



Medizinische Universität Graz

BLICKPUNKT:DIVERSITY

DIVERSITÄT UND HOCHSCHULE

GENDER:UNIT

Gleichstellung : Frauenförderung :

Diversity Management

Servicestelle für Menschen mit
Behinderungen und/oder
chronischen Erkrankungen



INHALT

Vorwort Rektor	3	Studierende mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen.....	73
Vorwort Gender:Unit	5	Religion Weltanschauung.....	77
Einleitung	7	Sexuelle Orientierung	83
Diversity und Medizin	13	Das kleine ABC des LGBTIQ – Sexuelle Orientierung und Identität an Hochschulen?.....	84
Ungleichheit ist ungesund	14	Glossar.....	89
Diversity-Dimensionen	19		
Alter Lebensphasen	23		
Stay Tuned – Leben, Arbeiten, Gesund bleiben.....	24		
Altersbilder und Lebensphasen – Ein Expertinneninterview.....	25		
Geschlecht	35		
Sozusagen Geschlecht.....	37		
Geschlechtersensible Medizin	38		
Facetten zu Gender- und Geschlechtermedizin.....	40		
Frauen* und medizinisch wissenschaftliche Karriere	42		
Der Wert der Dinge – Eine Persönliche Betrachtung von Karriere.....	46		
Intergeschlechtlichkeit rechtlich betrachtet.....	51		
Herkunft Kultur Sprache	57		
Interkulturelle Kompetenz	58		
„Ich nehme einfach von überall das Gute mit“.....	60		
Über den eigenen Tellerrand hinausblicken.....	70		

VORWORT REKTOR



Das Campusleben an der Medizinischen Universität Graz ist bunt und dynamisch. Gerade unsere Studierenden, WissenschaftlerInnen, MedizinerInnen, Lehrenden, Lehrlinge, MitarbeiterInnen in der Administration und viele weitere Gruppen prägen in ihrer Einzigartigkeit den Spirit an der Med Uni Graz. Rund um den MED CAMPUS Graz und die weiteren Standorte der Med Uni Graz studieren und arbeiten nahezu 7.000 Menschen aus vielen Nationen, unterschiedlichen Kulturen und Religionsgemeinschaften, mit verschiedenen sexuellen Orientierungen sowie mit teilweise besonderen Bedürfnissen. So ist es eine Selbstverständlichkeit, dass nicht nur räumliche Barrieren an der Med Uni Graz vermieden wurden, sondern dass vor allem ein offenes und tolerantes Umfeld dazu beiträgt, dass unsere Universität ein Lebensraum für alle ist und hier alle die Möglichkeit haben, ihren Platz zu finden und sich zu entfalten. Als Rektor der Medizinischen Universität Graz bin ich stolz auf diese Vielfalt und die daraus resultierenden täglichen Begegnungen mit den Studierenden und MitarbeiterInnen, welche maßgeblich zur dynamischen Weiterentwicklung unserer Universität gerade durch ihre Einzigartigkeit beitragen und der Med Uni Graz so wiederholt eine Platzierung im Spitzenfeld der jungen Universitäten weltweit sichern.

Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg

Rektor der Medizinischen Universität Graz



VORWORT GENDER:UNIT



Eine Broschüre zum Thema Diversität muss vor allem Eines sein: vielfältig. Und etwas Anderes darf sie nicht sein: vollständig. Nach diesem Motto haben wir uns dem Thema genähert, vielfältig und offen haben wir Bereiche aus den verschiedenen Diversitätsdimensionen ausgewählt, die in dieser Broschüre auf unterschiedliche Weise betrachtet werden. Denn Diversität ist ein Thema bei dem einerseits ganz klar ist worum es geht und andererseits ist es oft dennoch schwer, ein konkretes Beispiel zu finden. blickpunkt:diversity soll Ihnen als Universitätsangehörigen einen Einblick bieten, welche Bezüge zu Vielfalt wir in unserem Campusleben finden können. Wir freuen uns auf Ihren Input und spannende Gespräche.

Verena Chiara Kuckenberger, MA

& das Team der Gender:Unit an der Medizinischen Universität Graz



DIVERSITÄT/DIVERSITY

„Wir schätzen die Vielfalt unserer MitarbeiterInnen und Studierenden und sehen Pluralität und Heterogenität als positive Beiträge zur Arbeitskultur und Innovation unserer Universität.“

Diversity bzw. Diversität werden oftmals als sogenannte Containerbegriffe¹ bezeichnet, denn sie beherbergen eine Fülle an Bedeutungsinhalten und je nach Kontext und Anwendungspraxis werden die Begriffe unterschiedlich belegt und interpretiert. Diversity wird mehrheitlich mit Vielfalt übersetzt, da im Gegensatz zu Begriffen wie Verschiedenheit, Ungleichheit oder Andersartigkeit, das Wort Vielfalt in der deutschen Sprache positiv besetzt ist. Diese Vielfalt kann sich auf die unterschiedlichsten Aspekte, beispielsweise die „biologische Vielfalt; soziale Vielfalt; kulturelle Vielfalt; Vielfalt der Charaktere, der Talente, der Lebensentwürfe, des Denkens und Handelns“² beziehen.

„Die Kernidee des Diversity-Diskurses lässt sich als Anerkennung der menschlichen Vielfalt und Pluralisierung von Lebensformen in ihren individuellen, sozialen und

1 Vgl. Becker, Manfred (2016): Was ist Diversity Management? In: Fereidooni, Karim & Zeoli, Antonietta P. (Hg.), Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer. S. 294.

2 Ebd., S. 294.

politischen Dimensionen fassen. Diversity-Ansätze wenden sich von jenen ab, die Differenz als Problem definieren, das es zu beheben gilt. Differenzen werden hier im Gegenteil als förderungswürdige Bereicherung beschrieben.“³

Diese Diversity-Ansätze werden mehrheitlich in zwei idealtypische Ausrichtungen unterteilt:

1. Die Gesellschafts- und herrschaftskritische Ausrichtung von Diversity
2. Die marktförmige Ausrichtung von Diversity⁴

Beide Ansätze charakterisieren eine positive Grundhaltung, „doch der Umgang mit ‚Differenz‘ und die Zielsetzung beider Ansätze, variieren voneinander.“⁵ So versteht der erste Ansatz Differenz als gesellschaftliches Konstrukt, fokussiert daher Chancengleichheit und steht im engen Zusammenhang mit Antidiskriminierungsschutz. Der zweite Ansatz orientiert sich an der ökonomischen Nutzbarmachung und dem Erzielen wirtschaftlicher

3 Rosenstreich, Gabriele Dina (2011): Antidiskriminierung und/als/trotz... Diversity Training. In: Castro Varela, María do Mar & Dhawan, Nikita (Hg.), Soziale (Un)Gerechtigkeit. Kritische Perspektiven auf Diversity, Intersektionalität und Antidiskriminierung. Münster, Wien: Lit-Verlag. S. 232.

4 Fereidooni, Karim & Zeoli, Antonietta P. (Hg.) (2016): Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer. S. 9.

5 Ebd., S. 9.

Erfolge und daher werden die (konstruierten) menschlichen Unterschiede geradezu forciert.⁶

Diese Unterschiede, ob nun auf sozialer, biologischer, gesellschaftlicher, organisationaler Ebene uvm. werden oftmals kategorisiert und als Folge dessen auch bewertet. Man spricht von sechs bzw. sieben sogenannten Kerndimensionen, da diese für das Individuum nicht bzw. nur schwer änderbar sind: Alter, Geschlecht, Sexuelle Orientierung, Psychische und Physische Fähigkeiten, Ethnie/Herkunft, Hautfarbe und Religion/Weltanschauung.⁷

Neben den sogenannten Kerndimensionen gibt es eine Vielzahl an weiteren Diversitätsmerkmalen, die je nach Kontext unterschiedlichen Einfluss haben. Im Hochschulkontext können insbesondere der Bildungs- und Erziehungshintergrund, die Ausbildung, die Berufs- und Studierenerfahrung und eine eventuelle studienbegleitende Berufstätigkeit von Bedeutung und somit vordergründige Diversitätsmerkmale sein. Prinzipiell gilt, dass die Vielfältigkeit von Lehrenden, Studierenden und MitarbeiterInnen situations- und kontextabhängig immer Einfluss auf das Universitäts- und Organisationsgeschehen nehmen.⁸

6 Vgl. Bendl, Regine & Hanappi-Egger, Edeltraud & Hofmann, Roswitha (Hg.) (2012): Diversität und Diversitätsmanagement. Wien: facultas. S. 30; Fereidooni & Zeoli (2016), S. 9f.

7 Vgl. Horniak, Günter & Cimzar, Mathias (2012): Vielfalt bringt's! Diversity Management für Kleinunternehmen. Wien: facultas. S. 9.

8 Vgl. IMST, Gender_Diversität Handreichung 2017. S. 6. Online unter: https://www.imst.ac.at/app/webroot/files/GD_Handreichung_web_final.pdf. [letzter Abruf: 30.05.2017].

DIVERSITY MANAGEMENT

Vielfalt herrscht also in jedem Unternehmen und um dieser gerecht zu werden, braucht es ein geeignetes Steuerungsinstrument – das sogenannte Diversity Management. Dieses Prinzip der Unternehmensführung nimmt gezielt die „Vielfalt von MitarbeiterInnen sowie für die Organisation relevanter Anspruchsgruppen (KundInnen, KooperationspartnerInnen etc.) wahr, fördert und nutzt [diese].“⁹ Seinen Anfang nahm dieses Konzept in den USA der 1950er/1960er Jahre mit der dortigen Menschenrechtsbewegung sowie den Frauenrechts- und Bürgerrechtsinitiativen. Bekanntes Beispiel ist hierfür das Affirmative-Action-Program: Mittels „positiver Diskriminierung“ bestimmter Gruppen sollen strukturelle Diskriminierungen bzw. bestehende Benachteiligungen in der Gesellschaft ausgeglichen werden. (Bekanntes Beispiel ist hierfür die Frauenquote.)¹⁰

„Mittlerweile ist Diversitätsmanagement als Forschungs- und Praxisfeld aufgrund seiner wissenschaftlichen Bearbeitung, der zunehmenden Akzeptanz in multinationalen Konzernen und der mit demographischen, wirtschaftlichen und politischen Entwicklungen verbundenen Globalisierung von Arbeitskräften weltweit verbreitet.“¹¹

Um Diversity Management erfolgreich in die Unternehmensstrategie zu integrieren, braucht es strategische Maßnahmen, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Es handelt sich dabei um tak-

9 Bendl et al (2012), S. 15.

10 Vgl. Becker (2016), S. 295; Bendl et al (2012), S. 12; Horniak & Cimzar (2012), S. 16f.

11 Bendl et al (2012), S. 13.

tische (kurzfristige) und strategische (langfristige) Maßnahmen zur organisationalen Zielerreichung einerseits und zum organisationalen Lernen andererseits.“¹² Zunächst müssen jedoch die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Diversität zulassen um dann kurz- und langfristige Maßnahmen erfolgreich umzusetzen. Solche Maßnahmen können zum Beispiel Sensibilisierung mittels Weiterbildungen, Rundschreiben und Broschüren oder die Schaffung von Serviceangeboten für alle MitarbeiterInnen etc. sein.¹³ Nur so kann es gelingen, das Bewusstsein für den positiven Nutzen personeller Vielfalt und die Schaffung gleicher Möglichkeiten für alle nachhaltig zu implementieren.¹⁴

Es geht also neben der Herstellung von Chancengleichheit, auch um den Chancenausgleich (korrektive Gerechtigkeit) sowie die Förderung von Fairness und Toleranz.¹⁵ „Das langfristige Ziel eines Diversitätskonzeptes muss eine Veränderung der Identität und Kultur der Organisation sein, der Weg ein Hinterfragen und eine Dekonstruktion der Leitkultur.“¹⁶ Letztendlich soll mittels eines inklusiven Diversitätsmanagementzugangs ein Arbeitsumfeld geschaffen werden, in dem sich alle Menschen (Mitarbeit-

12 Ebd., S. 121.

13 Vgl. Kuckenberger, Verena (2015): Ich bin der Elefant. Diversität und Hochschulen/Gesundheitsinstitutionen am Beispiel der Medizinischen Universität Graz. In: Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg.), Angewandte Vielfalt – Diversität in der Praxis. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag. S. 86.

14 Vgl. Becker (2016), S. 300 u. 316.

15 Vgl. Flemisch, Marcus (2007): Diversity Management – eine Managementaufgabe zur Geschlechtergleichstellung? In: Koall, Iris & Bruchhagen, Verena & Höher, Friederike (Hg.), Diversity Outlooks. Managing Diversity zwischen Ethik, Profit und Antidiskriminierung. Hamburg: Lit-Verlag. S. 113f.

16 Kuckenberger (2015), S. 83.

erInnen, KundInnen, Stakeholder etc.) wohl-/wertgeschätzt und respektiert fühlen und möglichst alle Bedürfnisse – insbesondere benachteiligter Gruppen – berücksichtigt werden.¹⁷

DIVERSITY (MANAGEMENT) AN DER MEDUNI GRAZ

An der Medizinischen Universität Graz wurde bereits 2006 mit der GENDER:UNIT eine Kompetenzstelle für Diversity und Diversity Management eingerichtet. Diese ist seitdem erfolgreich konzeptionell, vernetzend und beratend tätig.

Das Angebot bzw. die Maßnahmen von Diversity Management erfolgen vorrangig in jenen Bereichen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit mit individueller Ungleichbehandlung verbunden sind und sich in der Unterrepräsentanz der entsprechenden sozialen Gruppen an der Hochschule ausdrücken:

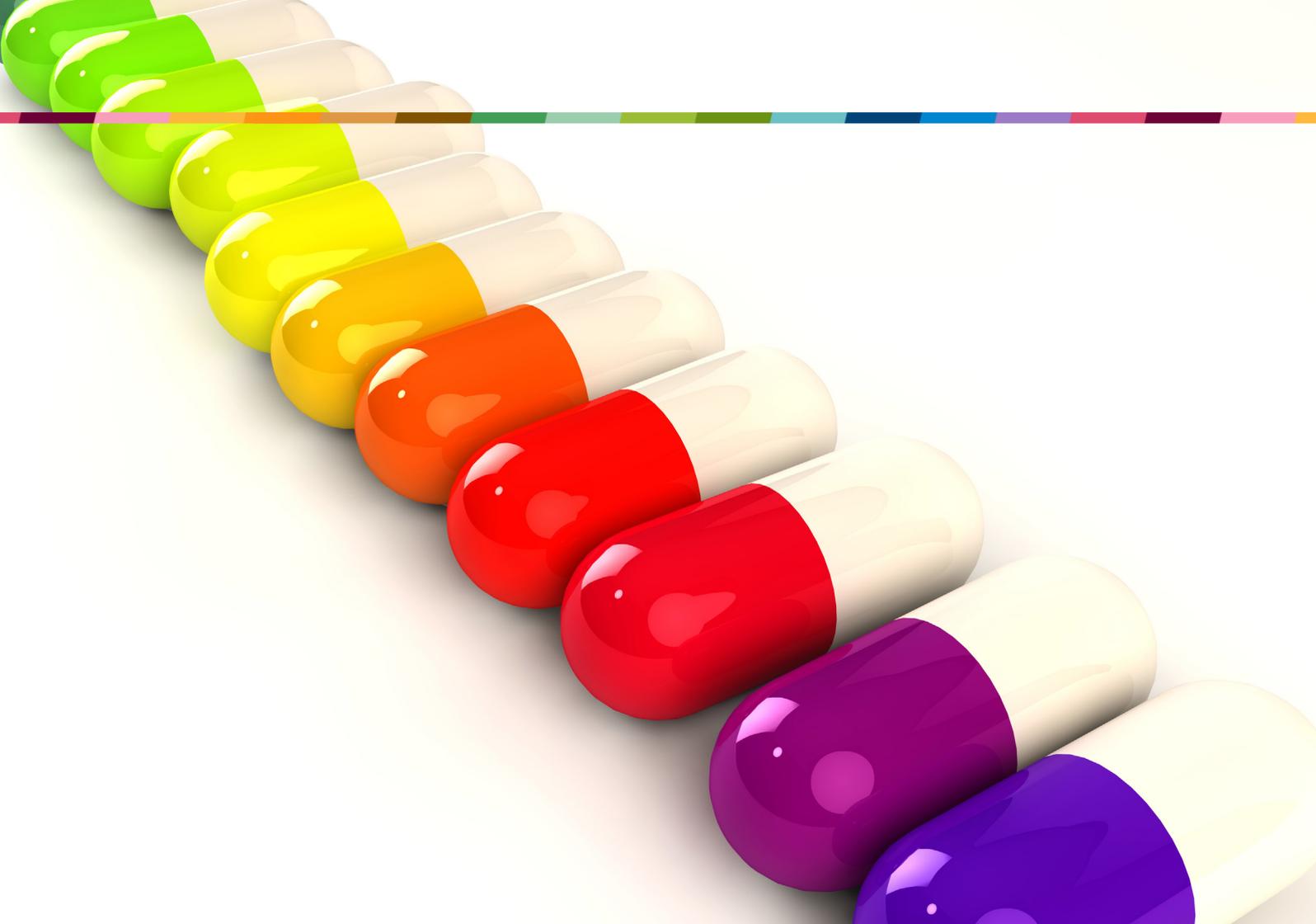
- » Der Bereich Gender zur Steigerung der Geschlechtergerechtigkeit
- » Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Studium zur Steigerung der Familiengerechtigkeit und Work-Life-Balance
- » Behinderung/chronische Krankheit zur Beratung und/oder Entlastung von Betroffenen und Steigerung der Barrierefreiheit
- » Der Bereich Soziale Herkunft (sozio-ökonomischer- und Migrationshintergrund) zur Steigerung der Bildungsgerechtigkeit

17 Vgl. Bendl et al (2012), S. 34; Horniak & Cimzar (2012), S. 10.

» Der Bereich Nationalität zur Steigerung der Internationalisierung

Mit der nun vorliegenden Broschüre blickpunkt:diversity soll ein weiterer Schritt in Richtung Sensibilisierung zum Thema Diversität bzw. Diversity Management an der Medizinischen Universität Graz gesetzt werden. Die Broschüre lädt ein, die Kerndimensionen – Alter/Lebensphasen, Geschlecht, Herkunft/Kultur/Sprache, Psychische & Physische Fähigkeiten/Behinderungen/Chronische Erkrankungen, Religion/Weltanschauung und Sexuelle Orientierung - näher kennen zu lernen und trägt somit ein Stück weit bei, die Vielfalt an der Medizinischen Universität Graz sichtbar zu machen.





Spätestens seit dem Aufkommen der Schlagworte Diversity und Gender im deutschsprachigen/europäischen Raum, gibt es auch in der Medizin ein Bewusstsein für die Notwendigkeit, Menschen bzw. PatientInnen in ihren Unterschieden stärker wahrzunehmen und individuelle Behandlungsstrategien zu entwickeln. Gender-Medizin beispielsweise ist ein junges aber wachsendes Feld, das sich insbesondere den Geschlechter-Unterschieden in der Medizin widmet: „[D]as Geschlecht, wie auch das Alter eines Menschen, beeinflusst die Prädisposition zu einer bestimmten Erkrankung sowie auch den Zeitpunkt, in dem diese symptomatisch wird und die Art, wie sie sich manifestiert.“¹ Doch neben dem Geschlecht gibt es noch zahlreiche andere Faktoren, die sich auf die Gesundheit, das Bewusstsein dafür, den Krankheitsverlauf und schlussendlich den Heilungsprozess auswirken. Dazu zählen beispielsweise Kultur, religiöses Bekenntnis, Herkunft, sozioökonomischer Hintergrund, Gewohnheiten uvm.

„Diversity hat als Konzept das Potenzial, neue Perspektiven für einen ganzheitlichen Blick auf die (Beibehaltung von) Gesundheit und die Entstehung von Krankheiten zu eröffnen. ‚Ganzheitlich‘ heißt in diesem Zusammenhang nicht, eine möglichst umfassende Vielfalt von erfassbaren, personenbezogenen medizinischen Daten über den Gesundheitszustand zu berücksichtigen. Vielmehr geht es darum, die individuelle Gesundheit, Erkrankungsproz-

esse und daran anknüpfendes Gesundheitshandeln unter konsequenter Einbeziehung verschiedener Dimensionen von Diversität [...] zu interpretieren.“²

Einen der bedeutendsten Stellenwerte und maßgeblichen Einfluss hat aber mit Sicherheit die persönliche Kultur, die im medizinischen Alltag immer wieder zu Differenzen führt und Herausforderungen (z.B. Verständigungsschwierigkeiten, unterschiedliches Bewusstsein für „Gesundheit“ und „Krankheit“ etc.) schafft. „Culture in its multiplicity, is an intrinsic part of human life and therefore has an impact on clinical medicine: it affects our communication, our decision-making and our perception of health and illness.“³

Für den medizinischen Kontext ist es also unerlässlich, sogenannte Kulturkompetenzen zu entwickeln und zu fördern. Ein erster Schritt ist alle MitarbeiterInnen entsprechend zu sensibilisieren, denn nur so können medizinische Abläufe effizienter gesteuert und schlussendlich Ergebnisse verbessert werden. Darüber hinaus wirken diversitätssensible Kompetenzen gegen Stereotypisierungen und Diskriminierungen und verringern Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung. Grundsätzlich gilt, dass ein

1 Gadebusch Bondio, Mariacarla & Katsari, Elpiniki (Hg.) (2014): Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld: transcript. S. 7.

2 Dören, Martina (2007): Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Krell, Gertraude, Diversity Studies: Grundlagen von disziplinären Ansätzen. Frankfurt/Main: Campus. S. 109.

3 Kutalek, Ruth (2012): Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. Wiener klinische Wochenschrift, Vol. 124 (Supplement 3). Wien: Springer Verlag. S. 6.

Bewusstsein für Diversität und der angemessene Umgang damit, auf sämtlichen institutionellen Ebenen geschaffen werden muss. Dazu zählen die universitäre Lehre, der praktische Betrieb im Lehrkrankenhaus und schließlich auch die Personalentwicklungsabteilung. Ein Engagement für Vielfalt schafft ein Klima der Offenheit und möglichst vollständigen Einbeziehung aller Menschen einer Organisation.⁴

UNGLEICHHEIT IST UNGESUND

Prof. Dr. med. Hans Gutzmann habilitierte sich an der FU Berlin für das Fach Psychiatrie und Klinische Geriatrie und war u.a. Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Hedwigshöhe (Berlin).

WAS IST UNGLEICHHEIT UND WANN KAM SIE HISTORISCH INS SPIEL?

Auf dem Weg von der eher verteilungsgerechten, sammelnden und jagenden Urhorde zur Sesshaftigkeit begann die Akkumulation von ortsfestem Vermögen und damit die gesellschaftliche Differenzierung. Unser Gerechtigkeitsgefühl hat sich wohl an diese „neue“ Situation noch nicht recht adaptiert. Wir empfinden die erprobte Solidarität der umherstreifenden Horde noch immer als Ideal. Wettbewerbskonflikte in der Gruppe und die Bildung von steilen Hierarchien scheinen uns immer noch nicht hinreichend vertraut.

WIE WIRD UNGLEICHHEIT ERLEBT UND WIE GEMESSEN?

Ungleichheit weist viele mögliche Dimensionen auf: Einkommen, Vermögen, Bildung (diese drei werden oft im Begriff des sozioökonomischen Status zusammen gefasst), soziale Wertschätzung, politischer und kultureller Einfluss und vieles mehr. Einkommen und Vermögen sind am besten untersucht. Die reichsten zehn Prozent verdienen in den Industriestaaten heute im Schnitt fast zehnmal so viel wie die ärmsten zehn Prozent (4).

⁴ Vgl. Kutalek (2012), S. 4ff.

Diese Einkommenslücke ist binnen einer Generation um fast 40 Prozent gewachsen. In 34 Ländern stimmen $\frac{3}{4}$ der Bürger dem Satz zu: "Heute stimmt es wirklich, dass die Reichen immer reicher und die Armen immer ärmer werden". Darin reflektiert sich der Umstand, dass noch nie in der Geschichte der OECD die ökonomische Ungleichheit so hoch war wie heute (3). Dabei schätzen die Bürger allerdings oft den Grad von Verteilungsgerechtigkeit in ihrer Gesellschaft falsch ein (9). Knapp die Hälfte dieser Einschätzung wird durch Einkommen, Vermögen, Bildung und Berufsstatus erklärt, der Rest muss derzeit als ungeklärt gelten, wenn man nicht eine immer wieder zu beobachtende „Tendenz zur Mitte“ annehmen will.

Der Gini-Index gilt als statistisches Maß für die Einkommens- und Vermögensverteilung einzelner Länder und somit als Hilfsmittel zur Klassifizierung von Ländern und ihrem zugehörigen Entwicklungsstand. Er nimmt einen Wert ein zwischen 0 (gleichmäßige Verteilung) und 1 (nur eine Person erhält das komplette Einkommen, d. h. maximale Ungleichverteilung), wobei in der Darstellung oft eine Skala von 0 bis 100 gewählt wird. Seit dem Ersten Weltkrieg bis in die siebziger Jahre hat die Ungleichheit der Einkommen international abgenommen. Seither nimmt sie zu, wobei der Gini-Index Unterschiede zwischen Ländern deutlich werden lässt (9). Selbst innerhalb einer Nation (z.B. USA) unterscheidet er sich zwischen einzelnen Regionen deutlich. Europa zeigt insgesamt wesentlich weniger Ungleichheiten als die USA sowie südamerikanische, asiatische und afrikanische Staaten. Bemerkenswert ist, dass in Ländern mit einem Wert über 40 aufgrund eines mangelnden sozialen Zusammenhalts die Stabilität als bedroht gilt (9).

Ungleichheit (inequality) wird oft als Unfairness (inequity) der gesundheitlichen Versorgung wahrgenommen. Ihre Einschätzung deckt sich allerdings nicht immer mit der tatsächlichen Versorgungsqualität. So fühlt sich nur die Hälfte der Amerikaner unfair versorgt, bei den Deutschen mit ihrer wesentlich besseren Gesundheitsversorgung sind es dagegen drei Viertel der Befragten (8).

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN GESUNDHEITZUSTAND UND ÖKONOMISCHER SITUATION?

Der Sozioökonomische Status (SES) beeinflusst die subjektive Gesundheitseinschätzung ebenso wie die Morbidität differenziell. Herz-Kreislauf Erkrankungen und Depressionen sind stärker durch den SES beeinflusst als die meisten Krebserkrankungen. Eine Ausnahme stellt derzeit der Lungen-Ca dar (5). Der differenzielle Effekt wird nur zur Hälfte durch Rauchen, Blutdruck, Adipositas, Cholesterin und körperliche Aktivität erklärt. Die Möglichkeit für eigene Entscheidung und Kontrolle (Selbstwirksamkeit) und die erfahrene Wertschätzung scheinen ebenfalls ein großes Gewicht zu haben. Dies wird deutlich in den Whitehall-Studien (5, 6), in denen stabil in der öffentlichen Verwaltung Beschäftigte untersucht wurden. Bei ihnen fand sich eine signifikant erhöhte Sterberate bei unteren Einkommensgruppen im Vergleich zu den in der Hierarchie höher Stehenden, die auch nach der Rente bzw. Pension persistierte.

Eine sehr gute Gesundheit zeigt international einen deutlichen positiven Zusammenhang mit einem größeren Maß an ökonomischer Gleichheit (9). In vielen Staaten verbesserte sich nach

aktuellen WHO-Zahlen der Gesundheitszustand der Menschen deutlich schneller als es Einkommen, Bildungsstatus und Fortpflanzungsrate vermuten ließen. In einigen Ländern war aber das Gegenteil der Fall - so etwa in den USA, die in einem internationalen Ranking trotz ihrer weltweit höchsten Gesundheitsausgaben von 188 Ländern nur als 28. abschnitten (1). Gründe dafür werden in der im Vergleich zu anderen Industriestaaten hohen Müttersterblichkeit, im hohen Alkoholkonsum, in der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und der hohen Zahl von Tötungsdelikten gesehen. Im Unterschied zu den USA entspricht der Gesundheitsstatus der Menschen in Westeuropa häufig in etwa den Erwartungen oder liegt sogar darüber. So sind die Menschen in Frankreich und Spanien deutlich gesünder als der wirtschaftliche Zustand ihrer Länder vermuten ließe (1).

LEBENSERWARTUNG ALS GESUNDHEITSINDIKATOR

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist global deutlich angestiegen. Bis etwa 5.000 \$ Pro-Kopf-Einkommen nimmt sie im Ländervergleich von einer Einkommensstufe zur nächsten zu, danach führt ein höheres Durchschnittseinkommen kaum noch zu einem Zuwachs an Lebenserwartung (9). Sie ist innerhalb der Länder nicht gleich verteilt, sondern unterliegt auch zwischen Regionen einem sozialen Gradienten. Deutlich steiler als die allgemeine Lebenserwartung beeinflusst dieser Gradient die gesunde Lebenserwartung, besonders bei Männern. In Deutschland stirbt fast 1/3 der Männer der niedrigsten Einkommenschicht vor dem 65. Lebensjahr (2).

Selbst in „gleicheren“ Ländern mit einem niedrigeren Gini-Index weist die Mortalität einen sozialen Gradienten auf. In Deutschland unterscheidet sich die Lebenserwartung zwischen Menschen mit Armutsrisiko (< 60% des Durchschnittseinkommens) und Gutverdienenden (>150% des Durchschnittseinkommens) um etwa 10 Jahre bei beiden Geschlechtern (2). Im „ungleicheren“ Ländern (z.B. UK, USA) unterscheidet sie sich regional um 20 Jahre und mehr. Selbst innerhalb einer einzigen Stadt differiert sie zwischen „besseren“ und „schlechteren“ Bezirken bedeutsam: in Berlin zwischen Kreuzberg und Dahlem um ca 4 Jahre, in Washington DC zwischen ärmeren und reicheren Stadtquartieren um 20 Jahre (4). Entgegen dem Trend der zunehmenden Lebenserwartung wurde in Großbritannien zwischen 2000 und 2010 für die ärmere Bevölkerungsgruppe bei Männern eine Stagnation der Zunahme, bei Frauen dieser Gruppe sogar eine Abnahme der Lebenserwartung beobachtet.

ANDERE GESUNDHEITSINDIKATOREN

Das Körpergewicht gilt als ein verlässlicher Gesundheitsindikator. Der weltweite Durchschnitts-BMI ist seit 40 Jahren gestiegen, bei Männern von 21,7 auf 24,2, bei Frauen von 22,1 auf 24,4. Unter den westlichen Industrienationen haben die USA den höchsten Durchschnitts-BMI. Es findet sich ein deutlicher Gewichts-Gradient zuungunsten der ärmeren Bevölkerung (4). 1995 waren weltweit 200 Millionen Erwachsene adipös, im Jahr 2000 waren es schon 300 Millionen, davon 115 Millionen in den Entwicklungsländern. Adipositas dürfte bald mehr Krebs verursachen als Rauchen: sie wird für mehr als 40% der Tumore der Gebärmutter

und für mindestens 10% der Tumore in Gallenblase, Niere, Leber und Dickdarm verantwortlich gemacht (4).

Auch andere verhaltenskorrelierte Risiken wie Rauchen und Inaktivität zeigen einen ausgeprägten sozialen Gradienten. Selbst bei derselben Krankheit (z.B. hoher Blutdruck) finden sich Unterschiede. Auch wenn in Deutschland zwischen den Schichten keine Unterschiede in der Medikation beobachtet werden, fallen deutliche Unterschiede beim Erreichen des Zielwertes auf, was auf eine schichtspezifische Compliance-Differenz hinweisen könnte (2). Am Arbeitsplatz sind mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte, der Grad der Entscheidungskompetenz (niedrige Selbstwirksamkeit) und Stress starke Prädiktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und Depressionen. Zusätzlich ist von einer mittelbaren Wirkung auf die Prävalenzen von Diabetes, Leberzirrhose und Krebs auszugehen, wenn man schichtspezifische Prägnungen des Lebensstiles wie Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum in Rechnung stellt (6).

In ungleicheren Ländern nimmt die soziale Mobilität – und damit die Hoffnung auf Aufstieg – ab. In den USA war der sprichwörtliche Aufstieg „vom Tellerwäscher zum Millionär“ noch nie so unwahrscheinlich wie heute (9). Immerhin ist das Thema Ungleichheit inzwischen auf der internationalen Agenda. So finden sich im Abschlussdokument des letzten G-20 Gipfels die Punkte „Reduzierung von Ungleichheit“ und „Inklusion“. Schließlich werden auf verschiedenen Ebenen (regional, national, international) unterschiedliche Maßnahmen erprobt. Auf Ebene der behandlungsbedürftigen Krankheiten werden verschiedene Interventionen zur Optimierung der Versorgung erprobt. Auf Ebene der Prävention ergeben sich verschiedene Optionen (7). In der

Tertiärprävention ist das Ziel, das Fortschreiten bereits manifester Erkrankungen zu beeinflussen. Bei der Sekundärprävention bieten sich von der Identifizierung von Risikofaktoren bis zur Früherkennung vielfältige Ansätze. Die Primärprävention schließlich umfasst Maßnahmen von der Stärkung des Erziehungswesens bis hin zur Veränderung des Steuerrechts mit dem Ziel größerer Verteilungsgerechtigkeit.

LITERATUR

- » GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388 (2016): 1459–544
- » Lampert Th, Saß A-Ch, Häfelingen Th. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin, Oktoberdruck 2007.
- » Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal Health of Europeans: success und failures of policies. *Lancet* 381 (2013): 1125-1134.
- » Marmot M. The health gap. Bloomsbury, London, Oxford, New York 2015.
- » Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *Brit Med J* 313 (1996): 1177-1180.
- » Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337 (1991): 1387-1393.
- » Siegrist, J, Marmot MG. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Huber, Bern 2008.
- » Von dem Knesebeck O, Vonneilich N, Kim TJ. Are health care inequalities unfair? A study on public attitudes in 23 countries. *International Journal for Equity in Health* 15 (2016) 61-69
- » Wilkinson R, Pickett K. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 197 (2010): 426-428.



DIVERSITY-RAD

In der Auseinandersetzung mit Diversität an einer Universität ist es wichtig, nicht nur eine (der Einfachheit halber oftmals „sichtbare“) Dimension in den Fokus zu rücken, sondern möglichst viele und, je nach Kontext und Umfeld, besonders relevante Dimensionen. Dabei kann das Diversity-Rad (siehe Abbildung) oder im US-amerikanischen Original „4 Layers of Diversity“ genannt, helfen. Es veranschaulicht die häufig in Organisationen relevante soziale Vielfalt, indem es die unterschiedlichsten Dimensionen auf personeller Ebene, auf Team- sowie auf Organisationsebene abbildet. Das Diversitätsrad dient somit als Orientierungshilfe für die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale der Gruppenzugehörigkeiten von Organisationsmitgliedern:

- » Der Kern beschreibt die individuelle Persönlichkeit, z.B. extrovertiert, humorvoll, schüchtern, zurückhaltend etc.
- » Die innere Dimension umfasst physische und soziale Aspekte des/der Einzelnen
- » Die mittlere Dimension verweist auf Merkmale, die im individuellen Lebensverlauf, teils durch bewusste oder strategische Entscheidungen, veränderbar sind
- » Die äußeren organisationalen Dimensionen können im Arbeitsleben eine mehr oder weniger wichtigere Rolle spielen

Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche weitere Dimensionen bzw. Identitätsmerkmale.

INTERSEKTIONALITÄT

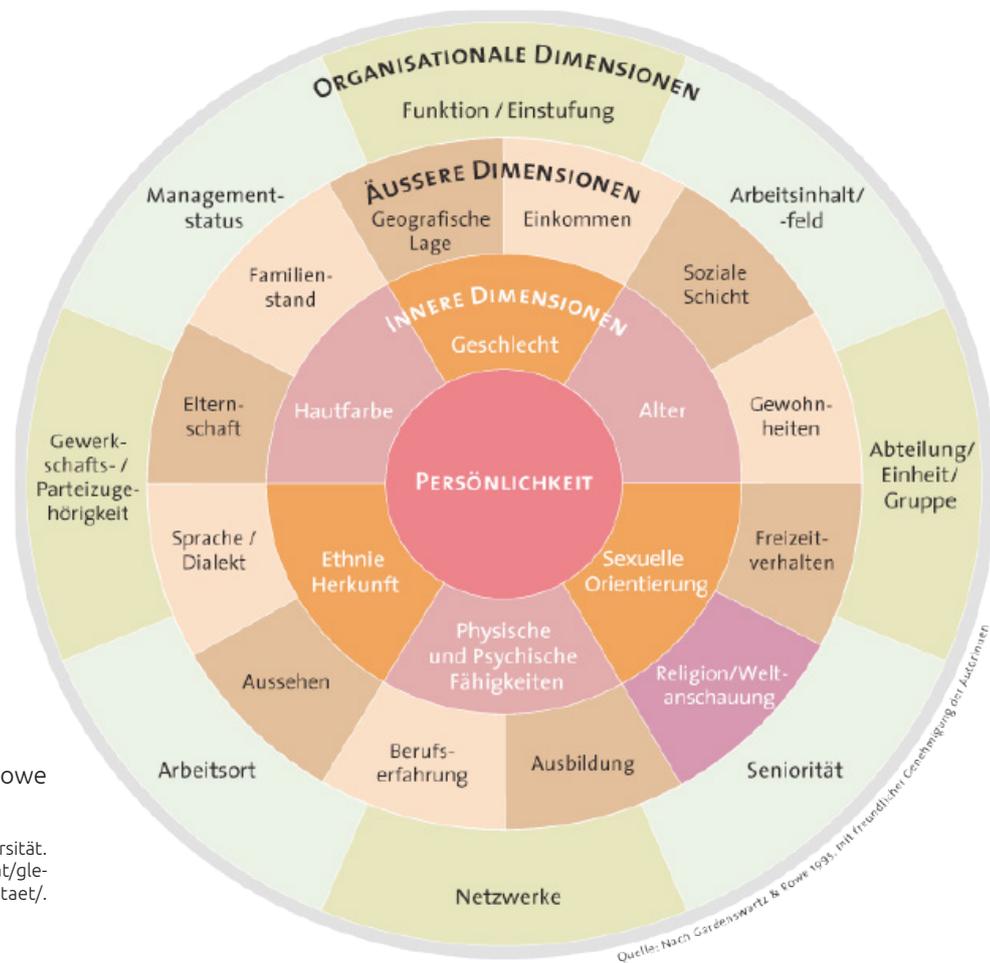
Grundsätzlich bestimmt immer der Kontext welche Persönlichkeitsmerkmale von Bedeutung sind und dadurch Beachtung finden. Jedes Individuum ist vielen sozialen Gruppen zugehörig, man spricht somit auch von einer Mehrfachzugehörigkeit.¹ Diversity-Dimensionen lassen sich also nicht einzeln bzw. isoliert voneinander erfassen, sondern überschneiden sich wie ein Geflecht, d.h. sie wirken immer in- und miteinander. Diese sogenannte Intersektionalität übt somit auch Kritik an der Counting Diversity, wo Menschen auf ein Merkmal reduziert und danach eingeteilt werden.² Denn dadurch würde immer die Gefahr der Festschreibung, Essentialisierung, Stabilisierung und schlussendlich (Re) Produktion der jeweiligen Persönlichkeitsmerkmale bestehen.

Die Herausforderung besteht nun darin, „real vorhandene Differenzlinien anzuerkennen, ohne sie festzuschreiben und Aus-

1 Vgl. Rosenstreich, Gabriele Dina (2011): Antidiskriminierung und/als/trotz... Diversity Training. In: Castro Varela, María do Mar & Dhawan, Nikita (Hg.), Soziale (Un)Gerechtigkeit. Kritische Perspektiven auf Diversity, Intersektionalität und Antidiskriminierung. Münster, Wien: Lit-Verlag. S. 232.

2 Vgl. Kuckenberger, Verena (2015): Ich bin der Elefant. Diversität und Hochschulen/Gesundheitsinstitutionen am Beispiel der Medizinischen Universität Graz. In: Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg.), Angewandte Vielfalt – Diversität in der Praxis. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag. S. 88f.

„Alle sind gleich,
jede*r ist anders!“



Diversitätsrad nach Gardenswartz & Rowe (2003)¹

¹ Universität Wien, Abteilung Gleichstellung & Diversität. Online unter: <https://personalwesen.univie.ac.at/gleichstellung-diversitaet/diversitaet/was-ist-diversitaet/>. [Abruf: 05.12.2017].

Quelle: Nach Gardenswartz & Rowe 1993, mit freundlicher Genehmigung der Autorinnen

schlusspraktiken (Diskriminierung) selbst diskursiv zu befördern.“³ Eine Nicht-Benennung würde nämlich an der gesellschaftlichen Realität vorbei gehen und bestehende Machtverhältnisse relativieren. Zudem muss immer darauf geachtet werden, ob bestimmte Dimensionen prioritär behandelt werden und dadurch „unsichtbare“ bzw. schwer fassbare Dimensionen nur geringe Beachtung finden.⁴ Die Dimension Sexuelle Orientierung stellt beispielsweise oftmals eine solche Herausforderung für Organisationen dar. So gilt die eigene sexuelle Orientierung am Arbeitsplatz als Privatsache und nach wie vor gilt Heterosexualität als „dominantes Leitideal“. Damit ist gemeint, dass, auch wenn es nicht beabsichtigt wird, sich mehrheitlich alle Organisationsstrukturen an diesem Leitideal orientieren. Homosexualität ist somit die „defizitäre Abweichung“ und homosexuelle MitarbeiterInnen sind in ihrer Randposition oft unsichtbar und somit marginalisiert. Dem Diversity Management kommt in diesem Beispiel die Aufgabe zu, solche Dominanzgruppen aufzuheben und Strukturen so zu gestalten, dass es auch in Zukunft zu keinen Ausschlussmechanismen mehr kommt.⁵

Weitere Beispiele für solche Leitideale und Dominanzgruppen, sowie verschiedenen Strategien zur Etablierung von Chancengerechtigkeit finden sich auf den folgenden Seiten. Dabei werden die sogenannten Kerndimensionen in den Fokus gerückt und ihre Bedeutung für die Medizinische Universität Graz dargestellt. Ne-

3 Rosenstreich (2011), S. 237.

4 Vgl. Rosenstreich (2011), 236f.

5 Vgl. Köllen, Thomas (-2010): Bemerkenswerte Vielfalt: Homosexualität und Diversity Management. Betriebswirtschaftliche und sozialpsychologische Aspekte der Diversity-Dimension „sexuelle Orientierung“. München/Mering: Rainer Hampp Verlag. S. 16f.

ben Beiträgen von (wissenschaftlichen) MitarbeiterInnen, finden Sie auch Interviews und Beiträge von ExpertInnen und WissenschaftlerInnen zu den jeweiligen Themen.



Bereits seit Jahren gibt es eine breite öffentliche Diskussion über die Veränderungen in der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung. Sinkende Geburtenzahlen, eine steigende Lebenserwartung und komplexe Migrationsformen führen zu einer Umkehr der Alterspyramide mit großen ökonomischen Auswirkungen. Die Kategorie Alter gewinnt daher in der Diversität von Organisationen an Bedeutung, werden doch in Zukunft viel mehr „ältere“ als „junge“ ArbeitnehmerInnen zur Verfügung stehen, die es gilt, länger in der Organisation zu halten. Die Bestrebungen der Europäischen Union die Beschäftigungsquote der 55-64jährigen auf 50% anzuheben wurde in einigen Ländern, darunter Österreich, noch nicht erreicht.¹

Altern ist ein individueller Prozess, der differenziert betrachtet werden muss. Die eigene Lebens- und Erwerbsbiographie spielt dabei eine wichtige Rolle.² Mittlerweile wird (analog zum „doing gender“ Konzept) auch von „doing age“ gesprochen – dabei geht man davon aus, dass Alterszuschreibungen – wie auch Geschlechtszuschreibungen – diskursiv konstruiert werden.³ Viele

- 1 Bendl et. al (2012): Vertiefende Betrachtungen zu ausgewählten Diversitätsdimensionen. In: Bendl et. al (Hg.) (2012): Diversität und Diversitätsmanagement. Wien: Facultas. S. 81.
- 2 Arbeitsbereich Gender and Diversity in Organizations, Wirtschaftsuniversität Wien (Hrsg.): Alter(n)svielfalt im Betrieb - Strategien und Maßnahmen für eine nachhaltige Unternehmenspolitik in kleinen und mittleren Unternehmen (2006). 1. Auflage S. 13.
- 3 Bendl et. al (2012): Vertiefende Betrachtungen zu ausgewählten Diversitätsdimensionen. In: Bendl et. al (Hg.) (2012): Diversität und Diversitätsmanagement. Wien: Facultas. S. 83.

Stereotype stehen im Zusammenhang mit dem chronologischen Alter, etwa, dass Junge flexibler oder Ältere weniger innovativ seien. Wie bei den anderen Kerndimensionen der Diversität geht es darum, durch Sensibilisierung aller Beteiligten diese Stereotype abzubauen und Chancengleichheit für alle MitarbeiterInnen herzustellen

WANN IST ALT „ALT“?

An einer medizinischen Hochschule hat das zunehmende Alter im Sinne einer kontinuierlich wachsenden Expertise und Erfahrung mitunter auch eine positive Konnotation. Es gilt, das erworbene Wissen an der Hochschule zu verfestigen und dabei auch junge WissenschaftlerInnen aufzubauen, ihre Ideen zu hören, um damit den Standort nachhaltig zu stärken. Dabei ist es wichtig, ein besonderes Augenmerk auf das „miteinander“ zu legen, wie Studien zeigen. Demnach gibt es nahezu keinen Zusammenhang zwischen Alter und Produktivität, vielmehr spielt das gelingende Zusammenwirken mit den ArbeitskollegInnen eine zentrale Rolle⁴. Ein sensibilisierter Umgang mit unterschiedlichen Lebensaltern hilft dabei, die körperlichen, psychischen und psychosozialen Fähigkeiten sowie die Motivation der MitarbeiterInnen zu erhalten und zu stärken,

- 4 Börsch, Supan et. al (2005): Altern und Produktivität: Zum Stand der Forschung. Universität Mannheim http://mea.mpisoc.mpg.de/uploads/user_me_a_discussionpapers/eav29m3ka608x80a_73-2005.pdf. [letzter Zugriff: 26.1.2015].

wovon wiederum die gesamte Organisation profitiert.⁵ Für die (Alters-)Diversität an der Hochschule gilt es also, Maßnahmen zu setzen, die den Bedürfnissen von individuellen Lebensentwürfen und -phasen Rechnung tragen. Es geht darum, Konzepte umzusetzen, die intelligente Verzahnungen von Arbeits- und Privatleben ermöglichen.

WUSSTEN SIE, DASS

- » ... ES BEI MENSCHEN ZWISCHEN 50 UND 65 JAHREN ZU LEISTUNGSZUGEWINNEN IN DEN BEREICHEN SPRACHLICHE FÄHIGKEITEN, INDUKTIVES DENKEN, SPRACHGEDÄCHTNIS, RÄUMLICHE ORIENTIERUNG UND ZAHLENVERSTÄNDNIS KOMMT?
- » ... DIE AUFGRUND VON LANGJÄHRIGER BERUFSERFAHUNG UND BRANCHENKENNTNIS GEWONNENE ROUTINE BEI DER PROBLEMLÖSUNG VON KOMPLEXEN FRAGESTELLUNGEN HILFT UND DADURCH AUCH SELBSTSICHERHEIT, INITIATIVE UND ENTSCHEIDUNGSFREUDIGKEIT MIT ZUNEHMENDEM ALTER ZUNIMMT?
- » ... SICH DAS KURZZEITGEDÄCHTNIS IN BEZUG AUF DAS EIGENE FACHGEBIET NICHT VERSCHLECHTERT?⁶

5 Eberherr et al. (2011): Altern als Prozess: Integrative Organisationsstrategien. In: Pauser & Wondrak (Hg.): Praxishandbuch Diversity Management (2011). 1. Auflage S. 137.

6 Arbeitsbereich Gender and Diversity in Organizations, Wirtschaftsuniversität Wien (Hrsg.): Alter(n)svielfalt im Betrieb - Strategien und Maßnahmen für eine nachhaltige Unternehmenspolitik in kleinen und mittleren Unternehmen (2006). 1. Auflage, S. 22-23.

STAY TUNED – LEBEN, ARBEITEN, GESUND BLEIBEN

Der steirische Hochschulraum ist mit rund 12.200 MitarbeiterInnen der drittgrößte Arbeitgeber der Steiermark. Eine gesundheitsförderliche und altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung liegt dabei im Fokus der neun steirischen Hochschulen und Universitäten.

Im Projekt „Stay tuned! – Leben, arbeiten, gesund bleiben“ widmete sich die Steirische Hochschulkonferenz im Jahr 2016 mit ExpertInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen dem Schwerpunktthema „Healthy Ageing“. Die Leitung für dieses innovative Projekt übernahm die Medizinische Universität Graz. Ziel ist es, die MitarbeiterInnen der steirischen Universitäten und die interessierte Bevölkerung mittels Workshops, Seminaren und Kammingesprächen zum Thema zu sensibilisieren. Ein zusätzlicher Mehrwert aus der Hochschulinitiative ergibt sich außerdem durch die Vernetzung der Führungskräfte und MitarbeiterInnen der unterschiedlichen Hochschulen und Universitäten und des interdisziplinären Austausches zu relevanten Forschungsfragen. Höhepunkt war eine hochschulübergreifende Tagung im Februar 2017, bei der ExpertInnen der steirischen Hochschulen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse präsentierten und differenzier- ten Einblick in den Bereich „Healthy Ageing“ ermöglichten.

Die Medizinische Universität Graz wird die Thematik des Gesunden Alterns und die im Projekt „Stay Tuned“ vermittelten Inhalte aufgreifen und das Projekt durch die Etablierung und Umsetzung

von lebensphasenorientierten Maßnahmen zur Ermöglichung eines altersgerechten Arbeitens nachhaltig weiterführen.

Das Projekt „Stay Tuned“ wird von Seiten der Medizinischen Universität Graz betreut von:

Frau Mag.^a Gudrun Posch-Frisee, MA
gudrun.posch-frisee@medunigraz.at
Tel.: 0316-385-72032

ALTERSBILDER UND LEBENSPHASEN – EIN EXPERTINNENINTERVIEW

Dr.ⁱⁿ Bärbel S. Traunsteiner; Universitätsassistentin am Institut für Gender und Diversität in Organisationen/Wirtschaftsuniversität Wien; Preisträgerin des Gender- & Diversity-Förderpreises 2015 der Frau in der Wirtschaft/Wirtschaftskammer Wien und des agro-Forschungspreises 2016; Forschungsschwerpunkt Organisations- und Diversitätsforschung.⁷

Dr.ⁱⁿ Helga Eberherr; arbeitet und lehrt am Studiengang Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit FH Campus Wien sowie am Institut für Gender und Diversität in Organisationen WU Wien; Preisträgerin des Gender Diversity Preises der WKO Wien 2013 und Marshall Plan Stipendiatin an der UC Berkeley 2010; langjährige Forschungstätigkeiten in inter/nationalen Projekten zu Ageing und Diversity; Forschungsschwerpunkte: Diversitäts- und Intersektionalitätsforschung, Reproduktion und Wandel sozialer und organisationaler Ungleichverhältnisse.⁸

7 Aktuelle Publikationen: Traunsteiner, Bärbel Susanne (2018): Gleichgeschlechtlich liebende Frauen im Alter. Intersektionalität, Lebenslagen und Antidiskriminierungsempfehlungen. Wiesbaden: Springer VS.; Reitinger, Elisabeth/Traunsteiner, Bärbel Susanne (2018): Lebenslagen und Geschlechterordnungen im Alter. Soziale Beziehungen und Einsamkeitsrisiko aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Alter und Geschlecht. Soziale Verhältnisse und kulturelle Repräsentationen. Hrsg. Reitinger, Elisabeth; Vedder, Ulrike; Mforbe Chiangong Pepetual, 79-94. Wiesbaden: Springer VS.

8 Ausgewählte Publikationen: Amstutz, Nathalie/Eberherr, Helga/Funder, Maria/Hofmann, Roswitha. 2018. Geschlecht als widersprüchliche Institution. Neoinstitutionalistische Implikationen zum Gender Cage in Organisationen. Baden-Baden: Nomos (i.E.); Eberherr, Helga/Bendl, Regine. 2017. Organisationen unter Druck? Zum Chancengleichheitsversprechen des Leistungsprinzips. In: Aulenbacher, Brigitte et al. (Hrsg.): Leistung und Gerechtigkeit. Das umstrittene Versprechen des

ALTER(N) UND GESELLSCHAFT

Wie wird das Thema „Alter(n)“ aus Ihrer Sicht gesellschafts-politisch behandelt? Welche Bilder, Meinungen und Stereotype dominieren den Diskurs?

BT: Das Thema „Alter(n)“ wird vorrangig in Bezug auf ältere Menschen thematisiert und diskutiert, wobei zwei dominierende normative Diskurse festzustellen sind: Einerseits das „aktive Altern“, wobei die Verantwortung für ein gesundes und vitales Altern diskursiv auf eine/r individuelle/n Ebene verortet bzw. dorthin verschoben und insofern unabhängig von gesellschaftlichen Strukturen, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten diskutiert wird. Beispielsweise zeigt sich dies durch rhetorische Phrasen wie „man ist so alt wie man sich fühlt“. Ein zweiter Diskursstrang rankt sich um ältere Menschen im Sinne von Gebrechlichkeit und der Belastung durch ältere Mitmenschen für Arbeits- und Sozialsysteme.

HE: Begleitet werden diese Diskurse von einem impliziten „Forever young“-Normativ, in welchem eine jugendzentrierte Gesellschaftsform als hehrer Wert dargestellt wird und Aspekten, wie Menschen möglichst lange jung bleiben bzw.

aussehen können – Stichwort Schönheitsindustrie –, viel Raum gegeben wird. Damit einhergehen unterschiedliche normative Einschreibungen und gesellschaftliche (Be)Wertungen entlang dem chronologischen Alter. Gleichzeitig wissen wir durch Statistiken, dass sich Jüngere tendenziell älter fühlen und Ältere sich hingegen tendenziell jünger empfinden. Diese doppelte Normativität führt zu einer mehrfachen Herausforderung auf individueller Ebene: Nämlich einerseits so alt wie möglich zu werden und gleichzeitig aber keine Belastung für die Gesellschaft zu sein/zu werden.

BT: Hinsichtlich der Thematisierung von Alter im Erwerbsarbeitsleben kann eine Tendenz zur Stereotypisierung festgestellt werden. So wird beispielsweise in unterschiedliche Generationen differenziert wie etwa die Generation X oder Y. Diese Termini werden mit bestimmten Zuschreibungen kombiniert wie beispielsweise eine leistungsferne jüngere Generation oder eine Minderung der Leistungsfähigkeit älterer Personen. In diesen Normierungen werden langlebige, sehr veränderungsresistente Stereotypen sichtbar, vor allem auch hinsichtlich Kompetenzzuschreibungen wie bezüglich Technologie-Nähe oder -Ferne. Diese Typenbildungen führen zu einem gegeneinander Aus-Spielen unterschiedlicher Altersgruppen und dienen als Argumentationen zu In- bzw. Exklusion aus bestimmten (Arbeits-)Bereichen.

HE: Altersbilder sind sehr stark verwoben mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Kategorien, Berufsfelder, Segmenten und Positionen. Beispielsweise ist im Wissens-Segment höheres Alter tendenziell konnotiert mit Wissen und Erfahrung. Gle-

Kapitalismus. Weinheim/Basel: BeltzJuventa, 265-281.; Bendl, Regine, Eberherr, Helga, Schmidt, Angelika. 2015. Inclusion and exclusion processes in the executive search business: an intersectional approach. In: Handbook of Gendered Careers in Management, Hrsg. Adelina M. Broadbridge, Sandra L. Fielden, 194-207. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.; Eberherr, Helga, Fleischmann, Alexander, Hofmann, Roswitha. 2011. Altern als Prozess: Integrative Organisationsstrategien. In: Praxisbuch Diversity Management, Hrsg. Norbert Pauser, Manfred Wondrak, 129-142. Wien: Facultas.

ichzeitig wird mit höherem Alter auch eine gewisse Innovationsfeindlichkeit verknüpft. Grundsätzlich ist eine Dualisierung in "jung" vs. "alt" zu diagnostizieren.

BT: Gleichzeitig dominiert aktuell beispielsweise der Begriff "War of Talent" und eine normative Suche nach ausschließlich jungen sogenannten "High Potentials" unternehmerische Diskurse. Symbolisch wird solcherart vorrangig jungen Menschen (Entscheidungs-)Macht als Arbeitnehmer_innen zugeschrieben, gleichzeitig werden andere Machtaspekte wie aktuelle Positions- und Ressourcenverteilungen wie zb. anhand der Führungspositionsverteilungen oder auch der "Generation Praktikum" außen vor gelassen. Insgesamt sind alle Erwerbsarbeitswilligen herausgefordert „Bewältigungsstrategien“ im individuellen Umgang mit Altersbildern und Zuschreibungen zu entwickeln.

„Demografische Entwicklung“ findet sich als wiederkehrendes Schlagwort und dies meist sehr negativ in medialen/politischen/öffentlichen Debatten. Wie schätzen Sie die Folgen der Umkehrung der gesellschaftlichen Alterspyramide ein und welche (erfolgsversprechenden) Strategien gibt es, um mit den Konsequenzen umzugehen?

HE: Wieweit die demografische Entwicklung als negativ zu bewerten ist, ist primär eine Frage der Perspektive: Wir werden in westlichen Industrienationen immer älter. Das ist ja prinzipiell eine schöne Entwicklung. Was als eher problematisch diskutiert wird, ist die Verfügbarkeit von unterschiedlichen Alters-Gruppen am Arbeitsmarkt, etwa im Zusammenhang

mit dem Umlageverfahren des österreichischen Pensionsystems. Die Veränderung der Alterspyramide, wie wir sie in der letzten Dekade beobachten konnten, benennt ja primär nur, dass jüngere Menschen am Anteil der Erwerbsbevölkerung eher weniger werden und ältere Menschen - im Vergleich zu früheren Jahrzehnten - eher mehr werden. Das ist also so betrachtet nicht unbedingt negativ. Was jedoch in diesem Zusammenhang diskutiert wird - durchaus kontrovers auch von Expert_innenperspektive - ist die Frage, ob wir uns das Pensionssystem unter veränderten demografischen Bedingungen noch leisten können? Die Frage so gestellt beleuchtet jedoch die Zusammenhänge zu einseitig, denn die Antwort hängt insbesondere von der Entwicklung des Arbeitsmarkts, auch von der Entwicklung der Wochenarbeitszeit (Stichwort Verkürzung der Arbeitszeit) sowie der Lebensarbeitszeit (Stichwort gesetzliches Pensonalter) ab.

BT: Die demografische Entwicklung hängt ja auch von Faktoren ab, die schwer zu prognostizieren sind, wie etwa Geburtenentwicklung und Migrationsbewegungen. Insbesondere was die Migration betrifft sowie auch die Geburtenentwicklung - etwa in Wien - mussten die in den 2000er Jahren getroffenen Annahmen bereits revidiert werden.

HE: Die Diskussion zur demografischen Entwicklung hat in den letzten Jahren durchaus positive Effekte gezeitigt. Die demografische Entwicklung gilt als bedeutender Treiber für die gesellschaftspolitische sowie organisationale Auseinandersetzung mit Fragen von Alternsverläufen sowie Alternsmanagement in Unternehmen. Die Diskussion ist beispielsweise

eng verwoben mit der Diskussion zur Fachkräfteentwicklung in den 1990er Jahren. In Österreich, zumindest meiner Beobachtung nach, hat die gesellschaftspolitische Diskussion - flankiert auch mit einer Reihe von Forschungsprojekten, die etwa über den Europäischen Sozialfonds finanziert wurden und von nationalen Kooperations-Partnern (wie Interessensvertretungen, dem Arbeitsmarktservice, Ministerien sowie zivilgesellschaftlichen Organisationen) gestützt wurden - insbesondere in den 2000er an Fahrt aufgenommen.

BT: Ich möchte auch noch ergänzen, dass demografische Entwicklungen auch keinem linearen Verlauf folgen, sondern durchaus dynamischen Veränderungen unterliegen können. Auch ist die in der letzten Dekade beobachtete Entwicklung nicht gänzlich neu (klar, neu ist, dass die Lebenserwartung in westlichen Industrieländern noch nie so hoch war wie heute). So war etwa die demografische Zusammensetzung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine gänzlich andere als die in den 70er/80er Jahren beispielsweise. Also wäre mir wichtig zu betonen, dass die gegenwärtig zu beobachtende Entwicklung erstmals weder gut noch schlecht ist. Auch ist die Frage der demografischen Entwicklung, sagen wir insbesondere im deutschsprachigen Raum, sehr national-spezifisch diskutiert und blendet globale Bevölkerungs-Konstellationen in anderen Ländern und Erdteilen eher aus. Wir sprechen z.B. weltweit gesehen von einer Überbevölkerung.

HE: Ein Widerspruch am Arbeitsmarkt, der mit der Verlängerung des Pensionsalters verschärft wurde, ist die Problematik der Arbeitslosigkeit älterer Menschen, hier wird in der Arbeit-

slosenstatistik die Altersgrenze 50+ als Normwert verwendet. Diese Gruppe weist auch gegenwärtig, etwa in Wien, eine Zunahme an Arbeitslosigkeit auf, wohingegen die jüngsten Zahlen ein Sinken der Jugendarbeitslosigkeit melden. Die Gründe für die hohe Arbeitslosigkeit Älterer sind vielschichtig, ein Grund ist sicherlich auch in Alterszuschreibungen zu suchen, also Zuschreibungen, die davon ausgehen, ein Investment in Ältere (bei Neueinstellungen) lohne sich nicht.

Wenn man im Sinne einer intersektionalen Analyse die Dimension „Alter“ mit anderen Identitätskategorien (beispielsweise „Geschlecht“) verknüpft, welche Besonderheiten, Diskriminierungen etc. sind auffällig?

BT: Je nach intersektionaler Positionierung fallen gesellschaftliche Bewertungen unterschiedlich aus. Beispielsweise wer wo und wann und inwiefern als alt wahrgenommen wird, hängt mit dem strukturbedingten intersektionalen Standort zusammen. Beispielsweise wird Männern im Alter eher Weisheit zugeschrieben - siehe politische Vertreter - und Frauen werden in der Tendenz im Alter eher gesellschaftlich unsichtbarer - als Beispiel im medialen Diskurs. Hinsichtlich der sexuellen Orientierung kann beispielsweise festgestellt werden, dass unter schwulen Männern normativ gesehen bereits Männer ab 30 Jahren als alt wahrgenommen werden. Im lesbischen Setting hingegen zeigen Studien, dass (hetero-)normative Schönheitszuschreibungen von älteren Lesben als weniger wirksam wahrgenommen werden und daher ein geringerer normativer Jugendlichkeitsdruck empfunden wird.

HE: Am Arbeitsmarkt gelten Frauen beispielsweise in der Tendenz früher als alt als Männer - selbstverständlich abhängig von der Branche und der Position. Diese normative unterschiedliche Bewertung nach Alter und Status führt zu strukturell grundsätzlich unterschiedlichen Betroffenheiten hinsichtlich verschiedener sozialer Risikolagen. Grundsätzlich sind unterschiedliche Betroffenheiten nach Geschlecht vor allem hinsichtlich der Pensionssicherung und dem Risiko der Altersarmut zu diagnostizieren, welchen Frauen ungleich stärker ausgesetzt sind.

BT: In unterschiedlichen Alterssegmenten werden Individuen mit unterschiedlichen Herausforderungen und Diskriminierungen konfrontiert. Beispielsweise besonders strukturell betroffen davon sind Frauen im gebärfähigen Alter oder auch junge Männer mit Migrationshintergrund.

ALTER(N) IN DER ARBEITSWELT

Welche Unterschiede und Besonderheiten bestehen bei der Betrachtung von „Alter“ in der Arbeitswelt/in Organisationen verglichen mit dem gesellschaftlichen Diskurs?

HE: Grundsätzlich ist der gesellschaftliche Diskurs zu Alter und Altersbilder einerseits sehr dichotom geführt, im Sinne von Jung versus Alt, andererseits haben sich normative Seins-Bilder, wofür eine bestimmte Altersgruppe steht/zu stehen hätten, grundlegend differenziert. Denken wir etwa an die Gruppe von Pensionist_innen, die noch viele Jahrzehnte in der Pension ein gutes und körperlich fittes Leben führen kön-

nen. Somit hat diese Phase im Lebensverlauf an Bedeutung gewonnen, wie etwa sehr gut in der Tourismuswirtschaft beobachtet werden kann, die diese Zielgruppe besonders umwirbt (Stichworte: Silver Ager, Golden Ager). Andererseits leben wir in einer „jugendverliebten“ Welt, wo jung-sein per se zu einem Wert geworden ist und alt-sein tendenziell möglichst lang nicht sichtbar werden soll. Die rasant wachsende Schönheitsindustrie mit all ihren Verheißungen nach „ewig jung“ spricht für sich; da ist auch noch kein Ende in Sicht. Die körperliche Zurichtung und Disziplinierung ist nahezu zu einem Muss in bestimmten gesellschaftlichen Schichten geworden.

BT: Werfen wir noch einen Blick auf die Arbeitswelt: Jung steht für innovativ, kreativ, risikofreudig; also für Zuschreibungen, die für wirtschaftliche Erfolgsverheißungen stehen. Erfahrung und Wissen, also Zuschreibungen, die an ältere Menschen in der Arbeitswelt geknüpft werden, haben jedoch eine „Halbwertszeit“, die tendenziell kürzer wird in einer Wissensgesellschaft; d.h. etwa, Personen, die bestimmte Erfahrungen mitbringen, haben diese bereits nach einigen Jahren erworben; dazu braucht es nicht 20 Arbeitsjahre. Selbstverständlich unterscheiden sich diese „Werte-Einschreibungen“ nach Position und Branche. So gelten für Führungskräfte andere Alterszuschreibungen als etwa für Beschäftigte am Bau oder in der Modebranche.

Man spricht von Ausweitung der Altersphase und zunehmende Differenzierung des Alters. Was ist damit genau gemeint und was bedeutet das für Unternehmen konkret?

HE: Mit der Formulierung “Ausweitung der Altersphase” sowie “zunehmende Differenzierung des Alters” werden grundsätzlich zwei Strukturelemente des Alterswandels bezeichnet. Ersteres benennt die durchschnittlich erhöhte Lebenserwartung und die damit einhergehende Verbesserung der Lebensqualität im Alter. Damit einhergehen die überproportionale Zunahme sogenannter Hochaltriger sowie die subjektiv wahrscheinlichere Erreichbarkeit eines höheren Lebensalters. Zweiteres bezieht sich auf veränderte Lebensverläufe, also auf die Vielfalt von Alter(n)sverläufen. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Lebensformen oder auch Lebensstile, die für bestimmte Altersphasen gesellschaftlich-normativ wirksam waren, differenziert. So hat sich die Phase z.B. von Familiengründungen ausgeweitet, wie die Erhöhung des durchschnittlichen Alters bei Erstgeburten zeigt. Ebenso haben sich die Formen des Zusammenlebens differenziert. Die klassische Kleinfamilie gilt nicht mehr als die Norm, ebenso verbreitet sind Single-Haushalte, neuere Formen von Mehrgenerationen-Haushalten; die etwa auch in der Architektur an Bedeutung gewonnen haben. Die traditionelle Rolle von Frauen als zuständig für Versorgungs- und Kinderarbeit hat einen grundsätzlichen Wandel erfahren (Stichwort: Doppel-Ernährer-Modell, Bildungsexpansion bei Frauen usw.). Wichtig zu betonen ist jedoch auch, dass hier große Unterschiede entlang von gesellschaftlichen Schichten zu beobachten sind.

BT: Dieser Veränderung trägt auch die Differenzierung nach 3. und 4. Alter Rechnung. So wird etwa in Kohorten eingeteilt

und weniger von Generationen gesprochen, um dieser Differenzierung besser Rechnung tragen zu können.

HE: Für Organisationen gehen damit grundlegende Veränderungen einher. Dazu zählen etwa, dass Phasen der Kindererziehung eher als temporäres Phänomen im Erwerbsverlauf gedacht werden können, denn als Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit. Insbesondere für Karriereentwicklungen von Frauen ist dies ein wichtiges Handlungsfeld für Unternehmen, um Wiedereinstieg bzw. temporäre Reduktionen von Arbeitszeit zu fördern und zu managen. Hier setzen beispielsweise ein Vielzahl an Maßnahmen des Diversitätsmanagements an (Karriereprogramme, flexible Arbeitszeitregelungen, Begleitungen während der Elternkarenz und Wiedereinstiegsmaßnahmen etc.).

BT: Ein weiteres Handlungsfeld wären etwa Maßnahmen des Wissensmanagements, Weiterbildungsmaßnahmen für alle Altersgruppen, Sensibilisierungsmaßnahmen bzgl. Alterszuschreibungen und stereotype Altersbilder usw.. Auch im Sinne von: unterschiedliche Lebens- und Arbeitsphasen verlangen unterschiedliches managen der Mitarbeiter_innen. Auch ist Bewegung in die Geschlechterrollen gekommen, wie etwa die Zunahme an Väterkarenzen zeigt.

Eine Kritik lautet, dass das idealtypische Arbeitsverhältnis den Normvorstellungen einer typisch männlichen* Erwerbsbiografie folgt? Würden Sie dem zustimmen und wenn ja, was bedeutet das in der Praxis bzw. insbesondere für Frauen*?

HE: Ich würde hier weniger von einer Kritik an der typisch männlichen Erwerbsbiographie sprechen, sondern von einem Ideal einer männlichen Normal-Erwerbsbiografie, die das dominierende Modell der 70er/80er Jahre war, welches jedoch zunehmend an Normalität verliert. Dieses Modell galt für Frauen nie, denn Frauen hatten die Rolle als Hausfrau und Mutter inne. Jedoch gilt auch hier wieder, dass für breite Schichten der Arbeiterklasse, tendenziell auch für Frauen ein "Zuverdienst-Modell" eher die Regel, als die Ausnahme war. Die sozialpolitischen Systeme waren - bzw. sind es in weiten Teilen noch immer - an diesem Normalarbeitsverhältnis des männlichen Alleinverdiener-Modells ausgerichtet. Weibliche Biografien waren eher gekennzeichnet von diskontinuierlichen Erwerbsverläufen, häuslicher Pflege und Betreuungsaufgaben, mit all damit einhergehenden Risiken wie finanziellen Abhängigkeiten und Altersarmut.

BT: Einiges trifft sicher gegenwärtig in dieser Form nicht mehr zu bzw. hat sich abgeschwächt durch veränderte Familien- und Eltern-Bilder, sozialpolitische Adaptionen und insbesondere durch die verstärkte Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt. Gleichzeitig ist jedoch eine fundamentale Veränderung von Beschäftigungsverhältnissen zu beobachten (prekäre Beschäftigungen, Arbeitsplatzunsicherheit, Teilzeitarbeit ist weiblich usw.), welche neue Risiken schafft und bestehende fortschreibt.

PRAXIS DES DIVERSITÄTSMANAGEMENTS: ALTER(N)SMANAGEMENT

Was kann man sich unter dem Konzept/Begriff „Alter(n)smanagement“ vorstellen? Wofür braucht es diese Maßnahmen?

HE: Alter(n)smanagement versucht Alternsverläufe von MitarbeiterInnen in der Dauer der Betriebszugehörigkeit so zu gestalten, dass ein gesundes und motiviertes älter werden im Betrieb möglich ist. Ziel ist also, eine möglichst lange, gute und zufriedene Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Ist Alter(n)smanagement gleichzusetzen mit Managementmaßnahmen für ältere ArbeitnehmerInnen?

BT: Nein, Alter(n)smanagement versteht sich als umfassender Zugang über alle Altersgruppen des Betriebs hinweg und meint nicht nur Managementmaßnahmen für ältere ArbeitnehmerInnen.

Was sind Instrumente des Alter(n)smanagement bzw. alter(n)sensible Managementstrategien? Welches Potential haben sie?

HE: Als gängige Maßnahmen gelten etwa Job Rotation, Job Enrichment, Tandem-Modelle im Sinne von unterschiedlichen Erfahrungen Lernen oder Weiterbildung für alle Beschäftigte und nicht für bestimmte Gruppen anzubieten. Awareness-Building beispielsweise zielt etwa darauf ab, Altersstereotype zu thematisieren und abzubauen.

Was ist der Unterschied zwischen altersgerechte und alternsgerechte Unternehmenspolitik?

BT: Da stellt sich gleich die Frage, ob überhaupt von altersgerecht gesprochen werden kann, wo davon auszugehen ist, dass wir je nach Lebensverlauf sehr unterschiedlich altern. Also vor dem Hintergrund, dass Alternsverläufe sehr heterogen sind. Altersgerechte Unternehmenspolitik meint daher, wie schon ausgeführt, eine umfassende Unternehmensstrategie hinsichtlich vielfältiger Altersgruppen und Zusammensetzungen zu entwickeln. Aus intersektionaler Perspektive sind individuelle Bedürfnisse nochmals vielfältiger, weshalb nur in der Zusammenschau eine umfassende, spezifische und bedürfnisgerechte Personalpolitik umsetzbar ist.

EMPFEHLUNGEN UND AUSSICHT

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Diversitäts-/Alter(n)smanagement in der Zukunft?

BT: Die Frage ist immer für wen es Herausforderungen zu formulieren gilt. Hinsichtlich des Themenspektrums "Alternsverläufe, Arbeitsmarkt und Geschlecht" kann in erwerbsarbeitsmarktpolitischer Hinsicht konkret die Verlängerung des Arbeitsalters und eine dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt herausgestrichen werden. Für die unterschiedlichen Machtakteurinnen und -akteure im unternehmerischen wie arbeitsmarktpolitischen Setting kann vor allem die Fokussierung unterschiedlicher sozialer Gruppen gleichzeitig mit der Einnahme eines umfassenden Blickes auf Mitarbeitende und Gesellschaft im Hinblick auf das Thema "Alter(n)" genannt werden. Das Aufbrechen stereotyper Alter(n)sbilder hinsichtlich der jeweiligen Alterskohorten zählt ebenso dazu

wie das Vernetzen bzw. das Gestalten des Miteinanders unterschiedlicher Altersgruppen. Dafür braucht es sowohl eines umfassenden unternehmerischen Blickes auf Altern als Prozess als auch einen gesamtpolitischen Blick politischer AkteurInnen.

HE: Das Gestalten und Verändern gesellschaftlich-normativer Diskurse etwa in Bezug auf Leistungs- und Schönheitszuschreibungen entlang von Alter zählt da ebenso dazu wie die prozessuale Herausforderung der Sichtbarmachung von Zuschreibungen und gleichzeitig deren Infragestellung. Praktisch deutlich wird dies vor allem im unternehmerischen wie politischen Reagieren auf vielfältige Normlebensläufe und differenzierte Lebensphasen (Stichwort Pensionsanspruch und Sicherung von Lebensgrundlagen).

Welche Empfehlungen haben Sie dahingehend für die Med Uni Graz?

BT: Die Med Uni Graz ist – so wie alle Organisationen – auf allen Ebenen gefordert sich mit Diversität und Alter(n) auseinander zu setzen. Als Bildungseinrichtung bedeutet dies die Notwendigkeit einer organisationalen Verankerung nach innen ebenso wie nach außen und damit die Integration sowohl in curriculärer, organisationsstruktureller als auch in personalpolitischer Hinsicht. In der Praxis beinhaltet das beispielsweise die Integration von alter(n)spezifischen Aspekten in die vorrangigen Organisationsziele, eine Implementierung in den Code of Conduct, eine Überarbeitung aller curriculärer Inhalte hinsichtlich stereotyper Altersbilder

und die Integration von Alter(n)spekten in alle Bereiche des Gesundheitsmanagements sowie die Beschäftigung mit allen Personengruppen angefangen von Studierenden bis hin zu Mitarbeitenden. Dies kann sich beispielsweise in der Integration von teilzeit- und arbeitsortflexiblen Maßnahmen widerspiegeln ebenso wie in der Förderung von Work-Life-Balance-Programmen, etc.

HE: Mit Alter(n) verknüpfen sich sehr viele DM-Maßnahmen angefangen vom Kindergarten bis zur Altersteilzeit und in diesem Sinne sind bestehende DM-Maßnahmen hinsichtlich ihrer Integration von Alter(n)spekten zu durchleuchten und weiter zu entwickeln. Gefragt ist die Med Uni Graz als akademische Institution daher beispielsweise auch hinsichtlich des Abfederns von Unsicherheiten in Karriereverläufen für unterschiedliche Personen- und Altersgruppen sowie einem Hinterfragen akademisch-normierter linearer Karriereverläufe und "Exzellenz-Kriterien".

DIVERSITÄT BEDEUTET FÜR UNS...?

BT/HE: Das Erkennen, Wahrnehmen und Einbeziehen strukturell-bedingter und gesellschaftlich-bewerteter unterschiedlicher sozialer Ausgangsbedingungen, welche in individuellen intersektionalen Standorten resultieren. Diversität macht das Leben und das soziale Miteinander daher sowohl spannender als auch herausfordernder und kann niemals abgekoppelt von spezifischen machtvolleren und -loseren Positionierungen gesehen werden.



Kommt ein Kind auf die Welt, wird in den meisten Fällen zu allererst gefragt „Junge oder Mädchen?“; unser Geschlecht spielt also vom ersten Tag an (und oftmals auch schon während der Schwangerschaft) eine wichtige Rolle. Die Antwort auf diese Frage entscheidet maßgeblich, welche Erwartungen hinsichtlich dem Verhalten, der Kleidung, den Charaktereigenschaften, der Berufs- und PartnerInnenwunsch uvm. an das Kind gestellt werden. Beim Geschlecht handelt es sich also „um ein hochkomplexes Zusammenspiel vielfältiger biologischer und gesellschaftlicher Prozesse, die sich über die Zeit in einem Individuum spezifisch sedimentieren.“

Menschen werden in unserer Gesellschaft in einem sogenannten Zwei-Geschlechter-Modell bzw. in einer binären Geschlechterordnung sozialisiert. Es gibt Burschen*/ Männer* und Mädchen*/ Frauen*, dazwischen scheint kein Platz zu sein. Doch Statistiken zufolge liegt der Anteil intergeschlechtlicher Menschen, also Menschen mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen, an der Weltbevölkerung bei 1,7%. Dennoch werden wir entweder zum Mann* oder Frau* erzogen und schon Simone de Beauvoir hat treffend formuliert: „Man ist nicht als Frau geboren, man wird es.“

Doch nach und nach scheinen sich die starren Geschlechtergrenzen zu lockern und das Spektrum an Möglichkeiten zur Entfaltung der individuellen Persönlichkeit scheint sich zu erweitern. Dies ist u.a. der feministischen Bewegung zu verdanken, deren Ziel es ist, die Gleichberechtigung aller Geschlechter auf

allen gesellschaftlichen, politischen und privaten Ebenen zu erreichen. Dennoch finden sich nach wie vor insbesondere in der Arbeitswelt noch deutliche Unterschiede zwischen Männern* und Frauen*. Hinsichtlich des Arbeitsmarktes spricht man von der sogenannten vertikalen und horizontalen Segregation. Betrachtet man beispielsweise die vertikale Segregation, so finden sich nach wie vor erheblich mehr Männer* in Führungspositionen: „Unter den unselbständig Erwerbstätigen mit einem Fachhochschul- oder Universitätsabschluss übten 21,2% der Männer, aber nur 7,9% der Frauen [2016] eine führende Tätigkeit aus.“ Und auch hinsichtlich der horizontalen Segregation zeigt sich in Österreich weiterhin ein geschlechtsspezifisch geteilter Arbeitsmarkt. So sind nach wie vor mehr Männer* im Produktionsbereich und mehr Frauen* im Dienstleistungssektor tätig.

Diese beiden Formen der Segregation wirken sich unmittelbar auf das Gehalt aus und führen u.a. zum sogenannten Gender Pay Gap. „Berücksichtigt man die Unterschiede im Beschäftigungsmaß (Teilzeit, unterjährige Beschäftigung) und beschränkt den Vergleich auf ganzjährig Vollzeitbeschäftigte, dann lagen die Bruttojahreseinkommen [2015] der Frauen (35.023 Euro) immer noch um 17,3% unter jenen der Männer (42.364 Euro).“

Für die Praxis des Diversity Managements bedeuten die eben beschriebenen Ungleichbehandlungen und Benachteiligungen von Frauen* die Notwendigkeit von gezielter Förderung und spezifischen Maßnahmen. So gibt es beispielsweise an der

Medizinischen Universität Graz ein Frauenförderungsprogramm (Stipendien, Coaching, Mentoring und Weiterbildungsangebote), Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Servicestelle für Vereinbarkeit) und die Umsetzung von Gender Mainstreaming (z.B. Gender Budgeting). „Mit diesen Maßnahmen soll auf betrieblicher Ebene Diskriminierung von Geschlecht entgegengewirkt und eine gesellschaftliche Gleichbewertung von Tätigkeiten erreicht werden, egal ob diese von Frauen oder Männern verrichtet werden.“

GENDER PAY GAP IN ÖSTERREICH

- » IM EU-VERGLEICH WIRD DER LOHNUNTERSCHIED EINHEITLICH FÜR ALLE MITGLIEDSTAATEN ANHAND DER DURCHSCHNITTLICHEN BRUTTOSTUNDENVERDIENSTE DER UNSELBSTÄNDIG BESCHÄFTIGTEN IN DER PRIVATWIRTSCHAFT BERECHNET. VERGLEICHT MAN DIE AUF BRUTTOSTUNDENVERDIENSTE STANDARDISIERTEN LÖHNE UND GEHÄLTER, DANN HAT SICH DER EU-INDIKATOR GENDER PAY GAP VON 25,5% 2006 AUF 21,7% 2015 VERRINGERT. ÖSTERREICH LIEGT ABER WEITERHIN DEUTLICH ÜBER DEM EU-DURCHSCHNITT VON 16,3%.
- » DER ERKLÄRTE ANTEIL LIEGT DEMNACH BEI 8,6 PROZENTPUNKTEN (BZW. 38,9%). ZU DEN WICHTIGSTEN ERKLÄRENDE FAKTOREN ZÄHLEN BRANCHE UND BERUF, DA FRAUEN NACH WIE VOR ÖFTER IN SCHLECHTER BEZAHLTEN DIENSTLEISTUNGSBERUFEN UND IN BRANCHEN MIT GERINGEREN VERDIENSTMÖGLICHKEITEN ARBEITEN, WÄHREND MÄNNER HÄUFIGER IN BESSER BEZAHLTEN TECHNISCHEN BERUFEN UND FÜHRUNGSPPOSITIONEN ZU FINDEN SIND. EINEN DEUTLICHEN EINFLUSS HABEN AUCH DAS AUSMASS DER BESCHÄFTIGUNG, DA TEILZEITBESCHÄFTIGTE AUCH PRO STUNDE GERINGER ENTLOHNT WERDEN, SOWIE UNTERSCHIE-

DE IN DER DAUER DER ZUGEHÖRIGKEIT ZUM UNTERNEHMEN.

- » DER UNERKLÄRTE ANTEIL VON 13,6 PROZENTPUNKTEN (BZW. 61,1%) BLEIBT AUCH UNTER BERÜCKSICHTIGUNG ALLER GENANNTEN FAKTOREN BESTEHEN. DIE VORLIEGENDEN ERGEBNISSE BESTÄTIGEN SOMIT VORHERGEHENDE ANALYSEN, WONACH DER GENDER PAY GAP IN ÖSTERREICH NUR ZU EINEM TEIL AUF BEOBACHTBARE UNTERSCHIEDE ZURÜCKGEFÜHRT WERDEN KANN, WÄHREND DER GROSSTEIL UNERKLÄRT BLEIBT.

Quelle: Statistik Austria

SOZUSAGEN GESCHLECHT

Man ist nicht als Frau geboren, man wird es.

Simone de Beauvoir, französische Schriftstellerin (1908 - 1986)

This isn't just, 'girls are better than boys, boys are better than girls.' This is just, 'everyone deserves a fair chance.'

Emma Watson, Schauspielerin

I do not wish them to have power over men; but over themselves.

Mary Wollstonecraft, Britische Schriftstellerin des 18. Jahrhunderts

Feminism is the radical notion that women are people.

Marie Shear

„Ständig wird gesagt, der Feminismus sei überflüssig, weil die Frauen ja schon alles erreicht hätten, dabei braucht man sich nur anzuschauen, wieviel Prozent des Vermögens der Welt in weiblicher Hand ist. Nämlich genau 1 Prozent. Das ist ein Witz. Und dann muss man sich auch noch dafür rechtfertigen, dass man eine Emanze ist. Als ob man überhaupt etwas anderes sein könnte!“

Elfriede Jelinek, österreichische Schriftstellerin, Literatur-Nobelpreis 2004

„Wenn ein Mann Karriere macht, fragt kein Mensch: Und was machen Sie mit den Kindern?“

Senta Berger, deutsche Schauspielerin

Ich denke, es ist Zeit, daran zu erinnern: Die Vision des Feminismus ist nicht eine "weibliche Zukunft". Es ist eine menschliche Zukunft. Ohne Rollenzwänge, ohne Macht- und Gewaltverhältnisse, ohne Männerbündelei und Weiblichkeitswahn.

Johanna Dohnal, Politikerin und erste Frauenministerin Österreichs (1939-2010)

It is not our differences that divide us. It is our inability to recognize, accept, and celebrate those differences.

Audre Lorde, US-amerikanische Dichterin und Aktivistin (1934-1992)

Imagine living in a world where there is no domination, where females and males are not alike or even always equal, but where a vision of mutuality is the ethos shaping our interaction.

bell hooks, afroamerikanische Literaturwissenschaftlerin und Aktivistin

The problem with gender is that it prescribes how we should be rather than recognizing how we are. Now imagine how much happier we would be, how much freer to be our true individual selves, if we didn't have the weight of gender expectations.

Chimamanda Ngozi Adichie

GESCHLECHTERSSENSIBLE MEDIZIN

Der Fokus geschlechtersensibler Medizin liegt auf der Berücksichtigung der Bedeutung des biologischen und des sozialen Geschlechts in der medizinischen Forschung und Praxis. Dazu zählt nicht nur die gezielte Rücksichtnahme auf unterschiedliche Körperprozesse und Krankheitsverläufe, gleichermaßen ist es wichtig, unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen in die Prävention und die Behandlung von Krankheiten miteinzubeziehen.

Die Notwendigkeit für geschlechtersensible Medizin wird etwa in Bezug auf Studien klar, die sich lange Zeit an "Mustermännern" orientierten. Bei der Erprobung von Medikamenten oder Behandlungen müssen gezielt auch geschlechtsspezifische Daten erhoben werden, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Ebenso lassen sich Unterschiede in Symptomen oder dem Kommunikationsverhalten feststellen, die für die Diagnostik berücksichtigt werden müssen. Ein Beispiel für die Notwendigkeit eines geschlechtersensiblen Umgangs in der Medizin ist die Depression. Üblicherweise gilt Depression als „Frauenkrankheit“, und tatsächlich wird sie bei Frauen häufiger diagnostiziert. Dies kann an biologischen Unterschieden und geschlechtsspezifischem Umgang mit Stress liegen, ebenso kann aber von einer Unterdiagnostik bei Männern ausgegangen werden. Ein möglicher Grund dafür ist, dass sich die Symptome der Krankheit bei Frauen und Männern häufig unterscheiden (bei Frauen gibt es eine hohe Komorbidität mit Angst- und Essstörungen, während Depressionen bei Männern häufig von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit verdeckt werden). Ebenso kann es sein, dass

die Symptome bei Männern aufgrund Geschlechterstereotype seltener ernst genommen werden.

GENDERRELEVANZ?

Projekte/Publicationen sind genderrelevant wenn sie sich explizit mit einer Gender-Thematik auseinandersetzen, oder innerhalb des gewählten Themas einen deutlichen Gender-Bezug herstellen. Diese Kategorisierung richtet sich primär an Projekte, die sich tatsächlich durch einen Fokus auf Gender (=soziokulturelles Geschlecht) auszeichnen.

Wird der Fokus ausschließlich auf das biologische Geschlecht (sex) bzw. biologische Geschlechtsunterschiede gelegt, kann durch eine genderspezifische Auswirkung oder Fragestellung ebenfalls Genderrelevanz gegeben sein.

Ebenso ist neben inhaltlichen Fragestellungen auch gendersensible Methodik (Gender Bias) und der reflektierte Umgang mit Gender-Aspekten relevant.

Von einer Gender-Thematik oder einem Gender-Bezug kann man z.B. sprechen, wenn sich Fragestellung/Ergebnisse eines Projektes an unterschiedlichen sozialen oder kulturellen Perspektiven oder Bedürfnissen von Männern und Frauen orientieren oder nach eben diesen forschen (z.B. unterschiedliche Nutzung oder Zugang zu Produkten/Angeboten/Gesundheitsinstitutionen, Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Lebensrealitäten der Geschlechter im Sinne von Lebensführung, Gewohnheiten, Auswirkungen der Umwelt/des Umfelds etc.).

Eine genderspezifische Auswirkung oder Fragestellung in Bezug auf das biologische Geschlecht wäre z.B. in einem Gebiet, in dem Frauen in Untersuchungsgruppen unterrepräsentiert waren, nach geschlechtsspezifischen Besonderheiten/Unterschieden zu fragen, um eventuell spezifische Bedürfnisse von Frauen nicht auszublenden.

Es werden drei Hauptformen des Gender Bias (geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte) in der Forschung unterschieden: „Androzentrismus bzw. Übergeneralisierung“ (männlich bestimmte Perspektive bzw. Ausschluss eines Geschlechts), „Geschlechterinsensibilität“ (Ignorieren von sex und/oder gender als bedeutende Faktoren) und „Doppelter Bewertungsmaßstab“ (unterschiedliche Behandlung oder Evaluierung gleicher Situationen auf der Basis des Geschlechts).

FACETTEN ZU GENDER- UND GESCHLECHTERMEDIZIN

B. Obermayer-Pietsch und A. Obermayer

Die Rede ist vom Rollenverhalten und der Position von Frauen und Männern in der Gesellschaft, aber auch von biologischen Unterschieden, die Erkrankungen und viele Gesundheitsthemen beeinflussen.

GENETIK UND KRANKHEITSSUSZEPTIBILITÄT

Tatsächlich sind biologische Unterschiede für ein Erkrankungsrisiko bei Frauen und Männern teils genetisch determiniert – häufig ist aber die Gender-assozierte Lebensweise erst mit der Manifestation verbunden.

Trombetta AC et al., Front Horm Res. 2017

TESTOSTERON UND ANDERE HORMONE

Männer lieben es aus vielen Gründen, Frauen mit höheren Spiegeln haben aber ebenfalls ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko und teils entsprechende Symptome

Münzker J et al., Clin Endocrinol (Oxf). 2017

INTERSEX

Die erste Frage nach der Geburt "ist es ein Bub oder Mädchen?" kann in 0.018% einen deutlich komplexeren Hintergrund haben.

Ahmed SF et al., Arch Dis Child 2004

KRANKMELDUNGEN

Die Entscheidung über Krankmeldungen und die Dauer eines Krankenstandes hängt neben vielen Faktoren vom Gender-Hintergrund ab.

Kragholm K et al., Circulation 2015

GEFÄSSERKRANKUNGEN

Neben unterschiedlicher Symptomatik und wahrgenommener Urgenz von (schweren!) Gefäßserkrankungen bei Frauen und Männern sind auch unterschiedliche Faktoren für Diagnostik und Therapie wichtig.

Poorthuis MH et al., JAMA Neurol. 2017

SELBSTBILD UND GESUNDHEIT

Frauen und Männer nehmen sich selbst und ihre Gesundheit unterschiedlich wahr, was von Krankheitspräsentation bis zu Therapieoptionen reicht.

Hawro M et al., J Am Acad Dermatol. 2017

MEDIZINISCHE VORSORGE

Die Neigung, zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen, ist zwischen den Gendergruppen auch abhängig vom individuellen Hintergrund sehr unterschiedlich – mit weitreichenden Auswirkungen.

Regensteiner JG et al., Circulation. 2015

LEBENSERWARTUNG

Frauen und Männer werden im Durchschnitt unterschiedlich alt (in Mitteleuropa 83 vs. 78 Jahre), was viele – u.a. gender-assozierte – Gründe hat.

Chetty R et al., JAMA 2016

SCHMERZEN

Die Wahrnehmung von Schmerzen und anderen Symptomen ist bekannterweise bei den Gendern sehr unterschiedlich und muss im klinischen Alltag unbedingt beachtet werden.

Global Burden of Disease Study Collaborators, Lancet 2015

INFEKTIONEN

Die Neigung zu Infektionen, aber auch deren Wahrnehmung sind sehr unterschiedlich verteilt, „Männerschnupfen“ oder Harnwegsinfekte sind typische Beispiele.

Ghosh S et al., J Immunol. 2017

DEPRESSIONEN

Frauen mit Diagnose Depression häufig ängstlicher, während depressive Männer aggressiver seien.

Granek L et al., Cancer 2016

AUTOIMMUNITÄT

Frauen haben deutlich mehr Autoimmunerkrankheiten, sprechen besser auf Impfungen an als Männer, haben aber auch mehr Nebenwirkungen

Rubtsova K et al., J Clin Invest 2015

KREBS

Onkologische Erkrankungen zeigen deutliche Gender-Unterschiede bezüglich Risikofaktoren, Tumorbiologie und -outcome, aber auch Präventionseffizienz.

Chacko L et al., Dig Dis Sci. 2015

PHARMAZEUTIKA

Häufig wurden in der Vergangenheit Arzneimittel nur an Männern getestet, was bedeutende Dosis- und Nebenwirkungsprobleme bei Frauen (und Kindern) aufwirft.

Schoos MM et al., Am J Cardiol 2016

TIEREXPERIMENTE IN DER FORSCHUNG

Aus praktischen Gründen wurden/werden Tierversuche häufig nur an männlichen Versuchstieren durchgeführt

Wang F et al., Endocrinology 2017

Univ.-Prof.in Dr.in Barbara Obermayer-Pietsch, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie der Medizinischen Universität Graz und Leiterin der Endokrinologie Laborplattform, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel (ÖGES).

FRAUEN* UND MEDIZINISCH WISSENSCHAFTLICHE KARRIERE

In Österreich ist es Frauen erst seit etwa 100 Jahren möglich, Medizin zu studieren. Lange Zeit wurde damit argumentiert, dass sie ihre Bestimmung als Hausfrau und Mutter hätten und es nicht in ihrer Natur liegen würde, sich intellektuell zu betätigen oder gar in einer ärztlichen Praxis tätig zu sein. Erst im Jahr 1901 besuchten Frauen erstmals die damalige Medizinische Fakultät in Graz, was jedoch noch lange Zeit heftig diskutiert wurde.

Mittlerweile studieren deutlich mehr Frauen als Männer Medizin, sie erzielen häufig bessere Leistungen und zeigen hohes Engagement. Umso verwunderlicher erscheint die Tatsache, dass Leitungspositionen trotzdem noch immer signifikant seltener von Frauen besetzt sind, der Professorinnenanteil auffallend niedrig liegt und nur „ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotenzials eine Führungsposition“¹ erreicht (vertikale Segregation). Ebenfalls zu beobachten ist eine horizontale Segregation nach Fachbereichen.

„Nicht alle Fächer sind ‚frauenfreundlich‘ und einige der ganz großen Fächer weisen nach wie vor sehr geringe Frauenanteile auf.“²

So bleibt beispielsweise das Fach Chirurgie eher männlich dominiert, während vor allem Pädiatrie eines der Gebiete ist, in denen

ein sehr hoher Anteil an Frauen tätig ist. Trotz hoher Qualifikationen scheint das sogenannte glass ceiling oder leaky pipeline Phänomen, welches für das „Hängenbleiben“ qualifizierter Frauen in mittleren Positionen steht, Frauen eine ebenso erfolgreiche Karriere wie Männern zu verwehren.

Im medizinischen Kontext lässt sich zunehmend eine „Feminisierung der Medizin“ feststellen, welche jedoch „vor den Leitungspositionen im akademischen Umfeld Halt“³ macht: Die Anzahl der Studentinnen, Absolventinnen und des weiblichen ärztlichen Personals nimmt seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts beständig zu. Dies bedeutet, dass Frauen „die Medizin als ein für sie attraktives Berufsfeld entdecken“⁴.

Damit dieses jedoch nicht an Attraktivität verliert und auch für Frauen bestmögliche Karrierechancen bietet, sind gewisse Probleme und Hindernisse zu beseitigen.

„Von einer tatsächlichen Feminisierung kann erst dann gesprochen werden, wenn die Mehrzahl der Lehrstühle durch Frauen besetzt und wenn von dort der Input von Frauen tatsächlich stärker ist“.⁵

Doch worauf kann diese Unterrepräsentanz des weiblichen Geschlechts in höheren Positionen, Fachbereichen und wissenschaft-

1 Bericht der BLK: Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Bonn 2004. S. 11.

2 Ackermann – Liebrich, U.: Welche Frauen hat die Medizin? S. 18.

3 Dalhoff, Jutta: Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. S.12.

4 Buddeberg – Fischer, B.: Welche Frauen braucht die Medizin? Karriereentwicklung von Frauen und Männern in der Medizin. In: Feminisierung der Medizin – Chance oder Risiko? Am Beispiel der Frauenheilkunde. Hrsg.v. Vetter, Klaus / Buddeberg, Claus. akademos Wissenschaftsverlag. 1. Aufl. Hamburg. 2003. [S.26].

5 Ackermann – Liebrich, U.: Welche Frauen hat die Medizin? S. 20f.

lichen Karrieren trotz zumindest gleichwertiger Leistungen zurückgeführt werden?

Um auch weibliche Potentiale optimal nutzen, Frauen fördern und Geschlechtergerechtigkeit im Sinne des gesetzlich verankerten Gender Mainstreaming herstellen zu können, müssen vorab einige Hemmnisse, die (wissenschaftlichen) Frauenkarrieren im Wege zu stehen scheinen, sowie „Stolpersteine“ beim Namen genannt werden, um adäquat darauf reagieren und eine partnerschaftlich – menschliche Medizin gewährleisten zu können.

MÖGLICHE KARRIEREHEMMNISSE FÜR FRAUEN IN DER MEDIZIN

Wagen wir einen Blick zurück in die Vergangenheit: Im Zuge der Industrialisierung des 18. Jahrhunderts und der daraus resultierenden Trennung von öffentlicher und privater Sphäre wurden den Geschlechtern unterschiedliche (Charakter-)Eigenschaften zugeschrieben, woraus sich spezifische Rollenverteilungen ergaben. Diese Polarisierung „führte zu unterschiedlichen Wahrnehmungen der Lebensrealitäten bei Frauen und Männern“⁶. Derartige Rollenzuweisungen und heute noch tief verankerte Denk- und Verhaltensmuster können diverse Konsequenzen nach sich ziehen: Sie beeinflussen beispielsweise Gesundheit und Lebenserwartung und sie prägen Familie und Partnerschaft. Soziologischen Untersuchungen zur Folge zeigen sich auch heute noch geschlechtsspezifische Stereotype in der Gesellschaft: Frauen werden überwiegend als emotional, abhängig, anlehungsbedürftig, gesprächig und expressiv gesehen, während

⁶ Vgl. Mosimann, Monika / Gross – Meier, Katharina: Von Penelope bis Athene: von der Arztgattin zur Ärztin. In: Primary Care. 2001. S.23.

Männer als selbstsicher, unabhängig, willensstark und überlegen gelten⁷.

Da Frauen aufgrund ihrer „biologischen Fähigkeiten“ traditionell primär der Reproduktionsbereich zugewiesen wurde, leisten sie auch heute noch den Großteil der unbezahlten Hausarbeit, Kinderbetreuung sowie Erziehungsarbeit, unterbrechen ihre Ausbildung für Schwangerschaften und sehen sich oftmals einer Mehrfachbelastung im Beruf ausgesetzt. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt eine Mehrfachbelastung dar, die sich negativ auf ihren Karriereweg auswirken kann.

Untersuchungen konnten jedoch aufzeigen, dass Frauen, auch bei gleicher beruflicher Qualifikation⁸, seltener als Männer Karriere machen, häufiger in Teilzeit arbeiten und der Frauenanteil mit steigender Hierarchiestufe abnimmt⁹, weil

„sie sich einen vielschichtigeren Lebensplan vornehmen als die meisten Männer. Sie wollen familiäre und berufliche Wünsche, die eigene Karriereplanung und diejenige des Partners unter einen Hut bringen“¹⁰

Dies bedeutet, dass „Schwerpunktgebiete, in denen Ärztinnen verstärkt vertreten sind, zumeist geregelte Arbeitszeiten [ermöglichen], häufiger die Option [bieten], einer Teilzeittätigkeit nachzugehen und eine geringere Zahl an Überstunden [er-

⁷ Riecher, Anita / Gunten, Anne von / Landmann, Regine: Genderspezifische Nachwuchsförderung in der Medizin: eine ‚Roadmap‘. Ars Medici 3. 2009. S. 100.

⁸ Vgl. Latal, Bea / Saurenmann, Traudel: Feminisierung in der Medizin am Beispiel der Pädiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 2009. 90:9. S.354 – 358.

⁹ Vgl. Kraft, Esther / Hersperger, Martina: Ärzteschaft in der Schweiz – die Feminisierung der Medizin. In: Schweizerische Ärztezeitung. 2009. 90:47. S.1823 – 1825.

¹⁰ Ebd., S.24

fordern“¹¹, was einen Hinweis darauf gibt, dass Frauen die Kinderbetreuungssituation in ihren Karriereverlauf verstärkt einkalkulieren, da „der Wunsch nach Beruf und Familie heute noch zum Lebensentwurf der meisten jungen Frauen gehört“¹². Zudem legen sie mehr Wert auf einen controllable lifestyle und haben bei gleicher Arbeitsbelastung eher als Männer das Gefühl, dass ihr Familienleben zu kurz kommt. „Zwar wünscht sich die Mehrzahl aller Studienabgänger[innen] – Männer wie Frauen – eine gute Vereinbarkeit des Berufes mit der Familie; während Frauen jedoch die Familie priorisieren, lassen sich Männer dadurch in ihrer Karriereplanung weniger behindern“¹³.

„Insofern ist die Frage nach den Möglichkeiten der Vereinbarkeit auch zentral für die Fragen nach beruflich erfolgreichen Wegen“¹⁴.

Überdies müsste sicherlich auch eine Diskussion über die Flexibilisierung von Arbeitszeiten geführt werden, was speziell Eltern entgegenkommen würde. Neben dem Mutterschafts- sollte außerdem auch der Vaterschaftsurlaub unterstützt werden. Ausreichende Informationen über die Inanspruchnahme der Väterkarenz, „Papamonat“, Elternzeit, Karenzzeit – Splitting oder Vereinbarkeit von Familie und Beruf o.ä. müssen hierzu offengelegt

11 Bericht der BLK: Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Bonn 2004. S.16

12 Dettmer, Susanne / Kaczmarczyk, Gabriele / Bühren, Astrid: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Verlag. Heidelberg. 2006. S.109.

13 Riecher, Anita / von Gunten, Anne / Landmann, Regine: Genderspezifische Nachwuchsförderung in der Medizin: eine ‚Roadmap‘. In: Ars Medici 3. 2009. S.100.

14 Ebd. S. 109.

werden, um in weiterer Folge auch Männer zu diesem Schritt zu motivieren.

Für Frauen scheint es zudem seltener in Frage zu kommen, „für eine Anstellung in eine andere Stadt oder ein anderes Land zu ziehen, wenn dies z.B. nicht zusammen mit Partnerin bzw. Partner und/oder Familie möglich ist“¹⁵. Sie verfügen somit über eine geringere Mobilitätsneigung, was sich auf das Fortschreiten der eigenen Karriere negativ auswirken kann.

Auch bei der Wahl der Fachgebiete zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen: Während Frauen vor allem Wert auf eine kurze, überschaubare Ausbildungsdauer legen, interessieren sich Männer besonders für Forschungstätigkeiten, hohes Einkommen und Ansehen¹⁶.

Es zeigt sich, „dass Frauen signifikant besser und mehr publizieren müssen, um gute Einschätzungen und Stipendien zu erhalten“¹⁷, um in weiterer Folge in ihrer wissenschaftlichen Karriere erfolgreich zu sein. Hier müssten vor allem auch „die Altersgrenzen bei der Vergabe von Stipendien hinterfragt werden – nicht nur für Mütter, sondern auch für Väter“¹⁸.

15 Bericht der BLK: Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Bonn 2004. S.16.

16 Anita Riecher / Anne von Gunten / Regine Landmann: Genderspezifische Nachwuchsförderung: eine Roadmap.

17 Nature 1997 zit. n. Riecher, Anita / Gunten, Anne von / Landmann, Regine: Genderspezifische Nachwuchsförderung in der Medizin: eine ‚Roadmap‘. S. 99.

18 Ebd. [S. 101].

Studien zufolge sinkt das berufliche Selbstvertrauen von berufstätigen Ärztinnen im Laufe der Zeit, während das ihrer männlichen Kollegen steigt¹⁹.

Eine Folge des „Glasdeckeneffekts“ ist, dass sowohl Frauen als auch Männer dazu neigen, Frauen unterzubewerten und Männer überzubewerten. Das führt zu unbewusster Ungleichbehandlung und indirekter Diskriminierung²⁰. Wie unter anderem Studien zu Karriere in Wissenschaft von Bochow und Joas aufzeigen konnten, haben Frauen mit überdurchschnittlichen Leistungen in der Regel weniger Erfolg als Männer mit unterdurchschnittlichen Leistungen.²¹ So zeigen sich in Berufsbiographien geschlechtsspezifische Unterschiede, die Frauen meist benachteiligen und an einem Karrieresprung und beruflichen Aufstieg hindern. Frauen schätzen zudem meist mit steigender Qualifikation ihre Chancen auf eine erfolgreiche Bewerbung niedriger ein als Männer, was als „Selffulfilling – Prophecy“²² betrachtet werden könnte.

Auch in Bezug auf Führungsstile und PatientInnenversorgung lassen sich gewisse Unterschiede zwischen den Geschlechtern

19 Abele-Brehm, Andrea E.: Arzt oder Ärztin sein heute – zwischen Erwartung und Realität – Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E. In: Brandenburg, Ulrich et. al. (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF. Gießen. Psychosozial-Verlag. 2002. S.21-32.

20 Massachusetts Institute of Technology: A study on the status of women faculty in science at MIT. MIT Faculty Newsletter, Vol. 11, No. 4. Cambridge, Mass, Massachusetts Institute of Technology. 1999.

21 Lind, Inken: Aufstieg oder Ausstieg? Karrierewege von Wissenschaftlerinnen. Ein Forschungsüberblick. CEWS Beiträge. Frauen in Wissenschaft und Forschung. hrsg. v. Mühlenbruch, Brigitte. Nr. 2. Kleine Verlag. Bielefeld. 2004. S.25.

22 Dalhoff, Jutta: Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. S.15.

feststellen: Männer fokussieren in der Regel stärker auf Außenkontakte und Forschung, während sich Frauen verstärkt mit der Versorgung der PatientInnen beschäftigen und neben den körperlichen Beschwerden vor allem auch auf die emotionale Befindlichkeit der PatientInnen achten. Studien von Levinson zufolge sind PatientInnen mit Männern und Frauen als Ärzte beziehungsweise Ärztinnen jedoch gleichermaßen zufrieden.²³

Berufungsverfahren erscheinen als nicht ausreichend transparent, was zur Folge haben kann, dass durch subjektive Bewertungen in der Auswahl Männer bevorzugt werden. Strukturelle Veränderungen mit dem Ziel einer größeren Objektivierbarkeit und Transparenz, vor allem in der Auswahl, in der unterschiedliche Wahrnehmungen und Bewertungen der BewerberInnen eine große Rolle spielen – auch in Bezug auf die Begünstigung von Männern – wären demnach dringend von Nöten, denn Frauen streben aufgrund demotivierender Prozesse und diskriminierender struktureller Bedingungen immer noch seltener als Männer eine weiterführende Karriere als Ärztin oder Wissenschaftlerin an. So kann die Feminisierung der Medizin auch die Konsequenz tragen, dass der karriereorientierte Nachwuchs langfristig abnimmt.

Männer sind in der Regel häufiger als Frauen Teil von informellen und formellen karrierefördernden Netzwerken²⁴.

„Frauen verfügen in der Regel über kein vergleichbares

23 Levinson et al.: When most doctors are women: what lies ahead? Ann Intern med. 2004 Sept. 21141(6). S. 471-4.

24 Dahlhoff, Jutta: Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. In: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/fachinformationen/servicepublikationen/sofid/Fachbeitraege/Frauen_2006-1.pdf.

Netzwerk als Supportsystem²⁵“.

Durch Bildung von frauenspezifischen karrierefördernden Netzwerken könnten Frauen außerdem verstärkt dazu angeregt werden, (Lehr-) Erfahrungen, Kompetenzen und Informationen untereinander auszutauschen, höheres Selbstbewusstsein zu erlangen und sich gegenseitig zu stärken. Auf diese Weise würde Chancengleichheit in der Wissenschaft gefördert werden.

Der Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Frauen in der Medizin gestalten sich oft verschiedenartig zu dem von Männern. Frauen bekommen weniger Raum und Infrastruktur bereitgestellt, werden oft von wichtigen Entscheidungsprozessen und Informationen ausgeschlossen und haben ein niedrigeres Einkommen²⁶.

Wichtig erscheint es hier, Frauen früh genug auf genderspezifische Probleme in einer Medizinkarriere hinzuweisen und zu einer zielgerichteten, bewussten Planung der eigenen Karriere (unter Berücksichtigung persönlicher Wünsche) zu motivieren.

25 Bericht der BLK: Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Bonn 2004. S.15.

26 Jutta Dahlhoff: Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. In: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/fachinformationen/servicepublikationen/sofid/Fachbeitraege/Frauen_2006-1.pdf.

DER WERT DER DINGE – EINE PERSÖNLICHE BETRACHTUNG VON KARRIERE

Für eine etwas persönlichere Sicht der Thematik, haben wir Frau Assoz.Prof.in Dr.in Ines Zollner-Schwetz zu einem Interview gebeten. Frau Zollner-Schwetz ist eine erfolgreiche Ärztin und Wissenschaftlerin, tätig an der Universitätsklinik für Innere Medizin und spezialisiert auf Infektiologie und Tropenmedizin. Ebenso weiß sie als Mutter zweier Töchter (geboren 2009 und 2011) um die Herausforderungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Das Interview ist bereits 2015 im Zuge eines Projektes entstanden.

Beschreiben Sie zuerst, wie ihre wissenschaftliche Laufbahn ausgesehen hat bzw. aussieht, wie Sie sich für eine Karriere in der Wissenschaft entschieden haben und wie ihr Berufseinstieg aussah.

Zollner-Schwetz: Ich habe während des Studiums Interesse an der Inneren Medizin entdeckt und auch am wissenschaftlichen Arbeiten. Was mich gereizt hat an der akademischen Position, war einfach die interessante Kombination aus dem klinischen und dem wissenschaftlichen Arbeiten,. Zusätzlich reizvoll war auch die Möglichkeit zu haben, in der Lehre tätig zu sein. Eigentlich hat mich das gereizt, was jetzt manchmal zur Belastung wird nämlich die Kombination aus dem Beruf Ärztin plus „universitärer Arbeit“ d.h. Lehre und

Forschung. Und natürlich war es auch der Reiz in einem Bereich Expertinnenstatus zu erlangen.

Erinnern Sie sich, wie damals, am Anfang, Ihr Plan aussah? Im welchen Ausmaß unterscheidet sich der von dem eigentlichen Ablauf Ihrer Karriere?

Zollner-Schwetz: Ich habe mich für die Innere Medizin interessiert und wollte immer Gastroenterologin werden. Das hat nicht funktioniert, ich bin jetzt Infektiologin und darüber sehr glücklich. Ich habe im Rahmen des Studiums in der Gastroenterologie meine vertiefte Ausbildung gemacht. Damals war die Vorgabe, man muss in einem Labor im Ausland gearbeitet haben, sonst bekommt man in der Inneren Medizin keine Stelle. Damals, als ich meine Laufbahn begann, gab es die Ärzteknappeheit noch nicht und es war sehr, sehr schwer überhaupt eine Ausbildungsstelle zu finden, ganz besonders an der Uniklinik. Ich bin nach dem Studium in die USA gegangen, in ein Labor für funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen. Das hat mich sehr interessiert und fasziniert. Als ich zurückkam, gab es keine Stelle für mich. Ich war dann im Turnus hier an der Klinik und habe an der Gastroenterologie meinen Mann kennengelernt. Immerhin hat das geklappt (lacht). Also ja, Turnus war ein ziemliches Kontrastprogramm – von wissenschaftlichen Arbeiten im Labor in den USA zum Turnus am LKH Bruck auf der Chirurgie, das war ein scharfer Kontrast. Aber es hat sich dann eine Lücke aufgetan und ich habe mehr durch Zufall die Stelle hier gefunden und bekommen. Ich glaube, das war letztlich quasi ideal für mich. Ins-

gesamt glaube ich, dass die Infektiologie für mich viel besser passt.

Gab es in Ihrer Karriere irgendwelche zeitlichen Brüche? Und wenn es die gab, welche und wieso?

Zollner-Schwetz: Ja, die Turnuszeit. Und das war damals, vor der Ausbildungsreform, hauptsächlich Infusionen anhängen, Blut abnehmen und im OP die Haken halten. Zurückblickend, für die medizinische Ausbildung, war die Zeit sicher nicht verloren, aber in der akademischen Laufbahn war diese Turnuszeit ein Bruch. Und dann der zweite Bruch bzw. die Pausen waren bedingt durch meine zwei Kinder. Ich war bei beiden Töchtern je ungefähr fünfzehn Monate in Karenz. Sie kamen relativ kurz hintereinander, ich habe zwischen der ersten und der zweiten nur drei Monate gearbeitet. Für die akademische Karriere sind das eben Jahre, wo wenig passiert ist, auch wenn man sich den Publikationsverlauf anschaut, ist es natürlich schon ein Bruch. Und inhaltlich war ein Bruch, dass ich zuerst drei, vier Jahre gastroenterologische Dinge publiziert und dann plötzlich völlig das Thema gewechselt habe.

Welchen Einfluss hatten denn diese Brüche auf ihre Karriere?

Zollner-Schwetz: Die Turnuszeit war akademisch verlorene Zeit. Medizinisch, für die Basisausbildung und wahrscheinlich auch für die Persönlichkeitsbildung sicher nicht verloren. Und nach dem Turnus der Neubeginn auf der Infektiologie 2006 und dann habe ich 2009 meine erste Tochter bekommen. In diesen drei Jahren ist auch sehr viel

weitergegangen. Und dann wieder eine Pause. Es ist schon sehr gestückelt. Ich habe immer versucht weiter zu machen, auch während der Zeit zu Hause mit den Kindern, aber das ist natürlich auch eine Zeitfrage. Ich habe dann auch die ganze Bürokratie und die notwendigen Vorlesungen, und das Kolloquium, für die Habilitation, in der Karenz gemacht. Es ist sicher die Zeit, wo bei anderen die Publikationskurve sehr stark nach oben geht. Die hat bei mir natürlich jetzt so ein Loch. Das Loch kommt dann erst ein, zwei Jahre später; man hat die Daten, dann geht man in Karenz. Da kann man ja noch was fertig machen aber in der Zeit entsteht nichts Neues. Das heißt, dieses Loch, das Publikationsloch, entsteht eigentlich erst, wenn man wieder da ist. Das ist dann noch frustrierender, weil man schon wieder da ist und man arbeitet wie eine Verrückte, es geschieht aber nichts, weil man alles wieder neu anfangen muss. Also die Durststrecke ist echt lang und ich glaube, das ist eine Zeit, wo das viele auch hinschmeißen. Auch wenn man in der Karenz quasi nie ganz aufgehört hat zu arbeiten.

Wenn Sie über Vereinbarkeitsmöglichkeiten nachdenken, welchen Einfluss nehmen familiäre Verpflichtungen auf Ihre Karriere?

Zollner-Schwetz: Großen Einfluss. wenn man wissenschaftlich tätig ist, wird erwartet, dass man an nationalen und internationalen Kongressen teilnimmt. Das Teilnehmen an Kongressen und das Halten von Vorträgen ist auch immer verbunden mit der Sichtbarkeit in der Community und mit dem Status. Wenn man aber nie dabei ist, wird man

auch nicht eingeladen. Trotzdem sind diese Kongresse jetzt für mich eine riesige Belastung. Nicht nur für mich, ich muss fairerweise sagen, für meinen Mann auch, für unser ganzes System. In der Zeit, wo ich in der Karenz war, habe ich diese Kongresse geliebt, weil ich da 24 Stunden mit den Kindern zusammen war und da habe ich vier Tage Kongress genossen. Aber es ändert sich, die Zeit, die man täglich mit den Kindern verbringen kann, ist jetzt schon begrenzt. Mein Mann und ich haben dann zusätzlich noch Nachtdienste. Ich habe manchmal das Gefühl, dass ich für die Kinder nicht genug verfügbar bin. Wenn ich dann noch auf Kongresse fahre, ist das ein riesiges Loch im Familiensystem. Die Kinder sind zwar glücklich, weil sie gut versorgt sind, aber ich habe das Gefühl, dass ich für sie zu wenig verfügbar bin und diese Kongresstätigkeit, Vortragstätigkeit wird dadurch schon beeinträchtigt. Genauso Fortbildungen – es gibt Weiterbildungsschienen, wo man an mehreren Wochenenden zu einem bestimmten Thema einen Kurs macht. Es gibt schon viele Dinge, die mein Mann und ich gerne weiterbildend machen würden, aber das geht halt im Moment nicht. Ich meine, sicher geht's. In Wahrheit ist die Frage, ist es mir das wert. Es ist ein permanentes Abwiegen zwischen was ist wichtiger, was sind mir die Dinge Wert. Das gleiche gilt auch für Besprechungen. Oft fangen Besprechungen erst um 15.30 an – an einem Tag, an dem ich um 14 Uhr meine Kinder hole. Das ist ein Problem. Ich glaube schon, dass das einen Einfluss auf die Karriereentwicklung hat. Weil wenn man wirklich nach oben will, muss man wahrscheinlich viele Besprechungen absolvieren und die Netzwerke nutzen,

sich irgendwo unipolitisch engagieren. Das ist jetzt für mich nicht drinnen, weil es mir das jetzt nicht wert ist.

Haben Sie noch Zeit für regelmäßige Hobbys oder sich mit Freunden zu treffen?

Zollner-Schwetz: Wenig. Also mit Freunden treffen, am einfachsten natürlich mit denen, die auch Kinder haben. Bisschen anspruchsvoller ist es schon mit Freunden, die keine Kinder haben. Mein Mann macht auch Nachtdienste und es ist dann schon schwierig mit Leuten, die keine Kinder haben und keine Nachtdienste machen, die verstehen unseren Zeitplan oft nicht. Sportliche Aktivitäten haben wir immer versucht aufrecht zu erhalten, aber das ist dann immer getrennt voneinander. Das schwierigere ist eigentlich gemeinsame Hobbys unterzubringen. Ja, ich glaube, wir waren seit sieben Jahren auf keinem vernünftigen Berg mehr. Das sind die Dinge, die derzeit nicht gehen.

Glauben Sie, Ihre Karriere würde anders verlaufen, wenn Sie ein Mann wären?

Zollner-Schwetz: Schwer zu beantwortende Frage. Manchmal habe ich das Gefühl, dass der Unterschied zwischen Männern und Frauen im Karriereverlauf nicht so groß ist wie der Unterschied zwischen Menschen mit Kindern und Menschen ohne Kinder bzw. Menschen mit Kindern, die ihre Verantwortung im Alltagsleben auch wahrnehmen möchten. Es gibt natürlich viele Männer mit Kindern, die es in der Hierarchie weit geschafft haben in ihrer Karriere. Ich glaube, dass es eine ganz große Herausforderung ist jetzt so im klas-

sischen Sinne Karriere zu machen, eine Professur zu kriegen, wenn man gerne selber im Alltag aktiv mit Kindern teilnehmen möchte und für Kinder emotional und zeitlich verfügbar zu sein. Ich glaube, dass das der größere Unterschied ist als wenn es ein Mann oder eine Frau ist.

Glauben Sie, dass sich die wissenschaftlich-medizinische Karriere nach wie vor stärker an Männern orientiert oder ist das mittlerweile ausgeglichen?

Zollner-Schwetz: Ich glaube ja. Auch wenn sich viel verändert hat. Ich glaube genau dadurch, dass in den meisten Fällen durch die Karenzzeit ein zeitlicher Bruch in den Karrieren der Frauen entsteht, macht das schon einen Unterschied. Ich bin auch fest davon überzeugt, dass es eine wichtige und gute Zeit ist, die man da mit den Kindern verbringt. Ich glaube nicht, ob die Lösung dieser Karriereungleichheiten wäre, so wie in der Schweiz, nach sechzehn Wochen wieder alle Arbeiten zu schicken. Ich finde, man müsste diese Zeiten mehr einbeziehen. Ich habe mich ja entschieden meine Karriere im Laufbahnmodell, das damals aktuell war, zu verfolgen. Die medizinisch-wissenschaftliche Karriere fällt aber eben auch unheimlich dicht in eine Lebensphase, in der viele Frauen Kinder bekommen wollen. Wir werden immer älter, wir arbeiten wahrscheinlich alle bis wir siebzig sind. Da denke ich es wäre sinnvoll zu fragen: Bis wann muss ich welche Qualifikationen wirklich erreichen? Dass es die Frauen sind, die Kinder kriegen, kann man nicht ändern und dass diese Zeit, die man mit den Kindern am Anfang verbringt, unheimlich wertvoll ist, kann man nicht ändern, sollte man auch nicht

ändern. Aber der zeitliche Druck alle diese Voraussetzungen zu schaffen und zu erfüllen, mit Studium, Phd, Auslandsaufenthalt, Facharzt Ausbildung, Top-Publikationen ist sehr hoch, das passiert alles zwischen 25 und 40. Ich denke hier muss man insgesamt beginnen, Karriereverläufe auch unter anderen biographischen Gesichtspunkten zu bewerten.

Mit dieser Frage verbunden, haben Sie das Gefühl, dass Exzellenz in der Wissenschaft irgendwie anders wahrgenommen wird in Bezug auf Geschlecht?

Zollner-Schwetz: Ja. Also, meine Kollegin am Klinikum, die eine sehr große Forschungsgruppe leitet und die auch sehr erfolgreich ist, sie hat auch zwei Kinder, und wenn man über ihre Erfolge spricht, ist im nächsten Satz immer: „Warum tut sie sich das an, sie hat ja zwei kleine Kinder?“ Bei einem Mann in vergleichbarer Position, gleich alt, gleich erfolgreich, sagt man: „Wow, weiß nicht, wie er das macht. Der arbeitet so viel und der ist so super und wie macht er das?“ Es kommt aber nicht schon im zweiten Satz dann: „Aber der hat doch zwei kleine Kinder, wieso tut er sich das an?“ Und wenn sie keine Kinder hätte, wäre der zweite Satz wahrscheinlich: „Aber sie hat ja keine Kinder.“ Bei einem Mann macht es aber niemand. Also ja, ich glaube, dass man noch immer unterschiedlich wahrgenommen wird. Ich glaube auch nicht nur von den Männern, auch von den Frauen.

Was halten Sie davon, dass es an der medizinischen Universität Frauenförderung gibt, also z.B. konkrete Angebote für Wissenschaftlerinnen, wie Stipendien oder Weiterbildungen?

Zollner-Schwetz: Finde ich grundsätzlich sehr gut. Ich weiß, dass es die männlichen Kollegen oft ärgert. Ich denke mir, wenn es mal so weit ist, dass es gleich viele Professorinnen wie Professoren gibt, dann kann man damit aufhören. Ich persönlich habe auch dieses Coaching Angebot, dass die Gender Unit hat, schon selber in Anspruch genommen. Auch als ich mich beworben habe für die Qualifizierungsvereinbarung, war ich davor Teil dieses Coaching Programmes, was zu großen Unmut geführt hat, weil es den Männern nicht angeboten wurde. Das muss man eben aushalten.

INTERGESCHLECHTLICHKEIT RECHTLICH BETRACHTET...

Dr.ⁱⁿ Marija Petričević (Jurist*in und Mitglied der Plattform Intersex Österreich)

Intergeschlechtliche Menschen werden mit einer geschlechtlichen Diversität geboren, die mit der medizinischen Vorstellung eines weiblichen oder männlichen Körpers nicht übereinstimmt. Die Geschlechtsbestimmung erfolgt auf den Ebenen des chromosomalen, gonadalen, hormonellen und des genitalen Geschlechts, wobei sich nicht alle geschlechtsdeterminierenden Merkmale in eine als weiblich oder männlich definierte Richtung entwickeln müssen.²⁷ Die durch unterschiedliche Kombinationen entstehende geschlechtliche Vielfalt wird als Inter*, Intersex oder Intergeschlechtlichkeit bezeichnet.

Manchmal wird Intergeschlechtlichkeit bereits anhand des Erscheinungsbildes der äußeren Geschlechtsmerkmale und damit gleich nach der Geburt festgestellt, manchmal wird sie erst im Kindes- und Jugendalter und manchmal auch gar nicht entdeckt. Je nachdem welche Formen von Geschlechtervariationen zu Inter* gezählt werden, ist von einer Häufigkeit von bis zu 1,7% der Bevölkerung auszugehen.²⁸

Der medizinische Diskurs definiert Intergeschlechtlichkeit als „Störungen der Geschlechtsentwicklung“ („disorders of sex de-

27 Christiansen (2001), Biologische Grundlagen der Geschlechterdifferenz, in Paseiro/Braun, Konstruktion von Geschlecht, 13-17.

28 Blackless et al (2000), How Sexually Dimorphic Are We? American Journal of Human Biology, 159.

velopment“)²⁹ und impliziert damit die Behandlungsbedürftigkeit einer Abweichung, die es grundsätzlich und möglichst rasch zu beheben gilt. So erfahren intergeschlechtliche Kinder häufig ohne ihr persönliches Einverständnis irreversible geschlechtsverändernde medizinische Maßnahmen, um ihr körperliches Erscheinungsbild einem der beiden konventionellen Geschlechter anzunähern.³⁰ Diese umfassen insbesondere Hormontherapien sowie operative Eingriffe, die auch die Entnahme gesunder, jedoch dem Zuweisungsgeschlecht entgegenstehender Fortpflanzungsorgane beinhalten können.³¹ Betroffene beschreiben ihre damit einhergehenden Erfahrungen oftmals als traumatisierend und berichten von erheblichem Sensibilitätsverlust der Genitalien sowie von Gefühlen der Verstümmelung und Kastration.³² Da geschlechtliche Variationen in der Regel keine gesundheitlichen Beschwerden nach sich ziehen, sind diese Maßnahmen zumeist medizinisch nicht notwendig,³³ sodass eine Klassifikation als Heilbehandlung grundsätzlich zu bezweifeln ist.

Eine Heilbehandlung verfolgt das Ziel, Leiden zu heilen, zu lindern oder zu verhüten.³⁴ Das bei intergeschlechtlichen Kindern

29 Weltgesundheitsorganisation (2014), Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. BMG-Version, Kapitel IV und XVII.

30 Deutscher Ethikrat (2012), Stellungnahme „Intersexualität“, 86-88; <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf> (20.07.2017).

31 Richter-Appelt (2007), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 56-59.

32 Intersexuelle Menschen e.V., „Forderungen“; <http://intersexuelle-menschen.net/forderungen/> (20.07.2017).

33 Woweries (2012), Stellungnahme 4-5; <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/woweries-stellungnahme-intersexualitaet.pdf> (20.07.2017).

34 Kienapfel/Schroll (2016), Studienbuch, § 83 StGB Rz 25.

angenommene Leiden betrifft zumeist die psychische Ebene, wenn beispielsweise von einer unsicheren Geschlechtsidentitätsentwicklung oder künftigen Belastungen in sozialen Beziehungen die Rede ist.³⁵ Im Kleinkindalter ist ein mit diesen Annahmen zusammenhängender Leidensdruck jedoch kaum feststellbar. Zusätzlich ist die Rechtmäßigkeit einer Heilbehandlung an die Zustimmung einer aufgeklärten und einwilligungsfähigen Person gebunden, die bei fehlender Einsichts- und Urteilsfähigkeit von gesetzlichen Vertreter*innen ersetzt werden kann.³⁶ Dabei gilt es zu beachten, dass bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit Minderjähriger das elterliche Stellvertretungsrecht nicht grenzenlos ist und gesetzlichen Einschränkungen unterliegt.

Medizinische Eingriffe, die ohne einen Krankheitswert oder eine funktionale Einschränkung des menschlichen Körpers stattfinden, sind großteils kosmetischer Natur und bei Personen unter 16 Jahren ohne eine medizinische Indikation auch mit elterlicher Zustimmung absolut unzulässig.³⁷ Ebenso können weder die einsichts- und urteilsfähige minderjährige Person noch ihre gesetzlichen Vertreter*innen einer medizinischen Maßnahme zustimmen, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit zur Folge hat,³⁸ soweit diese keine Auswirkung „einer anderen, unabwendbaren medizinischen Behandlung“ ist.³⁹ Darüber hinaus besteht ein strafrechtliches Verbot medizinisch nicht indizierter

35 Richter-Appelt (2007), 58-59; Woweries (2012), 5.

36 Wallner (2007), Health Care, 96-98.

37 § 7 ÄsthOpG

38 § 163 ABGB.

39 ErläutRV 296 BlgNR 21. GP 35.

geschlechtsverändernder Maßnahmen. So kann in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, nicht eingewilligt werden.⁴⁰ Studien und Erfahrungsberichte intergeschlechtlicher Menschen haben bereits mehrfach verdeutlicht, dass geschlechtsverändernde Eingriffe Beeinträchtigungen nach sich ziehen können,⁴¹ die durch die bestehenden gesetzlichen Normen vermieden werden sollen. So ist davon auszugehen, dass es sich – mit äußerst wenigen Ausnahmen – bei genitalmodifizierenden, geschlechtsverändernden Eingriffen nicht um Heilbehandlungen im rechtlichen Sinne handelt, sodass diese einer stellvertretenden elterlichen Zustimmung nicht zugänglich sind.

Nicht nur die medizinische, sondern auch die personenstandsrechtliche Praxis beeinflusst die Entscheidungsfreiheit intergeschlechtlicher Menschen. Das Geschlecht eines Kindes ist bereits innerhalb einer Woche nach der Geburt auf Grundlage seiner körperlichen Beschaffenheit im Rahmen der Geburtsanzeige der zuständigen Personenstandsbehörde bekanntzugeben.⁴² Auch wenn der Gesetzeswortlaut dies nicht ausdrücklich vorsieht, sind in Österreich lediglich die Eintragungsmöglichkeiten „weiblich“ und „männlich“ anerkannt.⁴³ Bei intergeschlechtlichen Säuglingen ist diese personenstandsrechtliche Angabe jedoch nicht

40 § 90 Abs 3 StGB.

41 Lee et al (2006), Pediatrics, 491-492.

42 Zeyringer (1986), Das österreichische Personenstandsrecht, 43; § 11 Abs 1 iVm § 2 Abs 2 PStG.

43 VwGH 30.9.1997, 95/01/0061: „Die österreichische Rechtsordnung [...] und das soziale Leben gehen von dem Prinzip aus, dass jeder Mensch entweder weiblichen oder männlichen Geschlechts ist.“

zweifelsfrei möglich. In diesem Fall besteht rechtlich die Möglichkeit zu einer unvollständigen Eintragung der Geburt ohne Geschlechtsangabe,⁴⁴ vor allem wenn ein medizinisches Attest die Unmöglichkeit einer Geschlechtsbestimmung innerhalb des gesetzlich vorgesehenen Zeitrahmens bestätigt.⁴⁵ Diese ist zu vervollständigen, sobald der ausständige Sachverhalt ermittelt werden konnte.⁴⁶ Da für die Ergänzung gesetzlich keine Frist besteht, ist auch eine dauerhafte Beurkundung der Geburt ohne Geschlechtsvermerk denkbar. Den Personenstandsbehörden ist ein derartiger Fall bis dato jedoch nicht bekannt.⁴⁷ Allerdings begehrt aktuell eine Inter-Person die personenstandsrechtliche Anerkennung als „inter/anders“ oder in eventu die Streichung des auf „männlich“ lautenden Geburtseintrages.⁴⁸ Darüber wird demnächst der Verwaltungsgerichtshof entscheiden,⁴⁹ wobei zu hoffen ist, dass sich dieser für die Vorstellung des Geschlechts jenseits der Zweigeschlechternorm öffnet und das Selbstbestimmungsrecht intergeschlechtlicher Menschen eine Erweiterung findet.

(Anmerkung der Redaktion: Im Juni 2018 wurde vom Verfassungsgerichtshof entschieden, dass intersexuelle Menschen ein Recht

44 § 40 Abs 1 PStG

45 Die wiedergegebene Auskunft beruht auf der Beantwortung einer schriftlichen Anfrage meinerseits an die Stabsstelle Kommunikation der Magistratsabteilung 35 Wien für Einwanderung, Staatsbürgerschaft und Standesamt, vom 1.4.2014, Kennzahl O-2286/2014-24.

46 § 41 Abs 2 PStG.

47 Magistratsabteilung 35 Wien, Kennzahl O - 2286/2014-24.

48 LVwG OÖ 05.10.2016, LVwG-750369/5/MZ/MR.

49 Diese Information beruht auf einer persönlichen Auskunft der antragstellenden Inter*person.

auf eine ihrer Geschlechtlichkeit entsprechende Eintragung im Personenstandsregister oder in Urkunden haben. Wörtlich heißt es in dem Erkenntnis: „Art. 8 EMRK räumt daher Personen mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung gegenüber männlich oder weiblich das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht ein, dass auf das Geschlecht abstellende Regelungen ihre Variante der Geschlechtsentwicklung als eigenständige geschlechtliche Identität anerkennen, und schützt insbesondere Menschen mit alternativer Geschlechtsidentität vor einer fremdbestimmten Geschlechtszuweisung.“ Zum Zeitpunkt des Erscheinens der Broschüre war die konkrete Umsetzung des Erkenntnis, konkret der Punkt der Selbstbestimmung, aber noch in Diskussion.)

WEITERE INFORMATIONEN ZUM THEMA

Der Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) bietet Peer-Beratung für Betroffene und Angehörige, Hilfestellungen/Schulungen für Menschen in beratenden/betreuenden Berufen und betreibt generell Aufklärungsarbeit und Interessenvertretung.

- » Mehr Infos unter: <https://vimoe.at> und info@vimoe.at
- » PIÖ – Plattform Intersex Österreich (www.plattform-intersex.at)
- » Kontakt: info@plattform-intersex.at
- » VIMÖ Positionspapier
- » <http://www.plattform-intersex.at/wp/wp-content/uploads/2015/10/Positionspapier-VIMO-PIO.pdf>
- » FRA – focus paper (Mai 2015)
- » European Union Agency for Fundamental Rights (FRA): “The fundamental rights situation of intersex people, FRA focus”.
- » <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2015-focus-04-intersex.pdf>
- » Bericht des UN Menschenrechts-Kommissar (Mai 2015), Issue paper

published by the Council of Europe: "Issue Paper. Human rights and intersex People".

- » <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=2758651&SecMode=1&DocId=2274364&Usage=2>
- » Fachmagazin Intersex aktuell
- » http://www.plattform-intersex.at/wp/wp-content/uploads/2014/06/IntersexAktuell_Web.pdf
- » Inter*&Sprache http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf



HERKUNFT | KULTUR | SPRACHE

Österreich ist und war schon immer ein Einwanderungsland und „kann [daher] auf eine lange Geschichte in Bezug auf seine ethnische Vielfalt zurückblicken.“¹ Menschen unterschiedlicher Kulturen begegnen sich tagtäglich, leben und arbeiten mit- und nebeneinander; diese interkulturellen Kontakte führen zu einem stetigen Wandel der eigenen Kultur und zeigen ganz deutlich, dass Kultur grundsätzlich als dynamischer Begriff verstanden werden muss.²

Die Begriffe Herkunft, Kultur, Sprache werden im Alltag sowie im Diversity Management oftmals unter dem Schirmbegriff Ethnizität zusammengefasst und/oder synonym verwendet. Doch insbesondere in der sinnvollen Verwendung wird eine Schwierigkeit ganz besonders deutlich: Die Begriffe haben ähnliche Bezugspunkte, sind aber in ihrer Definition und Wirkmacht unterschiedlich. So ist Ethnizität nicht gleich Nation und Kultur zwar grundsätzlich ein wesentlicher Bestandteil davon, jedoch auch nicht synonym zu verstehen.³ Man könnte wohl vielmehr von ein-

er Mischung aus Gefühls-, Denk- und Verhaltensweisen sprechen und kommt somit dem Komplex Kultur ein Stück weit näher.⁴

Im Diversity Management ist man bemüht, unter dem Schlagwort kulturelle Vielfalt einen positiven Zu- und Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunft, Muttersprache und kulturellem Hintergrund zu entwickeln. Dabei müssen jedoch insbesondere zwei Fallstricke beachtet werden: Einerseits können „Zuschreibungen von (Ab-)Wertungen zu ethnischen Gruppen [...] zur Hierarchisierung und letztlich Diskriminierung [führen].“⁵ Andererseits ist es notwendig Unterschiede auszumachen und zu benennen um darauf reagieren zu können, doch die Anerkennung von solchen Differenzen darf nicht dazu führen, dass sie verabsolutiert werden und damit als unveränderbar gelten.⁶

Für die Praxis des DiM gilt daher, verschiedene Kulturen der MitarbeiterInnen innerhalb der Organisation, aber auch extern, beispielsweise PatientInnen als wichtigen Faktor anzuerkennen. „Organisationen, die sich ihrer eigenen Identität sicher sind, können eine neue Kultur schaffen, indem unter der Identität ihre unterschiedliche Subkultur integriert wird. Man kann dabei erfolgreiches Diversity Management daran erkennen, ob die Identität der jeweiligen Subkultur weitgehend erhalten bleibt.“⁷ Prak-

1 Bendl et al (2012): Vertiefende Betrachtungen zu ausgewählten Diversitätsdimensionen. In: Bendl, Regine & Hanappi-Egger, Edeltraud & Hofmann, Roswitha (Hg.) (2012): Diversität und Diversitätsmanagement. Wien: Facultas. S. 95.

2 Vgl. Matoba, Kazuma (2007): Diversity Management: Kommunikativer Prozess zur Entwicklung der „dritten Kultur“. In: Koall, Iris & Bruchhagen, Verena & Höher, Friederike (Hg.), Diversity Outlooks. Managing Diversity zwischen Ethik, Profit und Antidiskriminierung. Hamburg: Lit-Verlag. S. 339.

3 Vgl. Bendl et al (2012), S. 99.

4 Vgl. Matoba (2007), S. 339; zit. n. Behrendt (1969), S. 110.

5 Bendl et al (2012), S. 100.

6 Vgl. Bendl et al (2012), S. 100.

7 Matoba (2007), S. 339.

tische Beispiele für DiM in diesem Bereich können die kultur- und religionsensible Zusammenstellung von Speiseplänen in der Betriebsküche/Kantine oder Einstellungskampagnen, mit dem Ziel vermehrt Menschen mit Migrationshintergrund zu rekrutieren, sein.

INTERKULTURELLE KOMPETENZ

Mag^a Petra Schneeberger-Papst, International Office Medizinische Universität Graz

Die Abteilung International Office bietet seit dem Sommersemester 2013 ein sehr beliebtes Wahlfach im Bereich der interkulturellen Kompetenz an. Ziel ist es, den Studierenden der Medizinischen Universität Graz ihr eigenes Verständnis von Kultur, Kommunikation und Interkulturalität näher zu bringen und sie zu sensibilisieren, interkulturell kompetenter zu agieren. Der Bedarf an interkulturell sensibilisiertem Personal ist nicht nur im Gesundheitswesen und nicht erst seit dem Ansteigen der Flüchtlingszahlen enorm. Laut dem statistischen Jahrbuch für Migration & Integration 2015 lebten 2014 1,715 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich. Davon waren 1,254 Millionen MigrantInnen „erster Generation“, also selbst noch im Ausland geboren. Folglich auch 460.000 Personen aus zweiter Generation, sprich bereits in Österreich geboren (Statistik Austria, 2015). Das entspricht 20,4% der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich dazu waren es 2011 erst 18,9%.

WAS ABER IST INTERKULTURELLE KOMPETENZ UND WELCHE EIGENSCHAFTEN MACHEN SIE AUS?

Darla K. Deardorff konnte in einer Studie in den Jahren 2006 und 2009 erstmals einen Konsens über die Definition unter führenden US amerikanischen Interkulturelle-Kompetenz-Experten aufzeigen. Interkulturelle Kompetenz ist demnach effektives und

angemessenes Verhalten und Kommunikation in interkulturellen Situationen (Deardorff, 2010).

Janet M. Bennett beschreibt die vielfältigen Eigenschaften für interkulturell kompetenteres Handeln in drei Dimensionen (Bennett, 2009). Die kognitive Dimension, oder "Mindset", fasst das Wissen, vor allem aber auch die kulturelle Selbstwahrnehmung, zusammen, welches man sich über Kultur im Allgemeinen oder Speziellen aneignet. Die verhaltensbezogene Dimension, oder „Skillset“, beinhaltet Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Empathie, des Zuhörens, des Wahrnehmens, des Beziehungsaufbaus, Problemlösungsstrategien, soziale Umgangsformen oder Unbehagen. Die affektive Dimension, oder „Heartset“, umfasst die Einstellungen und Motive einer Person wie Neugier, Unvoreingenommenheit, Flexibilität oder die Bereitschaft, Risiken einzugehen.

Es ist auch Janet M. Bennett (Bennett J. M., 2009), die mit der Metapher eines GPS, Global Positioning System, beschreibt, wie man in interkulturellen Situationen „navigieren“ kann. Voraussetzung für effektive Handlung ist das Wissen über die eigene Position, also die kulturelle Selbstwahrnehmung (kognitive Dimension) in verschiedenen kulturellen Landkarten, wie zum Beispiel Kommunikationsstil, Zeitverständnis oder Ähnliches. Mit diesem Wissen und der eigenen Motivation (affektive Dimension), eine interkulturelle Situation effektiv und angemessen zu meistern, versucht man, das Gegenüber einzuschätzen (verhaltensbezogene Dimension) und zu determinieren, in welchem Maß das eigene Handeln angepasst werden muss, um zum gewünschten Ergebnis zu gelangen. Klaffen die eigene Position und die des

Gegenübers zu weit auseinander, besteht natürlich die Möglichkeit, sich dafür zu entscheiden, sich nicht anpassen zu wollen und somit womöglich auch auf ein beidseitig zufriedenstellendes Ergebnis zu verzichten. Die Notwendigkeit der Eigeninitiative zur Entwicklung dieser Kompetenz wird unter anderem auch von Prof. Jürgen Bolten (Bolten, 2012) hervorgehoben.

Die Folgen fehlender interkulturell kompetenter Kommunikation im Gesundheitsbereich können weitreichend sein und werden durch den tiefen persönlichen Kontakt zwischen GesundheitsdienstleistungsanbieterInnen und PatientInnen, der beiderseitige Grundwerte und kulturell geprägten Einstellungen und Überzeugungen einschließt, intensiviert. Ungenaue Diagnosen und Behandlungspläne, Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder „Non-compliance“ beruhen auf mangelhaftem gegenseitigem Verständnis und fehlendem Vertrauen zwischen PatientInnen und den GesundheitsdienstleistungsanbieterInnen (Anand & Lahiri, 2009). Diese Faktoren sowie bestehender Zeitdruck im klinischen Alltag verschärfen die Situation und können letztendlich zu Frustration seitens der Anbieter führen. Seitens der PatientInnen besteht Verunsicherung über den Gesundheitszustand und Hilflosigkeit in einem System, das ihnen fremd ist.

Die Notwendigkeit von interkulturellen Schulungsangeboten für Fachkräfte im Gesundheitswesen wird in der Entwicklung von Curricula vermehrt erkannt. Aus- und Weiterbildungen, wie das an der Medizinischen Universität Graz angebotene Wahlfach, können zukünftige Ärztinnen und Ärzte auf interkulturell fordernde Situationen vorbereiten und deren Eigenmotivation stärken, sich

eingehender mit unterschiedlichen Kulturen von PatientInnen auseinander zu setzen. Um eine interkulturell kompetente Versorgung für immer diverser werdende PatientInnengruppen zu gewährleisten, ist allerdings nicht nur eine Auseinandersetzung mit verschiedenen kulturellen Dimensionen, sondern vor allem auch eine Reflektion der eigenen kulturellen Prägungen vonnöten.

VERWEISE

- » Anand, R., & Lahiri, I. (2009). Intercultural Competence in Health Care. In D. K. Deardorff, *The SAGE Handbook of Intercultural Competence* (S. 387-402). Thousand Oaks.
- » Bennett, J. (2009). Transformative Training. Designing Programs for Culture Learning. In M. A. Moodian, *Contemporary Leadership and Intercultural Competence. Exploring the Cross-Cultural Dynamics Within Organizations* (S. 95-110). Thousand Oaks.
- » Bennett, J. M. (2009). Cultivating Intercultural Competence. A process perspective. In D. K. Deardorff, *The SAGE Handbook of Intercultural Competence* (S. 121-140). Thousand Oaks.
- » Bolten, J. (2012). *Interkulturelle Kompetenz. Erfurt.*
- » Deardorff, D. K. (2010). Intercultural competence in higher education and intercultural dialogue. In S. Bergan, & H. van't Land, *Speaking Across Borders: the role of higher education in furthering intercultural dialogue* (S. 82-99). Strassburg.
- » Statistik Austria. (2015). http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/Statistisches_Jahrbuch_migration_integrations_2015_.pdf abgerufen

„ICH NEHME EINFACH VON ÜBERALL DAS GUTE MIT“

Im Rahmen des Studiums gibt es viele Möglichkeiten einen Auslandsaufenthalt in die Ausbildung zu integrieren, durch Auslandsfamulaturen oder Austauschprogramme wie Erasmus. Neben theoretischem Wissen über interkulturelle Kompetenz, sind es doch eigene Erfahrungen, die unsere Sicht der Welt nachhaltig prägen. Wir haben drei Studierende eingeladen ihre Auslandsaufenthalte für uns zu reflektieren.

Teilnehmer_innen: Jiemei Hsieh, Tazio Roche, Mahdia Ahmadi

Welche kulturellen Unterschiede habt ihr im Ausland gemacht? Gab es einen Kulturschock?

JH: Nein, gar nicht. Heidelberg war eigentlich wie Graz. Sie hatten auch einen Schlossberg, haben auch Deutsch gesprochen, die Stadt war ungefähr gleich groß. Das war eigentlich total cool. Ein Unterschied war vielleicht, dass sie dort noch offener waren, total herzlich. Man konnte sich dort die Gruppen aussuchen und nicht wie hier, wo man einfach zusammengewürfelt wird. So waren das eigentlich meistens ganze Freundeskreise, die zusammen einen Kurs gemacht haben. Das war dann immer total lustig, da wird man dann schnell warm miteinander. Also ich hab' echt gute Erfahrungen gemacht.

MA: In Madrid ist schon sehr viel anders als in Österreich oder Deutschland, wo ich ja eigentlich herkomme. Ich finde, dass

man mit den Spaniern sehr leicht ins Gespräch kommt, die sind sehr offen, aber im Laufe des ganzen Jahres ist mir aufgefallen, dazu gibt es auch ein spanisches Sprichwort – frei übersetzt würde es bedeuten, dass die Spanier ihre Arme sehr leicht öffnen, aber nicht schließen – und diese Erfahrung habe ich auch gemacht. Allen Erasmus-Studenten ging es da gleich. Ich glaube das ist so der wesentliche Unterschied, dass man superleicht ins Gespräch kommt und vielleicht macht man sich auch gleich Hoffnungen als Ausländer, das man dann auch gleich was unternimmt, aber eigentlich bleibt es sehr oberflächlich. Die Spanier, die hier oder in Deutschland Erasmus gemacht haben sagen, dass es mit uns sehr schwer ist ins Gespräch zu kommen, aber wenn was entsteht, dann ist eine gute feste Freundschaft.

Gab es während eures Auslandsaufenthaltes irgendein prägendes Erlebnis, egal ob das jetzt menschlich, positiv, negativ, etc. war?

MA: Gerade wenn man eine neue Sprache lernen will, habe ich mir im Vorhinein vorgenommen möglichst wenig mit Erasmus-Studenten zu tun zu haben. Wenn man dann vor Ort ist, ist es dann doch schwierig, weil es alle irgendwie vereint, dass sie alle Ausländer sind, das ist etwas was sie schon mal gemeinsam haben. Und dann wollen eben alle die beste Zeit ihres Lebens haben. Das ist natürlich verständlich, dass ein Spanier der seinen Alltag dort lebt, nicht jeden Tag Party machen will oder kann. Dann hatte ich eben im ersten Semester doch viel mit Erasmus-Studenten zu tun und nachher dann auch durch meinen spanischen Mitbewohner mit Einheimischen und Lateinamerikanern.

Wurdet ihr als Fremde mit Vorurteilen (positiv/negativ) konfrontiert?

MA: Die Spanier haben gleich erwartet, dass bei uns vom Studiensystem her alles besser ist. Und es läuft definitiv einiges besser bei uns als dort, aber das Vorurteil, dass Spanier nicht ganz so fleißig sind (Stichwort „siesta“), stimmt zumindest bei den Medizinstudenten überhaupt nicht. Die toppen uns, was Ehrgeizig und Zeitaufwand betrifft, so sehr, das haben auch alle anderen Erasmus-Studenten (aus Schweden, Polen, Italien, Deutschland) bestätigt. Wir haben uns alle gedacht „Die opfern ihr Leben für das Studium!“ Da gibt es so eine Lernbereitschaft, die ich hier gar nicht kenne. Die haben auch ein ganz striktes Uni-System und gehen dann nach Hause zu den Eltern und lernen bis 22 Uhr am Abend. Die haben auch keine Hobbys, also das ist dort nicht normal, dass man noch in einem Verein aktiv ist oder ein Instrument lernt, also irgendetwas Regelmäßiges. Da sagen sie dann immer „Nein, dafür hab’ ich keine Zeit!“ Und es stimmt, sie haben wirklich keine Zeit. Die haben eine ganz andere Lerneinstellung, dagegen geht es uns super gut.

JH: Ich glaube die meisten haben sich gewundert, dass ich halt nicht nach Österreich aussehe und ich habe auch einen deutschen Ex-Freund, das heißt ich rede auch ein bisschen komisch. Aber die Leute waren alle total offen und auch total lustig. Mir kommt vor, dass die Grazer auch noch verschlossener sind. Ich habe ja auch von Budapest hergewechselt und da hatte ich am Anfang schon das Gefühl, ich werde mit den Leuten nicht richtig warm hier. Komischerweise sind die

ganzen Deutschen, die selber hergekommen sind, von der Mentalität her viel offener. Ich selber komme ja aus Wien, wahrscheinlich ist das auch ein Problem hier. Ich habe eigentlich nur gute Erfahrungen in Heidelberg gemacht und der Unterricht war auch super. In Heidelberg hatte ich das Gefühl, dass dort alles viel besser organisiert ist. [...] Selten gab es schlechten Unterricht, eigentlich war es immer total interessant.

MA: Ich habe eigentlich ganz andere Erfahrungen gemacht. Ich bin nach meinem Aufenthalt in Spanien top motiviert, weil ich das System hier so viel besser finde. In Spanien ist es für mich eine Katastrophe, weil die viel zu viel Theorie lernen. Ich war mit den Vorlesungen auch vor Spanien sehr zufrieden, ich bin halt auch eine typische Vorlesungsgeherin, weil ich durch Zuhören sehr viel lerne. Aber in Spanien kommt es mir vor, sehen die vor lauter Bäume den Wald nicht mehr. Die lernen so viel Theorie, haben natürlich auch Praktika, aber die sind so sinnlos. Man darf als Praktikant in Spanien nichts machen, zum Beispiel kein Blut abnehmen. Sie haben nur ganz wenig Patientenkontakt, das ist einfach nicht effizient. Da ist zwar so eine positive Grundeinstellung, die sind total fleißig, aber mit deren Engagement und Fleiß in unserem Studiensystem wären die so viel weiter und besser. Aber deren Studiensystem hindert die regelrecht daran wirklich gut zu werden.

TR: Man könnte sich ja eigentlich denken, dass es Deutsche recht schwer in Frankreich haben. Aber gerade in Toulouse hatte ich das Gefühl, waren wir die beliebtesten Europäer. Das liegt vielleicht auch daran dass sehr viele Deutsche dort leben

und gerade im Krankenhaus unheimlich viele Leute Deutsch gesprochen haben. Ich habe immer positives Feedback über Deutschland bekommen, vor allem über irgendwelche Industriegüter. Jeder Arzt hat einem erzählt „Ich fahre auch einen Mercedes!“. Im OP kam die eine Hälfte aus Deutschland, die andere aus den USA. Also sehr positive Konnotationen, aber nur auf die Wirtschaft bezogen. Sie mögen Angela Merkel nicht, finden aber die deutsche Wirtschaft gut. Aber natürlich auch das Klischee, dass Deutsche Spielverderber sind, viel arbeiten und nicht richtig genießen können. Das hat mir zwar niemand so direkt gesagt, ich hatte aber trotzdem immer das Gefühl, dass sie mir zeigen wollten, wie man richtig genießt.

Gab es nach eurer Rückkehr ein „Umdenken“ in bestimmten Dingen/Handlungen? Fand eine kritische Reflexion, Hinterfragen etc. statt?

TR: Bei mir war der große Unterschied, dass es nicht mein erster Auslandsaufenthalt war. Ich war schon ein Jahr in Neuseeland und hatte dort viel größere Kulturunterschiede und das auch viel länger. Deshalb hatte ich es jetzt eigentlich gar nicht, damals aber schon ganz stark. Da sind mir total viele Kleinigkeiten aufgefallen, wie es zum Beispiel im Supermarkt zugeht usw. Eigentlich ist es mir stark bei Kleinigkeiten aufgefallen. Leute, die in Afrika waren, wissen dann vor allem fließendes Wasser zu schätzen und schrecken sich, wie viel Trinkwasser wir hier verbrauchen. Aber dadurch dass die Kultur so ähnlich ist, habe ich dahingehend nicht viel bemerkt. Ich denke durch die dortige Arbeitslast, habe ich mir mehr Gedanken gemacht, welche Fachrichtung ich später machen

möchte, weil mir diese Work-Life-Balance wichtig geworden ist. Ich möchte einfach ein entspanntes Leben haben, wo man normal viel Geld verdient und in Ruhe leben kann.

MA: Ich finde dass wir hier ein viel größeres Umweltbewusstsein haben, hier wird ja der ganze Müll getrennt, in Spanien aber gar nicht. Es hätte auch nichts gebracht, wenn ich denn Müll getrennt hätte, da am Ende eh alles in einem Container landet. Da habe ich mir im Nachhinein schon gedacht, wie gut ich das finde, dass wir hier so ein Bewusstsein haben und es wenigstens versuchen. Eine andere Sache betrifft das dortige sehr zeitaufwendige Universitätssystem, das dort überhaupt keinen Platz für Individualität an der Universität lässt. Man ist nicht individuell, man hat keine Hobbys, deshalb sind alle irgendwie gleich finde ich. Dass unser System uns mehr Freizeit gewährt und wir diese Zeit auch nutzen, finde ich hier so schön.

Worin bestimmt ihr die Dimensionen eurer Herkunft? Was macht diese aus?

MA: Meine Eltern kommen aus Afghanistan, ich bin in Deutschland geboren, studiere jetzt in Österreich, sehe aus wie eine Asiatin und habe aber einen arabischen Namen. Damit habe ich schon oft für Verwirrung, vor allem am Flughafen, gesorgt. Ich sage immer „Ich bin ein Weltmensch!“ Je mehr ich reise, desto mehr merke ich, dass es egal ist woher ich komme. Ich nehme einfach von überall das Gute mit.

TR: Ich verbinde Heimat auch nicht unbedingt mit einer örtlichen Komponente, sondern eher mit meiner Familie und meinen

Freunden. Ich fühle mich in Graz genauso zuhause, wie in Berlin bei meinen Eltern und wenn ich mit ihnen und meinen Geschwistern nach Venedig fahren würde, würde ich mich dort wahrscheinlich auch heimisch fühlen. Natürlich hat für mich auch die Sprache etwas mit Heimat zu tun. Es fällt mir in Österreich ziemlich leicht mich heimisch zu fühlen, weil es eine ähnliche Sprache ist, in Frankreich würde es mir sicher schwerer fallen mich dort heimisch zu fühlen, weil es dort einfach nicht meine Muttersprache ist. Es war auch noch nach einem Jahr so, dass ich mich in der Sprache fremd gefühlt habe, weil es einfach nicht meine Muttersprache war. Sprache ist für mich wichtig. Ich habe das zum Beispiel gemerkt, wenn ich einen Vortrag in Englisch gehalten habe, war der trotz noch so guter Vorbereitung nie so gut, als wenn ich ihn in Deutsch gehalten hätte. Mir fehlten einfach die Feinheiten beim Formulieren.

MA: Mir ist es beim Lernen aufgefallen, dass obwohl ich nach einem halben Jahr wirklich gut Spanisch sprechen konnte und alles verstanden habe, es einen Unterschied macht, wenn ich einen Text in Deutsch lese. Es geht einfach schneller, leichter und macht zum Teil auch mehr Spaß, vor allem wenn es um das Lernen geht. Ich denke auch, dass man in seiner Muttersprache immer am besten etwas lernt.

Was macht für dich der Begriff Kultur aus? Wie sieht deine eigene Kultur aus?

TR: Meine Erfahrung aus Frankreich ist, dass sie dort ihre Kultur unheimlich über Essen, Trinken und ihre Sprache definieren.

Das große Thema Religion, das oftmals mit Kultur verbunden wird, wäre mir in Frankreich gar nicht aufgefallen, vielleicht auch weil es mir persönlich nicht besonders wichtig ist. Ich würde sagen die Kultur setzt sich in Frankreich vor allem aus Sitten und Bräuchen und besonders Essen und Trinken zusammen. Bevor in Frankreich eine Flasche Wein geöffnet wird, muss diese lang und breit diskutiert werden – woher kommt sie, wie gut ist sie, war man schon mal in der gleichen Region bzw. hat von dort einen Wein getrunken etc. Das machen sogar schon die 15-jährigen. Das ist für sie einfach ein ganz wichtiger Teil ihrer Kultur, der in Österreich oder Deutschland nicht so wichtig ist. Bei uns steht einfach das Trinken im Vordergrund, wohingegen bei ihnen die Diskussion davor wichtiger ist. Meine Kultur sehe ich typisch mittel-westeuropäischen, jemand der in der Konsumgesellschaft groß geworden ist und damit ganz gut leben kann. Weil in dieser Kultur Individualismus unheimlich wichtig ist, fällt es mir schwer mich irgendeiner Kultur unterzuordnen. Ich fühle mich angegriffen, wenn mir jemand sagt ich hätte so eine typisch deutsche Kultur, weil es nicht stimmt. Ich war an vielen Orten und habe verschiedene Einflüsse mitgenommen, das heißt ich bin ganz anders als der typische Deutsche.

MA: Ich bin in Deutschland in zwei Kulturen aufgewachsen, da meine Eltern aus Afghanistan kommen. Bei mir kommt es immer darauf an, ob ich die afghanische oder deutsche Kultur auslebe. Zum Beispiel beim Thema Schule und Bildung denke ich sehr wie die Deutschen (wie immer sie jetzt auch denken), da ich ja auch in eine deutsche Schule gegangen bin. Aber in Sache Familie, weil eben meine Familie aus Afghanistan kom-

mt, habe ich dann doch dieses Familiendenken, was eben typisch für orientalische Länder ist, wie zum Beispiel Großfamilie, Respekt vor alten Menschen, starker Zusammenhalt usw. Diese Mischung würde ich dann auch an meine Kinder weitergeben. Ich schätze beide Kulturen, aber eben in unterschiedlichen Bereichen, einfach so wie ich es erlebt habe.

Gab es Situationen, wo du dich aus deiner eigenen Kultur „herausbewegt“ und Gewohnheiten übernommen hast?

TR: Bei allen Sachen habe ich mir jene herausgenommen, die ich irgendwie interessant und nett gefunden habe. Wenn ich mit Franzosen unterwegs war, musste bzw. wollte ich ja mitmachen und selbst wenn ich dann mit Deutschen oder Erasmus-Leuten unterwegs war, wurde das Essen zelebriert. Ich habe bestimmt das Dreifache für Essen in dieser Zeit ausgegeben. Das habe ich also übernommen, war jetzt aber kein „Aha-Effekt“, sondern ganz selbstverständlich für mich. Ich habe auch versucht, im Gegensatz zu den Franzosen, Zeit für mich und meine Hobbys freizuhalten.

Was würde eurer Meinung nach einem/r Incoming-Student/in an der Med Uni Graz auffallen? Gibt es auffällige Besonderheiten?

MA: Ich denke das kommt ganz darauf an, woher man kommt. Ich bin mir ganz sicher, dass die Italiener, Portugiesen, Spanier und Polen und Tschechen – ich habe viele Medizinstudenten aus diesen Ländern kennengelernt – überrascht über unser gutes Unisystem sind, weil es bei ihnen einfach chaotischer ist. Das fängt oft schon bei der Bewerbung an, wenn zum Beispiel die Med Uni Graz drei Monate vor Beginn einer In-

coming-Studentin aus Rumänien eine Infobox mit Stadtplan, Kulturprogramm usw. direkt nach Hause schickt. Das ist alles super organisiert, man muss nicht danach suchen, das bekommt man einfach.

TR: Ich denke, dass den ausländischen Studenten allein schon die Ausstattung an der Med Uni Graz auffallen wird. Alles ist neu und viele technische Geräte werden erst gar nicht benutzt. Und die gute Organisation wird sicher auffallen. Ich hatte vor kurzem einen französischen Erasmus-Studenten bei mir untergebracht, dem wollte ich ständig was erklären, dabei wusste er schon immer alles. Wobei ich bei ihm das Gefühl hatte, er hat das für selbstverständlich hingenommen. Vom Menschlichen gesehen, denke ich, dass viele wahrscheinlich oftmals verwundert über die Offenheit hier an der Med Uni Graz sind. Der Standard wäre ja der kühle Deutsche/Österreicher, der keinen Spaß versteht, die ganze Zeit nur Würstchen isst und mit Dirndl gekleidet ist. Und ich habe eben die Erfahrung gemacht, dass die Erasmus-Studenten ganz zufrieden sind. Wenn deutsche Erasmus-Studenten nach Graz kommen, sind sie aber meistens sehr verwundert, dass es doch einen sprachlichen Unterschied gibt.



PHYSISCHE & PSYCHISCHE FÄHIGKEITEN | BEHINDERUNGEN | CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Menschen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung sind eine sehr heterogene Gruppe. Auch wird der Begriff „Behinderung“ je nach Kontext unterschiedlich definiert.

„Behinderung“ im Sinne von „behindert werden“ ist vor allem im Hinblick auf die Teilhabechancen von Betroffenen von Bedeutung – im Privat- wie auch im Erwerbsleben. Im beruflichen Kontext ist es vor allem die Definition im §3 des österreichischen Behinderteneinstellungsgesetzes: „Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilnahme am Arbeitsleben zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“¹ Diese Beschreibung gibt bereits Auskunft über die Komplexität und Heterogenität des Begriffes „Behinderung“.

Das Behinderteneinstellungsgesetz verpflichtet alle Organisationen pro 25 MitarbeiterInnen eine begünstigt behinderte Person einzustellen. Kommt ein Unternehmen dieser Forderung nicht nach, so muss eine Ausgleichstaxe entrichtet werden. Als Nachweis für die Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigten Behinderten gilt der letzte rechtskräftige Bescheid über die Einschätzung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit mit mindestens 50 vH (BeEinstG §14).² Der Grund dieser Maßnahme liegt in der noch immer geringen Erwerbsbeteiligung von behin-

derten Personen. Stereotype und Fehlinformationen bzgl. der Beschäftigung von Personen mit Behinderung scheinen weiterhin in den Köpfen verankert zu sein. Dabei sind Leistungsunterschiede von Menschen mit und ohne Behinderung kaum feststellbar, wenn Beschäftigte mit Behinderung an einem Arbeitsplatz entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden.³ Eine Behinderung oder chronische Erkrankung zu haben, geht nicht automatisch mit einer Leistungseinschränkung am Arbeitsplatz einher. Wichtig ist auch darüber aufzuklären, dass mit 86% der Großteil aller Schwerbehinderungen durch Krankheiten während des (Arbeits-)Lebens ausgelöst werden, lediglich 4,5% sind angeboren.⁴

BEHINDERUNGSARTEN

- » körperliche Behinderung
- » Sinnesbehinderung (Blindheit, Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit, Taubblindheit, Geruchlosigkeit)
- » Sprachbehinderung
- » psychische (seelische) Behinderung
- » Lernbehinderung
- » geistige Behinderung

3 Stuber, Michael (2006): Behinderung muss kein Hindernis sein. In: Personalmagazin 4/2006. S. 78

4 Stuber, Michael (2006): Behinderung muss kein Hindernis sein. In: Personalmagazin 4/2006. S. 79

1 Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG)

2 BGBl I Nr 17/1999, Art I Z 27, ab 1.1.1999

BEHINDERUNG AN DER MED UNI GRAZ

Die Medizinische Universität Graz bekennt sich zur besonderen Förderung und Integration von behinderten MitarbeiterInnen und Studierenden der Medizinischen Universität Graz in allen Belangen des universitären Lebens.

Behinderte Menschen sind fester Bestandteil unserer Gesellschaft und damit auch des Arbeits- und Studienlebens. Die Integration in die Gesellschaft und Teilhabe am Arbeitsleben, Chancengleichheit und Gleichstellung sowie respektvolle Zusammenarbeit von und mit behinderten ArbeitnehmerInnen und Studierenden sind deshalb wesentlicher Bestandteil der Kultur und Tradition unserer Universität!

SENSIBILISIERUNG und INFORMATION werden an unserer Universität großgeschrieben! Deshalb gibt es an der Med Uni Graz neben der gewählten Funktion der Behindertenvertrauenspersonen mit der Servicestelle für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen auch eine institutionalisierte Stelle. Die Funktion der/des Behindertenbeauftragte/n ist in dieser Servicestelle ebenfalls verankert.

BEHINDERTENVERTRAUENSPERSON

Die Behindertenvertrauensperson (gewählte Funktion) hat die wirtschaftlichen, sozialen, gesundheitlichen und kulturellen Interessen der begünstigten behinderten ArbeitnehmerInnen wahrzunehmen und ist somit eine aktive Ergänzung zum Betriebsrat

SERVICESTELLE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN UND/ODER CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN (MMB)

Die Servicestelle für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen ist eine institutionalisierte Stelle für alle Studierenden, MitarbeiterInnen und deren Vorgesetzte im allgemeinen sowie wissenschaftlichen Bereich, sowie Anlaufstelle für sämtliche OE's und Stabstellen sowie des Rektorats zum Thema Arbeit und Behinderung

BEHINDERTENBEAUFTRAGTE

Die Behindertenbeauftragte ist Teil der Servicestelle f. MmB und berät und unterstützt Studierende mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung. Diese Funktion ist im Bereich Studium und Lehre angesiedelt.

ZITATE

Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.

Richard von Weizsäcker, Weihnachtsansprache 1987, Bonn, 24. Dezember 1987

Im Grunde sind alle Menschen behindert, der Vorzug von uns Behinderten allerdings ist, dass wir es wissen.

Wolfgang Schäuble über sein Leben im Rollstuhl, Focus Nr. 12/2006

BARRIEREFREIHEIT – EIN PLUS FÜR ALLE

- » **BARRIEREFREIHEIT IST FÜR 10 PROZENT DER BEVÖLKERUNG ESSENZIELL, FÜR 40 PROZENT DER BEVÖLKERUNG NOTWENDIG UND FÜR 100 PROZENT DER BEVÖLKERUNG KOMFORTABEL. VON EINEM HINDERNISFREIEN UMFELD PROFITIEREN ALLE MENSCHEN (ÄLTERE PERSONEN, PERSONEN MIT KLEINEN KINDERN BZW. KINDERWAGEN, LIEFERDIENSTE, ETC.)**

DIE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION VON BEHINDERUNG DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) übersetzt „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ ist eine von der WHO 2001 initial erstellte und herausgegebene Klassifikation zur Beschreibung des

- » funktionalen Gesundheitszustandes,
- » der Behinderung,
- » der sozialen Beeinträchtigung sowie
- » der relevanten Umweltfaktoren von Menschen.

und geht von einer Dreigliedrigkeit der Behinderung aus:

- » Schädigung (körperlich, z.B. fehlender Arm)
- » Aktivitätsbeeinträchtigung (individuell, z.B. beidhändig Klavier spielen mit einem Arm)

- » Partizipationseinschränkung (gesellschaftlich, z.B. gesellschaftliche Normen schließen aus, dass einarmige Frau Konzertpianistin wird)

ÜBER DEN EIGENEN TELLERRAND HINAUSBLICKEN

Interview mit Sandra Gamse, Servicestelle für Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen, Gender:Unit der Medizinischen Universität Graz

Was ist der Unterschied zwischen der Behindertenvertrauensperson und der Servicestelle für Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen?

Gamse: Die Behindertenvertrauensperson ist eine gewählte Funktion. Sie kann nur von begünstigten behinderten MitarbeiterInnen gewählt werden und muss selber begünstigt behindert sein. Sie ist eine aktive Ergänzung des Betriebsrats, wie dieser weisungsfrei und soll die Interessen der begünstigt behinderten MitarbeiterInnen vertreten.

Die Servicestelle f. MmB ist eine institutionalisierte Stelle für alle MitarbeiterInnen und deren Vorgesetzte im allgemeinen sowie wissenschaftlichen Bereich, sowie Anlaufstelle für sämtliche OE's und Stabstellen sowie des Rektorats zum Thema Arbeit und Behinderung.

Was wird in der Servicestelle für Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen angeboten, was sind Ihre Tätigkeitsbereiche?

Gamse: Mit Einrichtung der Servicestelle für Menschen mit Behinderungen und/oder chron. Erkrankungen im Jahr 2010 wurde eine institutionalisierte Stelle geschaffen, die eine

nachhaltige Integration und Sensibilisierung ALLER Universitätsangehörigen sicherstellen soll.

Die Servicestelle f. MmB ist in 2 Bereiche gegliedert: Frau Mag.a Elke Jamer ist für Studierende mit Behinderung und/oder chron. Erkrankung zuständig. Sie hat die Funktion der Behindertenbeauftragten inne. Dieser Bereich ist im Vizerektorat für Studium und Lehre angesiedelt. In meinen Zuständigkeitsbereich fallen alle MitarbeiterInnen im allgemeinen und wissenschaftlichen Bereich. Angesiedelt ist dieser Teil der Servicestelle im Bereich Diversity in der Gender:Unit.

Mein Tätigkeitsbereich erstreckt sich von Beratung und Coaching für alle mittelbar und unmittelbar betroffenen UniversitätsmitarbeiterInnen über Sensibilisierung, Begleitung bei geplanter Einstellung neuer MitarbeiterInnen mit Behinderung bis hin zur Unterstützung des FM und MED CAMPUS-Teams zum Thema Barrierefreiheit.

Kurz gesagt, es kann sich jede Person an mich wenden, die Informationen zum Thema Behinderung benötigt.

Was sind die zentralen Problemlagen, mit welchen Anliegen kommen Menschen mit Behinderung in die Servicestelle?

Gamse: Die meisten kommen in die Servicestelle, um sich über einen Feststellungsbescheid oder einen Behindertenpass zu informieren und welche Vor- und Nachteile damit verbunden sind. In der Beratung werden dann die verschiedenen Möglichkeiten für den/die Einzelne/n besprochen und bei Bedarf auch Antragsformulare gemeinsam ausgefüllt. Ich biete aber auch Unterstützung bei der Einstellung neuer

MitarbeiterInnen mit Behinderung an, oder bei Erstellung und Einreichung von Förderanträgen. Auch steuerrechtliche Fragen sowie Vergünstigungen zum Beispiel in Bezug auf die ArbeitnehmerInnenveranlagung sind Teil meiner Beratung.

Wie viele Menschen mit Behinderung und /oder chronischen Erkrankungen sind an der Med Uni Graz angestellt?

Gamse: Derzeit arbeiten ca. 70 Menschen an der Med Uni Graz, die einen Feststellungsbescheid haben, also „begünstigt behindert“ sind. Dazu kommen noch MitarbeiterInnen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung, die keinen Feststellungsbescheid haben und daher nicht statistisch erhoben werden. Die Anzahl schwankt außerdem aus unterschiedlichen Gründen, z.B. weil manche Feststellungsbescheide auch befristet ausgestellt werden.

Wie schafft man es das Thema „Behinderung“ bewusst zu sensibilisieren? Ist dies Ihrer Meinung nach bereits geschehen an der Med Uni Graz?

Gamse: Ich denke, es ist hier ähnlich, wie bei anderen Diversitätsdimensionen. Viele Ängste oder Bedenken entstehen dadurch, dass noch keine ausreichende Auseinandersetzung mit der Thematik stattgefunden hat. Die Themen Behinderung und chronische Erkrankungen sind komplexer, als sie auf den ersten Blick scheinen. Viele Menschen mit Feststellungsbescheid haben keine offensichtliche Einschränkung am Arbeitsplatz. Auch sagt der Grad der Behinderung nichts über die Leistungsfähigkeit aus. Es gibt große Bemühungen von Seiten der Med Uni Graz, Sensibilisierung und Unterstützung zu

fördern. So wurde 2010 die bereits beschriebene Servicestelle ins Leben gerufen. Es geht darum, die Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderung zu verbessern. Bei Stellenausschreibungen gibt es zum Beispiel den Zusatz, dass Menschen mit Behinderung ermutigt werden, sich zu bewerben. Uns ist es wichtig zu vermitteln, dass Menschen keine Scheu haben brauchen, sich zu ihrer Behinderung und/oder chronischen Erkrankung zu bekennen.

Was viele nicht wissen ist, dass die meisten Behinderungen auch erst im Verlauf des Erwerbslebens auftreten. Aus diesem Grund gibt es auch einen erhöhten Kündigungsschutz, das bedeutet, dass die arbeitgebende Organisation nur unter bestimmten Voraussetzungen das Dienstverhältnis beenden kann. Auf der anderen Seite ist es natürlich so, dass ein bestehender Feststellungsbescheid in einem Bewerbungsverfahren auch eine Hürde bedeuten kann. Aus diesem Grund wurde der erhöhte Kündigungsschutz für die ersten vier Jahre ausgesetzt, um den Zugang für Betroffene zu erleichtern.

Bewerben sich Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen an der Med Uni Graz? Wenn ja, werden diese im Bewerbungsprozess gesondert behandelt bzw. Ihnen innerhalb diesem beigegeben

Gamse: Menschen mit Behinderung sind anderen BewerberInnen gleichgestellt, das bedeutet, es gibt kein besonderes Bewerbungsverfahren. Ich werde grundsätzlich nicht informiert, wenn sich eine Person mit Behinderung bewirbt.

Ich erfahre aber manchmal davon, zum Beispiel wenn sich diese Person bereits im Vorfeld bei der Servicestelle informiert. Manchmal melden sich auch die Personen, die die Stelle ausgeschrieben haben, wenn sich jemand mit Behinderung beworben hat. Sie erkundigen sich, ob es etwas Spezielles zu berücksichtigen gibt, informieren sich bzgl. Förderungen etc. Das ist allerdings eher seltener der Fall, da die meisten in ihrer Bewerbung gar nicht angeben, dass sie eine Behinderung haben, da sie dadurch Nachteile befürchten.

Was war ein persönliches Highlight? An welchen Moment in Ihrer Arbeit in der „Servicestelle für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen“ denken Sie besonders gern zurück? Warum?

Gamse: Es gibt für mich immer wieder persönliche Highlights, vor allem dann, wenn ich jemand konkret weiterhelfen konnte. Oder aber, wenn mich Führungskräfte kontaktieren, weil sie eine neue Stelle ausschreiben wollen und bereits von sich aus daran denken, eventuell eine Person auch mit einer gravierenderen Behinderung einzusetzen, weil zum Beispiel der Arbeitsplatz bereits barrierefrei ist. Ich freue mich, wenn ich merke, dass sich immer mehr Menschen bereits über diese Thematik Gedanken machen und wenn die Servicestelle von potentiellen BewerberInnen kontaktiert wird. Auch daran erkenne ich, dass meine Arbeit fruchtet. Toll ist natürlich auch die Offenheit des gesamten Rektorats diesem Thema gegenüber und die daraus resultierende Unterstützung. Das Schönste ist, dass ich merke – es kommt an.

Welche Herausforderungen werden sich in der Zukunft zeigen? Was möchten Sie ändern/verbessern?

Gamse: Die größte Herausforderung aus meiner Sicht ist es, die Barrieren in den Köpfen der Menschen wegzubringen. Denn eine Behinderung ist „nur“ eine Funktionseinschränkung des Körpers. Zur Behinderung wird diese Einschränkung erst durch die Gesellschaft!

DIVERSITÄT BEDEUTET FÜR MICH ...?

Gamse: Über den eigenen Tellerrand hinauszublicken.

STUDIERENDE MIT BEHINDERUNGEN UND/ODER CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Mag.^a Elke Jamer ist Leiterin des One Stop Shops für Studierende und zuständig für Studierende mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen.

Seit der Errichtung der Servicestelle für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen 2009, nehmen Studierende mit Behinderung immer wieder die Kontaktmöglichkeit zur Behindertenbeauftragten für den Bereich Studium und Lehre in Anspruch. Dabei wurden gemeinsam – mit Unterstützung der Betroffenen, Lehrenden, Verwaltungsstellen und den Entscheidungsträgerinnen und -trägern der Med Uni Graz - für unterschiedliche Anliegen und Problemlagen stets individuelle und auf die jeweilige Situation abgestimmte Lösungen gefunden. Konkret wurde die Servicestelle, die Behindertenbeauftragte für den Bereich Studium und Lehre, dabei bisher mit folgenden chronischen Erkrankungen und Behinderungen konfrontiert: Chronische Konzentrationsschwierigkeiten, chronische Sehbehinderung, chronische Hörbehinderung, chronische Gehbehinderung, akute Gehbehinderung, chronisch entzündliche Erkrankungen und psychische Erkrankungen.

Nicht nur Studierende, sondern auch StudienbewerberInnen mit Behinderung kontaktieren die Behindertenbeauftragte der Servicestelle für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen. Neben den schon genannten Erkrankun-

gen waren folgende weitere Erkrankungen dabei ein Thema: Krebserkrankung, StudienbewerberInnen im Rollstuhl, Diabetes, Legasthenie und Dyskalkulie. Es konnten, mit viel menschlichem Einsatz und der Anschaffung von speziellem Equipment, erfreulicherweise stets Lösungen gefunden werden, die eine unproblematische Testteilnahme ermöglichten.

Die Anzahl der Studierenden mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung kann nicht exakt ermittelt werden, da viele Betroffene sich nicht dazu melden wollen oder auch keinen konkreten Bedarf haben. Einen kleinen Anhaltspunkt könnten uns aber die Zahlen, welche man über die Studienbeitragsbefreiung und die Beurlaubung erhalten kann, geben. An der Med Uni Graz studieren derzeit fünf Personen, welche aufgrund einer Behinderung den Studienbeitrag erlassen bekommen haben. Drei weitere Personen haben sich wegen Krankheit beurlauben lassen, wobei nicht bekannt ist, ob es sich dabei um eine chronische Erkrankung handelt. Im SS 2018 haben 6 Personen den Studienbeitrag aufgrund einer Behinderung erlassen bekommen, drei weitere waren aufgrund Krankheit beurlaubt und zwei weitere haben den Studienbeitrag aufgrund einer Krankheit erlassen bekommen. Im WS 17/18 haben vier Personen den Studienbeitrag aufgrund einer Behinderung erlassen bekommen, vier weitere Personen waren aufgrund von Krankheit beurlaubt und ebenfalls vier weitere Personen haben den Studienbeitrag aufgrund einer Krankheit erlassen bekommen.

Am 2018 neu eröffneten Campus sind alle Räumlichkeiten nach den neuesten Standards ausgestattet und barrierefrei erreichbar. Bisher ist es der Servicestelle bei der Betreuung von Studieren-

den mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen stets gelungene Lösungen für die individuellen Problemstellungen zu finden. Wir sind auch bemüht uns für größere Herausforderungen – Studieren im Rollstuhl, Studieren mit starker Sehbehinderung - zu wappnen und blicken zuversichtlich in die Zukunft.



Der Mensch macht die Religion, die Religion macht nicht den Menschen.

Karl Marx

Wer kennt es nicht, dass fast schon obligatorische Grüß Gott als Begrüßung in Österreich. Diese Grußformel verdeutlicht, dass trotz Säkularisierungstrend, die lange Tradition des katholischen Glaubens deutlich ihre Spuren hinterlassen und institutionalisierte Praktiken in Österreich hervorgebracht hat. So ist beispielsweise das österreichische Landschaftsbild durch Kirchengebäude und Bildstöcke geprägt und die Mehrheit aller Feiertage beruhen auf kirchlichen Festen.¹

Doch auch wenn sich immer weniger Menschen einer Religion zugehörig fühlen, haben die Werte, Traditionen und Bräuche, beispielsweise des katholischen Glaubens in Österreich, unsere Gesellschaft nachhaltig geprägt.² „Als gesellschaftliche Institutionen nehmen Religionen auf das gesellschaftliche Zusammenleben, sowie die Entwicklung der Bevölkerung Einfluss, indem sie Normen und Wer-

tesysteme für das individuelle Handeln vorgeben.“³ Da sich diese Werte bzw. das Wertesystem eben nicht nur auf den Glauben beschränken, sondern sämtliche Lebensbereiche umfassen und das menschliche Zusammenleben prägen, wird die Kategorie Religion oftmals, so auch in dieser Broschüre, mit dem Begriff Weltanschauung verknüpft.

Dass Religion aber nicht nur Privatsache ist, beweisen mitunter immer wieder heftig geführte politische und gesellschaftliche Debatten über die Grenzen der freien Religionsausübung und sichtbare Zeichen des Glaubens. „Weltweit zeigen sich spätestens seit 2001 massive islamophobe Tendenzen, die, ungeachtet der Heterogenität dieser Glaubensrichtung, ebenfalls politisch instrumentalisiert werden.“⁴ Die Gefahr liegt hierbei, dass in der politischen und gesellschaftlichen Debatte Vorurteile bedient, Feindbilder erschaffen und somit unbegründete Ängste geschürt werden.⁵ „Auf gesellschaftlicher Ebene ist es daher wesentlich, einen konstruktiven Dialog für mehr Verständnis und Akzeptanz unterschiedlicher Religionen zu führen.“⁶

Für die Praxis des DiM bedeutet das, dass insbesondere durch eine Zunahme an Migration in Österreich eine steigende Hetero-

1 Vgl. Bendl, Regine & Hanappi-Egger, Edeltraud & Hofmann, Roswitha (Hg.) (2012): Diversität und Diversitätsmanagement. Wien: Facultas. S. 110f; Horniak, Günter. & Cimzar, Mathias (2012): Vielfalt bringt's! Diversity Management für Kleinunternehmen. Wien: Facultas. S. 138.

2 Vgl. Gutting, Doris (2016): Interkulturelles Management, Diversity und internationale Kooperation. Herne: NWB Kiehl. S. 86.

3 Bendl et al (2012), S. 110.

4 Bendl et al (2012), S. 112.

5 Vgl. Horniak & Cimzar (2012), S. 149.

6 Bendl et al (2012), S. 112.

genisierung der Glaubensbekenntnisse zu beobachten ist.⁷ Dieser größeren Vielfalt an Religionen in der Bevölkerung und somit auch in der Erwerbsbevölkerung gilt es durch geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen. Solche Maßnahmen wären beispielsweise das Speiseangebot an religiöse Gebote (z.B. kein Schweine- oder Rindfleisch) anzupassen bzw. dieses zu erweitern oder im muslimischen Fastenmonat Ramadam die Kantinenöffnungszeiten für MitarbeiterInnen entsprechend auszuweiten. Die Gender:Unit der Med Uni Graz versendet zum Beispiel einen interkulturellen Kalender an alle MitarbeiterInnen. Durch diese einfache Maßnahme soll Sensibilisierung und ev. Abstimmung der Prüfungstermine mit Feiertagen stattfinden. Wie überall gilt es auch im Bereich der Religion und Weltanschauung einen konstruktiven Dialog zu führen und offen aufeinander zuzugehen, um mehr Verständnis und Akzeptanz nicht nur auf organisationaler, sondern auch gesellschaftlicher Ebene zu erreichen.

PROJEKT RAHMA: MUTTERSPRACHLICHE SOZIAL- UND GESUNDHEITSASSISTENZ

Neben sprachlichen Barrieren führen bei medizinischer Behandlung auch kulturelle Unterschiede oder religiöse Besonderheiten mitunter zu Kommunikationsschwierigkeiten oder Unverständnis. Ein Projekt in dem alle diese Punkte vereint sind, ist RAHMA, ein Projekt von SOMM (Selbstorganisation von und für Migrantinnen und Musliminnen).

Die Muttersprachliche Sozial- und Gesundheitsassistenz RAHMA ist ein von Migrantinnen und Musliminnen selbstorganisiertes Pro-

jekt. Die Mitarbeiterinnen arbeiten seit 2007 im Bereich der Gesundheitsförderung und -vorsorge. Sie wurden in einem Lehrgang des EU-Projektes Marhama speziell für diese Aufgabe ausgebildet, wozu interkulturelle Kommunikation und Mediation, Kenntnisse über spezielle Bedürfnisse von Migrantinnen und Musliminnen als Patientinnen, antidiskriminatorisches Bewusstsein, Wissen über Gesundheitseinrichtungen in der Steiermark und dessen Weitergabe an Migrantinnen zählen.

WARUM RAHMA?

Migrantinnen sind in der Versorgung bei gesundheitlichen Problemen mit vielfältigen Schwierigkeiten konfrontiert, wie:

- » sprachliche Hürden durch zu schnelles Sprechen, Verwendung von Fachvokabular in ÄrztInnengesprächen, Informationsblättern
- » mangelnde Aufklärung und Information
- » kulturelle, traditionsspezifische, religiöse Bedürfnisse, die nicht bekannt sind oder nicht verstanden werden

Mangelnde interkulturelle Kompetenz in Gesundheitseinrichtungen lassen Migrantinnen daran scheitern, gleichberechtigten Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem beanspruchen zu können. Gerade Frauen tragen in der Migration große Verantwortung für die Gesundheit der Familie. Schwer ist es, in einem unbekanntem Umfeld Wege zur adäquaten Behandlung zu finden, oder überhaupt zu wissen, welche Möglichkeiten es gibt. Dafür brauchen Migrantinnen/Musliminnen kultur/traditions/religionskundige Mittlerinnen, denen sie Vertrauen schenken können,

7 Vgl. Bendl et al (2012), S. 110.

die sich im Gesundheitswesen auskennen und sprachkundig sind. Sie brauchen Vertrauenspersonen, mit denen sie sich in ihrer Muttersprache austauschen können und durch deren Übersetzung sie verstehen können, was der Arzt/die Ärztin vermitteln will.

Rahma-Mitarbeiterinnen werden aktiv im Falle von Diskriminierungen. Sie legen Beschwerde ein und ermutigen Betroffene zur Einforderung ihrer Rechte. Sie verweisen bei Bedarf an Ämter, Behörden, Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen, Bildungseinrichtungen weiter.

Die RAHMA Frauen auf Anfrage hin ehrenamtlich Seelsorge an. Sie besuchen Betroffene und stehen ihnen in ihrer schwierigen Lebenslage zur Seite. Auch organisieren sie wenn benötigt eine rituelle Totenwäsche für die Angehörigen des Verstorbenen.

Sie ermutigen Frauen ihre Anliegen selbstbestimmt und selbsttätig durchzusetzen. Sie organisieren Workshops zu Frauengesundheitsförderung wie Erste-Hilfe-Kurse, Geburtsvorbereitung, psychische Gesundheit, Bewegungsaktivitäten. Zusätzlich wird - nach Vereinbarung - Ernährungscoaching individuell oder für Gruppen angeboten.

DIE ARBEIT VON RAHMA BEINHALTET FOLGENDE AUFGABEN:

- » muttersprachliche Begleitung von Migrantinnen bei Arztbesuchen und Ambulanzterminen
- » Besuch und Betreuung im Spital sowie in Notsituationen zu Hause
- » Aufklärung und Informationsvermittlung
- » Abbau von Ängsten und Vorurteilen

- » Kulturübergreifendes Dolmetschen und kulturspezifisches Dolmetschen, jedoch kein professionelles Dolmetschen
- » Vermittlung bei Kommunikationsschwierigkeiten aller Art zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen und Patientinnen
- » Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten im Gesundheitswesen
- » Vermittlung von Seelsorge

[HTTP://WWW.SOMM.AT/INDEX.PHP/PROJEKT-RAHMA](http://www.somm.at/index.php/projekt-rahma)

GEBETSRAUM & SEELSORGE AM LKH

Neben der Kirche am LKH-Univ.-Klinikum, gibt es zwei Gottesdiensträume, wo ab und an römisch-katholische und evangelische Gottesdienste abgehalten werden. Ein Raum ist an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im 1. Stock und der zweite Raum befindet sich an der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin im Erdgeschoss (Haupteingang links, erste Tür rechts).

Zusätzlich gab bis zum Umbau der Univ.-Klinik für Chirurgie auch eine evangelische Kapelle im Bereich der Univ.-Klinik für Chirurgie. Diese musste aufgrund der Umbauarbeiten entfernt werden. Der Neubau einer neuen evangelischen Kapelle im Bereich der Univ.-Klinik für Chirurgie ist in den kommenden Jahren geplant.

Darüber hinaus gibt einen islamischen Gebetsraum im Gebäude der Klinischen Abteilung für Lungenkrankheiten, Auenbruggerplatz 20, 8036 Graz.

Der Gebetsbereich besteht aus zwei Räumen (getrennt begehbar für Frauen und Männer), diese liegen direkt nebeneinander.

(Foto von Mag. Hohenberger)

Des Weiteren gibt es am LKH-Univ.-Klinikum an mehreren Orten, hauptsächlich an Intensivstationen, separate Verabschiedungsräume, wo sich Angehörige in Ruhe und Stille verabschieden können.

Zudem gibt es die Möglichkeit für PatientInnen katholische oder evangelische Seelsorge in Anspruch zu nehmen. Für Angehörige anderer Religionsgemeinschaften wird auf Nachfrage ein entsprechender Kontakt hergestellt. Krankenbesuche der SeelsorgerInnen für nicht gehfähige PatientInnen können über den Pflegedienst jederzeit angefordert werden.

WUSSTEN SIE, DASS...

ES IN ÖSTERREICH IM JAHR 2017 INSGESAMT 16 GESETZLICH ANERKANNTE RELIGIONSGEMEINSCHAFTEN GIBT? DIESE SIND IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE:

- » ALEVITISCHE GLAUBENSGEMEINSCHAFT IN ÖSTERREICH (ALEVI)
- » ALTKATHOLISCHE KIRCHE ÖSTERREICHS
- » ARMENISCH-APOSTOLISCHE KIRCHE IN ÖSTERREICH
- » EVANGELISCHE KIRCHE A.B. UND H.B.
- » EVANGELISCH-METHODISTISCHE KIRCHE IN ÖSTERREICH (EMK)
- » FREIKIRCHEN IN ÖSTERREICH (MIT VERSCHIEDENEN KIRCHENGEMEINDEN)
- » GRIECHISCH-ORIENTALISCHE (= ORTHODOXE) KIRCHE IN ÖSTERREICH (MIT VERSCHIEDENEN KIRCHENGEMEINDEN)
- » ISLAMISCHE GLAUBENSGEMEINSCHAFT IN ÖSTERREICH

- » ISRAELITISCHE RELIGIONSGESELLSCHAFT
- » JEHOVAS ZEUGEN IN ÖSTERREICH
- » KATHOLISCHE KIRCHE
- » KIRCHE JESU CHRISTI DER HEILIGEN DER LETZTEN TAGE (MORMONEN) IN ÖSTERREICH
- » KOPTISCH-ORTHODOXE KIRCHE IN ÖSTERREICH
- » NEUAPOSTOLISCHE KIRCHE IN ÖSTERREICH
- » ÖSTERREICHISCHE BUDDHISTISCHE RELIGIONSGESELLSCHAFT
- » SYRISCH-ORTHODOXE KIRCHE IN ÖSTERREICH

Die gesetzliche Anerkennung einer Kirche oder Religionsgesellschaft verschafft dieser den höchsten Status, den die Republik Österreich einer Religionsgemeinschaft verleihen kann. Die gesetzliche Anerkennung bewirkt die Verleihung der öffentlich-rechtlichen Rechtspersönlichkeit an eine Kirche oder Religionsgesellschaft, wodurch ihr die Stellung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zukommt. Diese beinhaltet auch die privatrechtliche Rechtsfähigkeit.

Quelle: Bundeskanzleramt Österreich. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/82/Seite.820015.html>



SEXUELLE ORIENTIERUNG

Wer kennt sie nicht, die Regenbogenfahne; 1978 von Gilbert Baker entworfen gilt sie seitdem als das Symbol für die LGBTIQ*-Community und somit für die Vielfalt unterschiedlicher geschlechtlicher und sexueller Lebensweisen und Identitäten. Mittlerweile hat der Begriff „Regenbogen“ auch Einzug in den Sprachgebrauch gefunden, wenn es um LGBTIQ*-Themen geht. So werden Familien, in denen Kinder mit gleichgeschlechtlichen Eltern aufwachsen, als „Regenbogenfamilien“ bezeichnet.²

Heterosexualität und die damit einhergehende Heteronormativität der Gesellschaft³ wird auch heute noch als die Norm gesehen, von der Homo-/Bisexualität abweicht. Nach wie vor sind homo-/bisexuelle Menschen und Trans*gender-Personen⁴ von

Diskriminierung betroffen und häufig Anfeindungen, mitunter sogar körperlichen Angriffen, ausgesetzt. So zeigt sich Diskriminierung beispielsweise auch im Sprachgebrauch und vielen wird die umgangssprachliche Beleidigung bzw. Abwertung „schwul“, für „unmännliches“ Verhalten etc. geläufig sein. Dennoch hat sich vieles in den vergangenen Jahren zum Positiven entwickelt, man denke nur an den Sieg von Conchita Wurst beim Eurovision Songcontest oder das öffentliche Outing des ehemaligen deutschen Fußballnationalspielers Thomas Hitzlsperger.

Die (zunehmende) gesellschaftliche Akzeptanz spiegelt sich auch in der gesetzlichen Gleichstellung wider. So sind homo-/bisexuelle Menschen mittlerweile in vielen Bereichen rechtlich gleichgestellt, doch bis dahin und bis zur schließlich vollkommenen Gleichstellung ist es noch ein (langer) Kampf von engagierten Einzelpersonen und LGBTIQ*-Interessensgruppen und -Vereinen. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass es beispielsweise erst 1971 zur Aufhebung des Paragraphen 129 StGB (Strafgesetzbuch): „Unzucht wider die Natur mit Personen desselben Geschlechts“ kam. Und am 01. Jänner 2010 ist schließlich das Gesetz

1 Das Akronym LGBTIQ* wird als Abkürzung für folgende Begriffe (sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten) verwendet: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Inter*, Queer. Der Stern steht für die Offenheit in Bezug auf Identitäten und steht somit für alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten, die sich möglicherweise in den vorangegangenen Begriffen nicht wiederfinden.

2 Vgl. Horniak, Günter & Cimzar, Mathias (2012): Vielfalt bringt's! Diversity Management für Kleinunternehmen. Wien: facultas. S. 112f.

3 Heteronormativität beschreibt ein Struktur-/Analysekonzept das davon ausgeht, dass die vorherrschende gesellschaftliche Ordnung auf heterosexueller Zweigeschlechtlichkeit basiert. Geschlechtsidentitäten werden demnach kohärent entworfen und „Geschlechterverhältnisse ausschließlich in Beziehungen zwischen ‚Männern‘ und ‚Frauen‘ repräsentiert und weitere geschlechtliche und sexuelle Identitäten marginalisiert.“ Hartmann, Julia (2016): Doing Heteronormativity? Funktionsweisen von Heteronormativität im Feld der Pädagogik. In: Fereidooni, Karim & Zeoli, Antonietta P. (Hg.), Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. S. 107.

4 „Der Begriff Trans* schließt alle Menschen ein, die eine andere Genderiden-

tität besitzen und ausleben oder darstellen als jenes Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Das Sternchen ist ein Versuch, sämtliche Identitätsformen und Lebensweisen von Trans* zu berücksichtigen.“ Quix Kollektiv für kritische Bildungsarbeit (2016): Glossar Genderidentitäten. Online unter: <https://www.quixkollektiv.org/glossar/genderidentitaeten/>. [letzter Abruf: 30.05.2017].

über „eingetragene Partnerschaften“ in Österreich in Kraft getreten.⁵

Doch das Sprechen über die eigene (Regenbogen)Familie, intime/persönliche Beziehungen (und damit auch die eigene sexuelle Orientierung) gilt, auch wenn es beispielsweise Thomas Hitzlsperger 2014 anerkennenderweise öffentlich und damit zum Politikum gemacht hat, gemeinhin als Privatsache und stellt somit für den Umgang im Arbeitsalltag eine besondere Herausforderung dar. Menschen, die mit dem Gedanken spielen, sich in ihrer Arbeitsumgebung zu „outen“, fürchten, dass sie auf ihre von der Norm abweichende Sexualität reduziert werden und sie dadurch Diskriminierung erfahren. Für die Organisation kann dies auch ökonomische Auswirkungen haben, besonders dann, wenn die Leistungsfähigkeit und Motivation sinkt, da MitarbeiterInnen Energie dafür verbrauchen, ihre eigene sexuelle Orientierung zu verheimlichen, indem sie private Fragen nach Partnerschaft oder Familie ausweichen oder gar heterosexuelle Beziehungen vortäuschen. Letztendlich ist es die persönliche Entscheidung jeder einzelnen Person, wie und inwieweit sie die eigene sexuelle Orientierung an ihrem Arbeitsplatz thematisiert. Wichtig ist aber, dass die Hochschule zeigt, dass sie diesem Thema wohlwollend und offen gegenübersteht und die Betroffenen keine Benachteiligungen zu befürchten haben und sich sicher fühlen können.

5 Vgl. Horniak & Cimzar (2012), S. 111f.

DAS KLEINE ABC DES LGBTIQ – SEXUELLE ORIENTIERUNG UND IDENTITÄT AN HOCHSCHULEN?

FH-Prof. Mag. Dr. Martin J. Gössl (Hist. Sozial- und Kulturanthropologie) lehrt hauptberuflich als Dozent (FH) – Fachbereich Inklusion und Diversität - am August-Aichhorn-Institut für Soziale Arbeit an der FH JOANNEUM – University of Applied Sciences in Graz und ist ebenso Lehrbeauftragter an weiteren Hochschulen. Sein Forschungsinteresse umfassen Gender/Queer/Diversity-Theorien, Machtdiskurse und moderne urbane L(i)ebensformen. Martin J. Gössl ist Network Representative für das Women, Gender and Sexuality Network der Social Science and History Association (SSHA) und neben Graz vor allem in New York City forschend aktiv. (www.martinjgoessler.jimdo.com)

Die Anerkennung der Mehrdimensionalität von sexuellen Orientierungen als Identitäten gesellschaftlicher Teilhabe ist Teil einer jüngeren Geschichte.

Im Zuge der „Gay Revolution“ (Gössl, Als die erste Münze flog und die Revolution begann, Graz 2008) formierte sich von New York, USA, ausgehend eine moderne Bewegung sogenannter LGBT-Personen (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender), die für Anerkennung ihrer sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität auf die Straße gingen. Die bis dahin in den meisten Staaten dieser Welt vorherrschenden Kategorisierung einer „guten“ und „richtigen“ Sexualität bzw. Geschlechtsverständnis führte für viele Betroffene die diesem „guten“ und „richtigen“ Konzept nicht

folgen wollten bzw. konnten, die Notwendigkeit vor Augen, für die eigene Identität (und das eigene Empfinden) eine breite Aufmerksamkeit schaffen zu müssen. Dies wurde seit 1969 - wobei entsprechende Vorarbeiten durch eine homophile Bewegung in Europa zu beachten sind - erfolgreich umgesetzt; in den USA als auch Europa und vielen Staaten dieser Welt.

Seit nun mehreren Jahren sind gleichgeschlechtliche Lebensformen in modernen Gesellschaften nicht nur Teil eines rechtlich anerkannten Kanons menschlicher Vielfalt, sondern darüber hinaus merklicher Teil eines gesellschaftlichen Lebens.

Die dabei oft genannte Kategorie „sexuelle Orientierung“ ist dabei zwar die betriebswirtschaftlich am wenigsten erforschte Kerndimension¹ jedoch im gesellschaftlichen Diskurs der letzten Jahre eine viel-beachtete. Die eigene Sexualität gilt langläufig als „Privatsache“ und auf den ersten Blick scheint eine Auseinandersetzung damit im beruflichen Kontext nicht angebracht. Einer EU-weiten Studie aus dem Jahr 2013 zufolge fühlen sich allerdings 19% der befragten schwul-lesbischen Menschen und Transgender-Personen am Arbeitsplatz diskriminiert.²

Die gleichgeschlechtlich-sexuelle Orientierung ist dabei ebenso Teil eines Selbstverständnisses - da es relevante Bereiche wie Partnerschaft, Familie und Freunde, etc. betrifft - als auch tabuisierte Sphäre einer Person, da diese nur schwer in einem professionellen Kontext, wie Arbeit, anzusprechen ist. Die eigene Sexualität hat in vielen beruflichen Kontexten nur begrenzt - oftmals auch nur ausgegrenzt - Platz, weswegen eine lesbisch-schwule Orientierung oftmals kaum angesprochen wird. Hinzufügend kommt die Kraft der Norm, nämlich der Heteronormativität,

welche durch Omnipräsenz vermittelt klar legt, welches Begehren vom Großteil der Gesellschaft getragen und als „normal“ angesehen wird. Lesbisch, Schwule, Bisexuelle bzw. Transgender und Intersexualität sowie queere Lebensweisen (LGBTIQ*3) entsprechen diesem Bild der Heteronormativität nicht und können dies tagtäglich in der Werbung, den Gesprächen, oder in der einfachen Beobachtung von gezeigter - und nicht gezeigter - Zuneigung im öffentlichen Raum erkennen.

Dem Eintreten für das eigene Empfinden ist daher viel Kraft geschuldet, insbesondere wenn dies am Arbeitsplatz geschieht. Die befürchteten Gefahren sich in der Arbeitsumgebung zu „outen“ sind mannigfaltig. Sowohl die Reduktion auf die „andere“ Sexualität und das damit außer Acht lassen der Persönlichkeit als Ganzes, aber auch die Anwendung von Klischees bis hin zur Ausgrenzung der Person können solche ungewollten Reaktionen einer Umgebung sein.

Dabei ist gerade die Teilhabe eines Menschen als Gesamtpersönlichkeit am (Berufs-)Leben ausschlaggebend wichtig und die Frage mit wem ich eine Beziehung führe (oder führen möchte) eine elementare für jeden Menschen.

Bereits 1997 stellten Day und Schoenrade in einer Studie von 900 US-amerikanischen ArbeitnehmerInnen fest, dass es einen positiven Zusammenhang gibt zwischen dem Grad der Offenheit gegenüber den KollegInnen bezüglich der eigenen gleichgeschlechtlichen Identität auf der einen Seite und der empfundenen Arbeitszufriedenheit, der affektiven Verbundenheit zum Unternehmen und dem Gefühl, von der Unternehmensführung unterstützt zu werden auf der anderen Seite.⁴

Die Studie zeigt, dass ein offener - wertschätzender - Umgang in einer Organisation mit dem Thema sexuelle Orientierung positive Auswirkungen für die Gesamtheit - wegen dem Einzelnen - mit sich bringen kann. Dabei ist die Anerkennung von verschiedenen Lebens- und Liebensformen von zentraler Wichtigkeit um diesen Erfolgsfaktor einsetzen zu können. Wenig überraschend haben klare Maßnahmen, wie die Gleichstellung von eingetragenen Lebenspartnerschaften und Ehen in Bezug auf betriebliche Leistungen, den größten positiven Effekt auf das Arbeitsklima.⁵

Dabei ist eines jedoch immer zu beachten: es ist eine persönliche Entscheidung jeder einzelnen Person, wie und inwieweit sie die eigene sexuelle Identität und Orientierung an dem Arbeitsplatz thematisiert. Die Wirkungsstätte dieser Person, wie eine Hochschule, kann jedoch klare Signale dem Thema gegenüber senden um wertschätzende und offene klare Statements zu setzen.

Dies gilt im gleichen Ausmaß im Umgang mit Studierenden und Patientinnen und Patienten. Denn überall dort wo Menschen zusammentreffen, schält sich die Person keineswegs aus der privaten Rolle um gänzlich professionell zu wirken. Wir bleiben emotionale Wesen, die denken, fühlen, leben und lieben. Es ist gerade einer Professionalität geschuldet, dies einzugestehen und die Rahmen für diese menschlichen Wesenszüge zu setzen.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR MITARBEITERINNEN IN VERWALTUNG UND LEHRE

- » mehrdimensionale Sprache (1) und Realitäten (2) beachten.
1) Wählen Sie in Vorträgen, Vorlesungen, Schulungen, Sitzungen, etc. mehrdimensionale Beispiele. Im besonderen

Führungspersönlichkeiten und LehrveranstaltungsleiterInnen können hierbei maßgeblich Standards in der Akzeptanz setzen.

2) Oftmals wird in der Tat von einem Mann über einen Partner gesprochen oder von einer Studentin beispielsweise die Frage nach internen Modifikationen, z.B. Pflegeurlaub, betreffend Lebenspartner(innen)schaft gestellt. Beachten Sie mit entsprechender Sensibilität die Sprache und/oder Schriftverkehr und reagieren Sie mit der entsprechenden Vorgabe der Person. Hierbei gilt: Nachfragen nur wenn erforderlich.

- » Akzeptanz der Privatsphäre. Nicht jedeR möchte ihr/sein Privatleben im professionellem Kontext besprochen wissen. Respektieren Sie diesen Wunsch, egal welche sexuelle Orientierung oder Identität. Akzeptieren Sie dabei Grenzen wenn selbst im informellen Kontext - beispielsweise mehrere Personen erzählen private Details - dies von einer oder mehreren Personen nicht aufgegriffen wird. Ermöglichen Sie als Strategie einen Themenwechsel um gegebenenfalls die Spannung aus dem Gespräch zu nehmen.
- » Offene Räume ermöglichen und wertschätzende Atmosphäre beachten. Im Umkehrschluss ist es jedoch vielen Menschen auf im professionellem Kontext ein Bedürfnis, transparent darüber zu sprechen, was eineN als Person ausmacht. Dazu gehört eben auch Beziehung, Freunde und Familie. Hierbei ist es wichtig im Team, einer Studiengruppe, etc. solche Möglichkeiten einen Rahmen zu bieten, wobei dieser Rahmen vor allem durch wertschätzenden und respektvollen

Umgang getragen sein soll. Beleidigungen, abfällige Witze, Ausbreitung von Klischees und unangenehmes Nachfragen (Nachbohren) sollte unbedingt vermieden werden. Die Wertschätzung und der Respekt bestehen in der Form der Gespräche, eigene Grenzen des Mitteilens zu ermöglichen.

LITERATUR

- » 1 Köllen, Thomas (2012): Privatsache und unerheblich für Unternehmen? Der Stand der Personalforschung zur „sexuellen Orientierung“. Zeitschrift für Personalforschung, 26. Jahrgang, Heft 2. S. 143-166.
- » 2 FRA-European Union Agency for Fundamental Rights (2013): EU LGBT survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- » 3 Der Einfachheit halber wird meist von LGBTIQ* gesprochen. Die Abkürzung steht für Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex und Queer.
- » 4 Köllen, Thomas (2012): Privatsache und unerheblich für Unternehmen? Der Stand der Personalforschung zur „sexuellen Orientierung“. Zeitschrift für Personalforschung, 26. Jahrgang, Heft 2. S. 155.
- » 5 Lt. einer Studie 2010 durchgeführten Studie der WU Wien und der Goethe Universität Frankfurt am Main - Köllen, Thomas (2010): Bemerkenswerte Vielfalt – Homosexualität und Diversity Management. München: Rainer Hampp Verlag, München, Mehring.



GLOSSAR

ANTIDISKRIMINIERUNG

Antidiskriminierung als Konzept richtet sich aktiv gegen Diskriminierung durch gesellschaftliche, politische oder rechtliche Maßnahmen. Wichtiges Ziel von Antidiskriminierungsarbeit ist der Schutz und die Sicherung der Menschenrechte. Antidiskriminierungsmaßnahmen setzen bereits an den Ursachen von Diskriminierung an.

BINÄRE GESCHLECHTERORDNUNG (HÄUFIG AUCH: ZWEIFESCHLECHTERSYSTEM)

Die binäre Geschlechterordnung beschreibt ein System von gesellschaftlichen Normen und Praxen, in dem nur zwei Geschlechter anerkannt und als „normal“ oder „natürlich“ gewertet werden; nämlich entweder männlich oder weiblich. Damit einhergehend werden das männliche und weibliche Geschlecht als Gegensätze und somit gegenseitig ausschließend definiert. Dieses System der Zweigeschlechtlichkeit wird strukturell privilegiert.

„BIOLOGISCHES“ GESCHLECHT (ENGL.: SEX)

Das biologische Geschlecht bezeichnet in Abgrenzung zu Gender, die körperlichen Geschlechtsmerkmale (Genitalien, Chromosomen, Keimdrüsen, Hormone) eines Menschen. Hierbei ist zwischen männlich, weiblich oder intergeschlecht-

lich zu unterscheiden, in der Praxis wird häufig jedoch nur Mann und Frau als Optionen benannt und keine weiteren Geschlechter mitgedacht.

BISEXUALITÄT

Bisexualität beschreibt das sexuelle Begehren und/oder die romantische Anziehung für Personen des eigenen und eines anderen Geschlechts.

COMING OUT

Der Begriff „Coming Out“ (Englisch: herauskommen, sich bekennen) bezeichnet die (erstmalige) Thematisierung der eigenen Nicht-Heterosexualität oder Nicht-Cisgeschlechtlichkeit gegenüber anderen Menschen. Man kann den Prozess des Coming Out in ein inneres Coming-Out, also das persönliche Bewusstwerden und in ein äußeres Coming-Out, also andere Menschen darüber informieren, differenzieren.

DISKRIMINIERUNG

Diskriminierung ist jede ungerechtfertigte Ungleichbehandlung von Menschen oder Menschengruppen aufgrund bestimmter Merkmale (zB. Geschlecht, Herkunft, Hautfarbe etc.) ohne sachliche Rechtfertigung. Bei Diskriminierung ohne

sachliche Rechtfertigung wird zwischen unmittelbarer und mittelbarer Diskriminierung unterschieden.

DIVERSITY/DIVERSITÄT

Diversity oder Diversität wird oftmals mit Vielfalt übersetzt und beschreibt die Heterogenität, sowie die Wahrnehmung und Anerkennung unterschiedlicher Lebensrealitäten. Zentrale Diversitykategorien sind beispielsweise Religion/Weltanschauung, Geschlecht, Sprache, sexuelle Orientierung, Herkunft, Klasse, Alter und psychische/physische Fähigkeiten. Die Lesarten von Diversity sind dabei unterschiedlich, so wird Diversität beispielsweise oftmals als Managementkonzept zur bewussten Nutzbarmachung und Förderung der Verschiedenheit von MitarbeiterInnen genutzt.

GENDER

Unter Gender versteht man das soziale und/oder kulturelle Geschlecht im Unterschied zum biologischen Geschlecht (sex). Mit Gender sind also die gesellschaftlich, sozial und kulturell konstruierten Geschlechterrollen von Frauen und Männern gemeint. Damit einhergehend bezieht sich Gender auch auf die gesellschaftlich erwarteten Vorstellungen, Normen, Werte und Zuschreibungen zu „typisch männlichen/typisch weiblichen“ Verhaltensweisen, Charaktereigenschaften und (gesellschaftlichen) Aufgaben. Diese sozialen Unterschiede werden oftmals naturalisiert, d.h. auf das biologische Geschlecht zurückgeführt und damit legitimiert.

GENDER MAINSTREAMING

Gender Mainstreaming ist eine Strategie mit dem Ziel der Gleichstellung der Geschlechter. Diese Strategie ist darauf ausgerichtet systematisch die jeweiligen Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Männern und Frauen einzubeziehen und dahingehend alle Konzepte und Maßnahmen kritisch auf ihre Auswirkungen zu überprüfen und diesbezüglich bestehende Differenzen abzubauen.

GENDER PAY GAP

Der Gender Pay Gap, oder auch Gender Wage Gap, (Deutsch: geschlechtsspezifischer Lohnunterschied oder Geschlechter-Einkommenslücke), ist eine statistische Kennzahl, die den prozentualen Anteil bzw. die Unterschiede des Durchschnittsverdienstes von Frauen am durchschnittlichen Verdienst von Männern darstellt. Beim Gender Pay Gap wird zwischen einem bereinigten und einem unbereinigten Wert unterschieden. So werden beispielsweise die Faktoren Branche, Ausbildungsniveau, Dauer der Unternehmenszugehörigkeit oder Vollzeit/Teilzeit im bereinigten Wert schon herausgerechnet und dennoch gibt es einen erheblichen Anteil an unerklärten Gründen, die nach wie vor zu einem Lohnunterschied zwischen Männern und Frauen führen.

GLEICHBERECHTIGUNG/GLEICHBEHANDLUNG

Die Begriffe Gleichberechtigung/Gleichbehandlung beschreiben primär Maßnahmen, die darauf abzielen, dass kein Mensch aufgrund seines Geschlechts bevorzugt bzw. ben-

achteilt wird. Damit wird vor allem die formelle Gleichbehandlung durch das Recht gemeint. Gleiche formale Rechte gewährleisten aber noch nicht gleiche Chancen. Dieses Begriffspaar wird daher nicht mehr häufig verwendet, sondern es wird daher oftmals von Gleichstellung gesprochen.

HETERONORMATIVITÄT

Mit dem Begriff Heteronormativität wird ein gesellschaftliches System beschrieben, in dem ausschließlich zwei Geschlechter (Mann/Frau) akzeptiert und (rechtlich) anerkannt werden. In diesem System stehen die beiden Geschlechter in einem hierarchischen Verhältnis zueinander und das sexuelle Begehren richtet sich auf das jeweilige andere Geschlecht. Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität sind demnach die Norm - andere sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten werden ausgeblendet bzw. nicht anerkannt.

HETEROSEXUALITÄT

Heterosexualität beschreibt das sexuelle Begehren und/oder die romantische Anziehung für Personen des anderen Geschlechts (in einer binären Geschlechterordnung) bzw. eines anderen Geschlechts.

HOMOSEXUALITÄT

Homosexualität beschreibt das sexuelle Begehren und/oder die romantische Anziehung für Personen des eigenen Geschlechts.

INKLUSION

Das Konzept der Inklusion grenzt sich von Konzept der Integration ab und plädiert für die Vielfalt von Menschen. In einer inklusiven Gesellschaft soll kein Mensch aufgrund bestimmter Merkmale diskriminiert werden, sondern die Möglichkeit zur uneingeschränkten Teilhabe in allen Bereichen dieser Gesellschaft. Inklusion wird oft mit Einschluss oder Zugehörigkeit übersetzt.

INTERSEKTIONALITÄT

Der Begriff Intersektionalität beschreibt einen politischen und wissenschaftlichen Ansatz, der die Verschränkung und Wechselwirkung verschiedener sozialer Kategorien beschreibt und erforscht. Es wird die Frage gestellt, wie sich diese Kategorien (z.B. Geschlecht, Klasse, Ethnizität, sexuelle Orientierung etc.) im Zusammenspiel auf gesellschaftliche Benachteiligungen oder Privilegierungen auswirken. Dabei werden die jeweiligen Kategorien nicht nebeneinander, sondern als miteinander verwoben gesehen, die sich je nach konkretem Kontext, gegenseitig beeinflussen. So können sich verschiedene soziale Differenzen je nach Kontext verstärken oder abschwächen.

INTER*

Menschen, deren Körper (Genitalien, Hormonproduktion, Chromosomen, Keimdrüsen) nicht der medizinischen Norm von eindeutig männlich oder weiblich zugeordnet werden können, sondern beide Merkmale aufweisen und sich somit

in einem breiten Spektrum dazwischen befinden. Inter*-Personen werden häufig auch als Intersexuelle bezeichnet, doch mit der sexuellen Orientierung hat Inter* nichts zu tun.

LGBTIQ*

Abkürzung aus dem Englischen: Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter*, Queer. Der Asterisk am Ende (auch Gender-Star oder Gender-Sternchen genannt) steht für die Offenheit in Bezug auf Identitäten und somit für alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten. Die Abkürzung ist ein Ausdruck der Allianzen/Unterstützung zwischen unterschiedlichen nicht-heteronormativen Gruppen und Menschen. Die Abkürzung beinhaltet sowohl sexuelle Orientierungen als auch Genderidentitäten. Manchmal im Deutschen auch mit LSBT* (Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Trans*) abgekürzt. Die Abkürzung wird oft erweitert, z.B. LGBTIQAP*, wobei das A für Asexuality oder Aromantisch und das P für Pansexuell oder Panromantisch stehen.

QUEER

Queer fungiert als Selbstbezeichnung von Menschen, die sich aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität nicht in die vorherrschende Norm der Heterosexualität und/oder Zweigeschlechtlichkeit zuordnen können und/oder wollen. Der Begriff bezeichnet außerdem ein Bündel an wissenschaftlichen Theorien (Queer Studies) und politischen Konzepten, die Kritik an der Heteronormativität üben.

RASSISMUS

Alle Denk- und Redeweisen, Einstellungen und Handlungen, die Menschen auf Grund ihnen zugeschriebener biologischer und/oder kultureller Merkmale und/oder ihrer zugeschriebenen Herkunft benachteiligen. (Quelle: Broschüre quix Kollektiv für kritische Bildungsarbeit)

SÄKULARISIERUNG

Säkularisierung beschreibt die Trennung von Staat und Kirche. Oft wird der Begriff auch mit Verweltlichung übersetzt. So gibt es beispielsweise zwischen manchen Staaten und dem Vatikan Verträge (Konkordat), in denen die Aufgabenverteilung genau geregelt ist.

TRANS*IDENTITÄT/TRANS*GENDER/TRANS*SEXUELL

Das Präfix „trans-“ stammt aus dem Lateinischen und kann mit „jenseits“ übersetzt werden. Der Begriff Trans* schließt alle Menschen ein, deren Geschlechtsidentität nicht dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen biologischen Geschlecht entspricht. Das Sternchen ist ein Versuch, sämtliche Identitätsformen und Lebensweisen von Trans* zu berücksichtigen. Der Begriff Trans*identität wurde als Alternative zur medizinischen Diagnose „Transsexualität“ geprägt, um zu verdeutlichen, dass es für Transidente nicht in erster Linie um Themen der Sexualität geht, sondern um die Frage der Identität.

Der Gegensatz zu trans* ist cis-geschlechtlich, da die Geschlechtsidentität von cis-geschlechtlichen Menschen mit

dem Geschlecht, das ihnen bei ihrer Geburt auf Grundlage der gesellschaftlichen Einordnung ihrer äußeren Genitalien zugewiesen wurde, übereinstimmt.

(Quelle: Broschüre quix Kollektiv für kritische Bildungsarbeit)

KONTAKT

OE GENDER:UNIT

Gleichstellung:Frauenförderung:Diversity Management

Servicestelle für Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen

Servicestelle für Vereinbarkeit (kinderCAMPUSbüro, Pflege von Angehörigen, Dual Career)

Universitätsstraße 6

8010 Graz

www.medunigraz.at/genderunit

