

# It's a woman's world? Gendertrends in den Gesundheitsberufen.

Julia Lemmle

## Fachtagung der Heinrich Böll Stiftung am 27. November 2012

Peter Sellin, Referent für Sozialpolitik und demografischen Wandel in der Stiftung, begrüßte die etwa 60 Teilnehmenden am Dienstagmorgen zur Fachtagung „It's a Woman's World? Gendertrends in den Gesundheitsberufen“ in der Heinrich Böll Stiftung. Vor einem sowohl in Bezug auf Alter als auch Geschlecht gemischten Publikum erklärte er, die Tagung wolle sich mit der gesellschaftspolitischen Herausforderung beschäftigen, die der immense prognostizierte Fachkräftemangel mit sich bringe. Stetiges Beschäftigungswachstum im Gesundheitsbereich auf mittlerweile 444.000 männliche und 2,3 Millionen weibliche Beschäftigte verweise auf einen quantitativ attraktiven Arbeitsmarkt. Die Tagung nehme aber die Qualität der Arbeitsplätze, die Qualifikationsentwicklung und die Perspektive dieses Beschäftigungsfeld in den Blick, ebenso wie die problematischen prekären Beschäftigungsbedingungen und den hohen Frauenanteil. Der kürzlich erschienene „Pflegerreport 2030“ der Bertelsmann-Stiftung prognostiziert einen Anstieg der Pflegebedürftigen von 2,4 Millionen auf 3,4 Millionen und einen Mangel an 500.000 Vollzeit-Pflegkräften. „Was muss in der Ausbildung passieren um diesem Mangel zu begegnen?“ fragte Peter Sellin. Aus diesem Grund sei die Frage nach einer akademischen Ausbildung der Pflege auch Tagungsthema.

### I. „It's a woman's world. Gendertrends in den Gesundheitsberufen“

[Prof. Heidi Höppner](#) eröffnete die Tagung mit ihrem Vortrag: „It's a woman's world. Gendertrends in den Gesundheitsberufen“. Statt eines Fragezeichens setzte sie einen Punkt, und bestätigte damit, dass es sich beim Feld der Gesundheitsberufe um eine „Frauenwelt“ handelt. Sie sehe aber nicht, wie in der Begrüßung erwähnt, einen Mangel oder ein Problem darin, dass ein Berufsfeld eine Frauendomäne sei. Heidi Höppner zeigte in ihrem Vortrag den Zusammenhang auf zwischen der Bewertung weiblicher Arbeit im Gesundheitsbereich aus einer kulturhistorischen und berufspraktischen Perspektive und den nach wie vor vorhandenen ungleichen Berufschancen zwischen den Geschlechtern. Die geringe Wertschätzung der Pflege und Therapie sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf finanzieller Ebene sei letztlich auch eine Konsequenz der geschlechtsspezifischen Zuschreibungen von Professionalität und Kompetenz. Akademisierung befürwortete sie als Chance, eine Aufwertung zu erreichen. Heidi Höppner ist Professorin für Physiotherapie an der Alice Salomon Hochschule. Zuvor hatte sie eine Professur an der Fachhochschule in Kiel inne. Vor ihrer universitären Karriere arbeitete sie zwanzig Jahre lang als Krankengymnastin. Obwohl sie dieser Beruf erfüllte, habe sie schon früh die Rahmenbedingungen als problematisch empfunden. 2004 erschien ihre Promotion „Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus“.

### Beschäftigungszuwachs im Gesundheitsbereich

Höppner bezog sich zunächst auf die konkrete Arbeitsmarktsituation in Deutschland 2011. Die Beschäftigung in den Gesundheits- und Pflegeberufen ist in den letzten zehn Jahren um ein Fünftel gewachsen. Jede\_r zehnte Beschäftigte ist in einem solchen Beruf tätig, vier von fünf Beschäftigten sind weiblich. Der Frauenanteil im Gesundheitsbereich ist damit deutlich größer als bei der Gesamtbeschäftigung. Auch die Zahl der Medizinstudentinnen wächst. Außerdem gibt es einige Berufsgruppen wie die der medizinischen Fachangestellten, der Hebammen und der Kinderkrankenpflegerinnen die zu über 90% mit Frauen besetzt sind. „Aber was bedeuten diese Zahlen wenn wir sie in Zusammenhang mit der Kategorie Geschlecht reflektieren und danach fragen welche Prozesse von Professionalisierung oder Deprofessionalisierung stattfinden?“ formulierte Höppner ihre erste Leitfrage.

### Umgang mit dem Gender-Konzept im Gesundheitswesen

Ist Gender eine zentrale Kategorie in der Gesundheitsbranche? Debatten in den 90er Jahren widmeten sich unter anderem der geschlechtsspezifischen Zuordnung und der Idee komplementärer weiblicher und männlicher Kompetenzen. Die Vorstellung, Bedürfnisorientierung, Empathiefähigkeit und kommunikative Kompetenzen seien per se weiblich und müssten nicht ausgebildet und erlernt werden, wurde kritisiert. Auch die Forschungsdesigns in der Medizin wurden auf blinde Flecken im Bereich von Gender hinterfragt. Doch Gender werde gegenwärtig auch in völlig fehlgeleiteter Weise benutzt, zum Beispiel zur Produktvermarktung, erläuterte Höppner und bezog sich auf einen Flyer, der eine Prothese als „Gender-Knie“ anpreist. Wenn eine

Knieprothese für Frauen anders beschaffen sein muss, dann handle es sich aber einfach um eine Anpassung an körperliche Gegebenheiten, und nicht um ein „Gender-Knie“. Da „Gender“ im Gegensatz zu „sex“, eben nicht die biologischen Faktoren der Geschlechtsidentität beschreibt, sondern sozial determinierte Zuschreibungen und Rollenbilder.

### **Professionelle Männlichkeit und intuitive Weiblichkeit**

Rollenbilder und Zuschreibungen zeigten sich auch in der Konstruktion und Bewertung von Fähigkeiten. Wem wird Professionalität zugeschrieben und welche Bilder haben wir von weiblicher Kompetenz im Gesundheitsbereich?

Am Beispiel der Entstehung und Entwicklung der Heil- und Krankengymnastik zeigte Höppner historische Kontinuitäten in der Bewertung weiblicher Kompetenz auf. Die 1900 entstandene deutsche Heilgymnastik wurde von Dr. Lubinus als „Frauenberuf“ für bürgerliche Töchter, die sich die Ausbildung leisten konnten, geprägt. Krankengymnastik stand außerdem immer unter der Obhut der männlichen Orthopäden. Das führte laut Antje Hüter-Becker zur Notwendigkeit einer „doppelten Emanzipation“ der Frauen, sowohl allgemein gesellschaftlich als auch von der Bevormundung in ihrem Beruf. Anschaulich zeigte sich dies auch in einem Kieler Volkslied das den jungen weiblichen Auszubildenden von den älteren Kieler Herren immer noch vorgesungen werde: „Mädchen voller Lieblichkeit, Stadtbekannt seit langer Zeit, Das sind sie, die Lubinen! Der Kieler singt von ihnen: Was der Honig für die Biene, ist Lubinus für Marine!“ Wie die Biene ihrer Natur gemäß Honig produziert, so setze das Lied die Arbeit der Krankengymnastinnen analog, als in ihrer Natur und Lieblichkeit liegende Sorgearbeit und nicht als erworbene berufliche Kompetenz.

Höppner stellte fest: „Das Überleben der Krankengymnastik in ihrer traditionellen Form gelang bisher durch die Anpassung an ein komplementäres Berufe- und Geschlechterverhältnis.“

### **Geringere Aufstiegschancen und Wertschätzung weiblicher Therapeutinnen**

Die Karrierechancen für Frauen im Therapiebereich seien nach wie vor schlechter. Männer würden bei Neueinstellungen bevorzugt und müssten sich weniger beweisen. Vorurteile, die Männern mehr Professionalität zuschreiben, seien auch bei den Therapeutinnen selbst zu beobachten. Heidi Höppner verdeutlichte dies an Aussagen ihrer ehemaligen Studentinnen: „Ich würde mich eher von einem Kollegen behandeln lassen, da ich denke, dass die mehr Technik drauf haben.“ Oder: „Wenn wir bei uns in der Praxis die Patienten wählen ließen, ob sie von einem Mann oder einer Frau behandelt werden möchten, dann würde ich meine Mitarbeiterinnen nicht mehr beschäftigen können. Die wollen dann zu einem Mann.“ Auch der mediale Diskurs verlaufe innerhalb der Geschlechterzuordnungen. Als Beispiel zeigte Höppner einen Artikel der Hamburger Morgenpost vom April 2010 über den Physiotherapeuten Niklas Albers der Handballmannschaft des HSV. Auf der Fotografie ist er mit theatral ausgespreizten Händen zu sehen – als „Der Mann mit den magischen Händen“. Als Physiotherapeut für gut bezahlte Spitzensportler steige natürlich auch der Status desjenigen, der dieses „Humankapital“ im Sportbusiness fit und leistungsfähig erhalte. Höppner fragt an dieser das Publikum eher rhetorisch, ob es sich eine Frau als Protagonistin dieses Artikels vorstellen könnte – als „Die Frau mit den magischen Händen“? Wenn zwei das Gleiche tun, heiße das eben nicht, dass es gleich bewertet wird. Höppner bezog sich dabei auf die Analyse Bettina Heinz: „Ungleich unter Gleichen. Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarkts“. Verblüffend sei, dass diese nun schon fünfzehn Jahre alte Studie nicht an Gültigkeit eingebüßt habe, sondern eben nach wie vor Wissenschaftlichkeit, Technik, Management, Professionalität an sich mit Männlichkeit und dem Erwerb von Kompetenzen assoziiert werden. In den leitenden Positionen sei im ansonst weiblich dominierten Bereich Frauen in der Minderheit. Die ungleichen Zugangschancen sehe sie als sehr problematisch an. Im Gegensatz zum Medizin-Studium garantiere eine teure Ausbildung in der Logopädie, Ergo- oder Physiotherapie kein angemessenes Gehalt. „Das ist ein hoher Aufwand an Zeit und Geld für einen Lohn, der rund um die Mindestlohngrenze liegt und nur aus Scham an dieser Stelle nicht politisiert wird.“ Höppner bemängelte die geringe politische Organisation in der Physiotherapie, die für mehr Mitsprache und Teilhabe notwendig sei.

### **Akademisierung als Chance**

Die Kategorie Geschlecht sei noch zu wenig im Gesundheitswesen, in der Patientenversorgung und in der Arbeitsmarktdebatte verankert. Die Empfehlung des Wissenschaftsrats 2012 „Hochschulische Qualifikation für das Gesundheitswesen“, mindestens 10-20 Prozent der Gesundheitsberufe akademisch auszubilden, unterstütze sie. In einer Akademisierung der verschiedenen Berufe läge eine große Chance, um den Gegenstand der Berufe und die Kompetenzen darin überhaupt benennen zu können. „Wir brauchen eine immense Reflexion der Traditionen und Verhältnisse, um sie verändern zu können. Wir müssen diese Veränderungen im System denken.“ Es sei außerdem abzuwarten, ob sich durch eine Feminisierung in der Medizin eine stärkere Kooperation zwischen den Professionen und eine Abflachung der Hierarchien ergebe. Am Schluss betonte Heidi Höppner: „**Ich möchte nicht, dass Frauen sich im Gesundheitswesen für ihr**

**Dasein und ihre Dominanz entschuldigen müssen.** Sondern diese Gesellschaft muss diesen Diskurs kritischer führen. Die Zahlen zeigen deutlich, dass es eine Ressource ist, wenn es den Frauen in diesen Beschäftigungsverhältnissen gut geht und sie dort bleiben. Es ist auch wirtschaftlich niemandem gedient, wenn diese Beschäftigten erschöpft nach fünf Jahren das Weite suchen“.

## **II. Organisationsroutinen und Arbeitskräftemanagement im Gesundheitssystem**

[Dr. Ellen Kuhlmann](#) erweiterte die Perspektive in ihrem Vortrag „Organisationsroutinen und Arbeitskräftemanagement im Gesundheitssystem“ um eine strukturelle Analyse der Prozesse von Veränderung, die Möglichkeiten für mehr Geschlechtergerechtigkeit bieten. Sie legte den Fokus auf den internationalen Vergleich und damit einhergehend auf die Frage, welche Probleme in den Gesundheitsberufen unter geschlechtergerechter Perspektive spezifisch deutsch sind.

Ellen Kuhlmann ist derzeit Gastprofessorin für Gesundheitspolitik und Versorgung an der Universität Siegen, und hat zuvor in Großbritannien (University Campus Suffolk) und Dänemark (Universität Aarhus) gelehrt. Ihr Schwerpunkt liegt in der internationalen Perspektive von Organisationsstrukturen und dem Feld Geschlecht und Profession. Sie ist außerdem Präsidentin der Internationalen Soziologischen Gesellschaft des Netzwerks Profession.

### **Geschlechterordnungen im Gesundheitswesen in historischer Kontinuität**

Kuhlmann schloss zunächst an den Fakt historischer Kontinuitäten, den Heidi Höppner am Beispiel der Krankengymnastik verdeutlicht hatte. Gesundheitsversorgung sei schon immer ein zentraler Ort für die Konstruktion von Geschlechterordnungen gewesen. Dabei gehe es nicht nur um Lohndiskriminierungen und Zuschreibungen, sondern der männliche Dominanzanspruch sei grundsätzlich in die Vorstellung und Entstehung sogenannter „Moderner Medizin“ eingelagert. Daraus ergebe sich auch die Abwertung von als weiblich klassifizierter Care- und Pflegearbeit.

### **Chancen für mehr Geschlechtergerechtigkeit**

Ihr ginge es jedoch darum, positive Entwicklungschancen trotz der immer noch bestehenden Unterordnung von Frauen aufzuzeigen. „Der Wandel in den Geschlechterverhältnissen, in den Gesundheitssystemen, in der Gesundheitspolitik, in den Reformen und in den Professionen schafft Offenheit für neue Chancen.“ Gender Mainstreaming als politische Verpflichtung spiele eine große Rolle neben dem praxisbezogenen Handlungsbedarf aufgrund des Fachkräftemangels. Das Gesundheitssystem als in historischer Kontinuität immer noch geschlechtlich konnotierter Arbeitsmarkt treffe sowohl auf Prozesse der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen in den Geschlechterverhältnissen als auch auf Veränderungen im Gesundheitssystem durch die Gesundheitsreformen. „Daraus ergeben sich spezifische Dynamiken die als solche neu sind und nicht einfach nur das Fortsetzen was wir vor zwanzig Jahren hatten.“

### **Keine einheitlichen Trends**

Kuhlmann warnte vor Generalisierungen und Vereinfachungen bei der Suche nach „Trends“ „Gesundheitsprofessionen sind keine einheitlichen Gruppen, das wissen wir im Prinzip alle – und es gibt deshalb keine einheitlichen Gendertrends. Es ist notwendig, jedes einzelne Berufsfeld anzusehen, wenn wir wissen wollen, was wir wirklich tun können.“ Klassische Erklärungsmodelle zu Dynamisierungsprozessen und ihren Auswirkungen auf den Faktor Gender seien ungenügend, weil sie von relativ starren Gesundheitssystemen ausgingen, und - sofern sie überhaupt im deutschen Kontext entwickelt wurden, in der Nachkriegszeit entstanden seien, im sogenannten „Goldenen Zeitalter der Profession“. In einer Situation ohne Kostendruck, ohne die Idee der Qualitätskontrolle und der Verpflichtung der Professionellen den Bürger\_innen und Patient\_innen gegenüber, und starkem Paternalismus. Es brauche neue und offenere Konzepte, um die Entwicklung beschreiben und analysieren zu können.

### **„Feminisierung“ – ein irreführender Begriff**

Von dem vielfach verwendeten Begriff der „Feminisierung“ der Medizin hielt Kuhlmann indessen nichts: „Mir hat noch niemand plausibel erklären können, warum man eigentlich eine Entwicklung als Feminisierung bezeichnet die letztendlich auf einer relativ ausgewogenen Geschlechterrelation einer Profession basiert.“ Bei einem Frauenanteil von 40 Prozent im Berufsfeld und etwas mehr im Studium rücke die These von der „Verweiblichung“ in ein anderes Licht. Die Gesundheitsreformen brachten dabei, wenn auch unbeabsichtigt, eine Aufwertung von Bereichen mit sich, in denen traditionellerweise viele Frauen tätig sind, wie der Allgemeinmedizin und der häuslichen Versorgung. „Doch auch hier war der Frauenanteil nie über 50 Prozent. In Leitungspositionen sind lediglich ein Prozent Frauen. In der Anästhesie, die in dieser Hinsicht als Frauendomäne gilt, sind es gerade mal zehn Prozent. Ich überlasse das Ihnen, ob Sie das als Feminisierung

bezeichnen.“

### **Zunahme von Frauen in einem Bereich sagt nichts über Geschlechtergerechtigkeit aus**

Kuhlmann bezog sich bei den konkreten Statistiken auf eine Erhebung der Krankenhäuser in Hessen von 1998 bis 2006. Der Zuwachs etwa von Frauen bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärztinnen verteile sich ungleichmäßig in den verschiedenen Altersgruppen. „Vorsicht bei der Annahme, dass die Medizin von Frauen übernommen wird – und dass der höhere Studienanteil von Frauen sich in Leitungspositionen übersetzt.“ Dafür gebe es weder in Deutschland noch im internationalen Vergleich einen faktischen Beleg. „Wie in der feministischen Theorie schon lange angemahnt wird: Wir müssen unterscheiden zwischen sex, also den Zahlen, und gender, den sozialen Verhältnissen. Wenn wir denken, wenn mehr Frauen in ein Fachgebiet kommen, dann wird sich das Fachgebiet ändern – dann reproduzieren wir aber die Konstruktion sex = gender.“

### **Organisation matters**

Kuhlmann betonte die zentrale Rolle der Organisationsroutinen. Hier würden Ungleichheiten eben nicht nur durch Einkommen, mangelnde Karriereförderung und mangelnde Akzeptanz von Männern in Teilzeit bzw. mit Betreuungsaufgaben erzeugt, sondern auch durch die Geschlossenheit der Fachgebiete und Professionen. Der Organisationskontext verändere sich jedoch durch den steigenden Wettbewerb. Die Privatisierung der Krankenhäuser führe mitunter zu einem beachtlichen Anstieg leitender Ärztinnen. Ohne Privatisierung generell zu befürworten, müssten solche Effekte beachtet werden. „In der Literatur wird Privatisierung häufig gleich gesetzt mit Risiken für Frauen. Das ist nicht automatisch so. Es ergibt sich der Widerspruch – aus meiner Sicht – einerseits die Gesundheitsversorgung als öffentliche Pflicht zu erhalten und andererseits für Geschlechtergerechtigkeit zu sorgen – solche Dynamiken stellen uns vor einige Herausforderungen.“

Neben dem Frauenzuwachs in der statushohen Gruppe der Ärzteschaft sei zu beobachten, dass eine statusniedrige Gruppe wie die der medizinischen Fachangestellten mit 99 Prozent Frauenanteil weiblich bliebe. Positiv falle hier ins Gewicht, dass Segmente mit höheren Verdiensten, etwa in der Beratungstätigkeit und Dokumentation entstünden. „Professionalisierung ist eine Chance für eine kleine Gruppe. Sie hat aber positive Auswirkungen auf das ganze Feld.“ resümierte Kuhlmann.

### **Dramatische Entwicklung im unregulierten Care-Arbeitsmarkt**

In der Frage der häuslichen Versorgung sei eine besorgniserregende Entwicklung auszumachen. Ein sogenanntes „Care Vakuum“, das u.a. durch die höhere Erwerbstätigkeit von Frauen entstehe, werde nun durch unterbezahlte Migrantinnen, insbesondere aus Osteuropa, geschlossen. Dieser „dramatische Situation, dieser Sog – eines völlig unterbezahlten, teilweise illegalisierten Care-Arbeitsmarkts kann nur politisch gestoppt werden.“ Sie sehe mit Sorge, wie dieses Thema in der Öffentlichkeit tabuisiert werde. „Es ist mit einer bestimmten Peinlichkeit verbunden. Die Arbeitgeber finden sich auch unter unseren Freunden und Bekannten. Doch hier geht es um Frauen, die ihre eigene Familie zurücklassen, weil sie auf das Geld angewiesen sind. Wir haben hier eine soziale Verantwortung.“

### **Geringe Wertschätzung der Pflege ist ein deutsches Phänomen**

Kuhlmann wies darauf hin, dass die große Abwertung der Pflege und Therapietätigkeit, wie sie die Zitate von Heidi Höppners Studierenden verdeutlichten, eher ein deutsches Phänomen darstelle. Befragungen zeigten, dass die Ärzteschaft hohes Vertrauen entgegengebracht werde, und den anderen Professionen wie der Pflege und Physiotherapie sehr viel weniger. Vergleichbare Untersuchungen in Großbritannien und den Niederlanden zeigten bei den Befragten jedoch ein ausgewogeneres Vertrauensverhältnis zwischen den Professionen.

Kuhlmann resümierte: „Geschlechterungleichheit hat auch eine dynamische Komponente. Trotz aller Gleichstellungspolitik kann es nur ein Prozess sein, denn es gibt nicht ein erreichtes Stadium, wo wir uns zurücklehnen können. Wir müssen davon ausgehen, dass es immer wieder neu ausgebildet wird oder es Rückwärtsbewegungen gibt.“

Auf die Frage danach, wie es denn gelingen könne, mehr Männer für die statusniedrige Pflege zu gewinnen, sagte sie: „Was soll ich da sagen? Die Antwort ist doch ganz einfach: Solange es keine bessere Bezahlung gibt und solange das Image so ist – die Ärzte nennen die Pflegerinnen doch nach wie vor „meine Mädels“ –

werden keine Männer in diese Berufe gehen.“ Es sei die Bereitschaft der Leitungsebene zur Veränderung gefragt: „**Identitäten werden nicht an der Basis ausgebildet, sondern relativ weit oben.**“

### **III. Pflegeberufe akademisch ausbilden?**

Das Gespräch zwischen [Hedwig François-Kettner](#) und [Prof. Christel Bienstein](#) war nicht von Kontroversen geprägt, sondern von wechselseitigen Ergänzungen und vielen eindrücklichen Beispielen aus der Erfahrungswelt, die die Wichtigkeit einer akademischen Ausbildung der Pflegeberufe zeigten. Die Umsetzung der Akademisierung wird vor allem durch Dominanzanspruch der Medizin behindert. Peter Sellin moderierte.

#### **Eine Station führen heißt einen mittelständischen Betrieb führen**

Hedwig François-Kettner, Pflegedirektorin der Charité Berlin, sprach sich eindeutig für die Akademisierung der Pflegeberufe aus. Lediglich der Umfang hänge von der Art der Einrichtung ab – für die Charité halte sie zwanzig Prozent für notwendig, denn der Pflege komme eine wichtige Aufgabe zu: „In der Universitätsmedizin wechseln die Ärzte jedes halbe Jahr die Station. Die Pflege ist die einzige Konstante.“ Für das Ausfüllen dieser Verantwortung brauche es aber die nötigen Fähigkeiten. Es stelle sich die Frage, warum Deutschland neben Österreich der einzige europäische Staat ohne akademische Pflegeausbildung sei. „Aus meiner Sicht ist das auch so, weil man die Pflege nicht gern groß werden lässt. Es heißt: Die sollen das tun, was man ihnen sagt. Das ist überholt und es muss eine Form der Verantwortung geben.“ François-Kettner verdeutlichte die Größe des pflegerischen Aufgabenbereichs: „Eine Station führen heißt einen mittelständischen Betrieb zu führen. Mit Millionenerlösen. Und sie müssen in der Lage sein, dem gerecht zu werden. Sich in die Finanzlage zu denken, aber auch soziale Kompetenzen und Führungsqualitäten mitzubringen. Wir wollen die akademisierte Pflege am Bett, nicht nur in der Leitungsebene.“ Ein B.A. Pflege an der Charité sei auf dem Weg.

#### **Notwendige Datenerhebungen und wissenschaftliche Kompetenz**

Prof. Christel Bienstein, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. und Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft in Witten/Herdecke ist, wies darauf hin, dass es bereits eine große Variationsbreite in den pflegerischen Ausbildungen gebe und man darauf aufbauen könne. Problematisch sei, dass es keinerlei verlässliche Daten darüber gebe, welche Aufgaben in welcher Komplexität überhaupt erfüllt werden müssten. Bei den wissenschaftlichen Analysen gebe es einen großen Aufholbedarf. Mehr forschende Expert\_innen und ein besserer Dialog zwischen Praxis und Theorie sei notwendig. Die berufspraktische Erfahrung der Pflegenden werde nicht genügend in die Konzepterarbeitung mit einbezogen. Umgekehrt sei sehr wichtig, dass auch Pflegenden mit wissenschaftlichen medizinischen Studien schnell und vor allem auch kritisch umgehen könnten. Dies sei grundlegend um neue Studien zu implementieren und Versorgungskonzepte zu erproben.

#### **Lobbyismus und Dominanzansprüche der Ärzteschaft**

Die bereits von Heidi Höppner und Ellen Kuhlmann problematisierten Hierarchisierungen zwischen den Professionen und der Dominanzanspruch in der leitenden Ebene der Ärzte sei ein großes Hindernis bei der Umsetzung der Akademisierung. „Wir haben eine starke Lobby der Mediziner – auf der einen Seite fühlen sie sich völlig überfordert und überarbeitet, wollen aber auf der anderen Seite entlastet werden. Und wenn entlastet, dann nur so, dass sie den Schwestern sagen können, was sie zu tun haben. Und das lässt sich die Pflege nicht mehr gefallen.“ Es gebe eine starke Abwehr gegen eine akademische Ausbildung der Pflegenden. Die klassische, zum Klischee verkommene Einteilung des Berufspaares männlicher Arzt und weibliche Pflegerin, die „Schwester“, werde vor allem von männlicher Seite verteidigt. Bienstein verdeutlichte das mit einem weiteren Beispiel: „Ich stellte im Fakultätsrat vor Medizinern den Studiengang Pflege vor. Ein älterer Lehrstuhlinhaber sah mich entsetzt an und fragte: Frau Bienstein, muss ich dann demnächst mit einer akademisch Qualifizierten Visite machen? Da habe ich gesagt: Sie nicht mehr.“ Christel Bienstein verstand es, dem Starrsinn und Dominanzgehabe der (männlichen) Ärzte eine humorvolle Seite abzugewinnen. „Viele Mediziner können sich nicht vorstellen, dass Pflege und Medizin gemeinsam Seminare besuchen. Es ist aber wichtig, dass Studierende frei von Arbeitsverhältnissen nachdenken dürfen und mit anderen Fachdisziplinen und anderen Berufsgruppen ins Gespräch kommen. Erst wenn wir so weit sind, werden wir eine gleiche Augenhöhe erreichen und wir werden es dann erst erreichen, dass der Beruf attraktiv wird“, so Bienstein.

#### **Akademisierung und Ausdifferenzierung nötig**

Eine große Schwierigkeit sei der Faktor Zeit. „Bei den bestehenden 82 Studiengängen brauchen wir 40 Jahre um diese zehn Prozent der Qualifizierten zu haben.“ erklärte Bienstein. Trotz der anstehenden



Herausforderungen stellte sie fest: „Ob die akademisierte Pflege notwendig ist, darüber brauchen wir gar nicht mehr zu sprechen. Diese Entwicklung kann man auch nicht mehr zurückdrehen, auch nicht bei der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.“ Sie warnte davor, zu viele spezialisierte neue Berufe zu entwickeln, mit denen die Beschäftigten nicht in anderen Bereichen arbeiten könnten und in einer beruflichen Sackgasse steckten. Das Beispiel USA zeige, dass es sinnvoll sei, breite Berufsgruppen auszubilden und diese dann weiter auszudifferenzieren.

Im anschließenden Gespräch mit dem Publikum wurde nochmals die Problematik des Zeitfaktors thematisiert. Was wäre nötig, um die Verantwortlichen für Hochschulbildung zu sensibilisieren? Heidi Höppner konstatierte: „Wir haben keine 40 Jahre mehr.“ Bienstein verwies darauf, dass auch hier sichere Zahlen fehlten, sie aber davon ausgehe, es brauche 5000 Studienplätze zusätzlich. Hedwig François-Kettner betonte, eine Finanzierung sei möglich, wenn Gelder umgelegt würden: **„Wir haben die höchste Arztdichte der Welt, das leisten wir uns – wir brauchen sie aber so nicht. Wir können da etwas verschieben. Dazu müssen wir aber den Lobbyismus verändern. Und dazu braucht es auch Bewusstsein in der Berufsgruppe und eine Forderung nach verwertbaren Zahlen und Fakten. Das geht nur über eine Schaffung einer Berufskammer.“**

#### **IV. Auf welchen Wegen kann man den Fachkräftemangel beseitigen?**

Im zweiten Gespräch, das unter der Fragestellung „Auf welchen Wegen kann man den Fachkräftemangel beseitigen?“ stand, erörterten [Susanne Neumann vom Projekt „leap“](#) und [Christiane Luipold von der Bundesagentur für Arbeit](#) die Schwierigkeiten und Möglichkeiten des Arbeitsmarkts und der Arbeitnehmenden im Zusammenhang mit dem akuten Mangel an Fachkräften, insbesondere in der Pflege. Darüber hinaus verwiesen sie auf den makro-ökonomischen und gesellschaftspolitischen Kontext, in dem Markt, Unternehmen und staatliche Akteure handeln und jeweils Lösungen zu finden versuchen. Akademisierung und schnelles Reagieren auf Fachkräftemangel werden hierbei oft in der Debatte in Opposition gebracht. Eine risikoreiche Entwicklung, auf die man von beiden Seiten reagieren und eine gemeinsame Lösung finden müsse, die nicht zu weiterem Lohndumping und Qualitätsverlust führen dürfe. Michael Stognienko moderierte.

Anfangs gab Susanne Neumann in einer kurzen Präsentation einen Einblick in ihren Arbeitsbereich. Sie ist Leiterin des Projekts „leap“ für „Zukunft im Zentrum“ in Berlin. „Zukunft im Zentrum“ berät zur Organisation der Fachkräftemanagement und allgemein zum Fachkräftebedarf.

#### **Schnelle Reaktionen auf akuten Mangel durch Um- und Nachschulungen**

Wenn auf den akuten Pflegekräftemangel nicht schnell reagiert werde, könnte dies äußerst negative Konsequenzen zur Folge haben. Als Beispiel schilderte sie die Reaktion auf die Mangelsituation in Mecklenburg-Vorpommern: „Hier gibt es Quoten für die Fachkräfte. Die ambulanten Dienste waren aber nicht mehr in der Lage diese Quoten zu erfüllen. Was hat man getan? Man hat, weil man da schnell reagieren konnte, einfach das, was eine ungelernte Pflegekraft tun darf, erweitert und so die Qualität vermindert. Das darf nicht passieren.“ Viele Entwicklungen geschehen zu langsam. Neumann plädierte dafür, Chancen zu nutzen, indem diejenigen, die angelernt und ungelernt bereits in der Pflege arbeiten, schnell zu Fachkräften ausgebildet würden. Man müsse sich bewusst sein, dass die Politik bei interner Uneinigkeit zu Lösungen komme, die sich keine Seite wünsche. Sie sehe auch, dass Arbeitslose oft kurzfristig eine Qualifikation bekämen, um aus der Statistik zu verschwinden und schnell vermittelbar zu sein. Als schnelle Qualifikation würde der Pflegebasisschein benutzt, den man nach sechswöchiger Schulung erhält. Neumann plädierte jedoch dafür, auch das hierin liegende Potential zu sehen: „Diese Beschäftigten darf man nicht vergessen, das sind oft die Motiviertesten. Sie brauchen ein Gehalt um ihre Familie zu ernähren, sind aber bereit sich weiterzubilden.“

#### **Pflege als unattraktives Berufsfeld**

Problematisch sei, dass die vielen Beschäftigten, die als Qualifikationsnachweis nur den Pflegebasisschein besitzen, ihre berufliche Tätigkeit nicht auf eine Weiterbildung anrechnen lassen könnten und deshalb „von Null anfangen müssen, egal wie lange sie schon gearbeitet haben. Das kann nicht sein.“, so Neumann. Das [Pilotprojekt QSI Nova](#) erprobe ein modulares Modell, das auch mit „Abbrüchen“ umgehen kann, indem es auf jeder Stufe eine Qualifikation vergibt. Leider gebe es wenige Teilnehmende am Projekt. „Der Markt an Leuten, die bereit sind, Pflege zu machen, ist leergefegt. Ein großes Motivationsproblem auch bei Arbeitslosen ist, dass sie nur den Pflegebasisschein und eine prekäre Beschäftigung in Aussicht haben. Viel größer ist die Nachfrage für beschäftigungsbegleitende Weiter – und Ausbildung. Diejenigen die mit dem Pflegebasisschein arbeiten, wollen sich weiterbilden.“

### **Offenheit gegenüber Quereinstiegen**

Christiane Luipold knüpfte an die problematische Aus- und Weiterbildungssituation an. Sie ist Leiterin des Stabes Chancengleichheit am Arbeitsmarkt bei der Bundesagentur für Arbeit in Berlin, die auch beratend an Schulen und Unternehmen tätig ist. Um den Fachkräftemangel zu beheben, werbe die Arbeitsagentur in verschiedenen osteuropäischen Ländern Beschäftigte an. Sie plädiere aber auch für mehr Durchlässigkeit im deutschen System und für eine Offenheit gegenüber dem Thema der Umschulung. Man müsse sich die Kompetenzen ansehen, egal woher sie kommen und darauf aufbauen. „Da sind wir zu langsam und müssen dazulernen weil wir stark in Berufskategorien, Verbänden, Kammern und Pfründen denken.“ bemängelte sie. Und bekräftigte so einmal mehr die bisherigen Aussagen der Referentinnen, dass ein enges Verständnis von Berufsidentität und Profession auf der leitenden Ebene der Lösung gesellschaftspolitischer Herausforderungen im Wege steht.

Susanne Neumann sah in der Frage der Finanzierung der Umschulungen das kleinere Problem. Das Hindernis liege viel mehr in der Idee, die Erstausbildung sei entscheidend für die Qualifikation und die erforderlichen Kompetenzen. Um dieser Vorstellung entgegen zu wirken müsse es fachliche Feststellungen geben, die vorhandene Kompetenzen überprüften, um ein Konzept für Verkürzungen der Ausbildungszeit zu erstellen. Das sei auch zentral um endlich die teilweise viel höheren Qualifikationen von Migrant\_innen anzuerkennen, die ausländische Abschlüsse mitbringen.

### **Akademisierung und Lösung des Fachkräftemangels in Opposition**

Ein Tagungsteilnehmer verwies auf die Entscheidung des Landes Rheinland-Pfalz gegen eine grundständige Akademisierung der Pflege, aus der Befürchtung der Verzögerung heraus, die dann ein schnelles Schließen der Lücke bei den Fachkräften erschwere. Politik habe hier Akademisierung und Beseitigung des Fachkräftemangels als sich gegenseitig ausschließende Vorgangsweisen behandelt.

Susanne Neumann schloss in ihrem Fazit an diesen Punkt an: „Ich sehe, dass sich bestimmte Diskussionen im Wege stehen. **Die Frage nach der Akademisierung wird ausgespielt gegen die Frage nach den fehlenden Fachkräften. Das führt auch zu einer Verzögerung politischer Entscheidungen und das macht mich unruhig.**“ Christiane Luipold hingegen gab sich zuversichtlich: „Wir sind auf dem Weg. Politisch sind wir jetzt auf der Handlungsebene. Die Bundesagentur wird die dreijährige Ausbildung finanzieren und die längst fällige Öffnung gegenüber der Anerkennung von ausländischen Abschlüssen wird auch zu einer Entwicklung der fachlichen Feststellungen führen. Diese Veranstaltung bringt die verschiedenen Blickwinkel zusammen, und diese Impulse bringen die nächsten Schritte mit sich.“

## **V. Kommunikationsroutinen und Gesundheitskommunikation von Männern und Frauen**

Thomas Altgeld plädierte in seinem Vortrag über „Kommunikationsroutinen und Gesundheitskommunikation von Männern und Frauen“ dafür, Männer nicht länger als defizitäre Risikogruppe der „Gesundheits- und Vorsorgemuffel“ zu sehen, sondern die männliche Selbstwahrnehmung als kompetent und stark ernst zu nehmen. Die Produktvermarktung nutze die Reproduktion von stereotypen Geschlechterbildern sehr erfolgreich – woran sich Gesundheits- und Präventionskampagnen orientieren sollten, um Männer besser zu erreichen.

[Thomas Altgeld](#) ist Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Altgeld schickte voraus, er selbst arbeite als Ausnahmeerscheinung in einem hauptsächlich weiblichen Arbeitsfeld, dem der Gesundheitsprävention, und sei irritiert davon, wie neutral das Thema der Berufsgruppen bisher auf der Tagung verhandelt worden sei. „Letztendlich sind die meisten Männer da, wo das meiste Geld ist, auch in der Medizin. Nicht in der Kinderarztpraxis, sondern dort wo teuer vergütet wird. Solange man Verteilungsfragen nicht in den Vordergrund stellt, wird sich wenig daran ändern.“ Bisher hätten Gender Mainstreaming-Programme nicht zu Umverteilungen geführt – was auch mit der Kommunikation zusammenhänge. Wer spricht über wen? Welche Bilder von männlichem und weiblichem Gesundheitsverhalten herrschen vor?

### **Männer als defizitäre Risikogruppe im Gesundheitsdiskurs**

Im herrschenden Diskurs seien Männer Gesundheitsmuffel, die zu wenig für Vorsorge und Früherkennung täten. Doch der Gesundheits-Check beispielsweise werde häufiger von Männern in Anspruch genommen. Die Tabelle aus dem Jahr 2008 zeigte ab dem 45. Lebensjahr eine höhere Inanspruchnahme von Männern um etwa zwei bis vier Prozent. Der Diskurs um Männergesundheit sei von Defiziten und Risiken geprägt. Der erste Männer-Gesundheitsreport wurde auf der Titelseite von Bild mit den Schlagwörtern „Krebs“,

„Übergewicht“, „Alkohol“ und „Impotenz“ angekündigt. Altgeld bemängelte, dass immer nur das Misslingende gezeigt werde. Das führe letztlich auch zur Unverantwortlichkeit der Männer. „Deshalb ist es in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung auch eher die Sache von Frauen, sich um Gesundheit zu kümmern und auch in schlecht bezahlte Gesundheitsberufe zu gehen. Weil es zur Geschlechterrolle dazu gehört.“ Er kritisierte, dass der öffentliche Diskurs die Männer für ein defizitäres Gesundheitsverhalten verantwortlich mache.

### **Ungesundes und riskantes Verhalten gilt als männlich**

„Mein Thema ist, wie Männer sich selbst wahrnehmen und was ihre handlungsleitenden Motive sind.“ erklärte Thomas Altgeld. So sei der bekannte Unterschied in der Lebenserwartung auch kritisch zu betrachten, denn die Lebensjahre, die in Gesundheit verbracht werden, unterschieden sich zwischen Männern und Frauen nicht sehr. „Ist es attraktiv für einen Mann, fünf Jahre länger als Pflegefall zu leben? Es stellt sich doch die Frage, womit erkaufe ich diese Jahre - oder falle ich lieber im vollen Galopp vom Pferd?“ Im Bereich Gesundheit gebe es wie in anderen Bereichen eine große Differenz zwischen männlicher Außen- und Selbstwahrnehmung. Für die Gesundheit gelte: „Männer fühlen sich kerngesund, bis sie tot umfallen.“ Altgeld betonte, damit werde eine bestimmte Gefühlsqualität ausgedrückt, gegen die die Prävention nichts ausrichten könne. „Wenn ein Verhalten, auch ein Berufswahlverhalten als weiblich konnotiert ist, ist es ganz schwer, das als Mann auszuüben – vor allem gegenüber anderen Männern, und nicht als zu weich oder zu schwul dazustehen.“

### **Medizinisch-therapeutische Überversorgung bei Schuljungen**

„Aus der frauenbewegten Ecke kennen wir die Diskussion darüber, ob es eine Medikalisierung von Frauen gibt. In der frühen Kindheit haben wir eher eine Medikalisierung von Jungen.“ konstatierte Altgeld. Im Alter von fünf bis zehn Jahren werden über 23 Prozent der Jungen mit Heilmitteln therapiert. In der nächsten Altersgruppe von zehn bis fünfzehn Jahren sinkt dieser Wert jedoch wieder auf neun Prozent. Die Therapierung erreiche den Höhepunkt beim Übergang vom Kindergarten zur Schule. „Jeder vierte Junge lernt die Sprache nur noch mit Hilfe von Sprachtherapie. Die Frage ist, ob das nicht tatsächlich damit zusammenhängt, dass in diesem Bereich besonders viele Frauen auf die kleinen wenigen Jungs besonders kritisch sehen.“ Dieser Bereich müsse daraufhin kritisch betrachtet werden.

### **Präventionskampagnen erreichen junge Männer nicht**

Thomas Altgeld bemängelte, dass die Prävention in den Bereichen Ernährung und Alkohol Männer nicht erreiche. Für die Alkoholprävention sei es wichtig, Geschlechterstereotype zu beachten. Dazu verlas Altgeld „Trinkregeln für Männer“ und wies darauf hin, dass Alkohol Rangordnungen zwischen Männern herstelle. Als misslungenes Präventionsbeispiel zeigte er die Plakatkampagne „Kenn Dein Limit“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die darauf abgebildeten Situationen von Jugendlichen, die ganz gepflegt in einer Bar Cocktails trinken, entspreche weniger der Realität als der Vorstellung der Werbeagenturen. Diese Kampagne habe am Trinkverhalten junger Männer nichts verändert, weil sie mit vermeintlich einfachen Ratschlägen wie „Alkohol freundlich, aber bestimmt ablehnen“ arbeite. „Das ist eine Anleitung zum Unmännlichsein. Das ist bestimmt nicht mit männlichen Jugendlichen diskutiert worden.“ Das sei auch der Grund, warum diese Kampagne in vielen Variationen im Netz karikiert werde. Es sei skandalös, wie viel Geld in die Finanzierung von Präventionskampagnen fließe, die kaum Resultate aufzeigen könnten. „Prävention ist ein Feld, in dem viel Aktivität stattfindet und man froh ist, dass etwas passiert. Dieses Feld ist eben auch deshalb ein idealer Frauenarbeitsplatz, um das mal kritisch zu sagen, weil man politisch gut dasteht.“ resümierte er seine Kritik.

Das Thema Ernährung werde ebenso ineffizient angegangen. Die Gesundheitsbildungskurse der Volkshochschulen bezeichnete Altgeld als „männerfreien Raum“. Schon die Ankündigungen und Bewerbungen der Kurse schrecke ab. „Wenn ich überhaupt als Mann unter dieser Rubrik nachsehe, dann lande ich bei tanzenden Frauen in lockeren Pullis.“ Wenn ein Ausschreibungstext für einen Gesundheitsbildungskurs „bequeme Kleidung und dicke Socken“ empfehle, könnten Männer nicht als Zielgruppe erreicht werden: „Hier ist der Kurs für Männer vorbei. Durch den Raum gehen in lockerer Kleidung, das wirkt unmännlich. Das ist nicht motivierend.“

### **„Vorbild“ Viagra-Werbung**

Doch Männer seien kein unerreichbares Geschlecht für den Gesundheitsmarkt. Das zeige das gelungene Beispiel der Vermarktung von Viagra. Altgeld zeigte das bekannte Werbeplakat, auf dem ein Mann mit nacktem Oberkörper den Betrachter fixiert. An ihn gelehnt ist eine Frau zu sehen, deren lange Haare seine Schultern umfließen. Sie hat sich an ihn gelehnt, die Augen geschlossen und den Mund geöffnet. Der darüber stehende Slogan lautet: „Ich will. Ich kann. Mit Leib & Seele Mann.“ Thomas Altgeld verwies auf die andere Anprache: „Jeder erkennt das Produkt und den Hersteller. Diese Markteinführung ist genial. Man



kann Männer erreichen, indem man bestimmte Klischees bedient. Natürlich unterstützt so eine Werbung auch männliche Allmachtsphantasien. Man kann das kritisch sehen, aber auf dem Markt geschlechtsspezifischer Produkte werden sich Gedanken gemacht wie man Männer erreichen kann – im Gegensatz zur Prävention.“

### **Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitskommunikation**

Es sei problematisch, davon auszugehen, dass Erwachsene zum Thema Gesundheit wie Unmündige aufgeklärt werden müssten, kritisierte Altgeld. Genau das signalisiere aber schon der Institutionsname: „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“. Menschen reagierten nicht einfach auf eingegebene Informationen mit dem gewünschten Handeln, sondern seien „nichttriviale Maschinen“. Altgeld zitierte eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, derzufolge sich Jungen zwischen 14 und 16 Jahren als „kompetent, authentisch und normal“ und als Selbstexperten wahrnehmen. „Auch der 56jährige übergewichtige Mann ohne Partnerin, der sexsüchtig vor dem Computer sitzt oder zu viel trinkt und raucht, erlebt sich selbst so.“ Diese männliche Selbstwahrnehmung sollte zum Ausgangspunkt genommen werden und nicht die Konzentration auf Defizite. Als positives Beispiel nannte er das eben entstandene Männergesundheitsportal im Netz. Im Gesundheitsbereich fände zu wenig Beschäftigung mit Geschlechterstereotypen statt – und in der Prävention müsse dies Kernthema werden.

## **VI. Wie kann Gender gelingen?**

Die abschließende Diskussion der Tagung stand unter dem Thema „Wie kann Gender gelingen?“ und wurde von *Simone Schmollack*, Journalistin bei der taz, moderiert. Es diskutierten Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität in Witten/Herdecke; [Christine Vogler](#), Leiterin der Berliner Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wannsee; [Jasenka Villbrandt](#), sozialpolitische Sprecherin für Bündnis 90/Die Grünen und [Carola Bury](#), Referentin für Gesundheitspolitik bei der Arbeitnehmerkammer Bremen. Die Diskussion fokussierte sich auf die Frage, ob die Einrichtung von Pflegekammern ein geeignetes Instrument auf dem Weg darstelle, die Probleme der schlechten Entlohnung, des geringen Ansehens, der fehlenden politischen Organisation und Durchsetzungskraft zu lösen.

### **Pflege als gesellschaftliches und sichtbares Thema**

Simone Schmollack fragte Prof. Christel Bienstein, ob der Fachkräftemangel dazu führe, dass die Pflegeaufgaben in den Privatbereich verschoben würden. Bienstein betonte, dass großes privates Engagement nötig, aber auch bereits vorhanden sei. Trotzdem müsse die ganze Gesellschaft in das Thema stärker mit einbezogen werden. Soziales Engagement müsse bereits in der Kindheit erlernt werden, und das Thema Pflege öffentlich sichtbar sein. „Die Pflegestützpunkte sind, finde ich, an den verkehrten Orten. In Rathäusern etwa oder bei der Pflegeversicherung – ich finde die sollten bei Aldi oder Netto sein. Damit man, bevor man akuten Pflegebedarf hat, schon mit dem Thema in Berührung kommt und sieht wo es Unterstützung gibt.“

### **Starre Geschlechterrollen und unbewegliche Politik**

Die immer wieder im Verlauf der Tagung gestellte Frage nach den Gründen für den hohen Frauenanteil im Pflegebereich wurde auch in dieser Runde diskutiert.

Christine Vogler berichtete aus ihrer Erfahrung als Schulleiterin, dass männliche Auszubildende sich viel häufiger fragten, wie sie mit ihrer Arbeit eine Familie ernähren können, während die jungen Frauen ihre Arbeit als Zuverdienst zum Partnereinkommen wahrnehmen würden. „Das erschreckt mich. Die Rollensituation ist viel ausgeprägter als wir uns das vorstellen.“

Bestehe hier nicht auch eine politische Verantwortung, Geschlechterstereotypen entgegenzusteuern?, richtete sich Schmollack an Jasenka Villbrandt. Diese erklärte, sie sehe die Politik in der Pflicht, die Pflege als gesellschaftlich wichtigen Beruf aufzuwerten. Die Notwendigkeit, geschlechtersensibel und -gerecht vorzugehen sei theoretisch durch Studien, Konzepte und Analysen in der Politik angekommen. „Es gibt keine gute Pflege ohne den Gender-Blick. Doch in der Praxis und in den Entscheidungen, die die Politik trifft, geraten sie aus dem Blick. Die generellen Missstände sind seit langem klar, aber es bewegt sich wenig.“ Carola Bury brachte den Aspekt der Arbeitsbedingungen ein. Männliche Beschäftigte wiesen höhere Vollzeitquoten auf, auch weil sie überproportional höhere Stellungen bekleideten. „Da müssten wir eigentlich dafür sorgen, sage ich etwas provokativ, dass die Frauen gemäß ihrem Anteil in diesem Beruf, der ja eine Frauendomäne ist, auch in die höheren Hierarchiestufen kommen - vielleicht mit einer Quote?“

### **Braucht es mehr Männer in der Pflege um den Beruf aufzuwerten?**

Bury verwies darauf, dass die hohe Teilzeitquote in der Pflege meist keine freiwillige Entscheidung, sondern strukturellen und gesundheitlichen Gründen geschuldet sei. Die gesundheitliche Belastung sei zu groß für eine Vollzeitstätigkeit und die Aufteilung der Arbeitszeiten im ambulanten Dienst zersplitterten den Tag im Schichtensystem, während Vorbereitungszeiten nicht gezahlt werden. Sie fragte: „Sind diese Probleme attraktiv für Männer – ist es attraktiv wenn 70 Prozent des Berufszweigs in verordneter Teilzeit stattfinden – bei diesen Gehältern und unter diesen Arbeitsbedingungen?“

Eine Teilnehmerin warf kritisch ein, sie beobachte auf der Tagung, wie eine Aufwertung des Berufsbildes verbunden oder gerechtfertigt werde mit der Beteiligung von mehr Männern. „Aber ist nicht der Beruf an sich schon wertvoll genug um eine bessere Bezahlung einzufordern und nicht hauptsächlich darum, damit mehr Männer in den Pflegebereich kommen?“ Lebhaftes Nicken bei allen Podiumsteilnehmerinnen. „Sie sprechen mir aus dem Herzen“ führte Christine Vogler aus. „Ich habe mich über die Einladung gefreut, aber beim Titel der Veranstaltung ein ungutes Gefühl bekommen. Wenn ein Frauenberuf um Anerkennung ringt, dann wird argumentiert, es müssten Männer in diese Berufe, damit sie anerkannt werden können. Ich beobachte diese Argumentation seit Jahren in den Medien. Furchtbar.“ Ebenso ärgerlich sei, dass auch Frauen selbst diese Vorstellung reproduzierten wie an den Zitaten in Heidi Höppners Vortrag deutlich wurde.

Carola Bury ergänzte, dass eben diese Vorstellungen von angeblich typisch weiblichen Eigenschaften, wie Kommunikation, Sorge, Empathie, die es möglich machen, dass man gut pflegt, in den Pflegeberufen als Voraussetzung für den Beruf gesehen würden und nicht als Teil der Berufsbildung. „In der Pflege wird vorher geschaut, wer ist geeignet, und die sozialen Kompetenzen müssen schon mitgebracht werden. Da muss der Weg der Profession, die Curricula, umgestaltet werden.“

### **Pflegekammern als Lösung?**

Um zumindest auf einige der mannigfaltigen Probleme zu reagieren, steht die Bildung von Pflegekammern als Instrument zur Debatte. Schleswig Holstein hat als erstes Bundesland die Schaffung einer Pflegekammer beschlossen. Schmollack fragte die Podiumsteilnehmerinnen nach ihrer Sicht: „Sind die Pflegekammern ein notwendiger Schritt?“

Prof. Christel Bienstein sprach sich deutlich für eine Kammer aus, denn dann gebe es endlich eine Struktur, die konkrete Konzepte entwerfen und Zahlen erheben könne, mit denen politisches Handeln eingefordert werden könne. Von den 8000 Landtags- und Bundestagsabgeordneten gebe es nur 27 mit pflegerischem Hintergrund, die in Interviews alle sagten, sie wollten mit der Pflege nichts mehr zu tun haben. „Es ist eine Katastrophe, wenn eine Berufsgruppe sich so unpolitisch verhält, dann kann sie im Grunde überhaupt nichts bewegen. Denn wenn unsere jungen Menschen nicht begreifen, dass man sich politisch engagieren muss, dann werden wir es nicht schaffen.“ Eine Kammer schaffe mehr politisches Bewusstsein und könne der verbreiteten Angestelltenmentalität entgegenwirken.

### **Mehr Unabhängigkeit und Augenhöhe**

Carola Bury war anderer Meinung: „Ich glaube dass eine Pflegekammer die Probleme, von denen wir auch heute gehört haben, nicht lösen kann. Ich stimme Frau Bienstein zu, dass Pflegenden nicht ausreichend politisch organisiert sind. Viele Schutzmechanismen sind weggefallen, wie die Mindestbesetzungsfrage. Es sind mittlerweile kaufmännische Fragen in den Krankenhäusern, die bestimmen. Aber die Fortbildungsfrage darf nicht den Beschäftigten zugemutet werden. Das muss von den Arbeitgebern in den Pflegealltag integriert werden.“ – „Aber wir bilden doch schon in Abhängigkeit von anderen aus. Pflege lernt von Anfang an die Luft zu atmen, die von anderen regiert wird.“ hielt Christine Vogler dagegen. Pflegenden müssten endlich selbst festlegen können, welche Studiengänge und Weiterbildungen sinnvoll seien. „Die anderen Wege sind wir alle gegangen. Die kennen wir nun schon die letzten fünfzig Jahre. Ich möchte etwas Neues versuchen ohne ständiges Wenn und Aber. Ich würde gerne mal darüber reden was geht.“

Jasenka Villbrandt erklärte, es sei wichtig, dass die Kammer nicht als weiteres Kontrollinstrument gesehen werde, sondern von den Beschäftigten als Unterstützung wahrgenommen werde. „Pflege kann nicht mehr nur Handlanger für andere Berufsgruppen sein.“

„Ein Schritt zu gleicher Augenhöhe“ könne die Kammer sein, bekräftigte Christine Vogler. Die Ärztekammer verfüge über große Macht und eine gute Lobby. „Wir bilden hervorragende Pflegekräfte aus, die aber ihre Kompetenzen gar nicht ausüben dürfen weil sie an die Grenze der ärztlichen Vorbehalte prallen. Selbst speziell ausgebildete „pain nurses“ dürfen nach drei Jahren Ausbildung, zwei Jahren Berufspraxis und zwei Jahren Weiterbildung in Deutschland nicht sagen, welches Schmerzmittel geeignet ist. Das ist sowohl fachlich als auch ökonomisch fatal.“ Eine Kammer besäße durch die Mitgliederzahlen auch mehr Schlagkraft, die pflegerischen Kompetenzen zu vertreten und eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Berufen zu erreichen, und vor allem auch die eigene Fachexpertise darstellen zu können. „Oft wird Pflege von anderem Berufen dargestellt und verhandelt und die eigentlichen Expert\_innen werden nicht eingeladen.“

### **Kompetenzen einer Kammer sind begrenzt**

Carola Bury gab zu bedenken, dass eine Kammer keine Lohnverhandlungen führen könne. Die Kassenärztlichen Vereinigungen führten die Verhandlung mit den Krankenkassen. „Eine berufsständische Kammer regelt nur den Zugang, also ob eine Person den Beruf ausüben darf, ob Fortbildungen abgeschlossen wurden und so weiter. Diese Regelung gibt es bisher nur für die Selbstständigen. Im gewerblichen Bereich müssen das die Arbeitgeber bezahlen. Hier müssten das die Pflegenden selbst bezahlen. Das halte ich unter Gender-Aspekten für schwierig.“

### **Bewusstsein schaffen und Eigenvertretung ermöglichen**

Jasenka Villbrandt bemerkte zusammenfassend: Es sei klar, dass neue Strukturen nötig seien, um bessere Bezahlung, Stärkung und Anerkennung zu erreichen. „Ich sehe keine Perspektive darin, dass das jemand anderer für die Pflege machen soll. Wie soll das für eine Branche gehen, die noch keine Stimme hat? Und da liegt trotz aller Schwierigkeiten die Attraktivität einer Kammer. Sie kann das Bewusstsein schaffen, dass es sich um eine wichtige Arbeit handelt, und das Potential im Zusammenschluss deutlich machen. Das sehe ich über kein anderes Instrument gewährleistet.“

Bei einem waren sich alle Diskutantinnen einig: Dass die Pflege endlich die Wertschätzung bekommen müsse, die ihr zustehe. Das Wichtigste sei, so Carola Bury: „Dass sich der Wert der Arbeit in Gehältern und besseren Arbeitsbedingungen ausdrückt.“ Christine Vogler resümierte: „Dass Pflegenden die Verantwortung, die sie tragen können, auch bekommen.“

### **Gendertrends in den Gesundheitsberufen – Ergebnisse und Ausblicke**

Als Fazit der Fachtagung kann festgehalten werden: Die Situation in der Pflege ist alarmierend. Sowohl die belastenden Arbeitsbedingungen als auch die geringen Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten und die geringe Wertschätzung der beruflichen Kompetenzen sind dafür verantwortlich, dass so viele Beschäftigte den Beruf nach einigen Jahren aufgeben.

Sogenannte „Frauendomänen“ wie die Pflege und Physiotherapie haben mit den historischen Kontinuitäten zu kämpfen, die Frauen die Sorge-Arbeit als Teil der natürlichen Geschlechtsrolle zuweisen und diese Tätigkeit gleichzeitig abwerten. Die Rede von einer „Feminisierung“ des Gesundheitsbereichs oder einer weiblichen Domäne darf nicht darüber hinweg täuschen, dass in diesem Feld nicht automatisch Geschlechtergerechtigkeit entsteht, sondern erst erkämpft werden muss.

Die kulturhistorisch verankerte Geringschätzung weiblicher Kompetenz und die Gleichsetzung von Männlichkeit und Professionalität führen zur Unterordnung der weiblichen Arbeitsbereiche in der Hierarchie der Professionen. Diese Unterordnung wird insbesondere von Männern in leitenden Positionen und in der Ärzteschaft verteidigt. Besagter Dominanzanspruch stellt eines der größten, wenn nicht sogar das größte Hindernis bei der Veränderung und Verbesserung der Situation dar. Problematisch ist auch, dass die weiblichen Beschäftigten selbst Rollenbilder verinnerlicht haben und eine schlagkräftige Berufspolitik und politische Organisation fehlen. Die Einrichtung von Pflegekammern wird vielfach als wichtiges Instrument gesehen, um Aufwertung, politische Interessenvertretung und Darstellung der eigenen Expertise zu erreichen. Pflege soll aus den gleichen Gründen akademisiert werden.

Neben der Akademisierung und Schaffung einer Kammer entstehen neue Aufstiegsmöglichkeiten und verbesserte Arbeitsbedingungen auch durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren der Veränderung wie Gesundheitsreformen, Gender Mainstreaming, Fachkräftemanagement und allgemein gesellschaftlicher Emanzipation.

Tagungsbericht: Julia Lemmle

### **VII. Offene Fragen und Defizite – Ein Kommentar von Julia Lemmle**

Die Tagung beschäftigte sich leider nicht mit Situationen der migrantischen Care-Arbeiterinnen in illegalisierten und ausbeuterischen Arbeitssituationen. Einzig Dr. Ellen Kuhlmann hatte auf diesen so grundsätzlichen Aspekt und die damit verbundene gesellschaftliche Verantwortung hingewiesen. Eine intersektionale und postkoloniale Perspektive wäre in dieser Hinsicht wünschenswert, um den Umgang mit der gesellschaftlichen Herausforderung zu thematisieren.

Es war zu beobachten, dass der Handlungsbedarf vielfach auf Seiten der Frauen verortet wurde und die redundant gestellte Frage, wie man denn mehr Männer in die Pflege bekommen könne, den Blick für die Dominanzverhältnisse verstellte. Eine feministische Ausrichtung der Tagung hätte hier geholfen, die Reproduktion von stereotypen Zuordnungen und wenig zielführenden Fragestellungen zu vermeiden. So ergab sich einerseits vielfach die Verwechslung von sex und gender, auf die Heidi Höppner und Ellen

Kuhlmann kritisch hingewiesen hatten, andererseits eine Reproduktion in der Abwertung weiblicher Arbeitsbereiche. Irritierend war in diesem Zusammenhang auch, dass nicht nur kaum Verhaltensveränderungen auf männlicher Seite gefordert wurden, sondern sogar (im Beitrag von Thomas Altgeld) die Bestätigung von Geschlechterstereotypen und damit einhergehender männlicher Allmachtsphantasien empfohlen wurde – bei gleichzeitiger Behauptung, Männer seien die Opfer im Gesundheitsdiskurs. Nach den ebenfalls auf der Tagung präsentierten Zahlenverhältnissen zur ungleichen Verteilung von Wertschätzung, Status, Karrierechancen und Einkommen und deren diskursiver Unterfütterung erschien diese Klage eher wie ein rhetorischer Kniff, um in dem von Frauen dominierten Feld der Präventionsarbeit wieder die Definitionshoheit gewinnen zu können. Eine verantwortliche Perspektive, die längerfristige Veränderungen im Geschlechterverhältnis über kurzfristige Kampagnenerfolge stellt, fehlte leider bei dem so zentralen Thema geschlechtsspezifischer Kommunikation. Insbesondere an dieser Stelle entfernte sich die Tagung von einer auf Geschlechtergerechtigkeit und Empowerment gerichteten Perspektive, die doch im Zusammenhang mit der alarmierenden Arbeitssituation so vieler weiblicher Beschäftigter angemessen erscheint.