

**Interessenvertretung in Krankenpflege
und
Altenbetreuung in Oberösterreich**

Kurzbericht zur Studie / Matthias Specht

1. Abstract

Die Studie hat den Zustand der Beschäftigteninteressenvertretungen im Pflege- und Betreuungsbereich untersucht. Im Fokus standen dabei sowohl die existierenden betrieblichen (Betriebsrat) wie überbetrieblichen Vertretungsstrukturen (Gewerkschaften, Arbeiterkammer). Zudem wurden auf der Grundlage bestehender arbeitspolitischer Problemlagen die Erwartungen der Beschäftigten an die Interessenvertretungen dargestellt. Methodisch wurde mit Experten/-inneninterviews und Betriebsfallstudien gearbeitet.

Die politische Entwicklung der Arbeiterkammer wird von wichtigen Interessenvertreter/-innen in der Branche als außerordentlich positiv beurteilt. Diese haben in den letzten Jahren eine Hinwendung zu den Sozial- und Gesundheitsberufen vollzogen, was sich auch in der Arbeit der Vollversammlung widerspiegelt. Verbesserungsmöglichkeiten werden allerdings bei der Verankerung des Themas auf Expert/-innenebene gesehen. Die Beschäftigten verweisen vielfach auf positive Erfahrungen mit der Arbeiterkammer, diese beziehen sich allerdings häufig auf einen vorherigen Arbeitgeber oder auf das private Umfeld. An ihr wird geschätzt, dass sie eine betriebsunabhängige Ressource für Information und Unterstützung ist. Mitunter besteht jedoch die Erwartung an die Arbeiterkammer, konkret die Arbeitsbedingungen im Betrieb zu verbessern, ein Thema für das in erster Linie Betriebsrat und Gewerkschaft zuständig sind.

Viele ehrenamtliche Funktionäre der vier für die Vertretung dieser Berufsgruppen zuständigen Teilgewerkschaften (GÖD, GdG, GPA-djp, vida) sind gleichzeitig in der ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe des ÖGB (ARGE-FGV) aktiv. Die Einbindung der Fachgruppenvereinigung in den Gesetzwerdungsprozess auf Bundesebene wird als funktionierend bezeichnet, die Ländergesetzgebung im Bereich der Sozialbetreuungsberufe dagegen stark kritisiert. Mittelfristiges Ziel ist ein bundesweit einheitliches Gesetz ähnlich dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG). Bei einer wesentlichen Aufgabenstellung der Fachgruppenvereinigung, der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, wird seit geraumer Zeit kein Fortschritt gesehen. Die einzelnen Gewerkschaften werden von den Funktionären/-innen recht unterschiedlich beurteilt: An den Strukturen von GÖD und GdG wurde zum Teil deutliche Kritik geübt, während dies bei GPA-djp und vida nicht festgestellt werden konnte. Aus der Unzufriedenheit über die bestehenden gewerkschaftlichen Strukturen wird von manchen Interessenvertreter/-innen die Idee einer eigenen „Gesundheitsgewerkschaft“ vertreten, von der man sich eine Bündelung der Interessen der in diesem Bereich Beschäftigten erwartet. Skepsis gegenüber dieser Idee kommt von Vertreter/-innen der Sozialbetreuungsberufe, die in einer „Branchengewerkschaft“ eine Dominanz der statushohen Berufsgruppen erwarten würden. Die gewerkschaftlichen Organisationsgrade unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher institutioneller Traditionen, sind aber insgesamt betrachtet eher gering. So liegt der Organisationsgrad in den Heimen des Sozialhilfeverbands nach Aussagen der zuständigen Gewerkschafter/-innen bei durchschnittlich circa 25%, während er in den städtischen Pflegeheimen (als positiven Ausreißer) bei etwa 70% liegt. Die Rekrutierung von

Gewerkschaftsmitgliedern erfolgt – wie in anderen Branchen – vornehmlich über den Betriebsrat. Um die Verankerung des Betriebsrats unter den Beschäftigten zu stärken und die gewerkschaftlichen Organisationsgrade zu erhöhen, wurde im Berufsfeld begonnen, mit einem basisorientierten Gewerkschaftsansatz, dem so genannten „Organizing“, zu arbeiten. Getragen wird dieser Versuch von der ARGE Fachgruppenvereinigung des ÖGB.

Es gibt im Pflege und Betreuungsbereich annähernd flächendeckend Betriebsratsstrukturen. Zu beachten ist aber, dass viele Körperschaften eine junge Geschichte haben und erst durch Ausgliederungen entstanden sind. Die Lage der Betriebsratskörperschaften in Krankenhäusern ist vergleichbar mit anderen Großbetrieben, in denen der/die Betriebsratsvorsitzende mit Freistellung eine wichtige Rolle einnimmt. Dieser wird meist von der größten Berufsgruppe, der Pflege, gestellt. Die Betriebsratsarbeit in Pflegeheimen gestaltet sich schwierig: Aufgrund der Kleinheit der Einrichtungen gibt es keine Freistellung und die knappe Personalbemessung bedingt, dass betriebsrätliche Tätigkeiten durch Mehrarbeit der anderen Kollegen/-innen aufgefangen werden muss. Der Betriebsrat steht dabei unter einem starken Legitimationsdruck. Bei Anbietern mobiler Betreuung gilt den Beschäftigten der Betriebsrat/die Betriebsrätin im Team vor Ort als ihre eigentliche Vertretung. Gibt es eine solche nicht, wird dem Betriebsrat eher mit Distanz und Misstrauen begegnet. Für alle Bereiche des Berufsfelds kennzeichnend ist der starke Teamcharakter der Arbeit, was bedeutet das Forderungen der Beschäftigten häufig als Gruppe an den Betriebsrat herangetragen, mitunter aber auch informelle Arrangements gegen Intervention von „Außen“ (durch den Betriebsrat) verteidigt werden. Als problematisch erscheint die Rolle der unteren/mittleren Vorgesetzten (Teamleitungen, Pflegedienstleitungen), den bestehenden Problemdruck nicht gegenüber den übergeordneten Stellen kommunizieren und im Betrieb mitunter offen gegen den Betriebsrat agieren. Der starke Gruppendruck kann zudem gewerkschaftlich engagierte Beschäftigte leicht zum „Außenseiter“ machen.

Eine zentrale Frage, die Beschäftigte und ihre Vertretungen spaltet, ist jene des Berufsethos in den Pflege- und Betreuungsberufen. Viele Betriebsräte/-innen berichten davon, dass die hohe Identifikation der Beschäftigten mit ihrer Tätigkeit dazu führt, auf die eigenen Rechte als Arbeitnehmer/-innen zu vergessen und diese damit letztlich zur Perpetuierung einer unbefriedigenden Gesamtsituation beitragen. Tatsächlich ist die Sensibilität der befragten Arbeitnehmer/-innen – etwa gegenüber Arbeitszeitregelungen – vielfach eher gering und wichtiger als das Gesetz scheint die Respektierung bestimmter informeller Arrangements zu sein. Allerdings übten die Pfleger- und Betreuer/-innen scharfe Kritik an den Ökonomisierungstendenzen im Arbeitsalltag, welche ihr berufliches Ethos in Frage stellen. Es ist die Aufrechterhaltung bestimmter professioneller Standards, welche das Handeln der Beschäftigten bestimmt. Eine gewerkschaftliche Strategie, die sich darauf beschränkt, die Beschäftigten dazu zu bringen, sich stärker als „Lohnarbeiter/-innen“ zu verhalten, muss vor diesem Hintergrund zu kurz greifen. Vielmehr gilt es die Alltagskritik der Beschäftigten aufzugreifen und daraus eine arbeitspolitische Strategie zu entwickeln.

Nicht zuletzt stehen Formen von Prekarität und die damit verbundene Unsicherheit einer Interessensartikulation entgegen. Prekäre Arbeitsverhältnisse in diesem Berufsfeld sind die Folge von einerseits einer Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung mit geringem Wochenstundenausmaßen, andererseits einer Tendenz zur De-Qualifizierung, mit der, der Sicht der Interessenvertreter/-innen ein disziplinierender Effekt verbunden ist. Hinzu kommt, dass die (überwiegend) weiblichen Beschäftigten meist stark lokal/regional gebunden sind und das individualistische Handlungsmodell einer Verbesserung der Arbeitssituation durch Arbeitsplatzwechsel für diese nur eingeschränkt möglich ist.

2. Methodisches

Die Studie folgt einem qualitativen Forschungsansatz und unterteilt sich in zwei große Module. Modul eins besteht aus Experteninterviews mit wesentlichen interessenpolitischen Akteuren/-innen im Feld der Pflege- und Betreuungsberufe. Zweck dieses Moduls war es, einen Überblick über die Vertretungslandschaft in Oberösterreich zu bekommen, wesentliche interessenpolitische Problemlagen herauszuarbeiten und Hinweise für vertiefende Fragestellungen auf betriebliche Ebene zu bekommen. Insgesamt wurden 13 Interviews mit Experten/-innen geführt.

In Modul zwei wurde die Praxis der Interessenvertretung in Form von Betriebsfallstudien in den Mittelpunkt gerückt. Dafür wurden problemzentrierte Interviews mit Beschäftigten und Betriebsräte/-innen in ausgesuchten Krankenhäusern, Pflegeheimen und Einrichtungen mobiler Dienste geführt. Der Vorteil des Fallstudienansatzes liegt darin begründet, dass betriebliche Kontextbedingungen in systematischer Weise berücksichtigt und die Perspektiven unterschiedlicher Akteure/-innen einbezogen werden können. Die Problemdefinitionen der Betriebsräte/-innen sollten mit den Wahrnehmungen „einfacher“ Beschäftigter kontrastiert werden. Es wurden neun Betriebe besucht und dabei wurden insgesamt 27 Interviews geführt. Die sechs Fallstudien wurden mit drei Kurzfallstudien ergänzt, in denen nur ein Interview mit dem/der Betriebsratsvorsitzenden geführt wurde. Mit der Auswahl der Fälle wurde versucht, die Breite der Institutionenlandschaft abzubilden.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die Interviewtexte wurden kodiert und systematisch vergleichend analysiert. Dabei kam unterstützend das Textanalyseprogramm MAXQDA zur Anwendung.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Experten/-innengesprächen und aus den Betriebsfallstudien zusammenfassend dargestellt. Für eine Darstellung der Ergebnisse im Detail sei auf die Langfassung des Forschungsberichts verwiesen.

3. Studienergebnisse im Überblick

3.1 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen

Die Bezahlung wird im Verhältnis zu den Arbeitsbelastungen als nicht leistungsgerecht wahrgenommen, aber die erste interessenpolitische Priorität gilt der Verbesserung der als schwierig wahrgenommenen Arbeitsbedingungen – so könnte man versuchen, die Forschungsergebnisse zu diesen Themenfeldern in einen Satz zusammen zu fassen. Die Schwere der Arbeitsbedingungen ergibt sich dabei nicht in erster Linie aus der Tätigkeit an sich (Konfrontation mit Krankheit und Tod), sondern aus dem Ökonomisierungs- und Rationalisierungsdruck, dem – jeweils auf spezifische Weise – alle drei untersuchten Teilbereiche (Krankenhaus, Pflegeheim, mobile Dienste) unterworfen werden. Dieser Ökonomisierungsdruck hat zu einer massiven Arbeitsverdichtung geführt und stellt tendenziell das berufliche Ethos der Beschäftigten in Frage. Dies äußert sich dies in Form von „moralischem Stress“, der selbst als psychosoziale Arbeitsbelastung aufgefasst werden kann.

Zudem berichten insbesondere die Altenbetreuer/-innen von einem diskriminierenden Mangel an Anerkennung in der allgemeinen Öffentlichkeit.

3.1.1 Arbeitsverdichtung¹

Die Arbeitsverdichtung resultiert wesentlich aus zwei Faktoren: dem Mangel an Personal und den Bestrebungen zur Rationalisierung der Pfl egetätigkeit. Dahinter steht ein steigender Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen. In den Spitälern kommen Systeme zur Personalbemessung zur Anwendung, die auf so genannten „Pfl egeminuten“ (allen Pfl egetätigkeiten werden standardisiert bestimmte Zeitkontingente zugerechnet) basieren.² Von den Interviewpartner/-innen wird an dieser Berechnungsweise kritisiert, dass die für den Beruf zentrale „Emotionsarbeit“ keine Berücksichtigung findet. Hinzu kommt, dass in der Praxis häufig eine so genannte Strategie der „Personalanspannung“ Anwendung findet: Vom errechneten Personalaufwand auf Basis des vergangenen Jahres werden für das kommende Jahr nur 90% an Personaleinheiten genehmigt. Die Überlastung der Beschäftigten ist also systemisch bedingt. *Als zentrales Moment bei der Intensivierung der Arbeit in den Krankenhäusern werden die Folgen des LKF- Punktesystems (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) identifiziert.* Krankheiten werden jeweils eine bestimmte Zahl an Punkten zugewiesen und das Krankenhaus wird über die Gesamtzahl der erreichten Punkte finanziert. Entscheidend ist nun, dass der „Gesamtkuchen“ an öffentlichen Budgets, der über das LKF-System verteilt wird, kon-

¹ Unter Arbeitsverdichtung ist eine Zunahme der pro Zeiteinheit geleisteten Arbeit zu verstehen. Dies kann die Folge von Arbeitszeitverkürzungen, veränderten Tätigkeitsmerkmalen oder Rationalisierung sein (Fuchs-Henzrit z et.al. 1995)

² Diese Pflegepersonalregelungen (PPR) kommen in Oberösterreich sowohl in den öffentlichen als auch in den konfessionellen Krankenhäusern zur Anwendung.

stant bleibt und die Spitäler ihre „Leistungen“ anheben müssen, um ihren Finanzierungsanteil zu halten.

„Generell ist der Trend in den letzten Jahren auch dahin gegangen, auch aufgrund des LKF-Systems, dass man die Leute möglichst rasch wieder aus dem Krankenhaus entlässt, sobald diese entschlaucht sind und gerade aus dem Bett können, werden sie nach Hause geschickt. Das heißt natürlich eine wahnsinnige Arbeitsverdichtung auf der Station. Ein wahnsinnig rascher Wechsel von den Patienten, also man lernt die Patienten kaum mehr kennen. Kaum denkst du, du hast sie da, sind sie eigentlich schon wieder weg. Man kann so gar nicht mehr eruieren, wo sind die pflegerischen Bedürfnisse, sondern es steht viel mehr das Medizinische im Vordergrund.“ **Betriebsrätin Krankenhaus**

Folge des LKF-Systems ist die Erhöhung des „Patientendurchlaufs“: Die Möglichkeiten zur kurzen Regeneration in der Arbeitszeit sind weitgehend verschwunden und es bleibt weniger Zeit, auf die Patienten/-innen individuell einzugehen. Zudem wird kritisiert, dass diese Finanzierungsweise auf einem Defizitansatz basiert und die gesellschaftlichen Folgekosten ausgeblendet werden.

In den Pflegeheimen gibt es diese Form der Rationalisierung nicht, da die Bewohner/-innen in aller Regel dort versterben. Der Druck auf die Arbeitsbedingungen ist trotzdem stark und ist im Wesentlichen eine Folge der Form der Personalbemessung. Es gibt einen landesgesetzlichen (Mindest-) Personalschlüssel, der in der oberösterreichischen Heimverordnung aus dem Jahr 1996 festgelegt ist (und seitdem nicht verändert wurde). Dieser Personalschlüssel wird durchgängig von den Betriebsräte/-innen in den Einrichtungen als veraltet kritisiert. Aufgrund der Veränderungen in der Bewohner/-innenstruktur (es kommen nur mehr hochaltrige Personen ins Heim, verbunden mit Krankheitsbildern wie Demenz und Multimorbidität), kam zu einer Vervielfachung der Belastungen, denen im Pflegeschlüssel nicht Rechnung getragen wird. Die Pflegestufen, auf denen der Personalschlüssel basiert, würden den tatsächlichen Pflegeaufwand häufig nicht wiedergeben.

Der auf diese Weise errechnete Mindestpersonalbedarf unterliegt ständigen Schwankungen. *In der Praxis ist es häufig so, dass der Mindestpersonalschlüssel als Obergrenze beim Personalstand wird und es deswegen in den Einrichtungen zu einem ständigen Auf- und Abbau von Personaleinheiten kommt.* Aus den Fallstudien ergeben sich deutliche Hinweise, dass die Auslegung der Personalbemessung in den Heimen des Sozialhilfeverbands (im Vergleich zu den kommunalen Einrichtungen) besonders restriktiv ist. Ebenso scheint dort der Spardruck bei den Arbeitsmitteln stark zu sein.

In der mobilen Betreuung gibt es die Tendenz zur Standardisierung der Pflegehandlungen durch zeitliche Vorgaben. Hinzu kommt eine zunehmende Kontrolle während der Arbeit durch elektronische Überwachungsmittel.³ Dies zusammengenommen führt dazu, dass die Beschäftigten das eigenständige Arbeiten, welches als wesentlicher Vorteil der mobilen Be-

³ Dies hängt damit zusammen, dass in der Finanzierung der Einrichtungen die öffentliche Hand zwischen Fahrtzeiten und Klientenzeiten unterscheidet.

treuung gesehen wird, in Frage gestellt sehen. *Man arbeitet ständig mit der „Uhrzeit im Hinterkopf“, im (Gewissens-)Konflikt zwischen einer „effizienten“ Verwendung öffentlicher Gelder und dem Anspruch, den Patienten/-innen ausreichend Pflege und Zuwendung zukommen zu lassen.*

Zusätzlich zur Arbeitsverdichtung trägt der steigende Aufwand für die Dokumentation der Pflegetätigkeiten bei. Diese „Bürokratisierung“ widerspricht zudem dem Berufsverständnis der Beschäftigten und wird heftig kritisiert, auch wenn aufgrund rechtlicher Belange keine Alternative dazu gesehen wird.

Handlungsempfehlung:

Die bestehenden Steuerungsformen bei Personal- und Finanzierung im Gesundheitswesen sind im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von den Interessenvertretungen kritisch zu thematisieren. Bei der Entwicklung von alternativen Konzepten kann auf das Wissen der im Berufsfeld tätigen Interessenvertreter/-innen zurückgegriffen werden.

3.1.2 Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe, seien sie nun durch Gesetz, Kollektivvertrag oder Betriebsvereinbarung festgeschrieben, enthalten weitreichende Flexibilisierungsmöglichkeiten. Die Praxis überschreitet häufig noch diese (weiten) Grenzen und die Kontrolle/Einhaltung des Arbeitszeitrechts ist ein wesentlicher Gegenstand der Arbeit der Betriebsräte/-innen. Insbesondere die so genannten Durchrechnungszeiträume haben sich in der Praxis als problematisch erwiesen: Es gibt die Tendenz, Beschäftigte unter ihrem vereinbarten Arbeitszeitausmaß einzuteilen und so einen Pool von jederzeit disponiblen Arbeitskräften zur Verfügung zu haben.

*„Wir haben sehr unregelmäßige Dienstpläne, unsere Dienstpläne sind nicht so gestaltet, dass ich jede Woche 25 [Stunden Anm.] habe, [...], sondern ich habe jetzt gerade einen Zyklus von 38 Stunden hinter mir, d.h. innerhalb von vier Tagen 38 Stunden. Das macht sehr viel Spannung, dann hast du wieder lange frei, dann musst du dich wieder einarbeiten und einlesen, also das macht dem Personal schon sehr viel Druck, diese unregelmäßigen Dienstzeiten.“ **Betriebsrätin Pflegeheim***

Im Mittelpunkt der gewerkschaftlichen und betriebsrätlichen Aktivitäten beim Thema Arbeitszeit steht daher das Ringen um eine bessere Dienstplanstabilität. Vorschläge dafür sind etwa die Einführung von Rufbereitschaften oder eine finanzielle Abgeltung kurzfristiger Flexibilitätsbereitschaft. Die gewerkschaftliche Position stößt dabei allerdings auf das Problem informeller Arrangements zwischen Arbeitnehmer/-innen und unmittelbaren Führungskräften, die auf der Basis von „Geben und Nehmen“ basieren, wie es die Beschäftigten in den Interviews nennen. *Hinter vordergründig arbeitszeitbezogenen Konflikten steht zudem häufig eine zu geringe Personalzuteilung.*

Der hohe Anteil der Teilzeitbeschäftigung in der Altenarbeit (im Krankenhaus ist Vollzeit noch eher Normalität) wird im Berufsfeld kontrovers diskutiert. Gerade Beschäftigte in Pflegeheimen geben häufig an, aufgrund der Arbeitsbelastung keine Vollzeitanzustellung anzustreben. Auf die mobile Betreuung trifft dies weniger zu, hier werden von den Arbeitnehmer/-innen häufig Vereinbarkeitsgründe angegeben. Hinzu kommt, dass es nach Einschätzung der Betriebsräte/-innen in diesem Bereich kaum möglich ist, eine Vollzeitanzustellung zu bekommen. Vielmehr komme es zu einer Ausweitung prekärer Anstellungsverhältnisse mit Wochenstundenausmaßen von weniger als 20 Stunden.

In den Fallstudien fanden sich vielfach Hinweise darauf, dass die Teilzeitbeschäftigten von den Einrichtungen als „Flexibilitätsreserve“ verwendet werden - auf Kosten der Planungsfähigkeit der Arbeitnehmer/-innen. Aus deren Perspektive besteht das Problem, dass die Flexibilisierung der Arbeitszeit die Vorteile der Teilzeittlösung tendenziell aufhebt und neue Vereinbarkeitsproblematiken schafft. Dabei wird von den Arbeitgeber/-innen – bewusst oder unbewusst – auf traditionelle Geschlechterrollen und -verhältnisse zugegriffen. Die mit der Rolle als Hauptverantwortliche für Haushalt und Kindererziehung verbundene Flexibilität ist für die Erwerbsarbeit funktional.

Handlungsempfehlung:

Eine erste Forderung aus arbeitnehmerischer Sicht müsste „Teilzeit muss Teilzeit bleiben“ lauten. Die Beschäftigten brauchen planbare Arbeitszeiten. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist eine bessere Personalbesetzung. Zudem ist die besondere Flexibilitätsbereitschaft der Beschäftigten finanziell abzugelten. In den Pflegeheimen ist eine Belastungsreduzierung notwendig, um diese Tätigkeit auch als Vollzeitarbeit attraktiv zu machen. In der mobilen Betreuung wird die Kombination von Arbeit im Pflegeheim und im mobilen Dienst (innerhalb der gleichen Organisation) als Möglichkeit angesehen, eine Vollzeitanzustellung zu erlangen.

3.1.3 Entgelt

In der Entgeltfrage ist zwischen prinzipieller Beurteilung nach Gerechtigkeitskriterien und der persönlichen Zufriedenheit zu unterscheiden. Während die Beschäftigten sich persönlich keineswegs unzufrieden über ihr Einkommen äußern, wird es unter Kriterien der (Leistungs-)Gerechtigkeit kritisiert. Diese Einstellung hat eine Ursache darin, dass sich die Beschäftigten (insbesondere in der Altenarbeit) überwiegend als Zuverdienerinnen zum Familieneinkommen definieren und deshalb die Einkommenshöhe nicht die entscheidende Bewertungsgröße ist. Bei den Diplomkrankenschwestern/-innen, die mehrheitlich Vollzeit arbeiten, ist dies etwas anders. *Es ist bemerkenswert, dass die besser verdienende (höher qualifizierte) Berufsgruppe in der Einkommensfrage tendenziell ein kritisches Bewusstsein an den Tag legt.* Die Beurteilung des Einkommens ist auch eine Frage der Vergleichsperspektive: Während sich ein männlicher junger Krankenschwester mit den „Metallern“ vergleichen kann (und damit ein finanzieller Aufholbedarf gegeben ist), vergleicht sich eine ältere Altenbetreuerin vielleicht eher mit dem Einzelhandel, der Branche, in welcher sie zuvor gearbeitet hat (und so mit dem Wechsel in den Sozialbereich eine Verbesserung gelungen ist). Hier wird deutlich, wie die Sozialwirtschaft in ihrer Arbeitsmarktdynamik auf dem nach Geschlechtern segmentierten Arbeitsmarkt aufbaut. Allerdings scheint die Chance einer politischen Bewusstseinsbildung durchaus gegeben: Die Proteste der GdG 2011 wurden auch von den Beschäftigten in der Altenbetreuung entschlossen unterstützt, auch wenn es dabei nicht nur um Lohnfragen, sondern auch um öffentliche Sichtbarkeit ging.

Handlungsempfehlung:

(Weitere) Öffentliche Mobilisierung kann dazu beitragen, das berufliche Selbstbewusstsein der Beschäftigten zu stärken. Es gilt aber, nicht nur Gehalts- sondern auch Arbeitszeit- und Leistungsfragen (Personalstand) zum Gegenstand der Mobilisierung zu machen.

3.1.4 De-Qualifizierung

Für das Berufsfeld der Sozialbetreuungsberufe, d.h. für die Altenarbeit, wird von den Interessenvertreter/-innen eine Tendenz zur De-Qualifizierung festgestellt. Mit den Heimhelfer/-innen wurde in den Einrichtungen eine wenig qualifizierte Berufsgruppe de facto ohne Kompetenzen, was die Arbeit am Patienten/der Patientin betrifft, geschaffen. Dies hat aus der Sicht der Betriebsräte/-innen auch negative interessenpolitische Implikationen: Es werden Beschäftigte geschaffen, die stark von ihrem Arbeitsplatz abhängig sind, da ihre Arbeitskraft bzw. Qualifikation am Arbeitsmarkt nur wenig gefragt sei.

In den Fallstudien konnte zudem festgestellt werden, dass sich mitunter geringe Qualifizierung und arbeitsvertragliche Schlechterstellung (z.B. beim Kündigungsschutz) miteinander verbinden. In diesen Fällen kann daher mit Recht von prekären Beschäftigungsverhältnissen gesprochen werden.⁴

„Das sind die zwei Mechanismen: Einerseits, dass ich Mitarbeiter schaffe, die total abhängig sind; und andererseits, dass ich damit die qualifizierten Berufsgruppen verdränge, weil sie einfach billiger sind.“ **Fachgruppenvertreter**

Nicht bestätigt werden kann die Annahme, dass sich gering qualifizierte Berufsgruppen durch ein „instrumentaleres“ Arbeitsverständnis auszeichnen. Sie beziehen ihre berufliche Identifikation vielmehr genauso aus der „Arbeit am Menschen“ und fühlen sich ungerechter Diskriminierung ausgesetzt.

Handlungsempfehlung:

Der Schaffung von benachteiligten Sondergruppen in den Einrichtungen ist entschieden entgegenzutreten. Gerade die Randgruppen des Berufsfelds sind besonders schutzbedürftig und die Interessenvertretungen tun gut daran, spezifische Forderungen für diese zu entwickeln.

3.2. Die Gewerkschaften im Feld der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe

Im Feld der Pflege- und Betreuungsberufe sind vier Teilgewerkschaften aktiv, die sich in Bezug auf Tradition und organisatorischer Stärke stark voneinander unterscheiden: GÖD, GdG, GPA-djp und vida. Damit verbunden sind Unterschiede beim Entgelt und bei den arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen – auch eine Folge der vielgestaltigen Institutionenlandschaft. In den Zuständigkeitsbereich der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst (GÖD) fallen die Beschäftigten der öffentlichen Krankenhäuser und Pflegeheime, mit Ausnahme der kommunalen Einrichtungen, welche von der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten (GdG) organisiert werden. Die GPA-djp organisiert den privaten (in der überwiegenden Mehrheit allerdings gemeinnützig orientierten) Sozial- und Gesundheitsbereich, und hier insbesondere die Trägerorganisationen mobiler Dienste. Ein wesentlicher Unterschied zum öffentlichen Bereich ist, dass Kollektivverträge nach dem Modell der Privatwirtschaft ausgehandelt werden. Die Gewerkschaft vida ist für den Bereich der konfessionellen Spitäler- und Heime zuständig und verhandelt – als Besonderheit – einen nur für Oberösterreich gültigen Kollektivvertrag. Als Kooperationsstruktur zwischen den Teilgewerkschaften gibt es die ARGE Fachgruppenverei-

⁴ Als prekär kann ein Beschäftigungsverhältnis dann gelten, „wenn es nicht dauerhaft oberhalb eines von der Gesellschaft definierten kulturellen Minimums existenzsichernd ist und deshalb bei den Möglichkeiten zur Entfaltung in der Arbeitstätigkeit, den sozialen Netzwerken, den politischen Partizipationschancen und der Fähigkeit zur Lebensplanung dauerhaft diskriminiert.“ (Dörre 2010)

nigung für Gesundheits- und Sozialberufe (ARGE FGV) des ÖGB. Sie soll die Vertretung der spezifischen Interessen der in diesen Bereichen Beschäftigten garantieren.

3.2.1 GÖD und GdG

Innerhalb der Gewerkschaften des öffentlichen Bereichs nehmen sich die Pflege- und Betreuungsberufe als relativ einflusslose Minderheiten wahr und wird deutliche Kritik an den gewerkschaftlichen Strukturen geübt. Hierarchische Delegiertensysteme, in denen die untere Ebene für die jeweils höhere Ebene delegiert, bewirken dass Vertreter/-innen des Berufsfelds in den innergewerkschaftlichen Gremien schlecht repräsentiert sind. Die Gehaltsverhandlungen werden ohne einen Vertreter der Gesundheits- bzw. Sozialbetreuungsberufe im Verhandlungsteam geführt. Es gibt zudem die Wahrnehmung einer starken Fraktionsdominanz, die im interessenpolitischen Alltag immer wieder zu Konflikten führt. Hinzu kommt eine Unzufriedenheit, von der Öffentlichkeit als „Beamten-gewerkschaft“ wahrgenommen zu werden. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad liegt nach den Aussagen der zuständigen Gewerkschafter/-innen in den Landesspitälern durchschnittlich bei etwa 50%, in den Pflegeheimen der Sozialhilfeverbände dagegen nur bei durchschnittlich etwa 25%. Im Bereich der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten ist der Organisationsgrad dagegen tendenziell hoch. Beispielsweise liegt er in den Pflegeheimen der Stadt Linz durchschnittlich bei circa 70%. Es existiert hier eine dichte Vertretungsstruktur auf betrieblicher Ebene. Von besonderem Interesse ist die Institution der gewerkschaftlichen Vertrauenspersonen, die gewissermaßen unterhalb und neben der Betriebsratsebene agieren. Das gewerkschaftliche Erneuerungskonzept des „Organizing“, mit dem begonnen wurde, in diesem Berufsfeld zu arbeiten, greift die Idee auf, dass es neben dem Betriebsrat ein (eigenständiges) gewerkschaftliches „Standbein“ im Betrieb braucht (vgl. Abschnitt 3.2.5).

Handlungsempfehlung:

Die pflegerischen Berufsgruppen sollten innergewerkschaftlich stärker eingebunden werden. Der starke Einfluss der Fraktionen im gewerkschaftlichen Arbeitsalltag ist zu überdenken. Nach außen ist eine Gewerkschaftspolitik nötig, die den gesamten öffentlichen Sektor sichtbar macht.

3.2.2 GPA-djp und vida

Im Bereich der GPA-djp konnte keine manifeste Kritik an den gewerkschaftlichen Strukturen festgestellt werden. Es hat in jüngerer Zeit eine organisationsinterne Reform stattgefunden, deren Ergebnisse von den Interessenvertreter/-innen in der Sozialwirtschaft begrüßt werden. *Die Gewerkschaft wird als funktionierende Vernetzungsstruktur für Betriebsräte/-innen erlebt.* Es gibt auch offene Treffen, an denen Betriebsräte/-innen ohne gewerkschaftliche Funktion teilnehmen können. Zudem spielen die Fraktionen im gewerkschaftlichen Alltag eine geringere Rolle. Hauptprobleme in der GPA-djp sind der überwiegend niedrige gewerkschaft-

liche Organisationsgrad in den Einrichtungen (die Spannweite liegt zwischen 0 und 50 Prozent) und die restriktiven finanziellen Rahmenbedingungen, die sich direkt auf die Kollektivvertragspolitik auswirken. Denn zum einen, wurden Arbeitsbeziehungen nach industriellem Muster etabliert, bei denen sich Arbeitnehmer – und Arbeitgebervertreter/-innen gegenüber sitzen und verhandeln, auf der anderen Seite kommt die Finanzierung von der öffentlichen Hand, die Verhandlungsergebnisse häufig nicht (zur Gänze) anerkennt.

„Da ist ein Markt geschaffen worden, wo aber die Regeln des Marktes nicht passen, ja, weil in der Altenpflege geht es nicht um Gewinne, sondern da geht es um Zuneigung [...] es wurde künstlich von außen durch die Auslagerung an verschiedene Anbieter ein Markt geschaffen[...]als Anbieter musst du natürlich schauen, dass du die Aufträge kriegst, und musst schauen, dass du möglichst billig bist, und dadurch ist die Gefahr eines Wettbewerbs nach unten da, [...], und das geht am besten, indem man die Regeln bricht“

Gewerkschaftssekretär

An den Arbeitgebern im Sozial- und Gesundheitsbereich wird von den Gewerkschaften kritisiert, dass sie nicht selbstbewusst genug gegenüber der öffentlichen Hand auftreten. *Zudem gibt es die Wahrnehmung einer Unterbietungskonkurrenz, die durch den Kampf um öffentliche Aufträge entsteht.* Im Unterschied zum öffentlichen Bereich gibt es allerdings rund um die Verhandlungen zum BAGS-Kollektivvertrag (dem größten Kollektivvertrag in der Branche) regelmäßige Mobilisierung. Demonstrationen während der Arbeitszeit haben sich (aufgrund der Identifikation der Beschäftigten mit den Patienten/-innen vgl. Abschnitt 3.5) als nicht durchführbar erwiesen, weshalb nur nachmittags demonstriert wird. *Die Herausforderung besteht also darin, die Beschäftigten davon zu überzeugen, in ihrer Freizeit für ihre Arbeitsinteressen einzustehen.* Problematisch ist zudem, dass das kollektivvertragliche Rahmenrecht, insbesondere was die Arbeitszeiten betrifft, in der Praxis häufig unterlaufen wird. Die Betriebsräte/-innen haben auf die Teams vor Ort häufig keinen Zugriff und können die Einhaltung gesetzlicher/kollektivvertraglicher Normen nicht durchsetzen.

Beim Kollektivvertrag der oberösterreichischen Ordensspitäler, den die Gewerkschaft *vida* verhandelt, besteht eine ähnliche Problematik: Zum einen gibt es durch die Finanzierung durch die öffentliche Hand, den Druck, sich an den Abschluss des öffentlichen Dienstes „anzulehnen“, zum anderen werden die kollektivvertraglichen Arbeitszeitbestimmungen für das Pflegepersonal in der Praxis häufig unterlaufen. Die Betriebsräte/-innen der Spitäler scheinen jedoch eine vergleichsweise gute Verankerung unter den Beschäftigten zu haben und innerhalb der Gewerkschaft gibt es Spielräume für neue Ansätze von Gewerkschaftspolitik. Die *vida* hat als kleine Gewerkschaft allerdings nur beschränkte (personelle, finanzielle) Ressourcen zur Verfügung. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad in den der *vida* zugehörigen Einrichtungen, ist nach Aussagen der zuständigen Gewerkschaftssekretäre niedrig und liegt durchschnittlich zwischen 15 und 20%.

Handlungsempfehlung:

Der Weg einer Gewerkschaftspolitik, die auf interne Partizipation und Herstellung von Öffentlichkeit setzt, ist fortzusetzen und zu vertiefen. Inhaltlich wäre eine Erweiterung des gewerkschaftlichen Themenspektrums um arbeitspolitische Fragen anzudenken und Bündnisse mit Patienten/-innen bzw. Angehörigen zu forcieren.

3.2.3 Die Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe (ARGE FGV)

Die ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe bildet eine institutionalisierte Kooperationsstruktur der Gewerkschaften im Rahmen des ÖGB, die gewährleisten soll, dass die spezifischen Problemlagen der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe gewerkschaftlich vertreten werden. Sie wird von den Teilgewerkschaften nach der jeweiligen Anzahl ihrer Mitglieder in den Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen finanziert. Es gibt sowohl auf Bundes-, wie auch auf Landesebene Gremien. Zumindest in Oberösterreich sind die meisten Funktionäre/-innen gleichzeitig Betriebsräte/-innen in der Branche. Die Fachgruppe arbeitet auf ehrenamtlicher Basis. Ihre wichtigsten Aufgaben sind zum einen die Mitarbeit bei der Ausgestaltung und Veränderung der (gesetzlich festgelegten) Berufsbilder, zum anderen für die Verbesserung der schwierigen Arbeitsbedingungen zu kämpfen. Bei letzterem Thema wird jedoch seit Jahren kein essentieller Fortschritt erlebt. Die Einbindung in Gesetzgebungsprozesse auf Bundesebene wird dagegen als funktionierend erlebt. Dies gilt allerdings nicht für die Landespolitik: Die Ausgestaltung der Berufsbilder der Sozialbetreuungsberufe wird von den Fachgruppenvertreter/-innen als De-Qualifizierungsprozess bewertet.

„Es ist sehr schwierig, den Gesundheits- und Sozialbereich politisch zu etablieren, weil eigentlich im Prinzip keiner was damit zu tun haben will. Das ist kein Bereich, mit dem man sich besonders profilieren kann. Man hat keine Banken gerettet oder sonst irgendetwas, sondern es bezieht sich immer auf Kranke, Schwache, auf Randgruppen.“

Fachgruppenvertreterin

Die Aushandlung des Entgelts und der arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen verbleibt in der Hoheit der Teilgewerkschaften. Die interessenpolitische Trennung in Arbeitszeit und Entgelt einerseits und Arbeitsbedingungen andererseits erscheint als problematisch. In der Praxis kann diese auch nicht immer gezogen werden und es wird überschneidend gearbeitet.

Von Seiten der Fachgruppenvereinigung besteht die Wahrnehmung einer starken Abhängigkeit von den Teilgewerkschaften: Man empfindet sich als „Hilfsorgan“ derselben und könne politisch nur wenig bewegen. Lange Zeit wurde die Fachgruppe von den Gesundheitsberufen und deren Anliegen dominiert, aber hier wird (von den Vertreter/-innen der Sozialbetreuungsberufe) eine Verbesserung festgestellt: Es entwickle sich langsam eine Gleichberechtigung zwischen den Berufsgruppen.

Handlungsempfehlung:

Die Fachgruppenvereinigung könnte sich zu einem Sprachrohr der Beschäftigten in den Sozial- und Gesundheitsberufen entwickeln. Verstärkte Kooperationen mit der Arbeiterkammer wären anzudenken.

3.2.4 Die Idee einer „Gesundheitsgewerkschaft“

Die Unzufriedenheit mit den bestehenden gewerkschaftlichen Strukturen, hat die Forderung nach einer eigenen „Gesundheitsgewerkschaft“ entstehen lassen, die in der Branche heftig diskutiert wird: Eine einzige Gewerkschaft soll künftig die Interessen der Beschäftigten dieser Branchen gegenüber Arbeitgeber und Öffentlichkeit vertreten. Davon erwartet man sich eine Bündelung der Interessen der Beschäftigten. Die derzeitige Aufteilung der Beschäftigten der Sozial- und Gesundheitsberufe auf vier Teilgewerkschaften wird von einem Teil der Interessenvertreter/-innen als Schwächung empfunden.

„Ich hätte lieber eine Gesundheitsgewerkschaft. Sage ich ganz offen und ehrlich. Wenn ich denke, ich glaube österreichweit sind das circa 300.000 Leute, die so in diesem Gesundheitsbereich angesiedelt sind, und denke das wäre schon eine gute Sache, wenn die in einer Gewerkschaft beisammen wären. So sind wir in vier Gewerkschaften, in der vida, GdG, GÖD und GPA. Das ist natürlich nicht so einfach, diese Interessen dann zu vertreten.“ **Betriebsrätin**

Skepsis bis Ablehnung gegenüber der Idee einer „Gesundheitsgewerkschaft“ kommt allerdings von einigen Vertreter/-innen der Sozialbetreuungsberufe: Man erwarte in einer solchen Branchengewerkschaft eine Dominanz der statushohen Berufsgruppen (Ärzte, Diplomkrankenpflege) und damit potentiell eine Verschlechterung im Vergleich zur derzeitigen Situation. Zudem wird angemerkt, dass sich die Interessenposition der nicht pflegerischen Berufsgruppen in den Einrichtungen ebenfalls verschlechtern könnte. Statt einer eigenen Gewerkschaft wird für eine (anlassbezogene) Solidarität zwischen den Berufsgruppen und Gewerkschaften plädiert.

3.2.5 Strategien der Mitgliederbindung

Die organisierten Arbeitsbeziehungen folgen in Österreich grundsätzlich dem Muster der „dualen Interessenvertretung“, d.h. einer formalen Trennung in betriebliche und überbetriebliche (gewerkschaftliche) Interessenvertretung. Faktisch besteht allerdings ein Verhältnis wechselseitiger Angewiesenheit. In diesem System kommt dem Betriebsrat die entscheidende Rolle bei der Rekrutierung von Gewerkschaftsmitgliedern zu. Dies trifft auch auf den Pflege- und Betreuungsbereich zu: Der Betriebsrat gilt als das „Aushängeschild“ der Gewerkschaft im Betrieb. Nun ist es aber so, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Betriebsrat und Beschäftigten in vielen Einrichtungen tendenziell brüchig ist (vgl. Abschnitt 3.2.2). Betriebsräte/-

innen trauen sich mitunter nicht, offensiv Gewerkschaftswerbung zu betreiben oder stoßen auf den offenen Widerstand der Beschäftigten.

Wichtigstes Argument für eine Gewerkschaftsmitgliedschaft sind die damit verbundenen Serviceleistungen. Insbesondere die Berufshaftpflichtversicherung wurde in den Interviews immer wieder als zugkräftiges Argument genannt. Besonders ausgeprägt ist die Service-Orientierung bei der GdG, aber auch von den anderen Gewerkschaften wird diese Strategie verfolgt. Daneben wurde im Bereich der Sozial- und Gesundheitsberufe begonnen, mit alternativen gewerkschaftlichen Ansätzen zu arbeiten, die unter dem Label „Organizing“ zusammengefasst werden können. Träger ist die ARGE Fachgruppenvereinigung, die regelmäßig „Organizing“-Lehrgänge speziell für den Sozial- und Gesundheitsbereich anbietet. Der Kern dieses Ansatzes besteht in einer partiellen Abkehr vom stellvertretenden Vertretungsmodell hin zu einer stärkeren Selbstvertretung.

*„Organizing mag ein neuerer Begriff sein. Aber im Grunde ist es das Thema, an dem wir schon Jahr und Tag überlegen. Wie schaffe ich es, Belegschaften mobilisierungsfähig zu machen? Da geht es mir jetzt nicht nur oder primär um die Gewerkschaftsmitgliedschaften, das ist natürlich wichtig. Aber der zentrale Punkt ist, wie kann ich Leute mobilisieren bzw. aktivieren. Wie kann ich Leute dazu bringen, wieder zu lernen aufzustehen, ein Rückgrat zu zeigen, für ihre Anliegen einzutreten.“ **Gewerkschaftssekretär***

Ursprünglich entwickelt für Betriebe ohne Betriebsrat wird diese Strategie im Gesundheits- und Sozialbereich angewandt, um den Rückhalt des Betriebsrats unter den Beschäftigten zu stärken. Ein zentrales Element dafür ist der systematische Aufbau von Kontaktpersonen über das Betriebsratsgremium hinaus. Zudem bekommt der Betriebsrat/die Betriebsrätin vor Ort/auf der Station eine größere Bedeutung. Der „Organizing“-Ansatz beinhaltet zudem eine schärfere Akzentuierung der unterschiedlichen Rollen von Betriebsrat und Gewerkschaft: Der Betriebsrat nimmt sich bewusst zurück und die Gewerkschaft wird im Betrieb präsenter. Zudem muss der Betrieb nicht der einzige Ort gewerkschaftlicher Agitation bleiben, auch Besuche der Arbeitnehmer/-innen zuhause sind Teil des „Organizing“-Repertoires. Dies erscheint insbesondere im Bereich der mobilen Betreuung vielversprechend, als die Arbeitnehmer/-innen dort kaum Zeit im „Betrieb“ verbringen. Für ein Resümee über die Erfolge dieses Ansatzes erscheint es noch zu früh, von wesentlichen Interessenvertreter/-innen der Branche wird er allerdings als zukunftsweisend angesehen.

3.3 Herausforderungen für die Betriebsratsarbeit

Einrichtungen ohne einen Betriebsrat sind im Feld der Krankenhäuser, Pflegeheime und den mobilen Diensten eher die Ausnahme. Gleichzeitig gibt es viele Einrichtungen mit einem geringen gewerkschaftlichen Organisationsgrad. So könnte man das Dilemma der Betriebsratsarbeit in diesen Bereichen kurz zusammenfassen.

3.3.1 Unterschiede zwischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und mobilen Diensten

Zwischen Spitälern, Pflegeheimen und den Trägerorganisationen der mobilen Dienste gibt es recht unterschiedliche Voraussetzungen für Betriebsratsarbeit. Spitäler sind Großorganisationen, weshalb der Betriebsrat Freistellungen für sich beanspruchen kann. Es gibt die übliche Trennung in Arbeiter- und Angestelltenbetriebsrat, wobei der Vorsitzende des Angestelltenbetriebsrats meist von der Pflege gestellt wird. Im Bereich der öffentlichen Spitäler, die zur gespag (Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG) zusammengeschlossen wurden, gibt es zudem einen Zentralbetriebsrat (mit einem eigenen Mitarbeiter/-innenstab), welcher die Interessen der Beschäftigten auf Unternehmensebene vertritt. Der aktuelle Zentralbetriebsratsvorsitzende hat seine beruflichen Wurzeln allerdings nicht in der Pflege, sondern in der Landesverwaltung. Es gibt eine starke Tendenz zur „Ausgliederung“ der in den Spitälern beschäftigten Arbeiter/-innen (z.B. Küche, Reinigung,...). Dadurch entstehen zwei Statusgruppen innerhalb der Beschäftigten – mit häufig negativen Folgen für das Betriebsklima. Das Lohnniveau und vielfach auch die Leistungsqualität sinken.

In den Pflegeheimen hat der Betriebsrat aufgrund der Kleinheit der Einrichtungen keine Freistellung zur Verfügung.⁵ Hinzu kommt, dass aufgrund der restriktiven Personalbemessung das Ausüben von Betriebsratsstätigkeiten während der Regelarbeitszeit faktisch häufig nicht möglich ist. *Die Betriebsräte/-innen stehen unter einem starken sozialen Druck seitens der Beschäftigten und laufen Gefahr, deren Unterstützung zu verlieren.* Bedeutenden Einfluss übt zusätzlich die Politik der Trägerorganisationen gegenüber der Arbeitnehmermitbestimmung aus: In manchen Einrichtungen sind – entgegen dem Trend – Betriebsratssitzungen während der Dienstzeit durchaus möglich, in anderen gilt Betriebsratsstätigkeit zumindest vollständig als Arbeitszeit, während in wieder anderen, diese überwiegend auf dem Engagement der Beschäftigten in ihrer Freizeit beruht. Es deutet vieles darauf hin, dass besonders in den Heimen der Sozialhilfeverbände in dieser Hinsicht ein restriktives Verständnis herrscht.

In den mobilen Diensten stellt sich für die betriebliche Interessenvertretung die Herausforderung, dass es keinen Betrieb im Sinne eines gemeinsamen Arbeitsorts der Beschäftigten gibt. Aufgrund der Gesamtgröße der Organisationen gibt es zwar häufig eine/-n freigestellte/-n Betriebsratsvorsitzende/-n, der/die jedoch keinen direkten Zugang zu den in den Regionen arbeitenden Mitarbeiter/-innen hat. Hinzu kommt, dass die Beschäftigten in diesem Bereich zu elektronischen Kommunikationsmitteln häufig ein distanziertes Verhältnis haben. Der Betriebsrat ist deshalb häufig dazu gezwungen, über den Umweg der Teamleitungen zu informieren, was aus der Perspektive der Beschäftigten problematisch ist. Vorgesetzte/-r und Betriebsrat werden so faktisch zum gleichen „Problemlösungskanal“.

⁵ Die Größe von Pflegeheimen ist gesetzlich limitiert. In Ausnahmefällen vertritt eine Betriebsratsvorsitzende die Interessen mehrerer Heime, wodurch eine Freistellung möglich wird (Vgl. Langfassung S 76ff.)

3.3.2 Innerbetriebliche Arbeitsbeziehungen

Die Beziehungen zwischen Betriebsrat und Management erscheinen – insbesondere in Pflegeheimen und Krankenhäusern – tendenziell als angespannt. In einem untersuchten Fall wird dies von den Betriebsräte/-innen in Zusammenhang mit einem negativen Wandel der Führungskultur und der Etablierung eines betriebswirtschaftlich orientierten Managements gesehen. Viele Betriebsräte/-innen fühlen sich nicht als innerbetrieblicher Sozialpartner anerkannt. Dies ist vermutlich auch damit in Zusammenhang zu sehen, dass Betriebsratskörperschaften in diesem Bereich häufig eine junge Geschichte haben – sie sind mit der Ausgliederung der Einrichtungen aus der Verwaltung entstanden. Die Betriebsräte/-innen müssen sich erst Gehör verschaffen und die Vorgesetzten müssen sich an eine Mitwirkung mit gesetzlich fest gelegten Rechten „gewöhnen“. *Es muss aber doch nachdenklich machen, dass in einem öffentlichkeitsnahen Bereich mitunter von Tendenzen berichtet wird, die in die Nähe von Mobbing gegen Betriebsräte/-innen gehen. Als besonders problematisch erweisen sich an diesem Punkt die speziellen beruflichen Hierarchien im Pflegebereich.* Die meisten Konflikte bestehen mit den Vorgesetzten in der Pflege (Pflegedirektor/-innen, Pflegedienstleitungen), die u.a. mit der Erstellung der Dienstpläne betraut sind (und damit auch ein potentielles Druckmittel in ihren Händen haben). Ein Betriebsrat gilt diesen häufig als „Feindbild“ und dies wird auch gegenüber den Beschäftigten kommuniziert. In Konflikten – so die Betriebsräte/-innen – werde mitunter auf persönlicher Ebene agiert. Bestehender Problemdruck wird nicht nach „oben“ an die zuständigen Instanzen weiterkommuniziert.

„Das Ganze wird dann gedämpft durch die Pflegedienstleitung, weil sie eben nicht hinter uns steht. Und so kommen wir halt nie zu dem, was wir fordern, also wir werden da praktisch abgewürgt.“ **Betriebsrätin Pflegeheim**

Um dieser Dynamik entgegenzuwirken, haben manche Betriebsräte/-innen begonnen, eine strategische Politik gegenüber den Führungskräften in der Pflege zu entwickeln: Sie sollen lernen, den Betriebsrat nicht als Bedrohung, sondern als mögliche unterstützende Ressource in den Verhandlungen mit den übergeordneten Instanzen zu begreifen.

Eine entscheidende Rolle in der Beziehung zwischen Betriebsrat und Beschäftigten spielt die Frage, ob es einen Betriebsrat/eine Betriebsrätin auf der Station bzw. im Team vor Ort gibt. Gibt es diese Vertretung vor Ort nicht, legen die Beschäftigten gegenüber dem Betriebsrat häufig eine distanziertere Haltung an den Tag. Dies hat auch mit dem starken Teamcharakter der Arbeit zu tun: Beschäftigte tragen Anliegen an den Betriebsrat häufig als Team vor bzw. (im negativen Fall) verweigern sich als Team einer bestimmten Betriebsratspolitik. Dies bedeutet, dass der Betriebsrat die Bedürfnisse der Gruppe genau kennen muss, um eine erfolgreiche Politik machen zu können. In der mobilen Betreuung ist es de facto so, dass den Beschäftigten der Betriebsrat/die Betriebsrätin vor Ort als ihre eigentliche Vertretung gilt. In den Spitälern spielt dagegen auch die Person des/der Betriebsratsvorsitzenden eine wichtige Rolle. Nun ergibt sich aber in der Praxis häufig eine „Lücke“ zwischen der im Arbeitsverfassungs-

gesetz festgelegten Anzahl der Betriebsratsmandate und der Zahl der Teams/Stationen. Genau an dieser Lücke setzt das „Organizing“-Konzept an (vgl. Abschnitt 3.2.5).

„Warum ist der Betriebsrat wichtig? Ich denke, dass es darum geht, Stimmungen im Team aufzufangen, die zu spüren. Da sind wir wieder bei dieser anstrengenden, aufreibenden Arbeit, ja. Und das dann sortieren ein bisschen und weiter transportieren, wenn es nötig ist. Ich glaube, dass das unsere Aufgabe ist. Das Ziel sollte sein, dass wir keinen Betriebsrat brauchen, dass es einfach von oben her so fair abläuft, dass es allen gut geht. Das wäre mein eigentliches Ziel, aber das ist sehr hoch gesteckt.“ **Betriebsrätin Pflegeheim**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Betriebsrat für die Beschäftigten im Berufsfeld der Pflege- und Betreuungsberufe keineswegs eine unhinterfragte Selbstverständlichkeit ist. Gerade in der Altenarbeit kommen viele Beschäftigte aus Unternehmen, in denen es keinen Betriebsrat gab – es müssen also Erfahrungen und Lernprozesse mit Interessenvertretung möglich gemacht werden. Im Rahmen der Fallstudien wurden sowohl Betriebe vorgefunden, in denen der Betriebsrat sich als gut etabliert erlebt und dies auch in den Interviews mit Beschäftigten Bestätigung fand als auch Betriebe, in denen der Betriebsrat in dieser Hinsicht erst am Beginn steht. *Insbesondere in den Pflegeheimen scheint der Ökonomisierungsdruck mit der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen gleichzeitig die Voraussetzungen für Interessensartikulation zu unterminieren.* Die Vertrauensbeziehung zu den Beschäftigten ist hier „systemimmanent“ prekär.

Handlungsempfehlungen zur Betriebsratsarbeit:

- *Verbesserung der zeitlichen Rahmenbedingungen für Betriebsratsarbeit z.B. durch eine Berücksichtigung von Betriebsratszeit bei der Personalbemessung*
- *Entwicklung einer interessenpolitischen Strategie gegenüber den unteren/mittleren Vorgesetzten mit dem Ziel, diese als Bündnispartner zu gewinnen. Diese darf allerdings nicht den direkten Kontakt mit den Beschäftigten ersetzen*
- *Systematischer Aufbau von Kontaktpersonen in den Teams/Stationen vor Ort entsprechend dem „Organizing“-Modell.*
- *Darüber hinausgehend sind demokratische Rechte für die Beschäftigten im Arbeitsalltag zu fordern. Modell dafür könnten Konzepte der innovativen Arbeitspolitik in der Industrie sein.*

3.4 Einstellungsmuster der Beschäftigten zur Interessenvertretung

Die unterschiedlichen Rollen von Betriebsrat und Gewerkschaft im System der „dualen Interessenvertretung“ sind für die Beschäftigten häufig nicht verständlich. Dies wird dadurch unterstützt, dass der Betriebsrat gleichzeitig der höchste Gewerkschaftsrepräsentant im Betrieb ist und häufig auch an den Lohnverhandlungen teilnimmt. Bei jenen interviewten Beschäftigten, die Gewerkschaftsmitglieder waren, beruhte dies vornehmlich auf der persönlichen Überzeugungskraft des Betriebsrats. Zumindest vordergründig paradox ist, dass jene Beschäftig-

ten, die sich zum Thema Gewerkschaft kritisch äußerten und eine Mitgliedschaft dezidiert ablehnten, häufig eine unzureichende Vertretung der Interessen der Beschäftigten dieses Bereichs beklagten. *Bei diesen Arbeitnehmer/-innen findet sich häufig ein kritischer Impuls, der sich derzeit gegen die Gewerkschaften wendet. Sie scheinen aber nicht prinzipiell antigewerkschaftlich eingestellt zu sein.* Protestmaßnahmen werden von den Arbeitnehmer/-innen tendenziell begrüßt, allerdings scheint es wichtig, dass diese nicht ausschließlich Symbolcharakter haben und der Effekt der eigenen Aktivitäten für die Beschäftigten erkenntlich wird. Ein überschießender Verbalradikalismus dürfte allerdings eher abschreckend wirken.

Das (eher untergründige) Moment der Disziplinierung der Beschäftigten durch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes ist aus der Sicht der Betriebsräte/-innen nicht zu unterschätzen. Besonders auf dem Land gibt es für die überwiegend weiblichen Beschäftigten auch nur wenig Alternativen. Diese sind meist durch Betreuungspflichten stark lokal gebunden, weswegen das Modell einer überregionalen Arbeitsmarktflexibilität nur wenig Attraktivität hat.

Vielfach findet sich unter den Arbeitnehmer/-innen eine Haltung, die ein starkes inhaltliches Interesse an der Tätigkeit mit einem relativen Desinteresse an den arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen verbindet. Gegenüber übergeordneten Themen, welche die Gesamtorganisation bzw. eventuell eine gesamte Branche betreffen, besteht eine regelrechte Abwehrhaltung.

„Ich bin froh, dass ich eine Arbeit habe und dass ich meine Arbeit machen kann und das ganze Ding rundherum um mich, sollen die machen, die dafür zuständig sind[...] mir ist es wichtiger ich kann bei den Leuten sein und ja, einfach arbeiten. Und das mit den ganzen Dokumentationen, die jetzt kommen, das ist etwas, das geht mir so gegen den Strich.“
Diplomkrankenschwester in der Altenbetreuung

Sie werden als „politisch“ und damit nicht dem eigenen Wirkungsfeld zugeordnet. Gleichzeitig werden die Bedingungen und die derzeitigen Verhältnisse, unter denen die Tätigkeit ausgeübt werden muss, scharf kritisiert. Diese Kritik hat genau genommen einen eminent politischen Charakter, weil sie die (schleichende) Ökonomisierung der Institutionen betrifft. Die Verbindung zwischen Veränderungen am Arbeitsplatz und genau den Themen, die als „politisch“ (ab-)qualifiziert werden, können die Beschäftigten allerdings nicht herstellen. Die Frage nach dem Verhältnis der Beschäftigten zu ihrer Tätigkeit ist jene des Berufsethos in Pflege und Betreuung, die interessenpolitisch kontrovers diskutiert wird.

Handlungsempfehlungen:

- *Aufklärungskampagne über das Verhältnis von Betriebsrat und Gewerkschaft in der Interessenspolitik. Lernprozesse der Beschäftigten werden unterstützt, wenn die Gewerkschaft im betrieblichen Alltag sichtbar wird.*
- *Den Wohnort als „zweites Organisationszentrum“ (Oskar Negt) begreifen. Neben Betriebsversammlungen sind Foren zum Austausch der Beschäftigten auf lokaler/regionaler Ebene zu überlegen.*

- *Erweiterung der Interessenpolitik auf Fragen, die die (überwiegend weiblichen) Beschäftigten in ihrer Rolle als Hauptverantwortliche für Haushalt und Kindererziehung adressieren.*

3.5 Interessenpolitischer Umgang mit dem Themenfeld Berufsethos⁶

Ein Forschungsergebnis ist, dass „moralischer Stress“ eine zentrale Quelle psychosozialer Arbeitsbelastung ist. Dieser hat seine Quelle in der Diskrepanz zwischen den eigenen beruflichen (Qualitäts-)Ansprüchen und Rahmenbedingungen, unter denen die Pfl egetätigkeit stattfinden muss. Die Beschäftigten reagieren auf den zunehmenden ökonomischen Druck nicht mit der Ausbildung einer stärker instrumentalen Arbeitsorientierung, sondern versuchen ihre berufsethischen Ansprüche aufrecht zu erhalten. Die paradoxe Konstellation ist, dass genau dieses eigensinnige Moment (sich der Tendenz zu widersetzen, Menschen als Objekte zu behandeln) eine wesentliche Qualitätsressource des Gesundheitswesens darstellt.

*„Einer, der in der Pflege und Betreuung arbeitet, wird keine gute Arbeit leisten, wenn er nicht selbst von sich selbst etwas beim Patienten dort lässt[...] Ob ich bei dem jetzt eine Körperpflege mache und der spürt, dass ich das mit Freude mache, der wird das ganz anders wahrnehmen, als wenn einer dabei ist, der sich sagt, das ist mir egal, wie es dem geht, ich will mein Cash haben am Monatsende[...]Und das ist einfach nichts mehr wert. Dass der Mitarbeiter sich selber da einbringen muss, seine Persönlichkeit mit einbringen muss, das ist einfach gar nichts wert.“ **Betriebsrätin mobile Betreuung***

Aus Sicht der Interessenvertreter/-innen stellt sich diese Konstellation nun so dar, dass die Beschäftigten aus Liebe zum Patienten auf ihre Rechte als Arbeitnehmer/-innen vergessen und durch dieses „Überengagement“ indirekt dazu beitragen, eine unbefriedigende Gesamtsituation aufrecht zu erhalten. Den Unternehmen gelänge es dadurch, Verantwortung auf die Arbeitnehmer/-innen abzuschieben. Als Antwort haben die Gewerkschaften begonnen, Strategien zu formulieren, die darauf abzielen, Arbeitgeberverantwortung wieder als solche kenntlich zu machen. Zum Beispiel in Form von so genannten Überlastungsanzeigen. In einem weiteren Sinn wird von einem Teil der Betriebsräte/-innen die Strategie forciert, bei den Beschäftigten eine professionelle Dienstleistungsorientierung zu forcieren, welche sich stärker von den „Klienten/-innen“ abgrenzt. Gefordert wird eine „Industrialisierung“ der Interessensbeziehungen gemäß dem Modell der Privatwirtschaft – mit einer Interessenseinwanderung um die Abgeltung relativ klar definierte (Arbeits-) Leistungen. Das für den Beruf konstitutive Ethos des Helfens erscheint als traditionalistisch und wird als „Helfersyndrom“ abgewertet. Gleichzeitig wird zugestanden, dass der Versuch bei den Beschäftigten, eine stärkere „Lohnarbeitsorientierung“ durchzusetzen, faktisch an Grenzen stößt.

⁶ Unter Berufsethos ist zu verstehen „die Gesamtheit der Wertvorstellungen und Erwartungen, mit denen die Angehörigen eines Berufes ihr berufliches Verhalten kontrollieren.“ (Fuchs-Heinritz et.al. 1995)

Handlungsempfehlung:

Eine differenzierte Position könnte versuchen, eine jedenfalls notwendige Stärkung des Rechtsbewusstseins der Arbeitnehmer/-innen mit einer Kritik an den Rationalisierungstendenzen in Pflege- und Betreuung zu verbinden. Schließlich liegt in der Alltagskritik der Beschäftigten ein politisches Potential, an das die Interessenvertretungen bislang nur schwer anchlussfähig sind. Dies würde bedeuten, das gewerkschaftliche Handlungsfeld, das sich bislang auf die Aushandlung von Entgelt- und arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen konzentriert, um arbeitspolitische Themen zu erweitern.

3.6 Die Arbeiterkammer im Pflege- und Betreuungsbereich

Von den interviewten Experten/-innen wird für die jüngste Vergangenheit einhellig eine Hinwendung der Arbeiterkammer zu den Problemlagen der Pflege- und Betreuungsberufe festgestellt. Dies wird als eine sehr positive Entwicklung betrachtet. Vor einigen Jahren sei dies laut Experten/-innen noch völlig anders gewesen. Es bestand die Wahrnehmung, dass die Arbeiterkammer den Sozial- und Gesundheitsbereich ignoriert – dies betraf sowohl die allgemeine interessenpolitische Ebene als auch die konkrete Unterstützung in spezifischen arbeits- und berufsrechtlichen Fragen.

Der Arbeit der Vollversammlung, in der einige wichtige Vertreter/-innen des Berufsfelds als Kammerräte/-innen vertreten sind, wird als positiv erlebt. Die Tatsache, dass unabhängig von der Gewerkschaftszugehörigkeit zusammengearbeitet werden kann, wird als wesentlicher Vorteil der Arbeiterkammer angesehen. Der Forderung nach einer eigenen Pflegekammer stehen die Betriebsräte/-innen eindeutig ablehnend gegenüber. Man glaubt nicht, dass eine eigene Kammer für das Pflegepersonal viel bewirken könnte und es würde eine Schwächung der Arbeiterkammer bedeuten. Zudem besteht die Einschätzung, dass diese Forderung vor allem von den Pflegedirektoren/-innen lanciert wird und man hat die Befürchtung, dass diese dann auch in einer Pflegekammer das Sagen hätten. In den Beschäftigteninterviews konnten nur wenige Hinweise gefunden werden, dass diese Forderung eine wesentliche Unterstützung an der Basis genießt. Allerdings ist eine (eher latente) Wahrnehmung einer mangelnden Interessenvertretung weit verbreitet. Verbesserungsbedarf wird bei den Interessenvertreter/-innen allerdings noch bei der Verankerung des Gesundheits- und Pflege-themas auf Experten/-innenebene gesehen. Angeregt wird etwa eine eigene Abteilung oder ein eigenes „Referat“ für diese Bereiche.

Die interviewten Beschäftigten beziehen sich vielfach positiv auf die Arbeiterkammer, meist sind es aber Erfahrungen aus dem privaten Umfeld oder aus Arbeitsverhältnissen, die man vor dem Wechsel in den Sozial- bzw. Gesundheitsbereich gemacht hat. Folgerichtig findet man bei Arbeitnehmer/-innen, die ihr gesamtes Berufsleben in diesen Bereichen verbracht haben, mitunter auch überhaupt keine Assoziationen zu diesem Thema. Auch wenn viele Interviewte angegeben haben, die Arbeiterkammer noch nicht gebraucht zu haben, wird sie doch als Informationsquelle und potentieller Rückhalt geschätzt. *Auffallend war hier, dass sich die Be-*

schäftigten nach eigenen Angaben eher direkt an die Arbeiterkammer, als an den Betriebsrat wenden würden. Man bevorzugt eine betriebsunabhängige Informationsquelle und schätzt die Arbeiterkammer als vertrauenswürdig ein. Das mangelnde Vertrauen gegenüber Betriebsrat (und Gewerkschaft) als Vertretungen vor Ort und die damit verbundenen hohen Erwartungen an die Arbeiterkammer können sich aber auch gegen diese wenden. Es wird nicht verstanden, dass es nicht unbedingt in der Macht der Arbeiterkammer liegt, die Arbeitsbedingungen in einem Betrieb (durch Intervention) unmittelbar zu verbessern bzw. dies eine Kernaufgabe von Betriebsräte/-innen und Gewerkschaften ist. Insofern scheint es auch eine Aufgabe der Arbeiterkammer zu sein, auf die Notwendigkeit gewerkschaftlicher Organisation hinzuweisen und gemeinsam mit den Gewerkschaften an konkreten betrieblichen Problemlösungen zu arbeiten.

Handlungsempfehlungen:

- *Gemeinsames Auftreten von Gewerkschaften und Arbeiterkammer. Dies würde den Beschäftigten verdeutlichen, dass die Mitgliedschaft in der Arbeiterkammer nicht die Gewerkschaftsmitgliedschaft ersetzt.*
- *Stärkung des Rechtsbewusstseins der Beschäftigten z.B. in Form von spezifischen auf das Berufsfeld abgestimmten Informationsmaterialien.*
- *Die Frage der Personalbemessung in den Mittelpunkt der interessenpolitischen Arbeit der Arbeiterkammer stellen*
- *Verstärkte Verankerung interessenpolitischer Fragen des Gesundheits- und Sozialbereichs auf Experten/-innenebene*
- *Konzepte für den Erhalt des öffentlichen Gesundheitswesens mit Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in diesen Bereichen systematisch verknüpfen.*

Literaturverzeichnis:

Bachinger, Almut (2010): Grenzenlose Pflege und die Transformation des Normalarbeitsverhältnisses: 24-Stundenpflege als Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit In: Blaha, Barbara; Kapeller, Jakob; Weidenholzer, Josef [Hrsg.]: Solidarität. Beiträge für eine gerechte Gesellschaft. Wien: Braumüller

Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf der Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Personals Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB

Brinkmann, Ulrich, Hae-Lin Choi; Detje Richard; Dörre, Klaus; Holst, Hajo; Serhat Karakayali, Serhat; Schmalstieg, Catharina (2008): Strategic Unionism - Aus der Krise zur Erneuerung der Gewerkschaften. Umriss eines Forschungsprogramms. Wiesbaden: VS - Verlag für Sozialwissenschaften.

Briskin, Linda (2011): The militancy of nurses and union renewal. In: Transfer: European Review of Labor and Research. vol. 17 n.4 485-499

Dimmel Nikolaus (2012): Sozialwirtschaft unter Prekarisierungsdruck. In WISO 1/12: 27-43. Linz

Dörre, Klaus (2011): Prekarität – eine politische Herausforderung. Vortrag auf der Sommerakademie des ICAE in Steyregg, 23.06.2011; <http://www.icae.at/wp/dokumentation-der-sommerakademie-2011/doerre-prekaritaet/>, aufgerufen am 17.08.2012

Dörre, Klaus (2010): Wirtschaftsdemokratie – eine Bedingung individueller Emanzipation. In: spw 5/10: 18-24 Dortmund

Dörre, Klaus (2009): Prekarität im Finanzmarktkapitalismus. In: Castel, Robert; Dörre, Klaus [Hrsg.]: Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Frankfurt/New York: Campus, 35-65

Dörre, Klaus; Holst Hajo; Nachtwey, Oliver (2009): Funktionswandel von Leiharbeit. Neue Nutzungsstrategien und ihre arbeits- und mitbestimmungspolitischen Folgen. Frankfurt a. M.: OBS-Arbeitsheft 61

Fuch-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hanns (1995): Lexikon zur Soziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag

Gerhartinger, Philipp; Specht, Matthias; Braun, Julius (2010): Ergebnisse der ISW-Betriebsrätebefragung 2010 – Belastung der Arbeitnehmer/-innen durch Leistungsdruck und lange Arbeitszeiten. In: WISO 4/10: 115-134 Linz

Hien, Wolfgang (2010): Sich verbiegen lassen oder aufrecht gehen? Zur Psychopathologie arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen. In: Psychologie und Gesellschaftskritik 4/2010: 85-103. Lippstadt

Hermann, Christoph; Flecker Jörg (2006): Betriebliche Interessenvertretung in Österreich. Forba-Schriftenreihe 1/2006, www.forba.at , aufgerufen am 17.08.2012

Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: VS-Verlag

Kranewitter, Helga; Stelzer-Orthofer, Christine; Gerich, Joachim; Sonnleitner Nicole (2008) Berufsverläufe und Tragfähigkeit in der Altenfachbetreuung. Studie im Auftrag des ISW. Linz: unveröffentlichter Forschungsbericht

Krenn, Manfred (2004): „...und dann fall ich über den Menschen her. Die Gefährdung des Subjektcharakters interaktiver Arbeit in der mobilen Pflege durch Ökonomisierung und Standardisierung. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2/2004

Krenn, Manfred, Flecker, Jörg, Eichmann, Hubert, Hermann, Christoph, Papouschek, Ulrike (2005): Partizipation oder Delegation von Unsicherheit? Partizipationschancen in entgrenzten Arbeitsfeldern: IT-Dienstleistungen und mobile Pflege Forba-Forschungsbericht 04/2005 www.forba.at ; aufgerufen am 17.08.2012

Kuhlmann, Martin (2009): Perspektiven der Arbeitspolitik nach der Krise: Entwicklungslinien und Handlungsbedingungen. In WSI-Mitteilungen 12/09: 675-682

Kuhlmann, Martin (2010): Halten und Entfalten. Entwicklungslinien und Perspektiven betrieblicher Leistungspolitik. In: Schwitzer, Helga; Ohl, Kay; Bohnert, Richard; Wagner, Hilde [Hrsg.]: Zeit, dass wir was drehen! Perspektiven der Arbeitszeit- und Leistungspolitik. Hamburg: VSA-Verlag.

Negt, Oskar (1984): Lebendige Arbeit, enteignete Zeit. Politische und kulturelle Dimensionen des Kampfes um die Arbeitszeit. Frankfurt/New York: Campus

Nöstlinger Walter (2009): Neuerungen in den Gesundheitsberufen in Verbindung mit dem OÖ. Sozialberufegesetz und Diskussion- Sozialberufe als Lehrberuf. In WISO 02/09:71-101 Linz

Pernicka, Susanne; Stern Sandra (2011): Von der Sozialpartnerschaft zur Bewegungsorganisation? Mitgliedergewinnungsstrategien österreichischer Gewerkschaften. WORKING PA-PER 01/2011 www.jku.at/soz ; aufgerufen am 17.08.2012

Papouschek, Ulrike; Böhlke, Nils (2008): Strukturwandel der Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen in Tschechien, Deutschland, Polen und Österreich. Wien Forba-Forschungsbericht 7/2008, www.forba.at ; aufgerufen am 17.08.2012

Papouschek, Ulrike (2011): Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen, Forba-Forschungsbericht 05/2011, www.forba.at ; abgerufen am 17.08.2012

Pongratz, H.J.; Trinczek, Rainer (Hg.) (2010): Industriesoziologische Fallstudien. Entwicklungspotentiale einer Forschungsstrategie. Berlin: Edition Sigma

Rami, Ursula (2009): Betriebsräte zwischen neuen Funktionen und traditionellen Erwartungen ihrer Belegschaft. Eine empirische Untersuchung am Beispiel zweier Tochterbetriebe der voestalpine AG. Linz: Trauner

Rippatha, Erika; Mayrhofer Patricia (2011): Die Pflege selbst ist kein Pflegefall! Ein etwas anderer Beitrag zu Image, Fluktuation, Arbeitsanreizen, Arbeitsmotivation In WISO 1/11:61-72 Linz

Robausch-Weichhart, Ursula (2006): Altenpflege im sozialen Abseits? Eine qualitative Studie über den Zusammenhang zwischen sozialer Anerkennung und Personalmangel am Beispiel des Seniorenwohn- und Pflegeheimes Netzwerk Pasching Linz: Trauner Verlag

Rottenhofer, Ingrid (2011): Ausbildungslandschaft und Qualifikationsprozesse für Altenbetreuung- und Pflege in Bewegung. Vortrag im Rahmen der Tagung „Ausbildung in der Altenarbeit“ in der Arbeiterkammer Oberösterreich am 22. Juni 2011, <http://www.arbeiterkammer.com/online/22062011-ausbildung-in-der-altenarbeit-62055.html>, aufgerufen am 17.08.2012

Sauer, Dieter (2005): Arbeit im Übergang. Zeitdiagnosen. Hamburg: VSA-Verlag

Schmid, Tom; Brunner, Andrea; Bürg, Tanja Maria; Bobens, Claudia; Troy, Christian-Diedo; Wagner, Anna (2010): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich. Studie im Auftrag von AK-Wien, AK-NÖ und Nö Ärztekammer. Kurzfassung des Forschungsberichts. <http://www.sfs-research.at/>, aufgerufen am 17.08.2012

Simsa Ruth; Schober, Christian; Schober, Doris (2004): Belastete AltenpflegerInnen. Zur Notwendigkeit verbesserter Rahmenbedingungen für eine langfristige Qualitätssicherung in der Pflege. SWS-Rundschau 4/2004: 497-509

Specht Matthias (2012): Interessenvertretung in Krankenpflege und Altenbetreuung in Oberösterreich. ISW-Forschungsbericht Nr. 66

Streissler Agnes (2004): Gesundheitsdienstleistungen In: Zur Zukunft öffentlicher Dienstleistungen. Zwischen Staat und Markt-aktuelle Herausforderungen der öffentlichen Dienstleistungserbringung. Publikation der AK-Wien www.arbeiterkammer.at, aufgerufen am 17.08.2012

Vester, Michael/Teiwes-Klügler Christel/Lange-Vester, Andrea (2007): Die neuen Arbeitnehmer. Zunehmende Kompetenzen – wachsende Unsicherheit. Hamburg: VSA