
Frauen als Leistungsträgerinnen des Gesundheitswesens

Agnes Streissler

1. Einleitung

1.1 Thema und Ziel der Arbeit

Die Frauenbeschäftigung im Gesundheitswesen ist bekanntlich sehr hoch (bei den unselbstständig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen ist der Frauenanteil fast 80%). Es stellt sich nun die Frage, ob und wie sehr dieser hohe Frauenanteil einen Einfluss auf die Einkommenssituation in diesem Bereich hat. Vorliegender Beitrag will darauf einige Antworten geben.

Der Artikel ist dabei aufgebaut wie folgt: Zunächst werden die verwendeten Einkommensquellen vorgestellt. Es ist dies einerseits der Einkommensbericht des Rechnungshofes, der auf sehr aggregierter Basis einen Vergleich von Männer- und Fraueneinkommen ermöglicht. Andererseits werden die Kollektivverträge der im Gesundheitswesen unselbstständig Erwerbstätigen analysiert.

Der Hauptteil der Arbeit besteht aus der Untersuchung der drei Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen: Zunächst sind das die ÄrztInnen. Hier soll untersucht werden, in welchem Ausmaß Frauen in der Ärzteschaft vertreten sind und ob man hier von geschlechtsspezifischen Diskriminierungen sprechen kann. Die zweite untersuchte Gruppe sind die Krankenschwestern und PflegehelferInnen. Vorwiegend wird hier die Einkommenssituation der Beschäftigten im stationären Bereich untersucht werden. Und drittens soll versucht werden, ein kurzes Schlaglicht auf den ambulanten Pflegebereich zu werfen – welche Abgrenzungen und welche Überschneidungen gibt es zur vorgenannten Gruppe der Pflegeberufe, kann man Aussagen über die Einkommenssituation u. a. machen?

Jedem der drei Bereiche ist eine kurze qualitative Einschätzung vorangestellt, die auch Thesen aus der Literatur wiedergeben soll. Die nachfolgende quantitative Darstellung soll dann unter anderem auch auf diese Thesen überprüft werden.

In der abschließenden Zusammenfassung wird versucht werden, aus den Ergebnissen politische Schlussfolgerungen zu ziehen.

1.2 Quellen

1.2.1 Einkommensbericht des Rechnungshofes

Eine erste Schwierigkeit bei der Bearbeitung des Themas ergibt sich daraus, dass die Sekundärstatistiken wenig fein gegliedert sind und so nur auf sehr aggregiertem Niveau beispielsweise Einkommensdaten verfügbar sind. Hier wird als erste Quelle der Einkommensbericht des Rechnungshofes (2000, 2001) verwendet, der die weitestgehende Tiefgliederung hat. Dieser Bericht wird von der Statistik Austria im Auftrag des Rechnungshofes erstellt und ist eine der umfassendsten Darstellungen der Einkommen von selbstständig und unselbstständig Erwerbstätigen in Österreich.

Er wurde 2002 zum zweiten Mal herausgegeben, so dass für unselbstständig Erwerbstätige Einkommensdaten von 1998 bis 2001, für selbstständig Erwerbstätige Daten von 1996 bis 1999 vorliegen.

Wenngleich der Einkommensbericht sicherlich eine der besten Sekundärquellen für Einkommensanalysen ist, so ist auch er mit zahlreichen Problemen behaftet. Abgesehen von den bekannten Problemen der Erfassung selbstständiger Einkommen stellt vor allem die Aggregation ein großes Problem dar: Es wird nur dargestellt, wieviele Beschäftigte es im „Gesundheits- und Veterinärwesen“ gibt und wie ihre Einkommen sind, es wird dabei aber nicht bzw. nur sehr begrenzt nach Berufsgruppen unterschieden. Damit ist aus dem Einkommensbericht nicht ohne weiteres herauslesbar, was beispielsweise Krankenschwestern oder angestellte ÄrztInnen verdienen.

1.3 Analyse von Kollektivverträgen

Neben der ex post-Analyse von tatsächlich verdienten Einkommen bietet die vorliegende Arbeit auch eine ex ante-Analyse der Einkommen im Gesundheitsbereich: Die Frage, welche Einkommen in verschiedenen Institutionen und verschiedenen Verwendungsgruppen im Gesundheitswesen erzielt werden können, kann am besten über eine Betrachtung der Kollektivverträge beantwortet werden.

Versucht man allerdings im Bereich der Gesundheitsberufe die geltenden Kollektivverträge zu eruieren, so stößt man auf eine fast unüberschaubare Situation. Die allermeisten jener Angestellten, die in öffentlichen Spitälern arbeiten, sind gar nicht durch Kollektivverträge erfasst. Für sie gilt derzeit das in den jeweiligen Landtagen im Gesetzeswege beschlossene Dienst- bzw. Besoldungsrecht (siehe hierzu Abschnitt 3.5). Für die anderen konnten mit Stand November 2002 gezählte zehn verschiedene Kollektivverträge eruiert werden (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1: Geltende Kollektivverträge im Gesundheitsbereich
(Stand November 2002)**

Gewerkschaft	KV-Bezeichnung	Letzter gültiger Abschluss		
		Beginn	KV-Erhöhung	Sonderregelung
GPA	Caritas	1.4.2002	+1,5%	
GPA	Sozialversicherungs- angestellte Dienst- ordnung A	1.1.2002	+0,90%	
GPA	Betriebe sozialer Dienste	1.1.2002	+2,50%	Mindestlohn tarif!!
GPA	KFA-Angestellte Dienstordnung A	1.1.1999	+2,30%	
GewHTV	Sozialversicherungs- träger Dienstordnung C	1.1.2002	+0,90%	+€18,- Sockelbetrag
GewHTV	Diakonissenkranken- häuser Linz, Salzburg, Schladming	1.1.2002	+0,80%	
GewHTV	Ordenskranken- anstalten OÖ	1.1.2002	+0,80%	
GewHTV	Privatkrankenanstalten	1.1.2002		+€32,70 / Monat
GewHTV	Konfessionelle Kranken- anstalten Steiermark	1.1.2000	+1,50%	Mind. öS 300,-
GewHGPD	Heilbade-, Kur und Krankenanstalten Wien	1.1.2000	+1,90%	

Quelle: Kollektivvertragsdatenbank des ÖGB (Sepp Zuckerstätter, AK Wien)

Diese Unübersichtlichkeit ist auch einer der Kritikpunkte der Ärztekammer in ihrer Begutachtung zur neuen Universitätsreform:

„Zur Zeit arbeiten an den Universitätskliniken in Graz und Innsbruck Bundesbedienstete, Landesbedienstete und Privatangestellte Schulter an Schulter. Im Bereich der Bundes- und Landesbediensteten gibt es Beamte und Vertragsbedienstete. An einer Abteilung können daher bis zu fünf unterschiedliche Dienst- bzw. Arbeitsrechte zur Anwendung kommen. Einer der Kernpunkte einer zukünftigen Universitätsreform sollte die Vereinheitlichung des Dienst- bzw. Arbeitsrechtes sein.“¹

Es würde eine sehr aufwändige Arbeit darstellen, wollte man über ein Ausschlussverfahren erfassen, welche Gesundheitsberufe bzw. welche ArbeitnehmerInnen im Gesundheitsbereich nicht über Kollektivvertrag erfasst sind. Wie auch aus der Tabelle 1 ersichtlich, sind unter anderem die Betriebe sozialer Dienste nur über einen Mindestlohn tarif abgedeckt. Gerade im ambulanten, extramuralen Bereich dürfte es eine beträchtliche Anzahl von ArbeitnehmerInnen geben, die in einem arbeits- und entgeltrechtlichen Graubereich arbeiten (ganz abgesehen von der Problematik der Schwarzarbeit, verschärft durch illegale Arbeitsmigrantinnen).

Es ist auch nicht möglich festzustellen, wie viele ArbeitnehmerInnen über die Kollektivverträge erfasst sind, da es beispielsweise für Krankenschwestern keine Registrierungspflicht gibt und daher ihre insgesamt Zahl nicht bekannt ist.²

Um die Informationen der Kollektivverträge zu analysieren, wurde folgender Zugang gewählt. Es wurden drei Kollektivverträge (Caritas, Private Krankenanstalten und Sozialversicherungsträger), ein Mindestlohntarif (Betriebe sozialer Dienste) sowie die Besoldungsordnung der Gemeinde Wien herangezogen und diese Schemata verglichen. Die genannten Institutionen dürften einen repräsentativen Ausschnitt der Gesundheitsberufe darstellen (so sind bei der Caritas insgesamt 6.500 ArbeitnehmerInnen beschäftigt,³ unter den Mindestlohntarif für Betriebe sozialer Dienste fallen 40.000 ArbeitnehmerInnen, 28.000 Personen sind bei den Sozialversicherungsträgern angestellt, über den Krankenanstaltenverbund der Gemeinde Wien und den Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs liegen keine Daten vor, es kann aber davon ausgegangen werden, dass es sich auch hier um eine große Gruppe von ArbeitnehmerInnen handelt).

Aus diesen Kollektivverträgen wurden drei Berufsgruppen herausgesucht: ÄrztInnen, diplomierte Krankenschwestern und PflegehelferInnen (jeweils in nicht leitenden Funktionen) und innerhalb dieser Gruppen die Gehälter in den verschiedenen KVs verglichen. Es ist natürlich klar, dass es sich hier nur um Mindestgehälter handelt, so dass es in einzelnen Betrieben zu Mehrzahlungen kommen kann. Zusätzlich zu den einfachen Gehaltsstufen wurde für Krankenschwestern und für PflegehelferInnen auch berechnet, welche Zahlungen auf Grund typischer Zulagen generiert werden (um allfällige Verzerrungen auf Grund niedriger Gehälter, aber großzügiger Zulagen auszugleichen). Angenommen wurde, dass pro Monat fünf Nachtdienste und ein zwölfstündiger Sonntagsdienst zu leisten wären sowie dass in irgendeiner Form eine Erschwerniszulage hinzukäme (eine derartige Zulage existiert bei der Caritas nicht, hier wurden statt dessen die Zulagen für mobile Dienste herangezogen). Diese Berechnung hat sicherlich ihre Tücken, da die einzelnen Zulagensysteme nicht sehr einheitlich sind.

Weiters ist ein derartiger Vergleich natürlich mit Vorsicht zu genießen, da es neben den reinen Gehaltszahlungen ja eine Menge Nebenleistungen gibt, die nicht berücksichtigt sind. So sind beispielsweise die Pensionsordnungen sowohl der Gemeinde Wien als auch der Sozialversicherungsträger nicht berücksichtigt, sie stellen aber natürlich im weiteren Sinn einen Gehaltsbestandteil dar.

2. Ärztinnen

2.1 Die Präsenz von Frauen in der Medizin

Es gibt im deutschen Sprachraum inzwischen einige Untersuchungen, ob und in welchem Ausmaß Medizinerinnen gegenüber ihren männlichen Kollegen diskriminiert werden.

1999 waren in Österreich im Gesundheitswesen 16.510 Personen schwerpunktmäßig selbstständig tätig (das sind zum allergrößten Teil ÄrztInnen), davon waren 5.952 Frauen. Dies sind die Daten des Einkommensberichts. Die vorgebliche Diskriminierung setzt aber bereits früher an: Es wird nämlich behauptet, Frauen würden bereits während der Ausbildung zurückgedrängt, spätestens aber beim Berufseintritt.

Tabelle 2: Frauenanteile in der Medizin von der Erstinskription bis zur Berufsausübung

	Erstinskriptionen			Abschlüsse		Berufsausübende ÄrztInnen		Niedergelassene ÄrztInnen	
	1992/93	1998/99		1997/98		1999		1999	
		Medizin	insges.	Medizin	insges.	insges.	Unter 40	insges.	Unter 45
insgesamt	1.569	1.680	19.305	1.073	13.224	34.450	11.967	17.544	6.502
davon Frauen	916	1.122	11.220	566	6.273	12.651	5.824	4.864	2.405
Frauen-anteil	58,4%	66,8%	58,1%	52,7%	47,4%	36,7%	48,7%	27,7%	37,0%

Quelle: Hochschulbericht 1993 und 1999; Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000.

Daher sei hier eine Darstellung der Laufbahnentwicklung gegeben (siehe Tabelle 2). Aus dieser Tabelle ist zu erkennen, dass der Frauenanteil mit zunehmender Berufsnähe abnehmend ist: Es beginnen überdurchschnittlich viele Frauen ein Medizinstudium (wobei dieser Anteil in den letzten Jahren noch deutlich gewachsen ist). Bei den Abschlüssen sind es zwar auch noch mehr Frauen als im allgemeinen Universitätsdurchschnitt, stellt man aber die Abschlüsse 1997/98 den Erstzulassungen 1992/93 gegenüber, so sieht man, dass das Verhältnis von Abschluss zu Erstzulassung bei den Männern 77,6% beträgt, bei den Frauen aber nur mehr 61,8%. Es beenden also bereits weniger Frauen als Männer ihr Medizinstudium. Bei den berufsausübenden ÄrztInnen beträgt der Frauenanteil nur mehr 37%, allerdings ist er bei den jüngeren deutlich höher, so dass hier von einem Aufholprozess gesprochen werden kann. Ähnliches gilt, wenn auch von einem deutlich tieferen Niveau, für die niedergelassenen ÄrztInnen: Frauen haben in deutlich niedrigerem Ausmaß Zugang zu eigenen Praxen, allerdings ist auch hier bei den Jüngeren der Frauenanteil schon etwas höher.

Ein weiteres Problem ist die Segmentierung der Ärzteschaft: Frauen sind in bestimmten Bereichen konzentriert und in anderen deutlich unterrepräsentiert: 1999 gab es 5.418 AllgemeinmedizinerInnen mit eigener Praxis, davon waren 1.494 Frauen (27,5%), und 4.782 FachärztInnen, davon 1.289 Frauen (25%). Bei den 2.331 ZahnärztInnen ist der Frauenanteil mit fast 33% (759) etwas höher, und bei den Psychotherapeuten überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 74% (933 von insgesamt 1.267 PsychotherapeutInnen sind weiblich).⁴ Wird nach Fachrichtungen gegliedert, ist der Frauenanteil in der physikalischen Medizin 57,5%, in der Anästhesie 42,6%, in der Kinderheilkunde 43,5%, in der Gynäkologie 19,5% und in der Chirurgie 9%.⁵

Sieverding (1990) hat Anfang der 1990er für Deutschland eine Untersuchung bei Medizinerinnen durchgeführt, wo untersucht wurde, ob es psychologische Faktoren gibt, die erklären können, warum so viele ÄrztInnen nicht berufstätig oder in prestigieniedrigen beruflichen Positionen vertreten sind. Ihre wichtigsten Ergebnisse sind neben der für alle Berufe geltenden Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und Familie, unter der Frauen nach wie vor stärker zu leiden haben als Männer, folgendes:

Medizinstudentinnen sind am Anfang des Studiums leistungsorientierter und karrieremotivierter als ihre männlichen Kollegen, am Ende des Studiums ist es genau umgekehrt. Dies erklärt Sieverding damit, dass man hierfür nicht nur äußere Barrieren verantwortlich machen darf, sondern dass auch ein Prozess der Selbstselektion zu konstatieren ist. Das Rückschrauben der beruflichen Ziele hängt dabei eng mit der Enttäuschung über die berufliche Realität an den Kliniken zusammen. Frauen scheinen viel mehr als Männer mit besonders hohen und positiven Erwartungen ein Medizinstudium zu beginnen – die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität und die damit einhergehende Frustration ist bei ihnen daher zwangsläufig höher.

Scheidegger (2002) macht neben diesen psychologischen Barrieren allerdings auch strukturelle Barrieren aus: Wenngleich es für Frauen formal keine Barrieren mehr gibt, so könnten doch Demotivierungen und Stereotypisierungen typischer Frauen- und Männerfähigkeiten ausgemacht werden: Die Entscheidung für ein Fachgebiet muss nicht den tatsächlichen Interessen entsprechen. Vielmehr lässt sie sich auf die erfahrene Ermutigung oder Entmutigung durch die medizinische Fakultät zurückführen. Typische „Frauenfächer“ werden von Frauen auch deshalb bevorzugt gewählt, weil sie in diesem Feld als Ärztinnen akzeptiert sind und eher eine fachliche Anerkennung erfahren als in den „männlichen“ Feldern der Medizin.

Für Österreich hat Mixa (2000) die Unterrepräsentanz von Ärztinnen in der akademischen Medizin untersucht und kommt nicht überraschenderweise zu dem Ergebnis, dass je höher die Hierarchiestufe, umso niedri-

ger der Frauenanteil: 1995 waren 13% der Chefarztpositionen und 8% der Primariate mit Frauen besetzt. Auch auf der Universität gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Fächern. In einer Befragung unter Ärzten und Ärztinnen gab es deutliche Hinweise darauf, dass es geschlechtsspezifische Barrieren im Zugang zu gerade den prestigeträchtigeren Fächern gäbe (während sich die Nennungen der Ärztinnen deutlicher auf externe Faktoren, speziell auch Behinderungen bezogen, fanden sich unter den Ärzten häufiger Erklärungen, die sich auf Tätigkeitsinhalte und innerprofessionelle Arbeitsbelastungen bezogen).

Wenngleich manche der genannten Erklärungen weniger stichhaltig als andere wirken, so scheint doch bereits eine Analyse der Präsenz von Frauen in der Medizin darauf hinzuweisen, dass es geschlechtsspezifische Diskriminierungen gibt. Es soll nun im Folgenden untersucht werden, ob auch die Einkommen Hinweis darauf geben.

2.2 Einkommensanalyse

Zunächst werden die Einkommen laut Einkommensbericht analysiert. Hierbei handelt es sich um jene ÄrztInnen, die schwerpunktmäßig selbstständig tätig sind, also eine eigene Praxis haben. Einkommen, die daneben aus einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit resultieren (also z. B. aus einer Anstellung in einem Spital), sind dabei inkludiert.

Tabelle 3: Medianeinkommen von Ärzten und Ärztinnen 1999 (Jahreseinkommen in €)

	Allgemein- medizinerInnen	FachärztInnen	ZahnärztInnen	Psycho- therapeutInnen
Männer	96.549	122.065	111.847	22.729
Frauen	39.799	54.011	80.026	13.646
Frauen in % der Männer	41,22%	44,25%	71,55%	60,04%

Quelle: Einkommensbericht des Rechnungshofes; eigene Berechnungen

Tabelle 3 zeigt die Medianeinkommen verschiedener niedergelassener ÄrztInnen (also jene Einkommen, unterhalb derer 50% der betrachteten Gruppe liegen). Es wird deutlich, dass die Ärzteschaft insgesamt und damit auch die Ärztinnen in Österreich eindeutig zu den privilegierten Einkommensschichten zählt. Von der Einkommenshöhe weit abgeschlagen sind nur die PsychotherapeutInnen. Wie oben dargestellt, ist der Frauenanteil hier auch besonders hoch. Bei den anderen ÄrztInnen verdienen AllgemeinmedizinerInnen am „wenigsten“, ZahnärztInnen am meisten. Dies sind bekannte Tatsachen. Erstaunlich ist aber doch, wie sehr sich in diesen Gruppen Frauen- und Männereinkommen unter-

scheiden. Bei den ZahnärztInnen erreichen Frauen zwei Drittel der Män-
nereinkommen, in den beiden anderen Gruppen liegen sie deutlich unter
der Hälfte.

Diese Einkommensunterschiede haben sich in den letzten Jahren (seit
1996) wenig verändert, keinesfalls kann man von einem Aufholen der
Fraueneinkommen sprechen. Am auffälligsten ist vielleicht noch, dass
zwar der Anteil der weiblichen AllgemeinpraktikerInnen leicht zugenom-
men hat, gleichzeitig sich aber die Relation zwischen Männer- und Frau-
eneinkommen sogar noch verschlechtert hat (1996 war sie noch bei
49,89%). Dies zeigt sich auch daran, dass die Einkommen der Allge-
meinmedizinerinnen die einzigen sind, die im Zeitraum 1996 bis 1999
absolut zurückgegangen sind (um 10%).⁶

Somit zeigen auch die Einkommensdaten, dass Männer im medizini-
schen Bereich bislang erfolgreich ihre Machtposition verteidigen konn-
ten. Die Einkommensunterschiede lassen sich nämlich auch nicht so
ohne weiteres durch die Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und
Familie erklären. Rasky (1999) ebenso wie Scheidegger weisen darauf
hin, dass überproportional viele Ärztinnen gar keine Kinder haben, dass
ihnen aber dennoch der Aufstieg in Leitungsfunktionen bzw. das Erlan-
gen einer Professur erschwert werden. Viel mehr scheinen die Einkom-
mensdaten die eingangs aufgestellten Thesen zu erhärten, dass Frauen
in der Medizin bis heute mit Stereotypisierungen und subtiler Diskrimi-
nierung zu kämpfen haben.

Da nicht zu erwarten ist, dass die ärztliche Standesvertretung großes
Interesse hat, sich dieses Diskriminierungsproblems anzunehmen, muss
es als frauenpolitische Querschnittsmaterie gesehen werden – Ärztinnen
müssen ebenso wie andere Frauen viel stärker versuchen, Netzwerke zu
knüpfen, um ihre Anliegen in der Öffentlichkeit publik zu machen (wie
z. B. das Frauen-Forum-Medizin). Vielleicht wäre es aber auch hilfreich,
würden Ärztinnen verstärkt versuchen, Allianzen einerseits mit ihren
Patientinnen, andererseits mit anderen im Gesundheitswesen tätigen
Frauen zu knüpfen.

2.3 ÄrztInneneinkommen in den Kollektivverträgen

Der Mindestlohnentarif für Soziale Betriebe, die Kollektivverträge der
Sozialversicherungsträger und das Besoldungsschema der Gemeinde
Wien weisen eigene Gehaltsschemata für angestellte ÄrztInnen aus.

- Da die Sozialversicherungsträger deutlich unterschiedliche Gehälter
zahlen, je nachdem, ob die ÄrztInnen in einem Krankenhaus ange-
stellt sind oder nicht, wurden für die Sozialversicherungsträger zwei
Gehaltsgruppen dargestellt: Intramural sind jene Ärzte, die als Allge-
meinmedizinerInnen oder FachärztInnen in Krankenanstalten der

Sozialversicherungsträger angestellt sind (Gehaltsgruppe B III), die „extramuralen“ FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen sind in der Gehaltsgruppe A I ausgewiesen.

- Für die Gemeinde Wien wurde im Schema II KAV die Verwendungsgruppe A 3 genommen, das sind die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Fachärzte im Krankenanstaltenverbund. Die Gemeinde Wien zahlt bei den ÄrztInnen Vertragsbediensteten im Übrigen die gleichen Gehälter wie ihren BeamtInnen.
- Im Mindestlohntarif gibt es nur eine einzige Gehaltsgruppe für ÄrztInnen.

Tabelle 4: Vergleich der Gehälter von angestellten ÄrztInnen in verschiedenen Gehaltsschemata (in €; monatlich ohne Sonderzahlungen)

Gehaltsstufe	SV intramural	SV extramural	Gem. Wien	BSD
1	3.430	3.165	2.067	2.765
5	3.988	3.764	2.691	3.397
10	4.826	4.662	3.077	4.187
15	5.524	5.411	3.756	4.503
20	5.803	5.710	4.531	4.503

Anmerkungen: SV = Dienstordnung B für die Ärzte und Dentisten bei den Österreichischen Sozialversicherungsträgern

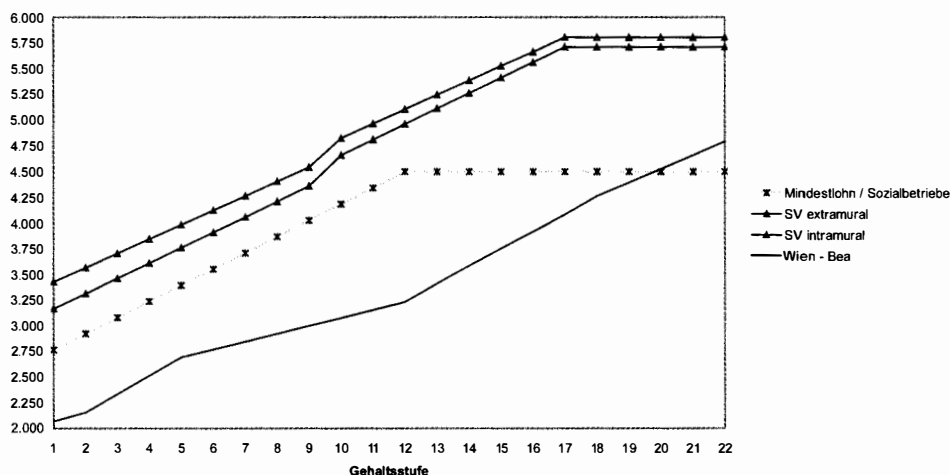
Gem. Wien = Gesetz über das Besoldungsrecht der Beamten der Bundeshauptstadt Wien

BSD = Mindestlohntarif für die Betriebe sozialer Dienste

Quelle: Kollektivvertragsdatenbank des ÖGB; Rechtsdatenbank der Gemeinde Wien

Wie die Tabelle 4 (und die zugehörige Abbildung 1) zeigt, sind die Gehaltsunterschiede beträchtlich. Zwischen den Einstiegsgehältern von ÄrztInnen, die in einer Krankenanstalt der SozialversicherungsträgerInnen angestellt sind und jenen, die unter den Mindestlohntarif für die Betriebe sozialer Dienste fallen, liegen € 665 bzw. eine Einkommensdifferenz von minus 20 Prozent. Diese Differenz vergrößert sich sogar noch über die Zeit. Diese Differenz kann natürlich damit zusammenhängen, dass das Gehaltsschema der Sozialversicherungen (ebenso wie das der Gemeinde Wien) ein Ist-Schema ist, während die Betriebe Sozialer Dienste nur Mindestlöhne vorgeschrieben haben.

Abbildung 1: Vergleich der Gehaltsschemata für ÄrztInnen



Dennoch überrascht auch die beachtliche Differenz zwischen den Gehältern in der Sozialversicherung und denen der Gemeinde Wien. Hier ist bei den Einstiegsgehältern die Differenz sogar noch größer (€ 1.363 bzw. minus 40 Prozent), diese wird aber über die Jahre dann etwas geringer.

Beachtlich ist auch, dass der Mindestlohnentarif für ÄrztInnen in Sozialen Betrieben bis zur zwanzigsten Gehaltsstufe deutlich über dem Gehaltsschema der Gemeinde Wien liegt (bei den Einstiegsgehältern ist die Differenz € 700 (bzw. minus 25%), diese Differenz vergrößert sich mit der Zeit bis zur Gehaltsstufe 12 auf € 1.271 (bzw. minus 29%). Da der Mindestlohnentarif dort endet, nähert sich das Wiener Gehaltsschema ab da langsam wieder an.

3. Unselbstständig Erwerbstätige

3.1 Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst

Während ÄrztInnen innerhalb ihres Berufsfeldes mit männlicher Konkurrenz und der daraus resultierenden Diskriminierung zu kämpfen haben, gestaltet sich die Problematik in der Krankenpflege ganz anders: Die Krankenpflege ist traditionell weiblich, es geht hier also weniger um die berufsinterne Diskriminierung, sondern mehr um das Verhältnis zwischen KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen. Welche Verantwortungen gibt es, welche Kompetenzkonflikte etc.? Wie gezeigt werden wird, geht es in jüngerer Zeit aber auch um eine Abgrenzung nach „unten“, zu den weniger qualifizierten Pflegeberufen.

Um die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen, die dem Beruf der Krankenpflege bis heute anhaften, besser zu verstehen, bedarf es eines kurzen Exkurses über die historische Entwicklung des Berufs der Krankenpflege: Der Bruch zwischen Medizin und Krankenpflege vollzog sich bereits an der Wende zum zweiten Jahrtausend.⁷ Davor war die Heilkunde insgesamt auf die gegen Ende des Altertums entstehenden Klöster konzentriert, Mönche und Nonnen beschränkten sich auf die Fortsetzung antiker Traditionen. Um die Jahrtausendwende wurde die Klostermedizin durch die scholastische Medizin abgelöst, die Pflege wurde fortan Pflegeorden überlassen.

Im 18. Jahrhundert wandelte sich das Hospital (als Aufnahmeplatz der verschiedensten Armen und Bedürftigen) zum Krankenhaus und spezialisierte sich fortan auf die gesundheitliche Versorgung. Dies passte auch zu den durch die Aufklärungsphilosophie beeinflussten staatlichen Bemühungen um die Gesunderhaltung der Bevölkerung. Damit stiegen aber auch die Anforderungen an das dort beschäftigte Pflegepersonal. Die Ausweitungen führten dazu, dass die Ordensschwester nicht mehr ausreichten, den Pflegebedarf zu erfüllen. Man versuchte daher, weibliche Pflegekräfte aus dem Bürgertum zu gewinnen. Wie Bischoff (1992) anschaulich darlegt, ist somit die Krankenpflege einer der wenigen Berufe, den Frauen sich nicht „erkämpfen“ mussten, im Gegenteil:

„Die Umwandlung der Krankenpflege in einen bürgerlichen Frauenberuf war nur möglich, weil die bürgerliche Frauenrolle für die Krankenpflege nutzbar gemacht werden konnte.“

Die Berufsrealität, die sich dabei im Lauf des 19. Jahrhunderts herausbildete, war geprägt von totaler Überforderung, bedingungslosem Gehorsam gegenüber den Ärzten, in der vollkommenen Selbstbeherrschung und dem Hintanstellen aller eigener Bedürfnisse. Bischoff stellt fest, dass dieses Berufsbild sich zumindest teilweise auch in den ganz modernen Auffassungen patientenorientierter Pflege wiederfindet. Das Spannungsfeld, das allmählich seit dem 18. Jahrhundert zwischen Medizin und Krankenpflege entstanden war, ist bis heute sichtbar.

„Medizin und Krankenpflege sind komplementär – aber nicht gleichberechtigt: die objektivierende, „zerstückelnde“ Medizin braucht die „Ganzheitlichkeit“, die Nichtspezialisierung, die Nicht-Einseitigkeit, die Menschlichkeit der Krankenpflege, aber ohne dass die Krankenpflege daraus Ansprüche, Stolz oder Erfolge [oder Einkommensvorteile, Anm. d. Aut.] ableiten darf. Erfolg, Ansehen, Wissenschaft, Macht und Geld – dies alles gehört der Medizin.“⁸

Durch diese Hierarchisierung wurde die Krankenpflege rund um die Medizin herum organisiert – der Arzt war der Mittelpunkt, dem die Krankenschwester zu „dienen“ hatte. Da nur ihm die Wissenschaftlichkeit der

Tätigkeit zugeschrieben wird, führt dies bis heute dazu, dass der Anteil der Pflege an der Heilung viel zu wenig in Erscheinung tritt.

Rieder hat in einer sehr eingehenden soziologischen Untersuchung 1999 gezeigt, dass diese historische Entwicklung in den Berufs- und Leitbildern heute aktiver Krankenschwestern noch immer nachwirkt: Wenn- gleich Krankenpflege heute weitgehend als Lohnarbeit organisiert ist, haben Krankenschwestern nach wie vor das Leitbild des „Liebesdienstes“:

„In diesem Sinne kann die Subjektivierung, vermittelt über spezifische Inhalte identitätsstiftender Diskurse, die das Erbringen von Opfern in der Arbeit nahelegen, zugleich einer ökonomischen Ausbeutung besonderer Art Vorschub leisten. Diese Form der Ausbeutung wird nicht durch Herrschaft und Zwang erpresst, sondern tritt als „freiwillige“ Leistung zum Wohl des Patienten, als „Selbstaussbeutung“ der Arbeitenden auf.“⁹

Allerdings dürfte die Zuschreibung geschlechtsspezifischer Eigenschaften nur ein Faktor für die Berufsfindung sein. Flieder (2002) weist darauf hin, dass auch persönliche Krankenhauserfahrungen, familiäre Konstellationen, aber auch arbeits- bzw. ausbildungsmarktpolitische Verhältnisse die Berufsfindung beeinflussen. Auch Hasenauer (2000) ortet neben den altruistischen Motiven der Berufswahl soziale, pragmatische, medizinische und solche Motive, die auf eigener persönlicher Erfahrung mit Krankheit beruhen, allerdings sind die altruistischen Motive die am häufigsten genannten.

Zu Selbstbehauptung gegenüber der Medizin und der Gefahr der eigenen Selbstaussbeutung kommen für heute aktive Krankenschwestern auch noch die Anforderungen des modernen Krankenhausbetriebs hinzu:

„Der Widerspruch besteht darin, dass an die Pflege Anforderungen in Bezug auf Humanität, auf Patientenorientierung gestellt werden, die sie unter den gegebenen Bedingungen, nämlich der Unterordnung unter ein bürokratisches, nach wirtschaftlichen Kriterien funktionierendes System, kaum erfüllen kann und die sie in der täglichen Arbeit sogar wider besseres Wissen leugnen muss.“¹⁰

Rationalisierungen und Einsparungen tun das Übrige, um die Arbeitsbelastung von Krankenschwestern zu erhöhen. Auch das aus budgetärer Hinsicht erfolgreiche LKF-System stellt für Krankenschwestern eine Mehrbelastung dar. Da die Liegedauer der PatientInnen verkürzt wird, müssen immer mehr PatientInnen in immer kürzerer Zeit versorgt werden, wobei gerade die ersten Tage einer Belegung die arbeitsintensivsten sind.

Selbstverständlich sind das Berufsbild und das Selbstverständnis von Krankenschwestern heute anders als im 19. Jahrhundert. Eine ganzheitlich ausgerichtete patientenorientierte Pflege wird als moderner Beruf

mit hohen Qualifikationsanforderungen verstanden, der sich von der Medizin als abgegrenzt sieht. Vielfach wird dieses Verhältnis aber nur ungenügend aufgearbeitet bzw. neu definiert, sodass ein Konflikt zwischen Medizin und Pflege bestehen bleibt. Auch die „weiblichen“ Eigenschaftszuschreibungen sind nicht gänzlich verschwunden (was sich ja auch an dem nach wie vor überwiegend hohen Frauenanteil in diesem Beruf widerspiegelt). Teilweise werden die als diskriminierend erlebten „Dienst“-Aspekte der Pflege auch nach außen, in den unprofessionellen, informellen Bereich delegiert (wozu die Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenhäuser natürlich auch beitragen), womit es zu einer weiteren Hierarchisierung im Pflegewesen kommt (siehe auch Kapitel 4).

3.2 Abgrenzung

Neben diesen qualitativen Abgrenzungsschwierigkeiten bestehen auch quantitative. In unterschiedlichen Statistiken gibt es nämlich völlig unterschiedliche Aggregate.

Rein juristisch wurden die Pflegeberufe hinsichtlich Berufsbild und Tätigkeitsbereich durch das 1997 in Kraft getretene Gesundheits- und Krankenpflegegesetz neu definiert. Sie gliedern sich nunmehr in gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in die Pflegehilfe.¹¹ Wie aber beispielsweise die Verteilung auf den intra- und den extramuralen Bereich ist, lässt sich aus den Sekundärstatistiken nicht ablesen: Das Jahrbuch der Gesundheitsstatistik listet beispielsweise genau das Personal in den Krankenanstalten auf, eine Gesamtdarstellung fehlt aber. Die extramurale Betreuungshilfe wird überhaupt nicht dokumentiert (siehe dazu Kapitel 4). Das grundlegende Problem dahinter ist, dass es für diplomierte Krankenschwestern, den sanitären Hilfsdienst sowie die medizinisch-technischen Dienste keine Registrierungspflicht gibt. Daher wissen selbst die Gewerkschaften nicht genau, wieviele Krankenschwestern, RöntgenassistentInnen, PflegehelferInnen etc. es eigentlich gibt.

Aus dem Einkommensbericht des Rechnungshofes wiederum lässt sich einerseits die Beschäftigung und Einkommenssituation des Aggregats „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ (ÖNACE-Gruppe N) herauslesen, andererseits gibt es eine Tiefergliederung in die ISCO-88-Berufsgruppen 22 (Biowissenschaftler und Mediziner) und 32 (Biowissenschaftliche und Gesundheitsfachkräfte). In die erste Gruppe, die mit 15.500 Personen vergleichsweise klein ist, fallen unselbstständig beschäftigte MedizinerInnen sowie wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte. In die zweite Gruppe fallen die nicht wissenschaftlichen Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte sowie weitere medizinische Fachberufe. Die Statistik Austria hält selbst in ihren Erläu-

terungen dazu fest, dass die Zuordnung zu diesen Berufen nicht eindeutig ist.

3.3 Einkommenssituation

Tabelle 5 zeigt die Einkommensverteilung, wie sie sich aus dem Einkommensbericht für die Branche „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ ergibt. In dieser Branche gibt es fast viermal so viel Frauen wie Männer. Ihre Einkommen liegen deutlich unter denen der Männer. Interessanterweise ist im (insgesamt weniger stark besetzten) Arbeiterbereich dieser Einkommensunterschied nicht so groß wie im Angestelltenbereich. Hier verdienen Frauen im Durchschnitt weniger als zwei Drittel der Männer. Auch die Einkommensverteilung ist bei Frauen weiter gestreut als bei Männern – im untersten Quartil verdienen Frauen überhaupt nur etwas mehr als die Hälfte dessen, was Männer verdienen.

Tabelle 5: Einkommensverteilung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen 2001 (Bruttojahreseinkommen in €)

	Arbeiter			Angestellte			Arbeiter und Angestellte		
	Männer	Frauen	in %	Männer	Frauen	in %	Männer	Frauen	in %
25%	7.051	7.834	111,10%	21.767	11.358	52,18%	17.593	10.511	59,75%
50%	17.877	13.994	78,28%	29.162	18.665	64,00%	26.484	17.531	66,19%
75%	24.630	19.396	78,75%	41.394	27.067	65,39%	35.987	25.305	70,32%
Anzahl	7.746	25.077	323,74%	25.108	101.070	402,54%	32.854	126.147	383,96%

Quelle: Einkommensbericht des Rechnungshofes für 2000 u. 2001; eigene Berechnungen

Insgesamt gesehen ist der Gesundheitsbereich ein ganz wesentliches Beschäftigungsfeld für Frauen: Nicht nur arbeitet fast jede zehnte Frau im Gesundheitsbereich (besser gesagt in der Branche „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“), die Einkommenschancen sind auch überdurchschnittlich: Das mittlere (Median-)Einkommen liegt für Frauen in dieser Branche mehr als 10% über dem mittleren Einkommen aller unselbstständig beschäftigten Frauen.¹² Im untersten Quartil beträgt der „Einkommensvorteil“ im Gesundheitsbereich sogar 18%.

Der hohe Frauenanteil bewirkt aber, dass insgesamt gesehen die Durchschnittseinkommen im Gesundheitsbereich niedriger als die Durchschnittseinkommen der Gesamtheit aller unselbstständig Beschäftigten sind (der Median beträgt nur 91% des Medianeinkommens aller Arbeiter und Angestellten). Dadurch ergibt sich eine gewisse Ambivalenz in der Bewertung dieser Ergebnisse. In einem wichtigen Artikel haben England et al. (1994) festgestellt, dass ein hoher Frauenanteil in einer Berufsgruppe dazu führt, dass das Gesamtlohniveau sinkt. In der

Gesamtbetrachtung bestätigt die vorliegende Untersuchung also diese These, in der geschlechtsspezifischen Einzelbetrachtung wird sie hingegen widerlegt.

Tabelle 6: Verteilung des Bruttojahreseinkommens (in €) nach Berufsgruppen (ISCO-88) 2001

	22: Biowissenschaftler u. Mediziner			32: Biowissenschaftliche und Gesundheitsfachkräfte		
	Männer	Frauen	Frauen in %	Männer	Frauen	Frauen in %
25%	41.740	15.670	37,54%	21.670	14.330	66,13%
50%	56.240	42.160	74,96%	29.990	22.640	75,49%
75%	83.630	58.640	70,12%	35.220	29.270	83,11%
Anzahl	13.900	14.400	103,60%	15.300	99.800	652,29%

Quelle: Einkommensbericht des Rechnungshofes; eigene Berechnungen

Wie im Abschnitt 3.2 erwähnt, enthält der Einkommensbericht für zwei Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitswesens gesonderte Darstellungen. Tabelle 6 stellt die Einkommensverteilung dieser beiden Gruppen dar. In der (höher qualifizierten) Gruppe 22 beträgt der Frauenanteil ca. 50%. Es gibt einen sehr deutlichen Unterschied in der Einkommensstreuung zwischen Männer und Frauen – während im untersten Quartil die Fraueneinkommen nur 38% der Männereinkommen ausmachen, kommt das Medianeinkommen der Frauen auf 75% desjenigen der Männer. Die zweite Berufsgruppe besteht fast ausschließlich aus Frauen – hier sind die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen über die gesamte Verteilung nicht so hoch. Dies lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass Männer sich hier an das Lohnniveau von Frauen nach unten anpassen müssen. Betrachtet man nämlich die Einkommensunterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen (deren Abgrenzung wie gesagt in keiner Weise eindeutig ist), so erkennt man ein deutliches Lohngefälle (die Durchschnittseinkommen der Frauen aus der Fachkräftegruppe macht nur mehr 40% der Durchschnittseinkommen der Männer aus Gruppe 22 aus).

Dies kann nun aber doch als Beleg der England'schen Thesen gesehen werden:

„The thesis of gendered valuation of roles and skills also predicts that types of skills generally performed by women will be valued less than they would be if they were associated with men. [...] In other words, when a type of skill is generally done by women, whether outside paid labor or in predominantly female occupations, the skill itself gets stigmatized and devalued, so its contribution to organizational goals is not recognized. For example, nurturant social skills, skills involved in providing a face-to-face service to persons, are seen as „female“ because of their relationship to the nurturance of parenting, performed primarily by women, and because work involving care-taking functions has been predominantly female even in paid employment.“¹³

Interessanterweise kann man im Zeitvergleich feststellen, dass in den vergangenen vier Jahren die relative Einkommensposition von Frauen in der Berufsgruppe 32 deutlich schlechter geworden ist. 1998 lag das jährliche Bruttomedianeinkommen von Frauen bei 83,65% der Vergleichsgröße bei Männern. In den Folgejahren sank dieser Anteil rapide (1999: 83,10%. 2000 79,35% und 2001 eben auf die in der Tabelle genannten 75,49%). Es ist nicht ganz ersichtlich, worauf dies zurückzuführen ist.

3.4 Analyse der Kollektivverträge

3.4.1 Diplomiertes Krankenpflegepersonal

Wie sieht der Kollektivvertragsvergleich bei den Krankenschwestern aus? Hier können alle untersuchten Institutionen einberechnet werden:

- Für die Caritas wurde die Verwendungsgruppe V genommen: Fachkräfte im sozialen Bereich, deren Ausbildung mit einem Diplom endet und die ausbildungsspezifisch eingesetzt sind.
- Für die Sozialbetriebe wurde die Beschäftigungsgruppe K3 „Diplomiertes Krankenpflegepersonal“ genommen.
- Der Kollektivvertrag für die Privatkrankeanstalten kennt eine Verwendungsgruppe D: „Diplomierte Krankenschwester“.
- Die Dienstordnung A der Sozialversicherungsträger, die für Verwaltungsangestellte und Pflegepersonal gilt, nennt in der Gehaltsgruppe II, Dienstklasse A „Angestellte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Angestellte des medizinisch-technischen Fachdienstes sowie Anstaltshebammen“.
- Und schließlich umfasst die Verwendungsgruppe K4 des Besoldungsschemas der Gemeinde Wien Gesundheits- und Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und Hebammen.

Auch dieser Vergleich (Tabelle 7, Abbildung 2) zeigt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gehaltssystemen. Das Wiener Entlohnungsschema (das für Vertragsbedienstete etwas bessere Gehälter vorsieht als für BeamtInnen, was natürlich eine Entschädigung für das insgesamt „schlechtere“ Dienstrecht von Vertragsbediensteten darstellen soll) entspricht in etwa dem, was der Mindestlohntarif in den Sozialbetrieben vorsieht. Die Caritas sieht für Diplomiertes Krankenpflegepersonal bessere Einstiegsgehälter vor (€ 126 bzw. 9% Differenz zu dem Wiener BeamtInnenschema), diese Differenz vergrößert sich dann zunächst sogar noch etwas. Da das Schema aber auf Stufe 16 endet, während das Wiener Besoldungsschema weitere Biennalsprünge vorsieht, „überholt“ Zweiteres im letzten Drittel die Caritas-Gehälter.

Tabelle 7: Vergleich der Gehälter von Diplomiertem Krankenpflegepersonal in verschiedenen Gehaltsschemata (Stand November 2002); monatlich ohne Sonderzahlungen

Gehalts- stufe	Caritas	PKA	SV	Gem. Wien – BEA	Gem. Wien – VB	BSD	Caritas	PKA	SV	Gem. Wien – BEA	Gem. Wien – VB	BSD
							Unter Berücksichtigung von Zulagen					
1	1.541	1.274	1.602	1.415	1.455	1.430	1.796	1.483	2.065	1.700	1.740	1.706
5	1.718	1.408	1.856	1.559	1.604	1.582	1.973	1.617	2.338	1.845	1.889	1.858
10	1.952	1.594	2.175	1.774	1.824	1.805	2.207	1.803	2.680	2.059	2.109	2.081
15	2.085	1.809	2.493	2.032	2.090	2.074	2.340	2.018	2.018	2.318	2.375	2.350
20	2.099	1.939	2.684	2.327	2.393	2.379	2.354	2.148	2.148	2.630	2.696	2.354

Anmerkungen: Caritas = Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der karitativen Einrichtungen der katholischen Kirche

PKA = Kollektivvertrag mit dem Verband der Privatkrankeanstalten Österreichs

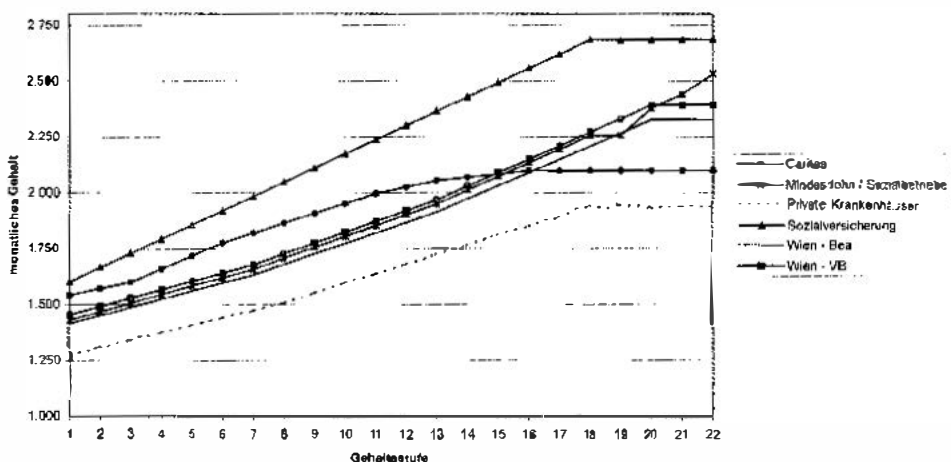
SV = Dienstordnung A der Sozialversicherungsträger Österreichs

Gem. Wien = Beamtenbesoldungsschema der Gemeinde Wien bzw. Vertragsbedienstetenrecht

BSD = Mindestlohnstarif für die Betriebe sozialer Dienste

Quelle: Kollektivvertragsdatenbank des ÖGB; Rechtsdatenbank der Gemeinde Wien; Information aus der Fachgruppenvereinigung.

Abbildung 2: Vergleich der Gehaltsschemata für diplomiertes Krankenpflegepersonal



Besonders bemerkenswert sind aber die anderen beiden Institutionen. Der Kollektivvertrag der Privatkrankenanstellen sieht deutlich niedrigere Mindestgehälter vor; das Gehaltsschema der Sozialversicherungen hingegen ist wesentlich höher (wie bereits erwähnt, ist dies sicherlich zu einem wesentlichen Teil aus dem Unterschied zwischen Mindest- und Istgehältern zu erklären). Die Einstiegsgehälter unterscheiden sich um € 328 (bzw. liegen die KV-Gehälter in den Privatkrankenanstellen um mehr als 20% niedriger als in den Sozialversicherungen). Da, wie die Abbildung deutlich zeigt, das Senioritätsprinzip im Gehaltsschema der Sozialversicherungen wesentlich stärker als bei den anderen Institutionen ausgeprägt ist (steilere Gehaltskurve), vergrößert sich bis zum oberen Ende der Schemata die Differenz sogar auf € 749 (bzw. 28%).

Diese Reihung ändert sich auch nicht, wenn man „typische“ Zulagen einbezieht, sie wird sogar eher noch verschärft. Die vergleichsweise geringsten Zulagen werden in den Privaten Krankenanstellen gezahlt (im ersten Jahr wird dort das Grundgehalt durch „typische“ Zulagen um ca. 16% aufgebessert¹⁴), gefolgt von Caritas (plus 17%), dem Mindestlohntarif (plus 19%) und der Gemeinde Wien (plus 20%). Die Sozialversicherungsträger bessern über die genannten „typischen“ Zulagen das Grundgehalt im ersten Jahr hingegen um 28% auf. Es sei allerdings hier nochmals angemerkt, dass die Zulagen teilweise nur sehr schwer vergleichbar sind und daher diese Rechnung eher als Schätzung gesehen werden sollte. Tatsache bleibt aber, dass die niedrigen Mindestgehälter, die der Kollektivvertrag für die privaten Krankenanstellen vorsieht, nicht durch ein breites Zulagensystem kompensiert werden.

3.4.2 PflegehelferInnen

Die dritte Berufsgruppe, die einem Kollektivvertragsvergleich unterzogen wurde, sind die PflegehelferInnen. Dies sind nach §82 GuKG jene Personen, die zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten pflegebedürftige Menschen betreuen. In den einzelnen Gehaltsschemata sind das folgende Gehaltsklassen:

- Im Besoldungsschema der Gemeinde Wien bzw. im Vertragsbedienstetengesetz handelt es sich um die Verwendungsgruppe K6, wo PflegehelferInnen gemeinsam mit Desinfektions-, Operations- und Prosekturgehilfen, Lernpflegerinnen, Sanitätsgehilfen und Stationsgehilfen eingestuft sind.
- In der Dienstordnung für Angestellte der Sozialversicherungsträger gibt es in der Gehaltsgruppe I eine eigene Dienstklasse C für PflegehelferInnen.
- In der Caritas werden PflegehelferInnen in der Verwendungsgruppe V „Fachkräfte im sozialen Bereich mit abgeschlossener spezifischer Ausbildung“ u. a. gemeinsam mit Alten- und BehindertenfachbetreuerInnen, FamilienhelferInnen und Lebens- und SozialberaterInnen aufgelistet.
- Ähnlich wie im Schema der Gemeinde Wien bilden in den privaten Krankenanstalten die PflegehelferInnen gemeinsam mit den diversen Sanitätshilfsdiensten die Verwendungsgruppe E.
- Und schließlich werden PflegehelferInnen im Mindestlohntarif für Betriebe sozialer Dienste in der Beschäftigungsgruppe K1 mit AltenbetreuerInnen eingeordnet.

Zunächst sei bei der Betrachtung dieser Einkommen der Vergleich mit den anderen Berufsgruppen gemacht: Beispielsweise in der jeweiligen Gehaltsstufe 10 verdienen unter dem Mindestlohntarif der Betriebe sozialer Dienste diplomierte Krankenschwestern 16 % mehr als PflegehelferInnen, die ÄrztInnen 169% mehr. Bei den BeamtInnen der Gemeinde Wien ist der Einkommensunterschied zwischen diplomiertem Krankenpflegepersonal und PflegehelferInnen +19%, zwischen ÄrztInnen und PflegehelferInnen +106%, und in der Sozialversicherung sind es +19% respektive +165%.

Nun ist es natürlich sehr schwierig, verschiedene Berufe zu bewerten. Dennoch ist es bezeichnend, dass die Unterschiede zum diplomierten Krankenpflegepersonal nicht übermäßig sind, während die ÄrztInnen sich einfach in einem anderen „Einkommensuniversum“ bewegen. Berücksichtigt man noch, dass für viele ÄrztInnen die Angestelltengehälter ja nur einen Teil ihres Einkommens darstellen, so ist zu bezweifeln, dass diese Einkommensunterschiede gerechtfertigt sind.

Tabelle 8: Vergleich der Gehälter von PflegehelferInnen in verschiedenen Gehaltsschemata; monatlich ohne Sonderzahlungen

Gehalts- stufe	Caritas	PKA	SV	Gem. Wien – BEA	Gem. Wien – VB	BSD	Caritas	PKA	SV	BSD
							Unter Berücksichtigung von Zulagen			
1	1.351	1.111	1.344	1.268	1.304	1.313	1.606	1.302	1.788	1.589
5	1.503	1.238	1.556	1.357	1.396	1.410	1.758	1.429	2.016	1.686
10	1.708	1.397	1.821	1.492	1.534	1.556	1.963	1.588	2.300	1.832
15	1.824	1.555	2.086	1.642	1.688	1.717	2.079	1.993	2.585	1.993
20	1.837	1.651	2.245	1.792	1.843	1.878	2.092	1.842	2.756	2.154

Anmerkungen: Caritas = Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der karitativen Einrichtungen der katholischen Kirche

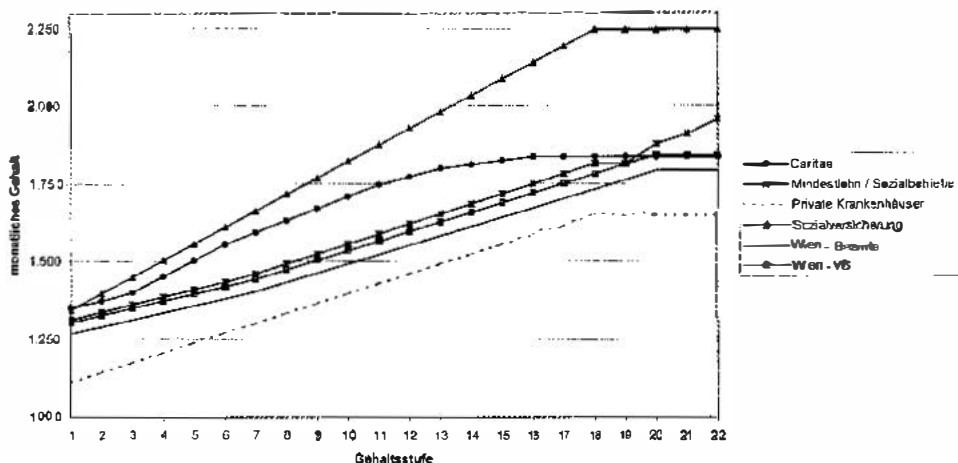
PKA = Kollektivvertrag mit dem Verband der Privatkanneanstalten Österreichs

SV = Dienstordnung A der Sozialversicherungsträger Österreichs

Gem. Wien = Beamtenbesoldungsschema der Gemeinde Wien bzw. Vertragsbedienstetenrecht

BSD = Mindestlohnstarif für die Betriebe sozialer Dienste

Quelle: Kollektivvertragsdatenbank des ÖGB; Rechtsdatenbank der Gemeinde Wien

Abbildung 3: Vergleich der Gehaltsschemata für Pflegehelferinnen

Allein durch die Ausbildung können sie auch nicht bedingt sein – Pflegehelferinnen haben eine einjährige Ausbildung, während man zur Erlangung eines Krankenpflagediploms immerhin drei Jahre Intensivstausbildung mit sehr breit gefächerten theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten (siehe §§41-43 GuKG) benötigt. Ein Medizinstudium dauert noch länger, rechtfertigt aber nicht derart hohe Differenzen. Ähnliches kann man auch über die zu tragende Verantwortung in den einzelnen Berufsgruppen sagen.

Der große Einkommensunterschied zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal kann durchaus als Bestätigung der These der nach wie vor bestehenden Vormachtstellung der (männlichen) Medizin gegenüber der (weiblichen) Pflege gesehen werden.

Wie schaut nun der berufsgruppeninterne Vergleich der unterschiedlichen Kollektivverträge aus? Im Grunde zeigt sich ein sehr ähnliches Bild wie bereits beim diplomierten Krankenpflegepersonal: Der Mindestlohnstarif und die Gehälter der Gemeinde Wien liegen nahe beieinander, das Caritas-Schema ist in der Mitte der Berufslaufbahn um bis zu € 225 höher (Differenz von 13%), aber beim Einstieg und am Ende annähernd gleich mit den beiden anderen Schemata.

Beim Einstieg sind auch die Sozialversicherungsträger nicht so weit entfernt von diesen Beträgen, allerdings kommt das starke Senioritätsprinzip (bzw. die hohen Biennalsprünge) sehr rasch zum Tragen. In der Gehaltsstufe 18 erreicht die Differenz mit € 513 gegenüber dem Besoldungsschema der Wiener Beamtinnen ihren Höhepunkt (Wien zahlt also um 13% weniger als die Sozialversicherungsträger).

Am schlechtesten schneiden wieder die privaten Krankenanstalten ab. Bei den PflegehelferInnen sind hier insbesondere die Einstiegsgehälter sehr niedrig – sind es in den anderen Institutionen rund € 1.300 monatliches Grundgehalt, so ist es in den privaten Krankenanstalten nur etwas über € 1.100. Auf Grund eines etwas stärkeren Senioritätsprinzips nähern sich diese Gehälter mit der Zeit etwas an diejenigen von Caritas, Gemeinde Wien und Sozialbetrieben an.

Auch bei den PflegehelferInnen verändert die Berücksichtigung typischer Zulagen nicht die Reihung, und auch hier zeigt sich, dass zumindest vordergründig die Zulagen in den Sozialversicherungsträgern am großzügigsten sind.

Ein weiterer Vergleich sei noch kurz angebracht: In der Caritas, in den sozialen Betrieben und bei den Vertragsbediensteten sind die auf Grund der diversen Schemata festgelegten Mindestgehälter für PflegehelferInnen durchgehend höher als die Gehälter, die die privaten Krankenanstalten an ihr diplomiertes Krankenpflegepersonal zahlen müssen.

3.5 Bundesländervergleich

Hat man im letzten Abschnitt gesehen, dass es massive Unterschiede in den Kollektivverträgen gibt, so zeigt sich ähnliches auch für den Bundesländervergleich. Mit Hilfe von Unterlagen der Gewerkschaftsfachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe wurde ein Vergleich von Gehältern und Zulagen gemacht. Untersucht wurde hier nur das diplomierte Krankenpflegepersonal und nicht auch die PflegehelferInnen. Für alle Bundesländer ohne Wien gibt es Informationen über Krankenhäuser, die vom Land bzw. von der zugehörigen Krankenanstaltengesellschaft getragen werden. Tabelle 9 zeigt das Ergebnis.

Im obersten Teil der Tabelle sind die Landeskrankenanstalten aufsteigend sortiert nach den Einstiegsgehältern – in den Landeskrankenanstalten von Niederösterreich beginnt eine diplomierte Krankenschwester mit brutto € 1.310 im Monat (ohne Zulagen), während im Landeskrankenhaus Feldkirch das Einstiegsgehalt ohne Zulagen € 1.906 im Monat beträgt, was ein prozentueller Unterschied von 45 Prozent ist. Im Laufe der Dienstjahre verringert sich dieser Unterschied etwas – nach zwanzig Dienstjahren beträgt der Unterschied „nur mehr“ 34%.

Unter den Gehältern sieht man die Zulagen und Führungszulagen in den Spitälern. Auch hier kann man keineswegs von Einheitlichkeit sprechen. Für einen Nachtdienst bekommt eine Krankenschwester zwischen € 22,23 (Niederösterreich) und € 42,89 (Villach), der Stundenzuschlag für einen Dienst an Sonn- oder Feiertag schwankt zwischen € 2,72 (Steiermark) und € 5,55 (Oberösterreich). Funktionszulagen sind überhaupt äußerst differenziert mit einer sehr hohen Schwankungsbreite. Ähnliches gilt für die Führungszulagen, wo es in zwei Bundesländern

überhaupt eigene Gehaltsschemata für Führungskräfte gibt.

Im mittleren Teil der Tabelle wurde nun geschätzt, wie sich die Gehälter verändern, wenn die Krankenschwester zusätzlich zum Grundgehalt die höchstmögliche Verwendungszulage bekommt (was für Oberösterreich nur geschätzt werden konnte) sowie fünf Nachtdienste und einen zwölfstündigen Sonntagsdienst macht. Hier kann man sehen, dass sich leichte Verschiebungen im oberen Segment ergeben – das Landeskrankenhaus Villach setzt sich an die Spitze. Jedenfalls lässt sich sagen, dass die Bundesländer-Unterschiede durch die Berücksichtigung von Zulagen nicht geringer werden, im Gegenteil: Der Unterschied zwischen Villach und Niederösterreich macht für eine Einsteigerin 56% aus. Daran ändert sich auch nichts, wenn noch Zuzahlungen auf Grund von Führungspositionen (unterster Teil der Tabelle) hinzukommen. Grob gesprochen kann man von einem West-Ost-Gefälle bei Gehältern (mit und ohne Zulagen) sprechen: Niederösterreich, das Burgenland, die Steiermark und Oberösterreich (und die Gemeinde Wien, wie wir in Abschnitt 3.4.1 gesehen haben) zahlen weniger als die westlichen Bundesländer Salzburg, Tirol, Kärnten und Vorarlberg.

3.6 Qualifikation und Arbeitszeit

Neben dem Einkommensschema sind weitere Variablen für die Einkommenssituation von ArbeitnehmerInnen verantwortlich: Zum einen die Qualifikation (dies betrifft einerseits die Ausbildung, andererseits die tatsächlichen Verantwortungsbereiche), zum anderen auch die tatsächlich geleistete Arbeitszeit.

3.6.1 Qualifikation

Finder und Blaschke haben anhand des Mikrozensus und der Volkszählung 1991 verschiedene Branchen im Dienstleistungssektor daraufhin untersucht, inwieweit Chancengleichheit verwirklicht ist, und kommen für den Gesundheits- und Pflegebereich zu folgendem Ergebnis:

„Eindeutig Frauensache ist das Gesundheits- und Fürsorgewesen (Frauenquote fast 80 Prozent), wo 14,3 Prozent der Arbeitnehmerinnen gegenüber nur 3,7 Prozent der Männer tätig sind. Der Prozentanteil hochqualifizierter oder führender Tätigkeiten ist bei Männern allerdings doppelt so hoch. Die Fraueneinkommen hier liegen leicht über dem Durchschnitt aller Wirtschaftsklassen, Männer verdienen trotzdem um 25 Prozent mehr. Männer machen etwas häufiger regelmäßige Überstunden und übernehmen auch überproportional Nachtarbeit oder Schichtdienste. Darüber hinaus erklärt sich aber auch hier die geschlechtsspezifische Diskrepanz aus der horizontalen Segregation. Beispiel: Frauen sind zu einem deutlich höheren Prozentsatz als Männer in Fürsorge und karitativen Einrichtungen tätig. Im Gesundheitswesen stellen Frauen knapp ein Drittel der ÄrztInnen und 95 Prozent der KrankenpflegerInnen. Damit sind auch die Möglichkeiten eines hierarchischen Aufstiegs für viele Frauen von vornherein limitiert.“¹⁵

Tabelle 9: Bundesländervergleich der Gehälter von diplomiertem Krankenpflegepersonal in den Landeskrankenhäusern (Stand November 2002); monatlich ohne Sonderzahlungen

	LKA NÖ	LKA Bgld	KAGes Stmk	LKA OÖ	LKA Salzburg	LKH Innsbr.	LKH Villach	LKH Feldkirch	% – Streuung
Gehalt									
Anfang	1.310,10	1.389,60	1.442,10	1.586,69	1.787,74	1.797,85	1.860,00	1.906,64	45,53%
10 DJ	1.491,10	1.541,80	1.585,60	1.877,90	1.976,84	1.982,55	2.025,00	2.143,12	43,73%
20 DJ	1.732,70	1.701,30	1.847,90	2.085,60	2.301,44	2.155,95	2.250,00	2.322,78	34,06%
Zulagen									
Nachtdienst	22,23	35,4	34,11	34,3	28,87	29,62	42,89	29,94	
Sonn- u Feiertag	2,78 / Std	2,8 / Std	2,72 / Std	5,55 / Std	2,77 / Std	2,78 / Std	2,8 / Std	3,64 / Std	
Funktion	37,3-124,3	39,8 – 147	88,9-182,7	eig. Schema	217,5-391,3	55,52-185,1	154,1-310,5	90,2-128,6	
Führung									
Stations- schwester	464,48 eig.Schema		167,4 eig. Schema		321,8	166,59	219,68	408,78	
Ober- schwester	514,85 eig. Schema		215,4 in Verhandlg		369,8	425,37	395,09	480,88	

mit Zulagen									% – Streuung
	LKA NÖ	LKA Bgld	KAGes Stmk	LKA OÖ	LKH Innsbr.	LKH Feldkirch	LKA Salzburg	LKH Villach	
Gehalt									
Anfang	1.578,86	1.747,20	1.827,99	1.974,79	2.154,30	2.119,79	2.428,84	2.465,19	56,14%
10 DJ	1.759,86	1.899,40	1.971,49	2.266,00	2.343,40	2.304,49	2.593,84	2.701,67	53,52%
20 DJ	2.001,46	2.058,90	2.233,79	2.473,70	2.668,00	2.477,89	2.818,84	2.881,33	43,96%
mit Zulagen und Führungsposition									% – Streuung
	LKA Bgld	KAGes Stmk	LKA NÖ	LKA OÖ	LKH Innsbr.	LKH Feldkirch	LKA Salzburg	LKH Villach	
Gehalt									
Anfang	1.828,86	1.962,60	2.342,51	2.224,79	2.579,67	2.600,67	2.798,64	2.860,28	56,40%
10 DJ	2.009,86	2.114,80	2.486,01	2.516,00	2.768,77	2.785,37	2.963,64	3.096,76	54,08%
20 DJ	2.251,46	2.274,30	2.748,31	2.723,70	3.093,37	2.958,77	3.188,64	3.276,42	45,52%

Quelle: Informationen der Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe; eigene Berechnungen und Schätzungen

Es wäre interessant herauszufinden, ob sich diese schlechten Aufstiegsmöglichkeiten in den vergangenen zehn Jahren verbessert haben. Dazu liegen aber derzeit (noch) keine Statistiken vor.

3.6.2 Atypische Arbeitszeitmodelle

Die geleisteten Arbeitszeiten können anhand einer Untersuchung von Wiedenhofer-Galik (2002) betrachtet werden, die zu interessanten Ergebnissen kommt (siehe auch Tabelle 10):

- Überraschenderweise leisten ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen nicht mehr Überstunden als andere Beschäftigte: 22% der Frauen leisten zumindest eine Überstunde pro Woche, 5,6% mehr als fünf Überstunden (bei den Männern sind es 24,3% bzw. 11,3%).
- Vorherrschend im Gesundheitswesen ist hingegen (bekanntlich) der Schicht-, Turnus- bzw. Wechseldienst (STW). Während über alle Berufe hinweg Frauen zu 13,4% in STW arbeiten, sind es im Gesundheitswesen 35,9%. Bei den Männern sind es 37,1% (gegen 17,2% im allgemeinen Durchschnitt).
- Diese Arbeitszeitverteilung lässt sich auch nach Qualifikationen untergliedern: Den höchsten Anteil an STW leisten die Krankenschwestern und Hebammen (bei den Männern ist die Grundgesamtheit so gering, dass der hohe Prozentsatz nur wenig aussagekräftig ist), gefolgt von den ÄrztInnen und den anderen Pflegeberufen.

Tabelle 10: Leistung von Schicht-, Turnus und Wechseldienst laut Mikrozensus 2001

	Männer	Frauen
Beschäftigte insgesamt	17,2%	13,4%
Gesundheitswesen	37,1%	35,9%
ÄrztInnen und Apotheker	48,8%	42,5%
Krankenschwestern/Hebammen	66,0%	51,0%
Pflege- und verwandte Berufe	41,5%	33,4%

Quelle: Statistische Nachrichten 9/2002.

Der höhere Anteil von Männern im STW-Dienst ist sicherlich dadurch erklärbar, dass die Doppelbelastung durch Beruf und Familie nach wie vor eine hauptsächliche Belastung der Frauen ist, die dadurch in ihren Flexibilitätsmöglichkeiten eingeschränkt sind.

3.6.3 Teilzeitbereinigte Einkommen

Im Einkommensbericht 2002 wurde erstmals versucht, zwischen Teilzeit und Vollzeit zu unterscheiden. Während auf hoch aggregiertem

Niveau aussagekräftige Berechnungen möglich sind, ist dies für eine genauere Unterteilung nur mehr bedingt möglich. Daher können keine Teilzeitquoten berechnet werden. Was es allerdings gibt, sind teilzeitbereinigte Medianeinkommen für eine genauere Berufsgruppenunterteilung (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Vollzeiteinkommen in der Berufsgruppe 32; 2001 (Bruttojahreseinkommen)

	Frauen		Männer		Anteil Frauen / Männer	
	Anzahl	Median	Anzahl	Median	Anzahl	Median
322	16.054	27.560	6.124	29.880	262,15%	92,24%
323	66.974	25.600	6.040	31.110	1.108,84%	82,29%

322: Medizinische Fachberufe ohne Krankenpflege

323: Nichtwissenschaftliches Krankenpflege- und Geburtshilfepersonal

Quelle: Information der VerfasserInnen des Einkommensberichts des Rechnungshofes 2002.

Im Gegensatz zur Tabelle 6 wird hier unterschieden zwischen Medizinischen Fachberufen ohne Krankenpflege (322) und Nichtwissenschaftlichem Krankenpflege- und Geburtshilfepersonal (323). Beides sind Berufsgruppen mit einem deutlich höheren Frauenanteil (beim Krankenpflegepersonal gibt es mehr als zehn mal so viel Frauen wie Männer). Nach oben aufgestellter Theorie sollte es daher keine zu großen Unterschiede zwischen Männer- und Fraueneinkommen geben – dies bestätigt sich im Vergleich mit den Einkommensunterschieden aller Beschäftigten: Der Median Vollzeit arbeitender Frauen über alle Branchen und Berufsgruppen gesehen macht 77% des Medianeinkommens der Männer aus. Die Unterschiede in der hier betrachteten Berufsgruppe sind deutlich geringer. Im Vergleich zu Tabelle 6 zeigt sich allerdings auch, dass die Teilzeitbereinigung zwar einen Teil der Einkommenslücke erklärt, wenn auch bei weitem nicht den ganzen.

Leider sind für die Vorjahre die entsprechenden Daten nicht vorhanden bzw. nicht veröffentlicht, so dass nicht eruiert werden kann, ob die in Abschnitt 3.3 berechnete größer werdende Einkommenslücke auch für die teilzeitbereinigten Einkommen gilt, oder ob gerade die Zunahme von Teilzeitarbeit bedingt, dass auch beim Diplomierten Krankenpflegepersonal Frauen zunehmend weniger verdienen als Männer.

4. „Unprofessionelle“ extramurale Pflegearbeit

Abschließend soll auf den Bereich der „unprofessionellen“ Pflege noch kurz eingegangen werden. Da eine genauere Untersuchung speziell dieses Bereichs in einer der nächsten Nummern folgen soll, ist dieser Abschnitt nur kurz gehalten.

4.1 Geschlechtsaspekte in der sozialen Arbeit

„Analysen zu familiären Hilfebeziehungen älterer Menschen beschränken sich oft auf die quantitative Dimension der demografischen Veränderungen, auf das Anwachsen der Zahl Hochbetagter etc. Die sich außerdem vollziehende soziale Differenzierung der Lebensbedingungen der Kindergeneration kommt dabei zu kurz. Demografischer und familialer Wandel schafft auch auf der Seite der Kindergeneration neue Opportunitätsstrukturen, die vor allem Frauen mit spürbar veränderten Handlungsbedingungen ausstatten.“¹⁶

Die Pflege kranker und älterer Menschen wird jedenfalls in hohem Ausmaß von Frauen erbracht. Einerseits geschieht dies innerfamiliär, andererseits bedeutet die erhöhte Erwerbsbeteiligung von Frauen auch, dass ein Teil der Pflegeleistung an bezahlte Helferinnen „ausgelagert“ wird. Hier entsteht ein Abwägen des Nutzens verschiedener Rollen von Frauen, der stark (aber nicht nur) ökonomisch bestimmt ist:

„[D]ie Erwerbstätigkeit der Frau [war] immer eine Option, d. h. eine Möglichkeit neben der familiären Rolle. Sie steht damit zur Disposition im Rahmen der Erwägungen einer eventuell „günstigeren“ pflegerischen Rolle der Ehefrau. Was als günstiger gefasst wird, bestimmen u. a. materielle Erwägungen, die Erwartung sozialer Anerkennung, die Wertschätzung der Erwerbstätigkeit der Ehefrau etc. Die Erwerbstätigkeit hat sich damit nicht gegenüber familiärer Aktivität verselbstständigt, auch nicht bei Hilfe und Pflege, die im Rahmen familiärer Aufgaben (egal ob sie durch Normen, Nutzenmaximierung oder sozialen Austausch zustande kommt) für die ältere Generation geleistet wird.“¹⁷

Frauen als „pragmatische Moralistinnen“ treffen somit bewusster Entscheidungen in Bezug auf die Pflege Angehöriger. Dies bedeutet aber auch, dass gerade die bezahlte Heimpflege sicherlich noch wesentlich zunehmen wird, da sie ein sehr geeignetes Hilfsmittel ist, innerfamiliäre Pflege mit anderen zeitlichen Bedürfnissen zu koppeln.

4.2 Einkommenssituation

Die Einkommen im extramuralen/ambulanten Bereich sind kaum erfassbar. Zwar gibt es Informationen, welche Kollektivverträge existieren, wie hoch der durchschnittliche Stundenlohn im extramuralen Bereich ist (derzeit bei ca. € 6,45 für eine Heimhilfe), aber es gibt keine österreichweite Erfassung der Einkommenssituation in diesem Bereich.

Es läuft derzeit auf der Wirtschaftsuniversität im Institut für Sozialpolitik ein Projekt zur Beschäftigung im gemeinnützigen Bereich mit besonderer Berücksichtigung der sozialen Dienstleistungen, ebenso wie ein ähnliches Projekt gerade von der Arbeiterkammer in Auftrag gegeben wird. Auch das ÖBIG hat im vergangenen Herbst eine Studie herausgebracht über Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind:

- Im Bereich Pflege und Betreuung dürften im ambulanten Bereich zwischen 15.000 und 20.000 Personen beschäftigt sein. Da es einen sehr hohen Teilzeitanteil gibt, liegt das Vollzeitäquivalent bei rund 6.000 Personen.
- Ca. 18 Prozent der Personen sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, ca. 14 Prozent gehören der Berufsgruppe Pflegehelfer/Altenhelfer/Alten(fach)betreuerIn an und ca. 50 Prozent sind Angehörige der Berufsgruppe Heimhilfe/Haushilfe/NächstenhelferIn.
- Diese Struktur unterscheidet sich ebenso wie der Anteil von Teilzeitarbeitskräften deutlich von Bundesland zu Bundesland (Wien unterscheidet sich beispielsweise massiv von bundesweiten Verhältnissen dadurch, dass fast 40 Prozent der Beschäftigten vollzeitbeschäftigt sind).
- Höher qualifiziertes Personal übt eher eine Vollzeit- als eine Teilzeitbeschäftigung aus.

In all diesen Studien ebenso wie in den Sekundärstatistiken findet man aber zur Einkommenssituation nicht einmal Anhaltspunkte, von denen aus geschätzt werden könnte.

Hier kommt man sehr rasch zur Analogie von sichtbarer und unsichtbarer Arbeit. Es gibt noch immer eine starke Tendenz, die Pflege in den privaten Bereich der Familien zu delegieren (dies wird durch scheinbar innovative Modelle wie eine Familienhospizkarenz sogar noch verstärkt). Daher ist es aber auch ein (unbewusstes) Anliegen, diese Arbeit nicht wirklich sichtbar zu machen.

4.3 Steigender Bedarf vor auszusehen

Wie allgemein bekannt, wird der Bedarf speziell im extramuralen Pflegebereich in den kommenden Jahren steigen. Der „Health System Watch“ des IHS beschäftigte sich in seiner Herbstausgabe 2002 mit dem Zusammenhang von Altersstruktur und Gesundheitsausgaben.

Die Ergebnisse sind teilweise bekannt, zumindestens nicht überraschend, zeigen aber wieder einmal den dringenden Handlungsbedarf auch bzw. vor allem im Pflegebereich auf:¹⁸

- Mehr als die Hälfte des Bundespflegegeldes geht an die Altersgruppe über 80.
- Noch dominieren im Gesundheitswesen die Akutausgaben, die Ausgaben für die Langzeitversorgung holen aber in der Wachstumsdynamik rasch auf, so dass die Autorinnen zu dem Schluss kommen, dass der durch die zukünftige Altersstruktur bedingte Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben rund ein Drittel beträgt.

Die Altersgruppe 80+ ist die derzeit am stärksten wachsende: 2006 wird diese Gruppe um 29% größer sein als 2000 bzw. um 16% größer als 2002.

Der steigende Bedarf wird allerdings nicht nur durch die Demografie bedingt. Auch die Belegpolitik der Spitäler hat ihre Auswirkungen: Seit dem Krankenanstaltengesetz 1997 ist die durchschnittliche Verweildauer in den Spitälern klar zurückgegangen: 1996 betrug die durchschnittliche Verweildauer noch 9,3 Tage, 2000 war sie bereits auf 7,6 gesunken. Diese Zahl kann aus Sicht der Spitäler zwar sicherlich als (kurzfristiger) Erfolg gewertet werden und führt zu Kosteneinsparungen. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht entsteht hierdurch aber im extramuralen Bereich ein großes Problem. Es gibt zu wenig Pflegepersonen, die PatientInnen werden nur ungenügend vor der Entlassung über extramurale Pflegemöglichkeiten beraten, die betroffenen ArbeitnehmerInnen konstatieren Chaos und Pflegenotstand.

4.4 Fehlende kollektivvertragliche Absicherung

Anders als die anderen bisher genannten Berufsgruppen haben die Betreuungsberufe sehr wenig arbeits- und kollektivvertragsrechtliche Absicherung. Der Mindestlohntarif existiert erst für PflegehelferInnen, Kollektivverträge gibt es nur für einige größere Vereine. Insgesamt besteht die Gefahr der Entstehung einer Halbschattenwirtschaft mit ungünstigen Arbeitsbedingungen und unangemessen niedrigen Entgelten.

Die Gewerkschaften versuchen, diese Defizite zu beheben. Bundes einheitliche Ausbildungsvorschriften, Berufsbildbeschreibungen sowie durchlässige Einkommensschemata sollten dringend eingeführt werden. Auch die Qualitätssicherung muss ausgebaut werden.

Seit 1995 ist ein Kollektivvertrag zwischen der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS – es handelt sich hierbei um einen freiwilligen Arbeitgeberverband¹⁹⁾) einerseits und der Gewerkschaft der Privatangestellten, der Gewerkschaft Hotel, Gastgewerbe, Persönlicher Dienst und der Gewerkschaft Handel, Transport und Verkehr andererseits in Verhandlung. Er soll die ArbeitnehmerInnen in der Betreuungsarbeit im extramuralen Bereich (also auch beispielsweise inklusive Kinderbetreuung) umfassen und sieht von Küchenhilfen und RaumpflegerInnen angefangen über Bürokräfte, HeimhelferInnen, PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen bis hin zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal alle nur denkbaren Verwendungsgruppen vor.

Insgesamt ist der Vertrag schon so weit gediehen, dass er durchaus in diesem Frühjahr zum Abschluss kommen könnte. Ob es tatsächlich zu einem Abschluss kommen wird, hängt wesentlich von den Finanzlandes-

referenten der Bundesländer ab (Oberösterreich beispielsweise hat seine Zustimmung bereits verweigert). Ohne eine Finanzierungszusage der Länder können die Sozialvereine sich den Kollektivvertrag aber nicht leisten. Damit drohen die größeren Vereine (wie Volkshilfe, Rotes Kreuz usw.) abzuspringen und einen eigenen Kollektivvertrag auszuhandeln. Wenn aber nicht die Mehrheit der ArbeitnehmerInnen in diesem Bereich zum Zeitpunkt des Abschlusses von einem Kollektivvertrag erfasst ist, kann dieser nicht gesetzt werden und damit nicht als Rahmenvertrag für alle anderen dienen.

Dieser Exkurs kann als Beleg dafür dienen, dass das Problembewusstsein durchaus gegeben ist und auch Anstrengungen unternommen werden, einen bundeseinheitlichen Kollektivvertrag auszuhandeln. Gleichzeitig existieren zu viele strukturelle und institutionelle Hindernisse, um sicherzustellen, dass diese Bemühungen auch von Erfolg gekrönt sein werden.

5. Die Problematik von Leiharbeitsfirmen

Ein zunehmend gravierender werdendes Problem im Bereich der unselbstständig Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen soll hier nicht unerwähnt bleiben, da es unter anderem ebenfalls massive Auswirkungen auf die Einkommenssituation der Betroffenen hat: Es macht sich immer stärker die Praxis breit, Pflegepersonal über Leiharbeitsfirmen (so genannte Pflegepools) zu vermitteln.

So ist in vielen privaten Krankenanstalten das Stammpersonal nur mehr sehr klein gehalten, der Rest wird über Poolfirmen geliehen. Diese Firmen haben sehr oft kein Gehaltsschema und zahlen brutto für netto – es läge also an den vermittelten Personen, von diesen Beträgen sich selbst zu versichern und die fälligen Abgaben zu zahlen. Es ist anzunehmen, dass dies in vielen Fällen nicht geschieht. Häufig wird das Arbeitszeitgesetz verletzt. Gängige Praxis ist nämlich, eine fixe Anstellung beispielsweise bei der Gemeinde Wien zu haben (wo man ja auch ausgebildet wurde und alle Annehmlichkeiten einer fixen Anstellung hat) und „nebenbei“ für eine Leiharbeitsfirma zu arbeiten.

Es gibt nur wenige Firmen in diesem Bereich (in Wien etwa die Firma Eurojob), die hier legal vorgehen: Sie handeln dabei nach dem Arbeitskräfteüberlassungsgesetz, womit es sich um gemeldete Tätigkeiten handelt, für die auch alle Abgaben entrichtet werden. Hinzu kommt die Verpflichtung der Vermittlerfirma zu überprüfen, ob die betreffenden ArbeitnehmerInnen die notwendigen Ausbildungen für die Tätigkeiten haben, für die sie eingesetzt werden.

Die Gewerkschaft schätzt, dass allein im Raum Wien rund 36.000 Arbeitsstunden im Monat durch atypisch beschäftigte Diplomkranken-

schwwestern und PflegehelferInnen abgedeckt werden (von den PensionistInnenwohnhäusern, den Belegspitälern, diversen Pflegeheimen und privaten Kunden).

Österreichweit geht die Gewerkschaft von einem West-Ost-Gefälle aus: Wien ist am stärksten betroffen, gefolgt von Niederösterreich und Burgenland. Aus Kärnten, Tirol und Vorarlberg sind keine derartigen Fälle bekannt. Hier stellt sich natürlich die Frage, ob es da einen Zusammenhang zu oben gemachtem Bundesländervergleich gibt – wenn vom Land aus genügend hohe Löhne gezahlt werden, ist die Notwendigkeit der Nebenbeschäftigung geringer. Allerdings handelt es sich hier wiederum um ein Henne-Ei-Problem: Praktiken dieser Art schaden ja nicht nur den PatientInnen (da sie sich nicht auf die rechtmäßige Kompetenz der Pflegeperson verlassen können) und den betroffenen ArbeitnehmerInnen (da sie sich im illegalen Raum bewegen,²⁰ sozial nicht ausreichend abgesichert sind und schlicht und einfach Selbstausbeutung betreiben). Hauptgeschädigter ist nämlich der ursprüngliche Dienstgeber. Am Beispiel der Gemeinde Wien heißt das: Die Gemeinde Wien trägt die Kosten der Ausbildung, sie muss mit den Kosten von höheren Krankenständen und Überlastungssymptomen bei den betroffenen ArbeitnehmerInnen fertig werden und steht gleichzeitig in einem unfairen Wettbewerb mit jenen Rechtsträgern, die sich über derartige Leiharbeitsfirmen versorgen.

6. Zusammenfassung

6.1 Wichtigste Ergebnisse

Abschließend seien die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst (wobei die Analyse der Kollektivverträge gesondert im nächsten Unterabschnitt erfolgt).

ÄrztInnen haben im Gegensatz zu den anderen hier betrachteten Berufsgruppen am unmittelbarsten mit männlicher Konkurrenz zu kämpfen:

- Der Vergleich der Zahlen von StudienanfängerInnen, AbsolventInnen und berufsausübenden Ärzten legt den Schluss nahe, dass Ärztinnen weitaus stärker als ihre männlichen Kollegen während der Berufsausbildung demotiviert werden.
- Ebenso gibt es eine Segmentierung der Fachrichtungen: Frauen sind in prestigeträchtigen Fachrichtungen deutlich seltener zu finden.
- Erfreulich ist, dass die Frauen allmählich im Aufholen sind – liegt der Prozentsatz der Frauen bei allen berufsausübenden Ärzten bei rund einem Drittel, so sind es in der Altersgruppe bis 40 Jahre 44%, betrachtet man überhaupt nur die unter 35-Jährigen, dann steigt der Prozentsatz auf 49%.

- Besonders deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei den Einkommen: Frauen verdienen sowohl im Allgemeinen als auch im Facharztbereich jeweils unter 45% der Einkommen ihrer männlichen Kollegen.
- Die Ursache dieser Unterschiede dürfte weniger in der Vereinbarkeitsproblematik liegen (da viele Ärztinnen gar keine Kinder haben), sondern scheint viel mehr in strukturellen Problemen wie Stereotypisierung und subtiler Diskriminierung liegen.

Für Krankenschwestern besteht das größte Problem darin, mit althergebrachten Rollenzuschreibungen ihres Berufs fertigzuwerden:

- Krankenpflege ist traditionellerweise ein weiblicher, vor allem aus dem Bürgertum rekrutierter Beruf, der daher auch stark typisiert ist. Auch wenn sie nicht mehr nur als die Helferinnen der „Götter in Weiß“ gesehen werden, ist nach wie vor die kompetenzrechtliche Abgrenzung gegen die Ärzteschaft ein wesentliches Anliegen.
- Jede zehnte erwerbstätige Frau arbeitet im Gesundheitswesen. Gemessen an Fraueneinkommen insgesamt bietet dieses Berufsfeld auch überdurchschnittliche Einkommenschancen. Die Geschlechtsdiskriminierung wird aber daran deutlich, dass die Durchschnittseinkommen im Gesundheitsbereich niedriger sind als die allgemeinen Durchschnittseinkommen – die wenigen Männer müssen sich in diesem Bereich an die Fraueneinkommen „nach unten“ anpassen.
- Eine Einkommensverbesserung ist auf Grund der mangelnden Durchlässigkeit des Berufes nur zu einem geringen Maß durch Höherqualifizierung möglich. Es kommt daher hier wie in kaum einem anderen Beruf zu Selbstausbeutung in Form von Mehrarbeit (dies zeigt sich auch durch den hohen Anteil an Schicht-, Wechsel- und Turnusdienst) bzw. auch illegalen Praktiken durch zunehmende Vermittlung über Leiharbeitsfirmen (Pflegepools).

Im extramuralen Bereich überlagert die „unsichtbare“ Arbeit die sichtbare:

- Es handelt sich hier um einen Graubereich zwischen zugekaufter und privat erbrachter Tätigkeit.
- Dieses Halbschattendasein manifestiert sich auch darin, dass es kaum Dokumentationen über diesen Bereich gibt. Selbst die Beschäftigtenzahlen können nur sehr ungefähr eruiert werden (insbesondere, wenn man arbeitszeitbereinigte Daten haben will). Einkommensdaten gibt es gar keine.
- Auch die arbeits- und kollektivvertragrechtliche Absicherung ist nur sehr bedingt gegeben.
- Gleichzeitig konstatieren alle ExpertInnen im extramuralen Pflegebereich einen stark steigenden Bedarf, bedingt durch die Demografie, aber auch durch eine Senkung der Verweildauer in den Spitälern und

durch eine neue Vereinbarkeitsproblematik. Da die private Kranken- und Altenpflegetätigkeit bislang vorrangig von Frauen erbracht wurde, erzeugt eine steigende Frauenerwerbstätigkeit analog zur Kinderbetreuung auch eine höhere Nachfrage an über den Markt erbrachten Betreuungsleistungen.

6.1.1 Analyse der Kollektivverträge

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, gibt es einige Vorbehalte bei einem Vergleich wie dem hier vorgenommenen. Bei den Kollektivverträgen (und Mindestlohntarifen) handelt es sich um Mindestgehälter, während Besoldungs- und Dienstordnungen im allgemeinen die Ist-Gehälter abbilden. Es sollte daher nicht verwundern, wenn diese Ist-Gehälter höher liegen.

Dennoch dürfte dieser Vorbehalt nur einen Teil der Differenzen erklären. Dies sieht man beispielsweise daran, dass der Kollektivvertrag der Caritas in etwa dem Besoldungsschema der Gemeinde Wien entspricht, während der KV der Privatkrankenanstalten weit darunter liegt. Auch der hohe Unterschied zwischen den von der Gemeinde Wien ausbezahlten Gehältern und jenen der Sozialversicherung lässt sich so nicht erklären.

Insgesamt kann man folgende Punkte zusammenfassen:

- ArbeitnehmerInnen in Gesundheitsberufen fallen unter die unterschiedlichsten Tarifordnungen. Diese organisatorische Uneinheitlichkeit spiegelt sich auch in den ausbezahlten Entgelten wider.
- Durchgehend kann man sagen, dass die privaten Krankenanstalten die am weitest niedrigsten (Mindest-)Gehälter zahlen, während die österreichischen Sozialversicherungsträger unangefochten die höchsten Gehälter in allen betrachteten Berufsgruppen zahlen. Caritas, Gemeinde Wien und die Betriebe sozialer Dienste haben hingegen weitgehend ähnliche Gehaltsschemata.
- Diese Analyse lässt sich auch nicht durch eine Berücksichtigung allfälliger Zulagensysteme widerlegen.
- Die Einkommensunterschiede zwischen den Pflegeberufsgruppen (diplomierte Krankenpflegepersonal und PflegehelferInnen) sind relativ gering, während die Unterschiede zu den angestellten ÄrztInnen beträchtlich sind und sich nicht ohne weiteres durch längere Ausbildung oder höhere Verantwortung erklären lassen.
- Ein Vergleich der kollektivvertraglichen Gehaltsschemata kann nicht berücksichtigen, welche sonstigen Annehmlichkeiten und Zusatzleistungen in der jeweiligen Institution existieren. Insbesondere gilt das auch für eigene Pensionssysteme, Möglichkeiten von Karenz- und Freijahren etc. Hinzu kommt, dass einige Institutionen stärker als andere Ausbildungskosten zu tragen haben (dies gilt beispielsweise für die Gemeinde Wien).

- Ähnlich uneinheitlich wie der Kollektivvertragsvergleich ist ein Vergleich der Einkommen der Beschäftigten in den Krankenhäusern der diversen Bundesländer. Es gibt ein West-Ost-Gefälle, wobei die Bundesländer im Westen mehr als 40% mehr als die im Osten zahlen (unter Berücksichtigung von Zulagen und Führungsgehältern wird der Abstand sogar größer).

6.2 Politische Implikationen

Welche politische Forderungen lassen sich aus der Analyse ableiten? Es muss dabei klar sein, dass der folgende Forderungskatalog in keiner Weise alle Forderungen, die sich für ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen aufstellen lassen, beinhaltet. Lediglich jene Forderungen, die zu einer Verbesserung der Einkommenssituation führen können, sind hier genannt.

6.2.1 Durchlässigkeit

Ein wesentlicher Beitrag, der zu einer Einkommensverbesserung und auch zu einem Aufholen gegenüber Männereinkommen geleistet werden könnte, ist die oft geforderte Durchlässigkeit der Berufsbilder. Solange die Beschäftigten in klar voneinander abgegrenzten Berufsgruppen mit unterschiedlichen Ausbildungen arbeiten, kann es zu keinen Angleichungen kommen. So wird daher seit langem von den Gewerkschaften gefordert, dass das gehobene Krankenpflegepersonal leichterem Zugang zu universitären Ausbildungen erlangt und die niedrig qualifizierteren Bereiche (sei es die Pflegehilfe oder gar die extramurale Betreuungsarbeit) über modulare Ausbildung die Möglichkeit zu einer Höherqualifizierung erhalten.

Als „Frauenberuf“ hat die Gesunden- und Krankenpflege aber auch mit den ganz alltäglichen Geschlechtsbarrieren zu kämpfen: Finder und Blaschke (1999) kommen in ihrer Studie zu Frauenbeschäftigung im Dienstleistungssektor zu folgendem Schluss, der sicherlich heute genauso gilt wie 1991:

„Der Weg qualifizierter Frauen im Gesundheits- und Pflegebereich in höhere bis führende Tätigkeiten wird derzeit vor allem durch zwei Faktoren gebremst: Erstens durch das in den meisten Dienstleistungsbranchen zu beobachtende Faktum, dass sie hier – anders, als im mittleren Tätigkeitsbereich – verstärkt auf männliche Konkurrenz stoßen und zweitens dadurch, dass hohe Flexibilität hinsichtlich Arbeitszeitlegen wie -längen vorausgesetzt werden, die speziell Frauen mit Vollzeitjobs und familiären Verpflichtungen überproportional belasten.“

Diese Analyse impliziert natürlich die generellen frauenpolitischen Forderungen nach besseren Vereinbarkeitsoptionen von Beruf und Familie und dem Abbau von Stereotypisierungen.

6.2.2 Vereinheitlichte Kollektivverträge

Die Analyse der Kollektivverträge und Gehaltsschemata hat deutlich gezeigt, dass auch innerhalb eines Berufs in keiner Weise die Rede von „gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit“ sein kann. Daraus lässt sich einerseits die Forderung nach bundeseinheitlichen Kollektivverträgen ableiten (so dass die einzelne ArbeitnehmerIn nicht mehr von dem Zufall abhängig ist, wer ihr Arbeitgeber ist und in welchem Bundesland sie arbeitet).

Andererseits ist es eine alte Gewerkschaftsforderung, dass auch die extramuralen Betreuungsberufe in die Kollektivverträge mit einbezogen werden. Dafür bedürfte es hier aber auch einer rechtlichen Vereinheitlichung bzw. grundsätzlichen Klärung des Berufsbildes. Die Verhandlungen mit der BAGS seit 1995 zeigen deutlich, wie schwierig es ist, einen alle zufriedenstellenden Kollektivvertrag in diesem Bereich auszuhandeln und wie sehr es sich im Endeffekt an scheinbaren „Details“ speißt.

Weiters müsste es auch einen Ausgleich für die Ausbildungskosten geben – es muss zu Verzerrungen führen, wenn eine Institution gute Ausbildung zur Verfügung stellt, wovon alle anderen profitieren, ohne dafür kompensiert zu werden.

6.2.3 Stopp dem Lohndumping

Dringend Einhalt zu gebieten ist der Praxis von Pflegepools, die die Kollektivverträge unterlaufen, das Arbeitszeitgesetz verletzen, zur Selbstausbeutung der betroffenen ArbeitnehmerInnen und in der Folge zu verminderter Qualität für die PatientInnen führen.

Genauso wie im Bauwesen lückenlose Überprüfungen zur Eindämmung der Schwarzarbeit gefordert werden, müssten auch im Pflegebereich die Kontrollen verstärkt werden. Dies würde auch für viele ArbeitnehmerInnen in diesem Bereich den Anreiz vermindern, ihr Gehalt über Poolfirmenvermittlung aufbessern zu wollen. In der Folge hätten die primären, legalen Dienstgeber geringere Kosten auf Grund von Ausfällen und Überlastung.

6.2.4 Langzeitbetreuung

Insgesamt ist die Politik dringend gefordert, Rezepte für die Langzeitbetreuung zu entwickeln. Nur den steigenden Bedarf festzustellen ist zu wenig. Ebenso wenig können Rückverlagerungen in den privaten Bereich wie die Familienhospizkarenz als ausreichende Maßnahme gesehen werden.

Offene Fragen sind hier:

- Welche Qualifikationen sind notwendig?

- Welche Schnittstellen bestehen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich?
- Wie soll die Pflege finanziert werden?
- Wie kann man erreichen, dass die zu betreuenden Personen die bestmögliche Pflege und Betreuung erhalten, gleichzeitig aber nicht mit zu viel verschiedenen Pflegepersonen konfrontiert werden (einem alten Menschen kann man nicht zumuten, dass an einem Tag Heimhilfen, Physiotherapeutinnen, Krankenschwestern, ÄrztInnen etc. vorbeikommen)?
- Wie können die Pflegepersonen bestmöglich arbeits- und sozialrechtlich abgesichert werden – wie kann Schattenwirtschaft vermieden werden?

Der Katalog ließe sich noch fortsetzen. Er soll nur als Illustration dafür dienen, dass es hier um ein Sozialpolitikfeld handelt, dass durch die traditionellen Institutionen nur sehr unzureichend abgedeckt ist.

Anmerkungen

- ¹ Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zum Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (17. April 2002).
- ² Es gibt lediglich Darstellungen, wieviele Krankenschwestern in den österreichischen Krankenhäusern arbeiten. Unbekannt ist, wieviele im ambulanten Bereich tätig sind.
- ³ Die hier genannten Zahlen beinhalten alle ArbeitnehmerInnen in diesem Bereich, nicht nur die Gesundheitsberufe.
- ⁴ Rechnungshof (2000) 124ff.
- ⁵ Rasky (1999) 34.
- ⁶ Derartig hohe Unterschiede lassen sich nicht allein durch die Ungenauigkeiten, die sich aus den Stichprobenschätzungen des Einkommensberichts ergeben, erklären. Wodurch der Rückgang aber genau bedingt ist, konnte nicht geklärt werden.
- ⁷ Rieder (1999) 38.
- ⁸ Bischoff (1992) 98.
- ⁹ Rieder (1999) 200.
- ¹⁰ Bischoff (1992) 160.
- ¹¹ Eine klare und ausführliche Darstellung der Kompetenzen und der berufsrechtlichen Abgrenzung siehe vor allem Lutz (2000).
- ¹² Allerdings verdienen auch Männer im Gesundheitswesen überdurchschnittlich – daher handelt es sich für Frauen nur um einen Einkommensvorteil gegenüber anderer Frauen, die Einkommensunterschiede gegenüber den Männern sind, wie gezeigt, teilweise sogar höher als in der Gesamtpopulation.
- ¹³ England et al. (1994) 67.
- ¹⁴ Da die Zulagen ja (meist) unabhängig von der Gehaltsstufe bezahlt werden, verringern sich für alle Schemata diese Prozentsätze über die Jahre.
- ¹⁵ Finder, Blaschke (1999) 172.
- ¹⁶ Dallinger (1997) 23.
- ¹⁷ Ebendort 333.
- ¹⁸ Hofmarcher, Riedel (2002).

- ¹⁹ Ein freiwilliger Zusammenschluss der Arbeitgeber hat für diese den Vorteil, dass solange sie in diesem kollektivvertragsfähigen Zusammenschluss sind, sie an keinen anderen Kollektivvertrag und auch nicht an den Mindestlohn tarif gebunden sind.
- ²⁰ Die betroffenen Frauen stehen vor der Entscheidung, die Tätigkeit nicht anzumelden, daher illegal zu sein, oder von den ausbezahlten 10 Euro in der Stunde Fortbildungen, Strafzahlungen, Steuern und Sozialbeiträge zu zahlen. Es ist nicht verwunderlich, dass hiervon natürlich auch in hohem Ausmaß MigrantInnen betroffen sind, die häufig gar nicht über die Rechtslage ausreichend Bescheid wissen.

Literatur

- Bischoff, Claudia, Frauen in der Krankenpflege – Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert (Frankfurt 1992).
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Das Gesundheitswesen in Österreich (Wien 2001).
- Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr (Hrsg.), Hochschulbericht 1993 und 1999 (Wien).
- Dallinger, Ursula, Ökonomie der Moral – Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf aus handlungstheoretischer Perspektive (Opladen 1997).
- England, Paula et al., The Gendered Valuation of Occupation and Skills: Earnings in 1980 Census Occupations, in: Social Forces 73/1 (1994) 65-99.
- Finder, Ruth; Blaschke, Sabine, Tendenzen im Dienstleistungssektor und Tendenzen der Frauenbeschäftigung (BMAGS, Wien 1999).
- Flieder, Margret, Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege (Frankfurt 2002).
- Groth, Sylvia; Rásky, Éva, Frauengesundheiten (Innsbruck-Wien 1999).
- Gruber, Christine; Fröschl, Elfriede (Hrsg.), Gender-Aspekte in der Sozialen Arbeit (Wien 2001).
- Hasenauer, Petra, Beruf Gesundheits- und Krankenpflege – Mit einem empirischen Exkurs über die Zusammenhänge von Biographie und Berufswahl aus soziologischer Sicht (Diplomarbeit an der Universität Salzburg, Salzburg 2000).
- Hofmarcher, Maria M.; Riedel, Monika, Altersstruktur und Gesundheitsausgaben, in: Health System Watch (=Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 3 (2002).
- Lutz, Doris, Die Akteure im Gesundheitswesen, in: Flemmich, Günter; Ivansits, Helmut, Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie – Gesetze und Kommentare (Wien 2000) 35-65.
- Mesch, Michael (Hrsg.), Neue Arbeitsplätze in Österreich (Wien 1998).
- Mixa, Elisabeth, Zwischen den Sprossen – Aufstiegsbedingungen und Karrierebarrieren für Medizinerinnen im professionellen und universitären Feld (Wien 2000).
- Neudeck, Werner, Das österreichische Gesundheitssystem – Eine ökonomische Analyse (Wien 2002).
- Rásky, Éva, Schöne Aussichten für Ärztinnen in Österreich, in: Groth, Rásky (1999) 33-44.
- Rechnungshof, Bericht gemäß Art 1 §8 Bezügebegrenzungs-gesetz BGBl I Nr. 64/1997 für die Jahre 1998 und 1999 (Wien 2000) sowie für die Jahre 2000 und 2001 (Wien 2001).
- Rieder, Kerstin, Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst – Belastungen in der Krankenpflege (Weinheim 1999).
- Scheidegger, Noline, Strukturelle Barrieren in der Karriereentwicklung von Medizinerinnen, in: Managed Care 1 (2002) 21-23.

Sieverding, Monika, Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen – Das Beispiel der Medizinerinnen (Stuttgart 1990).

Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik für das Jahr 2000 (Wien 2002).

Wiedenhofer-Galik, Beatrix, Leistung von Überstunden bzw. Schicht-, Wechsel- und Turnusdienst, in: Statistische Nachrichten 9 (2002) 672-689.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Einkommen von ArbeitnehmerInnen im Gesundheitsbereich. Neben den Verdiensten von ÄrztInnen und ArbeitnehmerInnen im extramuralen Betreuungsbereich wurden vor allem jene von Krankenschwestern und PflegehelferInnen genauer betrachtet. Die Sekundärstatistiken zeigen, dass jede zehnte erwerbstätige Frau inzwischen im Gesundheitswesen arbeitet und dass die Durchschnittseinkommen in diesem Bereich niedriger sind als die allgemeinen Durchschnittseinkommen – Männer müssen sich hier also an die Fraueneinkommen „nach unten“ anpassen. Eine genaue Analyse der Kollektivverträge und Besoldungsordnungen zeigt deutlich, dass der Bereich von Uneinheitlichkeit geprägt ist: Es existieren neun Kollektivverträge, ein Mindestlohntarif und neun Landesbesoldungsordnungen mit einem jeweils undurchschaubaren Zulagensystem. Am wenigsten verdienen die ArbeitnehmerInnen in den privaten Krankenanstalten bzw. jene ArbeitnehmerInnen, die in den östlichen Bundesländern arbeiten. Die politischen Forderungen, die sich aus der Analyse ableiten, sind eine Vereinheitlichung der Kollektivverträge, Durchlässigkeiten in der Ausbildung und eine klare Kampfansage an Lohndumping in diesem Bereich.