahlenmäßigen Unterlegenheit. Dies führt dann oft zu einer starren Meinung. Aus meiner Erfahrung heraus denke ich, daß Dozentinnen mehr Wert auf Quantität und nicht Qualität legen. Beispiel: QTN. Qualität soll durch erzwungene Quantität erzeugt werden, was ich unrealistisch finde! Dozenten sehen dies eher gelassener. Sonst kann ich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen. Es gibt kreative Dozentinnen, aber auch solche, die es nicht sind. Genauso bei den Dozenten. Arroganz, Egozentrik, Witz kommt bei den Dozentinnen genauso wie bei den Dozenten vor. Für mich läßt sich da keine Unterscheidung machen, zumal es für mich nicht wichtig ist, ob das Seminar von einer Dozentin oder einem Dozenten geleitet wird. Wichtig ist doch nur, was vermittelt wird und wie!"

"**D**ozentinnen an der ASFH erscheinen mir eher sehr jung, sehr kompetent, sehr feministisch, manchmal leider sehr männerabweisend und -ausschließend. Sind sie erst einmal so kompetent, auch als Frau solch eine Stelle zu besetzen, werden sie oftmals starr in ihrer Meinung und verkrampft. Dozenten haben da ein leichteres Spiel. Sie haben nicht diesen enormen Druck, in einer "Männerwelt" bestehen zu müssen, da sie ja schon voll integriert sind. Ich denke, daraus hervorgehend sind sie im allgemeinen auch lockerer und haben eine witzige Art, Wissen - auch trockenes - an Studenten zu bringen. Sie sind eher alt und zerstreut, was sie aber sehr sympathisch macht. Kompetent sind sowohl Männer als auch Frauen. Ich brauche aber eine gesunde Mischung zwischen beiden Geschlechtern, da zuviel Frau die Männer auch runtermacht. Allerdings muß ich sagen, daß durchaus sein kann, daß mir etwaige gegensätzliche Äußerungen der Dozenten gar nicht so bewußt auffallen."

genderfragen

32

update

"**E**s ist recht schwierig für mich, konkrete Unterschiede zwischen Dozentinnen und Dozenten bezüglich ihrer Seminarstile zu nennen. Während meines Studiums habe ich größten-

teils Seminare bei Dozenten besucht, die über langjährige Lehrerfahrung verfügten, in ihrem Lehrverhalten jedoch oft starr und rigide wirkten, sich selbst als Person relativ wenig ins Seminar einbrachten. Dennoch haben viele Dozenten durch ihre sachliche, souveräne Übermittlung der Seminarinhalte überzeugt. Meines Erachtens muß neben dem Geschlecht auch immer die Persönlichkeit sowie die individuelle Lebenserfahrung des/der DozentIn berücksichtigt werden. Dozentinnen erscheinen mir sehr offen, innovativ, gelegentlich auch emotionaler und diskutierfreudiger als ihre männlichen Kollegen. Oft lassen sich frauenspezifische Themen mit einer Dozentin besser behandeln, da auch der Großteil der Studenten (an der ASFH) weiblich ist."

"**S**pontan erinnere ich mich, mehr Dozenten als Dozentinnen aus den Seminaren zu kennen. Gibt es also weniger weibliche Lehrkräfte? Von ihrer Person her, eher davon abgelenkt, ein Seminar bei ihnen nicht zu belegen. Dagegen sprach häufig, daß mir Dozentinnen zu kämpferisch, zu pseudo-feministisch, zu fixiert auf hausinterne Machtkämpfe erschienen als das sie sich hätten auf ihr Unterrichtsthema konzentrieren können. Gleiches galt dann für mein Empfinden für die Studierenden im Kurs: fast nur Frauen. Seminare, die ich belegt habe mit einer weiblichen Leitfigur, die ich mochte, empfand ich dafür dann jedoch als gut; die Lehrkräfte als sehr engagiert, gut vorbereitet, flexibel und interessiert, gemeinsam mit den Studentinnen etwas zu erarbeiten. Gleiches könnte ich aber auch von Dozenten sagen, die ich kenne/erlebt habe und bei denen der Unterricht Spaß machte. Kleine Eigenheiten und Macken dieser Personen waren oft bereichernd, manchmal aber auch nervig, (wenn) sie in den Seminaren deutlich zum Tragen kamen. Oft empfand ich die Rolle einzelner Dozenten als "etabliert an der ASFH", aber längst nicht mehr motiviert und flexibel genug, um guten Unterricht anzubieten. Häufig war das hohe Alter der Dozenten wohl ein Grund, warum sie so themenfixiert und auf sich selbst bezogen agierten."

"**D**ozenten sind zumeist in der Überzahl, fühlen sich manchmal übermächtig und denken, daß ihre Meinung die einzig wahre ist! Von einigen solch arroganten Ausnahmen abgesehen sind sie aber alles in allem sehr kompetent und können ihren Standpunkt gut vertreten. Trotz ihres meist "hohen Alters" scheinen sie sich trotzdem

immer weiterzubilden und sind für Neues offen. Männliche Dozenten sind meist witziger als weibliche Dozentinnen, die (wiederum) auf das Seminar gut vorbereitet, dabei sehr kreativ sind und Sachverhalte besser erklären können als ihre männlichen Kollegen. Manche Dozentinnen sind allerdings zu frauenspezialisiert, d.h., daß oftmals keine Diskussionen stattfinden können, weil sie einen Tunnelblick haben; es muß dann sogar "Bürgerinnensteig" und Rednerinnenpult" heißen, was ich, obwohl auch weiblich, echt abtörend finde. Solche männerdiskriminierenden Seminare sollte man meiden. Trotzdem mag ich lieber weibliche Dozenten!"

"Im Gegensatz zu den meisten meiner Mitstudentinnen bin ich nicht der Meinung, daß man männliche Dozenten zwangsläufig als verwirrt, egozentrisch, arrogant oder schlecht vorbereitet bezeichnen kann. Im Gegenteil, die meisten Dozenten sind witzig, locker, sympathisch und meistens gut vorbereitet. Im Gegensatz zu einigen ihrer weiblichen Kollegen werten sie weniger. Viele Dozentinnen wünschen die Anwesenheit von männlichen Studenten nicht unbedingt. Sie sind sehr feministisch und zu geschlechtsspezifisch. Einen Unterschied in der Lehre kann ich nicht feststellen. Es gibt bei Männern und bei Frauen schlecht und gut vorbereitete, engagierte und weniger engagierte Lehrkräfte."

"Die Schwierigkeit besteht für mich darin, ein pauschales Urteil über die Dozenten oder die Dozentinnen abzugeben, da diese doch auf ihre Art sehr unterschiedlich sind. Auffällig ist jedoch, daß viele Dozentinnen sehr engagiert sind. Sie bereiten den Unterricht gut vor und können die Studentinnen gut motivieren. Dabei arbeiten sie mit dem Kurs. Dozenten haben eher die Angewohnheit den "Alleinunterhalter" zu spielen. Sicherlich ist es für uns ganz entspannend, dem Unterricht nur zu lauschen, aber der Lernerfolg ist leider nicht so groß. Dozenten sind aber auch lustig, was man von vielen Dozentinnen nicht sagen kann, die eher ihren Unterricht durchziehen. Dozenten sind da lockerer."

"Ich finde, es ist ziemlich einfach, auf den Punkt zu bringen, wobei mir möglicherweise der Vorwurf der Parteilichkeit gemacht wird, aber damit kann ich gut leben: Ich finde, es gibt an der ASFH wirklich ein paar richtig gute Dozentinnen. Deren Anspruch ist zwar

teilweise hoch, was ich aber besser finde als immer kurz vorm Einschlafen zu sein, wie bei mehreren Dozenten. Ein paar Dozentinnen sind motiviert, engagiert, kompetent und gut vorbereitet und was mir im Nachzeitalter des Feminismus am Herzen liegt, immer noch feministisch. Und sie benutzen sogar - Göttin sei Dank - weibliche Sprache und nennen mich Sozialarbeiterin! Da habe ich Lust auf Seminare - aber genug des Lobes. Leider muß ich bei den männlichen Berufskollegen Kritik anbringen: wenn sie nicht Reden um des Redens willen sind sie überwiegend mies vorbereitet oder völlig verwirrt und total überaltert. Ich habe Respekt vorm Alter, aber das, was hier teilweise angeboten wird, ist manchmal unzumutbar! Und arrogante Typen gibt es darunter - gruselig. Sind Dozentinnen doch die besseren Menschen?"

"Meine Erfahrungen mit Dozenten und Dozentinnen hier an der FH sind sehr unterschiedlich. Auffallend ist auf jeden Fall die zahlenmäßige Überlegenheit der Männer, vor allem als Professoren. Ich persönlich habe den Eindruck, daß die weiblichen Professoren engagierter bei der Sache sind, interessantere Seminare machen usw. Bei den männlichen Professoren begegnet mir öfters eine starke Eingefahrenheit, ein "im bequemen Nest sitzen", weshalb ich sehr für das Bezahlen der Professorenlöhne nach Leistung plädiere. Der Unterrichtsstil, den sich manche männliche Profs über die Jahre angeeignet haben, ist z.T. untragbar! Es gibt sicher auch Ausnahmen, aber die meisten negativen Erfahrungen habe ich doch mit männlichen Profs gemacht. Bei Lehrbeauftragten ist mir dies hingegen noch nicht so stark aufgefallen. Hier ist die Verteilung bezüglich interessanter Unterrichtsgestaltung ziemlich gleich, so daß es sowohl Dozenten gibt, die interessante Seminare anbieten als auch Dozentinnen. Im großen und ganzen habe ich die Erfahrung gemacht, daß bei weiblichen Profs, auch wenn sie schon älter sind, trotzdem noch weitaus mehr Vitalität überkommt als bei männlichen. Es sollte mehr weibliche Profs geben!"

Aussagen - Interpretationen - **genderfragen**

33

Die meisten Studierenden sind in der Lage zu formulieren, wie differenziert sie Männer und Frauen in der Lehr-

update

situation erleben. Erstaunlich ist, wie positiv Dozentinnen auf den ersten Blick bewertet werden, obschon Frauenseminare und rein weibliche Lernzusammenhänge keine große Attraktivität mehr zu besitzen scheinen. Dieser Eindruck ist allerdings ein relativer, denn die Studierenden, die die Texte schrieben, hatten sich für ein Seminar mit weiblicher Lehrkraft entschieden (Philosophie 7. und 8. Semester) und sind außerdem vorwiegend Frauen gewesen.. Um eine übersichtliche und nicht allzu umfangreiche Zusammenstellung anbieten zu können, haben wir die Texte nicht veröffentlicht, die keine Differenzierung zwischen männlichem und weiblichem Lehrstil vornehmen.

Der erste Eindruck, den uns die Texte vermittelt haben, war, daß Studentinnen einen großen Bedarf an weiblichen Identifikationsfiguren im Hochschulbetrieb haben und bedauern, daß es davon zu wenige gibt.

Im Vergleich miteinander werden die Dozenten der ASFH unabhängig von ihrem Geschlecht i.d.R. als kompetent beurteilt. Die Differenzierungen setzen bei der Frage nach Kreativität, Engagment, Sachlichkeit und Souveränität ein. Hier finden Verteilungen statt, die mit überlieferten Geschlechtsrollen übereinstimmen. Die Dozentinnen werden im Vergleich zu Dozenten eindeutig als engagierter und sachlicher bei der Vermittlung von Inhalten beschrieben, allerdings auch als rigider, sich an Vorschriften orientierend und weniger offen für Diskussionen, weniger souverän als die männlichen Kollegen. Die Männer machen mit ihrer Selbstpräsentation im Seminarszusammenhang große Pluspunkte, weil sie Gelassenheit, Sicherheit und Selbstbewußtsein verbreiten und den Studierenden sich dadurch eine entspannte Seminarsituation vermittelt. Die Frauen wirken dagegen eher angespannt, weil sie hohe Ansprüche an sich und die Studierenden stellen. Ihr Engagement in der Lehre scheint eine besondere Form der Subjektivität zu sein, eine Vermittlung von Thema und Person, die verbunden sind, bzw. eine Themenauswahl, die oft biographisch gefärbt ist. Diese didaktische Methode der Dozentinnen fordert die Studierenden heraus, sich selbst zu reflektieren und ihre Erfahrungen

in die Bearbeitung des Themas einfließen zu lassen. Das wird allerdings sowohl als Provokation erlebt, wie auch als Gewinn und Maximierung des eigenen Lernens verbucht. Männer machen klarere Zielvorgaben

und verfolgen diese konsequent, zentrieren das Lehrgeschehen selbstbewußt auf die eigene Person und ihr Wissen. Die Dozentinnen hingegen suchen die Verbindung zur Gruppe, versuchen durch Vernetzung die Lehre demokratisch zu gestalten: sie dezentrieren und teilen Macht. Das beantworten Studierende zwiespältig: Vermissen sie beim Dozenten den Dialog, so fehlt bei der Dozentin die ausreichende Abgrenzung zur Gruppe. Sie erleben die Demokratisierung der Lehre als Rückzug der Dozentin, die für sie an Kontur verliert und sich offenbar nicht in den Mittelpunkt stellen mag. Das wird ihr als Unvermögen und Schwäche ausgelegt und nicht als Angebot an die studentische Kooperation wahrgenommen. Insgesamt entsteht der Eindruck, daß die Dozentin zwar durch positive Differenz zum Dozenten charakterisiert ist, aber nur ein Bruchteil der StudentInnen auf diese Differenz auch positiv antworten will. Das im Hochschulbetrieb strukturell Neue der Dozentin ist nicht ausreichend integriert, um tatsächlich als Potential auch für die Studierenden akzeptabel zu sein. Vorgezogen wird tendenziell ein Modell der Wissensvermittlung, bei dem die Person des Lehrenden als neutral empfunden werden kann. Das bedeutet Verzicht auf didaktisch kreative Vermittlung von Inhalten durch ein dialogisches Modell, das die Beziehung zwischen Lehrenden und Studierenden für Lernprozesse produktiv macht.

Wir suchen Antworten auf Fragen:

- warum die von den Studierenden beschriebenen didaktischen Fähigkeiten von Frauen nicht angemessen gewürdigt werden können,
- warum Vorteile weiblicher Lehre nur in einem Atemzug mit ihren Nachteilen benannt werden können,
- warum Dozentinnen so widersprüchlich beurteilt werden und offenbar Gefühlsambivalenzen hervorrufen,
- warum Dozentinnen sich strikter an Vorschriften halten als ihre männlichen Kollegen und angeblich regelgebundener unterrichten,
- warum sie als emotionaler und kreativer empfunden werden, ohne dafür belobigt zu werden,
- warum Dozentinnen als engagierter, fürsorglicher und einsatzbereiter wahrgenommen werden, ohne dafür Anerkennung zu bekommen,

- warum Dozentinnen Gender-Fragen im Unterschied zu ihren männlichen Kollegen in der Lehre verhandeln,
- was Dozentinnen – allgemein gefragt – offenbar dadurch vermitteln, daß sie Frauen (Mütter?) sind?

Um den Dialog unter den Quer-LeserInnen fortzusetzen und zu intensivieren, planen wir einen nächsten Schritt: Die oben formulierten Fragen stellen wir an Sie, die Dozentinnen und Dozenten, und bitten Sie um eine Darstellung Ihrer persönlichen Lehrerfahrung

unter besonderer Berücksichtigung der Gender-Frage. In der nächsten Quer werden wir Ihre Beiträge veröffentlichen (soweit Sie sich damit einverstanden erklären) und diskutieren.

Dr. Edith Bauer ist Gastprofessorin an der ASFH. Brigitte Geißler-Piltz ist Professorin und Prorektorin an der ASFH. Die Beiträge der Studierenden wurden anonym verfaßt.

Diskussionsvorlage für die Gremien der ASFH zur Umsetzung von Gender-mainstreaming an der ASFH

Das Papier ist ein Vorschlag der Gender-mainstreaming-AG. Es soll in sämtlichen Gremien diskutiert, ergänzt, verändert werden. Auf der Grundlage dieser Diskussionsergebnisse wird von der Arbeitsgruppe eine Vorlage für den Akademischen Senat im Sommersemester 2002 erarbeitet.

Allgemeine Infos

Mit Gender-mainstreaming soll Gleichstellungspolitik als Querschnittsaufgabe in den Institutionen verankert werden. Im Amsterdamer Vertrag wurde Gender-mainstreaming als Gemeinschaftsaufgabe der Europäischen Union formuliert. Seitdem laufen auf EU-Ebene und in den Mitgliedsländern zahlreiche Initiativen zur Umsetzung von Gender-mainstreaming als Top-Down-Strategie zwecks Einbeziehung aller Angehörigen der politischen und Verwaltungsinstitutionen in die Gleichstellungspolitik. Bisherige Frauenförderpolitik soll deswegen nicht aufgegeben werden, sondern eine sinnvolle Ergänzung finden.

"Hierbei geht es darum, die Bemühungen um das Vorantreiben der Chancengleichheit nicht auf die Durchführung von Sondermaßnahmen für Frauen zu beschränken, sondern zur Verwirklichung der Gleichberechtigung ausdrücklich sämtliche allgemeinen politischen Konzepte und Maßnahmen einzuspannen, indem nämlich die etwaigen Auswirkungen auf die Situation der Frauen

bzw. der Männer bereits in der Konzeptionsphase aktiv und erkennbar integriert werden ("gender perspective"). Dies setzt voraus, daß diese politischen Konzepte und Maßnahmen systematisch hinterfragt und die etwaigen Auswirkungen bei der Festlegung und Umsetzung berücksichtigt werden." (Bericht der Fortschrittskommission)

Seit 1999 ist Gender-mainstreaming Leitprinzip der Bundesregierung, die Umsetzungsprozesse auf den Ebenen der Ministerien und ihrer Verwaltungen haben begonnen.

Ausführliche Infos zu Gender-mainstreaming s. die ASFH-Webseite:

<http://www.asfh-berlin.de/gender-mainstreaming/>

Umsetzung an der ASFH

In der ASFH soll Gender-mainstreaming als Ergänzung der Frauenförderrichtlinien installiert werden und als Konkretisierung der Formulierung in den Richtlinien: "Die Richtlinien geben dem Grundsatz Ausdruck, daß Frauenförderung und der Abbau der Benachteiligung für Frauen Aufgabe aller Mitglieder und Angehörigen der ASFH ist." (Präambel).

genderfragen

35

update

Dazu sollen in einem ersten Schritt zwei Instrumente verankert werden.

1. Die Sicherung der Erstellung von regelmäßig fortzuschreibenden Statistiken der geschlechtsspezifischen Erfassung durch die zuständigen Dienststellen

Gleichstellungsstatistiken machen die reale Verteilung unter den Geschlechtern sichtbar und zeigen, wo Maßnahmen für wen ergriffen werden könnten. Statistiken allein ersetzen noch nicht die Diskussion um Konsequenzen und Schlußfolgerungen. Sie ermöglichen aber Prozesse zu beobachten und gegebenenfalls frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen.

In der Anlage zu den Frauenförderrichtlinien ist dies bereits zu einem wesentlichen Teil festgelegt und teilweise bereits bestehende Praxis.

Nach § 10(2) sind folgende Daten geschlechtsdifferenziert und gesondert für die Studiengänge Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Pflege/Pflegemanagement, gegebenenfalls für den Sonderstudiengang, sowie der Fort- und Weiterbildung zu erheben:

- (1) die Zahl der Beschäftigten der jeweiligen Personalgruppe, getrennt nach Besoldungs-, Vergütungs- und Lohngruppen sowie Laufbahnen bzw. Berufsfachrichtungen, unterschieden nach Teilzeit und Vollzeit,
 - die ABM Beschäftigten aufgeschlüsselt nach den Bereichen: Wissenschaft/Verwaltung und nach Besoldungs-/Vergütungsgruppen,
 - den Frauenanteil an den Hochschullehrern aufgeschlüsselt nach sämtlichen Fächern,
- (2) die Zahl der studentischen Hilfskräfte und Tutorinnen/Tutoren (nach Arbeitsbereichen unterschieden), die Zahl der Lehrbeauftragten, Honorarprofessorinnen-/Honorarprofessoren, Lehrkräfte für besondere Aufgaben und Gastprofessorinnen/ Gastprofessoren, Emeritierten,

Probeforvorlesungen und über die Zusammensetzung der Berufungslisten,

- (4) bei Stellenbesetzungen Angaben zur:
 - Besoldungs-, Vergütungs- und Lohngruppe aus planmäßigen und außerplanmäßigen Mitteln,
 - Laufbahn bzw. Berufsfachrichtung,
 - bisherigen Besetzung mit Ganztags- oder Teilzeitkräften,
 - Ausschreibung als Vollzeit- oder Teilzeitstelle in der betreffenden Behörde oder Dienststelle, im Amtsblatt, in der Tagespresse, keine Ausschreibung,
 - Anzahl der Bewerbungen, Einladungen, Besetzungen,
- (5) die Zahl der beantragten und abgelehnten Anträge auf Arbeitszeitreduzierungen und der mit Teilzeitbeschäftigten besetzten Stellen, getrennt nach Besoldungs-, Vergütungs- und Lohngruppen sowie nach Laufbahnen und Berufsfachrichtungen und nach Art des personellen Ausgleichs,
- (6) die Zahl der beförderten oder höhergruppierten Dienstkräfte, getrennt nach Besoldungs-, Vergütungs- und Lohngruppen sowie Laufbahnen und Berufsfachrichtungen,
- (7) bei Umsetzungen Angaben zur bisherigen Besoldungs-, Vergütungs- oder Lohngruppe, Laufbahn bzw. Berufsfachrichtung, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung,
- (8) die Zahl der Dienstkräfte, die an Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, getrennt nach Veranstaltungsart sowie die Zahl der gestellten und bewilligten bzw. abgelehnten Anträge, unterschieden nach Inhalten,
- (9) die Zusammensetzung der Gremien,
- (10) die Zahl der Studierenden in den einzelnen Studiengängen, unterschieden nach Art der Hochschulzugangsberechtigung (allg. Hochschulreife, FH-Reife, Aufnahme nach § 11),
- (11) die Zahl der Beurlaubungen bei Studierenden,
- (12) die Durchfallquote bei Diplomprüfungen, Prüfungswiederholungen,

- (13) die gestellten und bewilligten Forschungsanträge,
- (14) der Anteil des Lehrangebotes mit frauen- bzw. geschlechtsspezifischer Themenstellung,
- (15) der Anteil von Diplomarbeiten mit frauen- bzw. geschlechtsspezifischer Themenstellung,
- (16) die Zahl der Anträge auf Forschungsmittel und Bewilligungen, unterschieden nach regulären und Sonderforschungsmitteln sowie frauen- bzw. geschlechtsspezifischer Themenstellung,
- (17) der finanzielle Umfang frauenfördernder Maßnahmen aus Hochschulsonderprogrammen, Umfang der Anträge von Frauen/Männern, Umfang der Bewilligungen.

Zu ergänzen ist die geschlechtsdifferenzierende statistische Erfassung folgender Bereiche:

- BewerberInnen für alle Studiengänge
- AbsolventInnen aller Studiengänge mit Semesterabschlusszahl
- Lehrkräfte, unterschieden nach Veranstaltungsart, Lehrbeauftragte, ProfessorInnen
- TeilnehmerInnen an Tagungen
- TeilnehmerInnen an der Summer School
- StudienabrecherInnen
- BafögempfängerInnen und EmpfängerInnen von Studienförderung
- Studierende aus dem Ausland
- Studierende, die im Ausland studieren bzw. Praktika absolvieren
- Studierende nach Praktikumsbereichen (wer absolviert Praktika in Frauen- oder Männerprojekten)
- TeilnehmerInnen am allgemeinen Weiterbildungsprogramm
- DozentInnen im allgemeinen Weiterbildungsprogramm
- DoktorandInnen
- Studierende mit Kind
- Personal und Besoldung in outgesourceten Bereichen
- Aufteilung der Räume (Lage, Ausstattung; Personen)
- Belästigungen und Mobbingfälle
- Nutzung der Kinderbetreuung
- Inanspruchnahme der Studienberatung
- Geschlechtsspezifische Sprache (Berücksichtigung von Frauen und Männern, Namen z.B. von Servern)

- TeilnehmerInnen der Computerkurse

Mit den Dienststellen wird konkret abgesprochen, welche Daten sie halbjährlich/jährlich erheben und fortschreiben sollen und welche Verfahren der Standardisierung und Elektronisierung noch benötigt werden. Die zuständigen Bereiche legen jährlich einen Bericht dazu vor, indem Konsequenzen reflektiert und ggf. Maßnahmen zur Gleichstellung vorgeschlagen werden. Wenn keine Maßnahmen notwendig erscheinen, soll dies begründet werden.

2. Installierung des Verfahrens der Gleichstellungsprüfung (Gender-Statement, Gender-Proofing, Gleichstellungsverträglichkeitsprüfung, Gender-Check, Gender-Expertise)

Alle Vorschlags- und Beschlußpapiere auf Kommissions-, Kollegialorgan-, AS-, Arbeitsgruppen-, Personalversammlungsebene, die Vorlesungsverzeichnisse, die Angebote von Firmen, der Haushalt, die Ordnungen, Lehrmaterialien (gemäß Curricula) werden von den jeweiligen BearbeiterInnen einer Gleichstellungsprüfung unterzogen (mit Rückgriff auf die Statistiken). Dafür wird ein einheitlicher Fragekatalog ausgegeben. Jede Antwort wird begründet.

An welche Zielgruppen richtet sich die vorgeschlagene Maßnahme?

Welche Unterschiede gibt es zwischen Frauen und Männern in dem vorgeschlagenen Bereich bezüglich Rechte, Ressourcen, Werte, Arbeitsteilung etc.?

Welche Relevanz haben diese Unterschiede bezüglich der aktuellen und zukünftigen Situation?

Welche gleichstellungspolitischen Ziele lassen sich daraus ableiten?

Welche konkreten Maßnahmen ergeben sich daraus?

Welche Verantwortlichkeiten und Zeitpläne werden festgelegt?

Wie wird die Erfolgskontrolle und Evaluation gesichert?

Die GM-Gruppe und die Frauenbeauftragte übernehmen die Funktion der Überprüfung der Einhaltung der Verfahren und die Beratungsarbeit. Aus der konkreten Umsetzungspraxis heraus soll ein eventueller Fortbildungsbedarf ermittelt und ggf. bereitgestellt werden.

genderfragen

37

update

Der Studiengang Pflege/ Pflegemanagement

Carola Täuber-Nolte

So ist er...

Die gesundheitspolitische Arbeitswelt reagiert auf die andauernde Diskussion um Kosten und Qualität im Gesundheitswesen und stellt sich den wachsenden Anforderungen. Dazu wurden in den letzten zwölf Jahren an zahlreichen Hochschulen neue Pflegestudiengänge eingerichtet. Sie sollen Pflegende zu Führungskräften qualifizieren, aber auch für gesundheitswissenschaftliche Fachgebiete ExpertInnen ausbilden.

An der Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin wird seit dem Sommersemester 1994 der Studiengang Pflege/ Pflegemanagement angeboten. Er soll den Pflegekräften Orientierungs- und Handlungskompetenzen für die Tätigkeitsfelder in der Pflegewissenschaft, in ambulanten und stationären Versorgungsbereichen, in Betriebswirtschaft und Personalführung vermitteln.

Das Studium dauert acht Semester einschließlich eines Praxissemesters, der Dauer der Diplomarbeit und des Prüfungsverfahrens. Es gliedert sich in ein Grundstudium von drei Semestern, das durch die Diplom-Vorprüfung abgeschlossen wird. Das sich anschließende Hauptstudium von fünf Semestern ist als Projektstudium konzipiert und schließt ein begleitendes Praxissemester ein, welches im fünften Semester stattfindet. Die Gesamtdauer des Praktikums umfaßt 80 Tage.

Das Studium wird durch eine Diplomarbeit mit dem akademischen Grad Diplom-Pflegewirt/in (FH) abgeschlossen. Derzeit wird der Studiengang als Vollzeit-Tages- und -Abendstudium angeboten.

Um das Pflegestudium zu beginnen, sind verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen. Neben dem Abitur oder Fachabitur ist eine abgeschlossene Ausbildung in einem staatlich anerkannten Pflegefachberuf erforderlich. Zudem wird eine mindestens zweijährige Vollzeitbeschäftigung oder eine entsprechend längere Teilzeitbeschäftigung in einem entsprechenden Aufgabenbereich erwartet. Nicht-AbiturientInnen können sich ebenfalls unter Berufung auf den § 11 Berl. HG bewerben. Für sie gelten bestimmte Voraussetzungen, die z.B. unter www.asfh-berlin.de nachzulesen sind.

Das Grundstudium umfaßt die Fächer Pflege, BWL(VWL) im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomie, Pflege- und Sozialmanagement, Recht, Empirische Pflegeforschung, Wissenschaftliches Arbeiten, Psychologie, Sozialmedizin, Soziologie, Gesundheitspolitik - wobei die Schwerpunkte auf die drei Erstgenannten gelegt sind. In allen Fächern sind Leistungsnachweise in der Regel in Form von Referaten, Hausarbeiten oder Klausuren zu erbringen.

Im Hauptstudium erweitert sich das Fächerspektrum durch die Projektseminare. Auch hier sind in jedem Fach Leistungsnachweise zu erbringen. Hinzu kommt das Erstellen eines Praxisberichts, der die Aufgabenstellung, Tätigkeiten mit Studienbezug u.ä. wiedergeben soll.

Die Diplomprüfung besteht aus einer Diplomarbeit, einer fünfständigen Klausur, und zwei mündlichen Prüfungen, eine zur Diplomarbeit und die andere zu einem der Hauptfächer.

So ist er auch...

Pflegestudiengänge bieten den Pflegenden eine gute Chance, ihr profundes Wissen aus jahrelanger Berufstätigkeit auf wissenschaftlich fundierte bzw. "akademische Beine" zu stellen. Es ist nicht mehr einzusehen, daß Politologen, Soziologen oder Psychologen ihre Forschungen über unseren Berufsstand durchführen, studierte Betriebswirte uns sagen - mit ökonomischer Brille betrachtet - was wir brauchen, bzw. was wir nicht brauchen und die Werte Ärzteschaft uns immer noch gerne als "dienende..." sehen möchten.

Daher ist es wichtig, daß die KollegInnen, die *Lust*, *Zeit* und *Kraft* haben, ein Studium aufzunehmen, auch adäquate Möglichkeiten erhalten. Pflege muß sich auf unterschiedlichen Ebenen qualifizieren und sich aus der fremdakademisierten Bevormundung lösen. So weit so gut...

Wurde nun der Entschluß gefaßt, "Pflege" zu studieren, bedarf es einiger Vorüberlegungen ganz praktischer Natur. Dabei sind die Attribute Lust, Zeit und Kraft neben den fachlichen Voraussetzungen wichtige Aspekte, die es zu überprüfen gilt - mal ganz abgesehen von den finanziellen Kapazitäten.

Auch wenn die Motivation ein Studium aufzunehmen groß ist, stellt sich die Frage, wie ein Präsenzstudium, ob tagsüber oder abends,

ASFH-Alltag

38

big sister is watching you

von durchschnittlich 22!!!! Semesterwochenstunden neben einer Berufstätigkeit, in der Regel als Schichtdienst, über vier Jahre realisiert werden kann. Bei einer bereits ausgeübten Leitungstätigkeit ist mit dem Arbeitgeber zu verhandeln, meist mit dem Ergebnis, diese Tätigkeit für die Dauer des Studiums ruhen zu lassen. Das wiederum bedeutet zusätzliche finanzielle Einbußen. BAFÖG erhalten die meisten ohnehin nicht. Auf Grund ihrer langjährigen Berufserfahrungen ist die gewünschte Zielgruppe bereits über 30 Jahre alt geworden.

Zudem bedarf es sowieso schon eines hohen Maßes an Managementkompetenzen um z.B. lange Fahrzeiten nach Hellersdorf, Beruf, Familie *und* Studium zu organisieren.

Lassen sich alle o.g. Aspekte hinreichend ausgestalten, beginnt ein durchaus interessantes Studium.

Die Einführung findet im Rahmen einer Orientierungswoche statt, die jeweils vom dritten Semester vorbereitet wird. Wie gut dies dem dritten Semester gelingt, ist leider immer noch von mündlichen "Überlieferungen" und dem persönlichen Engagement der Vorbereitungsgruppe abhängig. Jedenfalls werden in dieser Einführungswoche wichtige Informationen z.B. zum Studienablauf, zu den Hochschulgremien oder Erfahrungsberichte aus den Praktika weitergegeben.

Die Lehrveranstaltungen, im Rahmen eines festen Lehrplans, beginnen dann in der darauffolgenden Woche, und in den ersten drei Semestern ist die Zeit gut ausgefüllt, auch weil in dieser Zeit neun bis zehn Leistungsnachweise erbracht werden müssen. Allerdings dienen diese "Scheine" dazu, sich mit einem meist selbst gewählten Thema vertiefend zu beschäftigen, was dann wieder Spaß macht und interessant ist.

Wenn die Zeit des Vordiploms naht, steigt verständlicherweise der Streßpegel. Allerdings kann in der Regel von einer guten Vorbereitung durch die DozentInnen ausgegangen werden. Auch macht es Sinn, sich in Arbeitsgruppen (max. 4 Menschen) zu organisieren.

In welchen der drei Hauptfächern die beiden dreistündigen Klausuren geschrieben werden, entscheidet die Seminargruppe. Auch besteht die Möglichkeit, ein anderes Fach zu wählen, sofern dazu eine Professur besetzt ist.

Ist diese Hürde auch geschafft, beginnt das Hauptstudium, welches als Projektstudium konzipiert ist. Darunter ist zu verstehen, daß bereits im dritten Semester die Wahl zu treffen ist, zu welchem Thema dann in Form

von Projektseminaren im Hauptstudium vertiefend gearbeitet werden soll. In der Regel stehen zwei Projektthemen zur Wahl. Auch kann die Seminargruppe ein eigenes Thema einreichen. Bislang teilte sich dann die Seminargruppe nach dem jeweiligen Projekt auf. Diese Teilung beschränkt sich aber nur auf die Projektseminare. Ansonsten bleibt der "Klassenverband" bestehen.

Spätestens jetzt im vierten Semester wird es wichtig, sich Gedanken über das Praktikum zu machen. Sinnvoll ist es, sich nach dem gewählten Projektthema eine Einrichtung zu suchen und schon erste Überlegungen anzustellen, worüber sich in der Diplomarbeit ausgelassen werden soll. Denn das Praktikum bietet eine nicht zu unterschätzende Chance, an Informationen und Daten zu gelangen, die u.U. in der Arbeit von Bedeutung sein können. Außerdem ist es einfach effizienter, hinsichtlich der weiteren acht "Scheine", die im Hauptstudium zu erbringen sind, frühzeitig die Fülle an Informationen entsprechend zu kanalisieren. Außerdem sollten rechtzeitig die 80 Tage Praktikum mit der eigenen Arbeitsstelle koordiniert werden. Dazu gibt es verschiedene Modelle, und mit Tipps und Tricks helfen dann schon mal die höheren Semester aus.

Im Praktikum selbst ist es wichtig, zu wissen, mit welcher Zielsetzung diese Einrichtung gewählt wurde. Eine klare Aufgabenstellung zu verfolgen, erspart einem die eine oder andere Irritation. Außerdem sollte ein Tagebuch geführt werden, zumal über diese Zeit ein Praktikumsbericht verfaßt werden muß. Das Praktikum ist absolviert und die letzten drei Semester stehen bevor, d.h. jetzt beginnt der eigentliche Endspurt. Neben den "Scheinen" rückt das zentrale Thema "Diplomarbeit" immer mehr in den Mittelpunkt. Im 7. Semester werden im Fach *Wissenschaftliches Arbeiten* all die wichtigen Dinge besprochen, die es beim Verfassen einer wissenschaftlichen Arbeit zu beachten gilt.

Steht das Thema, die Erst- und ZweitgutachterInnen sind gefunden, alle "Scheine" gemacht und ist die ordnungsgemäße Anmeldung zur Diplomprüfung erfolgt, wird geschrieben, geschrieben, geschrieben...

Je nach Ausgangslage zu Beginn des Studiums können nach erfolgreichem Abschluß die AbsolventInnen von sich behaupten, sich mit den erworbenen Kenntnissen den steigenden Anforderungen entsprechend qualifiziert zu haben. Außerdem

ASFH-Alltag

39

big sister is watching you

haben sie gezeigt, daß sie in der Lage sind, Mehrfachbelastungen Stand zu halten. Eine Tatsache, die als wichtige Eigenschaft von Führungskräften in jedem Bewerbungsgespräch nicht unerwähnt bleiben sollte.

Carola Täuber-Nolte ist Studentin im 7. Semester Pflege/ Pflegemanagement an der ASFH.

Realisiert!

Kinderbetreuung an der ASFH

Die Evaluation vom Wintersemester 2000/2001 an der ASFH ergab, daß eine Kinderbetreuung gewünscht und letztendlich befürwortet wurde.

Das Pilotprojekt Kinderbetreuung startete somit am 1. November 2001 mit drei staatlich anerkannten Erzieherinnen im Raum 112.

Es richtet sich an alle Studierenden mit Kind(ern) im Alter von 2 bis 5 Jahren.

Die Möglichkeit der Betreuung von jüngeren Kindern ist momentan nicht gegeben, wird aber weiterhin geprüft.

Die Kinderbetreuung ist nach persönlicher oder telefonischer Absprache an verschiedenen Tagen möglich, jedoch ist unser Kinderzimmer jeden Montag von 9.00 bis ca. 19.00 Uhr für Euch offen.

Je nach Bedarf und Semester wechseln natürlich die Betreuungszeiten.

Wir möchten uns, d.h. die Erzieherinnen, nun kurz vorstellen.:

Katrin Leicht:

Ich bin 31 Jahre alt und habe einen 5-jährigen Sohn. Zur Zeit bin ich im 2. Semester. Vor dem Studium an der ASFH war ich in einer DRK-Kindertagesstätte als Erzieherin tätig.

Alies Domaschke:

Ich bin 30 Jahre alt und habe einen 10-jährigen Sohn. An der ASFH bin ich im 3. Semester und vor meinem Studium war ich in der Jugendarbeit tätig.

Silvia Worgt: Hallo, ich bin 30 Jahre alt, habe 2 Kinder im Alter von 4 und 5 und studiere auch an der ASFH im 1. Semester. Ich bin gelernte Erzieherin und Zahnarzt-helferin.

Wir, die Erzieherinnen, haben uns ein **Konzept** erarbeitet, von dem wir Euch einige Auszüge vorstellen möchten.

"...In der stundenweisen Betreuung der Kinder ist ein ausgewogenes Verhältnis von Freispiel und Beschäftigung vorgesehen..."

"...Die Erzieherinnen verstärken positive Verhaltensweisen, fördern die Zusammenarbeit zwischen den Kindern und bemühen sich um die soziale Integration aller Kinder. Sie beobachten, hören gut zu, sind sensibel und verständnisvoll.

Dies ermöglicht es, auf jedes Kind einzugehen und seinen Entwicklungsbedürfnissen entsprechende Angebote zu machen.

So gibt es angeleitete Aktivitäten, die der kognitiven Stimulierung dienen, die (fein-)motorische, kommunikative und kreative Fähigkeiten fördern, z. B. Malen, Basteln, Sprachspiele (Reime, Fingerspiele), Musizieren, Rollenspiele und Musikhören..."

"...Durch verschiedene Spielmöglichkeiten wird die Neugier, Kreativität, Selbständigkeit und Fantasie angeregt..."

Von November bis Dezember betreuten wir 17 Kinder im Alter von 2-5 Jahren und haben gute Erfahrungen mit Kindern und Eltern gemacht. Bedanken möchten wir uns bei den Fachhochschulangehörigen für das abgegebene Spielzeug!

Da das Projekt zunächst nur für zwei Semester bewilligt wurde, hoffen wir auf regen Zuspruch und wünschen uns viele Kinder, die wir betreuen können.

Für die Absprache von Terminen könnt Ihr uns im Raum 112 (Kinderbetreuung) oder unter folgenden Telefonnummern erreichen:

Alies Domaschke: 0178 / 44 22 888 oder 030/ 641 69 770

Katrin Leicht: 0174 / 79 72 605 oder 030/ 659 72 81

Silvia Worgt: 0173 / 542 60 48 oder 030/ 975 33 39

ASFH-Alltag

40

big sister is watching you

Interkulturelle Begegnungen

Studienreise nach Istanbul

(jetziges 6. Semester Pflegemanagement)

Ulrike Schnabel

Ein wesentlicher Bestandteil des Studiums an der Alice-Salomon-Fachhochschule ist die Studienreise. Sie gilt gleichzeitig für viele als ein Highlight der gesamten Studienzzeit. Nach Beendigung unseres Grundstudiums und nach den Strapazen der Vordiplomsklausuren freuten wir uns um so mehr auf die von uns selbst organisierte Studienfahrt nach Istanbul (Türkei). Wir waren sieben StudentInnen, die vom 11.11.-18.11.2000 die wunderschöne Stadt zwischen Orient und Okzident erkundeten.

Ziel und Aufgabe dieser Reise war, einen Einblick in die türkische Kultur und in das türkische Gesundheitssystem zu bekommen. Schon als wir ankamen, zog uns diese 12-Millionen-Stadt durch ihre Größe, Hektik und ihre beeindruckende Architektur in ihren Bann. Das Nebeneinanderleben von Armut und Reichtum und unterschiedlichen Kulturen und das Zusammenspiel von modernem Leben mit langem traditionellem und geschichtlichem Hintergrund faszinierte uns sehr.

Wir hatten leider viel zu wenig Zeit in der einen Woche, um aufregende Stadterkundungen zu unternehmen. Dafür war unser Terminkalender voll mit Erkundungen von türkischen Pflege- und Heilstätten. Zu unserem Programm gehörten Besuche einiger Krankenhäuser, wo wir mit den Pflegedienstleitungen oder Ärzten verabredet waren. Wir waren von der Wärme und Herzlichkeit, mit der wir empfangen wurden, beeindruckt. Meist gab es für uns den traditionellen türkischen Tee und Kuchen oder Kekse.

Wir besichtigten eine staatliche Lungenheilstätte, die auf einer der Prinzessineninseln gelegen ist. Wir waren von der schönen örtlichen Lage der Klinik beeindruckt, jedoch von der unzureichenden personellen, wie der schlechten technischen und räumlichen Ausstattung geschockt. Unsere Gruppe hatte zeitweilig das Gefühl ins Mittelalter versetzt zu sein, so miserabel waren dort die Zustände.

Weiterhin statteten wir auch einer Privatklinik einen Besuch ab. Dort empfing uns die in Amerika ausgebildete Pflegedienstleiterin und zeigte uns einige Patientenzimmer, die eher einer Hotelsuite glichen. Das ganze

Krankenhaus war so mondän und teuer, daß sich nur wohlhabende Türken diesen "Luxus" leisten können. Es verfügt über ausreichend Personal und modernste Geräte, und schon die Empfangshalle glich eher der einer Bank.

Nun war uns klar, welche positiven und negativen Einflüsse die Privatisierung des Gesundheitswesens haben kann.

An einem anderen Tag besuchten wir das Florence Nightingale Museum, das sich zu unserer Überraschung in einer Kaserne des Militärs befindet. Wir besichtigten den Raum, in dem sie lebte, und einen, in dem sie während des Krim-Krieges verwundete Soldaten versorgte und pflegte. Uns wurde sehr viel über ihre enthusiastische und aufopferungsvolle Arbeit berichtet, die ihr als Frau in der Türkei hohes Ansehen brachte.

Nachdem wir in einem staatlichen und in einem privaten Krankenhaus Besuche abgestattet hatten und von Einrichtung zu Einrichtung fuhren, durfte auf unserem Plan die Universitätsklinik nicht fehlen. Wir trafen uns am nächsten Tag mit der Pflegedienstleiterin dieses Hauses, welches sich Lehre, Patientenuntersuchung und Forschung zur Aufgabe gesetzt hat.

Am letzten Programmtag trafen wir uns mit dem Verwaltungsdirektor einer Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Wir wurden sehr freundlich mit Tee und Kaffee empfangen und er erzählte uns zunächst, daß dieses Haus schon seit 1913 als staatliche Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten existiert. Für die Klienten, überwiegend Frauen die sich prostituieren, alkohol- oder drogenabhängig sind, ein Mindestalter von 17 Jahren haben und häufig aus dem Ostblock stammen (Rumänien, Russland), ist alles kostenlos.

In der Türkei ist die offene Prostitution verboten und wird gerichtlich bestraft. Straßenprostituierte (Männer wie Frauen) werden von der Polizei aufgegriffen und zur Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten in diese Klinik gebracht. Uns wurde

Frauen im Ausland

41

women international

berichtet, daß 10 Prozent von ihnen eine entsprechende Erkrankung haben und wegen der Ansteckungsgefahr in der Klinik bleiben müssen. Es werden natürlich auch Patienten behandelt, die keine Prostituierten sind.

Es erfolgen alle möglichen Routineuntersuchungen, und bei positiven Befunden müssen die Klienten auch gegen ihren Willen in der Klinik bleiben. Meist handelt es sich um wiederholte Aufnahmen und die Klienten sind schon bekannt. Das häufigste Krankheitsbild ist Syphilis.

Wir fragten, ob auch HIV-Tests durchgeführt werden und erfuhren, daß dies der Fall ist und daß AIDS-Erkrankte nur in der Anfangsphase der Krankheit kostenlos behandelt werden, nach dem Motto: ...was medizinisch machbar ist...

Laut Aussage des Verwaltungsdirektors werden keine lebensverlängernden Maßnahmen durchgeführt, da auch keine konkreten Therapiemöglichkeiten vorhanden sind.

Als er uns berichtete, daß die HIV-infizierten Frauen zur Nachtruhe von anderen Patientinnen isoliert werden, damit sich die Frauen untereinander durch Geschlechtsverkehr nicht infizieren, waren wir sehr erstaunt. Angeblich sind von 200.000, die eine Geschlechtskrankheit haben 100 HIV-positiv.

Männer, die dort hingebracht werden, bekommen lediglich Medikamente, die sie jedoch zu Hause einnehmen müssen, da nur Frauen in der Klinik stationär aufgenommen werden. Sie dürfen zu einem Routinecheck wiederkommen. Damit war uns klar, daß die Ansteckung in der Bevölkerung ihren Lauf nahm, denn viele dieser Männer gingen weiterhin zu Prostituierten oder bieten gar selbst diese Dienste an.

Beachtlich fanden wir den Umgang zwischen Personal, das nur weiblich war und den Patientinnen. Einige Pflegerinnen sprachen die Sprache der Patientinnen, so daß die Verständigung unter Ihnen reibungslos klappte. Da können sich wohl einige Pflegeeinrichtungen in Deutschland eine Scheibe abschneiden.

Wir waren auch von der Stationsorganisation trotz spartanischer Ausstattung beeindruckt, da in allen Räumen Aufklärungsblätter in

den jeweiligen Sprachen hingen

und akribisch auf Hygiene geachtet wurde. Die Klientinnen können sich frei auf dem Gelände bewegen und müssen sich an die vorgegebenen Rauch- und Alkoholverbote, sowie an die

Essens- und Untersuchungszeiten halten. Besuch zu empfangen ist erlaubt.

Trotz allem hatten wir das Gefühl in einem Gefängnis Besucher zu sein, da das Klinikgelände zwar begrünt ist, es aber hinter einer riesigen stählernen, knastartigen Tür liegt, die immer verschlossen bleibt. Übrigens konnte an diesem Tag eine Patientin entkommen.

Nach jedem Termin entwickelten sich intensive Diskussionen über das zuvor Gehörte und Gesehene. Oft saßen wir bis in die Nacht hinein und unsere Meinungen ergaben am Ende selten einen Konsens. Und doch waren es am Schluß die unterschiedlichen Auffassungen, die unseren Erfahrungsschatz bereicherten und uns die komplexe Weiterentwicklung des hiesigen Gesundheitssystems noch intensiver bewußt werden ließ. Ganz deutlich wurde auch hier noch einmal die Thematik der transkulturellen Pflege gemacht und der Unterschied der Kulturen; denn das Bewußtmachen des Fremden oder Anderen führt immer zuerst am Eigenen vorbei.

Ulrike Schnabel studiert im 6. Semester Pflege/Pflegemanagement an der ASFH.

Frauen im Ausland

42

women international

“Es gibt viele Dinge hier, auf die man sehr stolz sein kann”

Interview mit der neuen Pflegeprofessorin Dr. Gudrun Piechotta

Czollek: Frau Piechotta, wie sieht es mit dem Geschlechterverhältnis in der Pflege aus und wie findet das Thema Eingang in die Lehre im Pflegebereich?

Piechotta: Also zu dem Geschlechterverhältnis muss man grob sagen, es sind etwa 80% Frauen, 20% Männer, wobei man da noch differenzieren muss. Mit Pflege sind ja nicht nur Krankenpflege, sondern auch Altenpflege, Kinderkrankenpflege, Entbindungspflege gemeint. Bei den Hebammen sind fast ausschließlich Frauen, in der Krankenpflege steigert sich der Männeranteil, in der Kinderkrankenpflege sind nach wie vor verschwindend wenig Männer, in der Altenpflege sind ca. 85% Frauen. Leider habe ich keine neueren Zahlen, wie weit sich das jetzt verändert durch die Akademisierung, durch die Studiengänge. Ich vermute mal, dass zumindest in der Krankenpflege der Männeranteil etwas steigen wird, weil jetzt bestimmte Karrierewege offen sind, die vorher nicht offen waren. Ansonsten ist es innerhalb der Pflege so - ich gehe jetzt mal von der Krankenpflege aus - dass Männer eher in die technischen, funktionalen Bereiche gehen, wie Operationssaal, Funktionsbereiche, z.B. Endoskopie, dass sie eher in den Intensivbereich gehen und dann ist offensichtlich, dass Männer auch eher in den Leitungspositionen sitzen, eher im Verhältnis zu der Gesamtzahl. Und ansonsten ist mir aufgefallen, seitdem es die Akademisierung gibt, ist in den Medien weniger häufig von Krankenschwestern oder Pflegerinnen die Rede, sondern es wird doch öfter pauschal von Pflegern geredet. In der Krankenpflegeausbildung wird das Geschlechterverhältnis am Rande thematisiert. Was aber zunehmend unterrichtet wird, ist "Geschichte der Pflege" und dann kommt man zum Thema "Geschlechterverhältnis": Welche Auswirkungen hatte es z.B. auf die Ausbildung, dass primär Frauen in dem Beruf sind. Der Beruf war ja nicht immer "typisch weiblich", sondern war durchaus gemischt. Das wird mehr und mehr gelehrt und dadurch entsteht auch ein

Bewusstsein für die Geschlechtsspezifik.

Czollek: Da kommen Sie zur Problematik des Geschlechterverhältnisses über die Forschung zur Geschichte der Pflege.

Piechotta: Ja speziell auch über Pflegegeschichte. In Bremen an der Universität habe ich zum Teil Fragen der Geschlechtsspezifik mit einfließen lassen. Das wurde teilweise sehr positiv von den Studierenden aufgenommen, doch manchmal hätte ich mir noch mehr Andrang von Seiten der StudentInnen erwartet.

Czollek: Das ist interessant, dass sie das jetzt sagen. Wir haben gerade heute morgen im Frauenrat das scheinbar mangelnde Interesse der Studentinnen und Studenten an geschlechtsspezifischen Themen diskutiert. Seit der vorletzten Quer entwickelt sich eine Diskussion zum Thema Feminismus, Gender und Gender Studies. Die Themen werden sowohl theoretisch reflektiert, als auch auf ihre Praxisrelevanz hin besprochen. In der nächsten Quer sollen dann auch Fragen an Lehrbeauftragte und Lehrende gestellt werden, um hinter das Phänomen zu kommen, weshalb da so wenig Interesse da ist und so viel Abwehr; es wird sicher auch interessant sein, dann Aspekte aus dem Pflegestudiengang mit reinzubringen.

Piechotta: In meiner Doktorarbeit habe ich einige Fragen zur Geschlechtsspezifik aufgegriffen. Ist Pflege noch ein typischer Frauenberuf beispielsweise oder leiten Frauen anders als Männer? Da waren die Antworten sehr durchwachsen, z.T. wurde gesagt, dass Pflege aufgrund der geringen sozialen Anerkennung noch ein typischer Frauenberuf ist, weil erst jetzt die Professionalisierung und die Akademisierung einsetzt, weil von Frauen in dem

ASFH - Geflüster

43

whispery gallery

Beruf oft bestimmte Tätigkeiten und bestimmte Verhaltensweisen erwartet werden: dieses Bemuttern, Betütteln, wie sie es genannt haben. Nur ein ganz kleiner Teil der Befragten hat gesagt, dass es eigentlich kein typischer Frauenberuf mehr ist. Gerade durch die jetzt einsetzende Akademisierung ist ganz klar, dass das jeder/jede machen kann. Es gibt sicherlich bestimmte unterschiedliche Sozialisationsprozesse bei Männern und Frauen, aber im Prinzip würden diese Unterschiede jetzt begradigt.

Czollek: Also eine Egalisierung der Geschlechter?

Piechotta: Wenige Männer haben damals in dieser Befragung gesagt, dass es noch geschlechtsspezifische Anteile gibt. Die anderen haben eher gesagt, dass es eigentlich nicht so ist und dass es auch gut wäre, wenn es sich mehr mischen würde. Und da waren beide auch kongruent. Männer und Frauen haben gesagt, es ist gut, wenn es sich mischt, wobei die Frauen auch gesagt haben, aber dann bitte ganz emanzipiert, dass nicht die Männer wirklich dann alle wieder in die Leitungsfunktionen gehen und wir können dann die Arbeit machen.

Czollek: Manchmal ist ja auch diese Aussage nicht gleichzeitig verbunden mit einem Führungsanspruch.

Piechotta: Am Ende des Studiums - das konnte ich dann nicht mehr aufnehmen in der Doktorarbeit - am Ende des Studiums haben wir dann nochmals die ersten zwei Generationen interviewt und da hat man bei Männern und Frauen sehr weitreichende Prozesse verfolgen können. Die interviewten Frauen haben gesagt, also ich mache jetzt Karriere durch das Studium und ich möchte auch weiter Karriere machen und das heißt für mich zum Beispiel, dass ich als Lehrerin nicht mehr nach KR bezahlt werden möchte, sondern demnächst als Akademikerin. Ich habe Anspruch auf ein BAT II

A-Gehalt und nur unter den Umständen werde ich z.B. Lehrerin sein, sonst nicht.

Czollek: Was heisst KR?

Piechotta: Das sind die Krankenhausrate, nach denen Pflegende bezahlt werden.

Und nach einem Studium hat man ja Anspruch auf ein BAT-Gehalt, und das haben sie auch sehr deutlich formuliert. Sie haben also am Ende des Studiums auch ihre Wertigkeit über das Geld geäußert. Das war neu, das war am Anfang des Studiums nicht, und das kam von Männern und Frauen gleichermaßen.

Czollek: Spielt die Problematik der Geschlechterverhältnisse bezogen auf die Klienten und Klientinnen eine Rolle? Ich denke da an Altenpflege und Frauenarmut, an Frauen als Gepflegte oder an Frauen als Patientinnen. Gibt es da Unterschiede zu Männern und wie wird das thematisiert? Und sind vielleicht auch die Umgänge mit Frauen und Männern unterschiedlich?

Piechotta: In den Interviews wurde schon gesagt, dass es Unterschiede gibt, wobei Frauen, also Patientinnen, oft schlechter abgeschnitten haben.

Czollek: Was heißt das?

Piechotta: Es hieß unter anderem, Männer sind umgänglicher, kameradschaftlicher, Frauen sind schwierigere Patientinnen. Einige Interviewpartnerinnen, also studierende Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Kinderkrankenschwestern haben das dann noch mal ganz gut reflektiert und haben gesagt, vielleicht ist das jetzt auch mal die Chance für eine Frau die sonst immer sorgt, also immer für die Familie da ist, arbeitet, berufstätig ist. Vielleicht hat diese Frau jetzt einen bestimmten Gewinn, wenn sie im Krankenhaus liegt und nichts selber machen muss. Das waren aber relativ wenige, die das am Anfang des Studiums reflektiert haben. Am Ende des Studiums gab es sehr viel mehr Reflektion darüber, wie sich Männer und Frauen verhalten. Wobei aber grundsätzlich schon gesagt wurde, dass es einen Unterschied macht, ob ich einen Mann oder eine Frau pflege in bezug auf das unterschiedliche Verhalten von Patientinnen und Patienten. Grundsätzlich sollte man sensibel dafür sein, wer gepflegt wird, ob ich einen Mann oder eine Frau pflege. Das sollte mehr und mehr Eingang finden als Thema in der Pflege, einfach auch um bestimmte Gefühle zu berücksichtigen: also z.B. Schamgefühle bei den Patienten und Pati-

entinnen, aber auch Schamgefühle wenn ich jetzt sehr jung bin, 17 oder 18 Jahre, und z.B. jemanden waschen muss. Einen jungen Mann z.B. der auch erst 17 Jahre ist, also jemand andersgeschlechtlichen. Darauf wird noch viel zu wenig Rücksicht genommen.

Czollek: Da ist einmal die Reflektion darüber, wie es den Patientinnen und Patienten geht. Gibt es auch eine Reflektion über die eigene Rolle und über die eigenen Bilder die die Studentinnen und Studenten als Pflegenden haben in der Lehre? Und gilt die Reflektion unter geschlechterspezifischen Gesichtspunkten?

Piechotta: Also das sagten die Befragten auch. Dieser Bereich muss noch sehr viel mehr reflektiert werden. Sich selber auch wahrzunehmen als Frau oder als Mann. Die Antworten gingen aber auch in die Richtung, dass es zwischen Frauen und Männern in der Pflege, trotz der Unterschiede, emanzipatorisch sein sollte.

Czollek: Was heißt das?

Piechotta: z.B. wird Männern von vornherein mehr technisches Vermögen zugestanden als Frauen. Und Frauen wird eher zugestanden, für Harmonie zu sorgen. Eben diese fürsorglichen Aspekte. Das hat viele dann schon sehr geärgert, Männer wie auch Frauen. Männer haben gesagt, ich habe auch fürsorgliche Anteile, ich kann das durchaus machen, ich kann das durchaus Frauen, Patientinnen gegenüber vermitteln. Und Frauen haben gesagt, ich kann sehr wohl mit technischen Geräten umgehen und ich möchte nicht mehr auf diese Geschlechterspezifika festgelegt werden. Ich möchte nach meinen Kompetenzen beurteilt werden als ausgebildete Pflegekraft und nicht als Frau oder als Mann. Das Geschlecht soll weniger im Vordergrund stehen, sondern wirklich die beruflichen, professionellen Kompetenzen und die sind unabhängig vom Geschlecht.

Czollek: Meine nächste Frage richtet sich an die interkulturellen Aspekte in der Pflege. Die Forderung nach der interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste wird ja immer mehr diskutiert. Die Wohlfahrtsverbände machen inzwischen auch Seminare dazu. Findet das Eingang in die Lehre und wie wirkt es sich aus?

Piechotta: Also hier an der ASFH ist das ja fester Bestandteil des Curriculums, das wird ja hauptsächlich von Frau Kollak sehr gut, sehr gründlich vertreten. Die Frage ist, ob das Interkulturelle als Extra-Punkt transkultureller oder interkultureller Pflege vertreten werden muss. Als ein Paket so wie man auch ein Paket Sterbebegleitung beispielsweise anbietet oder ist es sinnvoll - das ist die andere Richtung - es immer wieder einfließen zu lassen? Da kann man unterschiedlicher Meinung sein und sicher ist beides sinnvoll und gerade in einer Stadt wie Berlin ist es dringend notwendig. Wie es hier jetzt in der Ausbildung, in der pflegerischen Grundausbildung, gehandhabt wird, das weiß ich noch nicht, dazu bin ich noch nicht lange genug hier. Ich finde aber, dass es ein sehr wichtiges Thema gerade für zukünftige Pflegedienstleitungen, Diplom-PflegewirtInnen so wie sie hier ausgebildet werden, ist und dass es einfach Thema der Ausbildung sein muss. Es muss dafür eine Sensibilität geschaffen werden. Ich will ihnen ein Beispiel sagen, das mir in einem anderen Forschungsprojekt aufgefallen ist. Wir haben über Schwangerschaft und Geburtserfahrungen geforscht und waren dann unter anderem in einer Kinderklinik. Es kommt vor, dass kleine Kinder sterben, und man war nicht darauf eingerichtet, dass es in unterschiedlichen Religionen oder Kulturkreisen unterschiedliche Rituale gibt. Dass also z.B. verstorbene Kinder siebenmal unter fließendem Wasser gewaschen werden müssen. Damals hat in dieser Klinik dann die Krankenhausseelsorgerin dafür gesorgt, dass Wasserhahn, Waschbecken etc. neben dem Aufbahrungsraum eingebaut wurden, so dass diese Rituale stattfinden konnten. Eine andere Krankenschwester hat mir erzählt, dass eine Mutter darum gebeten hat, dass sie sich mit dem verstorbenen Kind noch einmal in die Badewanne legen kann, um so die Reinigung vollziehen zu können. Das wurde dann auch möglich gemacht. Und die Eltern haben sich dann sehr bedankt. Diese Krankenschwester hat auch erzählt, dass sie darauf während der Ausbildung nicht vorbereitet wurde. Das war ein ganz typischer Fall. Es fehlte das Wissen darüber, welche Rituale es in anderen Kulturen gibt. Wobei ich denke, grundsätzlich

ASFH - Geflüster

45

whispery gallery

sollte man über Rituale nachdenken, mit denen wir Verstorbene verabschieden.

Czollek: Es müssen ja bestimmte Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, damit Menschen ihre verschiedenen Rituale verwirklichen können. Ich stelle mir das wirklich auch schwierig vor, plötzlich damit konfrontiert zu werden, dass eine Frau mit ihrem toten Baby noch mal in die Wanne steigen möchte. Vor allem vor dem Hintergrund des Umgangs mit Tod in unserer Gesellschaft vor den klinischen Vorstellungen, die da eine Rolle spielen.

Piechotta: Es ist vieles möglich, aber oft ist das Wissen nicht da. Und wenn das Wissen fehlt, fehlt auch oft das Verständnis. Gerade, weil die kommunikative Ebene dann nicht so gewährleistet ist wie es bei Gesprächspartnern ist, die beide die deutsche Sprache beherrschen. In dem Bereich wird viel gearbeitet, viel geforscht und es gibt auch gute Handlungsanweisungen. Aber natürlich muss noch sehr viel mehr passieren.

Czollek: Also sind zwei verschiedene Punkte wichtig, zum einen Sprachkompetenz und selbst wenn jetzt eine Sprache gefunden wurde - und es gibt ja sehr viele Einwanderinnen und Einwanderer, die Deutsch können - gibt es dann doch vehemente kulturelle Unterschiede. Und hier sollte es Räume geben für die Professionellen, darüber auch zu reden.

Piechotta: Fachwissen zu bekommen, aber beispielsweise auch immer wieder in Reflektionsprozesse zu gehen, weil sich vielleicht auch Frust und Ärger anstauen und Unverständnis und Irritation. Da ist es schon sehr wichtig, das Wissen und auch die Bereitschaft zu haben, sich auf etwas anderes, was nicht besser oder nicht schlechter sein muß, einzustellen.

Czollek: Interkulturelle Aspekte sind ja auch immer mehr Thema in der Sozialarbeit und finden Eingang in die Lehre.

Können sie sich eine interdisziplinäre Arbeit zwischen den beiden Studiengängen vorstellen?

Piechotta: Ja, das kann ich mir auf alle

Fälle vorstellen und würde sie mir auch sehr wünschen. In Ansätzen gibt es das ja schon. Ich bin eine Vertreterin interdisziplinären Lehrens, interdisziplinär zu lernen, weil man sich gegenseitig viel zu sagen hat und weil man viel voneinander lernen kann und vor allen Dingen, weil man später als ausgebildete Pflegewirtin natürlich auch interdisziplinär arbeiten muss. Das erfordert einfach die Praxis. Ich selber habe sehr gute Erfahrungen in Forschungsprojekten mit interdisziplinärer Zusammenarbeit gemacht, die ich nicht missen möchte. Gestern haben wir mit Studentinnen ein Hospiz besucht. Dort war ganz klar, dass die Pflegenden mit den verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Alle haben zusammen Teamsupervision: Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, der Betriebswirt, Küchenkräfte und so weiter. Das muss einfach zusammen Hand in Hand gehen, und das ist nicht nur auf Hospiz beschränkt, sondern das ist natürlich in Kliniken, im Altenpflegebereich, wo auch immer, erforderlich. Hier an der Fachhochschule sehe ich schon viele Ansatzpunkte. Einer meiner Schwerpunkte ist Menschenrechte und Menschenwürde. Und das ist einfach disziplin-übergreifend. Da könnte ich mir z.B. auch vorstellen, gemeinsame Veranstaltungen durchzuführen. Viele Bereiche, bspw. Beratung in der Pflege, Beratung in der Sozialarbeit, überschneiden sich. Wenn ich beispielsweise Angehörige berate, dann ist es sehr gut, interdisziplinär zu arbeiten, weil der Sozialarbeiter / die Sozialarbeiterin ja ein anderes Wissen hat als jemand, der aus der Pflege kommt. Hier ist es einfach notwendig, Transparenz zu schaffen und voneinander zu lernen und das Wissen miteinander zu verknüpfen.

Czollek: Haben Sie da schon Erfahrungen? Die ehemalige "Gastarbeiter"generation ist ja jetzt in dem Alter, mehr und mehr Pflegeangebote in Anspruch nehmen zu müssen, wie sieht das da aus? Ist die Pflege gesellschaftlich darauf vorbereitet, gibt es da Ansätze, gibt es da Vorstellungen in der Fachhochschule, gestaltend mit einzugreifen?

Piechotta: In der Fachhochschule gibt es auf alle Fälle die langjährige Forschung von Frau Kollak in dem Bereich und es wird eventuell ein Forschungsprojekt dazu geben.

Czollek: Hat das schon einen Titel oder ist das noch nicht zu sagen?

Piechotta: Das ist jetzt noch nicht zu sagen. Ansonsten wird das oder ist das bereits ein ganz wichtiges brennendes Thema. Alte Menschen sind, und die sogenannte Gastarbeitergeneration kommt da hinzu, eine große Gruppe, die Versorgung brauchen, Pflege brauchen. Gleichzeitig stehen immer weniger pflegende Angehörige zur Verfügung. Das ist ein nationenübergreifendes Phänomen. Das ist bei Deutschen so und in der türkischen Generation, die seit 20, 30 Jahren hier lebt. Es wird langsam darauf reagiert, es gibt einiges an Forschung, an Publikationen und an Praxis. Es gibt Pflegedienste, die sich darauf spezialisiert haben. Aber es muss noch sehr viel mehr passieren. Das betrifft den Bereich Versorgung von dementen Menschen, das betrifft andere Bereiche wie Pflege im häuslichen Bereich oder auf den Stationen. Das ist auch ein politisches Problem und Pflege muss sich da sehr viel stärker einklinken.

Czollek: In die gesellschaftspolitische Diskussion?

Piechotta: Ja, und für den Bereich Handlungskonzepte zur Verfügung stellen. Ich denke, von Seiten der Politik hat man da schon teilweise reagiert, indem man auch sagt, es müssen mehr Forschungsprojekte laufen. Die werden auch gefördert, auch über die praktische Umsetzung, aber es ist immer noch nicht mehr als ein Tropfen, wenige Tropfen auf den heißen Stein. Es muss ganz dringend was passieren. Die Vorstellung war einfach ganz lange Zeit da, dass die Menschen nach Deutschland kommen, hier 5, 6 Jahre arbeiten und dann wieder zurück in die Herkunftsländer gehen. Das ist nicht so. Die Menschen sind größtenteils hier geblieben. Und es ist auch bei ihnen zum Teil so, dass sie von der nachfolgenden Generation nicht mehr gepflegt werden können.

Czollek: Gibt es Ansätze, dass Migrantinnen und Migranten für den Pflegebereich ausgebildet werden? Und kommen sie an die Schulen, an die Hochschulen?

Piechotta: In kleineren Bereichen. Man bemüht sich schon, ich habe das auch in den letzten Jahren in Kranken-

, Kinderkrankenpflegeschulen bemerkt. Hier gibt es inzwischen durchaus auch Auszubildende aus Russland, aus der Türkei. Das war zunächst ein relativ neues Bild, aber das ist durchaus nichts untypisches mehr für Pflegeschulen.

Czollek: Hellersdorf ist ja Lebensmittelpunkt für viele SpätaussiedlerInnen. Gibt es da Zusammenarbeit mit Institutionen im Bezirk?

Piechotta: Das weiß ich noch nicht.

Czollek: Dann komme ich zu meiner letzten Frage: wie sehen sie die Zukunft des Studiengangs?

Piechotta: Ich arbeite in der AG für Öffentlichkeitsarbeit mit. Die ist ja eine Reaktion darauf, dass die Zahlen der Studierenden zurückgegangen sind. Auf der anderen Seite habe ich neulich eine E-Mail bekommen, in der mir eine Kollegin aus der Pflege schrieb: das ist ja toll, dass du an der ASFH bist. Das soll ja eine ganz tolle Fachhochschule sein, wie man immer wieder hört. Also ich denke, es gibt viele Kapazitäten hier an dieser Fachhochschule. Als z.B. aktueller wurde, dass ich die Stelle hier bekomme, bin ich immer mehr ins Staunen gekommen, wieviel DozentInnen hier arbeiten, die ich aus der Literatur kenne. Es sind viele kompetente Leute hier. Und das sollte man auch mehr außen darstellen. Grundsätzlich ist es so, dass auch an anderen Fachhochschulen und Universitäten die Studentenzahlen zurückgehen, sei es im Managementbereich oder im Lehramtsbereich, der ganz große Boom ist erst einmal vorbei. Es sind ja in kurzer Zeit sehr viele Pflegestudiengänge entstanden und insofern ist es nicht nur ein Problem an der ASFH sondern allgemein in der Bundesrepublik. Dieser Studiengang wird schon weitergehen, man muss jetzt innovativ sein und das als Herausforderung annehmen. Dann kann das auch weiterhin ein sehr gutes Studium sein. Von den Studierenden her kann ich nur sagen, dass ich den allergrößten Teil als sehr motiviert erlebe. Sie gehen mit sehr viel Freude an das Studium heran. Auch da ist also ein großes Kapital. Es ist notwendig, mehr Öffentlichkeitsarbeit zu machen, viel-

ASFH-Geflüster

47

whispery gallery

Pflegelinks

und was sich unter 'Krankenschwester' noch so alles findet

Links: [http://library.fes.de/fulltext/asfo/00674002.htm.E9E3:](http://library.fes.de/fulltext/asfo/00674002.htm.E9E3)

Korthaase, Helga: "Beschäftigungs- und frauenpolitische Bedeutung von Pflegeberufen". Vortrag bei einer Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen zum Thema: Konsequenzen der Pflegeversicherung für die Pflegeberufe am 17. September 1997 in Berlin.

[http://www.4woman.gov:](http://www.4woman.gov)

Eine englischsprachige Seite mit umfangreichen Informationen über Frauengesundheit. Artikel zu den verschiedensten Themen, eine gute Suchmaschine sowie eine sinnvolle Gliederung nach FAQs (frequently asked questions) findet man auf dieser Homepage des Office on Women's Health within the Department of Health and Human Services (OWH DHHS) der US-Regierung.

[http://www.ffgz.de/exte.htm:](http://www.ffgz.de/exte.htm)

Die Seite des Berliner Frauengesundheitszentrums bietet eine lange Liste unterschiedlicher Links zu Frauengesundheit, aber auch Berufsorganisationen von im Gesundheitswesen Arbeitenden.

[http://f25.parsimony.net/forum62427/index.htm:](http://f25.parsimony.net/forum62427/index.htm)

Hier gibt es ein Diskussionsforum zum Thema Altenhilfe für Pflegenden und Gepflegte; Thema sind die Veränderungen in der Pflege.

[http://home.t-online.de/home/Rogahn:](http://home.t-online.de/home/Rogahn)

Eine Seite, die sehr viel Informationen und Kritik an der gegenwärtigen Situation der Altenhilfe übt und ein Diskussionsforum bietet. Auch sehr sehenswerte Beiträge von SeniorInnen, die sich mit Internet bzw. Computer beschäftigen.

[http://home.t-online.de/home/Rogahn3/gay01.htm:](http://home.t-online.de/home/Rogahn3/gay01.htm)

Eine langfristige Begleitung des Projekts: Altenpflege-Gayheims, der Versuch ein Altenheim für lesbische und schwule Alte aufzubauen

Zusammengestellt von Ingrid Neunhöffer.

www.suchmaschine.de

oder was sich unter *Krankenschwester* noch so alles findet...

Meine ersten Erfahrungen mit dem Internet und einer Suchmaschine haben mich ja doch etwas verwirrt. Stellenangebote für Krankenschwestern habe ich gesucht und in meiner Naivität habe ich dann auch Krankenschwester als Suchbegriff eingegeben.

Sie haben 22123 Treffer.

Oh je, so viele! Tapfer fing ich an die Links zu öffnen - und fand zu meinem Erstaunen - Job-Angebote aus dem horizontalen Gewerbe! So war das nun auch nicht gemeint mit den Stellenangeboten. Ah, gut eine Universität bietet Fernstudiengänge an. Klick die nächste Seite. Vollbusige Krankenschwester sucht und bietet Pausenfüller für reife Herren.... Nein, nicht schon wieder.

Ok, mal sehen was es so unter Pflegefachkraft gibt?

Sie haben 299 Treffer.

Nicht ganz so üppig, aber ergiebig.

Krankenschwester habe ich als Suchbegriff nicht mehr verwendet.

we b s i s t e r s

48

Ute Carstens, 2.Sem. Pflege/ Pflegemanagement

I n t e r n e t s e i t e n

Der Fachhochschultag "Frauen in Gewaltverhältnissen" ein Eindruck - ein Fazit

Heike Radvan

Am 31.10.2001 fand an der ASFH der Fachhochschultag "Frauen in Gewaltverhältnissen" statt. Angesprochen wurde eine Vielfalt von Themen, die sich in den Ergebnissen und der Atmosphäre des Tages widerspiegeln.

Auf der literarischen Vorabendveranstaltung las die Autorin Erica Fischer aus ihrem Buch "Am Anfang war die Wut...". Ausgewählte Passagen vermittelten den Zuhörerinnen deutlich die Lebensrealität von Frauen während des Bosnien-Krieges zu Beginn der 1990-er Jahre. Insbesondere vor dem aktuellen Hintergrund des Krieges in Afghanistan entstand eine angeregte Diskussion aber auch nachdenkliche Atmosphäre. Eindrucksvoll schilderte Erica Fischer die Geschichte des Frauenprojektes Medica Mondiale, das die Ärztin Monika Hauser in Zenica aufbaute, nachdem erschütternde Berichte und Bilder über (Massen-)Vergewaltigungen als Kriegswaffe in Bosnien bekannt wurden. Detailreich und lebendig erzählte die Autorin über den unermüdlichen Einsatz des multiethnischen Teams für die schwer traumatisierten Frauen. Am Ende des Abends wurde deutlich, dass die Schilderungen neben der Darstellung des Wahnsinns und der Absurdität des Krieges auch Kraft und Hoffnung vermitteln konnten. Dar-über zu hören, diskutieren und nachzudenken, was Mut, Einsatz und Frauensolidarität in fast ausweglosen Situationen bewirken können, gibt Zuversicht und Energie, Bestehendes zu verändern.

Feierlich eröffnet wurde der Fachhochschultag am Morgen des 31.10.2001 im Audimax, das bis auf die letzten Plätze gefüllt war. Zahlreich vertreten waren Mitarbeiterinnen des Anti-Gewaltbereiches, so z.B. der Frauenhäuser, Nachberatungsstellen, Zufluchtswohnungen und Präventionsprojekte. Die Berliner Projektevielfalt spiegelte sich auf den verschiedenen Informationsständen vor dem Audimax. Damit wurde ein reger Praxisaustausch, aber auch die Verbindung zur Theorie und Forschung ermöglicht. Gering war die Beteiligung Studierender und seitens der Männer. Aus Erfahrungen stellt sich somit erneut die Frage nach den Ursachen und Veränderungsmöglichkeiten.

Welche neuen Wege es ermöglichen könnten, eine geschlechtergerechtere Auseinandersetzung mit der Thematik "Frauen in Gewaltverhältnissen" zu initiieren, wurde im Verlauf der Tagung immer wieder diskutiert. Deutlich wurde dies auch durch die Präsenz der Berliner Öffentlichkeitskampagne "Gemeinsam gegen MännerGewalt", mit der der Fachhochschultag in Kooperation vorbereitet worden war.

In ihrem Einführungsvortrag zeichnete Barbara Kavemann die Entwicklung der Diskussion über Gewalt im Geschlechterverhältnis umfassend und detailliert nach. Deutlich benannte sie die im Verlauf der Jahre präsenten, nach wie vor aktuellen Herausforderungen, so z.B. die Thematiken sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen, die differenzierte Wahrnehmung von Männern und Frauen in der Opfer- und TäterInnenrolle sowie die Institutionalisierung der Anti-Gewaltarbeit. Barbara Kavemann beschrieb die konstruktive, aber auch von Schwierigkeiten geprägte Auseinandersetzung mit auftretenden Widersprüchen, sie kristallisierte die vorwärtsweisenden und blickwinkelerweiternden Schritte bei der Lösung dieser Problematiken heraus. Insbesondere anregend waren in ihrem sehr engagierten und lebendigen Vortrag die Ausführungen zu aktuellen Entwicklungen und sich daraus ergebenden gesellschaftspolitischen Chancen, wie z.B. durch das neue Gewaltschutzgesetz und das Gesetz zur Gewaltfreiheit in der Erziehung. Der ermutigende Ausblick verdeutlichte, dass es bei der Umsetzung des gesellschaftsverändernden Fernzieles des friedlichen Zusammenlebens zwischen Frauen und Männern zwingend notwendig ist, Teilziele zu formulieren sowie ein differenziertes Angebot für alle Betroffenen zu erarbeiten.

Nach der Mittagspause, die viele TeilnehmerInnen zum regen Austausch in der Cafeteria nutzten, begannen drei Arbeitsgruppen. Einführend referierte Nadja Lehmann, Alice-Salomon-Stipendiatin und Vor-

i n p u t

49

Tagungsnachlese

Frauen in Gewaltverhältnissen



standsfrau der Interkulturelle Initiative e.V. in der AG 1 *Geschlechterverhältnis und Gewalt: Zur aktuellen Debatte um Frauenhäuser und Interventionsprojekte*. Sie diskutierte in ihrem Vortrag die Einbettung der aktuellen Frauenhausarbeit in den feministischen Diskurs und die Umsetzung in die Praxis. Am Beispiel der Situation von Migrantinnen verdeutlichte sie die Dringlichkeit der Umsetzung politischer Forderungen, wie z.B. in der Asylgesetzgebung aber auch im Bereich der Prävention. Hier forderte sie u.a. angemessene Formen der Beratung zu entwickeln, die auf die besonderen Probleme und kulturellen Verschiedenheiten der Frauen ausländischer Herkunft in Bezug auf Geschlechterverhältnisse und Sexualität, auf Mutterschaft und Ehe eingehen. In thematisch engem Zusammenhang stand der Vortrag von Beate Leopold, Mitarbeiterin der wissenschaftlichen Begleitung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt (Projekt WiBIG). Sie beschrieb den Paradigmenwechsel, der mit der Arbeit von Interventionsprojekten in der Anti-Gewaltarbeit einsetzte. Umfangreiche rechtliche Veränderungen, die auch Ergebnisse der Arbeit der Interventionsprojekte sind, ziehen Täter zur Verantwortung ihres Handelns. Somit verlagert sich der Focus in der Anti-Gewaltdebatte vom Blick auf die Opfer zur Inverantwortungnahme der Täter. Neben strafrechtlichen Konsequenzen werden Täter häuslicher Gewalt zunehmend in soziale Trainingskurse verwiesen. Über diese Arbeit, ihre Herausforderungen und Widersprüche berichtete Gerhard Hafner, Vertreter von Mannsarde. e.V., aus der Praxis. Unter anderem ging er dabei der Frage nach, ob Täter ein eigenes Bedürfnis nach Veränderung ihres Verhaltensdefizites haben

oder allein konsequente juristische Maßnahmen helfen, da Gewalt ein Ausdruck männlicher Privilegien ist.

In der Arbeitsgruppe entwickelte sich eine angeregte Diskussion zur aktuellen Entwicklung der Frauenhausarbeit.

Thematisiert wur-

den die Grundsätze feministischer Anti-Gewaltarbeit und ihre Weiterentwicklung entsprechend dem Bedarf in der Praxis.

In der AG 2 *Politik und Gewalt: Frauenrechte sind Menschenrechte* beleuchteten 4 Referentinnen unter verschiedenen Schwerpunkten das Thema. Birgit Rommelspacher, Hochschullehrerin und Prorektorin an der ASFH, erläuterte die Geschichte der Frauenrechte innerhalb der Menschenrechte und differenzierte zwischen sich daraus ergebenden Chancen und ihrer Umsetzung in die Realität. Sie problematisierte die Schwierigkeit, reale Erfolge und Fortschritte in der Menschenrechtspraxis für Frauen angesichts einer globalen Weltlage zu erkennen, in der viele Frauen in einem entwürdigenden Alltag leben. Als ermutigend erwies sich hierbei der umfassende Blick in die Geschichte und die Erkenntnis, dass Teilziele auch bei der Durchsetzung einer demokratischen Weltordnung für alle Menschen dringend notwendig sind. Dr. Angelika Birck berichtete anschaulich über frauenspezifische Flucht, Fluchtgründe und die Arbeit des Zentrums für Folteropfer in Berlin. Sie benannte deutlich die Diskrepanz, die sich in der alltäglichen Arbeit, insbesondere mit weiblichen Opfern, aufgrund der gegenwärtigen Asylgesetzgebung ergibt. Frauenspezifische Aktivitäten und geschlechtsspezifische Verfolgung sind nicht als politisch und damit nicht als asylrelevant anerkannt. Einer dringend notwendigen psychosozialen Betreuung und Traumaverarbeitung sind somit oft Grenzen gesetzt, weil die Betroffenen keinen sicheren Aufenthaltsstatus besitzen und von Abschiebung bedroht sind. Claudia Jarzebowski, Vertreterin von amnesty international, erläuterte dazu ergänzend die Situation von lesbischlebenden Frauen, die sie als blinden Fleck in der Gesetzgebung und der Rechtspraxis bezeichnete. Karin Müller, Mitarbeiterin der Lesbenberatung, ging abschliessend der Frage nach, wie ein veränderter Gewaltbegriff aussehen könnte, in dem Gewalt gegen Lesben und Andere angemessen berücksichtigt wird. Die folgen-

input

50

Tagungsnachlese

Frauen in Gewaltverhältnissen

de Diskussion problematisierte u.a. die geringe Präsenz von MigrantInnen als ReferentInnen der Tagung sowie die Nennung ihrer Rolle und Bedeutung in der feministischen Geschichte. Mit dieser Frage wurde deutlich, wie dringend notwendig die konsequente Reflexion der eigenen Position, der Macht- und Ressourcenverteilung, aber auch der Anerkennung der Differenzen für alle Frauen nach wie vor ist. Klar wurde auch, dass sich eine weiterführende Auseinandersetzung zu diesem Thema auf breites Interesse gründet und für eine Entwicklung und Perspektivenerweiterung dringend notwendig ist. So war der Gedanke einer fortführenden Tagung zur Thematik "Interkulturelle Aspekte in der Anti-Gewaltarbeit" ein wichtiges Ergebnis dieses Tages. Gespräche und vorbereitende Planungen diesbezüglich haben bereits begonnen.

Lydia Potts, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Oldenburg, gab zu Beginn der AG 3 *Ökonomie und Gewalt. Zum Beispiel: Frauenhandel* einen theoretischen Überblick über die Thematik Frauenhandel, die Entwicklung und die im Zusammenhang mit Menschenhandel entstehenden Problemfelder. Nivedita Prasad berichtete aus der Praxis. Sie stellte die Arbeit von Ban Ying -Beratungsstelle für Frauen aus Südostasien- vor und erläuterte an Beispielen die Ambivalenz im Umgang mit der ausländerrechtlichen Gesetzgebung. Sie beschrieb in diesem Zusammenhang detailliert, wie Migrantinnen Opfer von Menschenhandel werden können. Marion Böker berichtete anschaulich über den bundesweiten "Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V." (KOK), der sich zur Aufgabe stellt, Frauenhandel in Deutschland, Europa und weltweit zu bekämpfen. Die Referentin bezog aktuelle Gesetzesentwürfe und internationale Vergleiche ein und eröffnete damit eine angelegte Diskussion, in der Schwierigkeiten und Alternativen in der Bekämpfung von Frauenhandel thematisiert wurden.

Die Inhalte und Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen präsentierten die VeranstalterInnen mit Hilfe der Power Point-Technik zum Abschluss im Audimax. Es war der Versuch, für alle Teilnehmenden größtmögliche Transparenz und Information zu ermöglichen. Die Erfahrung der Tagung zeigt jedoch, dass dies aufgrund des geringen zeitlichen Rahmens für die Vorbereitung der Präsentation in nicht angemessener Qualität möglich ist. Ein Ergebnis des Tages ist damit auch die Erkenntnis, künftig mit Power Point allenfalls die Diskussion der Arbeitsgruppen zu präsentieren und Zusammenfassungen der einzelnen Vorträge in Druckform vorab herauszugeben.

Auf der Tagung wurden verschiedenste Bereiche der Thematik "Frauen in Gewaltverhältnissen" inhaltlich dargestellt und diskutiert. Vielfältige Diskussionen ermöglichten einen fruchtbaren Austausch zwischen Theorie und Praxis und stellten einen Bezug zu politischen Forderungen und Veränderungsmöglichkeiten her. Insbesondere von Bedeutung war die mögliche Auseinandersetzung und Annäherung zur Entwicklung der Frauenhausarbeit. Zur Fortführung und Vertiefung dieses begonnenen Dialoges kann die geplante Folgetagung einen wichtigen, sehr wünschenswerten Impuls darstellen. Mit der Durchführung dieser erfolgreichen Tagung hat sich die ASFH wiederum in die feministische Anti-Gewaltdebatte eingebracht. In Vorbereitung ist eine Dokumentation der Tagung.

Heike Radvan ist Absolventin der ASFH im Fach Sozialarbeit.

input

51

Tagungsnachlese

Bücher zu Pflege

Regina Becker
Häusliche Pflege von Angehörigen. Beratungskonzeptionen für Frauen
 Taschenbuch - 137 Seiten - Mabuse Vlg., Frankfurt 1997 ISBN: 3929106388

Beneker, Hanna /Wichtmann, Eva
Grenzüberschreitende Dienstpläne
 Weltpflegenotstand und Frauenbewegungen
 1994 Mabuse Vlg 180 S.
 ISBN: 3-925499-43-1

Bischoff, Claudia
Frauen in der Krankenpflege
 Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert
 Völlig überarb. Neuausg. 1991 Campus Vlg 248 S. ISBN: 3-593-34559-5

Küpper, Gunhild
Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege
 Pflegedienstleiterinnen als Führungskräfte zwischen Tradition und institutioneller Modernisierung
 1996 Kleine Vlg 242 S.
 ISBN: 3-89370-228-8

Gerrit Matthes, Peter Häussermann
Pflegehandbuch für Zivildienstleistende und Frauen im sozialen Jahr
 Taschenbuch - 144 Seiten - Urban & Fischer, Mchn. 1997. ISBN: 3861265710

Miers, Margaret
Sexus und Pflege
 Geschlechterfragen und Pflegepraxis
 2001 Hans Huber Vlg 272 S.
 ISBN: 3-456-83652-X

Schrems, Berta
Zeitorganisation in der Krankenpflege
 Zeitliche Dimensionen von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe
 1994 Mabuse Vlg 252 S.
 ISBN: 3-925499-92-X

Stahr, Ingeborg /Jungk, Sabine /Schulz, Elke
Frauen in der Gesundheitsversorgung
 1993 Univ. Essen-Hochschuldidakt. Zentrum 107 S ISBN: 3-929481-01-4

Zusammengestellt von Mathilde Haubricht

Rezension zu: Betty Paoli. **Was hat der Geist denn wohl gemein mit dem Geschlecht?**

Eva Geber (Hg.), Mandelbaum AUF edition, Wien 2001
 ISBN 3-85476-050-7, 202 Seiten*

Gudrun Perko

"Bereits mit ihrer ersten Gedichtsammlung *Gedichte*, die 1841 erscheint, schafft sie den Durchbruch", schreibt Eva Geber in ihrer melodisch klingenden und inhaltlich sehr interessanten Einleitung über Betty Paoli. Es verwundert kaum, dass die erste deutschsprachige Berufsjournalistin und Lyrikerin nicht nur auf Bewunderung und Lob stieß, war doch der *Geist* im 19. Jahrhundert immer noch vorwiegend dem männlichen Geschlecht vorbehalten. ‚Entweihung des Weiblichen‘, so ein Vorwurf, den sich die "bürgerlich-liberale Feministin" während einer Zeit gefallen lassen musste, in der sowohl der Beruf des Journalismus geringes Ansehen hatte als auch das Schreibverbot für Frauen noch zu Gebote stand. Gleichzeitig aber erhielt die Lyrikerin höchste Zuwendung: sie "entfesselte einen jähren Sturm von Begeisterung bei den Frauen", und wenige Männer betonten die Qualität ihrer Gedichte - wie Grillparzer, der sie als "den ersten Lyriker Österreichs" bezeichnete. Die pointierte Antwort Betty Paolis auf diverse Vorwürfe lesen sich wie ein Angriff gegen die im 19. Jahrhundert noch bestehenden, geschlechterdifferenten

Zuschreibungen zuungunsten der Frauen:

Unweibliche Idee, wie ihr doch töricht sprecht!

Was hat der Geist denn wohl gemein mit dem Geschlecht?

(Paoli, *Gedichte*, Pest)

Betty Paoli, geboren 1814 in Wien als Barbara Elisabeth Glück, kann nicht eingereiht werden unter jene Frauen dieses Jahrhunderts, deren Bildung vom Elternhaus respektive vom Vater stammte: denn der Vater starb als sie zwei Jahre alt und die Mutter, die das gesamte Vermögen verspielte bzw.

verspekulierte, als sie 15 war. Gleichsam als Autodidaktin bildete sie sich selbst, während sie als Gouvernante in Polen arbeitete, von Stundengeben und Übersetzungen in Wien lebte, Gesellschafterin oder Vorleserin hochstehender Damen der Wiener Gesellschaft wurde und schließlich in den berühmten Salons, z.B. von Bettina von Arnim oder Rachel Varnhagen, als gerne gesehene und Einfluss nehmende Person verkehrte. 1848 wird sie neben ihrer lyrischen Tätigkeit Journalistin, die u.a. für *Die Presse*, *Lloyd*, *Neue Freie Presse* und die *Augsburger Allgemeine Zeitung* schrieb und damit Einfluss nahm auf Diskurse ihrer Zeit.

Eine Zeitfrage, so könnte der Werdegang Betty Paolis selbst beschrieben werden: unbeirrbar den institutionalisierten Geschlechterrollen trotzend, Frauenfreundschaften genießend, ehelos und ökonomisch unabhängig, was die Gefahr der gesellschaftlichen Ausgrenzung barg. Denn "eine allein stehende, volljährige Frau bürgerlicher Herkunft war im herrschenden Diskurs des 19. Jahrhunderts nicht vorgesehen", so Karin S. Wozonig, deren Essay über Betty Paoli und den Berufsstand des Journalismus dem vorliegenden Buch zusätzliche Brisanz verleiht.

Doch ist *Eine Zeitfrage* ein politisch brisantes Feuilleton Paolis, in dem sie 1865 für die Zulassung der Frauen zu Bildung und Beruf aufrief. Eingebunden in die erste Frauenbewegung war Paolis Haltung in der "Frauenfrage jedoch nicht kämpferisch": so kritisiert sie nicht dezidiert die den Frauen zugewiesenen Rollen, sondern hielt sie nur für "unrealistisch und nicht zielführend"; und sie schrieb es der Vernunft zu, die die Emanzipation der Frauen notwendig macht, der sich - eine Zeitfrage eben - längerfristig niemand verschließen wird können.

Eine Zeitfrage ist neben Feuilletons wie *Über weibliche Erziehung*, *Wissen ist Macht* oder *Die Wandlung der Frauenfrage* u.a. ein Text, mit dem Eva Geber in einfühlsamer Weise die Lyrikerin und Journalistin wieder öffentlich zur Diskussion stellt. Rezensionen und schließlich Nachrufe über Paoli runden das empfehlenswerte und angenehm zu lesende Buch ab.

Betty Paoli, gestorben 1894, erhielt, so Eva Geber im Anhang, am Wiener Zentralfriedhof einen Platz für "Halbberühmtheiten". Ihre Gedichte und journalistischen Texte hinterlässt sie der Nachwelt - wohl mit einem warnenden Aufruf zur Veränderung bisher Realisierten:

*Wem es nicht gelungen ist,
seinem Jahrhundert durch seinen Geist eine
neue Wendung zu geben,
der soll nicht nach dem Ruhm einer Sekunde
streben!*

(Paoli, in einem Brief an Leopold Kompert)

Dr. Gurdrun Perko ist Sozialarbeiterin, Philosophin und freie feministische Wissenschaftlerin in Wien und Berlin.

* Unter Anführungszeichen gestellte Aussagen sind als Zitate bzw. Bezeichnungen dem Buch entnommen.



5. Internationaler Kongress zur Geschichte der Pflege: Biographie-Forschung in der Pflege - Methoden, Praxis und Ergebnisse

Veranstalter:

Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. Sektion "Historische Pflegeforschung"
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum
ÖTV-Fortbildungsinstitut für Berufe im Sozial- Gesundheitswesen, Duisburg

Am 14. und 15. März 2002 laden die kooperierenden Veranstalter zum 5. Internationalen Kongress zur Geschichte der Pflege ein. Seit 1992 findet die Ausrichtung der Kongresse zur Geschichte der Pflege wechselweise in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland statt.

Der 5. Kongress soll eine Plattform für alle an der Geschichte der Pflege Interessierten bilden.

Die Bedeutung und der Stand der Aufarbeitung der Geschichte der Pflege sollen zum Ausdruck kommen.

Leitthema des Kongresses ist die Betrachtung und das Erleben von Pflegehandeln in historisch bedeutsamen Epochen aus primär biographischer Perspektive.

Referieren werden Pflegeforscherinnen und Pflegeforscher aus mehreren europäischen Ländern.

<http://www.verdi-nrw.de/fbi-duisburg/Historischer.htm>

Vorankündigung:

GENDER-Tagung an der ASFH im Sommersemester 2002 (Juni): Was Sie schon immer über Gender wissen wollten...

Ausführliches Programm und Termin zu Beginn des Sommersemesters
Beiträge zum Genderbegriff und zu Gender in der Lehre sind sowohl für die Tagung als auch für die nächste Ausgabe der QUER zu diesem Thema erwünscht.

