

Die Konzeption und Organisation von  
Pflege- und Betreuungsarbeit  
in Österreich

Isabella Meier

April 2011

Spectro gemeinnützige Gesellschaft für wissenschaftliche Forschung GmbH

Teinfaltstraße 8/5, A – 1010 Wien; FN 335783z

[www.spectro.st](http://www.spectro.st)

# Inhalt

<b>Einleitung und Aufbau.....</b>	<b>5</b>
<b>I Arbeit in Privathaushalten.....</b>	<b>10</b>
<b>1 Die Arbeit in Privathaushalten als altruistisches Verhalten.....</b>	<b>12</b>
<b>2 Die Arbeit in Privathaushalten als inkorporiertes Zivilisationshandeln .....</b>	<b>15</b>
<b>3 Pflege- und Betreuungsarbeit als unteilbare Dienstleistung.....</b>	<b>18</b>
3.1 Eingeschränkte Autonomie der KonsumentInnen.....	20
3.2 Elementare Bedürfnisse als Ausgangspunkt der Dienstleistung .....	20
3.3 Pflege und Betreuung als Beziehungsarbeit und die Rolle der Motivation.....	21
3.4 Zweifache Konzepte der Langzeitpflege und -betreuung.....	23
3.5 Die Balance von Nähe und Distanz .....	25
<b>Resümee.....</b>	<b>26</b>
<b>II Personenbezogene soziale Dienstleistungen.....</b>	<b>29</b>
<b>1 Definitionen und Merkmale personenbezogener sozialer Dienstleistungen .....</b>	<b>31</b>
<b>2 Organisation der Langzeitpflege über den Markt .....</b>	<b>34</b>
<b>3 Organisation der Langzeitpflege über den Staat .....</b>	<b>36</b>
<b>Resümee.....</b>	<b>39</b>
<b>III Langzeitpflege in Österreich.....</b>	<b>41</b>
<b>1 Die Berufsfelder der Pflege und Betreuung.....</b>	<b>41</b>
1.1 Krankenpflege.....	42
1.2 Pflegehilfe/Fachsozialbetreuung.....	44
1.3 Heimhilfe .....	45
1.4 Personenbetreuung .....	46
<b>2 Organisation der Langzeitpflege in Österreich .....</b>	<b>47</b>
2.1 Geldleistungen an Pflegebedürftige .....	47
2.1.1 Medizinische Definition von (Langzeit-) Pflegebedürftigkeit.....	47
2.1.2 Die unregulierte Gewährung von Teilfinanzierungen .....	49
2.2 Sachleistungen an Pflegebedürftige .....	50
2.2.1 Effizienzsteigerungen in der qualifizierten Pflege und Betreuung.....	52
2.3 Die 24 Stundenbetreuung.....	53
2.3.1 Qualifikationsfreie „rund um die Uhr-Betreuung“ hochaltriger Personen.....	54
2.3.2 Vermischung der Kompetenzbereiche innerhalb der Pflege- und Betreuungsberufe .....	57

2. 3. 3 Unregulierte Arbeitsverhältnisse in Privathaushalten.....	58
2. 3. 4 Scheinselbständigkeit in der 24 Stundenbetreuung .....	60
<b>Resümee.....</b>	<b>61</b>
<b>VI Empirischer Teil: Fragestellungen und Methoden.....</b>	<b>64</b>
<b>2 Fragestellungen und Zielsetzungen .....</b>	<b>67</b>
2. 1 Konzeptionen von Altenpflege und -betreuungsarbeit .....	67
2. 2 Bewertung und Organisation der Pflege und Betreuungsarbeit in Österreich .....	68
<b>3 Methoden .....</b>	<b>68</b>
<b>V Konzeptionen von Pflege und Betreuungsarbeit.....</b>	<b>71</b>
<b>1 Elementare Bedürfnisse als Ausgangspunkt der Arbeit .....</b>	<b>71</b>
1. 1 Fremdbestimmung und Arbeitsteilung.....	71
1. 1. 1 „Es hängt das ganze Leben dran“ – Fremdbestimmung in der unqualifizierten Pflege und Betreuung.....	72
1. 1. 2 Fremdbestimmung in der qualifizierten Pflege und Betreuung.....	76
1. 2 Normalisierungsstrategien bei der Überschreitung von Scham- und Peinlichkeitsschwellen.....	79
1. 3 Sterbebegleitung und Tod.....	83
<b>2 Erwerbsarbeit in Privathaushalten.....</b>	<b>86</b>
<b>3 Kommunikative und instrumentelle Aspekte der Pflege und Betreuung .....</b>	<b>90</b>
<b>4 Die Pflegebeziehung.....</b>	<b>95</b>
<b>5 Distanzierung und Abgrenzung als Voraussetzung für Selbstpflege.....</b>	<b>99</b>
<b>Resümee.....</b>	<b>101</b>
<b>VI Ansätze für eine Neubewertung der Pflege und Betreuungstätigkeiten .....</b>	<b>104</b>
<b>1 Regelung der Laienpflege und Betreuung in Privathaushalten .....</b>	<b>105</b>
1. 1 Entlastung pflegender Angehöriger durch Verortung der familiären Pflege in der Öffentlichkeit .	106
1. 2 Regulierung der 24 Stundenbetreuung.....	110
<b>2 Aufwertung der qualifizierten Pflege und Betreuung .....</b>	<b>119</b>
2. 1 Aufnahmeverfahren in der Ausbildung qualifizierter Kräfte .....	119
2. 2 Integration kommunikativer Arbeit in die Pflegeplanung und die Bereitstellung von Pflegepersonal .....	121
2. 3 Reaktivierende und zustandserhaltende Aspekte der Pflege.....	123
<b>Resümee.....</b>	<b>125</b>

<b>Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>129</b>
<b>Anhänge .....</b>	<b>132</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>134</b>

## **Einleitung und Aufbau**

Die Tatsache, dass 75 Prozent der Pflegebedürftigen in Österreich von Angehörigen betreut werden, wirft die provokante Frage auf, ob die Altenpflege und -betreuung mit Ausnahme einer familiären Verbundenheit kaum an Qualifikationen bedarf und von Laien ausgeführt werden kann. Während die Definition von Pflegebedürftigkeit und damit die Einschätzung des Pflegeaufwandes derzeit in den Zuständigkeitsbereich von ÄrztInnen fällt und vorwiegend körper- und verrichtungsbezogen ist, wird die Pflege- und Betreuungsarbeit selbst als hauptsächlich innerfamiliäres Handeln konzipiert. Die eigentlichen „ExpertInnen“ in diesem Feld, nämlich das auf Altenpflege spezialisierte qualifizierte Pflegepersonal, spielen in der österreichischen Langzeitpflegeorganisation sowohl in der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, als auch in der Unterstützung bei der häuslichen Pflege- und Betreuung eine marginale Rolle.

Aufgrund der Verortung dieser Tätigkeiten in der Familie und in Privathaushalten ist der öffentliche Diskurs über die Altenpflege als Erwerbsarbeit noch sehr jung und setzte in Österreich im Wesentlichen mit der Legalisierung der 24 Stundenbetreuung ein. 24 Stundenbetreuungskräfte wurden traditionell vorwiegend über den Grauen Arbeitsmarkt bezogen und arbeiteten unter prekären Bedingungen. Etwa seit dem Jahr 2006 setzen in diesem Zusammenhang erste Sensibilisierungsprozesse in der österreichischen Öffentlichkeit ein. Seit 2008 ist die 24 Stundenbetreuung Teil der offiziellen Arbeitsmarktpolitik, sie ist legalisiert und wird subventioniert. Jedoch werden den überwiegend auf selbständiger Basis arbeitenden 24 StundenbetreuerInnen die mit einem Arbeitsverhältnis verknüpften sozialen Rechte (Kollektivvertrag, Entgeltanspruch im Krankheitsfall, Urlaubsanspruch, Arbeitszeitbestimmungen) weitestgehend abgesprochen (Bachinger 2009, 8).

Die legale Form der rund um die Uhr Betreuung hochaltriger und pflegebedürftiger Personen unterliegt dem Hausbetreuungsgesetz für Haushaltshilfen. Die Praxis zeigt, dass 24 StundenbetreuerInnen auch pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Diese Tätigkeiten dürfen sie als Laien im Einzelfall dann durchführen, wenn sie – wie betreuende Angehörige auch – von diplomiertem Krankenpflegepersonal angelernt werden.

Der Prozess der Legalisierung der 24 Stundenbetreuung steht im Kontrast zu den Professionalisierungsbestrebungen in den Pflegeberufen und der damit einhergehenden Aufwertung dieser personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Vielmehr wird die Pflege- und Betreuungsarbeit hierdurch in die Nähe der unbezahlten, familiären Arbeit gerückt, wodurch Prekarität in diesen Arbeitszusammenhängen legitimiert wird. Durch die Möglichkeit der Übernahme von medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten durch LaienbetreuerInnen, kommt es

zu einer Aufweichung der Kompetenzbereiche innerhalb der Berufsgruppen in der Altenpflege, was einer Professionalisierung dieser Tätigkeiten ebenfalls entgegensteht.

Gleichzeitig entsteht eine Spaltung innerhalb der häuslichen Altenpflegetätigkeiten: Einerseits findet sich die qualifizierte Pflegearbeit, geleistet durch Mobile Dienste, welche in das soziale Sicherungssystem eingebunden ist. Deren Einsätze in Privathaushalten sind jedoch durch die Unterfinanzierung ihrer Trägerorganisationen nur punktuell möglich. Andererseits findet sich die laienhafte, familiäre Pflege und Betreuung, die mit längerfristigen fürsorglichen Anwesenheiten verbunden ist. Diese geht entweder mit keinen Entgeltansprüchen einher, wie in der Angehörigenpflege oder ist mit einem äußerst marginalen Erwerbsstatus verbunden. Die längerfristigen „Sorgeleistungen“ im Rahmen der Altenpflege in Privathaushalten, werden nach wie vor unter prekären Bedingungen und unter weitgehendem Ausschluss von sozialen Rechten erbracht, sie werden als haushaltsnah und nicht qualifiziert gesehen und behandelt. Die Tatsache, dass die im häuslichen Altenbetreuungs- und Pflegebereich tätigen Personen im Alltag oft unabhängig von ihrer Qualifikation als „Schwester“, „Kindermädchen“, „Putzfrau“, „Zugehfrau“, „Perle“, etc. bezeichnet werden, legt den Schluss nahe, dass als wichtigste Qualifikation die Weiblichkeit und die damit verbundenen Fähigkeiten gelten sollen (Ostner 1979 zit in: Bachinger 2009, 19).

Die professionelle Altenbetreuung und Pflege ist laut der Literatur der Pflegewissenschaften jedoch nicht nur auf die punktuelle Hilfe bei bestimmten Verrichtungen begrenzt, sie umfasst vielmehr auch soziale Arbeit, denn die Interaktionen und die Beziehungen zwischen BetreuerIn und betreuter Person spielen für die Qualität der Altenbetreuung eine immense Rolle (Dibelius/Uzarewicz 2006). Vor dem Hintergrund von Einsparungen im Gesundheitsbereich wird hinsichtlich Pflege- und Betreuungsleistungen auf körperbezogene Versorgungsmaßnahmen fokussiert, die „soziale Arbeit“ im Zusammenhang mit der Altenpflege verliert an Bedeutung. Diese Organisation kann gesellschaftliche Vorstellungen von der Altenpflege prägen, die auf die körperliche Versorgung (Waschen, Füttern, Inkontinenzversorgung) hochaltriger Menschen verengt werden. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind Pflege- und Betreuungsberufe in Österreich weitgehend unattraktiv und der Personalmangel akut. Gleichzeitig nehmen aufgrund demografischer und sozialer Entwicklungen (geringere Fertilität, steigende Mobilität, steigende Erwerbs- und Karriereorientierung von Frauen, die diese Arbeit traditionell übernehmen) die Bereitschaft und auch die Möglichkeiten von Angehörigen ab, die Betreuung und Pflege selbst zu übernehmen. Die 24 Stundenbetreuung erfolgt derzeit im Rahmen einer oszillierenden Arbeitsmigration<sup>1</sup>. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft von Personen, diese Arbeit – so wie sie derzeit organisiert ist – zu

---

<sup>1</sup> In der Regel übernehmen zwei 24 StundenbetreuerInnen die Betreuung einer pflegebedürftigen Person im zweiwöchigen Schichtwechsel. Jede wohnt und arbeitet zwei Wochen im Privathaushalt der pflegebedürftigen Person. Die anderen beiden Wochen werden in den Heimatländern verbracht und gelten als „Freizeit“.

übernehmen, nur durch das derzeit noch bestehende Lohngefälle zwischen westlichen und östlichen europäischen Ländern erhalten wird.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wer die Pflege und Betreuungsarbeit hochaltriger Personen in Zukunft übernehmen kann und soll. Ziel dieser Wissenschaftlichen Forschungsarbeit ist es, Ansätze zu finden, die eine Neukonzeption der Pflege- und Betreuungsarbeit möglich machen.

Da die Pflege und Betreuungsarbeit lange Zeit als Familienarbeit galt und in Privathaushalten verortet wurde, werden zunächst Einblicke in die Konzeptionen von Arbeit in Privathaushalten verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen gegeben. Dabei ist festzustellen, dass der Privathaushalt und das Handeln dort mit Begrifflichkeiten von Emotionen, Intimität und Altruismus verknüpft werden, wodurch dieses Territorium als dichotom zur öffentlichen Sphäre und damit auch zur Erwerbsarbeit konzipiert wird. Es ist dies eine Sichtweise, die mit der Industrialisierung und der damit einhergehenden (räumlichen) Trennung von Produktions- und Reproduktionsbereich entstand, welche eng mit dem bürgerlichen Familienideal und den damit verbundenen Geschlechterrollen verknüpft ist. Diese Konzeptionen prägen die Organisation und Betrachtung von Reproduktionsarbeit und von Erwerbsarbeit in Privathaushalten noch heute. Verschiedene wissenschaftliche Zugänge zum Privathaushalt und zur Arbeit in diesem Territorium bieten Erklärungen für mögliche Schwierigkeiten an, die Pflege und Betreuung in Privathaushalten als Erwerbsarbeit zu konzipieren. Das erste Kapitel schließt mit Überlegungen zur Betrachtungsweise von Pflege- und Betreuungsbedürftigen als KonsumentInnen von Pflegearbeit. Anders als idealtypische ökonomische Akteure sind diese nämlich nicht nur durch eine spezifisch eingeschränkte Autonomie gekennzeichnet, sie sind vielmehr auch in gewisser Weise als unfreiwillige KonsumentInnen dieser Dienstleistungen zu betrachten.

Diese Überlegungen werden im zweiten Kapitel aufgegriffen, wenn es darum geht, Pflege- und Betreuungstätigkeiten konzeptuell aus dem Privathaushalt herauszuholen und in ihrer Organisation in der öffentlichen Sphäre zu analysieren. Hier werden Pflege- und Betreuungstätigkeiten als Dienstleistungen verstanden, die als personenbezogene Dienste auf dem formellen Markt angeboten und als soziale Dienste politisch reguliert werden. Es wird dabei diskutiert, welche Aspekte der Betreuung und Pflege einer Vermarktlichung leichter zugänglich ist und welche nicht. Zudem spielt die Frage eine Rolle, welche Konsequenzen die Anwendung von ökonomischen Effizienzkriterien auf Pflegearbeit hinsichtlich deren Qualität aufweisen.

Die ersten beiden Kapitel bilden das konzeptuelle Hintergrundwissen für die Analyse des österreichischen Systems der Langzeitpflege, welches im dritten Kapitel genauer unter die Lupe genommen wird. Sozialstaatliche Regimes haben einen wesentlichen Einfluss auf die

Organisation von Arbeit und auf die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen (exempl. Theobald 2008, Bachinger 2009). Dabei stellt sich die Frage, welche Konzeptionen von Pflege- und Betreuungsleistungen durch sozialpolitische Regelungen gefördert und welche unterminiert werden. Insbesondere im Bereich der bezahlten und unbezahlten Haus- und Betreuungsarbeit sind Fragen nach der Gewährung und Exklusion von sozialen Rechten (arbeits- und sozialrechtliche Standards) zentral. Da die Konstruktion und Bewertung von (Erwerbs-) Arbeit und der damit verbundenen sozialen Rechte im Wesentlichen von kulturellen Leitbildern abhängen, wird auch danach gefragt, welche Konzepte von Pflegebedürftigkeit in der österreichischen Pflegepolitik aktuell vorherrschen. Die Ergebnisse dieser Analysen bilden schließlich den Ausgangspunkt für die vorliegende Studie. In der Konzeption, Bewertung und Organisation der Altenpflege und –Betreuung in Österreich zeigt sich nämlich die Dichotomisierung von qualifizierten und sozial abgesicherten mobilen, sozialen Diensten einerseits, deren Einsätze punktuell und verrichtungsbezogen erfolgen. Diesen stehen Tätigkeiten gegenüber, die als unqualifizierte und/oder innerfamiliäre Arbeit konzipiert werden und mit einem prekären Status verbunden sind. Im Rahmen dieser Studie stellt sich schließlich die Frage, wie diese Dichotomie zu lösen wäre und Altenbetreuungs- und Pflegetätigkeiten, sowie die Sorgearbeit in diesem Zusammenhang sozial- und wirtschaftswissenschaftlich zu konzipieren sind. Ziel ist es, Ansätze zu identifizieren, die eine Aufwertung der Pflege- und Betreuungsarbeit ermöglichen, sowohl in ihrer innerfamiliären als auch in ihrer qualifizierten Form. Zu diesem Zwecke wurden leitfadengestützte Interviews mit Personen, die auf unterschiedliche Art und Weise in der Altenpflege und –betreuung tätig sind, geführt. Bei den interviewten Personen wird einerseits nach Qualifikationsstufen unterschieden: LaienpflegerIn, Heimhilfe, AltenbetreuerIn, diplomierte/r Krankenpflege/r und andererseits nach dem Territorium der Pflege und Betreuung (Familie, Privathaushalt(e) ohne familiäre Verbundenheit und Pflegeheim). Ergänzt wurden diese Interviews durch teilnehmende Beobachtungen bei der Pflege- und Betreuungsarbeit in Privathaushalten.

Demografische Entwicklungen<sup>2</sup> werden in naher Zukunft auch in Österreich zu einem wachsenden Bedarf an Altenpflege- und –Betreuungskräften führen. Hieraus entsteht eine der größten Herausforderungen für das öffentliche Sozial- und Gesundheitssystem, denn das betreuende Potenzial an Angehörigen wird aufgrund sozialer Entwicklungen (Abnahme familiärer Netzwerke, Zunahme der Singlehaushalte und der Mobilität, Sinken der Fertilitätsrate, etc.) abnehmen.

Ziel des Projektes ist es, im Sinne einer Grundlagenforschung, adäquate Begrifflichkeiten für die Beurteilung von Pflege- und Altenbetreuungsätigkeiten zu identifizieren, worauf weitere

---

<sup>2</sup> Im Jahr 2000 war ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung über 60 Jahre alt, 2020 wird es bereits ein Viertel sein und 2030 ein Drittel der EinwohnerInnen (Statistik Austria 2007 zit in: Bachinger 2009, 50).



Forschung aufbauen kann. Aus den Ergebnissen dieses Projektes können Ansätze der Angehörigenentlastung entwickelt werden, sowie adäquate Konzepte für die Beurteilung von Altenpflege- und Betreuungstätigkeiten entstehen, die für deren (ökonomische) Bewertung dienlich sind.

## **I Arbeit in Privathaushalten**

Nachdem ein Großteil der Altenpflege und Betreuungstätigkeiten in Privathaushalten und – jenseits von medialen Problematisierungen hinsichtlich „Pflegenotstand“ – öffentlich weitgehend unsichtbar erfolgt, wird der Privathaushalt in diesem Kapitel ins Zentrum gerückt. Der Privathaushalt und die Haushaltsarbeit als Betreuungs- und Versorgungstätigkeit waren lange Zeit ideologisch aufgeladen und auch von den Sozialwissenschaften weitestgehend vernachlässigt. Der französische Soziologe Jean Claude Kaufmann schreibt mit Blick auf die „verborgene Welt“ der Hausarbeit:

Da waschen und scheuern wir ohne Unterlass, räumen auf und bewegen uns pausenlos von einer Ecke unseres Haushaltes zur anderen – und wissen doch fast gar nichts oder nur Oberflächliches über dieses Treiben; die wirklichen Prinzipien der Hausarbeit kennen wir nicht. Durch welches Mysterium wird gerade das, was uns am nächsten und alltäglichsten ist, zu dem, was wir am wenigsten kennen?“ (Kaufmann 1999, 12).

Unter Berücksichtigung der Haushaltswissenschaften kann die Hausarbeit als folgende Tätigkeiten umfassend charakterisiert werden: Betreuung, Nahrungsversorgung, Reinigung und Wäschepflege, Einkauf und Lagerhaltung, sowie Haushaltsmanagement, zusammengefasst als: Versorgungs- und Betreuungstätigkeiten. Obwohl Pflege- und Erziehungstätigkeiten gleichwohl zur häuslichen Versorgung und Betreuung gehören, liegen sie nicht in der Zuständigkeit der Haushaltswissenschaften, sondern in der der Erziehungs-, Sozialarbeits-, und Pflegewissenschaften. Es herrschen jedoch interdisziplinäre Überschneidungen. Die Bestimmung und Organisation der Haushaltstätigkeiten und die daraus gefolgerte Wertung sind von der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedeutung des Privathaushaltes, der technischen Entwicklung, der soziokulturellen sowie der sozial- und frauenpolitischen Rahmung abhängig (Thiessen 2004, 83).

In der Privatheit verortet, wurde der Hausarbeit gleichfalls Emotionalität und Intimität zugeschrieben. Dementsprechend wurde die Arbeit im Privathaushalt lange Zeit als Ausdruck der innerfamiliären Liebe und weniger als Arbeit konzipiert. Auch ökonomische Zugänge analysierten den Privathaushalt zunächst als Ort des Konsums und nicht als Ort der Produktion (häusliche Versorgung, Betreuung, Erziehung und Pflege) (Thiessen 2004, 14f.).

Historische Analysen erklären diesen besonderen Zugang zum Privathaushalt mit dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft und der Trennung von Produktions- und Reproduktionsbereich im Zuge der Industrialisierung. Im Zuge dessen wurden der öffentliche und der private Raum als dichotom konzipiert, wobei davon ausgegangen wurde, dass diese beiden Sphären unterschiedlichen Logiken folgen. Die Dichotomisierung ging mit Geschlechterzuschreibungen einher, die das bürgerliche Familienideal prägen: während Männer im öffentlichen Raum und im Produktionsbereich verortet wurden, sah die Rolle der bürgerlichen Frau

sie in der Privatheit und im Reproduktionsbereich vor. Im Zuge dessen wurde der Privatbereich und das Modell der Kernfamilie ideologisch aufgeladen: Die Integration Fremder in den Privathaushalt wurde zunehmend mit dem bürgerlichen Familienideal unvereinbar, der Wunsch nach Intimität machte die ständige Präsenz Dritter (etwa Hauspersonal) in der Wohnung zunehmend unerträglich. In vorindustriellen Gesellschaften lebten die Hausangestellten mit Mehrgenerationenfamilien im „Ganzen Haus“ zusammen. In der adeligen Gesellschaft war das Hauspersonal ein Zeichen des Luxus, die Anzahl der Haushaltsangestellten verwies auf den Status. Das Hauspersonal selbst war streng hierarchisch organisiert. Mit der Etablierung der bürgerlichen Gesellschaft wurde der Beruf der Hausangestellten jedoch zunehmend abgewertet (Kaufmann 1999, 138ff.).

Die folgenden Ausführungen bearbeiten die Frage, wie sich ökonomische, soziologische und feministische Ansätze des Gegenstandes der (bezahlten und unbezahlten) Arbeit in Privathaushalten annehmen bzw. angenommen haben. Ziel ist eine Bestandsaufnahme von Zugängen, Konzepten und Begrifflichkeiten zur Arbeit im Privathaushalt, um mögliche Erklärungsansätze für die Schwierigkeit, die Haus- und Betreuungsarbeit als Erwerbsarbeit zu konzipieren, zu explorieren. Ziel ist es nicht, Ansätze zu finden, wie die Haushalte und Betreuungsarbeiten idealerweise zu führen sind, daher werden die Disziplinen der Haushaltswissenschaft, Pflege- und Erziehungswissenschaften und der Pädagogik hier nicht befragt.

Den verschiedenen konzeptionellen Zugängen zur Arbeit in Privathaushalten ist gemeinsam, dass sie der Dichotomie der beiden Sphären Öffentlichkeit und Privatheit folgen. Der private Raum und der Privathaushalt werden eng mit Emotionen und Körperlichkeit in Verbindung gebracht, während der öffentliche Raum und auch der Markt als unpersönlich gelten. Konzeptionen von Altruismus, Loyalität, Schuldgefühlen und anderen Empfindungen, sowie der Körper spielen in Analysen zur Arbeit in Privathaushalten eine zentrale Rolle. In ökonomischen Ansätzen wurde das Verhalten im Privathaushalt zunächst in Abgrenzung zu jenem am Markt definiert. Während das Verhalten am Markt als von vertraglich geregelten Tauschbeziehungen zwischen grundsätzlich gleichberechtigten Akteuren dominiert konzipiert wurde, wurde jenes in Privathaushalten als altruistisch aufgefasst. Aber auch in der Soziologie oder in der Geschlechterforschung spielen Überlegungen zu Emotionen, Moral und Körperlichkeit eine zentrale Rolle in der Konzeption von Arbeit im Privathaushalt. Die folgenden Ausführungen geben also einen Überblick über Zugänge zum Privathaushalt aus verschiedenen Disziplinen und sollen mögliche Erklärungsansätze dafür anbieten, warum die Pflege und Betreuung hochaltriger Personen weitestgehend unsichtbar erfolgt.

## **1 Arbeit in Privathaushalten als altruistisches Verhalten**

Zugänge zum Privathaushalt finden sich bereits in den alteuropäischen Ökonomiken des 13. und 14. Jahrhunderts. Die hier inkludierten Haus- und Agrarlehren hatten das zentrale Thema der Sicherung des Lebensunterhaltes angesichts wechselnder Ernteergebnisse in der vorindustriellen Gesellschaft. Mit dem Wandel von der Agrar- zur Industriegesellschaft wurde das Paradigma der Verteilung des Gütervorrates jedoch abgelöst von der Idee der Vermehrung des Gütervorrates. Damit tritt neben die traditionelle, auf den Haushalt bezogene Ökonomik eine politische Ökonomie, womit in der Wirtschaftswissenschaft eine Trennung von Haushalt und Erwerb vollzogen wurde. Hierdurch steht nicht mehr die Sicherung und Gestaltung des Daseins im Mittelpunkt, die Optimierung von Gewinnchancen durch die Erwerbswirtschaft rückt in das Zentrum wirtschaftlichen Denkens. Wirtschaft wird nunmehr mit Marktwirtschaft synonym gesetzt, wobei die Versorgungsarbeit im Privathaushalt nicht länger als gleichwertig mit der Erwerbsarbeit konzipiert wird. Die Haus- und Betreuungsarbeit wird in ihrer ökonomischen Bedeutung abgewertet und gleichzeitig ideologisch als Ausdruck einer innerfamiliären Verbundenheit aufgeladen. Haushaltsarbeit wird damit weniger als wirtschaftliche Handlung, sondern vielmehr als Akt der Liebe und der Lebensführung aufgefasst, der Haushalt gilt nicht länger als Ort der Produktion, sondern als Ort des Konsums<sup>3</sup> (Thiessen 2004, 71f.).

Neoklassische Ansätze zum Privathaushalt gehen davon aus, dass die durch Erwerbsarbeit gewonnenen Einkünfte in Konsumgüter angelegt und verbraucht werden (Thiessen 2004, 77f.). In den 1960er Jahren entstand eine Bewusstheit darüber, dass die Beschaffenheit der Bevölkerung von deren Ernährung, Gesundheit, dem Gesundheitssystem, der Kinderbetreuung und der Bildung und Erziehung abhängt und diese Güter in kleineren Gemeinden innerhalb der Privathaushalte produziert werden, also in Selbstversorgung. Aufbauend auf diesen Überlegungen der Selbstversorgungsfunktion des Privathaushaltes versuchte der Ökonom und Soziologe Gary S. Becker die Integration der Haushaltsproduktion in die Neoklassische Theorie. Dies erfolgte durch seinen 1965 erschienenen Artikel „A Theory of the Allocation of Time“ (Jefferson/King 2001, 78).

Zentral an Beckers Ansatz ist also der Einbezug der Ressource Zeit in die Haushaltsökonomie, wodurch der Haushalt auch als Produktionseinheit verstanden werden kann. Die vormals gängige Aufspaltung der Ressource Zeit in bezahlte Tätigkeiten (Arbeit) und unbezahlte Tätigkeiten (Freizeit) wurde hinterfragt und Privathaushalte als Produktionseinheiten und Nutzenmaximierer gedacht (Thiessen 2004, 78).

---

<sup>3</sup> Bereits in den 1930er bis 1950er Jahren versuchten Ökonominnen in den USA den Wert der Hausarbeit zu errechnen und setzen sich mit einer Ökonomie des Konsums auseinander, um die Funktion des Haushaltes in bestehende ökonomische Theorien integrieren zu können. Diese Arbeiten erfolgten jedoch aus einer Randposition heraus, Anerkennung innerhalb der Ökonomie blieb ihnen verwehrt (Jefferson/King 2001, 74ff.).

Gleichzeitig werden jedoch innerfamiliäre Transaktionen als grundlegend anders aufgefasst als Tauschbeziehungen auf dem Markt. Die zentrale Voraussetzung für die Produktion von Haushalts- oder Familiengütern liege in der physischen oder sozialen Nähe der ProduzentInnen. Während das Verhalten am Markt als eigennützig und vertragsbestimmt aufgefasst wird, gilt das Verhalten im Privathaushalt als altruistisch. Daher werden Güter und Dienstleistungen nach Becker in Haushalten effizienter produziert als auf dem Markt. Auch das Familiengut „Pflege“ könne am besten und am billigsten in Privathaushalten produziert werden, weil sich dieser Ort durch die räumliche Nähe von ProduzentIn und KonsumentIn auszeichnet. Demzufolge biete die Pflege nach Becker einen Anreiz für das intergenerative Zusammenleben, wobei sich erwachsene Familienmitglieder altruistisch umeinander sorgen, nämlich um ihren eigenen Nutzen durch den Nutzen anderer zu maximieren (Becker 1996, 31; 86ff.).

Becker interessierte sich ausgehend von Überlegungen zum Humankapital auch für einen Zusammenhang zwischen Wirtschaftswachstum und Fertilitätsrate. Er stellt dabei fest, dass die Humankapitalinvestitionen (inklusive der Bereitschaft zur Mobilität) mit der Wirtschaftsentwicklung steigen, wobei die gleichzeitig die Bereitschaft zur Übernahme von Haus- und Betreuungsarbeit abnimmt. Mit dem Wirtschaftswachstum sinkt also die Fertilitätsrate, die Familiengrößen nehmen ab und die familiäre Selbstversorgung in Privathaushalten verliert an Bedeutung. Eine wirtschaftliche Entwicklung im Zusammenhang mit zunehmenden Humankapitalinvestitionen erhöhe also den Bedarf an öffentlichen Ausgaben (Becker ebd., 131).

Becker geht dementsprechend davon aus, dass eine öffentlich finanzierte Versorgung alter Menschen die Fertilitätsrate ebenfalls senken würde: Wenn Kinder nicht mehr für die Altersversorgung eingesetzt werden brauchen (oder können), weil diese vom Sozialversicherungssystem vollständig übernommen werde, erhöhen sich deren Nettokosten. So verringere ein gut ausgebautes Sozialversicherungssystem die Nachfrage nach Kindern (Becker ebd., 102; 123).

Für Becker ist also auch das altruistische Verhalten innerhalb von Familien auch im Zusammenhang mit Selbstversorgung ein nutzenmaximierendes Verhalten, der Nutzen der Eltern steigt mit dem Nutzen ihrer Kinder. So verlieren Kinder und die damit verbundenen Betreuungsleistungen mit der Entwicklung der Wirtschaft an Attraktivität, wohingegen die Attraktivität von Investitionen in das eigene Humankapital steigt. Gleichzeitig wird das Verhalten von Familienmitgliedern bei Becker jedoch grundlegend anders konzipiert als jenes von Marktakteuren. Familiäre Tauschbeziehungen seien von Altruismus, Zusammengehörigkeitsgefühlen und Verhaltensnormen motiviert und hätten nichts mit Verträgen, wie sie in Unternehmen und Tauschbeziehungen am Markt vorhanden sind, gemein. Die Dichotomisierung der Sphä-

ren Öffentlichkeit (Markt) und Privatheit (Familie) charakterisiert also auch ökonomische Zugänge zur Arbeit in Privathaushalten. Obwohl der Privathaushalt unter Integration der Dimension Zeit in die neoklassische Theorie auch als Produktionseinheit verstanden werden kann und das altruistische innerfamiliäre Verhalten in die Ökonomie integriert werden kann, bleibt das was als Ökonomie gilt, an den Markt gebunden. Die Arbeit in Privathaushalten kann als solche gesehen werden, verbleibt jedoch als andersartig konzipiert im Vergleich zur Erwerbsarbeit.

Dieser Ansatz wurde insbesondere von Beiträgen zur feministischen Ökonomie aus empirischer und ideologiekritischer Perspektive kritisiert (exempl. Michalitsch 2000).

Die innerfamiliären personen- und sachbezogenen Arbeiten fallen nicht unter die Definition Erwerbsarbeit, weil sie altruistisch motiviert sind und daher als unbezahlbar aufgefasst werden. Arbeit aus „Liebe“ und innerfamiliärer Verbundenheit sei in einem anderen Wertesystem als jenem der Ökonomie angesiedelt (Fuchs 2000, 160f.).

Gleichzeitig wurden diese Ansätze jedoch auch in ihrer Anwendbarkeit für die Langzeitpflege diskutiert (Jochimsen 2003). Ein Ergebnis solcher Überlegungen ist, dass die Pflege und Betreuung mit dem ökonomischen Konzept des Altruismus als nutzenmaximierendes Verhalten und präferenzbasierte Wahl gedeutet werden kann (der Nutzen der Pflegebedürftigen erhöht jenen der Pflegenden und motiviert daher zur Übernahme dieser Leistungen). Die Verortung der Pflege innerhalb eines präferenzbasierten Modells von ökonomischem Altruismus konzipiert jedoch das Teilen als freiwilligen Transfer von Ressourcen von einem Partner zum anderen – ähnlich wie den freiwilligen Transfer von Gütern zwischen Partnern. Diese Annahme suggeriert, dass Pflegende und PflegeempfängerInnen gleichberechtigte Optionen des freiwilligen Eintrittes und des freiwilligen Austrittes aus dem Pflegeverhältnis haben (Jochimsen 2003, 27).

Jochimsen resümiert daher, dass das neoklassische Konzept des ökonomischen Altruismus nur auf (zeitlich begrenzte) Pflagetätigkeiten zwischen gleichberechtigt autonomen Erwachsenen angewendet werden kann, nicht jedoch auf die Langzeitpflege. Langzeitpflegebedürftige Personen sind in der Regel keine autonomen Personen mit einer eigenen Nutzenstruktur (mehr), sie können aus dem Tauschverhältnis, das durch die Pflege entsteht, nicht aussteigen. Ein neoklassischer Rahmen erlaubt daher nur die Einbeziehung von autonomen Personen, während Abhängigkeiten und Einschränkungen in der Autonomie hier wenig Platz haben (Jochimsen 2003, 33).

Es scheint, als wäre die Haus- und Reproduktionsarbeit nicht in ökonomische Ansätze zu integrieren, weil sie auf die existenzielle Abhängigkeit der Individuen voneinander verweist. Gleichzeitig ist aber hinsichtlich der Angewiesenheit der Individuen aufeinander von einer anthropologischen Konstante in modernen Gesellschaften auszugehen. Während diese im

Bereich der Erwerbsarbeit jedoch in eine Kooperation im Sinne einer Arbeitsteilung von autonomen Marktsubjekten umgedeutet und damit ausgeblendet wird, wird diese Angewiesenheit im Bereich der Reproduktionsarbeit nicht umgedeutet, sondern vielmehr in Nichtarbeit, in „Arbeit aus Liebe“ und folglich unbezahlte Arbeit transformiert. Während Erwerbsarbeit über Tausch und Vertrag vermittelt und rationalisiert ist und ihre Regulierung öffentlichen Charakter hat, wird private Arbeit als auf Empathie, Bindung und Unentgeltlichkeit beruhend konstruiert. Der Grund für die Leistung familiärer Arbeit für andere liegt in normativ fundierten und interaktiv anerkannten Ansprüchen (Geissler 2002, 37ff. zit. in: Bachinger 2009, 30).

Unter Integration der Ressource Zeit kann die innerfamiliäre Arbeit in Privathaushalten als produktive Arbeit betrachtet und der Privathaushalt selbst nicht nur als Konsumeinheit konzipiert werden. Als Arbeit an der Reproduktion der eigenen Familie verweist sie jedoch auf die Abhängigkeit der Individuen voneinander, weswegen sie durchaus im Kontext von Tauschverhältnissen, nicht aber in jenem von gewinnmotivierten Tauschverhältnissen betrachtet werden kann. Die folgenden Ausführungen zeigen, dass die Mikrosoziologie einen Blick auf die Hausarbeit vorschlägt, der sich als fruchtbar für mögliche Erklärungen zeigt, warum die Arbeit in Privathaushalten so schwer als Erwerbsarbeit aufzufassen ist. Hier wird die Arbeit in Privathaushalten als Arbeit an der Zivilisation aufgefasst.

## **2 Arbeit in Privathaushalten als inkorporiertes Zivilisationshandeln**

Der französische Soziologe Jean Claude Kaufmann (1999) hat sich mit der Arbeit in Privathaushalten aus einer handlungstheoretischen Perspektive auseinandergesetzt. Empirisch untersucht<sup>4</sup> wird der Antrieb und die Art und Weise der Erledigung von Tätigkeiten im (eigenen) Haushalt als Ineinandergreifen kognitiver und emotionaler Prozesse, die einen spezifischen Blick auf das „moderne“ Subjekt erlauben sollen. Haus- und Reproduktionsarbeit ist bei Kaufmann eng mit Zivilisationsarbeit verknüpft, sie reflektiert Vorstellungen, die in einer Gesellschaft von Sauberkeit und Ordnung herrschen. Diese Vorstellungen werden von Generation zu Generation (in veränderter Form) weitergegeben und stiften Zivilisation. Als Arbeit an Ordnung und Sauberkeit im privaten Raum ist die Hausarbeit auch eng mit dem Körper verknüpft, daher handelt es sich bei der Hausarbeit um einen Typus hochgradig inkorporierten Handelns, welcher der Reflexion der Akteure nur teilweise zugänglich ist. Wird die Hausarbeit als Zivilisationsarbeit begriffen, so soll sie sogar – ähnlich wie die Körperpflege – in gewisser Weise unsichtbar und unreflektiert erfolgen (Kaufmann 1999).

Ein Ergebnis Kaufmanns Befragung ist, dass die Motivationen zur Hausarbeit und die Gründe für deren Übernahme der kognitiven Ebene nur schwer zugänglich sind. Der innere Hand-

---

<sup>4</sup> Mittels Interviews und Beobachtungen in französischen Privathaushalten, die mit der Methode der Grounded Theory ausgewertet wurden. Ergänzend dazu wurden Leserinnenbriefe von französischen Hausfrauen, vorrangig über das Bügeln in die Auswertungen miteinbezogen (Kaufmann 1999, 294ff.).

lungsantrieb zur Hausarbeit wird verdrängt und die Akteure sind nicht in dazu der Lage, zwischen den verschiedenen antriebsauslösenden Faktoren zu differenzieren. Die Mechanismen, die (den Körper) zum Haushaltshandeln bewegen, sind jedoch der Beschreibung und Analyse zugänglich: Als Zivilisationsarbeit ist die Erledigung der Hausarbeit in zivilisierten Gesellschaften derartig einverleibt, dass sie den Körper ohne Rekurs auf die Ratio zu bewegen vermag. Es herrscht also ein gewisser Automatismus hinsichtlich der Durchführung der Hausarbeit. Als auslösend für diesen Automatismus kann ein Blick im Sinne einer Kontrollinstanz fungieren: der Anblick eines ungemachten Bettes, von Staub in der Wohnung oder des ungewaschenen Geschirrs löst den inneren Antrieb zur Hausarbeit aus. Diese Form des inneren Handlungsantriebes ist stark augenblicksbezogen. Kaufmann stellt fest, dass bei geringer Ausprägung dieses inneren Handlungsantriebes die kognitive Ebene in der Hausarbeit dominanter wird: Der Kopf muss intervenieren, um den Körper zur Durchführung der Hausarbeit in Bewegung zu setzen, wodurch die (Notwendigkeit der) Hausarbeit kognitiv zugänglich wird. Dabei dringt die Hausarbeit aus dem Impliziten heraus und tritt ins Bewusstsein. Die Etablierung einer Gewohnheit zur Hausarbeit führt auf der anderen Seite zur zunehmenden Inkorporierung derselben und kann den anfänglichen Widerwillen gegen die Hausarbeit beseitigen, wie Kaufmann am Beispiel von neu gegründeten Haushalten zeigt. Kaufmann resümiert daher: Je stärker der Widerwille gegen die Hausarbeit, desto geringer der Grad ihrer Inkorporierung (Kaufmann 1999, 159ff.; 180ff.).

Diese Konzeption von Hausarbeit als eine Art inkorporiertem Zivilisationshandeln, ausgeführt im Territorium der Intimität lässt bereits erste Schlüsse auf die Schwierigkeit, Hausarbeit als Erwerbsarbeit zu bezeichnen zu. Zivilisationshandeln lässt sich schwerlich als Erwerbsarbeit begreifen. Noch nähere Aufschlüsse hinsichtlich der Problematik, die Arbeit in Privathaushalten als Erwerbsarbeit zu begreifen, zeigen sich in Kaufmanns Ausführungen zur Delegation der Hausarbeit. Als einen Grund für die Schwierigkeit der Delegation der Hausarbeit nennt Kaufmann den hohen Grad an Individualität in der Organisation der einzelnen Privathaushalte. Wenn die bereits bestehende Haushaltsorganisation auf regelmäßigen Automatismen beruht und nach klaren Prinzipien funktioniert, kann schwer explizit gemacht werden. Hausarbeit zu delegieren setzt daher einen gewissen Grad an geistiger und praktischer Anstrengung voraus. Nicht alles kann aufgrund des hohen Grades an Inkorporierung der Hausarbeit in Worten gesagt werden, viel wird durch die Demonstration in der Praxis weitergegeben (Kaufmann 1999, 120f).

Dementsprechend berichten Haushaltshilfen, dass sie die bezahlte Hausarbeit im Gegensatz zur Tätigkeit im eigenen Haushalt als wesentlich anstrengender erleben, da sich hier die Handgriffe noch nicht in das Körpergedächtnis eingeschrieben haben und inkorporierte All-



tagsgesten im Prozess der Verberuflichung der Haushaltsarbeit erst einer Reflexion zugänglich gemacht werden müssen (Thiessen 2004, 176).

Als zentrales großes Hindernis für die Delegation der Hausarbeit bezeichnet Kaufmann jedoch die Intimität, mit welcher der Privathaushalt aufgeladen ist. Hausarbeit sei Arbeit mit den intimsten Dingen des Menschen, mit der Wäsche, die er am Körper trägt, mit dem Schmutz, den das Leben verursacht. Menschen versuchen in der Regel, ihre Privat- und Intimsphäre vor den Blicken und Zugriffen anderer zu schützen, speziell dann, wenn ihre Gestaltung nicht den gesellschaftlichen Erwartungen entspricht (Kaufmann 1998, 123ff.).

Wird davon ausgegangen, dass die Delegation der Hausarbeit dann erfolgt, wenn die HaushaltsbewohnerInnen nicht dazu in der Lage sind, so herrscht hier ein Paradox: Aufgrund der Scham, die mit dem potenziellen Eindringen fremder Personen in eine Intimsphäre, die nicht den Sauberkeits- und Ordnungsstandards entspricht, fällt es gerade jenen Personen, die mit der Hausarbeit an sich überfordert sind, besonders schwer, Hilfe anzunehmen. Die Offenbarung und das sich Eingestehen der eigenen Überforderung mit der Hausarbeit erzeugt Scham und Peinlichkeitsgefühle (Kaufmann ebd., 119).

Wenn Hausarbeit als Zivilisationsarbeit aufgefasst wird, so liegt es in einer zivilisierten Gesellschaft nahe, dass der Bedarf an Hilfe bei dieser Arbeit schwerlich eingestanden wird und schambehaftet ist. Dementsprechend verknüpfen Arbeitgeberinnen von Haushaltshilfen die Inanspruchnahme deren Dienstleistungen eher mit einer Notlage als mit einem als angenehm erlebten Bedürfnis nach Entlastung. Aussagen, wie: „Das gönne ich mir“ sind als Begründung für die Beschäftigung einer Haushaltshilfe eher ungewöhnlich. Dies steht im Gegensatz zum Einkauf von Dienstleistungen für Gesundheit oder Schönheit. Haushaltsnahe Dienstleistungen sind also aus der Sicht der KonsumentInnen eher mit unangenehmen Gefühlen verknüpft (Thiessen 2004, 176).

Erfolgt die Delegation dieser Zivilisationsarbeit in einem mit Intimität aufgeladenen Territorium so überrascht es kaum, dass sich dies unter spezifischen Bedingungen und Regeln ereignet. Zentral in diesem Zusammenhang sind die Begriffe Nähe und Distanz. Die Erledigung der Hausarbeit durch eine fremde Person und deren damit einhergehendes Eindringen in die Intimsphäre kann für die AuftraggeberInnen derart unangenehm sein, dass sie dies verdrängen möchten. Das Eindringen der Haushaltshilfe soll ungeschehen gemacht und damit gleichsam auch der Schmutz verdrängt werden. Die von Kaufmann interviewten Hausfrauen und -männer geben an, dass sie es bevorzugen, wenn die Hausarbeit durch DienstleisterInnen in ihrer Abwesenheit erledigt wird, wodurch sie nicht damit konfrontiert werden. Hierdurch könne das Eindringen einer fremden Person in den Privathaushalt ignoriert werden. Es handelt sich um eine Strategie der Distanzierung (Kaufmann 1999, 141).

Thiessen identifiziert im Zusammenhang mit der Delegation der Hausarbeit gleichzeitig eine Strategie der Vereinnahmung von Haushaltsangestellten, wobei diese als eine Art Familienmitglied konstruiert und mit Begriffen, wie „unsere Perle“ versehen wird. In diesem Fall wird die Unprofessionalität der Beschäftigten – unabhängig von ihren Qualifikationen – hervorgehoben (Thiessen 2004, 174). Diese Strategie findet sich auch in der live-in 24 Stundenbetreuung und steht im engen Zusammenhang mit einer Entgrenzung von Arbeit und Freizeit, wie an anderer Stelle dieser Arbeit noch gezeigt wird. Die Mischung aus Vertrautheit und beruflicher Distanz kann irritierend wirken, weswegen sich die Beziehungen zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen in Privathaushalten oftmals als schwierig gestalten (Kaufmann 1999, 155). Der Umgang mit der Anwesenheit von Fremden im Privathaushalt scheint zwei Handlungsoptionen zuzulassen: Integrieren oder Ignorieren (Thiessen 2004, 199). Beide Strategien erweisen sich jedoch als problematisch für den Status der HaushaltsarbeiterInnen und damit für den Status der Erwerbsarbeit in privaten Haushalten.

Mit diesen mikrosoziologischen Analysen zur Hausarbeit und deren Delegation können Erklärungsansätze dafür gefunden werden, warum die Hausarbeit derart mystifiziert und deren Verrichtung der kognitiven Ebene schwer zugänglich ist. Als Zivilisationsarbeit, angesiedelt in Territorien der Intimität und Privatheit soll sie unsichtbar und automatisiert erfolgen. Mit der Konzeption der Hausarbeit als inkorporierte Zivilisationsarbeit macht es Kaufmann möglich, die Spezifika der Arbeit in (den eigenen) Privathaushalten zu ermitteln und die schwierigen Bedingungen, unter denen Erwerbsarbeit in privaten Haushalten erfolgt, zu erklären.

Beiträge zur feministischen Ökonomie haben sich unter anderem damit auseinandergesetzt, wie die Haus- und Betreuungsarbeit aufgewertet werden könnte.

### **3 Pflege- und Betreuungsarbeit als unteilbare Dienstleistung**

Zentrale Themen der feministischen Ökonomie sind die Offenlegung des Androzentrismus der Mainstream-Ökonomie, womit eine nicht-adäquate Bewertung der Reproduktionsarbeit einhergeht, Fragen und Debatten zur Ökonomisierung bzw. Ökonomisierbarkeit von Haus- und Sorgearbeit, sowie die Analyse von Wohlfahrtsstaaten unter der Perspektive der Geschlechtergerechtigkeit. Die feministische Ökonomie entstand in Auseinandersetzung mit ökonomischen Konzepten zur Erwerbsarbeit heraus. Das politische Ziel einiger Beiträge zur feministischen Ökonomie war die Überwindung der Arbeitsteilung der Geschlechter durch die Vergesellschaftung der Hausarbeit. Auf wohlfahrtsstaatlicher Ebene lag die Kritik der feministischen ÖkonomInnen vor allem im Bereich der Dekonstruktion des als „männlich“ ausgewiesenen Normalarbeitsverhältnisses der unbefristeten Vollzeitbeschäftigung, von dem aus alle sozialpolitischen Ansprüche abgeleitet werden und welches Frauen, die einen überwiegenden Teil der Reproduktionsarbeit übernehmen, benachteiligt.

Für die vorliegende Arbeit relevant sind Beiträge zur feministischen Ökonomie, die sich mit Haushalts-, Pflege- und Betreuungstätigkeiten und deren Vermarktlichung konzeptuell auseinandersetzen. Obwohl diese Tätigkeiten als Dienstleistungen und damit als Arbeit begriffen werden, gehen Beiträge zur feministischen Ökonomie – ähnlich wie neoklassische Ansätze – davon aus, dass sich insbesondere die Betreuungsarbeit von herkömmlichen ökonomischen Transaktionen unterscheidet. Hier wird jedoch nicht das altruistische Verhalten der Pflegenden in den Mittelpunkt gerückt, sondern die eingeschränkte Autonomie der EmpfängerInnen dieser Dienstleistungen. In diesem Zusammenhang werden Spezifika der Betreuungsarbeit identifiziert, die für deren Qualität zentral sind, sich jedoch nicht mit ökonomischen Bewertungskriterien der Effizienz messen lassen können. Zunächst stehen im Zusammenhang mit personenbezogenen Dienstleistungen der Pflege und Betreuung hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen Interaktionen im Zentrum, die sich von jenen unterscheiden, die in der Ökonomie als typische Tauschsituationen konzipiert werden. Die Kundensouveränität auf der Nachfrageseite ist in der Situation von Pflege und Betreuung naturgemäß sehr eingeschränkt. Die Vorannahmen der Ökonomie in Bezug auf Tauschsituationen zwischen gleichberechtigt autonomen und voneinander unabhängigen Individuen, denen im Vollbesitz ihrer geistigen und körperlichen Kapazitäten gleichberechtigt Wahlmöglichkeiten offenstehen, gilt es aus Sicht der feministischen Ökonomie zu überdenken, wenn die Pflege und Betreuungsarbeit in bestehende ökonomische Ansätze integriert werden soll. Die Tauschbeziehungen zwischen pflegebedürftigen Personen und jenen, die sie betreuen und pflegen, sind vielmehr von asymmetrischen Positionen, einer graduellen Abhängigkeit der in die Tauschbeziehung involvierten Personen und damit potenziell auch von Machtstrukturen geprägt. Pflege- und Betreuungstätigkeiten sind als personenbezogene Dienstleistungen sehr heterogen, jedoch haben sie einen gemeinsamen Nenner: existenzielle menschliche Bedürfnisse sind das Kernelement und auch der Ausgangspunkt dieser Arbeit, Asymmetrie und Abhängigkeit sind ihr inhärent (Jochimsen 2003).

In der betriebswirtschaftlichen Literatur zu personenbezogenen Dienstleistungen wird hinsichtlich der Zeitkomponente eine zeitpunktbezogene Produktion von einer zeitraumbezogenen Produktion unterschieden. Letztere Form bezeichnet eine ständige Herstellung bzw. Verfügbarkeit einer Dienstleistung, wobei die Bedeutung von Beziehungen zwischen KundInnen und AnbieterInnen betont wird. Die Langzeitpflege ist – insbesondere wenn sie nicht arbeitsteilig erfolgt – diesem Typus zuzuordnen. Im Folgenden werden die Spezifika dieser besonderen Art personenbezogener Dienstleistungen unter Berücksichtigung von Beiträgen zur feministischen Ökonomie und ohne Anspruch auf Vollständigkeit näher ausgeführt.

### *3. 1 Eingeschränkte Autonomie der KonsumentInnen*

Spezifisch an der Situation der Pflegebedürftigen als (unfreiwillige) KonsumentInnen von Dienstleistungen ist also die permanent oder temporär ausgeschaltene oder beeinträchtigte Autonomie. Die Abhängigkeitsgrade differieren jedoch stark: eine ältere, gebrechliche Person im vollen Besitz ihres Geistes kann ihre Bedürfnisse beispielsweise gut artikulieren, während demenzielle Pflegebedürftige oder Kleinkinder ihre Bedürfnisse oft nicht wahrnehmen können. In diesen Fällen müssen andere Personen die Bedürfnisse ermitteln und herausfinden, wie sie befriedigt werden können. Auch die Notwendigkeit zur Ermittlung der Bedürfnisse und Präferenzen von außen gilt als ein Spezifikum der Pflege und Betreuung als personenbezogene Dienstleistung. Daher passen Langzeitpflegebedürftige als „KonsumentInnen“ personenbezogener Dienstleistungen nicht in die zentralen Konzepte der Ökonomie, die von Autonomie, individuellen Präferenzen, Nutzenmaximierung und Wahlfreiheit ausgehen. Auch unter Berücksichtigung der Limitierungen, die die Ökonomie dem Konzept des homo oeconomicus eingeräumt hat, ist die Integration der Langzeitpflege nicht möglich (Jochimsen 2003, 17).

Die Pflege und Betreuung kann daher nicht auf eine idealtypische ökonomische Tauschbeziehung reduziert werden, weil die Freiheit und Autonomie der KonsumentInnen dieser Dienstleistungen eingeschränkt ist.

### *3. 2 Elementare Bedürfnisse als Ausgangspunkt der Dienstleistung*

Charakteristisch für die Pflege- und Betreuungsarbeit sind elementare Prozesse des Lebendigen und Körperlichen, es geht um das Stillen von Hunger und Durst, das Bekleiden als Schutz gegen Kälte, die Organisation von Schlaf und Wachheit, die Trennung von Schmutz (Thiessen 2004, 348). Die Bedürfnisse der KonsumentInnen von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen sind elementar auch für deren Überleben. Sie gestalten sich daher grundlegend anders als beispielsweise das Bedürfnis nach einem neuen Haarschnitt, welches zur Konsumierung der Dienstleistung einer Friseurin motiviert. Gerade weil diese Bedürfnisse existenziell sind und damit die Wahlfreiheit der KonsumentInnen eingeschränkt ist, steigt auch die Verantwortung der DienstleisterInnen. Sie müssen diese Bedürfnisse nicht nur (vor ihren eigenen) decken, sondern diese vielmehr auch ermitteln. Denn insbesondere Demenzkranke oder motorisch sehr eingeschränkte Personen sind nicht dazu in der Lage, ihre Bedürfnisse zu äußern. Daher ist die Pflege von alten Menschen nicht nur durch deren Unfähigkeit zur Selbstpflege charakterisiert, sondern auch durch die Identifikation der Bedürfnisse von außen, die Determinierung der Präferenzen von außen und die Kontrolle der Ressourcen von außen (Jochimsen 2003, 17). Weil diese Bedürfnisse existenziell sind, ist deren Er-

mittlung und Deckung nicht vergleichbar mit anderen personenbezogenen Dienstleistungen, beispielsweise wenn die Friseurin ihrer Kundin eine andere Frisur empfiehlt. Der Zustand der pflegebedürftigen Person beeinflusst hier das Handeln der pflegenden Person entscheidend. Daher wird ein Wechsel der Perspektive auf die pflegende Person vorgeschlagen: weg von einer Person, die die Leistung hervorbringt, hin zu einer Person, die in ihrem Handeln von der Notwendigkeit dieser Leistung beeinflusst ist (Jochimsen 2003, 18).

Angewiesenheit verweist also auf Verletzlichkeit, wobei die Überschneidung von Autonomiebestrebungen und Bedarf an Unterstützung keineswegs konfliktfrei verlaufen muss (Thiessen 2004, 350).

Die Frage, inwieweit die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zur Selbstpflege ausreichen, spielt daher eine große Rolle in der Herausarbeitung der Spezifika der Langzeitpflege. Die Pflege und Betreuung als personenbezogene Dienstleistung ist eine (lebens-)erhaltende Arbeit, welche Kindern, Alten, Kranken und Behinderten zukommt und mit einer Abhängigkeit auf beiden Seiten einhergeht. Während die pflegebedürftige Person von der Pflege und Betreuung durch andere existenziell abhängig ist, ist die pflegende Person für das Stillen der Bedürfnisse und das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person in gewisser Weise verantwortlich. Der Grad an Unfähigkeit zur Selbstpflege gilt nach Jochimsen als Indikator für die Bedürftigkeit, Verwundbarkeit und Abhängigkeit der Pflegebedürftigen. Gleichzeitig gilt der Grad an Unfähigkeit zur Selbstpflege auch als Indikator für den Grad an Verantwortung der innerfamiliär Pflegenden (Jochimsen 2003, 13f.).

Für das Feld der qualifizierte Krankenpflege heißt dies, dass die PflegerInnen im Interesse der KlientInnen definieren, welche Behandlung und welche Art der Pflege für diese erforderlich sind, sie sind mit Diagnostik und Assessment betraut. Als qualifizierte PflegerInnen garantieren sie die Qualität der Pflege auf Basis ihrer Ausbildung und Qualifikation, sowie aufgrund ihrer Erfahrungen und Expertise. Diese Konstruktion steht im Gegensatz zur Logik der familiären Pflege, die als willkürlich persönlich und emotional konstruiert wird. Daher wird die qualifizierte Pflege ideologisch als paternalistisches Verhalten gegenüber den KlientInnen gedeutet. Diese Deutungen können den beruflichen Status auch aus professionstheoretischen Überlegungen schwächen, insbesondere weil die Krankenpflege keine Profession, sondern vielmehr eine Semi-Profession darstellt (Knijn/Verhagen 2007, 463ff.).

### *3.3 Pflege und Betreuung als Beziehungsarbeit und die Rolle der Motivation*

Die Pflege von Personen setzt eine Aufmerksamkeit auf die geäußerten Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und die Bereitschaft diese zu decken voraus. Eine besondere Rolle nimmt hier die Beziehungsarbeit ein, die mit Gefühlen von Aufmerksamkeit, Hingabe und Liebe in Verbindung gebracht wird. Die Qualität der Pflege- und Betreuungsarbeit wird eng mit Fra-

gen nach der Motivation, dem Engagement und mit den Gefühlen der hier arbeitenden Personen verbunden, während der Markt vom Prinzip der Effizienz und Konkurrenz geleitet ist (Folbre 2005, 24f.). Eine Pflegebeziehung entsteht, wenn die pflegebedürftige Person die Bemühungen und die Aufmerksamkeit der pflegenden Person anerkennt. In diesem Zusammenhang finden sich auch Konzeptionen einer spezifischen „Care-Ethik“, die als relationale Ethik mit den zentralen Momenten des Gegenwartsbezuges, der Beziehungsarbeit, der Abhängigkeit und der Naturgebundenheit konzipiert wird (Gilligan 1982, 30; Brumlik 2010, 41). Eine Pflegebeziehung kann von einer Care Ethik aufseiten der pflegenden Person profitieren und dadurch gestärkt werden. Im Zusammenhang mit einer Care Ethik wird der Begriff *caregiving* eher auf den Arbeitsaspekt der Pflege bezogen und der Begriff *caring* auf den moralischen Aspekt der Pflege. Hiermit wollten die US-amerikanischen Forscherinnen zeigen, dass die Pflege einer Person „mehr“ ist als die Summe der instrumentellen Akte der Pflege, nämlich Ausdruck einer Care-Ethik (Lewis 1997, 78f.).

Inwieweit eine Care-Ethik die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung darstellt, wird unter US-amerikanischen ForscherInnen debattiert. Die Literatur, die sich mit Care Ethiken beschäftigt, ist seit ihren Anfängen vor 25 Jahren (Gilligan 1982; Noddings 1984) inzwischen deutlich angewachsen. Neue Arbeiten finden sich insbesondere in den Gebieten der Philosophie, den feministischen Studien, der Psychologie, Theologie und den Erziehungswissenschaften (Noddings 2010, 17f.).

Derartige Konzepte der Langzeitpflege und Betreuung gehen also von einer spezifischen Verbundenheit zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden aus. Diese Annahme macht es möglich, anstelle einer Trennung zwischen autonomen Subjekten und abhängigen Pflegebedürftigen, ein Kontinuum von Trennung und Verbindung zwischen Individuen als Spezifikum der menschlichen Existenz auszumachen. Autonomie und Abhängigkeit würden dann mit dem Alter und der Fähigkeit, Verantwortung zu tragen, variieren. Diese Annahme einer Verbundenheit in der Pflege wird insbesondere in Konzepten reflektiert, die die Frage nach der Motivation zur Übernahme von (innerfamiliären) Pflegeleistungen ins Zentrum rücken. VertreterInnen dieses Ansatzes sind beispielsweise Folbre und Weisskopf, sie schlagen eine Typologie von Motivationen für die Pflege vor, welche moralische und fürsorgliche Überlegungen umfassen: Altruismus (Zuneigung), Verantwortungs- und Pflichtgefühl, ein intrinsisches Vergnügen, die Erwartung von Reziprozität, eine vertragliche Entlohnung für die Arbeitsleistungen und eine Art Zwang zur Übernahme dieser Leistungen. Diese verschiedenen möglichen Motivationen zur Pflege und Betreuung werden von den AutorInnen auf einem Kontinuum zwischen der fürsorglichsten und der am wenigsten fürsorglichen Motivation zur Pflege angesiedelt (Folbre/Weisskopf 1998, 174ff. zit. In: Jochimsen 2003, 50).

Der Idealtypus einer fürsorglichen Motivation zur Pflege geht davon aus, dass die Pflegeleistung nicht für die eigenen Ziele erbracht wird, sondern vielmehr aus einer intrinsischen Motivation heraus erfolgt. Folbre ging anfänglich noch davon aus, dass eine Bezahlung der Pflege und Betreuungsleistungen eine fürsorgliche Motivation zerstören würde (Folbre 1995). Später wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Unterscheidung zwischen fürsorglichen und nicht-fürsorglichen Motivationen nicht notwendig der Unterscheidung zwischen einer nicht-marktlichen Arbeit und einer Arbeit gegen Bezahlung folgt (Folbre/Badgett 1999, 314 zit. In: Jochimsen 2003, 50).

So kann ein selbstinteressiertes und egoistisches präferenzzentriertes Verhalten auch außerhalb des Marktes vorkommen, Pflegeleistungen können auch im Falle deren Entlohnung vordergründig aus intrinsischen Motivationen heraus übernommen werden. Dennoch wird eine intrinsische Motivation als entscheidendes Charakteristikum für die Qualität der Pflege aufgefasst, wobei das Ziel der Pflegeleistung nicht der Eigennutz, sondern vielmehr der Ausdruck einer Emotion sei, die für die Übernahme der Verantwortung für einen anderen Menschen essentiell ist. Konzepte zur Pflege, die die Pflege von Motivationen herleiten, gehen davon aus, dass zwei Komponenten für eine effektive Pflege essentiell sind: einerseits die Bereitstellung einer Pflegedienstleistung – der instrumentelle Part – und andererseits der kommunikative Aspekt der Pflege, welcher eine fürsorgliche Motivation auf der Seite der Pflegenden reflektiert. Daher werden solche Konzepte als „zweifache Konzepte“ von Pflege und Betreuung bezeichnet (Jochimsen 2003, 49).

### *3. 4 Zweifache Konzepte der Langzeitpflege und -betreuung*

Zweifache Konzepte der Langzeitpflege und –betreuung beziehen sich auf die zwei Komponenten einer effektiven Pflege: Einerseits die Fürsorge und der kommunikative Aspekt und andererseits der instrumentelle, verrichtungsspezifische Aspekt. Während der erste Aspekt in diesem Ansatz eine fürsorgliche Motivation zugleich voraussetzt und reflektiert, ist dies beim instrumentellen Aspekt der Pflege nicht der Fall. Beispiele für diese Konzepte finden sich bei Himmelweit (1997, 1999), Folbre und Weisskopf (1998), Nelson (1998) oder Tronto (1993).

Himmelweit unterscheidet zwischen Pflege als Aktivität und Pflege als Motivation. Folbre und Weisskopf arbeiten den Unterschied zwischen *care service labour* wobei Pflegedienste ohne Motivation erbracht werden können und *care labour*, wobei Motivationen essentiell sind, heraus, um die Arbeitsleistungen in der Pflege von fürsorglichen Motivationen zu trennen. In diesem Zusammenhang unterscheiden sie zwischen objektivem Pflegen und subjektivem Pflegen. Tronto versteht das Pflegen als Praktik und Charakteranlage. Himmelweit definiert das zweifache Charakteristikum der Pflege als Motivation und Aktivität (1999).

Diese zweifachen Konzepte unterscheiden also zwei Dimensionen in der Pflege und Betreuung: die instrumentelle Dimension der Pflege (beispielsweise das Wechseln von Windeln) und die kommunikative Dimension der Fürsorge, welche meist mit Gefühlen und Motivationen beschrieben wird. Beispielsweise kann der instrumentelle Part der Pflege und Betreuung auch in Abwesenheit des kommunikativen Parts ausgeführt werden und der kommunikative Part in Abwesenheit des instrumentellen Parts. Die kommunikative Dimension der Pflege und Betreuung wird in diesen Ansätzen als nicht vermarktbar und unteilbar gedeutet, während die instrumentellen Dienste kommodifizierbar und teilbar seien. Gleichzeitig gilt jedoch der kommunikative Part der Pflege in diesen Ansätzen als entscheidend für die Qualität des instrumentellen Parts (Jochimsen 2003, 49).

Ist die Pflege intrinsisch motiviert, so entsteht daraus ein unteilbarer und nicht vermarktbarer Mehrwert, der durch den instrumentellen Part allein nicht entstehen kann. Dieser Mehrwert entsteht erst im Zusammenspiel der kommunikativen und der instrumentellen Dimension der Pflege und der daraus erwachsenden persönlichen Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Dieser Mehrwert bezeichnet eine qualitativ hochwertige Pflege, die den Pflegebedürftigen das Gefühl gibt, umsorgt zu sein. In die personenbezogene Dienstleistung der Langzeitpflege ist daher immer auch ein menschliches Element integriert, das nicht oder nur kaum kommodifizierbar ist, auch wenn die Pflegearbeit bezahlt und in einem Marktkontext durchgeführt wird. Nach Himmelweit ist der Prozess der Pflege selbst die Entwicklung einer Beziehung. Mit der Unterscheidung zwischen dem instrumentellen und kommunikativen Teil der Pflege gelingt es, die Pflege über den Privathaushalt hinaus und trotz des unbezahlbaren „Mehrwertes“ der Pflegebeziehung auf den Markt zu transformieren (Jochimsen 2003, 54ff.).

KritikerInnen dieser zweifachen Konzepte der Pflege und Betreuung beziehen sich auf den Fokus dieses Konzeptes auf Motivationen und Emotionen. Dieser kann dazu führen, dass die Pflege individualisiert, privatisiert und sentimentalisiert wird. Dementsprechend wird die Konzeption des kommunikativen Aspektes und der Pflegebeziehung für ihre mangelnde Generalisierbarkeit kritisiert, was impliziert, dass es keine intersubjektiven Aussagen zur Effektivität einer Pflegesituation geben könne, wenn diese auf die individuellen Pflegebeziehungen bezogen sei. Nicht zuletzt könnten derartige Ansätze bestehende Stereotype zur geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung verfestigen, wenn sie davon ausgehen, dass kommunikative Aspekte und Beziehungsarbeit unteilbar sind (Jochimsen 2003, 53).

Speziell in der qualifizierten Arbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich kann die Emotionsarbeit weniger als Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit konzipiert werden, sondern vielmehr auch eine Ressource des Selbstschutzes des Personals darstellen. Hier gilt sie als berufliche Kompetenz und wird als solche mittlerweile positiv bewertet. Ergebnisse der empirischen



rischen Forschung zum Thema zeigen, dass Dienstleistungen, die ein Gefühl der Kontrolle über die Interaktion, sowie eine größere emotionale Distanz erlauben, nicht nur eine effizientere Gestaltung der sozialen Interaktionen ermöglichen, sondern auch von den DienstleisterInnen positiver erlebt werden. Dienstleistungen, die eher unkontrollierbare Gefühle von Mitleid und Empathie erzeugen, werden von den Beschäftigten als herausfordernder und belastender erlebt (Rastetter 2008, 25ff.).

### *3. 5 Die Balance von Nähe und Distanz*

Dieses Spezifikum ist für den Arbeitsplatz Privathaushalt in besonderer Weise kennzeichnend. Der Ort des Intimen wird durch bezahlte Arbeit zum Erwerbsarbeitsplatz. Eine fremde Person betritt private Räume, wobei als intim definierte Sphären, die deutlich mit körperlichen Aspekten verbunden sind, veröffentlicht werden. Am Umgang mit Schmutz erweist sich die spezifische Nähe, die durch die Arbeit im Privathaushalt entsteht, sowohl auf Seiten der Haushalte, als auch der Beschäftigten als unangenehm. Es verschieben sich die Trennlinien zwischen Öffentlichkeit und Privatheit und es besteht die Gefahr, dass die bezahlte Haushaltstätigkeit als personenbezogene Dienstleistung vom Charakter des Privaten eingefangen wird, wobei das Öffentliche mithin geschluckt wird. In dieser unklaren Bewegung zwischen Nähe und Distanz können Prozesse der De-Professionalisierung von Arbeit in Privathaushalten wurzeln (Thiessen 2004, 347).

In Konzeptionen von Pflege- und Betreuungsarbeit und deren Qualität innerhalb der feministischen Ökonomie herrscht Konsens darüber, dass Produktivitätssteigerungen, etwa durch Massenproduktion nicht ohne Qualitätseinbußen erfolgen können. Insbesondere vor dem Hintergrund der angenommenen Relevanz einer Pflegebeziehung für die Qualität dieser Dienstleistungen wird die Anzahl der Betreuungs- und Pflegebedürftigen pro DienstleisterIn stark limitiert. Kriterien der Effizienzsteigerung durch Massenproduktion waren jedoch federführend in der Vermarktlichung anderer Haushaltsdienstleistungen, wobei etwa durch die Technisierung des Haushaltes die Qualität und die Produktivität der Arbeit gleichzeitig erhöht werden konnte. Die Kräfte der Innovation und des Wettbewerbes, die die Produktivität in anderen Industrie- und Dienstleistungssektoren erhöhen, werden jedoch als Indikatoren einer niedrigen Qualität in der Pflege und Betreuung aufgefasst, weswegen die Integrierbarkeit der Pflege- und Betreuungsarbeit in herkömmliche Markprozesse bezweifelt wird (Himmelweit 2008).

Ein ökonomischer Zugang zur Pflege und Betreuung beinhaltet also die Negation der Qualität dieser Arbeit. Produktionsarbeit und Reproduktionsarbeit vollziehen sich also nach wie vor in scheinbar unabhängigen Bereichen und die Gefahr, Reproduktionstätigkeiten tendenziell als

Nichtarbeit, als unbezahlbare Liebestätigkeit oder als „Freizeit“ aufzufassen, bleibt (Notz 2000, 61). Konzepte einer Care-Ethik und die Betonung des zentralen Stellenwertes von Emotionen und Motivationen für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung scheinen jedoch wenig zielführend zu sein, wenn es um eine Aufwertung dieser Tätigkeiten mit dem Ziel einer adäquaten monetären Anerkennung geht. Folgt man derartigen Ansätzen, so scheint eine Integration der Betreuungs- und Pflegetätigkeiten in die Ökonomie und deren vollständige Beurteilung als Erwerbsarbeit nicht oder nur kaum möglich. Jedoch ist zu sagen, dass feministische Debatten zur Reproduktion in der Gesamtperspektive gleichermaßen auf die Einbindung der Versorgung und Betreuung in die Kapitalökonomie verweisen, wie auf die Eigenlogik dieser Felder (Thiessen 2004, 100).

Unter Bezugnahme auf Ansätze der feministischen Ökonomie ist es jedoch möglich, Spezifika der Pflege und Betreuungsarbeit zu identifizieren, die die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit deren Vermarktlichung erklären können. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Zeitintensität dieser Dienstleistungen an Abhängigen und die damit einhergehenden begrenzten Möglichkeiten der Produktivitätssteigerung zu nennen.

## **Resümee**

Die Ausführungen in diesem Kapitel sollten einen Überblick über verschiedene Zugänge zur Arbeit in Privathaushalten geben. Ziel war es, mögliche Erklärungen für die Problematiken im Zusammenhang mit der Konzeption von Haushalts- und Betreuungsarbeit als Erwerbsarbeit zu finden. Einen besonderen Stellenwert dabei nimmt die mit dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft und der Industrialisierung erfolgte Dichotomisierung der Produktionssphäre (verortet in der Öffentlichkeit) und der Reproduktionssphäre (verortet in der Privatheit) und die damit einhergehenden Zuschreibungen an diese beiden Sphären ein. Während die Öffentlichkeit den Logiken des Marktes und der Politik folgt, ist die Privatheit eng mit Intimität, Emotionen und familiären Bindungen verknüpft. Die Trennung dieser beiden Sphären ging auch mit Geschlechterzuschreibungen einher, welche die Frauen fortan in der Privatheit und die Männer in der Öffentlichkeit verorteten. Diese geschlechtsbezogene Arbeitsteilung in der bürgerlichen Familie, die die Frauen für die (nicht bezahlte) Reproduktionsarbeit und die Männer für die (bezahlte) Produktionsarbeit vorsah, wurde durch Konstruktionen von Geschlechtscharakteren ideologisch untermauert.

Wissenschaftliche Zugänge zur Arbeit in Privathaushalten folgen dieser Trennung konzeptuell. So blieb die Arbeit in Privathaushalten mikroökonomischen Ansätzen lange Zeit als marktfremd verborgen, einschlägige Analysen fokussierten auf den Markt und die öffentliche Sphäre. Obwohl die Reproduktionsarbeit eine der Hauptsäulen der Unterstützung von jeder Gesellschaft und jedes Wirtschaftssystems ist und ihr Funktionieren die Basis für alle weite-

ren ökonomischen Aktivitäten bestimmt, wurde diese Arbeit weitestgehend vernachlässigt. Die Haushaltsökonomie integriert Reproduktionstätigkeiten zwar in die Ökonomie, jedoch ist diese Integration prekär, weil die Arbeit in Privathaushalten als altruistisch motiviert und damit als Abgrenzung zu den vertraglich motivierten Tauschbeziehungen am Markt aufgefasst wird. Die Arbeit in Privathaushalten gilt also in der Mainstream-Ökonomie als marktfremdes, altruistisches selbstversorgendes Verhalten, welches einer ökonomischen Bewertung nicht zugänglich ist und daher nicht als Arbeit aufzufassen ist.

Unter Berücksichtigung derartiger Beiträge der Ökonomie zur Haus- und Reproduktionsarbeit kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeit in Privathaushalten keine monetäre Gegenleistung will, da die Nutzenmaximierung der Familienmitglieder genug „Entlohnung“ im Sinne der Nutzenmaximierung der im Haushalt tätigen Akteure wäre. Diese Ansätze sind für die Selbstversorgung konzipiert.

Mikrosoziologische Zugänge zur Hausarbeit – wie jener von Kaufmann – fragen ebenfalls nach den Motivationen für die Hausarbeit (in seinen Worten: nach dem *inneren* Handlungsantrieb). Hier spielt jedoch weniger Altruismus eine Rolle, sondern vielmehr die Vorstellungen von Sauberkeit und Ordnung, die in jeder Gesellschaft herrschen und von Generation zu Generation (in veränderter Form) weitergegeben werden. Hausarbeit ist hier als Zivilisationsarbeit aufzufassen, wobei die Handlungsantriebe zur Übernahme dieser Arbeit – ähnlich wie bei der Körperpflege – der kognitiven Ebene nur beschränkt zugänglich sind. Wird die Hausarbeit als Zivilisationsarbeit konzipiert, so muss sie sogar bis zu einem gewissen Grad unsichtbar bleiben. Dadurch ist die Hausarbeit im besonderen Maße eine inkorporierte Arbeit. Weil der Privathaushalt das zentrale Territorium der Intimität umfasst, ist deren Delegation erschwert möglich.

Unter Berücksichtigung dieses mikrosoziologischen Beitrages zur Haus- und Reproduktionsarbeit kann davon ausgegangen werden, dass die Schwierigkeit in deren Bewertung als Erwerbsarbeit darin liegt, dass sie als inkorporierte Zivilisationsarbeit in innerhalb des Territoriums der Intimität erfolgt. Wenn die Einhaltung von bestimmten Zivilisations- und Sauberkeitsstandards als essentiell für die Vergesellschaftung von Individuen gelten, so ist es konzeptuell erschwert möglich, die Arbeit an der Einhaltung dieser Standards als Erwerbsarbeit zu bezeichnen, zumal sie der kognitiven Ebene nur beschränkt zugänglich ist und das Bewusstsein für die geleistete Arbeit von Seiten der Arbeitenden wohl eine zentrale Voraussetzung für die Forderung nach Anerkennung darstellt. Dies zeigt sich auch an den Problematiken, die mit der Delegation von Hausarbeit im Privathaushalt an DienstleisterInnen verbunden sind.

Da die Arbeit in Privathaushalten eine frauendominierte und unterbewertete Arbeit ist, war und ist sie zentrales Thema innerhalb der feministischen Theorie. Ein Schwerpunkt dieser

Arbeiten ist die Entwicklung einer Auffassung von Arbeit, die nicht nur auf den Produktionsbereich fixiert ist, sondern auch den Reproduktionsbereich umfassen kann. Insbesondere im Zusammenhang mit der Betreuungs- und Pflegearbeit wird davon ausgegangen, dass diese nicht mit ökonomischen Ansätzen adäquat analysiert werden kann. Der zentrale Aspekt der Beziehungsarbeit und die ihr inhärenten Gefühle von Verbundenheit, Hingabe und Liebe gelten als essentiell für die Qualität dieser Arbeit, jedoch gleichzeitig als nicht vermarktbar, da Produktivitätssteigerungen hier nicht oder nur sehr beschränkt möglich sind. Unter Berücksichtigung einer Care-Ethik wird die Reproduktionsarbeit auch als Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung begriffen, während die Mainstream-Ökonomie Arbeit eher als Ware ansieht. Die Qualität der Sorge- und Hausarbeit sei so schwer zu messen, weil sie mit der Motivation und dem Engagement (mit der Care-Ethik) der arbeitenden Person steigt und beide Aspekte keine ökonomischen Kategorien sind. Mit derartigen Ansätzen innerhalb der feministischen Ökonomie ist es zwar möglich, die Haus- und Betreuungsarbeit aufzuwerten bzw. einen Begriff von Arbeit zu entwerfen, der über die Produktionsarbeit hinausgeht. Dennoch sind derartige Auffassungen einer „Care-Ethik“ nicht mit ökonomischen Konzepten in Verbindung zu bringen, was die monetäre Anerkennung der Reproduktionsarbeit weiterhin erschwert. Zudem sind Auffassungen einer „Care-Ethik“ nicht mit Konzepten einer Professionalisierung von Arbeit vereinbar, was deren monetäre Anerkennung zusätzlich erschwert. Aufgrund der gestiegenen Erwerbstätigkeit von Frauen bei gleichbleibender Bereitschaft von Männern zur Übernahme der Reproduktionsarbeit, sowie aufgrund der Erosion tradierter Familienbilder entstand ein Markt im Bereich der haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen. Das quantitative Ausmaß dieses Marktes beruht (ähnlich wie im Baugewerbe oder in der Gastronomie) zu einem Großteil auf Schätzungen, da der Anteil an irregulären und informellen Arbeitsverhältnissen hier sehr hoch ist. Diese Dienstleistungen bieten den hier Tätigen wenig bis keine positiven Entwicklungsmöglichkeiten, sondern allenfalls kurzfristig und übergangsweise Beiträge zur Subsistenz (Klein 1997, 207f.).

Die Gestaltung der verberuflichten Hausarbeit obliegt bislang noch weitestgehend der Schattenarbeit, denn die Fremdvergabe von Haushaltstätigkeiten orientiert sich in erster Linie am Preis. Der Markt für haushaltsnahe Dienstleistungen ist durch die Schwarzmarktkonkurrenz und die Geringschätzung der Hausarbeit äußerst schwer für geschützte und qualifizierte Beschäftigten zu erschließen (Thiessen 2004, 199).

Hinsichtlich der Betreuungs- und Pflegearbeit für abhängige Personen finden sich ähnliche Tendenzen. Jedoch wird die Pflege und Betreuung stärker als die sachbezogene Hausarbeit als gesellschaftlich notwendige Tätigkeit konzipiert und von der öffentlichen Hand subventioniert. Im Folgenden wird auf die Organisation von Haushalts- und Pflegetätigkeiten als bezahlte personenbezogene Dienstleistungen eingegangen.

## II Personenbezogene soziale Dienstleistungen

Haushalts- und Betreuungsarbeit ist zwar nach wie vor hochgradig in der Privatheit verortet, die Inhalte haushaltsnaher und personenbezogener Arbeit sind jedoch keineswegs Privatangelegenheiten. Die Grenzen zwischen Schmutz und Reinheit beispielsweise unterliegen zwar persönlichen Vorstellungen, sie sind jedoch – wie auch Vorstellungen von Betreuungsanforderungen sozio-kulturell normiert und historisch variabel (Thiessen 2004, 203). Die Pflege wird nach wie vor als primär familiäre Aufgabe, die in Privathaushalten erfolgt, definiert. Gleichzeitig sind Familiensysteme aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie strukturelle Veränderungen in den Beziehungsmustern der Familienmitgliedern, zunehmende Mobilität, allgemeine Steigerung der Kaufkraft, steigender Bevölkerungsanteil hochaltriger Menschen immer mehr mit dieser Aufgabe überfordert bzw. können sie erst gar nicht übernehmen. Da die Pflege und Betreuung von abhängigen Personen als gesellschaftlich notwendige Arbeit gesehen wird, erfolgt die Bereitstellung der Pflege- und Betreuungsleistungen neben dem informellen (innerfamiliären) Sektor zunehmend auch über den öffentlichen/staatlichen Sektor und über den privaten Markt (durch gemeinnützige Trägerorganisationen oder kommerzielle AnbieterInnen). Der Staat stellt in erster Linie Institutionen wie Alters- und Pflegeheime zur Verfügung, die in Eigenverantwortung der Bundesländer geführt werden. Der private Markt unterteilt sich in den Non-Profit-Sektor<sup>5</sup>, wobei staatlich geförderte Wohlfahrtsverbände oder lokale Vereinigungen Pflege- und Betreuungsdienste bereitstellen und in den privaten Markt, der derzeit noch ein kleines Segment ausmacht, aber expandiert (Zeller et al. 2003, 38ff.).

Als gesellschaftlich notwendige Tätigkeiten werden Pflege- und Betreuungsleistungen von der öffentlichen Hand subventioniert, gleichzeitig handelt es sich hierbei um vermarktlichte Dienstleistungen. Der Staat und der Markt folgen jedoch verschiedenen Logiken: Während der moderne demokratische Staat Werte und Prinzipien von Gleichheit, Repräsentativität und Hierarchie vertritt, folgt die Marktwirtschaft den Regeln des Wettbewerbs und des Profitstrebens (exempl. Evers/Ewert 2010, 105).

Innerhalb der europäischen Sozialpolitiken lässt sich eine Tendenz zu einer verstärkten Vermarktlichung der sozialen Dienstleistungsproduktion beobachten. Die Preise werden strenger reguliert, die Dienstleistungsprodukte zunehmend standardisiert, die Qualität der Dienstleistungen geregelt. Insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Imperativs zur

---

<sup>5</sup> Spieß erklärt im Bereich der Kinderbetreuung die Existenz von Non-Profit-Anbietern vor dem Hintergrund des Marktversagens in diesem Dienstleistungssegment. Die Marktpräsenz von Non-Profit-Anbietern kann als die Folge staatlicher Eingriffe in diesen Dienstleistungsbereich gesehen werden. Somit ist es nicht sinnvoll, Non-Profit-Anbieter in die Analyse eines von staatlichen Eingriffen freien Marktes einzubeziehen (Spieß 1998, 37).

Kostenreduktion und Effizienzsteigerung folgt die Sozialpolitik zunehmend den Logiken des Marktes:

„Je konsequenter soziale Einrichtungen, Bildungsinstitutionen und Verwaltung an ökonomischer Effizienz gemessen werden, desto schneller mutieren Patienten, Studenten und Bürger zu Kunden und Pflegekräfte, Lehrkräfte, Sozialarbeiter und Polizisten zu Dienstleistenden, die zu vermehrter Bürgernähe und Serviceorientierung angehalten sind“ (Rastetter 2008, 9).

Die Bewertung personenbezogener sozialer Dienstleistungen (der Pflege und Betreuung) nach ökonomischen Kriterien der Effizienz und Effektivität wirft jedoch Probleme auf. Es handelt sich hierbei nämlich weder um normale Sachgüter, die sich mit tatsächlichen Effizienzgewinnen marktlich steuern lassen, noch um „öffentliche Güter“, deren Herstellung als Staatsaufgabe unumstritten ist (wie beispielsweise die Gewährung öffentlicher Sicherheit) (Gabriel 2007, 224).

Die folgenden Ausführungen skizzieren die spannungsgeladene Position der auf dem formellen Sektor angebotenen und staatlich regulierten Pflege- und Betreuungsdienstleistungen, sowie deren Konsequenzen hinsichtlich der Qualität der Pflege und Betreuung.

In diesem Zusammenhang wird auch hier den Spezifika der Langzeitpflege ein Stellenwert eingeräumt. Es wird dabei gezeigt, dass die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung in deren Organisation unterbewertet werden, weil sie schwierig mit ökonomischen Effizienzkriterien intersubjektiv gemessen und bewertet werden können. Gleichzeitig sind sie jedoch essentiell für die Produktivität dieser Dienstleistungen. Insbesondere die Gewinnung der KlientInnen als MitproduzentInnen der Pflege und Betreuungsleistungen gehört zu den unabdingbaren Elementen der Produktivität und Effizienz in der Leistungserbringung der Pflege. Denn ohne die Mitwirkung der Kunden bleibt die Pflege unmöglich bzw. unwirksam, daher ist die Kommunikation als wichtiger Produktionsfaktor der Dienstleistung anzusehen, um die Koproduktion effektiv auszurichten. Wird die Pflege jedoch nach marktlichen Gesichtspunkten organisiert, so ist es wichtiges Ziel, sie so zu organisieren, dass sie in möglichst kurzer Zeit erbracht werden kann. Während Zeitersparnis ein wesentliches Merkmal wettbewerblicher Produktionsweisen ist, erfordert der Aufbau persönlicher Beziehungen gerade den Aspekt des „Zeithabens“. Soll Pflege marktlich produziert werden, so ist dieser Widerspruch aufzulösen (Gabriel 2007, 225).

Ziel der folgenden Ausführungen ist die Darstellung dieser Widersprüche und die Diskussion deren Konsequenzen für die Bereitstellung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten auf dem formellen Sektor.

## **1 Definitionen und Merkmale personenbezogener sozialer Dienstleistungen**

Während es Dienstleistungen als gesellschaftlich notwendige Tätigkeiten (beispielsweise Kinder- oder Angehörigenbetreuung) schon immer gibt, sind sie als Wirtschaftssektor noch vergleichsweise jung. Sobald jemand nicht mehr alles selbst verrichten kann, was zu seinen unmittelbaren Bedürfnissen gehört, andere dagegen über das Wissen, die Mittel und die Bereitschaft, den Dienst zu tun, verfügen, entstehen Dienstleistungen. Im ursprünglichen Sinn bedeutet Dienst, abgeleitet aus dem lateinischen „servire“, unbezahlte Sklavenarbeit, später auch besoldeter Kriegs- oder pflichterfüllender Herrschaftsdienst (Rastetter 2008, 116).

Die Breite der Dienstleistungstätigkeiten ist schwer zu fassen. Es herrschen verschiedene Klassifizierungsmodelle vor, die je nach Blickwinkel entsprechend differenziert sind. Ein für alle Bereiche gleichermaßen schlüssiges Konzept lässt sich aufgrund der Heterogenität von Dienstleistungen nicht entwickeln. Daher wird vorgeschlagen, die bestehenden Analyse Kriterien in den Blick zu nehmen und auf die Arbeitsfelder vom jeweiligen Interesse anzuwenden (Thiessen 2004, 40).

Altenpflege- und Betreuungstätigkeiten sind als personenbezogene soziale Dienstleistungen zu bezeichnen. Sozial sind sie deshalb, weil sie sich an abhängigen Personen geleistet werden. Personenbezogen, weil sie unmittelbar einer Person zu Gute kommen, wie etwa Körperpflege, Bildung und Erziehung. Im deutschsprachigen Raum wird zwischen personenbezogenen und sachbezogenen Dienstleistungen differenziert, weil personenbezogenen Dienstleistungen im Gegensatz zu sachbezogenen Dienstleistungen Interaktionen inhärent sind, welche die Qualität der Dienstleistungen beeinflussen können. Die Analyse von Hausarbeit zeigt jedoch, dass die Personenorientierung ein durchgängiges Prinzip auch sachbezogener Dienstleistungen ist. Daher wird eine begriffliche Spaltung der Haus- und Betreuungsarbeit in personen- und sachbezogene Dienstleistungen kritisiert (Thiessen 2004, 38ff.).

Mittlerweile gelten haushaltsbezogene Dienstleistungen als Unterkategorie der personenbezogenen Dienstleistungen (Bachinger 2009, 17).

Innerhalb der Dienstleistungsberufe herrschen gravierende Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status der Berufszweige. Dieses Spektrum reicht von Expertendienstleistungen unter Verwendung von Personal mit hoher Ausbildung und Karriereorientierung bis hin zu Dienstleistungen von Laien, die mit geringer Ausbildung und ohne Aussicht auf Aufstieg agieren (Rastetter 2008, 119). Die Tarifs- und Vertragsgestaltung ist im Dienstleistungsbereich wesentlich vielfältiger als im herstellenden Sektor. Sie reicht von überdurchschnittlicher Vergütung (beispielsweise für Forschung und Entwicklung) über öffentlich geregelte Arbeits-

verhältnisse bis hin zu geringfügiger Beschäftigung, Schwarzarbeit, unbezahlter Arbeit und Ehrenamt. Haushaltsdienstleistungen sind im unteren Bereich der Bewertung angesiedelt, wobei eine eigenständige Existenzsicherung oft nicht möglich und der MigrantInnenanteil hoch ist (Thiessen 2004, 49f.).

Zur Bezeichnung der KonsumentInnen dieser Tätigkeiten, d. h. die DienstgeberInnen oder ArbeitgeberInnen wird im Bereich der sozialen Dienste der Begriff KlientIn gewählt, um den Aspekt der Souveränität zu vermitteln und weniger jenen der Bedürftigkeit (Bachinger 2009, 19). Da diese Personen in der Regel für soziale Dienste nichts oder nicht alles bezahlen und sie auch nicht immer freiwillig in Anspruch nehmen, sind sie nicht als KundInnen, sondern vielmehr als KlientInnen zu bezeichnen. Der Begriff der „Informalität“ wird zur Bezeichnung von freiwilliger und/oder familiärer Arbeit verwendet, der Begriff „Irregularität“ für den nicht gesetzeskonformen aufenthalts- und arbeitsrechtlichen Status von MigrantInnen, die einen Großteil dieser Dienstleistungen in Privathaushalten übernehmen (exempl. Lutz 2004; 2007). Im wissenschaftlichen Diskurs werden informell oder irregulär im Haushalt tätige Personen als HaushaltsarbeiterInnen oder im Englischen als „Care Worker“ bzw. „Domestic Worker“ bezeichnet, um den Arbeitsaspekt hervorzuheben und diese Arbeit einer formellen Erwerbsarbeit zumindest rhetorisch gleichzustellen (Bachinger 2009, 19).

Personenbezogene Dienstleistungen zeichnen sich durch ein Zusammenfallen von Produktion und Konsumation aus. KlientInnen sind EmpfängerInnen und zugleich auch NutzerInnen dieser Dienstleistungen, sie tragen durch ihre aktive Mitwirkung an der Dienstleistung zu deren Produktion bei. Der Prozess der Erstellung der Dienstleistung verkörpert gewissermaßen bereits die Ware oder Leistung, daher handelt es sich bei der Produktion personennaher sozialer Dienstleistungen um Vertrauensgüter. Somit steht der Mensch im Sinne eines Rohmaterials am Anfang des Produktionsprozesses. Die Arbeit in personenbezogenen Dienstleistungen ist daher immer von Interaktionen durchzogen, welche in spezifischen Ausformungen auch deren Kernelement bilden können. Angesichts der Tatsache, dass KlientInnen selbstbestimmt handeln können, müssen sie einen Beitrag zur Gewährleistung der Dienste<sup>6</sup> bringen. Interaktionen nehmen dabei gewissermaßen eine Kontrollfunktion ein. Grundsätzlich gilt in der Bewertung von personenbezogenen Dienstleistungen folgende Annahme: Je mehr sie in ihrer Durchführbarkeit von (erfolgreichen) Interaktionen abhängig sind, desto problematischer wird die Kontrolle des Dienstleistungspersonals und damit der Dienstleistung an sich (Klatetzki 2010, 16).

---

<sup>6</sup> In diesem Zusammenhang werden Dienstleistungen auch als Gewährleistungen begrifflich bestimmt, um den reflexiven Bezug dieser Arbeit auf Andere zu verdeutlichen. Dieses bzw. diese/r Andere funktioniere in diesem Zusammenhang nicht hinreichend ohne die Gewährleistung dieser Dienstleistung z. B. Pflege und Betreuung. Daher seien Dienstleistungen immer auch supplementär und fügen einer ihnen vorausgehenden Struktur, Handlung oder Aktivität etwas Ergänzendes hinzu (Drepper/Tacke 2010, 245).



In diesem Zusammenhang spielt die Zeit eine wesentliche Rolle, personenbezogene Dienstleistungen werden sogar als „im Kern kundenorientierte Zeitverwendungsangebote“ bezeichnet. Denn aufgrund des Zusammenfallens von Produktion und Konsumation folgt, dass die AnbieterInnen von Dienstleistungen ihre angebotene Zeit nach den Bedürfnissen der KundInnen zu orientieren haben (Aleff 2002, 89).

Personenbezogene Dienstleistungen werden ferner als das prototypische Setting für Emotionsarbeit gesehen. Emotionsarbeit heißt, dass die Beschäftigten ihre Gefühle bewusst betrieblichen Anforderungen unterwerfen sollen bzw. sie zum Zwecke der Aufgabenerfüllung bewusst einsetzen sollen (Rastetter 2008, 11). Standardisierungs- und Rationalisierungsprozesse, wie sie allgemeine Prinzipien des kapitalistischen Wirtschaftens darstellen, nimmt – so die These von Rastetter – bei Emotionsarbeit eine spezifische Ausprägung an, da zwischenmenschliche Beziehungen nicht wie Fließbandarbeit oder Datenerfassung taylorisiert werden können (Rastetter 2008, 115).

Als „Klassiker“ der Forschung zur Emotions- oder Gefühlsarbeit in Dienstleistungsberufen gilt das Werk „Das gekaufte Herz“ von Arlie Hochschild. Zentral an Hochschilds Ansatz ist, dass sie Gefühlsarbeit parallel zur Handarbeit als entfremdend vom Selbst betrachtet, sobald sie gegen Bezahlung verrichtet wird. Denn die Herstellung des in Interaktionen mit KonsumentInnen geforderten Gefühls bedeute Anstrengung und Arbeit. Zentral ist weiter, dass diese Arbeit und mögliche Anstrengungen dabei nicht sichtbar werden dürfen, denn das „Lächeln“ darf nicht künstlich wirken (Rastetter 2008, 17).

Während zunächst spezifische Emotionsanforderungen in bestimmten Berufsrollen analysiert wurden, wandte sich die Forschung zur Rolle der Emotionen in Dienstleistungsberufen in der Folge verschiedenen Faktoren zu, die die angenommene Belastung und Beanspruchung durch Emotionsarbeit genauer klären sollten. Die Ergebnisse solcher empirischer Untersuchungen relativieren Hochschilds pessimistische Sicht auf Emotionsarbeit. DienstleisterInnen können nämlich professionell mit Emotionen umgehen, was für sie entlastend ist. Daher wird das „Emotionsmanagement“ als zentrale Ressource im Arbeitsleben eingesetzt. Zudem gestaltet sich die Bedeutung der Emotionsarbeit in Abhängigkeit davon, ob der Dienstleistungsberuf eher von Dienstleistungsbegegnungen (service-encounters) oder von Dienstleistungsbeziehungen (service-relationships) geprägt ist (Rastetter 2008, 23ff.).

Erwerbsmäßige Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich wirkt also nicht nur entfremdend, sondern kann in ihrer qualifizierten Form auch als Ressource der Abgrenzung von den KonsumentInnen und KlientInnen – und damit als Selbstschutzkompetenz – gelten.

## **2 Organisation der Langzeitpflege über den Markt**

Marktlösungen sind auch im Dienstleistungssektor darauf angewiesen, dass sich Präferenzen von AnbieterInnen und Nachfragern in Tauschakten zu beiderseitigem Vorteil umsetzen lassen können. Zu den Kernelementen des Marktgeschehens gehören eine symmetrische Beziehung zwischen Anbieter (Dienstleister) und Nachfrager (Kunde), wettbewerbliche Konkurrenzen auf Anbieter- und Nachfragerseite, eine Preisbildung im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage und das Interesse des Anbieters an Gewinnerzielung, sowie das damit korrespondierende Interesse des Nachfragers an Verlustvermeidung (im Sinne der Vermeidung hoher Preise) (Lob-Hüdepohl 2007, 113).

Wie unter Berücksichtigung von Beiträgen zur feministischen Ökonomie bereits ausgeführt wurde, weisen die Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege und –betreuung Spezifika auf, die derartigen ökonomischen Transaktionen nicht entsprechen.

Die Preise, Qualität und Quantität der auf einem Markt gehandelten Güter werden überwiegend durch ökonomische und nicht soziale Beziehungen bestimmt, daher treten Nachfrager und Anbieter vorwiegend auf einer unpersönlichen Ebene miteinander in Kontakt. Demnach wären innerfamiliäre Betreuungsverhältnisse – auch wenn sie gegen Bezahlung erfolgen – nicht dem Markt zuzuordnen, da der Kontakt auf einer persönlichen Ebene erfolgt. Auch ehrenamtliche nicht-familiäre BetreuerInnen wären nicht dem Markt zuzuordnen, da diese Betreuungsleistungen nicht gegen Bezahlung und nicht gewinnorientiert erfolgen (Spieß 1998, 26f.).

Vor diesem Hintergrund werden mit Blick auf die Betreuungsarbeit Bedingungen benannt, unter denen die Effizienz von Marktprozessen in Frage gestellt ist. Diese werden von Spieß in folgende Typen unterteilt: Unteilbarkeiten (keine Massenproduktionsvorteile), Informationsmängel (v. a. hinsichtlich der Qualität des Produktes), externe Effekte (wenn die Nutzenfunktionen der Akteure Einflüsse erhalten, die nicht vollständig von diesen kontrolliert werden können) und Anpassungsmängel (mangelnde Flexibilität in der Produktion oder Lagerung der Güter oder der zeitlichen Ausdehnung von Dienstleistungen, mangelnde Flexibilität hinsichtlich sich spontan verändernder Nachfrage). Zentral ist jedoch, dass nicht deren Vorhandensein an sich, sondern vielmehr das Ausmaß, in dem diese Bedingungen auftreten, berücksichtigt wird, um Marktmängel zu erklären<sup>7</sup> (Spieß 1998, 59; 65ff.).

Probleme in Form von Marktmängeln hinsichtlich der Bereitstellung von Dienstleistungen der Langzeitpflege können sich im Bereich der Präferenzen zeigen, beispielsweise wenn sie – wie in der Betreuungsbedürftigkeit hochaltriger Personen wahrscheinlich – nicht artikuliert werden können oder gar nicht bewusst sind. Zweitens können Probleme im Tauschverhältnis

---

<sup>7</sup> Für den Bereich der Kinderbetreuung stellt Spieß fest, dass die Bedingung für staatliche Eingriffe gegeben ist. Märkte für Kinderbetreuung sind durch Informationsmängel und positive externe Effekte gekennzeichnet, die nicht durch marktliche Instrumente allein neutralisiert oder internalisiert werden können (Spieß 1998, 99).

selbst liegen. Pflegeleistungen sind in der ökonomischen Terminologie typische Erfahrungsgüter. Kennzeichen dieser Güterkategorie ist die bestehende Qualitätsunsicherheit der Nachfragenden bei der ersten Inanspruchnahme dieser Leistungen. Erst nach Nutzung können diese die Qualität der Leistungen beurteilen, weil sie dann die entsprechenden Erfahrungen gemacht haben. Qualitätsunsicherheit wird in der Literatur als einer der einschlägigen Gründe für mögliches Marktversagen angeführt (Sauerland 2007, 171).

Hinzu kommt die Tatsache, dass diese Dienstleistungen einem hohen Grad an Eigenproduktion im Familienverband unterliegen, daher wird von einer hohen Substitutionsfähigkeit der Nachfrage in Betreuungsmärkten<sup>8</sup> ausgegangen. Diese spezifischen Voraussetzungen und Eigenschaften der Dienstleistungen der Pflege und Betreuung führen dazu, dass sie erschwert oder nicht unkontrolliert über den Markt angeboten werden können. Die Grundannahme von Beiträgen zur Theorie des Marktversagens ist, dass ein Markt prinzipiell ohne staatliche Eingriffe funktioniert und die Zuteilung des Angebotes zu den Nachfragern ohne staatliche Maßnahmen erlangt wird. Das gesellschaftliche Allokationsoptimum wird durch das Steuerungsinstrument des Marktes dann erreicht, wenn vollkommene Konkurrenz vorliegt. Die Bedingung für staatliche Eingriffe ist dort gegeben, wo der Markt als Steuerungsinstrument versagt, der Staat jedoch nicht. Zentral in diesem Zusammenhang ist, dass staatliche Entscheidungseinheiten im Besitz der adäquaten Information und insbesondere des adäquaten Instrumentariums zur Behebung des Marktversagens sind (Gabriel 2007, 227; Spieß 1998, 58ff.).

Insbesondere das Präferenzartikulationsversagen (verstanden als fehlende Konsumentensouveränität) wird in sozialen Sicherungssystemen (z. B. auch im Gesundheitssystem) als Begründung für staatliche Eingriffe diskutiert. Jedoch ist die Einschränkung der Konsumentensouveränität im akutmedizinischen Bereich im Gegensatz zu jener im Pflegebereich in der Regel reversibel bzw. nicht dauerhaft. Aufgrund dieser Problematiken steigt die Bedeutung von Agenten, die an der Stelle der Pflegebedürftigen deren Präferenzen durchsetzen können. Gegenwärtig sind dies insbesondere die Angehörigen und der Staat. Der Agent Angehöriger kann jedoch insbesondere wegen der engen Verbindung zu den Pflegebedürftigen nur erschwert kontrolliert werden (Sundmacher 2007, 206ff.).

Staatliche Eingriffe können in regulative Eingriffe und in fiskalische Eingriffe unterteilt werden. Erstere beziehen sich auf staatliche Kontrollen, Festlegungen und Prüfungen der öko-

---

<sup>8</sup>Durch den angestiegenen Konsum von industriell gefertigten Nahrungsmitteln und die Verbesserung der technischen Ausstattung erfolgte in den letzten Jahrzehnten sowohl eine Rationalisierung als auch eine Substituierung der Hausarbeit. Die Substituierung erfolgt durch den Konsum von Essen im Restaurant bzw. die Bestellung von mobilen Dienstleistungen, wie „Essen auf Rädern“. Diese Prozesse führten jedoch nicht unbedingt zu einer Abnahme der Hausarbeit, sondern vielmehr zu einem erhöhten Anspruchsniveau an die Hausarbeit und zur Zunahme der Ansprüche an die Konsumarbeit, das Einkaufen (Meyer 1997, 192f).

nomischen Aktivität bestimmter Marktteilnehmer. Dies erfolgt beispielsweise durch Preiskontrollen, Qualitätskontrollen, Markteintrittsbeschränkungen, Lizenzierungsvorschriften oder die Festsetzung bestimmter Produktstandards. Fiskalische Eingriffe umfassen Subventionen für Nachfrager und Anbieter, die Einführung von Steuern, Steuererhöhungen, Steuerbefreiungen, usw. Meist werden die Instrumente kombiniert (Spieß 1998, 61f.).

### **3 Organisation der Langzeitpflege über den Staat**

Invalidität, Krankheit und Alter, die den Marktzugang begrenzen oder ausschließen, werden als öffentliche Aufgabe definiert und damit dem Staat übertragen. Der Staat übernimmt die Bereitstellung der Pflegeleistungen entweder selbst, indem Pflegeleistungen in staatlichen Einrichtungen produziert werden, oder er subventioniert private Anbieter dieser Leistungen. Pflege- und Betreuungsleistungen werden in der Regel teilweise oder gänzlich als Märkte organisiert, die jedoch einer politischen Regulation unterliegen<sup>9</sup>.

Seit den 1980er Jahren haben sich in den OECD-Staaten marktliche Elemente in der Politik sozialer Sicherung verstärkt. Im Zuge dessen hat es sich eingebürgert, die Adressaten personennaher sozialer Dienstleistungen nicht mehr als Hilfeempfänger einer Fürsorgeleistung, sondern als Kunden einer Dienstleistung zu bezeichnen<sup>10</sup>. Die mit diesen Begrifflichkeiten konstruierte Symmetrie zwischen Anbietenden und Nachfragenden soll nicht nur eine Konstruktion von unterlegenen Hilfsbedürftigen zu vermeiden helfen, sondern auch die Anbietenden zur Einhaltung von Standards bei deren Dienstleistungen verpflichten. Diese semantische Verschiebung markiert einen Paradigmenwechsel im Selbstverständnis der Sozialpolitik, der einerseits Ergebnis einer bestimmten Form sozialberuflicher Professionalität ist, gleichzeitig aber mit der Eigenlogik personennaher sozialer Dienstleistungen unverträglich ist (Lob-Hüdepohl 2007, 115).

Durch staatliche Subventionen steigt für die Anbieterorganisationen dieser Dienstleistungen die Rechenschaftslegung gegenüber Kontrollbehörden, Geldgebern und der Öffentlichkeit. Die damit einhergehende Bürokratisierung der Arbeit führt zu einer rationalen, sachlichen, unpersönlichen und berechenbaren Betriebsführung auf der Grundlage von standardisierten und arbeitsteiligen Arbeitsabläufen. Die Bürokratisierung verstärkt wiederum die Ökonomisierung und Verberuflichung der Arbeit, da sie sich auf standardisierte Formen der Arbeit stützt (Lahusen/Stark 2010, 188f.).

---

<sup>9</sup> Marktförmige Strukturen, die auf die Produktion und Verteilung sozialer Güter und Dienste gerichtet sind, die traditionell unter dem Schutz des Sozialstaates standen, werden als Wohlfahrtsmärkte bezeichnet. Die Dienstleistungen werden dabei von einer Mehrzahl an konkurrierenden Unternehmen angeboten, die jedoch alle einer staatlichen Regulierung unterliegen (Nullmeier 2007, 97f.).

<sup>10</sup> Wie oben thematisiert, erfolgt diese rhetorische Gleichsetzung der EmpfängerInnen von staatlich subventionierten Dienstleistungen durch den Einsatz des Begriffes „KlientIn“ unvollständig.

Die Problematik der Qualitätsmessung im Bereich der Altenpflegeleistungen steht immer wieder im Zentrum der Diskussion. Auf die Schwierigkeiten in der Evaluierung und Messung der Ergebnisse der Langzeitpflege und deren Qualität haben insbesondere GesundheitsökonomInnen hingewiesen (Adams/Nelson 2009, 4).

Zur Messung der Qualität im Gesundheitswesen herrschen Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor. Indikatoren für die Strukturqualität der Pflege wären etwa die Qualifikationen der Leistungserbringer der Pflege oder vor allem im stationären Bereich die Infrastruktur (Personalressourcen, Zimmergröße, materielle Ausstattung). Die Prozessqualität umfasst alle Maßnahmen, die im Laufe der Intervention (von der Aufnahme bis zur Nachbetreuung) unter Berücksichtigung der jeweils individuellen (Krankheits-) Merkmale der PatientInnen gesetzt oder nicht gesetzt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse dieser Maßnahmen dann am besten sind, wenn die Maßnahmen selbst nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln erfolgen, die den Stand des Wissens widerspiegeln. Die Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf das Resultat der Pflegeleistungen (Gatterer 2003, 58ff.; Sauerland 2007, 172f.).

Die Langzeitpflege ist jedoch eine spezifische Dienstleistung im Kontext des Gesundheitssystems, die sich hinsichtlich ihrer Evaluierung durch eine größere Komplexität und Mehrdeutigkeit auszeichnet, als die Akutpflege. Das eigentliche Ziel der Langzeitpflege ist eine Kompensation für die verlorene Fähigkeit zur Selbstpflege seitens der PatientInnen (KlientInnen), daher sind Pflegedienste hochkomplex. Wie in Kap. I bereits thematisiert, verlangt eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung ein individuelles Eingehen auf Bedürfnisse und Präferenzen der KlientInnen. Das Altern und die Altenpflege gestaltet sich zunehmend heterogen und umfasst weitaus mehr als Versorgung. Dies scheint vielen sozialpolitischen AkteurInnen unverständlich; insbesondere deshalb, weil das Altern bislang immer mit einem Prozess des Verlustes körperlicher, geistiger und sozialer Fähigkeiten gleichgesetzt wurde, wodurch gängige Modelle der Altenbetreuung primär auf Behandlung und Versorgung ausgerichtet waren. In einem produktionsökonomischen Dienstleistungsbegriff können die emotionalen und interaktiven Prozesse bzw. die Prozesshaftigkeit der Dienstleistungen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Diese sind jedoch ein konstitutives Kriterium insbesondere im Bereich der Langzeitpflege und –betreuungsleistungen. Was bleibt, sind diffuse Größen oder Hilfsgrößen, die nur in mittelbarer Beziehung zur geleisteten Interaktionsarbeit stehen (Rastetter 2008, 121).

Unter den Begriffen „Reform“ oder „Modernisierung“ werden für personenbezogene soziale Dienstleistungen Maßnahmen der Standardisierung und Formalisierung eingesetzt, sowie die zu erreichenden Ziele festgelegt. Daher sind Dienstleistungen – speziell für KlientInnen mit schwacher Konsumentensouveränität – in allen westlichen Gesellschaften geregelt und

kontrolliert. Das Personal und die Trägerorganisationen werden zertifiziert, die Bereitstellung der Dienstleistungen steht unter einem Monitoring (Eika 2009, 114f.; 123).

Wird die Bereitstellung personenbezogener Dienstleistungen jedoch unter Bezugnahme auf herkömmliche Auffassungen von Effektivität organisiert, spielt die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen innerhalb einer bestimmten Zeit eine zentralere Rolle als eine teurere einzelfallorientierte, reaktivierende und professionelle Pflege. Hier zeigt sich die Problematik, auf welche Beiträge zur feministischen Ökonomie hinweisen: Eine Erhöhung der Produktivität in der Pflege im ökonomischen Sinne (Erhöhung der Anzahl der Pflegebedürftigen pro PflegerIn) ist schwer möglich, ohne deren Qualität im Sinne einer einzelfallorientierten Pflege und Betreuung einzuschränken (Himmelweit 2005, 169).

Sozialpolitische Reform- und Modernisierungsmaßnahmen der Standardisierung und Effizienzsteigerung in der Pflege führen einerseits zu einer Verkürzung der Zeit für die Dienstleistungen (für die jeweiligen KlientInnen) und andererseits zu einem zunehmenden Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, der die Zeit für die KlientInnen weiter beschneidet (exempl. Knijn/Verhagen 2007, 460; Milone-Nuzzo/Pike 2001, 350).

So steht die soziale Dienstleistungsproduktion in einem Spannungsfeld zwischen der Organisation, die den gesellschaftlichen oder staatlichen Auftrag der sozialen Arbeit repräsentiert, der Profession als Trägerin fachlicher Standards und den KlientInnen mit ihren spezifischen Hilfsbedürfnissen (exempl. Groenemeyer/Rosenbaumer 2010, 67).

Die Messung von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für nicht autonome Personen mit ökonomischen Kriterien der Effizienz führt zu einem Widerspruch zwischen der Norm (Standardisierung, Rationalisierung und Kontrolle) einerseits und dem individuellen Einzelfall, dem diese Dienstleistung zugutekommt, andererseits. Unter den Bedingungen einer Vermarktlichung des Dienstleistungssektors werden Interaktionspartner nach dem Aufwand-Ertrags-Kalkül behandelt. Detaillierte Ziel- und Leistungsvereinbarungen, technisch vermittelte Kontrolle oder die strikt vorgegebene Dauer der Interaktionen gelten mittlerweile eher als Indizien für soziale Entfremdung und weniger die Emotionsarbeit „an sich“, wie noch in Hochschilds Forschungsergebnissen der 1990er Jahre (Rastetter 2008, 28f.). Diese Tendenzen wirken sich also nicht nur auf die Qualität der Pflege, sondern auch auf die Arbeitsverhältnisse in diesen Berufen aus:

What skilled nursing care consists of and how it contributes to the well-being of patients and their families – is not currently well articulated or communicated to policy-makers. Nurses report from the field that they have been losing the battle over resources. As a result short staffing, forced overtime, inappropriate work assignments, and high levels of stress and burnout have become endemic to the profession (Adams/Nelson 2009, 4).

Aus Kostengründen werden nicht nur die qualifizierten Pflege- und Betreuungsleistungen reduziert, was zu Lasten deren Qualität geht. Vielmehr wird im Zuge der sozialpolitischen

Tendenz zur Bereitstellung von Geldleistungen an Pflegebedürftige in Europa (exempl. Ungerson 1997) die Angehörigen- bzw. Laienbetreuung aufgewertet, während die Bereitstellung von qualifizierten Pflegediensten (Sachleistungen) gekürzt wird. Eine damit einhergehende Zunahme der familiären Pflege hält die Einkommen der Dienstleistungen der professionellen Pflege niedrig und suggeriert gleichzeitig, dass die (häusliche) Pflege keiner Qualifikation bedarf. Gegenwärtig ist der Status der qualifizierten Pflege und Betreuung also durch zwei Entwicklungen gefährdet: auf der einen Seite durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen im Gesundheitssektor und auf der anderen Seite durch Geldleistungssysteme in der Pflegevorsorge, die zu einer Aufwertung der familiären Pflege und damit zu einer Abwertung (der kommunikativen Kompetenzen) einer professionellen Pflege führen (Knijn/Verhagen 2007, 463ff.).

Die Laienpflege und –betreuung wird jedoch immer weniger innerhalb der Familie übernommen, sondern an migrantische LaienbetreuerInnen aus Ländern mit hoher Arbeitslosigkeit und/oder geringem Lohnniveau delegiert. Aus einer Geschlechterperspektive entsteht dadurch eine Differenzierung der Emanzipationsansprüche für Frauen. Dabei emanzipieren sich einige Frauen von der Arbeit im eigenen Haushalt und die anderen durch die Arbeit im fremden Haushalt (Klenner/Stolz-Willig 1997, 156).

Aus diesem Grund zeichnet sich weder eine produktivere Erledigung noch eine Aufwertung der Haus- und Pflegearbeit durch deren Kommerzialisierung ab, sondern vielmehr eine neue Spaltung in der Gesellschaft. Diese verweist auf eine Art „Refeudalisierung“ sozialer Beziehungen, die auf eine erneute Entstehung einer DienstbotInnengesellschaft (Lutz 2007).

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens bringt also Widersprüche zum Vorschein, wenn Vorgaben aus Kostengründen in Konflikt mit Standards einer qualitativ hochwertigen Arbeit geraten. Beschäftigte versuchen, ihre professionellen Standards trotz der erschwerten Arbeitsbedingungen zu halten und fühlen sich in ihrem beruflichen Selbstverständnis bedroht. Eine Ökonomisierung eines Arbeitsbereiches, der schwerlich unter Bezugnahme auf herkömmliche Kriterien der Produktivität ökonomisierbar ist, kann daher nur auf Kosten der Qualität erfolgen und führt letztlich zu Berufsunzufriedenheit, Personalfluktuations- und Personalengpässen.

## **Resümee**

Die Pflege und Betreuung als personenbezogene soziale Dienstleistung wird von drei verschiedenen Systemen gesteuert: über den Markt, über den Staat und über die Familie. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Vermarktlichung der Pflege und deren staatlicher Steuerung unter Anwendung wirtschaftlicher Effizienzkriterien wird der gegenwärtige Steuerungsmix in Frage gestellt. Wirft die Bewertung personenbezogener Dienstleistungen mit beste-

henden ökonomischen Ansätzen generell Probleme auf, da Dienstleistungen in diesem Sinne nicht produktiv sind, treten diese Probleme im Bereich der Langzeitpflege noch stärker hervor, da die KonsumentInnen dieser Dienstleistungen nicht autonom sind. So besteht ein Teil der Pflege und Betreuungsarbeit im Aufbau einer Kooperationsbeziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen über Kommunikationsprozesse. Die zunehmende marktliche Steuerung über den Preis unterminiert die Voraussetzungen für diese Kooperationsbereitschaft jedoch. Der zunehmende Kostendruck führt zu einer Vernachlässigung des Prozesses des Vertrauensaufbaues zwischen Pflegenden und zu Pflegenden. Denn die hierfür nötigen Kommunikationsprozesse erfordern Zeit und Zeitersparnis gilt als wesentliches Merkmal wettbewerblicher Produktionsweisen auch im Dienstleistungssektor. Durch Einsparmaßnahmen im Gesundheitssektor werden die Kommunikationsleistungen entweder zunehmend rationalisiert und standardisiert oder gar nicht bewertet (indem lediglich instrumentelle Aspekte der Pflege und Betreuung finanziert werden oder als finanzierbar gelten). Als Resultat entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen einer Norm von Effizienz und Standardisierung einerseits und den individuellen Bedürfnissen der einzelnen KlientInnen andererseits. Als Konsequenz herrschen in diesem Bereich eine hohe Arbeitsintensität und ein hoher Personalbedarf.

Da Pflege- und Betreuungsbedürftige keine autonomen AkteurInnen am Markt sind, könnte der Staat stellvertretend deren Interessen gegenüber allen Leistungserbringern zur Geltung bringen. Somit hätte der Staat als maßgeblicher sozialpolitischer Akteur die Aufgabe, die Einhaltung von Qualitätsstandards menschenwürdiger Pflege einzufordern, zu überwachen und vor allem Fehlanreize im System der Kostenübernahme, bzw. der Zuschusshöhen abzubauen, die einer qualitativ hochwertigen Pflege entgegen stehen. Eine sozialpolitische Reduzierung der Pflege- und Betreuungsarbeit auf ihre instrumentellen und versorgungsspezifischen Aspekte und die damit einhergehende Negierung der qualifizierten Kommunikationsarbeit fördert die Autonomie der Pflegebedürftigen kaum. Eine ökonomische Bewertung von Pflege- und Betreuungsarbeit widerspricht deren prozessorientierten Qualitäts- und Produktivitätskriterien. Eine Bewertung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten nach ökonomischen Standards widerspricht ferner dem normativen Anspruch des Sozialstaates, allen Menschen – auch Pflegebedürftigen – ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen wird nun das österreichische Pflegesystem genauer unter die Lupe genommen.



### **III Langzeitpflege in Österreich**

Insbesondere in den Sozialpolitiken Kontinentaleuropas herrscht das Subsidiaritätsprinzip, welches die Nachrangigkeit der Beanspruchung von Sozialleistungen nach privaten und familiären Hilfeleistungen vorsieht (Veil 1997, 90).

Dementsprechend wird auch in Österreich der größte Teil der Pflege- und Betreuungsleistungen innerhalb von Familien und in Privathaushalten erbracht. Das österreichische Pflegesystem ist ein geldleistungszentriertes System (Ungerson 1997).

Seit 1993 wird mit dem Pflegegeld eine vergleichsweise unregulierte Geldleistung an Pflege- und Betreuungsbedürftige ausgezahlt. Das Pflegegeld hat den Zweck, die Pflegebedürftigen in die Lage zu versetzen, sich die erforderliche Pflege und Betreuung einzukaufen. Es soll die mit dem Pflegebedarf entstehenden Mehrkosten jedoch nur teilweise abdecken, daher ist es zu niedrig, um den gesamten Pflege- und Betreuungsbedarf durch qualifizierte Pflegedienste zu finanzieren. Daher funktioniert das österreichische System nur durch innerfamiliäre Pflege- und Betreuungsleistungen, wobei als Konsequenz von (unzureichenden) Geldleistungen eine Teilkommodifizierung der familiären Betreuungsleistungen gilt (Hammer 2002, 59). Das heißt, es kommt zu einer Verwischung von bezahlter und unbezahlter Pflege- und Betreuungsarbeit.

In diesem Kapitel steht die österreichische Organisation der Pflege- und Betreuungsarbeit im Zentrum. Zunächst werden die verschiedenen Berufsfelder der Pflege und Betreuung mit ihren Kompetenzbereichen und Qualifikationen dargestellt, um einen Einblick in die qualifizierte Pflege und Betreuung in Österreich zu bekommen. Darauf aufbauend wird die Organisation und Bereitstellung dieser qualifizierten Leistungen auch im Zusammenhang mit als laienhaft konzipierten Pflegeleistungen erläutert und in deren Auswirkungen auf die Qualität der Pflege (in deren professioneller Form) diskutiert. Dabei zeigen sich Verbindungen zu den Ausführungen des letzten Kapitels zur Problematik der Bewertung (qualifizierter) Pflege und Betreuung mit traditionellen Effizienzkriterien.

#### **1 Die Berufsfelder der Pflege und Betreuung**

Im österreichischen Pflege- und Betreuungsbereich werden zur Abgrenzung von Berufsgruppen üblicherweise rigide Grenzen zwischen Tätigkeiten der Betreuung und der Pflege eingezogen. Der wesentliche Unterschied zwischen Betreuung und Pflege liegt in der Ausübung medizinischer Versorgungsleistungen. Tätigkeiten, die in den Bereich der Pflege fallen, werden vorwiegend den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vorbehalten, wobei je nach Ausbildungsniveau unterschiedliche Berufsprofile und Handlungsspielräume bestehen. Zur Sozialbetreuung gehören Aufgaben wie hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Putzen oder Aufräumen, etc.), Botendienste (Einkaufen, Behördenwege, etc.), Unter-

stützung bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Dokumentation, Beobachtung des Allgemeinzustandes und das Herbeiholen von Hilfe (Verständigung von ÄrztInnen). Davon bis zur Legalisierung der 24 Stundenbetreuung klar unterschieden wurden pflegerische, also medizinische Aufgaben, die nur von medizinisch qualifiziertem Personal ausgeübt werden durften (Drott 2009, 68f.).

Das Berufsrecht ist ein wichtiges Instrument der Professionalisierung, zum einen im Sinne einer Verberuflichung als Bezahlung von Arbeit zur Abgrenzung von der unbezahlten Arbeit und zum anderen als Mittel der Standardisierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätskontrolle. Indem das Berufsrecht Qualitäts- und Qualifikationsvorgaben definiert, sind ein gewisses Qualitätsniveau, sowie die Sicherheit für die Gepflegten gewährleistet. Im Folgenden werden die qualifizierten Berufsgruppen der Altenpflege überblicksartig dargestellt.

### *1. 1 Krankenpflege*

Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das 1997 in Kraft trat, wurden die Pflegeberufe (diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Pflegehilfe) erstmals zu einer eigenständigen Profession. Vorher waren sie als ärztliche Hilfsberufe konzipiert (Bachinger 2009, 103). Seitdem verfügt das Personal des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienstes über einen eigenverantwortlichen Bereich<sup>11</sup>, welcher die Planung, Durchführung und Organisation der Pflege umfasst. In Bezug auf die Altenpflege ist damit das Case Management gemeint. Dabei werden der Betreuungsbedarf, aber auch die Stärken und Fähigkeiten der KlientInnen mittels eines umfangreichen, standardisierten Erhebungsinstrumentes erhoben. Aufbauend darauf wird die adäquate und nötige Pflege und Betreuung ermittelt um die häusliche Betreuung so lange wie möglich erhalten zu können (Schröter 2006, 69).

„Case-Management ist [...] eine einzelfallorientierte Ausgestaltungssystematik des Care-Managements<sup>12</sup> und als solche eine „Verfahrensweise“ in Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt wird“ (Schroeter 2006, 79f).

Das Case-Management kann sich auf unterstützende Hilfsplanungen für Einzelne oder ganze Familien in Notsituationen konzentrieren und ist in verschiedenen Segmenten des Pflegefeldes einsetzbar, es wird auch als „Unterstützungsmanagement“ bezeichnet. Das Case-Management bereitet den PatientInnen den Zugang zu den erforderlichen Versorgungsleis-

---

<sup>11</sup> Eigenverantwortlichkeit bedeutet fachliche Weisungsfreiheit, die KrankenpflegerInnen dürfen diese Tätigkeiten ohne ärztliche Aufsicht durchführen und tragen die Haftung (Bachinger 2009, 104).

<sup>12</sup> Dies sind die erforderlichen Organisationsleistungen, die auf die Koordinierung und Steuerung der Versorgungsstrukturen für betreuungsbedürftige Menschen abzielen. Das „Care-Management“ wird auch als Pflege-Organisation bezeichnet (vgl. Schroeter 2006, 79).

tungen, führt die Versorgung aber nicht notwendigerweise auch selber durch (Schroeter 2006, 80). So kann etwa das Ergebnis eines Case-Managements sein, dass die erforderliche Pflege- und Betreuung durch die Angehörigen abgedeckt ist. Case-ManagerInnen müssen also

„die Pflegesituation stellvertretend für ihre Klienten deuten und die konkrete Lebenswelt der Patienten erfassen und auf dem Hintergrund des sozialen Kontextes und der individuellen Lebensführung die komplexe Pflegesituation erfassen“ (Schroeter ebd., 81).

Für das Segment der häuslichen Altenpflege sind Case ManagerInnen in Österreich also diplomierte KrankenpflegerInnen. Sie begleiten die PatientInnen durch den Versorgungsprozess und beurteilen durch die Auswertung der Daten eines standardisierten Bedarfserhebungsinstrumentes den Behandlungsbedarf und die Behandlungsmethoden. Dieses Erhebungsinstrument ist in der Steiermark das so genannte RAI-HC (Resident Assessment Instrument for Home Care). Es ist dies ein umfassender Frage- und Beurteilungsbogen, durch welchen die Risiken, aber auch die Potentiale der pflege- und betreuungsbedürftigen Person ermittelt werden. So geht es hierbei etwa auch um die Ursache für das (akute) Pflegeproblem: Wenn beispielsweise eine Patientin gestürzt ist, kommen nicht nur die Folgen dieses Sturzes in den Blick, sondern auch dessen Ursachen und es stellt sich etwa die Frage, ob die Medikation falsch eingestellt ist und Kreislaufprobleme nach sich zieht oder ob es in der Wohnungseinrichtung Stolpergefahren gibt.

Zudem gehört zum eigenverantwortlichen Bereich der diplomierten Pflegekräfte die Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal, sowie das Ausführen von lebensrettenden Sofortmaßnahmen, sofern kein Arzt oder keine Ärztin zur Verfügung steht<sup>13</sup>. Das Personal des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege ist ferner dazu angehalten, an der Pflegeforschung mitzuwirken, sowie jene Maßnahmen anzuwenden, die den aktuellen wissenschaftlichen Standards der Pflege entsprechen. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach schriftlicher ärztlicher Anordnung. Dabei trägt der anordnende Arzt die Verantwortung für die Anordnung und der/die KrankenpflegerIn die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung)<sup>14</sup>. Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege dazu berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnung Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen. Insbesondere dürfen Tätigkeiten an Pflegehilfen, PraktikantInnen und SanitäterInnen übertragen werden<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> <http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf>, Zugriff am 11. 11. 2010.

<sup>14</sup> Ebd.

<sup>15</sup> Ebd.

Das Qualifikations- und Ausbildungsniveau der österreichischen KrankenpflegerInnen ist im EU-Vergleich sehr niedrig. Österreich ist EU-weit eines von drei Ländern (neben Luxemburg und Deutschland), welches keinen flächendeckenden Studienabschluss für diplomiertes Krankenpflegepersonal zulässt. Weder die Gerontologie noch die Altenpflege verfügt hier über ein eigenes Diplom. In Österreich liegt der Abschluss des diplomierten Krankenpflegepersonals vielmehr unter dem Niveau der Reifeprüfung, bietet also keinen Zugang zu Hochschulen und erfolgt in der Regel dreijährig. Die Anhebung der Ausbildungsabschlüsse für KrankenpflegerInnen ist seit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2008 vorgesehen. Die Ausbildungen des Krankenpflegepersonals fallen in den Zuständigkeitsbereich der Länder, sie werden überwiegend von den Ländern selbst, den zu ihnen gehörenden Krankenanstalten oder privaten Krankenanstalten, sowie von Non-Profitorganisationen angeboten. Die Ausbildungssituation und auch die Anerkennung der Qualifikation sind fragmentiert, was der Mobilität des Personals abträglich ist (Bachinger 2009, 95). Derzeit gibt es eine Ausbildung auf Hochschulniveau lediglich in zwei Ausbildungsstätten in ganz Österreich. Zu diesem geringen Qualifikationsniveau kommen mangelnde Fortbildungs- und Karrieremöglichkeiten hinzu. Die wenigen Leitungspositionen (im Altenpflegebereich: Pflegedienstleitungen) werden verhältnismäßig oft von Männern besetzt, obwohl diese insgesamt im Beruf unterrepräsentiert sind (Bachinger 2009, 96).

Anstatt einer Erhöhung des Qualifikationsniveaus gibt es in Österreich immer wieder Vorschläge der Umwandlung dieses Berufes in einen Lehrberuf, was dem europäischen Trend zur Akademisierung widerspricht und Pläne zur Umschulung und des Einsatzes von Arbeitslosen und MigrantInnen in der Pflege. Diese Deprofessionalisierungsbestrebungen stehen im Kontrast zu Bestrebungen, den Pflegeberuf aufzuwerten (Bachinger 2009, 96f.).

## *1. 2 Pflegehilfe/Fachsozialbetreuung*

FachsozialbetreuerInnen<sup>16</sup> sind für die Mitgestaltung der Lebenswelt von Menschen, die aufgrund von Alter, Behinderung oder anderen Gründen in ihrer Lebensgestaltung beeinträchtigt sind, ausgebildet. Sie verfügen über ein Wissen um die vielfältigen Aspekte eines Lebens mit Beeinträchtigung und können Möglichkeiten der Begleitung, Unterstützung und Hilfe realisieren. Hilfe bieten sie an in allen Fragen der Daseinsgestaltung, von Alltagsbewältigung bis hin zu Sinnfindung. In diesem Berufsfeld tätige Personen erfassen die spezifische Lebenssituation älterer Menschen und entsprechen den individuellen Bedürfnissen durch gezielte Maßnahmen. Sie leisten einen Beitrag zur Erhöhung oder zur Erhaltung ihrer Lebensqualität, unterstützen die Gestaltung eines lebenswerten sozialen Umfeldes und sollen damit einen

---

<sup>16</sup> Die Ausbildung zur Pflegehilfe bildet einen integrierten Bestandteil der Ausbildung zur Fachsozialbetreuung.

Beitrag zum Leben in Würde leisten. Sie arbeiten mit allen Bezugspersonen der KlientInnen und mit allen betreuenden Stellen zusammen, besonders aber mit ExpertInnen aus den Bereichen Therapie, Medizin, Recht, Gesundheits- und Krankenpflege usw. So wird der Beruf der Fachsozialbetreuung im Gesetz für die Ausbildung und die Tätigkeitsbereiche der Sozialbetreuungsberufe angegeben (BGBl. I 2005/55).

Der Aufgaben- und Tätigkeitsbereich gliedert sich in einen eigenverantwortlichen Bereich, welcher in der möglichst umfassenden Begleitung, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, einzeln oder in Gruppen, abgestimmt auf ihren Bedarf und gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse besteht. Es sind dies u. a. präventive, unterstützende, aktivierende, reaktivierende, beratende, organisatorische und administrative Maßnahmen zur täglichen Lebensbewältigung, sowie das Eingehen auf körperliche, seelische, soziale und geistige Bedürfnisse und Ressourcen. Ebenso gehört die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen zum eigenverantwortlichen Bereich der Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit. Die Ausbildung umfasst jeweils 1.200 Stunden Theorie und Praxis, die auf mindestens zwei Ausbildungsjahre aufzuteilen sind. Die Heimhilfe- sowie die Pflegehilfeausbildung ist hier in der Regel integriert. Der Beruf der Fachsozialbetreuung darf ausschließlich im Rahmen einer Einrichtung ausgeübt werden, deren Rechtsträger der Verantwortung des Berufes entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen hat, eine freiberufliche Ausübung ist nicht vorgesehen.

### *1.3 Heimhilfe*

Die Heimhilfe ist der Gruppe der Sozialbetreuungsberufe zugeordnet und hat hierin das niedrigste Qualifikationsniveau. Die Ausbildung umfasst 200 UE Theorie und 200 Stunden Praxis (davon 120 Stunden im ambulanten Bereich und 80 Stunden im (teil-) stationären Bereich).

Die Ausbildung umfasst Übungseinheiten im Bereich Erste Hilfe, Grundpflege und Beobachtung, Grundzüge der Kommunikation und Konfliktbewältigung, Grundzüge der Ergonomie und Mobilisation, Haushaltsführung, angewandte Hygiene, Grundzüge der sozialen Sicherheit, etc. In die Inhalte ist das Grundmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ integriert. HeimhelferInnen unterstützen betreuungsbedürftige Personen bei der Haushaltsführung und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne der Unterstützung von Eigenaktivitäten und der Hilfe zur Selbsthilfe. Dies sind insbesondere Personen, die in ihren Privatwohnungen leben. Die Tätigkeiten einer Heimhilfe umfassen neben hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auch einfache Aktivierungsmaßnahmen (z. B. Anregung zur Beschäftigung), die Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld, sowie die Beobachtung des Allgemeinzustandes und das rechtzeitige Holen von Unterstützung durch andere Berufsgruppen. Ferner gehört zum Tätigkeitsprofil einer Heimhilfe die Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich

der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln. Die Heimhilfe versteht sich als Bindeglied zwischen KlientInnen, deren sozialem Umfeld und allen anderen Bezugspersonen und arbeitet im Team mit der Hauskrankenpflege und den Angehörigen der Mobilen Betreuungsdienste. Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich führt die Heimhilfe auf Anordnung der KlientInnen und Angehörigen der Sozial- und Gesundheitsberufe eigenverantwortlich durch. Tätigkeiten der Basisversorgung dürfen jedoch ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe durchgeführt werden. Auch der Beruf der Heimhilfe darf ausschließlich im Rahmen einer Einrichtung ausgeübt werden, deren Rechtsträger der Verantwortung des Berufes entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen hat. Eine freiberufliche Ausübung der Heimhilfe ist nicht vorgesehen.

### *1. 4 Personenbetreuung*

Beim Berufsfeld der Personenbetreuung handelt es sich um das jüngste Berufsfeld der Pflege und Betreuung in Österreich, es existiert erst seit 2007. Die 24 Stunden Personenbetreuung erfolgte in Österreich lange Zeit über den Schwarzmarkt, der sich seit dem Fall des Eisernen Vorhangs vor nunmehr 20 Jahren entwickelte. Im Zuge der vergrößerten innereuropäischen Bewegungsfreiheit bei gleichzeitiger Beibehaltung nationalstaatlicher Arbeitsbeschränkungen entwickelten sich Vermittlungsagenturen und informelle Netzwerke für die Rekrutierung von 24 Stunden BetreuerInnen aus den östlichen Nachbarländern (Bachinger 2009).

Diese BetreuerInnen leisteten häusliche Betreuungs- und Pflegearbeit in österreichischen Haushalten oft rund um die Uhr und in problematischen Arbeits- und Lebensbedingungen. Diese Praxis blieb lange Zeit unberücksichtigt, da die innerfamiliären Betreuungsleistungen im öffentlichen Diskurs weitgehend unsichtbar waren (Egger de Campo 2008).

Im Jahre 2006 brach jedoch eine mediale Debatte über die 24-Stunden-Betreuung in Österreich aus. Anlass war die im Zuge des Wahlkampfes zur Nationalratswahl aufgedeckte Tatsache, dass der Kanzlerkandidat der Österreichischen Volkspartei, Wolfgang Schüssel und andere ranghohe Politiker, Migrantinnen „illegal“ zur 24 Stundenbetreuung beschäftigen. Als die Sozialdemokratische Partei schließlich 2006 in die Regierung gewählt wurde, setzte sie sich mit Wegen zur Lösung des Problems der Beschäftigung illegaler Pflegekräfte auseinander. Zur Beseitigung der illegalen Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der 24 Stundenbetreuung traten am 1. Juli 2007 das Hausbetreuungsgesetz (HBeG) für eine legale unselbstständige Beschäftigung und eine Novelle der Gewerbeordnung (GewO) 1994 für eine legale selbstständige Beschäftigung in Kraft. Weder für die unselbstständige noch für die selbstständige Variante der Personenbetreuung sind Qualifikationen erforderlich. Das Qualifikationsniveau der Kräfte wird im Wesentlichen als jenem einer Heimhilfe angegeben. Das Tätigkeitsprofil

der Personenbetreuung umfasst im Wesentlichen – jenem der Heimhilfe entsprechend – die Unterstützung der Betreuungsbedürftigen bei der Haushalts- und Lebensführung.

## **2 Organisation der Langzeitpflege in Österreich**

Nachdem Einblicke in die Qualifikationen und Kompetenzbereiche der verschiedenen Berufsfelder der Pflege in Österreich gegeben wurden, erfolgt nun ein detaillierterer Blick auf die Rahmenbedingungen, in denen diese Arbeit erfolgt. Sozialpolitische Regelungen bestimmen im hohen Grade mit, inwiefern einerseits qualifizierte oder laienhafte Pflege und Betreuung gefördert wird und welche Aspekte der Pflege und Betreuung zur Entfaltung kommen. Nicht zuletzt können sozialpolitische Regelungen auch zeigen, welche Auffassungen eine Gesellschaft von Pflege und Betreuung in Bezug auf verschiedene Dimensionen haben kann.

### *2.1 Geldleistungen an Pflegebedürftige*

Das Pflegegeld wurde in Österreich im Jahr 1993 eingeführt und versteht sich als universale Pauschalleistung an Pflegebedürftige, die zur teilweisen Abdeckung der pflegebedingten Mehrkosten verwendet werden soll. Das Pflegegeld soll die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen (also der Pflegebedürftigen) erhöhen und ihnen die Chance auf ein selbst bestimmtes Leben sowie auf den Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld geben. Es kann für die informelle Bezahlung pflegender Angehöriger oder aber für den Zukauf qualifizierter Pflegedienste verwendet werden – konzeptuell entscheiden die Pflegebedürftigen selbst. Im Falle der Notwendigkeit der stationären Pflege ohne ausreichendes Budget der pflegebedürftigen Person geht das Pflegegeld zur Kostendeckung an den Heimträger. Die Höhe des Pflegegeldes ist in sieben Stufen unterteilt, die den nötigen Pflegebedarf abbilden sollen. Die Einstufung der Höhe des Pflegebedarfes und damit der Höhe des Pflegegeldes basiert auf Gutachten von ÄrztInnen, nicht auf jenen von KrankenpflegerInnen.

#### 2.1.1 Medizinische Definition von (Langzeit-) Pflegebedürftigkeit

Das medizinische Gutachten zur Einstufung des Pflegeaufwandes basiert auf der Krankengeschichte der PatientInnen und auf Gesprächen mit ihnen. Ferner werden die motorischen und kognitiven Fähigkeiten der AntragstellerInnen anhand einer körperlichen Untersuchung und von Denkaufgaben überprüft. Obwohl die Anamnese, Planung, Durchführung und Evaluierung der Pflege laut GuKG zum eigenverantwortlichen Bereich des „Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ gehört, erfolgt die Einstufung des Pflegeaufwandes für die Pflegegeldgewährung derzeit noch ausschließlich durch ÄrztInnen und folgt (akut)medizinischen Diskursen. Die Einstufung ist körper- und verrichtungsbezogen, mobile Personen erhalten weniger Pflegegeld. Im Hinblick auf Demenzerkrankungen und den Be-

treuungsaufwand, den sie nach sich ziehen, erweist sich diese Vorgehensweise nicht als adäquat. Insbesondere in Kombination mit körperlicher Mobilität verursachen Demenzerkrankungen nämlich einen Pflege- und Betreuungsaufwand, der bis hin zur Notwendigkeit einer 24 Stundenbetreuung bzw. Beaufsichtigung reichen kann. Wenn auch im Jahr 2009 ein Erschwerniszuschlag von 25 teilfinanzierten Pauschalbetreuungsstunden für die Betreuung von schwer psychisch beeinträchtigter, insbesondere dementer Personen eingeführt wurde, erhalten bettlägerige Personen nach wie vor das meiste Pflegegeld. Die Pflege bettlägeriger Personen ist laut qualifiziertem Pflegepersonal zwar körperlich aufwendig, sie ist jedoch in der Regel absehbar und erlaubt kurze Abwesenheiten seitens der pflegenden Personen. Bettlägerige Pflegebedürftige benötigen jedoch gezielte pflegerische Handlungen, etwa Umlagerungen, die grundsätzlich planbar sind (Meier 2011).

Diese Regelungen und Praxen in der Einschätzung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit setzen rechtlich einen Begriff von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit durch, welcher eng an körperlichen Verrichtungen orientiert ist und den Bedarf an psychosozialen Betreuungsleistungen weitgehend negiert (Backes et al. 2008, 10).

Die Einstufung des Pflegeaufwandes und die Organisation der Pflegestufen gehen also implizit davon aus, dass sich die körperliche Mobilität umgekehrt proportional zum Pflegeaufwand verhält. Diese Einschätzung ist nicht nur realitätsfern, sie schafft gleichzeitig wenige Anreize für qualifizierte, reaktivierende Pflegemaßnahmen. Vielmehr wird durch die derzeitige Organisation der Pflegestufen insbesondere bei der unbefristeten Zuteilung des Pflegegeldes eine „Pflege ins Bett“ monetär belohnt. Personen, welche durch eine aufwendige und professionelle reaktivierende Pflege motorische Fähigkeiten zurückgewinnen, können in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden. Reaktivierende Pflegemaßnahmen werden hier potenziell „bestraft“ (Meier 2011). Es bleibt die Frage offen, ob dieser konzeptuelle Zugang zur Pflege- und Betreuung ökonomisch motiviert ist: Bettlägerige Personen sind mit weniger Zeitaufwand – also ökonomisch effizienter – zu betreuen oder pflegen. Es wird jedoch klar, dass eine qualifizierte, reaktivierende Pflege in einer derartigen Konzeption wenig attraktiv ist.

Hinsichtlich des Definitionsmonopols der Medizin für den Pflegeaufwand bei der Pflegegeld-einstufung kommt es in Österreich zu Wandlungsprozessen: Im Herbst 2010 startete der Sozialminister Rudolf Hundstorfer (SPÖ) Pilotprojekte in verschiedenen Regionen Österreichs, wobei neben ÄrztInnen erstmals auch das Pflegepersonal in den Entscheidungsprozess über die Zuteilung (der Höhe) des Pflegegeldes einbezogen wird. Langfristig ist es das Ziel des Sozialministeriums, den pflegerischen Aspekt insbesondere bei Höhereinstufungen in den Vordergrund zu stellen. Die Grundeinstufung soll nach wie vor dem Zuständigkeitsbe-



reich der Medizin obliegen. Daher soll vorab eine ärztliche Einschätzung getroffen werden, darauf aufbauend wird ein Gutachten von einer diplomierten Pflegekraft erstellt<sup>17</sup>.

### 2. 1. 2 Die unregulierte Gewährung von Teilfinanzierungen

Laut den Pflegegeldgesetzen des Bundes und der Länder ist mit dem Pflegegeld eine *teilweise* Abdeckung des pflegebedürftigen Mehraufwandes vorgesehen. Mit dem Pflegegeld soll die häusliche Pflege gefördert werden, wodurch den Wünschen der Pflegebedürftigen nach einem möglichst langen Leben zu Hause nachgekommen werden soll. Gleichzeitig soll mit dem Pflegegeld aber auch die kostengünstigere ambulante Pflege vor der stationären Pflege gefördert werden. Da das Pflegegeld eine Teilfinanzierung der Pflegekosten darstellt, soll durch dessen Organisation in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status wohl auch die informelle, unbezahlte Pflegearbeit durch Angehörige abgeschöpft werden (Bachinger 2009, 84).

Das Pflegegeld kann für die Angehörigenpflege lediglich als symbolisches Einkommen gelten. Symbolisch ist dieses Einkommen, weil pflegende Angehörige in Österreich – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise Frankreich – keine Dienstverhältnisse und keine Entgeltansprüche haben (Ungerson 1997).

Da die Geldleistungen an die pflegebedürftige Person und nicht an die familiäre Pflegeperson ausgezahlt werden, findet keine direkte Entlohnung statt. Die pflegebedürftige Person ist durch das Pflegegeldgesetz in keiner Weise verpflichtet, Geldleistungen an die Pflegeperson weiterzuleiten. Hierdurch kann hinsichtlich der Vergütung der Pflegeleistungen eine Abhängigkeit der pflegenden Angehörigen von der pflegebedürftigen Person entstehen.

In Familien mit höherem sozioökonomischen Status kann davon ausgegangen werden, dass Pflegebedürftige, die insbesondere in unregulierten Geldleistungssystemen konzeptuell selber mit der Organisation und Bezahlung der Pflegearbeit betraut werden, nach „billigen“ Pflegenden suchen, die dennoch „authentisch“ pflegen. Es sind dies neben Angehörigen LaienpflegerInnen als 24 Stunden PersonenbetreuerInnen auf dem informellen und irregulären Arbeitsmarkt (Egger de Campo 2008, 15f).

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern erfolgt die Gewährung des Pflegegeldes in Österreich also unreguliert. Eine bestehende oder geplante Inanspruchnahme von (familiären oder qualifizierten) Pflegeleistungen ist für die Zuerkennung des Pflegegeldes nicht Voraussetzung. Während die Gewährung anderer sozialpolitischer Leistungen teilweise strengen Auflagen unterliegt, sind Kontrollen der Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich nicht vorgesehen, es sei denn, es kommt zu Missbrauchsanzeigen. In der Regel sind jedoch Pflege- und Betreuungsverhältnisse in Privathaushalten durch die Ungebundenheit des Pfl-

---

<sup>17</sup> <http://voea.x-web.at/news-02.html?id=196>, Zugriff am 7. 3. 2011

gegeldes jeder Kontrolle entzogen. Insbesondere in Haushalten mit niedrigem Einkommen trägt das Pflegegeld oft weniger zur Abdeckung der erforderlichen Pflege, sondern vielmehr zur Erhöhung des Familieneinkommens bei (Ungerson 1997).

Daten zur sozialen Struktur der PflegegeldbezieherInnen in Österreich weisen darauf hin, dass es vor allem an Personen mit niedrigen Pensionen ausgezahlt wird (Mühlberger et al. 2010, 13).

Behring fragt am Beispiel der Deutschen Pflegeversicherung – die in vielen Bereichen mit dem österreichischen Pflegegeld vergleichbar ist – ob Geldleistungssysteme eine Gleichstellung der Pflegearbeit mit Erwerbsarbeit ermöglichen. Ihre Analysen zeigen, dass dem nicht so ist (Behring 1997, 111).

Als Konsequenz der derzeitigen Organisation des Pflegegeldes als Kernstück der österreichischen Pflegepolitik gilt eine Teilkommodifizierung von familiär erbrachten Pflegeleistungen durch Angehörige. Ohne Entgeltanspruch verbleibt diese Arbeit innerhalb von Familien und im Privathaushalt verortet, also gesellschaftlich unsichtbar. Da die Kosten qualifizierter Pflege mit dem Pflegegeld nicht abgedeckt werden können, sind auf der anderen Seite des Pflegeverhältnisses Pflegebedürftige mit unzureichendem Einkommen entweder auf pflegende Familienmitglieder oder auf die Sozialhilfe angewiesen. Die derzeitige Organisation des Pflegegeldes kann also Abhängigkeiten von beiden Seiten fördern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ausgestaltung der österreichischen Geldleistungen für Pflegebedürftige die Pflege- und Betreuungsarbeit nicht nur innerhalb der Familie und der Privatheit verortet und damit unsichtbar macht. Sie fördert vielmehr auch die laienhafte, unbezahlte Pflege und Betreuung bzw. trägt damit zur Entgrenzung von bezahlter und unbezahlter Arbeit, sowie zur Negierung der Bedeutung einer qualifizierten Pflege und Betreuung bei. Dies wirkt sich nicht nur auf den Status der qualifizierten Pflegeberufe und damit auf deren Arbeitsverhältnisse nachteilig aus, sondern vielmehr auf die Situation pflegender Angehöriger, die – unausgebildet – mit den Anforderungen der Betreuung und Pflege eines hochaltrigen, multimorbiden Menschen überfordert sein können. Erschwerend für die Lage pflegender Angehöriger – hinsichtlich einer möglichen Überforderung – kommt hinzu, dass die pflegebedürftige Person in einer Verwandtschaftsbeziehung mit ihnen steht. Vor diesem Hintergrund sind nicht nur die sozialen und demografischen Entwicklungen als verantwortlich für die Abnahme der innerfamiliären Pflege und Betreuung zu sehen.

## *2.2 Sachleistungen an Pflegebedürftige*

In Österreich sind die Länder und Gemeinden zur flächendeckenden Bereitstellung von Sachleistungen verpflichtet. Zudem sind sie für die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsstandards bei diesen Diensten zuständig. Die Sachleistungen für Langzeitpflegebedürftige

sind von den Leistungen der Sozialversicherung (z. B. ärztliche Hilfe, Aufenthalt in einer Krankenanstalt, medizinische Hauskrankenpflege) zu unterscheiden. Die Langzeitpflege ist also nicht in das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem integriert (Bachinger 2009, 70). Mobile Dienste werden in Österreich zu etwa 90 Prozent von Non-Profit-Trägerorganisationen angeboten (Krenn et al. 2004, 5). Dem österreichischen politischen System gemäß sind diese Wohlfahrtsträger stark föderalistisch und von Prinzipien des Korporatismus und Verbändewesens geprägt. Die fünf großen Trägerorganisationen im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste (Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Sozialmedizinischer Pflegedienst, Volkshilfe) sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) zusammengeschlossen (Bachinger 2009, 71).

Angeboten werden im Rahmen der Mobilen Dienste u. a. die Leistungen der in Teil 1 dargestellten Berufsgruppen (mit Ausnahme der Personenbetreuung), zudem Essenzustelldienste oder ehrenamtliche Besuchs- und Begleitdienste. Da die Länder und Gemeinden für die Bereitstellung der Mobilen Dienste zuständig sind, ist diese nach Bundesländern und Regionen qualitativ und quantitativ sehr differenziert. In der Steiermark herrscht im Österreichvergleich nicht nur der geringste Anteil an finanzierten Leistungsstunden, die Mobilen Dienste sind hier auch die teuersten (Bachinger 2009, 63; 73).

In der Steiermark sind die Gemeinden seit 1998 in Sozial- und Gesundheitssprengel zusammengefasst, wobei jeder dieser Sprengel eine oder mehrere von fünf Trägerorganisationen damit beauftragt hat, Mobile Dienste zur Verfügung zu stellen. Deren vertragliche Finanzierung ist nach § 16 SHG in der Steiermark seit 2001 geregelt (Kittl 2003, 96).

Wie in Kap. II bereits ausgeführt, geben Bund und Länder die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Qualitätskriterien, Ausbildung) und der Finanzierung (Kostensätze, Budget) vor. Die Kontrollinstanz der Anbieterorganisationen der Mobilen Dienste in der Steiermark ist die Sanitätsdirektion. Kontrolliert wird die Personalausstattung, die Stützpunkte der Trägerorganisationen in den Gemeinden, deren Öffnungszeiten und Erreichbarkeit<sup>18</sup>.

Die Trägerorganisationen der Mobilen Dienste bekommen von den Gemeinden und dem Land gewisse Stundenkontingente an Mobilen Dienstleistungen finanziert. Zur Bemessung dieser Kontingente haben sich die Länder dem Bund gegenüber verpflichtet, „Bedarfs- und Entwicklungspläne“ zu erstellen: Je nach geografischer Region wird pro 250 EinwohnerInnen über 65 Jahren ein Dienstposten finanziert. Anders als auf das Pflegegeld besteht auf Mobile Dienste in Österreich kein Rechtsanspruch. Sie müssen von den KlientInnen in etwa zu einem Drittel selbst bezahlt werden, die anderen beiden Drittel werden vom Land und den Gemeinden übernommen. Der von den KlientInnen zu bezahlende Tarif berechnet sich je nach Qualifikationsniveau des Dienstes (Hauskrankenpflege, FachsozialbetreuerInnen oder

---

<sup>18</sup> [www.sanitaetsdirektion.steiermark.at](http://www.sanitaetsdirektion.steiermark.at)

Heimhilfe) und ist nach dem Einkommen (Pension/Pflegegeld) der pflegebedürftigen Person gestaffelt. Wie erwähnt, reicht das Pflegegeld unabhängig von der Pflegestufe nicht, um den Bedarf durch den Zukauf an mobiler Pflege und Betreuung zu decken. Der Zugang zu den Mobilen Diensten wird in Gesamtösterreich durch die Preisgestaltung der Selbstbehalte einerseits und durch die Begrenzung der Stundenkontingente der Trägerorganisationen andererseits verengt.

### 2. 2. 1 Effizienzsteigerungen in der qualifizierten Pflege und Betreuung

Aufgrund von Kostengründen herrscht auch in der österreichischen Pflegevorsorge ein Trend zur Deinstitutionalisierung, also zum relativen Abbau von stationärer Pflege (Alten- und Pflegeheim) zugunsten des Ausbaus von ambulanten Diensten. Gleichzeitig steigt jedoch der Bedarf an Pflege- und Intensivheimplätzen, die medizinischen Dienste nehmen im stationären Bereich zu. Dies ist einerseits auf die Alterung zurückzuführen und andererseits auf die Tendenz, möglichst lange in Privathaushalten zu verbleiben. So weisen jene Menschen, die in ein Pflegeheim aufgenommen werden, einen höheren Grad an Pflegebedürftigkeit auf (Bachinger 2009, 76). Der stationäre Sektor hat jedoch mit Personalengpässen zu kämpfen, was die Qualität der Betreuung in negativer Weise beeinflusst und für das Personal zu Belastungen und überlangen Arbeitszeiten führt. Viele Pflegeheime entsprechen aufgrund von Kostendämpfungsmaßnahmen nicht den Qualitätsanforderungen. Die medial verbreiteten Missstände und Skandalisierungen im Bereich der stationären Pflege haben deren Image in Mitleidenschaft gezogen, wobei auch das Personal von diesem Imageschaden betroffen ist (Bachinger ebd.).

Durch demografische Entwicklungen und die gleichzeitige Förderung der Langzeitpflege in Privathaushalten durch unregulierte Geldleistungen, steigt die Nachfrage an Mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten. Die Zunahme von psychogerontologischen Erkrankungen und Demenz vermehrt die Zahl an herausfordernden Einsätzen für das qualifizierte Pflege- und Betreuungspersonal. Erfolgen die Dienstleistungen in Privathaushalten, so treten hauswirtschaftliche Tätigkeiten aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Relation zu Pflegeleistungen zurück, wodurch die Anforderungen an die Qualifikationen des Personals höher werden. Diese quantitative und qualitative Steigung der Nachfrage wird jedoch von den Ländern und Gemeinden nur unzureichend mit einer Erhöhung der finanzierten Stundenkontingente ausgeglichen. Die Trägerorganisationen stehen vielmehr unter einem erhöhten Effizienzdruck. Sie sind dazu angehalten, effizienter zu arbeiten. Andererseits steigen die Ansprüche auf der Seite der Pflegebedürftigen, der KlientInnen; quantitativ aufgrund der demografischen Entwicklungen und qualitativ aufgrund der finanziellen Eigenbeteiligungen (Krenn et al. 2004, 1).

Pflegedienstleitungen der Trägerorganisationen Mobiler Dienste in der Steiermark geben an, dass sie bereits Obergrenzen zur Inanspruchnahme ihrer Dienstleistungen und/oder Wartelisten für KlientInnen einführen mussten, denn die ihnen zugeteilten Kontingente reichen – trotz Eigenbeteiligungen der KlientInnen – nicht aus, um den steigenden Bedarf abzudecken (Meier 2011).

Qualifizierte Pflege- und Betreuungsleistungen sind unterfinanziert, was mit Qualitätseinschränkung der Leistungen einhergeht. Zu den Einsparungsmaßnahmen kommen steigende Qualitätsanforderungen der Kostenträger, welche einen erhöhten Aufwand an dokumentarischen und administrativen Leistungen nach sich ziehen (Reidl et al. 2006, 58f. zit. in: Bachinger 2009, 94).

Die in Kap. II thematisierten Effizienzsteigerungen im Bereich der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen finden sich also auch im Bereich der qualifizierten Pflege in Österreich. Diese wirken sich auf die Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals und damit auch auf die Attraktivität dieser Berufsfelder aus. Die wachsende Arbeitsteilung und Spezialisierung sowie die Effizienzvorschriften der Kostenträger, die zu einem vermehrten Einsatz kostengünstigerer Berufsgruppen führt, bedingen eine Zunahme an in die Pflege involvierten Personen. Den Effizienzbestrebungen stehen die steigenden Qualitätsanforderungen von Seiten der KlientInnen einerseits, aber auch von Seiten der Gesundheitspolitik, der BerufsvertreterInnen, AusbilderInnen und Angehörigen des Berufes selbst gegenüber. Diese Ansprüche und Forderungen stehen nicht immer im Einklang mit den Interessen und Bedürfnissen der KlientInnen. Prognosen zur Kostenentwicklung der Pflege zeigen, dass die Kosten für Sachleistungen aufgrund von demografischen und sozialen Entwicklungen in Zukunft noch stärker steigen werden als jene für Geldleistungen (Mühlberger et al. 2010, 33ff). Der Ausbau der Mobilen Dienste würde jedoch nicht nur die Arbeitsverhältnisse in diesem Berufsfeld verbessern, sondern auch mit dem bestehenden (für die öffentliche Hand günstigeren) System der Priorität der ambulanten vor der stationären professionellen Altenpflege konform gehen. Die ausgebildete, professionelle Betreuung und Pflege ist im Gegensatz zur Laienpflege darauf ausgerichtet, Verbesserungen des Zustandes herbeiführen, was neben der Entlastung pflegender Angehöriger für den Ausbau dieser Dienstleistungen sprechen würde. Gerade der hohe Spezialisierungsgrad, die Überregulierung und der Bürokratismus der qualifizierten Dienste werden jedoch von den KlientInnen bemängelt, wobei die Flexibilität und umfassende Dienstleistung der 24 Stundenbetreuung gelobt wird (Bachinger 2009, 94).

### *2.3 Die 24 Stundenbetreuung*

Im Zuge der Legalisierung der 24 Stundenbetreuung wurde das in Österreich verbreitete System der informellen Pflege in Privathaushalten nicht in Frage gestellt, es kam auch zu

keiner Orientierung in Richtung einer Verbreitung bzw. Vergünstigung von qualifizierten Betreuungsdiensten, welche der illegalen Beschäftigung den Boden entzogen hätten. Vielmehr entstand eine Neuregelung der 24 Stundenbetreuung mit dem vorrangigen Ziel der Legalisierung der bestehenden Verhältnisse, nicht aber deren Änderung. Dies erfolgte im Wesentlichen durch eine Novelle des „Hausbetreuungsgesetzes“<sup>19</sup> im Jahr 2007, sowie durch die Konstruktion des Gewerbes der Personenbetreuung für selbständige Betreuungskräfte. Die mit einer Anmeldung der Kräfte entstehenden Mehrkosten werden fortan (teilweise) abgegolten. Diese Regelungen gingen mit der Schaffung einer Amnestie für alle bisher illegalen Beschäftigungsverhältnisse einher, wodurch für Betroffene Rechtssicherheit hergestellt und sowohl die Betreuungskräfte als auch die KlientInnen geschützt werden sollten. Für die zum 1. Jänner 2008 unangemeldeten Betreuungskräfte in Privathaushalten wurden weder Beitragsforderungen für Betreuungstätigkeiten erhoben, noch Verwaltungsstrafen für die illegale Beschäftigung verhängt. Voraussetzung dafür war, eine Anmeldung der Betreuungskraft bzw. –kräfte bis spätestens 30. Juni 2008. Diese „Pflegeamnestie“ sollte ein Anreizsystem zur Anmeldung von Betreuungskräften bei der gesetzlichen Sozialversicherung darstellen. Als die 24 Stundenbetreuung legalisiert wurde, standen laut dem Regierungsprogramm 2007 Kriterien der Leistbarkeit und Bedarfsorientierung im Mittelpunkt. Die Legalisierungsmaßnahmen hatten also vorwiegend die KonsumentInnen dieser Dienstleistungen im Blick, Ziel war es, den Interessen der Pflegebedürftigen entgegenzukommen – die Lage des hier tätigen Personals stand hier weniger im Mittelpunkt: Die Anwendung der in Österreich herrschenden arbeits- und sozialrechtlichen Mindeststandards wie sichere Arbeitsbedingungen und Mindestlöhne auf die 24 Stundenbetreuung wäre nämlich nicht mit diesen Zielen in Einklang zu bringen gewesen (Drott 2009, 4).

### 2. 3. 1 Qualifikationsfreie „rund um die Uhr-Betreuung“ hochaltriger Personen

Wie erwähnt ist die 24 Stundenbetreuung im Hausbetreuungsgesetz (HBeG) und in der Gewerbeordnung 1994 (GewO) verankert, beide setzen keine Qualifikationen für die legale Ausübung dieser Tätigkeit voraus. Die 24 Stundenbetreuung auf selbständiger Basis ist als freies Gewerbe organisiert, d. h. jede/r kann es anmelden. In die Legalisierung der 24 Stundenbetreuung fällt jedoch nur die Betreuung von Personen, welche einer ständigen Betreuung bedürfen. Davon wird bei Bezug von Pflegegeld der Stufe 3 ausgegangen, bei Pflegegeld der Stufen 1 und 2 ist eine Demenzerkrankung nachzuweisen<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> [http://www.bmwfj.gv.at/NR/rdonlyres/144679F8-AA6A-4CAC-AB2B-DED866BCFE53/0/L\\_7\\_Personenbetreuung\\_Hausbetreuungsgesetz.pdf](http://www.bmwfj.gv.at/NR/rdonlyres/144679F8-AA6A-4CAC-AB2B-DED866BCFE53/0/L_7_Personenbetreuung_Hausbetreuungsgesetz.pdf)

<sup>20</sup> HBeG § 1 (2).

Hinsichtlich der Qualifikation der BetreuerInnen werden also keine Voraussetzungen als nötig angenommen, wohl aber hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Betreuungsbedürftigen: dieser muss einen ständigen Betreuungsbedarf erfordern.

Grundsätzlich ist die Aufgabe einer 24 Stundenbetreuung die Unterstützung der KlientInnen bei der Haushalts- und Lebensführung (vgl. Teil 1 dieses Kapitels). Unterstützung bei der Lebensführung umfasst die Übernahme einer „Gesellschafterfunktion“ für die betreuungsbedürftige Person mit den vier Unterkategorien: Gesellschaft leisten, Führen von Konversationen, Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Kontakte und Begleitung bei diversen Aktivitäten.

Qualifikationen sind für diese Tätigkeiten nicht erforderlich. Thiessen macht jedoch bereits im Bereich der Haushaltsdienstleistungen deutlich, dass Erfahrungswissen nicht zur Ausübung von personenbezogenen haushaltsnahen Dienstleistungen ausreicht. Beschäftigte in Dienstleistungsagenturen der Haushaltsarbeit geben an, dass sie zum Teil langjährige Erfahrungen in eigenen Familienhaushalten gesammelt haben, konstatieren aber dennoch einen Qualifizierungsbedarf. Insbesondere weil die Tätigkeit in fremden Haushalten ein grundsätzlich anderes Herangehen erfordert (Thiessen 2004, 376). Diese Ergebnisse weisen also darauf hin, dass es einen Unterschied in den Anforderungen an Hausarbeit gibt, je nachdem, ob sie in ihrer erwerbsmäßigen oder ihrer privaten, persönlichen bzw. familiären Form ausgeführt wird.

Noch fraglicher ist allerdings die qualifikationsspezifische Konzeption der 24 Stundenbetreuung hinsichtlich des Aspektes der „Unterstützung bei der Lebensführung“. Zur zumindest temporären Übernahme der vollständigen Verantwortung für eine hochaltrige demenzkranke Person (Voraussetzung bei Bezug von Pflegegeld der Stufen 1 und 2) und die Kommunikation mit einer solchen werden keine Qualifikationen angegeben. Durch Interviews mit VermittlerInnen von 24 Stunden PersonenbetreuerInnen findet Bachinger heraus, dass diese als Qualifikation für die Betreuung hochaltriger, demenzkranker Personen vorwiegend die Erfahrungen einer Hausfrau und Mutter nennen. Hat der/die BetreuerIn selbst Kinder (!) großgezogen, so würden diese Erfahrungen als Qualifikation für die Altenbetreuung reichen. Dazu ein Zitat aus einem Interview von Bachinger:

„Wenn jetzt eine Mutter zum Beispiel Kinder großgezogen hat, Babys, wo man auch 24 Stunden mehr oder weniger da sein muss, hat sie schon da von der Ausbildung her, eine natürliche Ausbildung bekommen ohne jetzt da viel Theorie zu machen. Das ist mal der Grundstock, deswegen sind diese Frauen sehr gefragt. [...]“ (Zitat einer Vermittlungsperson von PersonenbetreuerInnen: Bachinger 2009, 176).

So geht es auch in der Praxis der Vermittlung von Betreuungskräften weniger um die fachlichen Anforderungen (Abklärung der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person-> sind diese durch Laienbetreuung zu decken?), sondern vielmehr um persönliche Merkmale der Betreuungsbedürftigen (beispielsweise das Geschlecht der BetreuerInnen, deren Alter oder

Lebensstil). Die erwerbsmäßige 24 Stundenbetreuung hochaltriger Personen wird in die Nähe einer unbezahlten, innerfamiliären Hausarbeit gerückt (Kreimer 2011).

Nachdem die Qualifikationsanforderungen niedrig und unstandardisiert angesetzt werden, überrascht es wenig, dass NutzerInnen der 24 Stundenbetreuung (vorwiegend Angehörige von Pflegebedürftigen) das Entgelt für die 24 Stundenbetreuung als adäquat ansehen. Als Begründung hierfür verweisen sie auf die aus ihrer Sicht fälschliche Bezeichnung „24 Stundenbetreuung“, da die Arbeitszeiten der PersonenbetreuerInnen diese nicht umfassen würden. Als zweite Begründung gilt der Verweis auf die Hausarbeit, die viele der BetreuerInnen aus der Sicht der NutzerInnen für ihre eigenen Kinder sowieso unentgeltlich übernehmen mussten und nun dafür entlohnt werden (Bachinger 2009, 184f.).

Bachinger identifiziert widersprüchliche Anforderungen an die 24 Stundenbetreuungskräfte. Einerseits wird auch von AuftraggeberInnen und Vermittlungsagenturen vielfach die Meinung vertreten, dass hauptsächlich Hausarbeit zu verrichten sei und diese, sowie die Unterstützung bei der Lebensführung inklusive Kommunikation qualifikationsfrei zu verrichten wäre. Gleichzeitig herrscht jedoch von Seiten der AuftraggeberInnen ein höherer Anspruch an die 24 StundenbetreuerInnen als an pflegende Angehörige, weil diese Dienste fast zur Gänze bezahlt werden müssen. Daher wird oft erwartet, dass sich die Betreuungskraft gänzlich der pflegebedürftigen Person widmet und die gesamte (bezahlte) Tageszeit mit Arbeit ausgefüllt (und ausgenutzt) ist. Gleichzeitig wird die 24 Stundenbetreuungs-kraft aber familialisiert, wodurch ihr Status als Arbeitskraft negiert wird. Wie in Kap. I thematisiert, kann dies eine Strategie der Umgangsweise mit einer fremden Person im eigenen Haushalt sein. Im Zusammenhang mit der Bezahlung der 24 Stundenbetreuung werden BetreuerInnen sogar als privilegiert gegenüber einer Hausfrau gesehen:

„Anders ausgedrückt rechtfertigt die Bezahlung die Mehrausbeutung im Vergleich zur Hausfrau (z. B. die Autonomie über ihren Arbeitsbereich). Die Bezahlung macht sie quasi zu einer un-selbständigen Arbeitskraft, zugleich ist sie keineswegs berechtigt, nur einen Teil ihrer Arbeitskraft – nämlich den bezahlten – einzusetzen, sondern sie ist wie die Hausfrau aufgefordert, ihre ganze Person rund um die Uhr zur Verfügung zu stellen“ (Bachinger 2009, 186).

An die bezahlte Sorgearbeit werden also Ansprüche hinsichtlich Bindung und Emotionalität gestellt, wodurch diese in die Nähe des Ideals des nicht-kommerziellen Arbeitsverhältnisses, der „Arbeit aus Liebe“ gerückt wird. Das Bedürfnis nach emotionaler Versorgung soll sichergestellt werden, wodurch die bezahlte Arbeit familialisiert und eine emotionale Bindung hergestellt wird. Auf der anderen Seite befinden sich die informell tätigen (oft ausländischen) PersonenbetreuerInnen in einem Abhängigkeitsverhältnis, sodass sie gegen emotionale Vereinnahmung wenig geschützt sind. Gerade bei Persönlichkeitsstörungen und kognitiven Erkrankungen pflegebedürftiger Personen kann jedoch eine mangelnde Qualifikation und Ausbildung Schwierigkeiten in der Betreuungssituation auslösen (Bachinger 2009, 225).



Bis heute herrschen also keine Qualitätsstandards für die live-in Pflege und Betreuung<sup>21</sup> in Privathaushalten. Fachliche Anforderungen an die Betreuung von Personen mit psychogerontologischen Krankheitsbildern werden – insbesondere in der Organisation der 24 Stundenbetreuung – weitestgehend negiert. Damit erschöpft sich die fragliche Angemessenheit der rechtlich definierten Qualifikationserfordernisse in der 24 Stundenbetreuung jedoch nicht. Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen die Kräfte nämlich auch pflegerische und medizinische Tätigkeiten ausführen.

### 2. 3. 2 Vermischung der Kompetenzbereiche innerhalb der Pflege- und Betreuungsberufe

Im Rahmen ihres mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches dürfen KrankenpflegerInnen pflegende Angehörige zur Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten anleiten und ihnen diese übertragen. Diese Regelung wurde 2007 auf 24 StundenbetreuerInnen ausgeweitet:

Zu den Tätigkeiten im Bereich der Unterstützung bei der Lebensführung zählen nunmehr auch Pflegetätigkeiten<sup>22</sup>. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches dazu berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen folgende Tätigkeiten an Laien zu übertragen: Verabreichung von Arzneimitteln, Anlegen von Bandagen und Verbänden, Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln, Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens, einfache Wärme- und Lichtanwendungen. Diese Tätigkeiten dürfen nur für den Einzelfall übertragen werden und nur dann wenn die Betreuungsbedürftigen bzw. deren gesetzlicher Vormund mit dieser Übertragung einverstanden ist. Eine Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege darf diese Tätigkeiten nur schriftlich übertragen und muss die LaienpflegerInnen hinsichtlich dieser Tätigkeiten unterweisen. Sie übernimmt also auch die Verantwortung für die Übertragung dieser Tätigkeiten. Argumentiert wurde diese Ausdehnung auch mit der Tatsache, dass Angehörige ebenfalls dazu berechtigt sind, diese Tätigkeiten auszuüben und es daher unsinnig sei, sie anderen Privatpersonen zu untersagen (Bachinger 2009, 109; 138). Insbesondere vom Österreichischen Gewerkschaftsbund kam Kritik an dieser Regelung:

---

<sup>21</sup> Auftrag- oder ArbeitgeberInnen von 24 StundenbetreuerInnen erhalten vom Bundessozialamt eine Subvention für die mit der Anmeldung der Kräfte bedingten Mehrkosten. Voraussetzung hierfür ist seit 2009 eine Ausbildung der Betreuungskräfte, die im Wesentlichen jener einer Heimhilfe entspricht, sowie seit 2011 der Bezug von Pflegegeld der Stufe 4. HeimhelferInnen sind jedoch kaum für die Betreuung von Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug in Pflegestufe 4 ausgebildet.

<sup>22</sup> <http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf> bzw.

[http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user\\_upload/PDF/Betreut\\_24/Rechtsgrundlagen/HBeG\\_2007.pdf](http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Betreut_24/Rechtsgrundlagen/HBeG_2007.pdf)

„Als Argument wird immer wieder vorgebracht, dass auch Angehörige beispielsweise Spritzen verabreichen dürfen. Aus Sicht des ÖGB ist die Situation von Angehörigen und bezahlten Betreuungskräften nicht vergleichbar. Angehörige, die ein besonderes Vertrauens- und Naheverhältnis zur pflegebedürftigen Person haben, wird es in der Regel leichter fallen Tätigkeiten, zu denen sie sich nicht befähigt fühlen, abzulehnen als Betreuungspersonen, die ihre Arbeit behalten wollen und darauf angewiesen sind, die Dienstleistung nach den Erwartungen des Menschen zu erbringen, der ihnen ihre Beschäftigungsmöglichkeit zur Verfügung stellt (Stellungnahme ÖGB zit. in: Bachinger 2009, 139).

Es wird den pflegebedürftigen Personen empfohlen, für die pflegerischen Tätigkeiten zusätzlich Mobile Dienste in Anspruch zu nehmen. Dies ist allerdings eine Empfehlung und keine Verpflichtung. Durch diese Regelungen werden die Kompetenzbereiche der Berufsgruppen der Pflege und Betreuung aufgeweicht und die Kompetenzen der qualifizierten Pflegeberufe untergraben bzw. in Frage gestellt. Während PersonenbetreuerInnen als LaienhelferInnen fast uneingeschränkt pflegerische Tätigkeiten durchführen dürfen, werden diese Kompetenzen den höher qualifizierten Angehörigen der Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe (Heimhilfen und Pflegehilfen) nicht in der Form zugestanden. Diese Konzeption von pflegerischen Tätigkeiten und den dazugehörigen Qualifikationen steht im Kontrast zu Professionalisierungsbestrebungen der Pflegeberufe und der sozialen Dienste und damit auch im Gegensatz zu einer Aufwertung von traditionell frauendominierten Berufen (Bachinger 2009, 8; 14).

Die PersonenbetreuerInnen erhalten durch die Delegation pflegerischer und medizinischer Tätigkeiten also ein Mehr an Aufgaben, dabei kommt es aber zu keiner Aufwertung ihres Tätigkeitsfeldes, zu einer Anhebung des erforderlichen Qualifikationsniveaus oder zu einer Verbesserung ihrer Situation. Es fehlt ihnen an einer eigenen Profession oder Berufsbezeichnung, denn sie werden nach wie vor als „BetreuerInnen“ bezeichnet, was den Pflegeanteil in ihrer Arbeit verschleiert. Sie stehen zwischen den Berufsgruppen der Pflege und Betreuung und werden dennoch von beiden Seiten ausgeschlossen, weil keine Seite unter denselben Arbeitsbedingungen leiden möchte. Aber auch rechtlich ist der Beruf der PersonenbetreuerInnen sowohl von den Berufsfeldern der Pflege als auch von jenen der Betreuung ausgeschlossen, denn die 24 Stunden Personenbetreuung unterliegt auch nach der Ausweitung des Tätigkeitsspielraumes auf pflegerische Tätigkeiten dem HBeG und hat keinen eigenen Status in den Gesundheitsberufen. Das HBeG geht vielmehr mit zahlreichen Ausnahmen im Arbeitsrecht einher, die zum Nachteil für die Beschäftigten vorgenommen wurden, die EU- und österreichweit gültigen Mindeststandards hinsichtlich Arbeitszeiten unterterminiert und damit ausbeuterische Arbeitsbedingungen rechtlich legitimiert (Drott 2009).

### 2. 3. 3 Unregulierte Arbeitsverhältnisse in Privathaushalten

Ein Spezifikum der 24 Stundenbetreuung im Vergleich zu anderen Pflege- und Betreuungsberufen ist jenes, das die Kräfte in den Privathaushalten, in denen sie erwerbstätig sind, auch leben. Da die 24 Stundenbetreuung von Kräften mit Migrationshintergrund dominiert ist,

wird sie in der Regel im Rahmen von zweiwöchigen Schichtwechseln organisiert. Die PersonenbetreuerInnen leben und arbeiten dabei zwei Wochen im ArbeitgeberInnenhaushalt und verbleiben die restlichen beiden Wochen des Monats in ihren Herkunftsländern, was als „Freizeit“ konzipiert wird. Hier ist ein fremder Privathaushalt also nicht nur Erwerbsarbeitsort, sondern vielmehr auch temporärer Aufenthaltsort. Dieses Arrangement kann eine Abhängigkeit der Arbeitskräfte von der Willkür der ArbeitgeberInnen und deren Familien bewirken, zumal die PersonenbetreuerInnen durch die österreichische Gesetzgebung kaum geschützt sind. Dies zeigt sich bereits bei den Arbeitszeitregelungen: Für selbständige Kräfte sind diese flexibel. Jedoch herrschen auch Spielräume für die Gestaltung der Arbeitszeiten im Falle von unselbständiger Beschäftigung: Mit dem Hausbetreuungsgesetz wurden arbeitsrechtliche Sonderbestimmungen für die unselbständige Arbeit in der 24 Stundenbetreuung eingeführt. Vor der gesetzlichen Neuregelung war für live-in Arbeitsbeziehungen in Privathaushalten ausschließlich das Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz (HGHaG<sup>23</sup>) anzuwenden. Die Ausgestaltung der 24 Stundenbetreuung verstößt jedoch gegen dessen Arbeitszeiteinschränkungen und hat Sonderregelungen erforderlich gemacht. Die im Rahmen dieser Sonderregelungen vereinbarte Arbeitszeit muss laut HBeG mindestens 48 Stunden pro Woche betragen und darf in zwei aufeinanderfolgenden Wochen einschließlich der Zeiten von Arbeitsbereitschaft 128 Stunden nicht überschreiten. Dies entspräche einer täglichen Arbeitszeit von 9, 14 Stunden. Jedoch heißt es im Hausbetreuungsgesetz auch:

„Allfällige über diese Höchstgrenze hinausgehende Zeiten der Arbeitsbereitschaft, die die Betreuungskraft vereinbarungsgemäß in ihrem Wohnraum oder in näherer häuslicher Umgebung verbringt und während der sie im Übrigen frei über ihre Zeit verfügen kann, gelten nicht als Arbeitszeit im Sinne dieses Bundesgesetzes“ (HBeG § 3 (2))<sup>24</sup>.

Ferner muss die tägliche Arbeitszeit durch Ruhepausen von insgesamt mindestens drei Stunden, die auch frei von Arbeitsbereitschaft bleiben müssen, unterbrochen werden. Mindestens zwei dieser Ruhepausen von 30 Minuten sind ununterbrochen zu gewähren. Zudem dürfen ArbeitnehmerInnen während jedes Zeitraumes von 24 Stunden insgesamt zehn Stunden nicht in Anspruch genommen werden. Demnach dürften 24 Stundenbetreuungskräfte täglich in Summe 13 Stunden *nicht* in Anspruch genommen werden. Übertretungen dieser Regelungen sind nach § 23 HGHaG zu bestrafen, wonach von der Bezirksverwaltungsbehörde Geldstrafen bis zu 290 Euro einzuheben sind und auch der Versuch einer Übertretung strafbar ist. So überrascht es kaum, dass die selbständige Beschäftigung einer Betreuungskraft wegen der Arbeitszeitflexibilität die beliebtere Variante ist. Die Variante der unselbstän-

---

<sup>23</sup> [http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user\\_upload/PDF/Betreat\\_24/Rechtsgrundlagen/Hausgehilfen\\_und\\_Hausangestelltengesetz.pdf](http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Betreat_24/Rechtsgrundlagen/Hausgehilfen_und_Hausangestelltengesetz.pdf), Zugriff am 5. 11. 2010.

<sup>24</sup> [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2007\\_I\\_33/BGBLA\\_2007\\_I\\_33.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2007_I_33/BGBLA_2007_I_33.pdf), Zugriff am 5. 11. 2010.

digen Anstellung der Betreuungskraft bei den Pflegebedürftigen ist ferner kostenintensiver. Sie ist allerdings günstiger als die Beschäftigung einer Betreuungskraft, die bei einem Trägerverein angestellt ist, da Trägervereine auf die jeweils gebräuchlichen Kollektivverträge Rücksicht nehmen müssen (BAGS KV 3 zit. in: Drott 2009, 50).

#### 2. 3. 4 Die Frage der Scheinselbständigkeit in der 24 Stundenbetreuung

Laut GuKG darf nur die gehobene Gesundheits- und Krankenpflege freiberuflich ausgeführt werden, die Pflege- und Heimhilfe unterliegen der Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal bzw. einer Einrichtung. So ist die Ausübung der Pflege- und Sozialbetreuung auf den institutionellen Bereich beschränkt und als unselbständige Betätigung mit festgelegten Arbeitszeiten, Urlaubsansprüchen, Ruhezeiten, Pflegefreistellung und Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und allen sonstigen Ansprüchen von ArbeitnehmerInnen konzipiert (Bachinger 2009, 100f.). Daher war es schon vor der gesetzlichen Regelung zur Legalisierung der 24 Stundenbetreuung 2006/2007 möglich, Hausangestellte als Pflegekräfte anzustellen. In den politischen Diskursen zur Legalisierung der 24 Stundenbetreuung herrschte jedoch die Meinung vor, dass eine Anstellung der Kräfte zu teuer und hinsichtlich der durch das HGHaG<sup>25</sup> vorgegebenen Arbeitszeiteinschränkungen unpraktikabel wäre (Bachinger 2009, 100ff.).

Die Flexibilisierung der Arbeits- und Ruhezeiten durch das HBeG war den NutzerInnen wohl auch zu wenig praxisbezogen, denn fast alle legalisierten 24 StundenbetreuerInnen arbeiten auf selbständiger Basis. Sie werden in der Regel von Vermittlungsagenturen in ihren Herkunftsländern rekrutiert und an die KlientInnen, die Pflegebedürftigen, vermittelt. Solche private Vermittlungsagenturen gab es bereits, als die 24 Stundenbetreuung noch nicht legalisiert war. Seit der Legalisierung vermitteln diese Agenturen Kräfte mit gültigem Gewerbechein bzw. organisieren diesen, wenn er nicht vorhanden ist. Die konkrete Ausgestaltung und die Konditionen dieser Vermittlungen unterscheiden sich mit den Agenturen. Meist kassieren die Agenturen sowohl von den 24 StundenbetreuerInnen als auch von den KlientInnen Provisionen (Bachinger 2009, 165).

Die Personenbetreuerinnen unterschreiben im Zuge dieser Vermittlungspraxis ihre Arbeitsverträge oft bevor sie die Arbeits- und Wohnbedingungen in den Haushalten und Familien der pflegebedürftigen Personen kennenlernen. Daher ist ihr rechtlicher Status als UnternehmerInnen problematisch (Kreimer 2011). Die Arbeitskräfte haben so gut wie keine Rechte in der Ausgestaltung und Verhandlung ihrer Arbeitsbedingungen und haben ihre Arbeitszeiten meistens vollständig an den Bedürfnissen der KlientInnen zu orientieren. Auf selbständiger Basis gibt es keine fixen Regelungen bezüglich der Arbeitszeiten, daher besteht in der Regel bis auf wenige Stunden pro Tag Rufbereitschaft und Anwesenheitspflicht. Generell hängen

---

<sup>25</sup>[http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user\\_upload/PDF/Betreut\\_24/Rechtsgrundlagen/Hausgehilfen\\_und\\_Hausangestelltengesetz.pdf](http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Betreut_24/Rechtsgrundlagen/Hausgehilfen_und_Hausangestelltengesetz.pdf), Zugriff am 5. 11. 2010.

die Arbeitsverhältnisse vom Gesundheitszustand und der Persönlichkeit, sowie den Wohnverhältnissen der Pflegebedürftigen ab. Einige Angehörige entlasten die PflegerInnen, indem sie die Betreuung stundenweise selbst übernehmen, andere wiederum büden ihnen zusätzliche Arbeiten auf (Bachinger 2009, 165f.).

Durch die Selbständigkeit der PersonenbetreuerInnen, werden alle arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen außer Kraft gesetzt, um die 24 Stundenbetreuung – so wie sie sich auf dem Grauen Arbeitsmarkt etabliert hatte – für die KundInnen leistbar zu halten. Denn die mit einem Arbeitsverhältnis verknüpften sozialen Rechte, wie Mindesteinkommen (nach Kollektivvertrag), Sozialversicherung, Urlaubsanspruch, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Arbeitszeitbestimmungen etc. werden den auf selbständiger Basis in Privathaushalten Beschäftigten abgesprochen. Beim Selbständigen-Modell müssen arbeitsrechtliche Vorschriften und kollektivvertragliche Löhne nicht eingehalten werden (Bachinger ebd., 8ff; 222).

## **Resümee**

Im ersten Kapitel wurden die Zugänge verschiedener Disziplinen zur Arbeit in Privathaushalten thematisiert. Es wurde gezeigt, dass die Haushalts- und Betreuungsarbeit eng mit Privatheit, Intimität und Emotionen verknüpft und damit letztlich als familiäres Handeln angesehen wird. Obwohl Beiträge zur feministischen Ökonomie den Aspekt der Arbeit im Haushalt und in der Betreuung hervorheben, konzipieren sie diese Arbeit unter Betonung der Spezifika der Betreuung hochaltriger bzw. abhängiger Personen als nicht in die Ökonomie integrierbar. Vielmehr wird hier die Bedeutung von intrinsischen Motivationen bzw. einer fürsorglichen Ethik betont, weniger Qualifizierung und Professionalisierung. Im zweiten Kapitel wurde schließlich die Organisation der qualifizierten Haushalts- und Betreuungsarbeit als personenbezogene soziale Dienstleistungen über Markt und Staat in den Blick genommen. Hier konnte verdeutlicht werden, dass in der Ökonomie gängige Effizienzkriterien tatsächlich nicht auf eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung anwendbar sind, weil diese die Anzahl an Pflegebedürftigen pro PflegerIn limitiert. Vor dem Hintergrund von Budgetengpässen, wird die qualifizierte Pflege- und Betreuungsarbeit im Wesentlichen auf ihre instrumentelle Aspekte reduziert, während der kommunikative Aspekt dieser Arbeit als unfinanzierbar vernachlässigt wird. Diese dichotome Konzeption der qualifizierten Pflege- und Betreuungsarbeit als versorgungsspezifische qualifizierte Arbeit einerseits und als emotionalisierte und familialiserte laienhaften Pflege- und Betreuungsarbeit andererseits finden sich auch im österreichischen System der Langzeitpflege. Während qualifizierte Pflege- und Betreuungsberufe auf punktuelle Einsätze in Privathaushalten oder in der Stationären Pflege auf versorgungsspezifische Aspekte reduziert werden, gelten die fürsorglichen Anwesenheiten im Zusammenhang mit der Betreuung hochaltriger Personen als unqualifiziert und nicht in her-

kömmliche Konzepte von Erwerbsarbeit integrierbar. So zeigt auch das österreichische System der Langzeitpflege, dass es außerordentlich schwierig zu sein scheint, einen Wert für Haushalts- und Betreuungsarbeit in Privathaushalten festzulegen, mit dem ein ausreichendes Einkommen garantiert wird.

Die Strategie der Prekarisierung ehemals unbezahlter frauendominierter Sorgearbeit in der 24 Stundenbetreuung kann sich auf einen breiten öffentlichen Konsens stützen, wonach Haus- und Sorgearbeit idealerweise familiär und informell geleistet werden kann und Professionalisierungsbestrebungen im Bereich der Arbeit in Privathaushalten nicht wünschenswert seien. Dieser in Österreich aus dem Schwarzmarkt heraus entstandene neue prekäre Sektor kann zur Konkurrenz der qualifizierten Pflegekräfte im staatlichen und semistaatlichen Bereich der Wohlfahrtsproduktion werden. Die qualifizierten Berufsgruppen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und der Sozialbetreuungsberufe bleiben gegen diese Niedrig-Lohn Konkurrenz relativ geschützt (Bachinger 2009, 227ff.).

Durch ihre konzeptionelle Nähe zur Alltagsarbeit leiden die qualifizierten Pflege- und Sozialbetreuungsberufe an deren mangelnder Anerkennung als Profession. Zwar wurden mit dem GuKG, der Harmonisierung der Sozialbetreuungsberufe, der beginnenden Akademisierung und einer Reihe weiterer legislatischer Maßnahmen erste Schritte in die Richtung einer Professionalisierung dieser Berufe gesetzt. Durch die gegebenen Budgetrestriktionen im Bereich der mobilen und stationären Pflege und Betreuung wird die Professionalisierung jedoch, sowohl im Sinne von sozialen Rechten und einer angemessenen Bezahlung, als auch im Sinne der Aufwertung der Berufe unterminiert. Durch Kostendruck, Rationalisierungsmaßnahmen und Effizienzkriterien werden die Arbeitsbedingungen in der Pflege weiter verschlechtert. Der Einsatz von fachlich nicht qualifiziertem Personal für die Altenbetreuung und -pflege birgt also die Gefahr der Abwertung der qualifizierten Pflegeberufe. Diese Strategie verstärkt das traditionelle Bild von Pflegearbeit als Tätigkeit, die „ohnehin jede Hausfrau ausführen kann“ (Krenn et al. 2004, 8).

Die „prekäre Grenze zur Alltagsmoral“ sei nach Bauch aus funktionalistischer Perspektive ein Zeichen dafür, „dass es sich bei der Pflege nicht um ein ausdifferenziertes, selbstreferenzielles Funktionssystem handelt“, sondern vielmehr um ein Teilsystem der professionalisierten Medizin (Bauch 2005, 81).

Dementsprechend geht Bauch nicht davon aus, dass sich die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals durch eine Professionalisierung der Pflege notwendigerweise verbessern würden. Denn selbst durch die Professionalisierung der Ausbildung und Standardisierungsinstrumente wie Qualitäts- und Case Management würden die emotionalen Komponenten der Arbeit mit pflegebedürftigen Personen, sowie die Mitleidsbereitschaft diesem Berufsfeld konzeptuell inhärent bleiben. Während die instrumentellen Verrichtungen im Zusammenhang mit

der Pflege erwachsener Personen zumindest semiprofessionalisiert sind, scheint es gerade diese motivationale und emotionale Komponente der Fürsorge- und Pflegearbeit zu sein, die sich der Aufwertung der Altenbetreuung entzieht. Die zentrale Fragestellung der Studie lautet, wie diese kommunikative Komponente der Pflege- und Fürsorgearbeit insbesondere auch in Privathaushalten zu messen, zu quantifizieren wäre. Es wird nach der Professionalisierung dieser kommunikativen Aspekte gefragt, um sie von ihrem vermeintlichen Geschlechtscharakter loszulösen und diese Berufe potenziell für alle Gesellschaftsmitglieder (nicht nur für Frauen, Langzeitarbeitslose, MigrantInnen, etc.) in einer attraktiveren Form zu öffnen. Der auch in den österreichischen Medien viel zitierte Begriff „Pflegenotstand“ zeigt, dass der Bedarf durchaus vorhanden ist.

## **VI Empirischer Teil: Fragestellungen und Methoden**

Der Begriff der „Pflege“ wird im Deutschen in vielerlei Hinsicht angewendet: Gepflegt werden können Pflanzen, Tiere, Freundschaften, Kontakte, der eigene Körper, die Kleidung, das Erscheinungsbild, etc. Pflegetätigkeiten sind nach Fisher und Tronto menschliche Aktivitäten, die eine längerfristige Erhaltung und/oder Reparatur jener physischen und sozialen Beziehungen zum Ziel hat, die für die Weiterführung der menschlichen Existenz im jeweiligen sozialen Kontext unabdingbar sind. Ganz allgemein können Pflegetätigkeiten verstanden werden als:

„a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our „world“ so that we can live in it as well as possible“ (Fisher/Tronto 1990, 40).

Pflegetätigkeiten, die in diesem weiten Sinne verstanden werden, sind die Ausgangsbedingungen für die menschliche Existenz und daher auch die Grundvoraussetzungen für alle anderen menschlichen Aktivitäten. Weil das Anwendungsfeld des Begriffes „Pflege“ so breit und auch diffus ist, wird die Konkretisierung dessen, was die „Pflege“ eigentlich ist, erschwert. Insbesondere weil ein Großteil dieser Pflegetätigkeiten – als Ausgangsbedingungen der menschlichen Existenz – traditionell in der Privatheit verortet wurde, scheint es schwierig, sie als Erwerbsarbeit zu begreifen. Weil sie als innerfamiliäre Tätigkeiten emotional aufgeladen werden, scheint es schwierig, die Pflege und Betreuungsarbeiten zu professionalisieren, als ein Schritt zur Aufwertung und entsprechenden Honorierung dieser Arbeit.

„Die emotionale Arbeit im Haushalt ist nicht nur schwer messbar, sondern sie ist auch nicht einfach zu honorieren; eher wird sie als unentgeltlich erbrachter Mehrwert betrachtet, der für ArbeitgeberInnen einen wichtigen Faktor bei der Auswahl und Einstellung von HaushaltsarbeiterInnen darstellt“ (Lutz 2007, 203 zit in: Drott 2009, 27).

Beiträge zur Frauen- und Geschlechterforschung kommen zum Schluss, dass die verbreiteten Maßstäbe zur Leistungsmessung und Bewertung von Arbeit noch aus jener Zeit kommen, in der der tertiäre Sektor und damit die männerdominierte Industriearbeit dominant war. Diese Maßstäbe seien für Pflegetätigkeiten ungeeignet. Selbst mit der qualitativ und quantitativ zunehmenden Bedeutung des frauendominierten Dienstleistungssektors verbleiben als familiär angenommene Kompetenzbereiche in einem „semi-professionellen“ Zustand und damit unterbewertet und unterbezahlt. Die Bewertung der Pflegearbeit und insbesondere jene, die in Privathaushalten durchgeführt wird, erfordert ein Überdenken der Standards und eine Erweiterung des Leistungsverständnisses. Bisher angewendete Differenzierungsstrategien und Grenzziehungen zwischen Öffentlichkeit und Privatheit, reproduktiver und produktiver Arbeit, sachbezogenen und beziehungsorientierten Tätigkeiten greifen im Hinblick auf die Einschätzung von fürsorglicher Pflegearbeit zu kurz. Eine den Standards industrieller Berufs-



fachlichkeit vergleichbare Professionalisierung wurde bislang vor allem für personenbezogene Dienstleistungen nicht entwickelt (Thiessen 2004, 64).

Obwohl sich in nahezu jedem Arbeitsverhältnis – und insbesondere im Dienstleistungssektor – soziale Beziehungen finden, die mehr oder weniger essentiell für das Arbeitsergebnis sind, erreicht der Aufbau und Erhalt einer Beziehung in der längerfristigen Pflege und Betreuung in Privathaushalten einen verhältnismäßig großen Stellenwert. Das Produkt – vergleichbar mit einem Gut aus dem Produktionssektor – einer Pflegearbeitsbeziehung ist als solches schwer zu fassen. Es geht in der Pflege- und Betreuungsarbeit vorrangig darum, Menschen und soziale Beziehungen zu reproduzieren. Daher besteht Notwendigkeit, die Norm dessen, was als entlohnungsrelevante Leistung angesehen wird und damit die Definition von „normaler Arbeit“ der Realität anzupassen, um die Arbeitsbedingungen der dort arbeiteten Personen zu verbessern (Drott 2009, 28).

Quer zur traditionellen Verortung dieser Arbeit in der Familie, welche einer Aufwertung im Sinne einer Professionalisierung der Pflege und Betreuung entgegensteht, zeigen sich folgende Herausforderungen für eine Aufwertung der Pflege und Betreuung (im Sinne der Professionalisierung) in der Zusammenschau:

- Verortung der Altenpflege in Privathaushalten Die Altenbetreuung und -pflege erfolgt in Österreich zu geschätzten 70 bis 80 Prozent in Privathaushalten, Tendenz sinkend. Daher steht diese Arbeit an der Schnittstelle zwischen Öffentlichkeit und Privatheit. Diese Arbeit ist in einem Bereich lokalisiert, der mit Intimität verknüpft ist. Der Privathaushalt wird als Rückzugsbereich aufgefasst, der vor staatlicher Kontrolle geschützt werden soll. Diese Annahme findet sich auch in der Organisation des Pflegegeldes: Es geht konzeptionell und in der Regel auch praktisch an die hochaltrigen Pflegebedürftigen selbst. Ohne Vorliegen von Missbrauchsanzeigen gibt es keinerlei Kontrollen der Verwendung dieser staatlichen Mittelausschüttung. Die Ermittlung des Bedarfes an staatlicher Unterstützung bei Langzeitpflegebedürftigkeit unterliegt medizinischer Expertise und nicht jener der qualifizierten Pflege.
- Semi-professionelle Pflege vs. professionelle Medizin Die Pflege zeichnet sich innerhalb der Gesundheitsberufe durch ihren semi-professionellen Status im Vergleich zur Medizin aus. Adams und Nelson (2009) arbeiten heraus, wie sich im Zuge der Professionalisierung der Medizin der Blick auf den menschlichen Körper änderte. Der Körper wurde zunehmend als eine Art Maschine konzipiert, die im Falle von Krankheit einer Reparatur bedarf. Die Pflege nahm diesbezüglich eine Kompensationsfunktion gegenüber der Medizin ein und war für die Aspekte der konstanten Aufmerksamkeit und des emotionalen Komforts der PatientInnen zuständig. So wurde die Kranken-

pflege im Zuge der Professionalisierung der Medizin als emotionales Gegenstück zur „nüchternen“ und instrumentellen Wissenschaft konstruiert (vgl. auch Bischoff 1997). Daher ist sie innerhalb des Gesundheitssystems – insbesondere in Österreich – von der Medizin und damit vom Akutbereich überdeterminiert. Medizinische und therapeutische Tätigkeiten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit leisten wichtige Aspekte zur (Vermeidung der) Langzeitpflege. Jedoch fehlt hier – anders als im chronischen Bereich – der Kontinuitätsaspekt, welcher ein zentrales Charakteristikum der Langzeitpflege ist. Pflegetätigkeiten umfassen und beziehen sich auf den gesamten Lebensprozess der Pflegebedürftigen. Sie zeichnen sich generell nicht durch Interventionen an einem speziellen Punkt oder in einer speziellen Periode aus. Akutmedizinische Maßnahmen sind auf bestimmte Krankheiten oder Bedürfnisse spezialisiert und punktuell. Wenn die nötigen ärztlichen Interventionen vollbracht sind, hat der Arzt oder die Ärztin in der Regel keine Verantwortung mehr für die pflegebedürftige Person, jene der Pflegekraft bleibt (Jochimsen 2003, 15).

Nelson und Adams argumentieren, dass sich die geforderten Effizienzsteigerungen in der Pflege vor dem Hintergrund von Einsparungen im Gesundheitssystem nicht problematisch auswirken würden, wenn die Pflege professionalisiert und adäquat bewertet werden würde. Wenn jedoch die Pflege emotionalisiert wird und die Leistungen und Qualifikationen dadurch negiert werden, so wirken sich Effizienzgebote schwerwiegend auf die (Arbeitsbedingungen in der) Krankenpflege aus (Adams/Nelson 2009, 4ff).

- Verknüpfung der Altenpflege mit dem Ende der menschlichen Existenz Die Altenpflege- und Betreuungsarbeit ist eng mit einem spezifischen Aspekt der menschlichen Existenz verknüpft, nämlich mit ihrem (nahenden) Ende. In einer postmodernen Gesellschaft wird der Tod zunehmend tabuisiert. Auch wird der Bedarf an Dienstleistungen im Bereich der Pflege und Betreuung von Seiten der Hochaltrigen selbst, aber auch von deren Angehörigen oftmals verdrängt, was zu einer (anfänglichen) Ablehnung dieser Dienstleistungen führen kann. Diese Problematiken zeigen sich nicht nur in der Pflege in Privathaushalten, sondern auch in der stationären Pflege: Die stationäre Pflege im Pflegeheim wird weniger technisch und medizinisch bewertet als die Akutpflege im Krankenhaus, weil sie sich auf alte, gebrechliche Menschen im Endstadium ihres Lebens bezieht. Wird die Pflege generell unterbewertet, so hat die Pflege alter Menschen einen noch niedrigeren Status als andere, höher technisierte Formen der Pflege. Dieses Muster setzt sich innerhalb der Medizin fort, auch hier hat die Gerontologie einen niedrigeren Status als andere technisierte Ausformungen, wie beispielsweise die Neurologie oder die Kardiologie (Adams/Nelson 2009, 19).

- Reduktion der qualifizierten Pflege auf instrumentelle Aspekte Damit zusammenhängend: Die sozialpolitische Bereitstellung von Pflege- und Betreuungsleistungen fokussiert überspitzt ausgedrückt auf die Versorgung des Körpers im Sinne der instrumentellen Aspekte der Pflege. Kommunikative Aspekte der Pflege und Betreuung, die für deren Qualität essentiell sind, werden in ihrer Bedeutung negiert und als unfinanzierbar ausgewiesen. Gleichzeitig besteht jedoch die Annahme, dass für diese kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung keinerlei Qualifikationen erforderlich wären, weswegen diese an LaienpflegerInnen oder Angehörige delegiert werden.

## **2 Fragestellungen und Zielsetzungen**

Vor diesem Hintergrund dieser Herausforderungen zur Aufwertung der Pflege- und Betreuungstätigkeiten im Sinne einer Professionalisierung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen werden im Folgenden die Fragestellungen und Zielsetzungen dieser Arbeit ausgeführt. Zunächst sollen auf einer konzeptuellen Ebene die Spezifika der Altenpflege und Altenbetreuung als personenbezogene Dienstleistungen näher ausgeführt werden. Beiträge zur feministischen Ökonomie thematisieren die Spezifika dieser Arbeit als personenbezogene Dienstleistung vorwiegend mit Blick auf eine nicht-arbeitsteilig organisierte innerfamiliäre Pflege und Betreuung in Privathaushalten. Zwischen den verschiedenen Berufen und Qualifikationsstufen wurde diesbezüglich auf einer konzeptuellen Ebene wenig differenziert. Obwohl die innerfamiliäre Pflege und Betreuung auch in Österreich die dominante Form darstellt, ist sie nicht die einzige Form. Daher stellt sich die Frage, ob sich die Spezifika, die Beiträge zur feministischen Ökonomie hinsichtlich der innerfamiliären Pflege und Betreuung identifiziert haben (exempl. Jochimsen 2003), in allen Qualifikationsstufen gleichermaßen finden oder ob diesbezüglich Unterschiede herrschen.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen stellt sich schließlich die Frage, wie diese Spezifika – im Kontext des österreichischen Pflegesystems – zu bewerten und zu organisieren seien. Es sollen Ansätze diskutiert werden, die die Dichotomisierung der Pflege- und Betreuungsarbeit in unqualifizierte „Ganzheitlichkeit“ und qualifizierte punktuelle, verrichtungsbezogene Einsätze hinterfragen könnten. Es geht dabei um Fragen nach der Entlastung pflegender Angehöriger, nach der Regulierung der 24 Stundenbetreuung und der Aufwertung der qualifizierten Pflege und Betreuung vor dem Hintergrund des „Pflegetnotstandes“ (akuter Personal-mangel).

### *2. 1 Konzeptionen von Altenpflege und -betreuungsarbeit*

Folgende Spezifika der Langzeitpflege und -betreuung als Dienstleistung wurden am Beispiel der innerfamiliären Pflege und Betreuung herausgearbeitet: Es handelt sich um eine Dienst-

leistung, die die Deckung teils lebensnotwendiger Bedürfnisse langfristig und mit in der Regel schwer abschätzbarer Entwicklung als Ausgangspunkt ihrer Arbeit hat. Die Konsumierenden dieser Dienstleistungen zeichnen sich nicht nur durch eine eingeschränkte Autonomie im Allgemeinen aus, sie können ihre Bedürfnisse auch nicht immer äußern oder wahrnehmen. So müssen pflegende und betreuende Personen diese oftmals selbst ermitteln. In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit einer „Pflegerbeziehung“ zwischen pflegender und gepflegter Person als evident angenommen. Insbesondere weil derartige Arbeiten auf die innerfamiliäre Pflege und Betreuung fokussieren, verknüpfen sie diese Beziehung auch mit Emotionen. Weil gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen die innerfamiliäre, altruistische, unentgeltliche Pflege aufwerten, wird die innerfamiliäre Pflege auch mit moralischem oder ethischem Handeln verknüpft.

In der vorliegenden Studie sollen die Spezifika der Pflege- und Betreuung als Dienstleistung, die anhand der innerfamiliären Pflege und Betreuung identifiziert wurden, im Hinblick auf qualifizierte Pflege und Betreuungsleistungen angewendet werden. Es wird danach gefragt, ob und inwiefern sich diese Spezifika bzw. die Umgangsweisen damit innerhalb der Berufsgruppen nach Qualifikationsniveau unterscheiden. Die von Beiträgen zur feministischen Ökonomie identifizierten Spezifika dieser Arbeit in ihrer innerfamiliären Form könnten sich durch deren Anwendung auf qualifizierte(re) Formen und verschiedene Territorien relativiert oder ergänzt werden. Mögliche neue Spezifika dieser Arbeit, die sich aus deren Untersuchung im qualifizierten Bereich ergeben, können wiederum Rückschlüsse auf die Konzeption der innerfamiliären Pflege und Betreuung zulassen.

## *2. 2 Bewertung und Organisation der Pflege und Betreuungsarbeit in Österreich*

Aus den Ergebnissen dieses konzeptionell orientierten Themenblockes sollen mögliche Ansätze zur Aufwertung der Pflege- und Betreuungsberufe im Sinne deren Professionalisierung abgeleitet und diskutiert werden. Dies erfolgt mit Blick auf das österreichische Pflegesystem, was insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an Personal und der gleichzeitig akuten Personalknappheit in diesen Berufen erforderlich zu sein scheint. Die Ergebnisse sollen einerseits Ansätze identifizieren, die diese Berufe attraktiver machen könnten und andererseits Möglichkeiten der Entlastung pflegender Angehöriger aufzeigen.

## **3 Methoden**

Die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung ist qualitativ, daher spielt hier die Frage nach der theoretischen und weniger jene nach der numerischen Generalisierbarkeit der Ergebnisse eine Rolle. Dementsprechend ist weniger die Zahl der untersuchten Personen oder

Situationen entscheidend, als die Unterschiedlichkeit der einbezogenen Fälle (maximale Variation) (Flick 2009, 260).

Als „Fälle“ werden einerseits die verschiedenen Qualifikationsstufen innerhalb der Altenpflege und –betreuung gefasst (LaienbetreuerInnen, Heimhilfen, Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit und Diplomiertes Pflegepersonal) und andererseits die Territorien der Pflege und Betreuung (ein Privathaushalt, verschiedene Privathaushalte wie in der Mobilen Pflege und Betreuung, oder die stationäre Pflege im Pflegeheim). Es wurden insgesamt neun leitfadengestützte Interviews<sup>26</sup> mit Personen, die auf unterschiedliche Art und Weise in der Altenpflege und –betreuung tätig sind, geführt. Bei den Interviews selbst wurden Spielräume im Bereich der Frageformulierung, für Nachfragestrategien und im Bereich der Abfolge der Fragen gelassen. Ferner wurde die Untersuchungssituation, also der Ort der Interviews im Kontext der interessierenden Lebenswelt durchgeführt, um die Lebenswelt der Personen in das Interview einbeziehen zu können (Froschauer/Luegger 1998, 25 zit. in: Rastetter 2008, 168f.). Die Interviews fanden mit einer Ausnahme alle in der Lebenswelt der Befragten statt (im Stützpunkt des Roten Kreuzes bei den InterviewpartnerInnen der Mobilen Dienste, in Privathaushalten bei pflegenden Angehörigen bzw. 24 StundenbetreuerInnen). Lediglich eine pflegende Angehörige ist – da sie in der Südsteiermark lebt – für das Interview nach Graz gekommen. Der ursprünglich geplante alleinige Einsatz von Interviews zur Datengewinnung hat sich im Verlauf der Studie nicht als vollständig zielführend erwiesen, da ich einerseits über wenig Vorwissen und Einblicke in das Feld der Altenbetreuung und -pflege verfüge und andererseits gewisse Informationen speziell zur Einschätzung und Beschreibung der Arbeit im Pflegebereich nicht im adäquaten Ausmaße ermittelt werden konnten. Zur Ergänzung des im Rahmen der Interviews gewonnenen Datenmaterials erfolgten daher teilnehmende Beobachtungen. Ziel der Beobachtungen war die Gewinnung eines Blickes auf Aspekte der Pflege- und Betreuungsarbeit, die die Betroffenen als selbstverständlich voraussetzen und daher im Interview nicht thematisieren. Nelson und Adams stellen fest, dass KrankenpflegerInnen selbst in herablassender Art und Weise über ihre Tätigkeiten sprechen. Es scheint, als könnten KrankenpflegerInnen ihr Tätigkeits- und Anforderungsprofil selber schwer beschreiben (Nelson/Adams 2009). Zudem war es für die Fragestellung nach der Bedeutung der Erwerbsarbeit im Privathaushalt relevant, sowohl das Verhalten des Personals als auch jenes der Pflegebedürftigen beobachten zu können. Derartige Einblicke hätte eine Interviewsituation nicht gewährt. Durch das (beobachtete) berufliche Handeln wurde

---

<sup>26</sup> Es wurden zwei slowakische 24 StundenbetreuerInnen interviewt, die beide abwechselnd die gleiche pflegebedürftige Person betreuen. Da deren Deutschkenntnisse für ein Interview teilweise nicht ausreichten, trat die pflegebedürftige Person als Übersetzerin auf. Die pflegebedürftige Person hat motorische, nicht aber kognitive Einschränkungen daher wurden ihre Angaben – auch über die Übersetzung hinaus – in die Auswertung einbezogen.

das im Interview ermittelte Wissen des Pflegepersonals über eigene Handlungsweisen und –routinen ergänzt. Die Interviews wurden transkribiert und die Beobachtungen protokolliert. Das hieraus gewonnene Datenmaterial wurde durch die Brille des theoretischen Vorverständnisses und der Fragestellungen intensiv gelesen. Aufbauend darauf wurde ein Kategorienschema für die Auswertung entwickelt, wobei auch auf Begrifflichkeiten geachtet wurde, die die Interviewpartnerinnen selbst verwendet haben, sowie auf ergänzende Aspekte, die nicht im Interviewleitfaden beachtet wurden. Das Datenmaterial wurde in einem nächsten Schritt mittels der entwickelten Kategorien ausgewertet. Aufbauend darauf kam es zu einer vertiefenden Fallinterpretation, um begriffliche Konzepte auszudifferenzieren. Das Leitprinzip der Auswertung war der Austausch zwischen dem Datenmaterial und dem theoretischen Vorverständnis, wobei dieser Austausch bereits bei Beginn der Erhebung erfolgte. Zu dieser Vorgehensweise vgl. exempl. Schmidt 2009.

## **V Konzeptionen von Pflege und Betreuungsarbeit**

Forschungsarbeiten, die die Spezifika der Pflege und Betreuungsarbeit als haushaltsnahe und personenbezogene Dienstleistungen ermittelten, fokussierten auf die innerfamiliäre Pflege und Betreuung in Privathaushalten. Im Rahmen der Befragung wurden diese auf verschiedene Berufsfelder innerhalb der Altenpflege und damit einhergehend auf verschiedene Qualifikationsstufen angewendet. Durch die Ergebnisse der Befragung wurden diese Spezifika teilweise bestätigt, relativiert und differenziert.

Da die Auswertung und Interpretation von Datenmaterial immer auch von den InterpretInnen beeinflusst ist und dabei dessen bzw. deren vorgefasste Meinungen den Sinngehalt einer Textstelle unter Umständen entstellen können, ist eine Explikation bzw. Transparentmachung der Interpretation von Nöten. Daher werden die Interpretationen mit wörtlichen Zitaten der InterviewpartnerInnen angereichert. Zu dieser Vorgehensweise vgl. Rastetter 2008, 183. Alle Angaben der InterviewpartnerInnen, die auf deren Personen schließen lassen werden anonymisiert. Die InterviewpartnerInnen werden nach Qualifikationsniveau und Territorium der Pflege- und Betreuungsarbeit dargestellt.

### **1 Elementare Bedürfnisse als Ausgangspunkt der Arbeit**

Ein zentrales Spezifikum der Pflege und Betreuung hochaltriger Personen ist die Tatsache, dass deren Bedürfnisse elementar sind. Wenn im Fall einer Unfähigkeit zur Selbstpflege niemand anders pflegt bzw. die lebensnotwendigen Bedürfnisse stillt, kann dies lebensbedrohend sein. Andere personenbezogene Dienstleistungen, etwa jene von FriseurInnen oder MasseurInnen gehen auf Bedürfnisse der KlientInnen ein, die jedoch nicht lebensbedrohend sind. Daher ist die Pflege und Betreuung als erwerbsmäßige Dienstleistung an abhängigen Menschen hochgradig fremdbestimmt, denn die elementare Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen bilden den Ausgangspunkt des Handelns der Pflegenden (Tronto 1993, 105).

#### *1. 1 Fremdbestimmung und Arbeitsteilung*

Der Grad der Unfähigkeit zur Selbstpflege gilt nach Jochimsen im Bereich der innerfamiliären Pflege und Betreuung einerseits als Indikator für die Verwundbarkeit der Pflegebedürftigen und andererseits als Indikator für das Ausmaß der Fremdbestimmtheit der Pflege Tätigkeiten (Jochimsen 2003, 12ff.).

Die Ergebnisse der Befragung zeigen auch im Bereich der innerfamiliären Pflege, dass der Grad der Unfähigkeit zur Selbstpflege das Ausmaß der Fremdbestimmtheit der Pflege Tätigkeiten bestimmt. Diese Fremdbestimmung ist – im Vergleich zur qualifizierten Pflege und Betreuung – jedoch nicht nur durch den Zustand der Pflegebedürftigen erklärbar, sondern

auch durch den Aspekt der Arbeitsteilung. Ist diese – wie in der innerfamiliären Pflege und Betreuung oder in der 24 Stundenbetreuung kaum oder nicht vorhanden – liegt die Verantwortung für den Zustand einer nicht autonomen Person in den Händen einer unausgebildeten Betreuungskraft. Die verberuflichte (mobile oder stationäre) Pflege und Betreuung erfolgt in der Regel arbeitsteilig. Hier wird die Verantwortung für die pflegebedürftige Person arbeitsteilig getragen, was diese und damit auch den Grad der Fremdbestimmung der Dienstleistung verringern könnte. Jedoch sind Pflege Tätigkeiten auch in ihrer arbeitsteilig organisierten Form fremdbestimmt, hier jedoch weniger von den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, sondern vielmehr von der Organisation, die die Bedürfnisdeckung aus Zeit- und Personalgründen standardisiert und auf die instrumentellen Aspekte der Pflege fokussiert. Diese Regelung lässt den hier Beschäftigten wenig Zeit für eine selbst bestimmte und individuelle Pflege und Betreuung übrig.

### 1. 1. 1 „Es hängt das ganze Leben dran“ – Fremdbestimmung in der unqualifizierten Pflege und Betreuung

In der häuslichen Pflege und Betreuung durch Angehörige oder 24 StundenbetreuerInnen sind die Kräfte meist nicht nur Laien, sondern konzeptuell auch „ganzheitlich“ verantwortlich für eine Person und deren Zustand. In dieser Form der personenbezogenen Dienstleistung wird eine hohe Verantwortungsethik vorausgesetzt, die jedoch gleichzeitig als Ausdruck von „Liebe“ oder verwandtschaftlicher Verbundenheit ideologisch aufgewertet und damit fachlich entwertet wird. In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf die Notwendigkeit des Eingehens auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen verwiesen, was – auch innerhalb der feministischen Ökonomie – mit einem ethischen Handeln in Verbindung gebracht wird. Weniger stark wird in diesem Zusammenhang der hohe Grad der Fremdbestimmung dieser Arbeit thematisiert, wobei die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen den gesamten Tages- und Nachtablauf der pflegenden Person dominieren können. Dazu eine pflegebedürftige Frau, die von einer 24 Stunden Personenbetreuerin gepflegt wird:

„Um 9 fängt der Tag an, da kommt sie [die 24 Stunden Betreuerin] aber schon vorher und schält mir einen Apfel und eine Orange und eine Banane und das krieg ich zuerst einmal, dann misst sie mir den Blutdruck, und dann schaut sie nach, ob heißes Wasser ist (...) Und wenn heißes Wasser ist, dann kommt sie, wickelt mich aus und setzt mich auf einen Leibstuhl, da erledige ich mein großes Geschäft, dann geh ich ins Bad und dort werd ich geduscht (...) und da muss sie mir natürlich alles machen (...) Sie wäscht mir also erst einmal den Rücken und dann wäscht sie mich unten und die Beine und dann hilft sie mir beim Zähneputzen, sie putzt mir die Prothese und dann hilft sie mir beim Eincremen (...) und dann fährt sie mich zurück, ich krieg dann eine frische Windel und wir gehen frühstücken. Dann sitz ich hier und wir frühstücken. Wenn wir gefrühstückt haben dann spielen wir Karten (...) Nun ist es inzwischen halb 12 oder so und dann geh ich wieder ins Bett und hör mein Radioprogramm, denn sehen tu ich nix mehr. Na und sie kocht (...) und Mittag holt sie mich dann aus dem Bett und dann essen wir hier [im Schlaf/Wohnzimmer der Pflegebedürftigen] und dann spielen wir wieder Karten und dann leg ich mich ins Bett und dann hör' ich Musik und sie beschäftigt sich hier, sie putzt und kehrt und



wischt immer (...) fast immer und beschäftigt sich, ich bin immer ganz aufgeregt, weil sie so herum feigt. Und dann geht sie auch noch runter [zu den Angehörigen] helfen und dann legt sie mich ins Bett am Abend, bald, so um halb sieben (...) Essen mag ich meistens nichts, wenn doch, dann krieg ich es halt ans Bett (...) und dann wäre sie eigentlich frei, aber das ist sie nicht. Dann sagt sie: „Soll ich Ihnen vorlesen?“ und: „Soll ich das machen und soll ich jenes machen?“ und dann, bevor sie ins Bett geht, da brauch ich noch meine frische Windel und dann geht sie ins Bett und dann schlafen wir. Aber in der Nacht wache ich mindestens zwei Mal auf und dann läute ich ihr und dann kommt sie.“ [PB]

Die Grundpflege, die Hausarbeit und die Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Lebensführung (im Sinne einer Gesellschafterfunktion) dominieren den Tagesablauf der Betreuerin. Nachtruhe ist nur mit Einschränkungen möglich. Im Zitat zeigt sich die Deutung der Arbeit im Bereich der Unterstützung bei der Haushaltsführung: diese wird von der pflegebedürftigen Person weniger als Arbeit, sondern vielmehr als eine Art „Selbstbeschäftigung“ der Betreuerin gedeutet, um der Langeweile zu entfliehen. Hier herrscht eine Deutung der 24 Stundenbetreuung, wonach diese in der zweiwöchigen Schicht keine Ansprüche auf Freizeit oder ein eigenes Leben stellt. Wenn keine Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person als Ausgangspunkt der Arbeit vorhanden sind, entstehe Langeweile, die mit Haushalts- oder Betreuungstätigkeiten aufgefüllt wird. Die 24 Stundenbetreuerin passt also konzeptuell ihren Tages- und Nachtablauf vollständig an die Gewohnheiten der pflegebedürftigen Person an. Ein Zitat der Tochter der oben zitierten Pflegebedürftigen verdeutlicht diese Sichtweise auf die 24 Stundenbetreuung:

"So lange sie [die 24 Stundenbetreuerin] hier ist hat sie keine wirkliche Pause. Sie geht mal spazieren, wenn wir [Angehörige] im Haus sind, das ist kein Problem. Natürlich schläft sie in der Nacht, aber wir haben so ein Funkgerät, dass meine Mutter rufen kann und wenn meine Mutter ruft, dann kommt sie auch nachts. Das ist 100 Prozent Bereitschaft, keine Pause. [...] Dazwischen kommt sie jetzt öfter und fragt uns [Angehörige], ob sie helfen kann. Sie macht jetzt auch oft die ganze Wäsche für uns [Angehörige] auch. Oder sie kommt runter und wäscht G'schirr, wenn ihr fad is. Weißt, ich bemüht mich auch, dass ich die [Betreuerinnen] halbwegs gut behandel'. Also sie sind für mich keine Putzketten, aber das ist nur rein auf der persönlichen Ebene." [A\_1]

Die Konzeption einer „ganzheitlichen“ Pflege und Betreuung in der 24 Stundenbetreuung offenbart sich also insbesondere am Beispiel potenzieller punktueller Freizeitmöglichkeiten. Diese können kaum genutzt und mit selbstbestimmten Freizeitaktivitäten aufgefüllt werden, weil jederzeit ein Bedürfnis der pflegebedürftigen Person auftreten könnte, das gedeckt werden soll. Dadurch wird aus der Freizeit eine Bereitschaftszeit, die mit Hausarbeit (auch für die Angehörigen) aufgefüllt wird, um Langeweile vorzubeugen. Diese Arbeit in der Bereitschaftszeit gilt konzeptuell als eine Art „Beschäftigung“ gegen Langeweile und weniger als Arbeit.

Die beiden 24 Stundenbetreuerinnen in diesem Fallbeispiel sind slowakischer Herkunft und ihre Deutschkenntnisse sind insbesondere bei einer der beiden in einem geringen Ausmaß vorhanden. Beide haben keinen Führerschein und der Haushalt ist relativ abgelegen und nur

mit einem PKW erreichbar. Daher bringt sich auch die Tochter der Pflegebedürftigen insbesondere organisatorisch in die Betreuung ein. Nach Angaben der Tochter umfassen diese organisatorischen Tätigkeiten (Einkaufen oder Gespräche mit dem Hausarzt) das Ausmaß von 20 Wochenstunden. Daher sind trotz 24 Stundenbetreuung der pflegebedürftigen Person längere Abwesenheiten seitens der Angehörigen nicht möglich. Dazu die Tochter:

"Wegfahren geht a net, i kann sie [die Pflegebedürftige und die jeweilige 24 Stundenbetreuerin] net 14 Tage mit Essen versorgen. Und sie [die 24 StundenbetreuerInnen] müssen einen Arzt anrufen können, wenn was is und so weiter. Also, wir wollen jetzt drei Tag' wegfahren und das ist echt ein Problem. Da muss ich immer schauen, dass ich noch eine Ansprechperson für die Pflegerinnen habe, die sie im Notfall anrufen können und die schnell vor Ort ist, usw." [A\_1]

So ist auch für die Tochter eine räumliche Distanzierung von der pflegebedürftigen Mutter nur nach einem entsprechenden Organisationsaufwand möglich. In diesem Fallbeispiel verdeutlichen sich die Anforderungen der Pflege und Betreuung einer hochaltrigen Person: sie dominieren den Tages- und Nachtablauf der pflegenden Personen. In diesem Fallbeispiel ist die pflegebedürftige Person motorisch eingeschränkt, ihre kognitiven Fähigkeiten sind jedoch nicht eingeschränkt. Der Betreuungs- und Pflegeaufwand verstärkt sich in der Regel massiv, wenn Demenzerkrankungen und körperliche Mobilität kombiniert auftreten. Mobile Alzheimer- und DemenzpatientInnen legen ein Verhalten an den Tag, das selbst- und fremd gefährdend sein kann, hier ist eine (punktuelle) Abwesenheit im noch geringeren Ausmaß möglich. Dazu eine pflegende Angehörige:

"Ich hab eigentlich nie die Angst gehabt, dass sie irgendwas macht [sich in Gefahr bringt], an das will ich ja gar nicht denken. Das will ich gar nicht denken, dass sie da irgendwas macht... also Zünder und so haben wir eh nicht, das haben wir alles schon lange weggeräumt, das gib'ts nicht. Was mir halt immer wieder Gedanken macht, das ist wenn sie die Sachen aus dem Kühlschrank ins Schlafzimmer trägt. Dort werden die dann irgendwo im Kasten hinten drinnen alt, und dann findest du das und da hab ich halt Bedenken, dass sie so was irgendwann mal isst. Oder wir kommen mal nach Hause und sie hat alles eingepackt in ihre Taschen: Hundefutter, Radio, Besteck, alles. Alles zusammengepackt und ich hab sie gefragt „Wo gehst du hin?“ sie geht heim, sagt sie. Und ich hab gesagt „du bist ja hier daheim.“ „Aha.“ Dann ist sie ins Badezimmer gegangen „Da soll ich daheim sein, da ist ja nicht einmal ein Bett“ sagt sie und ich: „Du stehst ja im Badezimmer“. Das waren so diese ersten massiven Anzeichen für mich: Aha, jetzt ist es aus." [A\_2]

Die Desorientiertheit von demenzkranken Personen kann nicht nur fremd- und/oder selbstgefährdende Verhaltensweisen bewirken, sie kann auch Aggressionen und Depressionen nach sich ziehen – insbesondere auch wenn die Betroffenen sich der Veränderungen ihres Gesundheitszustandes und des damit einhergehenden Kontrollverlustes temporär bewusst werden (Gatterer 2003).

Die Betreuung demenzkranker Personen zieht nicht nur einen hohen Grad an Fremdbestimmung des Tagesablaufes nach sich, sie erfordert vielmehr auch Qualifikationen und ein

fachliches Verständnis der Veränderungen im Zuge dieses Krankheitsbildes. So neigen unqualifizierte BetreuerInnen und insbesondere pflegende Angehörige (wegen der bereits bestehenden Verwandtschaftsbeziehung) dazu, die aggressiven Verhaltensweisen von Demenzkranken auf sich selbst zu beziehen und weniger dazu, sie mit dem Krankheitsbild zu erklären, wofür eine qualifizierte Betreuungs- oder Pflegekraft ausgebildet wäre. Dies kann innerfamiliäre Konflikte und Belastungen nach sich ziehen. Während die Literatur der Pflegewissenschaften davon ausgeht, dass der Demenz, sowie der medizinischen Behandlung dieser Krankheit ein Team von Fachleuten gegenüber gestellt werden sollte (exempl. Rainer/Krüger-Rainer 2003, 206), sind in Privathaushalten vorwiegend Laien damit konfrontiert. Insbesondere für pflegende Angehörige kann die permanente Konfrontation mit chronischen Verschlechterungen der motorischen und kognitiven Fähigkeiten von Personen, zu denen eine emotionale Bindung herrscht, sehr belastend sein. Aber auch unqualifizierte 24 StundenbetreuerInnen fühlen sich nicht ausreichend auf ihre Arbeit, die die Deckung elementarer Bedürfnisse von teilweise multimorbiden hochaltrigen Personen zum zentralen Inhalt hat, vorbereitet. Eine befragte 24 Stundenbetreuerin hat beispielsweise in der Slowakei Ökonomie studiert und noch nie im Pflege- und Betreuungsbereich gearbeitet. Um pflegebedürftige Personen in Österreich zu betreuen, hat sie einen dreimonatigen Rot-Kreuz-Kurs als einzige Qualifizierungsmaßnahme besucht. Sie beurteilt ihre Ausbildung wie folgt:

"Alles was... gehört zum Pflegen [habe ich gelernt] zum Pflegen und kranke Leute und ja, erste Hilfe und was alles läuft bei diese Arbeit, ein bisschen Psychologie, ein bisschen (...) alles diese Dinge. Meiner Meinung hat diese Ausbildung nicht ausgereicht. Es gibt verschiedene dieser Krankheiten und wir haben alles gelernt, aber nur sehr wenig. Es war zu kurz und jeder Mensch ist anders, wir mussten selbstverständlich auch alleine lernen bei diese Leute [sich die Inhalte "in der Praxis" selbst aneignen] aber das gehört (...) das hängt auf uns, ja? Wir müssten das längere Zeit lernen" [24h\_1]

In diesem Zusammenhang kommt es zu zwei zentralen Belastungsauslösern: einerseits die nicht vorhandene oder nicht ausreichende Qualifikation der Betreuenden und andererseits das Zusammenfallen von Arbeits- und Wohnort, wobei kaum Distanzierungsmöglichkeiten von der Arbeit gegeben sind. Während 24 Stundenbetreuerinnen Abgrenzung von der Betreuung pflegebedürftiger Personen zumindest in den zwei Wochen ihres Aufenthaltes in der Heimat finden, ist diese für pflegende Angehörige im gemeinsamen Haushalt nicht möglich. Jedoch wurde auch von Angehörigen Abgrenzungsstrategien genannt:

"Zum Glück haben wir unser Büro und da haben wir uns den letzten Raum hinten häuslich eingerichtet (*lacht*), das ist unser privates Wohnzimmer jetzt. Man ist schon sehr begrenzt, überall; man muss auch alles zusperren, oben im Obergeschoss, auch wegen ihr [der Pflegebedürftigen], weil sie hat den Computer ausgesteckt usw. [...] Ja, das ist, ich sag ja, man sucht den Abstand irgendwie und der Freundeskreis, das belebt halt wieder ein bisschen. Und dann sag ich mir halt, ich hab' mit dem Hausarzt auch geredet, eben wegen der ständigen Betreuung und dem immer da sein, das muss nicht sein, sie verhungert nicht" [A\_2]

Als räumliche Abgrenzungsstrategie von der Betreuung und der betreuungsbedürftigen Person werden Inseln im Privathaushalt geschaffen, zu welchen die pflegebedürftige Person keinen Zugang hat. Derartige Strategien der Abgrenzung sind insbesondere für pflegende Angehörige evident. Denn die elementaren Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und deren damit zusammenhängende Abhängigkeit können von diesen auch als Druckmittel zur permanenten Anwesenheit der Angehörigen eingesetzt werden. Ein Zitat einer pflegenden Angehörigen verdeutlicht diese Tendenz im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten, die innerfamiliäre Bewertung und Pflege durch das Pflegegeld zu bewerten:

"Weil das ist ja dann auch eine Angst von mir: Wenn sie dann krank ist und im Bett liegt, dann bin ich ja sowieso zugeplastert, nicht? Weil das hat sie ja früher schon gehabt, wenn sie krank war, da hat sie alles mobilisiert um sich, dass sie halt betreut und bedient wird. Und jetzt ist sie halt in [Pflegegeld] Stufe drei, und mir kommt aber nicht vor, dass das richtig bewertet ist. Das wird ja so berechnet, für Medikamente geben eine halbe Stunde, und Essen und so, aber es hängt ja das ganze Leben daran." [A\_2]

Hier zeigen sich die Anforderungen an eine „ganzheitliche“ Pflege und Betreuung in Privathaushalten ohne organisierte Arbeitsteilung: „Es hängt das ganze Leben daran“, wenn elementare Bedürfnisse von teilweise völlig desorientierten Personen den Ausgangspunkt der Arbeit bilden und (unqualifizierte) Pflegenden damit auf sich alleine gestellt sind. Diese hohe Verantwortung und starke Fremdbestimmung, die mit einer nicht-arbeitsteilig organisierten Pflege- und Betreuung einhergehen, kann zu Belastungen bis hin zum Burnout führen, vor allem auch deshalb, weil die innerfamiliäre Pflege und Betreuung im Privathaushalt verortet und öffentlich unsichtbar ist. Eine arbeitsteilige Organisation der Pflege- und Betreuungsarbeit würde die Situation erleichtern, indem die Verantwortung für die pflegebedürftige Person arbeitsteilig getragen und damit einhergehend Erholungsphasen möglich sind. Eine entsprechende Qualifizierung der hier tätigen Personen würde ihnen die Fähigkeit geben, die Verhaltensmuster im Zusammenhang mit Demenz adäquat zu deuten und die Belastungen zu reduzieren. In der qualifizierten Pflege und Betreuung finden sich sowohl eine arbeitsteilige Organisation, als auch klar definierte Qualifikationsprofile und Verantwortungsbereiche. Hier zeigt sich die Fremdbestimmung der Arbeit in einer anderen Weise.

### 1. 1. 2 Fremdbestimmung in der qualifizierten Pflege und Betreuung

In der stationären und mobilen Pflege ist die Arbeit ebenso fremdbestimmt, jedoch gestaltet sich diese Fremdbestimmung anders. Sie ist weniger von den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen bestimmt, sondern vielmehr von der Organisation, in die sie eingebettet ist. Sowohl in der mobilen als auch in der stationären Pflege und Betreuung erfolgt die Deckung der Grundbedürfnisse der Pflegebedürftigen im Rahmen eines straff organisierten Systems. Dies

zeigt sich insbesondere in der stationären Pflege und Betreuung, wo wenig Raum für eine einzelfallbezogene Pflege und Betreuung verbleibt. Die Fremdbestimmtheit der Pflegeetätigkeiten ist in der qualifizierten und arbeitsteiligen Pflege also weniger ausgelöst durch den Grad der Unfähigkeit zur Selbstpflege der einzelnen BewohnerInnen, sondern vielmehr durch deren Anzahl im Vergleich zu jener der Pflegekräfte. Dies zeigt sich beispielsweise in einem Pflegeheim des Landes Steiermark, in welchem 40 BewohnerInnen tagsüber von drei Pflegerinnen und nachts von einer Pflegerin betreut werden, wie folgt:

„Da haben wir einmal die [BewohnerInnen], die halbwegs mobil sind, die tust du einmal waschen und anziehen, in den Speisesaal setzen, [...] um halb 8 kommt dann das Frühstück, und inzwischen machen wir die Bettlägerigen. Naja... das Eingeben [füttern] bei ein paar, und ein paar, die sind nur mit der Sonde zu ernähren, da machen wir die. Dann ist's eh schon dreiviertel 9, dann haben wir eine viertel Stunde Pause und dann haben wir so einen Badeplan erstellt, damit jeder einmal [pro Woche] zum Baden dran kommt; und da fangen wir an, zwei [Pflegekräfte] gehen Baden, und einer läuft dann vor und geht dann schnell Obst und Joghurt austeilten, weil da kriegen sie wieder eine Jause und zum Trinken, und eingeben [füttern] wieder. Daneben haben wir die Betten [zu überziehen], da haben wir auch so einen Plan erstellt, wo wir die Betten desinfizieren und neu aufziehen, im Schnitt auch immer drei, damit wir durchkommen. Und daneben machst du noch schnell die Betten und daneben musst du die Bewohner einmal (...) weiß eh (...) Toilettentraining machen (...) wir sind ja zum Klogehen auch da. (...) und dann kommt eh um zwei schon wieder Kaffee, am Nachmittag dann ein bisschen Animation, weißt eh... damit sie wieder ein bisschen zum Denken angeregt werden und damit sie ein bisschen beschäftigt sind.... Und um 4, ein bissl nach 4 kommt das Abendessen, dann sind sie wieder alle zum Frischmachen und dann sind sie zum Niederlegen, dann gehen sie ins Bett. Inzwischen musst du aber die anderen, die Bettlägerigen, die musst du alle zwei Stunden lagern gehen und frisch machen.“ [FSA\_S]

In dieser Beschreibung eines Tagesablaufes im Pflegeheim zeigt sich, dass die Arbeit von qualifizierten Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit hinsichtlich der Deckung körperlicher Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf und Sauberkeit reduziert und standardisiert wird. Fachsozialbetreuerinnen sind jedoch – wie in Teil 1 des Kap. III gezeigt wurde – auf die kommunikativen und reaktivierenden Aspekte der Pflege und Betreuung spezialisiert. Durch ein straff organisiertes System in der stationären Pflege herrscht wenig Raum für die Anwendung der Fachkenntnisse in einer individuellen und reaktivierenden Pflege- und Betreuung. In der qualifizierten Pflege und Betreuung im Rahmen der Mobilen Dienste verhält es sich ähnlich, auch hier wird die Arbeit durch organisationsspezifische Vorgaben standardisiert. Im Rahmen punktueller Einsätze in Privathaushalten von Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit werden vorwiegend körperliche Bedürfnisse gedeckt:

„Ja, also mein erster Einsatz ist eine Dame, da fahre ich hin, die hat recht gestauchte Beine, ja und ich fahre hin und mache eine Hautpflege bei den Beinen zuerst, dann werden die Beine bandagiert und das ist mein erster Einsatz. Bin ich ca. 20 Minuten dort, dann kriegt sie ein Wasser zum Trinken, das richte ich ihr auch immer her, das Trinken ist ja bei uns immer sehr wichtig, ja und sie kriegt immer einen großen Krug, dann trinkt sie selber. Dann der zweite Einsatz war eine Dame, die ich zum Duschen gehabt habe, zum Duschen und Anziehen. Sie hat einen Schlaganfall gehabt und sie ist ein wenig gehbehindert. Ich helfe ihr beim Gehen ins Badezimmer, dann setze ich sie auf's Klo, und dann helfe ich ihr beim Duschen, vorne macht sie alles

selber, aber den Rücken und die Beine mache ich ihr dann, beim Abtrocknen ist das Gleiche und beim Anziehen helfe ich auch ein bisschen und dann geh ich mit ihr wieder gemeinsam ins Zimmer und sie setzt sich dann in den Rollstuhl. Und dann fahre ich wieder, es sind sicher 20 oder 25 Minuten [Anwesenheit bei dieser Frau], je nachdem, wie schnell sie ist. Dann habe ich zirka fünf bis sechs Minuten Fahrzeit und habe den nächsten Einsatz.“ [FSA\_M]

Diese Fokussierung auf die versorgungsspezifischen und körperbezogenen Aspekte in der qualifizierten Pflege und Betreuung lässt nicht nur wenig Raum für eine individuelle Pflege, sondern erweist sich ebenfalls im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen als unpraktikabel. Denn die Verhaltensweisen von Demenzerkrankten und die Anforderungen an deren Betreuung lassen sich in der Regel wenig standardisieren und führen zu erhöhten Zeitanforderungen, welche schwerlich mit der straff und standardisiert organisierten Pflege- und Betreuungsarbeit vereinbar sind:

„Dann habe ich ein bisschen einen längeren Einsatz gehabt, da war eine demente Dame, bei der ist wirklich alles zu machen, die wird auch geduscht. Beim Duschen ist es so, dass sie selber noch relativ viel machen kann, vor allem nur unter Anleitung, sonst vergisst sie oft schon alles, was sie machen soll. [...] Weil sie einfach, sie ist einfach, man muss sie wirklich immer an alles erinnern, wenn sie jetzt zum Beispiel ein Glas Wasser vor sich stehen hat, muss man sie immer wieder daran erinnern, dass sie das Glas in die Hand nimmt und trinkt – selber macht sie das nicht. Drum braucht sie einfach so lang, weil ich dort sein muss, bis sie dann ganz fertig ist. Zum Schluss ist noch die Prothesenpflege, das heißt, ich muss warten, ich muss sie aber auch dazu anleiten, wenn ich ihr nur das Zahnbürstlerl richte, und sage, sie soll ihre Zähne putzen, macht sie es nicht, weil sie es wieder vergisst, weil sie vergisst es, jetzt muss ich eben warten, bis sie fertig ist mit dem Frühstück und dann geh ich mit ihr gemeinsam in das Bad, und dann gebe ich ihr das Zahnbürstl in die Hand und sobald sie das Zahnbürstl und die Prothese in der Hand hat, dann funktioniert's, dann putzt sie, bis dorthin muss ich warten.“ [FSA\_M].

Das Personal in der mobilen und stationären Pflege und Betreuung wäre dafür qualifiziert, mit Demenzkranken umzugehen, sowie Kommunikationsleistungen in die Pflege und Betreuung zu integrieren. Diese Qualifikationen im Zusammenhang mit einer arbeitsteilig organisierten Pflege und Betreuung, die die Verantwortung der einzelnen Involvierten nicht nur reduziert, sondern auch klar definiert, würden die idealen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung bieten, in der die Arbeitsbedingungen adäquat wären. Durch die Reduktion und Standardisierung der qualifizierte Pflege und Betreuung auf ihre instrumentellen und versorgungsspezifischen Aspekte werden diese grundsätzlich idealen Voraussetzungen für eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung jedoch unterminiert. In einer derartig organisierten Bereitstellung von qualifizierter Pflege und Betreuung findet sich die implizite Annahme, dass die „Würde“ pflegebedürftiger hochaltriger Personen durch ihre Versorgung mit Nahrung und durch die Körperpflege gewahrt und wiederhergestellt wird. Die mangelnde Praktikabilität dieser Organisation zeigt sich vor allem am Beispiel der Betreuung von Demenzerkrankten, welche Störungen in der straffen Organisation qualifizierter Pflege- und Betreuungshandlungen verursachen können und mit einer höheren Zeitintensität einhergehen. Die folgenden Ausführungen verdeutlichen, dass eine reine Versorgungspflege die

Würde von hochaltrigen Personen kaum wahr, insbesondere weil zu dieser das Überschreiten von Scham und Peinlichkeitsschwellen gehört.

## *1. 2 Normalisierungsstrategien bei der Überschreitung von Scham- und Peinlichkeitsschwellen*

Ein vielfach vernachlässigter Aspekt der Bewertung von Pflege und Betreuungstätigkeiten ist die ihnen inhärente Überschreitung von Scham und Peinlichkeitsschwellen der Pflegebedürftigen in der Grundpflege. Durch die Arbeit mit Körperausscheidungen von Personen können auf Seiten der Betreuungskraft Ekelgefühle auftreten, diese müssen überwunden werden, denn die Grundpflege soll in einer Art und Weise erfolgen, die die Würde der PatientInnen wahrt. Die Vernachlässigung dieses Aspektes erklären Nelson und Adam mit dem sozialen Kontext westlicher Gesellschaften, nämlich einer Kultur, die die Schwäche von Körpern ebenfalls schambehaftet wahrnimmt (Adams/Nelson 2009).

Wird eine Person pflegebedürftig, so ist es in der Regel mit Herausforderungen verbunden, damit umzugehen, dass die eigenen Scham- und Peinlichkeitsschwellen im Zuge der (Unterstützung bei der) Körperpflege durch Angehörige oder fremde Personen dauerhaft (und nicht temporär wie im Akutbereich) überschritten werden. Wenn die kognitiven Fähigkeiten noch ausgeprägt sind und dieser Prozess bewusst wahrgenommen wird, so kann dies mit Belastungen verbunden sein. Diese verdeutlicht das Zitat einer befragten Pflegebedürftigen:

"Es ist ja nicht angenehm, wenn Sie unentwegt nackt herumliegen, vor ihr [der Pflegerin] nicht? Und wenn sie unten rum wäscht und solche Sachen (...) das ist wirklich nicht angenehm [...] Natürlich, man ist ja ausgeliefert, das muss man sich vergegenwärtigen, man gibt alles was man hatte, an Selbst (...) was weiß ich, an Selbstbestimmung hauptsächlich, das hat man abgegeben. Meine Tochter hat mir alles abgenommen, ich hab mich früher immer um alles gekümmert, meine Steuer und was halt war. Immer regieren, aber das ist jetzt vorbei, meine Tochter regiert und ich kann nur sagen: "Ja, bitte mach das!". Ich bin nicht mehr die Frau D., die ist wie ein kleines Kind geworden." [PB]

Das Zeigen des nackten Körpers berührt bereits Schamschwellen, jedoch sind Körperausscheidungen und –flüssigkeiten – mehr noch als Nacktheit – ein Tabuthema in unserer Gesellschaft. Verändert sich der Körper im Alter so, dass dieses Tabu aufgebrochen wird, werden Schamgrenzen berührt. In diesem Zusammenhang distanziert sich die befragte Pflegebedürftige von ihren eigenen Körperausscheidungen:

"Mir graust ja vor meinen eigenen Windeln [...] Aber ich denk mir immer, wenn ich so mein Häuferl mach, nicht wahr (...) denk ich mir immer, sie [die 24 Stundenbetreuerin] muss das jetzt raus tun und wegtragen (...) denk ich mir immer: ja was würde ich machen? Aber das macht ihr nix. Das wundert mich immer, dass sie da gar keine Aversion haben, die beiden [Betreuerinnen], die sagen, das ist ja alles menschlich. Ich erinnere mich an meinen - ich war ja noch im Arbeitsdienst als junges Mädchen und da hatte ich also den Job, die Klos zu putzen, jeden Tag. Da hab ich am Anfang immer gebrochen, aber zum Schluss habe ich dann gesungen, man gewöhnt sich ja daran. [...] Aber das ist für mich das schlimmste, wenn ich aufs Klo muss, nicht?"

Da kommt sie und hilft einem dabei und trägt das raus und lässt das verschwinden, ich meine in der Früh, wenn ich groß aufs Klo muss, dann sitz ich auf diesem Leibstuhl und sie nimmt das raus und trägt es weg und wäscht das alles sauber, ja wer macht denn das gerne?" [PB]

Diese Betonung des Ekels auch vor den eigenen Körperausscheidungen und das angegebene Mitleid mit der 24 Stundenbetreuerin hinsichtlich dieses Arbeitsaspektes mag eine Strategie des Umganges der Pflegebedürftigen mit ihrer eigenen Scham sein. Aufgrund der Tabuisierung von Körperausscheidungen ist der Aspekt der Inkontinenzversorgung auch jener Teil der Arbeit, den Pflegekräfte selbst tabuisieren. Dazu eine befragte Expertin, die Pflegekräfte ausbildet:

„Wenn sie [Pflegekräfte in der stationären Pflege] sagen, wenn sie heute Stuhlag hatten, die sagen „ich muss mich zu Hause so oft duschen, dass ich das Gefühl habe ich bin sauber, dass ich das nicht mehr rieche (...) wenn ich dann fort gehe und mich in einem Café oder in einem Tanzlokal treffe und sie fragen mich was ich heute gemacht habe, dann lüge ich, weil ich mich gar nicht traue zu sagen was habe ich heute den ganzen Tag gemacht“ [DGKS\_E]

Von einer professionellen und gleichzeitig auch mitfühlenden Krankenpflegeperson wird jedoch nicht nur erwartet, dass sie die Aufgaben in diesem Zusammenhang nur physisch durchführt und ihren Ekel überwindet, sie soll diese Arbeit in einer Form vollbringen, die die Würde der Pflegebedürftigen wahrt, denn das Zeigen von Ekel oder Ungeduld in der Grundpflege würde die Pflegebedürftigen erniedrigen. Die 24 Stundenbetreuerin der oben zitierten Pflegebedürftigen geht mit diesem Arbeitsaspekt so um, dass deren Würde gewahrt wird:

„Aber ich nehme das ganz anders [wahr] weil das ist Arbeit, ich weiß, dass jemand muss das machen, das ist normal. Das ist normal, wie wenn machen Sie das bei Kindern, das ist auch so, sie können da nicht so sagen: „ich will nicht“ oder „mir ist schlecht“ oder was, das ist ganz normal für Krankenschwester. Ich sag eh immer [zur Pflegebedürftigen]: Sie können das nicht nehmen [vergleichen], weil das ist meine Arbeit und ich arbeite das Ganze (...) normal. [von einem früheren Klienten erzählt sie:] Später hatte er Katheder, da musste ich nur tauschen, da gab ich in der Früh einen neuen Sack und habe umgetauscht, das genug. Aber es war schlimm vor dem Katheder, er hatte nur diese Urinflasche, dann oft war das Bett nass und ich musste das putzen. Aber ich habe gesagt, das war nicht schlimm. Ich musste am Nacht aufstehen, aber das war Krankheit, das war nicht so, dass jemand sagt: nur so [die Betreuerin schickaniert], das war Krankheit, der Mensch kann nichts dafür.“ [24h B1]

Sie wendet auf die Inkontinenzversorgung eine Art doppelter Normalisierungsstrategie an, die diese einerseits als Teil der Arbeit betont und andererseits in den Zusammenhang des „normalen“ Ausdrucks eines eingeschränkten Gesundheitszustandes hochaltriger Personen stellt. Weitere Normalisierungsstrategien bei der Körperpflege im Umgang mit schamhaften Pflegebedürftigen schildert eine befragte Fachsozialbetreuerin im stationären Bereich:

"Es gibt schon manche bei den Frauen, die sich schämen, aber dann lenkst du sie einfach ab mit dem Reden und wenn sie wirklich selbst nicht mehr fähig sind, dass sie sich im Genitalbereich pflegen, dann lenkst du sie halt ab mit reden. Dann sagst du: „Mei, ist ja eh kein Unterschied, haben wir ja beide das gleiche“ weißt eh, oder: „Sie brauchen sich ja nicht zu schämen“, oder irgendwas, weißt eh. Und bei den Männern ist es genau das gleiche, da redest du auch so: „Inzwischen mach ich's, und sobald du wieder kannst machst du das wieder!“ auch wenn er



nie wieder können wird. Das müssen wir so machen. Dann musst du das halt mit dem Reden irgendwie überbrücken. Und du musst auch, wie soll ich sagen, so ein bisschen den Intimbereich so schützen auch. Weil, erstens musst du ihn so pflegen, z.B. wenn du in einem Zweibettzimmer bist, dass kein anderer zuschaut, verstehst du? Nur du alleine und er. Und zweitens: Wenn du sie jetzt am Oberkörper wäscht, dann ziehst du sie aus und dann legst du inzwischen über den Unterkörper noch ein Handtuch drüber, dann mach ich oben fertig, und dann geh ich erst den Unterkörper an, so dass er nie ganz nackt da liegt." [FSA\_S]

Strategien, die Würde der Pflegebedürftigen Personen bei der Überschreitung von Scham-schwellen zu wahren, haben also einerseits einen kommunikativen Aspekt mit dem Ziel der Normalisierung dieser Handlungen und andererseits – insbesondere im qualifizierten Bereich – auch handlungsspezifische Aspekte: auf die größtmögliche Bedeckung des Körpers wird geachtet. Eine befragte Expertin, welche KrankenpflegerInnen ausbildet, stellt die Schamgefühle der derzeit pflegebedürftigen Generation auch in einen sozialen Kontext, der ihrer Meinung nach bei einer qualifizierten (Unterstützung bei der) Körperpflege eine Rolle spielen sollte:

„Wir bilden ja die Schülerinnen aus, dass sie wissen, dass auch alte Frauen missbraucht wurden von Besatzungsmitgliedern, das heißt aber nicht, dass alle vergewaltigt wurden wenn sie schreien bei der Intimtoilette. Das war mir immer wichtig den Schülern zu erzählen, dass nicht gleich alle die das machen vergewaltigt worden sind, da ist vielleicht etwas verschüttet, was wir nicht wissen. Oder weil sie so erzogen wurden in ihrer Scham und Nacktheit. Die haben ja gar keinen Bezug gehabt zur Sexualität, da sind ja die Kinder unter der Bettdecke gezeugt worden, die haben ihren Mann vielleicht gar nie nackt gesehen, oder bei sich einmal begutachtet wie sie ausschauen. Und das ist es auch, was ich ihnen [den SchülerInnen] früher mitgeben wollte, dass die Person die ausbildet schon so viel Wissen haben muss in allen diesen Belangen, eine Psychologin, fast Psychotherapeutin und Analytikerin sein muss.“ [DGKS\_E]

Kommt es im Zuge der Unterstützung bei der Körperpflege hochaltriger Personen generell zu einem Überschreiten von Scham-schwellen, so kann dieses in der derzeit pflegebedürftigen Generation, die durch die (Nach-) Kriegszeit geprägt ist, noch problematischer wirken. Ein qualifizierter Umgang mit Pflegebedürftigen erfordert auch in diesem Zusammenhang eine Sensibilität für die Geschichte der Pflegebedürftigen.

Gefragt nach dem Umgang mit eigenen Ekelgefühlen hinsichtlich der Körperrausscheidungen und –flüssigkeiten, wendet das befragte qualifizierte Pflege- und Betreuungspersonal ebenfalls Normalisierungsstrategien an: Es wird einerseits auf die Gewohnheit an diesen Aspekt der Arbeit hingewiesen, der Ekelgefühle minimiert. Andererseits wird auch hier der Arbeitsaspekt dieser Tätigkeiten im Sinne einer Normalisierungsstrategie betont. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Ausscheidungen von hochaltrigen Pflegebedürftigen immer wieder mit jenen von Kindern verglichen werden, letztlich auch um die Normalität dieser Arbeit zu betonen. Dazu eine befragte Fachsozialbetreuerin mit Schwerpunkt Altenarbeit:

"Von vornherein muss man das schon irgendwo - ja, muss einem das liegen, denn sonst wird man den Beruf ja gar nicht ergreifen. Aber dann mit der Zeit wird das einfach Routine und man denkt da gar nicht mehr daran. Sicher, wenn jemand bricht oder so, dann ist es für mich nicht so angenehm, aber ich denke mir: das kann bei den Kindern genauso passieren,

dann muss man es halt wegwischen, muss man halt dann schauen, dass wieder alles sauber wird. Aber es ist nicht viel anders wie bei den Kindern." [FSA\_M]

Es wird hier nicht explizit von eigenen Kindern gesprochen, wohl aber implizit darauf verwiesen. Die Inkontinenzversorgung von Kleinkindern scheint also in gewisser Weise weniger tabuisiert und daher „normaler“ zu sein als jene von Pflegebedürftigen.

Die Annahme, dass eine Mutter, die die Inkontinenzversorgung ihrer eigenen Kinder bewältigt hat, auch hochaltrige bzw. pflegebedürftige Personen dabei unterstützen könne, erweist sich jedoch als problematisch. Dies zeigt sich am Beispiel der unqualifizierten Pflege: Ungelernte 24 StundenbetreuerInnen oder auch Angehörige können beispielsweise nicht notwendig eine Inkontinenzversorgung pflegebedürftiger Personen in einer Art und Weise vornehmen, die die Würde dieser wahrt. Auch dann nicht, wenn sie „Mütter“ sind. Die befragte Pflegebedürftige verfügt über diesbezügliche Erfahrungen mit einer Laienbetreuerin:

"Wir hatten ja auch zuerst Rumäninnen: Unmöglich. Die hat überhaupt nix können, einmal hab ich ins Bett gemacht, da ist sie am Bettende gestanden und hat gesagt: „Katastroph“... (*lacht*) ja und wie fühl' ich mich denn da? Das ist überhaupt nicht witzig."

Im Bereich der qualifizierten Pflege im mobilen Dienst, wobei die kommunikativen Fähigkeiten und fachlichen Kompetenzen im Umgang mit der Überschreitung von Scham- und Peinlichkeitsschwellen grundsätzlich gegeben sind, kann es zu Ekelschwellen kommen, die mit der Arbeit in Privathaushalten und mangelnder Körperpflege der KlientInnen zu tun haben und auf die die Kräfte in der Regel nicht vorbereitet sind. Dazu eine Fachsozialbetreuerin im mobilen Bereich:

"Das [Ekel] ist oft schon, wenn sich manche (...) manches Mal denkst du schon, der gehört jetzt mal in die Badewanne oder so, aber da muss man dann schauen, kleine Schritte und irgendwann schafft man es vielleicht doch, dass man sie in die Badewanne auch bekommt." [FSA\_M]

In der stationären Pflege wiederum kann es in umgekehrter Form zu einer Überschreitung der Scham-, und Körpergrenzen der Pflegekräfte kommen, die durch das Verhalten der BewohnerInnen ausgelöst wird. So wurde davon berichtet, dass Heimbewohner Betreuerinnen sexuell belästigen, auch indem sie diese mit ihrer Sexualität konfrontieren. Dazu die befragte Fachsozialbetreuerin:

"So sexuell haben wir auch noch einen drinnen (*seufzt*), der ist über die 80, noch mobil, Pflegestufe 2 und der betreut auch ein paar Frauen. Da gehst du in der Nacht ins Zimmer und dann steht der drin und kniet meistens bei ihr (*lacht*). Ja natürlich und sonst sitzt er am Sessel und sie kniet dabei, solche Überraschungen kriegst du da (*lacht*) Sexualität normal (*lacht*). Oder da haben wir einen Bewohner gehabt, der hat sich immer selbst befriedigt, der war schon 97 oder so, der sitzt draußen im Sommer, musst dir denken, der reißt alles runter [die Kleidung], da gehen die Angehörigen vorbei, Spaziergänger, andere Bewohner, da kannst du ihn dann wieder holen gehen und ihn woanders hinsetzen." [FSA\_S]

Eine einvernehmliche Sexualität der HeimbewohnerInnen wird von den BetreuerInnen akzeptiert, im Falle einer Belästigung wird interveniert. Wenn die BetreuerInnen selbst von sexueller Belästigung durch Heimbewohner betroffen sind, wird diese jedoch mit Humor genommen: Ein verbales Auftreten gegen diese Belästigungen nützt nach Angaben der befragten Fachsozialbetreuerin wenig, insbesondere weil die Pflegebedürftigen aufgrund einer Demenzerkrankung diesem kognitiv nicht zugänglich sind. Dazu die Befragte:

"Ja sicher! (*lacht*) musst du das mit einem Humor nehmen, weil du kannst ja nicht (...) weil wenn du dich da angegriffen fühlst, oder irgendwas, du kannst dann zu dem Menschen ja gar nicht mehr hingehen und du musst ja als Pfleger da musst du immer wieder hingehen, du musst." [FSA\_S]

Humor und das Nicht-Ernstnehmen werden also als Distanzierungsstrategien angewendet. Diese Ausführungen zeigen die Bedeutung von kommunikativen Aspekten der Grundpflege im Zusammenhang mit dem Überschreiten von Scham- und Peinlichkeitsschwellen. Die Grundpflege muss also in einer Form vollzogen werden, die die Würde der pflegebedürftigen Personen wahrt, was Qualifikationen erfordert. Die Qualifikationen und die soziale Kompetenz in diesem Zusammenhang werden in der Bewertung dieser Arbeit negiert. Die Grundpflege hat einen vergleichsweise niedrigen Status innerhalb der Pflegetätigkeiten und wird daher oftmals an unqualifiziertes Personal delegiert oder durch die Technologie ersetzt (Adams/Nelson 2009, 17f.).

Wie gezeigt wurde, wird die Grundpflege hochaltriger pflegebedürftiger Personen oftmals mit jener von Kindern durch Mütter verglichen, weswegen davon ausgegangen wird, dass sie keine Qualifikationen erfordert und von LaienbetreuerInnen durchgeführt werden kann. Jedoch ist eine Grundpflege, die die Würde der Pflegebedürftigen wahrt, essentiell für eine qualitative Pflege und Betreuung. Ferner kann die Unterstützung von Pflegebedürftigen bei der Körperpflege wichtige Kenntnisse über deren Zustand vermitteln, die für die Betreuung relevant sein können. Diese Ermittlung erfordert jedoch nicht nur Empathie, sondern vielmehr auch Fachkenntnis. So sei eine effektive und qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung nur dann möglich, wenn sie Fachkenntnis und einzelfallbezogene „Ganzheitlichkeit“ vereint.

### *1.3 Sterbebegleitung und Tod*

Zur Pflege und Betreuung hochaltriger Personen gehört auch die Konfrontation mit dem Tod, was insbesondere für pflegende Angehörige belastend sein kann. Im Bereich der qualifizierten Pflege und Betreuungsleistungen zeigt die Befragung zum Umgang mit dem Tod Unterschiede zwischen mobiler und stationärer Pflege. Das Personal im Bereich der mobilen Dienste gibt eher Belastungen im Zusammenhang mit dem Tod von KlientInnen an als das

Personal im Bereich der stationären Pflege oder in der 24 Stundenbetreuung. Dies mag daran liegen, dass das Personal der stationären Pflege und der 24 Stundenbetreuung längerfristig bei den Pflegebedürftigen anwesend sind, was einen Tod voraussehbar machen kann. Eine befragte Fachsozialbetreuerin im stationären Bereich zu den Anzeichen eines sich ankündigenden Todes:

"Das merkst du schon ein paar Tage vorher, wenn es [der Zustand] immer schlechter wird, das merkst du. Das übergeben sie dir eh schon bei der Dienstübergabe, dass höchstwahrscheinlich was sein wird. [...] Wenn es dann soweit ist, das merkst du, ich weiß auch nicht, das spürst du, weil du kennst den Menschen. Und man muss sagen, in so einem Altersheim, die sind da ja lange drinnen und du hast den Bezug aufgebaut und du merkst das dann, du spürst er ist anders oder z.B. die Vitalwerte sind nicht mehr so, weißt eh, es wird schon immer weniger Blutdruck und so und der Puls ist ganz langsam und nieder; Bei den Augen merkt man das, die werden so verschleiert, so als wär' ein Schleier drüber. Dann merkst du das auch beim Gesicht, wie soll ich sagen, dass wird so eingefallen, so fahl. Bei den Finger- und bei den Zehennägeln merkst du das auch, die verfärben sich so blau" [FSA\_S]

In der stationären Pflege ist der Tod in der Regel zwar voraussehbar, was für das hier tätige Personal weniger belastend sein kann als eine überraschende Konfrontation mit dem Tod von KlientInnen etwa im mobilen Bereich. Gleichzeitig erfordert diese längerfristige Form der Pflege und Betreuung auch öfter eine Sterbebegleitung. Dazu die Befragte:

„Vor kurzem hatte ich einen Bewohner, der war auch am Sterben, bei dem hab ich die halbe Nacht verbracht, weil der ist so schwer gestorben, der hat einfach gekämpft, verstehst du? Der hat nicht aufgeben wollen, der wollte nicht einschlafen. Und du musst dann daneben sitzen, wir tun ja viel mit den Ölen arbeiten, damit schmierst du ihn immer ein und redest mit ihm und schmierst und dann ist er eingeschlafen, wenn du Glück hast sitzt du eh daneben. Andere wehren sich gegen den Tod, die werden unruhig, total unruhig und schnaufen ganz hektisch. Reden können sie nicht mehr, aber sie hören alles, da sitzt du daneben und dann redest du. [Interviewerin: worüber reden Sie?] Meistens tu ich beten, meistens bete ich, weil es sind wirklich viele, die total religiös sind und dann betest du, sitzt daneben und cremst sie ein, die Schläfen, die Hände, die Füße, die Hand halten, zeigen dass er nicht alleine ist und halt beten. Dass sie einschlafen. Und dann musst du sie waschen, machst sie sauber, ziehst ihnen was an, legst sie ganz schön her, weißt eh, mit einem Rosenkranz, und dann tust du das Zimmer mit Kerzen und Kreuz [dekorieren] und dann rufst du die Angehörigen an. Und meistens, wenn sie in der Nähe sind kommen sie in der Nacht noch, die Angehörigen." [FSA\_S]

Nach dem Tod kommt es in diesem Pflegeheim zu einem Abschiedsritual für die anderen BewohnerInnen. Dieses Ritual umfasst ebenfalls religiöse Elemente, um die entsprechenden Assoziationen insbesondere bei den Demenzkranken hervorzuheben. Dieses Ritual ist nach Angaben der Befragten für die BewohnerInnen besonders wichtig. Für die PflegerInnen selbst ist der Austausch mit KollegInnen über die Verstorbenen wichtig, dieser wirkt für sie entlastend und hilft ihnen in der Verarbeitung des Todesfalls.

Für 24 StundenbetreuerInnen markiert der Tod in der Regel auch das Ende eines (existenzsichernden) Erwerbsarbeitsverhältnisses, was von diesen als problematisch erlebt werden kann.

In der mobilen Pflege und Betreuung erfolgt der Umgang mit dem Tod anders. Die punktuellen – wenn auch regelmäßigen – Einsätze der Mobilen Dienste können zum Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen führen (siehe Punkt 3).

Dennoch erlauben die punktuellen Einsätze im mehreren Privathaushalten Abgrenzungen, die so in allen anderen Formen der Langzeitpflege und –betreuung nicht gegeben sind. Dieses Spezifikum der Arbeit im mobilen Bereich führt dazu, dass eine plötzliche Notwendigkeit zur Sterbebegleitung eines/r Klienten/in (etwa bei einem „normalen“ Einsatz) als herausfordernd erlebt werden kann. Eine befragte Diplomkrankenschwester im mobilen Bereich könnte sich beispielsweise keine Sterbebegleitung im Rahmen ihres Berufes vorstellen:

„Also wenn ich ehrlich bin, ich bin jetzt 12 Jahre in der Hauskrankenpflege schon im Beruf jetzt tätig. Ich hab zwar Sterbende gehabt, aber es ist noch keiner neben mir verstorben, der den letzten Atemzug neben mir gemacht hat, das hab' ich noch nicht gehabt und dann weiß ich auch nicht wie's mir dann geht, wie es dann ist, das weiß ich nicht. Direkt diese Sterbebegleitung, direkt jemanden begleiten, diese Sterbephase in den Tod, das ist wieder so was, das was ich vielleicht nicht könnte. Wenn der jetzt im Sterben liegt, kann ich ihn schon pflegen und waschen, weil ich dann eh wieder abschalte wenn ich gehe. Aber direkt bis zum letzten Atemzug pflegen und da neben sein, weiß ich nicht, ob ich das könnt'. Das weiß ich nicht. Beim Sterben meiner Schwiegermutter wäre ich gerne dabeigewesen und hätte sie bis zum Schluss begleitet. Bei einem Angehörigen ist das anders, als wenn du jetzt eine fremde Person unter Anführungszeichen betreust.“ [DGKS\_M]

In diesem Zitat der Diplomkrankenschwester zeigt sich die Relevanz der Distanzierung der Pflegekräfte im Sinne eines „Abschaltens“ von problematischen Erfahrungen in der Berufspraxis. So wäre die Pflege eines sterbenden Menschen weniger herausfordernd als seine Begleitung in den Tod, denn diese wäre für sie nicht so einfach mit einem „Abschalten“ in Verbindung zu bringen. Nach einem besonders herausfordernden Erlebnis im Zusammenhang mit ihrer Arbeit befragt, schildern alle interviewten Kräfte im mobilen Bereich Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Tod. So etwa die befragte Fachsozialbetreuerin:

"Ja, ich hab' einen Herrn lange Zeit betreut und den hab ich dann einmal eines Tages in der Früh halt auch tot in der Wohnung gefunden. Das war sicher eines von den schlimmeren Erlebnissen, aber gehört auch dazu irgendwo, aber momentan, wennst dort hinkommst und weißt nicht gleich, was zu tun, das ist vielleicht nicht so schön. Aber gehört eben auch dazu. Da muss man halt auch durch." [FSA\_M]

Der fragmentierte Umgang mit den Pflegebedürftigen im Rahmen punktueller Einsätze kann zu einer plötzlichen Konfrontation mit dem Tod führen, was als herausfordernder erlebt wird, als ein Tod, der sich beispielsweise in der stationären Pflege durch die regelmäßige Konfrontation mit den Pflegebedürftigen abzeichnet bzw. ankündigt.

Unabhängig von den Beschäftigungsgruppen im Pflege- und Betreuungsbereich stellt jedoch die Konfrontation mit dem Tod ein herausforderndes Erlebnis dar. Der Umgang mit dem Tod kann nicht zuletzt deshalb kein routinierter Teil der Arbeitsabläufe (auch nicht in der stationären

ren Pflege) werden, weil die Sterbebegleitung individuell und personenbezogen erfolgt. Entlastend in diesem Zusammenhang wirken Gespräche mit KollegInnen. Essentiell an der Entlastung der Pflegekräfte im Umgang mit dem Tod bzw. in der Sterbebegleitung ist zudem deren Qualifikation und Ausbildung. Dadurch können sie Veränderungen im Zustand der KlientInnen entsprechend deuten und den Krankheitsverlauf interpretieren.

## **2 Erwerbsarbeit in Privathaushalten**

Unter Berücksichtigung soziologischer Ansätze zur Arbeit in Privathaushalten wurde in Kap. I auch auf besondere Herausforderungen in der Delegation der Hausarbeit eingegangen. In diesem Zusammenhang wurde gezeigt, dass sich die Intimität, mit welcher Privathaushalte aufgeladen sind, problematisch auf die Arbeitsbedingungen in fremden Privathaushalten auswirken kann. Denn Hausarbeit ist Arbeit mit den intimsten Dingen des Menschen und erwerbsmäßige Hausarbeit ist Arbeit mit den intimsten Dingen fremder Menschen. Menschen versuchen es in der Regel, ihre Privat- und Intimsphäre vor den Blicken und Zugriffen anderer zu schützen, speziell dann, wenn ihre Gestaltung nicht den gesellschaftlichen Erwartungen entspricht (Kaufmann 1998, 123ff.).

Aufgrund der Scham, die mit dem potenziellen Eindringen fremder Personen in eine Intimsphäre, die nicht den Sauberkeits- und Ordnungsstandards entspricht, entsteht, fällt es gerade jenen Personen besonders schwer Hilfe anzunehmen, die mit der Hausarbeit an sich überfordert sind. Die Offenbarung und die Realisierung der eigenen Überforderung mit der Hausarbeit erzeugt Scham und Peinlichkeitsgefühle (Kaufmann ebd., 119).

Mobile Pflege- und Betreuungsarbeiten finden in Privathaushalten statt. Bei den KonsumentInnen dieser Dienstleistungen handelt es sich nicht um autonome AkteurInnen, die sich eigeninitiativ Unterstützung bei der Hausarbeit suchen, sondern um betreuungs- und pflegebedürftige Menschen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes dazu gezwungen sind. Oftmals sind es nicht sie selbst, die die Mobilen Dienste nachfragen, sondern deren Angehörige. Dies kann dazu führen, dass das Eindringen des Personals in den Privathaushalt nicht akzeptiert wird. Dazu eine befragte Heimhilfe:

„Es kommt immer drauf an, wie es zu dieser Betreuung kommt, sag' ich jetzt einmal: Wird das von außen organisiert von Angehörigen, die sagen, du brauchst jetzt jemanden, du kannst nicht mehr allein oder dass jemand selbst die Initiative ergreift, das macht sicher auch einen Unterschied. In diesem [ersteren] Fall werden wir eher mit Vorbehalt akzeptiert. Manche sehen's vielleicht ein, ok, geht nicht mehr, aber dass wer fremdes zu mir heimkommt, das will ich dann auch nicht. Das macht sicher einen Unterschied. Dann sind sie einfach ein bisschen reservierter oder sagen: „Sie können gleich wieder gehen, ich mach das alles alleine! [...] Oder einmal eine Dame. Hat sie gesagt, wenn ich jetzt nicht sofort geh', dann hetzt sie den Hund auf mich und solche Sachen.“ [HH\_M]

Eine befragte Fachsozialbetreuerin:

„Aber es ist halt auch für die Leute oft schwer, das zu akzeptieren, ich brauche jetzt eine Hilfe, aber es kommt jetzt jemand und der kommt jetzt auch in meinen Privatraum, und da ist jetzt jemand, und das ist halt oft schon sehr schwierig, weil wir doch eben in die Wohnungen direkt kommen und das ist für viele nicht leicht zu akzeptieren. Und vor allem dann, wenn es die, wenn die Angehörigen das eingefädelt haben oder organisiert haben oder oft über das Krankenhaus geht. Bis sie das dann akzeptieren, dass sie Hilfe brauchen, und das annehmen, dauert's halt oft. Manche sind gleich froh, wenn jemand kommt, aber es gibt eben auch solche Fälle. Und da muss man dann immer, ja, froh sein, wenn man halt ein kleines Stückchen weiter geschafft hat. Ja, aber es geht dann und wenn es wirklich nicht geht, dann, ja dann, ist es auch, ich meine, es gibt auch Fälle, wo man momentan die Betreuung abbrechen muss, wenn es überhaupt keinen Sinn hat, weil sie nie etwas zulassen.“ [FSA\_M]

Die Überzeugung der KlientInnen von der Notwendigkeit der mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen wird nach Angaben der Befragten als herausfordernd erlebt. Diese Verweigerung des Zugangs zum Privathaushalt durch die KlientInnen ist durch das Nicht-Eingestehen des Bedarfes an den Dienstleistungen ausgelöst. Eine andere Form der Verweigerung des Zutritts zum Privathaushalt durch die KlientInnen ist – im Sinne Kaufmanns Ausführungen – durch Schamgefühle hinsichtlich des Zustandes des Haushaltes ausgelöst, nicht durch die Negierung des Betreuungsbedarfes. So berichtet eine befragte diplomierte Krankenpflegerin im mobilen Bereich von einem Klienten:

„Der [Klient] hat sein Zimmerl und da schläft er drinnen und er hat niemanden ins Haus hineingelassen, aber er wollte eine Unterstützung von der Hauskrankenpflege, weil er einen Defekt am Zeh gehabt hat [...] ich meine ich war zwei, dreimal dort und wenn du hingekommen bist ist er immer schon draußen [vor dem Haus] gesessen, hat schon alles gerichtet gehabt: „und das [den Zeh verbinden] machen wir jetzt so“, nicht? Und dann habe ich eben den Verbandswechsel auf der Straße gemacht, weil die Wohnung eine Messie-Wohnung war, die war von unten – das war ein Reihenhauses – von unten bis oben war das vollgestellt mit Möbelstücken, mit Schachteln, du hast dich nicht einmal umdrehen können, drinnen. Ich hab diesen Verbandswechsel an den Zehen auf der Straße gemacht, im Hinterhof. Was dann halt war, dass die Nachbarn sich dann natürlich halt aufgeregt haben, wie wir hingekommen sind, aufgrund dessen, dass er eben seine Wohnung dann so (...) vermüllt gehabt hat. Die Exfrau war dann dort, hat das dann gesehen, oder was, er ist dann glaub ich zwangsdelogiert worden, keine Ahnung.“ [DGKS\_M]

Wie in Kap. I dargelegt wurde, distanzieren sich autonome Subjekte von der delegierten Hausarbeit, indem sie wünschen, dass diese in ihrer Abwesenheit erledigt wird. Sind die KlientInnen jedoch pflege- und betreuungsbedürftig, wird also neben der Hausarbeit auch explizit personenbezogene Pflege- und Betreuungsarbeit nachgefragt, so ist die Anwendung dieser Strategie nicht möglich. Jedoch werden auch hier Distanzierungsstrategien von den Pflege- und Betreuungsbedürftigen angewendet. Die Mischung aus Vertrautheit und beruflicher Distanz in der Arbeit in fremden Privathaushalten kann nämlich irritierend wirken, weswegen sich die Beziehungen zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen oftmals als schwierig gestalten (Kaufmann 1999, 155).

Der Umgang mit der Anwesenheit von Fremden im Privathaushalt scheint zwei Handlungsoptionen zuzulassen: Integrieren oder Ignorieren (Thiessen 2004, 199). Beide Strategien erweisen sich jedoch als problematisch für den Status der Erwerbsarbeit in privaten Haushalten. Eine befragte 24 Stundenbetreuerin schildert diesbezügliche Distanzierungsstrategien ihrer Auftraggeber im Privathaushalt:

„Wissen Sie, wenn ich komme irgendwo hin [in einen Privathaushalt] und ich will dort arbeiten, ich arbeite mit Leute welche sind Kranke und ich komme da [hin] und ich will helfen, aber diese Menschen machen wie mit Bedienstmädchen [behandeln mich wie ein Dienstmädchen] (...) immer sie (...) ich durfte nicht mit ihnen essen und habe in der Küche gewartet. Für mich ist zum Beispiel – aber das ist für alle Frauen [24 Stundenbetreuerinnen] – dass wir sind so weit von unsere Familie. Aber es geht, es geht, wenn Familie ist gute, wenn wir verstehen sich, dann alles geht (...) ganz gut. [...] Ich kann nicht leben mit Leuten, die so kalt sind“ [24h B1]

Diese auch räumlichen Distanzierungsstrategien der Auftraggeber erweisen sich vor dem Hintergrund der Arbeit in einem ausländischen Privathaushalt für die Betreuerin als besonders herausfordernd, denn sie verlässt ihre Familie, um arbeiten zu können. Die Betreuerin führt als Grund für diese Distanzierungsstrategien der Auftraggeber auch deren sozioökonomischen Status und deren adelige Wurzeln an, wobei der Status der Betreuerin noch weiter abgewertet wurde:

„Nein, ich muss sagen, nein (...) das war sehr schwierig, wissen Sie ich war in hohe Familie und ich war nur (...) niemand, ich war Ausländerin. Ich habe (...) ich hatte viel Arbeit, das war große Villa und ich musste alles aufräumen und oben, unten. Ich hatte ein schlechtes Gefühl und dann geht es sehr schwer. Er [der Pflegebedürftige] war immer so offiziell, schrecklich offiziell mit mir, nicht persönlich. Manchmal habe ich geweint (...) manchmal, aber (...) Manchmal habe ich mir auch gedacht: Trottel. [...] Zuerst habe ich immer etwas erwartet, dass etwas anders wird (...) irgendwas. Aber dann hab ich so gelassen, ich habe gesagt, ich arbeite, das ist meine Arbeit, sie waren kalt, dann war ich kalt.“ [24h B1]

In der Begleitung einer Heimhilfe im Rahmen der Mobilen Dienste zeigte sich, dass einige KlientInnen die Arbeit der Heimhilfe in ihrem Privathaushalt auf eine humorvolle Art und Weise abwerten, indem die Heimhilfe etwa als Dienstmädchen bezeichnet wird. Diese Distanzierung vom Betreuungsbedarf erfolgt in anderer Weise als sie sich im dargestellten Fall der 24 Stundenbetreuung findet: der humoristische Charakter dieser „Abwertung“ der Heimhilfe war in der Interaktion präsent und sowohl den KlientInnen als auch der Heimhilfe klar.

In den Ausführungen zum Umgang mit Scham- und Peinlichkeitsschwellen wurde bereits angedeutet, dass Pflege- und Betreuungskräfte, die in unterschiedlichen Privathaushalten agieren, auch mit unterschiedlichen Sauberkeitsstandards konfrontiert werden, die stärkere Ekelgefühle auslösen können als körperbezogene Elemente der Arbeit, wie beispielsweise die Inkontinenzversorgung. Dazu eine Befragte:

„Und es ist halt bei uns auch so, wir müssen halt auch in Wohnungen, die halt nicht so sauber sind. Da muss man halt auch einmal arbeiten, da muss man halt, ja, mit Handschuhen alles



machen, aber ich denke mir, es sind auch Menschen und die brauchen auch eine Betreuung und oft sind das wirklich ganz liebe Leute, aber sie sind halt gewohnt – wohnen schon 30 Jahre in diesem Chaos und ich denke mir, ja, wenn es ihnen gut geht dabei, dann muss man es akzeptieren. Aber, das ist halt oft schwer, nicht, es zu akzeptieren, dass der halt so lebt. Aber, wenn es halt so passt und nicht unbedingt welche Tiere herum krabbeln.“ [FSA\_M]

Die Konfrontation mit derartigen Privathaushalten und Wohnumgebungen können also nicht nur Ekelgefühle auslösen, sondern auch Mitleid. Mitleid wird aber insbesondere durch die Konfrontation mit Armut in fremden Privathaushalten ausgelöst::

„Wir haben ja so viel Praktikum machen müssen und da hab ich auch ein Monat beim roten Kreuz mobil pflegen müssen. Da lernst du Menschen kennen, in was für armen Verhältnissen die leben, das wissen wir ja gar nicht. Da bin ich einmal hingekommen zu so einem Haushalt, da waren zwei alte Leut’ drinnen, ein ganz ein altes kleines Häuschen, in der Küche noch zum [Holz] Heizen, kein Warmwasser. Da hast müssen das Wasser auf einem Kocher auf der Herdplatte warm machen, dann waschen [Körperpflege] Nachher haben sie mir was zum Trinken angeboten, die haben nicht einmal Gläser oder ein Häferl gehabt, die haben, du weißt schon, wie man die Leberknödelsuppe kriegt so in [Konserven-] Dosen, das waren ihre Trinkbecher.“ [FSA\_S]

Dieses Erfahren von Armut kann für mobile Pflege- und Betreuungskräfte sehr belastend sein, insbesondere weil sie durch das entstehende Mitgefühl diesen Personen gerne helfen möchten, es aber nicht können. Dazu eine befragte Fachsozialbetreuerin im mobilen Dienst:

„Einfach, dass man sagt, ja, wenn einem jemand total leid tut oder wenn die Wohnverhältnisse jetzt, gerade in unserem Bezirk ist halt oft, einmal sind die Wohnverhältnisse mal nicht so und man denkt sich selber: um Gottes Willen, wie können die da wohnen. Aber man darf sich da – glaube ich – nicht zu viel hinein steigern, sondern sagen ja, man kann das Beste daraus machen, man kann es anbieten, was zu verbessern, aber die leben schon wahrscheinlich jetzt 30 Jahre oder so in diesen Verhältnissen, das passt für sie und die sagen das auch. Dann muss man sich damit abfinden und sagen, okay, es ist so, aber ich habe es versucht, irgendetwas zu ändern und es geht aber einfach nicht, sie wollen das nicht und man muss das auch akzeptieren, auch wenn es für einen selber schwer fällt und wenn einem die leidtun irgend wo, aber man muss halt so gut, es ist halt so. Man darf das nicht wirklich mit heim nehmen, weil sonst, glaube ich, bist du schnell mal am Ende mit den Kräften. Aber das ist nicht so leicht, das ist halt oft nicht so leicht, das sollte man oder muss man eben wirklich von vorne herein gleich einmal lernen. Das ist halt schon ein Lernprozess.“ [FSA\_M]

Die Erwerbsarbeit in fremden Privathaushalten kann sich also als problematisch erweisen, weil diese Territorien mit Intimität verknüpft sind. Im Vergleich zur Hausarbeit als Dienstleistung in Privathaushalten, die von autonomen AkteurInnen nachgefragt wird, zeigen sich im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in diesen Territorien zusätzliche Herausforderungen für das Personal, die im Wesentlichen mit der eingeschränkten Autonomie der KlientInnen verknüpft sind. Diese können mit einer Negierung des Bedarfes an Dienstleistungen seitens der KlientInnen einhergehen oder – ausgelöst durch die eingeschränkte Autonomie der KlientInnen – das Mitleid der Betreuungskräfte erregen. Im besonderen Fall der live-in 24 Stundenbetreuung können Distanzierungsstrategien der KlientInnen von ihrem

Betreuungsbedarf bzw. von den Kräften, die diesen Bedarf decken, auch auf Statusunterschieden und einem Machtgefälle aufbauen.

Neben der Arbeit in Privathaushalten als zentrales Spezifikum der Pflege- und Betreuungsarbeit wird im Folgenden auf kommunikative und instrumentelle Aspekte dieser Dienstleistungstätigkeit eingegangen, die speziell in der Langzeit- bzw. Altenpflege eine besondere Rolle spielen.

### **3 Kommunikative und instrumentelle Aspekte der Pflege und Betreuung**

Duale Konzepte der Langzeitpflege und –betreuung gehen von zwei Komponenten einer effektiven Pflege aus, einerseits vom kommunikativen Aspekt und andererseits von einem verrichtungsspezifischen Aspekt. Während der kommunikative Aspekt dieser Arbeit eine fürsorgliche Motivation zu deren Übernahme voraussetzt und gleichzeitig reflektiert, ist dies beim instrumentellen Aspekt nicht der Fall (exempl. Folbre und Weisskopf 1998, Nelson 1998 Tronto 1993).

Aufgrund deren Koppelung an Motivationen wird die kommunikative Dimension der Pflege und Betreuung als nicht vermarktbar gedeutet, während die instrumentellen Dienste kommodifizierbar seien. Gleichzeitig gilt jedoch der kommunikative Part der Pflege als entscheidend für die Qualität des instrumentellen Parts (Jochimsen 2003, 49).

Unter Berücksichtigung der Organisation der qualifizierten Pflege- und Betreuungsleistungen scheint auch hier die Annahme einer Nicht-Vermarktbarkeit der kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung vorhanden zu sein – aus Kostengründen werden diese weitgehend auf deren instrumentellen und versorgungsspezifischen Aspekte reduziert und standardisiert. Im Folgenden wird auf die Konsequenzen dieser Reduktion von Pflege und Betreuung eingegangen. Gleichzeitig wird auf einer konzeptuellen Ebene insbesondere mit Blick auf die qualifizierte Pflege und Betreuung die Frage gestellt, inwieweit die für die innerfamiliäre Pflege und Betreuung konzipierten kommunikativen Aspekte dieser Arbeit tatsächlich nicht kommodifizierbar seien.

Die Folgen der Reduktion der Pflege auf ihre versorgungsspezifischen Aspekte zeigen sich insbesondere in der stationären Pflege. Der Personalbedarf in Pflegeheimen errechnet sich aus der Pflegegeldeinstufung der BewohnerInnen<sup>27</sup>. Wie bereits thematisiert wurde, ist die Pflegegeldeinstufung vorwiegend körper- und verrichtungszentriert, bettlägerige Personen werden am höchsten eingestuft. Dementsprechend erhalten Pflegeheime umso mehr Personal, umso mehr Bettlägerige BewohnerInnen vorhanden sind.

---

<sup>27</sup> [http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10484005\\_2890483/62575dc3/Leistungs-%20und%20Entgeltverordnung\\_Anlage1.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10484005_2890483/62575dc3/Leistungs-%20und%20Entgeltverordnung_Anlage1.pdf), Zugriff am 7. 2. 2011.

Dazu eine befragte Fachsozialbetreuerin im stationären Bereich:

„Ja, das einzige was halt ist bei den Heimen, das ist halt der Personalstand, das ist unterbesetzt. Wenn du schaust so wie bei uns, drei Leute bei 40 Bewohnern und da haben wir schon Pflegestufen 7. Wobei die Pflegestufe 7 noch leichter zu pflegen ist, als jemand der z.B. Alzheimer hat, oder aggressiv ist, da brauchst du noch mehr Zeit. Und das ist das Problem.“  
[FSA\_S]

Auch eine qualifizierte Pflegekraft im mobilen Bereich betont die Herausforderung der Betreuung von demenzkranken Personen im Vergleich zu Bettlägerigen:

„Wenn man wirklich jemand zu betreuen hat, der bettlägerig ist und der wirklich immer zum Transferieren ist, ist es körperlich schon schwer. Wenn man – wie ich halt – sehr viele demente Leute hat, ist es eher geistig anstrengend, wenn sie vom Körperlichen her nicht so, weil sie ja selber noch relativ viel machen, aber es ist halt, wenn man ständig reden muss und sich ständig etwas einfallen lassen muss, dann ist das oft anstrengend.“ [FSA\_M]

Im Leistungskatalog für Pflegeheime des Landes Steiermark sind Betreuungsmaßnahmen, die der Immobilität der BewohnerInnen vorbeugen, gesetzlich vorgesehen. Gleichzeitig bietet die Pflegegeldorganisation und der darauf aufbauende Personalschlüssel wenig Anreize hierzu. Zudem erweist sich gerade der Betreuungsaufwand von mobilen Dementen vor dem Hintergrund von Personalengpässen als problematisch. Die befragte Pflegekraft im stationären Bereich bringt Beispiele:

„Sowie bei den psychisch Kranken, die wir haben, die haben wir genauso. Da haben wir jetzt auch wieder eine Bewohnerin gekriegt, die ist paranoid, wie soll ich sagen, die ist so aggressiv, die schmeißt alles zusammen, die schmeißt alles runter, sie kratzt, sie beißt, sie schlägt halt alles. Jetzt muss eine Pflegeperson immer bei ihr sein, damit sie nichts anstellt, du kannst sie ja nicht alleine lassen. Dann haben wir viele, die dement sind, die immer davonlaufen, da musst du immer schauen, dass dir da keine davon geht. Dann haben wir einen der immer von in der Früh von 8 bis in der Nacht schreit dass er aufs Klo muss und der schreit aber so laut, weißt eh: „Schwester ich muss aufs Klo!“ und das geht von acht bis in die Nacht und du kannst ihn auch nicht beschäftigen, er lässt sich nicht beschäftigen, gar nichts.“ [FSA\_S]

In der Zuteilung des Personalschlüssels werden die Herausforderungen und Belastungen im Zusammenhang mit der Betreuung mobiler demenz- und/oder psychisch kranker Personen nicht adäquat berücksichtigt. Da das Personal im Pflegeheim die Pflegebedürftigen und deren (durch psychische Erkrankungen oder Demenz ausgelösten) Verhaltensweisen bereits kennen, entwickeln sie individuelle Strategien im Umgang damit, um ihre Arbeit zu erleichtern. Diese Strategien und auch die (psychischen Erkrankungen der) Pflegebedürftigen sind besuchenden Angehörigen jedoch nicht bekannt. So können diese in Pflegeheimen – insbesondere wenn es ihnen an Einblicken in die Arbeitsverhältnisse dort fehlt – Pflegemängel identifizieren, was sie zur Anzeige bewegt. Dazu die Befragte:

„Dann haben wir eine Bewohnerin, die legt sich einfach (...) die geht raus aus dem Zimmer und schreit dann „Auu, auh“, den ganzen Tag und legt sich auf den Boden, egal wo sie ist, die legt sich einfach nieder. Und wir [Pflegekräfte] sind das gewohnt, weil sie steht dann wieder selbst

auf und geht wieder ins Zimmer. Und die Angehörigen, die glauben, wir lassen sie draußen liegen. Oder beim anderen, der immer schreit, da glauben die Angehörigen, wir gehen mit ihm nicht aufs Klo. Da kommt es zu so Schwierigkeiten, wo sie sich beim Land beschwert haben und das ist das Schlimme, ja. Sie sagen uns ja schon bei der Ausbildung: du arbeitest mit einem Fuß im Gefängnis, das sagen sie uns immer wieder.“ [FSA\_S]

Beim Amt der Steiermärkischen Landesregierung wurde eine PatientInnen- und Pflegevertretung eingerichtet, die die Rechte und Interessen u. a. der BewohnerInnen von Pflegeheimen wahren und sichern soll. Laut deren Jahresbericht 2009 werden nur 9,7 Prozent der Anliegen von den PflegeheimbewohnerInnen selbst eingebracht, der Großteil von Angehörigen (PPO Jahresbericht 2009, 3)<sup>28</sup>. Ohne Pflege- und Betreuungsmängel generell auf Personalengpässe zurückführen zu wollen, muss jedoch erwähnt werden, dass viele davon durch eine Personalaufstockung vermeidbar wären. Insbesondere um auch kommunikative Pflegeleistungen im verstärkterem Ausmaß anbieten zu können.

Zweifache Konzepte von Pflege und Betreuung, die mit Blick auf ihre innerfamiliäre Form entwickelt wurden, weisen auf die mangelnde Vermarktbarkeit des kommunikativen Aspektes der Pflege und Betreuung hin, weil dieser eine intrinsische Motivation zur Übernahme der Arbeit voraussetze. Nicht nur die Literatur der Pflegewissenschaften zeigt, dass kommunikative Aspekte der Arbeit ebenso professionalisierbar wie vermarktbar sind (exempl. Gatterer 2003), auch die Ergebnisse der Befragung zeigen am Beispiel der verberuflichten Pflege- und Betreuungsarbeit, dass deren kommunikative Aspekte nicht notwendigerweise eine intrinsische Motivation voraussetzen und reflektieren. Vielmehr ist der kommunikative Aspekt der Pflege und Betreuung oftmals die Voraussetzung dafür, den instrumentellen Teil überhaupt durchführen zu können. So schildert die befragte Fachsozialbetreuerin in der stationären Pflege ihre Strategien, aggressive Demenzkranke zu beruhigen, die die instrumentellen Aspekte der Pflege verweigern:

„Eigentlich fange ich auch immer von früher an, aus der Zeit [in der die Pflegebedürftigen jung waren] ich weiß ja viel über die Bewohner, von der Biographie, was sie erlebt haben, oder wo sie waren, oder ob sie beim Bauern gearbeitet haben, oder sonst was und das weiß ich eigentlich von jedem Bewohner, und dann fang ich einfach von früher an. und dann wenn sie's drin haben, im Kopf [diese frühere Zeit], wenn ich ihnen was sag dann fangen sie an [sich pflegen zu lassen]“ [FSA\_S]

Etwas konkreter schildert diese Interviewpartnerin:

„Z. B. er lässt sich nicht pflegen und er ist aggressiv und will einfach nicht und sträubt sich, dann sag ich einfach: „Jetzt muss ma uns anziehen“, oder: „jetzt muss ma schnell pflegen, weil jetzt muss ma dann hinaus gehen, die Kühe melken“ (lacht) und dann schlagen sie wieder um... oder bei den Frauen das in den Garten raus gehen, der Garten ist zum Machen oder die Wäsche ist zum zusammenlegen, Wäsche waschen oder irgendwas. Ich gebe ihnen da Gefühl, dass sie noch gebraucht werden und wenn sie noch ein bisschen mit den Händen können, dann lege ich die Wäsche, die ich [im Nachtdienst] wasche so auf den Tisch und dann lass ich

<sup>28</sup>[http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10064862\\_2710918/f7f8b13d/TB2009Endversion120510.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10064862_2710918/f7f8b13d/TB2009Endversion120510.pdf), Zugriff am 7. 2. 2011.

die Frauen sie zusammenlegen und es ist egal, wie es aussieht, ob sie jetzt schön zusammengelegt ist oder nicht, das ist egal.“ [FSA\_S]

Durch diese kommunikativen Aspekte einer qualifizierten Pflege und Betreuung wird den Pflegebedürftigen suggeriert, dass sie gebraucht werden. Dies erfolgt durch das Eingehen auf Phasen ihrer Biografie, in denen sie arbeiteten und in welchen die Verrichtung der (Körper-)Pflege der Arbeit zeitlich vorgelagert war. Die kommunikativen Aspekte in der qualifizierten Pflege und Betreuung sind nicht notwendig Ausdruck einer intrinsischen Motivation zu dieser Arbeit, sondern – benannt als Biografiearbeit – Ergebnisse der Pflegeforschung (exempl. Gatterer 2003). Als solche sind sie auch vermarktbar. Die Ergebnisse der Befragung zeigen jedoch, dass die kommunikativen Aspekte und die Zeit, die im Pflegealltag dafür bleibt, essentiell für die Berufszufriedenheit der Pflegekräfte und damit für deren Motivation, in diesem Beruf zu verweilen, sind. Wird die qualifizierte Pflege und Betreuung auf ihre instrumentellen Aspekte reduziert, so kann dies zu Burnout führen und in diesem Zusammenhang – vergleichbar mit einer self-fulfilling prophecy – dazu führen, dass die Kräfte nur mehr instrumentell pflegen. Die Konsequenzen dieser Entwicklung schildert die befragte Fachsozialbetreuerin im Einzelfall wie folgt:

„Die sind kalt (...) wie Eis. [Interviewerin: wie kann man sich das vorstellen?] Z.B. du pflegst einen Menschen, der hat Krebs und du gibst ihm schon die höchsten Medikamente und er hat trotzdem Schmerzen und z. B. du pflegst den Menschen und er sagt „au!“ oder irgendwas, oder verzieht sein Gesicht, wird starr, weißt eh, vor lauter weh [Schmerzen] und dich berührt das nicht. Da wird die Pflege gemacht und Ende, weißt, ohne Gefühl, weil wenn du zugreifst und du siehst im Gesicht, der hat Schmerzen, da greifst du schon ganz anders zu [Interviewerin: wie greift man zu? Wie macht man's richtig?] Zärtlich angreifen, mit Gefühl, verstehst du? Beim Wenden, beim Drehen, überall, beim Anziehen, weil du genau weißt, der Mensch ist voller Schmerzen. Und bei diesen [kalten] Pflegepersonen, die drehen, wenden, ganz egal, so auf die Art wie wenn das einfach eine Puppe wäre“ [FSA\_S]

Die bestehende Literatur geht davon aus, dass im Falle einer intrinsischen Motivation zur Pflege und Betreuung durch den kommunikativen Aspekt ein Mehrwert entsteht, der durch den instrumentellen Part allein nicht entstehen kann. Dieser Mehrwert wird als qualitativ hochwertige Pflege gedeutet, die den Pflegebedürftigen das Gefühl gibt, umsorgt zu sein (Jochimsen 2003).

Die Ergebnisse der Befragung weisen am Beispiel der verberuflichten Pflege darauf hin, dass dieser Mehrwert weniger einer intrinsischen Motivation zur Pflege erwächst, sondern vielmehr aus einer ausgewogenen Kombination der kommunikativen und der instrumentellen Dimension der Pflege. Dieser Mehrwert lässt sich als das Entstehen einer Pflegebeziehung deuten, die mit Vertrauen aufseiten der Pflegebedürftigen einhergeht, die Pflege- und Betreuungsmaßnahmen für die Pflegekräfte erleichtert und ihnen Erfolgserlebnisse vermittelt. Dieser Mehrwert ist essentiell, um die Berufszufriedenheit des Personals und damit deren Motivation, diesen Beruf auszuführen, zu erhalten. Studien zur stationären Pflege und

Betreuung zeigen auch für Österreich, dass sich Pflegekräfte über mangelnde Möglichkeiten mit PatientInnen und Pflegebedürftigen zu kommunizieren und eine Beziehung zu diesen aufzubauen, beklagen (Esclamada 2009)

Unter Berücksichtigung einer qualifizierten und verberuflichten Pflege und Betreuung zeigt sich also der teilbare und auch vermarktbarer Charakter des kommunikativen Aspektes der Pflege und Betreuung. Werden jedoch – wie in der derzeitigen Organisation der qualifizierten Pflege und Betreuung – vorwiegend die körperlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den Blick genommen, werden die besonderen Kommunikationsbedürfnisse pflegebedürftiger und hochaltriger Personen vernachlässigt. Diese entstehen mit den chronischen Veränderungen im Gesundheitszustand durch das Alter, sowie – insbesondere im Falle der stationären Betreuung – mit einer wahrgenommenen Einsamkeit und Isolation aufgrund der (subjektiv empfundenen) Abkehr der Angehörigen. Körperbezogene Tätigkeiten, wie Füttern und Waschen reichen nicht aus, um die Bedürfnisse dieser Personen zu decken. Dazu eine Fachsozialbetreuerin in der stationären Pflege:

„Ich meine die [HeimbewohnerInnen] sind oft so aufgebracht, da sind ja viele dabei, die ja auch die Höfe verloren haben. Die [die Höfe] übergeben haben an die Kinder und die dann ins Altersheim gehen haben müssen, die sind halt schon, die sind schlecht drauf. [...] Da setz ich mich hin und dann reden wir halt ein bisschen über das wie's früher war. Dann erkläre ich halt dass heute die Zeit anders ist, und dass es jedem einmal so gehen wird, dass er einmal ins Altersheim muss, dass man das nicht verlangen kann daheim, dass dich jemand pflegt. Und dann sag ich, wie erkläre ich das immer z.B. alles was du besitzt ist dir eh nur geliehen worden, du kannst ja nichts mit nehmen, du hast das nur alles geliehen gekriegt, hast mit dem leben dürfen, und den Rest darfst du nicht mitnehmen und das verstehen sie dann eh wieder, dass sie nichts mitnehmen können.“ [FSA\_S]

Die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung sind also aus verschiedenen Gründen essentiell für deren Qualität: Sie bilden oftmals die Voraussetzung für die instrumentellen Aspekte der Pflege, weil die Zugänglichkeit von Pflegebedürftigen für diese Dienstleistungen oftmals erst über Prozesse des Vertrauensaufbaues erreicht werden kann. Die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung erhöhen die Berufszufriedenheit des Personals und deren Verweildauer in diesem Berufsfeld.

Die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung sind jedoch nicht notwendig Ausdruck einer intrinsischen Motivation zur Pflege und Betreuung und reflektieren sie diese auch nicht unbedingt, wie Ansätze der feministischen Ökonomie am Beispiel der innerfamiliären Pflege und Betreuung annehmen. Wohl aber sind sie relevant für den Aufbau einer Pflegebeziehung, die auch für die verberuflichte und qualifizierte Pflege und Betreuung als Dienstleistung unerlässlich ist.

## 4 Die Pflegebeziehung

In der Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie wurden von den Befragten ausschließlich extrinsische Motivationen zur Übernahme der innerfamiliären, laienhaften oder qualifizierten Pflege und Betreuung angegeben. Alle Befragten, die erwerbsmäßig pflegen und betreuen, gaben an, sich für diesen Beruf aufgrund der sicheren Arbeitsmarktlage entschieden zu haben. Die beiden befragten pflegenden Angehörigen gaben an, die Pflege und Betreuung nur übernommen zu haben, weil keine anderen Angehörigen zur Verfügung standen. Gleichzeitig wurde im Rahmen der Befragung die Bedeutung einer Pflegebeziehung für die Qualität der Pflege identifiziert. Es ist anzunehmen, dass auch extrinsische Motivationen zur Übernahme dieser Arbeit dazu führen können, dass eine Pflegebeziehung entsteht – insbesondere in einer verberuflichten und qualifizierten Pflege und Betreuung. In der innerfamiliären Pflege und Betreuung ist eine Beziehung schon durch die Verwandtschaft vorgegeben. Bestehende sozialwissenschaftliche Ansätze zur Bedeutung einer Pflegebeziehung fokussieren auf die innerfamiliäre Pflege. Im Rahmen einer verberuflichten und qualifizierten Pflege entsteht eine Pflegebeziehung durch Kommunikationsleistungen. Im Folgenden wird näher auf diese Kommunikationsleistungen und auf die Rolle von Beziehungsarbeit für die Qualität der Pflege und Betreuung eingegangen.

Das im mobilen Bereich tätige Pflege- und Betreuungspersonal gibt an, dass der Aufbau einer Beziehung zu den KlientInnen in dieser Form der Pflege eher möglich sei als in der stationären. Denn die – selbst punktuellen – Einsätze finden in den Privathaushalten der betreuungsbedürftigen Personen statt, was zumindest für die Einsatzzeiten eine 1:1 Betreuung möglich macht. Durch die Einsätze in Privathaushalten kann ferner das persönliche Umfeld der jeweiligen KlientInnen in die Betreuung konzeptionell mit einbezogen werden. Die Langzeitpflege alter Menschen verweist begrifflich bereits auf längerfristige personenbezogene Dienstleistungen. Im Zitat einer Heimhilfe im mobilen Bereich zeigt sich die Bedeutung der Langfristigkeit, die diese Dienstleistungen ausdrückt und die bereits in die Planung einer qualifizierten Dienstleistung in diesem Bereich einbezogen werden muss:

„Eine Friseurin, sag' ich jetzt einmal, die bietet die Dienstleistung für den Moment an und wir, wo wir mit Menschen arbeiten, müssen bei allem, was wir tun, auf die Person selber eingehen und das auch längerfristig überlegen und planen – bei allen Tätigkeiten. Weil, wenn ich anfang', jemanden seinen Haushalt, sag' ich jetzt einmal, abzunehmen – da gehört jetzt alles für mich dazu, wie kochen, einkaufen – alles abzunehmen, dann wird er es irgendwann nicht mehr selber können. Nicht nur, weil er bequemer wird und wartet, dass jemand kommt, er kann es einfach nicht mehr. Weil der ältere Körper einfach, wenn er nicht in Bewegung bleibt – wer rastet, der rostet und das ist der Unterschied. [...] Es wird oft nicht gesehen, dass da viel mehr dazu gehört, dass man zuerst schon versucht, wenn es halt geht und wenn die Möglichkeit da ist, dass jemand, so lang er das machen kann, solange der Körper mittut, dass er das selber machen kann.“ [HH\_M]

Eine so konzipierte qualitativ hochwertige Dienstleistung im Langzeitpflegebereich zielt also auf den längst möglichen Erhalt der Selbständigkeit der KlientInnen ab. Dies erfordert die Mitarbeit der KlientInnen, was die Bedeutung des Aufbaus einer Beziehung zu diesen zeigt. Insbesondere, wenn KlientInnen eine Betreuung und damit auch die Mitarbeit ablehnen – was im Bereich der Langzeitpflege, wie bereits gezeigt wurde, durchaus der Fall ist – kann das „Kennen“ dieser Person zur Anwendung der adäquaten Strategien führen. Ein Beispiel der Heimhilfe:

„Oder wenn zum Beispiel vorgesehen ist, dass man jemanden beim Einkauf begleitet und ich weiß, die hat diese [Diabetes] Erkrankung und greift zur Schokolade – das ist natürlich nicht so gut und dann kommt es auch drauf an, sag' ich einmal, wie lang man jemanden kennt. Da weiß man schon, beim einen muss man da jetzt ein bisserl strenger, sag' ich mal, auftreten oder beim anderen geht's a bisserl mit Schmä, dass sie doch zu was anderem greift.“ [HH\_M]

Für eine langfristig orientierte Pflege und Betreuung ist also das „Kennen“ der KlientInnen essentiell, nicht zuletzt auch im Hinblick auf Überlegungen zur Zeitersparnis: Die Handlung des Einkaufes von Lebensmitteln kann schneller (in diesem Sinne auch effizienter) erfolgen, wenn die Heimhilfe die jeweilige Klientin kennt und daher die für diesen Fall richtigen Strategien in Interaktionen anwendet. Eine längerfristige Beziehung zu den KlientInnen zeigt der jeweiligen Pflegekraft auch die Zustandsveränderungen der Pflege- und Betreuungsbedürftigen adäquater. Verbessert sich der Zustand, beispielsweise durch eine reaktivierende Pflege, kann das Personal den (eigenen) Arbeitserfolg im Sinne eines Fortschrittes wahrnehmen. Während sich der Arbeitsfortschritt beispielsweise im Produktionsbereich in Stückzahlen adäquat ausdrücken kann, ist die Möglichkeit der Wahrnehmung eigener Arbeitserfolge im Reproduktionsbereich – wozu die Pflege gehört – nicht vergleichbar gegeben. Dazu eine befragte Fachsozialbetreuerin:

„Man baut irgendwo auch ein bisserl ein Vertrauen darauf auf und sie sind dann halt immer froh, wenn immer der Gleiche kommt oder die Gleiche kommt. Das ist oft schwierig, wenn dann ein ständiger Wechsel ist. Manches Mal ist es nicht möglich, aber wenn es geht, schaut man schon, dass immer die Gleiche hin kommt, dass man wirklich etwas aufbauen kann und dann den Fortschritt selber sieht. [...] Ja, zum Beispiel, wenn jemand jetzt am Anfang recht ablehnend [hinsichtlich der Körperpflege] ist und man schafft es zum Beispiel dann, dass sich der ein Fußbad machen lässt, ist man zum Beispiel schon wieder einen Schritt weiter, oder wenn man dann ein Fußbad gemacht hat, lässt er sich schon den Rücken waschen oder schafft man schon, dass man den einmal in der Woche zum Beispiel zum Duschbad überreden kann, und so einfach so kleine Schritte weiter, das ist schon recht, ja das ist schon sehr motivierend für einen selber. Oder wenn man die Selbstständigkeit einfach nur recht gut erhalten kann. Das wären so Sachen, die wieder, die einfach motivieren und jetzt hat man wieder ein Stück weiter geschafft.“ [FSA\_M]

Speziell im mobilen Bereich wird das Personal jedoch gleichzeitig immer wieder mit vereinsamen, alleinstehenden Personen konfrontiert, für die sie oftmals die einzige Kontaktperson am Tag sind. Unterstützung in der Bewältigung von Einsamkeit ist ein Teil der Pflege- und



Betreuungsarbeit für alte Menschen. Gerade hier ist der Aufbau einer Beziehung auch für die Pflegebedürftigen relevant. Der Aufbau einer Beziehung zu den KlientInnen bzw. Pflegebedürftigen ist nicht nur aus fachlicher Sicht bedeutsam, sondern vielmehr auch ein positiver Aspekt der Arbeit, wie die Befragten betonen. Eine Heimhilfe zu den positiven Aspekten ihres Berufes:

„Der Umgang mit Menschen, auch der Umgang mit alten Menschen – die haben oft ganz, ganz viel zu erzählen, das ist sehr spannend. Kindheitsg'schichten, Jugendjahren oder vom Krieg, viele, die erzählen so ihre persönlichen Erfahrungen oder überhaupt persönliche Erlebnisse, die sie weitergeben. Zum Beispiel beim Kochen spricht man, da werden wir uns nicht anschweigen (lacht), natürlich unterhalten man sich da. [...] Es ist einfach der Austausch, wenn so ältere Damen, die lang Hausfrauen waren zum Beispiel, einem total viel Wissen weitergeben können, so alte Hausmittel. Einfach total spannend, gell? “ [HH\_M]

Die Heimhilfe unterstützt weitestgehend selbständige Personen bei der Lebensführung. Wenn hier eine Beziehung besteht, kann die Betreuungskraft davon ebenfalls profitieren, wie in diesem Fall durch zusätzliches Wissen und die Betreuungsbedürftige kann von dessen Weitergabe profitieren. Eine derartige Beziehung, in der auch persönliche Informationen ausgetauscht werden können, entsteht jedoch nur im Rahmen einer Betreuung, die die aktive Mitarbeit der Klientin zum Ziel hat. Ist der vorgegebene Zeitrahmen für diese Dienstleistung auf ihren instrumentellen Teil (Abwasch oder Kochen) beengt, führt die Heimhilfe den Abwasch für die Klientin selbst effizient durch. Eine persönliche Beziehung zur Klientin als Voraussetzung für deren Mitarbeit zur Förderung bzw. zum Erhalt ihrer Selbständigkeit entsteht schwerlich. Die Bedeutung des Aufbaues einer Pflegebeziehung zeigt sich nicht nur in der Betreuung weitestgehend selbständiger Personen, sondern auch in der Pflege von Pflegebedürftigen. Dazu eine Fachsozialbetreuerin:

„Wenn sie dich sonst nicht kennen, an der Stimme erkennen sie dich. Weil oft kommst du vom Urlaub zurück und so [mit den Augen] kennen sie keine Person, aber aufgrund der Stimme sagen sie dann: „Ah, du auch wieder da“, das kennen sie. Und du kriegst ja viel Dank zurück auch: Oft legen sie sich zu dir und weinen oder oft in der Nacht, wenn du dich zu ihnen setzt, weil einer nicht schlafen kann, dann legen sie sich zu dir und schlafen ein. Du kriegst ja viel zurück auch. Das kann dir ein anderer Mensch oft gar nicht geben, was dir so ein Mensch geben kann an Dankbarkeit, nur weil du ein bisschen auf ihn schaut. Oder ein bisschen lieb bist zu ihm, oder irgendwas das merkst du schon, da sind sie schon total zugänglich. Oder wenn du einen aggressiven hast und du beruhigst den, verstehst du, das ist auch für dich ein gutes Gefühl, da denkst du dir „Schau, das hab ich auch geschafft“ wenn der so aggressiv ist und sich dann beruhigt hat, das ist für ihn auch wieder super, ist auch schön.“ [FSA\_S]

Das Zeigen von Dankbarkeit von Seiten der Pflegebedürftigen erhöht die Motivation der Pflegekräfte, auch im Sinne einer Anerkennung ihrer Arbeit. Nach positiven Aspekten der Altenpflegearbeit gefragt, erwähnen beinahe alle Befragten die Dankbarkeit der KlientInnen. Dieses „Zurückgeben“ in Form von Dankbarkeit und sichtbarem Erfolg kann jedoch nur neben einer monetären Abgeltung dieser Tätigkeiten stehen und nicht etwa als Ersatz hierfür die-

nen. Eine Beziehung zu den Pflegebedürftigen Personen ist jedoch – wie auch bei anderen personenbezogenen Dienstleistungen – nur innerhalb gewisser Grenzen möglich und sie muss im Arbeitsleben verortet bleiben. Dazu eine Heimhilfe:

„Aber ich muss schon ganz ehrlich sagen, privat tu ich das nicht [die KlientInnen betreuen]. Aber, dass man einfach am Vormittag zwischendurch einmal anruft und sagt, ich weiß, der hat in der Früh geweint wie ich dort war – dass man einfach nachtelefoniert: Geht's wohl gut? Ich mein', wenn man mit Menschen zusammenarbeitet, dann ist schon eine Beziehung da. [...] Man kann lernen, sich abzugrenzen, sag' ich einmal. Und es hat auch nicht jeder das gleiche persönliche Engagement – das bestimmt nicht. Und das ist sicher auch kein Beruf, wo man sagt: „Man geht da raus um 16 Uhr und es ist vorbei.“ Es gibt gewisse Schicksale, bestimmte Schicksale, die einen dann besonders berühren. Und man arbeitet zwar mit allen Menschen oder, sag' ich jetzt einmal, versucht gleich gut zusammenzuarbeiten, aber einer wächst einem mehr ans Herz als ein anderer“ [HH\_M]

Speziell im Zuge der Pflege und Betreuung auftretende Gefühle des Mitleids und ein damit einhergehendes intensives Engagement für die Pflegebedürftigen (auch in der Freizeit) wirken gefährlich für die Lage der Betreuerinnen. Dazu eine Krankenpflegerin im mobilen Bereich:

„Ich bin sicher bei meinen Patienten sehr beliebt als Schwester und weil sie sich auf mich verlassen können, weil ich dann noch viele Sachen mach, und dort anrufe, und das noch erledige, auch Probleme bespreche mit ihnen. Aber trotzdem musst du das abschalten können, wenn ich jetzt rausgehe da um drei: Jetzt gehe ich in meinen privaten Haushalt und ich kann nicht alles mit heim nehmen, das geht nicht“ [DGKS\_M]

Dieses „Abschalten“ beim Verlassen der KlientInnen obliegt der betroffenen Pflegerin selbst, es kann nach Meinung der Befragten nicht erlernt werden. Diese Fähigkeit zur Distanzierung von den Pflege- und Betreuungsbedürftigen ist als Voraussetzung für diesen Beruf weitestgehend unsichtbar, vielmehr wird Mitleid und altruistische Fürsorge aufgewertet. Diese Distanzierungsfähigkeit ist jedoch eine zentrale Voraussetzung, diesen Beruf ausüben zu können, insbesondere auch als Burn-Out-Prävention. In diesem Zusammenhang werden von den Befragten insbesondere die Vorteile der Mobilen Dienste betont, die aufgrund der punktuellen Einsätze den Aufbau einer Beziehung über die Pflege hinaus erschweren. Das Personal der mobilen Dienste wurde danach gefragt, ob es – bei gleichbleibenden Arbeitszeiten, gleichbleibender Verantwortung und Entlohnung – lieber eine einzelne Person betreuen würde. Alle drei Befragten gaben an, die „Abwechslung“, die im Rahmen der täglich verschiedenen Einsätze möglich ist, zu bevorzugen. Dazu eine Fachsozialbetreuerin:

„Ja, das abwechslungsreiche [der tägliche Einsatz bei mehreren KlientInnen] macht mir mehr Spaß und also ich möchte auch nicht mit einer [mobilen Betreuerin] am Land wechseln, weil draußen ist es ja so, dass man weniger Betreuungen hat, aber dafür eben längere Fahrzeiten. Mir taugt das einfach da in Graz, wo man einfach mehr Leute betreut und halt in zwischen kurze Fahrzeiten hat. Mir taugt das einfach, bei einigen Leuten etwas heraus zu holen, ein bisschen abwechslungsreicher, als wenn du nur zwei oder drei Leute betreust.“ [FSA\_M]

In der Beantwortung dieser fiktiven Frage wird zuerst das Abwechslungsreiche der Arbeit im Mobilbereich betont. Erst im Zuge der Reflexion wird die Abgrenzungsmöglichkeit von der pflege- und betreuungsbedürftigen Person durch die mobilen Einsätze als positiv beurteilt. Dazu ein Zitat:

„Und wenn man jetzt nur drei hätte oder zum Beispiel eben von sieben bis dreizehn, vierzehn Uhr die gleiche Person betreut, dann entsteht ja eine Beziehung. Ich glaube, dann ist es mir schon wieder fast wieder zu viel. Weil ich, ja, denke mir, dann wird es wahrscheinlich schon ein bisschen zu privat, könnte ich mir vorstellen. Wenn man dann wirklich nur den einen zu betreuen hat, was macht man dann den ganzen Tag?“ [FSA\_M]

Der Aufbau einer Beziehung zu den Pflegebedürftigen erleichtert nicht nur die instrumentellen Aspekte der Arbeit durch das damit einhergehende Vertrauen, sondern motiviert auch – über geäußerte Dankbarkeit – das Personal. Ebenso relevant wie der Aufbau einer Beziehung zu den Pflegebedürftigen ist jedoch auch die Einhaltung von Grenzen in diesem Zusammenhang. Insbesondere am Beispiel der verberuflichten Pflege und Betreuung zeigt sich, dass die einfachste Markierung dieser Grenze jene zwischen Arbeitszeit und Freizeit ist. Wenn die Schicht beendet ist, ruht auch die Pflegebeziehung. Anders verhält es sich in der Angehörigenbetreuung: hier ist die Beziehung bereits durch die Verwandtschaft vorgegeben, was sich jedoch nicht immer vorteilig für die Pflege- und Betreuungsarbeit auswirkt. So können sich problematische Familienbeziehungen im Zuge des Auftretens eines Pflegefalls innerhalb der Familie verstärken. Ferner erlauben Pflegebeziehungen insbesondere in der Angehörigenpflege, aber auch in der 24 Stundenbetreuung kaum Distanzierungen von der pflegenden Personen. Die grundsätzliche Distanzierungsfähigkeit und räumliche und zeitliche Distanzierungsmöglichkeiten sind jedoch für die Erhaltung der Arbeitskraft pflegenden Personen (in allen Qualifikationsstufen und insbesondere in der innerfamiliären Pflege und Betreuung) zentral. Wenn die Möglichkeit der Distanzierung besteht, besteht auch die Möglichkeit der Regeneration der Pflegenden. Daher kann davon ausgegangen werden, dass eine arbeitsteilig organisierte Pflege bis zu einem gewissen Ausmaß die Qualität der Pflege und Betreuung erhöht, wenn sie einerseits Zeit und Möglichkeiten für Beziehungsarbeit zulässt und andererseits die Verantwortung für die pflege- und betreuungsbedürftigen Personen teilt.

## **5 Distanzierung und Abgrenzung als Voraussetzung für Selbstpflege**

Der Aspekt der Selbstpflege wurde weder in den Fragestellungen noch im Interviewleitfaden thematisiert. Beinahe alle Befragten berichteten im Interview eigeninitiativ von der Rolle der „Selbstpflege“ bei der Burnout-Prävention. Als Voraussetzung für die Selbstpflege wird die Abgrenzung von der Pflegearbeit genannt. Pflegekräfte werden im Zuge ihrer Arbeit immer wieder mit belasteten Situationen im Zusammenhang mit Krankheit, Armut und Tod konfron-

tiert, die ihr Mitleid erregen. Wie in anderen Sozialberufen liegt es nahe, dass diese Mitleidsgefühle nicht nach Schichtende enden. Im Vergleich zu anderen Sozialberufen ist jedoch die Altenpflege und –betreuung im besonderen Maße an der Grenze zwischen Öffentlichkeit und Privatheit und zwischen bezahlter und unbezahlter Arbeit angesiedelt. Der Hauptteil der Pflege- und Betreuungsarbeiten wird innerfamiliär und in Privathaushalten getätigt. Wird die Abgrenzung von der Arbeit in den Sozialbetreuungs- und Pflegeberufen generell durch ihren Gegenstandsbereich erschwert, herrschen hier zumindest definierte Arbeitszeiten. Die innerfamiliäre Pflege und –betreuung erfolgt unreguliert. Hier entstehen noch größere Herausforderungen hinsichtlich der eigenen Abgrenzung und Selbstpflege. Dazu eine befragte pflegende Angehörige:

„Ich sag ja, man sucht Abstand irgendwie und ich sag ja, der Freundeskreis, das belebt halt wieder ein bisschen. Und dann sag ich mir halt, hab mit dem Hausarzt auch geredet, eben wegen der ständigen Betreuung und dem immer da sein, dass muss nicht sein, sie verhungert nicht. [A\_2]

Eine befragte Pflegekraft im stationären Bereich schildert Strategien der Selbstpflege:

„Weißt du wie man das [die Selbstpflege] lernt? Wenn du jetzt vom Heim raus gehst, dass du abschaltest, dass du nichts mit hinaus nimmst, egal wie nah dir der Bewohner steht und wenn's dem jetzt ganz schlecht geht und du gehst raus ... daheim darfst du nicht denken an den, du musst abschirmen, damit du das ja nicht mit raus tragt. Und viel selber tun, das dich ausgleicht, z.B. du gehst gern spazieren, also wirklich immer spazieren gehen oder lesen, irgendwas, damit du für dich selber was tust oder du gehst laufen, oder Rad fahren, oder irgendwas, weißt du, damit das einfach aus dem Kopf rausgeht, weil sonst, wenn du das, immer im Kopf hast und du dich nicht selbst schützen kannst, dann (...) Weil du brauchst nur in den Pflegeberuf schauen: Die meisten erkranken selber psychisch, Burn-Out, Depressionen, die anderen sind eiskalt, die sind aber draußen [im Privatleben] auch kalt, da zerbrechen die Familien und was weiß ich, die haben kein Gefühl mehr.“ [FSA\_S]

Die Grenzziehung im Bereich Arbeit und Freizeit wird als essentiell im Sinne einer Burnout-Prävention angegeben. Die Selbstpflege ist jedoch nicht nur als Abgrenzung von der Arbeit relevant, sondern auch im Hinblick auf körperliche Folgen der Arbeit. Die Pflege hochaltriger Personen ist mit körperlichen Anstrengungen verbunden, wobei der Körper der Pflegekräfte insbesondere bei einer langjährigen Ausübung dieses Berufes in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Die körperschonenden Arbeitsweisen, die qualifizierte Pflegekräfte im Zuge ihrer Ausbildung erlernen, können sie insbesondere in der mobilen Pflege oft nicht umsetzen, da die räumliche Ausstattung in Privathaushalten dies nicht immer erlaubt. Dazu eine diplomierte Krankenpflegerin im mobilen Bereich:

"Du kannst Sport betreiben, du kannst deine Rückenmuskulatur stärken, aber man hat trotzdem diese Abnützungen, diese Schmerzen, so wie ein Bauarbeiter. Man hat zwar Fortbildungen, wo man dann rückschonendes Arbeiten lernt, Kinästhetik lernt und so. Aber nur ob man das alles dann anwenden kann in der mobilen Pflege, ist wieder was ganz anderes. Weil du hast ja manchmal diese Zeit dann nicht dazu, zweitens sind dann die Klienten, die nicht

mitmachen und du hast ab und zu diese Pflegestandards, diese Pflegebetten, das musst du ja alles erst einmal anfordern, wenn du irgendwo hingehst kannst du nicht erwarten, das da ein Pflegebett vor Ort ist. [...] Diese Selbstpflege für sich selbst, für den eigenen Körper, das lernt man nur selbst, da kann dir eh kein anderer helfen. Weil du musst schon selber wissen, wie du den Klienten jetzt angreifst, dass du dem nicht weh tust und dass du dir selbst auch nicht weh tust. Das ist ein auf und ab." [DGKS\_M]

In diesem Zitat zeigt sich die Betonung der Eigenverantwortung der Pflegekräfte für die Selbstpflege, deren Bedeutung wird ihnen nicht beigebracht. Obwohl Supervisionen in Sozialbetreuungsberufen üblich sind, erwähnte das befragte qualifizierte Pflegepersonal auch auf Nachfrage kein derartiges Angebot. Das Ziehen der Grenzen in diesem Berufsfeld zum Zwecke der eigenen Abgrenzung von der Betreuung wird auch von allen Befragten im Kompetenzbereich der jeweiligen Kraft gesehen. Scheint dies im Bereich der qualifizierten Pflege und Betreuung bereits mit Herausforderungen verbunden zu sein, finden sich hier zumindest noch geregelte Arbeitszeiten. Im Bereich der unqualifizierten Pflege- und Betreuungsleistungen, der 24 Stundenbetreuung und insbesondere der Angehörigenpflege sind diese Abgrenzungen noch schwieriger zu bewerkstelligen. Durch die Nähe von Arbeits- und Wohnort, die permanente Anwesenheit der Pflegebedürftigen und die familiäre Nähe zu selbigen scheinen Abgrenzungsmöglichkeiten und damit einhergehend der Raum für die nötige Selbstpflege eine besondere Herausforderung zu sein. Wenn sie auch nicht immer zur Umsetzung gelangen können, so erlernen qualifizierte Pflege- und Betreuungskräfte zumindest rückenschonende Methoden des Hebens von Pflegebedürftigen. Unqualifizierte Kräfte erlernen dies in der Regel nicht.

## **Resümee**

Als sich ÖkonomInnen mit der Frage nach der Ökonomisierbarkeit von Pflege und Betreuungstätigkeiten zu beschäftigen begannen, rückten sie zunächst eine intrinsische Motivation hinter Pflege- und Betreuungstätigkeiten ins Zentrum. Folbre (1995) stellte mit dem *paradox of caring labor* zur Diskussion, dass der einzige Weg die Qualität von Care-Tätigkeiten im Sinne der Motivation, also der *care feelings*, zu erhalten, darin bestehen könnte, sie nicht zu bezahlen. Wenn Beiträge zur feministischen Ökonomie den Mehrwert, der durch den kommunikativen Aspekt der Pflege und Betreuung entsteht – mit Blick auf die innerfamiliäre Pflege und Betreuung als unteilbar (d. h. an eine Pflegebeziehung gekoppelt) und damit nicht vermarktbar konzipieren, folgen sie sozialpolitischen und ökonomischen Konzeptionen von Pflege und Betreuung. In diesem Zusammenhang sind professionalisierungstheoretische und pflegewissenschaftliche Überlegungen relevant. Als wesentliche Merkmale von Professionen im Dienstleistungsbereich gelten erstens ein systematisches wissenschaftliches Wissen, der Wertebezug, welcher am Gemeinwohl orientiert ist und die Autonomie über die Kontrolle der Standards der Berufsausbildung und Berufsausübung (Thiessen 2004, 312f.). Krü-

ger stellt fest, dass die frauendominierte Arbeit im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen zwar moralischen Werten verpflichtet ist und dem Gemeinwohl dient, aber dennoch nicht zu den Professionen zählt. Sie erklärt dies damit, dass der frauendominierten Erwerbsarbeit in diesem Sektor der „Geruch des Privaten“ anlebe (Krüger 2002; 2003 zit. in: Thiessen 2004, 375).

Die Nähe personenbezogener Dienstleistungsarbeit zu privatem Beziehungsgefüge sowie dem Handeln von Ehrenamtlichen schaffe eine Diffusion gegenüber dem Wissen und Handeln von Laien. Die Arbeit im Feld von Betreuung, Pflege und Versorgung erfordere ganzheitliche und kooperative Ansätze, eventuell auch den Einsatz von Alltagswissen. Hier entstehen Sphären der Diffusion gegenüber professioneller Kontrolle im Sinne einer Unklarheit darüber, welche Wissensbestände zur Problemlösung führen (Thiessen 2004, 324f.).

Die traditionelle und immer noch gültige Dichotomisierung von Privatheit/Haushaltsarbeit und Erwerbsarbeit, erschwert also die Professionalisierung der im Privathaushalt verorteten Betreuungsberufe. Diese Dichotomisierung führt zur Verwischung der Trennung von bezahlter und unbezahlter, qualifizierter und laienhafter Tätigkeit. Das hohe Potenzial für eine reguläre Beschäftigung im Bereich Familien unterstützender und personenbezogener Dienstleistungen wie auch der Fachkräftebedarf wird in der arbeitsmarktpolitischen und berufspädagogischen Debatte nur zögerlich zur Kenntnis genommen. Daher ist es insbesondere vor dem Hintergrund der historischen Struktur der Ideologisierung und Naturalisierung von Pflege- und Betreuungsarbeit bedeutsam, personenbezogene Dienstleistungsarbeit im Kontext von Professionstheorien begrifflich und theoretisch präziser zu definieren. Dabei geht es erstens um die begriffliche Erfassung von personenbezogener Dienstleistung als bezahlte und marktförmig erbrachte Arbeit sowie die Berücksichtigung von sozialen und kommunikativen Leistungen, die im gesellschaftlichen Kontext von Arbeitsmarkt- und Berufsbildungssystem erbracht werden. Für eine Professionalisierung personenbezogener Dienstleistungen ist also eine Verringerung der Konfliktlinie von Fürsorge und Vermarktung notwendig (Friese 2010, 58f.).

Beiträge innerhalb der feministischen Ökonomie, die die Spezifika von Pflege und Betreuungsarbeit herausarbeiten, stützen sich konzeptuell auf die innerfamiliäre Pflege und Betreuung, nicht auf deren qualifizierte Ausformungen. Ziel der Ausführungen in diesem Kapitel war es, die hier identifizierten Spezifika auf verschiedene Qualifikationsniveaus und verschiedene Territorien der Altenpflege und –betreuung anzuwenden. Insbesondere, um aus der qualifizierten und verberuflichten Pflege und Betreuung auch Anregungen für die Bewertung der innerfamiliären Pflege und Betreuung zu finden.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Befragung von auch qualifiziertem Pflegepersonal können spezifische Anforderungen und Arbeitsleistungen, die im Bereich der innerfamili-

ären Pflege und Betreuung als Ausdruck einer intrinsischen Motivation und einer unteilbaren, exklusiven Pflegebeziehung gelten, als kommunikative und soziale Kompetenzen aufgefasst werden, die einer Professionalisierung zugänglich sind. Der adäquate Umgang mit der Überschreitung von Scham und Peinlichkeitsschwellen, der adäquate Umgang mit demenzkranken Personen, sowie die Sterbebegleitung beziehen sich vorrangig auf professionelle Kommunikationsleistungen, die teilbar sind. Die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuungsarbeit sind daher zentral zur Verbesserung der Qualität der instrumentellen Aspekte, insbesondere im Bereich des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit und des Gesundheitszustandes der KlientInnen. Sie sind jedoch weniger als Ausdruck einer fürsorglichen Motivation zu konzipieren, sondern als qualifizierte Leistungen, die einzelfallorientiert, aber nicht grundsätzlich einzelfallbezogen und daher vermarktbar sind. Die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung werden bislang jedoch als einzelfallbezogen ausgewiesen, weswegen sie im Konflikt mit den übergeordneten, medizinischen Modellen der Objektivität, Universalität und Distanziertheit stehen, die bislang als zentrale Merkmale von (medizinischer) Professionalität gelten. Auch die Ergebnisse der Befragung weisen jedoch auf die Vermarktbarkeit und die Professionalisierbarkeit der kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung hin. Eine professionelle Pflegebeziehung (die nicht auf verwandtschaftlicher Verbundenheit beruht) kann die instrumentellen Aspekte der Pflege und Betreuung sogar effizienter (im Sinne von: zeitsparender) gestalten. Gleichzeitig sind die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung und mehr noch deren reaktivierenden Aspekte mit einem größeren Zeitaufwand verbunden, als die reine Versorgungspflege.

Erfolgt die Pflege und Betreuung arbeitsteilig, wird die Verantwortung einzelner Pflegenden für die pflegebedürftigen Personen reduziert. Diese Reduktion der Verantwortung gewährt den Pflegenden Distanzierungsmöglichkeiten, die essentiell für deren Selbstpflege sind. Die Distanzierungsmöglichkeiten und die Selbstpflege wiederum sind die Voraussetzung für die Berufszufriedenheit und die Verweildauer in diesem Feld. In diesem Zusammenhang ist die langfristige Effizienz einer arbeitsteilig organisierten Pflege und Betreuung zu nennen.

Hinsichtlich einer sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Betrachtungsweise von Pflege und Betreuungstätigkeiten ist es auch aus der Perspektive der feministischen Ökonomie evident, kommunikative und fürsorgliche Tätigkeiten im Rahmen der Pflege und Betreuung nicht nur als vermarktbar anzunehmen, sondern vielmehr Konzepte für deren adäquate Bewertung zu entwickeln. Die folgenden Ausführungen schlagen aufbauend auf den Ergebnissen der Befragung Ansätze für eine Neukonzeptuierung der Pflege- und Betreuungsarbeit in Österreich vor.

## **VI Ansätze für eine Neubewertung der Pflege und Betreuungstätigkeiten**

Die Pflege und Betreuung hochaltriger, chronisch kranker und sterbender Personen wird in Österreich primär als Familienaufgabe konzipiert. Zentral in diesem Zusammenhang ist die Gewährung von Geldleistungen an Pflegebedürftige, die – unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit – zu niedrig sind, um den Bedarf durch qualifizierte Pflege und Betreuung zu decken. Den Pflegebedürftigen und in der Praxis deren Angehörigen wird ein großes Maß an Eigenleistungen in der Erbringung und Organisation der Pflege abverlangt. Angehörige leisten diese Arbeit ohne Ansprüche auf Entgelt und PersonenbetreuerInnen arbeiten unter problematischen Arbeitsbedingungen. In beiden Ausformungen der Pflege und Betreuung liegt die Verantwortung für die Deckung elementarer Bedürfnisse von Personen und damit auch für deren Zustand in den Händen von Laien. Da diese Betreuungs- und Pflegeleistungen in der Regel nicht arbeitsteilig erfolgen, kann die Betreuung und Pflege – wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, den gesamten Tages- und Nachtablauf einer Person prägen, was zu Überforderung führen kann. Nicht zuletzt deshalb und auch aufgrund sozialer Entwicklungen in Richtung zunehmender Mobilität und verringerter Familiengrößen sind immer weniger Angehörige dazu bereit, die Pflege ihrer (Schwieger-) Eltern selbst zu übernehmen. Die 24 Stundenbetreuung kompensiert diese sinkende Bereitschaft in Familien mit höherem Einkommen und entsprechender räumlicher Ausstattung. Das derzeitige Arrangement der 24 Stundenbetreuung ist jedoch nur aufgrund des Lohngefälles zwischen westlichen und östlichen europäischen Ländern möglich.

Die qualifizierte und arbeitsteilig organisierte Form der Langzeitpflege und Betreuungsarbeit ist zwar mit definierten Kompetenz- und Verantwortungsbereichen, sowie mit Arbeitszeitregelungen arbeitsrechtlich geschützt, jedoch als Berufsfeld unattraktiv. Die hier eingesetzten Fachkräfte sind nicht nur als Pflegehilfen ausgebildet, sondern auch in der Sozialfachbetreuung. Diese Kenntnisse können sie aufgrund von Budgetengpässen kaum anwenden, denn die Altenbetreuung wird konzeptuell, aber auch in ihrer Bereitstellung auf instrumentelle Aspekte reduziert. Nicht zuletzt deshalb ist dieses Berufsfeld unattraktiv und der Personalmangel akut. Der Pflegepersonal mangel ist vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfes an Pflegepersonal der Ausgangspunkt arbeitsmarktpolitischer Initiativen und Projekte. Hier steht jedoch weniger eine Aufwertung der Pflege- und Betreuungsarbeit im Zentrum, mit dem Ziel, die Arbeitsbedingungen zu verbessern oder die Berufszufriedenheit des Personals und damit dessen Verweildauer im Beruf zu erhöhen. Vielmehr herrschen Bestrebungen, am Arbeitsmarkt schwer vermittelbare Personen im Bereich Altenpflege und –betreuung auszubilden, was einer Professionalisierung der qualifizierten Pflege und Betreuung im Wege steht. Wäh-



rend also innerfamiliäre Pflege und Betreuung, sowie die 24 Stundenbetreuung als „ganzheitlich“ konzipiert werden und mit einer hohen Verantwortung einher geht, die in der Regel von Laien getragen wird, wird die qualifizierte Pflege und Betreuung auf ihre instrumentellen, körper- und versorgungsspezifischen Aspekte reduziert. Obwohl qualifizierte Pflegekräfte in der Sozialbetreuung hochaltriger, demenzkranker Menschen ausgebildet sind, werden die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung an Laien und/oder Personen mit Migrationshintergrund und mangelnden Deutschkenntnissen delegiert. Es herrscht also eine Dichotomie zwischen einer ganzheitlichen Betreuung und –pflege durch Laien einerseits und einer qualifizierten Pflege, die auf instrumentelle Verrichtungen reduziert wird.

Im Folgenden werden aufbauend auf den Ergebnissen der Befragung Überlegungen angestellt, die diese Dichotomie zwischen laienhafter ganzheitlicher und qualifizierter instrumenteller Pflege und Betreuung überwinden könnten. Aufbauend darauf können Ansätze zur Angehörigenentlastung entwickelt werden, sowie solche zur Aufwertung der qualifizierten Pflege- und Betreuungsberufe um dieses Berufsfeld attraktiver zu machen. Dies scheint vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfes notwendig.

## **1 Regelung der Laienpflege und Betreuung in Privathaushalten**

Ein Großteil der Pflege und Betreuungsleistungen für alte Menschen erfolgt durch Angehörige in Privathaushalten. Diese Arbeit ist in der Öffentlichkeit weitgehend unsichtbar und erfolgt konzeptuell unentgeltlich. Die staatlichen Geldleistungen werden Pflegebedürftigen selbst zugeteilt, diese können das Pflegegeld ihren Angehörigen zur Verfügung stellen, müssen sie aber nicht. Ergänzend zur Angehörigenpflege und Betreuung in Familien mit höherem Einkommen besteht die 24 Stundenbetreuung. Arbeits- und Sozialrechtliche Ansprüche von ArbeitnehmerInnen (Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, regulierte Arbeitszeiten, bezahlter Urlaub, etc.) werden den zumeist selbständig tätigen 24 StundenbetreuerInnen weitestgehend vorenthalten. Beide Arbeitsverhältnisse der Pflege und Betreuung in Privathaushalten zeichnen sich durch mangelnde Arbeitsteilung, eine hohe Verantwortung und ihren arbeitsrechtlich ungeschützten Charakter aus. Während die 24 Stundenbetreuung derzeit lediglich aufgrund der hohen Erwerbslosigkeit und der niedrigen Löhne in östlichen EU-Ländern für ArbeitsmigrantInnen attraktiv ist, verliert die Angehörigenpflege und –betreuung aufgrund demografischer und sozialer Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Aufgrund der Hochaltrigkeit steigt gleichzeitig jedoch der Bedarf.

Im Folgenden werden daher unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Befragung sowohl Ansätze für eine mögliche Entlastung pflegender Angehöriger als auch solche für eine verstärkte Regulierung der 24 Stundenbetreuung diskutiert.

## *1. 1 Entlastung pflegender Angehöriger durch Verortung der familiären Pflege in der Öffentlichkeit*

Die Betroffenheit von einer familiären Betreuungsverpflichtung entsteht oft schleichend und unbemerkt. Brauchen Angehörige etwa zunächst lediglich punktuelle Unterstützungsleistungen, etwa beim Einkaufen, kann sich der Betreuungsbedarf sukzessive und oft unbemerkt steigern. Sie kann aber auch von einem plötzlichen „Einbruch“ im Gesundheitszustand markiert sein, Auslöser können Herz-Kreislaufkrankungen oder Unfälle bzw. Stürze sein, wobei die Betroffenen nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig entlassen werden. Im Zuge dessen müssen rasche Entscheidungen bzgl. der Übernahme und/oder der Organisation der Betreuung gefällt werden, in der Regel fällen Angehörige diese Entscheidungen. Mit diesen Entscheidungen und dem Tragen der Konsequenzen sind Angehörige in Österreich weitgehend auf sich alleine gestellt. Fällt die Entscheidung zugunsten einer innerfamiliären Betreuung im Privathaushalt aus, so ist dies in der Regel mit großen Herausforderungen für alle Beteiligten verbunden. Haben die Angehörigen vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit beispielsweise lange Zeit in getrennten Haushalten gelebt, so haben sie möglicherweise unterschiedliche Lebensstile herausgebildet. Im Zuge der innerfamiliären Pflege entsteht plötzlich ein Mehrgenerationenhaushalt und intergenerative Unterschiede in den Lebensstilen prägen das Zusammenleben. So im Falle einer befragten betreuenden Angehörigen:

„Gut, sie [die pflegebedürftige Mutter] ist dann eingezogen mit all den Schwierigkeiten, die ein Zusammenleben auch mit sich bringt. Also es hat halt immer Schwierigkeiten gegeben und auch der unterschiedliche Lebensstil. Zum Beispiel ich hab für sie mitgekocht und sie hat halt das (...) sie ist jahrelang am Tisch gesessen und hat über das Essen gemeckert [...] oder wir leben absichtlich und bewusst ohne Fernseher und sie will aber nicht ohne Fernseher leben. Dann haben wir halt den Clinch gehabt wegen der Kinder, die sie dann immer fernsehen hat lassen. Das sind so Geschichten, die halt Generationensachen betreffen, wo einfach immer bisserl Reibereien sind.“ [A\_1]

Auch im Falle der anderen befragten Angehörigen lebten Mutter und Tochter vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in getrennten Haushalten. Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist die Mutter in den Haushalt der selbständig erwerbstätigen Tochter eingezogen, der zugleich auch deren Arbeitsplatz umfasst. Die durch Alzheimer ausgelösten Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Mutter stellten eine Herausforderung für die beruflichen Beziehungen der Tochter dar. So störte die Mutter beispielsweise geschäftliche Interaktionen:

„Früher mussten wir das Festnetztelefon im Haus entfernen. Weil wenn es geläutet hat, dann hat sie [die alzheimerkranke Mutter] abgehoben, da war sie dann richtig aufgedreht und frisch: „Firma S. grüß Gott! Aha, nein, wissen Sie, mein Mann ist gestorben, wir machen nichts mehr.“ Das hab ich einmal gehört, da hab ich gleich zu meinem Mann gesagt, dass er das Telefon abmontieren soll. Also das geht nicht, oder wenn sie ins Büro kommt, wenn ein Kunde da ist und sie mischt dort mit. Da muss man halt wieder reden [erklären]: Sie ist krank und Alzheimer und

so. Ich hab auch jemanden organisiert, das ist eine Altenpflegerin, die in Pension ist und dir ruf ich halt an, wenn ich irgendwas brauch, weil ich kann sie ja nicht alleine lassen, daheim.“ [A\_2]

Psychische Belastungen in der intergenerativen Langzeitpflege und –betreuung, ausgelöst durch die Verstärkung eingefahrener familiärer Beziehungsmuster, werden von den Betroffenen oftmals verdrängt, um das Leben im gemeinsamen Haushalt zu ermöglichen. Dazu eine befragte Angehörige:

„Da war dieses gemeinsame Frühstück und dann kommt sie [die demenzkranke Mutter]: „Aha, wer ist denn noch da heute“? sage ich: „Wir drei sind da, wie es halt normal ist.“ Dann hat sie sehr wohl noch den Namen von meinem Mann gewusst: „Der B. auch?“ „Ja, der ist auch da.“ „Aha, seit wann kriegen die Arbeiter hier bei uns ein Essen?“ und das ist tagtäglich so gegangen, das war zu Mittag das gleiche: „Seit wann kochst du denn für die Arbeiter, die kriegen ja eh bezahlt.“ Und wenn ich ihr immer wieder gesagt habe, dass das mein Mann ist, dann: „Das ist dein Mann? Nein! Den hätte ich wohl nie genommen.“ Das sind so Sachen, dabei macht er eh alles für sie. Aber da war, ich vermute halt dass das so ist, dass sie einfach eifersüchtig war, dass es überhaupt sonst noch jemanden gibt, außer uns beiden.“ [Mutter und Tochter]. [an anderer Stelle, in der es um die Abwertung der Leistungen der Tochter durch die Mutter geht] „Ich bin ja da so, dass ich das wegschiebe und das ist dann aus dem Kopf. Aber wenn man dann davon spricht und sagt: „Schau, das Gebäude da, das habe ich [selbst] gebaut.“ Sagt die Mutter: „Was hast du gemacht? Wo hast du denn das Geld hergenommen?“ Ja, hab ich gesagt, ich hab gearbeitet. Sagt sie: „Wo hast du denn gearbeitet? Bist du auf den Strich gegangen?““ [A\_2]

Quer zu diesen Herausforderungen liegt die Tatsache, dass sowohl die Pflegebedürftigen selbst als auch deren Angehörige mit einer chronischen Zustandsverschlechterung umgehen können müssen. Insbesondere für pflegende Angehörige kann es eine enorme Belastung darstellen, wenn sich der Zustand von Personen, zu denen eine nahe emotionale Bindung herrscht, irreversibel verschlechtert. Eine befragte pflegende Angehörige zu den Belastungen in ihrer Situation:

„Ich glaub, dass das wirklich das ist, dass man irgendwo nicht wirklich was tun kann (...) das hat mich schon sehr lang begleitet, man kann nichts machen dagegen. Wenn ich sie irgendwo mit hin genommen habe, nein das ist einfach alles nicht mehr angekommen, da hab ich am meisten damit gekämpft, dass ich mir gedacht habe: Um Gottes Willen, das ist eine Seite des Lebens, die ich nicht gekannt habe. [...] Da leidet man natürlich und dann kommt der Gedanke: oh Gott, wenn ich auch einmal so werde. Und für mich ist das natürlich auch etwas, was schon von mir auch Lebensfreude genommen hat. Ich glaube das ist der Punkt. Ich sag jetzt einmal Lebensfreude, so lustig und Halli-Galli und so, irgendwie hat man das dann nicht mehr so. [...] Es spielt sich auch kein gesellschaftliches Leben mehr im Haus ab, das geht nicht mehr. Wir haben immer Leute im Haus gehabt, immer wieder irgendwelche Feste und so, das hat sich dann (...) ich weiß nicht, wie es jetzt wäre, aber wie sie so die Zeit gehabt hat, wie sie schreien gekommen ist, sie kann nicht schlafen am Abend, es ist so laut. [...] Wenn ich das geahnt hätte, was auf mich zukommt, das hätte ich niemals gemacht.“ [A\_2]

Die hier beschriebenen Herausforderungen in der innerfamiliären Pflege und Betreuung beziehen sich vorwiegend auf Belastungen psychischer Natur. Pflegende Angehörige können den Aufwand und die Konsequenzen im Zusammenhang mit der Übernahme dieser Rolle schwer einschätzen. Die Abschätzung (der Entwicklung) des Betreuungsaufwandes wird

durch unvorhersehbare Veränderungen im Zustand von betreuungs- und pflegebedürftigen Hochaltrigen erschwert. Gleichzeitig ist die innerfamiliäre Pflege und Betreuung ein öffentlich unsichtbarer Arbeitsbereich, es herrscht wenig Wissen über den Aufwand, der damit einhergeht. Oftmals leisten die Betroffenen (Angehörigen) auch ihren eigenen Beitrag zur Unsichtbarkeit dieser Arbeit, da die chronischen Verschlechterungen im Zustand einer ehemals gesunden Person mit Scham verbunden sein können. Dazu eine befragte Expertin:

„Angehörigenbetreuung ist auch unterbewertet, weil das macht einen enormen Kostenfaktor aus. Ich glaub auch dass man das noch gar nicht weißt wie viel tatsächlich gepflegt wird, dass viele gar nicht sagen, dass sie ihre Mutter pflegen, weil sie sich schämen das kund zu tun: Der Universitätsprofessor oder die Mama, auch wenn sie einfach[er Herkunft] ist, die war doch immer ganz flott und hat das und das gemacht. Dass man das nicht preisgibt weil man sich einfach schämt. (...)“ [DGKS\_E]

Im Vergleich zur beobachteten Tendenz der Vermischung der ehemals separaten Sphären Öffentlichkeit und Privatheit (exempl. Thiessen 2004) insbesondere auch durch die Medien, lässt sich hinsichtlich der innerfamiliären Altenpflege geradezu von einer Tabuisierung sprechen. Die Leistungen von pflegenden Angehörigen werden monetär nicht abgegolten. Eine Regelung, die an anderer Stelle bereits ausgeführt wurde, sei durch das Zitat einer betroffenen pflegenden Angehörigen in ihren möglichen Konsequenzen verdeutlicht:

„Also in unsrem Fall wäre es sicher gescheiter gewesen, von Haus aus, wenn ich [als pflegende Angehörige] das [Pflege-] Geld gleich gekriegt hätte, weil sie hat ja nie etwas davon hergegeben. Es gibt wahrscheinlich auch Leute, wo das anders herum besser ist. Wenn sie z. B. selbst jemanden organisieren müsste, der putzt und wäscht und bügelt, dann bräuchte sie das Geld zum Bezahlen. Aber wir wohnen halt hier [im von der pflegebedürftigen Mutter geerbten Haus]und deswegen haben wir das [Lebenserhaltungskosten] praktisch auch zu bezahlen und sie sagt immer: „Ja, du bist eh da, du hast eh das Haus.“ Aber ich wollte das [Haus] ja gar nicht, das hat sich eben so ergeben, weil sie gesagt hat, sie kann sich das mit ihrer Pension nicht leisten. Und somit war das für sie erledigt: „Du nimmst das Haus und machst was du willst, du erhaltest mich und du zahlst alles.“ [A\_2]

Die pflegenden Angehörigen sind auch mit der Informationsbeschaffung für die (Organisation der) Pflege und Betreuung auf sich alleine gestellt. Oftmals haben sie sich zuvor noch nie mit dem Thema Altenbetreuung auseinandergesetzt. Informationen zur adäquaten Organisation der Betreuung im (persönlichen) Einzelfall sind nur äußerst fragmentiert zugänglich. Daher wünschen sich pflegende Angehörige eine niedrigschwellig zugängliche, kostenlose, individuelle und unabhängige Beratung. Eine befragte Betroffene:

„Neutral heißt, net so wie... Äh, ich hab als Angehörige die Adresse vom Roten Kreuz kriegt als neutrale Ansprechpartner und kompetente Person und krieg dann nur die Auskunft über's eigene Produkt des Roten Kreuzes. Es müsste einerseits jemand, eine Stelle geben, wo zentral mal alle Infos gespeichert sind – über Agenturen, über 24-Stunden-Pflege, über Pflege überhaupt, über Möglichkeiten. Ebenso alle Infos: Wo krieg ich Pflegebetten her, was brauch ich sonst noch für Hilfsmittel, welche, ah, Vorkehrungen muss ich treffen, wie ist das mit dem Dekubitus, auf was muss ich aufpassen, was, wie viel Zeitaufwand – das alles. Also es sind dann so Sa-

chen, wie zum Beispiel: Ich hab jetzt für eine Freundin, die sich überlegt, ihre Mutter zu sich zu nehmen (...) Ich werd jetzt schon angepiepst als Expertin, wobei ich mich net unbedingt fühl' als solche. Hat sie [die Freundin] g'sagt: „Du, wie viel Zeit muss ich denn rechnen?“ Dann hab ich eine Woche mal mitg'schrieben, wie viel Zeit ich investiere für nur das Rundherum, weil das wirkliche Pflegen, das macht die Pflegerin, aber ich bin 20 Stunden in der Woche dran. Nur, um die Organisation. Ich muss einkaufen fahren, ich muss zum Arzt fahren und all diese Dinge machen.“ [A\_1]

Auch zu den Kosten der einzelnen Hilfsmittel sowie hinsichtlich möglicher Förderungen bedürfen pflegende Angehörige an Information, denn die Preise der Hilfsmittel und Dienstleistungen unterscheiden sich nach Angaben der Befragten stark. Weiterer Beratungsbedarf pflegender Angehöriger besteht zum Thema der pflegerischen Fachkenntnisse. Die Konsequenzen der Konzeption von „ganzheitlicher“ Pflegearbeit als unqualifizierte Arbeit in Privathaushalten zeigen sich in der Überforderung pflegender Angehöriger. Dazu eine Betroffene:

„Ich hab dann mal irgendwo her a CD kriegt, über Dekubitus und was ma alles... wo ma aufpassen muss – die war total hilfreich, damit i mal... Mit dem kann net jeder umgehen. Ich mein', auf der Geriatrie in V., wo's ma g'sagt haben, die meisten Angehörigen ihrer Patienten und Patientinnen sind 20 Jahre älter. Klar, mit 70 hast das [das selbständige Aneignen von Kenntnissen der Dekubitusprophylaxe] nimma so drauf. Das ist schon klar.“ [A\_1]

Die Herausforderungen einer unqualifizierten „ganzheitlichen“ Pflege und Betreuung wurden bereits im letzten Kapitel thematisiert. Es überrascht daher kaum, dass Angehörige insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Unkenntnis dessen, worauf sie sich einlassen, mit der innerfamiliären Altenbetreuung und –pflege überfordert sind. Daher wäre eine niedrigschwellig zugängliche, kostenfreie und möglicherweise anonyme psychosoziale Beratung und Betreuung pflegender Angehöriger erforderlich. Dazu die Befragte:

„Eine Beratung für pflegende Angehörige, die ein bisserl die psychosoziale G'schicht ein bissi miteinbezieht. Was ist hier [deutet auf die Stirn]? Das fragt auch nie wer. Wie's einem geht. Ich weiß noch, diese fast drei Monate, wo ich nie g'wusst hab, schläft sie noch, wenn ich raufkomm? Das war so ein (...) Leben unter einem permanenten Ausnahmezustand. Das ist entsetzlich! Und was das mit Angehörigen macht, ist schrecklich! Ich weiß noch, da hab ich ein Ausbildungsseminar g'habt und ich hab bis zum letzten Tag net g'wusst, kann' ich hin, kann' ich net hin. Du lebst in ständig in einem Ausnahmezustand, weil du nie weißt, stirbt sie, stirbt sie net. Das ist ganz arg und was das aus einem macht und auch für die ganze Familie macht. Es ist ja net so, dass man alleine ist – man ja ein [Familien-] System, dass da mit drin hängt. Da fragt kein Mensch. Ich mein', es könnten a net sicher viele drüber reden oder so wirklich leicht drüber reden. Oder was es aus uns macht, uns als Paar, dass da mei Mutter plötzlich da ist, a kompletter Pflegefall. Da braucht's auch einiges. Und es wird ja immer mehr. [...] Äh, ich glaube, dass g'rade Leut' net so leicht sich tun [sich psychosoziale Hilfe zu holen], wo's noch dringender is. Oder die sich nicht so leicht tun, da sich wohin zu wenden. Und zu sagen „Ich kann nicht mehr!“ Ich kann mich erinnern, ich hab da im Sommer a Frau kennen gelernt und die hat wie auf Knopfdruck ist ein Wasserfall rausgekommen. Ja, sie ist aus Graz und ihre Mutter ist seit zwei Jahren Pflegefall und sie kann die Wohnung fast nimma verlassen und sie ist jetzt schon internetsüchtig worden, weil das ihr einziger Kontakt zur Außenwelt ist. Die hat eine Stunde hier gequatscht über die Situation mit ihrer Mutter und die ist im siebten Stock in einer Wohnung und die Wohnung kann sie nur mehr tot verlassen und. Ja? Wo ich so das g'fühl g'habt hab, bist du narrisch, das ist wie ein Dampfdrucktopf. Also i weiß net (...) sie hat g'sagt,

sie hat schon lauter Selbstmordgedanken... Und i bin überzeugt, sie is net die einzige. Also das... Ich glaube, dass da ein Riesenbedarf ist und es wird immer mehr.“ [A\_1]

In diesem Zitat verdeutlichen sich die Konsequenzen der Unsichtbarkeit der innerfamiliären Pflege und Betreuung. Diese Arbeit wird als „ganzheitlich“ also in der Regel ohne Arbeitsteilung konzipiert und erfolgt in Privathaushalten. Diese Territorien sind an sich schon mit einem hohen Grad an Intimität verknüpft. Die mit dieser territorialen Ansiedlung der Arbeit bereits konzeptionell verbundene Tabuisierung kann sich durch das Verhalten der pflegenden Angehörigen verstärken: Aus Betroffenheit von den chronischen Zustandsverschlechterungen naher Angehöriger und aus Scham, in der Durchführung dieser verantwortungsvollen Tätigkeit überfordert zu sein, sinkt die Bereitschaft, Hilfe zu suchen oder anzunehmen. Die Tabuisierung dieser Arbeit und auch jene der Überforderung mit dieser Arbeit kann sich negativ auf den Gesundheitszustand, sowohl der Pflegebedürftigen, als auch der pflegenden Angehörigen auswirken. Auch die 24 Stundenbetreuung wird als qualifikationsfrei konzipiert, auch sie erfolgt weitestgehend unsichtbar in Privathaushalten und unter unregulierten Arbeitsbedingungen.

## *1. 2 Regulierung der 24 Stundenbetreuung*

Wie bereits dargelegt, wird die 24 Stundenbetreuung ähnlich wie die Angehörigenbetreuung und –pflege als qualifikationsfrei konzipiert. Das Sozialministerium gewährt eine Subvention an Pflegebedürftige zur Teilabdeckung der mit der Anmeldung der Betreuungskräfte bedingten Mehrkosten, wenn die Mindestqualifikation der BetreuerInnen jener einer Heimhilfe entspricht und der Betreuungsbedarf eine 24 Stundenbetreuung erfordert. Davon wird ab Bezug von Pflegegeld der Stufe 5 ausgegangen. Bei Bezug von Pflegegeld der Stufen 3 und 4 ist der ständige Betreuungsbedarf durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen<sup>29</sup>. Wie im ersten Punkt in Kap. III dargelegt, umfasst die Tätigkeit einer Heimhilfe die Unterstützung von weitestgehend selbständigen Personen, wovon bei Bezug der Pflegestufe 5 nicht ausgegangen werden kann. Dazu die befragte Heimhilfe:

„Jemand, der eine 24 Stundenbetreuung hat, der ist schon sehr unselbständig, sage ich jetzt einmal, der braucht mehr als eine Heimhilfe.“ [HH\_M]

Die Angaben der Befragten deuten auf ein in der 24 Stundenbetreuung erforderliches Qualifikationsniveau hin, das einer Fachsozialbetreuung mit Schwerpunkt Altenarbeit bzw. einer Pflegehilfe entspricht. In der Praxis verfügen jedoch nicht einmal alle 24 StundenbetreuerInnen über eine Ausbildung, die einer Heimhilfe entspricht. Auch Angehörige wissen oft nicht über die Regelung Bescheid, dass 24 StundenbetreuerInnen ohne Anleitung keine pflegeri-

<sup>29</sup>[http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/faq\\_thema.html?channel=CH1780](http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/faq_thema.html?channel=CH1780), Zugriff 8. 3. 2011.

schen Maßnahmen setzen dürfen und beschäftigen diese nicht zur Unterstützung von weitestgehend selbständigen Personen, sondern für die Pflege von Pflegebedürftigen. In der Praxis sind die daher BetreuerInnen oft überfordert und die Angehörigen, sowie die Pflegebedürftigen enttäuscht von den aus ihrer Sicht eingeschränkten Leistungen der 24 StundenbetreuerInnen. Dazu befragte Angehörige einer pflegebedürftigen Person, welche eine 24 Stundenbetreuung beschäftigte:

„Die O. so hat die [24 Stundenbetreuerin] g’heißen, hat net g’wusst, wie man Zähne putzt oder wickelt. Mei Mutter war wirklich komplett bettlägerig. Das war dann so, dass sie (die Mutter) kommen is und es nimmer möglich war, sie in dem Stuhl zu duschen, sondern sie war komplett bettlägerig. Sie konnte gar nimmer raus. Und die (Pflegerin) hat das noch nie g’macht. Und dann hab ich ang’fangen zu surfen und mich zu erkundigen, wie man a Totalpflege macht. Wie man jemand im Bett wäscht, wie man... Also ich bin ja ka Pflege... Pflegefachkraft. Die haben ja net umsonst a lange Ausbildung. Und ich hab ja keine Ahnung g’habt. Und ich hab mir gedacht, so geht das net. Und dann hab ich sie (die Mutter) ang’fangen zu wickeln, weil die O. das nicht konnte und sie (die Pflegerin) ist immer nur dabei g’sstanden und hat g’sagt „Katastroph, Katastroph“, weil meine Mutter so viel Durchfall hatte – es war ja wirklich extrem grauslich. Aber, ich mein, irgendwer muss es ja machen.“ [A\_1]

24 StundenbetreuerInnen werden vorwiegend über Agenturen an Privathaushalte vermittelt. Die Dienstleistungen dieser Agenturen sind sehr unterschiedlich. Einige übernehmen die Gewerbeanmeldung für die BetreuerInnen, andere vermitteln „nur“, dritte organisieren auch die Fahrt zu den Pflegebedürftigen. Die durchgeführten Interviews erlauben Einblicke in die Vorgangsweisen derartiger Agenturen, die sich nicht nur zum Nachteil der BetreuerInnen, sondern auch zum Nachteil der Pflegebedürftigen auswirken können. Die Vermittlungsagentur im Fallbeispiel hat ihren Sitz in der Slowakei mit einer Zweigstelle in Österreich. Diese Zweigselle besteht aus einer 24 Stundenbetreuerin, die ihrer Betreuungsarbeit in einem Privathaushalt nachgeht. Diese Agentur vermittelt PersonenbetreuerInnen in vier verschiedenen „Qualifikationsniveaus“ zu vier verschiedenen Preisstufen. Die erste dieser vier Stufen ist als Haushaltshilfe und Gesellschafterin für alte Menschen konzipiert, die nicht pflegerisch ausgebildet ist. Im niedrigsten Niveau des Angebotes dieser Agentur erschöpft sich jedoch bereits das gesetzlich erlaubte Tätigkeitsprofil von 24 Stundenbetreuerinnen. Diese Agentur vermittelt aber noch weitere Qualifikationsstufen explizit an gesundheitlich schwer eingeschränkte Personen und verspricht auf ihrer Homepage auch die Vermittlung von qualifiziertem Pflegepersonal für gesundheitlich schwer eingeschränkte, immobile Personen<sup>30</sup>.

Kundinnen dieser Agentur, die für ein Interview zur Verfügung gestanden haben, berichteten jedoch davon, dass in dieser Personalvermittlungsstufe für gesundheitlich schwer eingeschränkte Personen Deutschkenntnisse als ausreichende Qualifikationen konzipiert werden.

---

<sup>30</sup> <http://www.seniorenbetreuung24h.at/preisangebot-standard.html>

Dazu eine Betroffene:

„Entweder man ist eine ausgebildete Schwester, oder man kann sehr gut Deutsch, das sind die Kriterien [in der höchsten Qualifikations- und Preisklasse dieser Vermittlungsagentur]“ [A\_1]

Eine 24 Stundenbetreuerin, die von dieser Agentur vermittelt wird und über eine Ausbildung als Ökonomin, nicht aber über eine in der Pflege verfügt, schildert ihren „Aufstieg“ in der Agentur:

„Ja, erstes Mal [als ich zu dieser Agentur gekommen bin] ich war auch auf niedrig [niedrigste Stufe] und dann kann man aufsteigen, wenn man sprechen ganz gut Deutsch. Nach diese 3 Jahre schon mit Praxis [bin ich jetzt] in Stufe 3. Ich habe verdient erste Mal 45 Euro [pro Tag] und dann später hatte ich 50 Euro und jetzt habe ich 55.“ [24h B1]

Für die Betreuung und Pflege von hochaltrigen, nicht mobilen Personen reichen also Deutschkenntnisse in der Konzeption dieser Vermittlungsagentur aus. Nach Angaben der Befragten folgt auch die Rechnungslegung dieser Agentur nicht den üblichen Bedingungen unter denen Geschäfte gemacht werden. Diese Betroffene:

„Mit der [Agentur] haben wir permanent Schwierigkeiten und das läuft jetzt schon über'n Anwalt. Die haben uns noch keine Rechnung gestellt, sondern geben nur Erlagscheine her. Und ich kann ja dieses Pflegegeld, das was die Pflege kostet, bei meiner Mutter von der Steuer absetzen, aber nur dann, wenn ich eine Rechnung krieg. Es weiß jeder Trottel - t'schuldigung, aber ich kann mich stundenlang aufregen, in Österreich, wenn ich offiziell eine Dienstleistung mach, muss ich eine Rechnung stellen – das ist so, gesetzlich. Und die [Agentur] sind net fähig, Rechnungen zu stellen. Ich hab zum Beispiel für die Vermittlung, da zahlt man gleich am Anfang mal 100 Euro und ich hab nur den Erlagschein, lautend auf eine Privatperson, bekommen – keine Rechnung. Und ich krieg keine Rechnung. Und dann haben sie gedroht, sie kommen mit Gewalt. „Ich schick Ihnen den Fahrer das nächste Mal!“ Die drohen mit Gewalt – natürlich. Und die meisten Leut sind älter als wir und net so versiert und die zahlen halt brav.“ [A\_1]

Die 24 StundenbetreuerInnen unterschreiben einen Vertrag, der sie sieben Monate lang an die Vermittlungsagentur bindet. Die Auftraggeberin (die Familie der Pflegebedürftigen) zahlt jeder der Betreuerinnen nach ihrem zweiwöchigen Einsatz €1.025 für die 14 Tage und € 100 monatlich an die Vermittlungsagentur. Im Gehalt der Betreuerinnen sind € 144 in den ersten drei Jahren der Selbständigkeit und danach € 240 Mindestbeitragsgrundlage für die Sozialversicherung und € 110 für die Fahrt, die ebenfalls von der Agentur organisiert wird, enthalten. Daher bleiben der Betreuerin für die 14 tägige rund um die Uhr Arbeit in diesem Fallbeispiel € 675, das sind € 48,21 pro Tag. Das Einkommen der selbständig erwerbstätigen Betreuerinnen ist jedoch von den Agenturen abhängig, von denen sie vermittelt werden, daher ist das genannte Arrangement als beispielhaft zu sehen. Die Vermittlungsagentur in diesem Fallbeispiel kooperiert mit einem Transportunternehmen, welches die BetreuerInnen von ihren eigenen Wohnungen zu den Pflegebedürftigen bringt. Im Vertrag zwischen BetreuerIn und Agentur ist festgelegt, dass dieses Transportunternehmen in Anspruch genommen wer-



den muss. Dieser Transport erfolgt jedoch hochgradig gefährlich unter Umgehung gesetzlicher Bestimmungen. Dazu die Angehörige:

„Na, da gibt's a Firma, in der Nähe von B. [Slowakei], da wo sie [die Betreuerin] wohnt und die die fahren mit fünfzig Autos, leider kleineren Autos [PKWs um die Dokumentationspflicht der Fahrtzeiten zu umgehen], so fünf bis sechs-Personen-Autos fast täglich hin und her mit einem Fahrer. Das heißt, ein Fahrer ist 24 Stunden unterwegs. Das sind zehn Stunden [einfache] Fahrt, dann werden die hier überall verteilt, da vergehen auch noch mal vier Stunden – eine ausgeladen, eine eingesammelt und dann fährt er wieder z'ruck. Und es passiert jede Woche mit einem dieser Autos ein schwerer Unfall. Erst letzten Samstag vor zwei Wochen ist in Linz ein Fahrer in einen LKW reingefahren – übermüdet auf der Autobahn. Zwei Leute tot, zwei Pflegerinnen tot. Und das ist eine Firma, die hat mit der Agentur nix zu tun. Und mit dieser Firma fahren viele Agenturen. Also die Pflegerinnen von vielen Agenturen. Und man hat, äh, keine Chance, etwas dagegen zu tun.“ [A\_1]

Die befragte 24 Stundenbetreuerin gibt an, dieses Risiko zu verdrängen, um ihre Arbeit ausführen zu können. Als Grund dafür, warum sie mit einer Vermittlungsagentur und nicht privat arbeitet, erwähnt sie Ängste vor etwaigen Problemen mit Familien im Ausland. Sie erhofft sich Schutz vor der Agentur. Zudem betont sie die Wichtigkeit der Vermittlung eines Arbeitsplatzes, was ihr privat schwerer fallen würde. Die Praxen der Vermittlungsagenturen für 24 Stundenbetreuungskräfte sind daher zu kontrollieren, insbesondere um die BetreuerInnen vor deren Willkür zu schützen. Dazu die Angehörige:

Und das nächste ist, im Grunde müsste es eine halbstaatlich oder, keine Ahnung, Stelle geben, die einerseits diese Agenturen in bissi im Griff hat – sprich', alle Agenturen kennt, dass die [Agentur] immer wieder überprüft wird und man eine Anlaufstelle hat als Konsument, wenn man Schwierigkeiten mit einer Agentur hat – so wie wir. Und unbedingt auch muttersprachliche Beratung für die Pflegerinnen, auch für den Finanzkram, weil ich bin zufällig jemand, der sich relativ gut damit auskennt, zum Beispiel mache ich die Steuer mit ihr [der Betreuerin]. Das ist ein Horror, weil die [Agentur] haben ihnen gesagt, sie brauchen keine Steuererklärung machen. Die J. [Betreuerin] hat gesagt, wie sie angefangen hat und es legal geworden ist, hat man ihnen gesagt, sie brauchen keine Steuer machen. Was passiert ist, dass sie um die Negativsteuer umfallen - logisch. Dann hab ich mir gedacht, so, jetzt mach' ma drei Jahre rückwirkend die Steuer, weil dann kriegt sie wenigstens ein bisserl was für den Ausgleich. Und dann ruf i beim Finanzamt an und frag: „Wie funktioniert das Einkommenssteuer und wollt halt wissen, ob sie [die Betreuerin] das hier [in Österreich] beim Finanzamt machen kann. Der vom Finanzamt hat das überhaupt nicht verstanden, warum ich das für sie machen will, weil sie eh keine Steuer zahlen wird. Dass sie was zurückkriegt, daran hat der gar nicht gedacht!“ [A\_1]

Diese Einblicke in die Organisation der 24 Stundenbetreuung verdeutlichen deren Unregelmäßigkeit. Auf selbständiger Basis sind die ArbeitsmigrantInnen einerseits der Willkür der Vermittlungsagenturen und andererseits der Willkür der Pflegebedürftigen und deren Familien ausgeliefert. Bei selbständiger Erwerbstätigkeit in Privathaushalten herrschen keine Arbeitszeit- und Entgeltregelungen.

Das HBeG wurde im März 2007 als Entwurf vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit vorgestellt und – trotz vielfältiger und vielfacher Einwände – im April desselben Jahres vom Nationalrat beschlossen. Es ist heftig umstritten, zahlreiche Kritikpunkte betreffen ver-

schiedene Ebenen, folgende lassen sich zusammenfassen. Die Frage, ob eine rund um die Uhr Betreuung und Pflege in Privathaushalten überhaupt als selbständige Tätigkeit ausgeführt werden kann oder ob hier nicht vielmehr Scheinselbständigkeit vorliegt. Die Arbeitszeitregelungen bei unselbständiger Tätigkeit (denn bei selbständiger Tätigkeit gibt es diesbezüglich keine Regelungen) stehen im Zentrum der Kritik, sowie die nicht adäquate Anerkennung der Bereitschaftszeiten. Ferner werden das nicht vorhandene Qualifikationsprofil und das unklare Tätigkeitsprofil, sowie die nicht oder nur kaum vorhandenen Kontrollmöglichkeiten der gesetzlichen Bestimmungen und damit einhergehend Sanktionsmöglichkeiten kritisiert (Drott 2009, 48).

Laut der Bundesarbeitskammer sind bei einer 24 Stundenbetreuung die wesentlichsten Kriterien der Arbeitnehmereigenschaft gegeben, nämlich die Verpflichtung zur Erbringung einer Dienstleistung in eigener Person bei Eingliederung in den Betrieb (bzw. in den Privathaushalt) unter grundsätzlicher Bindung an Arbeitszeit, Arbeitsort und an arbeitsbezogene Weisungen. Der Verwaltungsgerichtshof und der Oberste Gerichtshof unterscheiden Selbständigkeit von Unselbständigkeit durch drei weitere Merkmale: das Vorliegen von Unternehmerwagnis und Unternehmerrisiko, das Bestehen von Weisungsgebundenheit sowie die organisatorische Eingliederung der Beschäftigten in den Betrieb der DienstgeberInnen und die wirtschaftliche Abhängigkeit. Wirtschaftliche Abhängigkeit lässt sich laut Sozialausschuss des Nationalrates vor allem in der Beistellung der erforderlichen Betriebsmittel durch ArbeitgeberInnen erklären, was im Falle der Betreuung von Personen in Privathaushalten zutrifft, denn die BetreuerInnen haben in der Regel weder Sachmittel, wie Medikamente oder Heilbehelfe im Handgepäck, noch bringen sie die zur Haushalts- und Lebensführung nötigen Utensilien mit. Eine Person übernimmt ferner ein Unternehmerrisiko, wenn sie ihre Arbeitskraft bzw. ihr Kapital einsetzt, ohne Gewissheit darüber zu haben, ob sie einen Erfolg oder einen Verlust damit erzielen wird. Ein fixes monatliches Einkommen, sowie die Bezahlung nach geleisteten Arbeitsstunden widersprechen demnach dem Unternehmerrisiko. Bei einer unselbständigen Beschäftigung müssen DienstnehmerInnen die Weisungen von DienstgeberInnen befolgen. In der Praxis bedeutet dies, dass für die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person in ihrem Privathaushalt vom Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen Details zu Arbeitszeit, Arbeitsort, Arbeitsfolge bestimmt werden. Für selbständige BetreuerInnen sind solche Regelungen nicht gültig, sie sind nur für DienstnehmerInnen vorgesehen. In der 24 Stundenbetreuung werden sowohl Arbeit als auch Freizeit bei den ArbeitgeberInnen organisiert, die BetreuerInnen sind also organisatorisch bei den DienstgeberInnen eingliedert. Dies widerspricht ebenfalls der Selbständigkeit in der Betreuung und Pflege von Personen (Drott 2009, 51ff). Eine Betreuung im Status der Selbständigkeit ist daher in diesen Fällen von vornherein ausgeschlossen. Da das Selbständigenmodell jedoch das dominante

Modell in der 24 Stundenbetreuung ist, werden die bisherigen prekären und ausbeuterischen Arbeitsbedingungen (uneingeschränkte Arbeitszeiten, keine kollektivvertraglichen Regelungen) gesetzlich legitimiert.

Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass die "Legalisierung" der 24 Stundenbetreuung vom Bund erfolgt ist, jedoch gar nicht in den Zuständigkeitsbereich des Bundes, sondern vielmehr in jenem der Länder liegt. Die herrschende Rechtslage teilt die Verantwortung im Bereich der Pflege und Betreuung nämlich folgendermaßen: Der Bundesgesetzgeber ist für die medizinische Pflege kranker Personen im Zusammenhang mit ärztlicher Betreuung zuständig. Betreuungstätigkeiten mit Schwerpunktsetzung auf soziale Integration (z. B. Erleichterung der Bewältigung des Alterns) werden als Sozialbetreuungsberufe definiert, die von den Ländern geregelt werden (Drott 2009, 71).

Die Variante der unselbständigen Beschäftigung der Kräfte bei den Betreuungsbedürftigen (bzw. deren Angehörigen) erweist sich deshalb als nachteilig, weil sie mit einem hohen administrativen Aufwand für die Familien verbunden sind. ExpertInnen, wie VertreterInnen der Arbeiterkammer regen daher an, als einzig legale Angestelltenvariante jene der Anstellung der 24 StundenbetreuerInnen bei einem gemeinnützigen Trägerverein zu wählen. Trägervereine können als ArbeitgeberInnen nicht nur im Falle einer Dienstverhinderung Abhilfe vermitteln, sondern auch Qualitätssicherungsmaßnahmen anbieten. Zudem können sie für PersonenbetreuerInnen das notwendige Mindestmaß an Schutz vor psychischer oder fachlicher Überforderung durch Supervision oder Ausbildung gewährleisten, sowie die Einhaltung arbeitsrechtlicher und arbeitnehmerschutzrechtlicher Regelungen (Mindestlohn, Urlaub, Entgeltfortzahlung bei Dienstverhinderung, Arbeitszeiten, etc.) sichern. Hinsichtlich der in § 159 Z 6 angeführten Tätigkeit der „Vermittlung und Organisation von Personenbetreuung“ verlangt die Bundesarbeitskammer, dass derartige Tätigkeiten sinnvollerweise von den Trägervereinen durchgeführt werden müssen, da sie aufgrund ihrer Fachkenntnisse und der Sicherung der erforderlichen Qualitätsstandards) allein dazu imstande sind. Eine gewerbliche Arbeitskräfteüberlassung und –vermittlung ist aus deren Sicht in diesem sensiblen Bereich nicht wünschenswert. Für Arbeitsverträge, die direkt mit den betreuten Personen (bzw. deren Angehörigen) abgeschlossen werden, sollte nach Meinung der Bundesarbeitskammer weiterhin das Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz mit dessen Arbeitszeitregelungen uneingeschränkt zur Anwendung kommen (Drott 2009).

Im HBeG wird darauf verwiesen, dass Hausangestellte von der Arbeitszeitrichtlinie der EU ausgenommen sind. Abweichungen und Ausnahmen von dieser Richtlinie sind grundsätzlich zulässig. Jedenfalls gültig ist die EU-Richtlinie jedoch für die Begriffsbestimmungen von Arbeitszeit. Beispielsweise, wenn es um Fragen geht, wie: Was ist Arbeitszeit? Ruhezeit?

Nachtzeit oder Schichtarbeit? Folgende Definition von Arbeitszeit findet sich in der EU-Richtlinie:

„jede Zeitspanne, während der ein Arbeitnehmer gemäß den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder Gepflogenheiten arbeitet, dem Arbeitgeber zur Verfügung steht und seine Tätigkeit ausübt oder Aufgaben wahrnimmt“ (Art 2 (1) 2008/88/EG zit. in: Drott 2009, 62).

Also ist auch Arbeitsbereitschaftszeit als Arbeitszeit zu bewerten, wenn auch in einem geringeren (Entlohnungs-) Ausmaß. Im Hausbetreuungsgesetz § 3 Abs. 2 werden jedoch Zeiten, die als Arbeitsbereitschaft gemäß dieser EU-Richtlinie gelten würden, nicht als Arbeitszeit bewertet. (Drott 2009).

Auch die Bundesarbeitskammer sieht keinen Grund, die über 128 Stunden in zwei Wochen hinausgehenden Bereitschaftszeiten, die in der Nähe der zu betreuenden Person verbracht werden müssen, nicht als Arbeitszeit zu bezeichnen. Denn es handelt sich hierbei weder um eine Freizeit, die in der alleinigen Verfügung der ArbeitnehmerInnen steht, noch um Rufbereitschaft. Rufbereitschaft gilt ja ebenfalls als Freizeit, die nur durch Erreichbarkeit (und Befähigung zur Arbeitsaufnahme binnen nicht allzu langer Frist) eingeschränkt ist, der Aufenthaltsort kann jedoch frei gewählt werden. Weil diese in der 24 Stundenbetreuung vorgesehene Sonderform der Arbeitsbereitschaft stellt durch die räumlichen Einschränkungen einen Eingriff dar, der über eine "normale" Rufbereitschaft hinausgeht. Deshalb muss diese Zeit auch als Arbeitszeit definiert werden. Dadurch wird den Gewerkschaften auch die Gelegenheit geboten, für diese Nicht-Freizeit die angemessene kollektivvertragliche Abgeltung – die typischerweise unterhalb der tatsächlichen Arbeitsleistung liegen wird – zu verhandeln. Würden diese räumlich einschränkende Bereitschaftszeiten jedoch EU-Richtlinienkonform als Arbeitszeiten gerechnet werden, so wäre dies nicht mit der im HBeG vorgesehenen Höchst-arbeitszeit vereinbar, die Grenzen der maximalen Arbeitszeit würden überschritten werden (Drott 2009, 62).

Derzeit lassen sich die Arbeitszeiten von den Ruhezeiten nicht klar unterscheiden, so werden Fälle, wie sie sich in den Arbeitszeiten der befragten 24 StundenbetreuerInnen zeigen legitimiert. Eine Betreuungskraft kann während ihrer zweiwöchigen Arbeitsperiode das Haus der Pflegebedürftigen gar nicht verlassen. Dieser Umstand wird von Betreuungskräften akzeptiert. Eine Befragte:

"Ja, ich hab Recht auf zwei Stunden über den Tag, ich denke, dass das reicht, zwei Stunden. Ich hätte das Recht darauf, wenn ich sage, ich möchte spazieren, aber ich gehe, wenn dann einmal eine halbe Stunde oder so." [24h B1]

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass 24 StundenbetreuerInnen im Ausland oft das gesamte Einkommen für ihre eigenen Familien erwirtschaften. Daher stehen sie in Abhän-

gigkeit zu den AuftraggeberInnen, weswegen sie ihre Ansprüche in der Arbeitspraxis wohl auch nicht immer äußern. Ferner kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle 24 StundenbetreuerInnen um ihr Recht auf tägliche Freizeit wissen.

Die Regelungen der vierzehntägigen Arbeits- und Freizeitperioden impliziert, dass die 24 Stundenbetreuung auf Arbeitskräfte zugeschnitten ist, die lange Anfahrtswege zum Arbeitsort auf sich nehmen müssen, sie ist also für ArbeitsmigrantInnen organisiert. So wird in der Kritik von ExpertInnen am HBeG für eine höhere Flexibilität plädiert (beispielsweise längere Perioden für Kräfte, die nicht aus Nachbarländern kommen oder kürzere Perioden für inländische Arbeitskräfte) (Drott 2009, 58).

Der Wirkungsbereich der Arbeitsinspektion erstreckt sich derzeit nicht auf die privaten Haushalte. Daher erscheint es – insbesondere vor dem Hintergrund der langjährigen Praxis der illegalen Beschäftigung in diesen Territorien – dringend erforderlich, Mittel für eine effiziente Überwachung der Einhaltung der ArbeitnehmerInnenschutzregelungen bei der 24 Stundenbetreuung zu entwickeln. Erforderlich ist eine verfassungskonforme Regelung, die den Schutzinteressen der Privatsphäre in angemessener Art und Weise Rechnung trägt und gleichzeitig sicherstellt, dass auch Arbeitsleistungen im Rahmen der 24 Stundenbetreuung im Haushalt in Hinblick auf Einhaltung der Schutzbestimmungen für ArbeitnehmerInnen routinemäßig überprüft werden. Ohne entsprechende Mechanismen zur Überprüfung der Arbeits- und Wohnbedingungen und Anlaufstellen für die betreuenden Personen bleiben Übertretungen der gesetzlichen Bestimmungen unerkannt. Dies zeigt sich insbesondere am Beispiel der Kompetenzüberschreitungen im Einsatz von 24 Stundenbetreuungskräften. Auch die Ergebnisse der Befragung weisen darauf hin, dass die Vermittlung von Arbeitskräften in der 24 Stundenbetreuung nach wie vor nicht im legalisierten Rahmen erfolgt. Die Angehörige einer Pflegebedürftigen berichtet von der Vermittlung einer 24 Stundenbetreuerin über informelle Kontakte im September 2010 (also nach der Legalisierung der 24 Stundenbetreuung):

"Dann hamma eben von der Sprechstundenhilfe unseres Hausarztes zufällig – die hatte eine Connection, das ist fast wie Schwarzmarkt, kommt mir das vor. Da gibt's eine Gegend in Rumänien – so ganz a hohe Arbeitslosigkeit und die schicken die Leute, die karren die Leute busweise in die Oststeiermark und verteilen die. [...] und ich hab das Gefühl, das ist nicht einmal eine Agentur gewesen. Da gab's eine Ansprechperson, das war eine Pflegerin, die länger schon da [in Österreich] ist und deshalb ein bisserl Deutsch spricht. Zu der haben's mi hingeschickt. Die war in einem Privathaushalt und pflegt dort und dann hab i gesagt, ich brauch jemand. Und dann hat sie mich gefragt, ja was will ich. Naja, dann ich gesagt, sie soll Nichtraucherin sein, ahm, ein bisserl Deutsch können und halt schon Pflegeerfahrung haben. Ja, am Donnerstag kommt jemand. Gut, so läuft das. [...] Die wir da bekommen haben, das war eine junge Frau, die war dreißig, die konnte kein Wort Deutsch, hat nie in ihrem Leben gepflegt vorher, hat einen zehnjährigen Sohn daheim gehabt, wo sie jeden Tag eine Stund' geheult hat vor Heimweh. Die ist bei uns am Tisch gesessen und hat nur geheult – das war entsetzlich. Sowohl für uns als auch für sie. Sie hat nichts verstanden, was ich von ihr wollte. Die Frauen haben ja keine Ahnung, was mit ihnen passiert. Die hätten diese Frauen genauso gut in ein Bordell bringen können. [...] Ich kann Ihnen da ad hoc 15 Leute sagen, die über die [Agentur] die [illegal

organisierten] Pflegerinnen haben, weil die Kosten nur 1.300 im Monat, ich zahl 2.500 mit Agentur." [A\_1]

Die 24 Stundenbetreuung ist also auch nach deren Legalisierung auf verschiedenen Ebenen nicht ausreichend reguliert. Sowohl das Qualifikationsprofil als auch das Tätigkeitsprofil sind unklar angegeben. Durch die vorwiegend selbständige Erwerbsarbeit in Privathaushalten werden arbeitsrechtliche Regelungen und Schutzbestimmungen für die Arbeitskräfte außer Kraft gesetzt. Die damit einhergehende Minderbewertung dieser Arbeit macht sie für einheimische Kräfte unattraktiv, weswegen sie (durch die Regelung des zweiwöchigen Schichtwechsels) auch explizit für ArbeitsmigrantInnen aus den östlichen Nachbarländern mit vergleichsweise hoher Erwerbslosigkeit und niedrigem Lohnniveau konzipiert ist. Geht es um die Frage der Entlastung pflegender Angehöriger, so ist eine 24 Stundenbetreuung nicht immer notwendig. Eine stundenweise oder tageweise Entlastung würde oftmals ausreichen. Die derzeitige Organisation der 24 Stundenbetreuung mit dem zweiwöchigen Schichtwechsel und der live-in Situation ist klar auf eine oszillierende Arbeitsmigration zugeschnitten. Pflegende und betreuende Angehörige würden jedoch oftmals eine stundenweise und niederschwellig zugängliche Entlastung brauchen. Daher müsste die Vermittlung von – wenn auch unqualifizierten – BetreuerInnen flexibilisiert werden. Derzeit bestehen kaum Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, die zeitlich zwischen den punktuellen Einsätzen der Mobilen Dienste und einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung liegen. Die Ergebnisse der Befragung, ausgeführt im letzten Kapitel zeigen jedoch die Relevanz einer arbeitsteilig organisierten Pflege und Betreuung für deren Qualität. Jene Angehörige, die sich für die Übernahme der Pflege und Betreuung entscheiden, bedürfen fachlicher Anleitung und zumindest des Angebotes an leicht zugänglicher, kostenfreier und anonymer psychosozialer Unterstützung. Auch die Regelung, wonach pflegende Angehörige keine Entgeltansprüche haben und hinsichtlich der (ohnehin nicht ausreichenden) Abgeltung ihrer Arbeit durch das Pflegegeld von der Willkür der Pflegebedürftigen abhängig sind, sollte überdacht werden.

Es ist jedoch zunehmend davon auszugehen, dass Angehörige pflegebedürftiger Personen zukünftig eher als „Care Manger“ aufzufassen sind und weniger als „Care Giver“ (exempl. Karrer 2009), sie organisieren die Pflege und Betreuung eher als sie selbst zu übernehmen. Aus diesem Grund bedürfen sie leicht zugänglicher, individueller und kostenloser Beratung hinsichtlich Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Die derzeit zugängliche Fülle an Informationen erweist sich als nicht praktikabel, wenn die Betroffenen sich die für ihre jeweiligen Fälle relevanten in mühsamer Arbeit selbst aussuchen müssen. Die Berücksichtigung derartiger Ansätze zur Entlastung von Angehörigen und 24 StundenbetreuerInnen ist insbesondere deshalb erforderlich, weil sie als Laien eine qualifizierte und verantwortungsvolle Tätigkeit übernehmen und damit überfordert sein können.

## 2 Aufwertung der qualifizierten Pflege und Betreuung

Während auf der einen Seite Laien qualifizierte und verantwortungsvolle Tätigkeiten im Rahmen der Pflege und Betreuung übernehmen, werden gleichzeitig qualifizierte Pflege- und Betreuungsleistungen auf verschiedene Weise minderbewertet. Wie bereits thematisiert, werden sie in ihrer Bereitstellung weitgehend auf deren instrumentelle Aspekte reduziert. Dadurch sinkt die Berufszufriedenheit der Kräfte und damit ihre Verweildauer und die Attraktivität dieser Berufsfelder. Im Folgenden werden unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Befragung des qualifizierten Pflege und Betreuungspersonal mögliche Ansätze zur Aufwertung dieser Arbeit diskutiert, insbesondere auch vor dem Hintergrund der akuten Personalknappheit in diesem Bereich.

### 2.1 Aufnahmeverfahren in der Ausbildung qualifizierter Kräfte

Die interviewten Pflegekräfte wurden nach möglichen Ansätzen für eine Aufwertung der Pflegeberufe gefragt, die diese attraktiver gestalten könnten. Alle Befragten im Bereich der qualifizierten Pflege kritisieren in diesem Zusammenhang zunächst arbeitsmarktpolitische Bestrebungen, Langzeitarbeitslose oder Personen mit Migrationshintergrund für Pflegeberufe zu interessieren. Sie interpretieren diese Regelungen damit, dass für die Berufe im Altenpflege- und Betreuungsbereich keine erforderlichen Eigenschaften oder Kompetenzen angenommen seien, was diese – aus ihrer Sicht – anspruchsvollen Berufe zu „Restposten“ am Arbeitsmarkt degradiert. Eine befragte Fachsozialbetreuerin zu den Voraussetzungen für die Übernahme ihres Berufes:

„Ja, ich meine, ich denke mir nur so, wenn man, es gibt relativ viele Langzeit-Arbeitslose, wenn die jetzt alle so in die Altenpflege gesteckt werden, dann finde ich das nicht richtig, weil ich denke mir, gerade in der Altenpflege und vor allem gerade in der mobilen Pflege ist es wirklich so, dass das wirklich nicht der Beruf ist, sondern Berufung, weil man muss schon irgendwo auch die Freude dazu haben, und man muss das einfach mögen, dass man da jetzt jemanden bei der Körperpflege hilft, das muss einem einfach liegen. Ich kann nicht einfach jemanden, der halt lieber jetzt keinen Beruf hat, da hinein stecken. Weil, das ist nicht irgendwo so ein Abstellgeleise, denke ich. Das wird aber leider schon ein bisschen ja da unterbewertet, kann man sagen. [...] Und ich weiß, es wird schon lange um diesen Berufsstand gekämpft. Dass es endlich ein bisschen mehr Anerkennung gibt und eben, wenn man dann in den Medien hört, dass eben auch alle Arbeitslosen quasi in die Altenpflege gesteckt werden unter Anführungszeichen, dann ist das (...)“  
[FSA\_M]

Die Bestrebungen schwer vermittelbare Personen für die Langzeitpflege zu interessieren wirken sich nicht nur negativ auf die Anerkennung der Pflegeberufe aus, sondern zeigen nach Angaben der Befragten auch fachliche Konsequenzen. Laut der befragten Expertin sind eine psychische Festigung und soziale Kompetenz nötig, um einen Beruf in der Altenpflege zu ergreifen.

Sie geht nicht davon aus, dass Personen, die am Arbeitsmarkt schwer vermittelbar sind, diese Eigenschaften notwendigerweise haben:

„Es liegt an der sozialen Kompetenz, am Zugang zu Menschen, der [die potenzielle Altenpflegekraft] muss offen sein, der muss auf Menschen zugehen können. Es geht [in der derzeitigen Ausbildung von Pflegekräften] um die Quantität und nicht mehr um die Qualität, das wissen wir und deshalb sind ja viele auch so frustriert. Diese Ausbildung kostet ja viel Geld und es bilden ja auch verschiedene Institutionen aus. Es gibt auch Privatanbieter, die Kurse abhalten und jeden aufnehmen, der dann in der Pflege arbeitet, Langzeitarbeitslose. Ich spreche jetzt nicht von jenen die unverschuldet reinkommen, es gibt also andere auch, ich möchte sie jetzt nicht verdammten. Aber auch da gibt es besondere Personen, die wirklich nicht geeignet sind für die Pflege, eben aus dem Milieu aus dem sie kommen: Alkoholabusus, Nikotinabusus, Drogensucht vielleicht, das ist nicht geeignet für die Pflege. [...] Weil es ist ja nicht ein Dienst an einer toten Materie, sondern an einem Menschen und an seiner Geschichte und seiner Biographie und der ist aber krank und ein alter Mensch, hat man früher immer gesagt, das sind jetzt Klienten, aber eigentlich sind es Patienten, die im Altenheim sind, weil sie sind einfach multimorbid, sie haben verschiedene Erkrankungen, manche weiß man noch gar nicht.“ [DGKS\_E]

Die Fachkenntnis zum Umgang mit diesen Personen und ihren Krankheitsbildern wird in der Ausbildung erlernt, jedoch gehören zur langfristigen Ausübung dieser Arbeit nach Meinung der Befragten auch Charaktereigenschaften im Sinne einer gefestigten Persönlichkeit, die schwerlich erlernbar sind und Langzeitarbeitslosen nicht zugeschrieben werden. Dazu die Expertin:

„Selbständige und gestandene Personen kommen nur ganz wenig in den Altenpflegebereich, eher die, die überall anders abgelehnt worden sind. Wie wollen die dann [als DGKS/P] eine Heimhilfe oder eine Pflegehilfe führen, die vorher schon zimal gestrauchelt sind, dann endlich über das AMS dann in die Altenpflege rein gekommen sind? Ich will nicht alle in einen Topf werfen, aber der Großteil ist so. [...] Aufnahmekriterien, das haben nicht alle Schulen gleich, das weiß ich von Wien, die nehmen nicht alle auf. Aber da [in der Steiermark] ist es jetzt so. Es wird davon ausgegangen, dass alles unterrichtet werden kann. Das stimmt nicht! Da geht es ja nicht mehr um die Qualität, sondern nur ausbilden, ausbilden, ausbilden.“ [DGKS\_E]

Die befragte Expertin setzt die Negierung von sozialen Kompetenzen in der Ausbildung des Pflege- und Betreuungspersonals in den Zusammenhang mit gesellschaftlichen Auffassungen von der Altenpflege:

„Es wird immer nur von einfachen, aber auch von gebildeten Menschen, die sich nicht damit auseinandersetzen, reduziert auf Inkontinenzpflege. Und nicht, dass das viel mehr ist, die Kommunikation das braucht so sensible Menschen (...). Menschen, die mit sich selbst im Reinen sind, die gelassen sind, die sich auf die Stufe dieses Menschen stellen und ihn nicht verändern wollen, ihn so annehmen wie er ist und das kann nur eine reife Persönlichkeit, die enorm viele Fachkompetenzen hat, damit sie versteht warum der jetzt diese kognitiven Einbußen hat, dass er retardiert auf frühere Verhaltensstufen, bis zur Urkommunikation, die Verhaltensstufe eines Säuglings. Aber er ist trotzdem ein Mensch mit vielen, vielen Erfahrungen, der einen Erfahrungsschatz hat, er ist immer ein Erwachsener und niemals ein Kind, wenn er sich auch so verhält. Und da braucht es natürlich das eigene Hirn, das man einschaltet“ [DGKS\_E]

Eine Heimhilfe zu den unklaren Aufnahmeverfahren in der Ausbildung:

„Es hat Leute gegeben, die haben ein Vorpraktikum absolvieren müssen, bevor sie überhaupt angefangen haben [mit der Ausbildung] – andere wieder nicht. Wie das genau bewertet wird,



kann ich leider nicht beantworten. Es hat schon auch ein Gespräch gegeben – bei diesem Auswahlverfahren, aber war auch bei jedem unterschiedlich. Ich hab nur ein Vier-Augen-Gespräch gehabt, so was ich vorher beruflich gemacht hab' und andere haben erzählt, die haben jemanden unterstützen sollen beim Pullover Anziehen zum Beispiel.“ [HH\_M]

Bestrebungen, Personen in die Pflege- und Betreuungsberufe zu integrieren, die am Arbeitsmarkt schwer vermittelbar sind, zeigen also die geringe Bedeutung der qualifizierten Altenpflege. Als Folge der quantitativen Orientierung in der Ausbildung möglichst vieler Kräfte, auch solcher, die für diese Berufsfelder ungeeignet sind, wird von den Befragten die geringe Verweildauer in diesen Berufen genannt. Folgt man dieser Annahme, kann davon ausgegangen werden, dass die kostenintensive Ausbildung von Pflegekräften das Problem der Personalknappheit in diesen Berufsfeldern nicht lösen wird. Vielmehr müssten – im Sinne einer langfristigen Perspektive – standardisierte Aufnahmeverfahren in der Ausbildung der Pflege- und Betreuungskräfte eingeführt werden, die auch die Persönlichkeit der InteressentInnen berücksichtigen. Jedoch scheint es in diesem Zusammenhang bedeutsam, zunächst an den Gründen für die geringe Attraktivität dieser Berufe anzusetzen, in dem die Arbeitsbedingungen der qualifizierten Pflege und Betreuung verbessert werden. Dies kann durch die Berücksichtigung der kommunikativen Arbeit und der Fähigkeiten und Kompetenzen im Bereich Interaktionen erfolgen.

## *2. 2 Integration kommunikativer Arbeit in die Pflegeplanung und die Bereitstellung von Pflegepersonal*

In der Darstellung der verschiedenen Berufsgruppen im ersten Teil des Kap. III wurde auf das Qualifikations- und Tätigkeitsprofil von Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit eingegangen. Die Ausführungen zeigen, dass diese Kräfte in der Kommunikation und Sozialbetreuung hochaltriger Personen ausgebildet sind. In der Praxis werden diese Kräfte jedoch vorwiegend als Pflegehilfen (die Pflegehilfe ist Teil der Ausbildung für Fachsozialbetreuerinnen) eingesetzt: sie unterstützen bei der Körperpflege, bei der Dauerkathederpflege, der Nahrungsaufnahme und arbeiten im Bereich der Mobilisation. Eine befragte Fachsozialbetreuerin beschreibt ihr Tätigkeitsprofil:

„Grundkörperpflege ist einfach waschen, also Hilfe beim Duschen zum Beispiel oder beim Waschen, dann die Mobilisation, das heißt wenn jemand bettlägerig ist zum Beispiel, dass ich dem aus dem Bett heraus helfe, in den Rollstuhl transferier, dann jemand, der ein bisserl gehbehindert ist, dass ich mit dem Gehübungen mache oder mit ihm ein wenig spazieren gehe, Stiegen steige, das ist die Mobilisation, das gehört dazu, dann teilweise Ernährungsberatung ja und ein bisserl eine Umfeldarbeit im Haus. Bei manchen machen wir auch den Haushalt ein bisserl mit, so gewisse Haushaltstätigkeiten wie Betten machen, Leibstuhl ausleeren, wenn wir halt, das ist manchmal zu unserer Betreuung in der Früh, Frühstück richten, manchmal Tabletten geben, das machen wir auch mit, also für reine Haushaltstätigkeiten sind eben die Heimhilfen.“ [FSA\_M].

Die sozialen Kompetenzen der Fachsozialbetreuung werden in der Praxis kaum genutzt und die Anerkennung dieser Ausbildung ist prekär.

„Das wird überhaupt gar nicht anerkannt, der Sozialarbeiter wird ja nicht anerkannt. Fachsozialarbeiter, in der Steiermark wird der schon anerkannt, da krieg ich € 100 mehr, aber in Kärnten nicht. Also z.B. so wie ich, ich hab die Ausbildung [als Fachsozialbetreuerin], aber die wird nicht anerkannt. Ich krieg deswegen nicht mehr Geld [als eine Pflegehilfe] noch sonst irgendwas. Dabei haben sie jetzt in Kärnten angefangen, jetzt machen sie den diplomierten Fachsozialarbeiter, jetzt kann ich schon Diplom machen. Jetzt ist der Fachsozialarbeiter noch nicht anerkannt, jetzt kannst du schon das Diplom machen: ja für was denn?“ [FSA\_S]

Die sozialen und kommunikativen Aspekte der Altenbetreuung werden weder formal anerkannt, noch bleibt in der Praxis die Zeit, die einschlägigen Kompetenzen anzuwenden. Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit lernen die Bedeutung der Biografiearbeit mit alten Menschen. Das Eingehen auf deren biografischen Hintergrund kann die Pflegemaßnahmen erleichtern und demenzkranken Personen Orientierung geben, dies zeigt die Literatur der Pflegewissenschaften (exempl. Rainer/Krüger-Rainer 2003, 223).

Beispielsweise prägen die heutige Generation der Pflegebedürftigen die Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegszeit. Diese können die Bedeutung der Geldbörse oder bestimmter Nahrungsmittel für Pflegebedürftige erklären. Pflegebedürftigen Personen kann in diesem Zusammenhang durch einfache Maßnahmen Sicherheit vermittelt werden (z. B. ein eigener Zimmer- oder Schrankschlüssel). Insbesondere beim Eintritt der Pflegebedürftigkeit fühlen sich hochaltrige Menschen oft nutzlos, hier kann von einschlägig ausgebildeten Pflege- und Betreuungskräften auf die Aufbauarbeit der Nachkriegszeit verwiesen werden, um das beeinträchtigte Selbstwertgefühl durch den Verweis auf vergangene Leistungen zu stärken.

Nach Angaben der befragten Fachsozialbetreuerin im stationären Bereich, sind jedoch vorwiegend körperbezogene Informationen und Bedürfnisse in der Pflegeplanung verankert. Biografische Informationen über die HeimbewohnerInnen werden informell und unorganisiert von Pflegekraft zu Pflegekraft weitergegeben, wobei es im Engagement der einzelnen liegt, auf diese in der knappen Betreuungszeit pro BewohnerIn einzugehen. Nach Meinung der Befragten müssten individuelle soziale und kommunikative Bedürfnisse der Pflege- und Betreuungsbedürftigen ebenso in die Pflegeplanung integriert werden:

„Bei der Pflege, da haben sie ja den Pflegeplan und nach der Pflegeplanung arbeitest du und das steht drinnen, so ist der zu pflegen, das und das ist zu machen. Aber rein das Soziale: Ich sag' beim Sozialen müsste genau so eine Pflegeplanung da sein, dass das soziale komplett drinnen steht: Erstens einmal die ganzen Krankheitsbilder, Demenz usw., dann wär auch wichtig, dass die ganzen Biographien drin stehen: vom Leben, von der Kindheit weg, das berufliche und alles wie das Leben war. Und dann könnte man sich nach dem richten: wie du den pflegst, wie du auf den zu gehst. Dass jeder Betreuer z.B. in den Computer schaut, die Pflegeplanung, das soziale, die psychische, und dann nach dem arbeitet. Das ist einfach alles auf das Soziale, das hat mit den Krankheitsbildern und so nichts zu tun, das war einfach sein Leben, was halt die ganze Beschäftigung und alles war. Oft sagen sie „Ich tu nichts arbeiten, ich bin ein Krüppel!“ Der fühlt sich so wie ein Nichtsnutz und das müsste man alles einmal bewerten [die Be-

treuungsarbeit], dass müsste dann im Computer drinnen sein, damit du als Pflegeperson weit besser auf das Soziale eingehen kannst. Oder wenn sie sagen „Ich steh nicht auf, lass mich sitzen, ich bin eh für nichts“ [FSA\_S]

Dieses Zitat zeigt, dass es durchaus möglich ist, die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung zu standardisieren, was letztlich auch in diesem Bereich Effizienzsteigerungen möglich machen könnte. Es sollte daher eine Umorientierung in der Betrachtung pflegebedürftiger Personen kommen, die nicht mehr deren körperliche Bedürfnisse als dominant annimmt, sondern auch deren soziale und kommunikative Bedürfnisse berücksichtigt. Werden nur die körperlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in der Pflegeplanung berücksichtigt, so herrsche nach Angaben der Befragten eine so genannte „sauber-satt-Pflege“. Dies wirkt sich nicht nur auf die Qualität der Betreuungs- und Pflegeleistungen aus, sondern vor allem auch auf die Berufszufriedenheit des Personals, was eine kurze Verweildauer der Pflegekräfte in ihrem Feld erklären kann.

„Naja, das [die kommunikativen Aspekte und die Biografiearbeit] lernst du schon in der Ausbildung, nur können wir das eh nicht umsetzen, weil wir zu wenig Personal haben. Das ist das. Und ich sag ja, das sollte mehr aufgewertet werden, aber wer gibt dir schon mehr Personal, es kommt eher noch weniger Personal. Ja, weil denk einmal nach: wie viele Ausbildungen es gibt für Pflegehelfer, wie das angepriesen wird weil zu wenige Pflegehelfer sind und wenn du dir jetzt den Schnitt ausrechnest, von den ganzen Ausgebildeten: wo sind die denn hingekommen? Die fangen an und dann gehen sie wieder weg, was anderes arbeiten, die bleiben nicht in dem Beruf, das ist es.“ [FSA\_S]

Als wesentliches Hindernis der Professionalisierung personenbezogener sozialer Dienstleistungen gilt also die mangelnde Berücksichtigung der Interaktionsanforderungen. Unverzichtbar sind daher berufspolitische Konzepte, die auf eine Entmystifizierung dieser kommunikativen Tätigkeiten abzielen. Die Pflegewissenschaften entwickeln derartige Konzepte, diese müssten auch in die Pflegeplanung Eingang finden. Erfolgt diese Integration nicht, werden die kommunikativen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen negiert, die Pflege auf ihren instrumentellen Teil reduziert und die kommunikativen Kompetenzen als unqualifiziert ausgewiesen. Als Konsequenz gelten Burn-Out, eine geringe Verweildauer des qualifizierten Personals und damit Personalengpässe. Ein weiterer vielfach vernachlässigter Aspekt in der Organisation der qualifizierten Pflege und Betreuung ist deren reaktivierende Funktion.

### *2. 3 Reaktivierende und zustandserhaltende Aspekte der Pflege*

Gefragt nach möglichen Ansätzen zur Aufwertung im Sinne einer Professionalisierung der Pflegeberufe geben alle in dieser Studie Befragten an, dass eine Akademisierung aus ihrer Sicht nicht notwendig wäre. Vielmehr werden von den Befragten aus ihrer Sicht problematische Bilder erwähnt, welche von der Altenpflege in der Öffentlichkeit herrschen. Dazu eine befragte diplomierte Pflegekraft, welche KrankenpflegerInnen ausbildet:

„Das [Bild von der Altenpflege], das so negativ besetzt ist, dass die Jugend sich sagt: nein im Altenheim möchte ich nie arbeiten, da wirst du nur ausgepowert, da musst du nur Gesäßreinigungen durchführen, weil die Leute alle inkontinent sind, die sind desorientiert, keiner kennt sich aus und du arbeitest nur mit Pflegehelfern, weil es gibt nur eine Schwester auf der Station, es geht drunter und drüber (...) weil sie eben so überlastet sind.“ [DGKS\_E]

Nicht nur in der Organisation der Altenpflege und –betreuung, sondern auch in den Bildern von dieser Arbeit ist die Grundpflege und damit die Deckung körperlicher Bedürfnisse dominant. Diese gesellschaftlichen Bilder von der Pflegearbeit, die sich auch in deren Organisation zeigen, könnten die mangelnde Attraktivität dieser Berufe nach Meinung der Befragten erklären. Dazu eine Fachsozialbetreuerin:

„Aber viele scheuen vielleicht eben einfach davor, jemanden, also alte Leute zu betreuen und weil sie sich vielleicht denken, dass ist nicht so Klasse, wenn alte Leute vielleicht dann wieder inkontinent werden, ist es vielleicht für viele Junge ein Problem, jemandem beim Waschen zu helfen, jemandem Erwachsenen. Bei einem Kind würden sie sich vielleicht leichter tun.“ [FSA\_M]

Die Altenpflege wird also nach Meinung der Befragten in der Öffentlichkeit oft auf die Inkontinenzversorgung reduziert, was sie als Berufsfeld unattraktiv macht. Die reaktivierenden und zustandserhaltenden Aspekte der Pflege und Betreuung, die darauf abzielen, die Selbständigkeit der Pflege- und Betreuungsbedürftigen so lange wie möglich zu erhalten, werden nicht adäquat bewertet. Dazu auch die befragte Heimhilfe:

„Aber es ist halt die Anerkennung, die man vom Umfeld kriegt, ist halt nicht so [...]die Umgebung, die damit eigentlich nix zu tun haben, da gehört es aufgewertet. [...] In der Pflege gibt es Tätigkeiten, die in der Allgemeinheit begrenzt sichtbar sind, sag ich einmal. Das ist zum Beispiel, wie Sie das vorher genannt haben, man wickelt jemanden. Für die meisten ist Pflegehilfe, dass man jemanden wickelt. Aber das da viel mehr dazugehört, dass man zuerst schon versucht, wenn es halt geht, zu schauen, dass jemand, so lang er das machen kann, so lang der Körper mittut, dass er selber auf die Toilette gehen kann. Dass das schon auch ein langer Prozess ist bis jemand wirklich dann so weit ist, dass er es nicht mehr kann. An das denken viele nicht, dass es darum geht, die Selbständigkeit zu erhalten, es ist ja auch sein zu Hause, es soll in seinem Sinne sein und das wollen wir unterstützen. Wir [Heimhilfen] sind jetzt nicht Putzfrauen, sag ich jetzt einmal.“ [HH\_M]

Die Qualifikation und Fähigkeit, den Zustand der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen so lange wie möglich zu erhalten oder im Rahmen einer reaktivierenden Pflege zu verbessern wird als zentrales Merkmal der qualifizierten Pflege genannt. Das befragte Personal identifiziert sich im Sinne einer adäquaten Bewertung seiner Arbeit mit diesen Qualifikationen und Fähigkeiten. Diese werden jedoch in der Öffentlichkeit nicht sichtbar gemacht und durch die Organisation des Pflegegeldes nicht gefördert. Reaktivierende Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sind zeitintensiver als instrumentelle und versorgungsspezifische Handlungen. Der Erfolg reaktivierender Pflegemaßnahmen wirkt sich jedoch nicht nur auf den Gesundheitszustand der Betreuungs- und Pflegebedürftigen aus (und kann eine kostenintensivere

stationäre Betreuung zeitlich hinauszögern), sondern auch auf die Berufszufriedenheit des Personals:

„Es ist oft, wenn sie oft vom Krankenhaus zurückkommen, dass sie halt recht schlecht beinander oder bettlägerig sind. Wenn man sie soweit bringt, dass sie dann wieder mobil werden, dann ist das großartig. Dann hat man da schon sehr viel geleistet. Und wenn man das dann halten kann, dann ist das schon toll. Und wir schauen eben, dass sie möglichst viel noch selbstständig machen können oder auch wieder können. Sie zur Selbstständigkeit eben bringen wieder. Und eben dass sie auch das Gefühl haben, sie sind, sie werden gebraucht, sie sind wichtig. Auch wenn Sie nicht mehr viel machen können, aber wenn sie eben noch eine Schürze umhängen und vielleicht noch drei Häferl selber abwaschen, dann werden sie noch gebraucht. Dann haben sie das Gefühl, sie sind noch nützlich. Und das muss man ihnen auch lassen. Es dauert dann oft ein bisserl länger, wenn sie es selber machen, aber es fördert halt die Selbstständigkeit noch ein bisserl. Und es ist halt oft schwierig, wenn man denkt, eigentlich wär' ich schneller, wenn ich die drei Knöpfe zumache, aber es lasst sich ja doch noch selber machen. Das ist halt oft ein Geduldsspiel auch.“ [FSA\_M]

Ein ökonomischer Zugang zur qualifizierten Pflege und Betreuung, der herkömmlichen Maßnahmen von Effizienz unterliegt, ist mit einer reaktivierenden Pflege und Betreuung nicht vereinbar. Die reaktivierenden und zustandserhaltenden Aspekte einer qualifizierten Pflege und Betreuung insbesondere in Privathaushalten können jedoch nicht nur den Zustand der KlientInnen verbessern und erhalten, sondern vielmehr auch die für das Sozialsystem wesentlich teurere Variante der stationären Pflege hinauszögern. Insbesondere für das fachliche Selbstverständnis der qualifizierten Pflegekräfte ist die Betonung der reaktivierenden und zustandserhaltenden Aspekte ihrer Arbeit zentral. Sie empfinden es als eine Art Eingriff in ihr Berufsverständnis, wenn die qualifizierte Pflege und Betreuung diskursiv und auch in ihrer Organisation auf die Grundpflege (in diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Inkontinenzversorgung verwiesen) reduziert wird. Durch die Wahrnehmbarkeit von Erfolgserlebnissen im Sinne von Fortschritten im Zuge einer reaktivierenden Pflege und Betreuung wird auch die Berufszufriedenheit des qualifizierten Pflegepersonals – und damit auch die Verweildauer – in diesen Berufsfeldern erhöht.

## **Resümee**

Die Ausführungen in diesem Kapitel bildeten die organisationsspezifische Ergänzung zur konzeptionellen Arbeit am Gegenstand der Altenpflege und Betreuung. Während in Kap. V die Spezifika dieser Arbeit als personenbezogene, soziale Dienstleistung in unterschiedlichen Qualifikationsstufen herausgearbeitet wurden, ging es hier darum, stärker auf die Organisation von Pflege und Betreuungsarbeit einzugehen, um Ansätze für die Entlastung unqualifizierter Pflege- und Betreuungskräfte, sowie solche für die Aufwertung der qualifizierten Pflegemaßnahmen zu diskutieren.

Die Ergebnisse zeigen die Konsequenzen einer konstruierten Dichotomie einer „ganzheitlichen“ (nicht-arbeitsteiligen) Pflege und Betreuung in Privathaushalten durch Angehörige und

24 Stundenbetreuungskräfte auf der einen Seite, die mit einer hohen Verantwortung für die Pflegenden einhergeht und einer auf instrumentelle und versorgungsspezifische Aspekte reduzierten – arbeitsteilig organisierten – qualifizierten Pflege und Betreuung mit klar definierten Verantwortungsbereichen auf der anderen Seite. Die „ganzheitliche“ Form der Pflege und Betreuung geht mit unregulierten Arbeitszeiten einher und wird entweder nicht bezahlt oder unterbezahlt.

Diese Dichotomisierung geht mit einer Negierung der Bedeutung der kommunikativen und sozialen Aspekte der Pflege und Betreuung auf unterschiedliche Art und Weise einher. In der ganzheitlichen Laienpflege werden diese Aspekte als unqualifiziert ausgewiesen. Während LaienpflegerInnen im Bereich der instrumentellen Aspekte der Pflege und Betreuung auf (teilweise selbst zu finanzierende) qualifizierte mobile Dienste zurückgreifen können, bleiben sie hinsichtlich der kommunikativen Aspekte in der Regel auf sich alleine gestellt. So wie die 24 Stundenbetreuung derzeit organisiert ist, werden nicht einmal Sprachkenntnisse – als Grundvoraussetzung von Kommunikationsarbeit – als notwendig erachtet, geschweige denn die spezifischen Kommunikationsfähigkeiten, beispielsweise im Umgang mit Demenzkranken. Die qualifizierte Pflege und Betreuung wird wiederum in ihrer Organisation auf ihre instrumentellen Aspekte reduziert. Die Versorgung des Körpers der Pflege- und Betreuungsbedürftigen spielt eine größere Rolle als die Deckung emotionaler und kommunikativer Bedürfnisse von Hochaltrigen. Diese Begrenzung der Betrachtungsweise qualifizierter Pflege zeigt am Beispiel von Demenzkranken, die die straff organisierten Betreuungstätigkeiten im Rahmen der dafür vorgegebenen Zeiten stören können. Die Reduktion der qualifizierten Pflege auf ihre instrumentellen und versorgungsspezifischen Aspekte in deren Organisation und Finanzierung senkt die Berufszufriedenheit und die Verweildauer des Personals und kann zu Burnout führen. Die diskursive Reduktion der qualifizierten Aspekte auf ihre instrumentellen Aspekte bewirkt die mangelnde Attraktivität dieser Berufsfelder und einen akuten Personalmangel. Die folgenden Ausführungen fassen die durch die Befragung identifizierten Ansätze nach den verschiedenen Qualifikationsstufen zusammen.

Folgende Ansätze zur Aufwertung der qualifizierten Pflege und Betreuungsberufe wurden anhand der Befragung identifiziert:

- Einführung von österreichweit einheitlichen Aufnahmevoraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung im Bereich der Pflege- und Fachsozialbetreuungsberufe.
- Integration der kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung in die Pflegeplanung unter Berücksichtigung der Kenntnisse und Methoden der Pflegewissenschaften (z. B. Biografiearbeit).
- Berücksichtigung der psychischen und sozialen Bedürfnisse hochaltriger Personen im Personalschlüssel für die stationäre Pflege und Betreuung.

- Sichtbarmachung und Belohnung reaktivierender Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (etwa durch das Pflegegeld)

Folgende Ansätze zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Aufwertung der Laienpflege wurden anhand der Befragung identifiziert:

- Betrachtungsweise von pflegenden Angehörigen als Care-Manager und weniger als Care-Giver: Einführung von leicht zugänglichen, kostenfreien und unabhängigen Beratungsangeboten für (potenziell) pflegende Angehörige. Informationen sind zwar zugänglich, diese müssen jedoch in mühevoller Arbeit von den Betroffenen erarbeitet werden. Aus der bestehenden Fülle an Informationen sind jene herauszufiltern, die für den Einzelfall relevant sind. Die Beratungsleistungen der Trägerorganisationen der Mobilen Dienste sind zwar leicht zugänglich, jedoch nicht kostenfrei und sie werden von den Befragten auch nicht als unabhängig gesehen.
- Kostenfreie, leicht zugängliche und anonyme psychosoziale Beratung für pflegende Angehörige.
- Kostenfreie und leicht zugängliche fachliche Beratung von pflegenden Angehörigen zu pflege- und betreuungsrelevanten Fragen, wie beispielsweise: Wie aufwändig kann die Übernahme der innerfamiliären Pflege und Betreuung werden? Welche Herausforderungen können dabei entstehen? Wie erfolgt Dekubitusprophylaxe? Worauf ist im Umgang mit demenzkranken Personen zu achten?
- Stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger durch die flexible Vermittlung von BetreuerInnen. Derzeit gibt es kein Angebot für die häusliche Pflege und Betreuung zwischen den punktuellen Einsätzen mobiler Dienste und der 24 Stundenbetreuung. Die stundenweisen Einsätze in Privathaushalten, die auch mit fürsorglichen Anwesenheiten einhergehen, könnten diese Betreuungsberufe auch für Einheimische attraktiver machen.
- Vermittlung von 24 StundenbetreuerInnen über gemeinnützige Trägerorganisationen, die die Qualifikationen der BetreuerInnen mit dem Betreuungs- und Pflegebedarf der KlientInnen abgleichen können.
- Eine leicht zugängliche, kostenfreie und muttersprachliche Beratung für 24 StundenbetreuerInnen.

Diese und andere Maßnahmen sind deshalb nötig, weil sie die Bereitschaft (qualifizierte oder unqualifizierte) Pflege- und Betreuungsarbeit durchzuführen, erhalten könnten. Es ist davon auszugehen, dass die innerfamiliäre Betreuung und Pflege weiterhin abnehmen wird. Ferner ist davon auszugehen, dass die 24 Stundenbetreuung für ArbeitsmigrantInnen aus den östli-

chen Nachbarländern langfristig attraktiv bleiben wird. Die Arbeitsbeschränkungen für EU-BürgerInnen, auch aus den meisten östlichen Nachbarländern wurden bereits aufgehoben und es ist nicht davon auszugehen, dass das Lohngefälle zwischen östlichen und westlichen EU-Ländern in seiner derzeitigen Form langfristig bestehen bleiben wird. Im Bereich der qualifizierten Altenpflege und Betreuung herrscht bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein akuter Personalmangel. Die Pflege- und Betreuungsarbeit ist auch in ihrer qualifizierten und regulierten Form nicht attraktiv. Kurzfristig konzipierte Maßnahmen wie die Gewinnung von am Arbeitsmarkt schwer vermittelbaren Personen für die Pflegeberufe werden sich langfristig ohne Änderung der Arbeitsbedingungen in diesem Feld nicht als zielführend erweisen.



## **Schlussfolgerungen und Ausblick**

Die Pflege- und Betreuung hochaltriger und langzeitpflegebedürftiger Personen ist nach wie vor in Privathaushalten verortet. Diese Verortung besteht einerseits konzeptuell, weil die innerfamiliäre Pflege und Betreuung in öffentlichen Diskursen weitgehend unsichtbar ist und andererseits empirisch, weil zwischen 70 und 80 Prozent der Pflege- und Betreuungsbedürftigen in Privathaushalten von Angehörigen betreut werden. Die Zugänge zur Arbeit in Privathaushalten aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen weisen auf die Verknüpfung des Privathaushaltes mit Emotionen und Intimität hin und die Haus- und Betreuungsarbeit als altruistisches und moralisches Handeln aus. Haus- und Betreuungsarbeit wird als Zivilisationsarbeit begriffen, als solche ist sie mit der menschlichen Existenz in zivilisierten Gesellschaften verknüpft. Die mit der Industrialisierung und dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft entstehende Trennung von Produktions- und Reproduktionsbereich und die zugehörige Verknüpfung des Territoriums der Privatheit mit der Rolle der Frau, sowie der Öffentlichkeit mit der Rolle der Männer ist für Gesellschaften gekennzeichnet, in denen der Produktionssektor dominiert. In solchen Konstellationen ist die familiäre Langzeitbetreuung möglich und aus solchen Kontexten heraus entstand diese Form.

Mit der steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen im Zusammenhang mit der niedrigeren Fertilitätsrate und der steigenden Mobilität kommt es zu einer Erosion dieser Arrangements von Pflegearbeit. Die Bereitschaft und auch die Möglichkeit zur Übernahme der familiären Betreuung und Pflege sinken, gleichzeitig entsteht durch den medizinischen Fortschritt eine größere Nachfrage. Mit dem Bedeutungszuwachs des Dienstleistungssektors werden Altenpflege- und Betreuungstätigkeiten auch von Beiträgen zur feministischen Ökonomie als personenbezogene Dienstleistungen diskutiert. Dabei werden Spezifika identifiziert, die diese nicht mit herkömmlichen Dienstleistungsberufen vergleichbar machen und deren Vermarktlichung erschweren. Zentral in diesem Zusammenhang ist die eingeschränkte Autonomie der KonsumentInnen von Pflege- und Betreuungsleistungen. So werden Pflege- und Betreuungshandlungen als zweifache Dienstleistungen konzipiert, die einerseits aus einem instrumentellen Aspekt der Versorgung und andererseits aus einem kommunikativen Aspekt der Betreuung bestehen. Letzterer wird insbesondere im Bereich der familiären Pflege als Ausdruck einer intrinsischen Motivation aufgefasst und unabhängig von der Ausformung der Pflege- und Betreuungsarbeit als nicht-vermarktbar. Weil Dienstleistungen insbesondere im Rahmen der Langzeitpflege an Beziehungsarbeit geknüpft sind, wird davon ausgegangen, dass die Anzahl an betreuungsbedürftigen Personen pro DienstleisterIn beschränkt ist, um die Qualität der Betreuung zu gewährleisten. Hier herrscht ein Widerspruch zu in der Ökonomie vorherrschenden Effizienzkriterien. In der Organisation von personenbezogenen sozi-

alen Dienstleistungen der Altenpflege wird diesem Widerspruch insofern begegnet, als dass die qualifizierte Pflege und Betreuung im weitesten Sinn auf ihre instrumentellen Aspekte reduziert wird. Die Anbieterorganisationen von qualifizierten Pflege- und Betreuungsdiensten sind mit ökonomischen Maßstäben der Bewertung ihrer Leistungen konfrontiert, die wenig Anreize für eine kommunikative und reaktivierende Pflege und Betreuung bieten, sondern vielmehr eine versorgungsspezifische Pflege belohnen. Die kommunikativen Aspekte dieser Arbeit werden – wie in Beiträgen zur feministischen Ökonomie auch – als nicht-vermarktbar gedeutet. Vor diesem Hintergrund war es das Ziel der Studie zunächst auf einer konzeptuellen Ebene die Spezifika der Langzeitpflege- und Betreuung als soziale, personenbezogene Dienstleistung zu erfassen. Bisherige Beiträge, die sich dieses Ziel setzten, fokussierten auf die innerfamiliäre Pflege und Betreuung. Im Rahmen der vorliegenden Studie sollten am Beispiel der Spezifika der qualifizierten Pflege und Betreuung Anregungen für die Bewertung der innerfamiliären Pflege und Betreuung gefunden werden. Als zentraler Anknüpfungspunkt in diesem Zusammenhang stellten sich die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung heraus. Die Befragung des qualifizierten Pflege- und Betreuungspersonals weist – nicht zuletzt unter Berücksichtigung der Erkenntnisse und Methoden der Pflegewissenschaften – auf die Vermarktbarkeit der kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung hin. Sie sind keineswegs unteilbar, wie in Beiträgen zur feministischen Ökonomie am Beispiel der innerfamiliären Pflege und Betreuung thematisiert, sondern essentieller Teil einer qualifizierten Pflege und Betreuung. Insbesondere die Langzeitpflege als personenbezogene Dienstleistung ist mit der Überschreitung von Peinlichkeits- und Schamschwellen, sowie mit Krankheit und Tod eng verknüpft, daher sind qualifizierte Kommunikationsleistungen hier zentral. Die Kommunikationsleistungen können insbesondere im Fall von Demenzerkrankungen (beispielsweise durch Biografiearbeit) oft die instrumentellen Aspekte der Arbeit erst ermöglichen. Daher erfordert die Pflege- und Betreuungsarbeit auch ein gewisses Ausmaß an Vertrauen von Seiten der KonsumentInnen und – wie in anderen Dienstleistungen auch – deren Mitarbeit. Langzeitpflege und –betreuungsarbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit und erst in zweiter Linie Versorgungsarbeit. Diese Beziehungsarbeit ist jedoch nicht notwendig der Ausdruck einer fürsorglichen oder pflegenden ethischen Einstellung der DienstleisterInnen, sondern gehört zum methodischen Spektrum der qualifizierten Pflege und Betreuung.

Die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie weisen also auf einer konzeptionellen Ebene darauf hin, dass die kommunikativen Aspekte der Pflege und Betreuung als vermarktbar und im Sinne einer Dienstleistung als teilbar konzipiert werden sollten. In diesem Zusammenhang sollten Annahmen hinsichtlich einer intrinsischen Motivation zur Pflege und Betreuung, die keinerlei Anerkennung verlangt, entmystifiziert werden. Ansätze

einer Care Ethics, die Pflege- und Betreuungsleistungen als ethisches Handeln analysieren, stehen den Professionalisierungsbestrebungen der Pflegeberufe entgegen.

Aufbauend auf dieser konzeptionellen Arbeit zur Identifikation der Spezifika der Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung verschiedener Qualifikationsstufen war es das Ziel der Studie, Ansätze für eine Neukonzeption der Pflege- und Betreuungsarbeit für alte Menschen in Österreich zu identifizieren. Die hier vorherrschende Dichotomisierung zwischen „ganzheitlicher“ unqualifizierter Pflege und Betreuung einerseits und arbeitsteilig organisierter instrumenteller qualifizierter Pflege und Betreuung andererseits negiert die fachlichen Anforderungen an die kommunikativen Aspekte der Arbeit. Dies führt zur Überforderung pflegender Angehöriger oder 24 StundenbetreuerInnen und zur sinkenden Verweildauer von qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal in diesen Berufsfeldern. Wird diese Dichotomie nicht aufgeweicht, im Sinne der Finanzierung kommunikativer Aspekte der qualifizierten Betreuung und im Sinne der Regulierung der Angehörigen- und 24 Stundenpflege, so werden sich immer weniger Personen finden, die diese verantwortungsvolle Arbeit übernehmen können und möchten. So konnte im Rahmen der vorliegenden Studie gezeigt werden, warum der Personalmangel auch in den qualifizierten Pflege- und Betreuungsberufen derart akut ist und welche Maßnahmen eine Steigerung der Attraktivität dieser Berufe bewirken könnten. Ferner konnten Ansätze zur Angehörigenentlastung identifiziert werden.

Im Hinblick auf eine weitere Bearbeitung des Themas ist zu sagen, dass im Rahmen der vorliegenden Studie Einblicke in die Konzeption und Organisation der Pflege- und Betreuungsarbeit gegeben werden konnten. Ferner wurden Einblicke in mögliche Konsequenzen der derzeitigen Regelungen gegeben, sowie Ansätze für eine Neuorganisation der Pflege- und Betreuungsarbeit diskutiert. Weiterführende Arbeiten könnten Ansätze zur Bewertung dieser kommunikativen Aspekte in der Organisation der Pflege und Betreuungsarbeit entwickeln, die jedoch Fragen der Effizienz ebenso berücksichtigen, wie Fragen der Qualität. Ähnliche Ansätze sollten auch auf die Bewertung der reaktivierenden Aspekte der Pflege und Betreuung (wiederum hinsichtlich der Aspekte Effizienz und Qualität) angewendet werden. In diesem Zusammenhang ist ein interdisziplinärer Zugang unter Integration der Bereiche Ökonomie, Soziologie, Pflegewissenschaften und Geschlechterforschung nötig. Denn letztlich ist es eine reaktivierende und zustandserhaltende Pflege, die der kostenintensiveren stationären Pflege vorbeugt und nicht eine versorgungszentrierte „sauber-satt-Pflege“, die zur Bettlägerigkeit führen kann und die in der derzeitigen Organisation des Pflegegeldes gewissermaßen monetär belohnt wird.

## Anhänge

### **Interviewleitfaden Pflegepersonal**

#### Einstieg

Welchen Beruf üben Sie aus?

Warum haben Sie sich für diesen Beruf entschieden?

Welche Ausbildung haben Sie? (Ausbildungsdauer)

#### Beschreibung der Arbeit

Beschreiben Sie einen Arbeitstag (von morgens bis abends) bzw. Nachtschicht

Wie sind Ihre Arbeitszeiten (Schichten?)

Welche körper- und verrichtungsbezogenen Tätigkeiten üben Sie aus (Beschreiben)

Wie gehen Sie mit dem Schmutz und den ekelerregenden Körperflüssigkeiten um?

Welche fürsorglichen und sozialen Tätigkeiten üben Sie aus (Beschreiben)

Wie gehen Sie damit um, mit chronischer Krankheit und Tod konfrontiert zu sein?

Wie gehen Sie mit demenzkranken PatientInnen um?

Beschreiben Sie das Verhältnis mit den Betreuungspersonen (Schildern von Interaktionen, von Betreuungsverhältnissen, etc.)

#### Beurteilung der Arbeit und Ausbildung

Beurteilen Sie ihre Ausbildung als adäquat für ihren Beruf? Was hat ihnen gefehlt, was wäre entbehrlich gewesen?

Was gefällt Ihnen an ihrer Arbeit? (Warum?)

Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit nicht? (Warum?)

Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in ihrem Berufsfeld (wenn alles möglich wäre)

Welche Vorschläge hätten Sie für die Aufwertung ihrer Arbeit, wo würden Sie ansetzen (Ausbildung, Entlohnung, Arbeitszeiten, mehr Personal)

Beobachten Sie körperliche Beeinträchtigungen aufgrund ihrer Arbeit?

Beobachten Sie seelische Beeinträchtigungen aufgrund ihrer Arbeit?

Beschreiben Sie das schönste Erlebnis in ihrem Berufsfeld (bezogen auf Interaktionen mit Pflegebedürftigen)

Beschreiben Sie das schlimmste/herausforderndste Erlebnis (wiederum bezogen auf Interaktionen mit Pflegebedürftigen)

Haben Sie je daran gedacht, den Beruf aufzugeben? Warum?

### Verbesserungsvorschläge

Haben Sie Verbesserungswünsche in Bezug auf Ihr Berufsfeld? (Welche)

Haben Sie Forderungen an die Politik bzw. an ihre Vorgesetzten? (Welche)

Gibt es Komponenten Ihres Berufes, die in der Öffentlichkeit unsichtbar sind bzw. aus Ihrer Sicht nicht adäquat beurteilt werden? (Welche)

### **Interviewleitfaden Angehörige:**

Seit wann sind Sie pflegende Angehörige? Können Sie mir schildern, wie es dazu kam?

### Der/die Pflegebedürftige

Der/die Pflegebedürftige: Eckdaten: Alter, Geschlecht (verwandtschaftliches) Verhältnis Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufen, Form(en) der Einschränkung (sprachlich, Sinnesbeeinträchtigungen, somatisch, psychisch, Demenz, Krankheiten, Inkontinenz, etc.), Pflegestufe der/des Pflegebedürftigen. Welche Einschränkungen werden als besonders belastend erlebt? Psychische Belastung bei der Betreuung?

### Die Pflege- und Betreuungsarbeit

Sind Sie Hauptpflegeperson? Haben Sie die Pflege von Anfang an übernommen? Was hat sie dazu motiviert, die Betreuung und Pflege zu übernehmen? (Subjektive Einschätzung!) Wie viele Stunden pro Tag/Woche nimmt die Pflege und Betreuung in etwa in Anspruch? Welche Tätigkeiten werden im Rahmen der Betreuung und Pflege durchgeführt? Gibt es sonstige Tätigkeiten, z. B. Haushaltsarbeit? Wie funktioniert das Zusammenleben im gemeinsamen Haushalt? Gibt es professionelle Unterstützungsleistungen bei der Pflege? Gibt es familiäre/laienhafte Unterstützungsleistungen bei der Pflege? Gibt es eine Ersatzpflegeperson im Krankheits- oder Urlaubsfall? Einschätzung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Zukunft. Situation im Haushalt: Single, Lebensgemeinschaft/Ehe (Berufstätigkeit des Partners, der Partnerin), Kind(er) und Alter der Kinder

### Unterstützungs- und Entlastungsangebote

Haben Sie Anregungen oder Ideen für Unterstützungsangebote? (Wenn keine Ideen kommen: mögliche Angebote nennen).

Schluss: Wünsche und Ziele im Zusammenhang mit der Pflegesituation

### **Interviewpartnerinnen**

1 Expertin (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS), die Krankenpflege unterrichtet). [DGKS\_E]

3 Kräfte im Bereich der Mobilen Dienste (1 Heimhilfe, 1 Fachsozialbetreuerin mit Schwerpunkt Altenarbeit, eine DGKS). [HH\_M; FSA\_M; DGKS\_M]

1 Kraft in der stationären Pflege (Fachsozialbetreuerin mit Schwerpunkt Altenarbeit, arbeitet in einem Pflegeheim des Landes Steiermark). [FSA\_S]

2 Pflegende Angehörige (1 Hauptpflegeperson „Care Giver“, 1 Organisatorin der Pflege und Betreuung „Care Manager“) [A]

2 24 Stundenbetreuerinnen (beide slowakische Arbeitsmigrantinnen, von einer privaten Agentur vermittelt) [24h\_B]

1 Pflegebedürftige, die die Angaben der 24 Stundenbetreuerinnen teilweise übersetzt hat und dabei selbst Auskünfte gab, die in die Auswertungen einbezogen wurden. [PB]

### **Literatur**

ADAMS, Valerie; NELSON, Julie A. (2009): The Economics of Nursing: Articulating Care. In: Feminist Economics 15 (4), S. 3-29.

BACHINGER, Almut (2009): Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt. Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege. Dissertation, Universität Wien, Institut für Politikwissenschaft.

BACKES, Gertrud M.; AMRHEIN, Ludwig; WOLFINGER, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

BADELT Christoph; HOLZMANN, Andrea; MATUL, Christian; ÖSTERLE August (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Wien.

BAUCH, Jost (2005): Pflege als soziales System In: SCHROETER, Klaus; ROSENTHAL, Thomas: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Juventa Verlag, Weinheim/München, S. 71 – 84.

- BAUCH, Jost (2000): Medizinsoziologie. Lehr- und Handbücher der Soziologie. München, Wien: Oldenbourg.
- BECKER, Gary S. (1996): Familie, Gesellschaft und Politik – die ökonomische Perspektive. Hg. von Ingo Pies, Tübingen: Mohr.
- BEHRING, Ute (1997): Richtungswechsel in der Sozialversicherungspolitik? Zur Anerkennung von nicht-professionellen häuslichen Pflegeleistungen durch das Pflegeversicherungsgesetz. In: Behring Ute (Hg.): Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Ed. Sigma, Berlin, S. 103-117.
- BIFFL, Gudrun (2000): Die Zeit ist reif für neue Theorien. Ein Nachwort In: Krondorfer, Birge; Mostböck, Carina (Hg.): Frauen und Ökonomie oder: Geld essen Kritik auf, Promedia-Verlag, Wien, S. 213-216.
- BRUMLIK, Micha (2010): Ethische Gefühle: Liebe, Sorge und Achtung. In: Moser, Vera/Pinhard, Inga: Care: Wer sorgt für wen? Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft, Folge 6/2010, Barbara Budrich, Opladen&Farmington Hills, MI, S. 29-46.
- CREMER, Georg (2007): Ausschreibung sozialer Dienstleistungen als Problem – Wie lassen sich Transparenz, Wirtschaftlichkeit und das Wahlrecht der Hilfeberechtigten sichern? In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 249-270.
- DIMMEL, Nikolaus; SCHMID, Tom (2009): Soziale Dienste, in: DIMMEL Nikolaus; HEITZMANN Karin; SCHENK Martin: Handbuch Armut in Österreich, Studienverlag, Wien u. a., S. 579-609.
- DREPPER, Thomas; TACKE, Veronika (2010): Zur gesellschaftlichen Bestimmung und Fragen der Organisation >personenbezogener sozialer Dienstleistungen<. Eine systemtheoretische Sicht. In: KLATETZKI, Thomas (Hg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 243-283.
- DROTT, Felice (2009): „Pflegerinnen aus Osteuropa gesucht“: Eine intersektionale Analyse des Hausbetreuungsgesetzes (HBeG), Masterarbeit, Universität Wien, Gender Studies, Wien.
- EGGER de CAMPO, Marianne (2008): The Rhetoric of Reaction in the Austrian Debate about Legalisation of Migrant Care, Paper to be presented at the conference “Transforming elderly care at local, national and transnational levels” International Conference at Eigtveds Pakhus, Copenhagen.

- EIKA, Kari H. (2009): The challenge of obtaining quality care: limited consumer sovereignty in human services. In: *Feminist Economics* 15 (1), S. 113-137.
- ESCLAMADA, Eulamie (2009): *Altsein in Würde? Im Spannungsfeld zwischen Notwendigem, Erstrebenswertem und Finanzierbarem*. StudienVerlag, Innsbruck, Wien, Bozen.
- EVERS, Adalbert; EWERT, Benjamin (2010): *Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen*. In: KLATETZKI, Thomas (Hg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 103-128.
- FLICK, Uwe (2009): *Design und Prozess qualitativer Forschung*. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*, 7. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 252-265.
- FLICK, Uwe (2009): *Triangulation in der qualitativen Forschung*. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*, 7. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 309-318.
- FUCHS, Renata (2000): *Arbeit/slosigkeit, Geschlecht und Psyche*. In: Krondorfer, Birge; Mostböck, Carina (Hg.): *Frauen und Ökonomie oder: Geld essen Kritik auf*, Promedia-Verlag, Wien, S. 159-168.
- FOLBRE, Nancy; WEISSKOPF, Thomas (1998): *Did father know best? Families, Markets, and the supply of caring labor*. In: BEN-NER, Avner; PUTTERMAN, Louis (Hg.): *Economics, Values and Organization*. Cambridge University Press, Cambridge, S. 171-205.
- FRIESE, Marianne (2010): *Die „Arbeit am Menschen“*. Bedarfe und Ansätze der Professionalisierung von Care Work. In: Moser, Vera/Pinhard, Inga: *Care: Wer sorgt für wen? Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft*, Folge 6/2010, Barbara Budrich, Opladen&Farmington Hills, MI, S.47-68.
- GABRIEL, Karl (2007): *Ambulante Pflege zwischen Staat, Markt und Familie*. In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): *Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor*. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 215-232.
- GATTERER, Gerald (Hg.) (2003): *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch*. Springer-Verlag, Wien/New York.
- GERHARD, Ute (1997): *Soziale Bürgerrechte – ein Konzept für Frauen?* In: Behning Ute (Hg.): *Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen*, Ed. Sigma, Berlin, S. 23-40.
- GILLIGAN, Carol (1982): *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*, Piper-Verlag, München, Zürich, deutsche Ausgabe 1984.



- GOLDSCHMIDT, Nils (2007): Kann oder soll es Sektoren geben, die dem Markt entzogen werden, und gibt es in dieser Frage einen (unüberbrückbaren) Hiatus zwischen „sozialethischer“ und „moralökonomischer“ Perspektive? In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 53-82.
- HILDENBRAND, Bruno (2009): Anselm Strauss. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch, 7. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 32-42.
- HIMMELWEIT, Susan (2005): Caring. The need for an economic strategy. In: Public Policy Research, S. 169-173.
- HIMMELWEIT, Susan (2008): Rethinking Care, gender inequality and policies: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/EGM-ESOR-2008-EP-7%20Susan%20Himmelweit.pdf>, Zugriff am 19. 4. 2011
- HOCHSCHILD, Arlie (2006): Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle. Erweiterte Neuausgabe, Campus-Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
- JAKOBI, Tobias (2007): Chancen und Probleme im Pflegesektor: Qualität in der Pflege durch Wettbewerbsdruck? In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 195-202.
- JEFFERSON, Therese; KING, John E. (2001): “Never intended to be a theory of everything”: Domestic labour in neoclassical and Marxian economics. In: Feminist Economics 7 (3), S. 71-101.
- JOCHIMSEN, Maren A. (2003): Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science, Kluwer Academic Publishers, Boston, Dordrecht, London.
- KAUFMANN, Jean-Claude (1999): Mit Leib und Seele. Theorie der Haushaltstätigkeit. Deutsche Ausgabe, Universitätsverlag Konstanz, Konstanz.
- KLATETZKI, Thomas (2010): Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen als Typus. In: KLATETZKI, Thomas (Hg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 7-24.
- KLENNER, Christina; STOLZ-WILLIG, Brigitte (1997): Arbeitsplatz Privathaushalt – Rückkehr zur Dienstbotengesellschaft oder Emanzipationschance? In: Behning Ute (Hg.): Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Ed. Sigma, Berlin, S. 153-169.

- KNIJN, Trudie; VERHAGEN, Stijn (2007): Contested professionalism payments for care and the quality of home care. In: *Administration & Society* 39, S. 451-475.
- KREIMER, Margareta; MEIER, Isabella (Hrsg.) (2011): „Die Angehörigen wissen am besten was gut ist.“ Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger. Grazer Universitätsverlag, Graz.
- KRENN, Manfred; PAPOUSCHEK, Ulrike; SIMSA Ruth (2004): Soziale Dienste (Mobile Pflege) in Österreich – Skizze eines Sektors. Auszug aus dem EAP-Zwischenbericht, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeit, Wien.
- LAHUSEN, Christian; STARK, Carsten (2010): Die funktionalistische Analyse sozialer personenbezogener Dienstleistungsorganisationen. In: KLATETZKI, Thomas (Hg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 167-197.
- LEWIS Jane (1997): Bezahlte Arbeit, unbezahlte Arbeit und wohlfahrtsstaatliche Leistungen. Feministische Perspektiven auf die zentrale Bedeutung weiblicher Fürsorgearbeit in modernen Wohlfahrtsstaaten In: Behning Ute (Hg.): Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Ed. Sigma, Berlin, S. 67-88.
- LOB-HÜDEPOHL, Andreas (2007): Vermarktlichung des Sozialstaates? Anmerkungen aus sozialetischer Sicht. In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 109-120.
- LUTZ, Helma (2005): Der Privathaushalt als Weltmarkt für weibliche Arbeitskräfte. In: *Peripherie* Nr. 97/98 Jg. 2005, Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster, S. 65-87.
- LUTZ, Helma (2003): Intime Fremde – Migrantinnen als Haushaltsarbeiterinnen in Westeuropa. In: *L'Homme*, Zeitschrift für feministische Geschichtsschreibung, 18, 1, S. 1-17.
- LÜDERS, Christian (2009): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*, 7. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 384-401.
- MEINEFELD, Werner (2009): Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*, 7. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 265-275.
- MEYER, Traute (1997): Wider „Selbstbedienungsökonomie“ und „Brotverdienermodell“? Beschäftigungspolitische Chancen der Subventionierung haushaltsnaher Dienstleistungen in Deutschland. In: Behning Ute (Hg.): *Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der*

- Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Ed. Sigma, Berlin, S. 189-205.
- MICHALITSCH, Gabriele (2000): Jenseits des homo oeconomicus? Geschlechtergrenzen der neoklassischen Ökonomik. In: Krondorfer, Birge; Mostböck, Carina (Hg.): Frauen und Ökonomie oder: Geld essen Kritik auf, Promedia-Verlag, Wien, S. 91-104.
- MILONE-NUZZO, Paula; PIKE, Adele (2001): Advance Practice Nurses in Home Care: Is there a Role? In: Home Health Care Management & Practice 13, S. 349-355.
- MÜHLBERGER Ulrike, GUGER Alois, KNITTLER Käthe, SCHRATZENSTALLER Margit (2006): Langzeitpflege in Österreich, In: WIFO – Monatsberichte 10/2008, S. 771 – 781.
- MÜHLBERGER, Ulrike; GUGER, Alois; KNITTLER, Käthe (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Studie des Österreichischen Institutes für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz.
- MÜHLBERGER, Ulrike; KNITTLER Käthe; GUGER, Alois (u. a.) (2010): Finanzierung der Pflegevorsorge. Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge, In: BMASK (Hg.): Sozialpolitische Studienreihe, Band III, Wien.
- NELSON, Julie A. (1999): "Of Markets and Martyrs. Is it ok to pay well for Care? In: Feminist Economics 5(3), 43-59.
- NODDINGS, Nel (2010): Care Ethics, Caregiving, and Global Caring. In: Moser, Vera/Pinhard, Inga: Care: Wer sorgt für wen? Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft, Folge 6/2010, Barbara Budrich, Opladen&Farmington Hills, MI, S. 17-28.
- NOTZ, Gisela (2000): Wir wollen nicht die Hälfte vom schimmligen Kuchen – wir wollen einen anderen. In: Krondorfer, Birge; Mostböck, Carina (Hg.): Frauen und Ökonomie oder: Geld essen Kritik auf, Promedia-Verlag, Wien, S. 55-70.
- NULLMEIER, Frank (2007): Vermarktlichung des Sozialstaates? In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 97-108.
- ÖSTERLE, August; HAMMER Elisabeth (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven, Wien.
- RASTETTER, Daniela (2008): Zum Lächeln verpflichtet. Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich. Campus-Verlag, Frankfurt, New York.
- RAINER, Michael; KRÜGER-RAINER, Christine (2003): Multiprofessionelles Demenzmanagement – Allgemeine Aspekte. In: GATTERER, Gerald (Hg.) (2003): Multiprofessionelle Al-

- tenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Springer-Verlag, Wien/New York, S. 205-228.
- SAUERLAND, Dirk (2007): Chancen und Probleme des Wettbewerbs im Pflegesektor. In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 169-195.
- SCHMID, Tom (2010): Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung? In: Scheiwe, Kirsten; Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit: Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 171-198.
- SCHROETER, Klaus (2005): Pflege als figuratives Feld In: Schroeter, Klaus; Rosenthal, Thomas: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Juventa Verlag, Weinheim/München, S. 85 – 106.
- SCHROETER, Klaus (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen, Juventa Verlag, Weinheim/München.
- SENNETT, Richard (1998): Der Verfall des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität, S.Fischer Verlag, Frankfurt/Main.
- SPERMANN, Alexander (2007): Ambulante Pflege zwischen Staat, Markt und Familie. In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 245-248.
- SPIEß, Christa Katharina (1998): Staatliche Eingriffe in Märkte für Kinderbetreuung: Theorie und Empirie im deutsch-amerikanischen Vergleich. Campus Verlag, Reihe Wirtschaftswissenschaft, Bd. 37, Frankfurt/Main; New York.
- STIEFEL, Elisabeth (2000): Zukunft der Arbeit – Chance für das Leben? In: Krondorfer, Birge; Mostböck, Carina (Hg.): Frauen und Ökonomie oder: Geld essen Kritik auf, Promedia-Verlag, Wien, S. 147-158.
- SUNDMACHER, Torsten (2007): Chancen und Probleme des Wettbewerbs im Pflegesektor – Probleme mit Konsumentensouveränität und Prinzipal-Agenten-Beziehungen als Hindernis? In: AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Duncker&Humblot GmbH, Berlin, S. 203-214.
- THIESSSEN, Barbara (2004): Re-Formulierung des Privaten. Professionalisierung personenbezogener, haushaltsnaher Dienstleistungsarbeit. VS – Verlag für Sozialwissenschaften, Reihe Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Band 8, Wiesbaden.

- TRONTO, Joan C. (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care.* Routledge, New York, London.
- UNGERSON, Clare (1997): *Social Politics and the Commodification of Care*, In: *Social Politics*, Oxford University Press, S. 362–383.
- UNGERSON Clare (2003): *Commodified Care Work in European Labour Markets*, in: *European Societies* 5 (2003), S. 377–396.
- VEIL, Mechthild (1997): *Der Beitrag der Familienarbeit zum Sozialstaat – umsonst und grenzenlos?* In: Behning Ute (Hg.): *Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen*, Ed. Sigma, Berlin, S. 89-102
- WEINKOPF, Claudia (1997): *Beschäftigungsförderung im Bereich haushaltsbezogener Dienstleistungen.* In: Behning Ute (Hg.): *Das Private ist ökonomisch: Widersprüche in der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen*, Ed. Sigma, Berlin, S. 133-151.
- WOLFF, Stephan (2009): *Wege ins Feld und ihre Varianten.* In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*, 7. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 334-349.
- ZELLER, Bernhard; NEUBAUER, Gabriela; GATTERER, Gerhard, SCHEIWEIN, Veronika (2003): *Beratung, Betreuung und Pflege älterer Menschen außerhalb von Ballungszentren. Ein Praxisbericht.* In: GATTERER, Gerald (Hg.): *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch.* Springer-Verlag, Wien/New York, S. 37-56.