

Nr.29 /März 2011

Rundbrief 29

Netzwerk Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Aktuelles:
SoVD: Die neue
Trägerorganisation
stellt sich vor
S. 6



Regionales:
Projekt Familien-
hebammen im
Landkreis Osnabrück
S. 9



Schwerpunkt:
Flexibilität in
Sozial- und
Pflegeberufen –
Dokumentation der
24. Netzwerktagung
S. 12



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration

pro familia
Niedersachsen

SoVD
Sozialverband
Deutschland
Landesverband Niedersachsen e.V.

MGFS
Niedersachsen e.V.

Impressum

Rundbrief 29 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

März 2011

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion: Claudia Hasse, Ursula Jeß, Hildegard Müller, Dr. Ute Sonntag, Birgit Kloss

Beiträge: Tatjana Fuchs, Michael Gümbel, Dr. Ingrid Helbrecht, Ursula Jeß, Prof. Dr. Julia Lepperhoff, Janett Ließmann, Apl. Prof. Dr. Christine Morgenroth, Sonja Nielbock, Dr. Ute Sonntag

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de als PDF eingestellt.

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

Im Jahr 2009 waren in Deutschland ca. 400 000 Fachkräfte in der ambulanten und stationären Pflege tätig. Pflegekräfte sind die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Insbesondere die Pflege älterer und kranker Menschen ist sehr personalintensiv. Daneben werden Krankenpflegekräfte, Kinderkrankenpflegerinnen, Erzieherinnen und ähnliche personennahe Dienstleistungs- und Sozialarbeitskräfte gebraucht. Eine schrumpfende und alternde Gesellschaft steht hier vor großen Herausforderungen: einerseits steigt die Zahl der alten und pflegebedürftigen Menschen, die Betreuung in Kindertagesstätten soll ausgeweitet werden, andererseits werden weniger Kinder geboren, mithin nimmt die Zahl der Erwerbspersonen insgesamt ab. Noch zeichnet sich nicht ab, wie der errechnete Bedarf an Fachkräften in den genannten Arbeitsfeldern gedeckt werden kann. Pflegeeinrichtungen stoßen an ihre Grenzen.

Immer mehr Fachkräfte in Sozial- und Pflegeberufen arbeiten in atypischen Beschäftigungsverhältnissen,

ohne ausreichenden Verdienst und solide Absicherung für das Alter. Und es sind in der weit überwiegenden Mehrzahl Frauenarbeitsplätze.

Ist dies der richtige Weg, um das Versprechen einzulösen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Wie sehen die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte aus? Wie ist ihre gesundheitliche Situation? Ist das Einkommen angemessen?

Im Rahmen der Fachtagung „**Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen - wie gesund sind Teilzeit, Leiharbeit, Billigjobs?**“ wurden die Rahmenbedingungen in der Pflege beleuchtet, die gesundheitliche Situation in diesen Berufsgruppen dargestellt und Fragen zum Qualitätsmanagement und zu gesunden Arbeitsbedingungen erörtert.

Die Referentinnen haben uns ihre Vorträge für diesen Rundbrief zur Verfügung gestellt. Dafür herzlichen Dank. Die Tagungsdokumentation stellt den Schwerpunktteil dieses Rundbriefes dar.

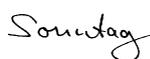
Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß
Nds. Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration



i.A. Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung
für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



Birgit Kloss
Sozialverband
Deutschland e. V.,
Landesverband
Niedersachsen

Inhalt

Aktuelles	5
SoVD: Die neue Trägerorganisation stellt sich vor	5
Sozialwahl 2011	6
Negative Nutzen-Risiko-Bilanz - Kritik an der Hormon(ersatz)therapie	7
Regionales	9
Projekt Familienhebammen im Landkreis Osnabrück	9
Die Pille - Informationen zur Anwendung	11
Schwerpunkt: 24. Netzwerktagung	12
Begrüßung und Einleitung	12
Erkrankungen in Gesundheits- und Pflegeberufen - Daten aus dem BKK Gesundheitsreport	13
Globalisierung = Prekarisierung? Die sozial- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen	20
Wer pflegt die Pflegenden?	28
Qualitätskontrolle bis zum Burnout? Gesundbleiben in Sozial- und Pflegeberufen	33
Geschlechterrollen und das Erfassen psychischer Belastungen bei der Arbeit	39
Gesunde Arbeitsbedingungen - eine Utopie?	43
Tagung „Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen“: Beurteilung durch die Teilnehmenden	45
Rückenwind für Pflegekräfte	46
Mediothek	48
Termine	51

Aktuelles

5 | SoVD: Die neue Trägerorganisation stellt sich vor 6 | Sozialwahl 2011

7 | Negative Nutzen-Risiko-Bilanz – Kritik an der Hormon(ersatz)therapie

SoVD: Die neue Trägerorganisation stellt sich vor

Der Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD) ist Beweis dafür, wie sich Tradition und Moderne bestens ergänzen. Im Jahre 1917 gegründet, blicken wir auf bereits 90 Jahre soziales Engagement zurück - freuen uns aber gleichzeitig, immer wieder neue Wege zu beschreiten und den Blick in die Zukunft zu richten. Bundesweit zählen wir über 525.000 Mitglieder, davon allein in Niedersachsen mehr als 255.000. Wir beraten unsere Mitglieder in rund 60 Beratungsstellen in den Bereichen Rente, Pflege, Behinderung, Hartz IV und Gesundheit und vertreten sie bei Behörden und vor den Sozialgerichten.

Neben dieser Beratung und Dienstleistung ist der SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V. eine starke sozialpolitische Interessenvertretung im Land. Dabei bildet die Frauenpolitik eine wichtige Säule. Um hier Einfluss

zu nehmen, sind die SoVD-Frauen in verschiedenen Gremien in Niedersachsen vertreten. Sie arbeiten mit anderen Verbänden, Institutionen und den kommunalen Gleichstellungsbeauftragten zusammen, und sie stehen im regelmäßigen Dialog mit den frauenpolitischen Sprecherinnen der Landtagsfraktionen. Im Zuge dieser Netzwerkarbeit freut es die Frauen besonders, neuer Träger im Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zu sein. Denn es ist wichtig, zu informieren und die Bedarfe von Frauen stets in der Gleichstellungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik zu berücksichtigen. Das Engagement und die Aktivitäten der SoVD-Frauen zeichnen sich vor allem durch eine vielfältige und kontinuierliche Öffentlichkeits- und Projektarbeit wie Tagungen und Veranstaltungen, themenbezogene Aktionen und Qualifizierungs- sowie

Weiterbildungsmaßnahmen aus. Diese Angebote sind für alle interessierten Frauen geöffnet - auch ist weiteres ehrenamtliches Engagement immer herzlich willkommen.



Birgit Kloss
Sozialverband Deutschland e. V.,
Landesverband Niedersachsen,
Abteilung Sozialpolitik
Birgit.Kloss@SoVD-nds.de
www.sovd-nds.de



Sozialwahl 2011

Es ist wieder soweit: 2011 wird bei den Sozialversicherungen gewählt. Diese Wahl der Selbstverwaltungsorgane findet alle sechs Jahre bei allen Trägern der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung statt.

Einige Krankenkassen organisieren eine sogenannte Friedenswahl, d. h., die antretenden Listen verständigen sich im Vorfeld der Wahl auf die Sitzverteilung. Die größte Krankenkasse, die BARMER GEK, aber auch die Techniker Krankenkasse, die Deutsche Angestellten-Krankenkasse, die KKH-Allianz, die Hanseatische Krankenkasse HEK und die hkk ermöglichen eine aktive demokratische

Wahl. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund werden die ehrenamtlichen Mitglieder der Vertreterversammlung gewählt, bei den Krankenkassen die Verwaltungsräte. Die Verwaltungsräte beschließen die Leistungs- und Serviceangebote wie z. B. Bonus- oder Früherkennungsprogramme. Sie sind so etwas wie die Aufsichtsräte in Unternehmen. Rund 48 Millionen Menschen sind aufgerufen, mit ihrer Stimme die Parlamente ihrer Versicherungen zu wählen.

Wer ist wahlberechtigt?

Wer am Stichtag 3. Januar 2011 das 16. Lebensjahr vollendet hat, be-

kommt im April Briefwahlunterlagen, die bis zum 1. Juni 2011 ausgefüllt wieder bei der Krankenkasse sein müssen. In einigen Krankenkassen gibt es mittlerweile Listen, die sich eine geschlechtssensible gesundheitliche Versorgung auf die Fahnen geschrieben haben, so z. B. die größte

Krankenkasse, die BARMER-GEK. Mit der Stimme bei der Sozialwahl bestimmen die Versicherten die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems und die konkrete Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungen. Nutzen Sie Ihr Stimmrecht!

Weitere Informationen bei:

www.sozialwahl.de

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Ursula
Jeß

Negative Nutzen-Risiko-Bilanz - Kritik an der Hormon(ersatz)therapie

Wir erinnern uns: Brustkrebs

Im Jahr 2002 wurde ein Teil der breit angelegten „Women’s Health Initiative“ (WHI)-Studie zur Hormontherapie in den Wechseljahren abgebrochen: Bestimmte Risiken wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall und Thrombose sowie Brustkrebs hatten zugenommen. Diese Ergebnisse wurden bestätigt durch eine große Studie mit 1 Mio. englischer Frauen, die nach langjähriger Einnahme von Hormonpräparaten häufiger an Brustkrebs erkrankten.

Jetzt ist das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg (dkfz) mit neuen Forschungsergebnissen an

die Öffentlichkeit getreten. Heute sind etliche Risikofaktoren für Brustkrebs bekannt, so das dkfz. Wissenschaftlich gilt als gesichert, dass eine frühe Regelblutung, spätes Eintreten der Wechseljahre und gehäuftes Auftreten von Brustkrebs bei weiblichen Verwandten das Brustkrebsrisiko erhöhen. Jedoch lassen sich diese Faktoren von den Frauen und der Medizin nicht beeinflussen.

Neue Studie

Vor dem Hintergrund, dass jährlich 58.000 Frauen an Brustkrebs erkranken, hat das dkfz gemeinsam

mit der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf untersucht, welche Risikofaktoren durch den Lebensstil bedingt und somit durch Verhaltensänderungen beeinflussbar sind.

Dabei konzentriert sich die Forschungsgruppe auf folgende Faktoren: Einnahme von Hormonen zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden, körperliche Aktivität, Übergewicht und Alkoholkonsum.

Die MARIE-Studie (MARIE steht für Mammakarzinom-Risikofaktoren-Erhebung) stützt sich auf Daten von mehr als 6.300 Kontrollpersonen (Frauen) sowie 3000 Patientinnen, die nach dem Beginn der Wechseljahre an Brustkrebs erkrankten. Es wurde der Anteil an Krebsfällen berechnet, die sich auf einen bestimmten Risikofaktor oder auf eine

Kombination von Risikofaktoren zurückführen lassen.

Fazit

Die Einnahme von Hormonpräparaten und mangelnde körperliche Aktivität steigern das Erkrankungsrisiko. Alkoholkonsum und Übergewicht haben einen geringeren Einfluss. 19,4 % der Fälle von invasivem Brustkrebs nach den Wechseljahren sind auf Hormonpräparate zurückzuführen, 12,8 % auf den Mangel an körperlicher Aktivität. „Ließen sich in diesem Bereich Verhaltensänderungen herbeiführen“, so das dkfz, „könnten fast 30 % aller Fälle von Brustkrebs nach den Wechseljahren verhindert werden.“

Weitere Informationen:

www.dkfz.de/de/epidemiologie-krebserkrankungen/arbeitsgr/genepi/ge_pr07_MARIE.html

Regionales

9 | Projekt Familienhebammen im Landkreis Osnabrück

11 | Die Pille – Informationen zur Anwendung

Projekt Familienhebammen im Landkreis Osnabrück

Seit verwarhloste Kinder zu Tode kamen und dies durch die Presse ging, fragen viele Menschen sich besorgt, wie Überforderungssituationen junger Familien verhindert werden können, wie Familien, die Hilfe benötigen, erreicht werden können. Familien kommt eine Schlüsselrolle für den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu. Familien, die Begleitung und Unterstützung benötigen, zu erkennen, dazu trägt das Projekt Familienhebammen bei.

Um wen geht es?

In das Projekt wurden Mütter einbezogen, die aufgrund von schwierigen materiellen und psychosozialen Lebenslagen die Betreuung, Pflege und Ernährung eines Säuglings bzw. Kleinkindes voraussichtlich ohne Unterstützung nicht bewältigen können. Die Familienhebamme kommt zur Mutter und ihrem Kind nach Hause, informiert, berät und erhält dadurch schnell einen Zugang und nicht selten das Vertrauen der Mut-

ter. Das Projekt knüpft dabei ganz bewusst an den Erfahrungen an, die Schwangere mit Hebammen machen. Bis zum ersten Geburtstag des Kindes kommt die Familienhebamme. Die positive Erfahrung der Mutter mit der Familienhebamme dient als Türöffner für weitergehende soziale Interventionen.

Es wird vernetzt gearbeitet

Zur Risikoerkennung und Risikoeinschätzung wurde ein Netzwerk im Landkreis Osnabrück aufgebaut, in dem Hebammen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Entbindungskliniken, Schwangerschaftsberatungsstellen, Kinderschutzbund und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Die Institutionen, die während der Schwangerschaft Kontakt zu der anvisierten Zielgruppe haben, stellen Kontakt zur Koordinierungsstelle des Projektes her. Mit Hilfe von Screeninginstrumenten wird hier im interdisziplinären Rahmen eine Bewertung bestehender Risiken vor-

genommen und gegebenenfalls eine Familienhebamme zur weiteren Begleitung eingesetzt. In monatlichen Fallbesprechungen wird die Arbeit der Familienhebammen analysiert und dokumentiert. Die Jugendhilfe wird so rechtzeitig auf Kindeswohlgefährdungen aufmerksam und kann frühzeitig Hilfen anbieten.

Die Gesamtkoordination des Projektes liegt beim Deutschen Kinderschutzbund. Im Zeitraum 2007-2009 wurde das Familienhebammen-Projekt durch den Landkreis Osnabrück, die Stiftung Stahlwerk Georgsmarienhütte, die RWE Stiftung gGmbH, die Stiftung der Sparkassen im Landkreis Osnabrück und den Zonta-Club Area Osnabrück finanziert.

Im Rahmen des Aktionsprogrammes „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ wurde im Auftrag des Bundesfamilienministeriums die wissenschaftliche Begleitung des Projektes organisiert. In diesem Zusammenhang wurden seit Februar 2007 bundesweit zehn unterschiedliche Modellprojekte im Hinblick auf ihre Angemessenheit und ihren Nutzen im Bereich früher Hilfen wissenschaftlich untersucht.

Die Ergebnisse

Von Anfang 2007 bis Ende 2009 wurden im Landkreis Osnabrück 224 Familien unterstützt und 4.038 Kontakte hergestellt, wovon 80 % Hausbesuche waren. Alle Familien profitierten von der Arbeit der Familienhebammen, indem die be-

treuten Kinder eine ihrem Alter entsprechende Entwicklung nahmen und damit einen positiven Start ins Leben hatten. In 20 % der unterstützten Familien waren zusätzliche Jugendhilfemaßnahmen erforderlich. In weiteren 50 % der Familien wären ohne die Unterstützung der Familienhebamme ebenfalls Jugendhilfemaßnahmen erforderlich gewesen. In den verbleibenden 30 % der Familien bestand kein weiterer Bedarf an Hilfe. Aus der Befragung der Nutzerinnen lässt sich sagen, dass die Akzeptanz der Familienhebamme dann besonders hoch ist, wenn die Frauen z. B. im Rahmen der Geburtsvorbereitung oder der Wochenbettbetreuung Kontakt zur Familienhebamme erhalten. Die angestrebte Zielgruppe wurde erreicht: Im Jahr 2008 verfügten z. B. 74 % der durch eine Familienhebamme betreuten Familien nicht über ein eigenes Einkommen. Viele Frauen gaben an, eine nur sehr niedrige soziale Unterstützung zu bekommen. Aus Sicht der Beraterinnen und Expertinnen im fachlichen Netzwerk gab es unterschiedliche Gründe dafür, warum Familienhebammen abgelehnt wurden. So wurden Familienhebammen abgelehnt, wenn eine normale Betreuung mit einer anderen Hebamme, die nicht Familienhebamme ist, abgesprochen und organisiert war. Wenn Familien ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten anders einschätzten als die Beraterin oder wenn Familien die Befürchtung hatten, von der Familienhebamme kontrolliert und bevormundet zu werden, wurde das Angebot abgelehnt.

Wie geht es weiter?

Das Vorhaben ist aus dem Projektstadium herausgetreten und ein Regelangebot geworden, das der Landkreis zu 100 % finanziert. Mittlerweile ist der Abschlussbericht der Evaluation erschienen, die die

Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt maternal and child health, Prof. Dr. med Beate Schücking durchgeführt hat: „Familienhebammen: Frühe Unterstützung - frühe Stärkung?“.

Deutscher Kinderschutzbund, Kolpingstr. 5, 49074 Osnabrück
Tel.: 0541-330360
E-Mail: info@kinderschutzbund-osnabrueck.de

Die Pille - Informationen zur Anwendung

Die Verhütungspille ist so selbstverständlich geworden, dass sie gar nicht mehr als Medikament wahrgenommen wird. Damit sie zuverlässig wirkt, sind einige Dinge zu beachten, auf die hinzuweisen bei der Verordnung oft untergeht. Weil Einschränkungen der Wirksamkeit im Beipackzettel unzureichend gelesen werden, hat die Frauenberatung Verden einen kleinen Flyer entwickelt, der auf die wichtigsten Aspekte wie gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente oder Durchfall hinweist.

Der Flyer wird in Apotheken zusammen mit der Pillenpackung ausgehändigt. Pro familia Bremen hatte ursprünglich die Idee. Die Verdener Frauenberatungsstelle hat den Flyer weiterentwickelt. So ist zusätzlich ein Hinweis auf die Risikopotenzierung durch Pille und Rauchen aufgenommen worden. Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration hat das Projekt gefördert.

Der Flyer ist unter www.frauenberatung-verden.de
Pillenflyer download: Beratungsangebote/Schwangerschaftskonfliktberatung abrufbar.

Schwerpunkt

24. Tagung des Netzwerkes Frauen/ Mädchen
und Gesundheit Niedersachsen

12 | Begrüßung und Einleitung 13 | Erkrankungen in Gesundheits- und
Pflegeberufen – Daten aus dem BKK Gesundheitsreport
20 | Globalisierung = Prekarisierung? Die sozial- und wirtschafts-politischen
Rahmenbedingungen 28 | Wer pflegt die Pflegenden?
33 | Qualitätskontrolle bis zum Burnout? Gesundbleiben in Sozial- und
Pflegeberufen 39 | Geschlechterrollen und das Erfassen psychischer
Belastungen bei der Arbeit 43 | Gesunde Arbeitsbedingungen – eine Utopie?
45 | Tagung „Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen“: Beurteilung durch die
Teilnehmenden 46 | Rückenwind für Pflegekräfte

Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen - wie gesund sind Teilzeit, Leiharbeit, Billigjobs?

Ursula
Jeß

Begrüßung und Einleitung

Die Wirtschaftskrise hat viele Unternehmen dazu gebracht, sogenannte Restrukturierungen in ihren Organisationen vorzunehmen, Restrukturierungen mit dem Ziel der Flexibilisierung: Leiharbeit, sogenannte Billigjobs, Personalabbau, Outsourcing, Umgestaltung von Arbeitsab-

läufen. Bisweilen sprechen die Gewerkschaften von einer skandalösen Entwicklung, wenn sie den Boom der Leiharbeit anprangern.

Von dem tiefgreifenden Wandel auf dem Arbeitsmarkt und den sich verändernden Arbeitsbedingungen sind

auch Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege betroffen; betriebswirtschaftliche Überlegungen gewinnen an Bedeutung.

Die Datenlage legt nahe, dass Frauen von unsicheren Arbeitsverhältnissen stärker betroffen sind. Und es braucht nicht viel Phantasie sich vorzustellen, dass auf vielen Frauenarbeitsplätzen - z. B. in Alten- und Pflegeheimen, in Krankenhäusern, in der ambulanten Pflege, in der Sozialarbeit und in der Kita - eben überall dort, wo es um Arbeit mit Menschen geht - den Arbeitskräften noch einmal Besonderes abverlangt wird. Auf Anpassungsdruck, Ungewissheit, Unsicherheit, Arbeitslosigkeit und emotionale Anspannung reagieren Arbeitskräfte - Frauen und Männer - z. B. mit Stresssymptomen, Depression, Ängstlichkeit, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Rückenbeschwerden und Schmerzen im Nacken-Schulterbereich.

Dies schadet nicht nur den Betroffenen, es wirkt sich auch auf die

Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers, des Anbieters von sozialen Dienstleistungen aus, sei es durch einen hohen Krankenstand, schlechtes Image oder hohe Fluktuation.

Wir wollen heute nicht nur der Frage nachgehen, wie sich schlechte Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit auswirken. Unser Augenmerk soll sich daneben unbedingt auch auf folgende dringende Frage richten: Wie können Arbeitgeber mit der zentralen Herausforderung - nämlich die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen zu erhalten - umgehen?

Ich freue mich sehr, dass wir heute so viele sachverständige Persönlichkeiten begrüßen können. Im Namen des Niedersächsischen Sozialministeriums und des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen danke ich Ihnen, liebe Referentinnen und Podiumsteilnehmenden, herzlich, dass Sie uns mit Ihrem Fachwissen und Ihren Praxiserfahrungen zur Verfügung stehen.

Janett
Ließmann

Erkrankungen in Gesundheits- und Pflegeberufen - Daten aus dem BKK Gesundheitsreport

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten

Seit Beginn der 1990er Jahre sanken die Fehlzeiten der Versicherten, bis sie 2006 ihren Tiefststand erreicht

hatten. Seitdem ist ein Anstieg des Krankenstands auf 3,9 % im Jahr 2009 zu beobachten. Mit 14,4 Arbeitsunfähigkeitstagen je beschäftigtes Pflichtmitglied wurde das Niveau von 2002 erreicht. Gegenüber dem Vorjahr waren die beschäftigten Pflicht-

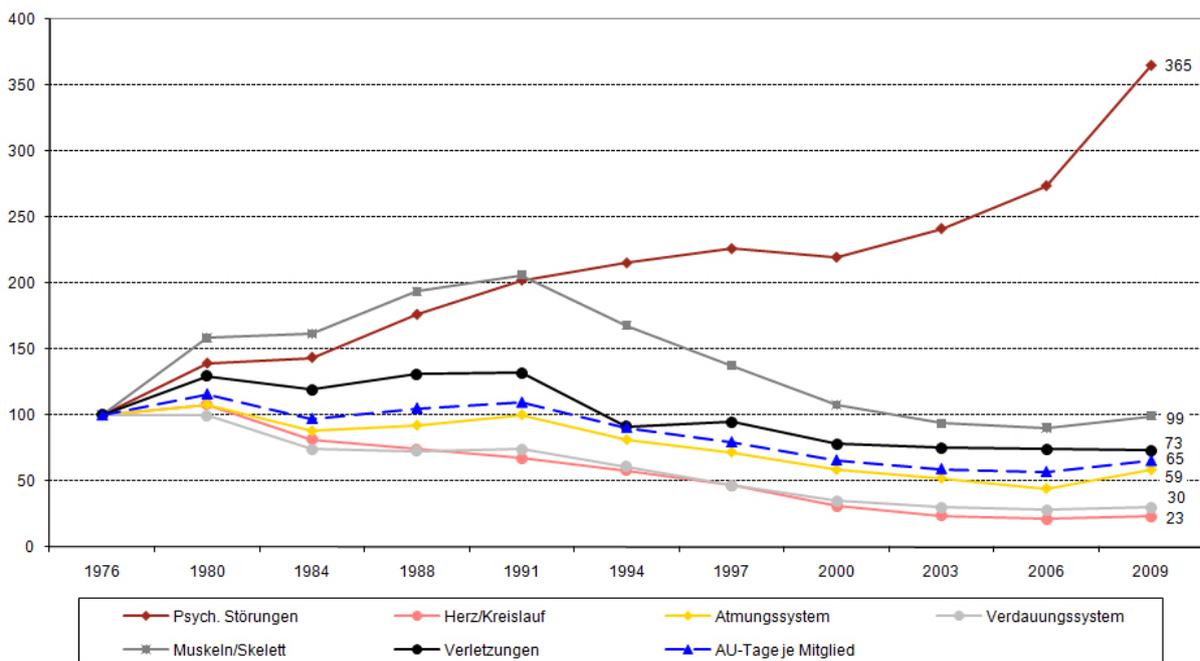
mitglieder einen Tag länger krankgeschrieben (2008: 13,4 AU-Tage, 2007: 12,8 Tage). Seit 1980, als der höchste Krankenstand mit 7,1 % erreicht wurde, haben sich die Krankheitszeiten nahezu halbiert.

Die Ursachen hierfür sind sowohl in soziodemografischen Veränderungen, als auch in grundlegenden Wandlungsprozessen der Arbeitswelt zu suchen. Ob mit der demografisch zu erwartenden Alterung der Bevölkerung insgesamt sowie der Erwerbsbevölkerung die Krankenstände anhaltend steigen werden, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Demografiebedingt steigt schon seit 1991 das Durchschnittsalter der Beschäftigten, ohne dass diese Entwicklung mit zunehmenden Krankheitszeiten einherging (Statistisches Bundesamt: Durchschnittsalter der Erwerbstätigen - Mikrozensus 2009).

Unter dem Einfluss anderer Faktoren (veränderte Beschäftigungsstruktur, Selektionseffekte bei hoher Arbeitslosigkeit etc.) sank dagegen der Krankenstand.

Vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen hat sich auch das Krankheitsspektrum in den letzten Jahren gewandelt. Der Anteil der nach wie vor wichtigsten Krankheitsgruppe der Muskel-/Skeletterkrankungen (2009: 25 %) nahm seit den 1990er Jahren kontinuierlich ab. Während 1990 noch fast acht Krankheitstage durch diese Diagnosegruppe verursacht wurden, waren es 2009 nur noch gut dreieinhalb Tage. Proportional noch stärker rückläufig ist die Entwicklung bei den Erkrankungen des Herz-/Kreislauf- sowie des Verdauungssystems. Gründe hierfür liegen z. B. in der sinkenden Zahl der Arbeitsplätze

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten - Gesamt



Pflichtmitglieder insgesamt, Index (1976 = 100)

mit den besonders hohen, für diese Krankheitsgruppen bedeutsamen Risikofaktoren wie Lärm, Hitze, Schicht- und Nacharbeit. Zudem nehmen die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz, insbesondere durch Zeitdruck, fehlende Gestaltungsmöglichkeiten sowie Konflikte mit Kolleginnen bzw. Kollegen und Vorgesetzten, zu. Folgerichtig nehmen die Krankheitstage bei psychischen Erkrankungen zu.

Gesundheitliche Lage nach Versichertenstatus, Geschlecht und Alter

Die Fehlzeiten der beschäftigten pflichtversicherten Frauen liegen rund einen halben Tag unter denen der Männer. Das Krankheitsgeschehen zeigt dabei typische Unterschiede: Männer wiesen fast doppelt so viele Krankheitstage auf Grund von Verletzungen auf und auch die Ausfalltage durch Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems lagen rund ein Drittel über denen der Frauen. Infolge von Erkrankungen des Atmungssystems, Neubildungen und psychischen Erkrankungen fehlen Frauen fast doppelt so lange (215 zu 127 AU-Tagen je 100 Pflichtmitgliedern).

Den höchsten Krankenstand weisen jedoch nicht die Beschäftigten, sondern Arbeitslose auf. Berücksichtigt wurden nur ALG-I-Empfänger und -Empfängerinnen, da für arbeitslose ALG-II-Empfänger und -Empfängerinnen auf Grund der fehlenden Krankengeldansprüche keine AU-Daten vorliegen. Arbeitslose Frauen

sind dabei rund drei Tage länger krankgeschrieben. Arbeitslose weisen mit Ausnahme von Infektionen, Verletzungen und Erkrankungen des Atmungssystems mehr Ausfalltage als Beschäftigte auf. Vor allem der mit 25 % besonders hohe Anteil der psychischen Störungen übersteigt die Vergleichswerte der übrigen Gruppen bei weitem. Arbeitslosigkeit kann dabei sowohl Folge als auch Ursache der psychischen Erkrankung sein. Bereits die mittleren Altersgruppen zeichnen sich bei Arbeitslosen durch sehr hohe Krankenquoten aus, wobei diese insbesondere durch psychische Störungen und Muskel-/Skeletterkrankungen verursacht werden. Erst bei den über 60-jährigen Arbeitslosen nehmen die Krankheitstage spürbar ab.

Nicht nur nach Geschlecht unterscheidet sich das Krankheitsspektrum, sondern auch nach Alter. Während in den jüngeren Altersgruppen Atemwegserkrankungen und Verletzungen dominieren, nehmen mit dem Alter Muskel-/Skelett- sowie Herz-/Kreislauferkrankungen zu. Die niedrigsten Krankenstände weisen die freiwillig Versicherten auf - eine durch höhere Qualifikationen, höhere Einkommen und damit oftmals auch größere individuelle Gestaltungsspielräume gekennzeichnete Versichertengruppe.

Fehlzeiten nach beruflicher Tätigkeit

Mit dem Alter nimmt die Zahl der Krankheitstage erwartungsgemäß zu, was u. a. auf die Schwere der Er-

krankungen und der hiermit einhergehenden längeren Krankheitsdauer zurückzuführen ist. Während bei den unter 25-Jährigen eine durchschnittliche Erkrankung nur etwa eine Woche dauert, sind es bei den über 55-Jährigen bereits drei Wochen. Dieser allgemeine Trend differenziert sich allerdings deutlich nach beruflicher Lage. So waren beispielsweise unter 25-jährige Ingenieure nur rund vier Tage im Jahr krankgeschrieben, über 55-jährige Ingenieure dagegen bereits 19 Tage. Beschäftigte über 55 mit z. T. geringer Qualifikation in Berufen mit hohen körperlichen Belastungen (beispielsweise in Bau- und Verkehrsberufen oder Reinigungskräfte) sind durchschnittlich vier und mehr Wochen krank. Auch Beschäftigte in Gesundheitsberufen fehlen in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahren rund 4 Wochen (unter 25 Jahre: 9 Tage).

Von den Krankheitsarten sind die verschiedenen Beschäftigungsgruppen sehr unterschiedlich betroffen. Auffällig ist beispielsweise die Parallelität zwischen allgemein hohen Krankenständen und vielen Fehltagen auf Grund von Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems über alle Sektoren hinweg. Ein Schwerpunkt liegt hier vor allem im produzierenden Gewerbe, wo u. a. in der Glas-, Keramik-, Steine/Erden-Industrie bis zu einem Drittel der Krankheitstage auf diese Diagnosegruppe zurückgehen. Ähnlich hohe Anteile zeigen sich jedoch auch im Dienstleistungsbereich, so beispielsweise in der Abfallwirtschaft und bei den Postdiensten. Erkrankungen des Atmungssystems haben eher in Branchen mit allgemein

niedrigeren Krankenständen einen hohen Anteil, zum Beispiel in Verlagen und Medien, Informationsdienstleistungen oder dem Kredit- und Versicherungsgewerbe. Hierbei handelt es sich um Wirtschaftsgruppen mit einer relativ jungen Beschäftigungsstruktur, die noch keinen langjährigen einseitigen gesundheitlichen Belastungen durch schwere oder psychisch belastende Tätigkeiten ausgesetzt waren. Der Schwerpunkt psychischer Erkrankungen liegt im Dienstleistungsbereich, wobei diese auch im verarbeitenden Gewerbe eine zunehmende Rolle spielen.

Noch stärker als nach Branchen differenzieren sich die Fehlzeiten nach beruflicher Tätigkeit, da sie u. a. eine stärkere Abgrenzung der spezifischen Belastungsprofile, wie körperliche Schwere der Tätigkeit, Stress, Zeitdruck oder Fremdbestimmung der Arbeitsabläufe vornehmen. Die höchsten Krankheitszeiten wurden 2009 bei Straßenreiniger(inne)n / Abfallbeseitiger(inne)n, Gleisbauer(inne)n und Halbzeugputzer(inne)n mit 26 bzw. 25 Tagen je beschäftigtes Mitglied gemeldet. Auch Helfer(innen) in der Krankenpflege fehlten mit rund 23 Tagen noch überdurchschnittlich oft. Am unteren Ende finden sich dagegen Naturwissenschaftler(inne)n (4 Tage), Rechtsvertreter(inne)n (5 Tage), Apotheker(inne)n (6 Tage) und Ärztinnen bzw. Ärzte (7 Tage) mit Ausfallzeiten von bis zu einer Woche.

2009 war rund jede(r) neunte Beschäftigte im BKK-System im Gesundheits- oder Sozialwesen tätig, die überwiegende Mehrheit davon

sind weiblich: Acht von zehn Beschäftigten waren 2009 Frauen. Überdurchschnittlich hohe Frauenquoten sind insbesondere bei medizinischen Fachangestellten sowie Krankenschwestern bzw. -pflegern zu beobachten. Die große Gruppe der medizinischen Fachangestellten sowie die pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten waren nur rund 9 bzw. 10 Tage im Jahr 2009 krankgeschrieben.

Blickpunkt: Psychische Erkrankungen

In den letzten Jahren ist eine kontinuierliche Zunahme der psychischen Erkrankungen zu beobachten. Seit 2000 ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch diese Diagnosegruppe bei Männern um 50 %, bei Frauen sogar um 83 % angewachsen. Männer und Frauen weisen dabei unterschiedliche Krankheitsschwerpunkte auf. Während Frauen häufiger auf Grund von depressiven Episoden sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen fehlen, sind Männer häufiger von Schizophrenie und psychischen Störungen durch Alkohol betroffen.

Zudem rücken „neuere“ Erkrankungen wie das Burnout-Syndrom in den Vordergrund. In der ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wird dieser Zustand der geistigen und emotionalen Erschöpfung mit dem Diagnosezusatzschlüssel Z73 erfasst und der Gruppe der Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand zugeordnet. Burnout ist demnach ein Einflussfaktor für psychische Erkran-

kungen, jedoch keine eigenständige Krankheitsart. Seit 2004 hat sich die Zahl der hierdurch verursachten Krankheitstage verzehnfacht (2004: 4,6 AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner(innen), 2009: 47,1 Tage), wobei Burnout bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern diagnostiziert wurde.

Differenziert nach Wirtschaftsgruppen zeigt sich ein Schwerpunkt der psychischen Störungen im Dienstleistungssektor, wobei sie auch im verarbeitenden Gewerbe zunehmend eine Rolle spielen. Hier jedoch vor allem in Branchen mit einem hohen Frauenanteil, wie dem Textil- und Druckgewerbe. 11 % der Krankheitstage gehen hier auf eine psychische Erkrankung zurück. Im Dienstleistungsbereich sind die höchsten Anteile im Sozialwesen (16,2 %), im Gesundheitswesen (14,4 %), im Kredit- und Versicherungsgewerbe (14,4 %) sowie in Informationsdienstleistungen (14,3 %) zu finden.

Auch der Verbreitungsgrad der psychischen Erkrankungen unterscheidet sich nach beruflicher Tätigkeit deutlich stärker als nach Branchen. Unter den Beschäftigten verzeichneten Telefonist(inn)en (343,1 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder) und Helfer(innen) in der Krankenpflege (303,1 AU-Tage je 100) die meisten Ausfalltage. Apotheker(innen) (51), Ingenieure (62,1) sowie Ärztinnen und Ärzte (117) finden sich am unteren Ende der Fehlzeitenskala.

Psychische Erkrankungen wie z. B. Depressionen führen nicht immer und schon gar nicht im gesamten

Verlauf zu einer Krankschreibung. Oftmals wird versucht, die Krankheit mithilfe von Medikamenten zu lindern oder zu überwinden. Die wachsende Bedeutung des psychischen Krankheitsgeschehens zeigt sich so auch in den Psychopharmaka-Verordnungen. Die relativ breite Spanne der zugelassenen Indikationsbereiche für die einzelnen Wirkstoffe lässt nicht eindeutig auf die genaue Erkrankungsart schließen. Antidepressiva werden beispielsweise auch bei Angststörungen, allgemeinen psychosomatischen Beschwerden sowie im Rahmen von Schmerztherapien eingesetzt. Dennoch geben die Auffälligkeiten in der Verteilung deutliche Hinweise auf die psychisch besonders beeinträchtigten Berufsgruppen.

Arbeitslose weisen gegenüber den beschäftigten Mitgliedern die 2,8-fache Verordnungsmenge an Psychopharmaka-Verordnungen auf (30.384 gegenüber 10.786 Tagesdosen je 1.000 Versicherte). Mit 17 bzw. 18 Tagesdosen je Beschäftigtem bzw. Beschäftigter wurden die höchsten Verordnungsmengen bei hauswirtschaftlichen Betreuer(inne)n, Elektrogerätemontierer(inne)n, Raum- und Hausratreiniger(inne)n sowie Helfer(inne)n in der Krankenpflege gemeldet.

Die Verordnungen von Psychopharmaka haben sich in den letzten Jahren drastisch erhöht. So nahm beispielsweise die Anzahl der Tagesdosen je 1.000 Unternehmensberater(innen) um 35 %, bei Bankfachleuten um 31 %

und bei Helfer(inne)n in der Krankenpflege um 27 % zu. Im Vergleich hierzu stieg die Anzahl der Tagesdosen über alle Berufsgruppen hinweg nur um 14 %.

Blickpunkt: Stationäre Versorgung

Wie schon bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitsdaten weisen die Arbeitslosen die höhere Morbidität auf. Sie unterziehen sich etwa doppelt so oft einer Krankenhauseinweisung wie die beschäftigten Pflichtmitglieder (236 gegenüber 124 Fällen je 100 Versicherte). Häufigste Ursache für eine Krankenhausbehandlung sind bei Arbeitslosen psychische Erkrankungen (59 Fälle), bei den pflichtversicherten Beschäftigten dagegen Erkrankungen des Verdauungs- sowie Muskel-/Skelettsystems.

Auch die Zahl der psychisch verursachten Krankenhausfälle hat sich zwischen 1987 und 2009 mehr als verdoppelt. So stieg die Zahl der Krankenhauseinweisungen auf Grund dieser Diagnose in diesem Zeitraum bei Frauen um 123 %, bei Männern sogar um 147 %. Anders als bei der Arbeitsunfähigkeit sind Männer von psychisch bedingten Krankenhauseinweisungen häufiger als Frauen betroffen. Hauptursache innerhalb des Krankheitsspektrums der psychischen Störungen sind bei Frauen insbesondere vor allem affektive Störungen (4,1 Fälle je 1.000 Versicherte) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (2,5 Fälle). Männer dagegen kom-

men vor allem wegen Substanzmissbrauchs, insbesondere Alkohol (5,8 Fälle) und affektiven Störungen (2,6 Fälle) ins Krankenhaus.

Mit dem Alter wandelt sich das Krankheitspektrum. Während in den mittleren Altersgruppen psychische Erkrankungen noch eine sehr viel stärkere Rolle spielen, treten mit zunehmendem Alter Erkrankungen des Herz-/Kreislauf- sowie Muskel-skelettsystems in den Vordergrund.

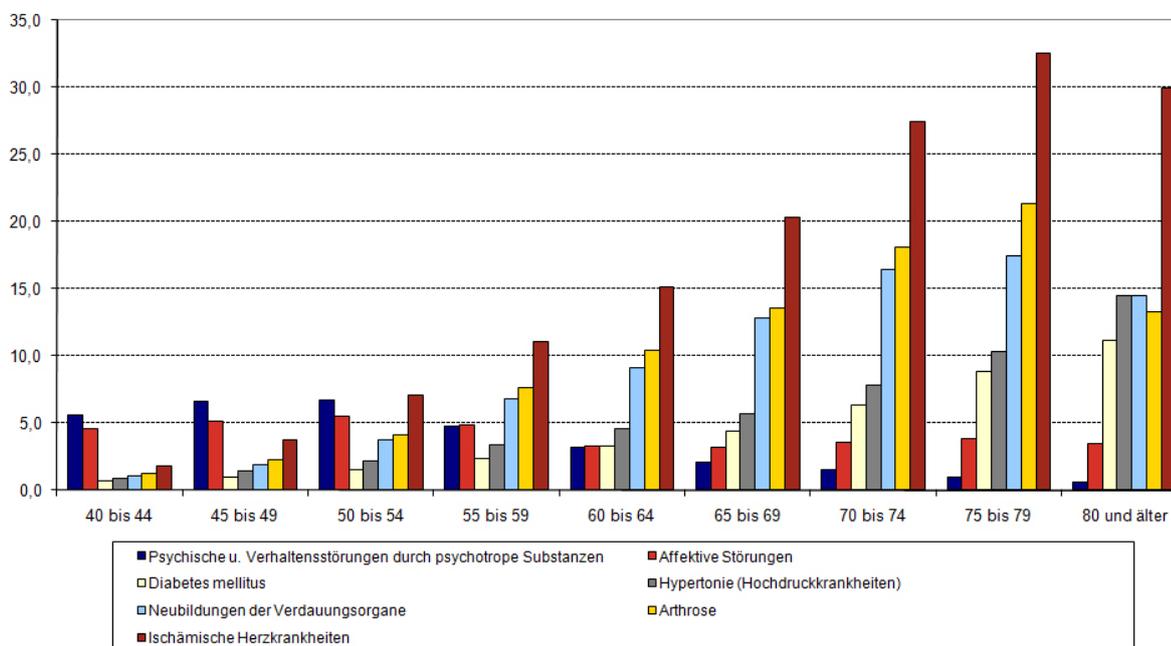
Fazit

Aus den Routinedaten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit oder aus anderen Daten der medizinischen Versorgung lässt sich nicht unmittelbar belegen, inwieweit Belastungen

aus der Arbeitssituation zum Krankheitsgeschehen beitragen. Allerdings weisen die teilweise erheblichen Unterschiede zwischen den Tätigkeitsgruppen auf besondere, deutlich abweichende Erkrankungsrisiken hin.

Die dargestellten Befunde insbesondere zur Entwicklung der psychischen Störungen lassen sich seit einigen Jahren im Wesentlichen konstant beobachten. Die hiervon besonders belasteten Gruppen weisen allerdings eine starke Heterogenität in Bezug auf berufliche und soziale Merkmale sowie spezifische Stressoren auf. Das bedeutet für allgemeine sowie betriebliche Präventionsmaßnahmen, dass sie die Vielfalt der Stressoren und der Rahmenbe-

Krankenhausfälle 2007 - ausgewählte Diagnosegruppen nach Alter



KH-Fälle je 1.000 Versicherte insgesamt - Bundesgebiet 2009

Janett Ließmann, Abteilung Versorgungsanalyse, Gesundheitsberichterstattung, spectrum|K GmbH, Das BKK Gemeinschaftsunternehmen, Spittelmarkt 12, 10117 Berlin, Janett.Liessmann@spectrumk.de

Julia
Lepperhoff

Globalisierung = Prekarisierung? Die sozial- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen

Der sozial- und wirtschaftspolitische Hintergrund, vor dem die schlechten Arbeitsbedingungen sowie die extrem niedrige Bezahlung in den Sozial- und Pflegeberufen diskutiert werden muss, lässt sich als grundlegender gesellschaftlicher Wandel charakterisieren: Spätestens seit Mitte der 1990er Jahre können wir von einer wachsenden Prekarisierung und Entsicherung im Erwerbsektor sprechen. Diese Unsicherheit betrifft allerdings nicht nur die Erwerbsarbeit und die Ökonomie im engeren Sinne, sondern prägt auch die Lebensverhältnisse der Einzelnen und das gesamte soziale und gesellschaftliche Gefüge. Für Frauen birgt dieser Wandel eine ambivalente Entwicklung in sich: Einerseits nimmt die Frauenerwerbstätigkeit zu und - zumindest für westdeutsche Frauen - hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten eine rasante Integration in den Arbeitsmarkt vollzogen. Andererseits aber besteht gleichzeitig eine erhöhte soziale Verwundbarkeit von Frauen.

Im Folgenden soll zunächst die positive Entwicklung der Frauenerwerbstätigkeit betrachtet werden: Spätestens seit dem Gipfel des Europäischen Rates in Lissabon im Jahr 2000 ist die Zielvorgabe einer höheren Frauenerwerbstätigkeit

auf die politische Agenda gerückt. Sie gilt im Kontext der demografischen Entwicklung und des sich ankündigenden Fachkräftemangels als wesentlich für ein nachhaltiges Wachstum in der Europäischen Union. Die Beschäftigungsquote von Frauen sollte bis zum Jahr 2010 auf mindestens 60 % steigen, die allgemeine Beschäftigungsquote sogar auf 70 %. Im Jahr 2009 bestand in den EU-Mitgliedstaaten eine große Spannbreite hinsichtlich des Umfangs der Frauenerwerbstätigkeit; sie lag zwischen 37,7 % in Malta und 73,1 % in Dänemark. Deutschland liegt nach einem starken Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit in den letzten 20 Jahren im ersten Drittel der EU-Mitgliedstaaten und hat die EU-Zielvorgabe mit einer Frauenbeschäftigungsquote von 66,2 % deutlich übertroffen (EU 27: 58,6 %). Damit besteht für mehr Frauen die Chance zur Teilhabe am Arbeitsmarkt. Zumindest theoretisch könnte dies auch bedeuten: materielle Existenzsicherung und soziale Absicherung von Frauen, bestenfalls sogar Identitätsstiftung und gesellschaftliche Teilhabe durch Erwerbsarbeit.

Die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit erfolgt allerdings nicht im Modus des sogenannten Normal-

arbeitsverhältnisses. Dieses Normalarbeitsverhältnis gilt als Norm und Leitbild der Arbeitsmarkt-, Tarif- und Sozialpolitik. Es ist eine unbefristete Vollzeittätigkeit mit entsprechendem Einkommen sowie mit vollständiger Integration in die sozialen Sicherungssysteme; die Tätigkeit ist zudem in die betrieblichen Strukturen des jeweiligen Unternehmens integriert. Vereinfacht gesprochen handelt es sich um eine klassische Festanstellung. Doch viele erwerbstätige Frauen (2008: 34,4 %) arbeiten gegenwärtig überhaupt nicht in einem sogenannten Normalarbeitsverhältnis (Männer: 12 %).

Stattdessen werden Beschäftigungsgewinne von Frauen in Deutschland vor allem über atypische Arbeitsverhältnisse realisiert. In diesem Feld hat seit 15 Jahren ein politisch gewollter Ausbau stattgefunden. Als atypische Beschäftigungsverhältnisse gelten aus gewerkschaftlicher Perspektive Teilzeitbeschäftigung, befristete Beschäftigung, geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijobs) und Leiharbeit. Dabei sind Frauen, abgesehen von der Leiharbeit, bei allen atypischen Beschäftigungsformen überproportional häufig vertreten. Im Weiteren werden nur die Beschäftigungsformen der Teilzeitbeschäftigung und geringfügig entlohnten Beschäftigung skizziert, da diese auch im Gesundheits- und Sozialwesen die größte Bedeutung haben.

Teilzeitbeschäftigung als Normalarbeitsverhältnis von Frauen

Teilzeitarbeit stellt faktisch das Normalarbeitsverhältnis von Frauen dar. Während 2008 mehr als die Hälfte (51,4 %) aller abhängig beschäftigten Frauen in Teilzeit arbeitete, sind dies bei den Männern nur 15,3 %. Insgesamt ist die Tendenz zur Teilzeit steigend.

Aus arbeitsmarkt- und sozialpolitischer Perspektive ist der Anstieg der Teilzeitarbeit jedoch kritisch zu bewerten: Zwar hat sich die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen in erster Linie über die Teilzeitarbeit vollzogen. Oftmals ist Teilzeitarbeit für Frauen jedoch auch die individualisierte Lösung des gesellschaftlichen Problems, Erwerbstätigkeit und Familienarbeit, die weiterhin zu großen Teilen von Frauen übernommen wird, miteinander vereinbaren zu müssen. Dies gilt insbesondere für Westdeutschland. Zudem ist Teilzeitarbeit - insbesondere die kurze Teilzeit mit weniger als 20 Wochenstunden - mit mangelhafter sozialer Absicherung verknüpft. Da die Höhe der Sozialversicherungsleistungen an die Höhe des Arbeitseinkommens gekoppelt ist, sind Teilzeitbeschäftigte bei Arbeitslosigkeit oder im Alter nur unzureichend eigenständig abgesichert. Auch das Elterngeld fällt mit Teilzeitbeschäftigung deutlich niedriger aus. Die materielle Existenzsicherung und die soziale Absicherung sind somit oftmals nicht gegeben und Frauen zumindest zum Teil vom Einkommen des Ehemannes bzw. Partners abhängig.

Ausbau der geringfügigen Beschäftigung

Die Ausweitung von geringfügig entlohnter Beschäftigung ist besonders kritisch zu sehen. Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse ist insgesamt rückläufig, wohingegen die geringfügige Beschäftigung inzwischen ein bedeutsames Arbeitsmarktsegment darstellt. Insbesondere seit der letzten Neuregelung durch die rot-grüne Regierung im Zuge der sogenannten Hartz-Reformen zum 01.04.2003 ist die Zahl der geringfügig Beschäftigten deutlich angestiegen (von ca. 5,5 Mio. im Jahr 2003 auf ca. 7,2 Mio Beschäftigte im Jahr 2009). Der Frauenanteil bei Minijobs lag 2009 bei ca. 64 %. Bei den ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten ist er mit ca. 67 % sogar noch einmal deutlich höher als bei den Frauen (58 %), die Minijobs im Nebenjob ausüben. Probleme der Existenzsicherung und Abhängigkeit vom Ehe- und Lebenspartner, die bereits bei der sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung auftreten (können), verschärfen sich entsprechend.

Dass die geringfügige Beschäftigung durch einen hohen Frauenanteil insbesondere verheirateter Frauen aus Westdeutschland gekennzeichnet ist, hat finanzielle Hintergründe: Diese Personengruppe muss ihre Existenz nicht alleine durch eine solche Beschäftigung absichern, denn über die geringfügige Beschäftigung wird meist „nur“ hinzuverdient. Verheiratete Frauen haben zudem durch die abgeleiteten Rechte in

der Sozialversicherung (beitragsfreie Familienversicherung in der Krankenversicherung, Anspruch auf Hinterbliebenenrente) sowie über das Ehegattensplitting im Steuerrecht einen Anreiz, ihre Erwerbstätigkeit nicht über die Geringfügigkeitsgrenze von 400 Euro auszudehnen. Jenseits der Geringfügigkeitsgrenze (Gleitzone für Midijobs mit einem Einkommen von 400 bis 800 Euro monatlich) entstehen Belastungen durch Sozialversicherungsbeiträge sowie Steuern, die bei erwerbstätigen Ehefrauen (Steuerklasse V) zu Nettoeinkommenseinbußen führen. Auch hier wird deutlich, dass der Ausbau geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse das modernisierte Ernährermodell aufrechterhält. Dessen Fortbestand trägt zugleich wiederum dazu bei, dass die politisch als Zuverdienst konzipierten Entgelte nach wie vor attraktiv sind. Auf diese Weise können die Entgelte in einer von Frauen dominierten Beschäftigungsform wie dieser überhaupt so niedrig bleiben. Die arbeitsmarktpolitische Vorstellung, dass durch mehr Beschäftigung im Bereich der sogenannten einfachen Dienstleistungen ein deutlicher Abbau der Arbeitslosigkeit erfolgen kann und durch Minijobs eine „Brückenfunktion“ in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung hergestellt wird, erweist sich insgesamt als fragwürdig. Vielmehr sind die flexiblen Minijobs auf Seiten der Unternehmen und der Privathaushalte bereits integraler Bestandteil der betrieblichen und haushaltsbezogenen Abläufe, was nicht zuletzt zu deutlichen Einnahmeverlusten der Sozialversicherung geführt hat.

„Arm trotz Arbeit“

Es ist wichtig zu betonen, dass nicht jede atypische Beschäftigung als prekär zu bezeichnen ist. Dennoch nehmen in Deutschland Arbeitsverhältnisse zu, von denen Menschen nicht oder nur schlecht leben können. Das Phänomen „Arm trotz Arbeit“ und die damit verbundene allgemeine soziale Unsicherheit erhalten schärfere Konturen. So ist durch die beschriebenen Entwicklungen auch ein wachsender Niedriglohnsektor entstanden: Im Zeitraum von 1995 bis 2008 ist die gesamtdeutsche Niedriglohnquote von 14,7 auf 20,7 % gestiegen. 2008 arbeitete also gut jede/r Fünfte für einen Stundenlohn unterhalb der Niedriglohnschwelle. Dabei sind knapp 70 % aller Niedriglohnbeschäftigten Frauen.

Insgesamt muss hinsichtlich der politischen Rahmenbedingungen festgestellt werden, dass die Sozial- und Wirtschaftspolitik der Maxime „Hauptsache Arbeit!“ gefolgt ist. Wie intendiert, hat sich in den letzten Jahren dementsprechend auch die Erwerbsquote von Frauen erhöht. Dies geschieht aber zu Lasten der Qualität von Beschäftigungsverhältnissen: sowohl hinsichtlich der Entlohnung der Beschäftigten und der Arbeitsbedingungen als auch zum Teil hinsichtlich der Qualität der erbrachten Dienstleistungen.

Pflegesektor als negativer Vorreiter

Im Rahmen der allgemeinen Entsicherung auf dem Arbeitsmarkt hat

der Sektor des Gesundheits- und Sozialwesens eine besondere Rolle inne: Er spielt - in negativer Hinsicht - eine Vorreiterrolle bei der Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen. Gesundheits- und Sozialberufe waren schon lange vor der allgemeinen Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse am Arbeitsmarkt gekennzeichnet durch niedrige Löhne, geringe soziale Absicherung und schlechte Arbeitsbedingungen sowie einen hohen Anteil geringfügig entlohnter Beschäftigung. Gerade



für den auf der Tagung diskutierten Bereich der Pflegeberufe lässt sich das zeigen. Zugleich handelt es sich um einen stark expandierenden Beschäftigungsbereich.

So stiegen die Beschäftigtenzahlen im Pflegebereich zwischen 1999 und 2005 insgesamt um rund 136.000 Personen bzw. 21,8 %, hauptsächlich im stationären Bereich. Seit Einfüh-

Die Zahl der Beschäftigten in der Pflegeversicherung im Jahr 1995 betrug rund 300.000 Personen und fand vor allem bei den Altenpflegerinnen und -pflegern statt. In den 11.000 ambulanten Pflegediensten stieg die Zahl der Beschäftigten von 2001 bis 2005 um 13,1 % auf circa 214.000 Beschäftigte an. 87,7 % der Beschäftigten waren Frauen. Fast die Hälfte des Personals (48,1 %) war teilzeitbeschäftigt; 22,4 % der Beschäftigten waren geringfügig beschäftigt. In den 10.400 Heimen waren 2005 insgesamt 546.000 Personen beschäftigt. Das sind 71.000 Personen (14,9 %) mehr als noch 2001; im Bereich Pflege und Betreuung waren 68,5 % tätig. Die Mehrzahl der Beschäftigten (85 %) war weiblich. Teilzeitkräfte machten 44,1% der Beschäftigten aus. 10,1% der Beschäftigten waren geringfügig beschäftigt.

Neben diesem hohen Anteil von Teilzeitbeschäftigung und geringfügiger Beschäftigung ist eine weitere, vergleichsweise neue Entwicklung für den Pflegesektor in Deutschland kennzeichnend. Seit der EU-Osterweiterung werden in Privathaushalten (v. a. in der Rund-um-die-Uhr-Betreuung) zunehmend osteuropäische Pflegekräfte beschäftigt, über deren Entlohnung und Arbeitszeiten kaum etwas bekannt ist. Das gilt auch für die genaue Anzahl von illegal Beschäftigten in der häuslichen Pflege. Laut einer Schätzung von ver.di ist von ca. 115.000 illegal und legal beschäftigten osteuropäischen Pflegekräften in Privathaushalten auszugehen, dabei handelt es sich

mehrheitlich um Frauen. Sowohl hinsichtlich der illegal als auch der legal beschäftigten Arbeitskräfte im Bereich „care work“ ist von schlechten Arbeitsbedingungen auszugehen. Laut ver.di verdienen osteuropäische Pflegekräfte nur ca. 25 bis 50 Prozent der deutschen Fachkräfte, deren Entlohnung für bundesdeutsche Verhältnisse ebenfalls bereits als sehr niedrig gelten muss.

Über die Zentrale Auslandsvermittlung der Arbeitsagentur können Migrantinnen aus den EU-Beitrittsländern bis zu drei Jahre legal in Haushalten mit Pflegebedürftigen als Haushaltshilfen arbeiten. Seit 2010 sind durch eine Änderung der Beschäftigungsverordnung darüber hinaus auch „notwendige pflegerische Alltagshilfen“ zulässig. Insgesamt jedoch gilt die reguläre Beschäftigung vielen Haushalten mit Pflegebedürftigen als „zu teuer“ und hinsichtlich der Vermittlung als zu aufwändig. Im Rahmen der EU-Dienstleistungsfreiheit entstehen weitere Beschäftigungsverhältnisse als „selbstständige Tätigkeit“ von osteuropäischen Migrantinnen, wobei hier für eine Definition als legale Beschäftigung Aufträge bei mehreren Haushalten bestehen müssen. Auch werden in diesem Kontext Arbeitnehmerinnen über im europäischen Ausland angesiedelte Unternehmen zeitlich befristet entsendet. Zum Teil wird dies noch durch deutsche Vermittlungsdienste und Agenturen „gemakelt“. Hier werden zum Teil rechtliche Lücken genutzt; zudem sind Niedriglöhne an der Tagesordnung, die durch Provisionen ggf. noch einmal

geschmälert werden. Wenn ab Mai 2011 der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt für acht osteuropäische Staaten (mit Ausnahme von Rumänien und Bulgarien) keinen Einschränkungen mehr unterliegt, wird sich zeigen, ob diese Vermittlungsagenturen überflüssig werden oder - wie von Gewerkschaftsseite prognostiziert - zumindest unter Druck geraten.

Schließlich gibt es auch in der Pflege eine Zunahme der Leiharbeit, eine weitere Form der atypischen Beschäftigung. Eine von der Hans Böckler Stiftung geförderte Studie des IAT macht das deutlich: Wenn gleich deren absolute Zahl mit ca. 19.000 Beschäftigten noch relativ gering ist, hat sich die Zahl der im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe beschäftigten Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmer seit 2004 verfünffacht.

Die allgemeine Entsicherung und Deregulierung im Erwerbsbereich sowie Globalisierungs- bzw. Europäisierungsprozesse befördern also die mangelhafte Qualität der Arbeitsverhältnisse im Gesundheits- und Sozialwesen. Aber ist damit die extrem schlechte Situation für Beschäftigte im Pflegebereich schon hinreichend erklärt?

Anerkennungsdefizite und Geschlechtercode

Eine weitere Ursache für diese Entwicklung ist darin zu sehen, dass Gesundheits- und Sozialberufe mit einem massiven Defizit an gesell-

schaftlicher (und in Folge auch monetärer) Anerkennung konfrontiert sind. Gesundheits- und Sozialberufe haben als personenbezogene Dienstleistungen ein schlechtes Image. Sie gelten als „einfache“ Dienstleistungen, die niedrigproduktiv und ohne umfassende Qualifikation zu erbringen sind. Dabei spiegeln sich in diesem Verständnis sehr stark geschlechterbezogene Zuschreibungen und Hierarchien wider.

Die dahinter stehende Annahme ist, dass personenbezogene Dienstleistungen jeder leisten kann, oder zutreffender gesagt: jede. Für diese Tätigkeiten scheint keine besondere Qualifikation notwendig zu sein, so dass sie oftmals im Bereich der Semiprofessionalität verortet werden. Arbeit mit und am Menschen erfordert jedoch u. a. Empathie, Verantwortungsbewusstsein, Erfahrungswissen und Flexibilität. Diese sozialen Kompetenzen werden auf dem (Pflege-)Arbeitsmarkt und in der Tarifpolitik erwartet, aber ungeachtet dessen werden sie eben nicht als Leistung anerkannt und materiell nur gering entlohnt.

Insbesondere die Frauen zugewiesenen Kompetenzen werden häufig geringgeschätzt. Frauen werden nach wie vor bestimmte Eigenschaften zugeschrieben, daher gelten sie qua Geschlecht als besonders geeignet für bestimmte Tätigkeiten. So wird argumentiert: „Weil Frauen so einfühlsam sind, sind sie für die Pflege älterer Menschen besonders geeignet.“ Oder: „Weil Frauen Kinder gebären, können sie besonders

gut Kinder betreuen und erziehen.“ Dabei ist es im Ergebnis beinahe egal, ob diese Eignung biologisch oder sozialisationsspezifisch begründet wird. Arbeitsinhalte wie Pflege, Betreuung und Erziehung werden auf diese Weise eher der Privat- als der Erwerbssphäre zugeordnet und damit Frauen zugewiesen: Personenbezogene Dienstleistungen gelten als „Frauenjobs“. Und hier schließt sich der Kreis: es handelt sich dabei um traditionelle Zuverdiensttätigkeiten.

Handlungsfelder und Perspektiven

Angesichts der problematischen arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen nun zu den Entwicklungsperspektiven im Pflegektor. Insgesamt wird die Pflegebranche durch die Alterung der Gesellschaft, die Zunahme von pflegebedürftigen Personen sowie den Wandel von Familien- und Geschlechterverhältnissen an Bedeutung gewinnen. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 haben sich - neben dem Wachstum informeller Beschäftigung im Privathaushalt - ein Ausbau professioneller Pflege und die Entwicklung einer breiteren Pflegeinfrastruktur vollzogen. Die Begrenzung der Einnahmen für die Pflegeversicherung und die unzureichende Anpassung von Pflegesätzen haben jedoch massiv zu den schlechten Arbeitsbedingungen im Pflegesektor beigetragen. Nicht zuletzt hieraus resultiert ein enormer Fachkräftemangel in der Pflege, der den arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Handlungsdruck jedoch

offenbar noch nicht hinreichend für Reformen im Interesse von Beschäftigten sowie Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erhöht hat. Handlungsfelder gibt es dabei mehr als genug.

Zum ersten ist die „Entprekariisierung“ von atypischen Beschäftigungsverhältnissen hinsichtlich der Dimensionen Entgelt und soziale Sicherung ein wesentlicher Schritt auch zur Verbesserung der Situation in der Pflege. Zwar gilt in Deutschland seit dem 1. August 2010 ein Mindestbruttolohn für den Pflegebereich, der im Westen 8,50 Euro und im Osten 7,50 Euro beträgt. Dieser branchenspezifische Mindestlohn wurde über das „Arbeitnehmerentendegesetz“ ermöglicht: So können Arbeitgeber und Gewerkschaften beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) für einzelne Branchen, in denen eine Tarifbindung von über 50 % besteht, die Aufnahme in dieses Gesetz beantragen. Der Tarifvertrag und der tariflich vereinbarte Lohn werden damit allgemein verbindlich. Diese Regelung gilt jedoch nicht für Privathaushalte als Arbeitgeber, so dass die Situation von Haushaltshilfen/ Pflegekräften in der häuslichen Pflege weiterhin keinerlei staatlicher und gewerkschaftlicher Kontrolle unterliegt. Auch für Beschäftigte im Pflegesektor, die nicht überwiegend pflegerische Tätigkeiten in der Grundpflege übernehmen, gilt der Mindestlohn nicht. Niedriglöhnen muss durch einen angemessenen gesetzlichen Mindestlohn entgegengewirkt werden, mit dem eine übergreifende verbindliche Lohnun-

tergrenze eingezogen werden kann. Vor allem müssen mit Blick auf die Tarifpolitik Arbeitsbewertungsverfahren so gestaltet werden, dass die gesellschaftliche wie monetäre Unterbewertung der personenbezogenen, weiblich konnotierten Dienstleistungen nicht fortgesetzt werden kann. Damit könnte auch von Seiten der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände ein wichtiges Zeichen gegen die Unterbewertung der Pflegetätigkeit gesetzt werden. Vor dem Hintergrund des niedrigen Renteneintrittsalters im Pflegebereich und der frühen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist die Entgeltfrage in diesem Bereich von besonders hoher Bedeutung. Nur durch eine angemessene Entlohnung kann drohende Altersarmut für viele Beschäftigte abgewendet werden. Auch Fragen der Arbeitsgestaltung und des Gesundheitsschutzes (Stichworte Partizipation und Mitbestimmung) sind für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit unabdingbar. Dem steht jedoch die traditionell geringe kollektive Organisation im Pflegebereich (v. a. bei den privaten Anbietern) im Weg. Alternative Strategien der Interessenorganisation, insbesondere für die Beschäftigten in Privathaushalten, müssen ausgelotet und erprobt werden.

Zum zweiten sollten sich politische Überlegungen aber auch auf den Ausbau des Dienstleistungssektors insgesamt beziehen, um die Weichen hier geschlechterpolitisch neu zu stellen. Denn „gute Arbeit“ im Dienstleistungssektor und die Qualität von Dienstleistungen müssen zusammengedacht werden. Daher müssten frauentypische Dienstleistungstätigkeiten von aufwertenden Maßnahmen wie z. B. der Verbesserung der schlechten Ausbildungsbedingungen oder der Implementierung fachlich sinnvoller und zugleich praktikabler Qualitätsstandards begleitet werden. Anderenfalls kommt es auch zu sozialen Schieflagen innerhalb der Gruppe von Frauen, da Frauen sich in einer Doppelrolle als Beschäftigte dieses Sektors und als Inanspruchnehmende von Dienstleistungen (z. B. für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf) befinden. Bestimmte Gruppen von Frauen nutzen dementsprechend die Dienstleistungen, die beispielsweise Migrantinnen zu schlechten Konditionen im familiären Kontext anbieten müssen. Der Blick auf die skandinavischen Staaten, in denen ein großer, öffentlich finanzierter Dienstleistungssektor vorzufinden ist, kann dabei den Blick für notwendige Kurskorrekturen in Deutschland schärfen helfen.

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. Julia Lepperhoff, Evangelische Hochschule Berlin (EHB),
Studiengang Soziale Arbeit, Teltower Damm 118-122, 14167 Berlin,
lepperhoff@eh-berlin.de

Tatjana
Fuchs

Wer pflegt die Pflegenden?

Auf Abruf, unterbezahlt, unsicher beschäftigt – wenn Arbeit zu einer Quelle von Krankheit wird

Der folgende Beitrag beleuchtet die Arbeits- und Einkommensbedingungen aus der Sicht von Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege. Nachfolgender Abschnitt 1 beleuchtet die Datenbasis, die diesem Artikel zu Grunde liegt, Abschnitt 2 beschreibt die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustandes von Pflegekräften; in Abschnitt 3 werden diese Ergebnisse im Kontext der subjektiv wahrgenommene Arbeitsqualität in der Pflege erörtert.

Vorbemerkung zur empirischen Basis

Die vorliegende Kurzstudie beleuchtet verschiedene Merkmale der Arbeitsqualität aus der Sicht von Beschäftigten in Kranken- und Altenpflegeberufen. Die Basis für diese Untersuchung sind die zusammengeführten Wellen der jährlichen DGB-Index-Erhebungen zwischen 2007 und 2009. Dieser Datensatz umfasst 21.737 repräsentativ befragte deutschsprachige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (schriftlich-postalische Befragung), darunter 672 Beschäftigte aus den Krankenpflegeberufen und 288 aus

der Altenpflege. Rund die Hälfte der Befragten aus der Pflege sind vollzeitbeschäftigte Frauen, ein weiteres Drittel sind weibliche Teilzeitbeschäftigte, ein Fünftel der Befragten sind vollzeitbeschäftigte Männer. Im Rahmen der DGB-Index-Erhebungen wird zum einen ermittelt, wie einzelne Arbeitsbedingungen von den Befragten subjektiv wahrgenommen werden (z. B. wie wird der Führungsstil beschrieben und erlebt), zum anderen werden verschiedene Fakten wie Einkommen, arbeitsvertragliche Merkmale etc. erfragt. Drittens wird das subjektive Gesundheitserleben, die Zufriedenheit und das emotionale Erleben der Arbeit (Frustration, Freude, ...) ermittelt.

Beschäftigungssituation und Einkommen in der Pflege

Die Einkommensverteilung in der Pflege ist durch einen hohen Anteil von Niedrigeinkommen geprägt. Dies gilt in verstärkter Form für die Einkommenssituation in der Altenpflege: 28 % der Vollzeitbeschäftigten in der Krankenpflege und 54 % der Vollzeitbeschäftigten in der Altenpflege beziehen ein Bruttoeinkommen von unter 1.500 Euro. Weitere 17 % der Einkommen in beiden Berufsgruppen liegen zwischen 1.500 und 2.000 Euro brutto - und damit im prekären Einkommensbereich. Für die materielle Absicherung der Pflegebeschäftigten

bedeutet dies, dass knapp zwei Drittel der Altenpflegerinnen und -pfleger (61 %) und 45 % der Krankenpflegerinnen und -pfleger - selbst bei 45 Jahren Vollzeitarbeit mit den entsprechenden Beiträgen in die gesetzliche Rentenversicherung - lediglich eine Rente in Höhe der Grundsicherung beziehen werden. Lediglich 15 % der Vollzeitbeschäftigten in der Krankenpflege und sogar nur 5 % in der Altenpflege beziehen für Vollzeitarbeit ein Bruttoeinkommen von mindestens 3.000 Euro. Darüber hinaus zeigt eine geschlechtsspezifische Analyse der Einkommensverteilung, dass vollzeitbeschäftigte Frauen in der Pflege erheblich häufiger Niedrigeinkommen beziehen als vollzeitbeschäftigte Männer.

Auch die arbeitsvertraglichen Standards vermitteln in Pflegeberufen teilweise weniger Sicherheit als in anderen Berufen: So ist beispielsweise der Befristungsanteil mit 16 % überdurchschnittlich hoch. Damit ist mehr als jedes achte Arbeitsverhältnis durch einen begrenzten Kündigungsschutz und eine geringe Beschäftigungsperspektive gekennzeichnet. Darüber hinaus arbeiten 4 % der Befragten in Minijobs und 1 % in Zeitarbeit.

Werden die Angaben zum Beschäftigungsverhältnis und zur Einkommenssituation miteinander kombiniert, lässt sich ermitteln, wie viele Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege relative Sicherheit vermitteln, indem die Beschäftigten unbefristet, außerhalb von Zeitarbeit tätig sind und zugleich ein Existenzsicherndes

Bruttoeinkommen von mindestens 2.000 Euro brutto beziehen. Dies trifft lediglich auf 33 % der Pflegebeschäftigten zu. Unter den Vollzeitbeschäftigten sind es 44 %, unter den Teilzeitbeschäftigten 7 %.

Arbeitserleben: Pflege bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters?

In der DGB-Index-Befragung werden die Beschäftigten gebeten, vor dem Hintergrund ihrer Arbeit und ihres Gesundheitszustandes einzuschätzen, ob sie unter den derzeitigen Anforderungen ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können. Die alarmierende Botschaft lautet: lediglich 22 % der Befragten aus den Pflegeberufen können eine zuzusichernde Antwort geben, 18 % sind sich unsicher und 60 % geben an, dass sie sich nicht vorstellen können, unter den gegenwärtigen Bedingungen bis zum Erreichen der Rente weiter zu arbeiten. Unter den vollzeitbeschäftigten Frauen in der Pflege teilen sogar 65 % eine solch pessimistische Einschätzung ihrer weiteren Arbeitsfähigkeit.

Die Selbsteinschätzung der weiteren Arbeitsfähigkeit wird stark durch das Gesundheitserleben beeinflusst. Wer sich während der Arbeitswoche gesund und aktiviert fühlt, wird eher eine optimistische Zukunftsprognose abgeben als Personen, die mit vielen Beschwerden und gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen haben.

Pflegebeschäftigte berichten außergewöhnlich häufig von gesundheit-

lichen z. T. Mehrfach-Beschwerden: 84 % geben an, mindestens zweimal pro Monat an Schmerzen im unteren Rücken, Nacken- oder Schulterbereich zu leiden, 73 % berichten ebenso häufig von Erschöpfungszuständen an Arbeitstagen. Aber auch Kopfschmerzen, Nervosität und Reizbarkeit, nächtliche Schlafstörungen und Schmerzen in den Beinen gehören zu den gesundheitlichen Beschwerden, die bei nahezu jeder zweiten Pflegekraft mindestens zweimal monatlich auftreten. Lediglich 4 % der Pflegekräfte arbeiten weitgehend beschwerdefrei, das heißt, bei ihnen treten keine oder nur selten Beschwerden auf. 16 % berichten von maximal 1 bis 3 Beschwerden, die regelmäßig an Arbeitstagen auftre-

Gesundheitserleben in der Pflege – im Kontext der wahrgenommenen Arbeitsqualität

Nur 7 % der Pflegebeschäftigten berichten von umfassend guten Arbeits- und Einkommensbedingungen, d. h., es gibt viel zu selten gute Arbeitsbedingungen in der Pflege.

Diese 7 % der Beschäftigten empfinden ihr Einkommen als angemessen und ihr Arbeitsverhältnis als sicher. Sie berichten von zahlreichen Ressourcen: Vorgesetzte bringen ihnen Achtung und Wertschätzung entgegen und sind unterstützend. Sie können ihre Arbeit beeinflussen und ha-



ten. Mithin kommt es bei 80 % der Pflegekräfte zu einer Häufung von gesundheitlichen Einschränkungen, wobei 30 % sogar von 10 und mehr Beschwerden berichten. Damit rangieren die Pflegebeschäftigten unter jenen Berufsgruppen mit der höchsten Beschwerdekumulation.

ben Entwicklungsmöglichkeiten. Sie berichten von planbaren und beeinflussbaren Arbeitszeiten und haben genügend Zeit für ihre Arbeit. Es kommt zu keinen oder nur wenigen körperlichen oder psychischen Belastungen. Kurz gesagt: 10 % der Beschäftigten bezeichnen ihre Arbeitsbedingungen als umfassend gut.

Mehr als fünfmal so viele, nämlich 46 % der Pflegebeschäftigten bezeichnen ihre Arbeitsbedingungen als belastend: Zeit- und Leistungsdruck, Konflikte, unwürdige Behandlung, einseitige und körperlich schwere Arbeit. An ihrem Arbeitsplatz fehlen alle positiv wirkenden Ressourcen: Die Führungskräfte unterstützen nicht, es fehlen Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten und auch die Einkommenssituation wird als unzureichend beschrieben.

Fast ebenso viele Pflegebeschäftigte berichten von mittelmäßigen Arbeitsbedingungen. Sie empfinden zwar ihre Arbeitssituation nur vereinzelt als belastend, aber an ihren Arbeitsplätzen fehlt es an Unterstützung, an Entwicklungsperspektiven, an Einflussmöglichkeiten oder an planbaren Arbeitszeiten. Diese 47 % der Beschäftigten halten es für dringend, dass die Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Setzen wir diese Selbsteinschätzung der weiteren Arbeitsfähigkeit in einen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen, so kommen wir zu folgendem Ergebnis: Wenn die Pflegebeschäftigten gute Arbeits- und Einkommensbedingungen haben, dann können sie sich zu 58 % vorstellen, gesund das Rentenalter zu erreichen. Wird die aktuelle Arbeitssituation als belastend und schlecht gestaltet beschrieben, blicken nur noch 9 % vergleichbar optimistisch in die Zukunft. Im Gegensatz dazu sind 76 % ausgesprochen skeptisch, ob sie

unter diesen Bedingungen noch bis zur Rente durchhalten können. Dies deutet darauf hin, dass in vielen Fällen eine schlechte Arbeitssituation die Gesundheit beeinträchtigt. Viele Pflegekräfte können sich unter diesen Bedingungen nicht vorstellen, wie sie dies noch länger durchhalten.

Betrachtet man den Zusammenhang von Beschwerden und Arbeitsbedingungen, so zeigt sich, dass Beschäftigte, die von schlechten, belastenden Arbeitsbedingungen berichten, sehr häufig unter verschiedenen Beschwerden leiden. Rückenschmerzen und Erschöpfung gehören für rund 90% zum Arbeitsalltag und auch Kopf und Gliederschmerzen sowie Nervosität und Schlafstörungen prägen für die Mehrheit das Arbeitsleben. 45 % berichten in dieser Gruppe von zehn und mehr gesundheitlichen Beschwerden, die mindestens zweimal pro Monat auftreten. Niemand arbeitet beschwerdefrei.

Sind die Arbeitsbedingungen zumindest mittelmäßig, so nimmt die Verbreitung der einzelnen Beschwerden bereits deutlich - teilweise bis zur Hälfte - ab. In dieser Gruppe arbeiten immerhin 6 % beschwerdefrei, bei 22 % treten vereinzelt Beschwerden auf. Zu extremen Beschwerdebildungen kommt es noch bei 17 % der Befragten.

Unter Beschäftigten, die von guten Arbeitsbedingungen berichten, sind Beschwerden noch erheblich seltener: 23 % arbeiten beschwerde-

frei, 40 % berichten von vereinzelt Beschwerden. Es treten keine Beschwerdebildungen von mehr als acht Beschwerden auf.

Wir können eine starke Korrelation von wahrgenommener Qualität der Arbeit und angemessenem Einkommen einerseits und dem Gesundheitsempfinden andererseits zeigen. Und dies hat natürlich auch Einfluss darauf, ob sich Menschen vorstellen können, ein Arbeitsleben lang gesund zu bleiben bzw. gesund bis zur Rente zu kommen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Arbeits- und Einkommensbedingungen in der Pflege nur selten positiv erlebt werden: Lediglich 7 % berichten von Einkommens- und Beschäftigungssicherheit, von vielen unterstützenden Arbeitsbedingungen (Ressourcen) und erleben die Arbeit als nicht belastend. Andererseits erleben 46 % der Pflegebeschäftigten ihre derzeitige Arbeitssituation in nahezu jeder Hinsicht als belastend. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass jene Beschäftigte, die von gut gestalteten Arbeitsbedingungen berichten, sich gesünder fühlen und sich in der Regel vorstellen können, ihre jetzige Tätigkeit bis zum Erreichen

des Rentenalters weiter auszuüben. Diese Befunde lassen begründete Zweifel daran, ob die heutigen Arbeitsbedingungen in der Pflege den Grundsätzen menschengerechter Arbeitsgestaltung genügen, wie sie als verpflichtende Zielsetzung im Arbeitsschutzgesetz formuliert ist. Als human, im Sinne von menschengerecht, „werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht - oder allenfalls vorübergehend - beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potenziale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen“ (Ulich, 2001). Ein nicht unwesentlicher Teil der Arbeitsplätze in der Pflege scheint davon sehr weit entfernt zu sein. Vielmehr steht die Frage im Raum, wer zukünftig die ehemaligen Pflegekräfte pflegen wird, die in der Regel ein Renteneinkommen in der Höhe des Grundversicherungsniveaus beziehen werden und nicht selten gesundheitsbedingt vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden werden. Aus der Pflege in die Pflege - wollen wir das?

Literatur bei der Verfasserin

Tatjana Fuchs, Soziologin am Internationalen Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES) GgmbH, Connollystr. 6, 80809 München, fuchs@inifes.de

Christine
Morgenroth

Qualitätskontrolle bis zum Burnout? Gesundbleiben in Sozial- und Pflegeberufen

Vorbemerkung

In meiner Tätigkeit als Supervisorin in vielen Teams aus dem Gesundheitssektor, insbesondere der ambulanten und stationären Pflege, höre ich immer wieder ähnliche Klagen, die sich um ein generelles Überlastungsgefühl drehen:

- wir haben keine Zeit für die Patientinnen und Patienten;
- die Dokumentation frisst uns auf;
- wir haben immer weniger Personal, aber immer stärker erweiterte Aufgaben;
- die alten Menschen sind multimorbide und kaum noch mobil (in den Altenpflegeheimen);
- die Patientinnen und Patienten werden immer kränker, gestörter (Beratungsstellen und Suchteinrichtungen);
- der Ton im Krankenhaus wird immer rauer, keine Zeit mehr für Menschlichkeit.

Das Ergebnis ist ein Gefühl von Überforderung, Unzufriedenheit und dem permanenten Nacharbeiten: immer läuft man den eigenen Zielen hinterher, die unerfüllbar bleiben.

Daten zum Krankenstand allgemein/ speziell Pflege

Die Krankenstände in den Gesundheitsberufen sind hoch. Die Gesundheitsreporte der DAK, denen die Da-

ten von ca. 2,5 Millionen Mitgliedern (davon zwei Drittel Frauen) zugrunde liegen, weisen seit Jahren aus, dass das Gesundheitswesen mit 3,7 % die Branche mit dem höchsten Krankenstand ist - gegenüber dem Vorjahr ist er zudem um 0,1 Prozentpunkte gestiegen.

Betrachten wir den Krankenstand nach Alter und Geschlecht, findet sich bis 25 Jahre kein Unterschied zwischen Frauen und Männern, dann gibt es eine Differenz von 3-6 Prozentpunkten zugunsten der Männer, die etwas seltener erkranken - wahrscheinlich, weil sie überproportional viele Leitungspositionen innehaben und Leitungskräfte zufriedener mit ihrer Tätigkeit sind.

Erwartungsgemäß nimmt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU) mit dem Alter zu. Bei den über 60jährigen dauern 61 % aller Erkrankungen länger als sechs Wochen.

Besorgniserregend ist die Zunahme psychischer Erkrankungen: Depressionen und Angststörungen stehen bei Frauen an dritter Stelle (nach Muskel-/ Skelett- und Atemwegserkrankungen) mit 13,1 %, bei Männern nehmen sie mit 8,7 % „nur“ den vierten Rang ein. Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt mit dem Lebensalter an und hat bei den 35-39jährigen den höch-

sten Anteil mit 12,5 %. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die Bedeutung der psychischen Erkrankungen (bei jedoch insgesamt steigendem Krankenstand) wieder ab und liegt bei den über 60jährigen nur bei 9 %.

Die Häufung der psychischen Erkrankungen in der weiblichen Lebensmitte verweist auf Probleme, die auch jenseits der professionellen Arbeit liegen. In der Lebensmitte häufen sich Krisen und Konflikte, der Druck der Vereinbarkeitsthemen ist besonders groß. Burnout-Phänomene treten in diesem Zusammenhang auf als Ausdruck der umfassenden Überlastungssituation, die aus einer Verbindung von beruflichen und privaten Anforderungen erwächst.

Damit in Zusammenhang zu sehen ist auch die weitaus höhere Zahl depressiver Erkrankungen bei Frauen. In wachsendem Umfang handelt es sich dabei um Erschöpfungsdepressionen, deren Nähe zum Burnout evident ist. Quelle der Erkrankung ist dauerhafte Überforderung durch äußere Bedingungen, die durch eine innere Bereitschaft und Leistungswillen gestützt werden. Nicht also der äußere Zwang allein, vielmehr die Kombination mit den verinnerlichten Normen, diese Ansprüche aus eigenem Willen erfüllen zu wollen, ist der Einstieg, die Grenzen der Selbstsorge permanent zu überschreiten. Dass hohe Leistungsbereitschaft in einer Leistungsgesellschaft auch ein sozial hoch geachteter Wert ist, muss kaum gesondert betont werden.

Das Risiko von Frauen, einmal im Leben an einer Depression zu er-

kranken, liegt zwischen 10 und 25 %, bei Männern zwischen 5 und 12 %. Zudem gibt es eine starke Tendenz zu rezidivierenden Verläufen, die Depression kommt wieder. Ein Drittel der Erkrankten erlitten im Lauf der nächsten drei Jahre nach der Ersterkrankung eine erneute Episode. Es ist davon auszugehen, dass gegenwärtig in Deutschland vier Millionen Menschen akut an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt sind, EU-weit sind es akut 20 Millionen Menschen. „In Deutschland liegen die Kosten depressionsbedingter Frühberentungen bei 1,5 Milliarden Euro jährlich. An Arbeitsunfähigkeit werden nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit pro Jahr etwa elf Millionen Tage durch über 300.000 depressive Erkrankungsfälle verursacht: Tendenz steigend.“ (Stiftung Deutsche Depressionshilfe/Internetquelle)

Diese Daten geben unmissverständliche Hinweise auf eine große Belastung, die sich in Stress ausdrückt und längerfristig zu stressbedingten Erkrankungen führt. Das zeigen nicht allein die vermehrt auftretenden AU-Zeiten wegen psychischer Erkrankungen, Stress senkt auch die Immunabwehr, sodass eine Vielzahl der Atemwegserkrankungen ebenfalls der Stressbelastung geschuldet sein kann.

Veränderungen in den Arbeitsfeldern der Pflege

Als besonders belastend wird das ständig wachsende Arbeitstempo beschrieben und der immer noch

steigende Anteil der Arbeitszeit, die für Dokumentationsaufgaben verwendet wird: Im Folgenden beziehe ich mich auf eine Sonderuntersuchung der DAK in Verbindung mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die 2005 4.000 Mitarbeiterinnen der stationären Krankenpflege intensiv befragt hat. Ein Jahr später legte sie eine entsprechende Untersuchung für die ambulante Pflege vor, für die 1.300 Mitarbeiterinnen schriftlich befragt wurden. Beide Berichte stellen die Datenbasis für die folgenden Überlegungen zur Verfügung.

In beiden Studien stoßen wir auf interessante Details. So ist eine deutliche Mehrheit (zwei Drittel) der Auffassung, dass eine sorgfältige Dokumentation zur Aufwertung der Pfl egetätigkeit insgesamt beiträgt.

Die kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten, das notwendige Kostenbewusstsein der Pflegekräfte sowie stattfindende Strukturveränderungen (Personalabbau, Trägerwechsel, Personalfuktuation) werden als negativ eingeschätzt. Aus Sicht der Pfl egenden haben die positiv zu bewertete Aufgabenvielfalt und die fachlichen Anforderungen fast ebenso stark zugenommen wie die Dokumentationsaufgaben und das Arbeitstempo.

Generell hat die Arbeitszufriedenheit im Vergleich von 1999 und 2006 abgenommen. Dies zeigt sich in allen Altersgruppen, besonders deutlich aber bei den Älteren. Immerhin knapp 20 % sind derart unzufrieden,

dass sie über einen Wechsel des Berufs oder des Arbeitsplatzes nachdenken.



Wie wird Qualitätsmanagement (QM) aufgenommen und welche Effekte hat es tatsächlich?

QM gehört inzwischen zum Standard der meisten Häuser. Generell gilt die Aussage, dass sich mit dem QM die Dokumentationsarbeit vermehrt. Es zeigen sich aber signifikante Unterschiede in der Einschätzung in Abhängigkeit davon, wie gut die Pflegekraft mit dem QM-System vertraut ist. Diejenigen, die sich gut informiert fühlen und sich an QM-Aktivitäten beteiligen können, bewerten die Auswirkungen auf Patientinnen bzw. Patienten und Pflegekräfte zu 40-50 % positiv. Ist dagegen das QM-System wenig bekannt und verankert, werden die Auswirkungen deutlich negativer bewertet. Grundsätzlich stellen aber 40 % der Befragten aus der stationären Pflege fest, dass mit QM eine zusätzliche Arbeitsbelastung für die Pfl egenden verbunden ist.

In Einrichtungen mit gut verankertem QM-System werden die Partizipationsmöglichkeiten insbesondere in QM-Prozesse für die Pflegenden deutlich positiver beschrieben:

„Pflegende, die sich gut informiert fühlen und die ausreichend große Beteiligungsmöglichkeiten an den QM-Aktivitäten der Einrichtung haben, sind zu 37,9 bzw. 44,9 % der Meinung, dass das Qualitätsmanagement zu Verbesserungen für die Arbeit der Pflegekräfte geführt hat. Die wenig Informierten bzw. Beteiligten sehen daher mehrheitlich keine Verbesserungen.“ (DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 - Stationäre Krankenpflege S. 69)

Entsprechend unterscheidet sich auch die Bewertung der Auswirkungen von QM auf die Patienten: Die Gruppe der gut Informierten und Beteiligten sieht zu nahezu 50 % eine Verbesserung für die Patienten (und weitere 34 % stellen immerhin noch teilweise Verbesserungen fest), sodass die gut Informierten/ Eingebundenen eine recht hohe positive Einschätzung der Auswirkungen von QM-Prozessen auf Pflegenden und Patient(inn)en teilen.

Naturgemäß sieht das bei den wenig Informierten/ Eingebundenen deutlich anders aus: Über 70 % sehen gar keine Verbesserungen für die Pflegenden, nur knapp 4 % der Befragten aus der Gruppe der Uninformierten/ Uneingebundenen sehen positive Auswirkungen; ca. 55 % sehen gar keine Verbesserung für die Patient(inn)en, ca. 28% nur teilweise.

Zusammenfassend: Je unbekannter QM ist, desto unbeliebter ist es auch. Das führt dann auch zu vermutlich verzerrten Wahrnehmungen, denn Unbekanntes wirkt bedrohlich und wird daher intuitiv abgelehnt. Dass gute Beteiligungsmöglichkeiten die Arbeitsmotivation erhöhen und das Arbeitsklima verbessern, bestätigt die zitierte Untersuchung. Befragte aus Einrichtungen, die gute bis sehr gute Beteiligungsmöglichkeiten haben, stellen auch gute, d. h. offene und transparente Kommunikation zwischen Abteilungen und Berufsgruppen fest (44,5 %), ebenfalls eine gute Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen (47 %). Dass ärztliche und pflegerische Aufgaben gut aufeinander abgestimmt sind, betonen sogar 50,7 % der Befragten aus diesen beteiligungsorientierten Einrichtungen. Das heißt, die Arbeitszufriedenheit wird in hohem Umfang durch die Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung beeinflusst.

Höhere Zufriedenheit in der ambulanten Pflege ?

Werfen wir einen Blick auf die Bedingungen in der ambulanten Pflege, so zeigt sich insgesamt eine ähnliche Tendenz mit einigen bedeutsamen Abweichungen. So sind die ambulanten Pflegekräfte insgesamt zufriedener mit ihrer Arbeit. Ca. 80 % aller Pflegedienste haben ein QM-System implementiert; auch hier ist ein Drittel aller ambulanten Pflegekräfte der Meinung, dass QM überwiegend zu Mehrarbeit führt. 18,2 % aller Befragten verwenden täglich mehr als eine Stunde für die Doku-

mentation. Allerdings zeigen die genauen Zahlen, dass bei Einrichtungen mit einem gut implementierten QM-System der Dokumentationsaufwand geringer ist. Nehmen wir diejenige Gruppe, die ihren täglichen Dokumentationsaufwand mit mehr als einer Stunde angibt, dann finden sich darunter 32 % aus Einrichtungen ohne QM, 20,6 % Befragte, wo QM im Pflegedienst, aber nicht im eigenen Arbeitsbereich existiert, sowie 18,6 % derjenigen mit QM-Systemen im eigenen Arbeitsbereich. Unter bestimmten Bedingungen (hohe Beteiligung) kann QM zu Entlastungen führen. Dass dies in der ambulanten Pflege deutlicher auftritt, hat gewiss mit den kleinen Organisations-Einheiten zu tun, die strukturell eine hohe Transparenz für alle herstellen; zudem sind flache Hierarchien gewiss eine bessere Voraussetzung für Partizipation!

Ein weiteres Detail möchte ich noch erwähnen: die körperliche, vor allem aber die psychische Belastung ist in der ambulanten Pflege deutlich größer. Die umfassende Konfrontation mit der Lebenssituation der Patientinnen und Patienten, vor allem auch deren Angehörige erfordern häufig ein beträchtliches kommunikatives und interaktives Geschick, um die vielen Situationen der Angst, Hilflosigkeit und Überforderung aufzufangen; hierfür sehen sich die Pflegenden oft nicht hinreichend ausgebildet und unterstützt, zur Verarbeitung dieser Erfahrungen sollte den Pflegenden regelmäßig

professionelle Unterstützung angeboten werden.

Gesundbleiben: Supervision und andere Maßnahmen

Trotz identifizierter Stressfaktoren zeigen sich aber auch in diesen Arbeitsfeldern beträchtliche Ressourcen.

Ich gehe davon aus, dass die allermeisten Beschäftigten in den Gesundheitsberufen diesen Bereich gewählt haben, weil sie die Sorge für andere, die Pflege von Schwachen und Hilfsbedürftigen als befriedigend und bereichernd erleben und nicht nur als Last oder gar als Notlösung (auch wenn wir an dieser Stelle über den Zusammenhang von Pflegeberufen und Geschlechterstereotypen trefflich spekulieren könnten). Die Abhängigkeit der Menschen von der verlässlichen und kontinuierlichen Pflege durch andere Menschen wird beträchtlich zunehmen, insbesondere wenn stabile familiäre Verbindungen zersplittern. Aus diesem versorgenden pflegerischen Tun erwächst eine intensive Rückkopplung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Pflege, aber auch zwischen Angehörigen und den Professionellen. Es entstehen befriedigende Beziehungen und Bindungen.

Was trägt also dazu bei, gesund zu bleiben?

Unbestritten steht ein hohes Maß an Partizipation, an Einbindung in die betrieblichen Entscheidungsprozesse

in direktem Zusammenhang mit einer hohen Arbeitszufriedenheit.

Die sogenannte Selbstwirksamkeit, d. h. die Erfahrung, durch eigene Aktivität etwas bewirken zu können, macht gerade im innerbetrieblichen Bereich viel aus. Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Eindruck haben, ihre Belange finden kein Gehör, Verbesserungsvorschläge sind nicht willkommen, wenn ein schlechter Kommunikationsstil unter den Kolleginnen und Kollegen im Team vorherrscht und die Leitung sich nicht um Transparenz bemüht, dann kann der Motivationspegel bis zum Dienst nach Vorschrift, bis zur inneren Kündigung absinken. Wenn das geschieht, wird auch die Beziehung zu Patientinnen und Patienten als Ressource nicht mehr nutzbar, ihr Fehlen wird aber mit zusätzlichen Gewissensbissen beantwortet, ein weiterer Stressor in den angedeuteten Teufelskreisen.

Was kann konkret getan werden und vor allem auch: von wem?

1. Gesellschaftliche Ebene:

Zur gesellschaftlichen Verantwortung möchte ich an dieser Stelle nur Stichworte nennen, es geht um die Schaffung neuer Rahmenbedingungen:

- *Geschlechtergerechter Generationenvertrag;
- *Enttraditionalisierung von Geschlechtsrollen;
- *Pflege- und Beziehungsarbeit aufwerten/ neu bestimmen.

2. Individuelle Ebene:

*professionelle Identität prüfen und modifizieren;

*Mehrfachbelastungen beachten und reduzieren (Stichwort ist hier das "Dasein für andere": Bei Doppelt-/ Dreifachbelastung aufgrund traditioneller Arbeitsteilung zu Hause wird die Belastungsgrenze überschritten;

* eigene Bedürfnisse wahrnehmen und realisieren (Entspannungs- und Regenerationsansätze praktizieren: Sport, Yoga etc.);

* Fortbildungen und andere Qualifizierungsmaßnahmen verwirklichen.

Es gilt aber auch: Die Verantwortung darf nicht allein bei den Pflegekräften liegen.

3. Betriebliche Ebene:

* Beteiligungsmöglichkeiten schaffen bzw. vorhandene intensivieren;

* Entscheidungsprozesse (gerade bei gravierenden Veränderungen und Innovationen) transparent gestalten;

* vorhandene Instrumente wie QM nutzen;

* vorhandene Potenziale stärken: grundsätzlich besteht eine große Motivation, die sinnstiftende befriedigende Arbeit in Beziehungen in der Pflege fortzusetzen;

* Team als Ressource begreifen, Kollegialität und Wertschätzung im Umgang miteinander stärken.

Daneben gibt es positive Erfahrungen mit regelmäßiger Supervision. Sie ist ein geeignetes Instrument zur

- Qualitätssicherung via Fall-Supervision;
- zum Abbau von individuellen Belastungen;
- zur Verbesserung von Teamprozessen;

- um den angemessenen Umgang mit Konflikten zu lernen;
- zum Ausdruck von Wertschätzung durch die Leitung;
- zur Entwicklung einer guten Kommunikationskultur;
- zur Verbesserung der Kooperationsformen.

Supervision ist ein Instrument zur Sicherung von Qualität, jedoch AUCH ein Mittel zur Krankheitsprophylaxe, indem Spannungen abgebaut, Fallbetreuungen verbessert, der Umgang mit Angehörigen professionalisiert und das Verständnis von Veränderungsprozessen erhöht wird. Eine erhöhte Arbeitszufriedenheit senkt die stressbedingte Erkrankungsgefahr.

Literatur bei der Verfasserin

Apl. Prof. Dr. Christine Morgenroth, Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Leibniz-Universität Hannover

Sonja
Nielbock,
Michael
Gümbel

Geschlechterrollen und das Erfassen psychischer Belastungen bei der Arbeit Das Projekt GenderStress



Die Pflegerin hat andere Anforderungen und Erwartungen zu erfüllen als der männliche Kollege, ebenso unterscheiden sich die unausgesprochenen Anforderungen an IT-

Fachexpertinnen und Fachexperten voneinander. Deshalb sind Arbeitsbelastungen nicht geschlechtsneutral! Die besonders belastenden Arbeitsbedingungen in Sozial- und

Pflegeberufen, aber auch der geringe Organisationsgrad hier stehen in einem Zusammenhang mit Bildern und Zuschreibungen von Frauen und Männern, die wirkmächtig sind - gerade weil sie weitgehend nicht bewusst gemacht werden.

Diesen tradierten Bildern zufolge sind Menschen qua Geschlecht besser geeignet für bestimmte Tätigkeiten. So erscheint die freundliche, attraktive Verkäuferin selbstverständlicher als der freundliche, attraktive Verkäufer, der kompetente Fachexperte „normaler“ als die kompetente Fachexpertin, die Krankenschwester verständnisvoller und einfühlsamer als der Pfleger und der Polizist weniger verletzlich als seine weibliche Kollegin.

Dass Geschlecht eine wichtige Bedeutung in der Gesundheitsförderung hat, ist seit einigen Jahren anerkannt. Der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist dagegen erst in der letzten Zeit stärker in den Blick geraten. Folgende Unterschiede sind unumstritten:

- Männer und Frauen arbeiten z. T. in sehr unterschiedlichen Berufen, die mit unterschiedlichen Belastungen verbunden sind.
- Die Belastungen durch Betreuungsaufgaben für Kinder und Angehörige werden überwiegend von Frauen getragen, die damit einer doppelten Belastung ausgesetzt sind.
- Frauen und Männer unterscheiden sich in bestimmten biologischen Aspekten - nicht nur in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt.

- Das „typisch weibliche“ Gesundheitsverhalten unterscheidet sich deutlich vom „typisch männlichen“ Verhalten (etwa was Vorsorge und Ernährung betrifft).
- Das gilt aber bei weitem nicht für alle Frauen oder alle Männer.

Diese Unterschiede stehen im engen Zusammenhang mit der Bedeutung von Rollenbildern und Stereotypen von Frauen und Männern. Rollenbilder von Frauen und Männern beeinflussen Berufswahlentscheidungen ebenso wie Aufgabenteilungen in den Familien wie auch den Umgang mit sich selber und Gesundheit. Sie prägen auch weitgehend unreflektiert die Erwartungen an eine Frau bzw. einen Mann im Job.

Bisher gibt es zu dem Aspekt der Bedeutung von Geschlechterrollen für die Belastungssituation kaum Forschungen oder praktische betriebliche Ansätze. Das Projekt „GenderStress - Geschlechterrollen und psychische Belastungen“ hat diesen Aspekt untersucht. Es wurde von der Hamburger Organisationsberatung „Sujet“ von 2007 bis 2009 durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung und der Gewerkschaft ver.di gefördert. Anhand betrieblicher Beispiele wurde aufgezeigt, dass Geschlechterrollenbilder und -stereotype beeinflussen können, was als Belastung angesehen wird und was als „normal“ und „selbstverständlich“ aufgefasst wird. Im nächsten Schritt wurden Praxisansätze für eine geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt.

In drei Projektbetrieben (Textileinzelhandel, Finanzamt, Telekommunikation) wurden durch Interviews mit Beschäftigten die vorhandenen Rollenbilder und ihre Bedeutung für die Wahrnehmung und Bewertung von Belastungen erfasst. Dabei wurde die Methode des Perspektivwechsels eingesetzt, um zu verhindern, dass Ansprüche und Wünsche an sich selbst und andere der Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen im Betrieb im Weg stehen. Frauen wurden z. B. zuerst gefragt, wie die Belastungssituation ihrer männlichen Kollegen aussieht und erst danach, wie es bei den Frauen sei. Auf diese Weise wurden auch Tabuthemen wie z. B. Angst und Unsicherheiten sowie Druck durch Attraktivitätsanforderungen genannt.

Die folgenden Beispiele zeigen, dass die Interviewten teilweise „alte“ Rollenbilder skizzierten. Diese haben weit reichenden Einfluss auf die konkrete Arbeitssituation:

- Die Erwerbsarbeit sei an sich für Männer von höherer Bedeutung, aus diesem Grunde seien Männer einsatzbereiter, flexibler, aufstiegsorientierter und kompetenter.
- Aufgrund dieser angenommenen Aufstiegsorientierung der Männer seien für sie geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten problematischer als für Frauen.
- Frauen dürften Überforderung eher zeigen als Männer.
- Männer dürften sich eher abgrenzen und rechtfertigen, dass sie bestimmte Aufgaben nicht erledigen.

- Für Frauen sei der Umgang mit schwierigen Kunden problematischer als für Männer.

Es wurden zwar nicht alle Stereotype von allen Befragten geäußert - es gab allerdings auch keine gegenteiligen Aussagen wie z. B., dass die berufliche Entwicklung für Frauen besonders wichtig sei.

Die betrieblichen Diskussionen haben gezeigt, dass die Rollenbilder den Blick auf die Realität verstellen. Schwierige Situationen z. B. mit Steuerpflichtigen im Finanzamt sind nicht nur für die weiblichen Beschäftigten belastend, sondern auch für die männlichen Kollegen - darüber konnte im Laufe des Projekts zum ersten Mal gesprochen werden. Freundlichkeit und Attraktivität im Verkauf sind keine Selbstverständlichkeiten, sondern harte Arbeit, die für die Beschäftigten belastend ist und auf Dauer ihre Gesundheit beeinträchtigen kann.

Besonders gravierend sind diese Ergebnisse, da die Geschlechterrollenbilder Verzerrungen in der Bewertung und Beurteilung von Arbeitssituationen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung nach sich ziehen und häufig nicht erkannt wird, welche Ressourcen gestärkt bzw. Belastungen abgebaut werden müssten. So kann es z. B. sein, dass nicht zuerst erkannt wird, dass die Entwicklungsmöglichkeiten für Frauen schlechter sind als für Männer, oder nicht thematisiert wird, dass Männer zu wenig sozialen Austausch und Unterstützung haben.

Es gilt also, im betrieblichen Gesundheitsmanagement unter Geschlechterperspektive nicht unbedingt spezifische Maßnahmen für Frauen bzw. für Männer zu entwickeln. Damit können die vorhandenen Stereotype sogar verfestigt werden. Vielmehr sollen vorhandene Selbstverständlichkeiten hinterfragt und die Belastungen thematisiert werden, die kaum jemand sieht. In vielen Betrieben heißt es: „Wer dieses oder jenes nicht aushalten kann, hat den falschen Beruf!“ Der geschlechtersensible Blick auf die Belastungen zeigt, dass gerade an diesen Stellen oft der größte Handlungsbedarf besteht.

Die im Projekt entwickelten Praxisansätze sollen helfen, vorhandene Geschlechterstereotype bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu reflektieren und zu verändern - damit verbessern

sich zugleich die Gesundheitsbedingungen und die Geschlechtergerechtigkeit im Betrieb!

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, die nach dem Arbeitsschutzgesetz § 5 verpflichtend ist, bietet auf jeden Fall gute Möglichkeiten, konkrete Verbesserungen der Arbeitssituation einzufordern und einzuführen.

Ein Leitfaden zur geschlechtergerechten Beurteilung von Arbeitsbedingungen ist als download verfügbar: Sonja Nielbock, Michael Gümbel (2010): Arbeitsbedingungen beurteilen - geschlechtergerecht. Gender Mainstreaming in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Download unter: http://www.sujet.org/Handlungshilfe_GenderStress.pdf

Weitere Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

Sonja Nielbock, Michael Gümbel, Sujet GbR, Organisationsberatung
Winklers Platz 8, 22767 Hamburg, info@sujet.org, www.sujet.org

Ute
Sonntag

Gesunde Arbeitsbedingungen - eine Utopie?

Podiumsdiskussion

Die von den Referentinnen geschilderten Sachverhalte und vorgestellte Daten zeigen, dass lediglich ein kleiner Anteil von Pflegekräften seine Arbeitsbedingungen als gut gestaltet und gesunderhaltend empfindet. Nur 4 % der Beschäftigten in der Pflege sind frei von gesundheitlichen Beschwerden. Die Podiumsdiskussion beleuchtete die Frage, wie die Arbeitsbedingungen gesundheitsfördernder gestaltet werden können, wer dabei aktiv werden müsste und in welchem Maße sich die Menschen in Sozial- und Gesundheitsberufen an die Anforderungen, z. B. nach mehr Flexibilität, anpassen sollten.

Sowohl das Publikum, als auch das Podium unterstrichen die Notwendigkeit, den Gesundheitsberufen, besonders den Pflegeberufen, mehr gesellschaftliche Anerkennung zuteil werden zu lassen. Ein wichtiger Teil Anerkennung wird über die Bezahlung vermittelt. Zurzeit - das bestätigen die Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer - sind die Löhne in Pflegeberufen ausgesprochen niedrig, teilweise bezahlen Pflegeheime unter Tarif. Ab Mai 2011 gilt Freizügigkeit für die osteuropäischen EU-Länder Polen, Tschechien, Ungarn, die Slowakei, Slowenien, Estland, Lettland und Litauen. Expertinnen

und Experten rechnen damit, dass jährlich über 100.000 Arbeitskräfte aus diesen Ländern einen Arbeitsplatz in Deutschland suchen werden, auch im Gesundheits- und Pflegebereich. Der Arbeitskräftemangel im Pflegebereich wird sich verschärfen, bereits jetzt gibt es 400.000 freie Stellen. Einige Vertreter auf dem Podium halten eine Besserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege aufgrund des Fachkräftemangels für wahrscheinlich. Aus dem Publikum kam die Anregung, über eine neue Berufsbezeichnung nachzudenken, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen.

Herbert Weisbrod-Frey vom ver.di Bundesverband berichtete, dass ver.di unter dem Motto „Altenpflege in Bewegung“ Einrichtungen der Altenpflege in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen besucht habe und die Beschäftigten zu ihren Arbeitsbedingungen befragt habe. Einig waren sich Referentinnen, Referenten und Zuhörende über das Ergebnis, dass die Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeit ein ganz zentraler Baustein zu mehr Gesundheit sei.

Burkhardt Zieger vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nord-

west sieht die Einrichtung einer Pflegekammer als Interessenvertretung für Pflegende als unabdingbar an. Die Realisierung stehe derzeit jedoch noch aus, weil sie nicht durchgängig gewünscht sei - sowohl politisch, als auch von Seiten der potenziellen Mitglieder. Darüber hinaus wies Zieger darauf hin, dass sich der Berufsverband mit seiner Aktion „Balance halten im Pflegealltag“ für die Gesundheit der Pflegenden stark mache.

Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt war die (kurze) Verweildauer im Beruf. Körperliche und psychische Anstrengungen verursachen körperliche Beschwerden und machen krank. Ein langfristiges Ziel ist nach Überzeugung von Edda Schliepack vom Sozialverband Deutschland (SoVD) besonders wichtig für Beschäftigte in Pflegeberufen: „Die Arbeitsbedingungen müssen so gestaltet sein, dass sich die Belastungen soweit verringern, dass ein Verbleib in diesem Beruf möglich ist. Wenn dies gelingt, erreichen wir, dass die Beschäftigten fit und gesund ihr Renteneintrittsalter erreichen“, erläuterte Schliepack. Das Projekt „Rückenwind“ setze dort an (s. extra Artikel in diesem Heft).

Jörg Reuter-Radatz vom Diakonischen Werk der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers schilderte, wie in der jetzigen angespannten pekuniären Situation intern eine ethische Diskussion darüber geführt werde, was noch vertretbar sei und wo eine ethische Grenze bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen auf dem Hintergrund von Rationalisierung und Effektivierung verlaufe.

Manfred Schwonnek, Betriebsleiter der städtischen Alten- und Pflegezentren der Stadt Hannover mit sieben Einrichtungen und 670 Pflegeplätzen sowie 670 Beschäftigten, unterstrich die Notwendigkeit, auch im Bereich der Altenpflege für auskömmliche tarifliche Bezahlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sorgen. Dass sich die Altenpflege zu einem Niedriglohnsektor entwickelt habe, sei nicht zuträglich für die Gewinnung zukünftiger Pflegekräfte. Die Pflege und Betreuung alter Menschen müsse der Gesellschaft auch in finanzieller Hinsicht mehr wert sein.

Die lebendige Podiumsdiskussion regte zu weiteren Gesprächen im Anschluss an die Veranstaltung an und unterstrich die Wichtigkeit des Tagungsthemas.

Jörg Reuter-Radatz
Bereichsleiter Gesundheit
Rehabilitation, Pflege
Diakonisches Werk
der Evangelisch-lutherischen
Landeskirche Hannovers
Joerg.reuter-radatz@diakonie-
hannover.de

Edda Schliepack
Sozialverband Deutschland
Landesverband Niedersachsen e. V.
e.schliepack@web.de

Manfred Schwonnek
Betriebsleiter der Städtischen
Alten- und Pflegezentren der
Stadt Hannover
manfred.schwonnek@hannover-
stadt.de

Herbert Weisbrod-Frey
Bereichsleiter Gesundheitspolitik
beim ver.di Bundesvorstand Berlin
Herbert.weisbrod-frey@verdi.de

Burkhardt Zieger
Referent für öffentliche Kommuni-
kation, Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe Nordwest e. V.
Hannover
zieger@dbfk.de



Ingrid
Helbrecht

Tagung „Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen“: Beurteilung durch die Teilnehmenden

Insgesamt haben mehr als 70 Personen, überwiegend selbst in Sozial- und Pflegeberufen tätig, an der Veranstaltung teilgenommen. Eine abschließende Bewertung mittels des standardisierten Fragebogens haben 44 Teilnehmende vorgenommen (Rücklauf = 63 %). Die Auswertung ergibt folgendes Bild.

Gesamtbeurteilung und Vorträge

Die Frage, wie hat Ihnen die Tagung insgesamt gefallen? beantworteten 86 % der Befragten mit gut oder sehr gut; negative Voten gab es gar nicht. Diese hohe Zustimmung führen die Veranstalterinnen auf die große Zufriedenheit mit den fünf Vorträgen zurück. Denn hier vergab sogar 92,5 % der Befragten die Note gut bis sehr gut. Die Auswertung der hand-

schriftlichen Anmerkungen bestätigt diese Einschätzung: Etliche Vorträge wurden besonders hervorgehoben, weil die Referentinnen ihren Beitrag hoch kompetent, aber eben auch engagiert und lebendig vorgetragen haben. Nach dem Nutzen der Veranstaltung befragt, geben folgerichtig 93 % der Befragten an, dass der eigene Kenntnisstand zu Situation und Perspektiven in der Pflege erweitert wurde.

Die inhaltliche Dichte und der damit einhergehende enge Zeitrahmen hinterließ bei einem Teil der Befragten allerdings auch den Eindruck, dass für kommunikative Aspekte wie fachliche Kontakte und Diskussionen zu wenig Raum war.

Podiumsdiskussion

Hinsichtlich der abschließenden Podiumsdiskussion waren die Meinungen geteilt: 58 % der Befragten äußerten sich auch hier positiv, einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern hat dieser Tagungsteil nicht so viel gebracht. Die jeweilige Einschätzung hängt offenbar - das zeigen die

handschriftlichen Erläuterungen - davon ab, ob bzw. inwieweit die eigene Erwartung, hier Beispiele und Anregungen guter Praxis zu hören, erfüllt wurde. In einigen qualitativen Anmerkungen wurde des Weiteren die „Männerlastigkeit“ (eine Frau, vier Männer) dieser Runde moniert bzw. nach kompetenten Frauen in Berufsverbänden, Gewerkschaften etc. gefragt.

Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen werden gut bewertet: 88,4 % der Befragten waren mit der Organisation und 86 % mit der Verpflegung zufrieden bzw. sehr zufrieden.

Transferwert

Für das Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit ist der Transferwert einer Tagung ebenfalls von Bedeutung: Hierzu gaben zwei Drittel der Befragten an, dass sie ihre Erkenntnisse aus der Tagung bestimmt in ihrem Arbeitsalltag verwenden werden.

Dr. Ingrid Helbrecht, i.helbrecht@web.de

Rückenwind für Pflegekräfte

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es bereits in naher Zukunft einen weiter steigenden Personalbedarf in der Pflege ge-

ben. Schon heute übersteigt der Bedarf bei weitem das Angebot an qualifizierten Pflegekräften. Für ambulante Pflegedienste und Pfl-

geheime wird es daher immer wichtiger, eingearbeitete qualifizierte Kräfte zu unterstützen, damit sie gesund bleiben und ihren Beruf bis zum Rentenalter ausüben können. Jahrelange Erfahrungen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen im Alter machen sie zu Menschen mit einem wertvollen Erfahrungsschatz. Sie haben meist die Empathie entwickelt, die im Pflegeberuf so nötig und wichtig ist.

Dieser besonderen Herausforderung stellt sich das Pflegeheim des Philipp-Spitta-Vereins Peine e. V. Ansatzpunkt für das Projekt „Rückenwind“ ist, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzuführen, um die Verweildauer im Beruf für Pflegekräfte zu erhöhen. Eine Analyse ergab, dass bei den 3.000 sogenannten Transfers, also den Bewegungen der Gepflegten, die allerwenigsten mit den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln oder nach den neuesten Erkenntnissen zur rückschonenden Arbeit vollzogen werden. Besonders ältere Mitarbeiterinnen leiden daher immer massiver unter Rückenproblemen und Verspannungen - die Krankheitsrate der Pflegekräfte wächst stetig. Mit den körperlichen steigen auch die psychischen Belastungen.

Für das Projekt Rückenwind wurden sogenannte Ergo-Coachs berufsbegeleitend im Pflegeheim ausgebildet. Über vier Projektjahre liefen Schulungen in Theorie, Trainingstage, Praxisbegleitung Reflexionen und kontinuierliche Evaluation. Jede der 53 Pflegekräfte in den drei Wohnbereichen hat einen Ergo-Coach als feste Ansprechperson.

Mit dem Projekt wird das Ziel verfolgt, dem Pflegepersonal zu signalisieren, dass ihre Arbeit wertgeschätzt wird und die besonderen Belastungen, die damit verbunden sind, erkannt werden. Der Krankenstand soll gesenkt werden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen möglichst gesund das Rentenalter erreichen.



Auskunft bei: Edda Schliepack, Sozialverband Deutschland, Landesverband Niedersachsen e. V., e.schliepack@web.de

Mediothek

48 | Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht? 48 | Medizin und Geschlecht

49 | Adipositas – kein Thema rund um die Geburt? 49 | Managing Gender

50 | Sie küssen und sie schlagen sich 50 | Clio 71: Balanceakt

Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?

Mehr als ein Viertel aller Kinder kommen in Deutschland durch einen Kaiserschnitt zur Welt. Die Broschüre will Schwangeren helfen, offene Fragen zu klären, und sie anregen, eine informierte Entscheidung zu treffen, die den Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen Frau entspricht. Neben medizinischen Informationen

finden sich in der Broschüre auch Hintergrundinformationen zum Kaiserschnitt, zu seelischen Aspekten und Tipps für eine gute medizinische und persönliche Betreuung. In farblich unterlegten Abschnitten „Das können Sie tun“ sind konkrete Vorschläge zusammengestellt. (us)

Ein download ist verfügbar unter:

www.hebammen-niedersachsen.de/download/HebammenKaiserschnitt.pdf

Medizin und Geschlecht

Das Gleichstellungsbüro der Medizinischen Hochschule Hannover informiert in einem Newsletter über Publikationen, Veranstaltungen, Stu-

dien, Wettbewerbe und Personalien aus dem Bereich Medizin und Geschlecht. (us)

Der Newsletter ist abrufbar unter

www.mh-hannover.de/newsletter_mug.html

Adipositas – kein Thema rund um die Geburt?

Wie geht es Schwangeren und jungen Müttern, wenn sie übergewichtig sind? Wie werden sie betreut? Mit welchen Konzepten arbeiten Professionelle in diesem Bereich? Hier wird ein wenig bearbeitetes Thema sowohl theoretisch als auch empirisch aufgefächert. Übergewichtige und adipöse Schwangere und junge Müt-

ter, aber auch die versorgenden Berufsgruppen - Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte - wurden interviewt. Die Ergebnisse sind höchst erstaunlich. Das Buch richtet sich an Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker in der Geburtshilfe. (us)

Katja Makowsky: Adipositas - kein Thema rund um die Geburt? Gesundheit und Wohlbefinden in peripartalen Phasen. Universitätsverlag Osnabrück, Verlag V&R unipress, Göttingen, 2009, 257 Seiten, ISBN 978-3-89971-539-2, 31,90 Euro

Managing Gender

Im Rahmen eines zweijährigen Modellprojektes „Gender Mainstreaming in Einrichtungen und Diensten der Suchthilfe und Psychiatrie“, das von 2006-2008 durchgeführt wurde, wurden Wege zur Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming entwickelt, erprobt und hinsichtlich weitergehender Konsequenzen evaluiert. Das Buch stellt den theoretisch-konzeptionellen Orientierungsrahmen vor, zeigt konkrete Möglichkeiten der Einfüh-

rung von Gender Mainstreaming auf und gibt Handlungsempfehlungen. Fallbeispiele verdeutlichen die Prozesse. Leitlinien und ein Genderanalyse-Fragebogen erleichtern die eigene Umsetzungsarbeit. Zielgruppen des Buches sind Führungskräfte und Qualitätsbeauftragte von Organisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich, deren Beschäftigte sowie Studierende der gesundheits-, sozial- und pflegewissenschaftlichen Studiengänge. (us)

Reinhilde Beck, Constanze Engelfried (Hrsg.): Managing Gender. Implementierung von Gender Mainstreaming in psychosozialen Arbeitsfeldern. ZIEL Verlag, Augsburg, 2009, 235 Seiten, ISBN 978-3-940562-36-4, 24,80 Euro

Sie küssen und sie schlagen sich

Das Buch handelt von Menschen, die in Misshandlungsbeziehungen leben. Bisher unverstandene Phänomene wie das jahrelange Ausharren in einer Misshandlungsbeziehung werden mit Hilfe tiefenpsychologischer Konzepte analysiert. Zentrale These ist, dass es in Misshandlungsbeziehungen nicht um das Streben nach

Macht gehe, sondern um die Abwehr von Ohnmacht. Gewalthandlungen in Beziehungen setzt die Autorin in Verbindung mit kindlichen Gewalterfahrungen und daraus resultierenden Traumata. Sie kommt zu höchst streitbaren Thesen, die nicht nur auf Zustimmung treffen werden. (us)

Barbara Kiesling: Sie küssen und sie schlagen sich. Das Dr.-Jekyll-und-Mr.-Hyde-Muster in Misshandlungsbeziehungen. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2010, 177 Seiten, ISBN 978-3-8379-2083-3, 19,90 Euro

Clio 71: Balanceakt

Unter dem Motto „Balanceakt zwischen Körper und Seele“ geht es in der neuen clio um das Thema Psychosomatik bei Frauen. Artikel zur psychosomatischen Frauenheilkun-

de, zu Angststörungen bei Frauen, zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt und zu Burnout werden ergänzt durch einen Beitrag zur heilenden Kraft der Achtsamkeit. (us)

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (Hrsg.): clio 71: Balanceakt - zwischen Körper und Seele. Die Zeitschrift für Frauenheilkunde. 2010, 4,20 Euro. Zu beziehen über: www.ffgz.de

Termine

Datum/Ort	Titel	Informationen über:
24.-26.03.2011 Berlin	EbM und Individualisierte Medizin Kongress 2011, 12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin	www.ebm-kongress.de
31.03.-02.04.2011 Wiesbaden	1. Deutscher Verhütungskongress Cyou - Austausch gestalten. Kompetenz stärken.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung www.cyou2011.de
31.03.-02.04.2011 Tübingen	Zwischen Krise und Trauma. Psychotherapie und Verarbeitung belastender Lebensereignisse 18. DGVT-Workshoptagung 2011	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., www.dgvt.de/workshoptagung.html
11.04.2011 Hannover	Auftaktveranstaltung zum Aktionsprogramm „Älter, bunter, weiblicher: Wir gestalten Zukunft“	www.älter-bunter-weiblicher.de oder indra.christians@ms.niedersachsen.de
04.05.2011 Duisburg	Genderblicke auf die Beratung und Behandlung bei pathologischem Glücksspielen Fachtagung	Landesfachstelle Glücksspielsucht Nordrhein-Westfalen www.gluecksspielsucht-nrw.de
19.-21.05.2011 Freiburg	Rough girls? Körperkonstruktionen und kulturelle Praktiken im Frauenfußball Tagung	Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaften und Deutsche Gesellschaft für Soziologie www.sportwissenschaft.de/index.php?id=geschlechterforschung2011
31.05.2011 Hannover	Endstation Sehnsucht? - Sexualität in der Altenpflege Fachtagung	www.gesundheit-nds.de und www.profamilia.de
22.06.2011 Hannover	Vom türkischen Bauch und der russischen Seele - Migration, Gender und Depression Fachtagung	Zeitnah unter www.gesundheit-nds.de und www.hannover.de/de/gesundheit_soziales/beratung/gesundheitsberatung/beratung/sopsychdienst/buenddepr/index.html
19.-22.09.2011 Sassari, Italien	Gender medicine Summer School 2011	http://gender.charite.de/aktuelles
29.-30.09.2011 Berlin	10 Jahre Frauengesundheitsbericht Fachtagung	Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de
07.10.2011 Hannover	Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung - Kunstfehler! Und was folgt daraus? Fachtagung	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. www.dgvt.de
04.11.2011 Berlin	Angst - Macht - Geld AKF Jahrestagung 2011	www.akf-info.de

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration

Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen

Goseriede 10-12 (Haus D)
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Birgit Kloss
Sozialverband Deutschland e. V.,
Landesverband Niedersachsen

Herschelstr. 31
30159 Hannover

birgit.kloss@sovd-nds.de