



Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Soziologie
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-SOZ-P12-070922
Datum	22.09.2007

Um größtmögliche Gerechtigkeit zu erreichen, ist nachfolgend zu jeder Aufgabe eine Musterlösung inklusive der Verteilung der Punkte auf Teilaufgaben zu finden. Natürlich ist es unmöglich, jede denkbare Lösung anzugeben. Stoßen Sie bei der Korrektur auf eine andere als die als richtig angegebene Lösung, ist eine entsprechende Punktzahl zu vergeben. Richtige Gedanken und Lösungsansätze sollten positiv bewertet werden.

Sind in der Musterlösung die Punkte für eine Teilaufgabe summarisch angegeben, so ist die Verteilung dieser Punkte auf Teillösungen dem Korrektor überlassen.

50 % der insgesamt zu erreichenden Punktzahl (hier also 50 Punkte von 100 möglichen) reichen aus, um die Klausur erfolgreich zu bestehen.

Die differenzierte Bewertung in Noten nehmen Sie nach folgendem Bewertungsschema vor:

Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	insg.
max. erreichbare Punkte	24	16	24	36	100

Notenspiegel

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
Notw. Punkte	100-95	94,5-90	89,5-85	84,5-80	79,5-75	74,5-70	69,5-65	64,5-60	59,5-55	54,5-50	49,5-0

Die korrigierten Arbeiten reichen Sie bitte spätestens bis zum

10. 10. 2007

bei Ihrem Studienzentrum ein. Dies muss persönlich oder per Einschreiben erfolgen. Der Abgabetermin ist unbedingt einzuhalten. Sollte sich aus vorher nicht absehbaren Gründen eine Terminüberschreitung abzeichnen, so bitten wir Sie, dies unverzüglich Ihrem Studienzentrum anzuzeigen.

Lösung Aufgabe 1 (SB 2, S. 17; 24f.)**24 Punkte**

Wie immer handelt es sich bei den Lösungsvorschlägen um beispielhafte Muster (vorwiegend aus den Studienbriefen), die nicht in Stein gemeißelt sind. Wichtig ist, dass das Wesentliche verstanden worden ist – gerade auch, wenn es mit eigenen Worten wieder gegeben wird. Transferleistungen sollten natürlich besonders berücksichtigt werden.

a) Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Konzepten besteht darin, dass es sich bei „**sozialer Ungleichheit**“ um einen normativen Begriff handelt, während „**soziale Differenzierung**“ eine wertfreie Beschreibungskategorie zu sein beansprucht. Beschrieben werden soll ein gesellschaftlicher Trennungs- und Teilungsprozess von sozialen Gebilden, der in seiner *horizontalen Form* zur Entwicklung von komplexen Strukturen (Stichwort „funktionale Differenzierung“) und in seiner *vertikalen Form* zur Entstehung oder Verfeinerung von Herrschaftsverhältnissen führt. Wenn man von sozialer Ungleichheit spricht und ihre Existenz in konkreten Gesellschaften feststellt, so sagt das noch nichts über ihre Akzeptanz innerhalb der Gesellschaft bzw. in bestimmten Sozialgruppen oder Teilbereichen der Gesellschaft aus. Soziale Ungleichheit kann als naturgewollt oder gottgegeben gelten, sie kann als Form der sozialen Differenzierung allgemein akzeptiert werden, und sie kann als absolut inakzeptabel erachtet werden. Für eine wissenschaftliche Perspektive ist der Begriff daher nur begrenzt brauchbar, weil er schon im Ansatz eine negative Einstellung unterstellt.

12 Punkte

b) 1. *Niveaumilieu*: über 40 Jahre, höhere Bildung, gehobene Berufsgruppen, hohe Position in der Arbeitsplatzhierarchie, vorwiegend älteres Personal pädagogischer und freier akademischer Berufe, hoher Wohnkomfort. 2. *Harmoniemilieu*: über 40 Jahre, geringere Bildung, vorwiegend ältere Arbeiter und Verkäuferinnen sowie Rentner und Rentnerinnen, hoher Hausfrauenanteil, verheiratet oder verwitwet, niedriger Wohnkomfort, selten Wohneigentum. 3. *Unterhaltungsmilieu*: unter 40 Jahre, geringes Bildungsniveau, abhängig beschäftigt, niedriger beruflicher Status, überwiegend verheiratet oder mit Partner zusammenlebend, geringer Wohnkomfort. 4. *Integrationsmilieu*: über 40 Jahre, mittleres Bildungsniveau, mittlere Angestellte und Beamte, mittlere Status- und Einkommensgruppen, hoher Hausfrauenanteil, überwiegend verheiratet oder verwitwet, hoher Wohnkomfort, aktives Vereinsleben. 5. *Selbstverwirklichungsmilieu*: unter 40 Jahre, mittlere oder höhere Bildung, viele Auszubildende, Dominanz mittlerer Statusgruppen, viele soziale Berufe, qualifizierte Tätigkeiten, hoher Anteil lediger Personen.

max. 12
Punkte

4 P. pro Milieu

Lösung Aufgabe 2 (SB 3, S. 13ff., 19ff.)**16 Punkte**

Luhmanns *funktional*-strukturelle Systemtheorie betrachtet Systeme im Gegensatz zu Parsons *struktur*-funktionaler Systemtheorie als **geschlossen operierende** (autopoietische) **Einheiten**. Seiner Vorstellung nach, zeichnen sich moderne Gesellschaften durch funktionale Differenzierung und Komplexität aus. Seine Aufmerksamkeit gilt weniger den Strukturen, sondern mehr den **Funktionen** der Systeme. Die generelle Funktion der Systeme ist deshalb die Reduzierung der Komplexität, ähnlich der Eingewöhnung in die Routinen und Schemata in der interpretativen Soziologie. Die Systemtheorie ist keine Handlungs-, sondern eine **Kommunikationstheorie**. Die soziale Welt besteht nicht aus Menschen, sondern aus Kommunikationen. Luhmann unterscheidet drei Ebenen der Systembildung: Interaktionssysteme (face-to-face-Beziehungen): Mikroebene der Gesellschaft, Organisationssysteme (formale Mitgliedschaften): Mesoebene der Gesellschaft, Gesellschaftssystem (kommunikative Erreichbarkeit): Makroebene der Gesellschaft. Im Anschluss an Parsons unterscheidet Luhmann vier verschiedene Differenzierungsformen von Teil- und Subsystemen: segmentäre Differenzierung (egalitäre, gleiche Teile), stratifikatorische Differenzierung (hierarchisch, ungleich), Zentrum-Peripherie (rollendifferenziert – segmentär), funktionale Differenzierung (horizontal).

16 Punkte

Lösung Aufgabe 3 (SB 4, S. 14; 33ff.)**24 Punkte**

- a) Abgesehen davon, dass das populäre Bild von **Großfamilien**, wie die historische Familienforschung gezeigt hat, lediglich ein Mythos ist, hat sich jedoch seit dem frühen 19. Jahrhundert die durchschnittliche Haushaltsgröße verringert. Wesentlicher Grund hierfür ist nicht eine Abnahme der Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden Verwandten, sondern die Anzahl der im ganzen Haus wohnenden familienfremden Mitbewohner (Knechte, Mägde, Gesellen). Mit der im Zuge der Industrialisierung aufgehobenen Einheit von Arbeits- und Wohnstätte verlor die insbesondere für bäuerliche und handwerkliche Lebenswelten typische Sozialform des „**ganzen Hauses**“ an Bedeutung. Ob die damit einhergehende Verlagerung der Funktionen an spezialisierte Institutionen und Organisationen indes als Verlust zu bezeichnen ist, erscheint fragwürdig. Denn tatsächlich wurden einige der genannten Funktionen nur von der Sozialform des ganzen Hauses und wohl nicht von dem engeren Personenkreis der Kernfamilie geleistet.
- b) Das konzeptionelle Modell der „**Institutionalisierung des Lebenslaufs**“ stammt aus der strukturfunktionalen Theorieschule und geht auf den Soziologen Martin Kohli zurück. Verstanden wird darunter der Lebenszyklus als eine **sozial geregelte Abfolge altersspezifischer sozialer Positionen und Rollen**. Der Mensch durchläuft in den verschiedenen Phasen seiner Sozialisationsgeschichte unterschiedlich strukturierte und zunehmend differenzierte Rollenbeziehungen. Der Lebenslauf wird dabei als ein sozial konstruiertes Modell verstanden, das zumindest in Teilen von persönlichen Bestrebungen und individuellen Motiven unabhängig ist. Eine Angleichung der Lebensverhältnisse hat dazu geführt, dass Lebensphasen wie auch einzelne Lebensereignisse und die damit verbundenen Lebenserfahrungen sozial ähnlicher werden. Ein derartig auf Kontinuität gestellter Lebensverlauf strukturiert die Lebenszeit. Kohli sieht dieses Modell vor allem durch die Prozesse der Verzeitlichung der Lebenszeit, Chronologisierung der Lebensalter, Individualisierung, Erwerbszentrierung sowie der sequentiellen Reglementierung und Biographisierung gestützt. Ein solch **standardisierter Normallebenslauf** gilt nun zwar grundsätzlich weiterhin, seine strikte Aufteilung weicht jedoch zunehmend auf, so dass aufgrund verschiedener Entwicklungen eine **Entstandardisierung des Lebenslaufs** zu beobachten ist. Der individuelle Lebenslauf wird immer stärker aus traditionellen Vorgaben herausgelöst und der einzelne wird weitgehend zum Gestalter seines eigenen Lebens, die Individualität wird institutionalisiert.

10 Punkte

14 Punkte

Lösung Aufgabe 4 (SB 6, S. 6-18; SB 7, S. 14f., 60)**36 Punkte**

- a) Die **retardierenden Momente** sind äußerst vielfältig und kommen aus verschiedenen Richtungen – nicht zuletzt auch aus der Pflege selbst: 1. Pflege galt lange als nicht „richtige“ Arbeit, sondern nur als reproduktive Tätigkeit. 2. Dominanz der Ärzte, sowie der Naturwissenschaft in Kooperation mit Justiz und Politik haben einvernehmlich eine Aufwertung und Statusverbesserung der Pflege nicht nur be-, sondern sogar verhindert. In diesem Zusammenhang ist auch die Diskriminierung anderer, nichtoffizieller Heilsysteme (Heiler, Hebammen usw.) zu sehen. 3. Unter der dominierenden Ideologie der „Frauenarbeit“ galt (und gilt häufig heute noch) Pflege als hausarbeitsnahe und karitative Tätigkeit, die praktisch jede Frau ohne spezifische Kenntnisse ausüben könne. 4. Dienstleistungen sind ein relativ junger Zweig der deutschen Gesellschaft (Stichwort „Dienstleistungswüste Deutschland“) und haben noch längst nicht das Ansehen erworben, das ihnen z.B. in den angelsächsischen Ländern entgegengebracht wird. 5. Dominanz der Kirche („Liebedienst“), die insbesondere auch durch das sog. „Mutterhaussystem“ forciert und stabilisiert wurde. 6. Widerstände in der Pflege selbst: Spaltung der Berufsverbände, geringer Organisationsgrad, aber auch Ängste von Pflegekräften, Verantwortung zu übernehmen usw. 7. Juristische Rahmenbedingungen: z.B. keine Vorbehaltsaufgaben definiert. *Hier sollten Kreativität und eigene Ideen besonders berücksichtigt werden.*
- b) Die wichtigsten **Faktoren** sind: 1. Bedürfnisse nach Geltung, Allmacht und Alleinherrschaft. 2. Autoritäres, unberechenbares, sexualfeindliches und selbstüberschätzendes Verhalten. 3. rigide Sauberkeitsvorstellungen. 4. Anmaßung von Tätigkeiten. 5. Mangelnde Empathie, unzureichende Ausbildung und geringe Motiva-

max. 12
Punkte
3 P. pro Grund

tion zur Veränderung des eigenen Verhaltens. 6. Stress und starke Belastung, Desillusionierung und Erschöpfung, Ärger und Gereiztheit. 7. Gewalttätige Sozialisationserfahrungen, unverarbeitete biographische Probleme und allgemeine Anerkennung von Aggression und Gewalt als Konfliktlösungsstrategien. 8. niedriges Lebensalter. 9. Persönlichkeitsstörungen, Minderwertigkeitsgefühle, „Ich-Schwäche“. 10. Geringe Lebenszufriedenheit. 11. Familiäre oder persönliche Probleme, Suchterkrankungen, Alkoholmissbrauch. *Die mögliche Liste ist damit nicht erschöpft. Andere sinnvolle Antworten sollten gelten gelassen werden. Da fast immer unter jedem Punkt mehrere, z.T. recht unterschiedliche, Faktoren aufgezählt sind, wäre zu überlegen, sie auch einzeln zu bewerten und zu bepunkten; insbesondere etwa die Aufzählungen unter 2.; 5.; 7. und 11.*

max. 12
Punkte
2 P. pro Faktor

Die **Maßnahmen**, wie den Problemen abzuhelpen wäre, sind teilweise identisch mit denen (in einigen Fällen aber vielleicht auch kontraproduktiv), die im SB 7 auf S. 14f. zum Abbau der „tendenziellen Inhumanität“ vorgeschlagen worden sind: Reduzierung der Kontaktpersonen zu den Patienten auf das unabdingbar notwendige Maß; Bündelung mehrerer Arbeitsaufgaben und horizontale Bereicherung; patientenzentrierte Koordination aller diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen, sozialfürsorgerischen und versorgungstechnischen Dienste und Maßnahmen; Anpassung des Zeitablaufs der Krankenhausarbeit nach Tageszeit und Wochentagen an die Bedürfnisse der Patienten; Abstimmung aller für den jeweiligen Patienten zu erbringenden diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und versorgungstechnischen Maßnahmen im Hinblick auf das patientenbezogene Versorgungsziel als primäre Sichtweise der Krankenhausarbeit; Orientierung der Terminierung des patientenbezogenen Versorgungsprozesses primär an den Bedürfnissen der Patienten und nicht so sehr an denen des Personals; Entscheidung über die Versorgungsformen ausschließlich unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und der besonderen Situation des einzelnen Patienten und nicht unter Erlösmaximierungsaspekten; Information des Patienten und dessen Angehörigen über das angestrebte Behandlungsziel sowie über den geplanten Ablauf des Versorgungsprozesses; Reduzierung des Einsatzes der Medizintechnik auf das für den einzelnen Patienten unabdingbar notwendige Maß; Fort- und Weiterbildungen des Personals; spezielle Schulungen, spezielle Beratungsangebote, therapeutische Hilfe; Entlassung von besonders problematischem Personal.

Eine Fülle von anderen Maßnahmen ist natürlich vorstellbar. Auch hier sollte die Kreativität und das kritische Urteilsvermögen im Hinblick auf eine Diskussion möglicher Vorschläge Berücksichtigung finden.

12 Punkte