21 ■ sozialpolitik in diskussion sozialpolitik in diskussion

Ursula Filipič (Hg.)

GUTE ARBEIT IN GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFEN?!

September 2019
wien.arbeiterkammer.at

WIEN

https://wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriten/zeitschriften/Sozialpolitik_in_Diskussion.html

INHALTSVERZEICHNIS

Ursula Filipič
Vorwort 3

Ingrid Mairhuber
Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung: hohe Belastungen, geringe Entlohnung, große Herausforderungen 4

Johannes Gärtner, Anna Arlinghaus, Peter Baumgartner, Karin Boonstra-Hörwein, Werner Marschitz, Ruth Siglär
Ansätze für eine „Neue Normalarbeitszeit". Ein Diskussionsbeitrag 18

Romana Wochner
Gesundheitsberufe sind weiblich. Warum gute Arbeitsbedingungen bessere Lebensbedingungen für Frauen schaffen 28

Doris Formann
Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitsbereich in Österreich aus Sicht einer Gesundheitsdienstleistungsorganisation 32

Silvia Rosoli
Politische Herausforderungen und Handlungsfelder der Pflegepolitik 44

Autorinnen 50

Ursula Filipič

VORWORT

Eine Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2018 über die Arbeitsbedingungen in der Pflege alter und kranker Menschen in Deutschland kommt zu ernüchternden Ergebnissen: Dem Bewusstsein, gesellschaftlich immens wichtige Arbeit zu leisten, stehen oftmals sehr schwierige Arbeitsbedingungen gegenüber. Diese sind geprägt von geringer und nicht als leistungsgerecht empfundener Entlohnung, hoher körperlicher und psychischer Belastung, hohem Zeitdruck und oftmals ungünstigen Arbeitszeiten, sei es in Form von Schichtdiensten, Wochenendarbeit oder Diensten an den Tagesrändern (morgens bzw. abends). Das vorgegebene Arbeitspensum kann mitunter nur mit Abstrichen bei der Qualität der Arbeit bewältigt werden.[1]

Und wie sieht es mit guter Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen in Österreich aus?

Dieser Frage widmete sich ein Workshop der Reihe „SOZNET-AK", der gemeinsam von der AK Wien und der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im November 2018 organisiert wurde und darauf abzielte, Forschung und Praxis zusammenzubringen und gegenseitig füreinander nutzbar zu machen. Der vorliegende Band der Schriftenreihe „Sozialpolitik in Diskussion" ist im Wesentlichen die Dokumentation dieses Workshops.

Dabei lässt sich der Titel in zweifacher Weise lesen:

Zum einen mit einem deutlichen Fragezeichen: Wie steht es um die Arbeitsbedingungen in Gesundheits- und Sozialberufen in Österreich? Wer leistet diese gesellschaftlich so enorm wichtige Arbeit? Und unter welchen Bedingungen?

Zum anderen aber auch mit einem deutlichen Rufzeichen: Dieses steht für die Überzeugung, dass es in Gesundheits- und Sozialberufen vielerorts dringend einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen bedarf, und damit für die Forderung an politische Entscheidungs- und Verantwortungsträger, Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen möglich wird – zum Wohle der in diesen Bereichen Arbeitenden wie auch zum Wohle jener Menschen, die diese Arbeit benötigen.

Wir wünschen eine anregende Lektüre!

1 Vgl. Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di (Hg., 2018), Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, Berlin; https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada.

Ingrid Mairhuber

ARBEITSBEDINGUNGEN IN DER PFLEGE UND BETREUUNG: HOHE BELASTUNGEN, GERINGE ENTLOHNUNG, GROSSE HERAUSFORDERUNGEN

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Basis von vorhandenen empirischen Untersuchungen, einschlägigen Dokumenten und Interviews mit Expertinnen und Experten werden die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung mit Fokus auf Langzeitpflege beschrieben. Dabei geht es insbesondere um die Beschäftigungs- und Branchenbedingungen in der stationären sowie mobilen Pflege und Betreuung, die Einkommenssituation, die Arbeitsbedingungen und Belastungen sowie um Ausweichstrategien der Beschäftigten (Arbeitsplatzwechsel und Unterbrechungen, Berufsausstieg und Pensionszugang).

Die wesentlichsten Ergebnisse sind:

- Schwere körperliche Arbeit, hohe emotionale Belastungen und geringe Entlohnung sind wesentliche Kennzeichen, wobei die Anforderungen kontinuierlich zunehmen.
- Teilzeitarbeit und Berufsunterbrechungen – auch in Form von Arbeitslosigkeit – sind Teil der Erwerbsbiografie, um den enormen Belastungen über Jahre standzuhalten.
- Diese individuellen Ausweichstrategien gehen aber zulasten der Erwerbseinkommen und Transferleistungen der vornehmlich weiblichen Pflege- und Betreuungskräfte.

SUMMARY

Based on available quantitative and qualitative empirical studies, document analyses and interviews with experts, the article describes the employment and working conditions in the care sector with a special focus on long-term care. The focus is on industry and employment conditions in home care and residential care, income situation, working conditions and demands and avoidance strategies of the employees in the care sector (job changes and career breaks, career ending and access to retirement).

The main results are:

- Heavy physical work, high levels of emotional stress and low income are the main characteristics. In addition, high demands are steadily increasing.
- Part-time work, career breaks and unemployment are parts of the employment biography of many employees in order to resist the enormous demands over years.
- These individual avoidance strategies are at the expense of the income and transfer payments of the mainly female employees in the care sector.

1 EINLEITUNG

Trotz des zunehmenden Bedarfs an Pflege- und Betreuungskräften und eines starken Anstieges der Beschäftigung kam es in den letzten Jahren in Österreich auch zu einer teilweise beträchtlichen Zunahme der Arbeitslosigkeit, wenn auch von einem sehr niedrigen Niveau aus. Vor allem PflegehelferInnen und HeimhelferInnen sind davon betroffen. Dies kann unter anderem auf die schwierigen Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in diesem Bereich zurückgeführt werden. Im Folgenden werden diese näher beleuchtet.

Der vorliegende Beitrag beruht auf Teilergebnissen eines Forschungsprojektes zum Thema „Arbeitslosigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen in Österreich und Gründe für den Anstieg 2008–2016" (Astleithner/Eichmann/Mairhuber 2017). Im Rahmen dieses Projektes, das im Auftrag des Sozialministeriums im Jahr 2017 durchgeführt wurde, standen auch die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung im Fokus. Dazu erfolgte eine umfassende Analyse vorhandener empirischer qualitativer und quantitativer Studien sowie einschlägiger Dokumente. Zusätzlich wurden zehn Interviews mit Expertinnen und Experten geführt.

2 BRANCHEN- UND BESCHÄFTIGUNGSBEDINGUNGEN

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Langzeitpflege beziehen sich aktuelle Studien vielfach auf diesen Bereich und hier insbesondere auf die stationäre Pflege und Betreuung. Derzeit leben in Österreich knapp 74.700 Menschen in rund 900 Alten- und Pflegeheimen. Diese werden von circa 41.000 Beschäftigten – dies entspricht 33.012 Vollzeitstellen – gepflegt. Der Frauenanteil bei den Beschäftigten beträgt rund 85 % (vgl. Staflinger 2018, 9). „Der Langzeitpflegebereich in Österreich erlebt derzeit massive Veränderungen. Die viel zitierte demografische Entwicklung mit einer steigenden Lebenserwartung, gleichzeitig aber steigender Multimorbidität und zunehmende[n] Erkrankungen im Alter, wie z. B. Demenz, stellt die Langzeitpflege und vor allem -betreuung vor immer größer werdende Herausforderungen" (Staflinger 2016, 3).

Gleichzeitig führen die Umsetzung des Grundsatzes „mobil vor stationär" (vgl. dazu auch Mairhuber/Sardadvar 2017, 17–28) sowie die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung 2007 dazu, dass betreuungs- und pflegebedürftige Menschen immer länger zu Hause bleiben und dort von Angehörigen auch in Kombination mit mobilen Betreuungs- und Pflegediensten versorgt werden (vgl. Rudda et al. 2008, 331). Das stellt die mobile Pflege und Betreuung sowohl vor quantitative wie auch qualitative Herausforderungen. Diese Entwicklung bedeutet aber auch, dass pflegebedürftige Menschen immer später in Alten- bzw. Pflegeheimen aufgenommen werden und immer höhere Pflegestufen und komplexere Pflegebedarfe aufweisen.

Eine Expertin hält dazu fest: *„Das ist aber jetzt der Trend … früher sind ja Leute in so Heime gezogen, die noch fit waren. Und jetzt kommen aber immer ältere, das wird hinausgezögert. Und dann hast du viel mehr zu tun … und schwieriger" (E-10, Wien).*

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren auch die Ansprüche an die Qualität der Betreuung und Pflege sowohl vonseiten der Pflege- und Betreuungsbedürftigen als auch vonseiten der

Angehörigen gestiegen. Neue Konzepte in den Pflegewissenschaften stellen die Aktivierung der Ressourcen bzw. die Anleitung zur Selbstständigkeit in den Mittelpunkt und sind damit meist zeitintensiver als die einfache Versorgung, Betreuung und Pflege (vgl. Staflinger 2018, 10).

Dies steht in starkem Widerspruch zur zunehmenden Ökonomisierung der Langzeitpflege und den damit einhergehenden Änderungen in der Arbeitsorganisation im Sinne einer „industrieförmigen Modernisierung" (Reuyß et al. 2012, 45). Die Taylorisierung der Pflege- und Betreuungsarbeit führt dazu, dass für „fürsorgliche Praxis" (Senghaas-Knobloch 2008) kaum mehr Zeit bleibt (vgl. dazu auch Volksanwaltschaft 2016, 32). Pflege und Betreuung sind aber nicht einfach eine Aneinanderreihung von funktionalen Tätigkeiten, sondern gerade der „unsichtbare" Teil der Pflegearbeit (vgl. Schalek 2018), wie Vertrauensaufbau, Beziehungsarbeit und Kommunikation, ist sowohl für die Pflege- und Betreuungsbedürftigen als auch die Beschäftigten besonders wichtig.

Eine qualitative Untersuchung zu den Arbeitsbedingungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen in Tirol (vgl. Löffler/Steininger 2013) stellt in dieser Hinsicht fest, dass „die Umsetzung einer auf Flexibilität und Bedürfnisorientierung ausgerichteten Pflegephilosophie in den Altenwohn- und Pflegeheimen" (ebenda, 7 f.) aufgrund der geringen finanziellen Ressourcen und damit knappen Personalausstattung sehr schwierig ist. Eine Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich (vgl. Staflinger 2016) zeigt auf, dass in den Alten- und Pflegeheimen in der Praxis – bedingt durch zahlreiche Mehraufgaben – immer weniger Zeit für Beziehungs- und Interaktionsarbeit bleibt (vgl. dazu auch Staflinger/Gratzer 2016).

2.1 Stationäre Pflege und Betreuung

Einer der wesentlichen Gründe, warum es in den Alten- und Pflegeheimen immer schwieriger wird, hochwertige und sinnstiftende Arbeit zu erbringen, sind laut Staflinger/Gratzer (2016) Mindestpersonalschlüssel, die meist in den 1990er-Jahren erarbeitet wurden und seither kaum eine Anpassung erfahren haben. Da die Regelungen der stationären Einrichtungen der Langzeitpflege in den Kompetenzbereich der Bundesländer fallen, sind die Vorgaben österreichweit – sowohl quantitativ als auch qualitativ – zudem sehr unterschiedlich (vgl. dazu näher Staflinger 2016, 52).

In der Praxis weisen die Mindestpersonalschlüssel folgende Probleme auf:

- Die Dokumentationspflichten, die seit Entstehung der Mindestpersonalschlüssel massiv angestiegen sind, werden nicht adäquat berücksichtigt. Diese binden viel Zeit, die dann bei der direkten Betreuung und Pflege fehlt (vgl. Staflinger 2016, 112; Brunner et al. 2010; Papouschek 2011).
- Auf die Beschäftigungsstruktur, wie etwa das Alter der Beschäftigten, schwangere MitarbeiterInnen oder RückkehrerInnen nach langen Krankenständen, wird ebenfalls nicht abgestellt. In vielen Alten- und Pflegeheimen liegt der Altersdurchschnitt der Beschäftigten in der Pflege und Betreuung bereits jetzt bei über 45 Jahren (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016a, 8 f.).
- Durch die Zunahme des Anteils der BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen nimmt auch der Pflege- und Betreuungsaufwand kontinuierlich zu. „Dieser zusätzliche Aufwand ist derzeit in den österreichischen Personalschlüsselberechnungen nicht abgebildet und führt bei Beschäftigten in der Pflege und Betreuung zu einer erheblichen Mehrbelastung" (Staflinger/Gratzer 2016).

- Ein besonderes Problem stellen Nachtdienste dar, da es keine verbindlichen Regelungen für die Besetzung gibt, obwohl die stark veränderte Gesundheitsstruktur der BewohnerInnen massive Anforderungen an MitarbeiterInnen im Nachtdienst stellt (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016a, 12). Konsolidierungs- und Sparmaßnahmen haben im Gegenteil dazu geführt, dass der Personaleinsatz während der Nachtstunden reduziert wurde. Es gibt daher viele Alten- und Pflegeheime, die auf einen durchgehenden Einsatz von Diplompersonal im Nachtdienst verzichten (vgl. Staflinger 2016 120 f.; Staflinger/Gratzer 2016; Löffler/Steininger 2013, 8; Volksanwaltschaft 2016, 32).

Darüber hinaus besteht ein sehr grundlegendes Problem: „In den bestehenden Vorgaben für die personellen und finanziellen Rahmenbedingungen der Langzeitpflege werden Beziehung, Vertrauen und Kommunikation […] nicht als Leistungsbestandteile anerkannt, was zu einer systematischen Unterausstattung mit personellen Ressourcen führt" (Schalek 2018).

Empirische Studien für unterschiedliche Bundesländer kommen daher zum Schluss, dass die bestehenden Mindestpersonalschlüssel bzw. Personalbedarfsrechnungen und Qualifikationsschlüssel nicht an die neuen gesellschaftlichen, strukturellen, medizinischen und pflegerischen Herausforderungen angepasst wurden. Dies bedeutet, dass einerseits eine Qualitätssicherung bzw. -entwicklung kaum möglich ist und sich andererseits die Arbeit der Beschäftigten aufgrund eines permanenten Mangels an Pflege- und Betreuungspersonal enorm verdichtet hat. Dies führt, wie weiter unten näher ausgeführt werden wird, zu den bekannten Folgen, wie der Zunahme von Krankenständen, Arbeitszeitreduktionen, selbst gewählten Auszeiten (auch in Form von Arbeitslosigkeit) bis hin zu Burn-out und vorzeitigem Pensionsantritt (vgl. Staflinger 2016, 3 f.; Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark 2013, 65; Rottenhofer et al. 2012, 10; Volksanwaltschaft 2016, 29).

2.2 Mobile Pflege und Betreuung

In Österreich wurden 2015 rund 145.700 Menschen durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste von rund 21.200 Beschäftigten betreut. Da es sich vielfach um Teilzeitbeschäftigte handelt, sind es in Vollzeitäquivalenten gerechnet nur 11.900 Beschäftigte (vgl. BMASK 2016, 173). Auch im Bereich der extramuralen bzw. mobilen Pflege und Betreuung hat die zunehmende Ökonomisierung zu Änderungen in der Arbeitsorganisation und damit zu einer starken Verdichtung der Arbeit geführt, die für die Beschäftigten sehr problematisch ist.

Ein Experte merkt hierzu an: *„Und ich vertrete […] die Ansicht, dass wir in den mobilen Diensten insgesamt, von der Heimhilfe bis auch zur Hauskrankenpflege, einen Grad von Verdichtung erreicht haben, der eigentlich schon wirklich ungut und ungesund ist, weil die Leistungsqualität und damit aber auch letztlich die Arbeitsqualität schon sehr leidet" (E-7, Ö).*

In verschiedenen Untersuchungen (vgl. Löffler/Steininger 2013; Brunner et al. 2010; Volksanwaltschaft 2016), aber auch in den Interviews mit Expertinnen und Experten wird festgestellt, dass der Bereich der mobilen Pflege und Betreuung besonders herausfordernd ist und daher kaum Vollzeitbeschäftigungen zulässt, „weil die betreuenden Personen noch in stärkerem Maße als die in Heimen oder Krankenanstalten tätigen Pflegekräfte Rückzugs- und Reflexionsphasen benötigen, um ihre Leistungskraft und -motivation zu erhalten" (Löffler/Steininger 2013, 8).

Mit den Teilzeitverträgen in der mobilen Pflege und Betreuung werden die besonders herausfordernden Arbeitsbedingungen aber auf die Beschäftigten verlagert und die Kosten in Form von Teilzeiteinkommen und folglich geringen Transferleistungen (insbesondere bei den Pensionen)

individualisiert. Sie stellen somit keine nachhaltige oder zufriedenstellende Lösung der Problematik dar.

In der mobilen Pflege und Betreuung ist neben bzw. in Verbindung mit der vorrangigen Teilzeitbeschäftigung zudem eine Sonderform der Arbeitszeit zu finden: die sogenannten geteilten Dienste, also in der Praxis bezahlte Erwerbstätigkeit am Vormittag und am späten Nachmittag, unterbrochen durch eine mehrstündige unbezahlte Arbeitspause. Diese geteilten Dienste stellen neben Wochenend- und Nachtarbeit, Schicht- und Wechseldienst, Mehrarbeit und Überstunden eine besondere Belastung für Beschäftigte dar, insbesondere wenn diese Vereinbarkeitsverpflichtungen haben (vgl. Krenn et al. 2010, Schneider et al. 2012; Löffler/Steininger 2013).

Geteilte Dienste in Kombination mit Teilzeitbeschäftigung (20 bis 22 Wochenstunden) sind in den Kollektivverträgen für die mobile Betreuung – vor allem bei HeimhelferInnen und PflegehelferInnen – österreichweit die Regel. Dies wird vielfach damit begründet, dass betreuungs- und pflegebedürftige Menschen vor allem morgens und abends (professionelle) Unterstützung brauchen: *„Für Heimhelferinnen werden nur Teilzeitstellen angeboten, weil die alten Menschen morgens und abends betreut werden wollen … und weil dieser Job ganztags gar nicht durchzuhalten ist. Aber davon können die Frauen nicht leben …" (E-4, NÖ).*

Grundsätzlich wünschen sich betreuungs- und pflegebedürftige Menschen oder auch ihre Angehörigen jedoch mehr Betreuungsstunden sowohl während des Tages als auch in der Nacht. Diese sind allerdings meist nicht leistbar bzw. können von den Trägerorganisationen der mobilen Betreuung und Pflege (wie etwa Caritas, Fonds Soziales Wien, Hilfswerk, Volkshilfe) gar nicht angeboten werden, da das verfügbare Betreuungsvolumen durch die (finanziellen) Bundesländervorgaben begrenzt ist (vgl. Meier 2011, 78). Dazu meint eine Expertin: *„Ja, es kommt hier zu Stehzeiten für Betreuerinnen, obwohl Pflegebedürftige mehr Stunden bräuchten und Betreuerinnen gerne mehr arbeiten würden … oder einmal etwas Zeit haben, auch mal durchschnaufen und plaudern mit den Kunden" (E-3, NÖ).*

2.3 Einkommenssituation

Für Teilzeitbeschäftigte sind die Einkommen meist nicht existenzsichernd, und auch insgesamt ist das Einkommensniveau im Bereich der Pflege und Betreuung niedrig. Laut dem Österreichischen Arbeitsklima Index bewerten Pflege- und Betreuungskräfte selbst im stationären Bereich ihr Arbeitseinkommen als kritisch: Nur 68 % der Beschäftigten sind mit diesem zufrieden. Damit sind trotz Nachtdienstzulagen und anderer Zuschläge 32 % mit ihrem Einkommen nicht zufrieden (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016b, 4).

Zudem gibt es große Einkommensunterschiede zwischen den Bundesländern. Untersuchungen auf Bundesländerebene stellen daher einen noch höheren Grad an Unzufriedenheit mit der Einkommenssituation fest. Eine Studie zu den Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark kommt zum Ergebnis, dass sogar 74 % mit der Entlohnung unzufrieden sind. 36 % fühlen sich dadurch mäßig und 30 % stark bis sehr stark belastet (vgl. Dressler et al. 2014a, 92). In einer vergleichbaren Studie für Tirol sind knapp 73 % mit ihrem Gehalt unzufrieden, 33 % empfinden diesen Missstand als mäßige Belastung, 22 % fühlen sich stark bis sehr stark belastet (vgl. Dressler et al. 2014b, 81).

Im Rahmen der Interviews mit Expertinnen und Experten wurde die hohe Fluktuation bei PflegehelferInnen und HeimhelferInnen im mobilen Bereich auch mit der Einkommensunzufriedenheit in Verbindung gebracht.

Ein Grund für die geringe Entlohnung bzw. die Unzufriedenheit mit der Entlohnung in den Gesundheits- und Sozialberufen liegt auch darin begründet, dass die Ergreifung von gewerkschaftlichen Kampfmaßnahmen, wie die Abhaltung von Betriebsversammlungen oder das Durchführen von Streiks, problematisch erscheint. Diese stellen aber ein wichtiges Instrument bei der Durchsetzung von ArbeitnehmerInneninteressen im Zuge von Kollektivvertragsverhandlungen dar. Da Betriebsversammlungen während der Arbeitszeit oder Streiks jedoch vielfach keine wirklichen Optionen sind, ist dadurch die Verhandlungsmacht der Interessenvertretung im Kampf für höhere Löhne und Gehälter geschwächt (vgl. Fercher 2016, 19).

3 ARBEITSBEDINGUNGEN UND -BELASTUNGEN

Trotz der beschriebenen Rahmenbedingungen erleben Beschäftigte in Betreuungs- und Pflegeberufen ihre Arbeit als sinnstiftend und bereichernd. Sie sind mit ihrem Beruf häufig sehr zufrieden und würden diesen auch wieder wählen. Laut dem Österreichischen Arbeitsklima Index haben die Beschäftigten in Betreuungs- und Pflegeberufen mit 109 Punkten eine um zwei Indexpunkte höhere Arbeitszufriedenheit als der Durchschnitt aller Berufsgruppen (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016a, 16). Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2010) stellt dennoch fest, dass Pflege zwar als wertvoller und zukunftssicherer Beruf gilt, der konkrete Wunsch von jungen Menschen, diesen Beruf zu wählen, aber wenig ausgeprägt ist bzw. dass der Beruf nach einer Ausbildung letztendlich nicht ergriffen oder nicht lange ausgeübt wird. Dies hängt u. a. mit den Arbeitsbedingungen in diesen Berufen zusammen – ein Befund, der auch in verschiedenen Bundesländer-Studien bestätigt wird (vgl. Bobens et al. 2011; Löffler/Steininger et al. 2013; Dressler et al. 2014a; Dressler et al. 2014b).

Junge Menschen, die eine Ausbildung im Bereich Pflege und Betreuung wählen, sehen sich hier oft mit einer wesentlichen Diskrepanz zwischen der Ausbildung bzw. den Ausbildungsinhalten und der praktischen Arbeit bzw. der beruflichen Alltagspraxis konfrontiert: *„Aus dem Grund, weil die in der Ausbildung sehr, sehr viel lernen … was ist Beziehungsarbeit, was ist Kommunikation, was ist wertschätzender Umgang, welche Möglichkeiten gäbe es denn alles, welche tollen Modelle und Instrumente … Aber dann in der Praxis, spätestens beim ersten großen Praktikum, merken sie – ah, die Realität schaut überall anders aus" (E-5, OÖ).*

Bundesländer-Studien zeigen – obwohl die Werte bei der Arbeitszufriedenheit nach wie vor relativ hoch sind –, dass die Beschäftigten bezogen auf die Entwicklung der Arbeitsbedingungen in den letzten sechs Jahren überwiegend eine Verschlechterung feststellen. Sowohl in der Steiermark als auch in Tirol ist nur etwas mehr als ein Viertel der Meinung, dass es zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen gekommen ist. In der Steiermark nehmen 27 % und in Tirol ein Drittel eine Stagnation wahr. Eine Verschlechterung erleben hingegen 54 % der Beschäftigten in der Steiermark und 40 % der Beschäftigten in Tirol (vgl. Dressler et al. 2014a, 57; Dressler et al. 2014b, 58).

3.1 Belastungen durch Arbeitsorganisation und Arbeitszeit

Arbeitsbelastungen ergeben sich vor allem durch Mängel in der Arbeitsorganisation und durch Ressourcenmangel, insbesondere durch Personalmangel. Dies führt dazu, dass ein er-

heblicher Teil der Beschäftigten regelmäßig deutlich länger arbeiten muss, als vertraglich vereinbart wurde (vgl. Bobens et al. 2011, 13 f.; Dressler 2014a, 54 f.; Dressler et al. 2014b, 55). Dies gilt sowohl für Teilzeit- wie auch für Vollzeitverträge. Ein Großteil der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich fühlt sich durch die Lage und Länge der Arbeitszeit erheblich belastet, zum Teil auch noch durch die nicht planbare Freizeit (vgl. Bobens et al. 2011, 13).

Die Studie für Tirol (vgl. Löffler/Steininger 2013, 8) stellt fest, dass die Struktur von Tag-, Nacht- und Wochenenddiensten allein noch keine Belastung darstellt, solange die Diensteinteilung mit den persönlichen Bedürfnissen der Pflegekräfte abgestimmt und die Wochenarbeitszeit innerhalb der vorgegebenen Strukturen flexibel gewählt werden kann. „Zur Belastung werden Arbeitszeitregelungen dann, wenn aufgrund geringer Personalreserven im Falle von Karenzen und Krankenständen die verbleibenden MitarbeiterInnen die Ausfälle durch Überstunden und zusätzliche Dienste auffangen müssen" (Löffler/Steininger 2013, 8).

Eine Expertin beschreibt dies im Interview sehr treffend: *„Dann hast du oft wirklich den Kreislauf: Die einen decken das mit Überstunden ab, die anderen sind im Krankenstand. Und wenn die einen vom Krankenstand zurückkommen, gehen die anderen in Krankenstand" (E-2, Wien).*

Beschäftigte in der Pflege berichten, immer mehr Aufgaben erledigen und unter einem hohen Zeitdruck arbeiten zu müssen. Laut dem Österreichischen Arbeitsklima Index ist Zeitdruck für 33 % der Beschäftigten in Pflegeberufen eine starke bzw. sehr starke Belastung, über alle Branchen hinweg sind es hingegen „nur" 22 % (vgl. Kammer für Arbeit und Angestellte Oberösterreich 2016b, 5). In Wien fühlen sich 34 % und in Niederösterreich 40 % durch den Zeitdruck belastet (vgl. Brunner et al. 2010a, 14). In der Steiermark geben 46 % (vgl. Dressler et al. 2014a, 23) und in Tirol 36 % der Beschäftigten an, unter sehr großem Zeitdruck arbeiten zu müssen (vgl. Dressler et al. 2104b, 77).

Auf Basis der Bundesländer-Studien und der Interviews mit Expertinnen und Experten kann neben dem Personalmangel und dem Arbeiten unter Zeitdruck noch „zu viel Bürokratie" als eine der hauptsächlichen Belastungen identifiziert werden. Bürokratie bzw. Dokumentationspflichten reduzieren, wie bereits erwähnt, die verfügbare Zeit für die Pflege und Betreuung und werden daher als (große) Belastung empfunden (vgl. Dressler et al. 2014b, 77; Dressler et al. 2014a, 23).

Auch in der mobilen Betreuung und Pflege ist es durch eine zunehmende Professionalisierung und Ökonomisierung zu einer Ausdifferenzierung der Tätigkeiten, einer besonderen Taktung und Beschränkung der verfügbaren Zeit pro Pflege- oder Betreuungsbedürftige/n gekommen.

Eine ehemalige Heimhelferin beschreibt das ursprüngliche Tätigkeitsprofil folgendermaßen: *„Mobile Heimhilfe war ja früher ein Hilfsarbeiter-Job. Wir haben früher Pulver eingeschachtelt. Wir sind einkaufen gegangen. Wir haben sie gepflegt. Wir haben sie gewaschen. Wir haben zusammengeräumt. Wir haben gekocht. Wir sind zum Arzt gegangen. Also, es war sehr umfangreich früher, wie wir noch Hilfsarbeiter waren" (E-10, Wien).*

Die Trennung von sozialen und medizinischen Aspekten der Pflege wirkt sich auch auf die Qualität des Kontaktes mit den Pflege- oder Betreuungsbedürftigen aus (vgl. Krenn/Papouschek 2003; Schneider et al. 2012). Diese Veränderung in der Arbeitsorganisation wird von mobilen BetreuerInnen und PflegerInnen als sehr problematisch erlebt, weil es in Widerspruch zur Ganzheitlichkeit ihrer Arbeit steht.

3.2 Körperliche und psychische Belastungen

Als Folge von Personalmangel und Zeitknappheit verstärken sich vielfach die körperlichen und motorischen Belastungen, die von der steigenden Technisierung der Arbeitsvorgänge oft nur unzureichend abgefangen werden können (vgl. Dressler et al. 2014b, 44). Insofern sind im Bereich der Pflege und Betreuung die körperlichen Belastungen beträchtlich. Muskelverspannungen (71 %), Kreuzschmerzen (67 %), Kopfschmerzen, Migräne sowie Erschöpfung und Müdigkeit (jeweils 47 %) treten im Pflege- und Betreuungsbereich häufiger als im Durchschnitt aller Branchen auf (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016b, 7; Statistik Austria 2014).

Laut Österreichischem Arbeitsgesundheitsmonitor geben 45 % der Pflegekräfte und 40 % der Beschäftigten in Gesundheitsberufen an, auch krank zur Arbeit zu gehen. Im Durchschnitt aller Branchen sind es 34 %. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen geben deutlich mehr Beschäftigte an, dies aus Rücksicht auf ihre Kolleginnen und Kollegen zu tun (71 %) und dass zu wenig Personal vorhanden ist, um Ausfälle abzufangen (43 %) (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016b, 8).

Auf Basis des Österreichischen Arbeitsklima Index empfinden 44 % der Pflegkräfte ihre Arbeit als stark bzw. sehr stark seelisch belastend und aufreibend – über alle Branchen hinweg sind es hingegen nur 12 % (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich 2016b, 7). Auch zählen Übergriffe und Gewalt an Betreuungs- und Pflegekräften zu den Arbeitsbelastungen in diesen Berufen – insbesondere im mobilen Bereich (vgl. dazu Bobens et al. 2011, 15; Löffler/Steininger 2013, 7; Statistik Austria 2014; Volksanwaltschaft 2016, 39). Umfragen der internationalen Studie „European Nurses Early Exit Study (NEXT)“ ergaben beispielsweise, dass 22 % des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mindestens einmal im Monat Gewalt durch pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige erfahren, bei Pflegehelferinnen tritt die Gewalterfahrung noch häufiger auf (vgl. Estryn-Behar et al. 2008). Kurt Schalek (2018) stellt hierzu fest: „Aggressives Verhalten von Menschen mit Pflegebedarf ist vielfach eine Folge des Zeitdrucks, den die Pflegenden im Arbeitsalltag erleben und an die unterstützungsbedürftigen Menschen weitergeben.“

3.3 Burnout-Gefährdung und Burnout

Laut Bobens et al. (2011, 57) und Dressler et al. (2014b, 44) stehen körperliche Belastungen traditionell im Zentrum arbeitswissenschaftlicher oder arbeitsmedizinischer Untersuchungen. In ihren Erhebungen wurde jedoch deutlich, dass Belastungen, die sich aus der Arbeitsorganisation (zu lange Arbeitszeiten, Prozessmängel, Führungsmängel, Ressourcenmängel) ergeben, in Gesundheitsberufen noch stärker wirken als Belastungen aufgrund von physischen Anforderungen. Daher kommt den psychosozialen Belastungen, und hier vor allem dem Burnout oder der Burnout-Gefährdung, ein größerer Stellenwert zu als den körperlichen Belastungen.

Bereits 2009 waren 2,5 % der Beschäftigten in Gesundheitsberufen in Wien in einem akuten Burnout-Stadium, in Niederösterreich war es 1 %. Gleichzeitig leiden 25 % der Beschäftigten in Wien und 23 % in Niederösterreich unter „emotionaler Erschöpfung“ bzw. „Depersonalisierung“, d. h. unter einer Vorstufe des Burnouts (vgl. Brunner et al. 2010, 16 f.). Insgesamt ist damit etwa ein Viertel der Beschäftigten in Wien und Niederösterreich von Burnout betroffen oder bedroht (Bobens et al. 2011, 14).

Zwei im Jahr 2013 durchgeführte Untersuchungen kamen für die Steiermark und Tirol zu noch viel höheren Werten. In der Steiermark befinden sich bereits 5 % in einem akuten Burnout-Stadium, und 33 % weisen eine beginnende oder fortgeschrittene Burnout-Symptomatik auf (vgl. Dressler et al. 2014a, 75). In Tirol sind fast 6 % in einem akuten Burnout-Stadium, und ebenfalls 33 % weisen eine Burnout-Symptomatik auf (vgl. Dressler et al. 2014b, 68). Damit sind in der Steiermark und Tirol insgesamt rund 40 % von Burnout betroffen oder bedroht.

4 AUSWEICHSTRATEGIEN DER BESCHÄFTIGTEN

Neben Teilzeitarbeit versuchen (ältere) Pflege- und Betreuungskräfte, dem enormen Druck und den belastenden Arbeitsbedingungen durch Arbeitsplatzwechsel, (selbst gewählte) Auszeiten (auch Arbeitslosigkeit) und vorzeitigen Pensionsantritt zu entkommen.

4.1 Arbeitsplatzwechsel und Unterbrechungen

In der Tiroler Studie gibt knapp die Hälfte der befragten Beschäftigten an, seit dem Berufseinstieg mindestens einmal den Arbeitsplatz bzw. den Dienstgeber gewechselt zu haben, 23 % bereits mehrmals. Knapp 60 % der diplomierten Pflegekräfte haben den Arbeitsplatz zumindest einmal gewechselt, bei PflegehelferInnen sind es 36 % und bei SozialbetreuerInnen knapp 30 % (vgl. Löffler/Steininger 2013, 124). Als häufigste Gründe werden – nach dem Wechsel des Tätigkeitsbereiches – das Arbeitstempo bzw. der Zeitdruck, der vorgegebene Arbeitsrhythmus und das Ausmaß der Arbeitszeiten genannt (vgl. ebenda).

Knapp ein Drittel der Beschäftigten in Tirol hat seit dem Berufseinstieg die Beschäftigung zumindest einmal oder auch mehrmals unterbrochen, um später wieder an denselben Arbeitsplatz zurückzukehren. Die häufigsten Unterbrechungen verzeichnen diplomierte Pflegekräfte: Mehr als 36 % haben mindestens einmal unterbrochen. Bei den PflegehelferInnen bzw. SozialbetreuerInnen hat rund ein Viertel unterbrochen. Der wichtigste Grund für eine Unterbrechung ist neben einer Schwangerschaft bzw. einer Elternkarenz eine selbst gewählte Auszeit (rund 16 %) (vgl. ebenda, 126 f.).

In den Interviews mit Expertinnen und Experten kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass die enormen Arbeitsbelastungen dazu führen können, dass sich die Betroffenen in eine selbst gewählte Auszeit – auch in Form von Arbeitslosigkeit – flüchten: *„Die Belastung … ist zu viel. Ich kann mir vorstellen, dass sich manche dann auch in die Arbeitslose flüchten, wenn es gar nicht mehr geht" (E-2, Wien).*

Hohe psychische und körperliche Belastungen führen laut den Expertinnen und Experten in der Folge auch zu Vermittlungseinschränkungen auf dem Arbeitsmarkt. In den Gesundheitsberufen scheint dies besonders ausgeprägt zu sein: *„Wir haben uns nur die Jahre 2014 bis 2017 [für Gesundheitsberufe] angeschaut. Und da haben wir eben gesehen, dass die Hälfte der Arbeitslosen Vermittlungseinschränkungen hat. … Das sind hauptsächlich gesundheitliche Probleme und/oder das Alter. Das ist – so wie die Bauarbeiter – das ist eine körperlich und auch psychisch sehr geforderte Berufsgruppe, und wenn die jetzt länger arbeiten müssen, ist halt damit zu rechnen, dass sie es einfach nicht mehr können" (E-8, Kärnten).*

4.2 Berufsausstieg und Pensionszugang

Laut Österreichischem Arbeitsgesundheitsmonitor meinen nur 33 % aller Pflegekräfte, dass sie ihren Beruf bis zum gesetzlichen Pensionsalter von 60 bzw. 65 Jahren ausüben können. Grund dafür ist der (schlechte) Gesundheitszustand. Über alle Branchen hinweg sind es immerhin 56 % (vgl. Staflinger 2016, 78). Auch eine Studie der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen kommt zum Ergebnis, dass der hohe Stresslevel, das erhöhte Burnout-Risiko und der arbeitsbedingte Gesundheitszustand dazu führen, dass viele Betreuungs- und Pflegekräfte ihre Pension vor dem regulären gesetzlichen Pensionsalter antreten (vgl. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2006, 28).

Eine Expertin drückt diesen Sachverhalt für den Bereich der mobilen Betreuung und Pflege, speziell für HeimhelferInnen und PflegehelferInnen, sehr drastisch aus: *„Man kann in diesem Beruf nicht alt werden" (E-3, NÖ).*

Dies liegt laut den Expertinnen und Experten an den sehr schlechten Arbeitsbedingungen, die zu einem extrem hohen Verschleiß der Personen führen. Insbesondere HeimhelferInnen dürften viele Tätigkeiten eigentlich nicht ausüben und tun dies in der Praxis trotzdem, noch dazu unter großem Zeitdruck.

Individuelle Ausweichstrategien sind bzw. waren neben Teilzeitbeschäftigung und Phasen der Arbeitslosigkeit auch vorzeitige Alterspension oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. In den letzten Jahren wurden jedoch zahlreiche Änderungen in der österreichischen Pensionsversicherung beschlossen, die den Zugang zu einem vorzeitigen Pensionsantritt, also vor dem gesetzlichen Pensionsalter, erschweren bzw. einschränken. Die (schrittweise) Anhebung des Pensionsalters und der notwendigen Beitragszeiten für verschiedene „vorzeitige" Pensionen (etwa Anhebung der Altersgrenze für den Tätigkeitsschutzes für die unbefristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension) ab dem Jahr 2011 sowie die Abschaffung der befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ab dem Jahr 2014 führen dazu, dass ältere (auch arbeitslose) Beschäftigte erst später in Pension gehen können (vgl. dazu näher Mairhuber 2012, 43 f.; Stumptner-Diethör 2017; Astleithner/Eichmann/Mairhuber 2017, 119–123).

Im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens, das im Jahr 2013 im Vergleich mit anderen Branchen ein relativ geringes Pensionszugangsalter bei den Direktpensionen aufwies, ist dieses zwischen 2013 und 2016 von 56 Jahren und sechs Monaten auf 60 Jahre und zwei Monate angestiegen. Damit kam es innerhalb von nur drei Jahren zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Pensionszugangsalters um drei Jahre und acht Monate. Damit liegt das Pensionszugangsalter im Gesundheits- und Sozialwesen nur mehr knapp unter dem durchschnittlichen Pensionszugangsalter aller Branchen von 60 Jahren und drei Monaten (vgl. BMASK 2015, 28; BMASK 2017, 36).

Auch die Expertinnen und Experten stellen in den Interviews fest, dass die Verschärfungen im Bereich der Pensionsversicherung einen vorzeitigen Pensionsantritt für Pflege- und Betreuungskräfte erschwert haben und damit für viele nur mehr ein Ausweichen in die (finanziell schlechter abgesicherte) Arbeitslosigkeit offen bleibt: *„Das ist für die Leute sicher ein Problem, dass sie eben jetzt nicht mehr in die Pension ausweichen können, sondern maximal in die Arbeitslose" (E-2, Wien).*

Insbesondere die Beschränkungen bei der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension 2014 treffen die gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten, weil es für diese in der Pflegearbeit besonders schwer ist: *„Die werden ja wegen dem, nur weil jetzt die gesetzlichen Grundlagen andere sind, nicht trotzdem wieder morgen arbeitsfähig sein. Wenn die mit einem hohen Ein-*

schränkungsgrad zu rechnen hat, wo sollte sie denn in der Pflege noch tätig sein? Oder wenn sie zwei Tage, nachdem sie wieder in die Arbeit kommt […] wieder rausfällt, weil sie es einfach nicht aushaltet" (E-5, OÖ).

Die schrittweise Anhebung der Altersgrenze für den Tätigkeitschutz im Bereich der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension vom vollendeten 57. Lebensjahr auf das vollendete 60. Lebensjahr machte es vor allem für niedrig qualifizierte Arbeitskräfte schwieriger, in Pension zu gehen: *„Es sind ja sehr viele Ungelernte. Das stimmt natürlich. Wenn ich den Tätigkeitsschutz anhebe, […] dann wirkt sich das natürlich aus in drei Jahren. Im Prinzip hat man es auf 60 angehoben. Heuer [2017] haben wir 60 Jahre" (E-9, Ö).*

Eine ehemalige mobile Heimhelferin, die jetzt in einer stationären Einrichtung arbeitet, fasst ihre Zukunftsperspektive folgendermaßen zusammen: *„Aber – klar – ich stehe vor der Pension. Was bleibt mir über? Ich kann froh sein, wenn mich die dort noch zehn Jahre behalten bis zur Pension und ich das auch noch aushalte ohne Burnout. So ist das für mich" (E-10, Wien).*

5 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Bereich der Pflege und Betreuung sind durch schwere körperliche Arbeit, hohe emotionale Belastungen und geringe Entlohnung gekennzeichnet. Zunehmender Zeitdruck, gestiegene Dokumentationspflichten und schwierigere Pflege- und Betreuungssituationen, aber auch gestiegene Ansprüche an die Qualität der Pflege und Betreuung erhöhen die Anforderungen an das Pflege- und Betreuungspersonal zudem kontinuierlich. Ökonomisierung und Taylorisierung der Arbeit stehen im Widerspruch zum ganzheitlichen Ansatz bzw. der fürsorglichen Praxis in der Pflege und Betreuung und führen im Zusammenhang mit einer nicht adäquaten Finanzierung des zunehmenden Bedarfes an Pflege und Betreuung in einer alternden Gesellschaft zu Ressourcen- und insbesondere Personalmangel.

Dennoch ist die Arbeitszufriedenheit derer, die einen Pflege- oder Betreuungsberuf ausüben, sehr hoch. Gleichzeitig sind für viele Teilzeitbeschäftigung, Berufsunterbrechungen, auch in Form von Arbeitslosigkeit, Teil der Erwerbsbiografie, um den enormen Belastungen über Jahre standhalten zu können. Diese individuellen Ausweichstrategien gehen aber zulasten sowohl des Erwerbseinkommens als auch der Transferleistungen der vornehmlich weiblichen Pflege- und Betreuungskräfte. Die andauernd stark belastenden Arbeitsbedingungen münden auch häufig in einen vorzeitigen Ausstieg bzw. Pensionsantritt, der jedoch in den letzten Jahren stark beschränkt wurde.

Für die Beschäftigten in der Pflege und Betreuung, aber auch für die pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen ist daher eine Rückkehr zu einem ganzheitlichen Ansatz und eine adäquate Berücksichtigung des „unsichtbaren" Teils der Pflege- und Betreuungsarbeit notwendig. Nur dann können sowohl die Qualität der Arbeit als auch die Qualität der Pflege und Betreuung entsprechend gewährleistet bzw. weiterentwickelt werden. „‚Warm, satt, sauber' ist weder eine sinnvolle sozialpolitische Zielsetzung, noch schafft dieser Ansatz Anreize für die Arbeit in den Pflegeberufen" (Schalek 2018).

BIBLIOGRAFIE

Astleithner, Franz, Hubert *Eichmann* und Ingrid *Mairhuber* (2017), Arbeitslosigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen in Österreich und Gründe für den Anstieg 2008–2016, Studie im Auftrag des Sozialministeriums, FORBA-Forschungsbericht 9/2017, Wien.

BMASK (2015), Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2014, Wien.

BMASK (2016), Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015. Wien.

BMASK (2017), Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2016, Wien.

Bobens, Claudia, Andrea *Brunner,* Tanja Maria *Bürg,* Tom *Schmid,* Christian-Diedo *Troy* und Anna *Wagner* (2011), Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich und bei angestellten ÄrztInnen in Niederösterreich, SFS, Wien.

Brunner, Andrea, Tanja Maria *Bürg,* Claudia *Bobens,* Tom *Schmid,* Christian-Diedo *Troy* und Anna *Wagner* (2010), Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich, SFS, Wien.

Dressler, Stefan, Tom *Schmid* und Bernadette *Stross* (2014a), Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Steiermark, SFS, Wien.

Dressler, Stefan, Tom *Schmid* und Bernadette *Stross* (2014b), Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in Tirol. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Tirol, SFS, Wien.

Estryn-Behar, Magenta, Beatrice *Van der Heijden* and Donatella *Camerino* (2008), Violence risks in nursing – Results from the European 'NEXT' Study, in: Occupational Medicine, 58(2), 107–114.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006), Employment in Social Care in Europe, Dublin.

Fercher, Sonja (2016), Interview: Von der Idealpflege weit entfernt, in: Arbeit&Wirtschaft 8/16, 19–21.

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich (2015), Gesund bleiben bis zur Pension im sozialen Dienstleistungsbereich. Handlungsleitfaden für die Praxis, Linz.

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich (2016a), Engpass belastet die Beschäftigten: Oberösterreichs Alten- und Pflegeheime brauchen dringend mehr Personal. Ergebnisse aus der Studie Mindestpflegeschlüssel in oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen, Linz.

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich (2016b), Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung. Daten, Fakten und Forderungen der Arbeiterkammer Oberösterreich, Linz.

Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark (2013), Pflegekonsilium|Personalbedarf. Forderungskatalog Personalbedarf in der Pflege, Graz.

Krenn, Manfred und Ulrike *Papouschek* (2003), Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen, FORBA-Forschungsbericht 3/2003, Wien.

Krenn, Manfred, Jörg *Flecker,* Hubert *Eichmann,* Ulrike *Papouschek* und Christoph *Hermann (2010),* „... was willst du viel mitbestimmen?" Flexible Arbeit und Partizipationschancen in IT-Dienstleistungen und mobiler Pflege, Berlin.

Löffler, Roland und Andreas *Steininger* (2013), Arbeitsbedingungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen in Tirol. Qualitative Folgestudie „Verweildauer in Pflegeberufen". Endbericht, Wien.

Mairhuber, Ingrid (2012), Geschlechtergerechtigkeit in der österreichischen Pensionsversicherung. Aktuelle Situation und notwendige Veränderungen, in: Kurswechsel, 4/2012, 39–49.

Mairhuber, Ingrid und Karin *Sardadvar* (2017), Erwerbstätige pflegende Angehörige in Österreich: Herausforderungen im Alltag und für die Politik. Projekt unterstützt durch Fördergeld des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank (Projektnummer 16049). Endbericht, Wien.

Meier, Irene (2011), Status Quo und Regelungen zur Langzeitpflege in Österreich, in: Kreimer, Margareta und Isabella *Meier* (Hg.), „Die Angehörigen wissen am besten, was gut ist". Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger, Graz, 59–82.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2010), Salzburger Pflegetage 2010. Dem Pflegepersonalmangel in Österreich mit positivem Image begegnen! Mai 2010, Salzburg.

Papouschek, Ulrike (2011), Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen, FORBA-Forschungsbericht 5/2011, Wien.

Reuyß, Stefan, Svenja *Pahl,* Jürgen *Rinderspacher* und Katrin *Menke* (2012), Pflegesensible Arbeitszeiten, Perspektiven der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Düsseldorf.

Rottenhofer, Ingrid, Johannes *Zsifkovits* und Patrik *Schuchter* (2013), Pflegepersonalprognose Salzburg, Gesundheits- und Sozialbereich, Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft, Wien.

Rudda, Johannes, Margarethe *Fürstl-Grasser* und Max *Rubisch* (2008), Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich, in: Soziale Sicherheit 6/2008, 331–345.

Schalek, Kurt (2018), Die „unsichtbare" Qualität der Langzeitpflege, A&W blog, 17. Oktober 2018; https://awblog.at/langzeitpflege/.

Schneider, Ulrike, Jörg *Flecker,* Ulrike *Papouschek,* Benjamin *Bittschi*, Marcel *Jira* und Bernhard *Saupe* (2012), Beschäftigungsreport für die österreichische Sozialwirtschaft: Beschäftigungslage, Arbeitsbedingungen und künftiges Beschäftigungspotenzial in Sozial-, Pflege- und Gesundheitsdiensten sowie in der Kinderbetreuung, Wien.

Senghaas-Knobloch, Eva (2008), Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: Berliner Journal für Soziologie, 18(2), 221–243.

Staflinger, Heidemarie (2016), Der oberösterreichische Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich, Linz.

Staflinger, Heidemarie und Alexander *Gratzer* (2016), Mindestpersonalschlüssel in der Pflege: Utopie oder Wirklichkeit, A&W blog, 20. Juli 2016; https://www.awblog.at/mindestpflegepersonalschluessel-in-alten-und-pflegeheimen-utopie-oder-wirklichkeit/.

Staflinger, Heidemarie (2018), Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, in: Trendreport 1/2018, 9–11.

Statistik Austria (2014), Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme, Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013, Wien.

Stumptner-Diethör, Petra (2017), Verschärfung der Zugänge zu den österreichischen Pensionen und deren Auswirkung, in: Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift des ISW (WISO) 2/2017, 29–51.

Volksanwaltschaft (2016), Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2016, Band Präventive Menschenrechtskontrolle, Wien.

Johannes Gärtner, Anna Arlinghaus, Peter Baumgartner, Karin Boonstra-Hörwein, Werner Marschitz, Ruth Siglär

ANSÄTZE FÜR EINE „NEUE NORMALARBEITSZEIT“. EIN DISKUSSIONSBEITRAG[1]

ZUSAMMENFASSUNG

Hinterfragt wird, warum die aktuelle Regulierung von Arbeitszeiten Anreize für belastende Arbeitszeiten schafft und nur unzureichend wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Auswirkungen dieser Belastungen berücksichtigt. Ein neuer Ansatz wird vorgestellt: Ausgehend von einer „Neuen Normalarbeitszeit“ (Gleitzeit von Montag bis Freitag tagsüber), sollen abweichende Arbeitszeiten hinsichtlich ihrer Belastung bewertet werden. Ein Bewertungskonzept, Obergrenzen der Belastung und eine angemessene Kompensation durch zusätzliche Freizeit statt finanzieller Zulagen werden diskutiert. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- Entwicklung des Konzepts der „Neuen Normalarbeitszeit“
- Vorschlag zur Bewertung von Arbeitszeit basierend auf der Belastung, die sie erzeugt
- Diskussion von Obergrenzen der Belastung und praktischer Implikationen

SUMMARY

We discuss why current working hour regulations incentivize strenuous working times, not sufficiently recognizing scientific results regarding the effects of these stress factors. We introduce a new concept: To assess the stress and strain due to working hours by comparing it to a reference “new normal working time”, which is flexitime from Monday to Friday during daytime. We present suggestions on how to assess working hours this way and how to compensate for strenuous working hours by giving additional work-free time instead of financial compensation. The most important results are:

- Development of the concept of “new normal working time”
- Suggestion on the assessment of working hours based on the stress and strain they produce
- Discussion of upper stress and strain limits, and practical implications

[1] Dieser Beitrag ist in leicht veränderter Form erstmals erschienen in: SOZIALPOLITIK.CH, Vol. 2/2018, Article 2.4; Download: https://www.sozialpolitik.ch/fileadmin/user_upload/2018_2_Arlinghausetal.pdf.

1 EINLEITUNG

Die österreichischen Regulative im Bereich der Arbeitszeit weisen viele positive Eigenschaften auf, insbesondere die konsensorientierten, an den jeweiligen Rahmenbedingungen ausgerichteten Möglichkeiten der mehr oder weniger starken Beschränkung bestimmter Zeitdauern und Zeitmengen.

Zu den ungünstigen Eigenschaften zählt, dass Entgeltfragen durch Zulagen und Zuschläge für belastende Zeiten sehr stark mit Fragen der Zeitgestaltung (Risiken, Gesundheit, Soziales) verwoben sind und zum Teil die Erzielung höherer Einkommen von den Sozialpartnern, aber auch von Individuen, höher gewertet wird als andere Faktoren (dies manchmal zulasten der Allgemeinheit wie z. B. bei unfallträchtiger Arbeit). So gerät die Frage der optimalen Zeitgestaltung (etwa bei betrieblichen Flexibilitätswünschen) im Vergleich zum Entgeltthema oft in den Hintergrund. Ein Beispiel: Niedrige Überstundenzuschläge (oder einfach anzuordnende Überstunden) machen Überstunden für Unternehmen attraktiv; hohe Überstundenzuschläge führen aber wiederum dazu, dass Beschäftigte – vor allem nach Monaten der Gewöhnung – darum kämpfen, diese auch langfristig zu behalten (vgl. Gärtner et al. 2014) – auch unter Nichtbeachtung der kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die eigene Gesundheit und die Work-Life-Balance.

Ein weiterer Nachteil der derzeitigen Regulierung ist, dass es nur eine lose Verbindung der Regelungen zu Forschungserkenntnissen gibt. Vor Kurzem sind sogar entgegen aktuellen Erkenntnissen zu langen Arbeitszeiten und Risiken (vgl. Fischer et al. 2017; Folkard et al. 2006; Wirtz 2010) der 12-Stunden-Tag und die 60-Stunden-Woche im österreichischen Arbeitszeitrecht verankert worden (durchschnittlich dürfen 48 Wochenstunden innerhalb von 17 Wochen geleistet werden). Zusätzlich entfällt die bisher notwendige arbeitsmedizinische Beurteilung bei Ausweitung der Höchstarbeitszeiten in Betrieben ohne Betriebsrat. Damit werden auch – im Gegensatz etwa zu Risikomanagementsystemen wie in Australien oder dem expliziten Auftrag zur Berücksichtigung im deutschen Arbeitszeitgesetz[2] – Forschungsergebnisse weniger systematisch berücksichtigt.

Zur Überwindung dieser Schwächen und Nachteile schlagen wir einen Ansatz zu einer „Neuen Normalarbeitszeit" vor, der eine Bewertung und adäquate Kompensation der physischen und psychosozialen Belastung durch Arbeitszeiten ermöglicht und Anreize für einen Einsatz belastender Arbeitszeiten über das versorgungspolitische (z. B. Nachtdienst in Krankenhäusern) und technologisch bzw. wirtschaftlich erforderliche Minimum hinaus senken soll. Die aktuelle arbeitszeitpolitische Diskussion bewegt sich häufig in den Themenbereichen der Flexibilisierung, Individualisierung und Variation der Arbeitszeit im Lebensverlauf – unser Ansatz soll diese um ein weiteres Thema, die adäquate Kompensation belastender Arbeitszeiten, ergänzen.

[2] § 6 Abs. 1 ArbZG (1994): „Die Arbeitszeit der Nacht- und Schichtarbeitnehmer ist nach den gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit festzulegen."

2 DER WEG ZU EINER „NEUEN NORMALARBEITSZEIT“

Als Normalarbeitszeit wird allgemein die Arbeitszeit von Montag bis Freitag zwischen 8 und 17 Uhr bezeichnet (vgl. Grzywacz 2016). Als Regel ist diese sozialpolitisch wünschenswerte Arbeitszeit jedoch nicht mehr anzusehen, vielmehr findet sich ein hoher Anteil Beschäftigter in abweichenden Arbeitszeiten wie z. B. Schichtarbeit, Wochenendarbeit, Abendarbeit oder in flexiblen Modellen. So arbeiten 43 % der unselbstständig Beschäftigten in Deutschland mindestens einmal pro Monat am Wochenende, und 20 % haben Arbeitszeiten außerhalb der Zeit von 7 bis 19 Uhr (vgl. BAuA 2016). Die Vielfalt der Arbeitszeit hat insgesamt deutlich zugenommen (vgl. Lehndorff 2017).

Von der klassischen Normalarbeitszeit abweichende Arbeitszeiten wie etwa Arbeit an Abenden, Wochenenden oder in der Nacht sowie unregelmäßige oder lange Arbeitszeiten sind jedoch mit erhöhten Risiken für die Gesundheit sowie die soziale Teilhabe verbunden. Das erhöhte Unfallrisiko bei langen täglichen Arbeitszeiten ist inzwischen sehr gut belegt (vgl. Fischer et al. 2017; Folkard et al. 2006; Wagstaff/Sigstad Lie 2011). Schichtarbeit mit Nachtarbeit verursacht zudem in der Regel eine Desynchronisation der Arbeitszeit mit biologischen und sozialen Rhythmen und kann daher zu Schlafstörungen, Magen-Darm-Problemen, psychischen Beeinträchtigungen und erhöhten Unfallrisiken führen und die Work-Life-Balance beeinträchtigen (siehe z. B. Arendt 2010; Arlinghaus/Lott 2018). Aber auch Abend- und Wochenendarbeit sowie variable im Sinne von unregelmäßigen Arbeitszeiten zeigen ähnliche Auswirkungen (vgl. Greubel et al. 2014; Wirtz et al. 2011).

Jedoch nicht für alle Beschäftigten ist Arbeit von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr gleich gut oder schlecht – je nach individueller Situation und der Belastung durch die ausgeübte Tätigkeit dürften sich deutliche Unterschiede ergeben. Zudem nehmen die Erreichbarkeit durch mobile Geräte und damit eine weitere Flexibilisierung der Arbeitszeit und des Arbeitsortes zu, was für manche eine Erleichterung, für viele aber auch eine mögliche zusätzliche Belastung darstellen dürfte (vgl. Arlinghaus 2017).

Neben der Veränderung der Arbeitszeiten weg von der klassischen Normalarbeitszeit ist ein zunehmender Wunsch aufseiten der Beschäftigten nach selbstbestimmten flexiblen Arbeitszeiten zu beobachten. Solche Arbeitszeiten sind z. B. durch flexible Start- und Endzeiten gekennzeichnet und erlauben im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten eine eigene Einflussnahme. Etwa 40 % der Beschäftigten in Deutschland haben die Möglichkeit, Einfluss auf Arbeitsstart und -ende zu nehmen, wobei es naturgemäß deutliche Branchenunterschiede gibt (vgl. BAuA 2016). Eine solche Autonomie über die Arbeitszeit hat nachweislich positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das soziale Wohlbefinden der Beschäftigten (vgl. Albertsen et al. 2008; Janßen/Nachreiner 2004). Jedoch kann sie die potenziellen negativen Auswirkungen ungünstiger Arbeitszeiten (z. B. lange Arbeitszeiten, Wochenendarbeit) nicht vollkommen abfedern (vgl. Arlinghaus/Nachreiner 2016). Dem steht häufig der Druck der Unternehmen nach mehr bedarfsorientierten und damit aus der Sicht der Beschäftigten fremdbestimmten flexiblen Formen der Arbeitszeitgestaltung gegenüber.

Die klassische Normalarbeitszeit sollte daher aus unserer Sicht modifiziert werden, um den Aspekt der Selbstbestimmung zu integrieren und die festen Zeiten von 8 bis 17 Uhr zu entschärfen. Die „Neue Normalarbeitszeit“ sollte sich daher an einer Gleitzeit von Montag bis Freitag während des Tages (nicht am Abend oder Wochenende) und mit Übergängen und

„Ausreißern“ zu anderen Zeiten orientieren. Derartige Ausreißer oder Abweichungen können z. B. maximal 15 Minuten arbeitsbedingte E-Mail-Checks oder Telefonate extra pro Tag sein, unter Berücksichtigung betrieblicher Interessen – dies sollte aber ähnlich wie Gleitzeit nicht verpflichtend für die Beschäftigten sein, und auch eine zusammenhängende Erholungszeit, wie mit elf Stunden auf europäischer Ebene festgelegt, sollte dadurch nicht unterschritten werden.

3 BELASTUNGSAUSGLEICH DURCH MEHR ZEIT STATT MEHR GELD

Ausgehend von der „Neuen Normalarbeitszeit“ möchten wir einen Ansatz vorstellen, der von mehreren ineinandergreifenden Faktoren ausgeht, mit der Zielsetzung, ein flexibles und für Beschäftigte, Organisationen und Allgemeinheit vorteilhaftes System zu schaffen. Dieser Ansatz zielt auf eine Kompensation der Belastung, die aus bestimmten Arbeitszeitmerkmalen resultiert, durch zusätzliche Freizeit statt durch Geld ab.

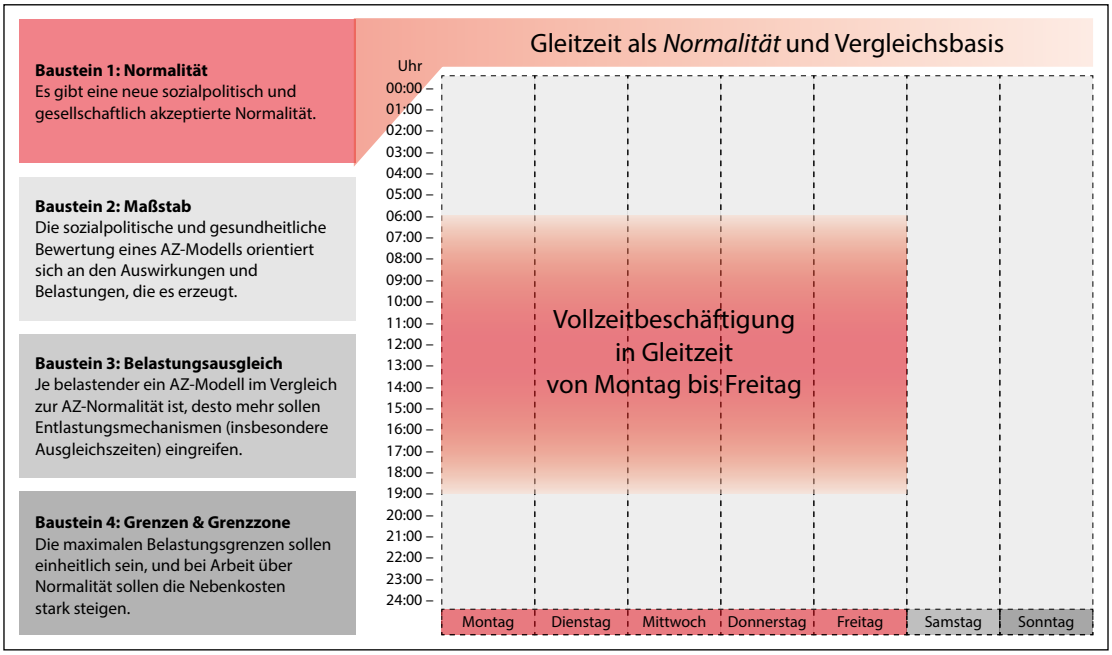
Ein solcher Kompensationsansatz ist aus Belastungs- und Beanspruchungssicht angemessen, da durch die Arbeitszeiten eine höhere Belastung und Beanspruchung erfolgt, die durch zusätzliche Freizeit (und damit mehr Erholungszeit bzw. sozial gut nutzbare Zeit) wieder abgebaut werden kann. Auch aus sozialer Sicht können belastende Zeiten durch Freizeit an anderen Tagen zumindest teilweise ausgeglichen werden. Finanzielle Zulagen sind in dieser Hinsicht keine angemessene Belastungskompensation.

Bei jüngeren Beschäftigten findet zudem ein Wertewechsel statt, durch den Faktoren wie Work-Life-Balance und Privatleben zunehmend wichtiger werden. So steigt die Bereitschaft, finanzielle Zulagen für belastende Arbeitszeiten gegen ein Mehr an Freizeit einzutauschen. Durch eine solche Umwidmung der Zulagen können ergonomisch vorteilhaftere Arbeitszeitsysteme geplant werden. In einem vollkontinuierlichen Schichtsystem kann z. B. statt eines 4-Schicht-Modells mit hoher Wochenarbeitszeit und Nacht- und Wochenendzuschlägen ein 5-Schicht-Modell mit kürzerer Wochenarbeitszeit bei Bezahlung für eine Vollzeitarbeit, aber ohne weitere Zulagen geplant werden. Die in Evaluationen gezeigte Reduktion der Krankenstände sowie Verbesserungen des Schlafes und des Stressempfindens nach einer Arbeitszeitreduktion (vgl. Pfeil et al. 2014; Schiller et al. 2017) stützen diesen Ansatz. Die Komponenten des vorgeschlagenen Kompensationsansatzes werden im Folgenden genauer beschrieben.

3.1 Bewertung von Arbeitszeitmodellen im Vergleich zur „Neuen Normalarbeitszeit“

Basis der Betrachtung sind jene Belastungen, die sich bei gleicher Tätigkeit und gleichen Umfeldbedingungen (wie etwa Lärm) in der „Neuen Normalarbeitszeit“ ergeben. Andere Arbeitszeitorganisationsformen werden danach bewertet, ob sie – nach jeweiligem wissenschaftlichem Stand – in den Dimensionen Unfallrisiko, Gesundheit, Soziales und Wohlbefinden zumindest gleich gut sind. Wenn nicht, sollten zusätzliche Belastungen in Zeit statt in Geld vergütet werden, um derartige Belastungen durch gezielte Entlastung in Form von mehr Frei- bzw. Erholungszeiten wieder auf das normale Belastungsmaß zu reduzieren. Die Kernpunkte sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Ansatz für ein neues System der Regulierung von Arbeitszeiten



Quelle: eigene Darstellung

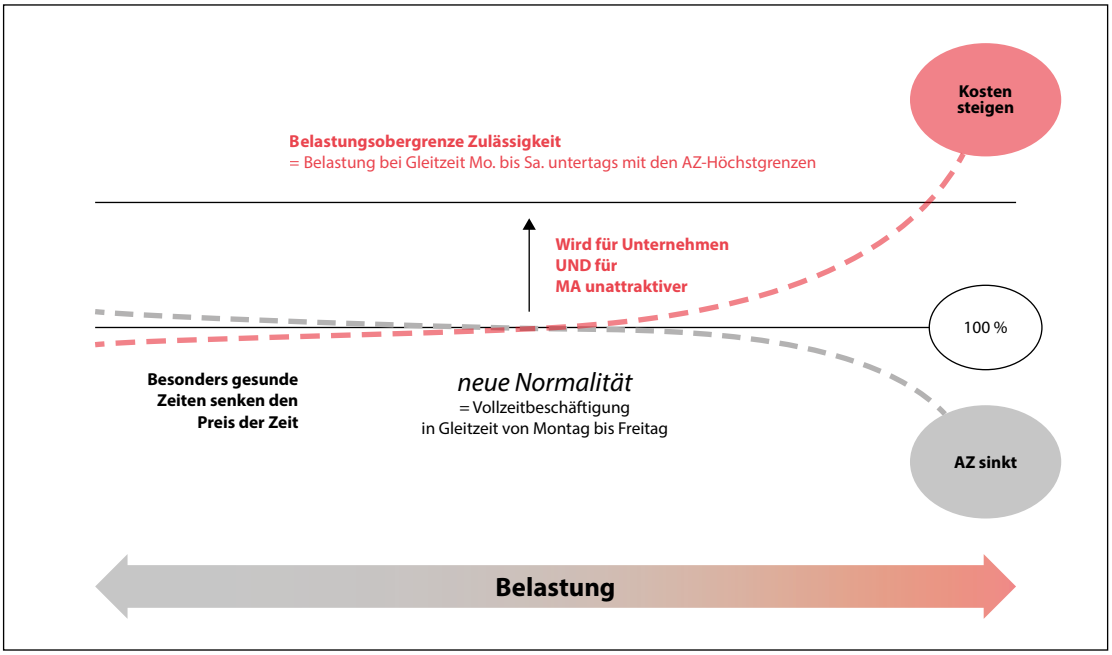
3.2 Obergrenzen der Belastung und finanzielle Anreize

Wenn Personen mehr verdienen wollen, sollen (betrieblich nötige) Überstunden möglich sein, aber die zeitlichen Entlastungsfaktoren sollten dadurch nicht konterkariert und die Überstunden überwiegend in Zeit abgegolten werden (explizit nicht angedacht ist, dass Personen ihren Zeitausgleich nutzen, um mehr Überstunden leisten zu können). Der Umfang der daraus resultierenden Arbeitszeit sollte von der Belastung her jenem entsprechen, der für Gleitzeit von Montag bis Freitag (untertags) als Obergrenze definiert ist. Damit ergäbe sich ein einheitlicher Belastungsrahmen für alle Beschäftigten.

Um dem Dilemma der finanziellen Anreize für belastende Arbeitszeiten zu entkommen und auch aus staatlicher Sicht ein Lenkungsinstrument im Sinne der Gesundheitsförderung zu etablieren, wird bei steigender Belastung gegenüber dieser Normalarbeit eine progressive Abgabe (z. B. an die Unfall- und Sozialversicherung) angedacht, um auch die höheren Kosten für die Allgemeinheit (z. B. die höhere Unfallgefahr bei Arbeitsverdichtung) abzubilden. Derzeit gibt es in Österreich eine steuerliche Förderung für die ersten Überstunden eines jeden Monats, für weitere greifen möglicherweise Erleichterungen bei Sozialversicherungsabgaben (z. B. bei Überschreiten der Höchstbemessungsgrundlage bzw. der Beitragsbemessungsgrenzen in Deutschland für höhere Einkommen), obwohl bei extrem hohen Überstundenniveaus infolge stressbedingter Erkrankungen (wie Burn-out) die Allgemeinheit höhere Kosten zu tragen hat (vgl. DAK 2015; Lohmann-Haislah 2012).

Wie in Abbildung 2 dargestellt, würden so belastende Arbeitszeiten sowohl für Unternehmen als auch für Beschäftigte finanziell weniger attraktiv, und die Gestaltung gesunder Arbeitszeiten würde belohnt werden.

Abbildung 2: Kosten für und Attraktivität von Arbeitszeiten im Zusammenhang mit der Belastung durch die Arbeitszeit



Quelle: eigene Darstellung

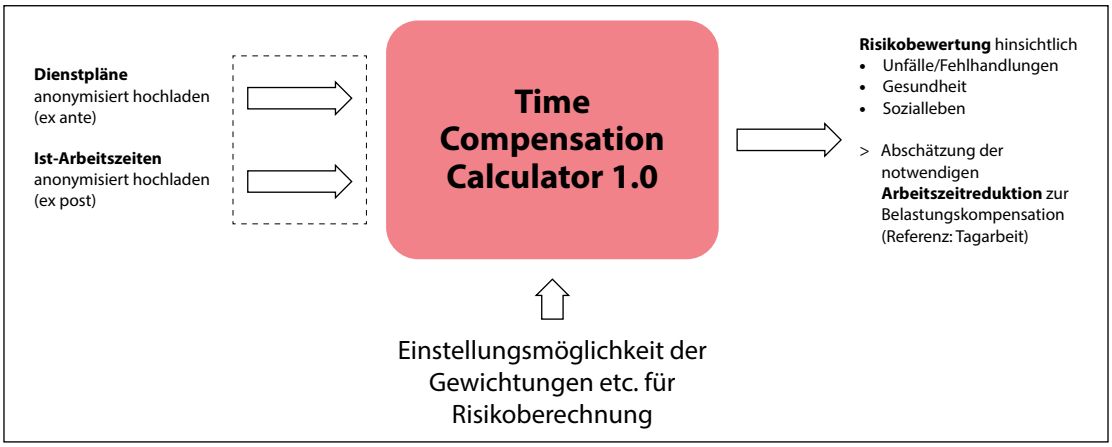
3.3 Software-Unterstützung für die Berechnung der zeitlichen Kompensation

Da die Ermittlung der notwendigen Arbeitszeitreduktion zum Ausgleich von Belastung keineswegs trivial ist, wird derzeit eine Softwarelösung zur Unterstützung entwickelt. Dazu wurden in einem Pilotprojekt, dem „Time Compensation Calculator 1.0" (vgl. Arlinghaus et al. 2018), verschiedene existierende Risikorechner bzw. Hilfen zur Gefährdungsbeurteilung von Arbeitszeit in eine webbasierte Softwarelösung integriert, um die Risiken spezifischer Arbeitszeitmodelle hinsichtlich Arbeitsunfälle (vgl. Spencer et al. 2006), gesundheitlicher Beeinträchtigungen – zunächst mit Fokus auf Schlafprobleme und Magen-Darm-Probleme (vgl. Dittmar et al. 2010) – sowie Einschränkungen der sozialen Teilhabe (vgl. Hinnenberg et al. 2009) zu berechnen. Eine Benutzeroberfläche erlaubt dabei NutzerInnen, verschiedene Risiko-Szenarien miteinander zu vergleichen (z. B. verschiedene Gewichtungen, verschiedene Definitionen relevanter Zeiten wie etwa für Nachtarbeit).

Im nächsten Schritt werden die ermittelten Risiken mit einer Referenzgruppe verglichen. Diese besteht aus Beschäftigten in Tagarbeit (wobei es mittelfristig das Ziel ist, Gleitzeit während des Tages als Referenz heranzuziehen, analog der „Neuen Normalarbeitszeit"). So wird das relative Risiko des eingegebenen Arbeitszeitmodells detailliert geschätzt, Tage und Schichtfolgen mit besonders erhöhtem Risiko werden identifiziert, und die Berechnung einer gegebenenfalls notwendigen Arbeitszeitreduktion wird ermöglicht, um auf ein vergleichbares Beeinträchtigungs- bzw. Risikoniveau wie bei der Referenzgruppe zu kommen. Ein Schema des Tools ist in Abbildung 3 dargestellt.

Eine solche Softwarelösung kann z. B. bei der Aushandlung von adäquaten Kompensationszeiten unterstützen oder auf betrieblicher Ebene Risiken aus der Arbeitszeit bewerten.

Abbildung 3: Schematische Darstellung des Time Compensation Calculator 1.0, einer Software-Lösung zur Risikobewertung von Arbeitszeitmodellen



Quelle: eigene Darstellung

4 DISKUSSION

In verschiedenen – jedoch nicht allen – Kollektivverträgen und Tarifverträgen ist bereits eine Freizeitoption enthalten (zu den österreichischen Kollektivverträgen siehe z. B. Scherz/Schwendinger 2016, zu deutschen Tarifverträgen z. B. Bispinck 2017). Andererseits ist auch mit Widerständen zu rechnen, da ein Einkommensverlust aus Beschäftigtensicht nachteilig wäre. Auch wenn ein Teil der Betroffenen den Gewinn an Zeit zumindest nach einer Gewöhnungsphase höher gewichtet (vgl. Pfeil et al. 2014), ist dies sicher nicht bei allen Beteiligten der Fall. Aus Unternehmenssicht führt eine generelle Arbeitszeitverkürzung zu einem höheren Personalbedarf, wenn mit den kürzeren Arbeitszeiten der gleiche betriebliche Bedarf abgedeckt werden soll. Daher müsste sichergestellt werden, dass eine Arbeitszeitverkürzung bei belastenden Arbeitszeiten nicht zu einer Unterbesetzung führt. Die mögliche Reduktion von Krankenständen und das höhere Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Belegschaft wären wiederum als positive Faktoren auch für Unternehmen ins Feld zu führen (eine Diskussion von Teilzeitarbeit findet sich auch bei Scherf/Zander 2018).

Unser Ansatz adressiert gegenwärtige Schwächen der Arbeitszeitregulierung und versucht, diese zu überwinden, ohne die positiven Eigenschaften des jetzigen Systems zu verlieren. Die zentralen Verbesserungen sind die Konzentration auf eine tatsächliche Belastungskompensation sowie die Entflechtung von finanziellen Anreizen und von gestaltenden Arbeitszeitfragen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Gestaltung von Arbeitszeiten sollten dabei an wissenschaftlich fundierten Modellen ausgerichtet werden und Raum für branchen- und betriebsspezifische Regelungen ermöglichen. Die Festlegung, wie die Ausgleichsmechanismen zu gestalten wären, würde wiederum von Sozialpartnern in guter Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung erarbeitet und in Bezug auf die Bewertungsmodelle von Wissenschaft und Aufsichtsbehörden geprüft werden, um eine Balance von Treffsicherheit und Einfachheit der Regeln zu sichern.

BIBLIOGRAFIE

Albertsen, Karen, Guðbjörg Linda *Rafnsdóttir,* Asbjörn *Grimsmo,* Kristinn *Tómasson* and Kaisa *Kauppinen* (2008), Workhours and worklife balance, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, Suppl. 2008 (5), 14–21.

Arbeitszeitgesetz (ArbZG) (1994), Letzte Änderung v. 17. November 2016; https://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/index.html (Abruf am 15. 10. 2018).

Arendt, Josephine (2010), Shift work: Coping with the biological clock, in: Occupational Medicine issue no. 60, 10–20.

Arlinghaus, Anna (2017), Wissensarbeit – Aktuelle arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse, in: MBF-Report Nr. 35, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Arlinghaus, Anna und Yvonne *Lott* (2018), Schichtarbeit gesund und sozialverträglich gestalten, in: Forschungsförderung Report Nr. 3, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung; https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_report_003_2018.pdf (Abruf am 1. 9. 2018).

Arlinghaus, Anna, Johannes *Gärtner* und Friedhelm *Nachreiner* (2018), Belastungsausgleich durch Arbeitszeitreduktion – der Time Compensation Calculator 1.0, in: Rüdiger *Trimpop,* Jana *Kampe,* Moritz *Bald,* Iris *Seliger,* Georg *Effenberger* (Hg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit – Voneinander lernen und miteinander die Zukunft gestalten! (20. Workshop 2018), 717–720.

Arlinghaus, Anna and Friedhelm *Nachreiner* (2016), Unusual and unsocial? Effects of shift work and other unusual working times on social participation, in: Irena *Iskra-Golec,* Janet *Barnes-Farrell* und Philip *Bohle* (Eds.), Social and family issues in shift work and non standard working hours, Heidelberg, 39–57.

BAuA (2016), Arbeitszeitreport Deutschland 2016, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bispinck, Reinhard (2017), Tarifliche Regelungen zu Arbeitszeiten und Arbeitszeitflexibilisierung in Deutschland, in: Lothar *Schröder* und Hans-Jürgen *Urban* (Hg.), Gute Arbeit. Streit um Zeit – Arbeitszeit und Gesundheit, Frankfurt a. M., 92–105.

DAK (2015), Psychoreport 2015, Hamburg, DAK-Gesundheit; https://www.dak.de/dak/download/dak-psychoreport-2015-1718180.pdf (Abruf am 7. 6. 2018).

Dittmar, Ole, Friedhelm *Nachreiner* und Carsten *Schomann* (2010), Gefährdungsbeurteilung anhand von Merkmalen der Arbeitszeit. Vortrag auf dem GfA-Frühjahrskongress „Neue Arbeits- und Lebenswelten gestalten". Darmstadt, 24.–26. 3. 2010; http://www.gawo-ev.de/cms2/uploads/Dittmar%20GfA%202010.pdf? phpMyAdmin=8b6ed5803bbabc8d5f96599c9c6997ad (Abruf am 17. 4. 2018).

Fischer, Dorothee, David A. *Lombardi,* Simon *Folkard,* Joanna *Willetts* and David C. *Christiani* (2017), Updating the "Risk Index": A systematic review and meta-analysis of occupational injuries and work schedule characteristics, in: Chronobiology International 34(10), 1423–1438.

Folkard, Simon, David A. *Lombardi* and Mick B. *Spencer* (2006), Estimating the circadian rhythm in the risk of occupational injuries and accidents, in: Chronobiology International 23, 1181–1192.

Gärtner, Johannes, Peter *Döller* und Ernst *Patka* (2014), Das Steuer- und Sozialversicherungsrecht behindert gute Arbeitszeitgestaltung, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 68(2), 116–118.

Greubel, Jana, Anna *Arlinghaus* und Friedhelm *Nachreiner* (2014), Arbeitszeitflexibilität auf Kosten der Sicherheit? – Zum Zusammenhang zwischen der Variabilität der Arbeitszeit und der Häufigkeit von Arbeitsunfällen, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 68(2), 89–95.

Grzywacz, Joseph G. (2016), Shift work and its implications for everyday work and family life: A foundation and summary, in: Irena *Iskra-Golec,* Janet *Barnes-Farrell* and Philip *Bohle* (Eds.), Social and family issues in shift work and non standard working hours, Wiesbaden, VS, 3–17.

Hinnenberg, Stefanie, Christin *Zegger,* Friedhelm *Nachreiner* and Daniela *Horn* (2009), The utility of time – revisited after 25 years, in: Shiftwork International Newsletter 24(2), 52; http://www.workingtime.org/resources/Documents/January%202009%20Vol.25.1.pdf (Abruf am 17. 4. 2018).

INQA (2018), Arbeitszeiten online bewerten. INQA Homepage; http://inqa.gawo-ev.de/cms/index.php?page=gefaehrdungsbeurteilung (Abruf am 17. 4. 2018); künftig unter www.azob.gawo-ev.de.

Janßen, Daniela und Friedhelm *Nachreiner* (2004), Flexible Arbeitszeiten, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Lehndorff, Steffen (2017), Zeit zum Umdenken – Arbeitszeitrealitäten und Arbeitszeitpolitik, in: Lothar *Schröder* und Hans-Jürgen *Urban* (Hg.), Gute Arbeit. Streit um Zeit – Arbeitszeit und Gesundheit, Frankfurt a. M., 81–91.

Lohmann-Haislah, Andrea (2012), Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden; https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd68.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 7. 6. 2018).

Pfeil, Manuel, Daniel *Cygan,* Johannes *Gärtner* und Anna *Arlinghaus* (2014), Auswirkung eines neuen Schichtmodells auf Gesundheit und Mitarbeiterzufriedenheit, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 68, 73–77.

Scherf, Burkhard, Guido *Zander* (2018), Teilzeit und Lebensarbeitszeit – Bausteine bedarfsorientierter, flexibler Arbeitszeitmodelle, in: sozialpolitik.ch 2/2018, Artikel 2.5; https://www.sozialpolitik.ch/fileadmin/user_upload/2018_2_Scherf.pdf (Abruf am 3. 4. 2019).

Scherz, Eva und Michael *Schwendinger (2016),* Mehr Zeit statt Geld, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 70, 36–39.

Schiller, Helena, Mats *Lekander,* Kristiina *Rajaleid,* Carina *Hellgren,* Torbjörn Åkerstedt, Peter *Barck-Holst* and Göran *Kecklund* (2017), The impact of reduced worktime on sleep and perceived stress – a group randomized intervention study using diary data, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 43(2), 109–116.

Spencer, Mick, Karen *Robertson* und Simon *Folkard* (2006), The development of a fatigue/risk index for shiftworkers, in: Health and Safety Executive Research Report 446; http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr446.htm (Abruf am 17. 4. 2018).

Wagstaff, Anthony Sverre and Jenny-Anne *Sigstad Lie* (2011), Shift and night work and long working hours – a systematic review of safety implications, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 37(3), 173–185.

Wirtz, Anna (2010), Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten, Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Wirtz, Anna, Friedhelm *Nachreiner* und Katharina *Rolfes* (2011), Sonntagsarbeit – Auswirkungen auf Sicherheit, Gesundheit und Work-Life-Balance der Beschäftigten, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 65, 134–146.

Romana Wochner

GESUNDHEITSBERUFE SIND WEIBLICH. WARUM GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN BESSERE LEBENSBEDINGUNGEN FÜR FRAUEN SCHAFFEN[1]

ZUSAMMENFASSUNG

Frauen sind häufig in einem Sektor tätig, der durch persönliche Dienstleistungen gekennzeichnet ist. Im Vergleich zu anderen Berufsfeldern sind solche Jobs schlechter bezahlt. Das bestätigt sich auch im Bereich der Gesundheitsberufe: Frauen stellen die eklatante Mehrheit der Beschäftigten. Dieses Tätigkeitsfeld ist für seine schwierigen Arbeitsbedingungen bekannt: Personalmangel, niedrige Löhne und mangelnde Vereinbarkeit mit dem Privatleben prägen den Berufsalltag. Vielfach übernehmen Frauen neben der beruflichen Tätigkeit zusätzlich einen hohen Anteil der Haus- und Familienarbeit. Der Beitrag zeigt, inwiefern gute Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen zugleich die Lebensbedingungen von Frauen verbessern:

- Pflegepolitik ist Frauenpolitik.
- Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe ist das Gebot der Stunde.
- Die wichtige berufliche Tätigkeit muss angemessen entlohnt werden und Entlastung durch bessere Arbeitsbedingungen finden.

SUMMARY

Women often work in the service sector, in jobs that often pay less than in other sectors. This proves to be true in health professions, especially in nursing, where women account for a vast majority of staff. The field is characterized by demanding working conditions, for example understaffing, low wages, and difficulties regarding the reconciliation of work and private life. In many cases, women also do most unpaid care work in addition to their professional employment. The contribution shows how better working conditions in health professions would simultaneously improve the living conditions of women.

- Indubitably, care policy is gender policy;
- Policy makers need to improve and expand professional nursing and caregiving services.
- Professional care is of fundamental importance for society. Policy makers need to recognise this fact through proper remuneration and by relieving the burden on staff by ensuring better working conditions.

[1] Dieser Artikel ist eine aktualisierte Version eines im A&W Blog erschienenen Beitrags vom 3. 5. 2019.

1 EINLEITUNG

Über die Geschlechterunterschiede in den Gesundheitsberufen und in der informellen Pflege kann man nur bei völliger Ignoranz hinwegsehen – Berufsangehörige und pflegende Angehörige sind klar überwiegend Frauen. Frauen sind nach wie vor viel häufiger in Dienstleistungsberufen tätig, die allgemein schlechter bezahlt sind. Dieser Beitrag legt dar, warum bessere Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen und Unterstützung für pflegende Angehörige insbesondere auch die Lebensbedingungen von Frauen verbessern.

2 WER SCHAFFT DIE ARBEIT?

„Wer schafft die Arbeit?" Diese banale Frage von Sozial- und Arbeitsministerin Beate Hartinger-Klein in der Nationalratsdebatte über den Karfreitag am 27. Februar 2019[2] bleibt ein Erkennungssymbol für die politische Ära der türkis-blauen Koalition. Gewiss ist, dass der Satz der Sozialministerin zu über ihre Amtszeit hinausgehender Berühmtheit verhalf. Beantwortet hat sie die Frage jedenfalls völlig einseitig, indem sie den Begriff „Wirtschaft" mit Unternehmensleitungen gleichsetzte.

Wenn es darum geht, wer Arbeitsplätze generiert, ist völlig klar, dass der Begriff „Wirtschaft" sich nicht auf UnternehmerInnen allein, sondern auf die gesamte Volkswirtschaft – inklusive der ArbeitnehmerInnen und der VerbraucherInnen – beziehen muss.

Richtet sich die Frage aber danach, wer die Arbeit leistet, ist die Antwort wiederum eine andere. Rückt man nämlich das zu bewältigende Arbeitspensum in den Fokus, lautet die einzig mögliche Antwort darauf: „Die ArbeitnehmerInnen, tagein, tagaus, mittlerweile bis zu 60 Stunden in der Woche." Fragt man nun, wer die Arbeit im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege leistet, sind es vor allem Frauen, wenn es um dieses Berufsspektrum geht. Aber auch die unbezahlte häusliche Betreuung und Pflege übernehmen in großer Mehrheit Frauen. Frauen arbeiten überwiegend in einem Sektor, der durch persönliche Dienstleistungen gekennzeichnet ist.

Dazu ein paar Zahlen: 85 % der diplomierten Pflegekräfte, 84 % der Berufsangehörigen der medizinisch-technischen Dienste und 79 % der Berufsangehörigen der Pflegeassistenzberufe in Krankenhäusern sind Frauen. In der Langzeitpflege sind es 88 %; bei den pflegenden Angehörigen 73 % (vgl. Statistik Austria 2017).

Ohne Frauen geht es also nicht. Dem Gedankenexperiment „Was wäre, wenn *alle* Frauen in Gesundheitsberufen oder mit informellen Pflegeaufgaben für einen Tag ihre Arbeit niederlegen würden?" wollen wir da lieber nicht folgen. Dass man für gute Rahmenbedingungen aufstehen und kämpfen muss, erstaunt angesichts dieser wertvollen und wichtigen Tätigkeit. Der „Dank" für den großen Arbeitseinsatz – sowohl professionell als auch informell – sind jedoch nach wie vor systematische Nachteile: Gender-Pay-Gap, eingeschränkte Karrieremöglichkeiten und in der Folge geringe Pensionen bis hin zur Altersarmut.

[2] Vgl. https://www.parlament.gv.at/pd/stvorwww/XXVI/NRSITZ/NRSITZ_00063/A_-_14_51_50_00196305.pdf.

3 HELDIN UND HERZ STATT RESPEKTIERT UND GUT BEZAHLT

Gerne und oft werden Berufsangehörige der Gesundheitsberufe und Angehörige, die unbezahlte Sorgearbeit leisten, als Heldinnen dargestellt. Die inszenierte Überhöhung findet allerdings keine Entsprechung in Form von angemessener Entlohnung oder Entlastung durch verbesserte Arbeitsbedingungen. Jedenfalls, so ist man sich vielerorts sicher, wird die Tätigkeit mit Herz und viel Liebe verrichtet. Der Kern des Problems wird so auf den Punkt gebracht: Die Privatheit klebt regelrecht an diesen Berufsbildern. Vielfach hält sich die Meinung, pflegen könne eh jede, die lieb und nett ist. Viele hoch qualifizierte Frauen aus den Gesundheitsberufen, insbesondere aus dem Bereich der Pflege, klagen über dieses Bild. Denn viele der „gefeierten Heldinnen" haben den Eindruck, immer mehr gegen schwierige Umstände ankämpfen zu müssen, statt für die Lebensqualität der begleiteten Menschen sorgen zu können.

Personalmangel, Unterbesetzung, horrende Arbeitszeiten, mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Das ist alles nicht neu, und die Politik gibt auch vor, sich der Thematik anzunehmen. Sonntagsreden sind montags in der Früh jedoch bereits vergessen, und auf konkrete Veränderungen im Berufsalltag hofft man bislang vergeblich.

4 GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN VERBESSERN LEBENSBEDINGUNGEN

Bessere Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen führen daher direkt zu besseren Lebensbedingungen für Frauen. Am 26. Februar wies der „Equal Pay Day"[3] auf die eklatante Einkommensungleichheit zwischen Frauen und Männern hin. Die Statistik Austria führt als einen der Hauptfaktoren zur Erklärung dieses Unterschieds die Branche an.[4] Frauen sind demnach viel häufiger in Dienstleistungsberufen tätig, die allgemein schlechter bezahlt sind. Gesundheitsberufe sind ein Paradebeispiel dafür.

Auch die Arbeitszeit ist in mehrfacher Hinsicht eine große Baustelle: Die Einhaltung des vereinbarten Arbeitszeitausmaßes ist maßgeblich für die Zufriedenheit im Beruf (vgl. Schalek 2019). Diese ergibt sich vermutlich auch aus dem Ausmaß der Möglichkeit, Beruf und Familie vereinbaren zu können. Diese Doppelbelastung betrifft wiederum vorwiegend Frauen – als wäre diese Vereinbarkeit ausschließlich deren Aufgabe.

Studienergebnisse für die Langzeitpflege bestätigen die Annahme, dass Haus- und Familienarbeit überwiegend von Frauen geleistet wird (vgl. Bauer et al. 2018). 63 % der weiblichen Befragten gaben an, mindestens elf Stunden pro Woche dafür aufzuwenden. Bei den männlichen Befragten waren es hingegen nur 43 %. Das hohe Ausmaß der Sorgetätigkeit neben der beruflichen Tätigkeit ist auch ein Indiz dafür, dass viele Beschäftigte sich für eine Teilzeiterwerbsarbeit entscheiden – wie zum Beispiel 68 % der in der Langzeitpflege beschäftigten Frauen.

Frauen, die zu Hause unbezahlt ihre Angehörigen betreuen und pflegen und gleichzeitig erwerbstätig sind, sind besonders gefährdet, benachteiligt zu werden. Die Studie zur Angehörigenpflege (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018) legt dar, dass einige die Berufstätigkeit wegen der infor-

[3] Vgl. https://www.equal-pay-day.at/at/epd2019/.
[4] Vgl. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/einkommen/index.html.

mellen Pflege einschränken oder sogar aufgeben müssen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, selbst durch die hohe Belastung gesundheitlich eingeschränkt zu werden.

Bessere Arbeitsbedingungen schaffen somit nicht nur zufriedene Beschäftigte. Sie schützen Frauen auch wirksam vor Altersarmut, die durch niedrige Löhne im Dienstleistungssektor in Kombination mit Teilzeitbeschäftigung verursacht wird.

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der professionellen Pflege und Betreuung sowie der Ausbau von professionellen Pflege- und Betreuungsdiensten sind daher das Gebot der Stunde. Pflegepolitik ist zweifelsohne auch Frauenpolitik.

5 FAZIT

Ein Zeitungsinterview hat vor einiger Zeit die geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen der ehemaligen Ministerin offenbart: Es sei in der Natur so festgelegt, dass Frauen sozialer eingestellt sind.[5] Kurz darauf argumentierte die Ökonomin Katharina Mader in einem Interview, dass fast alle Benachteiligungen für Frauen auf dem Arbeitsmarkt auf der bloßen Zuschreibung der Zuständigkeit für unbezahlte Arbeit beruhen.[6] Fordern wir bessere Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen, fordern wir automatisch bessere Lebensbedingungen für Frauen. Daher muss es heißen: „Merkt's euch das einmal, dass derzeit einen Großteil der schweren, benachteiligenden und auch unbezahlten Arbeit Frauen machen und schaffen!" Und sie tun es nicht, weil es die Natur von ihnen verlangt.

BIBLIOGRAFIE

Bauer, Gudrun et al. (2018), Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich. Wien; https://www.euro.centre.org/downloads/detail/3288.

Nagl-Cupal, Martin et al. (2018), Angehörigenpflege in Österreich. Wien; https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664.

Schalek, Kurt (2019), Gesundheitsberufe: Wo die Beschäftigten der Schuh drückt, in: A&W Blog, 17. 4. 2019; https://awblog.at/wo-in-gesundheitsberufen-der-schuh-drueckt/.

Statistik Austria (2017), Nichtärztliches Gesundheitspersonal 2017 in Krankenanstalten nach Geschlecht, Fachrichtung und Bundesland. Wien.

[5] Vgl. https://diepresse.com/home/innenpolitik/5588697/HartingerKlein_Der-Vizekanzler-ist-das-Vorzeigemodell.
[6] Vgl. https://www.derstandard.at/story/2000099187572/oekonomin-auf-verhandlungsmacht-im-haushalt-kommt-es-an.

Doris Formann

HERAUSFORDERUNGEN IM SOZIAL- UND GESUNDHEITS-BEREICH IN ÖSTERREICH AUS SICHT EINER GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGSORGANISATION

ZUSAMMENFASSUNG

Der Artikel basiert auf praktischen Erfahrungen einer Organisation, die seit drei Jahrzehnten auf dem Gesundheitsmarkt tätig ist. Der Text versteht sich als Beitrag zur Diskussion von Herausforderungen, die dabei zu bewältigen sind, und von Anforderungen an gute Arbeit im Bereich der Gesundheitsdienstleistung. Ausgehend von einer Situationsbeschreibung des Gesundheitsbereiches und einer kurzen Darstellung der Organisation PROGES werden die zentralen Herausforderungen in der Projektarbeit, beim Personalmanagement und in der Steuerung der Organisation benannt. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Gestaltung der Arbeit und der Führung durch Stakeholder-Orientierung, Prozessgestaltung und Ergebnisorientierung:

- Die Ökonomisierung des Gesundheitsbereiches führt zu Verdrängungseffekten, eingeschränkter Planbarkeit und hohen Anforderungen an die strategische Ausrichtung.
- Die Ökonomisierung wirkt auch auf der Ebene der Beschäftigten: Prekäre Beschäftigung, hohe Fluktuation und hohe Arbeitsbelastung sind die Folge.
- Führung und Leitung von Expertinnen-/Expertenorganisationen erfordern ein differenziertes Verständnis von Strukturinterventionen.

SUMMARY

This article is based upon the experience of an organisation active in the health sector for three decades. The article contributes to the discussion of challenges to be managed thereby and of demands providing „good work“ in this field. First the article characterises the situation in the health sector, next the organisation PROGES is described shortly and finally the challenges concerning project work, personnel management and organisational development are pointed out. Subsequent consequences related to the organisation of work, job design, leadership and management have to focus on stakeholder orientation, process planning and outcome:

- The health sector is subject to an increasing economisation. This leads to crowding out effects, restrictions on planning and high demands on the strategic focus of an organisation.
- The economisation also has impacts on the employees: consequences are precarious employment, high levels of fluctuation and heavy workload.
- Leadership and management of expert organisations require a special understanding of structural measures and interventions.

1 EINLEITUNG

Gesundheit ist unser höchstes Gut, dennoch befinden sich Organisationen im Gesundheitssektor im täglichen Kampf ums Überleben. Dieser Beitrag diskutiert die Herausforderungen von Proges, einer Organisation im österreichischen Gesundheitssektor. Die praxisnahen Erfahrungen und Herausforderungen dieser Dienstleistungsorganisation geben am Ende des Beitrags Aufschlüsse darüber, wie MitarbeiterInnen von Organisationen im Gesundheitssektor eine gute Arbeit ermöglicht werden kann und wie solche Organisationen gut (über)leben können – zum Wohle der Gesundheit und damit zum Wohle der Gesellschaft.

2 AUSGANGSSITUATION

Mehrere Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass eine Neuorientierung des Gesundheitswesens und der in diesem Bereich tätigen Organisationen erforderlich ist. Diese sieht die verstärkte Orientierung hin zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Etablierung dieser Aufgaben als Säule im Gesundheitswesen – neben Kuration/Therapie, Rehabilitation, Pflege und Palliative Care – vor:

- Die Ausgangssituation im Gesundheitsbereich ist gekennzeichnet durch eine Entwicklung in Richtung Altersgesellschaft, die vermehrt Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen hat. Zudem sieht sich die Gesellschaft dem Anspruch auf Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter ausgesetzt, verbunden mit dem Erfordernis einer rasch wiederherzustellenden Arbeitsfähigkeit nach Leistungseinschränkungen bzw. im Krankheitsfall. Das wird oftmals auf Kosten der Gesundheit ausgetragen – oder positiv formuliert: Dadurch wird der Wert von Gesundheit als höchstes Gut weiter steigen.
- Bedingt durch den demografischen Wandel stehen die Gesundheits- und Sozialsysteme vor beträchtlichen Finanzierungsherausforderungen, die eine generelle Neuausrichtung der Gesundheitssysteme erfordern.
- Chronische Erkrankungen, die multifaktoriell bedingt sind und medizinisch weder verhindert noch geheilt werden können, nehmen zu. Zugleich nehmen psychosoziale Probleme wie Depression, Suchterkrankungen und Burn-out zu. In den letzten Jahren stiegen die Zahlen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen stetig an, Burn-out ist ein gängiges Krankheitsbild geworden, und stressbedingte Erkrankungen sind in der heutigen Gesellschaft Normalität (vgl. Statistik Austria 2014).
- Psychische Belastungen und soziale Belastungen in der Bevölkerung sind ebenso wie Gesundheitschancen sozial ungleich verteilt.[1]
- Darüber hinaus gibt es vermehrt Erkenntnisse über geschlechterspezifische Gesundheitsbedürfnisse, Krankheitsrisiken und Erwartungen an die gesundheitliche Versorgung.

[1] Ungleich verteilte Gesundheitschancen bedeuten, dass nicht alle Menschen dieselben Möglichkeiten des Zugangs zu Gesundheits(dienst)leistungen haben, weil ihnen dazu Ressourcen wie Wissen, Bildung, Geld oder ihren Bedürfnissen entsprechende Angebote fehlen.

- In allen Lebensbereichen findet inzwischen eine Optimierung durch Digitalisierung statt. In Organisationen hat diese Optimierung weitreichenden Einfluss auf Arbeitsprozesse, die verschlankt, reduziert oder „agiler" werden, was oftmals knallharte Konkurrenz bedeutet, vielfach zu erheblichen gesundheitlichen Belastungen für die Beschäftigten führt und mit dem Verlust des Arbeitsplatzes enden kann.
- Durch die digitalen Möglichkeiten, Krankheiten zunehmend selbst zu diagnostizieren und zu therapieren – Stichwort Gesundheits-Apps, YouTube-Kurse und Onlineforen –, können gesundheitsrelevante Entscheidungen selbst getroffen werden. Diese Entwicklungen erhöhen auf der einen Seite zweifelsohne die Qualität des Gesundheitssystems, führen aber auch zu Desorientierung auf der individuellen Ebene.[2]

Dadurch sind eine Reihe von Aufgabenfeldern entstanden, die es in nächster Zeit zu bearbeiten gilt:

- Unbestritten ist, dass die meisten der heute auftretenden chronischen Erkrankungen durch präventive, gesundheitsfördernde Maßnahmen verhindert oder in ihrem Verlauf günstig beeinflusst werden könnten. Dazu müssen die Lebens- und Arbeitsbedingungen und Lebensstile durch settingbezogene Interventionen bzw. Angebote verändert werden.
- Soziale, ethnische und demografische sowie geschlechterspezifische Unterschiede im Bewusstsein für die Notwendigkeit von Prävention sowie im Verständnis der Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems werden zu bedeutsamen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung.
- Der gesundheitsbezogene Informationsstand und das gesundheitsbezogene Informationsbedürfnis in der Bevölkerung haben sich verändert. Der Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen über gesundheitsbezogene Themen zwischen Expertinnen und Experten, Dienstleistern und der Bevölkerung ist zielgruppenbezogen zu gestalten und zu verbessern.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Aufgabe, durch zielgerichtete gesellschaftliche Anstrengungen Krankheiten zu mindern, das Leben zu verlängern und die Gesundheit zu fördern, wird im Public-Health-Ansatz realisiert. Dieser unterscheidet sich in wichtigen Dimensionen vom herkömmlichen medizinischen Umgang mit Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen, der überwiegend auf die/den individuelle/n Patientin/Patienten bezogen ist (vgl. Jakubowski 2012, 13–19): Bevölkerungsbezug statt Individualbezug, stärkere Beachtung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit bzw. Krankheit und sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen, Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit als geglückte bzw. missglückte Balance von Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen sowie Priorität zugunsten der Prävention. Die betriebliche Gesundheitsförderung als Konzept ist dafür ein erfolgreiches Leitbeispiel.

Die Sensibilität gegenüber dem Thema Gesundheit wächst in weiten Bevölkerungskreisen. Tagtäglich sind Public-Health-Themen in den Medien, und jede/r Einzelne von uns ist – bewusst oder unbewusst – damit befasst: bei jeder Meldung über die steigenden Kosten im Gesund-

[2] Der leichtere Zugang zu Informationen über das Internet erhöht das Wissen, was aber an die Gesundheitskompetenz hohe Anforderungen stellt, da dieses Wissen von dem/der Einzelnen entsprechend verwertet werden muss, damit er/sie Entscheidungen treffen kann.

heitswesen, bei jeder Meldung über eine immer übergewichtiger werdende Gesellschaft, bei jeder Meldung zum Rauchverbot in Gaststätten und der Besteuerung von Zigaretten, bei jedem Arbeitsunfall oder Burn-out als Ursache von Krankenständen. Und in den meisten Fällen folgt der Ruf nach Prävention und Gesundheitsförderung.

Inwieweit sich Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitssystem durchsetzen werden, hängt nicht zuletzt davon ab, ob es gelingt, ihren politischen und wirtschaftlichen Nutzen nachzuweisen. Weiters ist die positive Wirksamkeit von adressatenspezifischen Konzepten und Strategien abhängig. Eine klare Zielgruppenausrichtung von Angeboten nach Alter, Geschlecht, Lebenslage, Religion, Region und Ethnie scheint dafür Voraussetzung zu sein.

Daran anknüpfend stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, Menschen zu befähigen, aufgeklärt, d. h. gesundheitskompetent Entscheidungen betreffend das eigene Gesundheitsverhalten (etwa in Bezug auf Ernährung und Bewegung) zu treffen und an die richtige Stelle im Gesundheitssystem zu gelangen, wenn sie Hilfestellung in Gesundheits- und Krankheitsbelangen benötigen. Zukünftige Antworten darauf müssen der langfristigen Notwendigkeit von Vision und Innovation des Gesamtsystems gerecht werden.

Die aktuelle Debatte konzentriert sich dabei meist auf vermeintlich aktuelle Herausforderungen, wie die Reform des Sozialversicherungswesens, was durchaus relevant ist, jedoch folgende Aspekte weitgehend vernachlässigt:

- Fokus auf Anpassung einzelner Strukturbereiche und nicht des Gesamtsystems
- Fokus auf bestehende Strukturen und weniger auf künftige Anforderungen
- Debatten sind komplex, detailliert und daher überfordernd – dies zementiert das Denken und Handeln ein.

Gesamtlösungen, also Lösungen, die zum Wohle aller Menschen und zur Prävention sowie zum Erhalt von Gesundheit nötig sind, treten somit in den Hintergrund, und die Innovationskraft bleibt fragmentiert bzw. fragmentiert sich in den einzelnen Gesundheitsbereichen. Die benötigte vollständige Innovationskraft kann sich somit nicht entfalten, um Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitsbereich langfristig und innovativ zu lösen. Günstig – auch für die im Gesundheitssystem tätigen Dienstleistungsorganisationen – wäre es, das System als Ganzes zu fokussieren und Funktionen der Gesundheitsvorsorge, der Prävention, der Kuration, der Pflege und der palliativen Versorgung gleichberechtigt nebeneinanderzustellen – nicht nur im Sinne des Austausches, sondern auch im Sinne eines Voneinander- und Miteinander-Lernens.

3 ÜBERBLICK ZU PROGES

Die Gründungsidee von Proges vor 30 Jahren geht auf einen ehemaligen Obmann der OÖGKK zurück, damals noch unter dem Vereinsnamen PGA (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit), seit 2017 als Proges. Die Zielsetzung des Vereins hat sich nicht geändert, nämlich Gesundheitsangebote für Menschen zu entwickeln, die sich Gesundheitsdienstleistungen selbst nicht organisieren bzw. nicht leisten können – d. h., niedrigschwellige, aufsuchende, wohnortnahe Angebote für Menschen zur Verfügung zu stellen, die selbst kaum Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben. Proges hat sich zum Ziel gesetzt, „dass immer mehr Menschen die Wichtigkeit

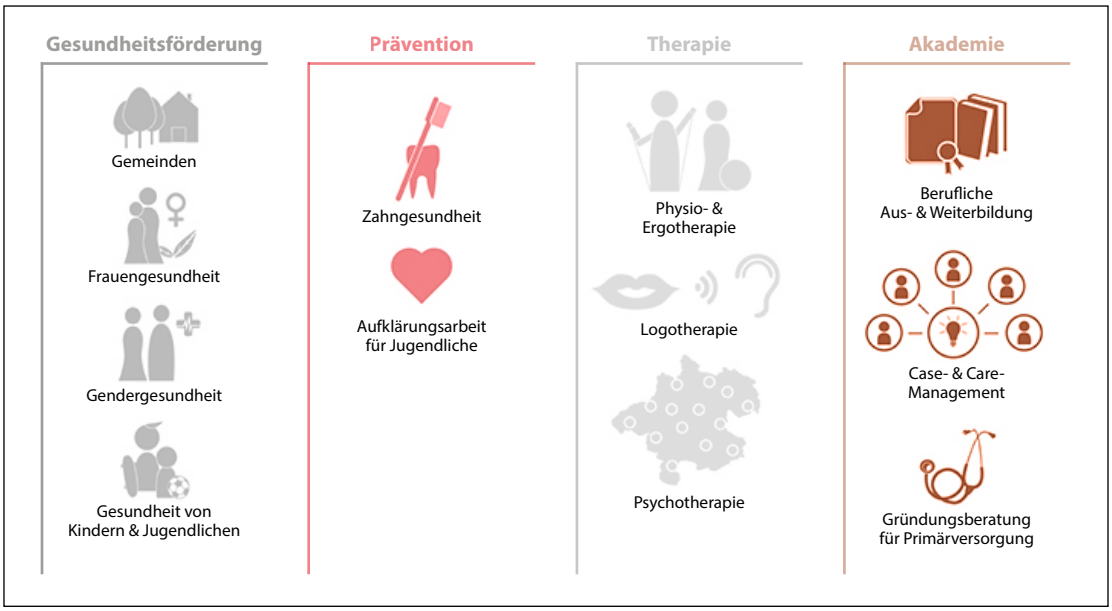
ihrer physischen, psychischen und geistigen Gesundheit als Grundlage ihrer Lebensqualität und ihres Wohlbefindens erkennen" (https://www.proges.at/wir-ueber-uns/leitbild/).

Proges ist zu 100 % im Auftrags- und Projektgeschäft tätig,[3] knapp zwei Drittel des Geschäftes werden über Aufträge der Sozialversicherungen lukriert, ein knappes Drittel über Bund, Länder und Gemeinden. Der Hauptsitz ist in Linz, weitere Standorte werden in ganz Oberösterreich, in Wien, in Eisenstadt und in Klagenfurt betrieben. Proges beschäftigt derzeit 297 Personen (261 Frauen und 36 Männer) aus unterschiedlichsten Berufsgruppen, wie etwa Psycho-, Physio- und ErgotherapeutInnen, Logopädinnen und Logopäden, Mund- und ZahngesundheitserzieherInnen, SoziologInnen und Soziologen, Ernährungs- und SportwissenschafterInnen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie BetriebswirtInnen, um nur einige Professionen zu nennen.

Gesundheit schaffen ist das erklärte Vereinsziel, das über viele Wege verfolgt wird. Das Angebot gliedert sich in vier Bereiche:

- Gesundheitsförderung: beispielsweise in Gemeinden oder maßgeschneidert für bestimmte Zielgruppen.
- Prävention: z. B. Zahngesundheit in Kindergärten und in Schulen oder Aufklärungsarbeit für Jugendliche.
- Therapie: Dies umfasst sowohl Physio-/Ergotherapie und Logopädie als auch das große Feld der Psychotherapie. Hier begleitet Proges Menschen flächendeckend und wohnortnah in ganz Österreich.
- Akademie: Dazu zählen Aus- und Weiterbildungsangebote zur beruflichen Qualifizierung sowie Case- und Care-Management. Weiters umfasst dieser Bereich Begleitstrukturen zum Aufbau und zum Betrieb von Primärversorgungseinheiten.

Abbildung 1: Geschäftsfelder der Organisation Proges



Quelle: eigene Darstellung (siehe www.proges.at)

[3] Proges finanziert sich ausschließlich über Aufträge für Gesundheitsleistungen, wie etwa die Abwicklung von Psychotherapie im Rahmen der Sachleistungsversorgung der Sozialversicherungen, oder über Projekte, die für eine bestimmte Laufzeit von Auftraggebern wie etwa dem Fonds Gesundes Österreich beauftragt werden.

Die Organisation ist eine Non-Profit-Organisation (NPO), die ihre Produkte und Dienstleistungen zu fairen Preisen anbietet. 100-prozentiges Auftrags- und Projektgeschäft bedeutet eine flache Hierarchie mit geringen Verwaltungsressourcen, d. h., auch die MitarbeiterInnen müssen ihre Arbeitsbereiche sehr selbstständig betreuen. Für die Führung und Steuerung von Proges stellt sich damit die Frage, wie die Organisation und ihre MitarbeiterInnen trotz aller Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitssektor langfristig hohe Qualität, Kunden-/Kundinnenorientierung und Innovationskraft anbieten können.

Im folgenden Abschnitt werden die aktuelle Situation und deren Herausforderungen auf Basis der Expertise von Proges erläutert. Die exemplarischen Situationen sind Proges-spezifisch und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jedoch liefert der praxisnahe Beitrag Einsichten in die aktuelle Situation sowie Lösungsmöglichkeiten, die im letzten Kapitel diskutiert werden.

4 HERAUSFORDERUNGEN IN DER PRAXIS EINER GESUNDHEITS-ORGANISATION

Aus der in Punkt 1 skizzierten Situation und den vorherrschenden Handlungslogiken ergeben sich folgende Herausforderungen:

4.1 Projekt- und Auftragsgeschäft

4.1.1 Ökonomisierung und Konkurrenz

Die momentane Situation lässt sich aus Sicht eines Gesundheitsdienstleisters so charakterisieren, dass scheinbar angenommen wird, dass für eine Leistungserbringung keine Strukturen und keine organisationale Form nötig sind. Ohne Basisfinanzierung und mit knapp bemessener Honorierung für erbrachte Leistungen bedeutet das etwa, dass kaum finanzielle Mittel für Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen oder für Produktentwicklungen verfügbar sind.

In dieser Situation treten die ökonomischen Herausforderungen noch stärker in den Vordergrund. Die immer wiederkehrende Frage nach der Finanzierbarkeit bzw. Mittelverfügbarkeit erweckt auch bei den Beschäftigten den Eindruck einer Dominanz der wirtschaftlichen Leistungskriterien: So wurden zum Beispiel bei Proges aufgrund der Knappheit der finanziellen Mittel strengere Taktungen eingeführt. Die Zielvorgabe der zu erreichenden Auslastung pro MitarbeiterIn wurde erhöht, um mehr Quantität zu erreichen oder – positiv formuliert – um mehr Menschen ins Gesundheitssystem zu bringen.

Proges ist nicht alleiniger Anbieter von gesundheitsorientierten Leistungen. Je nach Bereich besteht Konkurrenz durch andere Anbieter. Beispielsweise sind im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention besonders viele konkurrierende Unternehmen auf dem Markt, was den Kostendruck noch verstärkt.

4.1.2 Komplexität erfordert strategisches Handeln

Als weiterer Aspekt im Auftrags- und Projektgeschäft kommt hinzu, dass Ausschreibungen zunehmend komplexer werden und von einem Anbieter alleine kaum bewältigt werden können. Zukünftig muss es verstärkt darum gehen, Synergien zu nutzen und je nach Zielsetzung und

Aufgabenstellung die richtigen PartnerInnen an Bord zu holen. Das Austarieren von Kooperation und Konkurrenz ist das Gebot der Stunde und muss immer wieder aufs Neue bedacht und entschieden werden.

Dadurch entsteht auch die Notwendigkeit, als Organisation permanent den eigenen Existenzgrund zu definieren – also ein Alleinstellungsmerkmal bzw. eine USP (unique selling proposition) in Abgrenzung zur Konkurrenz zu finden – und diesen zu rechtfertigen, also etwa Wirkungen bestimmter Leistungen nachzuweisen, zu belegen und mit wissenschaftlichen Evidenzen zu untermauern. Innovationsentwicklung im Sinne der wissenschaftlichen und praktischen Recherche und Evaluierung im Sinne der Wirksamkeitsprüfung gehören somit zum Projektgeschäft. Die dafür erforderlichen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen gilt es zu organisieren und aus dem operativen Geschäft bereitzustellen. So erhält der Aspekt der Strategie- und der Organisationsentwicklung eine erhebliche Bedeutung.

Die Komplexität von Märkten, Wettbewerb, Politik und Organisation verlangt von Proges eine aktivitätenorientierte Perspektive der Strategiebildung. Ein integrativer Rahmen dieser Perspektive umfasst die PraktikerInnen, die Praktiken und die Praxis. Für die Entwicklung dieser Strategiearbeit bedarf es eines Ansatzpunktes des „Handelns und Interagierens", des „Kommunizierens und Realisierens". Neue Ideen und Chancen aufspüren geschieht nicht „en passant". Dazu ist es notwendig, dass die Führungskräfte des mittleren Managements gemeinsam mit den fürs operative Geschäft verantwortlichen Beschäftigten strategische Überlegungen anstellen. Dafür muss die Organisation Raum und Zeit zur Verfügung stellen.

4.1.3 Eingeschränkte Planbarkeit

Einsparungen und Kürzungen der fördernden Stellen und Institutionen wirken sich negativ auf die Gestaltungsmöglichkeiten der Leistungs- und Förderkataloge aus. Da die Einsparungen und Kürzungen oftmals kurzfristig angekündigt werden, schränkt es die Planungssicherheit von Proges maßgeblich ein, da mit den finanziellen Mitteln auch die Personalstellen besetzt und Personalentwicklungen geplant werden.

Das Thema Kurzfristigkeit bestimmt zunehmend das Tagesgeschäft der Organisation. Kostenträger beauftragen punktuell oder mit kurzen Projektlaufzeiten, geben lediglich Anschubfinanzierungen frei oder wechseln ihre Schwerpunktsetzungen sehr kurzfristig. Oft entsteht so der Eindruck einer fehlenden Langfristperspektive und fehlender Strategien bei Kostenträgern bzw. von Defiziten in der Abstimmung zwischen Bundesstellen und Landesfördertöpfen.

Als weitere große Herausforderung der eingeschränkten Planbarkeit infolge von zumeist kurzfristigen Verträgen und dementsprechenden Planungsunsicherheiten ist der Aspekt zu nennen, dass aufgrund der föderalistischen gesundheitspolitischen Regelungen eine große Heterogenität der Finanzierungsformen und der Kostenmodelle besteht: Dieselbe Dienstleistung – etwa die Gruppenprophylaxe in der Zahngesundheitsförderung in Kindergärten und in Volksschulen – wird in jedem Bundesland anders finanziert und unterschiedlich abgerechnet. Das erschwert die Nutzung von möglichen Synergien in der Umsetzung und in der Abwicklung von nahezu identen Gesundheits(dienst)leistungen.

4.1.4 Permanenter Wandel

An die bereits angesprochene Notwendigkeit der Strategie- und der Organisationsentwicklung stellen sowohl die oben beschriebene Ökonomisierung als auch die eingeschränkte Planbarkeit hohe Anforderungen. Motiviert und willens, in Strategiearbeit und in Reorganisation zu inves-

tieren und dabei auch nicht auf die Beschäftigten zu vergessen, sondern diese auch mitzunehmen bei den Veränderungen und dem permanenten Wandel, heißt es immer wieder auch aufgrund von Kürzungen: Zurück an den Start! Als Organisation befindet man sich im permanenten Wechsel zwischen Krisen- und Entwicklungsmodus.

4.2 Personalmanagement

Allgemein lässt sich festhalten, dass im privatwirtschaftlich organisierten Segment des Gesundheitswesens schwierige Beschäftigungsbedingungen vorherrschen, die zum einen auf Engpässe mit Personalmangel und zum anderen auf dünne Personaldecken infolge von Unterfinanzierung und Sparzwängen seitens der Geldgeber zurückzuführen sind.

4.2.1 Prekäre Beschäftigungsformen und hohe Fluktuation

Diese bereits beschriebenen Rahmenbedingungen im Projektgeschäft bleiben auf der Beschäftigtenebene nicht ohne Wirkung. Schlechte Entlohnung auf Basis des Kollektivvertrags der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ-KV) und prekäre Beschäftigungsverhältnisse wie befristete Verträge, geringfügige Beschäftigung, Arbeiten auf Honorarbasis und Teilzeitbeschäftigung sind die Normalität, d. h., die Arbeitsverhältnisse können als instabil bezeichnet werden. Die Personalfluktuation innerhalb bestimmter Berufsfelder ist hoch. Expertinnen/Experten und SpezialistInnen sind in manchen Berufsfeldern nur begrenzt verfügbar.

Die mehr oder weniger freiwilligen Auszeiten (z. B. in Form von Bildungskarenzen) – auch infolge von Arbeitsüberlastung – oder Unterbrechungen zur Überbrückung von Finanzierungslücken beim Arbeitgeber erhöhen die Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse bei Non-Profit-Organisationen des Gesundheitswesens, so auch bei Proges.

Die Unwägbarkeiten der oben beschriebenen Kurzfristigkeit bzw. der zeitlichen Befristung von Projekten führen dazu, dass – im Fall der Nichtverlängerung von Aufträgen oder von Projekten – das unternehmerische Risiko in Form von Personalabbau an die Beschäftigten weitergereicht wird. Dem Argument der fehlenden Finanzierung von Projekten und dem damit verbundenen unumgänglichen Personalabbau können sich weder die betriebliche noch die überbetriebliche Interessenvertretung entziehen.

4.2.2 Projektarbeit

Die Beschäftigung in einem Projekt mit eigener Kosten- und Personalverantwortung sowie mit umfassenden Dokumentationsverpflichtungen seitens der Geldgeber macht aus vielen ArbeitnehmerInnen quasi UnternehmerInnen im Unternehmen – eine Belastung für viele Menschen, die dafür als klassische Fachexpertinnen und -experten oft wenig Qualifikation mitbringen bzw. von einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis erwarten, dass alles, was mit Verwaltung im weiteren Sinne zu tun hat, vom Betrieb organisiert wird.

Verbunden mit oft kurzfristiger Beschäftigung bzw. mit dem Wechsel von einem Projekt in ein inhaltlich anderes Projekt mit neuen Leistungsparametern und neuen Kostenmodellen stellt die Arbeit im Gesundheitswesen hohe Anforderungen an die Person und an die Personalentwicklung.

4.2.3 Hohe Arbeitsbelastungen

Die physisch und psychisch hohen Arbeitsbelastungen wie etwa im Therapiebereich, erschwerte Ausstiegspfade aus belastenden Arbeitsbedingungen und flache Hierarchien mit kaum vor-

handenen Aufstiegsmöglichkeiten befördern ebenso die Personalfluktuation sowie den Wunsch nach Teilzeitarbeit seitens der Beschäftigten.

4.2.4 Personalplanung und -entwicklung

Die Bereitstellung von Arbeitsplätzen sowie von Kommunikationsräumen sind bei der Vielfalt an Arbeitszeitmodellen und Arbeitszeitwünschen ein komplexes Unterfangen, besonders wenn Teilzeitarbeit und Projekttätigkeiten koordiniert werden müssen. Die Vielfalt an Optionen – anpassbar an die individuelle Lebensphase – stärkt zwar die bereits hohe intrinsische Motivation der MitarbeiterInnen, jedoch ist der Arbeitsaufwand, der durch diese Komplexität entsteht, immens.

Dadurch bekommen die Themen Personalbeschaffung, Personalentwicklung und Personalbindung hohe Bedeutung, lassen sich aber aufgrund enger finanzieller Rahmenbedingungen kaum mit entsprechenden Maßnahmen bearbeiten. So sind etwa betriebliche Sozialleistungen schwer zu finanzieren.

4.3 Expertinnen-/Expertenorganisation

Proges ist eine Expertinnen-/Expertenorganisation (vgl. Janes 2015), in der Wissen und spezielle Dienstleistungen als Produktionsfaktoren identifiziert werden können. Die faktische Gestaltungsmacht dieser Produktionsfaktoren liegt bei den Expertinnen und Experten.

Beispielsweise ist ein Logopäde bzw. eine Logopädin ein Experte bzw. eine Expertin im Bereich der Therapie. Die Logopädie-Therapie ist die Dienstleistung und der Produktionsfaktor von Proges. Während die Expertin bzw. der Experte genau weiß, wie die Dienstleistung „anzuwenden" ist, weiß dies die Organisationsleitung nicht so genau. Das ermöglicht den Beschäftigten eine relativ autonome Arbeitssituation.

Autonomie und Selbstbestimmung haben einen dementsprechend hohen Wert für Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit in Expertinnen-/Expertenorganisationen (vgl. Janes 2015, 248).

Die Leitung der Organisation ist für die Expertinnen und Experten nicht von zentraler Bedeutung, solange die Expertin bzw. der Experte in der Lage ist, die Dienstleistung zu erbringen. Aufgabe der Leitung ist es, dafür Sorge zu tragen, dass die Expertinnen und Experten ihre Dienstleistungen und Arbeiten bestmöglich erfüllen können.

Die Herausforderung für die Leitung der Organisation ist es, die Führung und Steuerung als Orientierung gebende Kommunikation zu leben, sodass die Expertinnen und Experten ihre Leistungsfähigkeit und damit die Leistungsfähigkeit der Organisation erhalten können.

Unterschiedliche Expertinnen-/Expertenlogiken und -kulturen zu vernetzen ist eine Handlungsoption in der Steuerung, um Kontinuität zu gewährleisten und Veränderung in akzeptierter Form umzusetzen.

Steuerung der Organisation und Gestaltung von Veränderungsprozessen gelingen in Expertinnen-/Expertenorganisationen in erster Linie durch Strukturinterventionen, d. h. durch Steuerung von Kommunikationsprozessen. In zweiter Linie gelingt Steuerung über Förderung der Wissensbasis in der Organisation im Sinne von Optimierung und Innovation. Der dritte Steuerungsansatzpunkt ist die Förderung von Vertrauen, Zugehörigkeit und Bindung an die Organisation (vgl. Janes 2015, 249 ff.).

Auf der Strukturebene lassen sich folgende Handlungsnotwendigkeiten identifizieren:

- klare Ziele
- Herstellung struktureller Nähe von Führungskräften und LeistungserbringerInnen, um so das operative Tun zu beeinflussen, ohne direkt einzugreifen
- kostenfokussierte Bewirtschaftung der Leistungen
- transparente Qualitätsbeurteilungsprozesse mit Fokus auf die Kundinnen und Kunden

Die Optimierung und die Innovation professioneller Wissensstandards lässt sich über kollegiale Fallberatung und über die Einrichtung operativer Wissensarchive etablieren. Hierarchiefrei strukturierte Austauschprozesse sind das wirksamste Instrument zur Pflege und zur Weiterentwicklung der Wissensbasis in einer Organisation. Operative Wissensarchive ermöglichen den in der Organisation tätigen Expertinnen und Experten einen leichten Zugang zu Arbeitsmaterialien, die von allen Kolleginnen und Kollegen genutzt und entwickelt werden – ein Standardisierungstool par excellence.

Förderung von Vertrauen, Zugehörigkeit und Bindung gelingt beispielsweise über die Ermöglichung inhaltlich autonomer, selbstbestimmter Arbeitsräume sowie über wertschätzende Interventionen im Sinne von Zuschreibung fachlicher Kompetenz. In einer Gesundheitsorganisation wie einem Krankenhaus etwa kann dies die Übertragung der Verantwortung für die Koordination einer internen Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines neuen Behandlungsprozesse sein. Durch eine solche wertschätzende Intervention kann es gelingen, die Loyalität von Expertinnen und Experten gegenüber der eigenen Organisation und die Bindung an sie zu fördern.

Die organisationale Leistungsfähigkeit soll durch diese Balance von Ressourcen, Struktur, Wissen und Vertrauen gestärkt werden und erhalten bleiben (vgl. Janes 2015, 276).

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Proges ist eine Organisation, die Gesundheitsdienstleistungen für Menschen, Institutionen, Gemeinden, Betriebe und andere Einrichtungen sowie Ausbildungen für Individuen anbietet. Die Organisation richtet sich nicht nur an die/den Einzelne/n, der/dem mithilfe von Therapien geholfen wird, sie (ver)ändert auch das Gesundheitsbewusstsein der Menschen über die Angebote in unterschiedlichen Settings wie Kindergärten, Schulen, Betrieben und Gemeinden und leistet einen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz. Dies bestätigen auch die vielen Auszeichnungen, die Proges über die letzten 20 Jahre verliehen wurden, wie beispielsweise das Gütesiegel für betriebliche Gesundheitsförderung, der Gesundheitspreis der Stadt Linz, Auszeichnungen für ein familienfreundliches Unternehmen bis hin zum Staatspreis für Beschäftigung, um nur einige zu nennen.

Die Darstellungen der Organisationssituation von Proges und die damit entstehenden Herausforderungen sind komplex, dennoch hilft die Transparenz und Klarheit dieses Falles, um in der oftmals zementiert erscheinenden Diskurswelt des Gesundheitsbereichs neue Diskussionen und Bewertungen anzustoßen. Nur mit dieser Offenheit kann es gelingen, die Herausforderung der Organisation als Expertinnen-/Expertenorganisation erfolgreich und gesund zu meistern.

Die obigen Ausführungen lassen erahnen, dass Proges noch ein langer Weg der Veränderungen bevorsteht. Diese sind jedoch nur Anzeichen für den positiven und proaktiven Umgang mit Herausforderungen, um die Leistungsfähigkeit der Organisation langfristig zu sichern.

Fast am Ende bleibt die Frage, was zu tun ist, um Beschäftigten (etwas) gute Arbeit zu geben: Sinnvolle und sinnstiftende Arbeit kann bei Proges nur gedeihen, wenn sie auf einem gesunden Geschäftsmodell basiert. Passende Geschäftsmodelle zu entwickeln, zu verhandeln und zu finanzieren geht nur in der gemeinsamen Kommunikation mit allen Beteiligten.

Zusätzlich müssen in der Expertinnen-/Expertenorganisation Flexibilität, Autonomie und Expertinnen-/Expertenstatus ermöglicht werden, indem klare Strukturen, Wissen und Vertrauen erlebbar gemacht werden.

Zum Schluss bleibt noch die Frage, was zu tun ist, um als Organisation (gut) zu überleben: Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass es wichtig ist, den Existenzgrund der Organisation zu definieren und zu sichern. Das Sichern gelingt, wenn an der Veränderung partizipiert wird und ein Beitrag zur Weiterentwicklung in der Organisation und in der Gesellschaft geleistet wird.

Aus den komprimiert dargestellten Herausforderungen ergeben sich folgende allgemeine Handlungsorientierungen für die Steuerungstätigkeit.

5.1 Anspruchsgruppenorientierung

Anspruchsgruppen („Stakeholder“) sind solche, die bei der Verwirklichung der Organisationsziele kooperieren, Voraussetzungen dafür schaffen und Ressourcen dafür einbringen. Sie haben legitime und zu berücksichtigende Ansprüche gegenüber Proges. Für längerfristige und tragfähige Angebote muss ein Ausgleich zwischen den Interessen von Kundinnen und Kunden, Beschäftigten und KooperationspartnerInnen gefunden werden.

Die Steigerung der Zufriedenheit all dieser relevanten Anspruchsgruppen hat ein wesentlicher Bestandteil der Organisationskultur zu sein. Auf diesen Aspekt muss im Rahmen der Führungsaufgaben die externe und interne Kommunikation besonders Bedacht nehmen.

5.2 Prozessorientierung

Die Tätigkeit der Steuerung ist ausgerichtet auf die Sicherstellung geeigneter Arbeitsbedingungen für alle MitarbeiterInnen, um die Erbringung von hervorragenden Dienstleistungen im Sinne der Kundinnen und Kunden sowie aller anderen relevanten Anspruchsgruppen zu gewährleisten. Die Beziehungen zwischen allen Hierarchieebenen und Aufgabenbereichen sind entsprechend den professionellen Erfordernissen zu gestalten und müssen von gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz geprägt sein.

Die Elemente der Prozessorientierung sind ausgehend von der Strategie die ablauforientierte Organisation, das anspruchsgruppenorientierte Verhalten der MitarbeiterInnen auf allen Ebenen und das spezifische Leistungs- und Kostenmanagement für die kontinuierliche Verbesserung im Sinne der Kundinnen und Kunden sowie aller anderen relevanten Anspruchsgruppen. Das bedeutet, dass alle Aktivitäten hinsichtlich Effektivität und Effizienz optimiert werden müssen. Dazu ist es notwendig, den dabei entstehenden hohen horizontalen und vertikalen Abstimmungsbedarf und den damit verbundenen Informations- und Kommunikationsaufwand zu bewältigen und die Kooperation zu gewährleisten.

5.3 Planungs-, Steuerungs- und Ergebnisorientierung

Die Steuerung hat aus diesem Grund für kurz-, mittel- und langfristige Planung sowie für die Entwicklung bzw. Nutzung geeigneter Controlling-Instrumente zu sorgen. Diese Planung hat sowohl im Bereich des strategischen als auch des operativen Managements zu erfolgen und muss diese beiden Bereiche schlüssig miteinander verbinden. Der für den Erfolg der Organisation relevante Veränderungsbedarf muss rechtzeitig erkannt und durch geeignete Maßnahmen gedeckt werden.

Die Geschäftsführung muss nach getroffener Zielformulierung dazu beitragen, eine möglichst hohe Treffsicherheit der entsprechenden Maßnahmen (Effektivität) auf allen Ebenen der Organisation sicherzustellen, und sie soll die Relation zwischen Mitteleinsatz und Ergebnis (Effizienz) verbessern. Im Sinne der Ergebnisorientierung ist der Zielerreichungsgrad laufend zu überprüfen. Im Falle von Abweichungen sind nach entsprechenden Analysen geeignete Korrekturmaßnahmen vorzunehmen. Dafür ist eine wirkungsvolle Führungs- und Leitungskultur zu entwickeln, die mit entsprechenden Planungs-, Analyse- und Steuerungs- sowie Anerkennungs- und Motivationssystemen zu koppeln ist.

In diesem Sinne besteht kein Unterschied zum Profitbereich, was Führung und Steuerung betrifft. Das ist ein weiterer Befund hinsichtlich der zunehmenden Verbetriebswirtschaftlichung der gesundheits- und sozialwirtschaftlichen Märkte, wie immer das auch bewertet wird: positiv im Sinne der Professionalisierung oder negativ im Sinne der Ökonomisierung. Persönlich denke ich, es ist kein Entweder-oder, sondern ein Sowohl-als-auch. Die Balance herzustellen, indem immer wieder die Entscheidung für oder gegen das eine oder andere getroffen wird, macht den Erfolg für gutes, gesundes Leben aus – individuell, in der Gruppe, organisational und gesellschaftlich.

BIBLIOGRAFIE

Janes, Alfred (2015), Wie Sie Mitarbeiter in Expertenorganisationen führen, in: *C/O/N/E/C/T/A* (Hg.), Führung leben. Praktische Beispiele – praktische Tipps – praktische Theorie, Heidelberg, 246–276.

Statistik Austria (2014), Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme, Bundesanstalt Statistik Österreich (Hg.), online abrufbar unter http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&pubId=694, Zugriff am 30. 3. 2019.

Jakubowski, Elke (2012), Public Health in Europa. Überblick, in: Friedrich Wilhelm *Schwartz,* Ulla *Walter,* Johannes *Siegrist,* Petra *Kolip,* Reiner *Leidl,* Marie-Luise *Dierks,* Reinhard *Busse,* Nils *Schneider* (Hg., [3]2012), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, Amsterdam, 13–19.

Silvia Rosoli

POLITISCHE HERAUSFORDERUNGEN UND HANDLUNGSFELDER DER PFLEGEPOLITIK

ZUSAMMENFASSUNG

In den ersten beiden Abschnitten werden die Ausgangslage für Pflegepolitik in Österreich sowie die damit zusammenhängenden Herausforderungen sowohl für die Politik als auch für die betroffenen Menschen thematisiert. In der Folge wird auf die Frage eingegangen, was benötigt wird, um adäquate Lösungen für die vorliegenden Problemlagen zu finden: Dazu zählen nicht nur die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und ein Ausbau von Pflegedienstleistungen, sondern auch eine entsprechende Priorisierung und Akkordierung einzelner Schritte zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeitsebenen (Bund, Länder, Gemeinden).

- Pflegepolitik ist ein äußerst wichtiges Politikfeld, da ein großer und zudem wachsender Teil der Bevölkerung in Österreich davon betroffen ist.
- Um die damit verbundenen Herausforderungen zu meistern, muss „gute Arbeit" in der Pflege gesichert und ein Pflegegarantiefonds eingeführt werden.
- Investitionen in die Pflege lohnen sich nicht nur für die unmittelbar davon Betroffenen, sondern für alle.

SUMMARY

In the first two sections, the article outlines the basic features of care policies in Austria. The fact that they affect large and growing parts of the population poses significant challenges for politics as well as for those concerned (i.e. either needing or providing care). Furthermore, it addresses the needs and requirements for finding appropriate solutions: not only must working conditions in care work be improved, it is also necessary to increase the range of social care services. There is also an urgent need to prioritize and coordinate policy measures on the different levels of responsibility (federal, regional, and local authorities).

- Care policy is a tremendously important policy field and affects a large and growing proportion of the Austrian population.
- To overcome related difficulties and problems, it is imperative to foster "decent work" in the field of care and to establish a "care guarantee fund".
- Investments in care not only benefit those involved and concerned, but also serve the wellbeing of the whole population.

1 WEN BETRIFFT DIE PFLEGEPOLITIK? DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN

Laut einer Studie der Universität Wien, beauftragt vom BMASGK (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018) gibt es in Österreich rund 950.000 pflegende Angehörige. Rund 456.000 Menschen bezogen im Jahr 2017 Pflegegeld, und laut Statistik Austria waren rund 436.000 Personen älter als 80 Jahre. Bis zum Jahr 2030 wird diese Zahl auf 636.000 und bis 2050 auf rund 1,084 Mio. Menschen ansteigen.

Etwa 74.000 Personen leben in Pflegehäusern (ca. 14 % aller PflegegeldbezieherInnen), rund 30.000 Personen leben zu Hause und beziehen eine Förderung für 24-Stunden-Betreuung, die jährlich rund 160 Mio. Euro kostet. Insgesamt gibt Österreich rund 5 Mrd. Euro pro Jahr für Pflege aus.

2016 arbeiteten rund 63.000 Menschen in der mobilen und stationären Pflege, das sind ca. 45.000 Vollzeitäquivalente. Bis 2030 werden laut Schätzungen (vgl. Famira-Mühlberger/Firgo 2019) etwa 24.000 Menschen (das entspricht rund 18.000 Vollzeitäquivalenten) mehr benötigt, bis 2050 ca. 79.000 Menschen (bzw. 58.000 Vollzeitäquivalente) mehr.

2 WAS SIND DIE GRÖSSTEN HERAUSFORDERUNGEN, DIE AUF DIE POLITIK UND DIE MENSCHEN IM LAND IN PUNCTO PFLEGE ZUKOMMEN?

2.1 Bedarf an Menschen, die in der Pflege und Betreuung arbeiten

Am meisten fehlt es an gut ausgebildeten Menschen, die bereit sind, im Bereich der Betreuung und Pflege zu arbeiten. Glaubt man diversen Studien und Umfragen, kann der Bedarf an Personal nur durch eine Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen gedeckt werden. Die demografische Entwicklung der nächsten Jahre wird uns dazu zwingen, mobile, stationäre, teilstationäre und alternative Pflegedienstleistungen massiv auszubauen. Dazu braucht es natürlich genügend gut qualifizierte MitabeiterInnen.

2.2 Neun Bundesländer – neun Systeme – neunmal verschiedene Leistungen

Neun verschiedene Bundesländer leisten sich neun verschiedene Pflegesysteme, deren Leistungen und Kosten völlig intransparent und daher auch nicht miteinander vergleichbar sind.

Bürokratische Hürden tun ihr Übriges: So ist es beispielsweise für eine pflegebedürftige Person beinahe unmöglich, etwa aufgrund familiärer Umstände in ein anderes Bundesland zu ziehen und dort Pflegedienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Die harten Systemgrenzen zwischen Langzeitpflege und Gesundheitssystem führen oft zu unerwünschten Ergebnissen. So werden Rehab-Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen, die dem Gesundheitssystem Kosten verursachen und erst in der Pflege zu möglichen Einsparungen führen, kaum umgesetzt.

Die Abkehr von der Sozialhilfelogik in Bezug auf das Pflegegeld und die Abschaffung des Pflegeregresses für stationäre Pflegedienstleistungen waren ein richtiger und notwendiger Schritt. Was nun fehlt, sind ausreichend verfügbare und leistbare mobile Pflege- und Betreuungsdienstleistungen. Daher muss – wie für die medizinische Versorgung – auch für Betreuung und Pflege zu Hause gelten, dass wer Pflege und Betreuung braucht, einen Anspruch darauf hat, sie ausreichend und in guter Qualität zu bekommen.

3 WAS BRAUCHT ES DAHER?

Finanzierung aus einer Hand ermöglicht eine effektive Steuerung und sichert die Qualität, ohne dass gleich die Bundesverfassung geändert werden muss. Die Einführung bzw. der Umbau des Pflegefonds in einen Pflegegarantiefonds kann diese dringend nötige Steuerung und Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Transparenz sicherstellen.

Ein weiteres zentrales Instrument der Pflegepolitik ist das Pflegegeld, das bereits 1993 eingeführt wurde. Im Jahr 2017 wurden rund 2,5 Mrd. Euro an Pflegegeld ausbezahlt. Im Laufe der Jahre wurde das Pflegegeld Anknüpfungspunkt und Voraussetzung für sozialpolitische Maßnahmen, die auf das Kriterium „Pflegebedürftigkeit" abstellen. Dadurch hat die Pflegegeldeinstufung eine Bedeutung erlangt, die weit über den Zweck der Zuerkennung von Pflegegeld hinausgeht. Sie wird zur Messlatte, anhand deren entschieden wird, wer welche Leistungen erhält.

Die derzeitige Einstufung orientiert sich ausschließlich an Defiziten. Damit wird der bestehende Bedarf an Prävention, Aktivierung und Gesundheitsförderung ausgeblendet und kann nicht berücksichtigt werden. In Pflegeheimen führt dies zu absurden Situationen, da Verbesserungen der BewohnerInnen Kürzungen des Personalstandes bewirken. Es besteht ein Anreiz für ein „Ins-Bett-Pflegen" von alten Menschen, anstatt sie in ihrer Selbstständigkeit zu fördern.

Die Einstufungskriterien für den Bezug von Pflegegeld gehören daher dringend überarbeitet.

3.1 Gute Arbeitsbedingungen

Berufsangehörige der Pflege leiden unabhängig davon, ob sie im stationären oder mobilen Bereich arbeiten, unter immensem Zeitdruck. Das führt neben den hohen physischen Belastungen zusätzlich zu vermeidbaren hohen psychischen Belastungen. Maßnahmen gegen die Arbeitsverdichtung sind daher unumgänglich. Das wiederum geht nur mit mehr Personal. Und hier schließt sich der Kreis: Mehr Personal bekommt man nur, wenn die Rahmen- und Arbeitsbedingungen attraktiv genug sind.

Die wichtigsten Arbeitsbedingungen, die es dringend zu verbessern gilt, sind eine faire Entlohnung und lebbare Arbeitszeitmodelle sowie Dienstpläne, die eingehalten werden. Die Lohnschere zwischen Gehältern in der Langzeitpflege und in den Krankenhäusern bewegt sich durchschnittlich zwischen 300 und 500 Euro brutto pro Monat. Dies führt dazu, dass Krankenhäuser Beschäftigte aus der Langzeitpflege abwerben und damit die Situation in den Pflegehäusern massiv verschärfen.

3.2 Durchlässige Ausbildung

Um junge Menschen auf dem Weg der Berufsfindung nicht zu verlieren, sind die Zugangswege zu den Pflegeberufen besser zu erschließen. Die Einführung eines BHS/BMS-Modells für Gesundheits- und Sozialberufe ist daher längst überfällig. Für Jugendliche, die nach Abschluss ihrer Pflichtschuljahre nicht gleich wieder die Schulbank drücken möchten, sollte – wie es bereits vor über 30 Jahren möglich war – wieder die Möglichkeit geschaffen werden, ein Orientierungsjahr zu absolvieren.

Die Abschaffung der Studiengebühren für FH-Lehrgänge für Gesundheitsberufe kann ebenfalls ein wesentlicher Faktor sein, um die Motivation für den Einstieg in den Beruf zu erhöhen. Für Wieder- oder QuereinsteigerInnen müssen jedenfalls Mittel der aktiven Arbeitsmarktpolitik massiv aufgestockt werden. Zu überdenken ist auch die Grenze des 35. Lebensjahres für den Bezug von sogenannten Selbsterhalterstipendien, um auch WiedereinsteigerInnen den Bildungsweg Richtung Fachhochschulen und Universitäten zu eröffnen.

3.3 Bedarfsgerechte Personalbemessung

Ein Prozess zur Entwicklung einer Methode für eine einheitliche bedarfsorientierte Personalberechnung, wie er ihn Deutschland bereits gestartet wurde, ist ein weiteres zentrales Element, um ausreichend Personal gewinnen zu können. Aber auch Maßnahmen, die sofort entlasten, wie beispielsweise keine Nachtdienste allein, gehören umgehend umgesetzt.

3.4 Mehr Pflegedienstleistungen

Aus Sicht der Menschen, die Betreuung und Pflege brauchen, sind leistbare, qualitativ hochwertige und flächendeckende Angebote an mobiler Pflege und Betreuung das Wichtigste, da die meisten so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden betreut und gepflegt werden möchten. Diese Angebote reichen aber derzeit bei Weitem nicht aus, um den Bedarf decken zu können.

Um zwischen stationärer und 24-Stunden-Betreuung tatsächlich wählen zu können, ist ein massiver Ausbau stundenweiser mobiler Betreuung und Pflege notwendig. Aber auch alternative Betreuungsformen wie betreute SeniorInnenwohnungen, Tagesstätten sowie der Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen sind notwendig. Zusätzlich braucht es verstärkte psychosoziale Betreuung für Menschen, die unter Einsamkeit, Demenz oder psychiatrischen Problemen leiden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird auch ein weiterer Ausbau stationärer Pflege und Betreuung notwendig sein, da es aus unterschiedlichen Gründen nicht immer möglich sein wird, Pflege und Betreuung in ausreichendem Maße sicherzustellen.

All diese Maßnahmen entlasten natürlich auch Angehörige. Mehr Personal sowohl in den mobilen als auch stationären Diensten wünschen sich – so die Studie des BMASGK (vgl. Nagl-Cupal et al. 2019) – auch die Angehörigen von betreuungs- und pflegebedürftigen Personen.

Laut dieser Studie sind rund 300.000 Menschen – großteils Frauen – gleichzeitig erwerbstätig und pflegende Angehörige. Sie benötigen besondere Unterstützung, um nicht aus dem Erwerbsleben gänzlich auszuscheiden oder ihre Arbeitszeit noch mehr reduzieren zu müssen. Beides wirkt sich nicht nur auf Karriere und Einkommen, sondern auch auf die künftige Pension negativ aus.

Neben dem oben genannten Ausbau von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in allen Facetten ist ein arbeitsrechtlicher Anspruch auf Pflegekarenz ein Kernelement, um berufstätige Menschen mit pflegebedürftigen Angehörigen zu entlasten. Heute sind ArbeitnehmerInnen noch von der Zustimmung ihrer ArbeitgeberInnen abhängig, um eine Pflegekarenz antreten zu können.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die österreichweite Verankerung vergleichbarer Service- und Beratungsstellen für alle Fragen der Langzeitpflege unter Nutzung fachlicher Konzepte wie Family Health Nursing oder Community Nursing sowie entsprechend qualifizierter interdisziplinärer Teams.

4 WELCHE FRAGEN STELLEN SICH NOCH?

Jedenfalls braucht es eine gesellschaftliche Debatte darüber, was Pflege eigentlich leisten soll und wie wir als Gesellschaft uns Pflege vorstellen. Reicht uns der Ansatz „warm, satt, sauber" oder wollen wir mehr? Warum wird Betreuung und Pflege im Gegensatz zu anderen Berufen schlechter bezahlt? Und was bewirken der derzeitige Stellenwert von „care" in unserer Gesellschaft und informelle Pflege als Hauptstandbein unserer Pflegevorsorge eigentlich? All diese Fragen gehören ausreichend breit diskutiert.

5 LÖSUNGSANSÄTZE UND PRIORITÄTEN

Pflegepolitik ist aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Gemeinden ein sehr komplexes Thema. Verschiedene AkteurInnen verfolgen großteils ungesteuert unterschiedliche Interessen. Tragfähige Lösungsansätze brauchen eine intensive Vorbereitung und Diskussion, um einen Interessenausgleich unter Einbeziehung aller Betroffenen und aller AkteurInnen zu gewährleisten.

5.1 Was ist prioritär?

Die drängendste Frage ist, wie genügend Menschen für den Pflegeberuf gewonnen werden können. Dabei sind die oben unter Punkt 2 genannten Bereiche Arbeitsbedingungen, Ausbildung und die Frage der bedarfsgerechten Personalberechnung die drei zentralen Themenfelder.

Mehr Geld im „System Pflege", um den Ausbau aller beschriebenen Leistungen umzusetzen, ist dabei die wichtigste Grundlage. Alle politisch Verantwortlichen haben die dafür notwendigen Vorkehrungen zu treffen, um die finanziellen Mittel für den Mehrbedarf an Pflege, der in den nächsten Jahren jedenfalls entstehen wird, zur Verfügung zu stellen.

5.2 Investitionen in die Pflege lohnen sich für alle

Durch Investitionen in Pflege und Betreuung werden Menschen entlastet, und es wird sichergestellt, dass der Bedarf an Pflege und Betreuung gedeckt werden kann. Darüber hinaus werden Arbeitsplätze geschaffen und gesichert, wovon insbesondere strukturschwächere Gegenden und entlegenere Regionen profitieren.

Eine Studie des WIFO aus dem Jahre 2017 (vgl. Famira-Mühlberger/Firgo/Fritz/Streicher 2017) zeigt eindrucksvoll: Jeder Euro, der für Pflege und Betreuung ausgegeben wird, belebt regionale Wirtschaftskreisläufe und bringt durch Steuern und Sozialversicherungsabgaben 70 Cent in die öffentlichen Haushalte.

Für eine Finanzierung österreichweit einheitlicher, leistbarer und verfügbarer Pflegeleistungen, die auf einer nachhaltigen und solidarischen Finanzierung basieren, braucht es natürlich auch ein politisches Bekenntnis, auf dem die Umsetzung der Strategie aufbauen kann.

BIBLIOGRAFIE

Famira-Mühlberger, Ulrike, Matthias *Firgo,* Oliver *Fritz* und Gerhard *Streicher* (2017), Österreich 2025. Pflegevorsorge. Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen (= Studie des WIFO).

Famira-Mühlberger, Ulrike und Matthias *Firgo* (2019), Zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den stationären und mobilen Diensten, in: WIFO Monatsbericht 92(3), 149–157.

Nagl-Cupal, Martin et al. (2018), Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke (= Studie im Auftrag des BMASGK); Download: https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664.

AUTORiNNEN

Anna *Arlinghaus* ist Senior Consultant der XIMES GmbH, Wien.

Peter *Baumgartner* ist Senior Consultant der XIMES GmbH, Wien.

Karin *Boonstra-Hörwein* ist Senior Consultant der XIMES GmbH, Wien.

Doris *Formann* ist Geschäftsführerin von Proges.

Johannes *Gärtner* ist Geschäftsführer der XIMES GmbH, Wien.

Ingrid *Mairhuber* ist Politikwissenschafterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA).

Werner *Marschitz* ist Senior Consultant der XIMES GmbH, Wien.

Silvia *Rosoli* ist Leiterin der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der Arbeiterkammer Wien.

Ruth *Siglär* ist Senior Consultant der XIMES GmbH, Wien.

Romana *Wochner* ist Referentin in der Arbeiterkammer Wien.

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz zu folgenden Bedingungen:
CC BY-SA 4.0

Namensnennung

Weitergabe unter gleichen Bedingungen

http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de
Für darüber hinausgehende Nutzungen ist eine ausdrückliche Zustimmung des Herausgebers erforderlich.

Impressum:
Herausgeber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20–22.
Redaktion: Ursula Filipič, AK Wien, Abteilung Sozialpolitik.
© 2019 by Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH, Johann-Böhm-Platz 1, 1020 Wien.
Hersteller: Verlag des ÖGB GmbH
Grafik/Layout: Walter Schauer, Verlag des ÖGB GmbH
Lektorat: Florian Praxmarer
Printed in Austria
ISBN 978-3-99046-415-1

AK WIEN

sozialleistungen.at
SOZIALSTAAT IM ÜBERBLICK

SIE HABEN FRAGEN ZUM SOZIALSTAAT UND ZU SEINEN LEISTUNGEN?

Besuchen Sie jetzt sozialleistungen.at!

- » Gebündeltes Wissen zu Sozialleistungen
- » Rechtliche Infos auf dem aktuellen Stand
- » Von Expertinnen/Experten der AK für die Praxis verfasst
- » Qualifizierte und verlässliche Inhalte
- » Links zu Beratungsinformationen der AK
- » … kostenlos und immer für SIE da!

www.sozialleistungen.at

Bisher erschienen

1 Ulrich Schönbauer, Ältere im Betrieb (Februar 2006)

2 Ursula Filipič (Hg.), Neoliberalismus und Globalisierung (September 2006)

3 Ursula Filipič (Hg.), Arbeitsmarktpolitik in Europa (März 2007)

4 Kai Biehl und Norbert Templ (Hg.), Europa altert – na und? (August 2007)

5 Helmut Ivansits und Ursula Filipič (Hg.), Privatisierung von Gesundheit – Blick über die Grenzen (November 2007)

6 Ursula Filipič (Hg.), Soziale Gerechtigkeit versus Eigenverantwortung (Dezember 2007)

7 Josef Wallner (Hg.), Gestaltung und Finanzierung von Arbeitsmarktpolitik: Ein internationaler Vergleich (Jänner 2008)

8 Erik Türk (Hg.), Invalidität: Aktuelle Debatten – Lösungsvorschläge (August 2008)

9 Gerhard Stemberger (Hg.), Psychotherapie zwischen gesellschaftlicher Anpassung und Emanzipation (April 2009)

10 Alexander Schneider, Zu alt für Weiterbildung? (August 2009)

11 Elisabeth Beer und Ursula Filipič (Hg.), Sozialstaaten unter Druck: Wohlfahrtsstaatliche Veränderungen in Mittelosteuropa – Rückwirkungen auf Österreich? (August 2010)

12 Thomas Riesenecker-Caba und Alfons Bauernfeind, Verwendung personenbezogener Daten und Grenzen betrieblicher Mitbestimmung: Datenschutz in der Arbeitswelt (August 2011)

13 Ursula Filipič und Elisabeth Beer (Hg.), Sozialer Aderlass in Europa: Arbeit und soziale Sicherung unter Druck (März 2013)

14 Martina Chlestil (Hg.), Konflikte und Mobbing am Arbeitsplatz: Rechtliche Möglichkeiten und praktische Handlungsanleitungen (September 2013)

15 Sonja Ertl und Ursula Filipič (Hg.), Die Qualität der Arbeit auf dem Prüfstand: Der Einfluss der Arbeitsmarktlage auf die Arbeitsqualität (Dezember 2013)

16 Adi Buxbaum (Hg.), Perspektiven für sozialen Fortschritt: Sozialinvestitionen haben eine Mehrfachdividende (August 2014)

17 Josef Wöss (Hg.), Alterssicherung: Kapitalgedeckte Zusatzpensionen auf dem Prüfstand (Mai 2015)

18 Nadja Bergmann und Claudia Sorger (Hg.), 40 Jahre 40-Stunden-Woche in Österreich. Und jetzt? Impulse für eine geschlechtergerechte Arbeitszeitpolitik (Juni 2016)

19 Ursula Filipič und Annika Schönauer (Hg.), Zur Zukunft von Arbeit und Wohlfahrtsstaat: Perspektiven aus der Sozialforschung (Februar 2018)

20 Nikolai Soukup (Hg.), Neoliberale Union oder soziales Europa? Ansätze und Hindernisse für eine soziale Neuausrichtung der EU (Januar 2019)

ISBN 978-3-99046-415-1

Kostenloser Download der Publikation unter:
https://wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriten/zeitschriften/Sozialpolitik_in_Diskussion.html

AK WIEN
wien.arbeiterkammer.at