

gender
gender mainstreaming in NÖ **now**

CHANCENGLEICHHEIT IM PFLEGEBEREICH

Sybille Reidl
Nicole Schaffer
Birgit Woitech

WIEN, NOVEMBER 2006

Inhaltsverzeichnis

1.	Chancengleichheit in der Pflege: Einleitung	4
2.	Ausgangslage: Pflegeberufe und Gender Mainstreaming in Niederösterreich.....	5
2.1.	Definition von Pflege- und Sozialberufen.....	5
2.2.	Demografische Entwicklungen	6
2.3.	Kompetenzregelungen.....	7
2.4.	Pflegeformen	8
2.5.	Berufsbild, Ausbildung und Tätigkeitsbereiche.....	9
2.6.	Arbeitsbedingungen	12
2.7.	Berufsverbände.....	13
2.8.	Segregation und Gender Mainstreaming in Pflegeberufen	13
2.9.	Good Practice: Projekt Liezen – bedarfsgerecht und gleichgestellt.....	15
3.	Einsatzbereich, Forschungsfragen und Methoden	18
3.1.	NÖ LandespensionistInnen- und Pflegeheime (LPPH) und private Pflegeheime ...	18
3.2.	Mobile Pflege	19
3.3.	Ausbildung	20
3.4.	Forschungsfragen und Methoden.....	20
4.	Auswertung Fokusgruppen und Führungskräfteinterviews.....	22
4.1.	Das Sample.....	22
4.2.	Pflegeberuf: Erste oder zweite Wahl?.....	24
4.3.	Berufslaufbahn in der Pflege.....	24
4.4.	Karenz	25
5.	Motivation für einen Pflegeberuf	27
5.1.	Geschlechtsspezifische Motivation, einen Pflegeberuf zu ergreifen.....	27
5.2.	Motivation und horizontale Segregation	28
5.3.	Motivation für die Altenpflege.....	29
5.4.	Veränderungspotential – die neuen Generationen	29
5.5.	Reaktionen der Umwelt.....	30
5.6.	Motivationen für die mobile Pflege, Lehre und Führungspositionen	31
6.	Zusammenarbeit von Frauen und Männern	34
6.1.	Wollen die InterviewpartnerInnen mehr Männer in der mobilen Pflege?	36
7.	Aufstiegsmöglichkeiten / Karriereziele	38
7.1.	Die Pflege – ein Frauenberuf	38
7.2.	Vereinbarkeit von Beruf und Familie.....	39
7.3.	Weibliche Führungskräfte und ihre Erfahrungen.....	39
7.4.	Die Sicht der Männer	39

7.5.	Chancengleichheit in den Organisationen.....	40
8.	Problemfelder und Lösungsansätze in Pflegeheimen.....	42
8.1.	Problemfelder in Pflegeheimen.....	42
8.2.	Lösungsansätze in Pflegeheimen.....	49
8.3.	Zusammenfassung.....	53
9.	Problemfelder und Lösungsansätze in der mobilen Pflege.....	55
9.1.	Problemfelder in der mobilen Pflege.....	55
9.2.	Lösungsansätze in der mobilen Pflege.....	59
9.3.	Zusammenfassung.....	62
10.	Problemfelder und Lösungsansätze in der Ausbildung.....	64
10.1.	Problemfelder in der Ausbildung.....	64
10.2.	Lösungsansätze in der Ausbildung.....	66
10.3.	Zusammenfassung.....	68
11.	Zusammenfassende Ergebnisse.....	70
12.	Anhang: Statistik.....	73
	Literatur.....	78

1. Chancengleichheit in der Pflege: Einleitung

Ziel des Projekts „Chancengleichheit im Pflegebereich“ ist es, die Situation von Frauen und Männern in Pflegeberufen darzustellen und Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit für alle Beschäftigten zu entwickeln. Das Projekt wurde von **gendernow**, der Koordinationsstelle für gender mainstreaming in Niederösterreich, im Auftrag des NÖ Beschäftigungspakts (AMS Niederösterreich, Land Niederösterreich, SozialpartnerInnen, BASB) im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2006 durchgeführt.

Was bedeutet Chancengleichheit in einem frauendominierten Beruf wie der Pflege?

Mehr als 90 Prozent des Pflegepersonals in niederösterreichischen Heimen und in der mobilen Pflege sind Frauen. Doch die Chefetagen sind oft noch fest in männlicher Hand. In einem Bereich, in dem die tagtägliche Pflegearbeit also hauptsächlich von Frauen geleistet wird, kommt dem Aspekt der Chancengleichheit eine besondere Bedeutung zu. Kern dieses Pflegeschwerpunktes von **gendernow** ist die Frage, welche neuen Anforderungen an Chancengleichheit in den (bislang) frauendominierten Arbeitsfeldern der Pflegeberufe gestellt werden, wenn Männer zunehmend in diesen Bereichen beschäftigt werden. Der Gender Mainstreaming-Strategie kommt hier eine besondere Bedeutung zu, da sie Frauen und Männer adressiert und die strukturelle/organisatorische Ebene einbezieht. Als wesentlich erscheint es, die gegenwärtigen Veränderungsprozesse als Möglichkeit wahrzunehmen, bislang weniger honorierte und geschätzte Tätigkeiten aufzuwerten und damit bessere Ausbildungs-, Professionalisierungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen und Männer in Pflegeberufen zu eröffnen. Es sollen daher Vorschläge zu Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden, wie die GM-Strategie als Basis einer chancengleichheitsorientierten Politik in den jeweiligen Einrichtungen ein- bzw. umgesetzt werden kann.

Aufbauend auf Literaturrecherchen und einer sekundärstatistischen Analyse wurden mehr als 60 Beschäftigte in den Bereichen PensionistInnen- und Pflegeheime, mobile Pflege und Pflegeausbildung zu ihrer Arbeitssituation befragt. Die Ergebnisse finden Sie in nachstehenden Kapiteln.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Abschnitte: Kapitel 2 führt in die Pflegeberufe und in die Thematik Gender Mainstreaming im Pflegebereich ein. Die darauf folgenden Kapitel sind der Auswertung der Fokusgruppen und Führungskräfte-Interviews gewidmet: Diplomiertes Pflegepersonal, Pflegehilfskräfte und Führungskräfte sprechen über ihre Motivationen, einen Pflegeberuf zu ergreifen, über Aufstiegsmöglichkeiten, über Probleme und Lösungsmöglichkeiten in ihrem Berufsfeld sowie über die Zusammenarbeit von Frauen und Männer in einem frauendominierten Bereich wie der Pflege. Zusammenfassend wird im letzten Kapitel Resümee gezogen. Die statistische Analyse der Beschäftigungsverhältnisse in niederösterreichischen Landesheimen, in der mobilen Pflege und der Ausbildungen finden Sie im Anhang (Kapitel 12).

2. Ausgangslage: Pflegeberufe und Gender Mainstreaming in Niederösterreich

Das Altersversorgungssystem basiert auf der Koordination informeller Betreuungsleistungen, stationärer und ambulanter Altenhilfe, Krankenanstalten und praktischen ÄrztInnen. Die Versorgung von älter werdenden Menschen wird hauptsächlich über die Familie oder über Einrichtungen der Altenhilfe erbracht. In Niederösterreich beziehen 70.500 Menschen Pflegegeld. 13.500 werden mobil betreut, 8.500 in Landes- und Privatheimen. Die Betreuung wird hauptsächlich, nämlich zu 90%, von Frauen geleistet.

Die Koordination der verschiedenen Handlungsfelder stellen grundsätzlich hohe Anforderungen an alle Beteiligten, bestehende Herausforderungen erfahren durch die steten Veränderungen der Systembedingungen zusätzliche Verschärfung (vgl. u. a. Amann 1998; Löger 2001):

- Rückgang der Geburtenrate, steigende Lebenserwartung und Abwanderung der Jugend aus den Regionen (= „dreifaches Altern“)
- Steigende Zahl von sehr betagten und pflegebedürftigen Menschen
- Steigender Pflegebedarf durch Fortschritte in der Medizin
- Wachsender Anteil kinderloser Frauen und Männer
- Zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen
- Zunehmende Mobilität der jüngeren Generationen
- Zunehmende Trennung der Haushalte, sinkende Familiengröße

Die Wechselwirkungen zwischen dem Altern der Gesellschaft und damit der Zunahme der Pflegebedürftigen und der gleichzeitige Rückgang der informellen Betreuungsleistungen (Betreuung durch Familie, Bekannte oder Nachbarschaft) schafft die Notwendigkeit, das Versorgungssystem in Hinblick auf die Verschränkung der unterschiedlichen Handlungsfelder und unter Rücksichtnahme der Kosten und der Ressourcenallokation zu planen. Der Gesundheitsbereich, die Gesundheits- und Pflegeberufe, die Kosten der Ausbildung und die Kosten der Alterspflege werden in den nächsten Jahrzehnten zu den zentralen Fragen unserer Gesellschaft gehören.

2.1. DEFINITION VON PFLEGE- UND SOZIALBERUFEN

Obwohl in aller Munde, erweist sich eine konkrete begriffliche Definition der Gesundheits- und Sozialdienste im Allgemeinen bzw. der Pflege- und Sozialberufe im Konkreten als schwierig. So werden die Gesundheitsdienste oft mit Pflegediensten und die Sozialdienste mit Betreuungsdiensten assoziiert (vgl. Leibetseder 2001), anderenorts wiederum werden die Pflege- mit den Sozialberufen gleichgesetzt (vgl. Nöstlinger 2003).

Für ein einfacheres Verständnis gehen wir von einer breiten Definition der Sozial- und Gesundheitsberufe aus, die sämtliche im Bereich des Gesundheitswesens, des Sozialwesens, des Behindertenwesens und der Jugendwohlfahrt getätigte Dienstleistungen umfassen. Diese Dienstleistungen werden in Form von „Heilung, Pflege, Betreuung, Vorsorge, Rehabilitation, Bildung/ Ausbildung, Erziehung und/ oder Beratung“ (Leibetseder 2001: 5) angeboten und dienen der Überwindung von gesundheitlichen und sozialen Schwierigkeiten oder der Prävention von solchen.

Tätigkeitsbereiche von Gesundheitsdiensten

Bei Gesundheitsdiensten spricht man von gesundheitsbezogenen Leistungen in Fällen von Krankheit und Gebrechen, Mutterschaft oder Unfall. Die entsprechenden Organisationen umfassen Krankenhäuser, Pflegeheime, psychiatrische Anstalten, öffentliche Beratung, teilweise ambulante Dienste etc. (vgl. Leibetseder 2001: 17f).

Tätigkeitsbereich von Sozialen Diensten

Soziale Dienste beinhalten die Kinder-, Jugend- und Familienbetreuung, sowie Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung und für ältere Menschen. Hierunter fallen mobile Betreuungsdienste, Haushaltshilfen, Arbeit in Wohlfahrtsorganisationen (vgl. ebd.).

Die mobile Pflege ist ein Bereich, der die Trennung von Sozialen und Gesundheitsdiensten nicht zulässt, wie sich an den eben dargestellten Kurzdefinitionen nachvollziehen lässt. In der Pflege ist die soziale Betreuung ebenso gefragt wie die medizinische Unterstützung (vgl. Dornmayer 2003, Krenn 2003). Aufgrund dieser Zwischenstellung gestalten sich auch eine angemessene Bewertung der Leistung von mobilen PflegerInnen sowie die einheitliche Ausbildung in diesem Bereich schwierig.

Für unsere Analyse (Fokusgruppen, Interviews) haben wir uns auf die Pflegeberufe und hier wiederum auf die Altenpflege und jene Tätigkeitsfelder konzentriert, die genügend Gemeinsamkeiten aufweisen, um einheitliche Aussagen über mögliche Maßnahmenentwicklungen treffen zu können:

- PensionistInnen- und Pflegeheime (vorwiegend Landesheime)
- Mobile Pflege
- Krankenpflegeschulen

In den genannten Bereichen spielen folgende Berufsgruppen eine Rolle:

- Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester bzw. -pfleger (DGKS bzw. DKGP)
- PflegehelferIn
- Altenfachkraft bzw. AltenhelferIn
- HeimhelferIn

Für eine kurze Beschreibung der Berufe und den entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten siehe Kapitel 2.5.

2.2. DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN

Im Jahr 2005 sind 1,6 Millionen ÖsterreicherInnen älter als 60 Jahre, im Jahre 2050 sind drei Millionen zu erwarten, bei schrumpfender Bevölkerungsgesamtzahl. Im Jahr 2030 wird die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen ca. 81 Jahre und für Männer ca. 75 Jahre betragen (vgl. Löger 2001, Teil I: 39ff).

Neben der *Dehnung der Altersphasen* ist die *Feminisierung des Alters* ein wesentlicher Aspekt: je höher das Alter, desto höher der Anteil der Frauen. Vor allem in Hinblick auf die Einkommensunterschiede und die unterschiedlichen Erwerbsverläufe von Frauen und Männern lässt sich vermutlich sagen, dass Altersarmut eine Frauenarmut bedeutet. Trotz prognostizierten Anstiegs der älteren Einmannhaushalte machen die Einzelhaushalte der Frauen in Niederösterreich einen weitaus höheren Anteil aus: 71.351 im Jahr 1981, prognostizierte 80.851 im Jahr 2011 (vgl. Amann 1998: 36).

Haushaltsprognosen, also die Zahl privater Haushalte und deren Struktur sind ausschlaggebend für die Kalkulation und die Entscheidungen der Sozialpolitik. Die „Regionale Haushaltsprognose 1981-2011“ der ÖROK geht von einer Steigerung der Privathaushalte um 500.000 (18%) bis 2011 aus, trotz Stagnation der Bevölkerungsentwicklung (vgl. Amann 1998: 33 ff.). Die so genannten SeniorInnenhaushalte (Vorstand über 60 Jahre) nehmen um 23% zu. Die absolute Zahl der Einpersonenhaushalte wird ebenso steigen, die Zahl der Mehrpersonenhaushalte wird drastisch fallen. Bemerkenswert ist die geschlechtsspezifische Entwicklung der Einpersonenhaushalte mit 60jährigen und älteren Menschen: Die Zahl männlicher Einpersonenhaushalte wird sich verdoppeln (niederösterreichweit von 12.942 im Jahr 1981 auf prognostizierte 24.116 im Jahr 2011 (vgl. Amann 1998: 36). Dies ist insofern für das Versorgungssystem von Bedeutung, als dass Männer früher und häufiger auf Unterstützung im Haushalt und auf medizinische Betreuung angewiesen sind.

Die Hochbetagten: Im Jahr 1981 gab es in Niederösterreich 93.178 Personen im Alter von 75+ Jahren, bis 2011 wird diese Zahl um 28% auf 118.988 gestiegen sein. (vgl. Amann 1998: 41) Die Steigerungsquote bei den 85jährigen allerdings wird 97% ausmachen (von 14.819 auf 28.976) (vgl. Löger 2001, Teil I: 37)

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Altersversorgung und die Pflege zukünftig hochbetagte, allein stehende Menschen betreffen wird. Zu erwarten ist auch, dass die Pflegedauer durch fortschrittlichere medizinische Versorgung verlängert wird und dass degenerative Krankheiten wie Alzheimer, Demenz oder Parkinson im Vordergrund stehen werden (vgl. Nöstlinger 2003: 110f)

Gleichzeitig zu demografisch und gesellschaftspolitisch bedingten Bedarfssteigerungen kommt es zu erhöhten Kosten im Sozial- und Gesundheitswesen und zu einer verschärften Ressourcenknappheit, die neue Problemlösungen fordern. Einigkeit herrscht in der Literatur darüber, dass die verschiedenen Handlungsfelder gleichzeitig und wechselseitig zu analysieren und darauf basierend Entscheidungen zu treffen sind. Die Möglichkeit und die Notwendigkeit, Gender Mainstreaming von Anfang an in diese Prozesse zu integrieren scheinen hingegen stark vernachlässigt.

2.3. KOMPETENZREGELUNGEN

Die Pflege- und Sozialberufe erweisen sich hinsichtlich ihrer rechtlichen Grundlage als Grenzbereich. Die Pflegehilfe wird im Gesundheitswesen verortet und seit 1997 im Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG) geregelt. Die Altenbetreuung hingegen unterliegt den Landesgesetzen. Für Niederösterreich gilt das Gesetz über die Ausbildung für Berufe in der Altenfachbetreuung, Familien- und Heimhilfe (1996, Novelle 2004). Die Ausbildung von Pflegekräften wurde 1999 neu geregelt (Ausbildungsverordnung 1999). Für die Betreuungsberufe AltenhelferIn, AltenfachbetreuerIn und HeimhelferIn bestanden vorerst keine einheitlichen bundesweiten Regelungen. Dieser Mangel, dessen Konsequenzen mit fehlenden einheitlichen Ausbildungs- und Qualitätsstandards, geringer Mobilität und schwieriger Bedarfsplanung bezeichnet wird, soll durch eine Vereinbarung zwischen Bund und Länder gem. Art. 15a B-VG behoben werden (vgl. Dornmayr 2003: 3), die die Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der Sozialbetreuungsberufe, darunter auch die Heimhilfe, regelt.

Als Meilenstein für die Regelung der Sozial- und Gesundheitsberufe ist der BAGS-Kollektivvertrag zu sehen, der mit Mai 2006 zur Satzung erklärt wurde und österreichweit als Mindeststandard für Sozial- und Pflegeberufe gilt. Der Kollektivvertrag ermöglicht eine Vereinheitlichung des Sektors, eine Vergleichbarkeit der Leistungen und bedeutet einen ersten Schritt zur Standardisierung und Aufwertung der Gesundheits- und Sozialdienste. Zu den wesentlichsten Errungenschaften des BAGS

Kollektivvertrages zählen einheitliche Mindestlöhne, Arbeitszeitregelungen (38 Stunden wöchentliche Arbeitszeit, flexiblere Regelungen für Nacht-, Sonn- und Feiertagsdienste) sowie Ausbildungs- und Qualitätsstandards (vgl. BAGS 2006).¹

Wird das GuKG einerseits als gelungen bezeichnet (vgl. Nöstlinger 2003), wird andererseits in ExpertInnen- und MitarbeiterInnenbefragungen die Kritik laut, das GuKG würde die Spaltung zwischen einzelnen Berufsgruppen in der Pflege und die „Unzulänglichkeiten der medizinisch-technisch orientierten Ausbildungen verstärken“ (Wappelshammer 2004: 25). Weiters kann dem GuKG vorgeworfen werden, dass es ein Maturaniveau in der Ausbildung sowie Sonderausbildung zur Altenpflege verhindere (ebd.). Zu den neuen Anforderungen an das GuKG siehe auch den Pflegebericht 2006, in dem u.a. neue Kompetenzregelungen und eine Sonderausbildung für den Langzeitpflegebereich (Geriatric) gefordert werden (vgl. Winkler 2006).

2.4. PFLEGEFORMEN

Stationäre Pflege in PensionistInnen- und Pflegeheimen

In den letzten Jahren ist es im Pflegebereich zu vielen Veränderungen gekommen. Von der „Warm-satt-sauber-Pflege“ kann eine Entwicklung hin zur ganzheitlichen Pflege beobachtet werden, die entsprechend qualifiziertes Personal (multiprofessionelle Teams, psychologisch geschultes Personal) und ausreichende Ressourcen verlangt. Die Langzeitpflege betrifft Menschen, die Pflege und medizinische Betreuung in einem Ausmaß benötigen, das die Möglichkeiten der Angehörigen oder von mobilen Diensten übersteigt. Neben der Langzeitpflege werden in Heimen aber noch andere Pflegeformen angeboten, die hier der Übersicht halber kurz zusammengefasst werden sollen:

- Kurzzeitpflege: Zeitlich beschränkte Aufnahme von pflegebedürftigen Menschen zur Entlastung von Angehörigen.
- Tagespflege: Teilstationäres Angebot für Menschen, die ihr Zuhause nicht ganz verlassen möchten.
- Betreuungsstationen: Für Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, in deren Fällen eine stationäre Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt aber nicht notwendig ist.
- Rehabilitative Übergangspflege: Für Menschen, die rehabilitative Maßnahmen benötigen, die zu Hause nicht gewährleistet werden können. Ziel ist aber die Rückkehr in den eigenen Wohnbereich.
- Wohnen im Heim: Wohnen für Menschen, die weitgehend selbständig sind, aber aus diversen Gründen nicht mehr im eigenen Zuhause bleiben können. Durch den Ausbau der mobilen Pflege und den Bedarf an Pflegebetten werden Wohnteile in Heimen immer mehr in Pflegeabteilungen umgewandelt.
- Pflege von Schwerkranken: Für Menschen, die auf Grund einer speziellen Erkrankung besonderer Pflege und Behandlung bedürfen. Die Betreuung erfolgt in einem multiprofessionellen Team unter Einbezug der Angehörigen.
- Hospiz: Betreuung und Lebensbegleitung von schwerstkranken Menschen bis zum Tod. Die Betreuung der PatientInnen und deren Angehörigen erfolgt durch interdisziplinäre Teams.

¹ Siehe dazu <http://www.bags-kv.at/>.

Mobile (ambulante) Pflege, Hauskrankenpflege

Österreichweit arbeiten 3,5% des gehobenen Gesundheits- und Pflegepersonals sowie 8,5% aller Alten- bzw. PflegehelferInnen im mobilen Dienst (vgl. Krajic 2005, S. 17). Der Ausbau des ambulanten Pflegesektors hat in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung genommen und es wird allgemein angenommen, dass sich dieser Trend fortsetzen wird, da in der mobilen Pflege große Potenziale zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen vermutet werden. In Niederösterreich sind 5 AnbieterInnen am Markt: Hilfswerk, Volkshilfe, Caritas Wien, Caritas St. Pölten, Rotes Kreuz.

Die mobile Pflege stellt besondere Anforderungen an das Pflegepersonal: Zusätzlich zur medizinischen, sozialen und psychologischen Betreuung werden eine hohe Eigenverantwortung, außergewöhnliche Organisationsfähigkeiten, Flexibilität und Stressresistenz erwartet. Nach Krajic (2005) und Amann (2003) ist österreichweit im Moment zwar kein akuter Personalmangel festzustellen, Probleme zeigen sich aber in der Besetzung der Stellen mit adäquat qualifiziertem Personal. Für die mobile Pflege wird keine spezifische Ausbildung angeboten und die Grundausbildung zum diplomierten Pflegedienst orientiert sich am technisierten Spitalsbetrieb und nicht an den spezifischen Anforderungen des ambulanten Sektors.

Verstärkt wird das Personalproblem durch die hohe Fluktuationsrate, bedingt durch die im Vergleich zur stationären Pflege nochmals schwierigeren Arbeitsbedingungen, wie erhöhte Selbständigkeit und Entscheidungsdruck, Wegzeiten und daraus resultierender Zeitdruck, Informationsdefizite, erschwerte Planbarkeit der Dienste, dadurch erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, etc. (siehe dazu Kapitel 2.7).

Die Engpässe an Betreuungsmöglichkeiten und die demografischen Entwicklungen zeigen einen weiteren Bedarf an der Fortsetzung des Ausbaus, wobei die empfohlene Steigerung der Pflegekapazitäten in diesem Sektor je nach AutorIn zwischen 100% und 400% liegt.

Um aber den Rekrutierungsproblemen in diesem Bereich entgegenwirken zu können (abnehmende Zahl an BewerberInnen und hohe Dropout-Rate in der Ausbildung), wird ein entscheidender Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Reformen die Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen sein müssen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die mobile psychosoziale Betreuung. Über 50% der Pflegebedürftigen leiden zumindest an einer psychischen Erkrankung. Bei psychiatrischen Diagnosen sind pflegende Angehörige im Regelfall überfordert. Die Weiterbildung der MitarbeiterInnen der mobilen Pflege in psychosozialen Belangen wird zukünftig eine wesentliche Rolle spielen.

2.5. BERUFSBILD, AUSBILDUNG UND TÄTIGKEITSBEREICHE

In PensionistInnen- und Pflegeheimen werden im Bereich des Pflegedienstes vorwiegend Fachpersonal aus dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP: Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal), PflegehelferInnen und AltenfachbetreuerInnen beschäftigt. Mobil arbeiten vor allem DGKP, PflegehelferInnen und die Heimhilfen. Tätigkeitsbereich und Ausbildung werden über das GuKG 1997 und die Ausbildungsverordnung 1997 geregelt, sowie über Landesgesetze (Heimhilfe) und den BAGS-Kollektivvertrag der mit 1. Mai 2006 in die Satzung übernommen worden ist.

Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP)

Der gehobene Dienst für die Gesundheits- und Krankenpflege wird über das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG 1997 geregelt und umfasst demnach folgende Aufgabenbereiche:

- Die Pflege und Betreuung von Menschen aller Alterstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen;
- Die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender;
- Die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

Dem diplomierten Personal obliegt auch die Führung der Pflege, das so genannte Hilfspersonal (Pflege- und AltenhelferInnen) ist den diplomierten Kräften untergeordnet.

Im Jahr 2004 arbeiteten in Österreich 7.123 DGKS/P in Alten- und Pflegeheimen, 39.671 in Krankenhäusern und 1.734 in der ambulanten Pflege² (ebd. S. 17). Die Ausbildung zum DGKP dauert drei Jahre und wird an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege absolviert, der Umfang beträgt 4.600 Stunden, inklusive 2.480 Stunden Praktikum. Die berufliche Erstausbildung ist in den Sparten Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege möglich. In Österreich gibt es 62 Schulen für die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, acht für die Kinder- und Jugendpflege sowie 12 für den psychiatrischen Gesundheitsdienst (vgl. Karjic 2005: 21f).

Die Aufgaben des diplomierten Pflegepersonals sind im Wesentlichen drei Aufgabenbereichen zuzuordnen: dem eigenverantwortlichen, dem mitverantwortlichen und dem interdisziplinären Aufgabenbereich.

Der eigenverantwortliche Aufgabenbereich umfasst die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, sowie die Planung, die Durchführung und die Evaluierung der Pflege. Die Organisation und Dokumentation der Pflege sowie die psychosoziale Betreuung der KlientInnen gehören ebenso zu den Aufgaben des gehobenen Pflegepersonals wie die Anleitung und Kontrolle des Hilfspersonals und die Anleitung und Begleitung der Auszubildenden. Die aktive Mitwirkung an der Pflegeforschung ist erwünscht, ebenso die selbständige Forschung nach Erwerb entsprechender Zusatzqualifikationen.

Im mitverantwortlichen Aufgabenbereich führt das gehobene Pflegepersonal anhand der ärztlichen Verordnungen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durch und übernimmt dafür die Verantwortung (Informationsvermittlung, Sicherheitsmaßnahmen, fachgerechte Behandlung). Das betrifft z.B. Arzneimittel, Injektionen und Infusionen, Katheder oder Magensonden.

Der interdisziplinäre Aufgabenbereich umfasst alle Tätigkeiten, die in enger Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal aus anderen Disziplinen geplant und/ oder ausgeführt werden, wie z.B. die Vermeidung von Krankheiten und Unfällen oder die Gesundheitsberatung.

Die Aufgabenbereiche in der ambulanten Pflege unterscheiden sich von der stationären Pflege grundsätzlich durch den Ort der Pflege (Wohnung der KlientInnen) und die dadurch entstehenden zusätzlichen Tätigkeiten, etwa

- die Überleitung vom Krankenhaus nach Hause z.B. nach einem Spitals- oder Heimaufenthalt,
- die Organisation der erforderlichen Pflegebehelfsartikeln,
- die Überwindung von Distanzen,
- die Unterstützung um die Selbstständigkeit der KlientInnen in deren Eigenheim zu erhalten bzw. wieder zu erlangen
- die Beratung und Unterstützung bei Pflegegeldansuchen sowie
- die Beratung der und Kooperation mit den Angehörigen.

² In Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemessen.

PflegehelferIn nach GuKG

Die dazu notwendige einjährige Ausbildung im Rahmen von Pflegehilflehrgängen kann an Krankenpflegeschulen, in Weiterbildungseinrichtungen oder in Krankenhäusern absolviert werden. Der Umfang beträgt 1.800 Stunden, davon sind 800 Stunden dem Praktikum zu widmen.

Die PflegehelferInnen unterstützen die Krankenschwestern bzw. die Krankenpfleger und die ÄrztInnen in der Ausführung der Pflegemaßnahmen. Im Jahr 2004 wurden Österreich weit 1.665 Pflege- und AltenhelferInnen im mobilen Sektor, 9.840 in Alten- und Pflegeheimen und 7.886 in Krankenhäusern verzeichnet³ (vgl. Krajic 2005: 17). Eine Statistik, die zwischen Alten- und PflegehelferInnen unterscheidet, steht zum jetzigen Zeitpunkt nicht zur Verfügung.

Altenfachkraft nach GuKG und NÖ Landesgesetz

Diese Ergänzungsausbildung in einer Fachschule für Altenhilfe bzw. Pflegedienste nimmt 250 Stunden in Anspruch und ist speziell für PflegehelferInnen bestimmt. Wie auch bei der Heimhilfe (siehe unten) ist die Ausbildung und Berufsausübung über das NÖ Landesgesetz geregelt, wodurch sich das Land Niederösterreich bemüht, einheitliche Berufsbilder und Anreize für die berufliche Ausübung zu schaffen. In einigen Bereichen sind jedoch Kompetenzüberschneidungen mit dem Bundesgesetz GuKG möglich.

Der Tätigkeitsbereich umfasst unter anderem die Erhaltung und Förderung der physischen, geistigen und sozialen Selbständigkeit der KlientInnen, die Unterstützung in Krisensituationen, die Beratung der Angehörigen, Hilfe in der Haushaltsführung und Sterbehilfe. Im Unterschied zur Heimhilfe können die Dienste in ambulanter, stationärer und teilstationärer Form erbracht werden.

HeimhelferIn nach NÖ Landesgesetz

HeimhelferInnen arbeiten im extramuralen Bereich, und nicht, wie der Name glauben lassen könnte, in PensionistInnen- und Pflegeheimen: HeimhelferInnen unterstützen Haushalte von pflege- bzw. hilfsbedürftigen Menschen. Die Kurzeitzausbildung in Form von Lehrgängen wird in Niederösterreich über das Landesgesetz geregelt, das Berufsausübungsrecht beschränkt sich auf das jeweilige Bundesland, in dem die Ausbildung absolviert wurde.

Zu den Tätigkeitsbereichen der HeimhelferInnen (Frauenanteil nahezu 100%) gehören die Übernahme von Besorgungen, Post- und Behördenwege, die Begleitung zum Arzt, Einkaufen, die Unterstützung bei der Körperpflege, Hilfe bei der Haushaltsführung sowie die Förderung der Eigenaktivitäten.

Berufe wie die Altenfachkraft und die Heimhilfe, bis dato den Sozialberufen zugeordnet und über Landesgesetze geregelt, werden zukünftig über eine Vereinbarung zwischen Bund und Länder gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe einheitlich geregelt sein und erhalten durch diese Regelung auch Pflegekompetenzen im geringen Ausmaß.

Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeiten

Nach Absolvierung der Grundausbildung ist es möglich, durch eine Sonderausbildung (SAB) den Tätigkeitsbereich im Sinne von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben zu erweitern.

Sonderausbildungen gibt es für:

³ In Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemessen.

- Lehraufgaben: Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Leitung von Sonderausbildungen, Leitung von Pflegehilfelehrgängen
- Führungsaufgaben: Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt oder an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen
- Spezialaufgaben: Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege oder Krankenhaushygiene

2.6. ARBEITSBEDINGUNGEN

Die als negativ wahrgenommenen Aspekte wie der Mangel an einheitlicher Kompetenzregelung und qualitativ ungenügende Ausbildungsmöglichkeiten stehen in einem Spannungsverhältnis zu den Chancen, die die Pflege als expansiver Arbeitsmarkt zu bieten hat (Jobsicherheit, viele positive Veränderungen am Ausbildungssektor). Veränderungsbedarf wird in der Literatur auch in Bezug auf die physischen wie psychischen Arbeitsbelastungen festgestellt, die hier in aller Kürze angeführt werden sollen:

Physische Belastung

Körperliche Belastungen entstehen durch Tätigkeiten wie Heben und Tragen von PatientInnen und können durch spezielle Techniken und technischer Unterstützung gemindert werden.

Zeitliche Belastung, ungenügende Personalschlüssel

Die zeitliche Belastung ergibt sich daraus, dass bereits im alltäglichen Dienst eine Betreuung rund um die Uhr und Wochenenddiensten erforderlich sind. Bei knappen personellen Reserven führt jeder Ausfall (Krankheit, Kündigung) zu einer zusätzlichen Belastung. In Alten- und Pflegeheimen wird oft in 12 Stunden-Diensten gearbeitet. Rechtzeitige Planung und Bekanntgabe können auch in Notfällen Personalknappheit und zusätzliche Belastung der Betroffenen verhindern. Probleme zeitlicher bzw. organisationaler Art treten im mobilen Sektor verstärkt auf, da die Pflegenden weniger in das Informationssystem eingebunden und bei der Planung zusätzlich die Distanzen mit einzubeziehen sind.

Psychische Belastung

Psychische Belastungen treten vor allem durch den Umgang mit Krankheit, Verfall, Demenz, Tod, Aggression und Hilflosigkeit auf, gekoppelt mit einem permanenten Mangel an Zeit, die dazu nötig wäre, sich ausreichend mit den PatientInnen auseinandersetzen zu können.

Imageproblem

Die bestehende Benachteiligung der Altenpflegearbeit im Vergleich zu der in Krankenanstalten geleisteten Pflege trägt nicht unbedingt zur Attraktivität der Pflegedienste bei. Durch die Arbeitszeiten, die hohen physischen und psychischen Belastungen, eine familienfeindliche Dienstplangestaltung und die nicht unbedingt attraktiven Gehälter ergibt sich eine relativ kurze Verweildauer im Beruf. Um den Belastungsfaktoren entgegenwirken zu können, müssen besondere Maßnahmen zur Bewältigung oder zur Bewältigung der Konsequenzen gesetzt werden.

2.7. BERUFSVERBÄNDE

„In Österreich sind im Gesundheitswesen laut Sozialbericht 2003 ca. 75.000 Pflegende intra- und extramural, in Akut- und Langzeitbereichen tätig. Davon sind in den drei Berufsverbänden (BKKÖ, OEGKV und BoeGK) etwa 15 %, also ca. 10.000 bis 12.000 Pflegende organisiert. Viel zu wenige, um in den maßgeblichen Gremien entsprechend der Größe der Berufsgruppe gewichtig auftreten zu können.“⁴

Laut BoeGK, dem Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, wären an die 40.000 Mitglieder bzw. eine 50% bis 60% Organisation notwendig, um den in diesem Kapitel angeführten Problemen entgegenzuwirken und Entwicklungen in Gesundheitsreform und Sozialpolitik nachhaltig beeinflussen zu können. Der geringe Organisationsgrad der Berufsgruppe trägt dazu bei, dass den Forderungen der Verbände kaum Gewicht zugesprochen wird, obwohl die Forderungen durchaus den allgemeinen Wünschen entsprechen würden. Neben dem BoeGK stehen als Berufsverbände noch der Berufsverband für Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ) und der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (OEGKV) zur Verfügung. An dieser Stelle zu erwähnen ist auch noch die Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe, die mit dem BAGS Kollektivvertrag, der im Mai 2006 zur Satzung erklärt wurde, einen Meilenstein im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste geschafft haben. Welche Faktoren dazu führen, dass der Organisationsgrad unter den ArbeitnehmerInnen so niedrig bleibt, sollte übrigens ebenso Gegenstand der zu führenden Interviews sein.

2.8. SEGREGATION UND GENDER MAINSTREAMING IN PFLEGEBERUFEN

Die Trennung des Arbeitsmarktes in Frauenberufe und Männerberufe (horizontale **Segregation**) erweist sich als standhaftes Problem, das sämtlichen Modernisierungsprozessen zu trotzen scheint. Eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung ist nicht automatisch als negativ zu werten, sondern die damit verbundenen Nachteile und Benachteiligungen, die vor allem Frauen hinsichtlich Einkommen, Berufsprestige und Aufstiegschancen betreffen (vgl. Leitner 2001: 14). Einkommens- und Statusunterschiede von Frauen und Männern lassen sich jedenfalls nicht (mehr) durch unterschiedliche Ausbildungsniveaus erklären, sondern sind im Zusammenhang mit der beruflichen Segregation und den damit einhergehenden Geschlechtertypisierungen und deren historischen Entwicklung zu betrachten.

Berufe können zwar, wie sich herausgestellt hat, ihre geschlechtliche Typisierung, also von Frauenberuf zu Männerberuf und umgekehrt wechseln (so geschehen im Fall der SekretärInnen oder BuchhalterInnen), Verschiebungen dieser Art absichtlich herbeizuführen bzw. das mit der Typisierung einhergehende Berufsprestige zu verändern, scheint zumindest aus der Position der Minderheit oder der benachteiligten Gruppe kaum möglich. Dies gilt es zu bedenken, wenn erneut die Forderung nach Imagesteigerung der Pflegeberufe gestellt wird.

Ob sich durch einen Zuwachs an Männern in Pflegeberufen die Nachteile der beruflichen Segregation tatsächlich reduzieren lassen oder ob sich dadurch nur neue Nischen öffnen und die Segregation innerhalb der Pflege im Sinne von besser oder schlechter bewerteten Tätigkeitsbereichen oder hierarchischen Ebenen verstärkt wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt, soll aber in den Fokusgruppen diskutiert werden.

⁴ Quelle: <http://www.boegk.at/>, Dezember 2005

Eine verstärkte Integration von Frauen und Männern auf allen Ebenen kann aber auf alle Fälle angestrebt werden, sofern das Ziel, die benachteiligten Personen zu fördern nicht aus den Augen gelassen wird. In den Worten von Leitner: *„Als wirksamstes Mittel zum Abbau der Segregation hat sich eine Frauenbewegung erwiesen, die eine Gleichheit der Geschlechter fördert, indem eine Gleichverteilung von bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter Familien- und Hausarbeit angestrebt wird. Damit werden nicht nur die gesellschaftlichen Vorstellung von typisch weiblichen Rollenverhalten in Frage gestellt (sowohl das Verhalten der Frauen als auch ihrer Interaktionspartner), sondern zugleich die Erwerbsbeteiligungen der Frauen gefördert.“* (Leitner 2001: 15)

Gender Mainstreaming ist aus der Pflege nicht mehr wegzudenken. In einem Bereich, in dem der Frauenanteil sowohl bei Pflegenden als auch bei Gepflegten bei weitem überwiegt, in dem mehr als 90% der Pflegeleistungen von Frauen übernommen werden, kann die Gender Perspektive nicht unberücksichtigt bleiben. Geschlechtsspezifische Fragen sind im Zusammenhang von Beschäftigung, Aus- und Weiterbildung, familiärer Pflege, Vereinbarkeit und Segregation des Arbeitsmarktes relevant, Benachteiligungen und deren Wahrnehmung müssen festgestellt und ggf. zu Gunsten der Gleichstellung verändert werden.

Während die Betreuten und die HeimbewohnerInnen zunehmende gesetzliche Absicherung erfahren (z.B. durch Heimverordnungen), tragen die Pflegenden die Verantwortung für die Qualität ihrer Arbeit, für die Aus- und Weiterbildung, die Psychohygiene etc. weitgehend selbst. Unsere Aufgabe ist es festzustellen, inwieweit sich die Rahmenbedingungen und Strukturen auf die individuellen Handlungsmöglichkeiten von Frauen und Männern in der Pflege auswirken, inwieweit sich die Beteiligten des Themas bewusst sind, ob Benachteiligungen wahrgenommen werden und wie individuell und institutionell mit diesen umgegangen wird.

Mit dem Pilotprojekt des Sozialhilfeverband Liezen wurde in Kooperation mit allen im Pflegebereich tätigen Organisationen der Versuch unternommen, ein entsprechendes Versorgungsmodell zu entwickeln:

„In einer Region soll die Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen so organisiert sein, dass Frauen und Männer durch individuelle, gleichstellungs- und bedürfnisorientierte Gestaltungsmöglichkeiten ihre Leistungs- und Austauschbeziehungen weitgehend selbstbestimmt und aktiv aushandeln können, ohne dabei auf strukturelle Hindernisse zu stoßen. Dies kann durch die Schaffung von Kommunikationsräumen, in die alle Anspruchsgruppen eingebunden werden, erreicht werden.“ (Kabas 2005a, S. 48). Zum Projekt Liezen – bedarfsgerecht und gleichgestellt siehe nächstes Kapitel.

Die NÖ Landesregierung hat auf Basis des Gleichbehandlungsgesetzes 1997 ein sechsjähriges Frauenförderprogramm (27. Juni 2000 – 27. Juni 2006) für den NÖ Landesdienst beschlossen. Das Frauenförderprogramm hat zum Ziel, den Anteil von Frauen in Dienstzweigen, in denen Frauen unterrepräsentiert sind und den Anteil von Frauen in höheren Funktionen deutlich zu erhöhen und an die 40%-Marke heranzuführen. Die Entwicklung des Frauenanteils wird im Zweijahres-Rhythmus erhoben (siehe dazu Statistikteil). Den Erhebungen im Rahmen des Frauenförderprogramms zu Folge, hat sich der Männeranteil in der Pflege, in diesem Fall in den Landesaltenheimen, in den letzten Jahren nicht signifikant steigern lassen. Auffällig aber nicht unerwartet ist die Tatsache, dass der Männeranteil in der leitenden Verwaltungsebene am höchsten, bei den niedrigen operativen Positionen (z.B. Fürsorgehilfsdienst) gegen Null geht. Das würde auch die These bestätigen, die im Rahmen des Liezen-Projekts aufgestellt und bestätigt worden ist: **Pflege ist weiblich, die operative Führung ist weiblich, aber die strategische Führung ist männlich besetzt.** Geschlechtsspezifische Fragen sind im

Zusammenhang von Position und Karrierelaufbahn, Aus- und Weiterbildung, familiärer Pflege, Vereinbarkeit und Segregation des Arbeitsmarktes relevant, Benachteiligungen und deren Wahrnehmung müssen festgestellt und ggf. zu Gunsten der Gleichstellung verändert werden.

Bei der Betrachtung der Nachteile, die sich für MitarbeiterInnen im Pflegebereich ergeben können, darf die mangelnde Sensibilisierung der Gesellschaft für den Sozial- und Pflegebereich – vor allem wenn es um die Pflege alter, auf Fremdhilfe angewiesene Menschen geht – nicht vergessen werden. Inwieweit hängt das Image dieses sozialen Ausschnitts unserer Gesellschaft mit dem Image der Berufsbilder in der Pflege und der geringen Wertschätzung zusammen, die der „typischen“ Frauenarbeit entgegengebracht wird? Wie kann zu einer Sensibilisierung auf allen Ebenen beigetragen werden?

2.9. GOOD PRACTICE: PROJEKT LIEZEN – BEDARFSGERECHT UND GLEICHGESTELLT

„Ziel ist es, durch regionale, interdisziplinäre und trägerInnenübergreifende Sozialplanung ein Arbeits- und Bildungsangebot zu schaffen, das Besonderheiten in topografischen, infrastrukturellen und soziodemographischen Kontexten berücksichtigt, um der unterschiedlichen Betroffenheit von Frauen und Männern als Pflegenden und an diesen Beruf Interessierte weitgehend zu entsprechen und das Image pflegender Berufe nachhaltig verbessern.“ (Kabas 2005a: 58)

Für das Projekt *Liezen - bedarfsgerecht und gleichgestellt* wurde Gender Mainstreaming strategisch in der Altersbetreuung verwendet, um Modelle bedarfsorientierter, geschlechtsspezifischer Leistungsangebote zu schaffen. Aufgezeigt wurde, dass die Versorgungssicherheit und die möglichst lang zu erhaltende Selbstständigkeit von älteren Menschen nicht durch die Errichtung von neuen Einrichtungen zu schaffen ist, sondern durch Synergieeffekte unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Infrastruktur.

Ziele des Projekts (vgl. Kabas 2005b: 77):

- Erstellung einer Versorgungslandkarte und Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Betroffenheit von Männern und Frauen als Pflegenden und Gepflegte
- Entwicklung von Versorgungsmodellen, die einem regionalen und geschlechtergerechten Bedarf gerecht werden und nachhaltig organisier- und finanzierbar sind
- Darstellung bereichsübergreifender Möglichkeiten der Kooperation (weniger Überbelastung, Kosteneinsparungen)
- Entwicklung von Evaluierungsmodellen: neue Bewertung der Arbeit und daraus resultierende Arbeitsmodelle

In der regionalen Planung wurde der Schwerpunkt auf vier Arten der Betreuung gelegt, die nach Ansicht der ProjektteilnehmerInnen in jeder Region vorhanden sein müssten:

- Betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften, Schwerpunkt Demenzerkrankte
- Tagesbetreuung
- Übergangspflege Akutbereich – extramurale Pflege
- Stationäres Hospiz mit Palliativbetreuung

Die Versorgung in diesen Modulen sollte durch ein multiprofessionales Team (hauptberuflich und ehrenamtlich erbrachte Leistungen) gewährleistet werden, das übergeordnet jedem Modul zur Verfügung stehen sollte. Ein modulares Betreuungssystem dieser Form erfordert, nicht zuletzt in Hinblick auf Zuteilung und Leistungsabrechnung, eine starke Vernetzungsleistung. Ein übergeordnetes Schnittstellenmanagement, Sozialservicestellen in den Bezirken, Aus- und Weiterbildungsplattformen,

Controlling- und Clearingstellen sowie eine Ethikkommission wären notwendige Teile des ganzheitlich gedachten Versorgungsmodells.

Auf die einzelnen Modellaspkte soll hier nicht weiter eingegangen werden, es wird aber deutlich, dass ein solches Modell nur mit größter Kooperationsgemeinschaft aller Beteiligten und im Rahmen einer vernetzten regionalen Sozialplanung zu bewerkstelligen ist.

Insgesamt wird in den qualitativen Interviews mit den GeschäftsführerInnen und den MitarbeiterInnen der am Projekt beteiligten Organisationen der starke Wunsch nach mehr Koordination und Kooperation deutlich. Die größten Potenziale werden an den Schnittstellen zwischen dem Pflege- und Gesundheitsbereich und in bundesländerübergreifenden Kooperationen gesehen.

Im Hinblick auf Gender Mainstreaming lässt sich anhand der in diesem Projekt geführten Interviews folgendes feststellen:

- Der Inhalt bzw. die eigentliche Bedeutung wird als unklar beschrieben
- Benachteiligungen für Frauen und Männer werden erkannt, der Erkenntnis folgen kaum Maßnahmen
- Es gibt nur in wenigen Organisationen Personen, die für Gleichstellung zuständig sind

Die Problematik wird im schlechten Image der Sozial- und Pflegeberufe und in der Sozialisation gesehen, da von Frauen unbezahlte Leistungen in den Bereichen der Kinder-, Alten- und Krankenversorgung erwartet werden (Kabas 2005a, S. 55). Oft wird verkannt, dass informelle Betreuungsleistungen und institutionalisierte Leistungen in ihrer Intensität und Professionalität nicht miteinander vergleichbar sind.

„Gender Mainstreaming erfordert eine möglichst früh angelegte Veränderung der gesamtgesellschaftlichen Werthaltung gegenüber emotional stabilisierenden, sozial integrierenden und auch pflegerisch erforderlichen Zuwendungen, die bisher beinahe ausschließlich und kostenlos (...) von Frauen erbracht wurden und bis auf sehr wenige Ausnahmen durchaus von Männern erbracht werden können.“ (ebd.: 56)

Die Gespräche, die mit den MitarbeiterInnen in der Pflege geführt wurden, ergaben folgende subjektiv wahrgenommene Unterschiede zwischen Frauen und Männern (ebd.: 43):

Frauen in der Pflege:

- ausgeprägtes Helfersyndrom
- können schlechter Grenzen ziehen
- schneller im Burn-Out
- kürzere Verweildauer
- beziehen Misserfolge auf sich
- halten Erfolge für nicht erwähnenswert, da selbstverständlich
- übernehmen weniger oft Führungsverantwortung

Männer in der Pflege:

- ziehen schneller persönliche Grenzen
- längere Verweildauer
- gönnen sich Erfolge, suchen Ursachen von Misserfolgen nicht bei sich selbst
- streben in operative oder strategische Führungspositionen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Modell Liezen in Anbetracht der fehlenden Betreuungs- und Kooperationsangebote einen Aktionsbogen von Sozialservicestellen, Aus- und Weiterbildungspattformen, Controlling- und Clearingstelle sowie Case- und Caremanagement zu

spannen sucht, der sich am regionalen Bedarf orientiert und Gender Mainstreaming als Querschnittsmaterie ganzheitlich zu integrieren sucht.

Angesichts der Problematik des dreifachen Alterns in ländlichen Regionen wird darauf hingewiesen, dass mit der Regionalisierung des Betreuungsangebots auch eine Regionalisierung der Aus- und Weiterbildung verbunden ist. „Bei den bereits im Pflegedienst Beschäftigten macht sich zunehmend das Gefühl breit, neben der regionalen Verankerung auch eine berufsgruppenbezogene Verankerung ohne Aussicht auf strukturierte Laufbahn- und Karrieremöglichkeiten zu haben.“ (ebd.)

Bemühungen in diesem Bereich würden zur Verbesserung der Attraktivität der Sozial- und Pflegeberufe beitragen, da die Pflegenden wesentliche ImageträgerInnen sind.

3. Einsatzbereich, Forschungsfragen und Methoden

Im Rahmen des Projekts „Chancengleichheit im Pflegebereich“ untersuchten wir Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern in Pflegeheimen und in der mobilen Pflege. Außerdem wurde auch der Ausbildungsbereich miteinbezogen, da sich hier zukünftige Beschäftigungsentwicklungen vorzeitig abzeichnen. Bevor nun die Ergebnisse unserer Analysen dargestellt werden, wollen wir kurz die Ausgangslage in diesen drei unterschiedlichen Bereichen der Pflege beschreiben.

3.1. NÖ LANDESPENSIONISTINNEN- UND PFLEGEHEIME (LPPH) UND PRIVATE PFLEGEHEIME

Das Altersversorgungssystem in Niederösterreich basiert auf der Koordination informeller Betreuungsleistungen, stationärer und ambulanter Altenhilfe, Krankenanstalten und praktischen ÄrztInnen. Die Versorgung von älter werdenden Menschen wird hauptsächlich über die Familie oder über Einrichtungen der Altenhilfe erbracht. Die Mehrheit der zu versorgenden älteren Menschen in Niederösterreich wird zu Hause betreut (80-90%), ein kleiner Anteil befindet sich in Institutionen (vgl. Amann 1998, S. 10ff).

In den letzten Jahren ist es im Pflegebereich zu vielen Veränderungen gekommen. Von der „Warm-satt-sauber-Pflege“ kann eine Entwicklung hin zur ganzheitlichen Pflege beobachtet werden, die entsprechend qualifiziertes Personal (multiprofessionelle Teams, psychologisch geschultes Personal) und ausreichende Ressourcen verlangt. Die Langzeitpflege betrifft Menschen, die Pflege und medizinische Betreuung in einem Ausmaß benötigen, das die Möglichkeiten der Angehörigen oder von mobilen Diensten übersteigt.

Insgesamt gibt es in Niederösterreich 98 Pflegeheime, davon werden 48 vom Land Niederösterreich geführt (Stand Sept. 2006), die insgesamt ungefähr 70% der Pflegebetten beherbergen. Insgesamt arbeiteten in den Heimen des Landes Niederösterreich 2005 2.633 Personen⁵ als diplomiertes Krankenpflegepersonal oder PflegehelferInnen. Gegenüber 2.206 Beschäftigten 1999 haben die LPPH im Bereich des Pflegepersonals einen Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen. Erwartungsgemäß ist der Frauenanteil im Pflegepersonal sehr hoch, 2005 lag er bei 92,2%. Damit hat er sich gegenüber 1999 (91,5% Frauenanteil) noch erhöht.

Was allerdings den Bereich der Heimleitungen und damit Führungspositionen im Verwaltungsbereich betrifft, ergibt sich ein anderes Bild. Hier herrscht ein Männeranteil von 94%, dies hat sich seit 1999 nicht verändert (vgl. Frauenförderprogramm NÖ Landesdienst, 27. Juni 2000 – 27. Juni 2006, Quelle: NÖ Gleichbehandlungsbeauftragte Dr. Christine Rosenbach).

In LPPH wie auch in privaten Heimen führten wir Fokusgruppen und Führungskräfteinterviews durch, in denen wir folgende Themen auf persönlicher und institutioneller Ebene diskutierten:

- Motivation, einen Pflegeberuf zu ergreifen
- Berufslaufbahn / Karrierewege in der Pflege
- Arbeitsbelastungen und Lösungsansätze in der Pflege

⁵ Zahlen zu den Beschäftigten in privaten Pflegeheimen standen für die Studie nicht zur Verfügung.

Weiteres Ziel der Fokusgruppen und Führungskräfteinterviews war, in allen Themen geschlechtsspezifische Unterschiede zu identifizieren und zu überprüfen, zu wessen Vorteil sie funktionieren und mit den InterviewpartnerInnen Lösungsansätze für Chancengleichheit zu diskutieren.

3.2. MOBILE PFLEGE

In Niederösterreich besteht ein flächendeckend ausgebautes System der mobilen Dienste. 2005 arbeiteten in Niederösterreich beispielsweise 2.633 Personen als Pflegepersonal in niederösterreichischen Landesheimen und über 3.000 Personen in der mobilen Pflege. Der Ausbau des ambulanten Pflegesektors hat österreichweit in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung genommen und es wird allgemein angenommen, dass sich dieser Trend fortsetzen wird, da in der mobilen Pflege große Potenziale zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen vermutet werden. Schätzungen zu einer empfohlenen Steigerung der Pflegekapazitäten in diesem Sektor reichen von 100% bis 400%. In Niederösterreich zeichnen sich Nachfragedifferenzen nach Trägern, Regionen und Saison ab, stellenweise sind Träger der mobilen Pflege sogar schon unterausgelastet.

Die mobile Pflege stellt besondere Anforderungen an das Pflegepersonal: Zusätzlich zur medizinischen, sozialen und psychologischen Betreuung werden eine hohe Eigenverantwortung, außergewöhnliche Organisationsfähigkeiten, Flexibilität und Stressresistenz erwartet. Nach Krajic (2005) und Amann (2003) ist im Moment zwar kein akuter Personalmangel festzustellen, Probleme zeigen sich aber in der Besetzung der Stellen mit adäquat qualifiziertem Personal. Für die mobile Pflege wird keine spezifische Ausbildung angeboten und die Grundausbildung zum diplomierten Pflegedienst orientiert sich am technisierten Spitalsbetrieb und nicht an den spezifischen Anforderungen des ambulanten Sektors. Verstärkt wird das Personalproblem durch die hohe Fluktuationsrate, bedingt durch die im Vergleich zur stationären Pflege schwierigeren Arbeitsbedingungen. Um der wachsenden Nachfrage nach Hauskrankenpflege mit einem adäquaten und qualitativ hochwertigen Angebot begegnen zu können, wird es in Zukunft zentral sein, sich mit Verbesserungen der Rahmen- und Arbeitsbedingungen auseinanderzusetzen. Die im Rahmen von gendernow durchgeführten Fokusgruppen und Interviews in der mobilen Pflege können hier Anregungen für Niederösterreich bieten.

Die größten AnbieterInnen mobiler Pflegedienste in Niederösterreich sind die Caritas, die NÖ Volkshilfe und das NÖ Hilfswerk. Insgesamt beschäftigen sie im Jahr 2005 3267 MitarbeiterInnen in der Hauskrankenpflege. Bei diesen drei Trägern der Hauskrankenpflege führten wir Fokusgruppen und Interviews durch.

Der Männeranteil in der mobilen Pflege ist mit 2,8% auffallend gering, im Gegensatz zur stationären Pflege war er aber im Zeitraum von 2003 bis 2005 leicht im Steigen begriffen. Statistische Analysen zeigen, dass Männer in der mobilen Pflege häufiger leitende Funktionen einnehmen – besonders deutlich sind die Unterschiede bei HeimhelferInnen und diplomiertem Pflegepersonal. Während der Anteil der Heimhelferinnen unter den Frauen über die Jahre bei ca. 60% liegt, üben nur 22-28% der Männer diese Tätigkeit aus. Demgegenüber gibt es unter den Frauen zwischen 2003 und 2005 nur 16-17% diplomierte Pflegekräfte, unter den Männern ist diese Gruppe mit 42-48% hingegen sehr stark vertreten⁶. Für die mobile Pflege kann man also sagen: Männer arbeiten in diesem Bereich der Altenpflege tendenziell im höher qualifizierten Bereich. Die niedrig qualifizierten Posten bekleiden hingegen in verstärktem Ausmaß Frauen.

⁶ Quelle: Personalstatistiken von Caritas Niederösterreich, Niederösterreichischem Hilfswerk und Volkshilfe Niederösterreich – eigene Berechnungen

3.3. AUSBILDUNG

Der Ausbildungsbereich ist für das Projekt „Chancengleichheit im Pflegebereich“ von großem Interesse, da sich hier Trends in der Beschäftigungsentwicklung abzeichnen. Die LehrerInnen aus den Krankenpflegeschulen stellen insofern eine gute Ergänzung zu den Fokusgruppen in Pflegeheimen und in der Hauskrankenpflege dar, als dass sie die Problemstellungen in der Pflege von mehreren Seiten aus betrachten können. Alle Lehrenden haben ein Diplom für die allgemeine gehobene Gesundheits- und Krankenpflege, weisen Pflegepraxis auf und kennen den Alltag und die Strukturen, in denen sich das Pflegepersonal bewegen muss. In Verbindung mit dem für die Ausbildung notwendigen theoretischen Fundament, das im Rahmen eines zweijährigen Universitätslehrgangs für Lehraufgaben erarbeitet wurde, und den Erfahrungen mit den SchülerInnen gewinnen die Lehrenden einen facettenreicheren Blick auf die Pflege und ihre Problembereiche als es anderem Personal in der Pflege möglich ist. In den Fokusgruppen mit LehrerInnen wurden daher neben anderen Fragestellungen auch Veränderungspotentiale bei SchülerInnen diskutiert. Auch in Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede stellt die Lehre einen besonderen Bereich in der Pflege dar, der durch den im Vergleich mit anderen Pflegebereichen hohen Männeranteil ins Auge sticht. Die Gründe für dieses Verhältnis sollten ebenfalls mit den LehrerInnen erörtert werden.

Um noch kurz die statistische Lage in Erinnerung zu rufen (siehe Kapitel 12): Nach einer internen Abfrage im Rahmen dieses Projekts (Februar 2006), liegt der durchschnittliche Männeranteil der Lehrenden nach Eigenangaben der Pflegeschulen in Niederösterreich bei etwa 26%, in absoluten Zahlen gesprochen: unter den insgesamt 143 angegebenen LehrerInnen sind 38 männlichen Geschlechts. Über den Verlauf der Frauen- und Männeranteile im Zeitraum 1995 bis 2005 lassen sich auf Grund der ungenügenden Datenlage keine allgemeinen Aussagen treffen. Die Zahlen geben Anlass zur Vermutung, dass bei jenen Schulen, die seit 1995 männliche Lehrende beschäftigen, ein leichter Anstieg des Männeranteils bis 2005 zu verzeichnen ist. Weiters fällt auf, dass Schulen, die 1995 keine männlichen Lehrenden beschäftigten, dies auch 2000 oder 2005 nicht tun, dies dürfte also in manchen Fällen aus welchen Gründen auch immer Tradition haben.

Der Männeranteil am Universitätslehrgang für Lehrberufung beläuft sich im Jahr 2005 auf 33,3% (siehe Statistikteil), im Vergleich zum Männeranteil von 17,5% unter den Auszubildenden für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege oder 10,4% Männeranteil unter den SchülerInnen für Pflegehilfe ein recht hoher Prozentsatz.

3.4. FORSCHUNGSFRAGEN UND METHODEN

Aus den Ausgangslagen und den allgemeinen Projektzielen ergeben sich für die drei Bereiche Pflegeheime, mobile Pflege und Pflegeausbildung folgende Forschungsfragen:

Zu Motivation, Berufslaufbahnen und der Zusammenarbeit von Frauen und Männern in der Pflege:

- Was war die Motivation einen Pflegeberuf zu ergreifen? (und in Folge einen Job in der mobilen Pflege, eine Führungsposition bzw. einen Lehrberuf zu ergreifen?)
- Gibt es Unterschiede in der Motivation von Frauen und Männern?
- Gibt es Unterschiede in der Arbeitssituation und in der Berufslaufbahn von Frauen und Männern?
- Wie funktioniert die Zusammenarbeit von Frauen und Männern?

- Was halten die InterviewpartnerInnen von den Bemühungen, mehr Männer für den Pflegeberuf zu interessieren? Ist die Steigerung des Männeranteils in der Pflege erwünscht?

Zu Vorteilen des Pflegeberufes, Problembereichen und Lösungsansätzen:

- Welche Vorteile und positive Seiten werden im Pflegeberuf gesehen?
- Welche Problembereiche werden in der Pflege und der Pflegeausbildung identifiziert?
- Werden diese von Frauen und Männern gleich wahrgenommen, zeigen die Probleme unterschiedliche Relevanz oder Auswirkung auf die Geschlechter?
- Spielen Gender-Aspekte oder Gender Mainstreaming eine Rolle in der Pflege und in der Pflegeausbildung?
- Welche Lösungsansätze gibt es für die identifizierten Problemstellungen, um die Pflegepraxis für die Beschäftigten zu optimieren?

Die allgemeinen Forschungsfragen werden für die jeweiligen Bereiche der mobilen Pflege und der Ausbildung noch spezifiziert. Im Ausbildungsbereich werden etwa Fragen zum Entwicklungspotenzial von Bedeutung sein, inwieweit die Lehrenden Veränderungen bei den SchülerInnen hinsichtlich Motivation, Geschlechterverhältnisse und horizontaler Segregation wahrnehmen. In der mobilen Pflege wird vor allem auf die im Vergleich zur stationären Pflege sehr unterschiedlichen Voraussetzungen Bedacht genommen.

Zum Sample der Fokusgruppen und Interviews siehe Kapitel „Das Sample“ 4.1.

4. Auswertung Fokusgruppen und Führungskräfteinterviews

4.1. DAS SAMPLE

Im Zeitraum von März bis Mai 2006 wurden für das Projekt „Chancengleichheit im Pflegebereich“ insgesamt elf Gruppendiskussionen, acht Führungskräfte-Interviews und zwei Einzelinterviews mit Männern in der mobilen Pflege durchgeführt⁷. Ein Überblick über die durchgeführten Fokusgruppen und Führungskräfte-Interviews ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 1: Übersicht Fokusgruppen und Interviews⁸

	Fokusgruppe	TeilnehmerInnen	Führungskräfteinterviews
Pflegeheime	Fokusgruppe D	6 Frauen	Stationsleiterin
	Fokusgruppe E	3 Männer ⁹	
	Fokusgruppe F	4 Männer	Pflegedienstleiterin
	Fokusgruppe G	4 Frauen	Pflegedienstleiterin
	Fokusgruppe H	6 Frauen	Stationsleiterin
Mobile Pflege	Fokusgruppe I	4 Frauen	Pflegedienstleiter
	Fokusgruppe A	5 Frauen	Pflegeleiterin
	Fokusgruppe B	6 Frauen	Stations- und Bezirksleiter
	Einzelinterviews C	2 Männer	Pflegedirektorin
Ausbildung¹⁰	Fokusgruppe K	3 Männer	
	Fokusgruppe L	6 Frauen, 1 Mann ¹¹	
	Fokusgruppe M ¹²	5 Frauen	

⁷ Aufgrund des extrem niedrigen Männeranteils und der dezentralen Organisationsstruktur in der Hauskrankenpflege war die Durchführung einer Fokusgruppe mit Männern nicht möglich. Wir entschlossen uns also dazu, bei einem Träger zwei Einzelinterviews mit Männern durchzuführen.

⁸ Generell wurde in den verschiedenen Institutionen angefragt, Gruppendiskussionen mit fünf bis sechs TeilnehmerInnen durchzuführen. Die Tabelle zeigt jedoch, dass in einigen Institutionen aufgrund spontaner terminlicher Schwierigkeiten weniger Personen teilnahmen.

⁹ Da an dieser Fokusgruppe aufgrund von Terminproblemen und Krankenständen nur zwei Männer teilnehmen konnten, wurde der Stationsleiter, der als Führungskraft interviewt werden sollte, zur Gruppendiskussion hinzugezogen.

¹⁰ In den Krankenpflegesschulen wurden keine Interviews mit Führungskräften durchgeführt, da für die Studie nur Führungskräfte in der Pflege und nicht in der Ausbildung von Interesse waren.

¹¹ Diese Frauenfokusgruppe von sechs Personen wurde unerwartet mit einem zusätzlichen männlichen Teilnehmer durchgeführt, der auf Grund des großen Eigeninteresses mit der Zustimmung aller Beteiligten teilnehmen durfte.

¹² Grundsätzlich ist noch darauf hinzuweisen, dass die drei Schulen nicht unterschiedlicher hätten sein können und die Situationen, in denen sich die LehrerInnen befinden, nicht wirklich vergleichbar sind. Das beginnt mit der

In den Heimen, Krankenpflegeschulen und bei den Trägern der mobilen Pflege wurde darum gebeten, eineinhalbstündige Diskussionsrunden mit fünf bis sechs Männern oder Frauen im Pflegepersonal durchzuführen. Die Gruppen sollten sich aus diplomiertem und nicht-diplomiertem Personal zusammensetzen. Führungskräfte sollten an den Diskussionsrunden nach Möglichkeit nicht teilnehmen. Insgesamt nahmen 55 Personen¹³ an den elf Gruppendiskussionen teil, davon waren zwölf Männer und 43 Frauen.

Im Pflegeheimbereich fanden vier Gruppendiskussionen in LPPH und zwei in privaten Pflegeheimen statt, an denen insgesamt 27 Personen teilnahmen, darunter 20 Frauen und sieben Männer. 20 TeilnehmerInnen davon gehörten zum diplomierten Pflegepersonal (17 Frauen, drei Männer). Unserer Bitte, keine Führungskräfte zu den Gruppendiskussionen einzuladen, wurde aus uns nicht bekannten Gründen nicht nachgekommen: Insgesamt fanden sich sechs StationsleiterInnen unter den TeilnehmerInnen (vier Frauen, zwei Männer). Neben den diplomierten Fachkräften diskutierten sechs PflegehelferInnen (vier Männer, zwei Frauen) und eine Stationsgehilfin mit. Zusatzausbildungen sind unter den TeilnehmerInnen aus den Heimen außer den Stationsleitungskursen der StationsleiterInnen wenige zu finden. Eine Stationsleiterin absolvierte vor der Krankenpflegeschule die Sozialakademie. Eine diplomierte Krankenschwester besuchte sowohl in der Slowakei als auch in Österreich die Krankenpflegeschule, weil ihr slowakischer Abschluss in Österreich nicht anerkannt wurde. Selbstverständlich zählen auch alle fünf interviewten Führungskräfte zum diplomierten Pflegepersonal und haben für ihre jeweiligen Funktionen entsprechende Zusatzqualifikationen erworben. Außerdem hat eine Stationsleiterin Pflegewissenschaften studiert, ließ den Studienabschluss in Österreich aber nicht nostrifizieren.

In der mobilen Pflege unterscheiden sich die zwei Fokusgruppen mit Frauen in ihren Mitgliedern deutlich, da in einer Gruppe von sechs Frauen (alle diplomierte Krankenschwestern) unerwartet fünf mit Führungsaufgaben betraut waren (Sozialstationsleitung, Bezirksleitung, Regionalleitung, Pflegedienstleitung). Es zeigte sich jedoch, dass die ungeplante Auswahl zu neuen Einsichten in die Arbeitsbedingungen und Geschlechterverhältnisse in der mobilen Pflege führte. An der zweiten Diskussionsrunde in der mobilen Pflege nahmen hingegen zwei diplomierte Krankenschwestern und drei Altenfachbetreuerinnen und Pflegehelferinnen teil. Die beiden interviewten Männer sind beide diplomierte Krankenpfleger, der eine (Clemens Christ) wurde zwei Monate nach dem Interview zum Teamkoordinator befördert, der andere (Christian Cech) hat sich auf Wundmanagement spezialisiert. Zusatzausbildungen im Pflegebereich haben vor allem die interviewten Frauen mit Führungsaufgaben um ihre heutigen Positionen überhaupt bekleiden zu können. Eine Pflegeleiterin absolvierte außerdem eine geriatrische Sonderausbildung. Eine Diplomkrankenschwester hat eine Sonderausbildung zur Pflegedienstleitung, weil sie diesen Posten einmal zwei Jahre in einem Pflegeheim bekleidet hat. Drei Frauen haben eine Zusatzausbildung zur Care Managerin. Eine Befragte hat außerdem die Sonderausbildung zur Lehrschwester gemacht und auch in einer Krankenpflegeschule unterrichtet.

In den in Krankenpflegeschulen durchgeführten Gruppendiskussionen haben alle InterviewpartnerInnen ein Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege mit zusätzlicher Sonderausbildung für Lehraufgaben, in einem Fall war die Ausbildung noch nicht abgeschlossen. Auffallend war das hohe Qualifikationsniveau bei den Frauen einer Fokusgruppe, die über vielfältige externe Zusatzausbildungen verfügen, darunter Ausbildungen für Mediation und Konfliktmanagement, Psychotherapie, Sonder- und Heilpädagogik,

unterschiedlichen Anzahl der SchülerInnen pro Klasse (von 32 bis 102!) und endet mit der individuellen Auslegung und Durchführung des Lehrplans.

¹³ Inklusive den beiden Einzelinterviews mit Pflägern in der mobilen Pflege.

Palliative Care, Gesundheitsförderung und Prävention und Trainerin für Kinestetik. Der nahe liegende Schluss, dass Frauen besser qualifiziert sind als Männer, lässt sich daraus allerdings nicht ziehen. In diesem Fall befindet sich vielmehr die Schule seit geraumer Zeit im Umbruch und die LehrerInnen blicken somit in eine ungewisse Zukunft, was zwangsläufig zur Entwicklung von Alternativen führt.

4.2. PFLEGEBERUF: ERSTE ODER ZWEITE WAHL?

Wie sich bei den TeilnehmerInnen unserer Gruppendiskussionen in allen drei Bereichen zeigt, ist die Entscheidung, einen Pflegeberuf zu ergreifen oft nicht die erste Wahl, vor allem nicht bei Männern. Von unseren 55 TeilnehmerInnen haben 24 einen anderen Beruf ergriffen bzw. hatten dies vor, von den zwölf Männern trifft dies sogar auf zehn zu. In der Gruppe der Frauen war der Pflegeberuf hingegen für zwei Drittel die erste Wahl, 14 Frauen hatten andere Berufsvorstellungen. Der Weg der Männer in die Pflege führt häufig über den Zivildienst oder das Bundesheer, wo erste Erfahrungen in der Pflege oder als Sanitäter gesammelt werden und das Berufsbild des Pflegers erfahrbar wird.

Bei sieben Personen (ein Mann, sechs Frauen) wurde entweder eine andere Ausbildung angestrebt, wie im Fall von Danka Delic und Denise Danner (Pflegeheim), die Künstlerin bzw. Laborantin werden wollten aber keinen Ausbildungsplatz bekamen. Oder die Ausbildung wurde absolviert, der Beruf jedoch nie ausgeübt. Ein Beispiel dafür ist Dolores Dante (Pflegeheim), die eine Lehre zur Maschinenschlosserin abschloss, als Frau jedoch keine Arbeit in diesem männerdominierten Bereich bekam.

17 TeilnehmerInnen (neun Männer, acht Frauen) haben neben der Pflege auch andere Berufserfahrungen. Diese reichen bei den Männern von Tischlerei über Schlosserei bis zu Reisebürokaufmann. Bei den Frauen dominieren Sekretärinnen und Hilfskräfte (Landwirtschaft, Küche...). Nur Hannelore Haberl (Pflegeheim) wechselte trotz einer Anstellung als Abteilungsleiterin in einer Firma in die Pflege.

Unter den interviewten weiblichen Führungskräften ist die Pflege häufig die erste Berufswahl. Die Krankenpflegeschule wurde sobald wie möglich besucht. Eine Stationsleiterin wollte jedoch eigentlich Medizin studieren, eine andere wollte Mechanikerin werden, wurde jedoch von ihrem Umfeld ausgelacht. Und eine Pflegedienstleiterin wollte zwar in die Pflege, wurde jedoch von ihren Eltern in die EDV gedrängt. Der in der mobilen Pflege tätige Stations- und Bezirksleiter Bruno Binder beschloss nach dem Zivildienst die Krankenpflegeschule zu besuchen, da er keine anderen Berufsideen hatte. Der Pflegedienstleiter wechselte aus der Tischlerei in die Pflege.

Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich der Berufswahl zeigen sich auch Unterschiede nach dem Qualifikationsniveau: das Pflegehilfpersonal ergreift einen Beruf in der Kranken- und vor allem in der Altenpflege in der Regel erst als zweite oder dritte Wahl. Neben den teilnehmenden PflegehelferInnen trifft das auch auf eine Frau und vier Männer zu, die niedrig qualifiziert in die Pflege eingestiegen sind (z.B. Ausbildung zur AltenfachbetreuerIn und PflegehelferIn oder StationsgehilfIn) und erst später das Diplom nachgemacht haben. Sie alle haben früher in anderen Berufen gearbeitet.

4.3. BERUFSLAUFBAHN IN DER PFLEGE

Nach Erlangen des Pflegediploms führt der Weg mehrheitlich ins Krankenhaus, so auch bei unseren GesprächspartnerInnen. AbsolventInnen von Krankenpflegeschulen sind oft erst 21 Jahre alt und werden daher für die Altenpflege als meist zu jung und noch zu wenig belastbar eingeschätzt. Aber auch

Pflegepersonal aus dem zweiten Bildungsweg liegt das Krankenhaus oft näher als die Altenpflege. 32 TeilnehmerInnen der Diskussionsrunden haben auf verschiedensten Stationen in Krankenhäusern gearbeitet (25 von 43 Frauen, sieben von zwölf Männern). In der Intensivmedizin (inkl. Unfallstation und Chirurgie) waren 15 Befragte (neun Frauen – v. a. Lehrerinnen, sechs Männer) beschäftigt. Während im Ausbildungsbereich alle DiskussionsteilnehmerInnen Erfahrungen im Krankenhäusern gesammelt hatten, waren die Beschäftigten in der mobilen Pflege kaum in der Kurzzeitpflege tätig. Zwei TeilnehmerInnen arbeiteten früher auch einmal in der Psychiatrie.

Das nicht-diplomierte Pflegepersonal hat durchwegs keine Erfahrungen mit Arbeit in Krankenhäusern. Als PflegehelferInnen sind sie entweder in die mobile Pflege eingestiegen und sind seither dort tätig oder sie bekamen einen Arbeitsplatz in einem Heim. Zwei männliche Pflegehelfer arbeiteten vor ihrer Tätigkeit in einem Pflegeheim allerdings beim roten Kreuz. Die Stationsgehilfin sammelte auch Erfahrungen im Behindertenbereich.

Manche der TeilnehmerInnen in den Gruppendiskussionen haben auch Erfahrungen in mehreren Bereichen der Altenpflege: Vier diplomierte Krankenschwestern aus Pflegeheimen waren schon einmal in der mobilen Pflege tätig. Zwei diplomierte KrankenpflegerInnen aus der mobilen Pflege haben schon einmal in einem Heim gearbeitet. Zwei LehrerInnen aus Krankenpflegeschulen haben Arbeitserfahrungen in der Altenpflege (eine in einem Heim, eine in der Hauskrankenpflege). Und eine diplomierte Krankenschwester, die in der Hauskrankenpflege arbeitet hat schon einmal in einer Krankenpflegeschule unterrichtet.

Auch fast alle interviewten Führungskräfte haben zu Beginn ihrer Laufbahn in der Pflege in Krankenhäusern gearbeitet, die meisten von ihnen machten auch Erfahrungen im Intensivbereich. Dora Dobrowa (Pflegeheim) ist die einzige Führungskraft, die in ihrer Laufbahn auch einmal an einer Krankenpflegeschule unterrichtet hat. Keine der drei interviewten Führungskräfte aus der mobilen Pflege hat jemals in einem Pflegeheim gearbeitet und niemand von den StationsleiterInnen und PflegedienstleiterInnen aus einem Heim hat Erfahrung mit mobiler Pflege.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch in unserem Sample die Mehrheit der Personen, ungeachtet des Geschlechts, nach der Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester/ zum diplomierten Krankenpfleger den Krankenhausbetrieb vorziehen und sich erst mit der Zeit für die Altenpflege entscheiden. Das Hilfspersonal hingegen weist keinerlei Erfahrung in der Kurzzeitpflege auf und ist ausschließlich in der Altenpflege tätig.

4.4. KARENZ

Betrachtet man die Berufsverläufe der InterviewpartnerInnen, ist die Frage nach kinderbezogenen Unterbrechungen eine relevante, wenn es um Chancengleichheit geht.

Für die teilnehmenden Männer ist Karenz kein so großes Thema wie für die Frauen. Aber einer der Diskussionsteilnehmer – Franz Fischer – ist derzeit in Teilzeitkarenz und arbeitet 16 Wochenstunden. Und Ludwig Lempe beklagt, dass es so schwierig war in Karenz zu gehen, als seine Kinder noch klein waren. Und auch wenn sich Männer in der Pflege selten dazu entscheiden, in Karenz zu gehen, so ist die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie doch für den einen oder anderen ein Argument, vom Krankenhaus in die mobile Pflege zu wechseln.

Ungefähr zwei Drittel aller befragten Frauen haben Kinder, der Rest ist entweder kinderlos geblieben oder ist noch relativ jung. Die jungen kinderlosen Frauen haben gemeinsam, dass sie alle diplomierte Krankenschwestern sind, die in Heimen arbeiten und der Meinung sind, dass eine Vereinbarkeit ihres

derzeitigen Berufs mit Kindern nur sehr schwer möglich ist. Es zeigt sich aber bei ihren Kolleginnen, die in Heimen arbeiten und Mütter wurden, dass die meisten maximal drei Jahre in Karenz gingen. Nur eine diplomierte Krankenschwester und Stationsleiterin war fünf Jahre in Karenz. Die eher kurzen Unterbrechungszeiten ließen auf eine relativ gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie schließen. Um dies wirklich beurteilen zu können, müsste allerdings eine statistische Analyse durchgeführt werden, wie viele Frauen nach der Karenz in die stationäre Pflege zurückkehren.

Auch im Ausbildungsbereich sind die Unterbrechungszeiten relativ kurz, nicht so aber in der mobilen Pflege. Hier fallen vor allem bei sieben Frauen lange Berufsunterbrechungen (zwischen fünf und 21 Jahren) aufgrund von Karenz auf. Andere Frauen - darunter vor allem Führungskräfte - entschlossen sich, nur sehr kurz kinderbedingt zu unterbrechen. Gemeinsam haben jedoch fast alle, dass sie sich für einen Wiedereinstieg in der mobilen und nicht in der stationären Pflege entschieden, da hier die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben leichter möglich ist. Obwohl auch einige Beschäftigte in der stationären Pflege Teilzeitmodelle in Anspruch nahmen, zeigt sich recht deutlich, dass die mobile Pflege eindeutig mehr Möglichkeiten zur Vereinbarung von Familie und Beruf zur Verfügung stellt.

5. Motivation für einen Pflegeberuf

Folgendes Kapitel beschäftigt sich mit der Motivation von Frauen und Männern, einen Pflegeberuf zu ergreifen und innerhalb dessen Aus- und Weiterbildungen wahrzunehmen. Nach einer allgemeinen Darstellung der Motivation, grundsätzlich einen Pflegeberuf zu ergreifen, wird zwischen der Motivation für Altenpflege, mobile Pflege, Lehre sowie für Führungspositionen differenziert. Besonderes Augenmerk wird auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede sowie auf das Veränderungspotential bei den neuen Generationen aus Sicht der AusbilderInnen gelegt. Weiters werden die Reaktionen der Umwelt und deren Einfluss auf die Berufswahlentscheidungen dargestellt.

5.1. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MOTIVATION, EINEN PFLEGEBERUF ZU ERGREIFEN

Männer kommen nach wie vor zu einem großen Teil über den Sanitätsdienst beim Bundesheer oder Zivildienst zum Pflegeberuf, der oft als Möglichkeit eines zweiten Ausbildungsweges mit sicherem Arbeitsplatz und finanzieller Unterstützung beim Umstieg oder als Übergangslösung wahrgenommen wird. Bei den Frauen ist kein deutliches Grundmuster in der Motivation zu erkennen, von „Zufall“ über *„konnte mich nicht in einem Büro vorstellen“* zu *„wollte schon als kleines Kind Krankenschwester werden“* ist alles zu vermerken, grundsätzlich wird der sozialen Komponente aber mehr Bedeutung beigemessen als dies bei den männlichen Kollegen der Fall ist. Bei den Männern fällt auf, dass kaum einer von Berufung spricht, höchstens als Erkenntnis im nach hinein. Edgar Eder hatte in seinem Erstberuf als Tischler kaum Chancen auf Beschäftigung und hat sich bei der Neueröffnung eines Heimes einfach beworben *„...um zu schauen, ob ich das kann, und bin dann mit der Zeit drauf gekommen, dass das eigentlich meine Berufung ist.“* (Edgar Eder: 3, Pflegeheim) Clemens Christ und Christian Cech (mobile Pflege) wiederum bringen Gründe zum Ausdruck, die bei den weiblichen Beschäftigten kaum als Motiv angegebenen werden: Entwicklungsperspektiven, Sicherheit, Entlohnung. Ingo Isper – ein Pflegedienstleiter - sieht die Motivation von Männern hauptsächlich im finanziellen Bereich: *„Sagen tun sie, dass sie Menschen helfen wollen, aber das ist ein Standardsatz mit wenig Aktualität. Früher waren es halt die Ordensschwester, wo man gesagt hat: Im Namen Christi pflegen wir.“* (Ingo Isper: 6, Pflegeheim)

Insgesamt bestätigen sich in den Aussagen der Interviewten also auch Vermutungen, die die befragten Führungskräfte zu geschlechtsspezifischen Motivationen, einen Pflegeberuf zu ergreifen, äußern und die sich auch in der Literatur immer wieder finden: Frauen ergreifen den Beruf eher aus Berufung und sozialem Interesse, Männer steigen eher von anderen Berufen in die Pflege um, auch, weil sie einen sicheren Arbeitsplatz haben wollen oder sich keine andersartigen Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben.

Es wird auch festgestellt, dass das Lohnniveau in der Pflege zu niedrig ist, um für Männer attraktiv zu sein. Die Gehälter in der Pflege sind unter anderem deshalb traditionell niedrig, weil dort Frauen als Zuverdienerinnen arbeiteten, die keine Familie ernähren mussten – ein typisches Charakteristikum für einen Frauenberuf. Die regionale Pflegeleiterin Anita Amon (mobile Pflege) weist auf darauf hin, dass es für einen Mann als Alleinverdiener einer Familie finanziell nicht lukrativ ist, in der mobilen Pflege zu arbeiten, weil hier alle Zulagen, die in einem Spital anfallen, entfallen. Dieser Hinweis ist eine Mögliche Erklärung dafür, dass der Männeranteil in der mobilen Pflege am geringsten ist. Außerdem kann ein Anstieg des Männeranteils erst dann erwartet werden, wenn das Ausbildungsniveau und somit das Gesamtimage der Pflege steigt.

Frauen ergreifen den Pflegeberuf mehrheitlich als erste Wahl: Weit mehr als die Hälfte der interviewten Frauen wollte schon immer in die Pflege. Aussagen wie die von Bernadette Bogner zeigen, dass oft persönliche Erfahrungen in der Kindheit prägend für diesen Berufswunsch waren: *„ich hab schon als Kleinkind daheim meine Geschwister gepflegt und verbunden, also ich bin gar nicht auf die Idee gekommen, dass ich einmal was anderes machen werde in meinem Leben.“* (Bernadette Bogner: 2, mobile Pflege) Auch Berta Bauer erlebte in ihrer Großfamilie Hauskrankenpflege *„von der Wiege an“* (Berta Bauer: 3, mobile Pflege), da ältere Familienmitglieder oder Kinder gepflegt wurden. Persönliche Erfahrungen mit pflegebedürftigen Familienmitgliedern werden allerdings auch von einigen interviewten Männern als ausschlaggebend für die Berufswahl angeführt. Sollten die Reaktionen auf die für Männer nach wie vor untypische Berufswahl negativ ausfallen, wird spätestens mit der Erkrankung von Familienmitgliedern die Wahl akzeptiert.

Grundsätzlich kann der Unterschied in der Motivation einen Pflegeberuf zu ergreifen darin erkannt werden, in wieweit die sozialen Aspekte (Kontakt mit den PatientInnen, Spaß am Umgang mit Menschen, psychologisches Interesse, Idealismus, Persönlichkeitsentwicklung, Berufung, Tendenz zur Fürsorge) für die Wahl entscheidend sind. Unterscheidet man zwischen einem pragmatischen Ansatz (Berufswahl auf Grund von z.B. Sicherheitsdenken) und einem sozial motivierten Ansatz, lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen Motivation und weiterer Berufslaufbahn erkennen: Für jene Beschäftigten, für die der Kontakt mit den PatientInnen einen Hauptgrund darstellt, warum sie sich für die Pflege entschieden hatten, wird ein Um- oder Aufstieg seltener angestrebt (bzw. nur wenn sich die Arbeit in der Praxis als unerträglich herausstellen sollte, so wird etwa von Mobbingfällen oder Stress berichtet, die zu einem Wechsel zum Beispiel in die Lehre motiviert haben).

„Die Entscheidung Krankenschwester zu werden ist eine Entscheidung für die Arbeit mit Menschen. Je weiter ich aufsteige, desto weniger arbeite ich mit den Menschen. Wenn ich mich als Frau für einen Beruf entscheide wo ich sowieso nicht mit Menschen arbeite, ist es wahrscheinlich leichter die Karriereleiter raufzuklettern. Die Verantwortung würde mich gar nicht schrecken, sondern einfach dieses vieles Organisieren, die Administration, und ich denk mir, im Grunde will ich aber mit Menschen sein.“ (Ina Idinger: 3, Pflegeheim)

In diese Personengruppe fallen verhältnismäßig mehr Frauen als Männer (siehe dazu weiter unten: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Motivation).

Befragt zu den SchülerInnen in der Ausbildung wird von den LehrerInnen allerdings angegeben, dass mehr generations- als geschlechtsspezifische Unterschiede in der Motivation zu erkennen sind. Bei den jüngeren Generationen spielen persönliche Erfahrungen mit pflegebedürftigen Familienmitgliedern eine große Rolle, bei den älteren sind es oft rationale Überlegungen zu Zukunft und Jobsicherheit. Es wird auch angemerkt, dass bei Mädchen/ Frauen eher eine „Grundmotivation zum Pflegen“ zu bemerken ist, wo die soziale und fürsorgliche Komponente im Vordergrund steht, während Burschen/ Männer den Pflegeberuf in Hinsicht auf zukünftige Beschäftigung in den Akutabteilungen (siehe Punkt „Horizontale Segregation“) als Herausforderung betrachten. Die Interviews lassen vermuten, dass die Tendenz zum pragmatischen Ansatz, der den Pflegeberuf von seinem Image als Frauenberuf aus Berufung etwas entkoppelt, leicht im Steigen begriffen ist.

5.2. MOTIVATION UND HORIZONTALE SEGREGATION

Das in der Literatur beschriebene Phänomen der horizontalen Segregation lässt sich im Pflegebereich bereits in der Ausbildung festmachen: *„Die Männer tendieren am Anfang in Richtung Technisches, die jungen Frauen in Richtung Erwachsene und Kinder und die Geriatrie existiert überhaupt nicht.“* (Kurt Kellner: 6, Ausbildung). Konsens besteht darüber, dass Frauen und Männer andere Karrierewege

einschlagen, und dass Pfleger eher zu Sonderabteilungen wie OPs, Intensiv- oder Dialyseabteilungen und weniger zur Geriatrie und Altenpflege tendieren. Eine Erklärung für die Tendenz zum medizinisch-technischen Bereich von männlichen Schülern wird von den GesprächspartnerInnen im Einstieg über das Rote Kreuz oder Zivildienst gesehen. *„Das lässt sich erklären, weil die Karriere eine andere ist. Meistens kommt man eben zum Beispiel über das Bundesheer zur Pflege, dann macht man eine Stationsgehilfenausbildung, und die Stationsgehilfen sind in den Ambulanzen, in den OPs, als OP-Gehilfen, das ist eben eher technisch. Das kippt erst, wenn man als Erstausbildung in die Pflege geht.“* (Kurt Kellner: 6, Ausbildung) Als weitere Gründe für die angesprochenen Unterschiede in der thematischen Ausrichtung werden strukturelle Gegebenheiten in den Heimen oder Krankenhäusern genannt, so zieht es Schüler eher in Bereiche, in denen bereits gemischte Teams vorhanden sind, wo sie sich besser einleben und akzeptiert fühlen können. Die Entscheidungen fallen zumeist während der Praktika, die oft im Akutbereich gemacht werden, wo einfach viele gemischte Teams zusammenarbeiten. Es wird aber auch immer auf Gegenbeispiele von Frauen hingewiesen, die sich ebenso für akute bzw. medizinisch-technisch ausgerichtete Abteilungen wie Unfall- oder Intensivstationen entscheiden. Der Bereich der stationären und mobilen Alterspflege bleibt nach Meinung der DiskussionsteilnehmerInnen allerdings ein von Frauen dominiertes Feld.

5.3. MOTIVATION FÜR DIE ALTENPFLEGE

Auch für die Motivation in die Altenpflege zu gehen werden unterschiedlichste Begründungen angegeben. Insgesamt wird aber der Eindruck vermittelt, dass es sich bei der Altenpflege auf den ersten Blick um einen nicht sehr geschätzten Bereich handelt, dessen Vorteile erst mit einem „Reinwachsen“ bewusst werden. Nur wenige Beschäftigte sehen ihre Berufung in der Pflege von alten Menschen wie Helma Haindl: *„Ich wollte schon als Kind immer Krankenschwester werden. Es hat mich immer zu den älteren Leuten, also ich habe einfach so Gefühle entwickelt, so Hilfsgefühle.“* (Helma Haindl: 4, Pflegeheim)

Manche PflegerInnen hatten während der Ausbildung ein Schlüsselerlebnis: *„...also ich war richtig schockiert, wie es in der Pflege zugeht, und das hat mich meine ganze Schulzeit begleitet und dann war für mich klar, dass ich Altenpflege machen möchte, aber nur in bestimmten Heimen, wo nach bestimmten Kriterien gepflegt wird.“* (Iris Ilic: 3, Pflegeheim) Auch in den Gesprächen mit den LehrerInnen wird deutlich, dass die Motivation der SchülerInnen, in die Altenpflege zu gehen, äußerst gering ist. Verstärkt wird die distanzierte Haltung durch negative Erfahrungen in den Pflegeheimen (siehe dazu Punkt „Ausbildung“). Deutlich wurde in den Interviews auch das teilweise problematische Verhältnis zwischen Krankenschwestern und Ärzten (sic), das einige Frauen dazu veranlasst hat, vom Krankenhaus in die Langzeitpflege zu wechseln: *Ich habe diplomiert und mir haben die drei Praktika, die ich gemacht habe, total gut gefallen. Dann bin ich in den Krankenhäusern draufgekommen, dass ich die Ärzte eigentlich nicht so mag* (Allgemeines Lachen), *somit bin ich ins Pflegeheim gewechselt.* (Helene Herbst: 4, Pflegeheim).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mehrheitlich der Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten in bestimmten Regionen und die flexiblere bzw. individuell abgestimmte Arbeitseinteilung im Vergleich zu den Krankenhäusern für einen Einstieg in die Altenpflege ausschlaggebend sind.

5.4. VERÄNDERUNGSPOTENTIAL – DIE NEUEN GENERATIONEN

Was ändert sich mit den neuen Generationen an Krankenschwestern und Pflegern? Nehmen Männer oder Burschen vermehrt die Möglichkeit wahr, sich zum Pfleger ausbilden zu lassen? Gefühlsmäßig

nehmen die LehrerInnen zumindest eine leichte Steigerung des Männeranteils unter den Auszubildenden wahr, allerdings wird dies durch wellenförmige Anstiegs- und Reduktionskurven relativiert. Im Schnitt wird der Anteil der männlichen Schüler auf 5-10% geschätzt, das Alter beläuft sich im Durchschnitt auf 20 Jahre, auch bei den Schülerinnen wird der Trend zur reiferen Generation festgestellt.

Wie bereits berichtet, wird die Tendenz zur eher geschlechtsspezifischen klassischen Ausrichtung nach wie vor auch bei den Schülern und Schülerinnen wahrgenommen. Die Lehrenden sehen die männlichen Schüler in den Intensivbereich, in den technischen Bereich oder in die Lehre gehen, die wenigsten arbeiten direkt am Krankenbett. Bei Diskussionen mit SchülerInnen über Pflegeverständnis fällt bei Schülern die Orientierung Richtung Medizin auf, während bei Schülerinnen Komponenten der Fürsorge im Vordergrund stehen. Grundsätzlich sehen die LehrerInnen ein Problem darin, dass der Krankenpflegeberuf für junge Leute kaum Attraktivität aufweist, durch die Ausbildung ohne Matura, die schlechte Bezahlung, Mangel an Perspektiven zur Weiterentwicklung. Die Dropout-Rate ist teilweise auch dementsprechend hoch, bis zu 30% werden genannt, wobei Jüngere schneller „das Handtuch werfen“ als ältere Personen. Es sind vor allem die schon etwas älteren Personen, die aus realistischen Gründen (sicherer Arbeitsplatz) die Ausbildung abschließen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass von den LehrerInnen, sieht man von einer leichten Steigung des Männeranteils ab, keine Anzeichen von Veränderungen in der Motivation oder der horizontalen Segregation wahrgenommen werden.

5.5. REAKTIONEN DER UMWELT

Die Entscheidung von Männern, einen Pflegeberuf zu ergreifen, ist in unserer Gesellschaft nach wie vor ungewöhnlich und ruft unterschiedliche, oft sehr gegensätzliche Reaktionen hervor. Während die männlichen Beschäftigten in der Hauskrankenpflege von keinerlei negativen Reaktionen berichten, mussten die Pfleger in den Heimen anfangs mit weniger positivem Feedback im Freundes- und Verwandtenkreis rechnen: „*Im Heim, tust den Behinderten den Arsch auswischen?*“ (Erik Eckl: 3, Pflegeheim) Fritz Fellner berichtet von Problemen in der Ehe als Konsequenz seiner Entscheidung, Krankenpfleger zu werden: „*Sie hat gewusst, dass ich in einen Frauenberuf wechseln will und sie hat gesagt: ‚Du bist ein Mann, du kannst nicht in einen Frauenberuf gehen‘, also so ein Klischeedenken hat sie gehabt.*“ (Fritz Fellner: 3, Pflegeheim) Ingo Ispert (Pflegeheim) enttäuschte seine Eltern gleich zweimal: Erstens mit der Entscheidung, die Ausbildung zum Krankenpfleger zu absolvieren, und zweitens mit dem Wechsel vom Akutbereich in die Geriatrie – trotzdem der dort in eine Führungsposition aufstieg, denn die Altenpflege habe laut Ingo Ispert eindeutig das schlechteste Image. Anfangs für die Wahl eines „Frauenberufs“ belächelt, finden sich jedoch einige der Pfleger bald in einer Vorreiterrolle wieder, da immer mehr Männer in die Pflege wechseln. In der Mehrzahl wird von positivem Feedback berichtet, das sich auf die Sicherheit bezieht, mit der Pflege einen Beruf mit Zukunft zu haben.

Auch bei den Frauen fielen die Reaktionen sehr unterschiedlich aus: Einige Frauen wurden trotz Wunsch, den Beruf der Krankenschwester zu ergreifen, von den Eltern überredet, eine Matura oder eine andere Ausbildung zu machen - erst dann konnten sie die Möglichkeit ergreifen, eine Krankenpflegeschule zu besuchen. Clara Cerny setzte die Krankenpflegeschule gegen den Willen ihres Vaters durch: „*Mein Vater war absolut nicht glücklich, dass ich Pflegeperson geworden bin. Aber irgendwann hat er gesagt: ‚Na ja, aber arbeitslos ist in dem Bereich nie wer, weil kranke Leute wird es immer geben‘. Das war seine Aussage dazu.*“ (Clara Cerny: 14, mobile Pflege) Vermutlich waren die Eltern deshalb gegen eine Pflegeausbildung, weil sie nicht mit einer Matura abschließt und insofern ein Sackgassenberuf mit wenig Alternativen ist. Im Gegensatz dazu spielten die Eltern aber auch eine bedeutsame Rolle, wann es darum ging, ihre Töchter von der Wahl eines nicht-traditionellen Berufs

abzubringen: Hanna Haas (Pflegeheim) wollte etwa Mechanikerin werden, ließ sich aber durch die negativen Reaktionen trotz Lehrstelle davon abbringen und entschied sich in Folge auf Anraten von Verwandten für die Krankenpflege. Ob die Krankenpflege nun Erstwahl war oder nicht, die Mehrheit der GesprächspartnerInnen weist darauf hin, den Schritt in die Krankenpflege trotz anfänglicher Eingewöhnungsphasen letztendlich nie bereut zu haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nach den vermittelten Reaktionen der Umwelt (PartnerInnen, Familie, Freundes- und Bekanntenkreise, PatientInnen und KollegInnen) zu schließen, mit dem Pflegeberuf teilweise doch noch sehr traditionelle Bilder eines Frauenberufs assoziiert werden, für dessen Ausübung keine weiteren Qualifikationen als ein soziales Grundmuster notwendig wären. Von männlichen Pflegern selbst wird der Beruf eher selten als Frauenberuf klassifiziert, diesbezüglich wird auf die Differenzierung „Frauenberuf“ und „frauendominierter Beruf“ hingewiesen. Deutlich wird auch, dass der Wert der Ausbildung ohne Matura besonders von Eltern als deutlich gering eingeschätzt wird und nicht zur Verbesserung des Images der Krankenpflege und besonders der Altenpflege führt.

5.6. MOTIVATIONEN FÜR DIE MOBILE PFLEGE, LEHRE UND FÜHRUNGSPPOSITIONEN

Motivation für die mobile Pflege

Als einer der wichtigsten Vorteile der Arbeit in der mobilen Pflege werden von allen InterviewpartnerInnen die im Vergleich zur stationären Pflege flexibleren Arbeitszeiten genannt, die eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie und einen Wiedereinstieg ermöglichen, da es außerdem keine Nachtdienste und 12-Stunden-Dienste gibt. Aspekte, die vor allem für die Frauen ausschlaggebend sind, da sie nach wie vor häufig für die Betreuungspflichten in der eigenen Familie allein zuständig sind. Überlegungen wie diese leiteten auch Anita Amon, die nach der Geburt ihrer Kinder nicht mehr ins Krankenhaus zurückkehren wollte. Sie faszinierte außerdem die neue Herausforderung, die die Hauskrankenpflege bedeutete:

„...war eigentlich sehr begeistert von der Ganzheitlichkeit, also, dass man wirklich für eine Stunde, für eineinhalb Stunden für den Patienten Zeit hat und alles und wirklich alles, Angehörige, alles daneben betreut, nicht nur einen Teil so wie es im Krankenhaus war, wie es damals noch war, eher die Funktionspflege, noch nicht so das Ganzheitliche, das hat mich damals schon sehr fasziniert und natürlich auch, dass es mit den Kindern vereinbar war“ (Anita Amon: 2, mobile Pflege)

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielte aber auch für Bruno Binder eine Rolle, vom Spital in die Hauskrankenpflege zu wechseln:

„Ich bin dann Vater geworden von einem Mädchen, die Intensivstation in Wien war sehr anstrengend, weil das waren 12 Stunden-Dienste, und mit dem Hineinfahren, ich wohne am Land heraußen in Hollabrunn, die Fahrzeit war eben eine Stunde hin und retour und wenn ich zwei Tagedienste hintereinander gehabt habe, habe ich die Kleine daheim nie gesehen und das hat mich gestört.“ (Bruno Binder: 2, mobile Pflege)

Als weitere wichtige Punkte werden die Möglichkeit zum selbständigen Arbeiten und zur kreativen Improvisation sowie die Entscheidungsfreiheit hervorgehoben (es wird aber auch gleichzeitig darauf hingewiesen, dass genau diese Aspekte auch zur größten Last werden können), was vor allem für die männlichen Beschäftigten wesentlich ist. In diesem Zusammenhang werden auch Pflegequalität und die Möglichkeit, Arbeitsinhalte auf die Bedürfnisse der KundInnen abzustimmen und der Abwechslungsreichtum der Arbeit erwähnt. Zwei interviewte Frauen können auch dem Autofahren

Positives abgewinnen, es ist für manche eine Pause zwischen einem/r Kunden/in und dem/r nächsten. Auch Arbeitsplatzsicherheit und positives Feedback von KundInnen werden angesprochen. Das Arbeitsumfeld und die Zusammenarbeit in der Hauskrankenpflege werden im Vergleich zur Situation in den Pflegeheimen öfter positiver beschrieben, so wechselte auch Christian Cech von der Psychiatrie in die mobile Pflege, weil sein Team aufgrund eines Mobbingfalles zerfiel.

Nach Pflegedirektorin Clara Cerny, lässt sich die Entscheidungssituation für oder wider die mobile Pflege so zusammenfassen: Frauen gehen in die Hauskrankenpflege um Familie und Beruf zu vereinbaren, Männer weil sie mehr Entscheidungsfreiheit und Entwicklungsmöglichkeiten haben. Den geringen Männeranteil in der mobilen Pflege führt sie auf die unterschiedlichen beruflichen Interessen von Frauen und Männern zurück: *„Männer arbeiten ja im Krankenhaus, wenn Sie sich die Statistiken anschauen, vorwiegend im OP-Bereich in der Anästhesie, in der Intensiv, oder in Führungspositionen. Alles was technisch ist, da orientieren sich die Männer hin, oder wo sie viel Macht haben. Und das haben sie bei uns versäumt.“* (Clara Cerny: 7, mobile Pflege) Zu diesem Punkt siehe auch „Horizontale Segregation“.

Motivation für die Lehre

Die TeilnehmerInnen der Fokusgruppen in der Ausbildung wurden gebeten, ihre Gründe für den Wechsel in die Lehre anzugeben. Hier werden kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern merkbar, vorherrschend war der Wunsch nach Veränderung, neuen Herausforderungen und beruflicher Weiterentwicklung. *„Mit jungen Leuten zu arbeiten war eine neue Herausforderung und auch nicht so unmittelbar an der Front sondern eher im Hintergrund.“* (Melanie Müller: 3, Ausbildung) Probleme oder Stress auf den Stationen werden von einigen wenigen Frauen als Begründung angegeben, die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Kindern in der Lehre (keine Wochenend- und Nachtdienste) nur einmal. Gute Erfahrungen als PraxisanleiterInnen und die Freude an der Vermittlung von Wissen und der Zusammenarbeit mit jungen Menschen spielen bei der Mehrheit der Frauen und Männer eine ausschlaggebende Rolle. Auf die Frage, warum vermehrt Männer in der Lehre zu finden sind, meinen die Frauen, dass abgesehen vom Wunsch nach Weiterbildung Faktoren wie Prestige, Bevorzugung durch Direktoren (und in Folge ein leichter Aufstieg) sowie die Tendenz *„weg vom Krankenbett“* durchaus eine Rolle spielen könnten. Die männlichen LehrerInnen begründen den Wechsel unter anderem damit, dass die Möglichkeiten zu Weiterentwicklung und Aufstieg in der Pflege beschränkt seien: *„Ein neues Feld, eine neue Herausforderung finden... Die Vorstellung, die nächsten 25 Jahre die gleiche Schiene zu fahren, ist natürlich nicht berauschend gewesen. Die Aussicht irgendwann einmal eine Stationsleitung zu kriegen mag für manche erstrebenswert sein, aber man wechselt ja nur die Position.“* (Karl Kupfer: 3, Ausbildung)

Grundsätzlich kann von einem Zusammenhang von der Motivation, einen Pflegeberuf zu ergreifen und dem Wunsch nach beruflichen Veränderungen und dessen Umsetzung ausgegangen werden. Für jene Personen, für die der soziale Aspekt und der Kontakt mit den PatientInnen einen Grund darstellen, warum sie sich für die Pflege entschieden hatten, kommt ein Umstieg seltener in Frage bzw. nur im Fall dass sich die Arbeit in der Praxis als unerträglich herausstellt. In diese Personengruppe fallen verhältnismäßig mehr Frauen als Männer.

Motivation für Führungspositionen

Dies gilt auch für die Motivation, eine Führungsposition zu ergreifen. Frauen streben einen beruflichen Aufstieg seltener an als Männer. Männern ist die ausschließliche Pflege rasch zu wenig, sie versuchen

entweder mehr administrative Tätigkeiten zu bekommen oder bewerben sich gleich für höhere Positionen. Prestige spielt bei Männern eine deutlich größere Rolle, so die Erfahrungen einer Pflegedienstleiterin: *„Die Ambitionen bei den Männern, sind schon sehr in der Führung, also. Das merkt man einfach, dass sie sofort in der Richtung Vertretungstätigkeit, Stationsleitung etc. gehen. Gibt es irgendwelche Konflikte, fühlen sie sich sofort berufen, Redner zu werden.“* (Gunda Gindl: 12, Pflegeheim)

Frauen ziehen oft die Arbeit mit den PatientInnen den Führungsaufgaben vor, auch wenn diese mit mehr Prestige, Macht, Handlungsmöglichkeiten und besseren Gehältern verbunden sind. Abgesehen davon wird häufig festgestellt, dass sich Frauen Führungsaufgaben nicht zutrauen, dass sie vor der Verantwortung oder vor dem administrativen Mehraufwand zurückschrecken. Sie bleiben freiwillig in der „zweiten“ Reihe und lassen Männern den Vortritt. *„Die Männer gehen schon eher in die qualifizierteren Tätigkeiten, also a bisschen in die Organisation, eher ich sage es jetzt mal einfach Schreibtisch Tätigkeiten. Und die einfacheren Tätigkeiten, wie es gehört, z.B. Umgebung desinfizieren, oder so, dazu, eher die Frauen. Und die Frauen sind auch wenn ein Mann noch da ist, eher gewillt, diese niederen Tätigkeiten zu tun, als wenn es die Kollegin wäre. Da tun sie sich oft schwerer“* (Gunda Gindl: 12).

Um Frauen in verantwortliche Positionen (Stationsleitung) zu bringen, braucht es nach Meinung der interviewten Führungskräfte zusätzliche Motivation, Ermunterung, Ansporn. *„Da sind Frauen befragt worden, ...; dann haben sie gesagt, die hätten sich das sowieso nicht zutraut. [...] Gefragte Frauen, die müssen alle möglichen Anstöße bekommen, das ‚Du kannst doch das‘ und so.“* (Gunda Gindl: 7)

Ein Grund von Frauen, sich gegen eine Führungsposition zu entscheiden, sind die Probleme und Schwierigkeiten, die erwartet werden. In der Tat ist es so, dass sich weibliche Führungskräfte auch in der Pflege schwerer tun, sich durchzusetzen und akzeptiert zu werden als ihre männlichen Kollegen. Weibliche Pflegedienstleiterinnen thematisieren in den Interviews die Schwierigkeiten, die mit der Übernahme ihrer Posten verbunden waren. Häufig gab es seitens der Heimleitung wenig Unterstützung, aus der KollegInnenschaft ebenso wenig, oft hingegen Neid bis hin zu Mobbing. Frida Fitz beschreibt ihre Situation so: *„...und dann habe ich mich so rein gestürzt in das Zeug und muss sagen, von den Mitarbeitern keine Unterstützung, sondern man hat nur gesucht: alles was ich machte war negativ und falsch.“* (Frida Fitz: 13, Pflegeheim). Die Anerkennung seitens der KollegInnenschaft musste meist erst hart erkämpft werden, in der Regel waren sie dabei auf sich selbst gestellt, haben sich zum Teil extern (z.B. Coaching) oder bei der Familie Hilfe geholt.

Anita Amon (mobile Pflege) vermutet, dass sich Männer in der Pflege grundsätzlich bessere Karrieremöglichkeiten ausrechnen da es ein Frauenberuf ist. Die Karrieremöglichkeiten der Frauen schätzt sie aufgrund der häufigen Alleinzuständigkeit für familiäre Betreuungspflichten schlechter ein. Gesellschaftliche Rollenzuschreibungen und Klischees spielen dabei eine wesentliche Rolle. So werden Frauen immer noch als hauptverantwortlich für Familienarbeit, Kindererziehung und Haushalt betrachtet. Hanna Haas vermutet, dass dies nicht nur bei der Frage nach der Rückkehr in den Beruf, sondern insbesondere auch bei den Überlegungen zur Annahme einer Führungsposition eine zentrale Bedeutung hat: *„...die Frauen haben immer diese Zweifachposition, wenn man Kinder daheim hat, Kinder, Familie, Haushalt, und im Beruf. Und, ja. Eine Stationsleitung muss schon voll da sein“* (Hanna Haas: 10, Pflegeheim) Auch Gunda Gindl erlebt die Vereinbarkeitsproblematik in der alltäglichen Praxis: *„Ich erlebe es schon, dass die jungen Mütter ständig mit Ängsten mit schlechten Gewissen herumlaufen, Dass sie es nirgends ablegen und sagen: die und die Zeit bin ich daheim, die und die Zeit gehe ich arbeiten. Ich erlebe sie ständig in dem Spagat, die dort nicht ganz sind und da nicht ganz sind“* (Gunda Gindl: 10, Pflegeheim).

6. Zusammenarbeit von Frauen und Männern

Wie nehmen nun Frauen und Männer die Zusammenarbeit mit dem jeweils anderen Geschlecht in der Pflege und in der Ausbildung wahr?

Die überwiegende Mehrheit an interviewten Frauen hat schon Erfahrungen mit männlichen Kollegen in der Zusammenarbeit gemacht.

Die Arbeit in gemischten Teams wird grundsätzlich von Frauen wie von Männern geschätzt und positiv beschrieben. Männer lockern das Arbeitsklima auf und tun reinen Frauenteamen gut, wie Hannelore Haberl meint. In gemischten Teams steigt die Arbeitszufriedenheit und verbessern sich Kommunikationsstruktur und Konfliktverhalten, beobachtet Frida Fitz, was sie dazu veranlasst, Männer bevorzugt einzustellen *„weil die Frauen... haben wir eh genug. Und (...) wenn auf einer Station kein Pfleger ist, habe ich mehr Probleme, als auf den Stationen, wo zwei drei Pfleger sind...“* (Frida Fitz: 5, Pflegeheim). In Pflegeheimen sind männliche Kollegen auch gern gesehen, weil sie oft eine gute Unterstützung beim Heben schwerer PatientInnen sind und oft herangezogen werden, technische Reparaturen vorzunehmen. Wenn das Verhältnis von Frauen und Männern ausgewogen ist, werden gemischte Teams bevorzugt. *„Ich finde es eine total schöne Sache, in einem Team zu arbeiten, wo Frauen und Männer sind. Ich finde es gut, dass Männer in der Pflege sind, aber es ist wichtig, dass man darauf achtet, dass sie nicht nur in Führungspositionen sind, dass das ausgewogen ist.“* (Lola Lehmann: 22, Ausbildung)

Berta Bauer und Barbara Berger aus der mobilen Pflege stehen ihren männlichen Kollegen insofern kritisch gegenüber: *„Also in mir erwacht eine große Aggressivität gegen Männer. Wirklich, das sag in im Ernst. Weil Krankenpflege ist eine Frauendomäne, und der Overhead ist mit Krankenpflegern besetzt.“* (Berta Bauer: 4) Berta Bauer führt dies darauf zurück, dass sich Männer besser verkaufen können und nicht die selben Leistungen wie Frauen erbringen um die gleichen Positionen zu erreichen. Frauen bleiben darum auf der Strecke. Auch Barbara Berger hat nur wenige Kollegen erlebt, die am Krankenbett arbeiten *„weil der macht das zwei, drei Monate und sagt: Ich mach mir die Hände nicht schmutzig.“* (Barbara Berger: 4). Trotzdem befürwortet sie gemischte Teams, *„weil nur dieser Frauenhaufen war entsetzlich.“* (Barbara Berger: 5)

Manchen DiskussionsteilnehmerInnen schwebt auch eine Geschlechterverteilung von 50:50 vor, damit Männer den Sonderstatus verlieren, den sie oft innehaben. Diese Sonderstellung wird von Frauen und Männern angesprochen und bezieht sich einerseits auf das Team und andererseits auf die PatientInnen: Im Team nehmen die wenigen Männer in der Pflege nach Meinung der Kolleginnen oft einen ungerechtfertigten Sonderstatus ein, innerhalb der Teams und gegenüber der Leitung. *„Ich hatte kurz einen diplomierten Kollegen, der innerhalb kürzester Zeit zum Rädelsführer gemacht wurde, weil alle zu ihm aufgeschaut haben, ohne aber ein wirkliches Wissen zu haben. Er hat das aber eh nicht lange durchgehalten und hat gewechselt.“* (Michaela Moser: 4, Ausbildung)

Die männlichen Diskussionsmitglieder haben auch die Beobachtung gemacht, dass es Frauen in Männerteams um einiges schwerer haben sich durchzusetzen, als umgekehrt Männer in Frauenteamen. Erik Eckl berichtet sogar, als Mann im Frauenteam einen besseren Status einzunehmen. Teilweise wird aber auch den Frauen selbst zugeschrieben, ihre Kompetenzen nicht gut genug zu verkaufen oder sich automatisch, etwa den Ärzten, unterzuordnen.

Edgar Eder erzählt dazu aus seinem Werdegang als Pfleger: *„Natürlich ist es auch meine Erfahrung, wenn man als junger Pfleger in einem Team arbeitet wo nur Frauen sind, dass man da eher verhätschelt*

wird, weil man quasi der Hahn im Korb ist, wo alle Frauen um die 10 Jahre älter sind, die projizieren dann gleich: „ah, mein Burli und so Sachen...“ (Edgar Eder: 11, Pflegeheim) Auch Ivette Iber (Pflegeheim) stellt fest, dass auf einen Mann in einem Frauenteam mehr Rücksicht genommen wird.

Allerdings sind auch Gegenreaktionen zu verzeichnen: Christian Cech etwa hatte zu Beginn seiner Arbeit als mobiler Krankenpfleger mit einem rein weiblichen Team zu kämpfen: *„Auf der Station habe ich es eigentlich lange Zeit als Nachteil empfunden, dass ich ein Mann war. Weil ich das Gefühl gehabt habe, die wollen wirklich unter sich bleiben. Ja, also das war die Frauenrunde. Du bist als Mann, also auch mein zweiter Kollege hat ziemliche Schwierigkeiten gehabt am Anfang, das erste halbe Jahr.“* (Christian Cech: 23, mobile Pflege)

KundInnen bzw. BewohnerInnen räumen männlichen Pflegern in zweierlei Hinsicht eine Sonderstellung ein. Vor allem Frauen freuen sich oft über Männer als Pfleger und bemühen sich ihnen gegenüber mehr um Agilität. Christian Cech aus der mobilen Pflege ist sich dessen bewusst, dass er als Mann bei Kundinnen manchmal Vorteile hat. Männer erreichen mit Charme bei Patientinnen manchmal mehr als dies Frauen möglich wäre. Auch Iris Ilic hat diese Erfahrung schon gemacht: *„Also man kann schon wirklich Frauen aus den Betten rauslocken, wenn ein Mann jetzt zur Pflege kommt“* (Iris Ilic: 5, Pflegeheim). Diese geschlechtsspezifische „Bezugspflege“ kann aber auch in beide Richtungen genutzt werden, wie in einer Männerfokusgruppe angesprochen wird. Auch alte Männer lassen sich durch junge Schwestern besser motivieren, allerdings haben die Heime einen deutlichen BewohnerInnenüberhang. Insgesamt dürften es Männer bei KundInnen und BewohnerInnen aber leichter haben, weil sie eher als Ärzte wahrgenommen und angesprochen werden, während die Schwestern sich oft erst behaupten müssen.

Immer wieder wird in den Gruppendiskussionen von Frauen wie von Männern auch angesprochen, dass manche Kundinnen Männer als Pflegepersonen für Intimpflege ablehnen. Dabei wird allerdings betont, dass es sich hier nur um einen kleinen Teil der Patientinnen handelt. *„Aber das ist einfach die Generation, ich mein, die Frauen die wir da haben, von wie vielen kannst du wirklich sagen, dass sich die vor einem Mann ausgezogen haben, und das ist einfach in denen drinnen, wir müssen das akzeptieren, dass das ältere Leute sind, bei denen ist das manifestiert, die haben ein stärkeres Intimgefühl, ein stärkeres Schamgefühl und das ist ganz logisch, da könnte sich hinstellen wer will.“* (Hannelore Haberl: 5, Pflegeheim)

PatientInnen öffnen sich Frauen gegenüber leichter, weil Frauen eine „mütterliche“ Seite haben. Danka Delic: *„Die vertrauen wieder Frauen mehr als Männern. Sie öffnen sich leichter bei den Frauen als bei den Männern, das ist mein Eindruck.“* (Danka Delic: 7, Pflegeheim) Männer haben ein geringeres Nahe-Verhältnis zu den PatientInnen, vielleicht können sie sich deshalb auch besser abgrenzen als PflegerInnen, wie immer wieder behauptet wird.

Pflegedirektorin Clara Cerny erklärt sich die bessere Abgrenzungsfähigkeit der Männer auch durch das männliche und weibliche Rollenbild in der Gesellschaft: Frauen müssen pflegen können, Männer können sich hier leichter Unterstützung holen weil von ihnen gar nicht erwartet wird, das alles zu können. Außerdem leben die Geschlechter sehr unterschiedliche Selbstverständlichkeiten, wie sie an einem Beispiel aus dem Krankenhaus beschreibt:

„Da haben sie auch eine starke Diskussion z.B. im Krankenhaus, wenn der Reinigungsdienst nicht da ist, wenn der Putzdienst nicht da ist, wenn die Küche nicht da ist, ist es für weibliche Pflegepersonen viel selbstverständlicher diese Dinge zu machen, als für Männer. Weil die Männer relativ bald sagen ‚Ich? Bin nicht zuständig. Sie sollen sich das überlegen, wer das tut!‘.“ (Clara Cerny: 17, mobile Pflege)

Diese unterschiedlichen Zugänge und Herangehensweisen an die Pflegearbeit ermöglichen es Männern eher, sich von der Arbeit, von den PatientInnen und ihren Schicksalen abzugrenzen. Frauen lassen sich

wesentlich stärker vereinnahmen und übernehmen mehr oder minder bereitwillig pflegefremde Tätigkeiten (Geschirr waschen, putzen usw.). Frida Fitz fasst zusammen: „*Und etwas was wir haben und das sind wieder die Frauen, das ist unser Helfersyndrom. Wir sind ja so was von blöd, in unserem Beruf. Weil wir tun ja alles, wir sind für alles zuständig*“ (Frida Fitz: 20, Pflegeheim). Für Gunda Gindl besteht hier großer Handlungsbedarf, wobei es ihrer Meinung nach vor allem darum geht, Frauen eine bessere Selbstorganisation zu ermöglichen und auch einmal „Nein“ zu sagen. „*Also, die Eigenorganisation, da müssen die Frauen viel lernen. Aber dann auch das Organisieren und das Nein sagen. Dass irgendwas aus dem und dem Grund nicht geht. Das können die Männer besser. Heute können Männer nicht baden, weil es ist die Bettenüberprüfung dazu gekommen. Zack. Die Schwester sagt, Na und da sollte ich baden und das muss man auch irgendwie noch schaffen!*“ (Gunda Gindl: 18, Pflegeheim)

Insgesamt werden Frauen und Männern teils sehr unterschiedliche Eigenschaften zugeschrieben. Hier sollen nur einige Beispiele genannt werden:

Frauen sind empathischer und haben mehr Haushaltserfahrung, die in der Pflege auch gebraucht wird. Diese wird von Männern wie Frauen aber auch als perfektionistisch und pingelig erlebt, wenn Frauen in Heimen zusammenräumen und Betten machen. Im Gegensatz dazu werden Männer als sachorientierter oder auch schlampiger erlebt „*...was viele Kolleginnen schon mitbringen, die sagen, das muss unbedingt sauber sein, und das Leintuch muss glatt sein, wo die Männer sagen, das ist wurscht, Hauptsache der Bewohner tut dies oder jenes, der bringt für mich mehr Fachlichkeit hinein.*“ (Ingo Isper: 5, Pflegeheim).

InterviewteilnehmerInnen im Ausbildungsbereich erleben Männer auch als überfordert, ungeschickt und inkompetent. Von Befragten aus Pflegeheimen und mobiler Pflege werden sie hingegen positiver beschrieben: belastbarer und in Konflikten offener und weniger emotional wodurch sich die Zusammenarbeit mit ihnen einfacher gestaltet. Frauen schneiden hingegen schlechter ab, sie werden wenn dann eher mit negativen Attributen wie intrigant und gehässig bedacht. Außerdem sind sie sensibler und nachtragender als Männer, wodurch sich die Zusammenarbeit mit ihnen schwieriger gestaltet.

Frauen werden von Männern oft mit Nettigkeit, Sexualität, Unterordnung, gesteigertem Kommunikationswunsch assoziiert; Männer von Frauen mit körperlicher Stärke, Maschinen und Konfrontation. Die wenigen Pfleger, die tatsächlich am Bett arbeiten, werden von Frauen aber z.B. als „*die femininen Typen*“ bezeichnet, erst etwas abwertend, dann sich selbst korrigierend und positiv deutend („*na, ist ja eh super*“). Es ist also auch die Tendenz bemerkbar, etwas bewusster mit festgeschriebenen Frauen- und Männerbildern umzugehen. Erik Eckl meint dazu, dass Männer in der Pflege anders als andere Männer sind - sie haben „*ein paar Östrogene zu viel*“. Auch Clara Cerny macht die Erfahrung, dass sich die wenigen Männer in ihrer Organisation die weibliche Kultur der gegenseitigen Unterstützung (Vereinbarkeit) und eines stark kommunikationszentrierten Arbeitens übernehmen. Mit ihrer Konfliktstrategie des „auf den Punkt Bringens“ können sich Männer in weiblich dominierten Teams nicht durchsetzen, auch wenn das manchmal besser wäre. Anscheinend fällt das voneinander Lernen nicht immer leicht.

6.1. WOLLEN DIE INTERVIEWPARTNERINNEN MEHR MÄNNER IN DER MOBILEN PFLEGE?

Insgesamt wird das Steigen des Männeranteils in der Pflege befürwortet – es herrscht die Meinung vor, dass generell in der Arbeit gemischtgeschlechtliche Teams besser sind als reine Frauen- oder Männerteams, einerseits für die Zusammenarbeit, andererseits für die PatientInnen. Allerdings besteht bei einigen Frauen die Sorge, dass Männer eher Führungsfunktionen einnehmen würden als Frauen, ein

steigender Männeranteil müsste daher mit einer Sicherung der Chancengleichheit und Vereinbarkeitsoptionen einhergehen. Die Pflegedirektorin Clara Cerny sieht hier aber auch Handlungsbedarf von Seiten der Frauen: sie dürften sich nicht länger als dienende Dazuverdienerinnen verstehen und müssten auch Karriere machen wollen. Sie hofft auf die junge Generation, die teils schon ein anderes Selbstverständnis zeigt.

Pflegedienstleiterin Gunda Gindl ist sogar etwas froh, dass im Moment nicht mehr Männer im Heim beschäftigt sind. Ihrer Meinung nach, „*sind die Frauen noch nicht soweit*“ und müssten noch sehr viel lernen (Gunda Gindl: 7). Gemeint ist damit, dass sie die Beobachtung gemacht hat, dass Frauen freiwillig die höheren Positionen den Männern überlassen. Je höher der Männeranteil werden würde, umso ungleicher würde die Verteilung sein. Andererseits könnte sich durch einen höheren Männeranteil der Sonderstatus, den sie zurzeit innehaben, verändern. Wenn es normal ist, dass auch Männer in pflegenden Berufen sind, dann hört auch „*dieses Anhimmeln unter der Kollegenschaft*“ auf. (Gunda Gindl: 7, Pflegeheim)

Auch der Großteil der befragten Männer wünscht sich mehr männliche Kollegen. In einem männerdominierten Team wie in der Psychiatrie würde Christian Cech aber nicht mehr arbeiten wollen, dort nervt ihn das Macht-Gehabe der Männer. Der einzige, der explizit keine Männer in seinem Team haben will und daher an einem Anstieg des Männeranteils in der Pflege nicht interessiert ist, ist Bruno Binder: „*Ich bin der Hahn im Korb, ich habe 20 Frauen mit denen ich mich irrsinnig gut verstehe, wo es gut funktioniert, und ich habe es als Mann relativ einfach gegenüber einer Frau in meiner Position mit ihnen zu reden. Ich kann meinen Charme spielen lassen, das ist einmal so, auch wenn sie das nicht gern hören, das ist einmal so, zu dem stehe ich auch, genauso wie sie es bei mir einfacher haben, was anderes zu bekommen, sie spielen sich ja auch so.*“ (Bruno Binder: 6, mobile Pflege)

7. Aufstiegsmöglichkeiten / Karriereziele

Unterschiedliche Aufstiegsmöglichkeiten von Frauen und Männern in der Pflege klingen im Kapitel über die Zusammenarbeit von Frauen und Männern schon stark an, wenn Berta Bauer von ihrer Aggression gegenüber Männern im Pflegebereich spricht, weil sie leichter Führungspositionen erreichen. Insgesamt wird festgestellt, dass die wenigen Männer, die im Pflegebereich tätig sind, öfter in leitenden Positionen zu finden sind und diese auch schneller zu erreichen scheinen. Allerdings ist das in der mobilen Pflege und in der Ausbildung stärker Thema als in den Pflegeheimen, obwohl diese zu 94% von Männern geführt werden. Diese kommen jedoch oft nicht aus der Pflege sondern steigen schon auf Führungsebenen in der Verwaltung ein wo für Frauen die Konkurrenz mit Männern sehr stark ist.

7.1. DIE PFLEGE – EIN FRAUENBERUF

Zum Teil werden die ungleichen Aufstiegschancen auf die Kultur eines typischen Frauenberufs, wie die Pflege einer ist, zurückgeführt. *„Frauen waren in der Pflege immer diese dienenden Frauen, die gehegt und gepflegt haben, (...) und wurden den Ärzten beigelegt, als ausführende Organe. Und letztens dünkt es mir so, als würden wir wieder dienen und pflegen. Die Ärzte sind zwar entflocht, aber jetzt haben wir Männer, die uns anleiten.“* (Lotte Libisch: 23, Ausbildung) Frauen scheinen sich nach Angaben einiger DiskussionsteilnehmerInnen im Gegensatz zu Männern weniger vehement für ihre eigenen Anliegen und ihre Aufstiegsmöglichkeiten einzusetzen. *„Eine Frau ist still, wenn sie eine Niederlage erleidet, der Mann würde ins nächste Gremium gehen und sagen: Das ist mein Recht!“* (Ludwig Lempe: 21, Ausbildung) Es werden Beispiele direkter Diskriminierung genannt, in denen sich Frauen für Führungspositionen bewarben und Männer bevorzugt wurden. Sie waren zu wenig informiert (zum Beispiel über die Existenz einer Schlichtungsstelle), um Widerstand zu leisten. *„Wenn das mit einem Mann so passieren würde, wäre die Hölle los!“* (Lola Lehmann: 24, Ausbildung) Hier wird der Bedarf an Informationen deutlich, wobei die Ausbildung eine wesentliche Rolle spielen sollte. So könnten Karriereplanung, Gender Mainstreaming und Möglichkeiten, sich gegen Diskriminierungen zu wehren, in den Lehrplan aufgenommen werden.

Einige InterviewpartnerInnen vermuten aber auch, dass Männer einen stärkeren Willen zur Karriere haben als Frauen. Ingo Ispert (Führungskraft, Pflegeheim) ortet vor allem in der Pflege Frauen, die helfen aber nicht führen und Verantwortung übernehmen wollen. Hanna Haas (Führungskraft, Pflegeheim) ist auch insofern pessimistisch als sie bei jüngeren Kolleginnen nicht mehr Karrierewillen erlebt als bei älteren. Der Grund dafür könnte sein, dass Frauen lieber an der Basis arbeiten wollen. Ina Idinger (Pflegeheim) bringt es auf den Punkt, wenn sie sagt, dass die Entscheidung Krankenschwester zu werden eine Entscheidung für die Arbeit mit Menschen sei und je weiter man aufsteigt desto weniger arbeite man mit Menschen. Deshalb bemüht sich Hanna Haas als Stationsleiterin darum, die Pflegearbeit am Bett auch noch mitzuerleben. Denn nur so, meint sie, kann sie die Probleme ihrer MitarbeiterInnen verstehen. Dora Dobrowa (Stationsleiterin, Pflegeheim) ist die einzige interviewte weibliche Führungskraft, die der Meinung ist, dass Frauen und Männer die gleichen Aufstiegschancen haben und Karriere auch gleichermaßen anstreben.

In krassem Gegensatz dazu stehen Frauen, wie sie Gitta Götz beschreibt: *„Manche wollen nur dazuverdienen, eben Teilzeit, das ergibt sich eben da, dass sie ein paar Stunden arbeiten, und wollen da gar nicht weiß Gott wie einsteigen, sondern machen ihre Stunden, haben einen Zusatzverdienst, es ist ein gesicherter Arbeitsplatz.“* (Gitta Götz: 5, Pflegeheim)

7.2. VEREINBARKEIT VON BERUF UND FAMILIE

Das führt zu einem weiteren wesentlichen Grund der oft angeführt wird wenn es um mangelnde Aufstiegschancen der Frauen in der Pflege geht: die Vereinbarkeit mit der Familie. Birgit Beer (mobile Pflege) z.B. stellt die Vermutung an, dass Frauen, die Kinder haben wollen, einfach nicht die Zeit und Kraft investieren können um gewisse Positionen zu erreichen. Sie müssen sich immer noch zwischen Familie und Berufskarriere entscheiden. Hanna Haas (Stationsleiterin, Pflegeheim) nimmt sich selbst als Beispiel. Sie wollte schon immer eine Führungsfunktion, umgesetzt hat sie den Plan aber erst als die Kinder schon etwas größer waren. Und als ihr die zweite Stationsleitung angeboten wurde hat sie zugunsten der Kinder abgelehnt. Tendenziell muss man sich zwischen Karriere und Familie entscheiden, beides gleichzeitig geht nicht, ist sie der Meinung. Allerdings sieht Hanna Haas für die jüngere Generation auch Verbesserungspotenziale: Ihr Mann wäre nie und nimmer in Karenz gegangen, aber heute gibt es Väter, die das sehr wohl tun. Darin sieht Hanna Haas eine Chance für Frauen, sich mehr auf den Beruf zu konzentrieren.

Problematisch wird in Bezug auf gleiche Aufstiegschancen aber auch gesehen, dass Männer nach wie vor bevorzugt werden, weil sie weder Kinder bekommen noch Ausfälle auf Grund familiärer Verpflichtungen haben. Außerdem werden – auch von Männern - fehlende Kinderbetreuungsplätze beklagt.

7.3. WEIBLICHE FÜHRUNGSKRÄFTE UND IHRE ERFAHRUNGEN

Was berichten die interviewten weiblichen Führungskräfte von ihren eigenen Karrierewegen und ihren Erfahrungen? Anita Amon (mobile Pflege) hat schon bei ihrem Einstieg in die mobile Pflege artikuliert, dass sie an Aufstieg interessiert ist:

„...und ich hab das auch damals gleich deponiert, wenn ich in der Hauskrankenpflege beginne, möcht' ich in absehbarer Zeit eine Leitung übernehmen, damit ich meine Vorstellungen auch entwickeln kann.“
(Anita Amon: 3)

Sie hatte das große Entwicklungspotenzial der mobilen Pflege erkannt und wollte es mitgestalten. Sie hat aber in ihrer Laufbahn in der Pflege auch erkannt, dass Aufstieg für Frauen, die Kinder bekommen, nie so geradlinig verläuft wie für Männer. Männer konzentrieren sich viel stärker auf ihre berufliche Entwicklung, sind zielstrebig und werden dabei von Ehefrauen unterstützt, die sich großteils um die Kinder kümmern. Diese Wahrnehmung bestätigt auch Clara Cerny und betont daher die Wichtigkeit einer umfassenden Kinderbetreuung um für Frauen Rahmenbedingungen zu schaffen, Karriere zu machen.

So zielstrebig wie beispielsweise Anita Amon waren nicht alle interviewten weiblichen Führungskräfte. Manchen ist der Aufstieg mehr passiert als dass sie ihn aktiv angestrebt haben. Für Dora Dobrowa ergab sich der Posten als Stationsleiterin durch Umstrukturierungen im Heim, Frida Fitz und Hanna Haas wurden von ihren Vorgesetzten gebeten, sie zu vertreten. Manche der Frauen hatten in ihrem Werdegang mit teils massiven Anfeindungen zu kämpfen, bzw. mussten sich durchsetzen um Akzeptanz zu erreichen. Besondere Probleme mit Männern hatten sie dabei nicht, nur einmal wird erwähnt, dass ein Pfleger mit Migrationshintergrund eine Frau als Vorgesetzte nicht akzeptieren wollte.

7.4. DIE SICHT DER MÄNNER

Die interviewten Pfleger und männlichen Führungskräfte identifizieren das Problem ungleicher Aufstiegschancen nicht. Bruno Binder (mobile Pflege) – selbst in einer Führungsposition mit 50 Frauen unter sich – meint, solange Männer auch in Führungspositionen in der Minderheit sind, sei

Chancengleichheit gegeben. In seiner Organisation ist die oberste Führungsspitze mit 50% Männern besetzt, die die beiden zentralen Posten Geschäftsführer und Prokurist bekleiden. Clemens Christ (mobile Pflege) ist der Meinung, es gäbe bezüglich Aufstiegschancen keinerlei Unterschiede zwischen Frauen und Männern, man müsse einzig die nötigen Schulungen absolvieren und Eignung und Aufstiegswillen mitbringen.

Aber genau dieses Absolvieren der nötigen Schulungen ist für manche Pflegekräfte im niedriger qualifizierten Pflegebereich ein Problem. Will man als AltenfachbetreuerIn und PflegehelferIn aufsteigen, muss man zuerst diplomieren. Dazu ist eine dreijährige Ausbildung nötig. Frauen betrifft diese Hürde häufiger als Männer, da sie in der Pflege generell niedriger qualifiziert sind – vor allem wenn sie wie Agnes Alt (mobile Pflege) Alleinerzieherinnen sind. Eine Höherqualifizierung müsste nach dem Modell der Pflegestiftung ausgebaut werden.

Christian Cech (mobile Pflege) kann mitunter als Beispiel für die angesprochene Zielstrebigkeit der Männer im Pflegebereich gelten. Bald nach seinem Eintritt in die mobile Pflege hat er sich Wundmanagement als Spezialgebiet ausgesucht, sich weitergebildet und engagiert sich nun, in diesem Bereich KollegInnen weiterzubilden und zu beraten. Außerdem hat er ein Pilotprojekt zum Thema mit einem Krankenhaus initiiert. In absehbarer Zukunft rechnet er mit einer Stabstellenfunktion und plant auch schon eine 2-jährige Universitätsausbildung zum Pflegeberater. Damit entspricht er dem Bild der Männer in der Pflege, die um Aufstieg bemüht sind und sich inhaltlich eher spezialisieren. Solche Spezialisierungstendenzen zeigt keine der interviewten Frauen.

Insgesamt kann für die Pflege gesagt werden, dass, auch wenn die wenigen Männer beim Aufstieg auf der Karriereleiter bevorzugt werden, Frauen doch relativ gute Karrierechancen haben, da der Bereich so frauendominiert ist. Clara Cerny (mobile Pflege) erlebte auf ihrem Weg zur Pflegedirektorin beispielsweise nie männliche Konkurrenz. Steigt der Männeranteil in der mobilen Pflege jedoch, besteht hier ein Gefahrenpotenzial für Frauen, wenn sich an den Strukturen nichts ändert.

7.5. CHANCENGLEICHHEIT IN DEN ORGANISATIONEN

Strategien zur Umsetzung von Chancengleichheit sind in der Pflege in Niederösterreich nicht weit verbreitet. Vermutlich besteht oft kein Bewusstsein, dass es auch in einem typischen Frauenberuf zu Diskriminierungen kommen kann. Karriereförderung für Frauen ist unseren InterviewpartnerInnen in den Pflegeheimen, der mobilen Pflege und der Ausbildung nicht bekannt.¹⁴ Aber man bemüht sich um Förderung durch Weiterbildung, die oft auch gesetzlich verpflichtend ist. Daher gab es noch keine geschlechtsspezifischen Analysen über die Inanspruchnahme.

In der mobilen Pflege bemühen sich die Träger, den Frauen mit Arbeitszeitflexibilisierung entgegen zu kommen, damit Kinderbetreuung besser organisiert werden kann. Dienstpläne werden auf Beginnzeiten der Kindergärten und Schulen abgestimmt, das Verständnis für Pflegeurlaube ist groß, die Mitsprache bei der Dienstplangestaltung ist gegeben. Dass die zeitliche Vereinbarkeit von Beruf und Familie gut klappt, ist aber nicht zuletzt zum Großteil der Verdienst der Frauen, die in der mobilen Pflege arbeiten, die bereitwillig füreinander einspringen.

In den Pflegeheimen werden Maßnahmen zur Umsetzung von Chancengleichheit wenn dann nur auf individueller Ebene der interviewten Führungskräfte beschrieben, wenn diesen an Chancengleichheit von Frauen und Männern gelegen ist. Gunda Gindl (Führungskraft, Pflegeheim) hat sich beispielsweise viel darüber geärgert, dass Männer leichter auf der Karriereleiter vorankommen als Frauen. Heute bemüht sie

¹⁴ Das Frauenförderprogramm des Landes Niederösterreich richtet sich an die Verwaltungsebene der Pflege, die in dieser Studie nicht interviewt wurde.

sich darum, Frauen für Führungsaufgaben zu finden: „...wobei ich nie aufhören werde, dass ich sage, ich werde immer versuchen Frauen zu was zu bewegen, überhaupt vor allem, wenn es Frauen sind von meiner Generation, weil die dies noch weniger können.“ (Gunda Gindl: 15)

Indirekt spricht sie hier eine Erfahrung an, die auch Ingo Isper als Pflegedienstleiter in einem Pflegeheim macht. Wenn er Führungspositionen nachbesetzen will, fragt er zunächst hausintern bei kompetenten Kolleginnen an. Oft ist es aber sehr schwierig, sie zu motivieren, Verantwortung zu übernehmen und eine Führungsfunktion einzunehmen.

8. Problemfelder und Lösungsansätze in Pflegeheimen

8.1. PROBLEMFELDER IN PFLEGEHEIMEN

Die Problemfelder und Belastungen, die im Rahmen der Fokusgruppen und Interviews mit den Führungskräften in Pflegeheimen diskutiert wurden, sind vielfältig. Manche hängen mit der spezifischen Situation im betreffenden Pflegeheim zusammen, andere werden in mehr oder weniger starker Ausprägung von allen GesprächspartnerInnen gleichermaßen genannt. Diese lassen sich folgenden vier Bereichen zuordnen:

- Psychische Belastungen (Burn-Out, große Verantwortung, Konflikte mit Angehörigen oder PatientInnen, zunehmender Druck von außen) und fehlende Abgrenzung
- Zunehmender Leistungs- und Zeitdruck (Einsparungen, Pflegeschlüssel, Fremdtätigkeiten, Bürokratisierung)
- Unregelmäßige Arbeitszeiten und schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- körperliche Belastungen, zum Teil verstärkt durch einen Mangel an technischen Hilfsmitteln

Psychische Belastungen

Aufgrund des in der Regel länger dauernden Kontaktes der PflegerInnen zu den zu betreuenden BewohnerInnen entwickelt sich zumeist eine persönliche Beziehung, was - im Vergleich zur Arbeit im Krankenhaus oder auch der mobilen Pflege – als Vorteil und auch Bereicherung erlebt wird. Umso schwieriger ist es jedoch, deren Leiden und Sterben mit ansehen zu müssen „... *man hängt an dem Menschen...man ist in solchen intimen Bereichen, wo du wirklich jede Falte kennst, und auch ihn selber oft Jahre begleitest, wo es einem wirklich nicht egal ist wenn er stirbt...*“ (Hannelore Haberl: 12). Als sehr belastend wird dabei die eigene Hilflosigkeit erlebt, denn zumeist können nur Schmerzen gelindert, aber keine wirkliche Heilung oder Verbesserung erreicht werden. Umso wichtiger ist es daher, sich abzugrenzen und eine Distanz zum Beruf bzw. zu den BewohnerInnen zu bekommen. Das scheint Männern zum Teil besser zu gelingen als Frauen, da bei Frauen das „Helfersyndrom“ stärker ausgeprägt scheint: „*Das sind wirklich diese hilfsbereiten Frauen, die in der ganzen Umgebung daheim auch alle sehr helfend sind. Und da herinnen auch noch. Und Freizeit und dieses alles nicht machen.*“ (Gunda Gindl: 17)

Als erschwerend wird erlebt, dass die psychische Betreuung der BewohnerInnen nicht auch entsprechend anerkannt und bewertet wird. Bei der Berechnung des Pflegeschlüssels ebenso wie bei der Pflegegeldeinstufung stehen körperliche Defizite im Vordergrund. „*Das körperliche Defizit steht im Vordergrund und das psychische wird überhaupt nicht gesehen, oder ist in der Bewertung nicht vorhanden*“ (Iris Ilic: 9). Die oftmals vorhandenen psychischen Probleme, insbesondere bei desorientierten, dementen oder aggressiven PatientInnen, werden hingegen nicht entsprechend bewertet. Für das Pflegepersonal stellen aber gerade diese BewohnerInnen eine besondere Belastung dar. BewohnerInnen, die weglaufen, schreien oder verwirrt sind, erfordern nicht nur viel Zeit, Geduld und Verständnis, sie gehen auch an die Substanz. Einerseits gelingt es nicht immer, die notwendige Toleranz sowie das entsprechende Verständnis aufzubauen und die eigene persönliche Situation in den Hintergrund zu stellen, vor allem nach einem längeren Dienst von 2-3 Tagen. Andererseits steigt die ohnehin schon hohe Verantwortung des diplomierten Personals während der Nachtdienste, wenn sie

bspw. ihre Station wegen solcher BewohnerInnen verlassen müssen, um auf einer anderen einzuspringen.

Wird jedoch die psychische Betreuung der BewohnerInnen in den Pflegeschlüssel einbezogen, bedeutet dies eine Tarifierhöhung für die Angehörigen, die oft nicht leistbar ist. Insofern wäre notwendig, die psychische Betreuung der BewohnerInnen bei der Pflegegeldeinstufung zu berücksichtigen.

In allen Fokusgruppen, aber auch bei den Interviews mit den Führungskräften wurde auf dieses Problem hingewiesen. Vielen diplomierten Kräften machen die Verantwortung während der Nachtdienste und die zum Teil fehlende Unterstützung seitens der Ärzte stark zu schaffen. Neben der knappen Personalausstattung, *„...ich habe im Nachtdienst ein Pflegepersonal für 40 Bewohner, auf der zweiten Station ebenfalls einer für 40 Bewohner, auf einer Station ist es ein Diplomierter, auf der anderen Station ein Pflegehelfer. Es ist immer ein Diplomierter für 80 Leute verantwortlich, und das ist schon eine Belastung“* (Hanna Haas: 16), ergibt sich eine weitere Schwierigkeit daraus, dass die diplomierten Fachkräfte auch für BewohnerInnen verantwortlich sind, die nicht ihrer Station angehören, deren Krankengeschichten sie also nur oberflächlich kennen. In kritischen Situationen bleibt keine Zeit, um sich noch einzulesen, Entscheidungen müssen dann rasch getroffen werden. Abgesehen vom hohen Stressfaktor kommt hier auch die Frage der Haftung hinzu. Ein Betriebsrat weist in diesem Zusammenhang auf die ihm gegenüber geäußerten Ängste des Personals hin, die es zu klären und ernst zu nehmen gilt: *„...kann ich im Nachtdienst eine Station verlassen, um auf die nächste zu eilen? Wenn aber etwas passiert, gibt es ein Haftungsproblem“* (Friedbert Falk: 14).

Neben der Auseinandersetzung mit schwierigen BewohnerInnen kommen auch Konflikte mit Angehörigen hinzu, die viele PflegerInnen als sehr problematisch erleben. Oftmals haben diese ein schlechtes Gewissen, weil sie Familienmitglieder nicht selbst pflegen (können) und stellen mitunter unmöglich zu erfüllende Anforderungen an das Heim bzw. das Pflegepersonal. *„...die verlangen mehr Pflege, sie zahlen ja auch viel, nicht, und das wird den Bewohnern und den Angehörigen auch bewusst dann, dass sie das ruhig verlangen können, und wenn das nicht erbracht wird, dann können sie auch irgendwo hingehen. Und die Qualitätsanforderungen an und für sich, das Level steigt auch, weil man muss alles beweisen dass man es eh richtig gemacht hat.“* (Gitta Götz: 7). Andere wiederum akzeptieren bestimmte Pflegekräfte nicht oder wenden sich selbst bei Kleinigkeiten direkt an die Heimleitung. Diese hat jedoch zumeist wenig Einblick in den Pflegealltag, wodurch zum Teil Zusagen gemacht werden, die nur schwer eingehalten und umgesetzt werden können. Das Pflegepersonal erlebt sich hier in einer Art „Sandwich-Position“, also einerseits gefordert zu sein, die Anforderungen von oben (aus der Verwaltung, der Politik etc.) zu erfüllen und andererseits den Wünschen und Forderungen von unten (Angehörige der BewohnerInnen) gerecht zu werden, wird als sehr belastend empfunden. Eine gute und qualitätsvolle Pflege kann nur gelingen, wenn die Angehörigen miteinbezogen werden und die Verantwortung für die Pflege bei den Fachkräften verbleibt: *„Man würde vielen Diskussionen oder Konflikten aus dem Weg gehen, wenn man die Pflege dorthin stellt wo sie hingehört und den Angehörigen auch sagt: ‚Wenden Sie sich an die qualifizierte Pflegeperson, oder wenden Sie sich an die Pflegedienstleitung‘. Pflege ist Pflege, solange Pflege bei anderen, von anderen... solange die Verwaltung da noch in der Pflege mitspricht wird sich da nie was ändern“* (Gerti Gabler: 20).

Aufgrund der Vielfalt an psychischen Belastungen sind die Pflegekräfte auch vermehrt von Burn-Out bedroht. Dies trifft jüngere, aber in noch stärkerem Ausmaß ältere PflegerInnen, *„weil ich muss wirklich sagen, wenn ich jetzt 30 Jahre nur mit Alten, Gebrechlichen, Sterbenden, Dementen arbeite, ja, da gibt es nix anders, als dass man irgendwo ausgebrannt ist, umlegt, abschaltet und das nur mehr irgendwie macht und sich nimmer engagiert“* (Gunda Gindl: 23). Doch die Inanspruchnahme von Krankenstand, um sich bspw. von Burn-Out-Symptomen zu erholen, erzeugt neuen Druck. So müssen KollegInnen

einspringen, um den Ausfall abzufangen, was deren Arbeitsbelastung erhöht. Gleichzeitig stellt dieses Wissen um die erhöhte Beanspruchung von KollegInnen die erkrankten Pflegekräfte vor das Dilemma, nicht noch eine zusätzliche Belastung sein zu wollen. Für einige der interviewten Pflegekräfte ein Teufelskreis, aus dem es keinen wirklichen Ausweg gibt. *„Wenn ich jetzt in Krankenstand gehe, gehen zwei, drei Kollegen statt mir arbeiten. Ich kenne genug die ein schlechtes Gewissen haben, weil sie mit 40 Fieber zu Hause liegen, die Antibiotika schlucken und trotzdem in Dienst kommen, weil sie diese Belastung psychisch nicht aushalten, dass Kollegen nachher angefressen sind weil sie statt mir in ihrer Freizeit arbeiten müssen.“* (Edgar Eder: 14)

Als ein Faktor, der in zunehmendem Maß auch zur psychischen Belastung wird, werden Angriffe seitens der Medien oder der Öffentlichkeit wahrgenommen. Häufig im Zusammenhang mit Skandalen werden Missstände angeprangert, das Pflegepersonal kritisiert und als wenig kompetent beurteilt. Pflegedienstleiterin Frida Fitz hat die Erfahrung gemacht, dass die Pflegekräfte aufgrund dieser Berichterstattung Angst bekommen, Fehler zu machen. Und wenn tatsächlich Fehler passieren, dann haben sie Angst keine Unterstützung zu bekommen und ihren Job zu verlieren.

Auffällig in der Diskussion um die psychischen Belastungen war, dass es bei vielen InterviewpartnerInnen weniger die BewohnerInnen selbst waren, die diese verursachen oder auslösen, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen verantwortlich gemacht werden. Ein wesentlicher Punkt ist dabei der zunehmende Leistungs- und Zeitdruck, der hier verstärkend wirkt.

Zunehmender Leistungs- und Zeitdruck (Einsparungen, Pflegeschlüssel, Fremdtätigkeiten, Bürokratisierung)

Als eine starke Belastung in der Pflegearbeit wird von fast allen InterviewpartnerInnen der zunehmende Zeit- und Leistungsdruck genannt. Dieser begründet sich nach Meinung der InterviewpartnerInnen einerseits in Einsparungsmaßnahmen und andererseits in einer Zunahme von Fremdtätigkeiten sowie vermehrter Dokumentationspflicht. Auffällig ist hierbei, dass die Pflegedokumentation häufig als pflegefremde Tätigkeit erlebt wird, obwohl sie eigentlich zentraler Bestandteil der Pflege ist. Gleichzeitig steigen die Anforderungen, welche von Angehörigen und BewohnerInnen, aber auch von Heimleitungen an die Pflege herangetragen werden. Außerdem sind BewohnerInnen heute häufig stärker pflegebedürftig, wenn sie ins Pflegeheim kommen, da viele so lang wie möglich zu Hause wohnen möchten. Die Zeit für die Bezugspflege sowie die Arbeit mit den BewohnerInnen verringert sich dadurch. Viele PflegerInnen befürchten eine Abnahme der Pflegequalität, was zu einem weiteren Imageverlust und mangelnder öffentlicher Anerkennung führen kann. Trotz stetiger Personalsteigerung in den Heimen wird der Druck, der auf dem Pflegepersonal lastet, von den Beschäftigten als Folge einer Unterbesetzung bzw. eines Personalmangels wahrgenommen.

Edgar Eder stellt fest, dass seit Ende der 1990er Jahre eine starke Tendenz in Richtung Rationalisierung und Kürzung von Ressourcen zu verzeichnen ist. *„Ich kann mich erinnern wie ich begonnen habe 95, da war es gang und gebe, dass vier Tagdienste, mit Schülern und Zivildienern also bis zu sechst oder siebent für 30 Bewohner [zuständig waren]. Heute machst du das ganze mit der Hälfte, und das nach 10 Jahren...“* (Edgar Eder: 7). Emil Eicher ergänzt, dass nicht nur am Personal, sondern auch bei Material oder der Quadratmeterzahl pro Bett gespart wird. Wo früher nur zwei Betten pro Zimmer stehen durften, wird mittlerweile auch ein drittes eingeschoben.

Ivette Iber belastet der Zeitdruck der zusätzlich durch die knappe Berechnung des Pflegeschlüssels entsteht. Die Berechnung erfolgt leistungsbezogen, es wird nach Minuten abgerechnet, unabhängig davon über wie viel Arbeitserfahrung die jeweilige Pflegekraft verfügt oder wie hoch der Arbeitsaufwand tatsächlich ist. Die Bemessung erfolgte auf Basis von Erhebungen in verschiedenen

Heimen und wurde seitens der Landesverwaltung in Auftrag gegeben. Für Ivette Iber lässt dieser Ansatz aber wichtige Aspekte der Bezugspflege, die für eine Mobilisierung oder Stabilisierung von BewohnerInnen notwendig sind, außer acht: *„Der kann nicht mehr essen, das Geld kommt, und dass der vielleicht wen braucht, weil er sich psychisch nicht wohl fühlt, und dass du da sehr viel Zeit investieren musst, dass es dem gut geht, das ist uninteressant. Wenn du das tust, dann schau, dass du mit deiner Zeit zurecht kommst, und es wird nicht bewertet und wird auch nicht positiv gesehen“* (Ivette Iber: 9). Auch Franz Fischer ist ähnlich wie Erik Eckl der Meinung, dass Zeiten für Gespräche mit BewohnerInnen oder das Eingehen auf persönliche Bedürfnisse zu kurz kommen. Einig sind sich die InterviewpartnerInnen darin, dass es gerade diese Tätigkeiten sind, die die Qualität in der Pflege ausmachen und dass Kürzungen unter Umständen Tendenzen in Richtung „satt und sauber“ verstärken könnten.

Einige InterviewpartnerInnen sehen in diesem Zusammenhang auch die Pflegegeldeinstufung durch Ärzte und Ärztinnen als problematisch. Zwar verfügen diese über die notwendigen medizinischen Kenntnisse, sie haben in der Regel jedoch kaum Erfahrung oder Wissen darüber, wie viel Pflegeaufwand mit bestimmten Erkrankungen tatsächlich verbunden ist. Gitta Götz merkt an, dass Ärzte und Ärztinnen wenig Ahnung haben, wie beispielsweise mit dementen BewohnerInnen umzugehen ist und wie viel Zeit ihre Pflege in Anspruch nimmt: *„Auch das Auseinanderklaffen mit dem System der Pflegegeldeinstufung, weil die Bewohner wo wir den meisten Aufwand haben, diese unruhigen, wo man ein paar mal auch bis auf die Strasse nachrennen muss, man suchen muss, da haben wir keine Chance. Einstufen tut ein Arzt, der von der Pflege keine Ahnung hat, sag ich jetzt einmal brutal, weil der ist fünf Minuten da und der kann das niemals einschätzen“* (Gitta Götz: 9)

Da die Einstufung des Pflegegeldes mit dem Personalschlüssel korrespondiert, verstärkt eine knappe Berechnung wiederum den Zeitdruck für die Beschäftigten in der Pflege. Dies bringt insbesondere bei Krankenständen aber auch in Zeiten von Krankheitsepidemien (z.B. Durchfallserkrankung) Probleme, da KollegInnen einspringen müssen *„...die Freizeit wird immer weniger, wenn man öfter in Dienst kommen muss, wird man öfters krank, dadurch müssen die gesunden wieder mehr arbeiten, dann werden die wieder krank...“* (Franz Fischer: 11). Die Zusammenarbeit im Team ist hier wesentliche Voraussetzung, um die Anforderungen zumindest einigermaßen meistern zu können. Diese scheint vielfach gut zu funktionieren und wird von vielen als ein großer Pluspunkt der Arbeit hervorgehoben.

Darüber hinaus erhöht auch der zunehmende Anteil an Fremdtätigkeiten den Zeit- und Leistungsdruck für die Beschäftigten. Mit Fremdtätigkeiten sind einerseits Arbeiten gemeint, die unmittelbar mit den BewohnerInnen zusammenhängen, wie Medikamentenbestellungen, Telefonate mit Apotheken, Krankenhäusern, Kommunikation mit Ärzten oder Gebietskrankenkassen usw. Diese müssen ebenso vom Pflegepersonal, in der Regel der Stationsleitung, erledigt werden. Hinzu kommt die gestiegene Dokumentationspflicht, welche Pflegezeit verringert, jedoch nicht auch den tatsächlichen Arbeitsaufwand für die Pflege. Gitta Götz stellt dazu fest, *„Wenn man nur im Sinne hätte, dass es dem Bewohner gut geht, dann wäre das eigentlich ein Leichtes (lacht), den Personalstand gerade wirklich gut so hinzukriegen. Aber alles was noch dazukommt, das nimmt alles eigentlich dem Bewohner was weg, man hat den Eindruck, ich komme zu meinen Bewohnern auf der Station nicht mehr.“* (Gitta Götz: 7).

Bei einigen PflegehelferInnen kommt hinzu, dass sie laut ihrer Stellenbeschreibungen neben der Pflege ebenso für Putz- und Reinigungsarbeiten zuständig sind. Gundi Gießner erläutert, dass in ihrem Haus das Reinigungspersonal nur für Fenster und Böden zuständig ist. Alle anderen Arbeiten (3wöchige komplette Bettenreinigung, Betten überziehen, Kästen reinigen usw.) obliegen den PflegehelferInnen. Sie fühlt sich mit all diesen zusätzlichen Aufgaben stark überlastet und ihr geht die Zeit für die Betreuung der BewohnerInnen ab.

Wie bereits angedeutet, ist auch die Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht deutlich mehr geworden. Manche InterviewpartnerInnen sprechen bereits von überbordender Bürokratie, einem „Papierkrieg“. In den meisten Heimen hat die Umstellung auf eine EDV-unterstützte Dokumentation bereits begonnen, jedoch erfordern Einschulungen, Anlernen und das Kennen lernen des Systems einiges an Zeit, welche nicht zur Verfügung steht. Zwar wird die Umstellung zumindest teilweise als längerfristig positiv gesehen, im Moment erscheint die Bedienung vielen aber noch als aufwändig und mühsam und es wird bezweifelt, dass der Arbeitsaufwand dadurch weniger werden könnte. Viele rechnen mit einem Zeitraum von bis zu 3 Jahren, bis das neue System reibungsloser funktioniert und eventuell Arbeitserleichterungen sichtbar werden. Als Vorteil einer konsequenten Verschriftlichung und Dokumentation sehen einige InterviewpartnerInnen in der Möglichkeit besser mit Haftungsproblemen umgehen zu können, da zukünftig Aufzeichnungen und somit Nachweise rascher verfügbar sind.

Unregelmäßige Arbeitszeiten und schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Der hohe Zeit- und Leistungsdruck hat natürlich auch Konsequenzen für die ohnehin schon schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die unregelmäßigen Dienste mit Feiertags-, Nacht- oder Weihnachtsarbeit werden insbesondere im Hinblick auf eine zukünftige Familienplanung als problematisch gesehen. Auf die Frage, ob der Beruf nun familienfreundlich sei, findet sich keine einheitliche Linie, da dies sehr situationsabhängig ist.

Für Ida waren die Nacht- und Wochenenddienste eine große Belastung als ihre Kinder noch klein waren. Stationsleiterin Dora Dobrowa erzählt von Kolleginnen, die aufgrund der unregelmäßigen Arbeitszeiten Probleme in der Familie haben. Die Partner müssen dadurch zusätzliche Aufgaben im Haushalt übernehmen, was nicht immer auf Verständnis oder gar Unterstützung stößt. Dora Dobrowa ist der Meinung, dass Frauen viel eher als Männer mit diesen Schwierigkeiten konfrontiert sind, da sie immer noch für Haushalt und Kinder hauptverantwortlich sind. Franz Fischer nimmt sogar an, dass in Pflegeberufen eine der höchsten Scheidungsraten vorherrscht.

Gleichzeitig werden von vielen Beschäftigten aber die 12-Stunden gegenüber den 8-Stunden-Diensten bevorzugt. Ebenso werden 2-Tages-Dienste zum Teil auch nicht als großes Problem angesehen, da es den Beschäftigten ermöglicht, freie Tage zum Entspannen zu haben und sie nicht jeden Tag ins Heim fahren müssen. Ein Vorteil, der immer wieder angesprochen wird, denn für viele ist es kaum vorstellbar, fünf Tage in der Woche jeweils für 8 Stunden im Heim zu sein. Die Pausen zwischen den langen Diensten werden sehr geschätzt, da sie Zeit für Regenerierung, für Freizeitaktivitäten aber auch Zeit für Familie und Kinder bieten.

Der Haken allerdings ist, dass diese Freizeit nicht immer auch unbeschwert genossen oder verplant werden kann. Gunda Gindl weist darauf hin, dass die Beschäftigten jederzeit angerufen werden können und für erkrankte KollegInnen einspringen müssen. *„Das ist auch so eine Sache, was das Allerbelastendste ist, das Einspringen müssen. Dass sie angerufen werden in der Freizeit, dass sie sich nicht darauf verlassen können, jetzt habe ich einfach meine drei Tage frei, oder so, sondern dass sie immer damit rechnen müssen, dass angerufen wird, dass wer einspringen muss“* (Gunda Gindl: 21). Sie hält es für wichtig, dass diese Einspringerdienste finanziell besser abgegolten werden. *„Ich sage jetzt bei einer 40-Stunden-Kraft, die kriegt 1,5 Zeitausgleich. Also, wenn sie 12 Stunden einspringt, kriegt sie 18 Stunden geschrieben. Wenn es aber die Teilzeitkraft ist, kriegt sie einfach die normalen Stunden. ... Und nachdem aber meistens Teilzeitkräfte zum Einspringen da sind, weil die 40-Stunden-Kräfte ohnedies so ausgelastet sind, ist es eigentlich keine Abgeltung. Und ich glaube einfach, dass da irgendein zusätzlicher Urlaub... die meisten wollen ja ihre Freizeit haben, ja.“* (Gunda Gindl: 21).

Abgesehen von den unregelmäßigen Dienstzeiten werden außerdem arbeitsintensive Tageszeiten – am Morgen, zu Mittag - als belastend erlebt:

Körperliche Belastungen

Die körperliche Anstrengung und Belastung durch Pfl egetätigkeiten wurde in allen Fokusgruppen und ExpertInneninterviews thematisiert. Allerdings zeigten sich hier klare Unterschiede zwischen Frauen und Männern, ebenso wie zwischen Heimen mit guter oder ungenügender Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln. Private Pflegeheime scheinen eher schlecht ausgestattet zu sein, in den meisten der LPPH gab es eine grundsätzliche Zufriedenheit mit der technischen Infrastruktur. Kritisiert wurden allerdings die lange Antrags- und Bewilligungsphase sowie die bürokratischen Hürden und Wartezeiten. Edgar Eder erläutert das am Beispiel der Anschaffung eines neuen Lifters: *„Wenn du heuer einen Antrag stellst, also 2006 kommst du drauf, ich hab solche schweren Pflegefälle, der alte Lifter macht es nicht mehr, wir brauchen einen neuen, wird das einmal für 2007 ins Budget hinein genommen. Dann wird 2007 der Antrag gestellt, ob das eh budgetiert wird, und dann wird es abgelehnt, dann kannst du warten bis frühestens 2008, ob das überhaupt bewilligt wird.“* (Edgar Eder: 25)

Aufgrund der Tonnen, die tagtäglich von den Pflegekräften bewegt werden, haben viele Beschäftigte Rückenbeschwerden. Ingo Isper meint, dass er keine KollegInnen über 45 Jahren kennt, die keine Kreuzschmerzen haben. Für Gabi Gruber verstärkt sich die körperliche Belastung extrem, wenn Arbeiten, die normalerweise zu zweit gemacht werden, alleine zu machen sind. Sie hat danach meist mit starken Kreuzbeschwerden zu kämpfen, wodurch ihr Pflegealltag nicht einfacher wird.

Da in den Fokusgruppen nur wenige ArbeitnehmerInnen im Alter über 50 Jahren vertreten waren, war die Frage, wie ältere Pflegekräfte, mit zum Teil erheblichen berufsbedingten gesundheitlichen Problemen (z.B. Abnützungen des Bewegungsapparats), ihren Aufgaben noch adäquat nachkommen sollen, nur vereinzelt Thema. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich diese Problemstellung verschärfen wird, wobei sich Karenz- und Familienzeiten für Frauen besonders nachteilig auswirken können: *„Inzwischen, weil ich die lange Kinderpause gehabt habe, muss ich wirklich bis 60 im Beruf bleiben, und ich muss sagen es ist sehr schwer, also man kämpft dann schon auch mit dem Alter, überhaupt die rasante Entwicklung jetzt. Ich hab schlaflose Nächte, ich sag es ganz ehrlich.“* (Gitta Götz: 2)

Für Gunda Gindl erscheint es unmöglich, dass 60- oder 65jährige ArbeitnehmerInnen aktiv in der Pflegearbeit tätig sind. *„Weil alle die so um die 50 sind, haben Probleme mit den Bandscheiben, alle, wage ich zu behaupten, im gesamten Bewegungsapparat, also wirklich man kann sagen, alle... Es sind die Leute, die gut 50 sind, so ab 55, da merkt man, die haben abgeschlossen, die sind psychisch so, da gibt es nur mehr eines, hoffentlich kann ich bald gehen, die nutzen von Krankenstand bis Kur alles aus. Die können nimmer, das hat mit arbeiten wollen oder was nichts mehr zu tun. Das gibt es nicht. Das sind Riesenängste“* (Gunda Gindl: 22). Ähnlich wie in anderen körperlich anstrengenden Berufen stellt sich auch in der Pflege die Frage des Älterwerdens im Job und gilt es, sich damit auseinanderzusetzen, wie ArbeitnehmerInnen ein Verbleib im Beruf bis zur Pensionierung ermöglicht werden kann.

Weitere Problemfelder

Neben diesen vier zentralen Problemfeldern haben die InterviewpartnerInnen weitere Belastungen angesprochen, die hier kurz zusammengefasst werden sollen:

- Viele der interviewten Pflegekräfte fühlen sich im Vergleich zu dem was sie leisten (müssen), aber auch im Vergleich zu anderen Berufen, unterbezahlt. Die Pflegearbeit ist körperlich und psychisch

sehr beanspruchend, mit unregelmäßigen Arbeitszeiten, Wochenend-, Feiertags- und Nachtdiensten, die Beschäftigten verfügen zum überwiegenden Teil über eine qualifizierte Ausbildung und haben gerade in Nachtdiensten eine hohe Verantwortung. Für die meisten der interviewten Pflegekräfte spiegelt das Gehalt nicht auch diese hohen Anforderungen wider. Die meisten nehmen an, dass Bedienstete in Krankenhäusern mehr Geld verdienen und dass diese auch einen höheren Stellenwert und Anerkennung haben.

- Sowohl von Männern wie auch von Frauen wird es als nachteilig erlebt, dass der Pflegebereich kaum Karrieremöglichkeiten nach oben hin eröffnet. Im Wesentlichen gibt es zwei „Sprossen“ auf der Karriereleiter – die Stationsleitung und die Pflegedienstleitung. Möglich ist nur eine Spezialisierung in die Breite durch den Besuch von zusätzlichen Ausbildungen, z.B. Wundmanagement etc. Diese müssen aber oft in der Freizeit besucht werden, was angesichts der ohnehin knappen Zeit sehr schwierig ist. Für Personen mit familiären Betreuungspflichten ist das fast unmöglich.
- Von den InterviewpartnerInnen thematisiert wurde auch der Nachteil, dass die Diplomausbildung nicht als höherwertiger Abschluss, der Matura gleichgesetzt, gilt. Überlegt werden sollte eine stärkere Professionalisierung und Aufwertung der Ausbildung sowie eine Ausdifferenzierung des Berufsbildes. Dadurch könnte der Pflegeberuf nicht nur attraktiver gemacht, sondern auch vielfältigere Karrieremöglichkeiten geschaffen werden. Eine Interviewpartnerin regt an, unterschiedliche Pflegeformen zu definieren – was zum Teil über die Pflegegeldberechnung bereits passiert, welche dann von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgeführt werden können. Als sowohl dem Berufsstand wie auch der Pflegequalität eher abträglich werden kurzfristige Pflegeausbildungen gesehen, in denen wichtige Inhalte zu kurz kommen (z.B. Umgang mit PatientInnen, Gespräche mit Angehörigen, Kommunikation usw.). In jedem Fall wäre wichtig, einheitliche Standards zu definieren und Mindestanforderungen festzuschreiben.
- Das unterschiedliche Image von Bediensteten in Pflegeheimen und Pflegepersonal in Krankenhäusern wurde bereits angesprochen. Einige InterviewpartnerInnen nehmen darüber hinaus einen gewissen Konkurrenzkampf zwischen Krankenhaus, Pflegeheim und Hauskrankenpflege sowie zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal wahr. Vielfach haben sie auch das Gefühl, dass es eine implizite Rangordnung zwischen Personal in Krankenhäusern und Personal in Pflegeheimen gibt. Zwei Interviewpartnerinnen sehen eine Ursache für dieses Problem in der mangelnden Selbstvermarktung des Pflegepersonals. Gunda Gindl formuliert es so, *„wir sind in der Reihe immer a bissel so die letzten und verkaufen uns auch oft sehr schlecht.“* (Gunda Gindl: 16). Für sie geht es darum, dass Pflegekräfte selbstbewusster und professioneller auftreten müssen. Friedbert Falk ist der Meinung, dass sich auch in der Politik einiges ändern müsste, um einen besseren Stand und mehr Anerkennung zu erreichen. Für ihn geht es dabei vor allem um eine Erhöhung der Wertschätzung seitens der Politik für die Arbeit, die in der Pflege geleistet wird.
- Als ein Aspekt der vielfach auch den Stellenwert sowie die gesellschaftliche Anerkennung widerspiegelt, wird die Pflegesprache beschrieben. Dabei wurden deutliche Unterschiede in der Ansprache von Frauen und Männern festgestellt. Während es bei männlichen Pflegern selbstverständlich ist, sie mit ihrem Familiennamen anzusprechen, wird das weibliche Pflegepersonal durchgängig mit „Schwester“ angesprochen, unabhängig von der Position. Für manche Interviewpartnerinnen passt diese Anrede nicht, obwohl sie auch die große Schwierigkeit sehen, eine derart verbreitete Ansprache zu verändern. Für sie müsste die Pflegesprache insgesamt näher betrachtet und geschlechtsspezifisch analysiert werden, da sich viele Rollenzuschreibungen und Klischees auch darüber ausdrücken. *„Ich glaube einfach, dass man da auch in der Pflege, auch*

wenn da ein Klassensystem entsteht, aber dass man da trotzdem auch vielleicht sagen muss, das ist der Pflegeexperte oder wie auch immer und das ist die Pflegehilfe, nicht einfach die Schwester“ (Gunda Gindl: 24).

- Die Interessensvertretung des Pflegepersonals wird häufig als schwach und machtlos erlebt. Vielfach war den InterviewpartnerInnen unklar, wer die zuständige Gewerkschaftsvertretung ist und ob bzw. was diese eigentlich tut. Völlig anders ist der Stellenwert und die Bekanntheit des Gesundheits- und Krankenpflegeverbands. Als überparteilicher Berufsverband mit freiwilliger Mitgliedschaft wird er als unterstützend und engagiert wahrgenommen. Von manchen wurde zudem der Wunsch nach einem Pflegeanwalt für das Pflegepersonal geäußert.

8.2. LÖSUNGSANSÄTZE IN PFLEGEHEIMEN

Zu den skizzierten zentralen Problemfeldern wurden von den InterviewpartnerInnen auch Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Sie werden nun im Einzelnen dargestellt:

Psychische Belastungen

Viele der InterviewpartnerInnen haben individuelle Strategien zum Umgang mit schwierigen Situationen und psychischen Belastungen: Austausch mit KollegInnen, kurzfristiges Tauschen von Gruppen, spazieren gehen, Zeit mit der Familie/mit Freunden verbringen, Meditation, Sport etc. Da es sich dabei jedoch nicht um vereinzelt auftretende Schwierigkeiten, sondern um ein das ganze Berufsfeld betreffendes Problemfeld handelt, sollten Lösungsstrategien nicht nur individualisiert, in der Verantwortung der/des einzelnen, bleiben. ArbeitgeberInnen sind hier ebenso gefordert, ihren MitarbeiterInnen entsprechende Unterstützungsleistungen anzubieten. Um den psychischen Belastungen des Pflegepersonals zu begegnen, wird mittlerweile in fast allen Heimen Supervision angeboten, wobei sich aber deutliche Unterschiede in Umfang und Regelmäßigkeit zeigen. So berichten einige InterviewpartnerInnen, dass die Teams selbst einteilen können, wann und wie oft sie eine Supervision brauchen. Ein anderes Pflegeheim bietet einmal im Monat die Gelegenheit zu einem einstündigen Gruppengespräch, ein weiteres Heim ermöglicht hingegen nur vierteljährliche Sitzungen. In einem Heim wird – auf Nachfrage und Druck seitens des Pflegepersonals - über die Einführung von Supervision nachgedacht.

Zumeist wird diese Form der Unterstützung und Reflexion von den Beschäftigten gut angenommen, lediglich ein Interviewpartner berichtet, dass die Supervision gänzlich abgelehnt wurde. Der Grund dafür war, dass sie nicht während der Arbeitszeit, sondern in der Freizeit hätte besucht werden müssen. Angesichts der mehr als knappen Erholungszeiten ist die Ablehnung nur allzu verständlich. Unzufriedenheiten gibt es auch im Hinblick auf den oftmals sehr engen Rahmen. Wenn Supervision einmal im Monat für eine Stunde angeboten wird, so kann nur ein kleiner Teil der Beschäftigten diese tatsächlich in Anspruch nehmen. Dies schafft nicht nur Unzufriedenheit, es kann möglicherweise sogar auch Ablehnung auslösen. Seitens der Führungskräfte sollte daher darauf geachtet werden, dass Supervision so angeboten wird, dass alle Beschäftigten zumindest die Chance haben, sie so wie vorgesehen (z.B. 1x im Monat) – und während ihrer Dienstzeit - in Anspruch zu nehmen. Schwierigere Prozesse, wie Teamzusammenführungen oder auch die Lösung von Teamkonflikten, sollten jedoch nicht innerhalb der regulären Supervision stattfinden. Dazu braucht es gesonderte Sitzungen, die eventuell auch dienstlich angeordnet sein könnten, um die Verbindlichkeit zu erhöhen. Angeregt wurde in diesem Zusammenhang, dass Konfliktmanagement oder Team-Bildung in Aus- oder Weiterbildungsmaßnahmen integriert werden sollen.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Supervision stellten die männlichen Interviewpartner fest, dass bei Männern oft noch eine gewisse Abwehrreaktion vorhanden ist. *„Männer haben da im Hinterkopf dieses starke..., was du von Kindheit an mitkriegst, du bist der Mann, du musst durchhalten...“* (Erik Eckl: 22). Sie sind zudem der Meinung, dass viele KollegInnen Einzelgespräche vorziehen würden, weil so eher die Möglichkeit besteht, auf individuelle Problemlagen einzugehen. Gruppensupervision ist für sie nicht unbedingt das adäquate Mittel, um mit psychischen Belastungen fertig zu werden. Ebenso wäre eine geschlechtsspezifische Aufteilung für sie keine geeignete Vorgehensweise. Für Frauen scheint der Zugang zur Supervision leichter, viele organisieren sich zudem Austausch und Reflexion innerhalb des Teams während regelmäßig stattfindender Teambesprechungen. Eine Führungskraft nutzt diese Besprechung auch, um Frauen zu ermutigen, zu bestärken und ihnen gleichzeitig auch geschlechtstypische Muster und Rollen aufzuzeigen, die es zu überwinden bzw. aufzubrechen gilt.

Um die Teilnahme an Supervision zu erhöhen, sollten die Führungskräfte ihre MitarbeiterInnen zusätzlich motivieren. Supervision ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung und hilft, Burn-Out vorzubeugen. Wichtig ist es dabei, dass sowohl Beschäftigte wie auch Führungskräfte den Nutzen von psychologischen Beratungen erkennen, *„Es gibt so viel Dinge, die einfach besprochen werden müssen, auch für unsere eigene Psyche, für unsere Seele, man nimmt sich doch gewisse Dinge mit, und je älter man wird, desto mehr merkt man schon, dass das... man muss schon mehr für sich tun. Und darum denk ich mir, ist das schon wichtig“* (Hannelore Haberl: 23).

Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist auch die Anerkennung von Burn-Out als ernstzunehmende Erkrankung und die Ermöglichung von Krankenstand, um weiteren Krankheiten vorzubeugen. Eine allgemeine Arbeitszeitverkürzung von 38 (siehe BAGS-KV) auf 35 Stunden pro Woche kann ebenfalls dazu beitragen, die Arbeitsbelastungen zu verringern. Eine Interviewpartnerin merkt an, dass sie Teilzeit arbeitet, um ihre psychische Belastung geringer zu halten. Für sie wäre es nicht mehr vorstellbar, Vollzeit in der Pflege zu arbeiten, da in der Regel die Ist-Arbeitszeit immer über der Soll-Arbeitszeit liegt, eine 40-Stunden-Arbeitswoche also einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 50-60 Stunden entspricht. Auch im Hinblick auf den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte könnte eine generelle Senkung der Wochenarbeitszeit einen wesentlichen Beitrag leisten. Außerdem wird in einer Fokusgruppe eine Erhöhung des gesetzlichen Urlaubsanspruchs von 5 auf 6 Wochen vorgeschlagen, um die Regenerationszeiten zu verlängern. Hierzu ein Hinweis: Im BAGS-Kollektivvertrag¹⁵ ist geregelt, dass alle ArbeitnehmerInnen einen Urlaubsanspruch von 30 Werktagen haben (= 5 Wochen). Ab einer 20-jährigen Betriebszugehörigkeit wird dieser auf 36 Werktage (= 6 Wochen) erhöht.

Um die Belastungen sowie den hohen Verantwortungsdruck während der Nachtdienste zu verringern, könnte ein Bereitschaftssystem eingeführt werden, bei dem eine zweite diplomierte Kraft im Bedarfsfall zur Verfügung steht. Dadurch können auch Überforderungssituationen, die bspw. durch schwierige BewohnerInnen verursacht werden, besser abgefangen werden.

Im Umgang mit Angehörigen ist es notwendig, von Anfang an eine einheitliche Linie zu haben, Verantwortlichkeiten zu definieren und diese auch nach außen zu kommunizieren. Voraussetzung dafür ist eine klare Kompetenzaufteilung zwischen Heim- und Pflegedienstleitung. Alle Belange die Pflege betreffend sollten dabei in die Zuständigkeit der Pflegedienstleitung fallen, wodurch Konflikte aufgrund

¹⁵ Der seit 1.7.2004 gültige BAGS-Kollektivvertrag wurde 2005 überarbeitet, trat mit 1.1. 2006 in Kraft und wurde mit Beschluss des Bundeseinigungsamtes beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit mit Wirksamkeitsbeginn 1. Mai 2006 zur Satzung erklärt. Letzteres bedeutet, dass dem Kollektivvertrag auch außerhalb seines Geltungsbereiches rechtsverbindliche Wirkung zukommt und Organisationen, die nicht Mitglieder des BAGS sind, den Bestimmungen unterliegen (außer den in der Satzung angeführten Ausnahmen).

des Übergehens von Hierarchieebenen vermieden werden können. Für die Heimleitungen bedeutet das aber, dass sie keine Zusagen an Angehörige machen dürfen, ohne vorher mit der Pflegedienstleitung rückgesprochen zu haben bzw. im Idealfall sollten die Angehörigen gleich darauf hingewiesen werden, dass sie sich in Pflegebelangen an die Pflegedienstleitung zu wenden haben. Für das Pflegepersonal selbst reduzieren sich Belastungen die aus der so genannten „Sandwich-Position“ resultieren, also der Gleichzeitigkeit des Drucks von oben (Heimleitung) und von unten (Angehörige, BewohnerInnen).

Abgesehen von Maßnahmen, die direkt bei den Beschäftigten in der Pflege ansetzen, ist es auch notwendig, das zukünftige Pflegepersonal – also SchülerInnen und Auszubildende – auf diese vielfältigen psychischen Belastungen und Krisensituationen vorzubereiten. Das könnte einerseits durch Veränderung/Erweiterung der Lehrinhalte, andererseits durch intensivere Betreuung während der Praktika erreicht werden. Während der Praktika sind die SchülerInnen oftmals auf sich allein gestellt, da die PraxisanleiterInnen neben ihrer Pflegearbeit kaum oder nur wenig Zeit finden, *„Du wirst schon im Praktikum ins kalte Wasser geschmissen, und du musst das machen weil du bist freiwillig da...“* (Edgar Eder: 18). Diese Situation wird sowohl von den SchülerInnen wie auch den PraxisanleiterInnen als belastend und unbefriedigend erlebt. PraxisanleiterInnen in der Pflege sollten daher - ähnlich wie LehrausbildnerInnen - einen bestimmten Anteil ihrer Arbeitszeit für diese Aufgaben zur Verfügung haben.

Zunehmender Leistungs- und Zeitdruck (Einsparungen, Pflegeschlüssel, Fremdtätigkeiten, Bürokratisierung)

Personalmangel zählt zu den am häufigsten genannten Ursachen für den ansteigenden Zeit- und Leistungsdruck. Und trotz Einsparungen soll die Qualität hoch und sogar noch höher gehalten werden. Als eine Möglichkeit wird die Angleichung des Dienstschlüssels in der Pflege an jenen des Krankenhauspersonals gesehen. *„Im Krankenhaus werden Patienten nach Krankheiten geordnet aufgenommen, und wir haben hier alles, von Krebs bis zum eingewachsenen Zehennagel, Hüftoperationen alles, und wir müssen genauso funktionieren wie im Krankenhaus, mit der Hälfte weniger Personal, das ist pervers in meinen Augen“* (Edgar Eder: 17). Da diese beiden Personalberechnungsmodelle aufgrund der sehr unterschiedlichen Arbeitssituation (Kurzzeit- versus Langzeitpflege) jedoch nicht miteinander vergleichbar sind, ist eine Anwendung des Krankenhaus-Pflegeschlüssels für PensionistInnen- und Pflegeheime nicht möglich. Es steht außerdem zu befürchten, dass der Krankenhaus-Pflegeschlüssel für die Heime keine Verbesserung bedeuten würde.

Darüber hinaus sollte die Berechnung des Personalschlüssels transparent und Veränderungen nachvollziehbarer gestaltet werden. Eine stärker am Bedarf ausgerichtete Prioritätensetzung – seitens der Landesverwaltung und seitens der Heime, die sowohl die Belange des Personals als auch der BewohnerInnen mit einschließt, soll dazu beitragen, Mittelverwendungen effizienter und zielgerichteter zu steuern. Von manchen InterviewpartnerInnen wird kritisiert, dass zu viele finanzielle Ressourcen in den Bau und die Gestaltung neuer Pflegeheime investiert werden. Gelder, die andernorts fehlen und die für die BewohnerInnen oftmals keine Bedeutung haben.

Um Spitzenzeiten oder kurzfristige Ausfälle, z.B. aufgrund von Krankenständen oder Personalweggang, abfangen zu können, könnten „Springer“ eingesetzt werden, um den Arbeitsdruck auf das Pflegepersonal zu verringern. Zudem sollte die Pflegegeldeinstufung nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch unter Beiziehung von PflegeexpertInnen sowie auf Basis der Pflegedokumentation vorgenommen werden. Auch sollte die Berechnung des Pflegeschlüssels überdacht werden und bspw. Gesprächszeiten, Zeit für psychologische Betreuung, Mobilisierung sowie die Fülle an Fremdtätigkeiten sowie Dokumentation eingerechnet und höher bewertet werden. Zusätzlich sollte das Pflegepersonal von pflegefremden

Tätigkeiten entbunden und Stellenbeschreibungen überdacht werden. So sollten PflegehelferInnen nicht auch für Reinigungstätigkeiten heranzuziehen sein. Hier könnten Zivildienstler vermehrt eingesetzt werden, um das Pflegepersonal zu entlasten. Die Verantwortung für die Umsetzung liegt dabei sehr stark auf der Leitungs- und Führungsebene. Gleichzeitig müssen die Beschäftigten aber auch selbst darauf achten, keine Tätigkeiten zu übernehmen oder aufgebürdet zu bekommen, für die eigentlich andere Stellen zuständig sind.

Als sehr zeitintensiv wird auch die zunehmende Dokumentation- und Aufzeichnungspflicht empfunden. Vor allem StationsleiterInnen beklagen, dass die Umstellung auf eine EDV-mäßige Erfassung noch nicht die erhoffte Arbeitserleichterung und Entlastung gebracht hat. Das System steht erst am Anfang, die ersten Einschulungsphasen wurden bereits abgeschlossen, aber bis ein wirklich flächendeckender und reibungsloser Betrieb erreicht werden kann, rechnen die InterviewpartnerInnen mit einer Dauer von zumindest 2-3 Jahren. Die Fülle an administrativen Aufgaben reduziert auch die Zeit für die Pflege *„EDV, da sind natürlich Ängste, und da sagt natürlich das Pflegepersonal, na dann sitze ich ja wieder nur mehr drinnen, und dann komme ich wieder nicht zum Bewohner, der Bewohner draußen wird immer unzufriedener, weil ja ich die ganze Zeit in das Kastl da investiere, und wir hören es tagtäglich...“* (Gerti Gabler: 14). Eine Lösung wird in der Einsetzung administrativen Personals gesehen, das ausschließlich für administrative und koordinierende Tätigkeiten zuständig ist. Dadurch kann das Pflegepersonal von vielen Nebentätigkeiten, z.B. Telefonaten mit ÄrztInnen, Apotheken, Krankenhäusern, der Abstimmung mit der Gebietskrankenkasse, dem Besorgen von Medikamenten sowie der ordnungsgemäßen Führung der EDV-unterstützten Pflegedokumentation entlastet werden, wodurch mehr Zeit für die BewohnerInnen und damit auch ein höherer Pflegestandard erreicht werden könnte. Eine zusätzliche Herausforderung stellt auch die Einschulung von älteren Pflegekräften in das EDV-System dar. Mehrere InterviewpartnerInnen erwähnen Ängste, die von KollegInnen geäußert wurden, es nicht zu schaffen, da sie bislang mit Computern nicht gearbeitet haben. Hier ist es notwendig, mit adäquaten Schulungsmaßnahmen die Scheu zu nehmen und eventuell zielgruppenspezifische EDV-Seminare anzubieten. Zu überlegen ist auch, wie die Frage der EDV-Betreuung und Wartung gelöst werden kann. Wenn diese Aufgaben von Pflegekräften übernommen werden, muss sichergestellt sein, dass sie von gewissen Pflegetätigkeiten entbunden werden. Zu überlegen wäre, ob seitens des Landes ein zentraler EDV-Support angeboten werden kann, z.B. mit einer Help-Line, die bei Störungen, Problemen und Fragen zur Verfügung steht.

Insgesamt sollten die geltenden Dokumentationsvorschriften durchforstet und hinsichtlich Doppelgleisigkeiten sowie tatsächlicher Notwendigkeit überprüft werden.

Unregelmäßige Arbeitszeiten und schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Im Hinblick auf die Unregelmäßigkeit der Arbeitszeiten sowie die Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienste ist der Handlungsspielraum sehr begrenzt, dies wird auch von den InterviewpartnerInnen so eingeschätzt. Zwar kann eine flexibel gestaltete Dienstplangestaltung vieles erleichtern, bspw. die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben verbessern oder ausreichend Freizeiträume schaffen und wird auch in vielen Heimen so praktiziert: *„Der Dienstplan, glaube ich schon, dass er eine immense Herausforderung ist und dass schon sehr viel machbar ist an Lebensqualität für die Mitarbeiter. Wir haben z.B. so einen Wunschdienstplan, wo sich alle einschreiben können, wann sie frei haben wollen und das so nach einem Reihungssystem und nach einem Farbsystem. Und Dienstpläne relativ bald herauszugeben, viele Tauschmöglichkeiten, wenn so kurzfristig was dazwischen kommt, da traue ich mir zu sagen, dass unser Haus alles ausgeschöpft hat, was es irgendwie gibt“* (Gunda Gindl: 21). Dennoch müssen die MitarbeiterInnen aufgrund von Personalknappheit bei Krankenständen für die erkrankten

KollegInnen einspringen, was die Planbarkeit von Freizeit sehr schwierig gestaltet. Eine Möglichkeit um hier zumindest einen kleinen Ausgleich zu schaffen, wäre es entweder einen adäquaten finanziellen Ausgleich zu schaffen oder mehr Freizeit – im Sinne eines zusätzlichen Urlaubstages – zu gewähren. Allerdings müssten diese Regelungen sowohl für Vollzeit- wie auch für Teilzeitkräfte gelten, denn gerade für letztere gelten die momentanen Zeitvergütungen bei Einspringdiensten nicht (1 ½fache Freizeitstunden).

Körperliche Belastungen

Für die Reduzierung körperlicher Belastungen sehen die InterviewpartnerInnen vor allem zwei Möglichkeiten:

- Einsatz moderner technischer Hilfsmittel, angepasst an die Gegebenheiten und Bedürfnisse des Heims
- Regelmäßige Weiterbildungen und Schulungen (Hebetechniken, Rückenschule, Kinestetik usw.)

In vielen Heimen werden mittlerweile beide Lösungsstrategien verfolgt, wobei es jedoch einfacher ist, Weiterbildungen und Schulungen zu organisieren als zusätzliche technische Hilfsmittel zu bekommen. Die Zeitspanne zwischen der Feststellung des Bedarfs, der Bewilligung und der tatsächlichen Anlieferung kann in LandespensionistInnen- und Pflegeheimen bis zu 2 Jahre dauern, was angesichts der Dringlichkeit kaum als wirkliche Unterstützung zu sehen ist. Notwendig ist es daher, diese Verfahren abzukürzen und eventuell eine flexiblere Budgetplanung anzudenken, die ein Reagieren auf kurzfristig geäußerten Bedarf erlaubt. Zu überlegen wäre, ob nicht eine flächendeckende Grundversorgung mit technischen Hilfsmitteln – auf Basis des aktuellen medizinischen bzw. pflegerischen Standes – sinnvoll ist. Dadurch könnten auch etwaige Konkurrenzsituation zwischen einzelnen Heimen vermieden werden.

Was die Unterversorgung von manchen privaten Pflegeheimen mit technischen Hilfsmitteln anbelangt, kann auch das Land Niederösterreich aktiv werden und sich für eine bessere Ausstattung einsetzen. Dieses Engagement hatte schon einmal positive Konsequenzen.

In manchen Pflegeheimen gibt es zusätzlich zu den Weiterbildungen auch Wirbelsäulengymnastik, welche innerhalb der Dienstzeit in Anspruch genommen werden kann und wo im Vorfeld eine Bedarfserhebung von einem/r Mediziner/in durchgeführt wird. Die Gymnastikeinheiten werden auch als willkommene Abwechslung und Ausgleich zum anstrengenden Pflegealltag erlebt und wirken somit auch psychischen Belastungen entgegen.

Vielfach haben sich die Pflegekräfte darüber hinaus Strategien zurecht gelegt, um sich gegenseitig in der Arbeit zu unterstützen. Allerdings ist die gegenseitige Hilfestellung (BewohnerInnen aus dem Bett heben, waschen etc.) nur soweit möglich, wie es die Personalsituation zulässt. Grundsätzlich sehen viele InterviewpartnerInnen auch hier die Lösung vor allem in der Aufnahme zusätzlichen Personals bzw. in der Neuberechnung des Pflegeschlüssels, in dem mehr Zeit für körperlich anstrengende Tätigkeiten reserviert ist.

8.3. ZUSAMMENFASSUNG

Vier zentrale Problembereiche wurden im Hinblick auf die stationäre Pflege diskutiert:

- Psychische Belastungen (Burn-Out, hohe Verantwortung, Konflikte mit Angehörigen oder PatientInnen, zunehmender Druck von außen) und fehlende Abgrenzung

- Zunehmender Leistungs- und Zeitdruck (Einsparungen, Pflegeschlüssel, Fremdtätigkeiten, Bürokratisierung)
- Unregelmäßige Arbeitszeiten und schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Körperliche Belastungen, zum Teil verstärkt durch einen Mangel an technischen Hilfsmitteln

Der zentrale und sich quer über alle Problemfelder ziehende Lösungsansatz ist die Aufstockung des Pflegepersonals. Mit zusätzlichen Pflegekräften könnten viele der angeführten Belastungen verringert und auch die erreichte Qualität in der Pflege langfristig abgesichert werden.

Um den vielfältigen psychischen Belastungen zu begegnen, sollte regelmäßige Supervision angeboten werden. Diese ist so flexibel zu gestalten, dass sie allen Beschäftigten die Möglichkeit bietet, daran teilzunehmen und grundsätzlich während der Dienstzeit stattfindet. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, sollten sowohl Gruppen- wie auch Einzelgespräche zulässig sein. Wichtig ist es dabei, dass die Führungskräfte ihre MitarbeiterInnen motivieren und zur Teilnahme auffordern. Um Belastungen aufgrund der hohen Verantwortung während der Nachtdienste für Diplomierte zu verringern, sollte eine zweite diplomierte Pflegekraft Bereitschaftsdienst übernehmen, um im Notfall eingreifen zu können. Da ein Bereitschaftsdienst jedoch nur vor Ort sinnvoll erscheint, verursacht er fast idente Kosten wie eine zweite diplomierte Pflegekraft im Nachtdienst. Überlegenswert erscheint hier ein/e zusätzliche/r Pflegehelfer/in, der/die der diplomierten Pflegekraft ermöglicht, zwischen den einzelnen Stationen zu pendeln, ohne eine Station unbesetzt zu lassen.

Eine Neuberechnung des Pflegeschlüssels mit einer Aufwertung psychologischer Betreuung durch die Pflegekräfte sowie mehr Zeit für Mobilisierung, Gespräche etc. wird gefordert, um das Problem des ständig steigenden Zeit- und Leistungsdrucks zu reduzieren. Zusätzlich sollte die Pflegearbeit von pflegefremden Tätigkeiten entlastet und administrative Kräfte für koordinierende Aufgaben, die Organisation von Material oder Medikamenten usw. eingesetzt werden. Entgegen den Wünschen mancher InterviewpartnerInnen ist es jedoch nicht möglich, die Pflegedokumentation – eine zentrale Aufgabe des Pflegepersonals – an administrative Kräfte auszulagern. Im Hinblick auf die Einschulung in das neue EDV-System ist ein zielgruppenspezifischer Ansatz zu forcieren, um vor allem älteren ArbeitnehmerInnen Ängste und Scheu vor dem Computer zu nehmen.

Um die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu verbessern, ist auf eine möglichst flexible Dienstplangestaltung zu achten. Hier wären Schulungen und/oder der Austausch mit anderen Führungskräften wichtig, um aus deren Erfahrungen Anleitungen für die eigene Umsetzung zu bekommen. Eine Möglichkeit wären regelmäßig stattfindende Regionalgruppentreffen von Stationsleitungen, wie sie im Waldviertel bereits sehr erfolgreich durchgeführt werden. Diese sollten 2 Mal jährlich angeboten werden. Darüber hinaus sollte ein adäquater Ausgleich für jene Arbeitszeiten gefunden werden, in denen KollegInnen für erkrankte KollegInnen einspringen. Insbesondere ist die Ungleichbehandlung zwischen Vollzeit- und Teilzeitkräften zu überdenken.

Für die Reduktion körperlicher Belastungen sollte eine flächendeckende Grundausstattung mit technischen Hilfsmitteln angestrebt und Wartezeiten auf neue Geräte verkürzt werden. Neben regelmäßigen Schulungen sollten auch Gymnastikeinheiten angeboten und Gesundheitsförderung aktiv betrieben werden.

9. Problemfelder und Lösungsansätze in der mobilen Pflege

9.1. PROBLEMFELDER IN DER MOBILEN PFLEGE

Der Großteil der Problemfelder, die im Rahmen der Fokusgruppen und der Interviews in der mobilen Pflege identifiziert wurden, lassen sich vier Bereichen zuordnen:

- Mangelnde Anerkennung der Arbeit durch Gesellschaft, ArbeitgeberInnen, KundInnen und deren Angehörige
- Körperliche Belastungen, verstärkt durch fehlende Hilfsmittel
- Psychische Belastungen (durch Konfrontation mit Krankheit, Tod, Konflikten) und fehlende Abgrenzung
- Hohe Flexibilitätsanforderungen

Neben diesen vier zentralen Problemfeldern werden von Einzelnen oder Gruppen noch verschiedene andere Schwierigkeiten angesprochen.

Mangelnde Anerkennung

Auffallend häufig wird in Interviews wie in Gruppendiskussionen angesprochen, dass die Arbeit, die in der mobilen Pflege geleistet wird, von der Gesellschaft nicht wertgeschätzt wird. Hinter dieser allgemeinen Formulierung verbergen sich verschiedenste Symptome für dieses Problem. Ein zentrales Moment, an dem die Frauen einer Fokusgruppe dies festmachen ist die Unterbezahlung:

„Also mir geht es oft so dass ich hör: Ja, es ist ein Wahnsinn was ihr leistet (...). Und da denke ich oft, ich glaub, dass der Beruf sag ich jetzt mal unterbezahlt ist.“ (Andrea Adler: 14)

Für das, was sie leisten, verdienen die PflegerInnen zu wenig. Das meint auch Bruno Binder. Ein Grund dafür ist vor allem auch unbezahlte Arbeitszeit. Bei einem Träger ist die Fahrtzeitabrechnung so unglücklich organisiert, dass sie die PflegerInnen häufig nicht bezahlt bekommen.

„Ich bin jetzt zum Beispiel um sieben weggefahren, und um 11:45 war ich wieder daheim, und habe aber auf meinem Dienstplan nur bis 10:45, also eine Stunde ist mir irgendwo abhanden gekommen.“ (Angelika Adam: 8)

Auch die regionale Pflegeleiterin Anita Amon betont, dass hier eine offizielle Regelung notwendig wäre. Dies spielt stark mit der generellen Zahlungsbereitschaft der KundInnen und Angehörigen zusammen, die einerseits oft nicht verstehen, warum sie für Fahrtzeiten aufkommen sollen: *Ich denke bei jedem Handwerker, der schreibt automatisch seine Fahrzeit drauf und du zahlst.“ (Anita Amon: 8)* Diese Selbstverständlichkeit wäre auch in der Pflege wünschenswert. Andererseits versuchen KundInnen und Angehörige, mehr Arbeitsleistung in weniger Zeit zu bekommen, um weniger zahlen zu müssen:

„Es gibt Belastungen, dass die Leute dann jammern. Den meisten geht es darum, dass sie so viel bezahlen müssen, die Kunden. Und meistens sind nicht die betreuten Personen, die das Problem sind, sondern meistens sind es die Angehörigen, und da sind meistens die Zeitprobleme und: ‚da brauche ich doch soviel und darf ich angeblich nicht soviel schreiben‘ und so.“ (Clemens Christ: 9)

In Clemens Christs Beschreibung zeichnet sich schon ab, was auch Pflegedirektorin Clara Cerny im Interview feststellt: Manche Pflegepersonen setzen sich selbst unter Zeitdruck um den KundInnen einen Gefallen zu tun und die Pflegekosten zu reduzieren. Clara Cerny bezeichnet dies als ein Dilemma der helfenden Beziehung.

Die mangelnde Anerkennung durch den Arbeitgeber zeigt sich manchmal auch nur in Kleinigkeiten – wenn MitarbeiterInnen nicht das gesetzlich vorgeschriebene Kilometergeld bekommen, oder ihre unpraktische weiße Dienstkleidung ständig selbst auf eigene Kosten in der Freizeit waschen müssen oder viele Terminkoordinations und Informationsweitergaben selbstverständlich in der Freizeit per Telefon passieren, dann fühlen sich MitarbeiterInnen von ihrem Arbeitgeber wenig geschätzt. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Beschäftigten Fortbildungen meistens selbst bezahlen und in ihrer Freizeit besuchen müssen.

Körperliche Belastungen / mangelnde Hilfsmittel

Ein zentrales Problemfeld in der mobilen Pflege sind körperliche Belastungen. Vor allem die Frauen erleben das Alleine-Arbeiten oft als anstrengend, etwa wenn sie KundInnen heben müssen. Man kann dazu zwar bestimmte Techniken lernen, aber trotzdem haben laut Anita Amon viele PflegerInnen Rückenprobleme oder Schulterschmerzen, wenn sie länger in der Pflege arbeiten. Clara Cerny betont, dass Frauen stärker unter physische Belastungen leiden als Männer.

Technische Hilfsmittel können die Hauskrankenpflege erleichtern. Laut Anita Amon sind Pflegebetten zwar mittlerweile Standard aber Ressourcen wie Patientenlifter fehlen oft. Im Extremfall gibt es sogar nicht einmal fließendes Wasser, wie Birgit Beer und Clemens Christ berichten:

„Also wenn mir jemand, bevor ich in der Hauskrankenpflege gearbeitet habe, erzählt hätte, dass es solche sozialen Zustände noch gibt, hätte ich gesagt: Nie im Leben!“ (Birgit Beer, 17)

Um die Beschaffung sämtlicher Materialien, Utensilien und Gerätschaften, die zur Pflege daheim nötig sind, müssen sich die PflegerInnen kümmern, sofern diese nicht von den Angehörigen zur Verfügung gestellt werden. Dies ist einerseits mühsam, andererseits stößt man auch manchmal an die finanziellen Grenzen der KundInnen und Angehörigen. Wenn Hilfsmittel nicht leistbar sind und die Krankenkassa eine Bewilligung ablehnt, sind die PflegerInnen gefordert, sich anders zu helfen. Außerdem müssen sich Pflegepersonen mit den baulichen Rahmenbedingungen bei den KundInnen zu Hause arrangieren. Und die sind manchmal nicht optimal. Bruno Binder erwähnt in diesem Zusammenhang als Beispiel zu enge Duschen.

Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung, wie sie zuvor schon angesprochen wurde, drückt sich auch durch Bewilligungen der öffentlichen Hand aus. Wenn Krankenkassen Hilfsmittel für die mobile Pflege nicht bewilligen mit der Begründung, diese würden nicht den PatientInnen sondern nur der Pflegeperson helfen, gewinnen die Beschäftigten nicht unbedingt den Eindruck, ihre Arbeit würde geschätzt: *„Von den Krankenkassen wird so gut wie nichts mehr bewilligt, wegen der Sparmaßnahmen. Ein Krankenbett bekommt man für zu Hause nur mehr ganz, ganz selten, weil in der Ablehnung steht dann drinnen, das dient nicht dem Patienten sondern der Erleichterung der Pflege, das heißt, das Krankenbett ist eigentlich für mich und nicht für den Patienten.“ (Bruno Binder: 12)*

Warum die Krankenkassa die PflegerInnen nicht mehr dabei unterstützt, die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zu verbessern ist vor allem deshalb unverständlich, weil einerseits die mobile Pflege für die Krankenkassen noch immer viel günstiger kommt als die stationäre und andererseits körperliche Beeinträchtigungen der Pflegepersonen auch bei der Krankenkassa zu Buche schlagen.

Psychische Belastungen

Die Frage der Abgrenzung wurde früher schon erwähnt. Sie stellt sich in der Hauskrankenpflege noch brisanter als in der stationären Pflege, da der Kontakt mit der Familie der KundInnen enger ist und PflegerInnen auch gefordert sind, bei Konflikten zwischen Angehörigen und KundInnen zu vermitteln.

Von manchen PflegerInnen werden die Angehörigen als anstrengender als die KundInnen beschrieben, da sie sich oft einmischen und über die KundInnen bestimmen. Hier die Grenzen der Zuständigkeiten zu finden, fällt manchen Pflegepersonen schwer:

“... und psychisch ist es doch sehr häufig, dass man sich in das Familienumfeld reinziehen läßt, also das, was ich auch mit Grenzen ziehen und setzen gemeint habe, dass man das auch lernen muss im psychischen Bereich auch einmal nein zu sagen, das ist nicht meine Verantwortung, also da sehe ich immer wieder, dass sich manche zu sehr hineinziehen lassen, also das sind so die größeren Belastungen“(Anita Amon: 7)

Birgit Beer und Belinda Banner beschreiben die Verantwortung in der Hauskrankenpflege auch deshalb als größer, weil sie sich für das gesamte Umfeld der KundInnen mitverantwortlich fühlen, wenn diese alleinstehend sind. Dann geht es nicht mehr nur um die Körperpflege, sondern dann kümmern sich PflegerInnen oft auch darum, dass KundInnen etwas zu essen haben, die Rechnungen gezahlt werden und ein neuer Kühlschrank angeschafft wird. PflegerInnen sehen sich also gefordert, neben ihrem Beruf auch sozialarbeiterische Fähigkeiten zu entwickeln.

Außerdem kann der Umgang mit sturen KundInnen schwierig sein und es fällt PflegerInnen nicht immer leicht, sich durchzusetzen, wie Clara Cerny beschreibt:

„Ein wesentlicher Unterschied zu einem Krankenhaus sind Krisen und Konfliktgespräche. Wir sind zuhause der Gast des Kunden. Wenn du Patientin im Krankenhaus bist, bist du der Gast des Krankenhauses. Und das möchte ich sehen, wie oft da sich wirklich Patienten im Krankenhaus völlig offen beschweren und sagen: ‚Ich möchte nicht das Abendessen um 17 Uhr!‘.“(Clara Cerny: 23)

Interessant scheint, dass nur Clara Cerny Überforderungen durch die Konfrontation mit Krankheit und Tod anspricht, die sie vor allem bei jungen MitarbeiterInnen erlebt hat. Da alle InterviewpartnerInnen älter als 35 Jahre sind, nehmen wir an, dass der Umgang mit dieser Thematik für PflegerInnen mit steigendem Alter selbstverständlicher wird. Bruno Binder betont aber, dass Abschalten nach der Arbeit essenziell ist, da man tagtäglich mit kranken und sterbenden Menschen arbeitet.

Zur Bewältigung psychischer Belastungen in der Hauskrankenpflege würde sich Belinda Banner Supervision oder Coaching wünschen, allerdings stehen dafür in ihrer Organisation nur zwei Stunden im Jahr zur Verfügung. Einige InterviewpartnerInnen berichten auch, dass Supervision beantragt werden müsse und einem Eingeständnis gleichkomme, das Team könne Probleme nicht bewältigen, mit denen andere sehr wohl ohne Unterstützung fertig würden.

Christian Cech erzählt aus seinem Team, dass es kaum Supervision gibt, weil unter seinen Kolleginnen eigentlich kein Interesse besteht, sich wirklich intensiv miteinander auseinander zu setzen, wenn es Schwierigkeiten gibt. Damit widerspricht er genau den Erfahrungen von Birgit Beer und Beate Bacher, die eher Männer als „Supervisionsverhinderer“ erlebt haben, weil sie seltener zugeben, überlastet zu sein und sich seltener Hilfe holen. *„Ich höre es ja auch bei uns immer wenn man das anspricht, Supervision oder so, die bringen das ins Lächerliche.“*(Beate Bacher: 18)

Hohe Flexibilitätsanforderungen

Die flexiblen Arbeitszeiten werden von vielen InterviewpartnerInnen als Vorteil der mobilen Pflege genannt, nicht zuletzt um Beruf und Familie besser vereinbaren zu können. Bei näherem Nachfragen entpuppt sich diese Flexibilität aber auch manchmal als Belastung. Birgit Beer erzählt beispielsweise, dass die Dienstplanung auf Grund von Urlauben und Krankenständen meist nur auf dem Papier bestehe, und dass ihr auffalle, dass die meisten Frauen ein schlechtes Gewissen ihren Familien gegenüber hätten, was sie von Männern unterscheidet.

„Also, wenn die jetzt eine Woche durcharbeiten müssen aus ebendiesen Gründen, und die Kinder kaum oder nur am Abend sehen, dann frisst sie noch zusätzlich das schlechte Gewissen auf.“ (Birgit Beer: 10)

So sehr v. a. die Frauen an der Hauskrankenpflege schätzen, dass Pflegeurlaube kein Problem sind, wenn Kinder krank sind, erleben sie es doch als Nachteil, bei Krankenständen von KollegInnen einspringen zu müssen „... weil das ist nicht so wie in einem anderen Beruf in einem Büro: Na gut, dann sind halt statt drei Personen nur zwei da.“ (Beate Bacher: 10)

Außerdem verhindern manche KundInnen eine flexible Zeiteinteilung weil sie auf bestimmte Betreuungstermine bestehen und dadurch Zeitdruck entsteht.

Auch die Arbeitszeiten sind bei näherer Betrachtung für die PflegerInnen nicht immer von Vorteil. Manchmal dauern Abenddienste bis 20:30 Uhr oder sogar bis 22:00 Uhr, ohne dass man dafür Zulagen bekommt. Außerdem wird auch an Wochenenden und Feiertagen gearbeitet.

Weitere Problemfelder

Neben den vier beschriebenen zentralen Problemfeldern wurden von den InterviewpartnerInnen noch weitere Belastungen genannt, die hier nun kurz angeführt werden:

- Obwohl den PflegerInnen das Autofahren manchmal eine willkommene Pause zwischen den einzelnen KundInnen ist, stellt es doch auch eine Belastung dar. Während des Autofahrens kann man nicht nur abschalten, man muss sich auch auf den Verkehr konzentrieren. Es besteht erhöhte Unfallgefahr, wenn man im Kopf noch mit den KundInnen beschäftigt ist. Außerdem ist Autofahren im Sommer wegen der Hitze und im Winter wegen erschwerter Fahrbedingungen anstrengend. Und in manchen Organisationen sind die PflegerInnen für die Wartung ihrer Fahrzeuge selbst verantwortlich, bzw. müssen mit ihrem Privat-PKW fahren.
- Die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen wird manchmal als schwierig beschrieben, da manche von bestimmten Organisationen der Hauskrankenpflege nichts halten. Schwierig wird es, wenn Verschreibungen verweigert werden. Clara Cerny betont, dass die Kommunikation mit Ärzten vor allem für Frauen, die sich ihrer Rolle und Kompetenzen nicht bewusst sind, schwierig ist. Ärzte verhalten sich Pflegern gegenüber anders als gegenüber Pflegerinnen.
- Interviewpartnerinnen aus einer Organisation sprechen auch die Konkurrenz aus dem Ausland als Belastung an. Entweder werden KundInnen an tschechische Schwestern verloren oder die Zusammenarbeit ist aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten kompliziert. Bei Komplikationen stellt sich die Frage der Schuld und die Qualifikation des tschechischen Pflegepersonals wird von den Interviewpartnerinnen angezweifelt. Problematisch sieht Anita Amon auch, dass sich die tschechischen PflegerInnen weder an Arbeitszeit- noch Berufsgesetze halten. Außerdem ist durch die nicht erfassten tschechischen Pflegekräfte die Statistik verzerrt und falls diese PflegerInnen den österreichischen Arbeitsmarkt wieder verlassen, befürchtet Anita Amon einen eklatanten Pflegenotstand in der mobilen Pflege.
- Der Anteil der diplomierten KrankenpflegerInnen geht in der Hauskrankenpflege zurück. Dadurch gelangen sie verstärkt in leitende Funktionen und pflegen selbst immer weniger. Sie müssen die Verantwortung für immer mehr KundInnen tragen, die von niedriger qualifizierten PflegerInnen betreut werden. Auch HeimhelferInnen übernehmen immer mehr Pflegeleistungen, obwohl sie dafür nicht ausgebildet sind¹⁶. Diese Entwicklung gefährdet die Pflegequalität. Außerdem belastet die

¹⁶ Die Aufgaben und die Ausbildung von HeimhelferInnen wurden in der 76. Vereinbarung gemäß Art 15a v-VG zwischen Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe 2006 neu geregelt, HeimhelferInnen sind

diplomierten KrankenpflegerInnen die steigende Verantwortung. Dadurch steigt auch die Verantwortung den KollegInnen gegenüber, diese nicht zu sehr zu belasten um die hohe Fluktuation zu senken.

- Die Krankenpflegeausbildung konzentriert sich stark auf den Krankenhausbereich und behandelt die Hauskrankenpflege nur kurz. Diplomierte KrankenpflegerInnen sind dann in der mobilen Pflege oft mit der großen Verantwortung und Selbständigkeit überfordert. Christian Cech hat dies am eigenen Leib erlebt, da seine Einschulung nur darin bestand, zwei Tage eine Kollegin zu begleiten. Er hatte allerdings schon jahrelang keine PatientInnen mehr gewaschen und musste sich das erst wieder aneignen.
- Bezüglich Arbeitsbelastungen wird auch die Doppel- bis Vierfachbelastung der Frauen mit Arbeit, Kindern, Haushalt und Ehemann angesprochen.
- Die Interessenvertretung des Pflegepersonals ist sehr schwach und engagiert sich nicht für die Berufsgruppe.
- Die Pflegekräfte vernetzen sich nicht und tauschen kein Wissen aus. Es herrscht eine Kultur der EinzelkämpferInnen. JedeR versucht für sich, Probleme zu lösen, sie werden jedoch nicht analytisch betrachtet, um zu strukturierten Lösungen zu kommen.
- Der Zeitdruck ist in der mobilen Pflege weitaus größer als im stationären Bereich, da es keine Leerläufe gibt und die Arbeitszeit sehr eng verplant ist. Das löst Stress aus.

9.2. LÖSUNGSANSÄTZE IN DER MOBILEN PFLEGE

Vor allem zu den vier beschriebenen zentralen Problemfeldern wurden von den InterviewpartnerInnen auch Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Sie werden nun im einzelnen dargestellt:

Steigerung der Anerkennung

Als wesentliches Symptom mangelnder Anerkennung wird von vielen InterviewpartnerInnen die Unterbezahlung angesprochen. Solange diese wie bei einem Träger auch auf unbezahlte Arbeit zurückzuführen ist, bieten sich folgende Lösungsansätze an:

- Die Fahrtzeit wird zur Gänze den KundInnen in Rechnung gestellt, sie werden darüber auch informiert. Dies ist bei HandwerkerInnen ebenso üblich.
- Der Betriebsrat setzt sich dafür ein, dass bei geteilten Diensten die zweite Ausfahrt von zu Hause zur Arbeitszeit gerechnet wird.
- Den PflegerInnen wird je nach Stundenausmaß ein gewisses Stundenkontingent für Fahrtzeiten zur Verfügung gestellt. Ansprechpartner hierfür ist vermutlich die Bereichsleitung. Die Fahrtzeit wird als Overhead auf den Stundenlohn aufgeschlagen und muss so nicht mehr individuell von den PflegerInnen verrechnet werden.
- Es wird ausreichend Zeit für den Pflegeaufwand veranschlagt und KundInnen wie Angehörigen erklärt, warum wie viel Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege nötig ist. Dazu können auch TeamkoordinatorInnen herangezogen werden. Clemens Christ hat mit dieser Strategie gute Erfolge erzielt.

demnach auch berechtigt, einfache Pflgetätigkeiten durchzuführen. Die Regelung des Heimhilfe-Berufes ist für die Länder fakultativ.

Würde die Fahrtzeit zur Gänze als Arbeitszeit gerechnet werden, würden die PflegerInnen für das gleiche Geld weniger arbeiten und ein 30 Stunden Job wäre nicht mehr eigentlich ein Vollzeitjob, so wie es Agnes Alt beschreibt.

Um die Arbeitsleistung der PflegerInnen entsprechend zu honorieren, wäre aufgrund der teils schwierigen Arbeitsbedingungen bei den KundInnen zu Hause eine Erschwerniszulage angebracht. Hierfür müsste sich eine Interessenvertretung einsetzen. Auch eine Neuverhandlung des Kollektivvertrages wäre nach Meinung einiger InterviewpartnerInnen denkbar. Hierzu ein Hinweis: der BAGS-Kollektivvertrag wurde mit 1. Mai 2006 zur Satzung erklärt, wurde also gerade neu verhandelt. Im Zentrum des Kollektivvertrags steht ein Grundentlohnungsschema für das Pflegepersonal, das dem Berufsbild angepasst wurde. Ergänzend zur Gehaltstabelle werden in §31 Zulagen und Zuschläge angeführt, darunter auch die Schmutz-, Erschwernis- und Gefahrenzulage (SEG-Zulage). Diese gebührt den ArbeitnehmerInnen aber nur dann, wenn die erschwerten Arbeitsbedingungen in der Betriebsvereinbarung im Sinne der Bestimmungen des EstG bestimmt sind. In Betrieben ohne Betriebsrat ist eine entsprechende Vereinbarung mit der jeweils zuständigen Gewerkschaft abzuschließen. Eine Forderung nach Neuverhandlung des Kollektivvertrags zeugt daher von einer gewissen Uninformiertheit der InterviewpartnerInnen. Sie sollten sich vielmehr für eine Neuverhandlung ihrer Betriebsvereinbarung einsetzen.

Einige Pflegerinnen würden sich auch Informationen über die Entlohnung bei den verschiedenen Trägern wünschen. Derzeit wird die Interessenvertretung der Pflegekräfte aber eher als schwach beurteilt. Das liegt nicht zuletzt daran, dass nur Wenige Mitglieder sind und die PflegerInnen sich aufgrund knapper Zeitressourcen nicht engagieren wollen, wie Anita Amon anmerkt. Die Einkommenssituation würde sich vermutlich durch einen steigenden Männeranteil verbessern, da Männern mehr Zeitressourcen für politisches Engagement zur Verfügung stehen.

Vielleicht verbessert sich die Einkommenssituation aber auch von selbst, wie Bruno Binder glaubt, weil sich die junge Generation die schlechten Gehälter nicht mehr gefallen lässt und sich die Kultur in der Pflege in Richtung mehr Selbstvertrauen und weniger dienendem Selbstverständnis verändert. Dieser Wandel könnte durch die Ausbildung verstärkt werden. Insgesamt könnte eine Wertsteigerung der Pflege auch über eine Aufwertung der Ausbildung erfolgen, wie Anita Amon anregt:

„Ich denke, ein Weg dorthin wäre, dass wirklich die Pflege mit Matura abschließt oder die Matura der Zugang, also dass da die Ausgangsposition geändert wird. Ich war vorige Woche oder vor eineinhalb Wochen war erst eine Enquete in Krems auf der FH, und es war für mich wieder erschreckend, dass die Politik sagt, wir brauchen nicht lauter Häuptlinge sondern Indianer, und ich weiß nicht, warum ein Indianer keine Matura haben darf.“ (Anita Amon: 11)

Hier braucht es einen politischen Willen, den es bei Ergotherapie und Physiotherapie schon gegeben hat. Eine bessere Ausbildung würde auch das Selbstvertrauen heben.

Als notwendig erachtet Bruno Binder auch mehr Selbstvertrauen des Pflegepersonals gegenüber ÄrztInnen. In der Hauskrankenpflege sind ÄrztInnen nicht Vorgesetzte der PflegerInnen, verhalten sich aber manchmal als solche.

Reduktion körperlicher Belastungen

Erstaunlicherweise wird das Problem körperlicher Belastungen von einer Fokusgruppe gar nicht angesprochen. Auf Nachfrage meinen die Frauen, dass in der Dienstplaneinteilung darauf geachtet wird, schwere PatientInnen unter den PflegerInnen aufzuteilen. Angelika Adam und Andrea Adler machen außerdem alle zweieinhalb Monate eine Woche Urlaub um sich zu regenerieren. Die Urlaubsplanung

wird also nicht nur – wie anderswo bezüglich Zeitpunkt auf die Arbeit abgestimmt, der Urlaub wird auch gänzlich einer unbedingt notwendigen Regeneration untergeordnet.

Damit der Urlaub etwas mehr auf persönliche und private/familiäre Bedürfnisse abgestimmt werden kann, schlagen die Frauen der anderen Fokusgruppe einen Geräteverleih vor. BandagistInnen oder Krankenkassen sollten Pflegehilfsmittel an KundInnen vermieten, denen ein Kauf der notwendigen Geräte zu teuer ist. Der Krankenkassen sollte außerdem die Kurzsichtigkeit ihrer Argumentation bewusst werden, wenn sie Hilfsmittel nicht bewilligt, weil diese angeblich nur der Pflegeperson und nicht den PatientInnen zugute kommt: *„Also, die Pflegeperson ist für den Leistungsträger absolut im Hintergrund, und das kann es auch nicht sein, weil wir werden die zukünftigen Leistungsempfänger.“* (Birgit Beer: 25) Der angesprochene Geräteverleih existiert in Niederösterreich bereits, allerdings scheint das Ausleihen von Seiten der Krankenkassen bewilligungspflichtig zu sein. Fraglich ist außerdem, ob immer genug Geräte zur Verfügung stehen.

Wichtig wären außerdem regelmäßige technische Fortbildungen und Gesundheitsförderung für PflegerInnen. Es liegt aber auch in der Verantwortung des Pflegepersonals selbst, auf den eigenen Körper zu achten. Clemens Christs MitarbeiterInnen betreiben beispielsweise in der Freizeit Sport. Das hilft ihnen, mit körperlichen Belastungen besser fertig zu werden.

Reduktion psychischer Belastungen

Alle InterviewpartnerInnen berichten zwar, dass in ihrer Organisation Supervision für Teams und manchmal auch für Einzelpersonen prinzipiell möglich ist, allerdings scheinen verschiedene Einschränkungen zu gelten. In einer Organisation ist Supervision auf zwei Stunden im Jahr beschränkt, oft müssen Teams auch begründen warum sie Supervision benötigen, was für manche Interviewpartnerinnen einem Eingeständnis eines Defizits gleichkommt. Viele wünschen sich daher, nicht rechtfertigen zu müssen, warum sie Supervision benötigen. Außerdem wäre es wichtig, dass sie ihren negativen Beigeschmack verliert. Am besten sollte Supervision oder Coaching regelmäßig für alle Teams dienstlich angeordnet werden, als Maßnahme der Qualitätssicherung. Die Supervision sollte in der Dienstzeit erfolgen und vom Arbeitgeber gezahlt werden.

„Ich denke, dass unser Beruf das automatisch mit sich bringt, dass man menschlich berührt wird, und sich über das austauschen muss, weil sonst wird man da nicht fertig damit.“ (Belinda Banner: 22)

Um die Supervision nicht als Defizit erscheinen zu lassen, müsste in den jeweiligen Organisationen flächendeckend um Supervision angesucht werden. Außerdem kann das Anliegen vom Betriebsrat unterstützt werden.

Damit Supervision jedoch nachhaltig im Pflegebereich institutionalisiert wird, müssen Führungskräfte dafür sensibilisiert werden und den Nutzen von psychologischer Begleitung erkennen. Oft wissen sie nicht, dass damit das Arbeitsklima merklich verbessert werden kann und die PatientInnen zufriedener mit der Pflegeleistung sind. Supervision wäre auch eine Burn-Out-Prävention und könnte Krankenstände reduzieren und Fluktuation senken (Anita Amon).

Eine Möglichkeit wäre auch, Supervision gesetzlich zu verankern: *„In dem Moment wo es nämlich gesetzlich verpflichtend ist, wird auch die Finanzierbarkeit da sein.“* (Belinda Banner: 23) Sich dafür einzusetzen wäre eine weitere Aufgabe für die Interessenvertretung.

Supervision sollte grundsätzlich von externen SupervisorInnen durchgeführt werden. Es ist zwar begrüßenswert, wenn sich Pflegepersonen mit Problemen an ihre Vorgesetzten wenden können, einzige Unterstützungsstruktur bei psychischen Belastungen dürfen sie jedoch nicht sein.

„Ich weiß auch nicht, ob ich immer die Richtige bin, so da ist natürlich ein Fremder besser geeignet wäre, weil ich ja doch dann die Vorgesetzte bin und ich weiß das ja von mir selber, dass ich auch nicht unbedingt mit meinen persönlichen Problemen, auch nicht zu meiner Chefin geh, dass da ein Außenstehender sicher besser geeignet wäre und wenn man das regelmäßig anbietet, es ist ja dann eh dem Mitarbeiter überlassen, ob er diese Chance nützt oder nicht.“ (Anita Amon: 10)

Um Kosten zu reduzieren müssen aber nicht alle Probleme mit externen SupervisorInnen gelöst werden. Clara Cerny erzählt vom System der Intravision in ihrer Organisation, wo Pflegepersonen schwierige Pflege- und Betreuungssituationen mit leitenden DiplompflegerInnen und internen TherapeutInnen besprechen können. Wenn es notwendig ist machen sie auch Fallbesuche und fahren mit zu KundInnen.

Konfliktmanagement sollte auch stärker in die Ausbildung integriert und als Weiterbildung immer wieder angeboten werden um PflegerInnen zu unterstützen, mit schwierigen Situationen selbst fertig zu werden.

Bewältigung von Flexibilitätsanforderungen

Um vor allem den Frauen in der Hauskrankenpflege eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und damit auch gleiche Karrierechancen in der Pflege zu ermöglichen, fordert Clara Cerny umfassende Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Diese müssen auch flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der PflegerInnen reagieren können.

Anita Amon stellt außerdem fest, dass Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in der mobilen Pflege in größeren Stationen leichter gelebt werden kann, da man auf Einzelne besser Rücksicht nehmen kann.

9.3. ZUSAMMENFASSUNG

Vier zentrale Problembereiche werden im Bezug auf die Hauskrankenpflege diskutiert:

- Mangelnde Anerkennung der Arbeit durch Gesellschaft, Arbeitgeber, KundInnen und deren Angehörige
- Körperliche Belastungen, verstärkt durch fehlende Hilfsmittel
- Psychische Belastungen (Krankheit, Tod, Konflikte) und fehlende Abgrenzung
- Hohe Flexibilitätsanforderungen

Der mangelnden Anerkennung ist nach Meinung der InterviewpartnerInnen am ehesten mit adäquater Bezahlung beizukommen. Hier geht es um Bezahlung von Fahrtzeiten genau so wie darum, KundInnen und Angehörigen klar zu machen, wie viel Zeit qualitativ hochwertige Pflege in Anspruch nimmt. Auch eine Aufwertung der Ausbildung ist im Gespräch, durch die die Pflege an Prestige gewinnen kann. An die Interessenvertretung richten sich Anliegen, für Erschwerniszulage und eine Neuverhandlung des Kollektivvertrages einzutreten.

Bezüglich Reduktion körperlicher Belastungen steht die Idee eines Geräteverleihs im Zentrum der Diskussion. Dies könnte KundInnen, die sich die Anschaffung teurer Hilfsmittel nicht leisten können ermöglichen, diese zu mieten. Der schon bestehende Geräteverleih müsste dazu modifiziert werden, damit wirklich alle KundInnen der mobilen Pflege die technischen Hilfsmittel ausleihen können, die sie benötigen. Die Krankenkassen könnten so dazu beitragen, körperliche Beeinträchtigungen des Pflegepersonals zu reduzieren und dadurch zukünftige Kosten durch geringere Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen senken.

Um psychischen Belastungen effektiv entgegenzuwirken fordern alle InterviewpartnerInnen Supervision. Im Idealfall sollte diese regelmäßig von externen SupervisorInnen durchgeführt werden oder zumindest

ohne Begründung beantragt werden können. Führungskräfte müssten dazu dahingehend sensibilisiert werden, Supervision nicht als Defiziterscheinung sondern als Maßnahme der Qualitätssicherung zu begreifen. Da Frauen von psychischen Belastungen meist stärker betroffen sind als Männer würde Supervision auch eine Form der Frauenförderung in der mobilen Pflege bedeuten.

Hinsichtlich Bewältigung der hohen Flexibilitätsanforderungen, mit denen PflegerInnen in der Hauskrankenpflege konfrontiert sind werden umfassende Kinderbetreuungseinrichtungen gefordert. Diese könnten vor allem auch dazu beitragen, Männern und Frauen gleiche Aufstiegschancen zu ermöglichen.

10. Problemfelder und Lösungsansätze in der Ausbildung

10.1. PROBLEMFELDER IN DER AUSBILDUNG

Die Problemfelder, die im Rahmen der Fokusgruppen in der Ausbildung identifiziert wurden, lassen sich drei Bereichen zuordnen: Der Diskrepanz von der in der Ausbildung vermittelten Theorie und der Pflegepraxis, dem Sonderstatus der Ausbildung, i.e. dem Status der LehrerInnen und Auszubildenden und dem Image der Pflege und Pflegeausbildung:

Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege

„Man vermittelt in der Schule theoretisch, hat nicht die Zeit, es dem Schüler praktisch zu vermitteln, damit er an Sicherheit gewinnt, sondern schickt ihn in die Praxis und dort wird er mit einer Vielzahl von Interpretationsmöglichkeiten konfrontiert. (...) Mit dem ersten Praktikum verändert sich die Einstellung zum Beruf schlagartig, weil sie die Verbindung von Theorie und Praxis nicht mehr sehen.“ (Karl Kupfer Kupfer: 16)

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen sehen eine große Kluft zwischen der in der Ausbildung vermittelten Theorie und der praktischen Ausführung. In der Theorie hat eine Modernisierung stattgefunden, die sich bedingt durch fehlende Informationen, Ressourcen und festgeschriebene Strukturen im Alltag von Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der Hauskrankenpflege nur partiell durchsetzen kann. *„Das Pflegeverständnis hat sich enorm gewandelt in den letzten Jahren und das Personal hat diesen Wandel nicht oder nur zum Teil mitgemacht, weil auch die Informationen oder Strukturen nicht vorhanden waren.“* (Lisa Lenz: 11) Das Problem zeigt sich vor allem bei SchülerInnen, die frustriert von ihren Praktika in die Schule zurückkehren, weil das Gelernte nicht angewendet werden konnte bzw. konkret Widerstand geleistet wurde und somit die Verbindung von Theorie und Praxis nicht mehr sichtbar war. Kritik wird von einzelnen InterviewpartnerInnen speziell an Pflegeheimen geübt, in denen manche SchülerInnen schlechte Erfahrungen machten. Diesbezüglich wären auch die Schulen gefordert, aus den negativen Erfahrungen Konsequenzen zu ziehen und diese Praktikumsstellen nicht mehr zu besetzen.

Im Gegensatz zum Pflegeheim wird von Praktika in der Hauskrankenpflege mehrheitlich Positives berichtet. Hier scheint das Pflegepersonal sehr an dem neuen Wissen interessiert zu sein, das die SchülerInnen aus der Ausbildung mitbringen. Die Praktikumsituation ist in der mobilen Pflege für die SchülerInnen eine bevorzugte, da sie hier eine direkte und individuelle Praktikumsbetreuung genießen, die im Heim nicht möglich ist. Sie begleiten als einzige/r SchülerIn eine Pflegekraft bei ihrer Arbeit.

Aus der Sicht der Praktizierenden scheint die Theorie oft zu praxisfern, sobald es nicht um handwerkliche Komponenten geht. *„Das wird abgetan mit: Das brauchen wir nicht, darüber denken wir auch nicht nach, da haben wir keine Zeit dazu. Wenn es um Abstraktes geht, hat die Theorie einen schweren Stand.“* (Marina Maurer: 10) Die Ursache der Diskrepanz wird zum Teil im offen gestalteten Curriculum gesehen, das von den Lehrenden einerseits grundsätzlich positiv beurteilt wird, da es individuellen Spielraum offen lässt. Andererseits wirkt diese Möglichkeit zur Auslegung, der jede Schule in unterschiedlicher Form nachkommt, der Entwicklung von Mindeststandards und einheitlichen, überprüfbaren Qualitätskriterien entgegen. Je nach Auslegung des Lehrplans gestaltet sich die Kluft zwischen Theorie und Praxis unterschiedlich groß.

Kritik wird auch an der Tatsache geübt, dass die Ausbildungsinhalte zwar immer breiter werden, aber nicht mehr in der Tiefe vermittelt werden können, eine Situation, die mit der Ausbildungsverordnung von 1999 verschärft wurde. Die Anzahl der Theoriestunden reicht nicht mehr, um das notwendige Wissen zu lehren. Einen weiteren Aspekt, der die Situation für Krankenpflegeschulen und SchülerInnen beeinträchtigt, spricht Ludwig Lempe an: „*Das Problem ist auch, dass wir nicht in der Lage sind unsere Praktikumsplätze auszusuchen, wo das Vermittelte erlebbar gemacht wird, wo etwas investiert wird in die aufgenommenen Schüler. Wir müssen nehmen was kommt.*“ (Ludwig Lempe: 12) Dieser Mangel an Autonomie der Schulen in der Wahl der Praktikumsplätze bzw. jener Institutionen, mit denen im Rahmen der Pflichtpraktika kooperiert wird, entspricht aber nur insoweit den Tatsachen, als genügend Praktikumsplätze von der Schule für die SchülerInnen gefunden werden müssen. Die Schule hat sehr wohl die Möglichkeit, Praktikumsplätze an denen SchülerInnen schlechte Erfahrungen gemacht haben, nicht mehr zu besetzen.

Auch die Praxis der Pflegegeldeinstufung erschwert die Umsetzung eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses: Je niedriger die Pflegestufe, desto weniger Pflegegeld. „*Das höchste Pflegegeld kriegst du, wenn du am pflegebedürftigsten bist, du bist im Bett, du kannst dich nicht mehr rühren, das ist der höchste Pflegeaufwand.*“ (Lola Lehmann: 9) Das bedeutet, dass das Pflegegeld sinkt, wenn die Reaktivierung erfolgreich ist und sich zum Beispiel in der Selbständigkeit eines Patienten oder einer Patientin niederschlägt, was für die Arbeitseinstellung als problematisch erachtet wird. Nach Meinung der KrankenpflegerInnen sollten die reaktivierende Pflege und die Selbständigkeit der BewohnerInnen den höchsten Stellenwert haben. Dies geht nicht nur auf Kosten der PatientInnen, sondern lässt die Altenpflege nach Aussagen der Lehrkräfte auch für zukünftige PflegerInnen, die noch in Ausbildung stehen, nicht besonders sinnvoll und attraktiv erscheinen. In der Auseinandersetzung mit allen drei Problembereichen wird immer wieder auf die Tatsache hingewiesen, dass die Bedingungen in der Pflege ungerechtfertigt von pflegefremden Personen geschaffen werden, wie in diesem Fall das Pflegegeld aus Sicht der Pflegenden ungerechtfertigt von ÄrztInnen bestimmt wird.

Der Sonderstatus der Ausbildung

„*Wir sind keine offiziell anerkannten Lehrer, wir sind angestellte Diplomierte beim Land mit einer Sonderfunktion. Das heißt: Echte Lehrer sind wir nicht.*“ (Marina Maurer: 12)

Die Ausbildung zur Diplomkrankenschwester bzw. zum Diplomkrankenpfleger ist kein Teil des Regelschulsystems und wird nicht über das Bildungsministerium, sondern über das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen geregelt. Der Sonderstatus betrifft sowohl Lehrende als auch Auszubildende und hat Sonderregelungen in mehreren Bereichen zur Folge. Im Bezug auf die LehrerInnen wären dies im Vergleich zum Regelsystem geringere Urlaubsansprüche, geringere gesellschaftliche Anerkennung und ein dementsprechendes Gehaltsschema. „*Auch das Gehaltsschema ist ein großes Problem für uns, weil wir ja nicht unter dem diplomierten Pflegepersonal zu finden sind, aber auch nicht bei den Lehrern eingereiht sind, wir also irgendwo auf der Strecke bleiben, weil es unseren Beruf in Wirklichkeit gar nicht gibt – und darum kann darauf keine Rücksicht genommen werden.*“ (Martha Meier: 13) Auch besteht keine Lehrverpflichtung, die LehrerInnen sind wie das Pflegepersonal 40 Stunden beschäftigt. Im gegenwärtigen Gehaltsschema werden LehrerInnen an Krankenpflegeschulen trotz ihrer zweijährigen Zusatzausbildung geringer entlohnt als StationsleiterInnen. Wird das Gehalt einer Stationsleitung nach dem Personal eingestuft, das sie unter sich hat, wird bei der Ausbildung keine Rücksicht darauf genommen, wie viele SchülerInnen (als Extrembeispiel werden 100 pro Klasse genannt) als zukünftige ArbeitskollegInnen ausgebildet werden. „*Wenn man dieses Modell als eine Art Spiegel einer Hierarchie betrachtet, sieht man schon deutlich eine klar definierte Abwertung der Ausbildung gegenüber der*

praktischen Fertigkeit am Krankenbett.“ (Marina Maurer: 13) Der inoffizielle LehrerInnenstatus reduziert in Folge das Ansehen bei den KollegInnen, das Selbstbewusstsein der Lehrenden und somit generell das Ansehen der Ausbildung und der Pflege. Die psychischen oder physischen Belastungen sind in den Fokusgruppen der Ausbildung eigentlich kein Thema, eine Kollegin spricht aber das Phänomen an, dass es die PflegeausbilderInnen schaffen, zwei Berufe zu vereinen, die zu den belasteten Berufsgruppen zählen: Nämlich die der LehrerInnen und die der PflegerInnen. Nach Sicht der LehrerInnen werden in ihrem Beruf eine Vielzahl von Aktivitäten vereint, von der Arbeit auf der Station und mit den PatientInnen, über die SchülerInnenbetreuung und Lehrtätigkeit bis hin zu Organisations- und Prüfungsarbeit – und trotz allem scheinen Lehrberuf und Lehrpersonal nicht präsent.

Auch der Status von KrankenpflegeschülerInnen entspricht weder dem von Lehrlingen, obwohl sie über eine Art Arbeitsverhältnis versichert sind, noch dem von SchülerInnen einer regulären Schulausbildung, noch dem von Studierenden. Die dreijährige Ausbildung, die mit einem Diplom zur Krankenpflege abschließt, berechtigt nicht zum Studium an einer Hochschule. Abgesehen davon haben die SchülerInnen bei Eintritt in die Ausbildung ein zu junges Alter für die Herausforderungen des Pflegeberufs, da die Konfrontation mit Krankheit, Demenz und Tod einer emotionaler Reife und Lebenserfahrung bedarf, die von Pubertierenden nicht verlangt werden kann. In den Gruppendiskussionen wird auch das in der Politik diskutierte Pyramidensystem der Pflegeausbildung angesprochen, das mit der Matura abschließt und in dem jedes Jahr ein Ausstieg mit entsprechender Berufsqualifikation möglich ist. *„Wenn ich nach dem ersten Jahr aussteige, dann komme ich entweder ohne praktische Erfahrung in den Beruf oder stehe mit 15 oder 16 Jahren am Krankenbett, das halte ich für absurd.“* (Marina Maurer: 19) *„Wenn man so etwas möchte, ist einem nicht klar, was man da einem jungen Menschen in der Pubertät antut. Unsere jungen Leute sind in diesem Alter noch nicht so weit, das verkraften zu können.“* (Martha Meier: 19)

Das Image von Pflegeausbildung und Pflegepraxis

Direkt im Zusammenhang mit den angesprochenen Problembereichen steht das verbesserungswürdige Image der Pflege in Gesellschaft und Politik. Als Gründe dafür werden von den GesprächspartnerInnen der Mangel an Transparenz der Qualitätskriterien und an Bewusstsein über die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von PflegerInnen und LehrerInnen angegeben. *„(...) wenn du hörst, was musst du denn als Krankenschwester können? Du musst die Leute waschen können, du musst ihnen Essen geben können und die Schüssel wegtragen“* (Melanie Müller: 16). Diese Einstellung prägt auch die Anerkennung, die der Pflegeausbildung entgegen gebracht wird: *„Für das brauchst du nichts lernen...“* (Martha Meier: 16, ergänzend). Auch der Zusammenhang von PflegegeldEinstufung und Pflegeverständnis und deren Folgen für das Image der Pflege wird oft ins Gespräch gebracht: *„Die Förderung von alten Menschen ist nicht gefragt und erwünscht, weil wenn die Pflegestufe von vier auf drei runterkommt, kommt weniger Geld und das gibt dann Probleme. Das ist eine politische Sache.“* (Melanie Müller: 8) Beachtenswert ist noch, dass das interne Image der Ausbildung, also die Anerkennung der LehrerInnen und deren Leistung unter KollegInnen der Pflege(praxis) als schlechter identifiziert wird als das Bild, das nach außen vermittelt werden kann.

10.2. LÖSUNGSANSÄTZE IN DER AUSBILDUNG

Als Lösungsansätze für die Problemfelder in der Ausbildung wurden folgende Aspekte diskutiert:

- Akademisierung der Pflegeausbildung
- Eingliederung der Ausbildung in das Regelschulsystem

- Festlegung von Mindeststandards und Qualitätskriterien
- Gender-Aspekte und Gender-Mainstreaming in der Pflege
- Verantwortlichkeiten: Interessensvertretung, Eigenengagement, Imageverbesserung

Akademisierung der Ausbildung

Als durchaus realistisches Vorhaben wird die Akademisierung der Ausbildung betrachtet, wie sie von den Lehrenden in großen Teilen der EU wahrgenommen wird). Die Matura als Voraussetzung würde automatisch das Eintrittsalter von SchülerInnen und deren Status erhöhen. Aufbauend auf die allgemeine Reifeprüfung könnte die Grundausbildung als Bakkalaureat, Zusatzausbildungen und Spezialisierungen in Form eines Masterstudiums absolviert werden. Vorteile werden in der Tiefe der Ausbildung, sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht und in der Mobilität innerhalb der EU gesehen. Die Vor- und Nachteile für Ausbildung und Status des nicht diplomierten Pflegepersonals (Heimhilfe, Altenpflege) werden kaum angesprochen. Argumente, die an dieser Stelle oft eingebracht werden, nämlich dass das Pflegepersonal mit Matura zu teuer wird oder nicht mehr am Krankenbett arbeiten will, werden als Scheinargumente identifiziert, da dies auch in der EU, wo die Matura in der Mehrheit der Länder als Voraussetzung für die Pflegeausbildung gilt, nicht verifiziert werden kann.

Regelschulsystem, Qualitätskriterien und Mindeststandards

Die Eingliederung der Pflegeausbildung in das Regelschulsystem wird als Möglichkeit gesehen, den Status der LehrerInnen und der SchülerInnen zu verbessern. Verbunden mit der Implementierung von transparenten Qualitätskriterien und Mindeststandards für die Ausbildung könnte somit zur positiven Beeinflussung von Selbst- und Fremdwahrnehmung beigetragen werden. Adäquate Standards und überprüfbare Kriterien würden weiters den Nachteilen des offenen Lehrcurriculums und den individuellen Auslegungen entgegen wirken, was wiederum eine Annäherung von Theorie und Praxis zur Folge haben könnte, wenn diese Standards auch für die Pflegepraxis gelten. Das würde auch eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs für angehende SchülerInnen bedeuten. Um die Kluft zwischen Theorie und Praxis zu verringern werden Praxiscoaches vorgeschlagen, die vor Ort gemeinsam mit PflegerInnen, Krankenschwestern und PraktikantInnen die Umsetzung eines qualitätsvollen Pflegeverständnisses fördern.

Wesentlich bei der Entwicklung der Standards und Qualitätskriterien ist die Mitarbeit von Personen mit Erfahrung in der Pflege, um somit dem grundsätzlichen Problem der Pflege, dass ihre Bedingungen stets von berufsfremden EntscheidungsträgerInnen geschaffen werden, entgegen zu wirken. Das Land Niederösterreich hat sich schon in der Vergangenheit stark für eine Standardisierung der Ausbildung und Eingliederung in das Regelschulsystem eingesetzt. Diese Bemühungen fielen beim Bund bisher jedoch nicht auf fruchtbaren Boden.

Gender-Aspekte und Gender Mainstreaming in der Pflege

Dem Lehrpersonal fällt vor allem bei der Bewusstseinsbildung der SchülerInnen in Bezug auf die vertikale wie auch horizontale Segregation eine wesentliche Rolle zu. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Pflege, auf PatientInnen- und auf Beschäftigtenseite, oder Gender Mainstreaming stellen keinen offiziellen Teil des Curriculums dar, können aber, zum Beispiel im Rahmen des Soziologieunterrichts, eingebracht werden. Die Reaktionen darauf machten deutlich, dass junge SchülerInnen wie auch die ältere Generation das Thema Mann oder Frau in der Pflege nicht reflektieren: „*Wir sind Arbeitseinheiten!*“ Auch von einem Lehrer wird angemerkt, dass das System von „gleicher Arbeit,

gleicher Gehaltsstufe, gleichem Geld“ eigentlich keine Ungleichheit produzieren könne. Dafür erntet er von seinen Kollegen aber Widerspruch. Generell ist festzustellen, dass sich der Großteil der LehrerInnen der horizontalen und vertikalen Segregation in ihrem Feld und deren Auswirkungen bewusst ist. Die Integration von Gender-Themen in den Unterricht wird daher als wünschenswert angesehen, sowohl auf PatientInnen als auch auf das (zukünftige) Personal bezogen. Die SchülerInnen müssen auf ihre Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden, sich gegen direkte und indirekte Diskriminierungen zu wehren. Informationsdefizite, die in der Praxis Ohnmacht und Passivität auslösen, können durch die Aufnahme von Gender Mainstreaming-Inhalten einfach verhindert werden.

Verantwortlichkeiten: Interessensvertretung, Engagement und Imageverbesserung

Die Verantwortung für die notwendigen Veränderungen wird einerseits bei den Interessensvertretungen, andererseits beim Pflege- und Lehrpersonal selbst verortet. Fast alle DiskussionsteilnehmerInnen sprechen von einer fehlenden Stärke oder Präsenz der Interessensvertretungen. Den LehrerInnen kommt nach eigenen Angaben bei der Imageverbesserung eine wesentliche Rolle zu: *„Um das Image der Pflege zu verbessern, brauchen wir in erster Linie hoch ausgebildete Lehrer, die Bewusstseinsbildung bei den Schülern, in der Praxis und in der Öffentlichkeit betreiben. Ich denke, Lehrer sind da überaus gefragt.“* (Marina Maurer: 18) Es wird auch Kritik an der Pflege und ihrer Beschäftigten, also Selbstkritik laut: *„Die Berufsgruppe von der Basis her zu einen ist meiner Meinung nach unmöglich. Die Pflege ist geschichtlich gewohnt, Verordnungen zu kriegen. Die Pflege diskutiert zwar darüber, die Pflege regt sich auf, aber im Endeffekt macht sie es mehr oder weniger.“* (Karl Kupfer: 19) Widerstände werden im Keim erstickt, indem ein schlechtes Gewissen suggeriert wird, da die PatientInnen im Stich gelassen werden.

Die Verantwortung allein der Politik zuzuschreiben, scheint den Beteiligten fern zu liegen, jede/r Lehrer/in hätte selbst Verantwortung zu übernehmen, Arbeitskreise zu gründen oder diesen beizutreten, Berufsverbänden beizutreten und diese in Anspruch zu nehmen. Der Druck von unten müsse entsprechend groß sein, um Probleme öffentlich thematisieren zu können. Deutlich wird allerdings auch, dass durch die Mehrfachbelastungen der Frauen durch Arbeit und Familie kaum Zeit und Kraft für politisches Engagement bleibt. Für Engagement zusätzlich zur Pflege- oder Lehrpraxis müssen erstens innerhalb der Pflege Zeitmodelle und Strukturen geschaffen werden, die dieses ermöglichen; andererseits bedarf es gesellschaftlicher Veränderungen wie z.B. einer adäquateren Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Tätigkeiten innerhalb von Familien.

„(...) aber der Grund dafür ist glaube ich, dass der Beruf von Frauen dominiert ist. Ich glaube, dass das bei Männern nicht so leicht funktioniert. Das wird sich erst dann lösen, wenn die Geschlechterverteilung in der Medizin und in der Pflege gleich ist.“ (Kurt Kellner: 20). Das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit, nämlich von PflegerInnen, die sich freiwillig für Ihre PatientInnen aufopfern, muss von Grund auf geändert werden.

10.3. ZUSAMMENFASSUNG

Drei Problemereiche werden in Bezug auf die Pflegeausbildung diskutiert:

- Die Diskrepanz von der in der Ausbildung vermittelten Theorie und der Pflegepraxis;
- der Sonderstatus der LehrerInnen und Auszubildenden;
- das verbesserungswürdige Image der Pflege und Pflegeausbildung.

Als Lösungsansätze werden die

- Eingliederung der Ausbildung in das Regelschulsystem;
- die Akademisierung der Pflegeausbildung und
- die Festlegung von Mindeststandards und Qualitätskriterien diskutiert.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine Besserstellung der Ausbildung zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs schlechthin führt, was für alle Beteiligten, für das diplomierte wie auch für das Hilfspersonal, von Vorteil sein sollte – wobei hier auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Ausbildungsstufen zu achten ist. Bei der Akademisierung der Ausbildung muss auf die Integration der Ausbildungen des Pflegehilfspersonals insofern Rücksicht genommen werden, als dass jene Berufe, für welche die Matura nicht als Voraussetzung gilt, nicht automatisch abgewertet werden, d.h. dass bestehende Hierarchien nicht noch verstärkt werden. Dies ist auch wichtig in Hinblick darauf, dass HeimhelferInnen und AltenpflegerInnen vermutlich noch weniger Möglichkeiten haben, ihre Bedürfnisse als Berufsgruppe zu artikulieren als gehobene Diplomkräfte. Die so genannte Akademisierung der Pflegeausbildung - in den Diskussionen gab es berechtigte Zweifel an dem Begriff – ist jedoch nicht mit der jungen Disziplin der Pflegewissenschaften gleichzusetzen, die praktische Ausbildung würde Ziel bleiben.

Die Verantwortlichkeiten für die konstruktiven Veränderungsvorschläge werden bei den (fehlenden oder zumindest nicht präsenten) Interessensvertretungen wie auch beim Pflegepersonal selbst verortet, um gegebenenfalls gegen Entscheidungen aus Politik und Verwaltung vorgehen zu können. In diesem Zusammenhang wird die komplexe Verbindung der Pflege als frauendominiertes Feld und der verbesserungswürdigen Rahmenbedingungen angesprochen. Als Gründe für den fehlenden Widerstand der Pflege wird einerseits die Sozialisation der Frau genannt, die mehr für das Wohl der Anderen als für ihre Eigeninteressen eintritt – eine Zuschreibung, die die Pflege seit ihrer Entstehung als Beruf geprägt hat (dieser Ansatz wurde gern, aber nicht ausschließlich von den Männern vertreten); als auch die Verunmöglichung des Engagements auf Grund der Vereinbarkeitsproblematik, da die Frauen neben der beruflichen Praxis und den familiären Pflichten keine Ressourcen für Engagement aufbringen können (eine Erklärung, die vor allem von Frauen vertreten wurde). Hier wären breit angelegte gesellschaftliche Veränderungen und adäquate Arbeitszeitmodelle notwendig, um die Situation der Frauen zu verbessern.

11. Zusammenfassende Ergebnisse

Ausgangspunkt des Forschungsprojekts „Chancengleichheit im Pflegebereich“ im Rahmen des NÖ Beschäftigungspaktes war die Frage, was es für einen frauendominierten Beruf wie die Pflege bedeutet, wenn ihn mehr Männer ergreifen. Dazu muss zunächst einmal festgestellt werden, dass der Männeranteil in der Pflege in Niederösterreich derzeit in LPPH bei 8% und bei den drei größten Trägern der mobilen Pflege bei 3% liegt. Ein Aufwärtstrend kann bisher nicht verzeichnet werden, allerdings sind 16% der SchülerInnen in den Krankenpflegeschulen männlich. Daraus lassen sich jedoch noch keine Schlüsse auf die zukünftigen Beschäftigungsverhältnisse nach Geschlecht in der Altenpflege ziehen: Wie die Studie einmal mehr bestätigt, zieht es das männliche Pflegepersonal weiterhin zu einem großen Teil in die Akutbereiche, weniger in die Langzeitpflege. Die Analysen bestätigen außerdem eine weitere Annahme: die Pflege ist eine sehr starke Frauendomäne – die Führung, vor allem die strategische, ist jedoch oft männlich. Soweit also die Zahlenlage.

Um die Auswirkungen eines steigenden Männeranteils in der Pflege einschätzen zu können, führte das Team von **gendernow** Gruppendiskussionen und Führungskräfteinterviews durch, die vielseitige Informationen zu Motivationslagen, Zusammenarbeit zwischen den Geschlechtern und unterschiedlichen Arbeitsbelastungen zu Tage förderten. Vieles, was wir bisher schon geahnt hatten, wurde durch diese Studie bestätigt und wissenschaftlich nachgewiesen:

Die Motivationen einen Pflegeberuf zu ergreifen sind bei Frauen und Männern unterschiedlich. Frauen sind eher sozial motiviert – die Arbeit mit Menschen steht bei ihnen im Vordergrund. Männer fühlen sich kaum zur Pflege berufen sondern werden eher durch Arbeitsplatzsicherheit und Entwicklungsperspektiven angezogen. Die Pflege ist bei Männern im Gegensatz zu Frauen daher selten die erste Berufswahl, meistens kommen sie auf Umwegen über den Zivildienst oder das Bundesheer zu diesem Beruf.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Motivationslage haben weit reichende Folgen:

Erstens: Wer die Arbeit mit Menschen in den Vordergrund stellt ist an einem Aufstieg weniger interessiert, da dieser Karriereweg weg vom Krankenbett hin zum Schreibtisch führt. Wer hingegen die Entwicklungsperspektiven in einem Beruf im Auge hat, wird ein stärkeres Aufstiegsstreben an den Tag legen und sich um Führungspositionen bemühen. Männer haben auch stärkere Veränderungsbedürfnisse und wechseln eher von der Pflege in die Pflegeausbildung. So führen schon die unterschiedlichen Motivationslagen der Männer und Frauen in der Pflege zu einer vertikalen Segregation. Diese Tendenz wird noch dadurch verstärkt, dass sich Frauen Führungspositionen tendenziell weniger zutrauen als Männer. Die Ursachen dafür sind vermutlich in der geschlechtsspezifischen Sozialisation zu suchen. Und Frauen haben es oft auch schwerer als Männer, sich in Führungspositionen durchzusetzen und akzeptiert zu werden.

Zweitens: Männer und Frauen verfolgen in der Pflege tendenziell unterschiedliche inhaltliche Interessen. Männer tendieren eher zu medizinisch-technischen Fachrichtungen als zur Altenpflege. Das liegt zum Teil daran, dass Männer über Sanitätsdienste zur Pflege kommen, teils gehen sie aber auch lieber in Bereiche, wo schon mehr Männer sind. Außerdem haben medizinisch-technische Fachrichtungen wie der Intensiv-Bereich ein höheres Prestige als die Altenpflege. Nur wenige fühlen sich berufen, alte Menschen zu pflegen. Die Vorteile der Altenpflege werden vielen erst bewusst, wenn sie längere Zeit in diesem Feld arbeiten.

Es ist eher der Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten in bestimmten Regionen und die flexiblere bzw. individuell abgestimmte Arbeitseinteilung im Vergleich zu den Krankenhäusern, die für einen Einstieg in die Altenpflege ausschlaggebend sind. Und diese Vorteile sprechen Frauen stärker an als Männer, denn Männer sind weniger als Frauen gefordert, Beruf und Familie zu vereinbaren – regionale Nähe des Arbeitsplatzes und flexible Arbeitszeiten sind ihnen weniger wichtig. Das geringere Prestige und die geringere Relevanz der Vorteile der Altenpflege führen dazu, dass der Männeranteil in diesem Bereich der Pflege niedriger ist als anderswo.

Männer sind in der Altenpflege insgesamt aber gern gesehen und es besteht generell ein Wunsch nach mehr gemischtgeschlechtlichen Teams. Die Zusammenarbeit von Frauen und Männern in der Pflege wird grundsätzlich von beiden Geschlechtern geschätzt und positiv beschrieben. Das Arbeitsklima in gemischten Teams wird besser bewertet. Männer werden auch als gute Unterstützung erlebt, wenn es gilt, schwere PatientInnen zu heben oder technische Reparaturen vorzunehmen. Insgesamt werden Männer tendenziell positiver beschrieben als Frauen, allerdings wird auch ihr Sonderstatus im Team erkannt, aus dem sie Vorteile ziehen können. Auch PatientInnen räumen männlichen Pflegern oft eine Sonderstellung ein, vor allem Frauen freuen sich über Männer als Pfleger und bemühen sich um mehr Agilität. Wenige Patientinnen lassen aber eine Intimpflege durch Pfleger nicht zu, da dies ihrem Schamgefühl widerspricht.

Dieser Sonderstatus der Männer gepaart mit schon beschriebenem stärkerem Aufstiegswillen bereitet manchen Pflegerinnen Sorge. Es besteht die Befürchtung, dass Männer beim Aufstieg Frauen vorgezogen werden und teils wurde das auch schon erlebt. Frauen setzen dieser Diskriminierung allerdings auch oft nichts entgegen, weil sie nicht wissen, wie sie sich wehren könnten.

Ein weiterer Hinderungsgrund für Frauen, in der Pflege Karriere zu machen ist außerdem die Mehrfachbelastung durch Arbeit, Haushalt und Kinderbetreuung. Nach wie vor sind Frauen haupt- bis alleinständig für die unbezahlte Arbeit zu Hause – da bleibt weniger Energie für das berufliche Fortkommen oder das Engagement in Interessensvertretungen. Noch immer gehen nur wenige Männer in Karenz und Pflegeurlaub und es fehlt an Kinderbetreuungsplätzen, die die Anforderungen der PflegerInnen erfüllen.

Um Arbeit und Privatleben vereinbaren zu können arbeiten viele Frauen in der mobilen Pflege. Dort sind die Arbeitszeiten flexibler und es gibt keine Nacht- und 12 Stunden-Dienste. Die Hauskrankenpflege ist aufgrund ihrer starken Teilzeit-Orientierung auch gut für Wiedereinsteigerinnen geeignet, stellt allerdings für viele Frauen nur einen Zuverdienst dar, der Abhängigkeit vom Partner bedeutet. Außerdem fällt aufgrund des Wegfalls von Zulagen die Entlohnung geringer aus als in der stationären Pflege. Dies ist vermutlich mit ein Grund, warum der Männeranteil in der mobilen Pflege besonders gering ist.

Neben den schon beschriebenen Unterschieden bzw. unterschiedlichen Bedingungen von Frauen und Männern in der Altenpflege waren geschlechtsspezifische Arbeitsbelastungen ein zentrales Thema der Studie. Ein wesentlicher Belastungspunkt ist physischer Natur. Pflegen ist Schwerarbeit, vor allem in der mobilen Pflege, wo Pflegekräfte fast ausschließlich allein arbeiten und immer wieder technische Hilfsmittel fehlen. Da Frauen tendenziell weniger Körperkraft haben als Männer, sind sie hier noch stärker gefordert als Männer und tragen mehr Nachteile in Form von Abnutzungserscheinungen davon.

Neben den körperlichen spielen auch psychische Belastungen in der Altenpflege eine große Rolle. Das Pflegepersonal ist in der Altenpflege häufig mit Hilflosigkeit und Tod konfrontiert. Schmerzen können zwar gelindert, aber oft nicht mehr geheilt werden. Demente PatientInnen erfordern ein besonderes Maß an Geduld und Energie. Immer wieder sind PflegerInnen auch mit Konflikten mit PatientInnen oder Angehörigen konfrontiert. Umso wichtiger ist es daher, sich abzugrenzen und eine Distanz zum Beruf zu bekommen.

Die Herausforderung Beruf und Privatleben zu vereinbaren, die sich vor allem nach wie vor Frauen stellt, wurde schon angesprochen. In der stationären Pflege gelingt dies meist etwas schwieriger als in der mobilen Pflege, gemeinsam haben aber beide Bereiche die Problematik des Einspringens, denn gerade in frauendominierten Berufen passieren Ausfälle nicht nur wegen Krankenständen sondern auch wegen Pflegeurlaube und so können sich Beschäftigte ihrer Freizeit oft nicht sicher sein.

Generell leiden Pflegepersonen unter zunehmendem Leistungs- und Zeitdruck. Viele haben auch den Eindruck, dass ihre Arbeit durch Gesellschaft, Arbeitgeber, KundInnen und/oder deren Angehörige nicht gebührend wertgeschätzt wird. Das kann sich in der Bezahlung ausdrücken, aber auch im Pflegeschlüssel, in Beschwerden oder in schlechter Presse. Insgesamt scheint die Pflege unter einer – schon aufgrund ihrer Geschichte als typischer „Frauenberuf“ – schwachen Interessenvertretung zu leiden, die sich auch im Sonderstatus der Pflegeausbildung widerspiegelt, die nicht Teil des Regelschulsystems ist und daher nicht einmal mit Matura abschließt.

Insgesamt wurden in der Studie von den interviewten Personen viele Änderungs- und Verbesserungsvorschläge gemacht, die im Rahmen des Projekts zu einem Folder zusammengefasst wurden, der Führungskräften im Pflegebereich zur Verfügung gestellt wird. Dieser Folder soll EntscheidungsträgerInnen dabei unterstützen, Chancengleichheit von Frauen und Männern im Pflegebereich umzusetzen – der Folder gibt damit auch Anregungen, die Rahmenbedingungen der Arbeit in der Altenpflege und das Qualitätsmanagement generell zu verbessern.

12. Anhang: Statistik

Ziel dieses Kapitels ist es, den Pflegebereich in Niederösterreich hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede statistisch darzustellen. Im Zentrum der Analyse steht das Pflegepersonal der LandespensionistInnen- und Pflegeheime (LPPH), der mobilen Pflege sowie des Ausbildungsbereichs. Für diesen statistischen Überblick wurden Personalstatistiken des Landes Niederösterreich für die LPPH, Personalstatistiken der drei größten privaten Träger der mobilen Pflege und die Ausbildungsstatistik des Landes Niederösterreich im Krankenpflegebereich herangezogen. Ein Überblick über die Personalstatistik privater Pflegeheime, sowie ein Gesamtüberblick über die Beschäftigungsverhältnisse in der mobilen Pflege standen nicht zur Verfügung. In Anlehnung an den Pflegebericht 2006 muss auch hier festgestellt werden, dass ein Datendefizit im Beschäftigungsbereich geortet wurde, besonders im Ausbildungsbereich. Der Empfehlung des Pflegeberichts, Österreich weit „ein zuverlässiges Melde- und Erfassungssystem zur Beschäftigungssituation von Pflegekräften einzurichten“ (Winkler et al. 2006: 99) möchten wir uns hiermit anschließen.

Beschäftigung in Niederösterreichischen LandespensionistInnen- und Pflegeheimen

Insgesamt arbeiteten im Jahr 2005 2.633 Personen als diplomiertes Krankenpflegepersonal und Pflegehilfspersonal in Niederösterreichischen LandespensionistInnenheimen. Gegenüber 2.206 Beschäftigten 1999 haben die LPPH im Bereich des Pflegepersonals somit einen Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen. Erwartungsgemäß ist der Frauenanteil unter den Beschäftigten sehr hoch, 2005 lag er bei 92,2%, damit hat er sich gegenüber 1999 (91,5% Frauenanteil) noch erhöht.

Tabelle 1: Pflegepersonal in NÖ LandespensionistInnen- und Pflegeheimen nach Geschlecht von 1999-2005

	Frauen	Männer
1999	2.018	188
2000	2.094	197
2001	2.132	199
2002	2.197	203
2003	2.288	199
2004	2.358	206
2005	2.428	205

Die folgenden beiden Grafiken veranschaulichen, in welchen Funktionen Frauen und Männer im fachlichen Bereich in niederösterreichischen LPPH eingesetzt sind:

Abbildung 1: Weibliche Beschäftigte in NÖ LPPH nach Funktionen zwischen 1999-2005

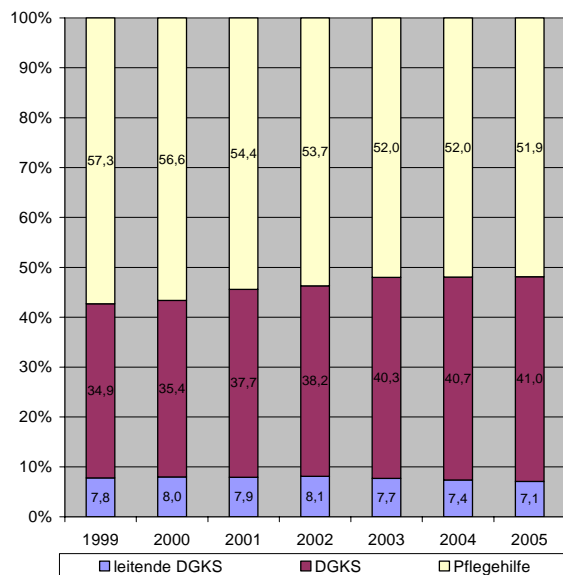
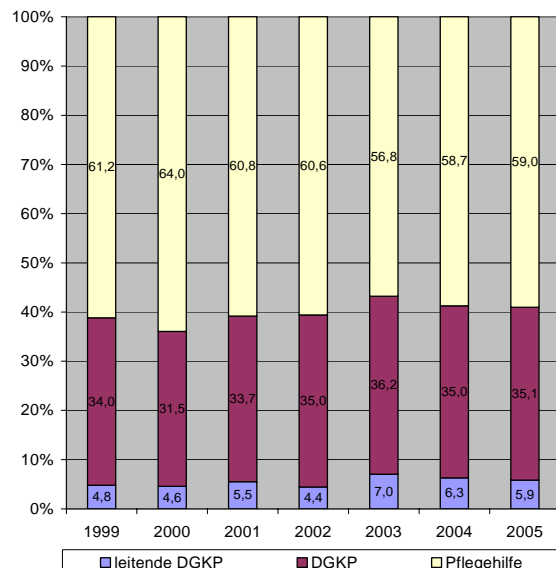


Abbildung 2: Männliche Beschäftigte in NÖ LPPH nach Funktionen zwischen 1999-2005



Quelle: NÖ Gleichbehandlungsbeauftragte Dr. Christine Rosenbach

Einerseits zeigen diese beiden Grafiken, dass sich an der Tätigkeitsverteilung innerhalb der beiden Geschlechter über die Jahre nichts Wesentliches verändert hat. Einzig bei den Frauen ging der Anteil der PflegehelferInnen / Personen im Sanitätshilfsdienst über die Jahre zurück. Bei Männern schwankt der Anteil der Pflegehilfe und nimmt seit 2003 wieder zu.

Auffallend ist außerdem, dass die Anteile der leitenden diplomierten Krankenschwestern unter allen Frauen zwischen 1999-2005 etwas höher sind als die Anteile der leitenden diplomierten Krankenpfleger unter den Männern. Entgegen Vermutungen und der Situation in der mobilen Pflege (siehe weiter unten) kann also in den LPPH nicht davon gesprochen werden, dass Frauen seltener Führungspositionen im fachlichen Bereich¹⁷ bekleiden.

Was allerdings den Bereich der Heimleitungen und damit Führungspositionen im Verwaltungsbereich betrifft, ergibt sich ein anderes Bild. Hier herrscht ein Männeranteil von 94%, dies hat sich seit 1999 nicht verändert (vgl. Frauenförderprogramm NÖ Landesdienst, 27. Juni 2000 – 27. Juni 2006, Quelle: NÖ Gleichbehandlungsbeauftragte Dr. Christine Rosenbach)

Mobile Pflege

Als Vergleichswerte seien hier die Daten der drei größten Träger der mobilen Pflege in Niederösterreich (Caritas Niederösterreich, Niederösterreichisches Hilfswerk und Volkshilfe Niederösterreich) dargestellt: Im Jahr 2003 arbeiteten rund 2.812 Personen in der mobilen Pflege, 2005 waren es 3.267, auch hier ist also ein Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen. Im Gegensatz zu den LandespensionistInnenheimen ist der

¹⁷ Im Zusammenhang mit Führungspositionen ist zwischen fachlicher Leitung (Stationsleitung, Pflegedienstleitung) und Leitung in der Verwaltung (Heimleitung) zu unterscheiden.

Männeranteil in der mobilen Pflege auf zwar niedrigerem Niveau, aber zwischen 2003-2005 leicht gestiegen: 2003 lag er bei 2,3%, 2005 waren es 2,8%.

Tabelle 2: Pflegepersonal in der mobilen Pflege (Caritas, Volkshilfe, Hilfswerk) in Niederösterreich nach Geschlecht von 2003-2005

	Frauen	Männer
2003	2.748	64
2004	2.949	76
2005	3.174	93

Die folgenden Grafiken zeigen die Funktionen, welche Frauen und Männer zwischen 2003-2005 inne hatten und spiegeln ein deutlich anderes Bild wider als zuvor bei den LPPH.

Abbildung 3: Weibliche Beschäftigte in der mobilen Pflege in Niederösterreich nach Funktionen zwischen 2003-2005

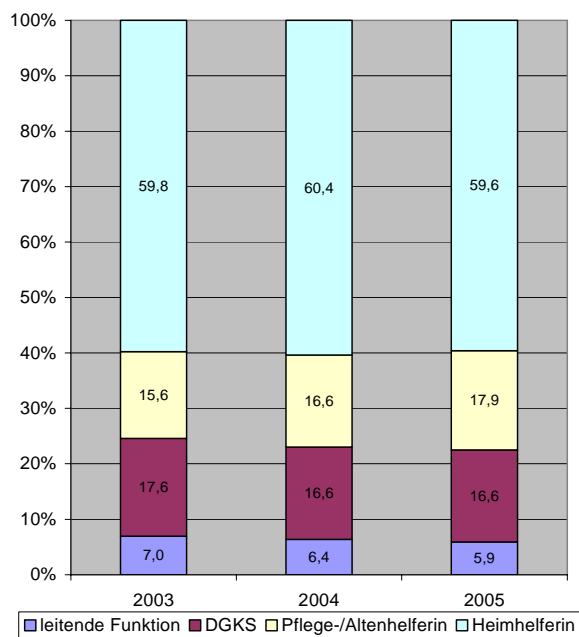
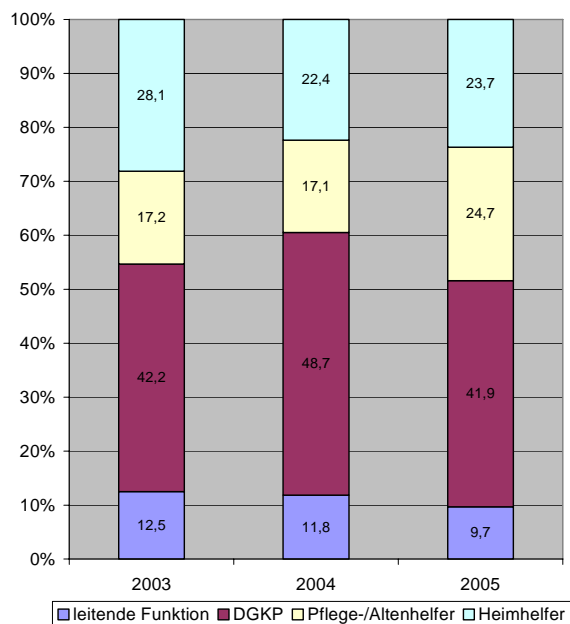


Abbildung 4: Männliche Beschäftigte in der mobilen Pflege in Niederösterreich nach Funktionen zwischen 2003-2005



Quelle: Personalstatistiken von Caritas Niederösterreich, Niederösterreichischem Hilfswerk und Volkshilfe Niederösterreich – eigene Berechnungen.

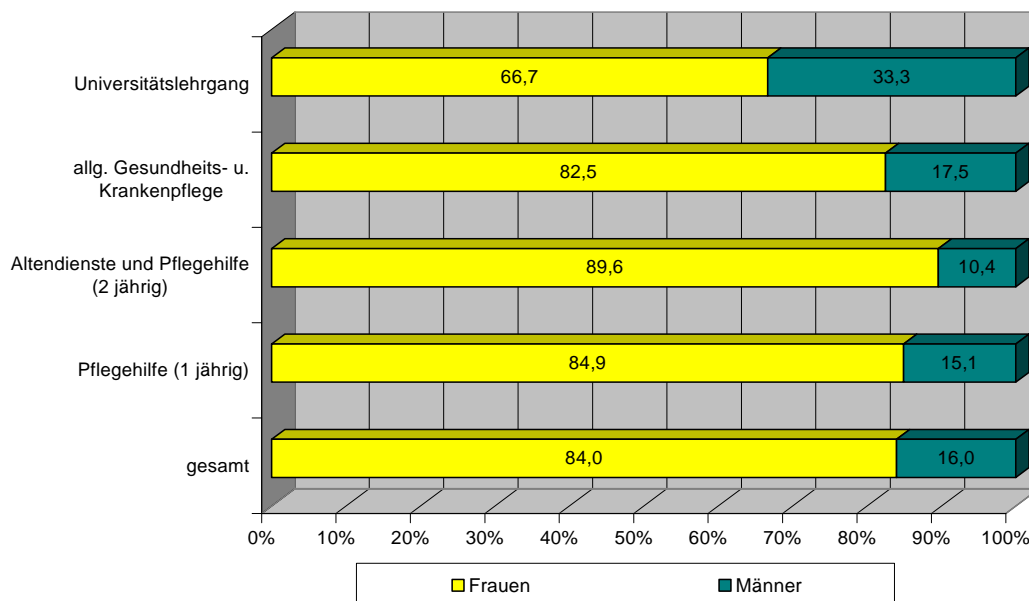
Der Vergleich der beiden Grafiken macht deutlich, dass Männer in der mobilen Pflege häufiger leitende Funktionen einnehmen – besonders deutlich sind die Unterschiede aber bei HeimbeflerInnen und diplomiertem Pflegepersonal. Während der Anteil der Heimbeflerinnen unter den Frauen über die Jahre bei ca. 60% liegt, üben nur 22-28% der Männer diese Tätigkeit aus. Demgegenüber gibt es unter den Frauen zwischen 2003-2005 nur 16-17% diplomierte Krankenschwestern, unter den Männern ist diese Gruppe mit 42-48% hingegen sehr stark vertreten. Demnach sind Männer in der mobilen Pflege also häufiger höher qualifiziert als Frauen.

Für die mobile Pflege kann man also sagen: Männer arbeiten in diesem Bereich der Altenpflege tendenziell im höher qualifizierten Bereich. Die niedrig qualifizierten Posten bekleiden hingegen in verstärktem Ausmaß Frauen.

Ausbildung - SchülerInnen

Sieht man von der Beschäftigung ausländischer Pflegepersonen ab, sind Veränderungen in den Personalstatistiken der Pflege zuerst im Ausbildungsbereich erkennbar, die sich in Folge auf die Beschäftigungszahlen der Zukunft auswirken werden. Die vorliegenden SchülerInnenzahlen aus dem Pflegeausbildungsbereich deuten insgesamt kaum darauf hin, dass eine Steigerung des Männeranteils in der Pflege in nächster Zeit zu erwarten wäre. In folgenden soll daher kurz ein aktueller Stand der in Ausbildung befindlichen Frauen und Männer gegeben werden. Zum Stichtag 15. Oktober 2005 befanden sich in Niederösterreichs Krankenpflegeschulen insgesamt 2.377 SchülerInnen, davon 16% Männer, wie die nachfolgende Abbildung zeigt:

Abbildung 5: SchülerInnen im Pflegebereich in Niederösterreich nach Geschlecht (Stichtag, 15.10.2005)



Am höchsten ist der Männeranteil im universitären Bereich (Sonderausbildungen für Lehramt, Führung). Ein Drittel der SchülerInnen des Universitätslehrgangs für leitendes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sind Männer (diese Gruppe ist mit insgesamt 30 Personen aber sehr klein). Während die Ausbildung zum diplomierten Krankenpflegepersonal mit 17,5% Männeranteil noch von Interesse für zukünftige Pfleger zu sein scheint, werden Ausbildungen zu Alten- und PflegehelferInnen deutlich seltener in Anspruch genommen (10,4 % Männeranteil unter den Auszubildenden).

Insgesamt lassen die Zahlen aus dem Jahr 2005 vermuten, dass der Männeranteil in der Pflege steigen könnte, da der Männeranteil in der Ausbildung mit insgesamt 16% doch wesentlich über den Männeranteilen in den betrachteten Beschäftigungsstatistiken (7,8% in LPPH, 2,8% in der mobilen Pflege) liegt. Daraus lassen sich allerdings noch keine Schlüsse auf die zukünftigen Beschäftigungsverhältnisse nach Geschlecht in der Altenpflege ziehen: Wie mit der Studie einmal mehr

bestätigt wurde, zieht es das männliche Pflegepersonal weiterhin zu einem großen Teil in die Akutbereiche, weniger in die Langzeitpflege.

Ausbildung - LehrerInnen

Zum Zwecke des Projekts holte das Land Niederösterreich Beschäftigungsdaten an den 15 niederösterreichischen Krankenpflegeschulen ein. Demnach waren im Jahr 2005 insg. 143 Lehrpersonen, davon 105 Lehrerinnen und 38 Lehrer (26,6%) beschäftigt. Im Vergleich zu den Beschäftigtenzahlen in Pflegeheimen und in der mobilen Pflege kann von einem sehr hohen Männeranteil und dem Lehrpersonal gesprochen werden. Wie sich dieser Anteil in den letzten 10 Jahren entwickelt hat, ist aufgrund mangelnder Datenlage leider nicht feststellbar.

Literatur

- Amann, Anton; Kneusel, Madeleine; Wiegele, Britta: Anspruchs- und Effizienzanalyse der Hauskrankenpflege in Niederösterreich, 2. Auflage. St. Pölten, NÖ Landesakademie 1998.
- BAGS (Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe): Kollektivvertrag, Vom 17. Dezember 2003, Stand 1. Jänner 2006.
- Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl. I Nr. 108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 6/2004.
- Dornmayr, Helmut: Zukunftsmarkt Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe – Perspektiven und Probleme in Österreich. Wien, ibw 2003.
- Gesetz über die Ausbildung für Berufe in der Altenfachbetreuung, Familien und Heimhilfe. 9230-0 Stammgesetz 118/96 1996-08-29 für Niederösterreich. Ausgegeben am 17.12. 2004, 94. Stück.
- Heintz, Bettina: Ungleich unter Gleichen. Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes. Campus, Frankfurt/Main 1997
- Hickel, Susanne; Palkovich, Tamara und Gert Lang: Belastungen, Ressourcen und Gesundheit bei Beschäftigten in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisbericht einer Untersuchung im Wiener Roten Kreuz und in der MA 47 der Stadt Wien. Wien, Rotes Kreuz 2003.
- Kabas, Jakob (2005a): Liezen. bedarfsgerecht – gleichgestellt. Regionalkonzept für die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse von Betreuten, Pflegenden und Angehörigen. Liezen, Just Gem 2005.
- Kabas, Jakob (2005b): Regionalkonzept für die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen. In: ah-gender! Tipps und Tricks aus der österreichischen Gender Mainstreaming-Praxis. Innsbruck, Nora 2005.
- Kappel, Gerti: Frauen in der Informatik – (k)ein Thema. In: Arbeit 2002: Zukunft der Frauen (EU-Konferenz) Dokumentation der EU-Konferenz, 1998.
- Krajcic, Karl; Nowak, Peter: Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wien, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie 2003.
- Krajcic, Karl; Nowak, Peter: Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Wien, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie 2005.
- Krenn, Manfred; Papouschek, Ulrike: Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. Wien, Forba 2003.
- Leibetseder, Bettina; Philipp, Thomas: EQUAL-Projekt AT 3-01/64 "Muster KV". Erarbeitung eines nicht-diskriminierenden bundesweiten Muster-Kollektivvertrags für das österreichische Gesundheits- und Sozialwesen inklusive Behindertenwesen und Kinder- und Jugendwohlfahrt. Linz 2001.

- Leitner, Andrea: Frauenberufe - Männerberufe. Zur Persistenz geschlechtshierarchischer Arbeitsmarktsegregation. IHS, Wien 2001.
- Löger, Bernd; Amann Anton; Lang, Gert und Bernd Schmeikal: Altwerden in Niederösterreich III, „Altersalamanch 2000“. Teil I: Materialien und Konzepte zu Lebensverhältnissen. Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung, Band 21, Teil I. Juli 2001.
- Löger, Bernd; Amann Anton: Altwerden in Niederösterreich III, „Altersalamanch 2000“. Teil II: Pflegevorsorge: Aktuelle Trends und Fragen für die Zukunft. Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung, Band 21, Teil II. Juni 2001.
- Nöstlinger, Walter: Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege. Auszug aus WISO 4/2003.
- Rabe-Kleberg, Ursula: Frauen in sozialen Berufen - (k)eine Chance auf Professionalisierung? In: Friebertshäuser, B. (Hg.): Sozialpädagogik im Blick der Frauenforschung. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1997
- Rosenbach, Christine: Frauenförderprogramm NÖ Landesdienst. St. Pölten, NÖ Landesregierung.
- Teubner, Ulrike: Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. In: Arbeit 2002: Zukunft der Frauen (EU-Konferenz) Dokumentation der EU-Konferenz, 1998.
- Wappelshammer, Elisabeth: Der fachliche Diskurs zur Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. Erfahrungen – Anregungen – Kommentare von ExpertInnen. Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung, Band 27, September 2004
- Winkler, Petra et al. (ÖBIG): Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien 2006.