

**Organisationsentwicklung zur  
Professionalisierung  
der extramuralen Pflege –  
eine qualitative Untersuchung**

**Alexandra Prinz**

## **Abstract**

Organisationsentwicklung in der extramuralen Pflege wurde in Österreich bisher noch nicht wissenschaftlich erforscht. Die vorliegende Arbeit bietet einen Einblick in die multiplen Facetten dieses Pflegesettings und welche Rolle Organisationsentwicklung dabei einnimmt. Die Gliederung weist einen theoretischen und einen empirischen Teil auf.

Die theoretische Hinführung basiert auf einem Abriss über Professionalisierung in der Pflege, wobei Organisationsentwicklung als Teil dieses Professionalisierungsprozesses gesehen wird. Ebenso wird die strukturelle Ebene beleuchtet, in der extramurale Pflege in Wien stattfindet.

Im empirischen Teil wird durch Interviews mit Beschäftigten aus der Pflege analysiert, was Professionalisierung und Organisationsentwicklung in Unternehmen aktuell bedeutet, die unter vorgegebenen strukturellen und finanziellen Gegebenheiten agieren.

Es ergibt sich ein Spannungsbogen zwischen theoretischen Grundlagen und praktischem Arbeitsumfeld – mit Effekten, die aufgrund ökonomischer und demografischer Rahmenbedingungen den Professionalisierungsprozess in der extramuralen Pflege beeinflussen werden.

## Inhaltsverzeichnis

### Teil I - Theoretischer Teil

1. Einleitung.....	8
1.2. Fragestellung.....	11
1.3. Genderthematik und Verwendung der Berufsbezeichnung.....	12
1.4. Methode des theoretischen Unterbaus.....	13
1.4.1. Recherche in Online-Katalogen auf Bibliotheken und Universitäten.....	13
1.4.2. Recherche in Datenbanken.....	14
1.4.3. Weitere Recherchen.....	15
1.4.4. Recherchen durch Kontaktaufnahme mit Expertinnen.....	16
1.4.5. Recherche mittels Rechercheprotokoll.....	18
1.5. Vorgehensweise.....	19
2. Begriffsklärung.....	20
2.1. Vorbemerkungen.....	20
2.2. Organisationsentwicklung.....	23
2.2.1. Die Rolle von Führungskräften in Organisationen.....	26
2.2.2. Fünf-Punkte Programm von Asselmeyer.....	26
2.2.3. Unterstützende Maßnahmen für nachhaltige Organisationsentwicklung.....	29
2.3. Extramurale Pflege.....	31
2.3.1. Deutschsprachige Definitionen.....	31
2.3.2. Internationale Gegebenheiten.....	32

2.4. Professionalisierung.....	36
2.4.1. Ausbildung für mehr Professionalisierung.....	37
3. Extramurale Pflege in Wien.....	40
3.1. Hintergrundinformationen: Zahlen, Daten, Fakten	
– extramurale Pflege.....	44

## **Teil II – Empirischer Teil**

4. Qualitative Interviews.....	47
4.1. Vorgehensweise.....	48
4.2. Auswahl und Anonymität der Interviewpartnerinnen.....	49
4.2.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen.....	49
4.2.2. Anonymität der Interviewpartnerinnen.....	50
4.3. Transkription der Interviews.....	52
4.4. Warum qualitative Forschung?.....	52
4.5. Qualitative Gütekriterien.....	53
4.6. Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse.....	54
4.7. Das Codiersystem.....	56
5. Auswertung der qualitativen Interviews.....	58
5.1. Organisationsentwicklung.....	58
5.1.1. Organisationsentwicklung aus verschiedenen Sichtweisen.....	58
5.1.1.1. Sichtweise der Führungskräfte.....	58
5.1.1.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte.....	60
5.1.2. Leitbild.....	62
5.1.3. Mitarbeiterinneneinbindung.....	62

5.1.3.1. Sichtweise der Führungskräfte.....	62
5.1.3.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte.....	63
5.1.4. Mitarbeiterinnengespräche.....	64
5.1.5. Kommunikation.....	66
5.1.5.1. Sichtweise der Führungskräfte.....	66
5.1.5.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte.....	67
5.1.6. Zukunftsvision.....	68
5.1.6.1. Sichtweise der Führungskräfte.....	68
5.1.6.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte.....	69
5.1.7. Supervision.....	70
5.1.8. Fehlerkultur und Konfliktmanagement.....	70
5.1.8.1. Sichtweise der Führungskräfte.....	70
5.1.8.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte.....	72
5.1.9. Feedbackkultur.....	72
5.2. Extramurale Pflege.....	74
5.2.1. Einsparungen.....	77
5.2.2. Pflegeheime.....	77
5.2.3. Rahmenbedingungen.....	77
5.2.4. Dokumentation.....	79
5.2.5. Politik in der extramuralen Pflege.....	80
5.2.6. Personal.....	81
5.2.7. Personaleinsatz.....	82
5.2.7.1. Sichtweise der Führungskräfte.....	82
5.2.7.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte.....	83
5.2.8. Fluktuation.....	85

5.2.9. Migrantinnen und Sprachkenntnisse.....	86
5.2.10. Attraktivität der Dienstzeiten.....	87
5.3. Professionalisierung.....	89
5.3.1. Case- und Caremanagement, Entlassungsmanagement.....	90
5.3.2. Verhältnis: Medizin vs. Pflege.....	90
5.3.3. Qualität in der extramuralen Pflege.....	91
5.3.4. Ausbildung für die extramurale Pflege.....	92
5.3.5. Akademisierung.....	94
5.3.6. Führung.....	96
5.3.7. Management.....	98
5.3.8. Bewusstsein.....	99
5.4. Sonstiges.....	99
5.4.1. Ausland.....	99
5.4.2. Finanzierung.....	100
5.4.3. Pflegegeld.....	100
5.4.4. Strukturierung.....	101
5.4.5. Fonds Soziales Wien (FSW).....	103
6. Schlussteil.....	105
6.1. Zusammenfassung der Interviewanalyse.....	105
6.2. Ergebnisse.....	106
6.2.1. Ergebnisse im Hinblick auf OE.....	107
6.2.2. Ergebnisse im Hinblick auf Professionalisierung.....	108
6.3. Diskussion.....	110
6.4. Fehlende Daten .....	111
6.5. Zukünftige Herausforderungen.....	112

7. Literaturverzeichnis.....	115
8. Abkürzungsverzeichnis.....	124

## Teil I – Theoretischer Teil

### 1. Einleitung

Die extramurale Pflege ist in Österreich innerhalb der Pflege ein noch sehr junges Forschungsfeld. Vor allem aufgrund der demografischen Gegebenheiten<sup>1</sup> und der bisherigen Versäumnisse zeigt sich, dass der Aufholbedarf aus internationaler Sicht enorm ist. „Die meisten Menschen haben den Wunsch, im Alter so lange wie möglich in ihrem gewohnten Zuhause zu bleiben“<sup>2</sup>, ist auf der Homepage des Roten Kreuzes zu lesen.

Um dieses „Feld“ näher kennenzulernen, begab sich die Autorin mit dem Hintergrund eines abgeschlossenen Studiums der Kultur- und Sozialanthropologie sowie der Philosophie inklusive pflegerischer Grundausbildung auf „Feldforschung“ in die extramurale Pflege. Diese Erfahrungen in der Pflege nach den bisher durchlaufenen Ausbildungen und pflegefremden Berufserfahrungen bilden den Hintergrund für die Bestandsaufnahme eines Berufsumfeldes, das erst am Anfang seiner Professionalisierungsbestrebungen steht. Professionelle Organisationsentwicklung ist ein Kennzeichen von Professionalisierung, wie man sie aus Bereichen kennt, in denen Organisationsentwicklung – meist aus Gründen der Effizienzsteigerung – eingesetzt wird. Hierbei zeigen sich in der extramuralen Pflege Ansätze, die in dieser Arbeit näher beschrieben werden – wie auch das Umfeld, in dem extramurale Pflege stattfindet.

Es ist hoch an der Zeit, der Gesundheits- und Krankenpflege innerhalb der extramuralen Pflege im Rahmen eines generellen Professionalisierungsschubes dieses nichtärztlichen Gesundheitsberufes verstärkt Aufmerksamkeit zu schenken.

Der mobilen Betreuung soll vor der stationären Betreuung Vorrang eingeräumt werden (Regierungsprogramm 2013-2018, S. 52), wodurch es zu einem flächendeckenden

---

<sup>1</sup> Statistik Austria: Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demographische Abhängigkeitsquotienten – Österreich.

[file:///C:/Users/Home/Documents/MA-Arbeit/Statistiken/jahresdurchschnittsbevoelkerung seit 1981 nach breiten altersgruppen sowie 023458.pdf](file:///C:/Users/Home/Documents/MA-Arbeit/Statistiken/jahresdurchschnittsbevoelkerung%20seit%201981%20nach%20breiten%20altersgruppen%20sowie%20023458.pdf)

<sup>2</sup> Rotes Kreuz: <http://www.rotekreuz.at/pflege-betreuung/kurse/pflegende-angehoerige/>



Ausbau der mobilen Dienste kommen und die Finanzierung durch den Pflegefonds abgedeckt werden soll. Dass dieser nicht ausreicht, zeigt sich in der Kritik an einem Rechnungshofprüfbericht im April 2014, in der ein Ausstieg aus der profitorientierten Pflege empfohlen wird.<sup>3</sup>

Die extramurale Pflege ist angesichts der bevorstehenden Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2015 in der zukünftigen Versorgung von hoch- und höchstaltigen Menschen<sup>4</sup> großen Herausforderungen ausgesetzt. Diese Gesundheitsreform wird der Pflege jene Kompetenzen zukommen lassen, die gesetzlich bereits seit 1997 im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) verankert sind. „Ziel der Neuaufstellung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Ärztinnen sowie Angehörigen des Pflegepersonals ist eine Übernahme des sogenannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs durch die Pflege mit 1. Jänner 2015. Damit erbringt die Pflege nun auch jene Tätigkeiten, die sie laut Gesetz seit Jahren erbringen darf und deren Durchführung auch international üblich ist.“<sup>5</sup> Die sich dadurch abzeichnenden Veränderungen für die extramurale Pflege sind noch nicht abschätzbar.

Primär wird der Versorgungsauftrag mit Pflegediensten gewährleistet, die aufgrund einer uneinheitlichen Finanzierungsstruktur allesamt über Probleme mit der Finanzierung klagen. Ein Bericht des Rechnungshofs moniert die zersplitterte Finanzierungsstruktur im Pflegebereich folgendermaßen:

„Aufgrund der hohen Zahl der Zahlungsströme, der nicht aufgabenbezogenen Gliederung der Rechnungsabschlüsse der Länder, sowie der Unterschiede der rechtlichen Ausgestaltung fehlen vergleichbare, umfassende Informationen über die Gesamtkosten der Pflege, sowie über den Anteil von Bund, Ländern, Gemeinden und der Heimbewohner.

---

<sup>3</sup> Springermedizin

<http://www.springermedizin.at/artikel/40128-pflege-regress-aus-und-pruefbericht-thema-im-landtag-steiermark>

<sup>4</sup> Hierbei wird eine Klassifizierung einer Studie des Sozialministeriums aus 2009 herangezogen, wonach als hochaltig Menschen ab 80 Jahren und höchstaltig Menschen ab 85 Jahren bezeichnet werden. Studie: Hochaltigkeit in Österreich

[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltigen_kleine_datei.pdf), S. 48

<sup>5</sup> Ärztekammer begrüßt verbesserte Zusammenarbeit mit Pflegeberufen  
[http://www2.aekwien.at/conf\\_p.py?Page=1&id\\_press=1359&id\\_press\\_type=1](http://www2.aekwien.at/conf_p.py?Page=1&id_press=1359&id_press_type=1)

Zudem fehlen vergleichbare Informationen über den Anteil der auf den stationären, teilstationären und ambulanten/mobilen Bereich entfallenden Gesamtkosten.<sup>6</sup>

Professionalität in der mobilen Pflege ist kein gesetzlicher Auftrag und wurde von der Berufsgruppe so auch noch nicht gesehen (vgl. Spicker, 2001, S.9). Dies beginnt bereits durch die Ausbildung, da es selbst für die pädagogische Qualifikation der Praxisanleiterinnen in der Ausbildung keinerlei gesetzliche Mindestvorgaben gibt (vgl. Jank, 2011, S.21).

Seit Jahren wird der „anhaltende Personalmangel“ (nicht nur) in der mobilen Pflege beklagt (vgl. Krajic, 2005, S.6). Noch kann von keinem flächendeckenden Gesamtkonzept zur Sicherstellung der Finanzierung, Organisation und Ausrichtung der extramuralen Pflege innerhalb einer zukunftsfähigen und langfristigen Gesundheitsversorgung gesprochen werden. Die Gründe dahinter sind vielschichtig.

Die Entwicklung der Pflege und die damit einhergehende unterentwickelte Forschungslandschaft, besonders die extramurale Pflege in Österreich betreffend, erklärt sich u.a. aus den bisherigen Zugangsvoraussetzungen zum Pflegeberuf, der noch immer nach zehn absolvierten Schulstufen erreicht werden kann<sup>7</sup>.

Deshalb soll mit dieser Arbeit aufgrund der mangelnden Daten und Faktenlage mittels qualitativer Interviews ein IST-Zustand der derzeit in Wien agierenden mobilen Dienste erhoben werden.

---

<sup>6</sup> Bericht des Rechnungshofs:

[http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf), S.53

<sup>7</sup> Bundesministerium für Gesundheit

[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe\\_A\\_Z/Diplomierte\\_Gesundheits\\_und\\_Krankenschwester\\_Diplomierter\\_Gesundheits\\_und\\_Krankenpfleger](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe_A_Z/Diplomierte_Gesundheits_und_Krankenschwester_Diplomierter_Gesundheits_und_Krankenpfleger)

## 1.2. Fragestellung

Die Fragestellung entwickelte sich aufgrund der dreijährigen Erfahrung als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester<sup>8</sup> in den extramuralen Diensten und der berufsbegleitenden Absolvierung eines zweiten Master-Studiums für Advanced Nursing Practice<sup>9</sup>, in dem wesentliche Führungs- und Management-Skills unterrichtet wurden. Die Spannung, die sich aufgrund der Rahmenbedingungen im extramuralen Sektor, der bereits absolvierten Ausbildungen und des berufsbegleitenden Master-Studiums ergab, führte zu folgender Fragestellung:

„Was wird unter Organisationsentwicklung zur Professionalisierung der extramuralen Pflege verstanden und welche Maßnahmen der Organisationsentwicklung zur Professionalisierung in der extramuralen Pflege werden derzeit ergriffen?“

Geleitet wurde diese Fragestellung durch die persönliche Erfahrung nicht adäquaten Ressourceneinsatzes durch unzureichende Organisationsentwicklung aufgrund von Führungsdefiziten. Dies sind Symptome einer nicht zielgerichteten Ausrichtung der Versorgungslandschaft durch mobile Pflegedienste, die entsprechenden Rahmenbedingungen unterworfen sind, die im Laufe der Arbeit näher erläutert werden.

Ähnliche Fragen wurden anlässlich einer Fachtagung in Bielefeld 1996 diskutiert, in Österreich wurden diese Fragen bislang weder auf Ebene der Entscheidungsträgerinnen (siehe Genderkapitel 1.2.) noch bei pflegewissenschaftlichen Tagungen öffentlich thematisiert:

„Welche Betriebsführungs- und Personalführungskonzepte sind vor allem für ambulante Pflegeeinrichtungen, die jetzt nach Wirtschaftlichkeitskriterien arbeiten müssen, sinnvoll einzusetzen?“

Insbesondere: Welche veränderten Bewältigungsstrategien - für die Verzahnung der eigenständigen Rolle der Pflege mit den übrigen Professionen - sind notwendig, damit

---

<sup>8</sup> Die Berufsbezeichnung „diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester“ tragen all jene Personen, die eine dreijährige Ausbildung (4600 Stunden) an einer einem Krankenhaus angeschlossenen Schule oder an einer Fachhochschule absolviert haben. Bezüglich der Synonyme für die Berufsbezeichnung und der Genderthematik siehe Kapitel 1.2.

<sup>9</sup> Der Master-Lehrgang Advanced Nursing Practice wird am FH-Campus Wien seit 2012 angeboten. An einzelnen Fachhochschulen Österreichs konnte ein Master-Lehrgang bereits früher absolviert werden. Eine Spezialisierung für extramurale Pflege war im Master-Ausbildungslehrgang 2012-2014 noch nicht möglich.

unterqualifizierte Beschäftigungen, Leerläufe, Reibungsflächen, Ressourcenvergeudung usw. vermieden werden und sich neue Synergien im Zusammenwirken der Professionen entwickeln können?“ (Schäffer, D., 1998, S.)

### **1.3. Genderthematik sowie Verwendung der Berufsbezeichnung**

Simsa beziffert den Frauenanteil in den mobilen Organisationen mit 95,3%<sup>10</sup>, weswegen in dieser Arbeit durchgängig die weibliche Form bei allen geschlechtsspezifischen Ausdrücken verwendet wird. Der wachsende Anteil von Männern in der Pflege ist dabei mitgemeint. Bei Ausnahmen, in denen es sich um nur ein Geschlecht handelt, wird dies explizit angeführt. Ebenso werden diverse Ausnahmen in Fußnoten angeführt. Die Geschlechtsform in den Zitaten (entweder männliche Form oder mit Binnen-I) wurde wörtlich übernommen und entspricht häufig nicht der von der Autorin verwendeten Schreibweise.

Die Verwendung der gebräuchlichen Abkürzungen DGKS bzw. DGKP für diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. für diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger sind ebenso gebräuchlich wie die Abkürzung DGKP auch für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson steht. Allgemein und geschlechtsneutral wird auch von diplomierten Pflegekräften gesprochen. Diese Ausdrücke stehen synonym und werden in der vorliegenden Arbeit gleichwertig verwendet. Die Interviewteilnehmerinnen haben immer wieder den Ausdruck „DGKS“ verwendet, was aus Authentizitätsgründen auch so übernommen wird.

---

<sup>10</sup> Simsa:

[http://www.zukunft-pflegen.info/uploads/tx\\_frpsimpledownloads/SIMSA\\_Wiso.pdf](http://www.zukunft-pflegen.info/uploads/tx_frpsimpledownloads/SIMSA_Wiso.pdf)

## **1.4. Methode des theoretischen Unterbaus**

### **1.4.1. Recherche in Online-Katalogen auf Bibliotheken und Universitäten**

Da das Thema mit pflegewissenschaftlich relevanter Literatur kaum bearbeitet ist, wurde eine großflächige Literaturrecherche zur Gestaltung des theoretischen Unterbaus durchgeführt. Die hierbei verwendeten Schlagworte/Suchbegriffe waren „Professionalisierung“, „Organisationsentwicklung“, „ambulante Pflege“, „extramurale Pflege“ und „Hauskrankenpflege“.

Der Begriff „extramurale Pflege“ auf der Homepage der Universitätsbibliothek Wien lieferte im Juni 2014 13 Treffer für den Zeitraum 2000-2013. Die Kombination der Begriffe „extramurale Pflege“ und „Organisationsentwicklung“ sowie „extramurale Pflege“ und „Professionalisierung“ führte zu keinen Treffern.

Der Begriff „extramurale Pflege“ mit der Einschränkung „Literatur ab 2007“ lieferte einen Treffer aus dem Jahr 2009, der sich mit Weiterbildung befasste.

Während der Begriff „Organisationsentwicklung“ mit der Einschränkung „Literatur ab 2003“ eine Anzahl von 1.571 Hits ergab, verringerte sich die Trefferanzahl mit der Kombination „Organisationsentwicklung“ und „Pflege“ ab dem Erscheinungsjahr 2010 auf 24 Treffer.

Der Katalog der Hauptbibliothek Wien lieferte mit der Dateneingabe „Organisationsentwicklung“ und „extramurale Pflege“ einen einzigen Treffer, der sich auf Case- und Caremanagement (2006) bezog.

Dieselbe Recherche wurde im elektronischen Katalog der Medizinischen Universität Wien durchgeführt. Die Suchbegriff „Organisationsentwicklung“ ergab als Einzelsuchbegriff für den Zeitraum 2000-2014 439 Treffer. In Kombination mit dem Begriff „Professionalisierung“ und einer zeitlichen Einschränkung von 2005-2014 wurden nur noch 24 Treffer ausgegeben. Eine Suchanfrage mit allen drei Begriffen ergab keinen Treffer.

Eine telefonische Anfrage über ein derzeit laufendes Forschungsprojekt, eventuell vorhandene Studien oder zukünftige Vorhaben am Institut für Pflegewissenschaft in

Wien<sup>11</sup> wurde negativ beantwortet. Auf Empfehlung des Instituts für Pflegewissenschaft wurden auch Recherchen an der UMIT<sup>12</sup> durchgeführt, die ebenfalls negativ verliefen.

Bei genauerer Recherche über die inhaltliche Relevanz der ersichtlichen Literatur stellte sich heraus, dass die Kombination der Begriffe oder auch die singulären Begriffe sich selten auf das zu bearbeitende Thema bezogen. Ein Werk stach heraus, es handelte sich um das Werk von Christiane Schiersmann und Ulrich Thiel über „Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen“, das sich mit Organisationsentwicklung in sozialwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt.

#### **1.4.2. Recherche in Datenbanken**

Aufgrund der minimal vorhandenen aktuellen Literatur über die Universitätsbibliotheken in Wien sowie die Hauptbibliothek Wien wurde vorrangig im Internet gesucht, wobei auch google books als Suchmaschine herangezogen wurde. Weiters wurde über die zugänglichen Datenbanken der FH Campus Wien pubmed, cinahl, science direct und die elektronischen Zeitschriftenbibliotheken gesucht.

Die dafür verwendeten Begriffe waren: „organisational development“, „professionalization“, „home care“, „ambulant care“ und „home care nursing“.

Cinahl lieferte mit den englisch-sprachigen Begriffen „organisational development“ AND „home nursing“ 13 Treffer, von denen zwei annähernd der bearbeiteten Thematik entsprachen. Die Dissertation von Maureen Dailey (2010): Organizational Climate and Nurse Work Outcomes in Home Healthcare zeigt, dass man sich auch in den USA vermehrt mit diesem Thema beschäftigt.

Während der Begriff „organizational development“ 1.622 Treffer größtenteils sehr allgemeiner Natur lieferte, schienen in Kombination mit „professionalization“ nur zwei Treffer auf. Davon war einer eine Dissertation, die sich mit der Professionalisierung deutscher Krankenschwestern von 1836-1918 befasste und die andere thematisch ohne weiteres Interesse für das zu bearbeitende Thema. Eine Eingabe, die alle drei Merkmale umfasste, lieferte keinen Treffer.

---

<sup>11</sup> Datum der Anfrage: 4.6.2014

<sup>12</sup> Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Die Kombination „professionalization „ und „home care“ lieferte drei Treffer, die sich auf Belgien, Deutschland und die Niederlande bezogen und aus den Jahren 1997, 1998 stammten, weswegen sie aufgrund geringer Aktualität außer Acht gelassen wurden.

In der Datenbank Science Direct ergaben sich aus der Kombination der Begriffe „organisational development“ AND „home care“ 30.827 Treffer, die jedoch bei Einschränkung auf „International Journal of Nursing Studies“ unter Ausschluss der Kriterien Social Science & Medicine, Children and Youth Services Review und mit Einschluss auf health care und public health in den Jahren 2004-2014 fünf Treffer landeten.

Ferner wurde über Cinahl Literatur über extramurale Pflege gesucht. Bei einer Eingabe von „home care nursing“ erschienen für den Zeitraum 2009-2014 775 Treffer auf, die sich in der Regel allgemein mit der Thematik beschäftigten, ohne auf die Spezifik des zu erarbeitenden Themas einzugehen. Eine Gruppenstudie über die professionelle Arbeit von mobilen Krankenschwestern in Schweden wurde einer näheren Begutachtung unterzogen, um Professionalität in der extramuralen Pflege in einem skandinavischen Land vorzustellen. Die Einschränkung auf „full text“ und „academic journal“ für den gleichen Zeitraum lieferte nur noch 134 Treffer.

#### **1.4.3. Weitere Recherchen**

Artikel aus nationalen und internationalen Zeitungen sowie aktuelle themenrelevante Medienberichte wurden ebenfalls einbezogen.

Daten und Fakten wurden den jeweiligen Homepages der Statistik Austria sowie der öffentlichen Behörden und Verwaltungseinrichtungen – soweit erhältlich – entnommen.

Da sich das Internet als gängiges Medium – auch für die wissenschaftliche Arbeit – durchgesetzt hat, werden häufig Studien, Protokolle, Daten etc. aus dem Internet herangezogen, die als Links oder pdf-Files in die Arbeit einbezogen werden. Um die leichtere Lesbarkeit zu gewährleisten, wurden diese Links bzw. pdf-Files mittels Fußnote angebracht.

Die internationale, englisch- sowie auch deutschsprachige Literatur, mittels derer ein theoretischer Unterbau gestaltet wird, wird immer unter dem Kontext betrachtet, unter

dem diese entstanden ist. Hierbei ist der Theorie-Praxis-Transfer zu reflektieren, inwieweit theoretische Begriffe und Konzepte in eine Praxis transferiert werden, die sich unter ganz spezifischen Rahmenbedingungen entwickelt. Insgesamt wurde aufgrund der spezifischen Fragestellung und bezogen auf den nationalen Kontext der deutschsprachigen Literatur und Studien aus Österreich der Vorzug gegeben. Englischsprachige Literatur wurde speziell auf die Ausarbeitung der Thematik in Bezug auf Organisationsentwicklung und Professionalisierung verwendet.

In der Verwendung von englischsprachiger Literatur ist mitzudenken, dass der Professionalisierungs-Prozess in der Pflege im internationalen und angloamerikanischen Raum bereits in den 1950er Jahren begonnen hat (408 public health nurses in Georgia 1947, vergl. Cannon 2014, S.10), die Gesundheitssysteme dieser Länder grundsätzlich anders aufgebaut sind und jegliche wissenschaftliche Literatur immer auch unter diesen Voraussetzungen reflektiert werden sollte, was sich speziell auf die Entwicklung der Pflege in Bezug auf Professionalisierung, insbesondere der extramuralen Pflege und in diesem Zusammenhang auf den jüngsten Bedarf in der Entwicklung von Führungskräften ablesen lässt. „According to Abbott, the elusiveness and dynamism of the concept of professionalisation is fascinating in itself and therefore deserves further study. This simultaneously implies that when studying professions, these cannot be separated or viewed apart from the historical, social and cultural context in which they are embedded.“ (Philipsen, 2007, S.43)

Dies vorausgesetzt und mit dem Wissen, dass wissenschaftlich relevante Literatur auf den spezifisch österreichischen Kontext bezogen auf das Bundesland Wien nicht vorhanden ist, wurde beschlossen, die Faktenlage anhand ausführlicher, qualitativer Interviews mittels eines Interviewleitfadens zu erheben. Die Methodik, die für die Analyse der qualitativen Interviews anhand eines Leitfadeninterviews angewandt wurde, wird im fünften Kapitel detailliert beschrieben.

#### **1.4.4. Recherchen durch Kontaktaufnahme mit Expertinnen**

Um einen aktuellen Überblick über die Situation der extramuralen Pflege in Wien und in Österreich zu erhalten, wurden auch zahlreiche öffentliche Stellen bezüglich der Bereitstellung von Daten, Fakten und Zahlen kontaktiert.



Die Studie „Pflegernotstand in der mobilen Pflege“ vom Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie unter Mitarbeit von Karl Krajic und Elisabeth Rappold<sup>13</sup> aus dem Jahr 2005 fand keine Aktualisierung in den letzten Jahren. Die Probleme wurden klar diagnostiziert und Lösungsvorschläge angebracht. Laut Aussage des Experten/der Expertin wurde keine Folgestudie erstellt.

Ähnlich verhielt es sich mit den Ergebnissen der Studie des KDZ – Zentrum für Verwaltungsforschung „Pflege und Betreuung in Österreichs Städten“ aus dem Jahr 2011 unter Mitarbeit von Peter Biwald und Anita Haindl, die ebenfalls kontaktiert wurden, um zu erfragen, welchen Effekt diese Studien ausüben. Es wurde bestätigt, dass keine Folgestudie in Auftrag gegeben wurde.

Mails über die Anfragen von Daten, Fakten und Zahlen bezüglich extramuraler Pflege wurden größtenteils negativ beantwortet, in dem Sinne, dass es noch kein ausreichendes Datenmaterial gibt.<sup>14</sup>

Birgit Trukeschitz vom Institut für Altersökonomie wurde bezüglich der Studie „Wo der Schuh drückt“ kontaktiert. Auch sie hält die öffentliche Daten- und Faktenlage in Österreich für unzureichend und schlägt ein transparentes System wie in Großbritannien vor.

Eine Anfrage an das Bundesministerium für Gesundheit über die zukünftige Gestaltung der extramuralen Pflege wurde bis zum Datum des Abgabetermins nicht beantwortet.

Mit dem im Juni 2013 abgeschlossenen Bundeszielsteuerungsvertrag wird eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die zukünftige Ausrichtung über Finanzierung und Organisation des österreichischen Gesundheitswesens getroffen. Damit werden strategische und operative Ziele festgelegt, was eine zentrale Datenerhebung überhaupt erst möglich macht. Das gemeinsame Zukunftsbild aus Artikel 2 des Bundeszielsteuerungsvertrages lautet wie folgt:

„(1) Die Vertragsparteien setzen sich für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich ein.“

---

<sup>13</sup> Auf die Bezeichnung von Titeln vor Namen wurde in der Arbeit verzichtet. In der Regel handelt es sich bei allen namentlich angeführten Personen um solche, die ein oder mehrere Universitätsstudien abgeschlossen haben.

<sup>14</sup> Mail vom 3. und 9. Juni Stanzl, MA24/Weissensteiner; AK Wien, Mails wurden der Arbeit nicht beigelegt, liegen jedoch bei der Verfasserin auf.

(2) Sie arbeiten gemeinsam für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die durch ein solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig sichergestellt wird.

(3) Das solidarische Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts in Österreich wird den sozialen Grundprinzipien ebenso gerecht wie allen Anforderungen an eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung. Diesem Gesundheitssystem liegt ein zeitgemäßes Versorgungsstufenkonzept und Rollenverständnis für die Akteure zugrunde.

(4) In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Die Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert.

(5) Die kurative Versorgung erfolgt am gemeinsam festgelegten „Best Point of Service“. Damit ist sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird. Die Primärversorgung („Primary Health Care“) ist flächendeckend umgesetzt.

(6) Mehr Transparenz sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglichen die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen.“ (Bundeszielsteuerungsvertrag – Zielsteuerung Gesundheit, S.3., 2013)

#### **1.4.5. Recherche mittels Rechercheprotokoll**

Für den Zeitraum der Erstellung der Arbeit von Jänner bis Juni 2014 wurde ein Rechercheprotokoll mittels eines Word-Dokumentes geführt. Sowohl während der grundlegenden Literaturrecherche als auch während der Ausarbeitung der Interviews wurde begleitend immer nach aktuellen Studien bzw. Literatur gesucht.

Das Protokoll beinhaltet Suchbegriffe, Datum der Suche, den jeweiligen Link, teilweise auch versehen mit thematisch relevanten Bemerkungen und liegt ebenfalls bei der Verfasserin auf.

## 1.5. Vorgehensweise

Kapitel zwei beinhaltet die Begriffsklärung, in der die wichtigsten, kontextrelevanten Begriffe erklärt werden.

Im dritten Kapitel werden die Rahmenbedingungen erläutert, unter denen extramurale Pflege derzeit in Wien stattfindet.

Den Hauptteil, beginnend mit dem vierten Kapitel, bildet die eigenständige qualitative Forschung auf Basis von leitfadengestützten Interviews. Dieses Kapitel befasst sich mit der Beschreibung der Theorie.

Die Ausarbeitung der Interviews ist im fünften Kapitel nachzulesen und enthält das Kernstück der Arbeit, das einen Einblick in die extramurale Pflege durch Key-Informantinnen<sup>15</sup> gewährt.

Den Abschluss bildet der Bogen der theoretischen Inhalte sowie der Interviews im Hinblick auf eine zukünftige Ausrichtung der extramuralen Pflege und die sich dadurch ergebenden Fragestellungen.

---

<sup>15</sup> Der Begriff kommt ursprünglich aus der Kultur- und Sozialanthropologie und wird angewandt, um über ein System umfangreiche Informationen zu erhalten. Diese Personen sind aus dem Forschungsfeld und haben umfangreiche Kenntnisse darüber.

## 2. Begriffsklärung

### 2.1. Vorbemerkungen

Organisationsentwicklung (OE, siehe detaillierter Kapitel 2.2.) ist ein Begriff, der aus dem Produktionssektor generiert und als Methode primär vor allem in Großkonzernen<sup>16</sup> zur Stärkung der wirtschaftlichen internationalen Wettbewerbsfähigkeit eingesetzt wurde. „Mit diesem Strategiewandel von einem rein produzierenden Unternehmen hin zu einem industriellen Dienstleister können vielfältige organisationale Veränderungen notwendig werden wie z. B. ein Hierarchieabbau, eine flexiblere Arbeitsorganisation, u. a. was die Arbeitszeit und den Personaleinsatz betrifft, der Aufbau neuer Kooperationen etc. Diese Veränderungen müssen zudem durch die Entwicklung einer positiven Dienstleistungskultur getragen werden“ (vgl. Elke & Ziemeck, 2006, S.2).

Auf einer darüber liegenden Meta-Ebene sollte geklärt werden, ob Gesundheit und Pflege ein Produkt sind, aus dem zukünftig Profit geschlagen wird, weil die Rahmenbedingungen dies vorgeben oder ob man sich gesellschaftspolitisch darauf einigt, dass Dienstleistungen im Gesundheits- und Pflegebereich, um die es in dieser Arbeit geht, ein Anspruch sind, den jeder Mensch unabhängig von seinem Einkommen hat und der von profitorientierten Marktmechanismen ausgenommen wird. Dies kann in dieser Arbeit nicht behandelt werden, da es nicht in der Entscheidungsmacht der Pflege liegt, auf dieser Meta-Ebene Entscheidungen zu treffen. Wohl aber wäre durch verstärkte Professionalisierung (durch bessere Ausbildung) eine Bewusstseinsentwicklung in Gang zu setzen, die langfristig auch auf diese Meta-Ebene Einfluss nehmen könnte.

„In seinem Bericht »Grenzen der Privatisierung« analysiert der Club of Rome, dass Privatisierungen dann von Erfolg gekrönt sind, wenn sie genau geregelt und die Risiken für beide Seiten gleichmäßig verteilt werden. Die öffentliche Hand habe sich aber immer die Frage zu stellen, ab welcher Grenze mehr Schaden als Nutzen zu erwarten sei und wie soziale Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen gelöst würden – nicht zuletzt deshalb, weil die Auswirkungen »nicht nur die heute Lebenden, sondern auch künftige Generationen zu spüren« bekommen (von Weizsäcker u. a., 2006). Bei

---

<sup>16</sup> Heiko Spitzek untersucht in seinem Buch „Moralische Organisationsentwicklung“ Nestlé und Citigroup näher.

der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen werden diese Fragen nicht einmal ansatzweise gestellt“ (Rümmele, 2007, S.44).

Die derzeitige Finanzierungslage im extramuralen Bereich lässt nur eine sehr eingeschränkte Handlungsweise zu und ist finanziell und strukturell nicht in der Lage, Organisationsentwicklung so durchzuführen wie jene Sektoren, aus denen dieser Begriff kommt, die per se klar auf Profitmaximierung ausgelegt und die auch bestimmten Rahmenbedingungen unterworfen sind.

Von Seiten einer professionellen OE wird vorausgesetzt, dass von Anfang an klar sein sollte, „in welchem Umfang finanzielle Ressourcen für die Durchführung eines OE-Prozesses zur Verfügung stehen“ (Schiersmann, 2009, S.28).

Zusätzlich wird betont, dass in der professionellen OE darüber reflektiert wird, wie diese aus moralischer Sicht aufgebaut werden kann, weil dieser Aspekt in der auf rein ökonomische Basis ausgerichteten OE bis dato zu wenig berücksichtigt wurde. „There is an increasing practical need to describe organizational moral learning. In today’s globalized world, corporations are faced with increasing expectations towards their conduct, not only from financial analysts but also from other parts of society (Spitzeck, 2009, S.157).

Extramurale Pflege unter dem Aspekt der OE im Zuge einer fortschreitenden Professionalisierung wurde in Österreich bislang wissenschaftlich kaum bearbeitet, was mit der historischen Vergangenheit der Pflege, den damit verbundenen Ausbildungsvoraussetzungen (Zugangsvoraussetzung zum Pflegeberuf mit 10 Schulstufen, seit 2008 als Bachelor-Lehrgang, seit 2012 als Master-Lehrgang am FH Campus Wien), der geringen Verweildauer im Beruf, dem hohen Anteil an Zuwanderinnen in diesem Beruf, den unterschiedlichen Bildungsgraden der am Bett Tätigen und den Entscheidungsträgern<sup>17</sup> in höheren Positionen zu tun hat. In diesem Bereich ist die Datenlage wenig erfasst, weil Wissenschaft in der Pflege – und insbesondere in der extramuralen Pflege – bis 2014 kaum eine Rolle spielte, weswegen Österreich in der internationalen Literatur nur marginal erwähnt wird. Dass dieses Thema auch international noch nicht ausreichend Bedeutung hat, zeigte die intensive Recherche in den Datenbanken, die nur geringe Trefferquoten aufwies.

---

<sup>17</sup> Hierbei wird bewusst die männliche Form verwendet, da der Anteil von Frauen in politischen Entscheidungspositionen (z.B. Nationalrat) derzeit bei nur knapp über 30% liegt.

<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=42821>

Laut öffentlicher Bekenntnisse von Entscheidungsträgern (Gesundheits- und Sozialminister wollen den ambulanten Sektor ausbauen) soll der extramurale Sektor expandieren, an der Basis kommt bisweilen wenig an. In der noch sehr hierarchisch organisierten Pflegelandschaft erweist sich vor allem der extramurale Bereich als Experimentierfeld.

Bis heute ist es möglich, Führungskraft eines mobilen Stützpunktes zu sein, ohne über eine entsprechende Ausbildung laut §65 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (im fortlaufenden Text mit GuKG abgekürzt) (Sonderausbildungen für Spezial, Lehr- und Führungsaufgaben des GuKG) oder §72 GuKG (Sonderausbildung für Führungsaufgaben) zu verfügen. Oft genügte es, vor Jahrzehnten als Heimhilfe begonnen zu haben, lange genug im Beruf tätig zu sein, und deshalb eine höhere Position zu bekleiden. Die derzeit geltende gesetzliche Fortbildungsverpflichtung von 40 Wochenstunden in fünf Jahren (§63 GuKG) entspricht nicht dem, was in heutigen Ausbildungsverordnungen für die im Zuge der Professionalisierungstendenzen erforderlichen §72 GuKG notwendigen Skills als professionelle Führungskraft erwünscht wird.

In der Praxis bedeutet das, dass eine Bachelor-Absolventin mit entsprechendem Fachwissen oder eine Akademikerin, die einen Master-Abschluss in einem pflegefremden Setting erworben hat, mit einer Vorgesetzten konfrontiert ist, die ausbildungsmäßig nicht einmal über Matura-Niveau verfügt, weil dies vor vielen Jahren nicht nötig war, sondern schlicht die lange Verweildauer im Beruf für eine entsprechende Positionsbekleidung im mobilen Sektor möglich war. „Auch ohne (ergänzende) akademische Hierarchieebene arbeiten in den Einrichtungen heute Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus und differenten einzelberuflichen Ausbildungsabschlüssen“ (Bögemann-Großheim, 2004, S.105). Gesetzeslage und Berufsverband (Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband, ÖGKV) halten für diplomierte Pflegepersonen kein Werkzeug bereit, das diesen ermöglichen würde, sich Weisungen von hierarchisch höher gestellten Personen zu widersetzen, so diese dem Berufsbild widersprechen. Obwohl selbst der Wunsch nach ausbildungsspezifischer Einsetzung im Beruf oft ungehört bleibt, ist der Widerstand der Berufsgruppe derzeit gering. „Faktoren, die die Pflege generell beeinflussen, kommen im ambulanten Setting stärker zu tragen als im stationären. Die Gewerkschaft beklagt die geringe Organisiertheit der Pflegenden und die nahezu fehlende gewerkschaftliche Präsenz – vor allem in der Hauskrankenpflege – und damit fehlt ein wichtiges Regulativ“ (Krajic, 2005, S.32).

## 2.2. Organisationsentwicklung

„OE ist aus dem Englischen abgeleitet und wird mit „organisational development“ übersetzt, was so viel wie „geplanter organisatorischer Wandel“ bedeutet“ (vgl. Meisel, 2009, S.70).

Je nachdem, aus welcher wissenschaftlichen Richtung man sich im Laufe der letzten Jahrzehnte dem Begriff nähert, wird er unterschiedlich konnotiert. Während in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts von Beckhard ein betriebsumfassendes, planmäßiges Verfahren, gesteuert von Führung, verstanden wurde, entwickelte sich der Begriff in den 90er Jahren als ein „langfristiger Wandlungsprozess auf sozialer und kultureller Ebene der Organisation unter Einbeziehung der aktiven Mitarbeit der betroffenen Menschen“ (Meisel, 2009, S. 71).

Es wird ersichtlich, dass sich durch die Veränderung der Unternehmensausrichtungen auch die Organisationskulturen innerhalb der Unternehmen verändern. Der gesamtwirtschaftliche Kontext, der den Hintergrund für jegliche Organisationsentwicklung bildet, sollte implizit mitgedacht werden.

Ebenfalls beziehen sich die meisten Definitionen bezüglich OE auf privatwirtschaftlich geführte Konzerne, die ihre Unternehmenskultur zur Steigerung der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit entsprechend ausrichten müssen. Die Definitionsabänderungen von einer einst auf autoritäre Unternehmenskultur ausgerichteten Führung bis hin zu einer Wandlung auf sozialer und kultureller Ebene, mit verstärktem Einbezug der Mitarbeiterinnen (Betonung des Humanitätsaspektes) bis hin zu einer „moralischen Organisationsentwicklung“ in der aktuellen Debatte zeigt, welche Veränderungen der Begriff in den vergangenen 40 Jahren erfahren hat.

Wie Mitarbeiterinnen einer Gesundheitsorganisation als Dienstleisterinnen zu aktiv handelnden Subjekten in der Organisation werden können, dazu werden hier kurz die Leitlinien des „Netzwerkes für ganzheitliche Organisationsentwicklung“ (mit Sitz in Köln) vorgestellt. Die wichtigsten Punkte darin sind:

1. Ethik und Haltung: Verpflichtung zu wertschätzendem und achtsamem Umgang mit Zielgruppen und Umfeld
2. OE wird als systematischer Prozess zur Veränderung von Strukturen, Kulturen und dem Verhalten einer Organisation gesehen. Zentral sind die Problemlöse- und Selbststeuerungskompetenz sowie die Zukunftsfähigkeit der Organisation.
3. Kommunikation auf horizontaler und vertikaler Ebene wird groß geschrieben.
4. OE unterliegt einer ganzheitlichen Sichtweise, die Individuum, Organisation, Umfeld und Zeit in ihren Wechselwirkungen betrachtet.
5. Reflexion über Wechselwirkungsprozesse bezüglich Strategie, Struktur und Kultur
6. Rollen- und Funktionsklarheit bezüglich OE-Arbeit, Macht und Entscheidungsgewalt sowie damit zusammenhängende Transparenz
7. OE stellt hohe Anforderungen an Fach- und Sozialkompetenz, weswegen permanente Weiterentwicklung der Persönlichkeit und Fachlichkeit unabdingbar sind (vgl. Leitlinien der Gesellschaft für Organisationsentwicklung 2011, Köln)

Aus den unterschiedlichen Definitionen und den aktuellen Leitlinien des „ganzheitlichen Netzwerkes für Organisationsentwicklung“ wird deutlich, dass OE kein eindeutig abgrenzbarer Begriff ist. Vielmehr handelt es sich um einen gruppendynamischen Ansatz mit der Absicht, einen Veränderungsprozess mit klarer Zielrichtung unter Miteinbeziehung der Mitarbeiterinnen in Gang zu setzen (vgl. Meisel, 2007, S.73).

Immenschuh setzt sich in ihrem Werk über „ambulante Pflege“ mit Badura auseinander, der zwischen „pathogenen“ und „salutogenen“ Merkmalen einer Organisation unterscheidet. Während autoritärer Führungsstil, steile Hierarchie, Misstrauenskultur, Intransparenz von Entscheidungen, geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume, hohe Arbeitsteilung und hochfragmentierte Arbeitsabläufe sowie unzureichende Weiterbildungsmöglichkeiten die Palette der ungesunden Organisation ausmachen, werden gesunde Organisationen durch partizipativen Führungsstil, flache Hierarchien, Vertrauenskultur, Entscheidungstransparenz, prozessorientierte Arbeitsorganisation, Teamarbeit, Weiterbildungsmöglichkeiten und institutionalisierte Gesundheitsförderung



gekennzeichnet (vgl. Immenschuh, 2006, S.61). Unter OE wird bei Immenschuh eine stufenweise Anpassung an veränderte Anforderungen durch die Mitglieder der Organisation vollzogen (ebda. S. 61).

Einen ähnlichen Ansatz vertritt Asselmeyer, der die direkte Einbindung von Mitarbeiterinnen in Organisationsentwicklungsprozesse einfordert (vgl. Asselmeyer, 2006, S.266). Die Anforderungen an Mitarbeiterinnen wachsen, Flexibilität und ökonomische Effizienz werden vorausgesetzt. Die Komplexität von Organisationen zeigt sich auf drei Ebenen: auf der Mikroebene im Verhältnis Individuum-Gruppe-Organisation, auf der Mesoebene (Verhältnis von Organisationseinheiten und ihren Strukturen) und in der Makroebene (Verhältnis zwischen Organisationen und ihrer Umwelt) (vgl. Asselmeyer, 2006, S.267).

Hierbei wird das Spannungsfeld sichtbar, in dem sich Mitarbeiterinnen befinden, die Teil der Organisation sind, die wiederum in einen viel größeren Kontext eingebettet ist. Oft ist es für die Mitarbeiterinnen nicht erkennbar, unter welchen – vor allem wirtschaftlichen Bedingungen Unternehmen agieren, um wettbewerbsfähig zu sein. Nicht immer stehen jedoch wirtschaftliche Gründe im Vordergrund. Oft geht es auch um Machtpositionen, die nicht selten politisch beeinflusst sind. „Welche Interessengruppen dabei welche Ziele durchsetzen können, hängt weitgehend von den gesellschaftlichen vorbestimmten Machtpositionen der Gruppen, von den rechtlichen Vorschriften und der Verfassung der Organisation sowie von den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen vorgegebenen Anforderungen an die Organisation ab“ (Kieser, 2002, S.12). Für ein Unternehmen erweist es sich als schwierig, Mitarbeiterinnen in diesem Konstrukt von unterschiedlichen Machtverhältnissen (politisch, finanziell, wirtschaftlich, auf der Führungsebene), mit Respekt, Wertschätzung und Empathie in Entwicklungsprozesse nachhaltig einzubinden. Genau dies ist aber die große Herausforderung, der sich jedes Unternehmen, das sich dem Prozess der OE verschreibt, stellen muss. Die Chancen, die Ziele in einem Unternehmen festzulegen, deren Regeln festzulegen und sich denselben zu unterwerfen oder zu entziehen, sind ungleich verteilt (vgl. Kieser, 2006, S.19).

Inwieweit Mitarbeiterinnen in der extramuralen Pflege mit der Organisationsentwicklung zufrieden sind bzw. in OE-Prozesse aktiv eingebunden sind, darüber gibt es kaum Studien.

### **2.2.1. Die Rolle von Führungskräften in Organisationen**

Immer wieder wird die mangelnde Qualifikation von Führungskräften beklagt. Diesen kommt in der Erreichung von Organisationszielen eine besonders wichtige Aufgabe zu. Ein gemeinsames Leitbild im Hinblick auf Programm und Ziele des Unternehmens dient der Orientierung der Mitarbeiterinnen und verbindet ihr Denken und Handeln (vgl. Asselmeyer, 2006, S.278). Führungskräfte sollten aufgrund von Schulung, aber auch Lebenserfahrung und Menschlichkeit erkennen, wie sie Mitarbeiterinnen für ein gemeinsames Ziel motivieren können. Oft gelingt es nicht, den Führungsstil an das anzupassen, was die Mitarbeiterin braucht. Vom richtigen Führungsstil hängt sehr viel ab. „Ob ein Mitarbeiter sich für die Firma ins Zeug legt, hängt von seinem direkten Vorgesetzten ab. Der Chef beeinflusst die Stimmung am Arbeitsplatz. Versagt er, steigt die Fluktuation“ (Bund, 2014, S.24).

### **2.2.2. Fünf-Punkte-Programm von Asselmeyer**

Asselmeyer stellt ein 5 Punkte-Programm vor, in dem er OE mit Personalentwicklung verknüpft. Vor allem im Bereich der extramuralen Pflege muss auf Personalentwicklung in Zukunft massiv Wert gelegt werden, da seit Jahren bekannt ist, dass speziell der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal massiv im Ansteigen begriffen ist, die Ressourcen jedoch nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Während 2010 noch von fehlenden 7000 Pflegekräften<sup>18</sup> in den Medien gesprochen wurde, war 2012 bereits die Rede von fehlenden 17.000 Pflegekräften bis 2020<sup>19</sup>. Es wird in der Öffentlichkeit meist nicht genau unterschieden, welcher Art und Qualifikation diese Pflegekräfte sein sollen. In der öffentlichen Debatte werden unter dem Begriff „Pflegekräfte“ Heimhilfen, Pflegehelferinnen und diplomierte Pflegekräfte subsumiert.

Deswegen liegt es nicht zuletzt auch an Führungskräften, Personal durch attraktive Rahmenbedingungen an ein Unternehmen zu binden, vorhandenes Personal adäquat

---

<sup>18</sup> <http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/564432/In-Osterreich-fehlen-mehr-als-7000-Pflegekraefte->

<sup>19</sup> <http://www.roteskreuz.at/nocache/berichten/news/datum/2012/09/18/rotes-kreuz-bis-2020-fehlen-17000-qualifizierte/>

einzusetzen und dieses langfristig zu halten. Dazu zählen: attraktive Arbeitsplatzbeschreibungen, Einsetzung der Mitarbeiterinnen nach Qualifikation und Ausbildung, entsprechende finanzielle Entgeltung, familienfreundliche Arbeitsbedingungen, Arbeitsplätze, in denen sich Klientinnen und Mitarbeiterinnen dauerhaft wohlfühlen. So gibt es in zahlreichen Wohnungen der Klientinnen kein Warmwasser, keine Arbeitshilfsmittel wie höhenverstellbare Betten, keine Patientenlifter, keinen ausreichenden Arbeitsplatz und Licht für Dokumentation, keinen Zugang zu sauberen Toiletten, keine Heizmöglichkeit, immer wieder jedoch Schimmel an den Wänden. In der mobilen Pflege ist das Arbeitnehmerinnenschutzgesetz nicht anwendbar. Eine Anfragebeantwortung aus dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) besagt folgendes: „Die Beantwortung der Frage, warum es in der mobilen Pflege kein Arbeitsinspektorat gebe, liegt im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) begründet. Bei Wohnungen und Wohnhäusern der betreuten Personen handelt es sich um „auswärtige Arbeitsstellen“ nach § 2 ASchG. Arbeitsstättenbezogene Schutzvorschriften für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten sind in Privatwohnungen (auswärtigen Arbeitsstellen) nicht anwendbar. Jedoch gelten aber sämtliche anderen Arbeitsschutzregelungen auch für die Tätigkeiten mobiler Dienste in den Wohnungen.“<sup>20</sup>

Es sollte zu jenen Aufgaben zählen, um die sich Führungskräfte im Rahmen einer Organisation kümmern müssten, um Personal in der Hauskrankenpflege zu halten, weswegen auch professionelles Human Resource Management nötig ist. Dieses ist am besten in die OE einbezogen und darf nicht außer Acht gelassen werden. „Issues of HR development cannot be dealt with in isolation from their organisational context“ (Dubois, Singh, 2009, S.12).

OE ist ein Prozess, der mit einem festen Stab an langfristig motivierten Mitarbeiterinnen mit einem gemeinsamen Ziel vollzogen werden sollte, weswegen zu hohe Fluktuationsraten sich auf einen OE-Prozess ungünstig auswirken.

Die Hauptaufgaben, um Kolleginnen und Mitarbeiterinnen langfristig „mitzunehmen“ lauten bei Asselmeyer wie folgend:

---

<sup>20</sup> Antwort Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 15.5.2014

1. Individuelle Förderung des Handelns von Einzelpersonen.

Mitarbeiterinnen erwarten, dass man ihnen sagt, was von ihnen erwartet wird. Dafür benötigen sie Materialien und Arbeitsbedingungen. Sie möchten das tun, was sie am besten können, erwarten Lob und Anerkennung für ihre Arbeit und wollen als Menschen ermutigt und wertgeschätzt werden. Erhöhung von Selbstmanagement wird empfohlen sowie die persönliche Weiterentwicklung gefördert. All dies soll durch „echte Gespräche“ und nicht durch rituelle Mitarbeiterinnengespräche angesprochen werden.

2. Förderung der Team-Entwicklung

Hierbei geht es um die Förderung von Ressourcen durch gezielte Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen in Form von Weiterbildung oder auch Entlastung im Sinne der Belastungsgerechtigkeit.

3. Behebung krasser Fälle

Darunter versteht Asselmeyer das bewusste Wegschauen und Untätigkeit bei drastischen Fehlern, die nach entsprechender Handhabung durch eine qualifizierte Führungspersönlichkeit rufen.

4. Förderung von Kommunikation und Visionen

Ohne Vision kann man nicht engagiert in die Zukunft blicken. Erwartet wird Leadership zur Entwicklung visionärer Strategien und deren Umsetzung in praktische Schritte.

5. Förderung der Kommunikation mit „kritischen Freundinnen“

Diese sind externe Beobachter aus dem Umfeld (z.B. Kirche, Wirtschaft, Gemeinde, Hochschule etc.), erhöhen Offenheit und Transparenz und schaffen Synergien (vgl. Asselmeyer, 2006, S.280).

Als eine der Ursachen für „mobiles Pflegepersonal in Not“ zitiert Krajic unter dem Punkt „Führung und Personalmanagement“ Schober und Simsa: „Sie stellen fest, dass die Organisationen eine Personalentwicklung betreiben, die in der Regel noch deutlich entfernt ist von einer in der Personalmanagementliteratur vertretenen Auffassung von Personalentwicklung“ (Simsa, Schober, 2003, zitiert bei Krajic, 2005, S.30). Umso wichtiger ist es, dass Führungspositionen in der extramuralen Pflege nicht nur

betriebswirtschaftliche Kenntnisse aus einem Gesundheitsmanagement-Lehrgang mitbringen, sondern im Idealfall Erfahrung in der Basisarbeit der extramuralen Pflege haben, um so die Gegebenheiten ihrer Mitarbeiterinnen zu kennen und an einer Optimierung zu arbeiten. Es ist wichtig, „dass die leitende Pflegefachkraft die Zusammenhänge kennt, über Einflussnahmemöglichkeiten informiert ist und diese Informationen an die Mitarbeiter weitergibt, um sie gemeinsam zu nutzen“ (Conzen, 2009, S.99).

### **2.2.3. Unterstützende Maßnahmen für nachhaltige Organisationsentwicklung**

In Kanada ist man sich dessen bewusst, dass die Sicherstellung von Gesundheitsdienstleistungen der Unterstützung von Organisationsstrukturen bedarf, innerhalb derer diese Personen arbeiten. „Public health systems need to ensure organizational conditions that attract PHNs and sustain their competencies“ (Meagher-Stewart, 2010, S.434).

Die Ergebnisse einer Studie beziehen sich auf drei Ebenen, die als Unterstützung der Entwicklungskompetenz von PHNs im Zusammenhang der Organisationsstrukturen spezifiziert werden.

- a.) Government and other system attributes (macro-level)
- b.) Local organizational culture, including values and leadership characteristics (meso-level)
- c.) Frontline management practices (micro-level)

Auf der Makroebene geht es um flexible und adäquate Finanzierungsstrukturen, die langfristig gesichert sein müssen. Es braucht bundesweite und regionale Koordinierung und Planung im Zusammenhang mit Ressourcen und Infrastruktur. „Participants saw a strong leadership role for government as a political advocate for public health in publicly funded health care delivery“ (Meagher-Stewart, 2010, S.435).

Die Mesoebene beinhaltet eine gemeinsame, klare Vision, eine Kultur der Verantwortung und der Kreativität sowie effektives Leadership basierend auf Respekt, Vertrauen und Unterstützung.

Die Praktiken des Managements der Organisationen lauten auf der dritten Ebene (Mikroebene) wie folgend:

- Programm planning
- Promoting and valuing public health nursing practice
- Supporting autonomous practice
- Commitment to learning and professional development
- Effective human resource planning
- Supporting public health partnerships and community development
- Fostering effective communication
- Healthy workplace policies (Meagher-Stewart, 2010, S.436-438)

Die Empfehlungen basieren auf den Gegebenheiten des kanadischen Gesundheitswesens. Public Health Nursing ist mit der derzeit in Österreich gängigen extramuralen Pflege nicht vergleichbar. Dennoch können solche Ansätze als Orientierung für eine zukünftige Neugestaltung des Gesundheitswesens einbezogen werden, um Professionalisierung in der Pflege voranzutreiben und die bevorstehenden Herausforderungen konstruktiv zu bewerkstelligen.

## 2.3. Extramurale Pflege

In dieser Arbeit wird der Begriff „extramurale Pflege“ verwendet. Im Vergleich zu den ebenfalls gängigen Begriffen „mobile Pflege“, „ambulante Pflege“ oder dem doch sehr weit verbreiteten Begriff „Hauskrankenpflege“ ist der Begriff „extramural“ wörtlich übersetzt mit „außerhalb der Mauern“ (des Krankenhauses) im Gegensatz zu „intramural“ (akut- oder stationär) dem einer professionellen Fachsprache angepasst. Im deutschsprachigen Raum hat sich der Begriff „ambulante Pflege“ durchgesetzt, in der Schweiz spricht man vorrangig von Spitex – spitalexterne Hilfe und Betreuung, wobei auch dort der Begriff „ambulante Krankenpflege“ weitläufig verwendet wird.<sup>21</sup> In Österreich hingegen hat sich der Begriff „extramurale Pflege“ durchgesetzt, wobei auch „Hauskrankenpflege“ in allgemein gängiger Verwendung ist (vgl. Ertl, Kratzer, 2007, S.12).

Extramurale Pflege ist gesetzlich kein geschützter Begriff und im Berufsverständnis von diplomierten Pflegepersonen noch nicht ausreichend verankert. Nachfolgend werden einige Definitionen vorgelegt, um aufzuzeigen, in welchem Feld sich extramurale Pflege bewegt und welche Konsequenzen dies im Professionalisierungsprozess hat.

### 2.3.1. Deutschsprachige Definitionen

„Fachliche Hauskrankenpflege ist die berufliche bzw. professionelle Krankenpflege mit gesetzlich geregelter und inhaltlich geordneter Ausbildung, mit berufsständischer Fassung, kodierter Berufsethik sowie mit arbeits- und lohnrechtlicher Regelung“ (Ertl, Kratzer, 2007, S.14).

Eine weitere Definition über „Hauskrankenpflege“ wird der Homepage des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen entnommen, wo zwischen Hauskrankenpflege und medizinischer Hauskrankenpflege unterschieden wird.

„Hauskrankenpflege ist die fachliche Pflege von Klientinnen durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Pflegehelferinnen. Sie basiert auf einem

---

<sup>21</sup> Spitex:

<http://www.spitex.ch/Fuer-KlientInnen/Das-ist-Spitex/Tarife-Finanzierung/P3AQY/?sesURLcheck=true>

ganzheitlich orientierten Pflegekonzept und umfasst die Pflege bei Erkrankungen aller Art und in jedem Lebensalter unter Berücksichtigung des individuellen Wohn- und Sozialbereichs.“<sup>22</sup>

„Die Medizinische Hauskrankenpflege ist eine zeitlich begrenzte Pflege durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Ziel ist die Verkürzung oder Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts. Die ganzheitliche Betreuung sowie Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit stehen im Vordergrund. Das Leistungsspektrum umfasst Wundversorgung, Verabreichen von Injektionen, Medikamenten und Infusionen sowie Beratung und Pflegeanleitung. Die Behandlung erfolgt nach Anordnung einer Ärztin/eines Arztes.“<sup>23</sup>

Die Definition des Fonds Soziales Wien (FSW): „ambulante/extramurale Pflege und Betreuung: es handelt sich um Leistungen zur Befriedigung gleichartiger, regelmäßig auftretender, persönlicher, familiärer oder sozialer Bedürfnisse. Als Leistungen kommen in Betracht: Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Reinigungsdienst, Wäscheservice, Besuchs-/Begleitdienst, Besuch von Tageszentren.“<sup>24</sup>

### **2.3.2. Internationale Gegebenheiten**

Bei allen internationalen Definitionen ist immer der historische, nationale, politische und finanzielle Kontext mitzubedenken, in dem diese entstanden sind. Ein Vorbild für zukünftige Entwicklungen ist Skandinavien, an dem sich auch Deutschland orientiert, wo eine ähnliche Problematik wie in Österreich hinsichtlich der zunehmenden Professionalisierung der Pflege zu beobachten ist. „Wir brauchen ein neues Gesellschaftsmodell wie in Skandinavien. Pflege gehört dort zum Gemeinwesen, man setzt auf kommunale Infrastruktur und gesellschaftliches Engagement“ (Heintze, 2012, S. 14).

---

<sup>22</sup> <http://www.dachverband.at/1541/?CSS=zehvqfnxmr vibzo&schrift=2>

<sup>23</sup> ebda

<sup>24</sup> [http://fsw.at/downloads/foerderwesen\\_erkennung/foerderrichtlinien/spezifisch/Spec\\_FRL\\_Pflege\\_ambulant.pdf](http://fsw.at/downloads/foerderwesen_erkennung/foerderrichtlinien/spezifisch/Spec_FRL_Pflege_ambulant.pdf)



Im internationalen Vergleich werden Länder wie Deutschland, Österreich, die Schweiz, Frankreich, Belgien und die Niederlande zu den konservativ-korporatistischen Sozialstaaten gezählt, was sich durch stark ausgeprägte Statusorientierungen standesstaatlicher Muster zeigt. Ebenso zeigt sich dieser Konservatismus auch im althergebrachten Familienmodell mit einem männlichen Haupternährer und dazuverdienender Partnerin. Auch die Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme deklariert sich in der Wahrung der Statusorientierung (vgl. Heintze, 2012, S.14).

Bezüglich der Standesorientierung seien hier Daten der OECD über personelle, materielle und technische Ressourcen im Gesundheitswesen erwähnt:

„Österreich hat eine höhere Ärztedichte als alle anderen OECD-Länder mit Ausnahme Griechenlands. Im Jahr 2011 kamen in Österreich auf 1,000 Einwohner 4,8 Ärzte, verglichen mit 3,2 Ärzten je 1,000 Einwohner im Durchschnitt der OECD-Länder. Indessen lag Österreich mit 7,8 praktizierenden Krankenpflegerinnen und -pflegern je 1,000 Einwohner unter dem OECD-Durchschnitt von 8,7.

Für die stationäre Versorgung in Krankenhäusern standen im Jahr 2011 in Österreich 7,7 Betten je 1,000 Einwohner zur Verfügung, und damit deutlich mehr als im OECD-Durchschnitt, wo 4,8 Betten auf 1,000 Einwohner kamen. Nach Japan, Korea und Deutschland verzeichnet Österreich die vierthöchste Bettendichte aller OECD-Länder“.<sup>25</sup>

Dessen ungeachtet haben sich in vielen europäischen und außereuropäischen Staaten Professionalisierungstendenzen der extramuralen Pflege durchgesetzt. Damit einhergehend ist die Rolle von nichtärztlichem Gesundheitspersonal im Rahmen von Public Health Nursing in der Primärversorgung zu sehen.

Im „Katalog aus der internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis“ des ICN-International Council of Nurses (2014) wird die Aufgabe der „häuslichen Pflege“ wie folgt beschrieben:

„Häusliche Pflege beschränkt sich nicht auf die Pflege bestimmter Altersgruppen oder Krankheitsbilder. Alle denkbaren Klienten oder Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen können von der Gesundheitsförderung sowie unterstützenden Programmen durch die Anbieter der häuslichen Pflege profitieren. In

---

<sup>25</sup> OECD- Gesundheitsdaten

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-OSTERREICH-2013-in-German.pdf>

letzter Zeit richtet sich die Aufmerksamkeit bei der Erbringung von umfangreichen Gesundheitsprogrammen durch häusliche Pflegefachpersonen zunehmend auch auf die damit einhergehenden sozialen und umweltbezogenen Einflüsse (Mosby 2009). Mit der Bevölkerungsgesundheit als Schwerpunkt der häuslichen Pflegefachpersonen tritt die soziale Gerechtigkeit und der Einfluss der Gesellschaft auf die Gesundheit des Individuums mit einer Verschiebung von der am Individuum ausgerichteten Pflege hin zu einer an der Gesamtbevölkerung respektive an der Gemeinde orientierten Pflege zunehmend zutage“ (Häusliche Pflege, ICN, Genf, 2014 (deutsche Fassung)).

Ferner können auch Irland und Norwegen als Beispiele für die Entwicklung von Primary Health Care genannt werden. Als Voraussetzung für die Einführung von Primary Health Care wird eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie empfohlen, wie sie in Norwegen seit Beginn der 1980er Jahre aufgebaut wurde. „Strategy embedded in public health policy similar to Norway is necessary to ensure Public Health Nursing is aligned with a political health agenda“ (Clancy, 2013, S.7).

Sowohl in Irland als auch in Norwegen wurden durch die Einführung von Primary Health Care Spitalweisungen reduziert, das Management von chronischen Krankheiten verbessert sowie das Empowerment von Klientinnen zur Selbstversorgung gestärkt. Ein weiterer Schwerpunkt umfasst den Fokus von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (vgl. Clancy, 2013, S.19).

In Deutschland beschäftigt man sich ebenfalls mit der zukünftigen Entwicklung pflegerischer Dienstleitungen, wobei vor allem die ambulante Pflege von diesen Entwicklungen profitieren kann. „Die strukturellen Veränderungen eröffnen neue Aufgaben und Tätigkeitsbereiche, vor allem im Bereich der Koordination der Gesundheitsversorgung und multidisziplinären Zusammenarbeit. Die ambulante Pflege hat das Potenzial, eine zentrale Funktion und Rolle bei der Umgestaltung des Gesundheitswesens zu übernehmen“ (Hasseler, 2003, S.222).

Wie sich diese Tätigkeitsbereiche entwickeln können, dafür werden folgende Aufgabengebiete vorgeschlagen. Diese könnten sich in verstärkter Beratung, Information, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Management, Koordination, Kooperation und Vernetzung finden. Pflegerisches Handeln müsste sich zu einer verstärkten Außenorientierung in den öffentlichen Raum im Sinne von Public Health öffnen. Im weitesten Sinne geht es um eine Vernetzung von Public Health und Community

Nurses, die die oben beschriebenen Aufgabengebiete wahrnehmen (vgl. Görres, 2004, S.106).

Was international bereits als Standard gilt, wird in Österreich noch folgend beschrieben: „Was wirklich fehlt, ist das Bekenntnis zu Prävention und Gesundheitsförderung, auch in den Finanzierungsstrukturen“ (Stefan, 2009, S.22).

Um dieses Kapitel über die extramurale Pflege abzuschließen, sei noch erwähnt, dass sich die Definitionslage in Österreich hinsichtlich der unterschiedlichen Gegebenheiten innerhalb des Staates und übertragen auf internationale Verhältnisse in großen Bereichen unterscheidet. Während die am Anfang dieses Kapitels erwähnten Definitionen zu finden sind, die in der Beschreibung von einfachen Dienstleistungen ihren Niederschlag finden, werden in der internationalen Literatur Tätigkeitsfelder beschrieben, die sich aus der Professionalisierung des Berufsstandes in den jeweiligen Staaten entwickelten, wodurch sich der Handlungsspielraum von Pflegepersonal beträchtlich erweiterte. Was Professionalisierung nun bedeutet, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

## 2.4. Professionalisierung

Professionalisierung in der Pflege ist ein Prozess, der sich historisch entwickelt hat und international gesehen unterschiedlich weit fortgeschritten ist. Beginnend mit der Berufung aus Nächstenliebe entwickelte sich Krankenpflege vorrangig als Frauenberuf im 19. Jahrhundert. Seit damals wurden viele Phasen durchlaufen, und die Pflege befindet sich auch hierzulande unausweichlich auf dem Weg zur Profession (vgl. Conzen, 2009, S. 77).

Eine gängige Definition in der Schweiz bezüglich „professioneller Pflege“ lautet:

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen“ (Spichinger, 2006, S.51).

Das Einsatzgebiet von professioneller Pflege wird bei Hirschfeld in einem dreidimensionalen Schema beschrieben, das sich auf drei Ebenen darstellt.

Ebene 1: Individuum – Familie – Gruppen – Bevölkerungsteile – Bevölkerung – Gesundheitspolitik

Ebene 2: Lebensspanne der Gepflegten (pränatal – Tod)

Ebene 3: Kontinuum, in dem Pflege stattfindet (Gesundheit fördern/bewahren – Prävention – Behandlung – Rehabilitation – Langzeitpflege – Palliation) (vgl. Hirschfeld bei Spichinger, 2006, S. 48)

Dass professionelle Pflege mehr als haushaltsnahe Tätigkeit ist, hat sich weitgehend durchgesetzt. Dennoch wird der Pflegeberuf immer noch überwiegend von Frauen ausgeübt, womit meist auch schlechtere Bezahlung und Image verbunden sind.

Der bereits bestehende Mangel an qualifiziertem Personal könnte den Professionalisierungsbemühungen des Pflegeberufs entgegenkommen. Heruntergebrochen auf die extramurale Pflege bedeutet dies: „Der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal wird im akut-stationären Bereich stagnieren und in den extramuralen Diensten ansteigen. Das hohe Maß an Eigenverantwortung der Pflegenden in der Hauskrankenpflege wird, ergänzend zum pflegfachlichen Wissen, die Professionalisierung im Bereich des effizienten und effektiven Ressourceneinsatzes (Zeit,

Hilfsmittel, Personal, Geld), des Managements und der KundInnen- bzw. Bedürfnisorientierung erforderlich machen“ (Ertl/Kratzer, 2007, S. 154).

Was Professionalisierung für den extramuralen Bereich bedeutet, darüber gibt es international durchaus interessante Möglichkeiten, wie auch die Definition der Aufgabenbereiche des ICN anmuten lässt. Doch auch in Österreich wird der extramuralen Pflege ein großes Handlungsfeld überlassen. Vorgeschlagen wird eine verstärkte Tätigkeit in der Diabetespflege, der Kinder- und Jugendlichenpflege, der Mutter-Kindbetreuung, psychiatrische Pflege. Krankenhausaufenthalte könnten verkürzt werden, Primärvorsorge in Schulen und Kindergärten könnte durch die Pflege angeboten werden. Weiters wird auch der Ausbau von Case- und Caremanagement angedacht. „Das fertige Know-how ist da und manchmal finden Pilotprojekte auf Eigeninitiative statt, aber es gibt keinen offiziellen Auftrag der Gesundheitspolitik. Ein Beispiel ist das Konzept der Family Health Nurse, das auch von der WHO unterstützt wird. Hier bräuchte es nur einen Startschuss“ (Stefan, 2009, S. 23).

#### **2.4.1. Ausbildung für mehr Professionalisierung**

Einer der Punkte, an dem Professionalisierung fest gemacht werden kann, ist die Ausbildung. Wie bereits in einem früheren Abschnitt erwähnt, war die Ausbildung für Pflege bislang nach zehn Schulstufen möglich und ist es noch, obwohl es vermehrt Tendenzen gibt, diese in Zukunft nur noch an Fachhochschulen anzusiedeln. „Die Pflege gilt nach wie vor als ärztlicher Assistenzberuf mit nur geringem autonomen Handlungsspielraum und vorwissenschaftlich begründeten Entscheidungen“ (Darmann-Finck/Friesacher, 2009, S.1).

Um von diesem Image wegzukommen, ist auch die Pflege selbst gefordert, sich einen autonomen Handlungsspielraum zu erobern und diesen zu behaupten. Internationale Vergleiche zeigen, dass es dort, wo die Pflege-Ausbildung schon lange an Universitäten bzw. Fachhochschulen angesiedelt ist, keineswegs zu Qualitätsverlusten im Gesundheitswesen kommt. Im Gegenteil: der Berufsstand wird aufgewertet und die Bezahlung ist besser. „Zahlreiche Untersuchungen aus dem Ausland (USA, UK, Niederlande, Skandinavien) ergeben zudem, dass PflegeexpertInnen die erweiterten Aufgaben in bestimmten Versorgungsbereichen (z.B. Grundversorgung, Geriatrie, Rehabilitation und Diagnostik) mit mindestens gleicher Qualität wie ihre ärztlichen

Kollegen durchführen können. Überlegenheit zeichnete sich insgesamt bei Compliance, Patientenzufriedenheit und einzelnen Qualitätsindikatoren (Wiedereinweisungsraten und Verweildauern) ab.“ (Görres, 2009, S.2)

Bei zunehmender Professionalisierung und Spezialisierung der Pflegekräfte ist davon auszugehen, dass diese nicht – wie bisher – „alles“ machen müssen, was in der extramuralen Pflege dazu führt, dass diplomierte Pflegekräfte für reine Grundpflege und Haushaltstätigkeiten eingesetzt werden. Dieser Ressourcenumgang wird von manchen Führungskräften trotz Rücksprache unterstützt. „Es geht um die Identifikation und Auslagerung so genannter „pflegefremder Tätigkeiten“ und die Ausweitung der Verantwortlichkeiten für pflegespezifische aber auch pflegeübergreifende Versorgungsprozesse sowie um die Erweiterung des pflegerischen Handlungskanons durch Übernahme ehemals ärztlicher Standardleistungen in Diagnostik und Therapie“ (vgl. Stemmer&Böhme in Hülsken-Giesler, 2009, S.5).

Institutionen und rechtliche Vertretungen sind bislang noch nicht ausreichend auf professionelle Pflegekräfte vorbereitet, was bedeutet, dass es derzeit noch keine Möglichkeit für Pflegekräfte mit entsprechenden Ausbildungsabschlüssen gibt, diesen gemäß auch eingesetzt zu werden. Hierzu wären berufspolitische Strategien notwendig – getragen von einer Standesvertretung – die sich wie folgt zeigen:

- In der Forderung von Berufsvertreterinnen und -vertretern nach Einrichtung von Pflegekammern
- In Vorschlägen für die ausgebildeten Fachkräfte, so genannte Vorbehaltstätigkeiten durchzusetzen
- In Empfehlungen, die Erstausbildung in der Pflege zu akademisieren (Bögemann-Großheim, 2004, S. 103)

Die Berufsverbände spielen in der Professionalisierung der Pflege generell eine große Rolle. Der österreichische Gesundheits- und Krankenpflege-Verband verfügt am Stichtag 27.3.2014 über 7109 Mitglieder und kann aufgrund geringer finanzieller Ressourcen nicht mehr Aktivität an den Tag legen. Aktivitäten bezüglich der extramuralen Pflege sind nahezu inexistent. (Es gibt eine Arbeitsgemeinschaft.) Dazu müssten sich Pflegekräfte selbst mehr im Berufsverband und auch in Arbeitnehmervertretungen (Gewerkschaften) engagieren und organisieren. Derzeit werden Pflegekräfte in vier verschiedenen Gewerkschaften vertreten, was ein gemeinsames Auftreten erschwert.

Es bleibt zu hoffen, dass durch mehr Ausbildung auch das Selbstbewusstsein der Pflegekräfte wächst – und damit auch politisches Bewusstsein. Die historische Entwicklung und die damit verbundene berufliche Sozialisation führten dazu, dass hochwertige Arbeit zu stark unterbewertetem Preis verkauft wurde. Es wird für das zukünftige berufliche Ansehen von Nutzen sein, „politisch Verantwortung zu übernehmen, um die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung mitzugestalten“ (Conzen, 2009, S.90).

„Eine wichtige Rolle für die Weiterentwicklung der mobilen Pflege werden auch die Berufsverbände spielen“ (Krajic, 2005, S.47). Dafür sind jedoch finanzielle Mittel notwendig, über die diese nicht verfügen. Der Status quo besteht darin, dass der Organisationsgrad von Pflegekräften derzeit gering ist, was sich in den Möglichkeiten des Berufsverbandes und der Arbeitnehmerinnenvertretungen auswirkt. Die Arbeitsbedingungen in der extramuralen Pflege sind wenig attraktiv, obwohl der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften exorbitant im Wachsen ist. Um diese Negativspirale zu durchbrechen, werden Entscheidungen auf der Makroebene fallen müssen, um eine Sicherstellung von Finanzierung, Organisation, Leistung und Qualität zugunsten von Mitarbeiterinnen und Kundinnen langfristig zu bewerkstelligen. Dass dies nicht ganz einfach ist, zeigt die Struktur der Rahmenbedingungen der extramuralen Pflege, wie sie derzeit in Wien aufgebaut ist, wie im nächsten Kapitel kurz erläutert wird.

### 3. Extramurale Pflege in Wien

Die Organisation der extramuralen Pflege ist nicht ganz einfach durchschaubar. Viele verschiedene Organisationen bieten „Hauskrankenpflege“ an, zu der verschiedene Dienstleistungen durch Besuchsdienste, Heimhilfen, Pflegehilfen und diplomierte Pflegekräfte zählen. Die Anzahl der Vereine variiert von 35 (vgl. Ertl/Kratzer, 2007, S.35) zu 25 (vgl. Schober, 2012, S.12) bis zu gezählten 16 auf der Homepage des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen mit Stichtag 18.6.2014.<sup>26</sup>

„In Wien wurden im Bereich der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste im Jahr 2010 insgesamt 20.347 KlientInnen in den Heimhilfediensten, der Hauskrankenpflege und dem Besuchsdienst betreut. Zusätzlich gab es noch medizinische Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Reinigungsdienst und Wäscheservice als Leistungen, die dem mobilen Betreuungs- und Pflegebereich im weiteren Sinn zuzurechnen sind. Der Fonds Soziales Wien (FSW) als Träger der Sozialhilfe in Wien vergibt i.d.R. Aufträge an aktuell 25 anerkannte Organisationen, die operativ die Leistungen erbringen. Eine Einrichtung gehört dem FSW selbst (FSW – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH). Die Organisationen haben wiederum im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen eine Plattform zur Kooperation und Koordination.

Insgesamt fielen Kosten von rund 178 Mio. Euro an. Die Kosten der Leistungserbringung werden hierbei nach Leistungsbereich unterschiedlich zwischen FSW als Sozialhilfeträger, den KlientInnen als LeistungsempfängerInnen, den Sozialversicherungen und den anerkannten Organisationen selbst (z.B. Auflösung von Rücklagen) verteilt. Der FSW wickelt hierbei die Verrechnung mit den KlientInnen ab. Die anerkannten Organisationen wiederum rechnen mit dem FSW auf Basis des sogenannten Tarifikalkulationsmodells ab.“ (Schober, 2012. S.12)

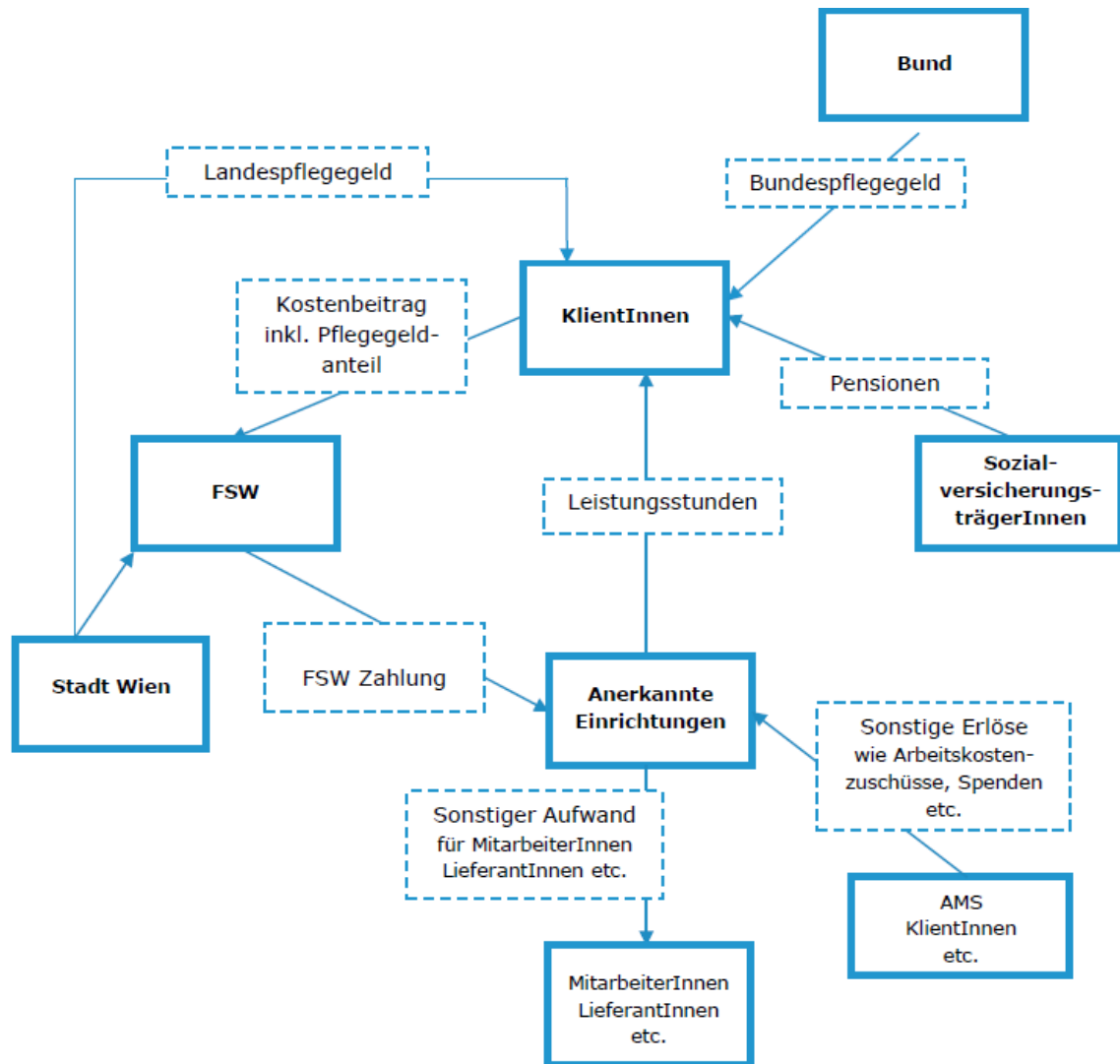
Ein genaues Bild der Finanzierungsströme ist auf nachfolgender Skizze ersichtlich. Der FSW hat auch spezifische Richtlinien bezüglich der „Berechnung des Kostenbeitrages für Ambulante Pflege und Betreuung.“<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> <http://www.dachverband.at/77/>

<sup>27</sup> [http://www.fsw.at/downloads/foerderwesen\\_erkennung/foerderrichtlinien/ergaenzend/berechnung-kostenbeitrag\\_ambulant\\_pflege-betreuung.pdf](http://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_erkennung/foerderrichtlinien/ergaenzend/berechnung-kostenbeitrag_ambulant_pflege-betreuung.pdf)





Entnommen aus: Schober, 2012, S.15

Während die meisten Vereine klagen, nicht genügend qualifiziertes Personal (diplomierte Pflegekräfte) zu finden, so ist es für diplomierte Pflegekräfte wenig attraktiv, in der extramuralen Pflege zu arbeiten. Ein wesentlicher Grund ist, dass man dabei allzu oft nicht die Tätigkeiten ausführen darf, für die man eigentlich ausgebildet ist. Ein praktisches Beispiel soll veranschaulichen, was damit gemeint ist.

Beispiel:

Herr Y. wird seit längerem über einen vom FSW anerkannten Verein betreut, die DGKS<sup>28</sup> kommt regelmäßig und wird für Körperpflege und Medikamenten-Dispensierung eingesetzt. Laut ärztlicher Anordnung verabreicht sie dem Klienten auch regelmäßig Lovenox. Dann kommt Hr.Y. ins Krankenhaus, und wird nach seiner Entlassung über die mobilen Dienste des FSW betreut. Die 28 Tage Versicherungsleistung sind eine krankenhausersetzende Leistung, die von den Krankenkassen übernommen wird und nur von einer DGKS ausgeführt werden darf.

Nun kommt für die Körperpflege die DGKS des Vereins, darf nur mehr die Körperpflege durchführen, was eine Pflegehelferin auch darf, für Lovenox und die Medikamente kommt die DGKS vom FSW. Natürlich muss sowohl die Körperpflege bezahlt werden als auch die DGKS von den mobilen Diensten.

Gefördert wird die HKP-Stunde vom FSW, wenn der Klient nicht genügend Einkommen hat, was bei den meisten Pensionen aufgrund der geringen Höhe der Fall ist. Eine Förderung besteht immer aus öffentlichem Geld.

Die Versicherungsleistung der MedHKP<sup>29</sup> ist ebenfalls öffentliches Geld und fällt in diesem Fall dem FSW zu, weil manche Vereine nicht mit MedHKP-Verträgen ausgestattet sind.

Zugleich erhält auch der Verein Geld vom FSW, weil er eine DGKS-Stunde verrechnet, die dem Kunden mehr kostet als eine Heimhilfe für die Körperpflege. DGKS und Pflegehelfer werden zwar vom FSW dem Kunden gegenüber gleich verrechnet, kosten den Verein aber unterschiedlich viel im Gehalt (Kollektivvertragsregelung). Während es einerseits für DGKS demotivierend ist, durch ineffiziente Systeme unterhalb ihrer Qualifikationen eingesetzt zu werden, machen andererseits die Vereine Defizite durch die Verrechnung niedrigpreisiger Leistungen, die von überqualifiziertem Personal ausgeführt werden.

Diese Teilung der Pflegekräfte, die Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege (im Sinne von ärztlich verordneter Tätigkeit) verrichten und jenen, die in einem Verein zwar als DGKS angestellt sind, dort aber vorwiegend für Grundpflege eingesetzt werden, führt unter anderem dazu, dass es für diplomierte Pflegekräfte nicht besonders attraktiv ist, in die extramurale Pflege zu gehen. Nicht alle Vereine, die mobile

---

<sup>28</sup> Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

<sup>29</sup> Medizinische Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege anbieten, verfügen mit dem FSW über einen Vertrag, nach dem sie auch Medizinische Hauskrankenpflege anbieten können. „Eine Trennung der Aufgaben in medizinische Hauskrankenpflege<sup>30</sup> und Hauskrankenpflege (im Sinne von Hauskrankenpflege aus dem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich) hat nicht nur finanzielle Folgen, sondern unterstützt auch eine Fragmentierung der Pflege und hat Einfluss auf die pflegerische Leistung“ (Krajic, 2005, S. 27).

Manche Vereine gingen dazu über, diplomierte Pflegekräfte vorwiegend als Fachaufsicht einzusetzen, wofür es nicht in jedem Verein eine klare Stellenbeschreibung inklusive Qualifikations- und Anforderungsprofil gibt. In vielen Vereinen werden diplomierte Pflegekräfte jedoch vorwiegend für die Grundpflege eingesetzt, obwohl dafür auch kostengünstigere Pflegehilfskräfte herangezogen werden könnten. Das diplomierte Pflegepersonal hat bis dato keine rechtliche Möglichkeit, ausbildungskonform eingesetzt zu werden, wodurch sich der Ruf, in der extramuralen Pflege zu arbeiten, weiter verschlechtert. Die extramurale Pflege ist in Österreich derzeit eine Residual- bzw. Restkategorie in der Versorgungslandschaft (vgl. Krajic, 2005, S.35).

Eine Stellungnahme des Geschäftsführers des FSW, der auf diesen Umstand der Fragmentierung der diplomierten Pflegekräfte und deren unterschiedliche Einsatzbereiche angesprochen wurde, lautet wie folgt:

„Im Bereich der sonstigen Hauskrankenpflegeleistungen, wie sie vom Fonds Soziales Wien (FSW) finanziert werden, handelt es sich um Pflegeleistungen, die nach erfolgtem

---

<sup>30</sup> Medizinische Hauskrankenpflege: BGBl. Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 145/2003 § 151.

(1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, [BGBl. I Nr. 108/1997](#)), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben(

3) Die Tätigkeit des Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 131.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 144 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.

Casemanagement durch den FSW als ambulante Pflege und Betreuung stattfinden, und die grundsätzlich in ihrem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach GuKG zu finden sind (was natürlich die Einholung der ärztlichen Anordnung bei entsprechenden Tätigkeiten wie Medikamente dispensieren etc. nicht ausschließt). Für diese Leistungen müssen die KundInnen einen Kostenbeitrag bezahlen, der abhängig von ihrem Pflegegeld bzw. dem Einkommen ist. Selbstverständlich ist es in diesem Bereich durchaus sinnvoll, dass diplomierte MitarbeiterInnen Tätigkeiten wie Körperpflege etc. erbringen, wenn gleichzeitig weiterführende Tätigkeiten erbracht werden, die ausschließlich dem gehobenen Dienst vorbehalten sind.

Wir haben uns in Wien vor einigen Jahren bewusst dazu entschieden, die bis dahin gültige Trennung der Leistungsbereiche in der ambulanten Pflege und Betreuung, strikt nach Berufsgruppen aufzuheben. Damit haben wir bewirkt, dass der Einsatz von Personal durch die Sozialen Dienstleistungsorganisationen effizienter darauf abgestimmt werden kann, welche Tätigkeiten insgesamt vor Ort bei den KundInnen durchgeführt werden müssen. Dadurch kommt es natürlich auch dazu, dass diplomierte MitarbeiterInnen Tätigkeiten durchführen "müssen", die, losgelöst betrachtet, auch von PflegehelferInnen oder Heimhilfen durchgeführt werden könnten. Wenn aber delegierbare Tätigkeiten und selbstständig durchführbare Tätigkeiten von einer Person durchgeführt werden – in diesem Fall von DGKP – dann ist es allemal effizienter als der gleichzeitige Einsatz von PflegehelferInnen und diplomiertem Personal.<sup>31</sup>

### **3.1. Hintergrundinformationen: Zahlen, Daten, Fakten – extramurale Pflege**

Im Jahr 2012 bezogen in Wien 85.025 Personen Pflegegeld.<sup>32</sup> Davon wurden 26.900 über die mobilen Dienste versorgt. Als Pflege- und Betreuungspersonen werden 5.883 Personen ausgewiesen, was 4.371,8 Vollzeitäquivalenten entspricht. Die Nettoausgaben betragen hierfür 133.039.960€. Die erbrachten Leistungsstunden belaufen sich auf 6.040.380.

---

<sup>31</sup> Peter Hacker, Geschäftsführer FSW, Mail vom 4.9.2013

<sup>32</sup> Statistik Austria: Bundespflegegeldbezug

[http://www.statistik-austria.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/index.html](http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html)

Im Vergleich dazu stehen die Zahlen für die stationären Dienste, die wie folgend aussehen: Im Jahr 2012 standen für 13.580 Betreuungsbedürftige 11.169 Personen als Betreuungs- und Pflegeperson zur Verfügung, die Kosten dafür bezifferten sich mit 449.215.910 €<sup>33</sup>

Abgerechnet werden die stationären Dienste in Verrechnungstagen und nicht in Leistungsstunden. Der Minutenwert für die allgemeine Langzeitpflege wird mit 101 Minuten im Tagdienst und für 12-18 Minuten im Nachtdienst beziffert (vgl. Dorfmeister, G., 1999, S.54).

In den mobilen Diensten hängt die Versorgung mit Pflege und Betreuung einerseits vom Bedarf, andererseits vom Einkommen und der jeweiligen Förderung ab. Beschäftigte in der Pflege berichten immer wieder, dass nicht alle Personen die Pflege und Betreuung erhalten, die sie auch bräuchten.

Für die mobile Pflege wird in Wien das Haushaltseinkommen inklusive Pflegegeld herangezogen. Die Leistungen werden in Stunden berechnet und je nach Einkommen durch den FSW gefördert. Diese Förderung erhalten Klientinnen, wenn sie durch einen vom FSW anerkannten Verein betreut werden. Wer über geringes Einkommen verfügt, darf sich keine Pflegeperson leisten, die ihre Pflegedienste privat anbietet, aber keinen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse bzw. den FSW bekommt. Der FSW fördert nur Vereine, die den Förderrichtlinien des FSW entsprechen, aber keine Einzelpersonen.

Aus der SROI-Analyse<sup>34</sup> der WU Wien aus dem Jahr 2010 geht hervor, dass es sich bei der extramuralen Pflege um einen gewinnträchtigen Geschäftsbereich handelt.

„Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2010 monetarisierte Wirkungen in der Höhe von rund 660 Mio. Euro. Demgegenüber stehen Investitionen von hochgerechnet rund 178 Mio. Euro, die insbesondere aus Zahlungen des Fonds Soziales Wien und KlientInnenbeiträgen bestehen. Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die Mobilen Dienste bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von 3,70. Dies bedeutet, dass jeder 2010 in die

---

<sup>33</sup> Statistik Austria: Pflege und Betreuungsdienste in Wien 2012

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/pflege\\_und\\_betreuungsdienste/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html)

<sup>34</sup> Social Return of Investment

Mobilen Dienste investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,70 Euro schafft.

Der größte Profit entsteht für die Krankenhäuser, gefolgt von den KlientInnen, der allgemeinen Wiener Bevölkerung und den Angehörigen. Der niedrigste Profit entsteht den LieferantInnen. Die EigentümerInnen haben einen geringen Negativnutzen, also quasi einen Verlust“ (Schober, 2012, S.9). Der Verlust der mobilen Dienste wird 2010 mit - 1.289.956€ beziffert (ebda. S.60), während sich der Gewinn des FSW auf 639.929€ und jener der Krankenhäuser (z.B. durch die Vermeidung von Procuratio-Fällen) auf 262.725.874€ beläuft.

## Teil II – Empirischer Teil

### 4. Qualitative Interviews

Der theoretische Teil bildet die Grundlage und dient der Begriffsklärung, um ein Verständnis zu entwickeln, was OE, Professionalisierung und extramurale Pflege in der Literatur bedeuten. Bezüglich der Praxis in Österreich fehlen wichtige Daten und Grundlagen, um sich ein Bild über die „Lage vor Ort“ zu verschaffen.

Ein erfolgreicher OE-Prozess im extramuralen Bereich würde auch zu mehr Wirtschaftlichkeit und professionellem Handeln führen, da die Berufsgruppen – nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen – effizienter eingesetzt werden könnten. In den Akutkrankenhäusern sowie in den Langzeitpflegeeinrichtungen wird Personal aus Kostengründen effizienter als im extramuralen Bereich eingesetzt, wo es weder einen Personalschlüssel noch eine effiziente Personaleinsetzung gibt.

Wichtig ist demnach auch, die Berufsgruppen entsprechend gut auszubilden, um den gesetzlichen Auftrag erfüllen zu können. Beispielsweise dürfen nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Pflegekräfte seit 1997 die Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren durchführen (§15 Abs.5 GuKG). Als Schülerin war es im Jahr 2008 noch nicht möglich, das gesetzlich definierte Ausbildungsziel des Blutabnehmens im Rahmen der Ausbildung (nicht nur an Plastikpuppen) am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) zu lernen, weil „die Ressourcen nicht gegeben waren“<sup>35</sup>. Erst seit einem Erlass 2011 dürfen Pflegekräfte im AKH das bereits 1997 gesetzlich definierte Ausbildungsziel erreichen. Sämtliche Pflegekräfte, die vor 2011 an einer öffentlichen Schule der Stadt Wien die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester durchliefen, müssen nun nachgeschult werden, um für diesen Bereich auch eingesetzt werden zu können, den bislang hochqualifizierte Turnusärztinnen ausübten, die sich ihrerseits wieder darüber beklagen, nicht das ausüben zu dürfen, was ihrem Berufsbild entspricht.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Michael Mittermaier, Mail vom 5.12.2008

<sup>36</sup> Vgl. Ulrich Matt in: der Standard, vom 11.4.2014: Zwischen Frust und Flucht

<http://derstandard.at/1395365038346/Diagnose-Zwischen-Frust-und-Flucht>

Eine Kompetenzerweiterung für Pflegekräfte würde zugleich auch zu einer Kompetenzerweiterung bzw. fachkompetenten Einsetzung von Turnusärztinnen, Pflegepersonal sowie weiteren Berufsgruppen führen. Dabei könnten massiv Kosten eingespart werden. Voraussetzung dafür ist eine gute Ausbildung in den Gesundheitsberufen, eine effiziente Personalplanung und ein Management, das quer durch alle Hierarchieebenen den Überblick bewahrt. „Für die betroffenen Entscheidungsträger auf allen Hierarchieebenen bedeutet der Wandel vor allem Selbstveränderung und eine andere kommunikative Qualität im Verhältnis der verantwortlichen Entscheidungsträger untereinander, aber auch in ihrer Beziehung zu den Beschäftigten“ (Schiersmann/Tiehl, 2010, S.383).

Der praktische Teil dieser Arbeit besteht nun aus den Interviews mit Mitarbeiterinnen, die allesamt in der extramuralen Pflege in unterschiedlicher Funktion tätig sind, wodurch ein aktueller Überblick gewonnen wurde, der für weiterführende Untersuchungen dienlich sein könnte. Der hier vorgestellte Einblick zeigt, dass die extramurale Pflege ein weites Feld für Entwicklungsmöglichkeiten bezüglich OE und Professionalisierung bietet.

In diesem Teil wird nun die Auswahl der Interviewpartnerinnen beschrieben, die Herangehensweise, die Begründung des Forschungsansatzes sowie die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse genau erläutert, um im letzten Schritt die Analyse der Interviews durchzuführen.



#### **4.1. Vorgehensweise**

Das Thema und vor allem der Begriff „Organisationsentwicklung“ war vielen Beschäftigten in der extramuralen Pflege unterschiedlich vertraut – abhängig von Position und Ausbildungshintergrund. Dies stellte sich heraus, wenn es darum ging, näher zu erläutern, was Organisationsentwicklung ist, woher der Begriff kommt und zu erkunden, wie dieser Prozess in den einzelnen Unternehmen erfahren wird. Aus diesem Grund wurde nicht mit offenen Interviews gearbeitet, sondern nach intensiver Literaturrecherche ein auf den extramuralen Bereich abgestimmter halbstandardisierter Fragebogen erstellt, der es den Interviewteilnehmenden erleichtern sollte, über Organisationsentwicklung und kontextuelle Fragen zu sprechen. Die Fragen des Interviewleitfadens sind im Anhang einsehbar und sollten die Interviewpartnerinnen dazu ermuntern, über das zu sprechen, was sie als Organisationsentwicklung erleben bzw. vertiefende Fragen zu beantworten. Es wurde auch immer ermöglicht, eigenen Anmerkungen zum Thema Ausdruck zu verleihen, aber in den wenigsten Fällen wurde noch etwas hinzugefügt. Die Fragen erwiesen sich als sehr nützlich, um die Interviewpartnerinnen zum Sprechen zu motivieren.

#### **4.2. Auswahl und Anonymität der Interviewpartnerinnen**

##### **4.2.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen**

Das Spektrum an Interviewpartnerinnen, die in unterschiedlichen Funktionen in der extramuralen Pflege tätig waren, unterschiedliche Ausbildungshintergründe hatten und aus verschiedenen Herkunftsregionen stammten, ermöglicht ein buntes Bild an Sichtweisen. Es war wichtig, nicht nur Pflegedienstleitungen zu interviewen, da Organisationsentwicklung ein Prozess ist, der alle Mitarbeiterinnen einbindet und sichtbar werden sollte, was an der Hierarchiespitze geplant wird und was an der Basis ankommt.

Alle elf Interviewpartnerinnen entstammen dem Umfeld der extramuralen Pflege und wurden entweder persönlich oder via Dritte, denen das „Feld“ vertraut war, ausgewählt (vgl. Mayer, 2011, S.103). Die Kontaktaufnahme erfolgte über Telefon oder über email.

Das wichtigste Auswahlkriterium für das Interview war die Tätigkeit und Kenntnis in der extramuralen Pflege. Es zeigte sich, dass die Interviews, abhängig von Ausbildungsgrad, der Tätigkeit im Beruf und Berufserfahrung (Dauer), Herkunft (Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse), Position im Unternehmen, dem Unternehmen selbst und bedingt durch die (pflegewissenschaftliche) Artikulationsfähigkeit starke Differenzen aufweisen.

Allen Interviewteilernehmerinnen wurde vorab der Fragebogen übermittelt, wonach manche Interviewpartnerinnen angaben, zum Thema nichts sagen zu können, weil sie entweder nicht (mehr) in diesem Bereich tätig sind oder sich nicht befugt fühlten, darüber zu sprechen. Es wird zudem festgehalten, dass kein/e offizielle Interviewpartnerin vom Fonds Soziales Wien (FSW) bzw. vom Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen<sup>37</sup> gefunden werden konnte, was aufgrund der strukturellen Gegebenheiten der extramuralen Pflege in Wien hilfreich gewesen wäre.

Ziel der Interviews war unter anderem auch, den Prozess sichtbar zu machen, wie sich Organisationsentwicklung innerhalb der Organisation auf die einzelnen Mitarbeiterinnen auswirkt bzw. wie diese Organisationsentwicklung erfahren und in ihrem Berufsalltag erleben. In diesem Zusammenhang wurden auch Fragen über die extramurale Pflege und Professionalisierung der Berufsgruppe gestellt. Deswegen wurden nicht nur Pflegedienstleitungen befragt, die mit dem Begriff Organisationsentwicklung noch am ehesten etwas anfangen konnten, sondern auch in der Hierarchie niedriger gestellte Berufsgruppen, die entweder als Fachaufsichten, Caremanagerinnen oder einfache Diplomierete tätig waren.

#### **4.2.2. Anonymität der Interviewpartnerinnen**

Um die Anonymität der Interviewpartnerinnen zu gewährleisten, werden die Interviews mit den Buchstaben von A-K versehen. Auf eine weitere Bezeichnung bezüglich Position, Alter, Geschlecht, Berufsdauer, Ausbildung oder Herkunft wurde aus möglichen Identifikationsgründen bewusst verzichtet. Dennoch wird die Ausarbeitung einiger Kategorien, wo die Sichtweisen zwischen Führungsebene (Pflegedienstleitungen, Fachaufsichten und Caremanagerinnen) und einfachen Diplomierten besonders divergieren, gesondert erfolgen. Darauf wird jeweils im Vorspann hingewiesen. Manchmal

---

<sup>37</sup> Sabine Wiesmühler, Mail vom 9. Jänner 2014, Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen

werden Originalzitate aus den Interviews angeführt, die mit dem Buchstaben der Interviewpartnerin und der Zahl des Textabschnitts gekennzeichnet werden.

Unter den elf Interviewpartnerinnen befand sich ein Mann, was annähernd das reale Geschlechterverhältnis der Beschäftigten in der extramuralen Pflege repräsentiert.<sup>38</sup>

Um Organisationsentwicklung innerhalb eines Unternehmens beschreiben zu können, wäre es wichtig, eine möglichst große Bandbreite von Mitarbeiterinnen eines Unternehmens zu befragen. Hier ging es in erster Linie jedoch darum, sich überhaupt einen Überblick zu verschaffen, wieweit Organisationsentwicklung im Rahmen der Professionalisierung der extramuralen Pflege im Raum Wien stattfindet und wie diese von den Mitarbeiterinnen erlebt wird.

Das Ersuchen um Anonymität der Befragten zeigt, in welchem Spannungsfeld sich die Problematik bewegt. Andernfalls hätten die Interviews nicht stattfinden können.

Es wurde den Interviewpartnerinnen überlassen, das Interview an einem Ort ihrer Wahl durchzuführen. Dieses fand entweder in öffentlichen Einrichtungen oder an ihrem Arbeitsplatz statt. Alle Interviewpartnerinnen wurden über den Zweck des Interviews informiert und stimmten dem Interview – unter strikter Wahrung der Anonymität – ausdrücklich zu.

Die Interviews fanden im Zeitraum zwischen März und Mai 2014 statt, dauerten zwischen 30-90 Minuten, wurden mit einem Handy Recorder H2 der Marke ZOOM digital aufgezeichnet und danach in Word transkribiert.

---

<sup>38</sup> Hier sei ein Bericht aus Deutschland erwähnt, für Österreich sind exakte Zahlen nicht erhältlich.

<http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2013/artikel/zum-pflegen-werden-mehr-maenner-gebrauch>

### **4.3. Transkription der Interviews**

Die Transkription erfolgte in deutsche Sprache, in der sich alle Interviewpartnerinnen ausdrücken konnten. Die Sätze, die grammatikalisch nicht korrekt waren, wurden aufgrund der leichteren Bearbeitung in korrektes Schriftdeutsch übersetzt, ohne die inhaltliche Bedeutung zu verändern. Bei der inhaltlichen Wiedergabe der wörtlichen Interviewsequenzen wurde versucht, in der Formulierung den Ursprungswortlaut aus Authentizitätsgründen weitestgehend zu erhalten. Wichtige Beschreibungen der Interviewsituation (lachen, nachdenken, Laute ausstoßen etc.) wurden in Kursivschrift in Klammer gesetzt, inhaltliche Betonungen bzw. einzelne Worte der Gesprächspartnerin wurden im Transkript unterstrichen. Die Interviewpartnerinnen drückten sich nicht durchgehend in gendergerechter Sprache aus, das heißt, sie sprachen von „Mitarbeitern“ und meinten damit auch „Mitarbeiterinnen“. Aus Authentizitätsgründen wird zuweilen das von den Interviewpartnerinnen verwendete Wort verwendet. Darauf wird in Fußnoten gesondert hingewiesen.

Während im theoretischen Teil der Arbeit durchgängig der Begriff „extramurale Pflege“ verwendet wurde, sprachen die Interviewpartnerinnen von „Hauskrankenpflege“, auch darauf wird im Bedarfsfall hingewiesen.

### **4.4. Warum qualitative Forschung?**

Trotz intensiver Recherchen erwies sich das Vorhandensein von wissenschaftlich verwertbarem Material zur Bearbeitung des Forschungsfeldes als dürftig. „Qualitative Methoden sind dann sinnvoll, wenn über ein bestimmtes Phänomen wenig bekannt ist“ (Mayer, 2011, S. 120). Ziel der Arbeit war es, herauszufinden, inwieweit Organisationsentwicklung in den einzelnen Vereinen, die in Wien Dienstleistungen der extramuralen Pflege anbieten, stattfindet. Des Weiteren sollten einzelne Aspekte der Organisationsentwicklung sowie auch der Zusammenhang zwischen Professionalisierung in der extramuralen Pflege und Organisationsentwicklung sichtbar gemacht werden.

Organisationsentwicklung ist ein Prozess, der beschrieben werden kann. Der Grad der Professionalisierung in der extramuralen Pflege wird durch das Erleben der Betroffenen erläutert. Um ein wahrheitsgetreues Bild vom Forschungsgegenstand zu bekommen, wird

das zu erforschende Phänomen (z.B. die Erfahrungen eines Menschen) in der qualitativen Forschung nicht in die Einzelteile zerlegt und aus dem Zusammenhang gerissen, sondern als Ganzes betrachtet. Im Vordergrund steht die subjektive Sichtweise des Individuums (vgl. Mayer, 2011, S. 98). Aus dieser Sichtweise kann es sich ergeben, dass z.B. Organisationsentwicklung von den Betroffenen ganz anders wahrgenommen wird als in der Theorie angenommen. Es geht aber auch um die Wahrnehmung von Professionalisierung und wie Betroffene die extramurale Pflege überhaupt erleben, um zu verorten, wovon bei der Verwendung dieser Begriffe gesprochen wird.

Um aus dieser subjektiven Sichtweise eine Theorie entwickeln zu können, hat sich die „Grounded Theory“ als nützlicher Forschungsansatz erwiesen. In ihr geht es um die Erstellung einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstand gerecht wird. Es geht um die Rekonstruktion von sozialem Handeln (vgl. Mayer, 2011, S.104).

Diese Sichtweise wurde anhand der semistrukturierten Interviews erhoben, um danach transkribiert und ausgewertet zu werden.

#### **4.5. Qualitative Gütekriterien**

Die in der quantitativen Forschung gültigen klassischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) sind in der qualitativen Forschung so nicht anwendbar. Die Gütekriterien qualitativer Forschung sind nicht in einheitlichen Begrifflichkeiten zu fassen. Deswegen schlagen Lincoln und Guba aus dem angloamerikanischen Raum folgende Beurteilung für die Vertrauenswürdigkeit qualitativer Daten vor:

- Credibility (Glaubwürdigkeit)
- Dependability (Folgerichtigkeit, Adäquatheit der Befunde im Hinblick auf das zu beschreibende Phänomen)
- Confirmability (Angemessenheit, Genauigkeit, mit der die Wirklichkeit wiedergegeben wird)
- Transferability (Übertragbarkeit auf andere Gruppen oder Settings bei dichter Beschreibung) (Mayer, 2011, S.113)

Bei Mayring werden aufgrund der Kritik an den klassischen Gütekriterien aktuell folgende Kriterien vorgeschlagen:

- Verfahrensdokumentation (Beschreibung der Herangehensweise, Auswahl der Interviewpartnerinnen)
- Argumentative Interpretationsabsicherung (Beschreibung anhand des vorliegenden Materials durch Kategorienentwicklung)
- Nähe zum Gegenstand (alle Interviewpartnerinnen stammen aus der extramuralen Pflege, die Forscherin/Autorin selbst kennt die extramurale Pflege als Arbeits- und Forschungsfeld)
- Regelgeleitetheit (systematische Bearbeitung des Materials anhand entwickelter Kategorien)

Darüber hinaus wurden auch schon eigene Konzepte inhaltlicher Gütekriterien entwickelt (vgl. Mayring, 2010, S. 118). Durch die Beschreibung der Herangehensweise an den Forschungsgegenstand im bisherigen Verlauf der Arbeit sowie in den beschriebenen Schritten wurden die Gütekriterien nach Mayring weitgehend dokumentiert.

#### **4.6. Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse**

In diesem Teil soll nun erklärt werden, mit welcher Methodik die gewonnenen Inhalte durch die Interviews in analysierbare Daten codiert wurden. Dazu mussten einige Schritte vollzogen werden.

Nach der Erhebung der Daten und der darauf folgenden Transkription erfolgte der Import des Textformats Word in die Datei des Computerprogramms MAXQDA, das speziell für die qualitative Inhaltsanalyse entwickelt wurde. Parallel dazu erfolgte die Kategorienbildung in einem eigenen Datenfenster. Die Kategorien dienen als Raster, um entsprechende Textabschnitte aus den Interviews zu sammeln und auszuwerten. Die Textabschnitte umfassten mindestens einen Satz oder auch mehrere Sätze bis hin zu einem Absatz, die im Programm automatisch nummeriert wurden, was eine spätere Auffindung der Textstellen erleichtert.

Es wurde mit den drei Hauptkategorien „Organisationsentwicklung“, „Professionalisierung“ und „extramurale Pflege“ gearbeitet sowie eine weitere Hauptkategorie „Sonstiges“ entwickelt, in der alle Kategorien subsumiert wurden, die in den drei anderen Hauptkategorien nicht erfasst werden konnten. Innerhalb der Hauptkategorien wurden Subkategorien entwickelt, die sich teils aus dem Interviewleitfaden und teils aus den Interviewinhalten ergaben.

In einem ersten Schritt wurde Interview für Interview in der Abfolge der Buchstaben A-K durchgearbeitet und die Textpassagen, die im Computerprogramm MAXQDA nach Absätzen nummeriert sind, den Kategorien zugeordnet. Es stellte sich während der Kategorienzuordnung heraus, dass noch nicht für alle Textpassagen Kategorien vorhanden waren. Diese wurden dann in einer oder mehreren Kategorien unbestimmten Namens gesammelt und in einem zweiten Durchgang versucht zu ordnen bzw. eine Kategorie mit dazu passender Begrifflichkeit zu entwickeln.

In einem dritten Durchgang wurde das gesamte Material auf die passende Kategorie hin überprüft und unter Umständen auch noch in eine andere Kategorie verschoben, sodass letztlich jede Textstelle einmal in einer Kategorie aufscheint.

Die Analyse erfolgte nun unter dem Aspekt der Fragestellung bzw. anhand der Abarbeitung der Interviews an den danach entwickelten Kategorien, da nicht ganze Textstellen wörtlich in die Verarbeitung eingebaut werden können. Mayring spricht in diesem Zusammenhang von der „Psychologie der Textverarbeitung“, nach der der Text zunächst visuell erfasst wird, um schließlich durch ein Netzwerk verschiedener Bedeutungseinheiten Zusammenhänge zu erkennen. Für diese Art der Zusammenfassung nennt Mayring unterschiedliche reduktive Prozesse wie: Auslassen, Generalisierung, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung (vgl. Mayring, 2010, S. 43-46). Im Wesentlichen umfasst das Modell der qualitativen Inhaltsanalyse Paraphrasierung und Reduktion von Textstellen auf eine bestimmte Fragestellung bezogen unter der Entwicklung von Kategorien.

#### 4.7. Das Codiersystem

Das Kategoriensystem gilt als „zentrales Instrument“ der qualitativen Inhaltsanalyse und stellt sich wie folgt dar (vgl. Mayring, 2010, S. 49). Die Kategorien wurden im Hinblick auf die Fragestellung, aus den Interviewinhalten, dem Leitfaden sowie aus den Zusammenhängen, die sich aufgrund der inhaltlichen Analyse ergaben, entwickelt und bei Bedarf erweitert.

##### Kategorien im Codiersystem

###### Organisationsentwicklung

- Leitbild
- Mitarbeiterinneneinbindung
- Mitarbeiterinnengespräche
- Kommunikation
- Zukunfts-Vision
- Supervision
- Fehlerkultur, Konfliktmanagement
- Feedbackkultur

###### Extramurale Pflege

- Einsparungen
- Pflegeheim
- Rahmenbedingungen
- Dokumentation
- Politik in der extramuralen Pflege
- Personal
- Personaleinsetzung
- Fluktuation
- Migrantinnen und Sprachkenntnisse
- Attraktivität der Dienstzeiten



## Professionalisierung

Case- und Caremanagement, Entlassungsmanagement

Verhältnis: Medizin vs. Pflege

Qualität in der extramuralen Pflege

Ausbildung für extramurale Pflege

Akademisierung

Führung

Management

Bewusstsein

## Sonstiges

Ausland

Finanzierung

Pflegegeld

Strukturierung

Fonds Soziales Wien – FSW

## **5. Auswertung der qualitativen Interviews**

### **5.1. Organisationsentwicklung**

In dieser Hauptkategorie wird aufgrund der stark differierenden Sichtweisen von Basismitarbeiterinnen mit direktem Patientenkontakt und Mitarbeiterinnen der Führungsebene (Case- und Caremanagement, Teamleitung, Pflegedienstleitung) unterschieden.

#### **5.1.1. Organisationsentwicklung aus verschiedenen Sichtweisen**

##### **5.1.1.1. Sichtweise der Führungskräfte**

Organisationsentwicklung findet statt. Man gibt sich zufrieden mit den Ergebnissen der letzten zwölf Jahre. Es gibt auch monatliche Meetings, wo Rückmeldungen eingebracht werden können und an Verbesserungen laufend gearbeitet wird. Aufgrund schlechter Erfahrung mit externen Projektleitungen werden solche aus der eigenen Firma bevorzugt. Als Grund werden auch interne Ressourcen angegeben, da dieser Rückgriff auf interne Projektleitungen wesentlich günstiger käme als auswärtige zu bezahlen. Außerdem wird die Kenntnis von firmeninternen Strukturen als Vorteil erachtet.

Eine andere Mitarbeiterin berichtet, dass es 2007 mit Qualitätszirkel begonnen hat, wo zukunftsorientierte Pläne von einer ganzen Gruppe (Pflegedienstleitung, diplomierte Fachkräfte, Abteilungsleiterinnen, Geschäftsführung, Case- und Caremanagerinnen) definiert wurden. Damals war das Team stabil, es gab regelmäßige Schulungen, Teambesprechungen und qualitätssichernde Maßnahmen. Außerdem arbeitete man auf eine Zertifizierung im Rahmen der Qualitätssicherung hin, wofür ein Prozedere von regelmäßig stattfindenden Sitzungen mit entsprechender Dokumentation erforderlich war. Die dabei erhaltenen Informationen wurden an alle Mitarbeiterinnen weitergegeben.

In einem anderen Unternehmen lernte man als mittlere Vorgesetzte nicht einmal die Geschäftsführung kennen. Die Steuerungsgruppe wird ohne Pflegefachaufsicht bzw. ohne

entsprechend in der Qualitätssicherung ausgebildete Personen geführt, sondern von Einsatzleiterinnen, die keine Ahnung von Pflege und Betreuung haben.

Unter Organisationsentwicklung versteht man die Entwicklung einer Organisation, sodass die Herausforderungen des Unternehmens mit dem entsprechenden Personal bewältigt werden können. Dazu braucht man das richtige Personal, finanzielle Ressourcen und informierte Mitarbeiterinnen. Sehr häufig wird der Ruf nach gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen erwähnt, die an den richtigen Stellen sitzen. Es soll keine Hierarchie, kein Mobbing, keine Einzelentscheidungen geben. Die Mitarbeiterinnen aus dem Außendienst werden zu wenig in Entscheidungsprozesse eingebunden, obwohl deren Wissen unabdingbar ist. Auch Wertschätzung und Motivation werden vermisst.

Einmal wird vom Resultat einer Organisationsentwicklung berichtet, das sich in der Zusammenlegung von Stützpunkten als Sparmaßnahme (2013) zeigte. Die beteiligten Mitarbeiterinnen wurden kurz davor informiert. Dieser Prozess wurde von einer externen Firma begleitet, Führungskräfte und Basispersonal getrennt. Es wurden Vorgaben geliefert, wie der Prozess abzulaufen hat. Nach diesem Prozess wurde die Zeit für Verwaltungs- und Planungstätigkeit für Mitarbeiterinnen gekürzt.

Um positive Organisationsentwicklung durchführen zu können, braucht es eine zunehmende Professionalisierung der Mitarbeiterinnen. Es wird als zentrales Problem erachtet, dass inhaltliche Faktoren zu stark von betriebswirtschaftlichen Faktoren überlagert werden, wodurch Professionalität erzeugt werden soll. Darunter wird nur der Umgang mit Zahlen, aber selten die Rahmenbedingungen gesehen, unter denen Mitarbeiterinnen arbeiten. Dies zeigt sich bei minutengenaue Wegzeitenberechnung ohne Berücksichtigung auf die Infrastruktur eines Bezirkes. „Durch diesen Zahlenfetischismus wird unglaublicher Druck auf die Leute ausgeübt, der in keinsten Weise inhaltlich gerechtfertigt ist. Momentan sehe ich wenig Bereitschaft, da die Linie zu ändern. Momentan ist es so – die Politik tut sich mit Zahlen leicht. Das ist das Problem. Mit Zahlen kann man gut argumentieren. Mit Inhalten einem Politiker zu kommen ist extrem schwierig“ (C14).

Aus einem anderen Unternehmen wird berichtet, dass Kundinnen- und Mitarbeiterinnenorientierung an oberster Stelle steht, weil die Konkurrenz durch viele kleine Organisationen sehr stark ist. Man versucht, „alles aus einer Hand“ abzudecken und auch die 24h Hilfe wird durch Kooperation mit anderen Ländern angeboten.

Als positiv werden Entwicklungsmöglichkeiten im Unternehmen formuliert. Einer Mitarbeiterin gelingt es, von der Pflegehelferin zur Pflegedienstleitung aufzusteigen, wofür es auch Unterstützungsmaßnahmen innerhalb des Unternehmens gibt. Auch wird von Steuerungsgruppen im oberen und mittleren Management mit qualifizierten Projektleiterinnen berichtet.

Weiters wird der Druck der Wirtschaftlichkeit erwähnt, unter dem Organisationsentwicklung stattfindet. Ändern sich die Rahmenbedingungen, muss man wieder neue Maßnahmen setzen, Neues überlegen und anders planen. Das Budget wird immer knapper. Wirtschaftsorientiertes Führen eines Unternehmens wird jedoch als sinnvoll erachtet. Ein Problem wird im zu großen Overhead gesehen und zu wenig Personal in der Praxis.

#### **5.1.1.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte**

Eine der am meisten wiederholten Aussagen von diplomierten Pflegekräften auf die Frage, wie sie Organisationsentwicklung erleben, war die Antwort, dass diese nicht stattfindet. Auf die Frage, woran man das erkennt, lautet eine Antwort: „Das erkennt man einfach an den Abläufen, an den Prozess-Standards, an den Abläufen, die im Unternehmen gelebt werden. An der Qualität, die rauskommt. Inputs-Outputs, also es ist alles unorganisiert, teilweise unstrukturiert“ (F8).

Organisationsentwicklung findet nur auf der höheren Ebene statt, die Mitarbeiterinnen an der Basis bekommen kaum etwas mit. Es gibt ein Organigramm, aber die Mitarbeiterinnen kennen sich nicht aus, wissen nicht, was wo hingehört, wie und warum etwas passiert. Ein Organisationsleitbild gibt es auch, aber dazugehörige Maßnahmen werden vermisst.

Auch Mitarbeiterinnen verstehen unter Organisationsentwicklung die Weiterentwicklung des Unternehmens sowie auch der Ressourcen der Mitarbeiterinnen und vor allem die Miteinbeziehung der Mitarbeiterinnen in die unternehmensinternen Prozesse.

Andernorts betont man, dass zwar einmal etwas gesagt worden ist, aber in Wirklichkeit ist das schwer umzusetzen. Die Gründe dafür liegen an den finanziellen Ressourcen, dem fehlenden Personal. Das Personal, das es gibt, hat nicht die richtigen Qualifikationen oder zu wenig Erfahrung, was manchmal wirklich gefährlich ist – auch für das Unternehmen. Das hat damit zu tun, dass man nur schnell die Dienste abdecken will, aber es zu wenige

Arbeitskräfte gibt. Der Wunsch nach mehr Professionalisierung in der Hauskrankenpflege wird öfter geäußert, ist aber auch von besserer Bezahlung abhängig. „Man kann keine Wunder erwarten, wenn das nicht bezahlt ist“ (J116).

Organisationsentwicklung funktioniert auch deswegen nicht, weil nicht die richtigen Leute im Einsatz sind, vorhandenes Personal wird vollkommen falsch eingesetzt. Bessere Organisation und vor allem öffentliche finanzielle Unterstützung sind notwendig.

Eine weitere Aussage bezüglich Maßnahmen von Organisationsentwicklung im Unternehmen war: „Null. Es ist auch nichts diesbezüglich angedacht“ (D5). Immer wieder werden der fehlende Wille und die nicht vorhandenen finanziellen Mittel von den diplomierten Pflegekräften an der Basis erwähnt.

Die Assoziationen bezüglich Organisationsentwicklung reichen von „nicht-vorstellbar“ (D11) bis zu „guter Idee, aber nicht umsetzbar“ (A11). Als problematisch wird auch die Fluktuation des Personals in der extramuralen Pflege beschrieben, denn Organisationsentwicklung ist ein langer, anstrengender Prozess, der viel Kontinuität braucht, aber es brechen laufend so viele Mitarbeiterinnen weg. Außerdem entstand auch der Eindruck, dass das obere Management an ernsthafter Organisationsentwicklung gar nicht interessiert war. Von oben wurde der Prozess nicht mitgetragen. Der jüngste Prozess im Unternehmen ist auch gescheitert.

„Organisationsentwicklung ist, dass sich so ein Verein einmal anschaut, wer bin ich, wo steh ich und wo will ich hin. Organisationsentwicklung ist ein Prozess, der seinen Anfang nimmt in einer Idee und dann weiterentwickelt werden sollte. Prozessdauer kann man nicht sagen, das kann sehr lang sein. Da fließt eben ein das gesamte Change-Management, Personalentwicklung, Human-Ressource-Management. Organisationsentwicklung zieht sich eigentlich quer durch den ganzen Verein, durch alle Hierarchien, die es in dem Verein gibt, beinhaltet alle Stabsstellen. Und sollte dann auch an der Basis ankommen“ (A41).

Man hat schon erlebt, dass da etwas in Gang gesetzt wurde, aber im Nachhinein betrachtet ist es gescheitert. Der Prozess ist ins Stocken geraten, Mitarbeiterinnen wurden entlassen, in andere Bezirke versetzt oder haben gekündigt.

Bezüglich Organisationsentwicklung gibt es viele Probleme, aber das diesbezügliche Versagen wird den Unternehmen selbst zugeschrieben. Zu oft wird dieser Prozess auch top-down geführt. „Es wurde gesagt, wir machen das. Absolutes top-down. Ganz gezielte top-down Aktion. Wir machen das jetzt. Aus, Schluss, fertig“ (A56). Unter Fehleinsetzung

des Personals wird auch immer wieder die Einsetzung von diplomierten Pflegekräften vorwiegend zur Grundpflege kritisiert. Dazu braucht es eine Strukturänderung, aber die ist nicht in Sicht.

### **5.1.1. Leitbild**

Es gibt ein Leitbild, aber es liegt in der Schublade. Dieses ist sogar ein kleines Büchlein, in dem die Organisation genau abgehandelt wird. Es geht um Qualität, diese zu erhalten und zu verbessern. Der Mensch steht im Mittelpunkt, als Mitarbeiterin und als Klientin.

Aber es gibt auch Skepsis gegenüber Leitbildern. Oft merkt man, wenn man in ein Haus hineingeht, dass da zwar ein riesengroßes Leitbild hängt und tolle Pflegekonzepte vorgestellt werden. Bei näherer Betrachtung oder Befragung der Mitarbeiterinnen erweist sich dies dann meist ganz anders und sie wissen nicht einmal, dass irgendwo ein Leitbild hängt.

### **5.1.2. Mitarbeiterinneneinbindung**

(In diesem Punkt werden die Sichtweisen von Führungskräften und diplomierten Pflegekräften wieder extra ausgewiesen.)

#### **5.1.3.1. Sichtweise der Führungskräfte**

Es gab eine Zeit, in der jede Meinung gezählt hat. Das war aber nur sehr kurzfristig. Man bemühte sich, die Mitarbeiterinnen mit ihren Problemen einzubeziehen, was sich durch ein stabiles Team auszeichnete.

Immer wieder wird erwähnt, dass durch die fehlende Mitarbeiterinneneinbindung die Entwicklung der gesamten Organisation leidet. Man kritisiert die Starrheit, mit der Ziele verfolgt werden, obwohl man sieht, dass es nicht funktioniert. Selbst dann ist nicht die Flexibilität gegeben, dass man darauf eingeht, sondern zieht die Sachen einfach durch.

Nach außen hin wird immer der Wunsch transportiert, dass man die Mitarbeiterinnen einbindet, aber in der Praxis passiert das oft nicht. Es gibt eine sehr strenge Hierarchie. Ganz oben wird etwas entwickelt, das haben dann die Führungskräfte umzusetzen. Deren Qualität wird daran gemessen, wie weit sie die Mitarbeiterinnen ohne Murren einbinden können. Für die Umsetzung gibt es eine Zahlenvorgabe, unabhängig von dem, was wirklich gebraucht wird.

Einige Führungskräfte können über die Einbindung von Mitarbeiterinnen keine Auskunft geben (muss „passen“, nicht vorhanden). Möglichkeiten von Mitarbeiterinnen, sich über bestimmte Prozesse in das Unternehmen einzubringen, werden als minimal beschrieben. Andererseits wird auch von zaghafte Versuchen berichtet, Kritik von Mitarbeiterinnen ernst zu nehmen und diese einfließen zu lassen.

Eine Mitarbeiterin berichtet, dass es eine konstante Mitarbeiterinnen-Orientierung gibt und die Bedürfnisse vor allem über die Mitarbeiterinnengespräche eruiert werden. Dabei geht es oft auch um Kompetenzentwicklung, speziell für den Außendienst, um Strukturierung bei Mitarbeiterinnenbesprechungen, Personalauswahl, Feedback etc.

Führungskräfte sehen es als normal, dass Entscheidungen „oben“ getroffen werden. Bei kleineren Projekten werden auch Mitarbeiterinnen eingebunden und „können gewisse Prozesse mitgestalten“ (K41). In einem Unternehmen werden Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen gesammelt und daraus Schlüsse gezogen. Auch Beschwerdekästen finden in einzelnen Unternehmen Eingang und manchmal gibt es Sondervereinbarungen mit Mitarbeiterinnen. Bedürfnisse und Wünsche werden erhoben, die Ziele gemeinsam formuliert und für alle sichtbar aufgehängt. Es wird auch von Delegation gesprochen und dass man Mitarbeiterinnen Verantwortung geben muss, um sie in die Prozesse einzubinden. Aber auch autoritäre Entscheidungen werden immer wieder erwähnt, „weil Menschen prinzipiell Veränderungen scheuen“ (B41). Eine Führungskraft berichtet vornehmlich davon, dass es sehr wichtig ist, in seinen Entscheidungen auch die Mitarbeiterinnen mitzunehmen, auch wenn es manchmal ein bisschen länger dauert.

#### **5.1.3.2. Sichtweise der diplomierten Pflegekräfte**

Vorschläge von Mitarbeiterinnen werden von Führungskräften nicht aufgenommen. Wenn Ideen eingebracht werden, werden sie nicht um- bzw. durchgesetzt. Ein Vorschlag einer

Mitarbeiterin war: „Es braucht Förderung in Teamsitzungen, sie zu befragen, auf welcher Basis sie zufrieden sind. Wo liegt die Unzufriedenheit der Mitarbeiter, warum bin ich nicht motiviert zu arbeiten? Was würden sie anders machen?“ (F30)

Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie eine Mitarbeiterinneneinbindung noch nie erlebt hat. Auch dafür gibt es finanzielle Gründe. Bedürfnisse von Mitarbeiterinnen werden nicht ernst genommen. Es wird von Überbelastung durch schwere, physisch und psychisch belastende Einsätze gesprochen. Trotz einer Information an die Führungskraft wird keine Unterstützung angeboten.

Eine andere Mitarbeiterin berichtet von „theoretischen Ebenen“ (D30), aber in Wirklichkeit entscheiden nur zwei oder drei Leute. Weiters wird berichtet, dass Strukturen keinesfalls angefasst werden dürften und Mitarbeiterinnen, die sich gegen Strukturen auflehnten oder überhaupt Kritik äußerten, im Ernstfall mit der Kündigung rechnen müssten.

#### **5.1.4. Mitarbeiterinnengespräche**

In den meisten Unternehmen werden Mitarbeiterinnengespräche einmal im Jahr durchgeführt. Manche führen solche Gespräche nur alle zwei Jahre mit ihren Mitarbeiterinnen durch und vereinzelt hört man, dass diese gar nicht stattfinden. Von einem Vorgesetzten wird berichtet, der eher die Kaffeehausrechnung begleicht, da er Psycho-Hygiene durchaus für wichtig hält. Es gibt auch einen Unterschied zwischen lange im Unternehmen tätigen Mitarbeiterinnen, wo Gespräche eher informell stattfinden und neuen Mitarbeiterinnen, mit denen nach einem Monat ein Gespräch geführt und im Team beraten wird, ob diese Person behalten wird oder nicht.

Mitarbeiterinnengespräche werden dann als sinnvoll erachtet, wenn sie nicht nur strukturiert durchgeführt, sondern die Inhalte vertraulich behandelt werden und in offener Atmosphäre stattfinden.

Die monatlichen Teamgespräche werden auch immer wieder als Mitarbeiterinnengespräche gesehen, obwohl dabei Fallbesprechungen über Klientinnen stattfinden. Wenn jemand Probleme hat, kann er/sie diese dann auch äußern. Diese Teamgespräche, die früher einmal wöchentlich stattfanden, werden aus Spargründen nur noch 14-tägig angesetzt oder – nach einem Führungswechsel – gar nur noch einmal monatlich. Für Außendienstmitarbeiterinnen wird das als ziemlicher Einschnitt gesehen,



da Teamgespräche aufgrund des doch sehr isolierten Arbeitsumfeldes (ohne Kolleginnen) als wichtig für die Teamarbeit erachtet werden. Teamleiterinnen werden dazu angehalten, die Dienste so zu planen, dass jede Mitarbeiterin an so einem Teamgespräch auch teilnehmen kann.

Manche Mitarbeiterinnen sind auch dankbar, wenn es keine strukturierten Mitarbeiterinnengespräche wie im Krankenhaus gibt, weil dies oft mit negativer Kritik, persönlicher Schmach und massiven Vorbehalten verbunden ist. Auf diese Art von Vorladung wird gerne verzichtet. Gewünscht wird eher ein informelles Gespräch, in dem man offen sagen kann, wie es einem wirklich geht, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Eine Führungskraft sagt, dass sie sich auch bei einem Kaffee mit ihren Mitarbeiterinnen zusammensetzt und man sich dabei über Berufliches und Privates unterhält, über Wünsche und Motivation. Was macht die Mitarbeiterin unglücklich? Mit diesem Feedback ging man dann in den Qualitätszirkel und hat dort die Informationen weitergegeben, sodass ein ständiger Informationsfluss stattfand. Wichtig ist zu vermitteln, dass man für seine Mitarbeiterinnen da ist.

Eine Meinung ist, dass diese Gespräche mit zu großem Aufwand ohne großen Nutzen betrieben werden. Man setzt dann punktuelle Maßnahmen, aber Strukturänderungen, die die Mitarbeiterinnen anregen, finden nicht statt oder werden ad absurdum geführt. Die Fragen von schriftlichen Mitarbeiterinnenbefragungen werden suggestiv gestellt, sodass man gar nicht anders als positiv antworten kann.

Ein bodenständiger Chef wird erwähnt, der weiß, wie alles läuft und deswegen verzichtet man auf Mitarbeiterinnengespräche, die nur mit jenen geführt werden, die das auch wollen. Wenn jemand Probleme hat, kann man anrufen oder ein email schicken, das wird dann eher informell behandelt und funktioniert auch.

In einem Unternehmen sind Mitarbeiterinnengespräche an eine Prämie gebunden, die von der Anzahl der Krankenstandstage abhängt. Wer innerhalb eines Jahres krank wird, erhält keine Prämie. Dies wird als nicht sehr motivationsfördernd erachtet.

### **5.1.5. Kommunikation**

(In diesem Punkt werden die Sichtweisen von Führungskräften und diplomierten Pflegekräften wieder extra ausgewiesen.)

#### **5.1.5.1. Sichtweise von Führungskräften**

Es gibt einen großen Unterschied in der der Kommunikation zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. Als Führungskraft muss man über die Kommunikationswege gut Bescheid wissen, die intramural viel rascher von statten gehen. Extramural braucht es oft drei Monate, bis eine Information alle Mitarbeiterinnen erreicht, weil elektronische Kommunikation noch nicht flächendeckend eingesetzt ist.

In einem Unternehmen wird soeben von Papierdokumentation auf elektronische Dokumentation umgestellt, weswegen die Herzlichkeit ein wenig abhanden gekommen ist. Es gibt Stress durch die Neu-Einführung und wenig Zeit für Kommunikation.

Durch einen Führungswechsel kann die Kommunikation in einem Unternehmen sehr beeinträchtigt werden. „Die Pflegedienstleitung kommunizierte nur mit ihren „Freundinnen“. Es wurde in Sitzungen über Abwesende gesprochen. CM<sup>39</sup>-Sitzungen waren keine fachlichen Sitzungen, sondern Tratsch und Ausspielen, einer gegen den anderen. Das waren nur Sitzungen, um andere schlecht zu machen. Das habe ich auch geäußert und dann war ich nicht mehr passend“ (G84).

Es wurde geäußert, dass es sehr wichtig sei, wie man mit den Mitarbeiterinnen kommuniziert. Man soll nicht nur negative Kritik üben, da Mitarbeiterinnen dadurch nicht motiviert werden können. Andernorts haben Mitarbeiterinnen die Möglichkeit, mit den Führungskräften zu kommunizieren – man kann jederzeit anrufen oder ein email schreiben. Der individuelle Kontakt ist wichtig, die Tür ist immer offen.

---

<sup>39</sup> Caremanagement

### **5.1.5.2. Sichtweise von diplomierten Pflegekräften**

Es herrscht die Meinung vor, dass an der Kommunikation noch sehr viel gearbeitet werden muss, da sie sehr beschränkt ist. Auch trauen sich nicht alle Mitarbeiterinnen etwas zu sagen, weil man zu oft Erfahrung mit Sanktionen machte. Eine Führungskraft wurde von Mitarbeiterinnen anonym in punkto Kommunikation niedrig beurteilt und hat dann ihre Mitarbeiterinnen zur Rede gestellt, was eine ehrliche Kritik in Zukunft verstummen lässt. Trotzdem soll man sich durch solches Vorgehen nicht verunsichern lassen und seine Meinung offen äußern, meint eine Mitarbeiterin. Es nützt nichts, wenn man unter Kolleginnen alles Mögliche diskutiert und sich dann der Führungskraft gegenüber nicht zu äußern getraut. Die Führungskraft sollte wissen, was vorgeht, damit die Fehler ausgebessert werden können.

Vermeehrt herrscht die Meinung vor, dass es kein Kommunikationsmanagement gibt. Es steht viel auf dem Papier, aber in der Praxis wird das alles nicht gelebt. Durch häufigen Personalwechsel wird auch die Kommunikation zwischen Innen- und Außendienstmitarbeiterinnen immer schlechter, weil die Leute im Büro nicht wissen, wie es draußen läuft. Früher mussten sich Leute, die im Büro arbeiten, draußen sehr gut auskennen. „Jetzt ist das umgekehrt, du sollst möglichst wenig mit den Leuten zu tun haben, damit du leichter auswechselbar und kontrollierbar bist. Es gibt auch Mobbing“ (D44).

Die Kommunikationsstrukturen werden als hierarchisch beschrieben, vordergründig amikal, hintergründig als top-down. Es wurde vermittelt, was man will und wenn man sich daran hält, passiert auch nichts.

### **5.1.6. Zukunftsvision**

(In diesem Punkt werden die Sichtweisen von Führungskräften und diplomierten Pflegekräften wieder extra ausgewiesen.)

#### **5.1.6.1. Sichtweise von Führungskräften**

Es macht sich das Gefühl breit, dass man bei Fortbestehen der derzeitigen Situation in der extramuralen Pflege auf einen Schwachsinn zutreibt. Vorgeschlagen wird eine dramatische Erweiterung der extramuralen Pflege. Die Spitalsambulanzen sollen zurückgefahren werden – bei gleichzeitiger Ausweitung der Ordinationszeiten von praktischen Ärztinnen. Es ist ökonomisch sinnvoll, Pflegefälle der extramuralen Pflege zu überlassen anstatt 50-60 Pflegefälle pro Tag mit Transport in die Spitalsambulanzen zu karren. Die Hausarztbesuche sollten auch besser honoriert werden als 7-8€ pro Hausbesuch und dazu müsste man Geldressourcen locker machen. Der häufige Therapie- und Arztwechsel in den Ambulanzen ist für Patientinnen nicht optimal. Zu Hause gibt es dann ganze Medikamenten- und Verbandsmateriallager.

Als weitere Visionen werden genannt: eine Qualitätszertifizierung als Anbieter zu erhalten, mehr Fantasie seitens der Politik und den Ausbau finanzieller und personeller Ressourcen. Man will der beste Arbeitgeber sein und seine Position auf dem Markt stärken. Die Maßnahmen dafür sind manchmal kontraproduktiv, weil man Kritik so schnell zum Verstummen bringt, nur damit das Unternehmen gut dasteht.

Durch die 24h Betreuung sehen sich die Unternehmen wachsendem Konkurrenzdruck ausgesetzt, die derzeitige wirtschaftliche und personelle Lage macht laufende Umstrukturierungen notwendig, um Personal halten zu können. Angehörige übernehmen derzeit verstärkt Betreuungstätigkeiten, was sich auf die Stundenanzahl der Unternehmen auswirkt. Einzelne Unternehmen erwägen eine Spezialisierung bezüglich Demenz und Palliativversorgung, Mitarbeiterinnen sollen in die Entwicklungsplanung besser einbezogen sowie Pflegekonzepte weiterentwickelt werden. Klientinnen sollen so lange wie möglich zu Hause bleiben können und dort bestmöglich betreut und gepflegt werden.

Eine Vision ist, dass es eine Pflegeplanung gibt, mit einer Anamnese, mit der Krankenhäuser, Ärztinnen und Pflegepersonal gemeinsam arbeiten. Die damit erzielte Einsparung könnte man anderswo einsetzen und die Drehtüreffekte würden abnehmen. Es wird eine große Gefahr darin gesehen, dass man glaubt, man hat schon alle Ziele erreicht und lehnt sich nur noch zurück. Deswegen muss man immer neue Visionen haben. Ein Ziel ist auch die flächendeckende Einführung der elektronischen Kommunikation, aber auch der Nachtrufbereitschaft. Das hängt aber auch davon ab, ob es vom FSW bezahlt wird. Außerdem will man verstärkt international zusammen arbeiten und mehr elektronische Hilfsmittel in Form von AAL (ambient assistant living, z.B. intelligente Toilettensitzerhöhung, elektronische Bildtelefonie) einführen. Zugleich ist man sich bewusst, dass man mit der Einführung von Pflegerobotern Umsicht walten lassen sollte. Die Beratung für Klientinnen und Angehörige kann in Zukunft auch über Callcenter erfolgen.

#### **5.1.6.2. Sichtweise von diplomierten Pflegekräften**

Es werden Visionen geplant, aber sie werden nicht oder mit zu großer Verzögerung umgesetzt. Man weiß zwar, dass es eine Unternehmensvision gibt, die manchmal an ein Leitbild angehängt ist, kann sie jedoch nicht benennen. Der Glaube an Visionen fehlt. „Es gibt keine Vision!“ (I69)

Es wird sich nichts ändern, weil man es sich nicht leisten kann. Gleichzeitig macht die derzeitige Situation ein Umdenken erforderlich, aber das wird noch lange dauern. Es gibt auch keine Unterstützung von der Politik, Ärztinnen stehen gegen das Pflegepersonal und dieses ist nicht durchsetzungsfähig. Die Hauskrankenpflege ist so strukturiert, dass sich nichts ändern wird, obwohl man den Bereich viel mehr fördern sollte anstatt in den Ausbau von Pflegeheimen zu investieren.

Als Vorbild werden England und Amerika genannt, weil dort Pflegekräfte nur die Tätigkeit ausüben, für die sie ausgebildet sind (medizinische Tätigkeiten). Außerdem ist das dort sehr gut bezahlt.

Diplomierte Pflegepersonen äußern den Wunsch nach einer Gesetzesreform für weniger Ausbeutung in der Pflege, Bereitschaftsdienste sollen anständig bezahlt werden und die Gehälter erhöht.

### **5.1.7. Supervision**

Einzelne Unternehmen bieten Supervision an, oft bringt das aber nichts. Als Gründe werden die fehlenden fachlichen Qualifikationen der Supervisorin genannt oder auch das Setting, in dem Supervision stattfindet. Eine Mitarbeiterin berichtet von einer Kündigungswelle nach dem Supervisionswochenende, die vor allem jene Personen betraf, die dabei offen ihre Kritik geäußert hatten.

Von den Führungskräften wird Supervision als sinnvoll erachtet, in manchen Unternehmen wird Supervision auf freiwilliger Basis innerhalb der Arbeitszeit bezahlt. Es geht um Psychohygiene und konstruktives Arbeiten im Team. Ein anderes Unternehmen bietet vor allem bei neuen Mitarbeiterinnen Gruppenreflexionen mit einer Arbeitspsychologin an.

### **5.1.8. Fehlerkultur und Konfliktmanagement**

(In diesem Punkt werden die Sichtweisen von Führungskräften und diplomierten Pflegekräften wieder extra ausgewiesen.)

#### **5.1.8.1. Sichtweise von Führungskräften**

In erster Linie kommt es auf die Art des Fehlers an. Manchmal gibt es Anzeigen wegen Diebstählen oder Todesfällen, bei denen Fremdverschulden nicht ausgeschlossen werden kann. Dann werden Sachverständige oder – je nach Fall – ein Rechtsanwalt beigezogen. Kleinere Fehler werden von den Fachaufsichten ausplaniert. Bei schwereren Vorkommnissen wird eine schriftliche Verwarnung erteilt, davor gibt es noch eine mündliche Verwarnung und in einem letzten Schritt die Kündigung.

Der Umgang mit Fehlern und Konflikten hängt immer auch sehr von der Führungskraft ab. Derzeit entsteht der Eindruck, dass menschliche Qualitäten immer weniger zählen und nur noch auf Profit geschaut wird. Es gibt zunehmend mehr Mobbing und die Führungskraft hat nichts dagegen unternommen, weil sie selbst Angst um ihre Position

hatte. Konfliktmanagement fand nicht statt. Vor dem Führungswechsel wurden Fehler auf zwei Ebenen geklärt: entweder im direkten Gespräch und wenn das nicht funktioniert hat, wurde die nächst höhere Ebene miteinbezogen.

Fehler werden grundsätzlich als positiv erachtet, weil man aus ihnen lernen kann, man soll nur nicht den gleichen Fehler zweimal machen. Wenn eine Mitarbeiterin beobachtet wird, dass sie der Klientin einen Einsatz verrechnet, obwohl sie nicht dort ist, dann muss man als Vorgesetzte reagieren. Die Sache soll mit der Mitarbeiterin besprochen werden, aber wenn das ein zweites oder drittes Mal passiert, soll es Konsequenzen geben.

Es wird geschildert, dass Unternehmen mit Kritik eine „schizophrene“ Umgangsweise pflegen. Man hat den Eindruck, dass Führungskräfte in einem Universitätslehrgang lernen, dass man Kritik und Beschwerden zulassen soll, aber in der praktischen Umsetzung führt der autoritäre Reflex dazu, Kritik null und nichtig zu machen. Seit einigen Monaten gibt es anonyme Beschwerdekästen, die wurden aber durch Zufall entdeckt. Im Grunde versucht man eher, Konflikte unter den Teppich zu kehren.

Der Umgang mit Konflikten hängt auch sehr mit der Ausbildung zusammen. Es gibt große Unterschiede im Konfliktmanagement zwischen Pflege und Sozialarbeit. In der Sozialarbeit werden Konflikte als normal erachtet, gehören zum Leben dazu. Das Bewusstsein in der Pflege ist dafür noch nicht vorhanden. Es sollte mehr miteinander geredet werden.

Andernorts wird Konfliktkultur gelebt, wenn es auch keine separate Beschwerdestelle gibt. Für Beschwerden ist die jeweilige Stationsleitung zuständig und wenn es Beschwerden gibt, sind die Mitarbeiterinnen dazu angehalten, den Kundinnen zu vermitteln, dass sie sich direkt an die Stationsleitung wenden sollen. Das Führungsteam ist in Beschwerdemanagement geschult. Es gibt auch ein Beschwerdeformular, das in einzelnen Schritten abgearbeitet wird. Die Einstellung der Teamleitung zu Fehlerkultur ist besonders wichtig. Die Ursachen für Fehler sollten sachlich eruiert werden: gibt es Zeitdruck, liegt es an der Arbeitsorganisation oder hat man Konzentrationsschwierigkeiten, private Probleme etc. Fehler sollten gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen bewältigt werden.

Es gibt Richtlinien und Handlungsleitlinien, um Fehler zu vermeiden und die Mitarbeiterinnen werden darin unterwiesen. In manchen Unternehmen ist man sich bewusst, dass man in der Etablierung einer professionellen Fehlerkultur erst am Anfang steht. Wichtig ist, dass man Fehler und Konflikte anerkennt und diesbezüglich eine Kultur

aufbaut. Meist handelt es sich um Missverständnisse, die sich mit einem Gespräch klären lassen. Dazu braucht es ein angstfreies Klima und Mitarbeiterinnen, die sich getrauen, Fehler offen anzusprechen. „Lernen aus Fehlern ist eines der wichtigsten Lernfelder für ein Unternehmen“ (B53).

#### **5.1.8.2. Sichtweise von diplomierten Pflegekräften**

Konfliktmanagement wird als wichtiges Thema gesehen, aber es scheitert an der Kommunikation. Die Mitarbeiterinnen sind unzufrieden, weil sie nicht gefördert werden und es scheitert an der Energie im Team. Es gibt Alpha- und Beta-Tiere, da kommt es zu Konflikten, aber die Führungskraft unternimmt nichts. Bei einem Konflikt nimmt die Führungskraft oft eine subjektive Position ein (welche Person steht mir besser zu Gesicht), sodass eine sachliche Konfliktaustragung unmöglich ist und es zur Kündigung einer Mitarbeiterin kommt. Die Führungskraft wird dann auf eine noch höhere Position aufsteigen.

Die Idee von Konfliktmanagement ist sehr gut, aber sie wird nicht gelebt. Fehlermanagement ist erst im Aufbau, man versucht, Fehler statistisch zu erfassen, um sie in Zukunft zu vermeiden. Als großer Fehler gilt zum Beispiel, wenn Kundinnen vergessen werden. Dadurch kommt es manchmal auch zu Todesfällen.

Manche Mitarbeiterinnen erwähnen die Präsenz eines Betriebsrates, der bei Konflikten einschreitet. Einige assoziieren mit Konflikt- und Fehlermanagement: „Ist nur ein Schlagwort. Nie erlebt“ (J97). Es wird auch erwähnt, dass es eine Ungleichbehandlung von Mitarbeiterinnen gibt. Trotz großer Fehler werden manche von ihnen nie belangt, wo anderen längst die Kündigung droht. Häufig herrscht der Eindruck vor, dass es zwar Fehler und Konflikte gibt, aber kein Management dazu. „Das Unternehmen ist froh, wenn sie das alles nicht haben und davon nichts hören“ (D23).

#### **5.1.9. Feedbackkultur**

Es gibt regelmäßige Feedbacks, aber in der extramuralen Pflege eher negativer Art aufgrund von Organisationsveränderungen, zu hohem Zeitdruck. Die Wertschätzung fehlt.



Feedback hängt auch sehr davon ab, wie es geäußert wird und wie es aufgenommen wird. Wenn nicht reagiert wird, äußert man sich kein zweites Mal.

Häufig wird berichtet, dass es keine Feedbackkultur gibt oder dass man negative Konsequenzen befürchtet, wenn das ausgesprochen wird.

Feedback an Pflegedienstleitungen wird von diplomierten Pflegekräften kritisch gesehen, weil die Pflegedienstleitung oft nicht mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet ist bzw. als „Geisterperson“ (A97) agiert. Die inoffizielle Pflegedienstleitung war die Geschäftsführung.

Wenn das Team gut funktioniert, gibt man sich innerhalb des Teams Feedback und holt sich dadurch Motivation. Wenn Führungskräfte nicht erreichbar sind oder auf emails nicht reagieren, wird das als demotivierend und wenig wertschätzend beschrieben.

Für die meisten ist Feedbackkultur wichtig, weil man dadurch viel (über sich selbst) lernen kann. Direktheit wird nicht immer als Vorteil gesehen.

## 5.2. Extramurale Pflege

In diesem Kapitel geht es um extramurale Pflege sowie die Rahmenbedingungen, denen extramurale Pflege ausgesetzt ist. Themen sind u.a. Einsparungen, Personal(einsetzung), Sprachkenntnisse, Fluktuation etc. Im ersten Abriss äußern Betroffene, wie sie extramurale Pflege und den Aufgabenbereich insgesamt wahrnehmen.

Der Weiteraufbau der extramuralen Pflege wird als beschwerlich beschrieben, weil sich viel mehr Leute bewerben müssten. Hauskrankenpflege<sup>40</sup> ist nicht attraktiv, obwohl sie inzwischen auch in der Ausbildung verpflichtend ist. Die Bezahlung und die Lebensqualität werden von Führungskräften in der extramuralen Pflege als besser beschrieben als im Pflegeheim oder im Krankenhaus. Bezugspflege herrscht in Einzelfällen vor.

Die Arbeit in der Hauskrankenpflege erfordert Praxis im Krankenhaus, weil es draußen niemanden mehr gibt, den man fragen kann, vor allem nicht am Abend. Es fehlen die Erfahrungen.

Durch das Spitalskonzept 2020 (kürzere Verweildauer in den Spitälern) ist der Ausbau der extramuralen Pflege zeitnah notwendig. Wenn das nicht passiert, ist die Gefahr groß, dass einzelne Basismitarbeiterinnen auf der Strecke bleiben, weil sie mit Vorgaben konfrontiert sind, die sie immer weniger erfüllen können und die Verantwortlichkeit bei ihnen bleibt. Die Gesetzeslage ist so, dass man jederzeit Basismitarbeiterinnen verantwortlich macht und nicht auf die Strukturen schaut, die diese Fehler produzieren. „Es gibt etwas so wie eine Fahrlässigkeit von einem Einzelnen im GuK<sup>41</sup>, wo das ganz genau ausgeführt ist, aber was es bedeutet, wenn strukturell eine Situation erzeugt wird, die gefährdend ist für Mitarbeiter, darauf geht unser GuK nicht ein“ (C80).

Die Hierarchie ist noch sehr stark wirksam. Auch ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust groß, obwohl das schwer nachvollziehbar ist, weil vor allem in der extramuralen Pflege Arbeitskräftemangel vorherrscht. Angstkultur wird schon in der Ausbildung gelernt.

---

<sup>40</sup> Wenn die Interviewpartnerinnen den Begriff „Hauskrankenpflege“ verwendeten, so wird dieser in der Inhaltsanalyse aus Authentizitätsgründen auch so wiedergegeben.

<sup>41</sup> Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Weiterentwicklung von Pflegekräften in der extramuralen Pflege wird gefördert und es gibt dafür viel Unterstützung. Wo man sich als Führungskraft noch mehr Unterstützung wünscht, ist von Seiten der Gewerkschaft, damit die Mitarbeiterinnen flexibler (zeitlich und örtlich) eingesetzt werden können.

In der extramuralen Pflege wird der Zeitrahmen in der Berechnung der Einsatzzeiten zu wenig berücksichtigt. Wenn ressourcenorientiert im Sinne von Kundinnen<sup>42</sup> gearbeitet werden soll, braucht man mehr Zeit. Dadurch bleiben sie auch länger fit. Auch Doppeleinsätze zur Entlastung von Mitarbeiterinnen müssten leichter finanziert werden. Die Förderung ist sehr eng gesteckt, sodass die Mitarbeiterinnen unter extrem hohem Zeitdruck arbeiten müssen. Hilfsmittel müssen leichter zugänglich gemacht, Krankbetten kostengünstiger werden. Ein Kranklifter kostet 2000€ – wer hat das schon so einfach zum Ausgeben? Krankbetten können zwar gemietet werden, aber wenn man Mindestpensionistin mit Pflegestufe vier ist, sind 40€ Mietgebühr/Monat viel Geld.

Die Hauskrankenpflege ist innerhalb der Pflege sehr verpönt. Wenn man das Krankenhaus zugunsten der Hauskrankenpflege aufgibt, wird das meistens nicht verstanden mit dem Argument: da verlernt man alles. Aber die, die dann in der mobilen Pflege arbeiten, sehen sie wirklich als Herausforderung: man weiß nie, was passiert, muss sehr viel organisieren, kommunizieren, die finanzielle Situation überprüfen, hat viel Verantwortung, muss das ganze Casemanagement übernehmen, ist für den gesamten Pflegeprozess zuständig.

Die Gesellschaft muss ihre Einstellung zur Hauskrankenpflege ändern und der Beruf an und für sich muss attraktiver gemacht werden. Für die in der Hauskrankenpflege geleistete Arbeit fehlt vielfach noch das Bewusstsein.

Außerdem muss das, was Extramuralität leisten könnte, ausgebaut werden. Das könnten Nachtrufbereitschaften, flexiblere Zeitkontingente bei den Klientinnen sein, viele medizinische Leistungen könnten auch zu Hause erbracht werden. Dazu müsste die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich verstärkt werden und die Ärztinnen müssten mehr Hausbesuche machen. Für die Hauskrankenpflege ist es sonst schwer,

---

<sup>42</sup> Manche Interviewpartnerinnen verwendeten den Begriff „Kundinnen“, andere sprachen von „Klientinnen“. Es wird immer die Wortwahl der jeweiligen Person, die die Aussage gemacht hat, übernommen.

gesetzeskonform zu arbeiten. Man könnte international viel lernen (Norwegen, Niederlande), aber Österreich muss auch seinen eigenen Weg gehen.

Die Arbeit in der Hauskrankenpflege wird als ein Bereich gesehen, der zu den Wurzeln der Pflege zurückgeht, was Beziehungsarbeit und Interaktion in einem vertrauten Umfeld betrifft. Andererseits sieht man auch, dass Hauskrankenpflege ein sehr mühsamer Bereich ist, für den man sehr viel Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen braucht, weil man viele Entscheidungen alleine treffen muss.

Die Basismitarbeiterinnen sehen Hauskrankenpflege in erster Linie als Mittel zur Bedarfsdeckung ohne weiteren Auftrag, weil dafür die Ressourcen fehlen. Außerdem wissen die, die im Büro planen, überhaupt nicht, wie es im Außendienst funktioniert. Jede/r, der/die im Büro die Einsätze plant, müsste zuerst im Außendienst gearbeitet haben. Es gibt keine gute Organisation, die Mitarbeiterinnen müssten besser eingeteilt werden. So wie die Hauskrankenpflege derzeit organisiert ist, hat sie keine Zukunft. Sie ist auch innerhalb der Pflege das Stiefkind. Alles wird immer in ein noch preisgünstigeres Umfeld ausgelagert, um die Branche noch mehr zu ruinieren. Die Leute werden immer mehr ausgequetscht und es fehlt die Hoffnung, dass es besser wird. „In der Pflege arbeiten auch oft Frauen, die in Not sind, die Geld brauchen oder Ausländerinnen und wenn das so schlecht dotiert ist, ist auch das Niveau nicht so gut“ (I91).

Innerhalb des Berufsverbandes ÖGKV ist extramurale Pflege kein Thema. „Das Thema extramural wurde in keiner einzigen Sitzung, wo ich bis jetzt war, behandelt. In keiner einzigen. Ich bin jedes Mal enttäuscht, wenn ich in so einer Sitzung sitz, dass die extramurale Pflege so derartig etwas von nicht erwähnt wird“ (A38).

Der Bedarf in der Hauskrankenpflege ist auch schwankend und Planung schwer möglich. Derzeit ist der Trend, zu Hause zu bleiben, sehr stark. Früher gab es für die Pflegeheime lange Wartelisten, aber viele von den neuen Pflegeheimen, die nun gebaut wurden, stehen halb leer. „Die Idee Hauskrankenpflege ist total klasse. Die Organisation der Hauskrankenpflege – und da nehm ich jetzt keinen einzigen Verein aus – ist tot und liegt am Boden“ (A112).

### **5.2.1. Einsparungen**

Derzeit werden auch Teamsitzungen eingespart, was nicht für sinnvoll erachtet wird, weil gerade die Kommunikation zwischen den Mitarbeiterinnen sehr wichtig ist. Eine andere Mitarbeiterin berichtet, dass in einem Unternehmen die ausgegebenen Handschuhe für Mitarbeiterinnen gezählt werden. Spezielle Schutzmasken und Schürzen bei MRSA<sup>43</sup>-Patientinnen werden nicht zur Verfügung gestellt. Einmalschürzen werden gezählt, man erhält 2-3 Stück monatlich.

Als besonders problematisch werden Wegzeiten gesehen, weil dadurch hohe Kosten produziert werden. Der Druck auf Mitarbeiterinnen ist besonders hoch und wird mit speziellen Zeitaufzeichnungsgeräten verstärkt. Pflegeplanungen und Beratungen sind overhead-Kosten und werden durch die derzeitige Leistungsabteilung nicht abgedeckt.

### **5.2.2. Pflegeheime**

Vor einigen Jahren hat man zwei bis drei Jahre auf einen Pflegeheimplatz gewartet. Wenn man heute einen Antrag für einen Pflegeheimplatz stellt, hat man morgen einen Platz, weil in Wien so viele Pflegeheime gebaut wurden und nun leer stehen. Das wirkt sich auf die Hauskrankenpflege insofern aus, als man dort weniger Klientinnen zugewiesen bekommt. Das Entlassungsmanagement empfiehlt den Patientinnen zuerst einen Pflegeheimplatz. Erst wenn das abgelehnt wird, wird auch Betreuung zu Hause angeboten. Das hat auch viel mit Politik zu tun. Die Pflegeheime in Wien haben derzeit hohe Verluste. Das kostet Geld. „Im zehnten Bezirk wurde ein neues eröffnet, das steht leer“ (J102).

### **5.2.3. Rahmenbedingungen**

Die Arbeitsbedingungen in der extramuralen Pflege sind schwierig. Oft wird man in der Freizeit angerufen, damit man am Nachmittag noch eine Krankenhausentlassung übernimmt. Kolleginnen berichten, dass sie auch im Urlaub oder im Krankenstand

---

<sup>43</sup> Methicillin resistenter Staphylococcus aureus

angerufen werden. Das führt zu weiteren Krankenständen, weil die Mitarbeiterinnen physisch und psychisch vollkommen ausgelaugt sind. Auf solche Arbeitsbedingungen wird man in keinem Vorstellungsgespräch vorbereitet. Und volkswirtschaftlich ist das ein großer Verlust, weil die Krankenstandstage auch gezahlt werden müssen.

Von einem anderen Verein wird berichtet, dass in einer Wohnung ein gefährlicher Rottweiler frei herumgelaufen ist, der die Mitarbeiterin auch angegriffen hat. Als dies bei der Führungskraft (Teamleitung) deponiert wurde, hat man ihr mitgeteilt, dass sie weiter hingehen muss. Erst eine Intervention bei der Pflegedienstleitung ermöglichte Abhilfe.

Es gibt immer wieder gefährliche Einsätze, auf die wenig Rücksicht genommen wird. In der Hauskrankenpflege werden auch ehemalige Gefängnis-Insassen (u.a. auch Klientinnen mit Sucht und Alkoholismus-Vorgeschichte) gepflegt. Dort werden Einsätze zu zweit vorgeschlagen oder gar Polizei-Schutz.

Manche Wohnungen sind sehr schlecht ausgestattet (WC und Wasser am Gang, kein Warmwasser in der Wohnung, verschmutzte Wohnungen, Schimmel). Natürlich gibt es Sozialarbeiterinnen und Seniorenberaterinnen, die sich die finanziellen Lagen und Wohnungssituationen ansehen, aber wie die Verwaltung darauf reagiert, ist oft eine andere Sache. Die Hausbesitzer wollen auch nicht, dass etwas öffentlich wird, und die Betroffenen haben Angst, dass sie die Wohnung verlieren.

Den Vorgesetzten ist es egal, wie die Basismitarbeiterinnen mit den Problemen fertig werden, Hauptsache der Betrieb läuft. Die Zahlen müssen stimmen, negative Kritik kommt nicht gut an. Man weiß, dass auch die Geschäftsführungen keine Kapazitäten haben. „Schauen Sie, ich habe nicht die Kapazitäten, dass ich es anders machen kann. Aber sonst läuft es ja. Solange das Unternehmen läuft, egal wie, ist es in Ordnung“ (J28).

Bei vielen wiederholt sich die Aussage: „Ich glaube, dass die Hauskrankenpflege sehr steckt. Die ist auf einem Niveau, wo jeder sagt, um Gottes Willen, da will ich nie in meinem Leben hin. Sie hat auf jeden Fall einen schlechten Ruf“ (J53). Dies gemeinsam mit schlechter Bezahlung und schlechten Arbeitsbedingungen führt zu ständigem Personalmangel. Im Krankenhaus sind die Arbeitsbedingungen viel besser. Es braucht eine Änderung der „inneren Struktur“. Auch das Arbeitsklima innerhalb der Pflege muss besser werden und es darf nicht so viel Ausnutzung geben. „Das ist eine Diktatur im Grunde genommen“ (J56). Die Organisationen haben auch keine Möglichkeit, einen Auftrag abzulehnen, weil man sonst keine weiteren Aufträge mehr bekommt. Oft weiß man nicht, wen man sich mit einem Neu-Auftrag einhandelt. Um eine Mitarbeiterin zu

schützen, sodass man den Vertrag kündigt, muss schon etwas Arges passieren. Mitarbeiterinnen können sich auch nicht beschweren, denn sonst hätten sie keine Arbeit.

Eine Mitarbeiterin berichtet von einer extrem adipösen Patientin, die immer alle beschimpft und kommandiert hat, die Wohnung war wie ein Gefängnis und man konnte keinen Schritt machen. „Aber du musst dort bleiben. Und wenn du dort dreimal täglich bist, dann kannst du auf die Psychiatrie kommen“ (I29). Selbst bei Thematisierung der Problematik und bei Ersuchen um einen Wechsel oder Unterstützung durch andere Kolleginnen gibt es keine Reaktion seitens der Vorgesetzten. Personelle Ressourcen gibt es keine, denn man ist permanent unterbesetzt und unterbezahlt.

Die mangelnde Attraktivität hat auch mit der isolierten Arbeitsweise zu tun. Man ist alleine in dreckigen Haushalten, mit gefährlichen Situationen, hat die Angehörigen im Genick. Man arbeitet nicht nach dem vier-Augen-Prinzip, es gibt keine Kolleginnen vor Ort, um sich Hilfe zu holen. Im Winter hat man Abenddienste, wenn es um 17h schon dunkel ist, wenn man einen Autounfall hat oder die Straßenbahn Verspätung, kommt es zu Verzögerungen. Deswegen wechseln auch nicht viele vom Krankenhaus in die Hauskrankenpflege. Es braucht dafür einen ganz bestimmten Personenschlag: „Freiheitsliebende Personen, Personen, die unangepasst sind und sich eher nix sagen lassen. Solche Leute halten sich dann eher gut in der Hauskrankenpflege. Die würden auf einer Station zum Beispiel untergehen. Wo du ganz strenge Hierarchien, starre Gerüste, starren Tagesablauf hast. Hauskrankenpflege-Angestellte haben die Freiheit, das sind wirklich absolute Freiheitskämpfer“ (A79).

#### **5.2.4. Dokumentation**

Ein großes Thema für Führungspersonen ist die Einführung der elektronischen Kommunikation, teilweise läuft es in einigen Unternehmen parallel: auf Papier und elektronisch. Die Einführung läuft Arbeitsgruppen, ist jedoch erst im Aufbau begriffen.

Vielfach herrscht der Eindruck vor, dass viel zu viel Papierkram den Arbeitsalltag beherrscht. Das liest niemand, außer bei den FSW-Kontrollen oder wenn eine Straftat passiert. Häufig wird Dokumentation als unnützer Zeitaufwand verstanden. Bei einer genauen Dokumentation spielen manchmal auch fehlende Sprachkenntnisse eine Rolle.

Gewünscht wird auch ein einheitliches Dokumentationssystem mit einheitlichen Pflegediagnosen, eventuell im Zusammenhang mit ELGA<sup>44</sup>, auf das die Ärzte<sup>45</sup> dann auch zugreifen können. Das würde die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, mobilen Diensten und Reha erleichtern. Aber da müssten die Ärzte und Krankenhäuser auch mitspielen.

An der Pflegedokumentation wird kritisiert, dass es dabei den größten Umorganisationsbedarf überhaupt gibt. Es gibt zu viele Vorgaben, die so im Gesetz nicht festgehalten sind, aber von verschiedenen Behörden entsprechend ausgelegt werden, die letztlich eher zu einer Fehlerdokumentation führen als eine korrekte Dokumentation wiedergeben. Es bräuchte dringend eine neue Form der Dokumentation, weil man sich so selbst in die Tasche lügt, nur damit die Kontrollbehörden zufrieden sind. Die Pflege selbst ist dazu aufgefordert, das zu ändern, aber dazu braucht es das „Engagement von gewissen Praktikern“. Derzeit werden zu viele Konzepte von Theoretikerinnen ausgearbeitet, die deswegen nicht sehr praxistauglich sind.

### **5.2.5. Politik in der extramuralen Pflege**

Vor allem in der Besetzung von Führungskräften wird mehrmals bemerkt, dass parteipolitischer Einfluss vor Qualifikation steht. An erster Stelle müsste die Politik eine Schnittstelle sein, wo gesagt wird, wie es laufen soll. Oft werden Führungspositionen parteipolitisch besetzt. „Wir haben eine neue Geschäftsführung bekommen und das war überall spürbar. Unsere alte Geschäftsführung, mit der wir Erfolg hatten, da hatten wir genug Personal überall, genug Heimhilfen. Wir hatten zufriedene Mitarbeiter, zufriedene Klienten. Auf einmal kommt eine politisch besetzte Führungsebene und gute Mitarbeiter werden gekündigt“ (G12). Die Führungskräfte werden nicht nach transparenten Kriterien ausgesucht, sondern durch persönliche Kontakte. Viele Mitarbeiterinnen betonen, dass jemand eine Position bekleidet, weil er/sie die richtige Partei-Farbe hat.

Weiters wird auch die Rolle des FSW beschrieben: „Ich habe auch einen nicht ganz unbegründeten Verdacht, dass durch die Politik des FSW die Vereine untereinander ausgespielt werden. Meine Vermutung ist, je nachdem, welche Regierung wir haben, wird

---

<sup>44</sup> Elektronische Gesundheitsakte

<sup>45</sup> Wortwahl der Interviewpartnerin



dieser oder jener Verein gerade etwas mehr beseelt mit Stunden, der andere wird etwas hintan gehalten“ (A100).

Gewünscht werden die Reduzierung der parteipolitischen Einflussnahme sowie eine Harmonisierung der Gesetzeslage im Hinblick auf Bezahlung und einheitlicher Abrechnung bei den Krankenkassen. Außerdem braucht es eine Gesetzesanpassung, eine Pflegegeldanpassung und bessere Bezahlung der Pflegekräfte. Allem voran steht eine zentrale politische Entscheidung über die zukünftige Ausgestaltung der extramuralen Pflege.

### **5.2.6. Personal**

Beim Personal gibt es keine große Auswahl, man nimmt, was man bekommt. Es gibt viele, die keine höhere Position anstreben, die letzten Fachaufsichten hat man von anderen Vereinen übernommen, die in den Konkurs schitterten.

Es ist nicht leicht, qualifiziertes, gutes Personal zu finden und es braucht dazu auch entsprechende Entlohnung. Die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen sind genauso wichtig wie die der Klientinnen, weswegen Mitarbeiterinnenorientierung sehr wichtig ist.

Der Brennpunkt ist, dass in der Hauskrankenpflege so viele Leute arbeiten, die aus anderen Bereichen umgeschult wurden. Die bekommen dann zwar einen Job, kennen sich aber nicht wirklich aus. Angehörige beschwerten sich und dadurch verbreitet sich der schlechte Ruf der Hauskrankenpflege, vor allem hier in Wien. Es fehlt die Motivation bei den Mitarbeiterinnen, früher hat man geschaut, dass man motivierte Leute bekommt. Problematisch ist auch Mobbing unter den Mitarbeiterinnen, denn es gibt immer Leute, die die „besseren“ Einsätze bekommen. Es müsste mehr auf die Zufriedenheit des Personals geachtet werden, weil diese auch länger als Arbeitskräfte im Unternehmen bleiben. Aber derzeit gibt es einen großen Mangel bei Pflegehilfen und diplomierten Pflegekräften, um die Qualitätssicherung abzudecken. Es wird berichtet, dass es in Deutschland noch weniger Fachkräfte gibt. Dort hat man versucht, sich mit spanischen Krankenschwestern zu helfen, doch die seien nach einem halben Jahr wieder nach Spanien zurückgekehrt, weil sie in Deutschland nicht fachspezifisch eingesetzt worden waren. Außerdem wird betont, dass man in der mobilen Pflege eben nur das bezahlen kann, was zur Verfügung

steht und das wird anderswo entschieden. Der Mangel an ausreichend qualifizierten Fachkräften wird europaweit zu einer großen Herausforderung.

### **5.2.7. Personaleinsetzung**

In diesem Punkt werden die Sichtweisen von Führungskräften und diplomierten Pflegekräften wieder extra ausgewiesen.

#### **5.2.7.1. Sichtweise von Führungskräften**

Im Rahmen von Organisationsentwicklung findet auch Personalentwicklung statt. Vor zwölf Jahren hat man mit Hauskrankenpflege begonnen, da gab es nur Heimhilfen und ab 2000 wurden auch Diplomierete und Pflegehelfer aufgenommen. Bezirke wurden nach den FSW-Stützpunkten aufgeteilt und aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder brauchte man mehr diplomiertes Personal. Deswegen kommt es oft dazu, dass diplomierte Pflegekräfte auch häufig die Grundpflege machen, weil eine Doppeltbesetzung niemand bezahlt.

Häufig wird auch beklagt, dass viele diplomierte Kräfte nicht aus der Basisversorgung weg wollen. Die wollen in der Grundpflege sein und die Patientinnen „betüteln“<sup>46</sup>. Eine reine Diplomierten-Tour mit regelmäßiger Arbeitszeit und medizinischen Tätigkeiten (Spritzen, PEG-Sonde<sup>47</sup>, Dauerkatheter, Verbandwechsel) zusammenzustellen ist schwierig, weil das niemand machen will. Viele wollen auch am Wochenende arbeiten, weil es dafür Zuschläge gibt.

Oft wird ersucht, innerhalb der Teams jemanden als Fachaufsicht zu gewinnen. Aber man erleidet immer wieder Schiffbruch, weil das niemand machen will.

Kritisiert wird auch der Lohn, den man als Diplomierete mit qualitätssichernder Funktion erhält: 1200€ bei 35h. Und wenn Heimhilfen ausfallen, muss sie – als qualitätssichernde Schwester – diese Einsätze auch übernehmen. Niemand fragt, ob sie dann irgendwelche

---

<sup>46</sup> umsorgen

<sup>47</sup> Perkutane endoskopische Gastrostomie-Sonde

Termine hat. Die Einsätze werden einfach elektronisch zur selben Zeit eingespielt und man muss sie bestätigen. Wer sich wehrt, gilt als arrogant und dann gilt man als schwarzes Schaf.

Vereinzelt wird auch von Akademikerinnen am Bett berichtet, die meist migrantischer Herkunft sind, vor allem in der Seniorinnenberatung, also eher im Bereich der Sozialarbeit. Die meisten haben in ihrem Heimatland einen akademischen Abschluss, viele aus dem ehemaligen Jugoslawien, die durch den Bürgerkrieg nach Österreich kamen.

In der Personaleinsatzung gibt es auch schon einen großen Unterschied zwischen Niederösterreich und Wien, denn in Niederösterreich machen diplomierte Kräfte auch mehr diplomierte Einsätze. In Wien ist das anders.

Meist versucht man schon, Personen, die eine entsprechende Weiterbildung haben, entsprechend einzusetzen, aber das ist auch eine Finanzierungsfrage. Der ausbildungskorrekte Einsatz hinsichtlich

von Mitarbeiterinnen wird für wichtig gehalten und man soll die Unternehmen nicht krank sparen. Was den Overhead betrifft, so muss klar sein, dass gewissen Positionen besetzt sein müssen, aber es können auch Synergie-Effekte genutzt werden (mehrere Positionen durch eine Person).

Primary Nursing wird als ein Konzept genannt, das verstärkt zum Einsatz kommen soll, aber dafür braucht man qualifizierte Diplomierte. Man versucht weitgehend, die Mitarbeiterinnen wohnortnah einzusetzen und plädiert prinzipiell dafür, das, was man an Personal hat, korrekt einzusetzen. „Ich glaube nicht, dass Diplomierte in fünf Jahren Grundpflege machen werden. Ich bin mir ziemlich sicher, dass das nicht der Fall sein wird“ (B84).

#### **5.2.7.2. Sichtweise von diplomierten Pflegekräften**

Von den diplomierten Pflegekräften wird durchgehend erwähnt, dass sie nicht ausbildungsadäquat eingesetzt werden. Manche berichten von 70% Pflegehelferinnen- und Heimhilfe-Einsätzen. Der Tenor geht eindeutig in die gesetzlich definierte, aufgabenspezifische Facheinsetzung, die bisher nur rudimentär erfolgte. „Ich tue auch

kaum diplomierte Tätigkeit, obwohl ich ausgebildete Krankenschwester bin. Oft mache ich sogar Heimhilfe-Einsätze. Also ich kann ganz offen sagen, dass ich Mädchen für alles bin“ (J30).

Vielfach wird die Rolle des FSW erwähnt, wo nur mobile Krankenschwestern tätig sind. Das führt dazu, dass in den Vereinen diplomierte Pflegekräften häufig nur Grundpflege verrichten, wenn das Unternehmen nicht über einen MHKP-Vertrag verfügt. „Also ich selbst habe dort als DGKS<sup>48</sup> gearbeitet und habe gewaschen. Ich habe dazwischen meine Medikamenten-Einsätze gemacht, den Großteil habe ich gewaschen. MHKP-Einsätze hat es gegeben. Da wurde getrickst und geschummelt, was das Zeug nur hielt. Hauptsache das Stricherl war. Wer´s gemacht hat, war egal“ (A11). Allerdings wird auch zugegeben, dass man die Arbeit als Fachaufsicht wegen nicht vorhandener Sprachkenntnisse und zu viel administrativer Tätigkeit ablehnt.

Diese Einteilung hat mit mangelnder Organisation und fehlenden Ressourcen zu tun, was immer wieder angeführt wird. Auch die geringe Bezahlung ist ein oft wiederholtes Thema. In diesem Zusammenhang wird auch die Frage nach der zukünftigen Höherqualifikation (Akademisierung) gestellt, denn wer soll das bezahlen? Viele Personen, die jetzt in der Pflege arbeiten, haben in ihren Heimatländern akademische Abschlüsse, die in Österreich nicht anerkannt werden, selbst wenn sie einen Bachelor oder Master in Pflegewissenschaft gemacht haben. Viele Interviewpartnerinnen mit Migrationshintergrund stellen sich die Frage: „Und wenn ich schon mehrere Jahre hier arbeite, und ich arbeite nach österreichischen Gesetzen, warum werde ich immer unter meiner Qualifikation eingesetzt, werde also abgewertet? Die meisten Migranten haben eine bessere Ausbildung als österreichische Pflegekräfte“ (I94).

Pflegedienstleitungen haben vielfach keine Erfahrung in der Hauskrankenpflege, was auch immer wieder als Grund für die schlechte Organisation und Einteilung genannt wird. Fachaufsichten dürfen ihre Touren und den Dienstplan nicht selbst schreiben, obwohl sie die Verhältnisse draußen am besten kennen – Planung erfolgt im Büro.

Bezirksnahe Einsetzung wird auch von manchen Diplomierten abgelehnt, da die Gefahr zu groß ist, dass man vielleicht eine Klientin im öffentlichen Raum antrifft. Wenn man es zuerst ablehnt, aber nach gewisser Zeit doch im Bezirk eingesetzt werden möchte, ist das meist nicht mehr möglich.

---

<sup>48</sup> Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

Diplomierte in der Hauskrankenpflege müssen in Zukunft für ihre Kerntätigkeit eingesetzt werden. Dazu zählen: Verbände, Medikamente, fallführende Pflegevisiten, Arztkommunikation, im Rahmen der Fachaufsicht. Dies kann nur durch entsprechende Organisation erfolgen. Solange das nicht passiert, sind alle Qualifikationsoffensiven umsonst und Akademisierung bringt nichts, denn allgemein fehlt der finanzielle Anreiz. „Ganz egal ob man im extramuralen Bereich oder im Pflegeheim ist. Wie willst du eine topmotivierte, super-ausgebildete Pflegedienstleitung haben, der du 1600€ netto zahlst? Das funktioniert nicht!“ (A67) Um das zu ändern, braucht es Organisationsentwicklung, aber das ist man nicht bereit zu tragen, denn dann müsste man die Strukturen ändern.

### 5.2.8. Fluktuation

Entscheidend ist das erste Jahr. Wer es länger als ein Jahr ausgehalten hat, bleibt. Fluktuation wird auch als Resultat einer fehlenden Einteilung und mangelnden Information beschrieben. Auch wiederholte Einsatzänderungen in der Hauskrankenpflege wirken sich auf die Stabilität von Mitarbeiterinnen negativ aus. Es gibt wenig Planbarkeit der Dienstzeiten, man kann nicht damit rechnen, um 14h zu Hause zu sein und einen vereinbarten Arzttermin mit dem Kind wahrzunehmen. Mitarbeiterinnen wollen über Veränderungen informiert werden. Wenn das nicht geschieht, kommt es zu einer Hyperreaktion und daraus resultiert Fluktuation.

Oft passiert dies auch nach einem Führungswechsel, der sich auf Mitarbeiterinnen (Kündigung) und Klientinnen (Unzufriedenheit) auswirkt. In einem Fall wird von einer jährlichen Fluktuationsrate von 54% aufgrund eines Führungswechsels berichtet, was auch enormen wirtschaftlichen Schaden nach sich zieht. Teilweise wird das auch mit falschen Versprechungen und nicht umgesetzten Vereinbarungen bei der Personalaufnahme begründet (z.B. Gehaltseinstufungen, vereinbarte Arbeitszeiten, Bezirkseinsatzung). Mitarbeiterinnen wünschen sich klare Vereinbarungen, an die man sich hält oder man sagt: „Jemand, der versucht, eine Änderung zu machen, der ist hier nicht willkommen, Mitarbeiter mit Fachkenntnissen sind nicht erwünscht, wir haben Angst vor solchen Leuten. Wenn ich so aufklären würde, wäre das einfacher. Auch beim Gehalt sollte man ehrlicher sein, indem man gleich das Nettogehalt angibt und die ganzen Abzüge“ (G63). In einem Unternehmen wurden Dienstgespräche nicht als Arbeitszeit gerechnet und die Mitarbeiterin erhielt für fünf Dienstgespräche in einem Monat, jeweils

von 14-17h, das sind 15 Stunden, eine Entschädigung von 21,70€. Es entsteht der Eindruck, dass man die Leute mit falschen Angeboten lockt, weil man sie dringend braucht.

Wenn jemand länger im Krankenstand ist, was aufgrund der hohen Belastung immer wieder vorkommt, waren Fachaufsichten angehalten, nachzufragen, auch wenn man argumentierte, dass es einen Grund für Krankenstände gibt und man die Leute doch unterstützen, aber nicht bestrafen soll. Manchmal werden Mitarbeiterinnen vom Urlaub wegen Präsentationen oder Dienstgesprächen zurückgeholt, obwohl diese nicht verpflichtend sind. Aber der Arbeitgeber erwartet, dass man sich informiert. Das ist freiwilliger Zwang.

Fluktuation hängt oft vom Team oder dem Bereich ab, in dem man arbeitet. Es wäre gelogen zu sagen, es gäbe eine niedrige Fluktuation. Ein hoher Prozentsatz von stabilen Beschäftigungsverhältnissen erklärt sich jedoch aus alten Kollektivverträgen von vor 20 Jahren. „Die kriegen keine Privatangestellten, sie zahlen so schlecht, dass sie keine Leute bekommen“ (C 35).

Insgesamt wird die Personalentwicklung, auch im Rahmen eines Organisationsentwicklungs-Prozesses als negativ beschrieben. Jeder Beginn einer Organisationsentwicklung geriet ins Stocken, weil die Stabilität von Mitarbeiterinnen nicht gegeben war. Innerhalb von wenigen Jahren ist oft kaum mehr jemand aus dem alten Team da. Viele wandern aus, immer mehr Migrantinnen aus Osteuropa beschreiben Österreich als Durchgangsstation. Eine hohe Fluktuationsrate in der mobilen Pflege wird auch als normal angesehen.

### **5.2.9. Migrantinnen und Sprachkenntnisse**

Man weiß, dass Migrantinnen in der Pflege in ihren Herkunftsländern oft besser ausgebildet sind als in Österreich, aber man zahlt ihnen keine Deutschkurse. Das führt dazu, dass die Leute, die in der Qualitätssicherung arbeiten, kaum mit Klientinnen kommunizieren können. Viele verstehen Fachausdrücke und berufsspezifische Abkürzungen einfach nicht, die Strukturen sind ihnen nicht vertraut. Andererseits warten viele gut Qualifizierte auf so einen Arbeitsplatz und bekommen ihn nicht. Einheimisches Personal ist unter diesen Rahmenbedingungen schwer zu finden (Bezahlung). Die

Unternehmen zahlen aber keine Deutschkurse und achten auch nicht immer darauf, dass die Mitarbeiterinnen ausreichend Deutsch können. Das Problem liegt auch am Nostrifikationsverfahren. Man geht davon aus, dass, wenn die Leute die Nostrifikation erhalten, sie ausreichend Deutsch können, ohne dass die Sprachkenntnisse auf einem europäischen Referenzrahmen B2/C1 überprüft werden.

Als weiterer Grund für viele Migrantinnen in der extramuralen Pflege wird das große Lohngefälle zwischen Österreich und den Heimatländern genannt. In Serbien verdient eine diplomierte Krankenschwester 150€. Solange die Leute jedoch nur des Geldes wegen kommen, wird sich an der Qualität nichts ändern. Man bekommt eben so leicht einen Arbeitsplatz in der Pflege, weil allorts das Personal fehlt und das Gehalt für Migrantinnen attraktiv ist. Die fachliche Qualifikation ist meist höher als beim einheimischen Personal und wenn sie nur für die Grundpflege eingesetzt werden, sind sie eigentlich überqualifiziert, aber nach österreichischen Maßstäben unterbezahlt.

Zugleich wirft man den Migrantinnen auch vor, dass sie trotz langer Anwesenheit im Land nie die Sprache richtig gelernt haben, andere wieder lernen sehr rasch und auf eigene Faust.

Durch die Nostrifikation werden zwar Ergänzungsprüfungen verlangt, aber das, was sie wirklich können sollen, den Pflegeprozess in den einzelnen Schritten – inklusive Sprachkenntnisse – das wird nicht überprüft, weswegen die Sinnhaftigkeit der Nostrifikationsprüfungen angezweifelt wird.

Ein Unternehmen bietet Sprachkurse auf eigene Kosten als betriebsinterne Fortbildungsveranstaltung an, weil gute Sprachkenntnisse als fundamental wichtig erachtet werden.

#### **5.2.10. Attraktivität der Dienstzeiten**

Große Schwierigkeiten gibt es bei der Einhaltung von vereinbarten Arbeitszeiten. Häufig fallen Mehrstunden an, Tag-, Abend- und Wochenenddienste sind die Regel. In manchen Unternehmen gibt es einen regelmäßigen Turnusplan, in anderen wiederum müssen aufgrund zahlreicher Krankenstände oder aufgrund von Personalmangel Überstunden bzw. Mehrstunden geleistet werden. Diese werden aber nicht ausbezahlt und auch steuerlich nicht begünstigt, sowie auch nicht für die Pensionsberechnung herangezogen.

Vielfach wird auf Betreuungspflichten von Frauen mit Kindern oder Alleinerziehenden keine Rücksicht genommen. „Bei mir ist es so, dass ich keine Abenddienste mehr machen möchte. Wenn ich sage, ich kann nicht mehr als drei Abenddienste machen, weil ich eine Tochter habe, nun sind die Abenddienste fixiert. Das ist nicht in Ordnung. Ich habe diesen Monat 14 Abenddienste. Unserer Chefin hat aber versprochen, nur acht“ (I76).

Zwischen Tag- und Abenddiensten werden oft am Nachmittag Projektgruppen einberufen. Da ist man aber nur noch müde und die Motivation ist entsprechend niedrig.

Dass die vereinbarte Arbeitszeit in der Regel nicht eingehalten wird, ist ein häufiger Kritikpunkt. In fast allen Unternehmen fallen regelmäßig Mehrstunden an, was für die Arbeitgeber ein Grund für die Teilzeitanstellung ist. An der Basis der Hauskrankenpflege Vollzeit zu arbeiten ist aufgrund der spezifischen Belastungen kaum möglich.

Die Kundinnenorientierung in Bezug auf Wunscheinsatzzeiten erschwert es den Unternehmen zusätzlich, den Mitarbeiterinnen arbeitszeitmäßig entgegenzukommen. Punktgenaue Diensteinteilung ist aufgrund der Unabwägbarkeiten im Verkehr und durch Witterungsverhältnisse kaum möglich. Die vereinbarte Arbeitszeit sollte nach Maßgabe auch eingehalten werden, aber vieles ist abhängig von den knappen Budgetmitteln und der Bedarfsabdeckung, die nicht prognostizierbar ist.



### 5.3. Professionalisierung

Unter Professionalisierung versteht man die Wirkung nach außen. „Einen professionellen Betrieb kennt man meistens schon von außen, daran, dass nicht alles aus dem letzten Loch pfeift. Dass die Mitarbeiter zufrieden sind und nicht die letztbezahltesten der Branche überhaupt“ (D14).

Die derzeitigen Probleme, die einer Professionalisierung der extramuralen Pflege in Wien entgegenstehen, werden subsumiert unter: „Pflegegeldeinstufung, FSW sind die beiden großen Probleme, die eine Professionalisierung der extramuralen Pflege im Moment verhindern. Und dann folgen die vielen kleinen Probleme, die der Verein mit sich selber dann hat. Die Organisationsentwicklungs-Versagen-Geschichten liegen bei den Vereinen selbst“ (A44). Dadurch, dass die Pflegegeldeinstufungen nicht immer korrekt erfolgen, erhält der FSW eine falsche Pflegestufe und die Vereine das falsche Geld, die falsche Zeit, der Patient die falsche Pflege.

Als weitere professionelle Arbeitsfelder werden die Weiterentwicklung bezüglich psychiatrischer Erkrankungen, Demenzerkrankungen und Palliativversorgung gesehen. Es geht aber auch darum, dass die Professionalisierung in der Pflege ihren Platz im Gesundheitssetting findet und zwar in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit Ärztinnen und anderen Berufsgruppen. Leider stoßen wir da vor allem im intramuralen Bereich immer noch an Grenzen, wenn gesagt wird: „In meinem Haus dürften keine Infusionen abgehängt werden oder Blutabnahmen durchgeführt werden“ (B 45). Der Schwerpunkt der Pflege ist eben die gesamte psychosoziale Betreuung, die Beratung, die Weiterleitung im Gesundheitssystem, wohingegen die Medizin nur punktuelle Aufgaben – in Form von medizinischen Diagnosen, Prognosen, Therapien – hat. Wichtig ist, dass die Pflege dann auch wirklich kompetent auftritt und ihren Spielraum nützt, vor allem auch im Umgang mit Angehörigen. Professionalisierung bedeutet Wissen um gesetzliche Vorgaben, Sicherheit im Zeigen von Kompetenz und dem damit verbundenen Auftreten. In der extramuralen Pflege wird das in Zukunft bestimmt der Ausbau der medizinischen Pflege (z.B. Anstechen von Port á Cath<sup>49</sup>) sowie auch der Beratung sein.

---

<sup>49</sup> Portkatheter ist ein subkutaner, dauerhafter Zugang zum venösen oder arteriellen Blutkreislauf

Professionalisierung zeigt sich auch an breit gefächerten Ausbildungsmöglichkeiten, die auch entsprechend honoriert werden sollten – und nicht zuletzt an einem steigenden Selbstbewusstsein der Pflegekräfte.

### **5.3.1. Case- und Caremanagement, Entlassungsmanagement**

Es gibt Vereine, die bieten direkt ein Entlassungsmanagement in Krankenhäusern an und haben dafür diplomierte Pflegekräfte abgestellt, aber die Stellen sind nicht einfach zu besetzen, weil niemand intramural arbeiten will.

Insgesamt wünscht man sich eine viel bessere Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Hauskrankenpflege. Nicht jedes Krankenhaus hat ein professionelles Entlassungsmanagement und häufig gibt es Kommunikationsschwierigkeiten, nicht zuletzt aufgrund fehlenden Fachwissens, wenn es um die gesetzlichen Tätigkeitsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen geht (was darf eine Heimhilfe, was darf eine Pflegehelferin, was darf eine Diplomierte). Die Entlassungsbriefe sind zuweilen nicht sehr aussagekräftig und werden oft vergessen. Immer wieder kommt es zu Krankenhausentlassungen am Freitag Nachmittag, wo dann noch die gesamte Pflege zu organisieren ist, Behelfe, Medikamente, Inkontinenzmaterial, Infusionen etc. Teilweise gibt es schon Verbesserung, aber es ist auch noch viel zu tun. In diesem Zusammenhang wird auch das Casemanagement aus Amerika erwähnt, aber man weiß, dass das System dort grundsätzlich anders ist und setzt zugleich Hoffnung auf die neuen Ausbildungen wie Advanced Nursing Practice.

### **5.3.2. Verhältnis: Medizin vs. Pflege**

Es wird gewünscht, dass Pflegepersonen in den Bereichen, in denen es schon Spezialisierung und jahrelange Erfahrung gibt (z.B. Stoma- oder Wundversorgung, Inkontinenzmaterial) Verordnungsscheine selbst ausstellen. Manche Ärzte verschreiben das gar nicht mehr, weil sie wissen, dass sich das Pflegepersonal besser auskennt. „Ich habe einen Arzt, der sagt, er schreibt es nicht mehr, weil er sich erstens einmal nicht auskennt, was er auch offen zugibt und sagt, er trägt für etwas Verantwortung, was er ja

gar nicht weiß. Er sieht also nicht ein, warum er dieses Therapieblatt und Wundbehandlungsblatt unterschreiben soll. Das hat das Wundmanagement zu machen. Wir tragen auch die Verantwortung, wir sind auch die Ausführenden dort. Ist im Moment von der Gesetzeslage kritisch, weil wir es eigentlich nicht dürfen“ (E92). Kritisiert wird, dass viele von den mobilen Schwestern des FSW, die dann die medizinische Hauskrankenpflege und damit die Wundversorgung abdecken, häufig keine Wundmanagement-Ausbildung haben.

In der Übernahme von einzelnen Tätigkeiten der medizinischen Hauskrankenpflege wird auch die Angst der Pflegekräfte beschrieben, für Fehler haftbar zu sein. „Die Mediziner zeichnen sich aus durch ein Übermaß an Selbstbewusstsein und die Krankenschwestern und Krankenpfleger haben zu wenig, die fürchten sich vor allem und jedem“ (C66). Gewünscht werden mehr Selbstbewusstsein und auch bessere rechtliche Absicherung. Auf jeden Fall wird eine Weiterentwicklung in den nächsten Jahren angestrebt, um Einsparungen zu erzielen und unerwünschte Drehtüreffekte durch wiederholte Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Das dadurch eingesparte Geld könnte für den Ausbau von Casemanagement und attraktivere Gehälter eingesetzt werden.

### **5.3.3. Qualität in der extramuralen Pflege**

Qualität hängt nicht zwangsläufig mit besserer Finanzierung zusammen, sondern mit der Einstellung zur Arbeit. Wenn eine Patientin jahrelang im Bett gepflegt wird, ist das eine sehr hochwertige Leistung, die aber nicht honoriert wird. Demgegenüber wird die Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten, die keiner liest, als weniger Leistung erachtet.

Die meisten Unternehmen haben Qualitätsmanagement installiert und verfügen auch über diverse Gütezeichen (ISO-Zertifizierung), wodurch Strukturen aufgebaut werden. Es wird oft zugegeben, dass alles erst im Aufbau ist.

Eine Mitarbeiterin beschreibt Qualität über die Kundinnenzufriedenheit, wenn die Erwartungen an die Pflegekräfte angemessen erfüllt werden. „Für mich ist ein Qualitätssicherungsinstrument die Zufriedenheit der Kunden und das Äußere, wie sie gepflegt werden. Dazu braucht es qualifizierte Pflegekräfte, die motiviert sind zu arbeiten, eine gute Führungskraft und es braucht einen Kontrolleur“ (F27).

Auch Marketing und Werbung werden als Instrumente für Qualitätssicherung genannt, denn durch den Wettbewerb wären die Unternehmen gezwungen, an der Qualitätsschraube zu drehen. Die üblichen Qualitätssicherungsinstrumente wie Sturzrisiko- und Dekubituskalen werden als unzureichend erachtet. „Es gibt Qualitätsstandards, es gibt ein Qualitätshandbuch für ambulante Dienste, da stehen alle möglichen Sachen wunderbar drinnen. Das ist so dick, ich hab´s selber gelesen. Gelebt wird´s nicht. Um alles umzusetzen, müsste man ganz massiv an der Qualitätsschraube drehen“ (A109).

Von der Führungsebene wird über Qualitätszirkel und Qualitätsvisiten berichtet, bei der die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen, der Umgang mit den Kundinnen und die Dokumentation analysiert werden. Um Qualität sicher zu stellen, braucht man in Zukunft genügend diplomiertes Personal. In den Qualitätszirkel werden die Ausbildungen der Mitarbeiterinnen analysiert, manche werden nachgeschult und dann entsprechend eingesetzt.

#### **5.3.4. Ausbildung für die extramurale Pflege**

Viele Ausbildungen, die von Mitarbeiterinnen zur Spezialisierung in der Hauskrankenpflege absolviert werden, wurden privat finanziert (z.B. Wundmanagement, Stoma, Inkontinenz). Ein höheres Gehalt erhalten die Personen mit Sonderausbildungen nicht. Von den Unternehmen oder von der öffentlichen Hand gibt es kaum Unterstützung und das sollte geändert werden, weil sich das viele kleinere Unternehmen nicht leisten können. Auch Unternehmen, die Mitarbeiterinnen aufschulen (z.B. von Pflegehilfe zur Diplomierten), erhalten keine öffentliche Förderung. Für die Mitarbeiterinnen ist es oft nicht möglich, die Ausbildungen zu bezahlen oder von der geringen öffentlichen Förderung (AMS, WAFF) zu leben bzw. eine Familie zu versorgen, weil es sich häufig auch um Alleinerziehende handelt.

Betriebsinterne Fortbildungen betreffen meist den Umgang mit psychisch Kranken, Demenz, Validation, Umgang mit Angehörigen. Doch auch dabei wünscht man sich mehr öffentliche Mitfinanzierung. Einerseits verlangt man per Gesetz von der Mitarbeiterin, dass sie sich weiterbildet, andererseits wird diese Weiterbildung nicht finanziert.

Bemängelt wird, dass an den Pflegeschulen „Hauskrankenpflege“ von Personen unterrichtet wird, die weder von der Thematik eine Ahnung noch für die Erwachsenenbildung geeignet sind. „Da unterrichten Leute Hauskrankenpflege, die noch nie irgendwo gearbeitet haben. Was ich den Schulen schon ankreide, ist, dass Lehrende, Diplomkrankenschwestern, die die Lehrerausbildung haben, nach wie vor auf dem Stand sind, wir unterrichten 16-jährige Teenager und nicht umgehen können mit einer wachsenden Zahl an Erwachsenen, die bereits Lebenserfahrung, Berufserfahrung in einem anderen Job, einen gewissen Standard haben. Das passt einfach nicht!“ ( E62)

Man ist zwar mehrheitlich der Auffassung, dass das Diplom für die Hauskrankenpflege reicht, aber die Praxisstunden massiv ausgeweitet werden müssten, um den Auszubildenden ein realistischeres Bild zu vermitteln und das Setting „Hauskrankenpflege“ attraktiver zu machen. Das Praktikum sollte nach Möglichkeit erst am Ende der Ausbildung stattfinden, damit diverse Grundkenntnisse und Praktiken bereits vorhanden sind. Vermittelt werden sollten vermehrt sozialarbeiterische Kenntnisse und Wissen über die gesamten Organisationsabläufe. Prinzipiell ist Berufserfahrung im intramuralen Bereich von Vorteil, aber es gibt immer wieder Leute, die gleich nach der Ausbildung in die Hauskrankenpflege gehen und dort ihren Weg finden. Je nach eigenem Ausbildungshintergrund wird eine Ausbildung auf Bachelor-Niveau befürwortet oder nicht.

In der Hauskrankenpflege gibt es nur vereinzelt Menschen mit akademischer Ausbildung. Am häufigsten werden die Ausbildung für basales und mittleres Management bei Pflegedienstleitungen oder auch Bachelor-Abschlüsse genannt, zugleich arbeiten Menschen mit pflegefremden akademischen Abschlüssen (Master-Abschluss) am Bett. Dies führt zu einer enormen Schieflage innerhalb der Mitarbeiterinnen und vor allem im Verhältnis zwischen Führungskräften mit geringerer Ausbildung, aber mehr Macht.

Aufgrund der hohen Eigenverantwortung in der extramuralen Pflege wird von einigen Mitarbeiterinnen ein verpflichtender Bachelor-Abschluss genannt, wie überhaupt mehr und bessere Ausbildung gewünscht wird, um vermehrt auch ärztliche Tätigkeiten alleine durchführen zu können.

Bezüglich der internen Organisation müssen Leute, die im Innendienst arbeiten, auch wirklich eine Ahnung vom Außendienst haben. Teamleitungen, die die Einsätze planen, sollten im Außendienst gearbeitet haben. Mitarbeiterinnen in der Qualitätskontrolle sollten auf alle Fälle einen Master-Abschluss haben. Vereinzelt gibt es auch die Meinung, dass die Ausbildung für Hauskrankenpflege im Rahmen einer späteren Spezialisierung nach der Bachelor Ausbildung (Grundausbildung) erfolgen sollte.

### 5.3.5. Akademisierung

Das Verhältnis zur Akademisierung ist sehr gespalten. Jene, die jetzt bereits in leitender Position tätig sind (als Fachaufsicht, Case- oder Caremanagerin oder Pflegedienstleitung), halten die Ausbildung für basales und mittleres Management für ausreichend. „Da brauch ich keinen Bachelor. Die können nicht verwirklichen, was sie an Ausbildung haben. Wir schreiben keine wissenschaftlichen Arbeiten oder sonst irgendetwas. Es ist schade um hochausgebildete Leute und sie bekommen es auch nicht honoriert“ (E54). Man ist sich sicher, dass durch den verstärkten Einsatz von Bachelors die Qualität in der Pflege nicht steigen wird, weil der Pflegezugang im Sinne von Pflege fehlt. Diese sind nur wissenschaftlich ausgebildet, haben aber keine Praxis und sind auch nicht mehr bereit, auf die unterste Stufe zu steigen und Pflege zu machen. Je mehr Ausbildung, desto enger der Tunnelblick – der Mensch als Ganzes wird vergessen.

In der Regel haben alle Pflegedienstleitungen einen Führungskräftelehrgang, aber vereinzelt wird auch von Pflegehelferinnen oder Bachelor-Absolventinnen als Pflegedienstleitung berichtet bzw. von Führungskräften ohne akademische Ausbildung, manche haben nicht einmal die Ausbildung nach §72 GuKG.<sup>50</sup>

Die Einschätzung der Akademisierung wird häufig unter dem eigenen Ausbildungsstand gesehen. Von allen Interviewpartnerinnen verfügten zwei über ein abgeschlossenes akademisches Studium (Master-Level), eine davon war als Pflegedienstleitung tätig. Unter diesen Vorzeichen ist auch die Angst vor Akademisierung zu sehen, denn diese wird oft als Bedrohung gesehen, vor allem für Menschen in führenden Positionen ohne akademische Ausbildung. Bildung ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für Selbstbewusstsein und man hofft, dass sich das durch bessere Ausbildung ändert, gerade im extramuralen Bereich. Auch neue Tätigkeitsfelder aufgrund von besserer Ausbildung sollen dort geschaffen werden. Durch neue Konzepte könnten auch finanzielle Quellen eröffnet werden.

Die meisten Pflegedienstleitungen haben mit Akademisierung wenig Erfahrung, weil es sie in der extramuralen Pflege noch nicht gibt. Vereinzelt werden Bachelor-Absolventen für Qualitätssicherung und als Hygienefachkraft eingesetzt. Vermehrt wird davor gewarnt, dass Diplomierte, umso mehr sie qualifiziert sind, sie nur noch für Schreibarbeit eingesetzt

---

<sup>50</sup> Sonderausbildung für Führungsaufgaben laut GuKG.

werden und darauf soll es nicht hinauslaufen. Das Fachwissen durch bessere Ausbildung wird vor allem für verbesserte Kommunikation mit Ärztinnen und Angehörigen erforderlich. Bemängelt wird die fehlende Verbindung von Theorie und Praxis.

Aus Deutschland wird berichtet, dass jene, die die Advanced Nursing Practice-Ausbildung durchlaufen haben, oft wieder im normalen Stationsbetrieb tätig sind, weil man nicht wusste, wo man sie wirklich einsetzt. Es ist auch ein Problem, dass es in diesen Master-Lehrgängen kaum Leute gibt, die aus der extramuralen Pflege kommen und Vergleiche schwer gezogen werden können. Hierbei können nur Vermutungen angestellt werden, warum auch in den Fachhochschulen ein Angebot für die extramurale Pflege bislang fehlt.

Es gibt eine Spezialisierung für die Onkologie, für Nierenersatztherapie, für Anästhesie, viele Speziallehrgänge, aber für die extramurale Pflege gibt es nichts. „Ich habe das damals schon erlebt, als ich meine Ausbildung zur Pflegedienstleitung machte, ich war die einzige aus der mobilen Pflege, die anderen waren alle aus dem stationären Bereich und die haben überhaupt keine Vorstellung gehabt, was eine Pflegekraft in der Hauskrankenpflege alles machen muss“ (H30).

Durch die fortschreitende Akademisierung befürchtet man, dass es keine Leute gibt, die am Patientenbett arbeiten wollen, weil man für sich eine Leitungsposition anvisiert. Deswegen gibt es auch kaum Bachelors am Krankenbett.

Eine Umfrage unter Fachhochschulstudentinnen ergab, dass nur ein geringer Prozentsatz von Bachelor-Absolventinnen in die Pflege gehen möchte. „Alle haben gesagt, das ist ihnen eigentlich abgewöhnt worden. Wo sie ins Praktikum hingekommen sind, wurde ihnen gesagt, ja warum studiert´s nicht was Gscheites. In der Pflege, so ein blöder Beruf und die würden das nie wieder machen“ (B30). Eine hausgemachte Krise, wird eingestanden, es fehlt auch an der Evaluation von Praktikumsplätzen.

Durch die Akademisierung erhofft man sich jedoch nicht nur Spezialistinnen, wodurch der Blick auf das Ganze verloren geht. Vielmehr braucht es in der Zukunft Universalistinnen, vor allem in der Führung – Leute mit einem gewissen Weitblick, die man auch unterschiedlich einsetzen kann.

### 5.3.6. Führung

Die Sehnsucht nach kompetenter und durchsetzungsfähiger Führung, vor allem gegenüber der Geschäftsführung, zeigt, dass in leitenden Positionen Defizite vorherrschen. Das beginnt bei Bedürfnissen von Mitarbeiterinnen nach familiengerechten Arbeitszeiten bis zur Kenntnis des extramuralen Bereichs generell. Als ideal wird eine Personalunion von Geschäftsführung und Pflegedienstleitung gesehen, man weiß jedoch, dass dies kaum möglich ist. Beklagt wird eine schwache Pflegedienstleitung, die sich in der Regel der Geschäftsführung gegenüber nicht ausreichend durchsetzen kann.

Dort, wo es jetzt noch sehr gut klappt, weil man sich in langen Jahren auf einen informellen Modus eingespielt hat, befürchtet man bei Pensionsabgang bzw. Führungswechsel eine Verschlechterung der Lage.

Erfahrungen im Führungswechsel zeigen, dass es danach oft zu rasanten Fluktuationen kommt bzw. durch hierarchischen Führungsstil zu „Allianzen“ mit Freundinnen innerhalb des Teams kommt, was nicht bei allen Mitarbeiterinnen positiv ankommt.

Den meisten Führungskräften in der extramuralen Pflege fehlt die Arbeitserfahrung im Außendienst, was für Mitarbeiterinnen zu einem wesentlichen Qualifikationsprofil einer Führungskraft zählt. Bezüglich Qualifikation in der Pflege und vor allem in der Führung werden zahlreiche Defizite bemängelt: „Leider gibt es Mitarbeiter, die hochqualifiziert sind und die am Krankenbett arbeiten. Mit Bachelor, Akademiker haben wir auch am Krankenbett gehabt. Wiederum gab es auf der anderen Seite aufgrund von Sympathie, Beziehungen, Freundschaft, politische Vernetzung, Mitarbeiter, die sofort nach der Diplomierung im Caremanagement und in der Fachaufsicht tätig waren. Da habe ich mich oft gefragt, warum, wieso. Wie kann jemand, der so unqualifiziert und inkompetent ist, mit nicht einmal Grundkenntnissen in der Pflege dastehen und jemanden anleiten und führen, der schon Akademiker ist? Genügend fähige Leute gäbe es schon, nur die Aufteilung funktioniert schlecht“ (G43). Dies führt dann zu Misstrauen der Mitarbeiterinnen in die Führungskraft, sie fühlen sich überfordert, gehen in Krankenstand oder kündigen.

Häufig wird autoritärer Führungsstil, Führung mit Angst, beschrieben. Obwohl gerade Mitarbeiterinnen im Außendienst unheimlich viel eigenverantwortlich entscheiden müssen und das mit entsprechendem Selbstbewusstsein auch tun, ist das Hierarchieverhältnis innerhalb der Berufsgruppe so, dass sich erwachsene Frauen in Schülerinnen verwandeln, wenn sie mit einem Vorgesetzten sprechen. „Sie werden niedergetreten, wenn sie genauso auftreten wie draußen“ (C 32).



Die Vorstellung von einer guten Führungskraft stellt sich folgendermaßen dar: sie kümmert sich um das Unternehmen, um die Mitarbeiterinnen, sie liebt ihre Arbeit und arbeitet nicht nur des Geldes wegen. Motivation wird groß geschrieben, Mitarbeiterinnen werden in Entscheidungsprozesse einbezogen, dürfen ihre Ideen in Projekte einfließen lassen und auch Studien durchführen. Die Realität sieht jedoch anders aus. Die meisten Führungskräfte werden als inkompetent und mangelhaft beschrieben. Dazu ein Beispiel:

„Es ist nur ein banales Beispiel, aber es zeigt, wie es so läuft. Dann habe ich ihr gesagt, wir sollten mal einen Wundabstrich machen. Da hat sie gemeint, das ist nicht notwendig, weil der Arzt hat eh eine Therapie aufgeschrieben und die externe Wundmanagerin war da usw. Ich habe aber gesagt, ich verbinde die Wunde schon seit ein paar Monaten und es wird immer schlechter. Dann habe ich mir gedacht, OK, Schwamm darüber, ich gehe ins Labor und nehme einen Wundabstrich. Bin dann ins Labor gegangen und habe den Wundabstrich genommen, es waren fünf Bakterien drinnen, MRSA, ESBL, hab's ins Labor gebracht. Die hat dann den Befund per Post zugesendet bekommen. Dann habe ich den Befund gelesen, habe das alles gesehen, habe ihr gesagt, sie soll zum Arzt gehen wegen der Antibiotika und neuer Therapie und habe dann meine Teamleitung angerufen und habe ihr mitgeteilt, was ich gemacht habe. Dann hat sie gemeint, ich soll das ja nicht dokumentieren und ich soll nichts machen und warum ich das gemacht habe. Ich habe zu ihr gesagt: Weißt du was, wenn du gefährliche Pflege betreiben willst, dann mach das. Ich werde das jetzt alles dokumentieren, weil die Mitarbeiterinnen müssen eigentlich Richtlinien einhalten, sonst verschleppt sich das MRSA von einem zum anderen, weil ich habe ja nicht nur diese Wunde zu machen, sondern auch andere und ich verschleppe sonst den Keim, ich habe mich nicht entsprechend geschützt. Ich habe mich in Gefahr gebracht, ich habe die Kunden in Gefahr gebracht und ich habe die Kundin selbst in Gefahr gebracht. Ich werde das alles dokumentieren, ich werde Hygienemaßnahmen einleiten und alles Mögliche. Und sie hat sich so aufgeregt, was ich mir einbilde und hin und her. Daraufhin habe ich gekündigt, weil ich wollte keine gefährliche Pflege betreiben. Und so läuft es in Wien“ (F106).

Vereinzelt wird das Wort „Diktatur“ im Zusammenhang mit Führung verwendet. „Und natürlich ist es ganz einfach, eine Diktatur bei Migranten aufzubauen als unter Österreichern. Bei Österreichern ist es doch gefährlicher. *(Stimme wird ganz leise)* Vergessen Sie eines nicht, dass die Leute, die in der Hauskrankenpflege arbeiten, sind eigentlich froh, dass sie überhaupt Arbeit haben, dass die überhaupt die Möglichkeit

haben, in die Arbeit zu gehen. Meinen Sie, dass das der Arbeitgeber nicht weiß? Das ist ihm sehr wohl klar“ (J57).

In der Führung braucht man mehr Generalistinnen und weniger Spezialistinnen, es braucht Leute, die universell denken können und im besten Fall bereits Management-Erfahrung haben. In der Ausbildung ist das schwer zu vermitteln, aber in Bachelor-Lehrgängen ist das Interesse daran enden wollend.

### **5.3.7. Management**

Management hat viele Facetten und wird oft unterschiedlich interpretiert. Jemand, der eine Ausbildung in basalem und mittlerem Management hat, muss nicht zwingend eine gute Managerin sein. Trotzdem sollten Pflegedienstleitungen Management-Fähigkeiten besitzen, aber auch soziale Wärme mit gutem Hausverstand walten lassen. Reiner Zahlenfetischismus ohne Rücksichtnahme auf Bedürfnisse von Mitarbeiterinnen wird abgelehnt.

Generell ist das Wissen um Management-Tools bei Führungskräften in der Pflege noch gering ausgeprägt. Das beginnt schon bei der Personalauswahl, weswegen durchgehend dafür plädiert wird, Leute qualifikationsspezifisch einzusetzen. Zugleich weiß man noch nicht, wo Bachelors eingesetzt werden sollen. „Mit Bachelors haben wir noch keine Erfahrung. Wir haben noch keinen gehabt und ich wüsste auch nicht, wofür es gut sein soll“ (E 51).

Immer wieder kommt es auch zu Fehlentscheidungen im Management, um größere Veränderungen zu verhindern. „Das war gleich das Nächste, weil es war vielleicht Willen zum Change-Management da, aber ich hab ganz dumpf das Gefühl gehabt, vom ganz oberen Management war ein tiefgreifender Change gar nicht gewünscht“ (A 14). Gute Führungskräfte werden abgesetzt und entweder parteipolitisch besetzt oder durch gering qualifizierte Personen (Pflegehelferinnen), die einer Geschäftsführung zu Gesicht stehen. Hinterfragt wird die NPO<sup>51</sup>-Orientierung der Unternehmen, wenn zugleich Gewinnausschüttungen erfolgen. Diese sollten in Marketing reinvestiert werden, um ein Unternehmen öffentlich besser darzustellen und damit auch die Qualität zu steigern.

---

<sup>51</sup> Non Profit Organisation

### **5.3.8. Bewusstsein**

Sowohl bei Führungskräften als auch diplomierten Pflegekräften herrscht der Eindruck vor, dass der Beruf vollkommen unterbewertet und unterbezahlt ist. Die Branche selbst ist dem historischen Denken verhaftet, dass Pflege sich eben aus Nächstenliebe entwickelt hat und deswegen nichts kosten dürfe. Aber zunehmend setzt sich auch das Denken durch, dass Pflege eine Profession ist. Forderungen nach mehr Lohn könnten mit Streiks durchgesetzt werden – als Beispiel werden die Eisenbahnerstreiks vor 100 Jahren angeführt oder auch der jüngste Streik der Wiener Linien. In der Pflege herrschen aber immer noch Gewissensbisse vor, weil die Auswirkungen eines Streiks ethisch folgenreich wären.

## **5.4. Sonstiges**

### **5.4.1. Ausland**

Einige Mitarbeiterinnen haben Erfahrungen im Ausland gemacht und schildern ihre Erfahrungen. Genannt werden Amerika, England, Südtirol und Norwegen, von wo man viel lernen könnte, weil der Pflegeberuf dort bereits seit Jahrzehnten höher bewertet ist als in Österreich. Als Negativbeispiel wird auch Deutschland genannt, wo sowohl Finanzierung als auch Personalknappheit ähnlich problematisch wie in Österreich sind.

Aus Südtirol wird berichtet, dass dort viel mehr einheimisches Personal in der extramuralen Pflege tätig ist. Die Qualität der Pflegeleistungen ist höher und Kundinnen und Mitarbeiterinnen sind zufriedener. Jeden zweiten Tag gab es Team-Sitzungen, was für die Team-Kommunikation sehr wichtig ist.

Von England, Norwegen und Amerika wird der Einsatz des Personals als nachahmenswert gewürdigt. „In Amerika machen die Krankenschwestern nur ihre Tätigkeit, die aus unserer Sicht eher ärztliche Tätigkeit ist. Da sind wir noch in den Windeln“ (J 117).

### **5.4.2. Finanzierung**

Das Thema Finanzierung ist für die meisten Interviewpartnerinnen ein rotes Tuch. Es ist klar, dass es für die extramurale Pflege kaum Ressourcen gibt, der Betrag, der vorhanden ist, reicht jedoch für die erforderlichen Aufgaben kaum aus. Immer wieder wird die schlechte Bezahlung der Pflegekräfte moniert, doch den Unternehmen sind die Hände gebunden. Sie können nur das bezahlen, was der Kunde/die Kundin – einkommensabhängig – bezahlt und was der öffentliche Geldgeber finanziert. Bereits jetzt ist schon spürbar, dass das Einkommen sinkt und das Pflegegeld nicht angepasst wird. So wird Pflege für viele kaum mehr leistbar.

Zusätzlich werden Aufgaben an die Pflege delegiert, wie zum Beispiel Beratung, Case- und Caremanagement, die als Leistung nicht gesondert bezahlt, sondern vom overhead abgezogen werden. Die meisten Pflegedienstleitungen sehen die finanziellen Gegebenheiten als unveränderliche Fakten an, die Entscheidungen werden ohnehin von der Geschäftsführung getroffen.

### **5.4.3. Pflegegeld**

Große Divergenzen werden von der Pflegegeldeinstufung berichtet. Das Pflegegeld muss erhöht werden, ist ein Tenor. Aber es muss auch richtig – nach Bedarf – eingestuft werden. „Ich habe Klienten erlebt, wo die Einstufung nicht korrekt war. Es gibt Leute, die haben Pflegegeldstufe zwei und sind bettlägrig, und es gibt Leute, die sind mobil und haben Pflegegeldstufe fünf“ (G 102). Nicht in jedem Fall wird von positiven Pflegegeldeinstufungen durch diplomierte Pflegekräfte berichtet, aber es gibt auch Ärztinnen, die sich nicht auskennen. Die falschen Pflegegeldeinstufungen führen zu wirtschaftlichen Schäden für die Vereine und für Kundinnen, die deswegen nicht die Pflege erhalten, die ihnen eigentlich zustehen würde. Die Anwesenheit bei Klientinnen zwecks Pflegegeldeinstufung ist oft zu kurz, in zehn Minuten kann man das kaum entscheiden, welche Bedürftigkeit jemand hat. Man sollte auch den Kontakt mit der ständigen Betreuungsperson suchen, um zu einer korrekten Einstufung zu gelangen – und das braucht Zeit. Außerdem wünscht man sich mehr Personal von der Basis, um korrekte Pflegegeldeinstufungen durchführen zu können. Der Zeitraum zwischen

Ansuchen und Bewilligung beträgt derzeit drei bis vier Monate und sollte beschleunigt werden.

Die Pflegegeldstufe eins ist jetzt schwerer zu bekommen als früher, weswegen viele Kundinnen Unterstützung erst sehr spät annehmen, weil sie es sich nicht leisten können. „Da muss man wirklich sehr eingeschränkt sein und grundsätzlich ist es viel schwieriger, eine höhere Pflegestufe zu bekommen. Die Kunden, die Pflege schon in Anspruch nehmen, sind gesundheitlich sehr bedient oder gar in der Palliativphase, die pendeln zwischen Haus und Krankenhaus und versterben dann rasch“ (K 76). Von Seiten der Unternehmen wünscht man sich, früher in die Pflege und Betreuung eingebunden zu werden, aber da spielt das Pflegegeld eine große Rolle und eine Pflegegeldanpassung wäre längst fällig.

Es gibt keine Zahlen darüber, wie hoch der prozentmäßige Anteil der bewilligten Stunden aufgrund von Pflegegeld einer bestimmten Stufe ist, um den Verwaltungsaufwand des FSW zu finanzieren. „Als ich bei einem Gericht für einen Klienten bezüglich der Pflegegeldeinstufung vorgeladen wurde, habe ich erfahren, dass ein Drittel der bewilligten Stunden automatisch dem Klienten weggenommen wird, um das Casemanagement des Fonds Soziales Wien zu finanzieren, die Null Ahnung haben. Ein Drittel der bewilligten Stunden ist also für den Klienten gesperrt. Z.B. es wären 119 Stunden vom Pflegegeld möglich, aber nur 70 Stunden werden vom Beratungszentrum bewilligt“ (G 105).

#### **5.4.4. Strukturierung**

Man muss die Entwicklung der Unternehmen kennen, die in den letzten Jahren Pflege und Betreuung angeboten haben. Durch Zertifizierungsverfahren waren viele Vereine gezwungen, zusätzlich zur Betreuung, die durch Heimhilfen und Besuchsdienste erfolgte, nun auch vermehrt Pflege anzubieten. Dadurch kam es auch zu Differenzen zwischen den Berufsgruppen, die durch die Pflegedienstleitung nicht immer ausgeglichen werden konnten. Grundsätzlich wünscht man sich, dass alle Berufsgruppen zur optimalen Versorgung der Menschen an einem Strang ziehen. Pflege wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, wohingegen die Betreuung aus finanziellen Gründen immer mehr auf Angehörige ausgelagert wird.

In der Hauskrankenpflege braucht man einen Personalschlüssel und in Wien wünscht man sich die Abschaffung des Monopols durch den FSW. Dazu braucht es eine Strukturreform, die nicht über Nacht kommen wird. Für Diplomierete soll es möglich werden, freiberuflich zu arbeiten oder in Vereinen unter Wahrung der fachlichen Qualifikation.

Starre Strukturen werden als Resultat von Hilflosigkeit und Macht beschrieben, einzelne Personen sind sakrosankt. „Also ich bin hundertprozentig davon überzeugt, dass man sehr viel Geld sparen könnte, wenn man intelligent hinschaut, wo man Strukturen besser verändern könnte“ (C 43).

Es gibt Steuerungsmechanismen, und die Vereine spielen mit, obwohl sie sich dagegen wehren könnten. Wettbewerbe sollen abgeschafft werden und es gibt neueste Kriterien, nach denen die Vereine Aufträge vom FSW nur noch nach Maßgabe vorhandener Kapazitäten erhalten.

Verglichen werden die Strukturen in Wien mit anderen Bundesländern, wo es teilweise besser funktioniert. In Niederösterreich erfolgt die Verrechnung direkt mit den Krankenkassen, was sich vor allem bei den MHKP-Stunden bemerkbar macht, die die Vereine direkt erhalten. In Wien vergibt der FSW die MHKP-Stunden oder verrechnet sie selbst.

Wünschenswert sind gleiche Richtlinien für ganz Österreich. „In jedem Bundesland gibt es Unterschiede. Grundsätzlich wäre es erst mal gut, wenn es einheitlich wäre. Für alle Bundesländer, nicht nur in Niederösterreich. In Vorarlberg ist es ganz anders, in Oberösterreich ist es so ähnlich wie in Deutschland. Ich finde es besser, wenn es einheitlich wäre, aber auch, dass die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und mobiler Pflege viel enger ist“ (H 109).

Kontrollen durch die MA15 sind notwendig, aber teilweise auch streng und praxisfern. Man ist Vorgaben, Strukturen, Prozessen und Regelungen von Drittstellen ausgeliefert, erhält aber keine Ressourcen, um das alles umzusetzen bzw. einzuhalten. Wenn zum Beispiel die Forderung nach der Einführung der elektronischen Kommunikation besteht, müsste man das durch eine entsprechende Abgeltung finanzieren. Die Dokumentation sollte vereinfacht werden.

#### 5.4.5. Fonds Soziales Wien – FSW

Der FSW hat in Wien Monopolstellung, deren Abschaffung gewünscht wird. Das bedeutet die Aufteilung der MHKP-Stunden an die Vereine. Oft lehnt die Krankenkasse MHKP-Stunden auch ab, aber darüber wird offiziell nicht gesprochen. „Es wird wahnsinnig viel abgelehnt, aber sie reden nicht darüber bzw. der Klient zahlt dann sehr wohl. Es ist ein Doppelsystem, das wirtschaftlich völlig idiotisch ist, weil eben die Vereine Diplomierte haben, die das längst übernehmen könnten und die Krankenkasse zahlt eigentlich für etwas, wofür sie nicht zahlen müsste. Das ist Steuergeld, das hier verschwindet, aber das kann nur die Politik abschaffen“ (E11). Diese Entwicklung ist nur historisch erklärbar, da es früher nur Heimhilfen und Ärzte gab, die die Verbandswechsel und Injektionen machten. Dadurch ist der Stamm an mobilen Schwestern durch den FSW entstanden.

Durch die jährliche Vertragsaushandlung der Vereine können die Vereine kaum eine Zukunftsplanung machen, die Vorgaben sind sehr eng, die Machtverhältnisse eindeutig, weil die Steuerung durch einen Marktführer vorgegeben ist. Man weiß, dass in den Vereinen seit Jahren Diplomierte nur zur Grundpflege herangezogen werden, obwohl das aus ökonomischen Gründen vollkommen ineffizient ist. Man muss diplomierten Pflegekräften einen Kollektivvertragslohn für eine Tätigkeit zahlen, die auch ein günstigerer Pflegehelfer machen könnte. Diplomiertes Personal wird dazu eingesetzt, um die Qualität zu gewährleisten, aber eine berufliche Anerkennung für Diplomierte ist es nicht, wenn sie nur für die Grundpflege eingesetzt werden.

Eine zentrale Steuerung der MHKP-Stunden wäre möglich, wird aber mit Skepsis betrachtet. Der FSW sollte nach erfolgtem Casemanagement auch die finanziellen und sozialen Gegebenheiten (sanierte Wohnungen) bewerkstelligen, sodass die Mitarbeiterinnen der Vereine unter optimalen Bedingungen arbeiten können. Berichtet wird folgendes: „Da kommt eine Schwester vom FSW, macht sich wichtig, sagt, ja, das sollt ma, sollt ma, sollt ma, dreht sich um und das war's. Und am besten ist, sie schiebt das weiter auf die Organisation“ (J 69). Um solche Fälle gut zu bearbeiten, wünschen sich die Vereine Sozialarbeiterinnen, aber die müssen auch bezahlt werden und das bezahlt der FSW nicht.

Neben der Abschaffung des Monopols wünscht man sich eine transparente Leistungsabgeltung für alle Vereine, damit die Vereine unter gleichen Voraussetzungen

arbeiten können. Zugleich braucht es suffiziente finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen, um die zukünftigen Aufgaben auf hohem Niveau zu meistern.



## **6. Schlussteil**

### **6.1. Zusammenfassung der Interviewanalyse**

Es werden große Unterschiede in der Wahrnehmung von Prozessen artikuliert. Führungskräfte haben häufig eine andere Sichtweise über die Vorgänge in den Unternehmen als Basismitarbeiterinnen. Nicht allen Unternehmen gelingt es, Mitarbeiterinnen suffizient in einen gemeinsamen OE-Prozess einzubinden. Meist fehlt eine gemeinsame Vision, mit der sich alle Beteiligten identifizieren können. Beklagt werden zu starre Strukturen und zu schwierige Rahmenbedingungen, denen die Unternehmen allgemein und vor allem die Mitarbeiterinnen in den Unternehmen ausgesetzt sind.

Organisationsentwicklung ist in zahlreichen Unternehmen nur den Führungskräften anvertraut. Die Basismitarbeiterinnen kennen so etwas nicht und fühlen sich auch nicht eingebunden.

Prozesse bedürfen der Kontinuität und Stabilität von Mitarbeiterinnen. Durch hohe Fluktuation ist das nicht gegeben. Berichtet wird von Mobbing, unzureichende Unterstützungskultur durch Führungskräfte, Defizite in Kommunikations- und Personalmanagement. Die Darstellung von Realitäten fällt in stark hierarchisierten Arbeitskulturen sehr unterschiedlich aus. Der Umgang mit konstruktiver Kritik muss in vielen Unternehmen erst gelernt werden. Altgediente Machtverhältnisse wirken sich auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Mitarbeiterinnen, langfristig aber vor allem in der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Kundinnenversorgung, negativ aus.

Mitarbeiterinnen werden in „Angstkulturen“ während der Ausbildung und später in der stark hierarchisierten Arbeitswelt der Gesundheitsberufe sozialisiert. Eine angstfreie Kommunikations- und Konfliktkultur in einem wachsenden transkulturellen Setting muss erst gelernt werden.

Die Mitarbeiterinnen in der mobilen Pflege wünschen sich, dass sie so eingesetzt werden, wie es ihrer Berufsausbildung entspricht. Die Jahrzehnte lange Praxis, diplomiertes Personal in der extramuralen Pflege vorwiegend für die Grundpflege einzusetzen, wird nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen überdacht werden müssen.

Die Entwicklung einer bundesweiten Gesamtstrategie zur Ausrichtung von extramuraler Pflege in Richtung Primary Health Care benötigt Strukturen, die derzeit noch nicht existieren. Für Wien würde das eine Strukturänderung insofern bedeuten, als der FSW seine Rolle als zentrales Steuerungsorgan neu definiert (Abschaffung der Monopolstellung). Die von ihm abhängigen Unternehmen können gemäß ihrer Personalressourcen transparent agieren und werden dafür mit einer einheitlichen Leistungsabgeltung entgolten. Ein Personalschlüssel wie im intramuralen Bereich zählt zur Voraussetzung einer konstruktiven Kooperation aller Unternehmen, die im Sinne der Kundinnenzufriedenheit agieren.

All dies basiert auf dem Hintergrund einer nicht vorhandenen Gesamtstrategie bezüglich der Entwicklung des extramuralen Sektors und einer entsprechend langfristig gesicherten Finanzierung, die am Beginn jedes OE-Prozesses stehen muss (vgl. Schiersmann, 2010, S.28). Die Entwicklung einer Gesamtstrategie zur Professionalisierung der extramuralen Pflege impliziert auch rechtliche und strukturelle Anpassungen, sodass dadurch ein attraktives Berufsfeld für Pflegekräfte entsteht, um den zukünftigen Herausforderungen gewachsen zu sein.

## **6.2. Ergebnisse**

Aus der Interviewanalyse ergibt sich, dass Organisationsentwicklung in der extramuralen Pflege erst am Anfang steht. Organisationsentwicklung findet im Rahmen der Professionalisierung zwar statt, ist in zarten Anfängen aber erst in der obersten Spitze der Hierarchie angekommen. Die Anforderungen an Führungskräfte sind sehr hoch. Das Spannungsfeld zwischen Personalmangel, Anspruch auf Work-Life-Balance, arbeitsrechtlichen Bestimmungen und permanenten Umstrukturierungen bedarf einer Organisationsreform (vgl. Bauer, 2014, K1), wird aus den Wirtschaftssektoren berichtet, in denen Organisationsentwicklung schon lange professionell stattfindet.

Organisationsentwicklung in der extramuralen Pflege ist anderen Herausforderungen ausgesetzt, weil es hier um eine staatlich garantierte Versorgung als Querschnittsmaterie „Gesundheit und Soziales“ geht. Um die anstehenden Herausforderungen nachhaltig meistern zu können, ist Organisationsentwicklung auf den drei Ebenen (mikro-, meso- und makro) notwendig.

Eine Organisation kann sich nur entwickeln, wenn auch alle Mitarbeiterinnen miteingebunden sind, was derzeit nicht der Fall ist. Die Mitarbeiterinnen fühlen sich marginalisiert, haben das Gefühl, bei Entscheidungen nicht eingebunden zu sein, häufig wird von Ausbeutung und Diktatur gesprochen. Das ist kein Boden, auf dem professionelle Organisationsentwicklung gedeihen kann.

Um Organisationsentwicklung auf breiter Ebene in der extramuralen Pflege einzuführen, erfordert es mehr als nur Lippenbekenntnisse der Führungskräfte. Um einen OE-Prozess für die Welt außerhalb des Unternehmens sichtbar zu machen, braucht es außer einer gemeinsamen Vision – verkörpert durch ein allen vertrautes Leitbild – vor allem auch Zeit, finanzielle Ressourcen, Mitarbeiterinnenstabilität und regelmäßige Standortbestimmungen – in Form von projektorientiertem Arbeiten. Die Mitarbeiterinnen sind in alle Schritte einzubinden.

#### **6.2.1. Ergebnisse im Hinblick auf OE**

Um die Ergebnisse der Interviews an den „Leitlinien für Organisationsentwicklung“ aus dem Kapitel 2.2. abzubilden, ist in der extramuralen Pflege in allen Punkten aus 2.2. ein großer Veränderungsbedarf gegeben.

Mitarbeiterinnen klagen über einen wenig wertschätzenden Umgang, über mangelnde Strukturen, gravierende Mängel in der Kommunikation auf allen Ebenen, das Fehlen eines gesamtheitlichen Konzeptes, keine Zeit für Reflexion über Wechselwirkungsprozesse bezüglich Strategie, Struktur und Kultur wie auch kaum Wissen über OE und die damit zusammenhängende Transparenz. Die Weiterentwicklung der Persönlichkeit und der Fachlichkeit wurde von kaum einer Mitarbeiterin thematisiert.

Um die Worte von Immenschuh nochmals aufzugreifen, ist aufgrund der Interviews festzuhalten, dass in der extramuralen Pflege derzeit eher noch die „pathogenen“ Merkmale einer Organisation vorherrschen (vgl. Immenschuh, 2006, S.61).

Nachholbedarf besteht auch in der Ausbildung von kompetenten Führungskräften, da fast alle Basismitarbeiterinnen die mangelnde Führungskompetenz monierten. Die Hauptaufgaben von Führungskräften sind bei Asselmeyer (Kapitel 2.2.2.) ausführlich beschrieben und warten auf Umsetzung in der extramuralen Pflege. Gute Führung in

Zukunft zeichnet sich durch Eigenschaften wie „Mut“ und „Visionen“<sup>52</sup> aus und diese können selbst in Master-Lehrgängen oder ähnlichen Hochschulausbildungen schwer vermittelt werden.

### **6.2.2. Ergebnisse im Hinblick auf Professionalisierung**

Die Meinung der Interviewpartnerinnen divergiert im Hinblick auf mehr Ausbildung bezüglich Professionalisierung. Die hängt häufig mit dem eigenen Ausbildungsgrad zusammen. Zu viel Qualifikation macht Angst, wie in manchen Interviewaussagen bestätigt wird.

Zu vermeiden ist, dass hochqualifizierte Menschen unter Führungskräften mit geringerer Ausbildung arbeiten. In der Pflege werden (nicht nur) aufgrund der jahrzehntelang geringen Zugangsvoraussetzung zum Beruf Vorgesetzte mit weniger Ausbildung in einem autoritär geführten Unternehmen zu dem, was eine Mitarbeiterin als „Diktatur“ bezeichnete. Zunehmende Professionalisierung innerhalb der Berufsgruppe wird dazu führen, dass es nicht nur zu besserer Ausbildung in fachlicher, sondern auch in Bezug auf Sozialkompetenz kommt. Der Umgang mit konstruktiver Kritik und die Entwicklung einer angstfreien Unternehmenskultur müssen vielfach erst gelernt werden.

Extramurale Pflege soll in sämtlichen Ausbildungseinrichtungen ein Thema sein. Die Auszubildenden sollen von Lehrkräften, die möglichst selbst über Erfahrung in der extramuralen Pflege verfügen, durch eine genügende Anzahl von Praktikumsstunden auf die Gegebenheiten in diesem Setting vorbereitet werden. Dies kann in einer späteren Spezialisierung oder durch eine Ausweitung der bisherigen Praktikumsstunden (Verdopplung) angedacht werden. Auch auf den Universitäten und Fachhochschulen muss Extramuralität viel stärker in die Ausbildung eingebaut werden, um dieses Feld für die Forschung attraktiver zu machen. Optimal sind Expertinnen, die sowohl über einen theoretischen wie auch praktischen Hintergrund in diesem Forschungsfeld verfügen.

---

<sup>52</sup> Gunther Olesch, Geschäftsführer:

<http://www.humanresourcesmanager.de/ressorts/artikel/was-ist-gute-fuehrung>

Im Bezug auf das Verhältnis von Medizin vs. Pflege begrüßt die Ärztekammer die zukünftige Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal<sup>53</sup> mit der Gesundheitsreform 2015, was der Kooperation beider Berufsgruppen dienlich ist und auch dem Professionalisierungsstreben der Pflege entgegenkommt. International ist der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich nach §15 GuKG verstärkt beim Pflegepersonal angesiedelt. Die Auswirkungen auf die extramurale Pflege sind abzuwarten, jedoch zeichnet sich ein breites Betätigungsfeld ab, das auch als wissenschaftliches Forschungsfeld interessant wird.

Die Beschäftigten wünschen sich jedoch auch, dass die bisherigen Ausbildungsabschlüsse im Bezug auf Wundmanagement, Stoma- und Inkontinenzversorgung als eine Möglichkeit der Professionalisierung gesehen werden – und nicht nur die Ausbildung auf Fachhochschulen.

Die Bereiche Gesundheitsprävention, Case- und Caremanagement und Beratung sind auszubauen und aufgrund der Kompetenz des diplomierten Personals in eine flächendeckende Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Professionelle Pflege ist multidimensional zu denken und muss in Österreich genauso selbstverständlich werden wie im Nachbarland Schweiz (siehe Definition in Kapitel 2.4.).

Internationale Zusammenarbeit sowie die Teilnahme an internationalen Studien (z.B. NEXT-Studie<sup>54</sup>) ist zur professionellen Ausrichtung der pflegerischen Forschungslandschaft auf internationalem Niveau notwendig. Dies erfordert mehr Interesse von Seiten der Pflegewissenschaft an extramuraler Pflege, um für die internationale wissenschaftliche Zusammenarbeit „belastbare Arbeitskontakte“ zur Verfügung zu stellen. Das, was international unter Public Health Care verstanden wird, ist mit der derzeitigen Organisation der extramuralen Pflege nicht vergleichbar.

Schließlich führt Ausbildung auch zu mehr Bewusstsein über den Wert der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen. Damit einhergehend wächst das Selbstbewusstsein und das Auftreten in der Öffentlichkeit, um für die eigenen Anliegen verstärkt ein- und aufzutreten. Die Einsetzung von diplomiertem Personal für haushaltsnahe Tätigkeiten genauso wie für Grundpflege wird dann der Vergangenheit angehören.

---

<sup>53</sup> Ärztekammer: [http://www2.aekwien.at/1964.py?Page=1&id\\_news=8464](http://www2.aekwien.at/1964.py?Page=1&id_news=8464)

<sup>54</sup> NEXT-Studie: Nurses Early Exit Study, Mailantwort Andreas Büscher vom 15.1.2013

### 6.3. Diskussion

Durch die Thematisierung der Problematik zeigt sich, dass ein wichtiger Punkt in der derzeitigen extramuralen Versorgung getroffen wurde, über den wenig bekannt ist, weil es keine klaren Rahmenvorgaben gibt bzw. die vorhandenen nur ansatzweise in der Lage sind, die zukünftigen Herausforderungen professionell zu meistern.

Es wird ersichtlich, dass noch viel Entwicklungsarbeit bevorsteht, zumal aus den Interviews hervorgeht, dass konstruktive Kritik in den teilweise noch sehr hierarchisch strukturierten Unternehmen kaum gefragt ist. Die Interviews, die stattfanden, wurden unter strikter Wahrung der Anonymität der Interviewpartnerinnen durchgeführt. Konstruktive Kritik verlangt eine offene, angstfreie Diskussionskultur und Führungskräfte, die diese unterstützen.

Abzuwarten bleibt, wie sich die Gesundheitsreform auf die extramurale Pflege auswirken wird. Internationale Beispiele wie z.B. die „centros de salud“<sup>55</sup> in Spanien zeigen, dass eine ambulante Gesundheitsversorgung in regionalen Gesundheitszentren auf hohem Niveau und in guter Qualität möglich ist.

Ebenso bleibt offen, ob es in einer Weiterentwicklung dessen, was derzeit umgangssprachlich „Hauskrankenpflege“ genannt und im Rahmen dieser Arbeit unter „extramuraler Pflege“ bearbeitet wird, im Zuge der Professionalisierung der Pflege dazu kommen wird, dass man in wenigen Jahren vorwiegend über „Public Health Nursing“ oder „ambulanter Versorgung“ sprechen wird.

Zur Diskussion steht die Entwicklung eines österreichweiten Gesamtkonzeptes über die Ausrichtung der extramuralen Pflege, denn die hier vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Situation in Wien. Offen bleiben auch Fragen über die Vergleichbarkeit der Situation in anderen Bundesländern, was sowohl Struktur, Ausrichtung und Finanzierung betrifft. Der Rechnungshofbericht 2010 attestiert erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern bei der Ausgestaltung von qualitativen Leistungen: „So haben in Wien

---

<sup>55</sup> Centro de Salud (Gesundheitszentrum)

<http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ghhome00/es>

10%, in Tirol 36% und in Kärnten 22% der VZÄ<sup>56</sup> der mobilen Dienste eine Diplombausbildung.“<sup>57</sup>

Hierbei wäre zu erheben, wie die diplomierten Kräfte eingesetzt und auch, wie die Unternehmen aufgestellt sind, die extramurale Pflege anbieten. Werden z.B. Leistungen der medHKP direkt mit dem Leistungsträger verrechnet oder gibt es dabei auch eine dazwischen liegende Institution wie den FSW in Wien? In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie Wien mit dem geringen Anteil von 10% Anteil an diplomierten Pflegekräften (VZÄ) diese dennoch vorwiegend in der Grundpflege einsetzt.

Gesundheit und Pflege sind jedoch auch in Zukunft für alle Menschen in Österreich von höchster Wichtigkeit und dürfen weder vom Einkommen abhängig sein noch vom Wohnort bedingt in unterschiedlicher Qualität zur Verfügung stehen. Die derzeitige Ausgestaltung des Pflegegeldes zeigt, dass Pflege nicht immer für alle in dem Maße leistbar ist, in dem sie die Menschen brauchen.

Es ist bewusst, dass mit dieser Arbeit erst ein Anfang gesetzt wurde und dass im Bereich extramurale Pflege noch viel geforscht werden muss. Die Autorin nimmt nicht für sich in Anspruch, alle Fragen hinlänglich beantwortet zu haben. Da die Rahmenbedingungen für die Mitarbeiterinnen in diesem Pflegesetting sich als äußerst schwierig darstellen, sind die Vorstellungen, wie Organisationsentwicklung in Zukunft professioneller stattfinden kann, nicht als erstes auf der Mikro-Ebene zu beantworten. Die unterstützenden Maßnahmen für nachhaltige Organisationsentwicklung wurden im Kapitel 2.2.3. näher beschrieben.

#### **6.4. Fehlende Daten**

Durch den Bundeszielsteuerungsvertrag soll es zukünftig möglich sein, flächendeckend Daten zu sammeln, u.a. auch, um eine zukünftige Bedarfsabdeckung besser einschätzen zu können.

Zwar gibt es ungefähre Daten über die Beschäftigten in den mobilen Diensten in Wien.

---

<sup>56</sup> Vollzeitäquivalente

<sup>57</sup> Rechnungshof: Gesundheit und Pflege

[http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf), S.57

Die Anfragebeantwortung der MA 24<sup>58</sup> zeigt, dass diese nicht sehr aussagekräftig sind. Der Statistik Austria werden laut Aussage eines Mitarbeiters detaillierte Daten nicht übermittelt.

Die Einrichtung eines bundesweiten Datenregisters über die Anzahl der Beschäftigten in den mobilen Diensten, unterteilt nach Art der Unternehmen (inklusive der Beschäftigten in der 24h-Betreuung), Berufsgruppen, Alter, Geschlecht, Einkommen wäre vorteilhaft. Angaben über Beschäftigte mit Migrationshintergrund wären interessant um aufzuzeigen, welcher gewichtigen Stellenwert diese in der Pflege und Betreuung haben, aber auch um Rückschlüsse auf Sprachkenntnisse, Ausbildung und Artikulationsfähigkeit vollziehen zu können. Vor allem Sprachkenntnisse zur Sicherstellung der Kommunikation auf hoher Ebene sollten unbedingte Voraussetzung für die Beschäftigten in der Pflege sein (Registered Nurses in Kanada müssen bei Aufnahme ihrer Arbeitstätigkeit einen Sprachentest auf Niveau C1 vorweisen)<sup>59</sup>. Gleichzeitig muss die Attraktivität des Berufes für einheimische Arbeitskräfte zur langfristigen Ressourcensicherung und auch im Interesse der Kundinnen erhöht werden.

Daten über Ausbildungsabschlüsse, Qualifikationen, Beschäftigungsdauer sowie Verweildauer im Beruf nach einer Umschulungsmaßnahme von in der extramuralen Pflege tätigen Personen sind ebenfalls nicht erhältlich.

## **6.5. Zukünftige Herausforderungen**

Organisationsentwicklung in der extramuralen Pflege findet unter dem immer größeren Druck von knapper werdenden Budgets statt. Zugleich wird der Ruf nach gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen unüberhörbar. Die erwähnten Steuerungs- und Projektgruppen fanden oft unter dem Ziel von Kosteneinsparung und Mitarbeiterinnenreduktion bei gleichzeitiger Aufgabenzunahme statt (vgl. Böhlke, 2013, S. 118).

Die Bestellung von Führungskräften sollte nach transparenten Kriterien erfolgen. In der Pflege werden Führungskräfte nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgewählt,

---

<sup>58</sup> Peter Stanzl, MA24, Mailantwort vom 3.6.2014

<sup>59</sup> Nachweis der Sprachkenntnisse in Kanada:  
<https://www.crnbc.ca/Registration/Lists/RegistrationResources/501englishtests.pdf>



fach- und branchenspezifische Kenntnisse werden kaum vorausgesetzt. Wenige Führungskräfte können Praxis im extramuralen Sektor nachweisen, sie verfügen in der Hauptsache über betriebswirtschaftliche Kenntnisse. Personen aus der Pflege müssen sich im Zuge besserer Ausbildungen Management- und Führungsqualitäten aneignen sowie auch über beträchtlichen Mut und Visionen verfügen, um ihre Bedürfnisse artikulieren und notwendige Entscheidungen und Forderungen nach außen (Öffentlichkeit) und nach oben (in der Hierarchie) durchsetzen zu können.

In Ausbildungslehrgängen für Führungskräfte sollte auch vermittelt werden, was sich hinter einer gemeinsamen Vision bzw. dem Menschenbild verbirgt, da Führungskräfte der mittleren Ebene direktiven Vorgaben von „oben“ kaum etwas entgegensetzen können und dennoch Mitarbeiterinnen motivieren sollen (vgl. Bauer, der Standard, K1). Dahinter liegende Ebenen werden kaum in Frage gestellt.

Solange diplomiertes Pflegepersonal nicht seiner Ausbildung gemäß eingesetzt wird und jedes Ansinnen danach von Vorgesetzten mit Mobbing oder auch mit Kündigung geahndet wird, wie der Fall einer Interviewpartnerin zeigt, solange die extramurale Pflege selbst innerhalb der Berufsgruppe nicht als gleichwertig anerkannt wird, solange wird die extramurale Pflege den Status eines Paria-Daseins führen. Dies widerspricht den Bestrebungen von Staat und Institutionen, die diesen Sektor ausbauen wollen.

Die seit Jahren fälligen Investitionen, vielmehr aber Änderungen in Organisation und Struktur werden notwendig sein, wenn extramurale Pflege in Zukunft hochqualitativ und langfristig gesichert sein soll. Eine Aufrechterhaltung des Status quo könnte zu einer massiven Verschlechterung für Betroffene (Kundinnen und Mitarbeiterinnen) führen und die „zarten Pflänzchen“ der Organisationsentwicklung und Professionalisierung, die in Ansätzen vorhanden sind, im Keim ersticken.

Dazu ist eine politische Entscheidung für ein klares, bundesweit gültiges Konzept notwendig, eine konzertierte Ausrichtung über die künftige Entwicklung (vergleiche Gesundheitsreform Schweden 1992, Ertl, S.19), entsprechende finanzielle Mittel (Umverteilung von intra- auf extramural), Professionalisierung innerhalb des Berufsstandes in Form einer im tertiären Bereich angesiedelten Ausbildung, wofür der Grundstein in Wien 2008 gelegt (am Rudolfinerhaus in Kooperation mit der PMU<sup>60</sup>-Salzburg) wurde und eine Änderung des gesellschaftlichen Bewusstseins über die Leistung, die durch die extramurale Pflege erbracht wird. Dies muss gepaart sein mit einer

---

<sup>60</sup> Paracelsus Medizinische Privatuniversität

zeitgemäßen Ausrichtung der Organisationen mittels Partizipation und Empowerment von professionellen Mitarbeiterinnen.

Weiterführende kontinuierliche Forschung auf dem Gebiet der extramuralen Pflege als Zeichen der Professionalisierung, in der sich auch Organisationsentwicklung zeigt, wären auch vom Institut für Pflegewissenschaft wünschenswert, um in Zukunft „belastbare Arbeitskontakte“ für internationale Forschungsprojekte zur Verfügung stellen zu können (EU-Studien oder auch Teilnahme an globalen Forschungsprojekten). Die Unternehmen selbst werden nicht umhin können, OE-Prozesse anzustreben, in denen Mitarbeiterinnen sich als Teil des Unternehmens fühlen. Dies wurde vielfach bis heute nicht erreicht.

## **7. Literaturverzeichnis**

### **Bücherzitate**

Ertl, Regina; Kratzer, Ursula: Hauskrankenpflege. Facultas Verlag, 2.Auflage, Wien, 2007

Mayer, Hanna: Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Facultas-Verlag, 3. Auflage, Wien, 2011

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Verlag Beltz, 11. Auflage, Basel, 2010

Meisel, Klaus; Feld, Timm C.: Veränderungen gestalten. Organisationsentwicklung und -beratung in Weiterbildungseinrichtungen, Waxmann-Verlag, Münster, 2009

Schaeffer, Doris; Wolters, Paul: Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege, Bielefeld, 1998

Schiersmann, Christiane; Thiel, Ulrich: Organisationsentwicklung: Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen, VS-Verlag für Sozialwissenschaften Springer-Verlag, Wiesbaden, 2009

## **Sammelbände**

Asselmayer, Herbert: Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. Ansätze für das Verstehen und methodische Vorschläge für das Gestalten und Verändern von Gesundheitsorganisationen. In: Pundt, Johanne: Professionalisierung im Gesundheitswesen, Verlag Huber, Bern, 2006; 266-287

Bögemann-Großheim, Ellen: Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jahrgang 3/2004: 100-107

Böhlke, Nils: Öffentliche Krankenhäuser als Auslaufmodell. In: Gesundheit für Alle; Mandelbaum Kritik&Utopie, Wien, 2013, S.116-124

Conzen, Christel: Professionalisierungsprozess in der Pflege. In: Conzen, Christel; Freund, Jutta; Overlander, Gabriele (Hg.): Pflegemanagement heute. Ökonomie, Personal, Qualität; Elsevier, München, 2009, S.74-105

Immenschuh, Ursula; Scheele-Schäfer, Jutta; Spahn, Claudia (Hg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Band 2; Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage, Hannover, 2005

Kieser, Alfred; Ebers Mark (Hg.): Organisationstheorien, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2006

## **Zeitschriftenartikel**

Cannon, Rose: Enduring Echoes. The Professionalization of Public Health Nurses in Georgia in: Georgia Nursing, 2014

Clancy, Anne; Leahy-Warren, Patricia: Primary Health Care: Comparing Public Health Nursing Models in Ireland and Norway, Nursing Research and Practice, Norway, 2013

Darmann-Finck, Ingrid; Friesacher, Heiner: Professionalisierung in der Pflege. In: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Ausgabe 07/2009

Dubois, Carl-Ardy; Singh, Debbie: From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management. IN: Human Resources for Health, BioMed Central, 2009, 7:87

Görres, Stefan: Ausbildung bringt Qualität. Akademisierung in den Pflegeberufen. In: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Ausgabe 07/2009

Görres, Stefan: Innovative Handlungspotenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der der Pflege. In: Pflege 2004, 17: 105-112

Hasseler, Martina: Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die ambulante Pflege in Deutschland. In: Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 2003; 16: 222-229

Meagher-Stewart, Donna et.al.: Organizational attributes That Assure Optimal Utilization of Public Health Nurses. In: Public Health Nursing, 2010, Vol.27; 5:433-441

Spichiger, Elisabeth: Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: Pflege, Verlag Huber, 2006; 19:45-51

Spitzeck, Heiko: Organizational Moral Learning: What, If Anything, Do Corporations Learn from NGO Critique? In: Journal of Business Ethics, 2009/88: 157-173

Stefan, Harald: Das Umdenken hat begonnen. Verändertes Bild in der Krankenpflege. In: Springer-Verlag, ProCare 09/2009

## Dokumente aus dem Internet

Ärzttekammer begrüßt verbesserte Zusammenarbeit mit Pflegeberufen  
[http://www2.aekwien.at/conf\\_p.py?Page=1&id\\_press=1359&id\\_press\\_type=1](http://www2.aekwien.at/conf_p.py?Page=1&id_press=1359&id_press_type=1), 20.7.2014

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Hochaltrigkeit in Österreich, 2009

[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf), 17.6.2014

Bundesministerium für Gesundheit

[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe\\_A\\_Z/Diplomierte\\_Gesundheits\\_und\\_Krankenschwester\\_Diplomierter\\_Gesundheits\\_und\\_Krankenpfleger](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe_A_Z/Diplomierte_Gesundheits_und_Krankenschwester_Diplomierter_Gesundheits_und_Krankenpfleger), 5.6.2014

Bundeszielsteuerungsvertrag – Zielsteuerung Gesundheit

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>, 11.7.2014

Biwald, Peter; Haindl, Anita: Pflege und Betreuung in Österreichs Städten, KDZ-Zentrum für Verwaltungsforschung, Wien, 2011

[http://www.kdz.or.at/sites/default/files/documents/kdz/tagungen/st%C3%A4dtetag/st%C3%A4dtetag\\_2011/20111116\\_KDZ\\_Endbericht\\_PflegeBetreuungin%C3%96sterreichsSt%C3%A4dten\\_01.pdf](http://www.kdz.or.at/sites/default/files/documents/kdz/tagungen/st%C3%A4dtetag/st%C3%A4dtetag_2011/20111116_KDZ_Endbericht_PflegeBetreuungin%C3%96sterreichsSt%C3%A4dten_01.pdf), 4.6.2014

Elke, G. & Ziemeck, H.: Dienstleistungen im Business-to-Business Geschäft. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 2 Ingenieurpsychologie Göttingen: Hogrefe, 2006, S. 249-280

[http://www.ruhr-uni-bochum.de/imperia/md/content/psy\\_auo/organisationsentwicklungge.pdf](http://www.ruhr-uni-bochum.de/imperia/md/content/psy_auo/organisationsentwicklungge.pdf), 5.6.2014

Heintze, Cornelia: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Friedrich Ebert Stiftung, Bonn, 2012

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf>, 24.5.2014

Hülken-Giesler, Manfred: Vom Nahn Sinn zum Fernsinn. Zur Neuordnung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten einer professionalisierten Pflege In: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Ausgabe 07/2009

[http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippinfo/IPP\\_info\\_no7\\_online\\_rz.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippinfo/IPP_info_no7_online_rz.pdf), 25.6.2014

International Council of Nurses: Häusliche Pflege. Katalog aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis, dt. Fassung, Genf, 2014

<http://www.dbfk.de/download/download/ICNP-Katalog-Haeusliche-Pflege-2014-03-25.pdf>, 12.6.2014

Jank Franziska: Die Rolle des nationalen Berufsverbandes für die Professionalisierung der Pflege, Diplomarbeit, Wien, 2011

[http://othes.univie.ac.at/14871/1/2011-05-14\\_0600616.pdf](http://othes.univie.ac.at/14871/1/2011-05-14_0600616.pdf), 24.5.2014

Krajic, Karl: Pflegenotstand in der mobilen Pflege, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien, 2005

[http://bimngs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand\\_eb05.pdf](http://bimngs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf), 2.5.2014

Netzwerk für ganzheitliche Organisationsentwicklung, Leitlinien

<http://www.goe.org/cms/wp-content/uploads/2012/02/Leitlinien-2011.pdf>, 2.5.2014



OECD Gesundheitsdaten Österreich 2013

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-OSTERREICH-2013-in-German.pdf>, 6.6.2014

Philipsen, H; Stevens, F.C.J.: Home Nursing in Europe; Patterns of Professionalisation and Institutionalisation of Home Care and Family Care to Elderly People in Denmark, France, the Netherlands and Germany. Proefschrift 25.6.2008, Universiteit Maastricht

<http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=11351>, 22.5.2014

Rechnungshof: Gesundheit und Pflege, Arbeitspaket 10; Stand 31.5.2010

[http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf), 28.6.2014

Republik Österreich: Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018, Bundespressedienst, Wien 2013

<https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264>, 12.6.2014

Rotes Kreuz

<http://www.rotekreuz.at/pflege-betreuung/kurse/pflegende-angehoerige/>, 13.4.2014

Rümmele, Martin: Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und ihre Folgen in: Kurswechsel 2007/2: 36-45

[http://www.beigewum.at/wordpress/wp-content/uploads/002\\_autorenverzeichnis\\_editorial22.pdf](http://www.beigewum.at/wordpress/wp-content/uploads/002_autorenverzeichnis_editorial22.pdf), 24.3.2014

Schober, Christian; Schober, Doris: Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege – und Betreuungsdienste in Wien mittels SROI-Analyse, NPO-Kompetenzzentrum, Wien, 2012

[http://www.wu.ac.at/npo/competence/research/abgeschforsch/sroi-analyse\\_mobile\\_dienste\\_wien\\_endbericht\\_npo-kompetenzzentrum.pdf](http://www.wu.ac.at/npo/competence/research/abgeschforsch/sroi-analyse_mobile_dienste_wien_endbericht_npo-kompetenzzentrum.pdf), 15.2.2014

Simsa, Ruth, Schober, Christian, Schober, Doris: Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenpflege und -beratung. In: Krajic Karl: Pflegenotstand in der mobilen Pflege Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien, 2005

[http://bimings-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand\\_eb05.pdf](http://bimings-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf), 2.5.2014

Simsa, Ruth: Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie in Alten- und Pflegeheimen, Wien, 2004

[http://www.zukunft-pflegen.info/uploads/tx\\_frpsimpledownloads/SIMSA\\_Wiso.pdf](http://www.zukunft-pflegen.info/uploads/tx_frpsimpledownloads/SIMSA_Wiso.pdf), 20.7.2014

Spezifische Förderrichtlinie für ambulante/extramurale Pflege und Betreuung

[http://www.fsw.at/downloads/foerderwesen\\_anerkennung/foerderrichtlinien/spezifisch/Spez\\_FRL\\_Pflege\\_ambulant.pdf](http://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/spezifisch/Spez_FRL_Pflege_ambulant.pdf), 2.7.2014

Spicker, Ingrid: Professionalisierung der Pflege, Diplomarbeit, Wien 2001

<http://othes.univie.ac.at/8298/1/DA-Spicker.pdf>, 15.5.2014

Springermedizin, APA Presse Agentur: Pflege-Regress-Aus.  
<http://www.springermedizin.at/artikel/40128-pflege-regress-aus-und-pruefbericht-thema-im-landtag-steiermark>, 17.5.2014

Statistik Austria

[http://www.statistik-austria.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegege ld/index.html](http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegege ld/index.html), 28.5.2014

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/pflege\\_und\\_betreuungsdienste/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html), 28.5.2014

[file:///C:/Users/Home/Documents/MA-Arbeit/Statistiken/jahresdurchschnittsbevoelkerung\\_seit\\_1981\\_nach\\_breiten\\_altersgruppen\\_sowie\\_023458.pdf](file:///C:/Users/Home/Documents/MA-Arbeit/Statistiken/jahresdurchschnittsbevoelkerung_seit_1981_nach_breiten_altersgruppen_sowie_023458.pdf), 25.7.2014

Trukeschitz, Birgit; Michalitsch Verena: Wo der Schuh drückt. Stellungnahmen und Verbesserungsvorschläge pflegender Angehöriger zu Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Wien, Institut für Altersökonomie, Wien, 2/2011

[http://www.wu.ac.at/altersoekonomie/publikationen/fb02\\_2011](http://www.wu.ac.at/altersoekonomie/publikationen/fb02_2011), 12.5.2014

## **Zeitungsartikel**

Bauer, Karin: Wer will noch führen? In: der Standard, 21./22.6.2014, Karrierestandard K1

Bund, Kerstin; Rohwetter, Marcus: So wollen wir arbeiten. In: Die Zeit, Nr. 15, Hamburg, 2014

## 8. Abkürzungsverzeichnis

ASchG	Arbeitnehmerinnenschutzgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
DGKS/P	diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger
FSW	Fonds Soziales Wien
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HR	Human Resources
ICN	International Council of Nurses
i.d.R.	in der Regel
OE	Organisationsentwicklung
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PDL	Pflegedienstleitung
PEG	Perkutane Endoskopische Gastrostomie
PHN	Public Health Nursing
u.a.	unter anderem
UMIT	Private Universität für Medizinische Informatik und Technik (in Tirol)
vgl.	vergleiche
vs.	Versus
VZÄ	Vollzeitäquivalente
z.B.	zum Beispiel