

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Seyfried Sandra, geb. 29.01.1983

Männer in der Pflege

Medizinische Universität Graz
Studium Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Begutachterin:

Mag. Dr. Susanna Schaffer
Auenbruggerplatz 24
8036 Graz

Im Rahmen der Lehrveranstaltung:

Evidence Based Nursing

Datum der Einreichung:

26.04.2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.



Graz, am 26.04.2013

Sandra Seyfried

Zusammenfassung

Die Pflege ist seit langer Zeit schon ein traditioneller Frauenberuf, welcher zu einem großen Teil auf vermeintlich weiblichen Fähigkeiten beruht. Dies drückt sich auch heute noch in einer geringen Anzahl von Männern in dieser Berufsbranche aus. Männer werden von unterschiedlichsten Faktoren abgehalten den Pflegeberuf zu ergreifen. Dazu zählen vor allem die unattraktiven Rahmenbedingungen des Berufs, unattraktive Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und Vorurteile hinsichtlich bestehender Geschlechterstereotype. Männer sind vermehrt in spezifischen Fachbereichen der Pflege tätig und sind gehäuft in Führungspositionen anzutreffen. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine Aufwertung des Berufs-Images sind notwendig, um eine Steigerung der Männerquote zu erzielen.

Abstract

Since a long time the nursing profession is known as a traditional women's occupation which is based on female abilities. Even today men are underrepresented in this sector. There are different factors that dissuade men from a nursing career, like the unattractive basic conditions of the occupation, the unattractive possibilities for advanced education and the existing gender-based stereotypes. Men are more likely to work in typical subfields with higher earnings like in leadership positions. An improvement of the terms of employment and a more attractive image of the profession are necessary to recruit more men into nursing.

Inhalt

1 Einleitung.....	6
1.1 Themenwahl	6
1.2 Zielsetzung.....	7
1.3 Fragestellung	7
2 Literaturrecherche	7
3 Ergebnisse.....	8
3.1 Geschichtlicher Rückblick – Männer in der Pflege	8
3.2 Die Pflege als Frauenberuf	9
3.3 Berufsbezeichnung	10
3.3.1 Berufsbezeichnungen im deutschsprachigen Raum.....	10
3.3.2 Berufsbezeichnungen im internationalen Vergleich.....	11
3.4 Zahlen zur aktuellen Situation der Pflege.....	11
3.4.1 Österreich.....	11
3.4.2 Internationaler Vergleich.....	14
3.4.3 Fachkräftemangel und Erwerbslosigkeit.....	14
3.5 Berufswahl	15
3.5.1 Geschlechtsspezifische Motivationen.....	15
3.5.2 Einfluss des sozialen Geschlechts / Geschlechtliche Identität	16
3.5.3 Einfluss der Gesellschaft - Soziale Etikettierung und Geschlechterstereotype.....	17
3.5.4 Die Pflege als zweite Wahl	18
3.6 Einfluss der Ausbildung.....	18
3.7 Unterschiedliche Arbeitsbereiche.....	19
3.7.1 Psychiatrische Pflege	20
3.7.2 Intensiv-Pflege.....	20

3.7.3 Anästhesie-Pflege	20
3.7.4 Gebärstationen und Neugeborenen-Pflege	21
3.7.5 Altenpflege	21
3.7.6 Angehörigenpflege	22
3.7.7 Männer in Führungspositionen	23
3.8 Entlohnung im Pflegebereich	23
3.8.1 Verdienst im deutschsprachigen Raum	24
3.8.2 Verdienst im internationalen Vergleich	25
3.9 Aufstiegschancen und Karriereverläufe im Pflegebereich.....	26
3.10 Praxis	27
3.10.1 Geschlechtsspezifische Besonderheiten / Pflegen Männer anders?	27
3.10.2 Integration ins Team.....	29
3.10.3 Akzeptanz von den betreuten Personen.....	30
3.11 Pflege-Ethik.....	30
3.12 Wahrnehmung Gender in der Pflege.....	31
3.13 Einfluss der Politik.....	32
4 Schlussfolgerung	34
5 Diskussion - Was könnte zu einer Veränderung führen?.....	36
6 Literaturverzeichnis	38
7 Abbildungsverzeichnis	40
8 Tabellenverzeichnis	41

1 Einleitung

1.1 Themenwahl

Was hat mich als Frau dazu bewogen das Thema „Männer in der Pflege“ für meine Bachelor-Arbeit auszuwählen?

Seit sieben Jahren bin ich als Diplomierte Kinderkrankenschwester auf einer Intensivstation für Früh- und Neugeborene tätig. Gerade hierbei handelt es sich um einen Arbeitsbereich, in dem in der Pflege kaum bis gar keine Männer tätig sind. Im Laufe meiner Berufsjahre lernte ich lediglich zwei männliche Auszubildende kennen. Umso mehr ist mir im Rahmen meiner Sonderausbildung zur Intensivkrankenschwester, der höhere Männeranteil der Auszubildenden aufgefallen. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir jedoch, das von mir absolvierte Universitätslehrgangs-Upgrade. Hierbei handelt es sich um eine einwöchige Zusatzausbildung für Krankenpfleger/Innen, welche die Sonderausbildung zur/m Intensivkrankenschwester/-pfleger bereits absolviert haben, in der es v.a. um die Vermittlung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung geht. Im Gegensatz zur Sonderausbildung, ist diese einwöchige Zusatzausbildung auf freiwilliger Basis zu absolvieren. Von 15 Teilnehmer/innen, waren neun männlich.

Ich fragte mich, warum sich vor allem Männer für solche Zusatzqualifikationen interessieren und stieß recht zügig auf einige Artikel zu diesem Thema. Demnach sollen in der Pflege verhältnismäßig deutlich mehr Männer als Frauen in Führungspositionen tätig sein.

Einen weiteren Denkanstoß in diese Richtung gab mir die erst kürzlich stattgefundene Volksbefragung zum Thema Berufsweh bzw. freiwilliges soziales Jahr. Was hätte die Abschaffung des Zivildienstes für die zukünftigen Entwicklungen in der Pflege zu bedeuten, wo doch viele Männer bei der Absolvierung dieses Pflichtdienstes erst ihre „soziale Ader“ entdecken und sich dadurch erst für den Pflegeberuf zu interessieren beginnen? Würden so noch weniger Männer in der Pflege arbeiten?

Des Weiteren stellte ich mir die Frage, wie die Situation in anderen Ländern aussieht und im Speziellen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Ausbildungsform im jeweiligen Land und der Männerquote im Pflegebereich gibt.

1.2 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist zu erörtern, welche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Pflegekräften hinsichtlich Datenlage, Berufsmotivation, Arbeitsbereichen, Berufslaufbahn und Arbeitsweise existieren. Ebenso soll der Einfluss von bestehenden Rahmenbedingungen, Politik und Gesellschaft festgestellt werden.

1.3 Fragestellung

- Wie sieht die derzeitige Datenlage hinsichtlich Männer in der Pflege aus?
- Ist der Männeranteil in Führungspositionen tatsächlich so hoch und wenn ja, was sind die Ursachen dafür?
- Gibt es Unterschiede in der Berufs-Motivation zwischen Frauen und Männern?
- Welche Rolle spielt das soziale Geschlecht bei der Berufswahl?
- Welche Barrieren hindern Männer daran den Pflegeberuf zu ergreifen?
- Welchen Einfluss hat die Ausbildung auf Berufswahl und das gesellschaftliche Ansehen?
- Variiert der Männeranteil nach Fachbereichen?
- Auf welche Barrieren stoßen Männer in der Berufspraxis?
- Existieren Unterschiede in der Arbeitspraxis von Frauen und Männern?
- In welchem Ausmaß wird die Gender-Frage im Bereich Pflege heutzutage wahrgenommen?
- Welche politischen Maßnahmen könnten die derzeitige Situation verbessern?

2 Literaturrecherche

Die vorhandene Literatur zum Thema „Männer in der Pflege“ ist recht umfangreich, da es sich, wahrscheinlich vor allem aufgrund des Pflegekräftemangels, um eine sehr aktuelle Thematik handelt. So konnte ausreichend aktuelle Literatur in deutscher und englischer Sprache für die Ausfertigung dieser Arbeit gefunden werden.

Die Recherche fand über die elektronische Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Universität Graz und Pub Med statt. Ebenso wurde auf die Literaturverweise der einzelnen Artikel zurückgegriffen.

Eine Großzahl der Artikel für den deutschsprachigen Raum bezieht sich auf die Bundesrepublik Deutschland. Da davon auszugehen ist, dass die aktuelle Situation in Österreich und Deutschland aufgrund der nahezu identischen Ausbildungsformen und gesellschaftlichen Verhältnisse sehr ähnlich ist, wurden diese Ergebnisse für beide Länder als gültig betrachtet.

3 Ergebnisse

Nachfolgend werden die im Rahmen der Literaturrecherche gewonnenen Ergebnisse dargestellt.

3.1 Geschichtlicher Rückblick – Männer in der Pflege

Sowohl in Lehrbüchern, als auch in den im Rahmen der Pflegeausbildung vermittelten Inhalten zur Geschichte der Krankenpflege wird häufig übersehen, dass die Präsenz von Männern in der Pflege bis ins Byzantinische Reich und das Mittelalter zurückzuverfolgen ist. Das bekräftigt die weitverbreitete Meinung, dass die Geschichte der Pflege erst mit Florence Nightingale begann und somit seit jeher weiblich besetzt war. (vgl. McLaughlin, S. 306)

Die moderne Krankenpflege des 19. Jahrhunderts ist in ihren Anfängen unmittelbar mit der Rationalisierung der modernen Medizin verknüpft. Vor allem durch die Kriege dieser Zeit entstand ein erhöhter Bedarf an technisierter und standardisierter Pflege. So kam es zu einem Wandel von einer ehrenamtlichen und an die Kirche gebundenen Tätigkeit hin zu einer staatlich anerkannten Krankenpflege. Der Beruf war damals in vorgeschriebener Weise ausschließlich Frauen vorbehalten. Es kam zu einer Unterordnung der weiblichen Krankenpflege unter den männlichen Bereich der Medizin. (vgl. Stuve, S.18)

Mit Ausnahme der psychiatrischen Krankenpflege zog sich dieser Trend bis ins 20. Jahrhundert fort. Im deutschsprachigen Raum wurden die ersten Männer in den 60er

und 70er Jahren für die Ausbildung in Krankenpflegeschulen zugelassen (vgl. www.psychiatrische-landschaften.net, www.giessener-allgemeine.de).

3.2 Die Pflege als Frauenberuf

Unter „Frauenberuf“ versteht man lt. Frey eine Berufssparte, in der der Anteil einer Geschlechtergruppe über 80% liegt (vgl. Frey, S. 5). Die allgemeine Annahme, in der Pflege arbeiten vor allem Frauen, wird durch die bestehende Datenlage unterstützt. Darauf wird im Kapitel 3.4 noch genauer eingegangen.

Wie bereits erwähnt, fand in der Geschichte der Krankenpflege im deutschsprachigen Raum (im Vergleich zur nordamerikanischen und englischen Krankenpflege) eine spezifische Unterordnung des „weiblichen Pflegeberufs“ unter die „männliche Medizin“ statt. Das Konzept des „Frau-Seins als Beruf“ mit dem Charakter des „Seins-für-andere“ wurde, durch das Festhalten an dem kirchlich geprägten Schwesterntitel, fortgesetzt. (vgl. Stuve, S.18) Dies zeigte sich z.B. auch in einer Studie von Stuve, in der ein männlicher Pfleger angibt, häufig als Arzt angesprochen zu werden. (vgl. Stuve, S. 68)

Durch die feministische Forschung wurde Ende der 70er Jahre der Begriff des „weiblichen Arbeitsvermögens“ geprägt, welcher bis heute eng mit dem Pflegeberuf verbunden zu sein scheint. Hierzu zählen eine Reihe kostenloser v.a. hausarbeits- und körpernaher Tätigkeiten, welche Frauen „von Natur aus“ zugeschrieben und auch von ihnen erwartet werden. (vgl. Stuve, S.14)

Interessant ist auch, dass Frauen generell eher auf statusniedrigere Berufe zurückgreifen und sich diese Entwicklung auch heute noch fortsetzt, wo es speziell in westlichen Ländern allen Frauen offensteht den Beruf zu ergreifen den sie wollen. Es wird diskutiert, ob dies darauf zurückzuführen ist, dass Männer und Frauen sich hinsichtlich ihrer Bedürfnisse was die Lebensgestaltung betrifft grundsätzlich unterscheiden. (vgl. Stuve, S. 15)

Eine der Barrieren, welche für eine Entgeschlechtlichung des Pflegeberufs ein Hindernis darstellt, sind auch professionspolitische Widerstände. Diese verweisen die Pflege in eine der Medizin untergeordnete Position und dürften Ausdruck einer historisch gewachsenen, gesellschaftlichen Geschlechterhierarchie sein.

Untersuchungen konnten zeigen, dass die soziale Anerkennung einer Arbeit in einem großen Maß von der gesellschaftlichen Wertschätzung von Frauen und Männern abhängig ist. (vgl. Rumpf, S. 24)

3.3 Berufsbezeichnung

In nur wenigen Berufen ist, wie in der Krankenpflege, eine traditionelle zweigeschlechtliche Begriffsspaltung vorzufinden.

Nach Reidl drücken sich Rollenzuschreibungen und Klischees häufig in der unterschiedlichen Ansprache von Frauen und Männern aus. Während das von ihr befragte weibliche Pflegepersonal ausschließlich mit „Schwester“ angesprochen wird, werden männliche Pfleger häufig mit ihrem Familiennamen angesprochen und dies unabhängig von der jeweiligen Position. (vgl. Reidl, S. 48)

3.3.1 Berufsbezeichnungen im deutschsprachigen Raum

Im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 wird hinsichtlich der Berufsbezeichnung weiterhin zwischen den Geschlechtern unterschieden:

§ 12 (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind (§ 27), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester“/„Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ zu führen. (vgl. GUKG 1997)

Ein weiteres Beispiel ist die Schweiz. Hier wird auch zwischen den Geschlechtern unterschieden. Die offizielle Berufsbezeichnung lautet dort „Diplomierte Pflegefachfrau“ bzw. „Diplomierter Pflegefachmann“. (vgl. www.sbk-asi.ch)

In Deutschland wurden 2004 mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1985 die Begriffe „Krankenschwester“ und „Krankenpfleger“ unter der staatlich geschützten Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ vereinheitlicht (vgl. Stuve, S.10).

3.3.2 Berufsbezeichnungen im internationalen Vergleich

In den USA und Kanada ist die Bezeichnung „nurse“ offiziell für beide Geschlechter vorgesehen. In der Praxis geschieht es jedoch häufig, dass bei männlichen Pflegekräften speziell der Ausdruck „male nurse“ verwendet wird. Diese sprachliche Besonderheit macht deutlich, dass die Begriffe „men“ und „nurse“ nicht miteinander assoziiert werden und den Status der Männer als Minderheit unterstreichen, was zu einer Differenzierung von der großen Gruppe der „nurses“ führen kann. In anderen Berufssparten, z.B. bei Ärzten, kommt es viel seltener zu diesem speziellen Hinzufügen des Geschlechts. (vgl. Rajacich,, S.77-78)

In Schweden werden auch männliche Pflegekräfte mit „syster“, also „Schwester“, angesprochen. Auch die Berufsbezeichnung „sjuksköterska“ ist weiblich und bedeutet wörtlich „Krankenpflegerin“. In den Niederlanden gibt es als Pendant zur Bezeichnung der „Krankenschwester“ den „ziekenbroeder“, also den „Krankenbruder“. (vgl. Nübling, S. 2)

Warum nennt man männliche Pflegepersonen im deutschsprachigen Raum also nicht auch „Krankenbruder“? Die linguistische Forschung meint zu diesem Thema, dass sich im Deutschen alle Frauenbezeichnungen aus den männlichen ableiten, umgekehrt ist dieser Weg jedoch blockiert. Als Grund für diese Restriktionen in der deutschen Sprache, kann der niedrigere soziale Status dieser Frauenberufe vermutet werden, von dem sich Männer durch eigene und neue Berufsbezeichnungen abheben wollen. (vgl. Nübling, S. 8)

3.4 Zahlen zur aktuellen Situation der Pflege

Nachfolgend wird die aktuelle Datensituation in Österreich mit anderen Ländern verglichen.

3.4.1 Österreich

3.4.1.1 Praxis

2011 waren in Österreich insgesamt 55.594 Personen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Krankenanstalten tätig. Davon waren 7.780 Personen männlich, das entspricht 14,0%. Von diesen 7.780 Männern waren 6.417

(82,5%) in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig, 87 (1,1%) in der Kinder- und Jugendlichenpflege, 1.215 (15,6%) in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege und 61 Männer (0,8%) im kardiotechnischen Dienst. (vgl. BMG 2012)

Besonders eindrucksvoll sind die vom niederösterreichischen Frauenförderungsverband herausgegebenen Zahlen hinsichtlich der Führungspositionen im Verwaltungsbereich von Pflegeheimen. Im Jahr 2006 gab es hier einen Männeranteil von eindrucksvollen 94%. (vgl. Reidl, S. 74)

3.4.1.2 Ausbildung

Sieht man sich die Situation in Ausbildungsstätten an, war der Männeranteil 2002 in Schulen für Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege mit 20% am höchsten und mit 3% in Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege am geringsten. (vgl. Pflegebericht 2006, S.80) Im Durchschnitt wird der Männeranteil in der Grundausbildung auf 5-10% geschätzt (vgl. Reidl, S. 30).

Die Studierendenstatistik der Medizinischen Universität Graz zeigt folgende Zahlen:

Tab. 1 Studienabschlüsse Gesundheits- und Pflegewissenschaft:

	Bachelor 2010/2011	Master 2010/11	Bachelor 2011/12	Master 2011/12
Männer	13	6	8	3
Frauen	58	25	55	29
Gesamt	71	31	63	32
Männeranteil in %	18,3	19,4	12,7	9,4

(vgl. Medonline)

Tab. 2 Studierendenanzahl 2012/13 nach Studienrichtung:

Studienrichtung	Studierende gesamt	Männer	Frauen	Männeranteil in %
Bachelor Gesundheits- und Pflegerwissenschaft	218	33	85	15,1
Master Gesundheits- und Pflegerwissenschaft	107	18	89	16,8
Kombination Bachelor Pflegerwissenschaft und GUK- Diplom	98	18	80	18,4
ULG Sonderausbildung Intensiv- Pfleger	58	13	45	22,4
ULG Sonderausbildung Mittleres Pflegermanagement	39	6	33	15,4
Postgradualer Lehrgang für Führungskräfte im Gesundheitssystem	30	21	9	70,0

(vgl. Medonline)

Ausgehend von den 14% Gesamtanteil an Männern, welche in Österreich im Pflegebereich tätig sind, sticht bei der Betrachtung dieser Zahlen ins Auge, dass der Männeranteil in den universitären Pflege-Ausbildungen durchwegs höher liegt. Besonders auffällig ist der Männeranteil von 70% im postgradualen Lehrgang für Führungskräfte im Gesundheitssystem. So stimmen die Zahlen des Studienjahres 2012/13 an der Medizinischen Universität Graz mit den Ergebnissen der Literaturrecherche überein, welche durchwegs besagen, dass der Männeranteil mit zunehmendem Fort- und Weiterbildungsniveau steigt.

3.4.1.3 Lehrpersonal

Im Rahmen des Projektes „Chancengleichheit im Pflegeberuf“ holte das Land Niederösterreich im Jahr 2005 Daten in den 15 niederösterreichischen Krankenpflegeschulen bezüglich des dort beschäftigten Lehrpersonals ein. Mit 26,6% lag der Männeranteil im Ausbildungsbereich deutlich höher als in der Praxis. (vgl. Reidl, S. 77) Auffallend war, dass Schulen, welche im Jahr 1995 keine Männer anstellten, dies bis zum Jahr 2005 auch nicht getan hatten. Es lässt sich also

vermuten, dass diese Vorgehensweise, aus nicht näher erläuterten Gründen, eine gewisse Tradition hat. (vgl. Reidl, S. 20)

3.4.2 Internationaler Vergleich

In Deutschland waren im Jahr 2010 14,0% der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte männlich. Auch das Beschäftigungsausmaß unterschied sich deutlich nach Geschlecht. 16% der Männer waren teilzeitbeschäftigt, bei den Frauen arbeiteten 37% in einem Teilzeitverhältnis. Doch auch bei Männern ist ein deutlicher Trend hin zur Teilzeitbeschäftigung ersichtlich, so hat sich die Anzahl in den vergangenen 10 Jahren verdoppelt (+105%). Interessant ist hier auch der Vergleich mit anderen Branchen des Gesundheitsbereichs. So lag der Männeranteil bei den Diät- und Pharmazeutisch-Technischen Assistenten bei lediglich 3% und bei Zahntechnikern bei 43%. Bei den Mediziner gab es ein fast ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (102.000 Männer, 101.000 Frauen), jedoch ist hier die Anzahl der Ärztinnen stark im Steigen. (vgl. Arbeitsmarkt in Deutschland, S.8f)

Blickt man in die USA, in dem das Ansehen des Pflegeberufs durch die schon seit langem höher gestellte Ausbildung und die höhere Bezahlung ein besseres ist, hat sich der Männeranteil lt. einer landesweiten Studie von Landivar von 1970 bis 2011 verdreifacht und zwar von 3,9% auf 9,6% (vgl. USA Today, 2013). Zwar ist hier ein deutlicher Trend zur Steigerung der Männerquote zu erkennen, der Gesamtanteil von 9,6% stimmt aber eigentlich mit der weit verbreiteten Annahme der Literaturrecherche, ein besserer Status des Pflegeberufs würde zu einem höheren Männeranteil führen, nicht überein (Vergleich Österreich 14%).

3.4.3 Fachkräftemangel und Erwerbslosigkeit

Laut Prognosen, wird sich der Fachkräftemangel, durch eine demografisch und gesellschaftspolitisch bedingte Bedarfssteigerung, in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt, kann der Bedarf in Deutschland durch die Anzahl der Auszubildenden nicht gedeckt werden. (vgl. Frey, S. 5f)

Arbeitslosigkeit tritt bei Pflegekräften generell eher selten auf. Im Jahr 2006 waren beim AMS Wien 200 Diplomierte Pflegekräfte als arbeitslos gemeldet, Hauptursache dafür waren meist gesundheitliche Probleme. (vgl. Mosberger, S. 2)

3.5 Berufswahl

Laut Piechotta wird die Berufswahl von sozialisationsbedingten Hintergründen sowie vorherrschenden Bedeutungs- und Bewertungsmustern in Bezug auf Ausbildung, Arbeit und Geschlecht beeinflusst (vgl. Stuve, S. 14).

3.5.1 Geschlechtsspezifische Motivationen

Es scheint geschlechtsspezifische Motivationen zu geben, den Pflegeberuf zu ergreifen. Bei Frauen steht eher das soziale Interesse und das Gefühl der Berufung im Vordergrund, für Männer ist vor allem der sichere Arbeitsplatz, oder dass sich keine andersartigen Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben, von Bedeutung.

Neben der geschlechtsspezifischen Motivation scheint es aber auch generationsspezifische Unterschiede zu geben. Bei älteren Berufseinsteigern spielen eher rationale Überlegungen bezüglich Jobsicherheit und Zukunft eine Rolle, bei der jüngeren Generation stehen vor allem persönliche Erfahrungen im privaten Umfeld im Vordergrund. Das Alter der männlichen Krankenpflege-Schüler ist im Durchschnitt höher als das ihrer weiblichen Kolleginnen und liegt bei 20 Jahren. (vgl. Reidl, S. 27ff)

Grundsätzlich kann man also zwischen einem pragmatischen Ansatz (z.B. Sicherheitsdenken) und einem sozial motivierten Ansatz (z.B. Idealismus, Freude am Kontakt mit Patienten, Berufung, etc.) bezüglich der Berufswahl unterscheiden. Interessant ist, dass ein Zusammenhang zwischen der Motivation zur Berufswahl und der nachfolgenden Berufslaufbahn existiert. So streben Pflegekräfte, für welche die sozialen Aspekte im Vordergrund stehen, seltener einen Um- oder Aufstieg an. (vgl. Reidl, S. 28)

Die Hauptgründe für berufstätige Männer im Pflegeberuf zu bleiben sind lt. Rajacich:

- das Gefühl persönlicher Genugtuung durch die Ausübung des Jobs
- die ständige Möglichkeit in andere Fachbereiche zu wechseln
- die Jobsicherheit und finanzielle Stabilität

Eine Studie fand heraus, dass 91% der männlichen Pflegekräfte ihren Beruf anderen Männern auch weiterempfehlen würden. (vgl. Rajacich, S. 71) Der Hauptgrund für Männer, den Pflege-Beruf zu verlassen, ist laut Rajacich's Studie die Angst vor

Langzeitfolgen für die Gesundheit, sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht (vgl. Rajacich, S. 75ff).

3.5.2 Einfluss des sozialen Geschlechts / Geschlechtliche Identität

Vergleicht man die Liste der 10 meistgewählten Ausbildungsberufe von männlichen und weiblichen Jugendlichen, gibt es, bis auf den Beruf des Kaufmannes / der Kauffrau, keine Überschneidungen. Dies liefert einen klaren Hinweis darauf, dass die Realisierung der geschlechtlichen Identität sich in großem Maße über „gegenderte“ Berufswahlentscheidungen ausdrückt. (vgl. Stuve, S. 4)

Das biologische Geschlecht („sex“) wird im Alltag (re)produziert und mit spezifischen Bedeutungen versehen. Das soziale Geschlecht („Gender“) wird durch historische und kulturelle Gegebenheiten geformt und ist veränderlich. Durch das soziale Geschlecht, können Menschen eine sinnvolle Identität entwickeln und es können Rahmenbedingungen für die in einer Gemeinschaft geltende Handlungsebene hergestellt werden. (vgl. Backes 1, S. 23f)

Auf diese Weise werden Geschlechterdifferenzen hergestellt und zugleich Männer und Frauen in ein komplementäres Verhältnis zueinander gesetzt. Über das gesamte Leben, wirkt das biologische Geschlecht als soziale Kategorie und führt zu geschlechtsspezifischen Vergesellschaftungsformen. Diese wirken sich aber nicht nur in Form von Bevor- und Benachteiligungen aus, sondern auch in geschlechtsspezifischen Risiken und Chancen. (vgl. Backes 1, S. 23f)

Unattraktive Arbeitszeiten, schlechte Entlohnung, Tätigkeitszuschreibungen, Geringschätzung der Professionalisierung, geringe Aufstiegschancen, etc. sind gemeinsam mit dem gesellschaftlich gering geschätzten Status verantwortlich für die prekäre Situation des Pflegeberufs. In unserer Gesellschaft, wird der Status durch Abhängigkeit bzw. Autonomie geschlechtsspezifisch definiert. Dadurch wird ein prekärer Status zu einem „femininen“ Status. Männer, die den Pflegeberuf ergreifen wollen, müssen sich also mit der vermeintlich damit verbundenen Feminisierung auseinandersetzen und zugleich mit der Abwertung ihrer geschlechtlichen Identität als Mann. (vgl. Stuve, S. 72)

3.5.3 Einfluss der Gesellschaft - Soziale Etikettierung und Geschlechterstereotype

Männliche Pflegepersonen stellen Heutzutage noch immer eine Ausnahme dar und werden von der Gesellschaft als eher ungewöhnlich angesehen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass mit dem Pflegeberuf noch sehr traditionelle Bilder eines Frauenberufs verbunden werden, für welchen, außer einem gewissen sozialen Grundmuster, keine speziellen Qualifikationen notwendig sind. (vgl. Reidl, S. 30f)

Reidl stellte im Rahmen ihrer Studie fest, dass Pfleger zu Beginn für ihre Berufswahl häufig belächelt werden, einige sich mit der Zeit jedoch bald in einer Vorreiterrolle wiederfinden, da der Beruf bei immer mehr Männern, vor allem aufgrund der hohen Berufssicherheit, immer beliebter wird. Auch von Seiten der Eltern wurde die Berufsentscheidung bislang häufig als negativ beurteilt, da es aufgrund der fehlenden Matura nur geringe Umorientierungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen gibt. (vgl. Reidl, S. 30) Selbst die männlichen Pfleger nehmen sich häufig als Ausnahme von der Regel wahr (vgl. Stuve, S.21).

Ein bedeutender Faktor der die Berufswahl von Männern und ihre Entscheidung gegen den Pflegeberuf beeinflussen sind auch die noch immer verbreiteten stereotypen Bilder über den Beruf des Krankenpflegers, wie z.B. dass Pfleger über zu viele weibliche Hormone verfügen oder schwul sind (vgl. Stuve, S. 45).

Ein weiterer möglicher Faktor für die geringe Anzahl von Männern im Pflegebereich ist die mangelnde Anzahl an Rollenvorbildern. Eine kanadische Studie konnte belegen, dass fehlende Rollenvorbilder in den Medien einer der Hinderungsgründe darstellen, um den Pflegeberuf zu ergreifen. (vgl. Rajacich, S. 71) Denkt man z.B. an die vielen, im Moment sehr beliebten amerikanischen und auch deutschsprachigen Krankenhausserien im Fernsehen fällt auf, dass die Rollen der Ärzte meist durch Männer besetzt sind und Pflegekräfte vorwiegend von Frauen gespielt werden. Rajacich konnte feststellen, dass manche männliche Pflegepersonen glauben, Serien wie z.B. "Scrubs" könnten ihrem Berufsstand zu Gute kommen, wenn darin einflussreiche männliche Krankenpfleger vorkommen würden (vgl. Rajacich, S. 77).

Burke (2011) konnte drei Hauptgründe identifizieren, welche Männer daran hindern, den Pflegeberuf zu ergreifen:

- geschlechtsbezogene Stereotype
- Fehlwahrnehmung und Missverständnisse über die Wichtigkeit von pflegerischen Aufgaben
- das Fehlen von greifbaren Rollenvorbildern (vgl. Rajacich, S. 72)

3.5.4 Die Pflege als zweite Wahl

Vor allem bei Männern ist die Entscheidung, einen Pflegeberuf zu ergreifen, häufig nicht die erste Wahl. Im Rahmen des niederösterreichischen Projektes „Chancengleichheit im Pflegebereich“ stellte sich heraus, dass zehn von zwölf Männern zuvor einen anderen Beruf ergriffen haben bzw. dies vorhatten. Bei der weiblichen Befragungsgruppe gaben hingegen zwei Drittel der Befragten an, dass der Pflegeberuf für sie die erste Wahl war. (vgl. Reidl, S. 24)

Männer kommen häufig über den Sanitätsdienst beim Bundesheer, bzw. über den Zivildienst, zur Pflege. Dort werden häufig erste Erfahrungen mit der eigenen sozialen Kompetenz gesammelt und somit die Hemmschwelle für den Eintritt in den Pflegeberuf gesenkt. Die Tätigkeit in der Pflege wird jedoch auch häufig als Übergangslösung angesehen. (vgl. Reidl, S. 27) Häufig entscheiden sich Männer auch für den Pflegeberuf, weil bereits männliche Personen aus ihrem Familien- oder Bekanntenkreis in diesem Bereich tätig sind (vgl. Rajacich, S. 73).

3.6 Einfluss der Ausbildung

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es durch die Professionalisierung des Pflegeberufs durch staatliche Prüfungen für Krankenpflege und dem gleichzeitigen Festhalten an dem „Frau-Sein-als-Beruf“ zu einer zwiespältigen Entwicklung, welche sich auch noch heute in der geringen Männerquote widerspiegelt (vgl. Stuve, S.18).

Die Dropout-Rate während der Pflegeausbildung ist generell sehr hoch und wird mit bis zu 30% angegeben. Mit zunehmendem Alter der Auszubildenden sinkt die Rate der Aussteiger. (vgl. Reidl, S. 30) Eine Studie (Mrayyan, 2005) mit 438 Pflegekräften konnte belegen, dass nur 67% der männlichen Pflegepersonen kurz nach Ende ihrer Ausbildung zufrieden mit ihrem Job sind, bei den Frauen sind es immerhin 75% (vgl. Rajacich, S. 72).

Krankenpflegesschulen könnte vorgeworfen werden, die bereits bestehenden Stereotype durch die Form der Ausbildung und die eingesetzten Lernmethoden und Lerninstrumenten noch zu verstärken. So kommen z.B. in den verwendeten Lehrbüchern hauptsächlich Bilder von Frauen vor, das unterstreicht den Status von Männern in diesem Beruf (vgl. Rajacich, S. 72). Eine Möglichkeit um Geschlechter-Diskriminierung bereits im Vorhinein zu reduzieren, wäre Unterrichtsinhalte wie Karriereplanung und Gender Mainstreaming in den Lehrplan aufzunehmen. Dies könnte beiden Geschlechtern zu Gute kommen.

Eine weitere Möglichkeit um den Pflegeberuf für Männer attraktiver zu machen, stellt die Anhebung des Ausbildungsniveaus dar. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und Nordamerika steht die Akademisierung der Pflege in Österreich und Deutschland noch am Anfang und entwickelt sich nur langsam. Die mangelnde Integration in das duale Bildungssystem liegt wahrscheinlich v.a. daran, dass Pflegearbeit von Aufgaben geprägt ist, die sich nur schwer in (aus)bildungsformalisierte Lernsequenzen und Qualifikationen umsetzen lassen. (vgl. Stuve, S. 15) Ein Festhalten am geschlechtsspezifischen weiblichen Arbeitsvermögen im Kontext der Pflege ist auf alle Fälle hinderlich für eine weitere Professionalisierung des Pflegeberufs und stützt sowohl die bestehende Geschlechterhierarchie, als auch das Machtgefälle zwischen Pflege und Medizin (vgl. Rumpf, S. 24).

Mit einem steigenden Männeranteil in der Pflege kann also wahrscheinlich erst dann gerechnet werden, wenn das Ansehen des Pflegeberufes in der Gesellschaft sich verbessert.

3.7 Unterschiedliche Arbeitsbereiche

Wie schon im Kapitel 3.4 ersichtlich, scheinen männliche Pflegekräfte gehäuft in speziellen Fachbereichen tätig zu sein. Gründe dafür könnten bereits vorhandene strukturelle Gegebenheiten (z.B. hoher Männeranteil im Stationsteam), die tendenziell unterschiedlichen Interessen von Männern im Vergleich zu Frauen, die unterschiedliche Bezahlung sowie das Prestige der einzelnen Bereiche sein. Die Entscheidung für den zukünftigen Arbeitsbereich fällt meist im Rahmen der Praktika

in der Ausbildung, wo die Schüler das Stationsteam mit all seinen Vor- und Nachteilen kennenlernen. (vgl. Reidl, S. 29)

Die Möglichkeit in unterschiedlichen Fachbereichen tätig zu sein, wird von vielen Männern als ein besonders positiver Aspekt des Pflegeberufes wahrgenommen (vgl. Rajacich, S. 75).

Nachfolgend wird auf die unterschiedlichen Spezialbereiche genauer eingegangen:

3.7.1 Psychiatrische Pflege

In Deutschland waren im Jahr 2012 55% der psychiatrischen Krankenpflegekräfte männlich (vgl. Bispnick, S. 16). Der hohe Männeranteil in diesem Bereich hat Tradition, denn während sich die Allgemeine Krankenpflege im Laufe des 19. Jahrhunderts zu einem bürgerlichen Frauenberuf entwickelte, stand die Psychiatrische Pflege bereits damals beiden Geschlechtern offen. So war es in psychiatrischen Krankenanstalten üblich, dass auf Männerstationen ausschließlich Männer und auf Frauenstationen nur Frauen tätig waren. (vgl. www.psychiatrische-landschaften.net)

3.7.2 Intensiv-Pflege

Hier gibt es auch einen hohen Männeranteil, denn der medizinisch-technische Schwerpunkt in diesem Bereich kommt Männern sehr entgegen. Außerdem ist die Tätigkeit auf einer Intensiv-Station mit einem höheren Prestige als z.B. bei der Altenpflege verbunden. (vgl. Reidl, S. 70) Auch die positiven finanziellen Aspekte in Form von Intensiv- und Gefahrenzulage spielen wahrscheinlich eine Rolle.

3.7.3 Anästhesie-Pflege

Dieser Bereich ist beim männlichen Geschlecht besonders beliebt. So waren z.B. in den USA im Jahr 2011 41% der Pflegekräfte im Anästhesiebereich männlich. Hier handelt es sich auch um den Fachbereich mit der besten Entlohnung. (vgl. USA Today) In Deutschland waren 2012 sogar 64% der im Anästhesiebereich beschäftigten Personen männlich (vgl. Bispinck, S.16).

3.7.4 Gebärstationen und Neugeborenen-Pflege

Vor allem im Bereich der Kinderkrankenpflege und speziell auf Gebär- und Neugeborenen-Stationen sind nur sehr wenige männliche Krankenpflegekräfte tätig. In Österreich stellen sie lediglich 1,1% des gesamten männlichen Pflegepersonals dar (vgl. BMG 2012). Dies liegt wahrscheinlich daran, dass es sich hier um einen Bereich handelt, bei dem besonders stark in die Intimsphäre von Frauen eingegriffen wird und die Betreuung von Neugeborenen traditionell noch mehr als andere Bereiche Frauen vorbehalten ist. Das stellt für Männer, welche in diesem Bereich tätig werden wollen, noch größere Barrieren dar, als sie in anderen Fachbereichen existieren. Probleme können durch die Einstellungen von Arbeitskolleginnen, Patienten und Gesellschaft auftreten.

In den USA gab es bereits zwei Gerichtsbeschlüsse in denen Ausbildungsstätten, welche als Qualifikationslegitimation für den Bereich Neugeborenen- und Säuglingspflege das weibliche Geschlecht angaben, der Diskriminierung schuldig gesprochen wurden. Da Männer und Frauen den identischen Anforderungen zur Erlangung der Berufsqualifikation entsprechen müssen, dürfe Männern auch kein Tätigkeitsbereich verwehrt bleiben. (vgl. Cudé, 344)

Der Einsatz von Männern auf Gebär- und Neugeborenen-Stationen könnte aber auch den Vorteil bringen, dass die männlichen Pfleger Rollenvorbilder für die jungen Väter darstellen und so eine verstärkte familien-basierte Betreuung möglich wäre (vgl. Cudé, 347).

3.7.5 Altenpflege

Der Frauenanteil der 2011 in Deutschland vollstationär in Altenheimen versorgten Patienten lag bei 75% (vgl. Frey, S.2). Gerade in diesem Bereich könnte man vermuten, dass alten Frauen aufgrund ihrer Lebenseinstellung und althergebrachter Traditionen besonders viel an der Betreuung durch eine weibliche Pflegeperson liegt.

Doch speziell die Altenpflege gilt auch innerhalb der Pflege als „Frauenberuf“, welcher durch Merkmale wie geringe Aufstiegschancen, niedriges Qualifikationsniveau und geringe Entlohnung gekennzeichnet ist. 2009 waren in deutschen Altenpflegeheimen 88,9% der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weiblich. Davon haben lediglich 0,5% eine pflegewissenschaftliche Ausbildung an einer Universität oder Fachhochschule absolviert. Der Frauenanteil dieser 0,5% liegt nur noch bei 68,8%, man kann also feststellen, dass der Männeranteil bei Personal in höheren Positionen mit pflegewissenschaftlichem Abschluss deutlich steigt. (vgl. Frey, S. 4f)

3.7.6 Angehörigenpflege

3.7.6.1 Angehörigenpflege im deutschsprachigen Raum

Auch in der Betreuung von Angehörigen zu Hause, sind Männer in der klaren Minderheit. So sind z.B. in Deutschland 70% der Hauptpflegepersonen Ehefrauen, Töchter, Enkeltdchter oder Schwiegertdchter. Der Anteil an pflegenden Mdnnern ist in den letzten Jahrzehnten jedoch stark angestiegen (1991 waren es nur 17%). (vgl. Rosowski, S.10)

Hauptgrund dafur ist das noch immer weit verbreitete Familienmodell der Nachkriegsjahrzehnte, in dem der Mann der Familienernhrer ist und die Frau die Hausfrauen- und Mutterrolle ubernimmt (vgl. Appelt, S. 3). Naturlch kdnte aber auch die lngere Lebenserwartung von Frauen die Ursache fr das Ungleichgewicht von pflegenden Mdnnern und Frauen sein (vgl. Rumpf, S. 88ff).

Mehrere Studien konnten interessanterweise belegen, dass bei Mdnnern die ihre Angehrigen pflegen, ein geringeres Belastungsgefhl gegenber der Pflege sowie ein selteneres Auftreten von depressiven Krankheitsbildern beobachtet werden konnte. Dies ist wahrscheinlich auf eine, im Vergleich zu Frauen, bessere technisch-organisierte Pflegelogistik, welche der Gefahr der Selbstaubeutung und emotionalen Ueberforderung vorbeugt, zurckzufhren. So nehmen Mdnner v.a. fr die krpernahen Ttigkeiten frhzeitig professionelle Hilfe in Anspruch und lassen sich in technischer und finanzieller Hinsicht beraten. Hilfe in seelischen Belangen nehmen sie aber dafur nur ungern in Anspruch. (vgl. Rosowski, S. 11 ff)

Auffallend ist auch, dass in Deutschland der Anteil der pflegenden Sdne stark im Ansteigen ist (1991 – 3%, 2002 – 10%). Dies kdnte Ausdruck eines tendenziellen Mentalittswechsels in der Gesellschaft sein, welcher auch durch die Einfhrung der Pflegeversicherung materiell gesttzt wird. (vgl. Rumpf, S. 87)

3.7.6.2 Angehörigenpflege international

Geschlechterleitbilder in der Pflege sind historisch und kulturell tief verankert und variieren von Land zu Land. Aber auch das jeweilige staatliche Wohlfahrtsmodell hat einen großen Einfluss auf die Anzahl der Personen, welche einen Familienangehörigen zu Hause pflegen. In den Geschlechterleitbildern von Ländern wie Dänemark, Schweden, Finnland und den Niederlanden wird die Erwerbsintegration von Frauen als selbstverständlich betrachtet. Dadurch und durch die hohe staatliche Verantwortung für Sorge in Form von Unterstützungsleistungen scheinen Geschlechterhierarchien aufgehoben zu sein und es gilt hier nicht mehr als selbstverständlich, dass Frauen für die Pflege von Angehörigen verantwortlich sind. Im Gegensatz dazu stehen Länder, wie z.B. Italien, in denen die familiär-häusliche Versorgung weiterhin als zentrale Versorgungsform angesehen wird und vor allem von Frauen eingefordert wird. (vgl. Backes, S. 23f)

3.7.7 Männer in Führungspositionen

Im Verhältnis zur gesamten Männerquote im Pflegebereich, ist der Anteil von Männern in Führungspositionen außergewöhnlich hoch. Statistische Daten dazu sind kaum verfügbar, Einschätzungen in Deutschland schwanken zwischen 59-90%. (vgl. Frey, S. 6) Überblicksmäßig lässt sich sagen, dass die Pflege an sich weiblich besetzt ist, die operative Führung (untere und mittlere Ebene) ist ebenso weiblich, aber die strategische Führung (oberste Ebene) ist von Männern besetzt. (vgl. Reidl, S. 14)

Auf diese spezielle Thematik wird im Kapitel 3.9 „Aufstiegschancen und Karriereverläufe im Pflegebereich“ noch genauer eingegangen.

3.8 Entlohnung im Pflegebereich

Im Rahmen einer 2005 durchgeführten Fragebogenerhebung zur Erstellung des österreichischen Pflegeberichts konnte festgestellt werden, dass hinsichtlich der Bezahlung im Pflegesektor Verbesserungsbedarf gegeben ist. Österreichische Pflegepersonen sind mit ihrer Entlohnung nicht sehr, aber doch, zufrieden. 31% der Befragten gaben an eher unzufrieden zu sein, 12% waren definitiv unzufrieden. In Alten- und Pflegeheimen ist die Zufriedenheit mit der Bezahlung am geringsten, im Krankenhaus am größten. (vgl. Pflegebericht 2006, S. 66f)

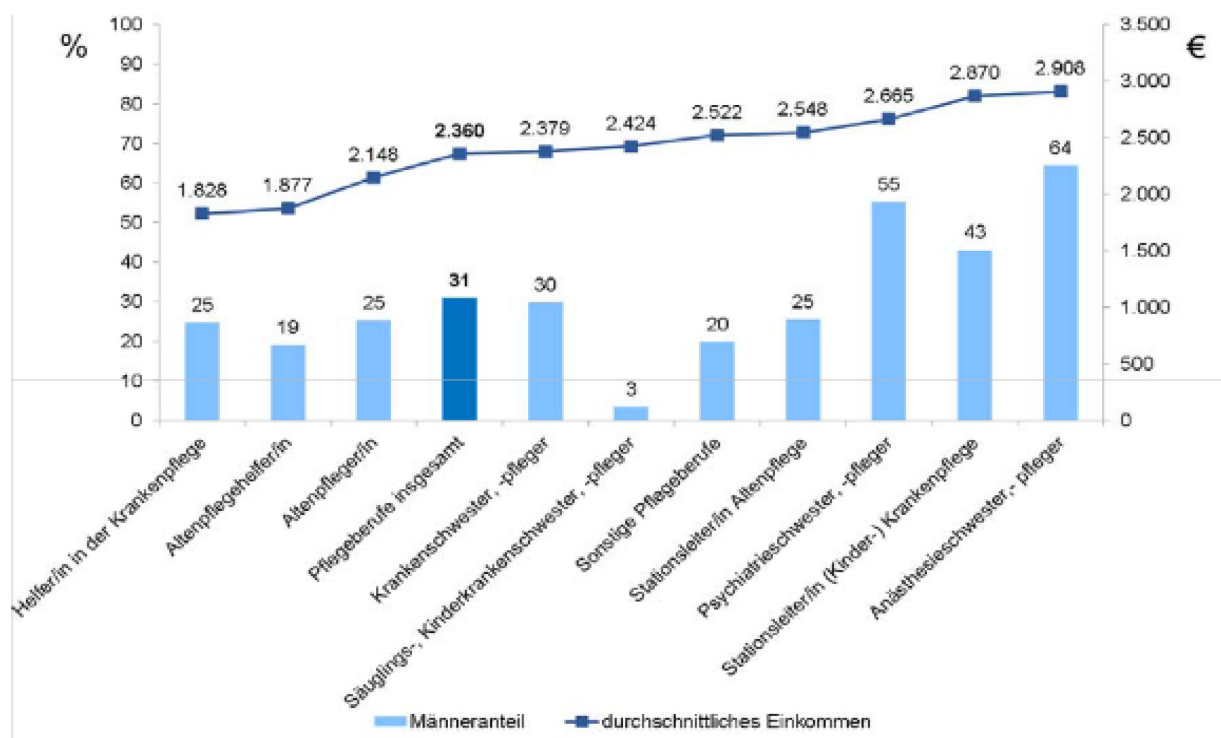
Durch das auch heute noch weit verbreitete Rollenbild, in welchem der Mann als Familienernährer dient und die Frau für Kinder und Haushalt zuständig ist, spielt der finanzielle Aspekt bei der Berufswahl für Männer eine besonders große Rolle.

Männliche Pflegekräfte verdienen besser als ihre weiblichen Kolleginnen. Dies kann durch geschlechtsspezifische Berufsentscheidungen, Berufsunterbrechungen, Teilzeitarbeit und Lohndiskriminierung begründet werden. (vgl. Appelt, S. 6)

3.8.1 Verdienst im deutschsprachigen Raum

Wie bereits erwähnt, ist der Männeranteil in den einzelnen Fachbereichen unterschiedlich. Eine 2012 in Deutschland erhobene Statistik zeigt, dass die Männerquote in den am besten bezahlten Spezialbereichen am höchsten ist. (vgl. Bispinck, S. 16)

Abb. 1 Männeranteil und Durchschnittseinkommen in den einzelnen Berufen



Quelle: WSI-Lohnspiegel-Datenbank – www.lohnspiegel.de

Das Einkommen von weiblichen Pflegekräften in Deutschland liegt 300€ (11,7%) unter dem von Männern (vgl. Bispinck, S. 16).

Abb. 2 Monatsverdienst in Pflegeberufen, in €

	Verdienst	Mittelwert	Perzentil 25	Median	Perzentil 75
Männer	1.092	2.567	2.001	2.471	3.031
Frauen	2.459	2.268	1.705	2.192	2.660
Differenz in €		-300	-295	-279	-371
Differenz in %		-11,7	-14,8	-11,3	-12,2

Quelle: WSI-Lohnspiegel-Datenbank – www.lohnspiegel.de

Besonders interessant ist die aktuelle Entwicklung in der Schweiz. Hier fordern sowohl die Bundesverfassung als auch das Gleichstellungsgesetz die Lohngleichheit zwischen den Geschlechtern. Diese Lohn Differenzen sind jedoch nach Branchen verschieden. Im Gesundheits- und Sozialwesen war die unerklärte, diskriminierende Lohn Differenz im Jahr 2010 mit 4,2% am geringsten, im Vergleich dazu mit 7,9% in der chemischen Industrie am höchsten. Qualifiziertes Pflegepersonal muss im Vergleich zu anderen Branchen außerdem einen Lohnabschlag von 16-17% hinnehmen, knapp die Hälfte dieses Lohnunterschiedes erklärt sich durch das Geschlechterverhältnis in dieser Branche. (vgl. Backes, S. 68)

3.8.2 Verdienst im internationalen Vergleich

Im Europavergleich verdienen die schwedischen Pflegekräfte am besten und sind zugleich auch am besten ausgebildet, 10% der in der dortigen Langzeitpflege tätigen Personen haben einen universitären Abschluss (vgl. Backes, S.21). Doch auch in Schweden waren 2009 lediglich 8%, der im sozialen Dienstleistungssektor beschäftigten Personen, Männer (vgl. Backes 2, S. 60).

In Spanien lag das Einkommen von im pflegerelevanten Sektor beschäftigten Frauen im Jahr 2006 sogar um 34,9% unter dem der Männer (vgl. Backes 2, S. 76).

In den USA verdienen männliche Pflegekräfte im Durchschnitt 60.700 USD pro Jahr, die Frauen im Vergleich dazu lediglich 51.100 USD. Die männlichen Spitzenverdiener arbeiten im Anästhesiebereich und haben ein durchschnittliches Jahreseinkommen von 162.900 USD. (vgl. USA Today)

3.9 Aufstiegschancen und Karriereverläufe im Pflegebereich

Grundsätzlich ist die Entscheidung in die Pflege zu gehen, eine Entscheidung mit Menschen zu arbeiten. Doch je höher man in der Hierarchie aufsteigt, umso weniger hat man mit Menschen zu tun und der Anteil an administrativen Tätigkeiten nimmt zu. Im Pflegebereich lassen sich deutliche geschlechtsgebundene Karriereverläufe erkennen.

Männern ist die ausschließliche Pflege am Patienten häufig schnell zu wenig, deshalb kümmern sie sich lieber um administrative Tätigkeiten oder streben gleich einen Positionswechsel an. Führungspositionen sind mit besserer Bezahlung, mehr Handlungsmöglichkeiten, Macht und Prestige verbunden. Frauen hingegen schrecken vor dem administrativen Mehraufwand und der zunehmenden Verantwortung häufig zurück und verbleiben somit freiwillig in der „zweiten Reihe“. Zudem tun sich die meisten weiblichen Führungskräfte von Beginn an schwerer sich durchzusetzen und akzeptiert zu werden. Dies liegt vor allem an der mangelnden Unterstützung durch Leitung und Kollegen und drückt sich durch Neid und Mobbing aus. (vgl. Reidl, S. 33)

Laut einer vom österreichischen AMS beauftragten Studie (n=300) strebt jede fünfte befragte Pflegeperson (n=300) einen Wechsel in eine höhere Position an. Männliche Pfleger wechseln aufgrund von besseren Karrieremöglichkeiten häufiger den Job als Frauen. Einen auffälligen Unterschied zwischen Männern und Frauen stellt die deutlichere Artikulation von Aufstiegsambitionen seitens der Männer dar, welche schon bei der Berufswahl eine Rolle spielen und sich auch in Form einer höheren Bereitschaft die Organisation zu wechseln zeigt. (vgl. Mosberger, S.1f)

Der Lebensabschnitt zwischen dem 27 - 39 Lebensjahren stellt für Frauen außerdem häufig eine primär familiär bedingte Unterbrechungs- bzw. Einschränkungphase der Berufszeit dar. Genau diese Phase nutzen hingegen Männer häufig zu einem beruflichen Aufstieg. (vgl. Borutta, S. 3) Zudem schließen sich im heutigen Arbeitsverständnis Führungspositionen und Teilzeitarbeit oft aus, was zu einer weiteren Benachteiligung von Frauen führt (vgl. Frey, S.7).

Blickt man auf die deutsche Statistik der Schulabgänger/innen der Berufe des Gesundheitswesens von 1997-2002, lässt sich eine interessante Entwicklung erkennen. 18% der Abgänger/innen waren Männer, in der Praxis lag der Männeranteil jedoch nur bei 14,7%. Dies kann v.a. dahingehend interpretiert werden, dass Männer kürzer im Beruf verweilen bzw. durch Weiterqualifizierung in einen anderen Aufgabenbereich wechseln. (vgl. Stuve, S.11)

Die Soziologie hat in Bezug auf das Karriereprofil von Männern im frauendominierten Pflegeberuf die Metapher des „gläsernen Fahrstuhls“ eingeführt. Diese besagt, dass Frauen in Männerberufen der Zugang zu Führungspositionen häufig durch mehr oder weniger subtile Mechanismen in Form einer „gläsernen Decke“ erschwert wird. Im Gegensatz dazu, begegnen Männer weniger Hindernissen und werden sogar eher gefördert. (vgl. Frey, S. 7)

3.10 Praxis

Der Status der Männer, eine Minderheit im Pflegebereich zu sein, kann sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen. Zu den negativen Aspekten zählen vor allem Vorurteile und Diskriminierung. Ein Vorteil kann z.B. sein, dass Männer mehr auffallen und sofort von jedem gekannt werden. Dies bekräftigt männliche Pflegekräfte dazu, hart und gewissenhaft zu arbeiten da sie mehr beobachtet werden und auch ein positives Rollenvorbild abgeben möchten.

3.10.1 Geschlechtsspezifische Besonderheiten / Pflegen Männer anders?

Männern im frauendominierten Pflegebereich passiert es häufig, dass ihnen geschlechtstypische Arbeiten zugeteilt werden (vgl. Stuve, S.19). So werden sie gehäuft für Arbeiten herangezogen, die körperliche Kraft beanspruchen (vgl. Rajacich, S. 76).

Aber auch hinsichtlich der Arbeitsweise scheint es Unterschiede zu Frauen zu geben. So bauen Männer ein geringeres Nahe-Verhältnis zu ihren Patienten/innen auf, dadurch haben sie wahrscheinlich auch eine bessere Möglichkeit sich abzugrenzen. Außerdem lassen sie sich weniger vereinnahmen als die weiblichen Kolleginnen und übernehmen dadurch seltener pflegefremde Tätigkeiten wie z.B. putzen. Männer werden von ihren Kolleginnen oft auch als sachorientierter und schlampiger

beschrieben, wogegen die Pfleger die Frauen als perfektionistisch und pingelig erleben. (vgl. Reidl, S. 35f)

Im Rahmen eines in Liezen durchgeführten Gender Mainstreaming-Projektes, konnten folgende von Pflegekräften subjektiv wahrgenommenen Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgehalten werden:

- Männliche Pflegekräfte: ziehen schneller persönliche Grenzen, längere Verweildauer, gönnen sich Erfolg, suchen Misserfolg nicht bei sich selbst, streben in operative oder strategische Führungspositionen
- Weibliche Pflegekräfte: ausgeprägtes Helfersyndrom, können schlechter Grenzen ziehen, schneller im Burn-Out, kürzere Verweildauer, beziehen Misserfolg auf sich, halten Erfolge für nicht erwähnenswert und selbstverständlich, übernehmen weniger oft Führungsverantwortung (vgl. Reidl, S. 16)

In Folge ihrer empirischen Untersuchungen kam die Soziologin Christine Williams, welche sich intensiv mit dem Verhalten von Männern in Frauenberufen und umgekehrt befasst, zu dem Schluss, dass bestimmte Pflegebereiche tatsächlich einer geschlechtlichen Zuordnung unterzogen werden, welche gleichzeitig einer wertenden Hierarchisierung entspricht. Demnach versuchen Männer eher, sich von der „direkten Pflege“, welche durch körpernahe Tätigkeiten gekennzeichnet ist, abzugrenzen und konzentrieren sich auf den Bereich der „indirekten Pflege“, die im Bereich von Planungs- und Managementtätigkeiten stattfindet und besser entlohnt wird. (vgl. Frey, S.6)

Auch bei der Bewertung von Leistung spielen geschlechtsbezogene Verzerrungseffekte immer wieder eine nicht unwichtige Rolle. Da Kompetenzmerkmale wie „Zielorientierung“, „Leistungsbereitschaft“ und „Durchsetzungsvermögen“ eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, wird Männern eher eine Führungsaufgabe zugetraut. Dem weiblichen Geschlecht werden hingegen eher weniger aufstiegsrelevante Kriterien wie „Sozialkompetenz“, „Kommunikationsfähigkeit“ und „Kreativität“ zugeordnet. Außerdem zeigen Beurteilungsstatistiken, dass Teilzeitkräfte aufgrund der nicht ständigen Verfügbarkeit, tendenziell schlechter bewertet werden. Da vor allem Frauen in einem

Teilzeitverhältnis arbeiten, führt dies wiederum zu einem nachteiligen Effekt für die weiblichen Pflegekräfte. (vgl. Frey, S. 6f)

Stuve stellte in seiner Studie fest, dass der psycho-soziale Arbeitsbereich für Männer einen hohen Stellenwert in ihrem Professionsverständnis einnimmt, doch genau dieser taucht im Profil der Pflegearbeit nicht auf. Ebenso sei für Männer v.a. die Anerkennung ihrer Arbeit und Person von hoher Bedeutung. (vgl. Stuve, S. 45)

3.10.2 Integration ins Team

Ein Problem für männliche Pflegekräfte bei der Integration in ein Team, kann die Einstellung der weiblichen Arbeitskolleginnen ihnen gegenüber darstellen. Vor allem ältere Krankenschwestern können der Meinung sein, dass Männer nicht für den Pflegeberuf geeignet sind. Diese Vorurteile sind Heutzutage aber bereits viel seltener als noch vor wenigen Jahren. (vgl. Rajacich, S. 76) Junge männliche Pfleger zieht es wahrscheinlich häufiger in Bereiche, in welchen bereits gemischte Teams vorhanden sind, denn dort fällt ihnen die Integration leichter und sie werden sich somit schneller akzeptiert fühlen.

Cudé untersuchte in seiner Studie die Erfahrungen von männlichen Auszubildenden in der Neugeborenen-Pflege und auf Gebärdensprachstationen. Er fand heraus, dass die Männer im Rahmen ihrer Praktika auf den Stationen mit Vorurteilen der dort arbeitenden weiblichen Pflegekräfte zu kämpfen hatten und nicht freundlich behandelt wurden. Die Befragten gaben auch an, dass sie das Gefühl hatten, dass das Personal ein größeres Problem damit hatte ihre Andersgeschlechtlichkeit zu akzeptieren als die weiblichen Patienten. (vgl. Cudé, S. 344ff)

Frauen sind auch häufig der Meinung, dass männliche Kollegen gegenüber der Leitung und innerhalb des Teams einen ungerechtfertigten Sonderstatus einnehmen. Die männlichen Pflegekräfte schreiben den Kolleginnen jedoch oft selbst die Schuld zu in einer untergeordneten Position zu sein, da sie ihre Kompetenzen schlecht verkaufen und häufig von selbst dazu neigen sich z.B. Ärzten unterzuordnen. (vgl. Reidl, S. 34)

Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts sind heutzutage aber eher unüblich, häufiger beziehen sich die Probleme mit weiblichen Kolleginnen eher auf fachliche Inhalte und persönliche Konflikte (vgl. Rajacich, S. 76).

Die unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten von Männern und Frauen werden aber oft auch als Chance begriffen, sich gegenseitig zu unterstützen. So übernehmen z.B. weibliche Pflegekräfte Tätigkeiten an den weiblichen Patienten der Pfleger, welche den Frauen vielleicht unangenehm sein könnten und im Gegenzug dazu unterstützen die Krankenpfleger ihre Kolleginnen bei schweren körperlichen Arbeiten. (vgl. Rajacich, S. 77) Weibliche Pflegekräfte geben auch an, dass durch die männlichen Kollegen das Arbeitsklima aufgelockert wird und sich die Kommunikationsstruktur sowie das Konfliktverhalten verbessern (vgl. Reidl, S. 34).

3.10.3 Akzeptanz von den betreuten Personen

Die Tatsache ob ein Patient von einer gleichgeschlechtlichen Person gepflegt wird oder nicht, sollte auf die Pflegequalität keine Auswirkungen haben, kann aber doch gewisse positive oder negative Aspekte mit sich bringen.

Vor allem hinsichtlich einer geschlechtsspezifischen Bezugspflege kann das Vorhandensein von gemischten Teams ein Vorteil sein. Weibliche Patienten freuen sich zum Teil besonders über männliche Pflegepersonen und bemühen sich diesen gegenüber oft mehr um Agilität als es bei deren weiblichen Kolleginnen der Fall ist, sowie sich speziell ältere Männer auch besser von jungen Schwestern motivieren lassen. (vgl. Reidl, S. 35) Eine Studie von Lodge et al. über gynäkologische Patientinnen zeigte aber auch statistisch signifikante Hinweise darauf, dass sich diese Patientinnen bevorzugt weibliche Pflegekräfte wünschten. Nur ein Drittel gab an, dass für sie das Geschlecht der Pflegeperson nicht von Relevanz sei. (vgl. Cudé, S. 344)

3.11 Pflege-Ethik

Auch die Pflegeethik läuft Gefahr sich auf vermeintlich weibliche Tugenden zu berufen und somit die Weiblichkeitsideologie des 19. Jahrhunderts wiederzubeleben. Diese geht davon aus, dass geschlechtsdifferente Formen des „Sich-Sorgens“ existieren. Auch in aktuelleren Überlegungen spielt die Geschlechterungleichheit

eine Rolle, so definierte die Soziologin Christel Eckart den Begriff Fürsorge 2004 folgendermaßen:

„Fürsorge als unerlässlicher Teil unserer Persönlichkeit und Ressource bedeutungsvollen Handelns und der Intersubjektivität ist nicht beschränkt auf das (unpolitische) ‚Reich der Notwendigkeit‘ leiblicher Bedürftigkeit, sondern wesentlicher Teil menschlicher Kommunikation und Interaktion. Sie ist beeinflusst von sozialen Machtverhältnissen und unterliegt formellen und informellen Regeln, Gewohnheiten und Interpretationen, sie ist weitreichend verbunden mit der Geschlechterordnung und mit den Deutungen und Bewertungen nach Geschlechterstereotypen. ...“

(vgl. Eckart, S. 28)

3.12 Wahrnehmung Gender in der Pflege

Das Thema „Gender in der Pflege“ wird vor allem in deskriptiver, theoretisch ausgerichteter sozialwissenschaftlicher Literatur untersucht. In der praxis- und anwendungsbezogenen Literatur finden sich sehr wenig speziell auf Gender bezogenen Analysen und Programme. (vgl. Backes 2, S. 78) Ein Großteil der sozialwissenschaftlichen Pflegeuntersuchungen ist nur wenig geschlechtersensibel. Erlangte Forschungsergebnisse werden nach Standard zwar nach Geschlecht aufgegliedert, eine tiefergehende Analyse von Geschlechterverhältnissen und Geschlechterbeziehungen findet aber nicht statt. (vgl. Backes 1, S. 21)

Dass es sich um ein aktuelles Thema handelt, zeigt sich auch dadurch, dass immer mehr Informationsprogramme sich damit beschäftigen und auch, dass spezielle Fachtagungen abgehalten werden. Hier ist als Beispiel die Fachtagung „Männer in der Pflege“ (durchgeführt von der Vereinigung Männerarbeit der EKD und der Gemeinschaft der Katholischen Männer Deutschland in Zusammenarbeit mit der Konrad-Adenauer-Stiftung und dem Deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) im Jahr 2012 zu nennen. Dort wurden speziell abgestimmte Vorträge zu Themen wie Best Practice und Enthinderungsstrukturen gehalten.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte mit der AAMN (American Assembly for Men in Nursing) eine Organisation gefunden werden, welche eine Vorreiterrolle für das Thema Gender in der Pflege einnimmt. Diese amerikanische Vereinigung für

Männer in der Pflege wurde bereits 1971 gegründet und stellt ein Netzwerk für männliche Pflegepersonen in den gesamten USA dar. Zu den wichtigsten Aktivitäten zählen: Bemühungen mehr Männer für die Pflege zu gewinnen, bestehende Barrieren zu identifizieren und abzubauen, der Einsatz für vermehrte Forschungsarbeit zu diesem Thema, die Organisation einer jährlichen Mitgliederkonferenz und regelmäßige Newsletter. (vgl. www.aamn.org)

3.13 Einfluss der Politik

Sozialstaatliche Struktur, sozialpolitische Inhalte und Programme und darin stattfindende Politikprozesse und die tatsächliche soziale Praxis beeinflussen das Genderverständnis eines Landes. Landesspezifische Geschlechterstrukturen werden dadurch (re)produziert und wirken sich auf die Lebenslagen von Männern und Frauen des jeweiligen Landes aus. (vgl. Backes 1, S. 28)

Experten der Arbeitsmarktforschung schlagen vor, die Problematik der geringen Anzahl an Berufsbewerbern und der hohen Dropout-Raten auch als Chance zu begreifen, um durch gesundheitspolitische Reformen die Arbeits- und Rahmenbedingungen im Pflegebereich zu verbessern und so das Image des Pflegeberufs aufzuwerten (vgl. Frey, S.5f). So würden sich auch mehr Männer für den Pflegeberuf entscheiden.

Veränderungs- und Verbesserungsbedarf ist vor allem hinsichtlich der psychischen Arbeitsbelastungen (z.B. Umgang mit Krankheit und Tod, Imageproblem des Berufs, etc.) und physischen Arbeitsbelastungen (z.B. körperliche Belastung durch Tragen und Heben, zeitliche Belastung, ungenügende Personalschlüssel, Schichtdienste, etc.) gegeben (vgl. Reidl, S. 13). Auch das niedrige Lohnniveau scheint Männer abzuschrecken, dies stellt speziell dann ein Problem dar, wenn der Mann als Alleinverdiener für die Familie zuständig ist.

Diese negativen Aspekte in Bezug auf den Pflegeberuf stehen aber in einem Spannungsverhältnis zu den Chancen, welche die Berufsbranche zu bieten hat. Hierzu zählen vor allem die Jobsicherheit und viele aktuelle positive Veränderungen im Ausbildungssektor.

Um einen Mentalitätswandel herbeizuführen, sollten Maßnahmen zur Förderung von beruflicher (und privater) Pfl egetätigkeit von Männern gesetzt werden. Ein Beispiel hierfür sind die Handlungsempfehlungen des Deutschen Servicenetzwerks Altenpflegeausbildung für eine geschlechtersensible und geschlechtergerechte Altenpflegeausbildung, darin werden unter anderem konkrete Maßnahmen zur Rekrutierung männlicher Auszubildender angeführt. (vgl. Frey, S. 5)

Geschlechter-trennende Funktionen müssten in einem dynamischen Prozess immer wieder überprüft und politisch beeinflusst werden. Auch am Beispiel der Medizin sieht man, dass für eine Lösung des Problems der Männer- und Frauendomänen eine kontinuierliche Konfrontation mit diesem Thema notwendig ist – es gibt heutzutage zwar mehr Frauen als Männer die als Mediziner tätig sind, in bestimmten Fachbereichen (z.B. Chirurgie oder Gynäkologie) sind aber weiterhin Männer deutlich überrepräsentiert. (vgl. Stuve, S. 72)

Eine Veränderung der Geschlechterverhältnisse könnte auch durch eine Erweiterung des Spektrums der Arbeitsbereiche gefördert werden. Dies könnte z.B. durch eine breitere Anlegung der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten passieren. So werden z.B. in Belgien auch Therapieformen wie Ergo- und Physiotherapie sowie soziale Betreuung und Beratung als Tätigkeitsbereiche der Pflege anerkannt. (vgl. Frey, S. 8)

Genderpolitische Handlungen dürfen aber nicht nur darin bestehen, den Pflegeberuf für Männer attraktiver zu gestalten. Es muss auch eine sozialpolitische Grundsatzdiskussion und Neuorientierung stattfinden, welche anerkennt, dass jeder unabhängig vom Geschlecht Pflege leisten kann. (vgl. Backes 2, S. 22) Anzustreben sind gleichstellungspolitische Ziele, hierzu zählen vor allem durch eine Attraktivitätssteigerung mehr Männer für den Pflegeberuf zu gewinnen, aber auch mehr Frauen für Führungspositionen zu stärken.

In diesem Zusammenhang sollte auch noch kurz der geringe Organisationsgrad der Berufsverbände im Pflegebereich erwähnt werden, welcher mit hoher Wahrscheinlichkeit auch einen Grund dafür darstellt, dass den Forderungen der Berufsgruppe kaum entgegengekommen wird. Von allen in Österreich tätigen Pflegekräften sind lediglich 15% in den drei Berufsverbänden (BKKÖ, OEGKV und BoeGK) organisiert - um gewichtig auftreten zu können, wären 50 – 60% notwendig.

(vgl. Reidl, S. 12f) Wenn man sich und seine Anliegen besser vertreten fühlt, ist das Wohlbefinden im Job größer und auch die Rahmenbedingungen würden sich verbessern. Dies würde zu einer Attraktivitätssteigerung des Berufs und zu einem Rückgang der Berufsaussteiger führen.

4 Schlussfolgerung

Die im Rahmen der Literaturrecherche gefundenen Ergebnisse stimmten in ihren Aussagen zu den wichtigsten Punkten überein. Nachfolgend soll kurz auf die in Kapitel 1.3 gestellten Fragen eingegangen werden:

- Wie sieht die derzeitige Datenlage hinsichtlich Männer in der Pflege aus?
Die aktuellen Statistiken bestätigen die weit verbreitete Meinung, dass der Männeranteil im Pflegebereich sehr gering ist. In den letzten Jahren kann allerdings ein Anstieg der Männerquote festgestellt werden.
- Ist der Männeranteil in Führungspositionen tatsächlich so hoch und wenn ja, was sind die Ursachen dafür?
Der Männeranteil steigt in Führungsebenen deutlich an. Bereits im Zuge der Berufswahl äußern Männer häufiger als Frauen den Wunsch, später in einer Führungsposition zu arbeiten. Diese Entwicklung wird möglicherweise durch bestehende Geschlechterstereotype und die gegebenen Rahmenbedingungen unterstützt.
- Gibt es Unterschiede in der Berufs-Motivation zwischen Frauen und Männern?
Männer scheinen sich eher aus pragmatischen Gründen, wie z.B. der hohen Jobsicherheit für den Pflegeberuf zu entscheiden. Für Frauen scheinen hingegen eher soziale Aspekte, wie die Arbeit mit dem Patienten, im Vordergrund zu stehen.
- Welche Rolle spielt das soziale Geschlecht bei der Berufswahl?
Durch das soziale Geschlecht entwickelt man eine sinnvolle Identität. Die Berufswahl hängt in hohem Maße mit erlernten Geschlechterrollen

zusammen. Männer im Pflegeberuf müssen sich häufig mit der Abwertung ihrer geschlechtlichen Identität als Mann auseinandersetzen.

- Welche Barrieren hindern Männer daran, den Pflegeberuf zu ergreifen?

Die Hauptgründe, welche Männer daran hindern in der Pflege zu arbeiten, sind vor allem die unattraktiven Rahmenbedingungen des Pflegeberufs, falsche Rollenzuschreibungen und der schlechte Status des Berufs in der Gesellschaft.

- Welchen Einfluss hat die Ausbildung auf Berufswahl und das gesellschaftliche Ansehen?

Eingeschränkte Um- und Aufstiegsmöglichkeiten sind einer der Hauptgründe, um nicht den Pflegeberuf zu ergreifen. In den letzten Jahren ist jedoch, auch in deutschsprachigen Ländern, ein deutlicher Trend hin zu universitären Ausbildungsformen erkennbar.

- Variiert der Männeranteil nach Fachbereichen?

Der Männeranteil unterscheidet sich in den einzelnen Fachbereichen der Pflege deutlich. Gründe hierfür sind die unterschiedlichen Interessen von Männern und Frauen, sowie Unterschiede im Verdienst und Prestige der jeweiligen Bereiche.

- Auf welche Barrieren stoßen Männer in der Berufspraxis?

Probleme können sowohl hinsichtlich der Vorurteile von weiblichen Kolleginnen, als auch bezüglich der Akzeptanz der betreuten Personen auftreten. Gemischte Teams können in der Praxis sowohl Vor- als auch Nachteile bringen. Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts sind heute aber nur noch selten.

- Existieren Unterschiede in der Arbeitspraxis von Frauen und Männern?

In der Praxis scheint es häufig zu geschlechtstypischen Arbeitsaufteilungen zu kommen. Männer übernehmen häufiger administrative Tätigkeiten und grenzen sich von der direkten Pflege am Patienten eher ab. Es gibt auch

Hinweise darauf, dass Männer sich besser von emotionalen Belastungen abgrenzen können als ihre weiblichen Kolleginnen.

- In welchem Ausmaß wird die Gender-Frage im Bereich Pflege heutzutage wahrgenommen?

Die Thematik Gender in der Pflege erlangt immer mehr an Bedeutung. Dies drückt sich auch an der zunehmenden Menge an Forschungsarbeiten zu diesem Thema aus, welche sich aber vorwiegend auf den deskriptiven Bereich beschränken und keine praxis- und anwendungsnahen Aspekte enthalten. Eine verstärkte Auseinandersetzung mit genderspezifischen Inhalten könnte einem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenwirken.

- Welche politischen Maßnahmen könnten die derzeitige Situation verbessern?

Gesundheitspolitische Reformen hinsichtlich Ausbildung und Rahmenbedingungen in der Pflege, könnten dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Hier sind vor allem auch die Loslösung vom Image des reinen Frauenberufs und die Entwicklung gleichstellungspolitischer Ziele von Bedeutung.

5 Diskussion - Was könnte zu einer Veränderung führen?

Im Rahmen der Erstellung dieser Bachelorarbeit hat sich mein Eindruck bestätigt, dass die Pflege nach wie vor ein sehr frauendominierter Bereich ist, in dem die wenigen Männer verhältnismäßig oft Führungspositionen besetzen. Meiner Meinung nach sollte dringend an dieser Tatsache und dem Image der Pflege als reiner Frauenberuf gearbeitet werden. Vor allem hinsichtlich besserer Bezahlung und besseren Arbeitsbedingungen sehe ich politischen Handlungsbedarf. Wichtig ist aber, dass solche Veränderungen nicht nur im Hinblick auf eine Steigerung der Männerquote erfolgen sondern auch Verbesserungen für Frauen herbeiführen.

Einen besonders relevanten Punkt stellt für mich die Anhebung des Ausbildungsniveaus und der Gang der Pflegeausbildung an die Universitäten dar, denn nur so kann sich die Pflege aus ihrem Abhängigkeitsverhältnis zur Medizin lösen. Durch verbesserte Möglichkeiten zu Weiterbildung werden auch neue

Aufstiegschancen geschaffen und das Image des Berufs in der Gesellschaft steigt. Neue Ausbildungsformen, wie z.B. die duale Ausbildung zum/r DGKP/DGKS in Kombination mit dem Bachelorstudium für Pflegewissenschaft in Graz zeigen, dass ein Trend in die richtige Richtung vorliegt.

Hinsichtlich der Gewinnung von neuen männlichen Pflegekräften ist es notwendig Rollenvorbilder zu schaffen. Hier wäre es eine gute Möglichkeit, aktive männliche Pflegekräfte in die Rekrutierung von neuen Krankenpflegern miteinzubeziehen. Auch Arbeitsämter könnten gezielt, vor allem Männer mit Pflege- oder Erziehungserfahrung im privaten Bereich, zur Umschulung zum Krankenpfleger motivieren. Männer mit Migrationshintergrund auf Jobsuche wären eine weitere Zielgruppe. Auch der Quereinstieg für Männer höheren Alters sollte möglich sein.

Das Veränderungspotential neuer Generationen sollte genutzt werden um einen Mentalitätswandel in der Pflege herbeizuführen. Dadurch, Gender-Mainstreaming von Beginn an in Prozesse zu integrieren, könnten frühzeitig Vorurteile und Barrieren abgebaut werden. Im Rahmen von Berufsberatungen, Kampagnen und Informations-Broschüren sollten verstärkt die positiven Aspekte des Pflegeberufs, wie z.B. die hohe Jobsicherheit und die aktuellen positiven Veränderungen im Ausbildungsbereich, hervorgehoben werden. Genderspezifische Thematiken sollten auch vermehrt in die Ausbildung miteinbezogen werden und das Ziel haben, beiden Geschlechtern zu Gute zu kommen. Meiner Meinung nach würde auch eine Reduzierung des stark ausgeprägten Schul-Charakters von Krankenpflegeschulen die Dropout-Raten verringern, diesbezüglich sollte aber auch an der Integration und Behandlung von Schüler/innen in den Stationspraktika gearbeitet werden. Für Menschen, die in Ausbildungsinstitutionen tätig sind, wären entsprechende Qualifizierungen und Fortbildungen sinnvoll.

Um den Beruf insgesamt attraktiver zu gestalten und somit auch die Männerquote zu erhöhen, wäre es förderlich vermehrt interdisziplinäre Teams einzusetzen um streng hierarchisierte Arbeitsbeziehungen flexibler zu gestalten. Ebenso würde sich ein unproblematisches und unbürokratisches Eingehen in Teilzeitarbeitsverhältnisse positiv auswirken.

6 Literaturverzeichnis

Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg 2011

Backes G. M. 1, Amrhein L., Wolfinger M. (2008) Gender in der Pflege - Herausforderungen für die Politik, Expertise im Auftrag der der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. In: WISO Diskurs Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik – August 2008, Bonn

Backes G. M. 2, Wolfinger M., Amrhein L. (2011) Geschlechterpolitik zu Pflege/Care – Anregungen aus europäischen Ländern, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. In: WISO Diskurs Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik - Juli 2011, Bonn

Bispinck R., Dribbusch H., Öz F., Stoll E. (2012) Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Arbeitspapier 07/2012, Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Projekt LohnSpiegel.de, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut, Hans Böckler Stiftung

BMG – Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980 (Stand: 31.12.2011). - Erstellt am: 25.09.2012.

BMG – Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Personal in Krankenanstalten 2011 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern (Stand: 31.12.2011). - Erstellt am 25.09.2012.

Borutta M., Giesler C. (2006) Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden 2006

Cudé G. (2004) Do men have a role in maternal-newborn nursing? The male student nurse experience. In: AWHONN Lifelines (2004), Vol. 8(4): 342-347

Eckart C. (2004) Fürsorgliche Konflikte. Erfahrungen des Sorgens und die Zumutungen der Selbständigkeit. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie (2004), 29. Jg., H.2/2004: 24-40

Frey R. (2011) Gender-Aspekte in der Altenpflege, Informationsblatt für das Programm Rückenwind

GUKG (1997) Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2008 und die Bundesministeriengesetz-Novelle 2009, BGBl. I Nr. 3

Mosberger B., Jelenko M., Kaupa I., Kien C. (2007) Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegebediensteten, AMS-Info 98, im Auftrag des Arbeitsmarktservice Österreich

McLaughlin K., Muldoon O.T., Moutray M. (2010) Gender, gender roles and completion of nursing education: A longitudinal study.. In: Nurse Education Today (2010), Vol. 30: 303–307

Nübling D. (2000), Warum können schwedische Männer *Krankenschwestern (sjuksköterskor)* werden, deutsche aber nur *Krankenpfleger*? Zum Einfluß sprachinterner und sprachexterner Faktoren im Deutschen und im Schwedischen. In: Linguistische Berichte (2000), Heft 181-Feministische Linguistik, Helmut Buske Verlag, Hamburg: 199-230

Pflegebericht 2006, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)

Rajacich D, Kane D, Williston C, Cameron S. (2013) If they do call you a nurse, it is always a "male nurse": experiences of men in the nursing profession. In: Nursing Forum (2013), Vol.48(1): 71-80

Reidl S., Schaffer N., Woitech B. (2006) CHANCENGLEICHHEIT IM PFLEGEBEREICH, im Auftrag von "gendernow" - die regionale Koordinationsstelle des NÖ Beschäftigungspaktes zur Umsetzung von gender mainstreaming in Niederösterreich, Joanneum Research, Institut für Technologie- und Regionalpolitik

Rosowski M., Ruffing A. (2012) Auf fremdem Terrain - Wenn Männer pflegen, Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Rumpf M. (2007) Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel - Literaturstudie und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung), artec-paper Nr. 144, ISSN 1613-4907, artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen

Stuve O., Krabel J., Kasiske J., Schädler S. (2006) Zur Situation von Männern in „Frauen-Berufen“ der Pflege und Erziehung in Deutschland – Eine Überblicksstudie, Herausgeberin: Bildungsnetz Berlin, Erstellung: Dissens e.V. in Kooperation mit: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB)

INTERNETQUELLEN:

http://arbeit.psychiatrische-landschaften.net/?page_id=8 (5.04.2013)

http://www.giessener-allgemeine.de/Home/Stadt/Uebersicht/Artikel,-50-Jahre-Krankenpflegeschule-am-Universitaetsklinikum-_arid,331718_regid,1_puid,1_pageid,113.html (3.04.2013)

www.sbk-asi.ch (20.03.2013)

<http://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/02/25/men-nursing-occupatins/1947243/> USA TODAY (February 26, 2013), Report: More men entering nursing profession, geschrieben von Cathy Payne (05.04.213)

FOLDER:

Fachtagung der Männerarbeit der EKD und der Gemeinschaft der Katholischen Männer Deutschlands, Freitag, 3. Februar 2012, Konrad-Adenauer-Stiftung Berlin

7 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Männeranteil und Durchschnittseinkommen in den einzelnen Berufen. Quelle: WSI-Lohnspiegel-Datenbank – www.lohnspiegel.de bzw. Bispinck, S. 16

Abb. 2 Monatsverdienst in Pflegeberufen, in €. Quelle: WSI-Lohnspiegel-Datenbank – www.lohnspiegel.de bzw. Bispinck, S. 16

8 Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Studienabschlüsse Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Quelle: Studierendenstatistik, Statistiken über Studierende, Studien und Studienabschlüsse, Medonline, Medizinische Universität Graz (Stand 19.03.2013)

Tab. 2 Studierendenanzahl 2012/13 nach Studienrichtung. Quelle: Studierendenstatistik, Statistiken über Studierende, Studien und Studienabschlüsse, Medonline, Medizinische Universität Graz (Stand 19.03.2013)