

Frauengesundheit und Wohlbefinden?

Eine gender- und gesellschaftspolitische Betrachtung zu Frauen in Gesundheitsberufen: Nachwirkungen patriarchaler Denk- und Handlungsmuster mit Fokus auf die (Weiter)Entwicklung zukünftiger feministischer Potenziale

Gerlinde Mauerer

Zur Entstehung des Vortrags und Textes in der Reihe feminismen diskutieren

Die Publikation „Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften“ entstammt der Veranstaltungsreihe „Was Frauen gut tut: Frauenpolitische Praxis, Frauengesundheitsforschung, Feministische Theorien“: Diese fand im Jahr 2009 im Verein Frauenhetz in Wien statt. Die Reihe hatte die Reflexion von gender- und gesellschaftspolitischen Einflüssen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Frauen zum Inhalt, sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene, gleichwohl in Bezug auf Kollektivität konstatiert werden muss, dass kein Rückgriff auf ein konsistentes ‚Frauen-Wir‘ möglich ist. Vielmehr stellt sich die Frage: „Frauen gemeinsam sind stark, aber was stärkt Frauen?“ (Treich-Dieter 2002, zit. in Mauerer 2010: 219 und Wischer 2013: 232).

Im Vortrag in der Reihe feminismen diskutieren am 19.11.2012 wurden Ausschnitte und inhaltliche Teilaspekte der 2010 erschienenen Publikation „Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften“ präsentiert.¹ Der Begriff Gesundheit wurde in der Reihe und Publikation sehr breit gefasst, ganz im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1948, vgl. <http://www.who.int/about/en/>).

Wie sehr die soziale und wirtschaftliche Stellung von Menschen in der patriarchalen Vergangenheit auch von ihrem Geschlecht beeinflusst war, ist Gegenstand von feministischen und postkonstruktivistischen Analysen (vgl. u.a. Zehetner 2012, Soiland 2008). Im strukturell-methodischen Setting sind auch Gender Mainstreaming und Diversity Management mit der Beseitigung der historischen „Altlasten“ des macht- und wirkungsvollen Geflechts Patriarchat

¹ Das Vorwort von Ilona Kickbusch sowie die Einleitung sind auf der Verlagshomepage unter <http://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-1461-9/frauengesundheit-in-theorie-und-praxis> online abrufbar, das Nachwort auf der Prenet-Homepage unter Tagungsbericht 2012 http://www.prenet.at/upload/file/text_Mauerer_Nachwort.pdf.

befasst. In meiner nachfolgenden Betrachtung analysiere ich einen Teilbereich dieses Systems, jenen von Frauen in Gesundheitsberufen.

Es besteht bis heute ein klares dichotomes Geschlechterverhältnis innerhalb der Gesundheitsberufe zuungunsten der ökonomischen und sozialen Gleichstellung von Frauen, sowohl betreffend die Ausbildung und berufliche Entwicklungs- und Aufstiegschancen, als auch Erwartungen an Frauen am Arbeitsplatz und in der Sphäre des Privaten respektive Erwartungen an die Kopplung dieser beiden Bereiche. Diese Missverhältnisse lassen sich zum einen aus der Analyse berufsgruppenspezifischer historischer Bedingungen erklären (vgl. u.a. Christiane Schmerl zum Verhältnis von *cure* und *care* und entsprechenden gendertheoretischen Hintergründen, Schmerl 2002), zum anderen hemmen genderspezifische Erwartungen nach wie vor auch – nicht immer auf individueller Ebene, nachweislich jedoch auf quantitativer Ebene – die Umsetzung und Verwirklichung von beruflichen (Aufstiegs)Ambitionen von Frauen. Hieß es vor einigen Jahrzehnten für Frauen noch „Eine Frau promoviert am Standesamt.“ (für den Hinweis auf diesen altbekannten Spruch danke ich Oberärztin Dr. Johanna Roher, die ihn auf einer Veranstaltung zu „Frauen im Gesundheitssystem“ im November 2015 in Dornbirn in Erinnerung rief), so zeigt sich trotz der Überwindung dieser althergebrachten Annahme bis heute statistisch, wie die Verbindung von Gendereffekten im beruflichen und privaten Feld tendenziell ausschlägt: Während Frauen in Österreich in hohem Maße einer Teilzeitarbeit nachgehen, um Beruf und Familie zu vereinbaren, sind Männer ohne Kinder in größerem Ausmaß Vollzeit beschäftigt als jene ohne Kinder (vgl. Eurostat und Statistik Austria zur Erwerbsquote von Männer und Frauen in Europa bzw. in Österreich). Übertragen auf die Berufsgruppe von Ärzten und Ärztinnen zeigt das statistische Datenmaterial, dass Frauen beispielsweise in weit geringerem Maße einer Anstellung im Krankenhaus in Verbindung mit Tätigkeiten in einer eigenen Ordination nachgehen können, insbesondere, wenn sie Kinder haben.²

Der Artikel ist vorrangig inspiriert durch berufsgruppenspezifische Veränderungen in den letzten Jahrzehnten: Waren diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Berufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie u.a.m.) vor einigen Jahren oftmals „ausführende Organe“ in den (Forschungs)Arbeiten anderer Berufsgruppen, u.a. der Ärzteschaft und -innenschaft, so haben Entwicklungen in der Ausbildung verbunden mit den Ergebnissen von Professionalisierung in

² Eine Untersuchung, inwieweit diese berufliche Verbindung ev. auch einem männlich konnotierten Berufs-, Präsenz- und Einkommensideal entspricht, muss an dieser Stelle unterbleiben.

Berufsgruppenverbänden dazu geführt, dass eigenständiges Arbeiten (mit ärztlicher Zuweisung) vermehrt etabliert wurde (wenngleich die Finanzierung der Arbeit mit unterschiedlich hohen Selbstkosten für Patienten und Patientinnen verbunden ist).

Dennoch zeigen sich nachhaltige und zählebige Mechanismen entgegen der Auflösung einer genderspezifischen Segregation in den Gesundheitsberufen. Was bedeutet, dass es verstärkter verstärkt gender- und gesellschaftspolitischer Interessensbündelungen bedarf, um ein Umdenken zu wecken und zu befördern, das über genderdichotomer Denk- und Handlungsmuster hinausweist. In ihrer Arbeit „Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung“ zeigt Bettina Zehetner die Bedeutung von Geschlechtsrollennormierungen in der psychosozialen Beratungsarbeit sowohl auf der Seite von BeraterInnen als auch von Ratsuchenden. Ihre Erkenntnisse lassen sich auch auf die Analyse anderer Berufsgruppen und ihrer Tätigkeiten übertragen. Dass Veränderungen von Geschlechtsrollennormierungen ebenso wie ihr Perpetuieren insbesondere in machtvollen Positionen in extremis betrieben werden, lässt die folgende Stellungnahme einer Angestellten im mittleren Management erkennen:

Sie (die Managerin Eileen, Name von der Autorin geändert) hatte bei Amerco eine Ebene erreicht, so sagte sie, unterhalb derer Frauen mit Durchsetzungsvermögen als aggressiv galten und oberhalb derer sich Leute fragen, warum Frauen nicht mehr Durchsetzungsvermögen an den Tag legten. Deshalb wusste Eileen nicht, wie aggressiv sie ihre Arbeitszeitverkürzung betreiben musste. Verschlimmert wurde das Ganze noch dadurch – so Eileen – dass „mein Chef unchristlich lange Arbeitszeiten hatte. Ich weiß, dass es zwischen ihm und seiner Frau darüber immer wieder zu Reibereien kommt, weil er ihr oft Rosen kauft, aber fast nie Zeit zu Hause verbringt.“ (Arlie Hochschild 2002/ 2. deutschsprachige Auflage 2006: 105).

Die Analysen von Arlie Hochschild zu „The second shift“ (1989) und „Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet“ (2002/2006) stammen aus einer Zeit wirtschaftlicher Prosperität in den USA der 80er und 90iger Jahre. Veränderungen von Geschlechtsrollennormierungen in den folgenden Jahrzehnten gingen bzw. gehen nicht notwendiger Weise mit einer reibungslosen beruflichen und wirtschaftlichen Besserstellung von Frauen einher, vice versa. Wenngleich Arbeitszeitverkürzung – v.a. jene von Frauen – sich heute in Europa etabliert hat, so zeigt sich, dass diese Errungenschaft einen Preis hat/te: Die Perpetuierung und teils Verstärkung von gender-dichotomen Mechanismen und der Effekte eines machtvollen Sex-Gender-Geflechts, die sich quer durch alle Berufsgruppen und

auf allen Positionsebenen zeigen.

Gesundheitsberufe und Gender

Im Weiteren werden genderspezifische Daten zu Gesundheitsberufen in Österreich dargestellt, mit Fokus Berufswahl, Ausbildung, berufliche Praxis und Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen. Quantitatives Datenmaterial aus Österreich, Deutschland und der Schweiz sowie internationale Vergleichszahlen (OECD 2011, WHO 2010) werden unter Miteinbeziehung qualitativer genderspezifischer Forschungen analysiert (Gildemeister/Robert 2009, Grandy 2014), verbunden mit der Intention, Auswirkungen einer historischen „Polarisierung der Geschlechtscharaktere“ (Hausen 1977: 363) am Gesundheitsarbeitsmarkt aufzuzeigen. Geschlechtsspezifische berufliche Segregation wurde in der Arbeits- und Gendersoziologie analysiert (Knapp 1997, Wetterer 2002, Hearn 2014). Sowohl in der Wahl der Berufsgruppe als auch in der beruflichen Praxis und Perspektivenbildung sind deutliche Unterschiede in der Karriereplanung und -entwicklung von Männern und Frauen am Arbeitsmarkt erkennbar. Rollenerwartungen an Männer und Frauen wirken nachhaltig in der Realisierung von Berufswünschen und vorgestellter Work-Life-Balance weiter (vgl. MUW 2011). Diesem Faktum wird beispielsweise in der universitären Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinerinnen mit gegensteuernden Maßnahmen begegnet (vgl. Gutiérrez-Lobos et al 2012). Auch in der Sphäre des Privaten werden prägende Gendernormierungen zunehmend in Frage gestellt und erfahren eine veränderte Akzeptanz und Außenwirkung (u.a. in den Kampagnen „Halbe-halbe“ oder „Vier Wände, vier Hände“ der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten in Österreich, die Hildegard Steger-Mauerhofer analysiert hat, Steger-Mauerhofer 2007, 2009). Dennoch zeigt sich bislang, dass mehrheitlich Frauen mit der Übernahme von Sorge-, Erziehungs- und Pflēgetätigkeiten betraut sind bzw. als dafür zuständig betrachtet werden (Mauerer 2010: 85f).

Im Bereich der Gesundheitsberufe bewirkte eine Hierarchisierung innerhalb und zwischen den Berufsgruppen die Verfestigung von geschlechtsspezifischen Charakteristika und innerdisziplinäre Ausdifferenzierungen. Wenngleich geschlechterdichotome Dominanzverhältnisse in gesundheitlichen Organisationen und Einrichtungen nicht mehr ungebrochen Gültigkeit gelten im Stile eines patriarchalen Settings, so lassen sich Nachwirkungen einer traditioneller männlicher Machtregulationsmechanismen dennoch feststellen: Vor allem, was die Absicherung bestimmter und bestimmender Positionen in Institutionen betrifft.

In den folgenden Abschnitten wird die quantitative Beteiligung von Frauen und Männern in verschiedenen Gesundheitsberufen skizziert. Ebenso werden qualitative Aspekte miteinbezogen, die auf die Berufszufriedenheit, Anerkennung und gesellschaftliche Wertschätzung sowie auf den Transfer von neuen Berufsbildern in den (FH-)Studiengängen und ihre Etablierung in Gesundheitseinrichtungen Einfluss nehmen. Darüber hinaus wird die wachsende Bedeutung der Internationalisierung (auch) in den Gesundheitsberufen mit Fokus auf die Länder Österreich, Deutschland und Schweiz thematisiert. Arbeitsmigration bzw. Zugang zur Erwerbsarbeit ermöglichen individuelle Veränderungspotenziale in der Überwindung geschlechtsspezifischer Rollenbilder und Normen. Zugleich werden Erwartungshaltungen an geschlechts- und berufsrollenspezifisches Verhalten in der Berufsausübung weit(er)gehend perpetuiert. Dies wird anhand von Erwartungen an Frauen in Gesundheitsberufen untersucht: Mit Fokus darauf, dass eine gleichwertige Anerkennung von Frauen und Männern als professionell Handelnde in unterschiedlichen Gesundheitsberufen ein notwendiger Bestandteil zur Verwirklichung von Chancengleichheit und Verteilungsgerechtigkeit am Arbeitsmarkt ist.

Geschlechtsspezifische Verteilungsmuster in den Gesundheitsberufen

Resultierend aus dem Datenmaterial zu Gesundheitsberufen und Geschlecht und weiteren Expertisen zur Aufnahme der Kategorie Geschlecht im klinischen Setting zeigt sich, dass sich sowohl das professionelle Selbstverständnis in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften als auch das geschlechterrollenspezifische Selbstverständnis der professionell Tätigen verändert haben: Teils schlichtweg aufgrund dessen, dass traditionelle Erwartungen (v.a. an Frauen) bei fortschreitender Berufstätigkeit schlichtweg nicht (mehr) zu erfüllen sind. Damit ist ein hohes Maß an Enttäuschungen verbunden, die bislang vor allem im stark belasteten Privatraum zum Tragen kamen und kommen. Bestimmte Rollenerwartungen führten im beruflichen Feld (da sein, Rat wissen, Mut zusprechen) und im Privatraum (Erziehungsaufgaben, gesellschaftliche Organisationsarbeit) teils zu Überforderung und Verwunderung, Enttäuschung oder Ablehnung bei Nichterfüllung. Zuschreibungen an Weiblichkeit qua zugedachter Eigenschaften – wie etwa Vermittlungs- und Integrationsfähigkeit – sind in den Bereichen Gesundheit und Soziales besonders erwünscht. Insbesondere Frauen werden in hohem Maße an diesen Zuschreibungen gemessen, wogegen Männlichkeit im beruflichen Kontext vorwiegend neutral wahrgenommen wird (vgl. Hearn 2008: 286).

Diese Zähigkeit einer normativen Kraft des Faktischen in der genderspezifischen Analyse zeigt sich (auch) in der Implementierung von berufsgruppenrelevanten Neuorientierungen.

Zur Umsetzung gendergerechter Perspektiven bedarf es daher gezielter Förderstrukturen, um Potenziale gendergerecht zu nutzen (Frauenförderung, Gender Mainstreaming).

Die Analyse geschlechtsspezifischer Dimensionen in den Gesundheitsberufen fokussiert hier etablierte hierarchische Strukturen (Trias Ärzteschaft/ Pflege/ Verwaltung) in Krankenhäusern und die Untersuchung der Wirkkraft von Macht und Geschlecht. Die Soziologin Simone Grandy untersucht in ihrer empirischen Arbeit zum „Doktor-Nurse-Game“ im klinischen Setting Interaktionen zwischen Turnusärzten/-ärztinnen und Pflegepersonal (Grandy 2014). Die Hierarchieebenen von langer Berufserfahrung (z.B. der Pflegeperson) und statushöherer Berufsgruppe (z.B. Arzt/ Ärztin) beeinflussen die Interaktion ebenso wie die Bedeutung von Geschlecht, Berufsstand und beruflicher Erfahrung. Dies beschreibt Grandy als „Erfahrungs-/ Verantwortungsdiskrepanz“ in der Zusammenarbeit von Turnusarzt/-ärztin und Pflegeperson. Traditionelle berufsspezifische Rollenbilder, u.a. der Pflegeperson als (weiblich konnotiertes) Sprachrohr von ärztlichen Anweisungen und medizinischem Fachvokabular, sind außer Kraft gesetzt, wenn bildlich gesprochen auf Augenhöhe kommuniziert wird. Gemäß dem Ziel einer nicht-hierarchischen Kommunikation verläuft die wechselseitige Anerkennung und Weitergabe von Wissen und Erfahrungen an Angehörige anderer Gesundheitsprofessionen und Patienten/-innen idealiter entkoppelt von traditionellen Gender-Zuweisungen. Maßgebliche strukturelle Förderungen sind daher nötig, um die Berufszufriedenheit und Perspektivenvielfalt insbesondere von Frauen in Gesundheitsberufen zu erhöhen.

Gesundheitsberufe und Geschlecht – Fokus Ärzte/ Ärztinnen und Fachauswahl

In der Ärzte- und Ärztinnenschaft zeigt sich eine deutliche geschlechtsspezifische Segregation in der Fachrichtungswahl, Berufsausübung und im Karriereverlauf. In „traditionellen“ Männerdomänen, in der Unfallchirurgie oder Transplantationschirurgie, sind nach wie vor 90%-100% Männer beschäftigt. Ebenso sind Primariate, Chefarztposten und Professuren vorwiegend männlich besetzt. Die Habilitation in der medizinischen Ausbildung ist in hohem Maße mit dem Potenzial sich ‚Frei(zu)spielen für die Forschung‘ verbunden. Sie stellt in Österreich nach wie vor eine Demarkationslinie bzw. ein eindeutiges geschlechtsspezifisches Segregationsmerkmal dar. Hier öffnet sich die (Einkommens)Schere in der Berufslaufbahn von Männern und Frauen am weitesten (vgl. MUW 2011: 39; für die Schweiz vgl. Obsan Bulletin 3/2012: Frauen in der Funktion als Chefärztinnen und leitenden Ärztinnen: 19,5%, Assistenzärztinnen: 56%). Dieses Phänomen tritt somit erst relativ spät gegen Ende der Ausbildung auf. Während des Medizinstudiums und in der Fachärzte/-ärztinnenausbildung gibt es noch einen wesentlich höheren Frauenanteil. Dies gilt für die Zahl der Jung- und

Turnusärztinnen in Österreich, Deutschland und der Schweiz, den für diesen Artikel vorrangig betrachteten Ländern. Bei den Universitätsprofessuren ist demgegenüber eine hohe Gender-Ungleichgewichtung zu verzeichnen: Ein Männeranteil von ungefähr 85% steht einem Frauenanteil von ca. 15% gegenüber.

Ein höherer Anteil von Frauen zeigt sich insbesondere in medizinischen Bereichen, wo absehbare Dienst(schluss)zeiten ein ins Private verlagertes „Managen“ von Berufs- und Sozial-/Familienleben erleichtern bzw. möglich machen: Im nicht-kurativen Bereich (Amts-, Schul-, Polizeiärzte/-ärztinnen), in Ambulatorien, in der Physikalischen Medizin (Ambulatorien, Institute) und in der Blutgruppen- und Transfusionsmedizin liegt der Anteil der beschäftigten Ärztinnen über 50% (Bolognese-Leuchtenmüller 2000:24).

Weit weniger Frauen als Männer arbeiten neben ihrer Spitalstätigkeit in einer eigenen Praxis. Hier ähnelt der Prozentsatz jenem der Primärärzte, Chefarztposten und Professuren: 85% der Männer, jedoch nur ca. 15% der Frauen führen neben ihrer Spitalstätigkeit eine Praxis (vgl. Bolognese-Leuchtenmüller 2000: 24, basierend auf Daten aus dem Österreichischen Frauenbericht 1996).

Bei den niedergelassenen Ärzten/-innen mit Ordination gibt es in Österreich in folgenden Fächern eine hohe Frauenrate: In der Augenheilkunde: 40 %, in der Dermatologie: 44 %, in der Kinderheilkunde: 40 % (ÖAK 2011). Dies lässt sich damit begründen, dass weibliche Zuschreibungen in dieser Fächerwahl gelten: mütterliche Konnotationen z.B. bei der Kinderärztin, die als gering eingeschätzte Notwendigkeit von Körperkräften im Fach Augenheilkunde und Dermatologie, im Vergleich etwa zur Unfallchirurgie.

Das Verfassen einer Habilitation und die Tätigkeit in einer (eigenen) Ordination stellen also neben einer Anstellung in der Klinik ein vorrangig männlich konnotiertes Surplus im Arzt- bzw. Ärztinnen-Dasein dar. Eine weitere berufliche Hürde für Jungärztinnen und -ärzte bilden die mit der Vergabe von Kassenverträgen verbundenen Reglementierungen und Auflagen, u.a. zu den Öffnungszeiten von Ordinationen. Daher werden Gemeinschaftspraxen vermehrt als Alternativen angestrebt, aufgrund weniger belastender zeitlicher, räumlicher und finanzieller Verpflichtungen. Für die Bewältigung dieser Meilensteine im beruflichen Karriereverlauf von Ärzten und Ärztinnen bedarf es darüber hinaus eines hohen Aufwands an Zeit, Energie und Durchhaltevermögen, um Forschungsinteressen und -tätigkeiten umsetzen zu können. Vor allem in diesem Bereich ist die Situation von jungen Ärztinnen und Forscherinnen oftmals prekär: Sie sind in höherem Maße von (Energie)Mangel aufgrund eingeschränkter persönlicher, familiärer und/ oder finanzieller Ressourcen für das Anvisieren weitreichender Zielsetzungen in ihrem beruflichen Werdegang betroffen: Als Korrektiv wurden auch auf

dieser sehr hohen Ebene korrigierende Maßnahmen in Form von Mentoring-Projekten und Fördernetzwerken an Medizinischen Universitäten etabliert. Im fortgeschrittenen Karriereverlauf sind fachliche Mentoren/-innen nachhaltig wichtig. Traditionelles Mentoring verlief in der Vergangenheit oft im Sinne einer Vater-Sohn-Dyade bzw. in männlichen Seilschaften (vgl. Maurer/ Zehetner 1999: 28f). Daher sind korrigierende Maßnahmen ein strategisch notwendiges Mittel, um (junge) Frauen in ihrer beruflichen Karriereentwicklung zu fördern (vgl. Gutiérrez-Lobos et al 2012).

Gesundheitsberufe und Geschlecht – Fokus Gesundheits- und Krankenpflege

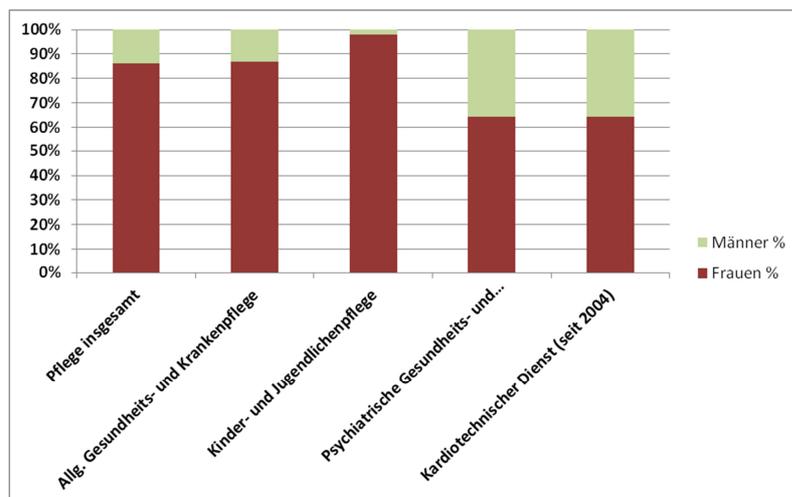


Abbildung 5: eigene Darstellung, Statistik Austria,

Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich, 2012.

Der Frauenanteil beim Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Österreich verläuft diametral zu klassischen Männerdomänen in medizinischer Ausbildung und fachärztlicher Tätigkeit: 86,8% Frauen sind in der allgemeinen Krankenpflege tätig, rund 98% in der Kinder- und Jugendlichenpflege, und 64,3% ist der Frauenanteil in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege sowie im kardiotechnischen Dienst (seit 2004). Noch höher ist der Anteil an weiblichem Gesundheits- und Pflegepersonal in geriatrischen Einrichtungen sowie in der Hauskrankenpflege: Hier beträgt er 80% bis 90% (vgl. OBSAN Factsheet 02/2009: Der Frauenanteil in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz beträgt 92%, nach Datenquellen aus 2006). In stationär ausgelagerten Bereichen, respektive in der häuslichen Pflege, sind sowohl die Ressourcen am Arbeitsplatz als auch Unterstützung und Rückhalt im Team nur eingeschränkt verfügbar (Krenn et al 2010: 183f). Die öffentliche Aufmerksamkeit für die im wenig sichtbaren Privathaushalt geleistete Pflegearbeiten ist aufgrund berufspolitischer Interventionen und gesellschaftspolitischer Notwendigkeiten in den letzten

Jahren gestiegen, nicht zuletzt aufgrund des hohen Personalbedarfs in diesem Bereich (vgl. Deutmeyer 2006: 9f, Krenn et al. 2010: 127f).

Auch hier ist ein genderspezifisches Ungleichgewicht erkennbar: Der geringe Männeranteil in der Pflege korrespondiert mit höheren Aufstiegschancen für Gesundheits- und Krankenpfleger. Zum Teil wird dies als „Imagepflege“ zur Steigerung des beruflichen Ansehens begriffen.

In Pflege- und Gesundheitseinrichtungen wirkt sich die Möglichkeit einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf oftmals auf die Fachauswahl und berufliche Praxis aus: Eine Studentin, die in der häuslichen Pflege tätig war, berichtete im Rahmen meiner Lehrveranstaltung zu „Gesundheitsberufen und Gender“ an der Universität Wien 2012 von einem Oberarzt in Wien, der die Vergabe von Teilzeitarbeitsplätzen an Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Operationssaal nicht duldete. Auf diese Weise gehen enorme fachliche Ressourcen verloren: Zum Teil wirkt sich dies auf die ganze weitere Berufslaufbahn aus. Eine vorgeordnete Beschränkung auf bestimmte Arbeitsgebiete bedeutete bislang vor allem Einbußen in der Karriereplanung von Frauen. Sie mussten in Folge ihre Berufstätigkeit auf Bereiche reduzieren, die sich mit familiären Aufgaben gut bzw. besser vereinbaren ließen: Hierzu zählte in der Vergangenheit die eigenverantwortliche gesundheitliche und pflegerische Betreuung im Privatraum. Eine Aufwertung dieses Bereichs könnte sich monetär oder in Fortbildungsangeboten ausdrücken, um die berufliche Perspektiven- und Chancenvielfalt von Mitarbeiterinnen in diesem stark belasteten Bereich zu erhöhen und Gesundheitsförderung anzubieten.

Gesundheitsberufe und Geschlecht – gesundheitswissenschaftliche Berufe

In den medizinisch-technischen Berufsgruppen („gehobenes medizinisches Fachpersonal“, oder heute „gesundheitswissenschaftliche Berufe“) sind im Durchschnitt zwischen 80-90% Frauen tätig. Dieser geschlechtsspezifischen Aufschlüsselung entsprechen die Zahlen von StudienabsolventInnen in der gesundheitswissenschaftlichen Fachhochschulausbildung wie Gesundheits- und Pflegemanagement oder Prozessmanagement Gesundheit (mündliche Bestätigung durch die Leiter der beiden Studiengänge, FH-Prof. Mag. Dr. Holger Penz, FH Kärnten und Vizedekan Dr. Gerhard Halmerbauer, FH OÖ GmbH, 2014).

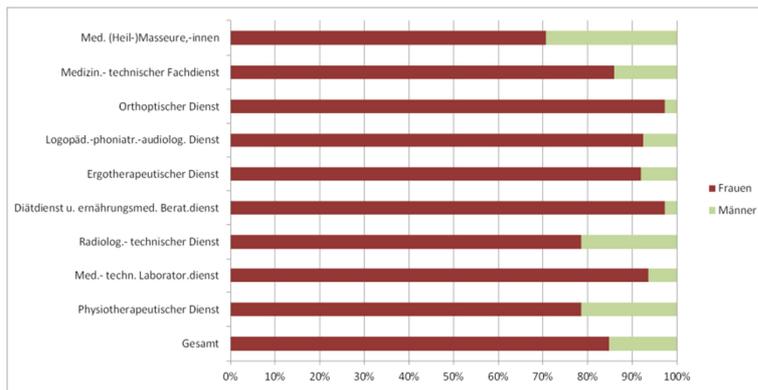


Abbildung 2: eigene Darstellung, Statistik Austria:

Personal in Krankenanstalten 2011 nach Fachrichtung, Geschlecht und Bundesländern, vom 25.9.2012)

Fast 100%ig ist der Frauenanteil im orthoptischen Dienst, womit auch ein hoher Anteil bei den Augenärztinnen von nahezu 40% korrespondiert (ÖAK, 10.10.2011, FN. 30). 100%ig ist der Frauenanteil bei der Berufsgruppe der Hebammen. In Österreich sind diese bei Statistik Austria unter „Personal aller Fachrichtungen insgesamt“ angeführt. In Anbetracht der hohen Eigenverantwortlichkeit dieser Berufsgruppe und dem enormen fachlichen Wissen wird die budgetäre Nachrangigkeit vom Österreichische Hebammengremium (ÖHG) und ausbildenden Fachhochschulen kritisiert. Die Tätigkeit von Hebammen dient in hohem Maße dem Empowerment von Frauen. Sie wirken mit hohem berufsgruppenspezifischem Erfahrungswissen der Medikalisierung und Objektivierung von schwangeren Frauen entgegen. Diese geringe budgetäre Dotierung ihrer Tätigkeit verweist auf Parallelen zur historischen Abwertung „frauenspezifischen Wissens“ (vgl. Schmerl 2002: 37). Sie korrespondiert mit einer hohen Bewertung und prozentuellen Beteiligung von Männern im Fach Gynäkologie, einem vormals „klassischen Männerfach“ (vgl. Schmerl 2002: 37).

Internationalisierung in den Gesundheitsberufen

Regelungen in der Ausbildung und die Steigerung der Chancenvielfalt im beruflichen Karriereverlauf müssen mit Blick auf die Internationalisierung und transnationale Einflüsse am Gesundheitsarbeitsmarkt umgesetzt werden.

Die Schweiz als (zahlungs)zugkräftiges Land weist einen besonders hohen Migrationsanteil im Gesundheitsbereich auf: „Die Zunahme des Personalbestandes wird durch ausländisches Personal ermöglicht. Zwischen 2002 und 2008 ist das Gesundheitspersonal von 104.00 auf 119.000 gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 15.000 Personen, davon waren 55% ausländischer Nationalität.“ (Obsan Bulletin 4/2010: 2). Berufsgruppenspezifisch wurde jede fünfte Pflegefachkraft, die in der Schweiz in Alters- und Pflegeheimen tätig ist, im Ausland

ausgebildet. Damit zählt die Schweiz zu den Hauptnutzerinnen der internationalen Migration von Gesundheitspersonal. In der Ärzte-/innenschaft kommt die Mehrheit der eingewanderten Ärzte und -innen aus Deutschland: „Je nach Jahr arbeiten rund drei Viertel der eingewanderten ausländischen Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich (Spitäler und andere stationäre Institutionen) und um die 10% im ambulanten Bereich (Praxen, Ambulatorien, etc.). Die restlichen waren in der Forschung, Lehre oder anderen Bereichen (Versicherung, Pharmabranche) tätig.“ (Obsan Bulletin 3/2012: 6).

Demgegenüber prognostizieren Personalberatungsfirmen und Wirtschaftsforschungsinstitute in Deutschland einen Ärzte/-innen- und Fachkräftemangel im stationären und ambulanten Bereich (vgl. u.a. PricewaterhouseCoopers, WifOR Institut (Hg.) 2010, BMG 2011, Bundesministerium für Gesundheit 2011). Die Mühen der Ebene im stationären und ambulanten Behandlungsalltag sind zum Erhalt des Krankenhausbetriebs zwingend notwendig. Das „reine“ Delegieren dieser Tätigkeiten an Gruppen, die aufgrund von national unterschiedlichen Berufseinstiegsgehältern durch Migration ihr Einkommen verbessern (wollen), ist auf inter- und transnationaler Ebene begrenzt leistbar und führt zu einer weiter erhöhten Trennung zwischen klinischer Forschung und alltäglicher (Stations)Praxis. Dies führt tendenziell zu Spannungen im stationären Bereich.

Das System der internationalen Migration im Gesundheitsbereich, welches bislang half personelle Lücken zu schließen, stößt in zweifacher Hinsicht an Grenzen: Zum einen durch zukünftige Anpassungen national divergierender Lohnniveaus, die zur Einwanderung motivier(t)en. Zum anderen ist für eine langfristige und koordinierte Planung des Personalbedarfs eine „Erhöhung der Anzahl (der) Ausbildungsplätze zwar notwendig, aber unzureichend. Es ist genauso wichtig, dass das ausgebildete Personal im Gesundheitswesen bzw. in den Gesundheitseinrichtungen bleibt.“ (Obsan Bulletin 4/2010: 4)

Insbesondere die Wahlmöglichkeiten von weiblichem Gesundheitspersonal wurden in der Vergangenheit durch Chancenungleichheit im beruflichen Karriereverlauf eingeschränkt. Dies hatte Folgewirkungen auf die Berufszufriedenheit und Verweildauer in den Gesundheitsberufen. Daher stellt berufliche Perspektivenvielfalt von Frauen einen wichtigen Faktor zur Erhöhung von Personalressourcen im Gesundheitsbereich dar.

Erhöhung von Personalressourcen durch Chancengleichheit von Frauen und Männern

In der Vergangenheit verließen zahlreiche Frauen im Gesundheitsbereich ihren Arbeitsplatz, weil die Anerkennung und Ausübung ihrer professionellen Tätigkeiten an die Erfüllung von Weiblichkeitsstereotypen gekoppelt war und/ oder mangelnde Teilzeitregelungen den Zugang

zu gehobenen Tätigkeiten im klinischen Setting verwehrt. Diese traditionelle Verknüpfung kann rückblickend in zweierlei Hinsicht interpretiert werden: Erstens dass professionelle Tätigkeiten von Frauen als unweiblich konnotiert waren, indem angenommen wurde, sie würden qua Berufstätigkeit den Zugang zu als natürlich angenommener Weiblichkeit und Mütterlichkeit „verlieren“, – unter Auslassung dessen, dass dies immer schon ein soziales Konstrukt und Ideengebäude war (vgl. Mauerer 2002, 2006) –, oder es wurde zweitens angenommen, Pflege und therapeutische Leistungen seien genuin weibliche Tätigkeiten und jede Frau könne sie qua Geburt ausüben.

Die Positionierung fachlicher Qualifikationen und neuer (auch genderspezifischer) Inhalte in den Gesundheitsberufen schreitet voran, um diese Geringschätzung und Abwertung hintanzuhalten. In weiterführendem Maße ist dies ein gesellschafts- und sozialpolitisches Unterfangen, welches über Berufsgruppenarbeit hinausgeht. Dieser (selbst)bewussten Neupositionierung begegnet Ökonomisierung im Gesundheitsbereich auf institutioneller Ebene. Neue Berufsgruppen und Segmentierungen am Gesundheitsmarkt bieten somit zum einen Chancen auf Veränderung, bergen jedoch zum anderen in hohem Maße auch „alte“ Risiken in sich: So ist im erwähnten de facto florierenden Bereich der häuslichen Pflege der ökonomische Druck auf die Leistungsanbieter/-innen besonders groß. In Österreich sind in diesem Bereich viele soziale und karitative Vereine tätig, für die öffentliche Hand sowie für Privatpersonen. Sie bieten ihren Mitarbeitern und -innen zwar Berufsausbildungen und Weiterbildungsmaßnahmen an, dennoch ist für sie die Gefahr gegeben, tendenziell als sozialer „Puffer“ zur Ressourcenabdeckung im Gesundheits- und Sozialbereich zu fungieren.

Als Anbieterinnen gesundheitlicher Dienstleistungen im Privathaushalt arbeiten Frauen wie gezeigt in großer Zahl öffentlich unsichtbar, was der beruflichen Anerkennung en gros schadet, zudem sind ihre Aufstiegschancen sehr gering (vgl. Krenn et al 2010). Daher bedarf es gesundheits-, sozial- und genderpolitischer Maßnahmen, um dieses Ungleichgewicht im Zugang zu finanziellen und zeitlichen Ressourcen zu beseitigen. Auf der Ebene der Bedeutungstiftung in der beruflichen Ausbildung und Praxis zählen hierzu anerkannte eigenverantwortliche und eigenständige Tätigkeiten in Therapie und Pflege. Dies wird durch den Zugang zu Wissenschaftlichkeit, im selbständigen Durchführen von wissenschaftlichen Studien gesichert. Diese dienen dem Nachweis von positiven Effekten der eigenen Tätigkeiten.

Betreffend die Work-Life-Balance gab und gibt es einen weiteren nachteiligen „Nebeneffekt“ für in Gesundheits- und Pflegeberufen ausgebildete Frauen: Die Praxis unbezahlter, informell ausgeführter Berufsausübung im Feld des Privaten konnte und kann bedeuten, als

professionelles Personal in der eigenen Familie gebraucht zu werden. Auf die hohen Traumatisierungspotenziale und die Gefahr von physischen und psychischen gesundheitlichen Schädigungen durch Pflege- und Versorgungsleistungen in der eigenen Familie weist Melanie Deutmeyer in ihrer empirischen Untersuchung hin (Deutmeyer 2006, 2008). Dies kann auch Männer betreffen, jedoch ist ihre Beschränkung auf unbezahlte Tätigkeiten im Privatraum sozial weniger akzeptiert und findet wesentlich eingeschränkter statt: u.a. aufgrund zeitlicher Limitierungen durch ihre gegenläufige, sozial erwartete und erwünschte Rolle als Ernährer und Geldverdiener. Diese Rolle ist ebenfalls, wie Bilder von Weiblichkeit, eine soziale Konstruktion, die individuelle Belastungen kreiert und der Veränderung bedarf. In der kritischen Männerforschung wurden traditionelle Männlichkeitsentwürfe als begrenzende, individuell durchaus prekäre identitätsstiftende Konstruktionen analysiert und ihre gesundheitsschädigenden Potenziale aufgezeigt (vgl. Meuser 2009, Hearn 2014). Insbesondere Bilder omnipräsenter, stets abrufbarer und achtzig bis mehr Wochenstunden tätiger Ärzte korrelieren mit der Vorstellung ökonomisch ein- und angepasster hegemonialer Männlichkeit (Hearn 2010). Diese bedurften im traditionellen (heterosexuell konnotierten) Setting einer reproduktiv tätigen Zuarbeit von Familienmitgliedern (z.B. der Ehe-/Hausfrau), und/ oder von Personal (Gildemeister/ Roberts 2009: 59f, Jürgens 2008).

Fazit und Ausblick:

Eine notwendige Basis zur Realisierung und Steigerung von Chancenvielfalt im je individuellen beruflichen Karriereverlauf – insbesondere von Frauen aufgrund der historisch eingeschränkten Startchancen in Folge zugeschriebener Weiblichkeitsmuster (vgl. Mauerer 2010: 220ff) – ist die Schaffung und Erhöhung von genderspezifischem Bewusstsein in allen Gesundheitsberufen: Dies betrifft sowohl institutionelle als auch (inter)nationale Agenden in gesundheitspolitischen Gremien und Foren. Inhaltlich bedeutete dies zunächst eine Steigerung der Awareness und Sensibilisierung für frauen- und genderpolitische Anliegen in den Gesundheitsberufen, sowie in weiterer Folge deren Thematisierung und Bearbeitung auf institutioneller und (inter)nationaler Ebene.

Die Vertreibung von Frauen aus jenen Bereichen, die von wenigen Mitsprachemöglichkeiten im institutionellen Setting geprägt waren und sind, ist geprägt von Ressourcenknappheit an Zeit, Raum, Personal und von mangelnder Anerkennung. Ebenso verursachen eingeschränkte Möglichkeiten die eigenverantwortliche Umsetzung von in der Ausbildung vermittelten Inhalten.

Ein hoher Zeitdruck resultiert(e) daraus, dass Zeit-Haben für Tätigkeiten in Behandlung, Therapie und Pflege ökonomisch zum reinen Kostenfaktor reduziert wurde und wird. Dies führt zu einer hohen individuellen Konfliktlage im personalintensiven Gesundheitsbereich (vgl. u.a. Haug 2004). Diese individuellen Konflikte werden von den Faktoren Geschlecht, Herkunft, Einkommen und sozialer Status mitbeeinflusst. Es bedarf daher in weiterer Folge korrigierender gender- und gesellschaftspolitischer Maßnahmen, um Arbeitsbelastungen in diesem Segment zu benennen, zu analysieren und zu verändern.

Die Sichtbarmachung und Offenlegung von kulturellen und soziohistorischen Einflüssen auf Männer- und Frauengesundheit, gerade im Feld der Gesundheitsberufe selbst sind von enormer Bedeutung und Analysekraft für zukünftige gesellschafts-, sozial- und gesundheitspolitische Herausforderungen, auch, aber keineswegs nur in diesem arbeitsmarktpolitisch wichtigen, unverzichtbaren Zukunftsfeld.

Literatur

- Biffel, Gudrun (2011): Deckung des Arbeitskräftebedarfs durch Migration in Österreich. EMN-Studie, Länderbericht Österreich, im Auftrag des BMI; <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/migrationglobalisierung/forschung/deckung-arbeitskraeftebedarf-durch-migration-oesterreich-de.pdf> (12.12.2012)
- Bolognese-Leuchtenmüller, Birgit/ Horn, Sonja (2000): Töchter des Hippokrates. 100 Jahre akademische Ärztinnen in Österreich. Wien.
- Bundesamt für Statistik Deutschland (2010): Gesundheitspersonal nach Berufen <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Gesundheitspersonal.html> (9.12.2012)
- Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland (BMG) (2011): Pflegefachkräftemangel. <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegefachkraeftemangel.html> (10.12.2012).
- Deutmeyer, Melanie (2008): Töchter pflegen ihre Eltern. Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Elternpflege –Indizien für geschlechtstypische Ungleichheit?. In: Bauer, Ullrich/ Büscher, Andreas (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Forschung. Wiesbaden: 259-281.
- Deutmeyer Melanie (2006): Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern Augsburg. <http://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/675>
- Dreißig, Verena: Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/ Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: Bauer, Ullrich/ Büscher, Andreas (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Forschung. Wiesbaden 2008: 363-374.

- Gildemeister, Regine/ Robert, Günter (2009): Die Macht der Verhältnisse. Professionelle Berufe und private Lebensformen, in: Löw, M. (Hg.): Geschlecht und Macht. Analysen zum Spannungsfeld von Arbeit, Bildung und Familie, Wiesbaden: 47-80.
- Grandy, Simone (2014): Strategien der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus – new insights on the doctor nurse game. Dissertation, Wien.
- Karin Gutiérrez-Lobos, Sonja Lydtin, Karoline Rumpfhuber (Hg.) (2012): Hat wissenschaftliche Leistung ein Geschlecht? Aktuelle Beiträge zur Exzellenzdebatte. Wien.
- Haug, Frigga (2004): Patientin im neoliberalen Krankenhaus. In: Graumann/ Grüber (Hg.): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster 2004, 141-160.
- Hausen, Karin (1976): Die Polarisierung der ‚Geschlechtscharaktere‘ – eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben, in: Conze, Werner (Hg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas, Stuttgart 1976: 363-393.
- Hearn, Jeff (2008): Von gendered organizations zu transnationalen Patriarchien – Theorien und Fragmente. In: Aulenbacher, Brigitte/ Riegraf, Birgit (Hg.): Erkenntnis und Methode: Geschlechterforschung in Zeiten des Umbruchs. Wiesbaden: 267-290.
- Hearn, Jeff (2010): Men and masculinities in organisations and management. In: Women, leadership and management. Helsinki, Finland: Edita: 85-98.
- Hearn, Jeff (2014): On men, organizations and intersectionality. In: Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal, 33 (5): 414-428.
- Jürgens, Kerstin (2008): Reproduktion als Praxis. Zum Vermittlungszusammenhang von Arbeits- und Lebenskraft. Berliner Journal für Soziologie 18 (2008) 2:193-220.
- Knapp, Gudrun-Axeli (1993): Segregation in Bewegung: Einige Überlegungen zum „Gendering“ von Arbeit und Arbeitsvermögen. In: Hausen, Karin(Krell, Gertraude (Hg.): Geschlechterhierarchie und Arbeitsteilung. München: 25-46.
- Krenn, Manfred/ Flecker, Jörg/ Eichmann, Hubert/ Papouschek, Ulrike (2010): „...was willst du viel mitbestimmen?“ Flexible Arbeit und Partizipationschancen in IT-Dienstleistungen und mobiler Pflege, FORBA-Forschung Bd. 5, Berlin.
- Mauerer, Gerlinde (Hg.) (2010): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.
- Mauerer, Gerlinde (2006): Unter aller Kritik und über alle Maße: die Mutter, in: Gesine Palmer (Hg.): Mutterkonzepte/ Motherhood. Figurationen. Gender Literatur Kultur. 01/06: Köln, Wien Weimar: 87-102.

- Mauerer, Gerlinde (2002): Medeas Erbe: Kindsmord und Mutterideal. Feministische Theorie Bd. 43, Wien.
- Mauerer, Gerlinde/ Zehetner, Bettina (1999): Von Putzmännern und Rektorinnen. Der Frauenförderungsplan gefährdet die traditionelle Uni-Thronfolge. Mehr Frauen sollen per Verordnung in gehobene Positionen vorrücken, Profil EXTRA Nr.1: 28-29.
- Meuser, Michael (2009): Männlichkeiten in Bewegung. Zur Aktualität des Konzepts der hegemonialen Männlichkeit angesichts des Wandels von Erwerbsarbeit. In: Aulenbacher, Brigitte/ Riegraf, Birgit: Erkenntnis und Methode: Geschlechterforschung in Zeiten des Umbruchs (Geschlecht und Gesellschaft): 249-265.
- MUW Frauenbericht 2011: http://www.meduniwien.ac.at/homepage/fileadmin/HP-Relaunch/pdforganisation/gleichbehandlung/Frauenbericht/MUW_Frauenbericht_2011.pdf
- Obsan Factsheet 02/2010: Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/03.html?publicationID=3207>
- Obsan Bulletin 3/2012: Ärzte und Ärztinnen in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4951>
- Obsan Bulletin 4/2010 Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4083>
- OECD (2011): Physicians by age and gender: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30173#>
- Österreichische Ärztekammer (2011): Zahlen, Daten, Fakten. Niedergelassene Ärzte im Überblick. <http://www.multiart.at/aerztekammer/cms/Factsheet.pdf>
- PricewaterhouseCoopers, WifOR Institut (Hg.) (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Frankfurt.
- Schmerl, Christiane (2002): Die Frau als wandelndes Risiko. Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung zur Frauengesundheitsforschung, in: Hurrelmann, Klaus/ Kolip, Petra: Geschlecht – Gesundheit – Krankheit. Eine Einführung, Bern u.a.: 32-52.
- Soiland, Tove (2010): Luce Irigarays Denken der sexuellen Differenz. Eine Intervention im Streit zwischen Lacan und den Historisten. Wien.
- Wischer, Miriam (2013): Kollektiv zwischen Schöpfung und Erschöpfung. Frauen gemeinsam sind stark, aber was stärkt Frauen? In: Fink, Dagmar/ Krondorfer, Birge/ Prokop, Sabine/ Brunner, Claudia (Hrsg.): Prekariat und Freiheit? Feministische Wissenschaft, Kulturkritik und Selbstorganisation. Münster.
- Zehetner, Bettina (2012): Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. Wien.

Zur Autorin:

Mag. Dr. Gerlinde Mauerer,

Kontakt: gerlinde.mauerer@univie.ac.at, <http://homepage.univie.ac.at/gerlinde.mauerer/>.

Mag.a Dr.in phil., Sozialwissenschaftlerin, Universitätslektorin an der FH Campus Wien, Studiengang für Hebammen (Lehre in Soziologie) sowie an der SOB, Schule für Sozialbetreuungsberufe in Wien.

Forschungsschwerpunkte: Feministische Theorien, Gender Studies, Gesundheits- und Medizinsoziologie, soziale Folgen neuer Technologien, Ethik.

Forschungsarbeiten:

2015: Elternteilzeitarbeit und gendergerechte Work-Life-Balance in ausgewählten Betrieben. Eine soziologische Analyse von qualitativen Aspekten zur Förderung von strukturellen Rahmenbedingungen für Vaterkarenz und Elternteilzeitarbeit“ (Fördermittel MA 7 – Wissenschaft)

2014-2015: Transfersituationen in der Elternarbeit: Eine qualitative Analyse von Herausforderungen an Partnerinnen von ‚Karenzvätern‘ – Mutterschaft im Wandel?“ (Fördermittel MA 7 Wissenschaft)

2013-2014: Konstruktionen von Männlichkeit und Väterkarenz: Ein Brückenschlag?“ (mit Mag. Paul Scheibelhofer, Fördermittel Hochschuljubiläumsstiftung der Stadt Wien)

2013: Männer in Elternkarenz – eine qualitative Untersuchung mit Fokus auf Alltagshandeln (Fördermittel MA 7 Wissenschaft)

2009: Frauengesundheitsforschung/-praxis und Feministische Theorien: Wechselwirkungen, Hemmnisse, Entwicklung zukünftiger Forschungsperspektiven in der Feministischen Theoriebildung“ (Fördermittel MA 7 Wissenschaft)

2006: BIOGENDER: The Impact of New Biotechnologies on Gender Aspects in Health Insurance, Forschungsprojekt im Rahmen des österreichischen Genombegleitforschungsprogramms ELSA (Ethical, Social and Legal Aspects of Genome Research) (Fördermittel des BM:wvk).

Publikationen (Auswahl):

2015: Everlasting post-docs? In: Wroblewski, Angela (Hg.): Mentoring – An Instrument to Promote Equality in Science and Research, Sociological Series 110, Institute for Advanced Studies, Vienna: 73-81.

2014: Gesundheitliche Entscheidungsfindung im partnerschaftlichen Eltern-/ Familiensetting.

Paper im Tagungsband „Health Literacy als Basiskompetenz (in) der Gesundheitsgesellschaft“ an der FH Technikum Kärnten, Villach, Penz, Holger/ Martinz, Hannes/ Klein, Regina/ Krajc, Karl (Hg.), Klagenfurt: 39-41.

2013: Gerburg Treusch-Dieter. Ausgewählte Schriften. (Hg. gemeinsam mit Edith Futscher, Heiko Kremer, Birge Krondorfer, Turia +Kant: Wien, Berlin).

2010: Frauengesundheit in Theorie und Praxis – Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften (Hg.), Transcript Verlag, Bielefeld.

2009: Altersspezifische Erörterung der Themen Gesundheit und Gender, gem. mit Verena Fabris, in: BM für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz: Soziale Lage – Gender – Gesundheit. Tagungsband zur Veranstaltung am 28.10.2008. Wien: 37-44.

2006: Unter aller Kritik und über alle Maße: die Mutter, in: Gesine Palmer (Hg.): Mutterkonzepte/Motherhood. Figurationen. Gender Literatur Kultur. 01/06:.. Köln, Wien Weimar 2006: 87-102.

2005: The Impact of New Biotechnologies on Gender Aspects in Health Insurance, Mauerer et al, IHS Wien.

2005: In Bewegung bleiben. Mentoring-Erfahrungen 2001-2003, in: Herta Nöbauer/ Evi Genetti/ Waltraud Schlögl (Hg./Eds.): Mentoring für Wissenschaftlerinnen. Im Spannungsfeld universitärer Kultur- und Strukturveränderung. Mentoring for Women Academics and Scientists: Questioning Structural and Cultural Change in Academia, Bm:bwk, Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft - Band 20, Wien: 158-169.

2003: Wissen vom Körper, Körperbegriff und rechtsfreier Raum“. In: Cacioppo, Britta (Hg.): Machbarkeitswahn und scheinbare Freiheiten. Feministische Kritik an Gen- und Reproduktionstechnologien. Wien: 72-82.

Online-Publikation in der Reihe feminismen diskutieren:

Ich stelle den Text „Frauengesundheit und Wohlbefinden? Eine gender- und gesellschaftspolitische Betrachtung zu Frauen in Gesundheitsberufen: Nachwirkungen patriarchaler Denk- und Handlungsmuster mit Fokus auf die (Weiter)Entwicklung zukünftiger feministischer Potenziale“ dem Verband feministischer Wissenschaftlerinnen als Online-Publikation zur Vortragsreihe feminismen diskutieren zur Verfügung. Den Text habe ich eigenständig verfasst, die Rechte und Verantwortung für den Text liegen bei mir.

Wien, am 6. Jänner 2016, © Gerlinde Mauerer