



Corinne Schwaller

Die Ökonomisierung der ambulanten Pflege.
Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden
aus einer Arbeitswelt im Umbruch

Arbeitsblätter des Instituts für Sozialanthropologie der Universität Bern

Herausgegeben von:
Michael Toggweiler
Laura Affolter

Institut für Sozialanthropologie
Länggassstr. 49A, CH-3000 Bern 9
Fax +41 31 631 42 12
www.anthro.unibe.ch

ISBN-13 978-3-906465-58-6
EAN 9783906465586

© Corinne Schwaller und Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern

URL: http://www.anthro.unibe.ch/content/publikationen/arbeitsblaetter/arbeitsblatt_58/index_ger.html

This is the electronic edition of Corinne Schwaller „Die Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden aus einer Arbeitswelt im Umbruch“, Arbeitsblatt Nr. 58, Institut für Sozialanthropologie, Universität Bern, Bern 2013

ISBN-13 978-3-906465-58-6

EAN 9783906465586

Electronically published April 2013

© Corinne Schwaller and Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Sozialanthropologie. Otherwise we encourage you to share this work widely and to link freely to it.

Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact: information@anthro.unibe.ch

Corinne Schwaller

Die Ökonomisierung der ambulanten Pflege.
Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden
aus einer Arbeitswelt im Umbruch.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Forschungsinteressen und Fragestellung.....	1
1.2	Forschungsstand	3
1.3	Datenerhebung und Auswertung der Daten	4
1.4	Aufbau, Präsentation und Terminologie.....	9
2	Über die Spitex.....	10
TEIL I: CARE-ARBEIT UND EMOTIONALE ARBEIT		14
3	Care-Arbeit – eine theoretische Einführung	14
3.1	„Care“ als wissenschaftliches Konzept	14
3.2	Komponenten der Care-Arbeit	16
3.3	Care als Frauenarbeit und Frauenberuf	17
4	Care-Arbeit bei der Spitex.....	20
4.1	Die Bedeutung der emotionalen Arbeit in der Spitex-Arbeit.....	20
4.2	Was ist gute Pflege?	27
4.3	Professionelles Selbstverständnis und gesellschaftliche Anerkennung	34
5	Zwischenfazit zu Teil I	39
5.1	Zwischen Emotionalität, Professionalität und gesellschaftlicher Anerkennung	39
5.2	Gender-Ideologie und gesellschaftliche Anerkennung	41
5.3	Begriffliche Problematik als Abbild eines realen Spannungsfeldes	45
TEIL II: DIE ARBEITSWELT „SPITEX“ IN VERÄNDERUNG		46
6	Wandel der Care-Arbeit und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens	46
7.	Die Ökonomisierung der Spitex-Welt.....	49
7.1	Die Entwicklung der ambulanten Pflege in der Schweiz	49
7.2	Formen der Ökonomisierung in der Spitex	56
7.3	Folgen der Ökonomisierung für die Mitarbeitenden	62
7.4	Widerstand gegen die Ökonomisierung der Spitex-Arbeit	80
8	Zwischenfazit zu Teil II.....	87
8.1	Zeitliche Prekarisierung auf verschiedenen Ebenen	87
8.2	Zeitdruck und emotionale Arbeit.....	88
8.3	Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitex-Organisationen	91

Teil III: Care-Arbeit und neoliberale Wirtschaftslogik	95
9 Diskussion der Ergebnisse	95
9.1 Care-Ökonomie im Widerspruch zur neoliberalen Wirtschaftstheorie	95
9.2 Die ökonomische Kolonialisierung der Spitex-Welt.....	97
9.3 Abwertung und Entfremdung	101
9.4 Unbezahlte Arbeit: Zwischen Widerstand und Ausbeutung	104
10 Fazit.....	108
Bibliographie	112
Abkürzungsverzeichnis	118
Anhang.....	119
Kurzportraits meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner	119
Übersicht über die verschiedenen Spitex-Organisationen.....	124

1 Einleitung

1.1 Forschungsinteressen und Fragestellung

Im Fokus meiner Forschung steht die Arbeitswelt als ein zentraler Bereich des individuellen und gesellschaftlichen Lebens. Arbeit stellt für die meisten Menschen einen Kernbereich ihres Lebens dar (Schultheis et al. 2010:11). Sie prägt den Alltag, strukturiert den Tagesablauf und die Biographie von Individuen und schafft gesellschaftliche Identitäten. Schultheis et al. (2010) beziehen sich zwar auf die Berufsarbeit, ihre Aussage trifft meiner Ansicht nach jedoch auf jegliche Form der Arbeit zu, unabhängig davon, ob diese bezahlt oder unbezahlt geleistet wird. Die Arbeit ist oft entscheidend dafür, welche Ressourcen einer Person zur Verfügung stehen – sowohl ökonomisch, als auch zeitlich, sozial, kulturell und symbolisch. Die Art und Weise, wie Arbeit organisiert, verteilt und bewertet wird, ist immer das Resultat eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses und ist je nach kulturellem und historischem Kontext unterschiedlich. Wie Kratzer und Sauer (2007: 239) betonen, ist das jeweilige Verhältnis von Arbeit und Leben immer das Resultat historischer Auseinandersetzungen. So ist auch die Berufsarbeit, wie sie in unserer heutigen Gesellschaft vorherrscht, nur eine mögliche Form der sozialen Organisation von Arbeit (Voges 2002: 13).

Im Zentrum des sozialanthropologischen Interesses steht der Mensch als soziales Wesen, d.h. der Mensch als Individuum in der Gesellschaft. Die Arbeitsorganisation und die Arbeitsteilung sind grundlegende Strukturen des gesellschaftlichen Zusammenlebens, denn als soziale Praxis wirkt Arbeit auf die elementaren gesellschaftlichen Beziehungen ein, konstituiert und transformiert diese. Arbeit verknüpft ganz unmittelbar gesellschaftliche Strukturen mit individuellen Handlungen und Lebenswelten. Die Auseinandersetzung mit Arbeit darf sich deshalb nicht nur auf die Erfassung von Zahlen beschränken, sondern muss Arbeitswelten auch als soziale Felder analysieren, in denen sich Menschen begegnen und miteinander interagieren.

In dieser Arbeit stelle ich am Beispiel der „Arbeitswelt Spitex“ die Frage nach den Konsequenzen einer zunehmenden Ökonomisierung von traditionell wenig marktwirtschaftlich ausgerichteten Arbeitsumfeldern auf die Arbeitspraxis sowie auf die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Arbeit durch die individuellen Akteure. Als Folge neoliberaler Politiken wird das Gesundheitswesen und mit ihm der ambulante Pflegesektor seit einigen Jahren durch Reformen des politisch-administrativen Systems verändert. Die Pflegearbeit wird immer stärker nach betriebswirtschaftlichen Kriterien organisiert und steht zunehmend unter Spardruck. Auch die nicht profitorientierte, gemeinnützige Spitex als Anbieterin ambulanter Pflege ist in der Schweiz von Prozessen der Ökonomisierung und (Re-)Privatisierung betroffen und wird zunehmend nach

Methoden des New Public Management organisiert (Schilliger 2009: 121).

Im Mittelpunkt meiner Forschung steht das Interesse am Arbeitsalltag der Spitex-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter. Eine Besonderheit der Spitex-Arbeit besteht darin, dass formal geregelte und institutionell organisierte, bezahlte Care-Dienstleistungen im privaten Umfeld der pflegebedürftigen Personen verrichtet werden. Ich möchte untersuchen, wie die Pflegenden der Spitex ihre Arbeit im Spannungsfeld zwischen professioneller Pflegearbeit und emotionalen Beziehungen, zwischen dem formalen Dienstleistungsverhältnis und der Privatheit und Intimität des Zuhauses, sowie zwischen den Erfordernissen einer qualitativ guten Pflege und dem betriebswirtschaftlichen Effizienzdruck verrichten. Die Leitfrage meiner Forschung ist die Frage nach *den Auswirkungen, welche die zunehmende Tendenz, Care-Dienstleistungen auf der Basis von betriebswirtschaftlichen Marktlogik zu organisieren, auf die Arbeitswelt der Spitex-Pflegenden hat.*

Um die allfälligen Veränderungen im Bereich Spitex sowie insbesondere ihre Bedeutung verstehen zu können, muss in einem ersten Schritt ein Bild von der Arbeitswelt Spitex gezeichnet werden. Es stellten sich mir daher folgende Leitfragen:

- Wie sieht der Arbeitsalltag von Pflegenden bei der Spitex aus?
- Welches professionelle Selbstverständnis haben die Pflegenden von sich selbst? Worauf basiert ihre berufliche Motivation?
- Was bedeutet für die Pflegenden qualitativ gute Pflege?

Erst wenn eine Vorstellung davon besteht, was die Pflegenden in ihrem beruflichen Alltag leisten und wie sie sich selber als Mitarbeitende der Spitex positionieren, kann in einem zweiten Schritt anhand der folgenden Leitfragen nach dem Vorhandensein und den Konsequenzen von Ökonomisierungstendenzen gefragt werden:

- Ist im Spitex-Sektor eine zunehmende Ausrichtung auf betriebswirtschaftliche Kriterien feststellbar und wenn ja, inwiefern spüren die Pflegekräfte diese in ihrem Arbeitsalltag?
- Inwieweit werden Grenzen der ökonomischen Rationalisierbarkeit der Pflegearbeit sichtbar und wie gehen die Pflegenden mit allfälligen Widersprüchen zwischen Anforderungen der Wirtschaftlichkeit und ihrem persönlichen Verständnis von Pflegequalität um?
- Gibt es Strategien, um Vorgaben bezüglich der Art der Ausführung ihrer Pflegeaufgaben, mit denen die Pflegenden nicht einverstanden sind, zu umgehen? Wie sehen diese aus?

Im Zentrum der Forschung stehen die Pflegenden als soziale Akteure, die sich in ihrem Arbeitsalltag in einem komplexen Geflecht aus gesellschaftlichen und individuellen Normen, strukturellen Zwängen und persönlichen Überzeugungen und Motivationen bewegen und dazu Stellung nehmen müssen.

1.2 Forschungsstand

Es gibt sehr wenig wissenschaftliche Literatur zum Thema „Spitex“. Ausserhalb der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung wurde die professionelle ambulante Pflege bisher weitestgehend ignoriert. Die einzige sozialwissenschaftliche Untersuchung, die sich spezifisch mit der Spitex befasst, ist die Studie „SwissAgeCare“ von Perrig-Chiello, Höpflinger und Schnegg aus dem Jahr 2010. Die Autorinnen und Autoren dieser Studie untersuchten die Situation von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in der Schweiz und legten dabei einen besonderen Fokus auf die „Schnittstellen zwischen den selbständigen Leistungen der Pflegebedürftigen, den Betreuungsleistungen der Angehörigen, Freunde und Nachbarn und der Pflegeleistungen der Spitex“ (Perrig-Chiello et al. 2010: 2). Die Studie von Künzi und Schär Moser (2002) zur Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern bezieht sich zwar auf alle Pflegesektoren, enthält aber durchaus interessante spitexspezifische Resultate. Das Gleiche gilt für die Studie von Prey et al. (2004) über die Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege.

Zum Thema der Ökonomisierung des Gesundheitswesens gibt es einen grösseren Literaturbestand. Auffallend ist dabei, dass die Ökonomisierung häufig in ihren Auswirkungen auf die Pflegeinstitutionen oder -organisationen oder auf die pflegeempfangenden Personen thematisiert wird (in Bezug auf neue Ungleichheiten, Polarisierung, Zweiklassenmedizin, Folgen der Ökonomisierung auf die Qualität der Pflege etc.) und nicht bezüglich der Folgen für die Arbeitswelt der Pflegenden. So zeigt beispielsweise Zogg (2011) detailliert die Konsequenzen der neuen Pflegeversicherung in der Schweiz auf, beschränkt sich in seiner Analyse jedoch auf die Auswirkungen auf die Krankenversicherungen, die öffentliche Hand, die Organisationen der Langzeitpflege und die Pflegebedürftigen. Die Auswirkungen auf die Pflegenden werden von ihm hingegen nicht thematisiert. Eine Ausnahme diesbezüglich sind die Beiträge von Bauer und Bittlingmayer im Buch „Ein halbes Leben“ von Schultheis et al. (2010), in dem Personen aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens zu Wort kommen und über ihre Erfahrungen mit den ökonomisch induzierten Veränderungsprozessen ihrer Arbeitswelt berichten. In einem weiteren Beitrag untersucht Bauer (2008), wie Pflegende aus dem stationären Bereich auf die durch die Ökonomisierung ausgelösten Wandlungsphänomene reagieren. Ebenfalls hier zu erwähnen ist der Beitrag von Schaffert (2004), der die Ökonomisierung aus der Perspektive der Qualitätssicherung analysiert, die Arbeitsbedingungen aber miteinbezieht, indem er den Zusammenhang zwischen guter Pflegequalität und den vorherrschenden Arbeitsbedingungen hervorhebt.

Mit dem spezifischen Themenbereich der Ökonomisierung der ambulanten Pflege befasst sich Blüher (2004), der in seinem Artikel die Auswirkungen einer zunehmenden Ökonomisierung auf das professionelle Selbstverständnis von Pflegekräften im ambulanten Pflegesektor in Deutschland thematisiert. 2011 erschien zudem eine Publikation von Lukas

Slotala über die Folgen der Ökonomisierung der ambulanten Pflege für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste in Deutschland. Der Autor dieser Studie ging in seiner Forschung von einer sehr ähnlichen Fragestellung aus, wie ich in dieser Arbeit und kommt im Bezug auf die Situation ambulanter Pflegeorganisationen in Deutschland auf vergleichbare Ergebnisse, wie ich für die Schweiz. Da diese Studie jedoch erst in der Endphase des Verfassens meiner Masterarbeit, welche diesem Arbeitsblatt zugrunde liegt, erschienen ist, konnte ich die Resultate von Slotala nicht mehr in die Auswertung meiner Daten einbeziehen.

Für die Bearbeitung meiner Fragestellung konnte ich desweiteren auf eine sehr umfassende wissenschaftliche Literaturliste zu den Themenbereichen „Care-Arbeit“ und „Ökonomisierung“ bzw. „Neoliberalismus“ zurückgreifen. Der Forschungsstand zu diesen thematischen Gebieten ist sehr breit und kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Auf die in Zusammenhang mit meiner Fragestellung relevante Literatur nehme ich in den jeweiligen Teilen dieser Arbeit Bezug.

1.3 Datenerhebung und Auswertung der Daten

Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf einer Datenerhebung, die ich zwischen Mai und September 2011 durchführte. Da es sehr wenig wissenschaftliche Literatur zum Thema Spitex gibt, hatte meine Forschung einen stark explorativen Charakter. Ich wählte einen qualitativen Forschungsansatz, der es mir ermöglichen sollte, in Bezug auf meine Fragestellung relevante Themenfelder zu identifizieren und individuelle Sichtweisen aufzuzeigen. Es war mir wichtig, verschiedene Spitex-Organisationen kennenzulernen, um dadurch einen Eindruck von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zu gewinnen. Bei der Auswahl der Spitex-Organisationen spielten sowohl geographische Unterschiede (insbesondere zwischen Städten und ländlichen Regionen) als auch Unterschiede bezüglich der Organisationsgrösse und -struktur eine Rolle. Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über einige „Schlüsselpersonen“, die mir dann jeweils weitere Kontakte vermittelten. Die Erstkontakte konnte ich über persönliche Beziehungen sowie durch das Anschreiben einer Gewerkschaft und einer Spitex-Organisation herstellen.

Im Zentrum meines Interesses standen Mitarbeitende der Spitex, die Pflegeeinsätze bei den Klientinnen und Klienten zuhause machen, die also direkt an der Basis arbeiten. Ein Grossteil der von mir generierten Daten stammt aus Gesprächen und teilnehmenden Beobachtungen mit 11 Frauen, die bei der Spitex als Pflegekräfte angestellt sind. Diese eigentliche „Kerngruppe“ meiner Interviewpartnerinnen ist sehr heterogen, sowohl was die beruflichen Qualifikationen betrifft, als auch bezüglich des Alters und der individuellen Lebenssituationen. Ich habe gezielt Gesprächspartnerinnen aus allen Bereichen der Spitex-Pflege gesucht, d.h. aus der Behandlungspflege, der Grundpflege und der Hauswirtschaft. Die Tatsache, dass es nur Frauen sind, hat sich zufällig ergeben, entspricht jedoch der

Realität bei der Spitex; die Mitarbeitenden der Spitex sind überwiegend Frauen. Alle meine Gesprächspartnerinnen sind Schweizerinnen.¹ Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über das Alter, die berufliche Qualifikation und den Aufgabenbereich meiner Gesprächspartnerinnen.²

Name	Alter	Berufliche Qualifikation ³	Aufgabenbereich ⁴
Doris	64	dipl. Pflegefachfrau DNII	Grund- und Behandlungspflege
Lena	20	Fachfrau Gesundheit FaGe	Hauswirtschaft, Grundpflege, einfache Behandlungspflege
Beatrice	44	dipl. Pflegefachfrau DNII	Grund- und Behandlungspflege, vereinzelte hauswirtschaftliche Aufgaben
Elisa	45	Pflegehelferin SRK	Hauswirtschaft und Grundpflege
Sarah	28	dipl. Pflegefachfrau DNII	Fallverantwortung, früher Behandlungspflege und wenig Grundpflege
Patrizia	38	dipl. Pflegefachfrau DNII	Grund- und Behandlungspflege
Carmen	56	dipl. Pflegefachfrau DNII	Behandlungspflege, wenig Grundpflege
Daniela	17	Fachfrau Gesundheit FaGe in Ausbildung	Hauswirtschaft, Grundpflege, einfache Behandlungspflege

¹ Der Anteil ausländischer Arbeitskräfte ist im ambulanten Pflegebereich deutlich niedriger als im stationären Bereich. Im ambulanten Pflegesektor waren im Jahr 2004 4,8 Prozent des Personals ausländischer Herkunft (im stationären Bereich 16 Prozent) (Prey et al. 2004: 42). Aktuellere Zahlen konnten leider nicht gefunden werden.

² Da ich meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner Anonymität zugesichert habe, werden nicht die richtigen Namen genannt. Aus demselben Grund werden in der gesamten Arbeit auch keine Ortsnamen genannt. Bei den Altersangaben handelt es sich um ungefähre Angaben.

³ Die Berufsbezeichnungen und Ausbildungen im Gesundheitsbereich befinden sich in einem ständigen Wandel. Praktisch alle meine Gesprächspartnerinnen, die hier als diplomierte Pflegefachfrauen bezeichnet werden, haben eine unterschiedliche Ausbildung absolviert. Da Details bezüglich der Ausbildungen für das Verständnis hier jedoch nicht relevant sind, werden alle unter der heute üblichen Berufsbezeichnung „diplomierte Pflegefachfrau DNII“ erfasst. Die Ausbildung zur Fachfrau oder zum Fachmann Gesundheit FaGe gibt es erst seit wenigen Jahren. Die dreijährige FaGe-Ausbildung kann nach dem 9. Schuljahr begonnen werden. Die Ausbildung zur diplomierten Hauspflegerin HP gibt es nicht mehr, sie entsprach von den fachlichen Qualifikationen her jedoch in etwa der heutigen FaGe-Ausbildung. Die Bezeichnung Pflegehelferin SRK setzt den Besuch des Lehrgangs Pflegehelfer/-in SRK vom Schweizerischen Roten Kreuz voraus. Der Kurs vermittelt Basiskenntnisse im Umgang und in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen.

⁴ Welche Pflegeleistungen zur Behandlungspflege, zur Grundpflege und zur Hauswirtschaft zählen wird in Kapitel 2 erläutert.

Petra	50	dipl. Pflegefachfrau DNII	Behandlungspflege, wenig Grundpflege
Esther	40	dipl. Pflegefachfrau DNII	Behandlungspflege, wenig Grundpflege
Rahel	48	dipl. Hauspflegerin HP	Hauswirtschaft und Grundpflege

Mit sieben dieser Frauen konnte ich ein Interview führen, fünf von ihnen durfte ich in ihrem Arbeitsalltag begleiten.⁵

Die Gespräche fanden in Form von leitfadengestützten Interviews mit einem narrativen Einstieg statt. Als Gesprächseinstieg bekundete ich jeweils ein sehr allgemeines Interesse an der Spitex-Arbeit und bat meine Gesprächspartnerinnen, mir zu erzählen, wie sie dazu gekommen sind, bei der Spitex zu arbeiten und wie ihr Arbeitsalltag aussieht. Meine spezifische Fragestellung in Bezug auf die Ökonomisierungstendenzen im Spitex-Sektor erwähnte ich zu Beginn der Gespräche absichtlich nicht, da ich die Wahl und die Gewichtung einzelner Themenbereiche meinen Gesprächspartnerinnen überlassen wollte. Durch gezieltes Nachfragen und das Einbringen weiterer Themenbereiche wurden die Gespräche meinerseits dennoch sanft gesteuert. Ich habe während allen Gesprächen darauf geachtet, dass alle Themenbereiche und Kernfragen aus meinem Interviewleitfaden im Verlauf des Gesprächs angesprochen wurden. Inwiefern die Gesprächspartnerinnen jedoch auf die Fragen eingingen, blieb jedoch ihnen überlassen. Mit dieser sehr offenen und unstrukturierten Vorgehensweise konnte ich gewährleisten, dass ich immer wieder auf neue Aspekte und Kategorien gestossen bin, die in die weiteren Interviews miteinbezogen werden konnten. Den Interviewleitfaden habe ich nach jedem Gespräch überarbeitet und gegebenenfalls erweitert. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und anschliessend für die Auswertung wörtlich transkribiert.

Auch mit den Spitex-Mitarbeiterinnen, die ich bei der Arbeit begleiten durfte, konnte ich mich sehr ausführlich unterhalten. Zwar fanden keine Interviews im eigentlichen Sinne statt, ich konnte jedoch jeweils zwischen den Pflegeeinsätzen, in den Pausen sowie vor und nach der Arbeit viele Fragen stellen. Ihre Aussagen habe ich während und unmittelbar nach den Treffen in Form eines Erinnerungsprotokolls festgehalten.

Die teilnehmenden Beobachtungen waren für die Erkenntnisse dieser Studie von zentraler Bedeutung. Durch die Begleitung von Spitex-Mitarbeiterinnen in ihrem Arbeitsalltag habe ich einen detaillierten und eindrücklichen Einblick in die Arbeit der Spitex erhalten. Diese Erfahrungen aus der Praxis waren hilfreich, da ich in den Interviews darauf Bezug nehmen konnte und sie es mir ermöglichten, das, was meine Gesprächspartnerinnen mir erzählten, besser einordnen und verstehen zu können.

⁵ Mit Doris habe ich ein ausführliches Gespräch geführt und durfte sie auf der Pflege-Tour begleiten.

Es ist eine Tatsache, dass jeder forschende Zugang zur Realität eine gewisse Verzerrung mit sich bringt (Mayring 1999: 12). In dem ich als Forschende in einen sozialen Bereich eindringe, verändere ich diesen unausweichlich. Ich war jedoch erstaunt, wie wenig meine Anwesenheit die Pflegesituation zu verändern schien. Ich konnte zweifellos davon profitieren, dass die Pflegekräfte der Spitex auf ihren Touren häufig von Praktikantinnen und Praktikanten oder von Auszubildenden begleitet werden. Obwohl mich die Spitex-Mitarbeiterinnen immer als forschende Studentin vorstellten, hielten mich wohl die allermeisten Klientinnen und Klienten für eine Pflege-Praktikantin und fühlten sich durch meine Anwesenheit nicht gestört.

Ergänzend zu den Interviews mit den Pflegenden und der teilnehmenden Beobachtung habe ich Experteninterviews mit Spitex-Mitarbeitenden in Leitungspositionen sowie mit externen Fachpersonen geführt. In diesen Gesprächen ging es mir darum, Fragen bezüglich der Organisation der Spitex, der Entwicklungen und Reformen der letzten Jahre sowie der rechtlichen und politischen Grundlagen zu klären. Ausserdem interessierten mich die Sichtweisen und Meinungen von Personen aus anderen Positionen. Ich hatte die Möglichkeit, Interviews zu führen mit drei Personen in Leitungspositionen (eine Präsidentin eines Spitex-Vereins, eine Fachbereichsleiterin Pflege, ein Leiter Betriebsmanagement), einem Verantwortlichen der psychiatrischen Spitex in mehreren Spitex-Organisationen, der Zentralsekretärin des Spitex Verbands Schweiz sowie mit drei Vertreterinnen und Vertreter der Gewerkschaft vpod. Die Experteninterviews wurden als halboffene Leitfadentinterviews geführt und ebenfalls aufgezeichnet und transkribiert.

Um meinen Erkenntnishorizont zu erweitern und um meine spitexspezifischen Daten besser einordnen und verstehen zu können, habe ich zudem viele informelle Gespräche mit Pflegekräften aus anderen Sektoren des Gesundheitswesens geführt.

Meine Datenerhebung und daraus folgend die Ergebnisse meiner Forschung beziehen sich ausschliesslich auf *Non-Profit-Spitexen* in der *Deutscheschweiz*. Ein kantonaler Schwerpunkt liegt auf dem Kanton Bern. Acht Frauen aus der Kerngruppe arbeiten (bzw. arbeiteten) bei Spitex-Organisationen im Kanton Bern und auch eine Mehrheit der restlichen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner stehen in Bezug zu Berner Spitexen.⁶

Während des ganzen Forschungsprozesses war ich immer auch mit der Auswertung der bereits erhobenen Daten beschäftigt. Prozesse der Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung fanden zeitlich parallel und in einer wechselseitigen funktionalen Abhängigkeit statt (Strübing 2004: 14). Bezüglich der Frage nach dem Verhältnis von

⁶ Im Anhang findet sich eine Übersicht über die verschiedenen Spitex-Organisationen, bei denen meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner arbeiten mit einer Zuordnung der Personen zu den Betrieben.

Theorie und Empirie orientierte ich mich an der Perspektive der „Grounded Theory“, die einzelnen Arbeitsschritte, wie sie die Grounded Theory für die qualitative Forschung vorgibt, wurden jedoch nicht übernommen.

Inspiziert für diese Arbeit hat mich unter anderem das Buch von Bourdieu et al. (2005a) „Das Elend der Welt“ sowie weitere in dieser Tradition entstandene Werke (Schultheis et al. 2010, Schultheis/Schulz 2005, Katschnig-Fasch 2003). Ähnlich wie die Autoren und Autorinnen dieser Bücher habe ich in dieser Studie die Veränderungen in der Arbeitswelt „bottom up“ betrachtet und analysiert, d.h. aus der Sicht der betroffenen Subjekte und ihrer konkreten Praxis (Schultheis et al. 2010: 14). Die befragten Personen sollen dabei nicht nur die Bedeutung eines Falls erhalten, sondern als Beobachter und Analytiker ihrer konkreten beruflichen Arbeitswelt ernst genommen werden (Schultheis et al. 2010: 15):

Die befragten Arbeitskräfte treten zum einen als Zeugen der Entwicklung in ihrem Sektor auf. Zum anderen sind sie [...] Informanten, die aufgrund einer langjährigen Einbindung Aussagen über ihr Arbeitsfeld mit erwerbsbiographischer Tiefenschärfe treffen können (Schultheis et al. 2010: 12).

Es war mir wichtig, durch eine akteurzentrierte Sichtweise die Pflegenden selbst zu Wort kommen zu lassen. Dieser Anspruch wurde in dieser Arbeit nicht so radikal umgesetzt, wie von den oben genannten Autoren, ich habe aber darauf Wert gelegt, meine Gesprächspartnerinnen in ihren eigenen Worten von ihrem Arbeitsalltag, ihren Erfahrungen, Erlebnissen und Einschätzungen erzählen zu lassen. Meine Daten sind ein Zeugnis davon, wie meine Gesprächspartnerinnen ihre Arbeit erleben und wie sie in ihrer individuellen Situation darüber denken. Trotzdem ist das Endprodukt in Form dieses Arbeitsblatts meine Interpretation von dem, was meine Gesprächspartnerinnen mir erzählt haben.

Wie Schultheis und Schulz (2005: 11) betonen, sind die Äusserungen der befragten Personen keine „unhinterfragbaren und unmittelbaren Niederschläge einer selbstgenügsamen Weltsicht“, sondern ein Ausdruck einer „spezifischen, immer auch positionsabhängigen und perspektivischen Wahrnehmung der Wirklichkeit“. Die Aussagen und Erkenntnisse dieser Forschung stehen in erster Line für sich selber, d.h. für die Ansicht und das Erleben meiner Gesprächspartnerinnen. Sie sind ein Ausdruck der Komplexität und Partikularität der sozialen Wirklichkeit. Gleichzeitig geben sie jedoch auch Aufschluss über allgemeine gesellschaftliche Prozesse.

1.4 Aufbau, Präsentation und Terminologie

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Im Anschluss an dieses einleitende Kapitel zeige ich in einem ersten Teil Besonderheiten der Care-Arbeit im Allgemeinen und der Spitex-Arbeit im Speziellen auf. Es geht mir dabei darum, einen Eindruck zu vermitteln von den Arbeitsleistungen, welche die Mitarbeitenden der Spitex in ihrem Arbeitsalltag erbringen, dem Arbeitsumfeld, in dem sie sich dabei bewegen sowie von der gesellschaftlichen und individuellen Verortung der von der Spitex geleisteten Arbeit. Im Zentrum stehen dabei die emotionalen Anteile der Pflegearbeit, da diesen im Arbeitsalltag der Spitex-Mitarbeitenden eine fundamentale Bedeutung zukommt. Im zweiten Teil zeige ich Tendenzen einer zunehmenden Ökonomisierung im Bereich Spitex auf der organisatorischen Ebene und die daraus resultierenden Folgen für die Pflegenden auf. Im dritten Teil diskutiere ich einige zentrale Erkenntnisse, die ich aus den empirischen Daten gewonnen habe, in einer kritischen Auseinandersetzung mit der neoliberalen Wirtschaftslogik.

Um die verschiedenen Arten von Zitaten, die im Text verwendet werden, gut unterscheidbar zu machen, werden sie unterschiedlich dargestellt:

Zitate aus der Literatur sind eingerückt und durch eine kleinere Schriftgrösse vom Fliesstext abgehoben.

Aussagen aus den Gesprächen mit meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sind eingerückt und kursiv geschrieben.

Auszüge aus meinen Beobachtungsnotizen sind ebenfalls rechts eingerückt und durch eine andere Schrift gekennzeichnet.

Die Interviews wurden in Schweizerdeutsch transkribiert, die im Text verwendeten Zitate habe ich aber in Schriftsprache übersetzt und teilweise sprachlich etwas geglättet.

Im Text werden die weiblichen und männlichen Formen ausgeschrieben. Spreche ich von meinen Gesprächspartnerinnen ausschliesslich in der weiblichen Form, basieren die Aussagen auf den Gesprächen mit den weiblichen Pflegekräften aus der Kerngruppe.

Die von der Spitex betreuten Personen werden als Klientinnen und Klienten bezeichnet, da dies in einer Mehrheit der Spitex-Betriebe so üblich ist.

2 Über die Spitex

„Spitex“ ist die Abkürzung für „spitalexterne Hilfe und Pflege“ und hat sich in der Deutschschweiz als allgemeine Bezeichnung für die professionelle Hilfe und Pflege zu Hause etabliert (Gmür/Rüfenacht 2010: 391).

Unter die Bezeichnung Spitex fallen sowohl gemeinnützig organisierte Spitex-Anbieter (Non-Profit-Spitex), als auch profitorientierte Spitex-Unternehmen (kommerzielle Spitex), da das Wort „Spitex“ rechtlich nicht geschützt ist (SVS: Homepage/Das ist Spitex).⁷ Im Folgenden verwende ich die Bezeichnung „Spitex“ synonym für *Non-Profit-Spitexen*, da diese im Fokus meiner Forschung standen. Beziehen sich bestimmte Aussagen auf kommerzielle Spitex-Unternehmen oder sind diese mitgemeint, wird explizit darauf verwiesen.

Angebot und Dienstleistungen

Ziel der Spitex ist es, pflegebedürftigen Personen, welche dies wünschen und sofern eine stationäre Betreuung in einem Spital oder einem Alters- oder Pflegeheim nicht unerlässlich ist, trotz persönlicher Einschränkungen ein Leben zu Hause in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen (Gmür/Rüfenacht 2010: 391f.). Grundsätzlich haben heute alle Einwohnerinnen und Einwohner jeden Alters, die bedingt durch Krankheit, Unfall, Behinderung, Alter, Mutterschaft oder Ähnliches auf Unterstützung angewiesen sind, ein Anrecht auf die Dienstleistungen der Spitex. Voraussetzung dafür ist ein abgeklärter und ärztlich verordneter Bedarf (SVS: Homepage/Das ist Spitex, GEF 2010a: 8).

Die angebotenen Dienstleistungen der Spitex unterscheiden sich je nach Organisation. Gewisse Kerndienstleistungen werden jedoch von allen Spitex-Organisationen angeboten. Dazu gehören „Abklärung und Beratung“, „Untersuchung und Behandlung“ (Behandlungspflege), „einfache und komplexe Grundpflege“, „hauswirtschaftliche Unterstützung“ sowie „soziale Begleitung“. Je nach Organisation können die Bezeichnungen für die jeweiligen Dienstleistungen leicht variieren. In die Kategorie der Behandlungspflege fallen Pflegeleistungen wie die Abgabe ärztlich verordneter Medikamente, das Verabreichen von Injektionen und Infusionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, das Messen von Blutdruck und Blutzucker u.a. Die Grundpflege umfasst Pflegeleistungen wie Hilfe beim An- und Ausziehen, Unterstützung bei der Körperpflege und beim Duschen, Mobilisieren, Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen usw. In die

⁷ Ein Grossteil der Spitex-Dienstleistungen wird von Non-Profit-Spitexen erbracht. Im Kanton Bern beispielsweise liegt der Marktanteil der Non-Profit-Spitexen noch bei über 90% (Spitex Verband Kanton Bern 2011: 7). Die kommerziellen Spitex-Anbieter gewinnen jedoch zusehends an Marktanteilen.

Kategorie der Hauswirtschaft schliesslich fallen beispielsweise Leistungen wie die Unterstützung und Entlastung bei Haushaltsarbeiten, das Sicherstellen einer angepassten Ernährung, Einkaufen oder Wäsche reinigen.

Hinzu kommen eine Vielzahl von möglichen ergänzenden Dienstleistungen wie beispielsweise Mahlzeiten- und Fahrdienste, Hilfsmittelverleih oder Ernährungs- und Diabetesberatungen (Gmür/Rüfenacht 2010: 391). In den letzten Jahren werden vermehrt auch auf eine bestimmte Zielgruppe oder eine bestimmte Krankheit spezialisierte Spitex-Abteilungen ins Leben gerufen, wie zum Beispiel die Kinderspitex, die Palliativpflege, die psychiatrische Spitex oder die Onkologie-Spitex. Das jeweilige Angebot hängt von den spezifischen Bedingungen einer bestimmten Spitex-Organisation ab, wie zum Beispiel von der Grösse des jeweiligen Einzugsgebiets, der Anzahl Mitarbeitenden, der finanziellen Situation des Betriebs sowie von gemeindespezifischen Bedürfnissen.

Klientinnen und Klienten

Die folgenden Angaben zu den Klientinnen und Klienten sowie zu den Mitarbeitenden der Spitex (im nächsten Abschnitt) beziehen sich alle auf das Jahr 2009 und sind der Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik entnommen. Dies sind die aktuellsten verfügbaren Daten. Die Zahlen beziehen sich nur auf die Non-Profit-Spitex, die kommerziellen und die freiberuflichen Spitex-Anbieter werden von der Statistik nicht erfasst.

Die Spitex betreute 2009 rund 214'000 Personen. Drei Viertel dieser Personen waren über 65 Jahre alt. Von den verrechneten Arbeitsstunden fielen 82 Prozent auf diese Altersgruppe, und davon wiederum 56 Prozent auf über 80-jährige Personen (BFS 2010: 12). Diese Zahlen machen deutlich, wie stark die Spitex von der demographischen Alterung betroffen ist. Die Lebenserwartung der schweizerischen Bevölkerung steigt stetig. Mit der zunehmenden Zahl an Personen mit einem Lebensalter über 80 oder 85 Jahren steigt auch die Anzahl fragiler Personen, die auf Langzeitpflege angewiesen sind, weshalb die Nachfrage nach ambulanten Pflegedienstleistungen tendenziell weiter zunehmen wird. Dazu kommt, dass die Zahl der dementen Personen mit steigendem Alter fast exponentiell zunimmt (Zogg 2011: 88), was die Spitex gerade auch im Bereich der psychiatrischen Pflege vor neue Herausforderungen stellt.

69 Prozent der durch die Spitex betreuten Personen sind Frauen (BFS 2010: 12). Dies liegt einerseits in der höheren Lebenserwartung von Frauen begründet, andererseits kann davon ausgegangen werden, dass weibliche Angehörige oft einen Grossteil der Pflege der pflegebedürftigen Männer übernehmen, wodurch diese weniger Spitex-Leistungen benötigen.

Mitarbeitende

Die Spitex beschäftigte im Jahr 2009 rund 29'000 Mitarbeitende, welche sich 13'000 Vollzeitstellen teilten. Der durchschnittliche Anstellungsgrad betrug 45 Prozent, was auf den hohen Anteil von Mitarbeitenden mit einem Teilzeit-Pensum verweist (BFS 2010: 8).

Die Spitex beschäftigt Personen mit sehr heterogenen beruflichen Qualifikationen. 27 Prozent der Mitarbeitenden verfügen über eine höhere Berufsbildung im Pflegewesen, 2 Prozent über eine Ausbildung auf nachsekundärer nicht tertiärer Stufe, 21 Prozent über eine berufliche Grundbildung im Pflegewesen, 2 Prozent haben eine sozial-therapeutische und 8 Prozent eine Ausbildung im Leitungs- und Administrationsbereich. 40 Prozent der Mitarbeitenden haben keine spitex-spezifische Ausbildung (BFS 2010: 8).⁸

Organisation und Organisationsformen

Die Non-Profit-Spitex ist stark föderalistisch strukturiert. Im Jahr 2009 waren in der Schweiz 576 Spitex-Organisationen tätig. Neuere Zahlen sind nicht verfügbar. Die Spitex-Organisationen sind jeweils zu kantonalen Spitexverbänden zusammengeschlossen. Der Spitex Verband Schweiz (SVS) wiederum ist der Dachverband der 26 kantonalen Spitexverbände (Gmür/Rüfenacht 2010: 392).

In der Deutschschweiz sind die meisten gemeinnützigen Spitex-Anbieter als privatrechtliche Vereine auf Gemeinde- oder Regionsebene organisiert.⁹ Insgesamt 86 Prozent sind rechtlich als Verein organisiert. Das oberste Organ der Vereine ist die

⁸ Höhere Berufsbildung:

diplomierter Pflegefachmann/Pflegefachfrau FH, diplomierter Pflegefachmann/Pflegefachfrau HF, Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau II, Diplom Krankenschwester/-pfleger AKP/GKP/KWS/PsyKP, Hebamme, Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege, Fachbereich Mütter-/Väterberatung, andere Nachdiplomausbildungen (HÖFA I, Pflegeleitung, Palliative Care...)

Nachsekundäre nicht tertiäre Stufe:

Pflegefachfrau/Pflegefachmann DNI, Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege

Diplommiveau I

Berufliche Grundbildung:

Fähigkeitsausweis: Krankenpfleger/in FA SRK, Hauspflege EFZ, Fachangestellte Gesundheit (FaGe EZF), Fachperson Betreuung EZF, Medizinische Praxisassistent/in EZF, Hauspflege-Diplom (kantonal), Pflegeassistent/in SRK, Betagtenbetreuer/in EZF

Kein spitex-spezifischer Ausbildungsabschluss:

Praktikant/in in Ausbildung, Pflege-/Betreuungskurse (z.B. SRK-Pflegehelfer/innenkurs/-Grundkurs), keine spezifische Ausbildung für die geleistete Arbeit (BFS 2010, 9).

⁹ Im Welschland und im Tessin ist die Non-Profit-Spitex meist in grösseren Strukturen organisiert d.h. als regionale oder kantonale Vereine oder Stiftungen (Spitex Verband Schweiz: Homepage/Das ist Spitex).

Mitgliederversammlung. Die strategische Führung liegt in den Händen des Vorstands, während die operative Leitung bei der Geschäftsleitung liegt. 6 Prozent sind ebenfalls gemeinnützig-privatrechtlich organisiert, jedoch als Stiftungen. In diesem Falle ist das oberste Organ der Stiftungsrat, der zugleich auch die strategische Führung inne hat. Die restlichen 8 Prozent der Non-Profit-Spitexen sind öffentlich-rechtlicher Natur (in Form von Gemeinde-Organisationen oder anderer öffentlich-rechtlicher Organisationen wie Gemeindeverbände, Kirchgemeinden oder Stiftungen) (BFS 2010: 6).

Finanzierung

Die Dienstleistungen der Spitex werden durch ein komplexes System von öffentlichen Geldern, den Sozial- und Krankenversicherungen sowie durch Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten finanziert. Die Spitex-Organisationen versuchen zudem, durch Mitgliederbeiträge, Spenden und andere Zuwendungen weitere Einkünfte zu erzielen (Fischer 2001: 133). Aus den aktuellsten verfügbaren Zahlen aus dem Jahr 2009 geht hervor, dass sich die Spitex knapp zur Hälfte aus Erträgen aus den angebotenen Dienstleistungen finanziert. Die Beiträge der öffentlichen Hand machen ebenfalls knapp die Hälfte des Ertrags aus. Der Anteil der Einnahmen aus Mitgliederbeiträgen und Spenden ist mit rund 3 Prozent des Ertrags gering (BFS 2010: 15). Die exakten Finanzierungsmodelle müssen zwischen öffentlicher Hand, Spitex-Organisationen und Krankenversicherern ausgehandelt werden und haben sich in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten immer wieder verändert und unterscheiden sich in der Ausgestaltung sowohl auf Kantons-, als auch Gemeindeebene teilweise beträchtlich. Details zu den gesetzlichen Grundlagen und der Finanzierung der Spitex werden im Teil II dieser Arbeit ausgeführt.

TEIL I: CARE-ARBEIT UND EMOTIONALE ARBEIT

In diesem ersten Teil dieses Arbeitsblatts gebe ich einen Einblick in die Arbeit, welche die Mitarbeitenden der Spitex in ihrem Berufsalltag leisten. Es geht mir dabei darum, erstens einige allgemeine Besonderheiten bezüglich der inneren Verfasstheit und der gesellschaftlichen Konstruiertheit von Care-Arbeit herauszuarbeiten und zweitens die berufliche Care-Arbeit bei der Spitex im Speziellen zu beschreiben. Das erste Kapitel beinhaltet eine theoretische Einführung ins Thema. Im darauf folgenden Kapitel wird die Arbeit bei der Spitex aus der Sicht meiner Gesprächspartnerinnen dargestellt. Im Zwischenfazit werden zentrale Erkenntnisse zusammengefasst und ihre Bedeutung diskutiert.

3 Care-Arbeit – eine theoretische Einführung

3.1 „Care“ als wissenschaftliches Konzept

Die Verwendung des Begriffs „Care“ hat sich mittlerweile auch im deutschen Sprachraum im Fachdiskurs allgemein durchgesetzt. Das Care-Konzept hat seine Wurzeln in der Frauenbewegung und ist eine zentrale Analysekategorie der feministischen Ökonomie („Care-Ökonomie“).

Die Debatten um Care-Arbeit drehten sich in ihren Anfängen hauptsächlich um die ökonomische Bedeutung der von Frauen geleisteten *unbezahlten* Haus-, Pflege- und Beziehungsarbeit. Der Anspruch des Care-Konzepts bestand darin, diese versteckte Arbeitsleistung der Frauen sichtbar zu machen und analysieren zu können, inwiefern die Care-Arbeit dazu beiträgt, die benachteiligte Position von Frauen in der Gesellschaft zu reproduzieren. Die materiellen und ideologischen Prozesse, durch die die Frauen für die Care-Arbeit verantwortlich gemacht wurden, standen im Fokus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Care-Arbeit (Daly/Lewis 1998: 4f., Madörin 2007: 142f.).

Mit der Zeit rückte auch die bezahlte Care-Arbeit immer mehr in den Fokus der Analysen. Sehr allgemein formuliert werden heute in der internationalen Fachdebatte unter Care-Tätigkeiten sowohl bezahlte, als auch unbezahlte „personenbezogene Dienstleistungen, die wichtig sind für das Überleben und das tägliche Wohlbefinden von Menschen“ verstanden (Madörin 2007: 142f.). Diese Definition ist jedoch sehr wenig spezifisch und es ist nicht eindeutig, welche konkreten Tätigkeiten in diese Kategorie fallen. So kann die Bezeichnung „personenbezogene Dienstleistungen“ sehr weit gefasst werden und neben der privat und unbezahlt geleisteten Sorge- und Fürsorgetätigkeiten auch alle Sektoren der Dienstleistungsgesellschaft miteinbeziehen, die sich in irgendeiner Art und Weise mit dem Wohlbefinden der Individuen befassen, also beispielsweise auch die Freizeitindustrie, das

Gastgewerbe oder die Prostitution. Eine derart umfassende Definition von Care-Arbeit ist jedoch in der wissenschaftlichen Literatur die Ausnahme. Die meisten Autorinnen und Autoren verwenden den Care-Begriff in einem spezifischeren Sinn als *Sorgearbeit für von Sorge abhängige Personen* (vgl. Jochimsen 2003a, 2003b, McDowell 2009). Diese klare Begrenzung der Care-Arbeit auf die sogenannten „klassischen Sorgesituationen“, die sowohl bezahlte als auch unbezahlte Betreuung und Unterstützung von existentiell von der Sorge abhängigen Personen umfassen, ist meiner Ansicht nach sinnvoll, da eine zu weite Definition des Care-Begriffs es erschwert, spezifische Aussagen zu bestimmten Aspekten dieser Art von Arbeit zu machen.

Eine wichtige Komponente des Care-Konzepts, die in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Debatten um Care-Arbeit gerückt ist und die besonders im Bezug auf diese klassischen Sorgeleistungen von grosser Relevanz ist, ist die Frage nach der Verteilung der Care-Verantwortung in der Gesellschaft und insbesondere auch nach der Rolle des Staates in der Bereitstellung von Care-Arbeit. Eine im Bezug auf meine Fragestellung sehr fruchtbare Konzeptualisierung der Care-Arbeit scheint mir der Ansatz zu sein, den Daly und Lewis (1998) vorschlagen. Für die Analyse gesellschaftlicher Phänomene im Zusammenhang mit Care-Tätigkeiten schlagen sie die Kategorie „social care“ vor. Sie definieren „social care“ als multidimensionales Konzept, bei dem drei Dimensionen als Analysekatoren von zentraler Bedeutung sind: Care als Arbeit, die normative Einbettung von Care-Arbeit und die Kosten der Care-Arbeit (Daly/Lewis 1998: 6). Mit der Fokussierung auf Care-Tätigkeiten als Arbeit können Arbeitsleistungen explizit sichtbar gemacht werden und die Bedingungen, unter denen diese Arbeit geleistet wird, können analysiert werden. Auf der Ebene der normativen Einbettung liegt der Fokus auf den sozialen Beziehungen und den individuellen Motivationen, die der Care-Arbeit zugrunde liegen. Mit den Kosten der Care-Arbeit sind sowohl emotionale, als auch finanzielle Kosten gemeint (Daly/Lewis 1998: 6). Dem Wohlfahrtsstaat kommt dabei eine zentrale Rolle als Strukturgeber und Gestalter der Arbeitsbedingungen im Care-Bereich sowie in der Stärkung oder Schwächung existierender sozialer Normen bezüglich Care-Arbeit zu. Zusammengefasst definieren Daly und Lewis ihr Care-Konzept folgendermassen:

[...] we define social care as the activities involved in meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, cost and social frameworks within which this work is assigned and carried out (1998: 6).

Das Care-Konzept dient in dieser Form als Analysekatoren sowohl auf der Mikroebene individueller Akteure als auch auf der Makroebene gesellschaftlicher Strukturen.

In dieser Arbeit befasse ich mich mit *erwerbstätig* geleisteter Pflege- und Betreuungsarbeit für *von der Pflege existentiell abhängige Personen*. Der Fokus meiner Forschung liegt auf der Mikroebene der Care-Praxis; im Zentrum stehen professionelle Pflegerinnen in ihrem Berufsalltag. Der Organisation und der normativen Bewertung von Care-Arbeit auf der

Makroebene der Gesellschaft kommt jedoch insofern eine grosse Bedeutung zu, da diese die individuelle Pflegepraxis entscheidend beeinflussen und mitformen.

3.2 Komponenten der Care-Arbeit

In einem vielzitierten Artikel aus dem Jahr 1992 identifiziert Nicky James drei Komponenten der Care-Arbeit: „organisation“, „physical work“ und „emotional work“ (James 1992: 488).

Der ihrer Ansicht nach am wenigsten offensichtliche Bestandteil der Care-Arbeit ist die organisatorische Komponente. Der Begriff „organisation“, wie James ihn verwendet, hat dabei eine Doppelbedeutung: Einerseits umfasst die organisatorische Komponente Aspekte bezüglich der Organisation von Care-Arbeit auf der Makroebene, wie beispielsweise die gesellschaftliche Arbeitsteilung, die Finanzierung der Care-Arbeit, die Struktur von Care-Institutionen oder den politischen Kontext, in dem Care-Arbeit geleistet wird. Andererseits bezieht sich der Begriff aber auch auf den Wortsinn des englischen Begriffs „organising“, womit das tägliche, unmittelbare Organisieren der Care-Handlungen durch die ausführenden Personen gemeint ist (James 1992: 492ff.).

Die physische Arbeit hingegen ist die sichtbarste Komponente der Care-Arbeit. Die Care-Arbeit wird anhand der physischen Arbeit strukturiert und organisiert, d.h. die physischen Handlungen geben den Zeitplan der zu leistenden Aufgaben vor. Die physische Arbeit ist sozusagen der Rahmen, innerhalb dessen die emotionale Arbeit geleistet wird. James weist darauf hin, dass die physischen Komponenten der Care-Arbeit gesellschaftlich am ehesten als Arbeit identifiziert werden. Besonders im Fall der erwerbswirtschaftlich organisierten Care-Arbeit dienen die physischen Komponenten in gewissem Sinne als Rechtfertigung für die Arbeit, indem sie die Notwendigkeit offensichtlich machen. Die physischen Aufgaben bestimmen auch über die notwendigen Qualifikationen der die Care-Arbeit ausführenden Person (James 1992: 496ff.).

Mit emotionaler Arbeit ist die immaterielle Sorgearbeit gemeint, die Beziehungsarbeit, die ein zentraler Bestandteil der Care-Arbeit ist. Der Erfolg oder Misserfolg der emotionalen Arbeit hängt von den Fähigkeiten einer Person ab, positive zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen, Situationen richtig einzuschätzen und die richtigen Entscheidungen zu treffen. Wie James (1992: 500ff. betont, sind die emotionalen Komponenten der Care-Arbeit ebenso harte Arbeit („hard work“) wie die physische Arbeit. Obwohl diese emotionalen Kompetenzen für die Care-Arbeit genauso grundlegend sind wie die praktischen Fertigkeiten, sind sie gesellschaftlich oft nicht anerkannt. Denn die benötigten emotionalen Fähigkeiten werden meistens im privaten Umfeld erworben und daher nicht offiziell zertifiziert. Vielmehr werden sie als natürlich vorhandene Eigenschaften vorausgesetzt. Die Folge dieser Naturalisierung emotionaler Kompetenzen ist die Ideologisierung der Care-Arbeit als Liebesarbeit und Frauenarbeit. Auf diesen

Aspekt gehe ich im nächsten Kapitel ausführlich ein.

Die Unterteilung der Pflegearbeit in „physische Arbeit“ und „emotionale Arbeit“ habe ich in dieser Studie von James (1992) übernommen. Die Begriffe „emotionale Arbeit“ und „Beziehungsarbeit“ werden dabei synonym verwendet.¹⁰

Ganz wichtig zu betonen ist, dass die von James (1992) benannten Komponenten der Care-Arbeit integrale Bestandteile derselben sind und nicht isoliert betrachtet werden dürfen. Care-Arbeit kann nicht einfach in physische und emotionale Arbeit aufgesplittet werden, da eine rein instrumentelle Pflegeverrichtung keine Care-Tätigkeit ergeben kann. Erst der emotionale Anteil gibt den Care-Empfangenden das Gefühl, umsorgt zu werden. Wie Madörin (2007: 154) betont, ist die „Caring-Motivation“ ein unverzichtbarer Bestandteil der Care-Arbeit. Denn aufgrund der Personenbezogenheit der Care-Arbeit hängt ein Grossteil der Qualität einer Care-Beziehung von der Etablierung einer positiven, wertschätzenden persönlichen Beziehung ab.

3.3 Care als Frauenarbeit und Frauenberuf

Care-Arbeit ist Frauenarbeit. Ein Grossteil der Care-Arbeit weltweit wird von Frauen geleistet, und zwar unabhängig davon, ob die Care-Arbeit bezahlt oder unbezahlt geleistet wird.

In ihrem berühmten Artikel „Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus“ zeigen Gisela Bock und Barbara Duden (1977) auf, wie es historisch zu dieser Feminisierung der Care-Arbeit gekommen ist. Die Autorinnen widerlegen in ihrem Artikel das Geschichtsbild, demnach Frauen historisch immer nur mit Hausarbeit und Kindererziehung beschäftigt gewesen seien und erst der Kapitalismus die Erwerbsarbeit der Frau hervorgebracht habe. Sie betonen, dass die nichtarbeitende (da nichterwerbstätige) Frau ein Produkt der bürgerlich-kapitalistischen Ideologie ist, ebenso wie die Rolle des Mannes als Familiernährer (siehe auch Bischoff 1992: 45ff.). Bock und Duden vertreten die These, dass sich die Rolle der Frau als Hausfrau und Mutter erst im Zuge der Industrialisierung als eine Art universale Verkörperung der weiblichen Natur etabliert hat. Sie beschreiben die Industrialisierung und die Durchsetzung der kapitalistischen Produktionsweise als einen gesellschaftlichen und ökonomischen Prozess, in dessen Verlauf es zu einer Homogenisierung der Familienstruktur, der Frauenarbeit und der Frauenrolle gekommen ist (1977: 152ff.). Sie zeigen auf, dass es zwar immer geschlechtliche Arbeitsteilung gegeben hatte, jedoch keine Festlegung der Frau auf häusliche Arbeit und des Mannes auf ausserhäusliche Arbeiten, da diese örtliche Trennung

¹⁰ Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept der „emotionalen Arbeit“ bezüglich seiner impliziten Zuschreibungen sowie seiner analytischen Aussagekraft wäre für eine weiterführende Analyse der Pflegearbeit durchaus lohnenswert.

vor der Industrialisierung in dieser Form gar nicht existierte. Erwerbstätigkeit und Hausarbeit waren eine räumliche und wirtschaftliche Einheit, es gab keinen abgetrennten privaten Haushalt. Alle Angehörigen eines Haushalts leisteten ihren Beitrag zur Wirtschaft des Hauses. Die Trennung zwischen bezahlter ausserhäuslicher Lohnarbeit und unbezahlter Hausarbeit entstand erst im Zusammenhang mit der Etablierung der Lohnarbeit während der Industrialisierung (Bock/Duden 1977: 125ff.).

In einem ideologischen Prozess, den Bennholdt-Thomsen, Mies und von Werlhof (1992) als „Hausfrauisierung“ bezeichnen, wurden die Care-Arbeiten aus dem Bereich der gesellschaftlich relevanten Tätigkeiten herausdefiniert. Parallel zur Durchsetzung der Lohnarbeit als dominante Form des Einkommenserwerbs verlor die unbezahlt geleistete Hausarbeit an gesellschaftlichem Wert. Mit der strikten Trennung von Erwerbsarbeit und unbezahlter, im privaten Umfeld geleisteter Sorge- und Reproduktionsarbeit verlor die Hausarbeit mehr und mehr ihren Arbeitscharakter. Wie Bock und Duden (1977: 171) aufzeigen, wurde die Hausarbeit zur Liebesarbeit ideologisiert, die den natürlichen Eigenschaften der Frau entspricht und nicht durch Geld, sondern durch Liebe entlohnt werden soll. Diese Naturalisierung der Hausarbeit führte zu einem Widerspruch zwischen der ideologischen Wertschätzung der Hausfrau und der Hausarbeit und ihrer gleichzeitigen faktischen Wertlosigkeit, die durch ihre Unbezahltheit zum Ausdruck kommt. Der klassische Fordismus ist somit nicht nur eine Form der Organisation der Lohnarbeit, sondern ein Gesellschaftssystem, das in alle Bereiche des Lebens der Individuen hineinwirkte. Die fordistische Gesellschaft war eine über die Lohnarbeit integrierte und ausdifferenzierte Gesellschaft, aber sie war gleichzeitig auch eine Hausarbeitsgesellschaft in der historischen Variante der Kleinfamiliengesellschaft (Aulenbacher 2009: 73). Wie Aulenbacher betont, setzte „das Normalarbeitsverhältnis als gleichermaßen kapitalistisches wie androzentrisches Arrangement implizit die Kleinfamilie mit männlichem Familienoberhaupt und „dazuverdienender“ Ehefrau voraus“ (2009: 73).

Wie Bischoff (1992) in ihrer Studie anhand des Beispiels der beruflichen Krankenpflege aufzeigt, war diese bürgerliche Frauenrolle auch für die Ausgestaltung der Berufsarbeit der Frau bestimmend.¹¹ Sie zeichnet nach, wie auch die berufliche Care-Arbeit als Frauenarbeit definiert wurde. Die Ideologisierung der Frau als aufgrund natürlicher Begabungen zur Care-Arbeit befähigtes Wesen sowie die der Frau zugewiesene Rolle der Zuverdienerin zum Familienlohn des Ehemannes waren grundlegend für die Ausformung und Ausgestaltung der professionellen Care-Arbeit. Bischoff (1992: 78) kritisiert explizit die Ansicht, die Krankenpflege sei zum ersten Frauenberuf geworden und habe als erstmalige Möglichkeit für die Frauen gedient, sich ausserhalb der Ehe zu verwirklichen. Vielmehr wurde die Krankenpflege zum Beruf für die bürgerliche Frau. Die anderen Frauen hatten immer auch ausserhalb der Familie gearbeitet. Die Krankenpflege ist ein Beruf, den sich

¹¹ Zur Entwicklung der Krankenpflege in der Schweiz siehe auch Dätwyler/Lädrach 1987.

die Frauen nicht erkämpfen mussten, sondern in den sie beinahe gedrängt wurden. Ein wichtiger Grund für diese Entwicklung war, dass die bürgerliche Frauenrolle für die Krankenpflege nutzbar gemacht werden konnte.

Mit der zunehmenden Institutionalisierung der Krankenpflege in öffentlichen Einrichtungen im 19. Jahrhundert stieg der Bedarf an Pflegepersonal markant an und eine Verbesserung der Krankenpflege wurde akut. Die mangelhafte Pflege und der oft miserable Zustand der Krankenhäuser stellten die Arbeit der Medizin in Frage. Auch waren die Mortalitätsraten in den Krankenhäusern teilweise sehr hoch (Bischoff 1992: 77). Die konfessionelle Krankenpflege durch katholische und evangelische Ordensschwestern wurde zwar als vorbildlich bewertet, sie reichte aber nicht mehr aus, um den Bedarf an Pflegepersonal abzudecken. Ausserdem pflegten die Ordensschwestern keine „unsittlichen“ Personen wie ledige Mütter oder Geschlechtskranke (Bischoff 1992: 104). Es mussten also zwingend neue Arbeitskräfte für die Pflegearbeit rekrutiert werden. Die billigste verfügbare Arbeitskraft, die für diese Aufgabe nutzbar gemacht werden konnte, war die der bürgerlichen Frau. Um die Krankenpflege zu einer für die bürgerliche Frau geeignete Tätigkeit zu machen, wurde sie ideologisch aufgewertet. Sie wurde zur heiligen und würdigen Tätigkeit stilisiert, zur Liebestätigkeit analog der Hausarbeit. Krankenpflege und Frau-Sein wurden ideologisch gleichgesetzt, indem man die „wesensmässige Übereinstimmung“ beider Bereiche betonte. Die Krankenpflege wurde als einfache Ausweitung der Hausfrauen- und Mutterrolle dargestellt (Bischoff 1992: 80). So konnte die Krankenpflege zu einem Beruf für bürgerliche Frauen werden, der jedoch nicht zur ökonomischen Unabhängigkeit führte, sondern in patriarchalisch-familial organisierte Strukturen eingebunden blieb (Bischoff 1992: 81). Der Mann blieb der ideologische (und aufgrund der tiefen Löhne der Frauen auch faktische) Familienernährer, der Frau wurde die Rolle der Zuverdienerin zugewiesen.

Bischoff verdeutlicht in ihrer Abhandlung über die Entwicklung der Krankenpflege zum Frauenberuf Zusammenhänge zwischen einer wirtschaftlichen Effizienz- und Sparlogik und der Ideologisierung von Geschlechterrollen, die auch heute noch in nicht unerheblichem Ausmass wirksam sind. Denn obwohl die Anzahl von Männern in Pflegeberufen zunimmt, ist die ideologische Feminisierung der Care-Arbeit in der Gesellschaft noch immer tief verankert und im Arbeitsalltag der Pflegekräfte spürbar.

Leider stehen keine schweizweiten Daten zum Frauen- bzw. Männeranteil unter den Spitex-Mitarbeitenden zur Verfügung. Alle von mir befragten Personen schätzten jedoch den Frauenanteil bei der Spitex auf 90–95 Prozent. Dass diese Einschätzung realistisch ist, zeigt sich allein schon daran, dass der Anteil der weiblichen Beschäftigten im Bereich der Langzeitpflege in der Schweiz insgesamt bei über 90 Prozent liegt (Höpflinger/Hugentobler 2005: 109).

Eine der wenigen Spitex-Organisationen, die in ihrem Jahresbericht Angaben zum

Geschlecht der Mitarbeitenden macht, ist die Spitex der Stadt Bern. Bei der Spitex Bern sind insgesamt 10 Prozent der Mitarbeitenden Männer, von den Mitarbeitenden in der Pflege (ohne Kader und Verwaltung) sind es noch 8 Prozent (Spitex Bern 2011: 28). Dies ist ein im schweizerischen Vergleich relativ hoher Männeranteil. Es gibt viele Spitex-Organisationen, die keine Männer beschäftigen (oder nur in den Kaderpositionen). Im Zwischenfazit am Ende dieses ersten Teils dieser Arbeit werden einige mögliche Interpretationen und Erklärungsansätze vorgestellt, wie meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner diese überdeutliche Dominanz von Frauen in der Spitex-Arbeit zu begründen versuchen.

4 Care-Arbeit bei der Spitex

4.1 Die Bedeutung der emotionalen Arbeit in der Spitex-Arbeit

Emotionale Arbeit als Fundament der Spitex-Arbeit

Wie in der theoretischen Einleitung ausgeführt wurde, ist die emotionale Arbeit ein notwendiger Bestandteil jeder Care-Arbeit. Dies gilt auch für professionalisierte Pflegebeziehungen, die nicht auf einer persönlichen Verbundenheit der pflegenden und der gepflegten Person beruhen, sondern durch die berufliche Organisation von Care-Arbeit zustande kommen. Für meine Gesprächspartnerinnen ist es jedoch eindeutig, dass der emotionalen Komponente im Bereich der Spitex-Pflege eine grössere Bedeutung zukommt als beispielsweise bei der Arbeit in Pflegeinstitutionen. In der Auswertung der Gespräche und der Beobachtungen, die ich während den Begleitungen im Arbeitsalltag gemacht habe, kristallisierten sich mehrere Aspekte heraus, die den zentralen Stellenwert, den meine Gesprächspartnerinnen der emotionalen Arbeit zuschreiben, erklären können.

Ein ganz wichtiger Faktor ist das besondere Umfeld, in dem die Spitex-Arbeit stattfindet. Die Tatsache, dass die Mitarbeitenden der Spitex zu ihren Klientinnen und Klienten nach Hause gehen, erhöht ihrem Erleben nach die Intensität der persönlichen Beziehungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex begegnen den Personen, die sie pflegen und betreuen, nicht in der oftmals weitestgehend anonymisierten Umgebung einer Pflegeinstitution, sondern im intimen Raum ihres Zuhauses. Meine Gesprächspartnerinnen betonen, dass man nur schon aufgrund der Wohnsituation und der Wohnungseinrichtung sehr viel über eine Person erfahre. Ausserdem treffen sie ihre Klientinnen und Klienten in ihrem alltäglichen Leben an, lernen ihr soziales Umfeld kennen und werden oft ganz automatisch mit sehr persönlichen Ereignissen und Informationen konfrontiert, die nicht unbedingt in einem direkten Zusammenhang mit ihrem Arbeitsauftrag stehen.

Die Beziehungen sind viel persönlicher als im Spital. Man lernt die Familie kennen, sieht, wie sie sich eingerichtet haben, was ihnen wichtig ist. Die Fotos, die sie ausgestellt haben...

Du weisst, was ihre Ehepartner für einen Beruf hatten. Die Vorgeschichte finde ich total spannend, die sie hatten, bevor wir von der Spitex kamen... (Carmen)

Es gibt einfach Leute, mit denen hat man so Themen, und ich denke, das ist halt, wenn man zu den Leuten nach Hause geht. Das hat mir ja auch so gefallen am Anfang! Wenn du bei ihnen in der Wohnung bist, kriegst du so viel mehr mit von diesen Leuten als wenn sie zu dir kommen. Also wenn du das nicht kennst, im Spital... (Elisa)

Was ich an der Spitex extrem schätze, ist, dass WIR zu den Leuten nach Hause gehen. In ihren privaten Bereich hinein. Und wir sind die Eindringlinge... Im Vergleich, wenn sie im Spital sind, müssen sie sich dort unterordnen in den Tagesablauf und müssen vielleicht ihre ganze Persönlichkeit irgendwo in einen Schrank packen, und die offenen Nachthemden, die es halt braucht und all das... Und das finde ich total schön in der Spitex, dass wir gehen und uns den Gegebenheiten anpassen. Am Anfang war das auch sehr anstrengend, weil wenn du an einem Morgen 5, 6 Einsätze hast, dann sind das 5, 6 Inseln, wo du rein kommst und jedes Mal in eine andere Welt eintauchst. (Carmen)

Carmen verwendet in ihrer Aussage die Metapher der Insel für etwas, das in allen Gesprächen immer wieder thematisiert wurde: Jedes Zuhause ist wie eine eigene Welt. Und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex sind bei ihren Klientinnen und Klienten zu Gast und müssen sich den Umständen und Gegebenheiten anpassen, die sie da vorfinden. Wie bereits aus diesen Aussagen deutlich wird, schätzen es meine Gesprächspartnerinnen sehr, dass man die Leute zu Hause besser kennenlernt und als Persönlichkeiten ernster nimmt als in Pflegeinstitutionen. Sie betonen, dass es bei der Pflege zuhause in viel grösserem Umfang um die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen gehe als in Institutionen. Man müsse der Individualität der Personen, die man betreut, Raum geben und die Leute ernst nehmen. Sie finden es sehr wichtig, dass man als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter der Spitex die Ansprüche der Klientinnen und Klienten respektiert, denn zuhause seien die Leute immer noch selber für sich verantwortlich, sie entscheiden selber, was sie tun wollen und was nicht.

Im Spital sind sie Gast. Das fängt schon bei den Zeiten an: dann und dann gibt es Frühstück. Bei uns fragt man, wann soll ich kommen? Jemand will um 7 frühstücken, ein anderer um 9. Das sind ganz verschiedene Lebensweisen. Im Spital wissen sie genau, nach 14 Tagen bin ich wieder draussen, dann unterziehen sie sich der Struktur. Zuhause machen sie das nicht. Das fängt schon bei den Medikamenten an. [...] Und zuhause muss man auch die Selbstverantwortung akzeptieren. Man kann höchstens etwas sagen, Rückmeldung geben. Aber jemanden zu etwas zwingen, was er nicht will, davon bin ich schon lange abgekommen. Diese sturen Dinge durchziehen, da fährt man nicht gut in den Haushaltungen. Da muss man sich anpassen. Da bist du es, der sich anpasst, und nicht sie passen sich dir an. (Patrizia)

Diese spezielle Situation der Pflege zuhause erfordert von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Spitex viel Taktgefühl und Verhandlungsgeschick und bedeutet gleichzeitig auch, dass sie viel Verantwortung übernehmen müssen. Die pflegebedürftigen Menschen werden zwar als selbständige, gleichberechtigte Personen behandelt, gleichzeitig

haben die Spitex-Leute aber auch einen klar definierten Auftrag, den sie als Fachpersonen ausführen sollen. So sind sie häufig mit Situationen konfrontiert, in denen sie entscheiden müssen, wieviel Eigensinn und Eigenverantwortung der Klientin oder des Klienten sie akzeptieren können und wann sie Massnahmen ergreifen müssen, weil sie sonst ihrem Auftrag nicht mehr gerecht werden können. Denn sobald die Verweigerungshaltung einer Klientin oder eines Klienten gegenüber einer gewissen Pflegemassnahme gesundheitsbedrohend wird, müssen die Mitarbeitenden der Spitex reagieren und einen Lösungsweg suchen, um zu verhindern, dass sich die pflegebedürftigen Personen selber Schaden zufügen.

Ich habe irgendwie einen gewissen Freiraum. Wenn jetzt jemand sagt, nein, ich bin hier zuhause und bestimmte Dinge will ich nicht, dass wir das eher respektieren. Dass man dann halt vielleicht versucht, wenigstens einmal in der Woche oder alle zwei Wochen jemanden unter die Dusche zu bringen oder so. Aber wir wissen, dass wir keine Wunder vollbringen. Und es ist ihr Zuhause. Ausser es wird gesundheitsgefährdend, dann gibt es eine Meldung an den Arzt. Wir sind zwar Gast bei ihnen, wir kommen in ihre private Sphäre, wir müssen uns dem anpassen, aber wir haben auch einen Auftrag, den wir erfüllen müssen. Es ist so ein gegenseitiges sich aufeinander einspielen. Ich muss meine Arbeit machen, das wird auch bezahlt, das ist eine Realität. Und umgekehrt kann der Patient gewisse Dinge bestimmen, wie er es haben will. Wir müssen da vielleicht ein bisschen mehr schauen, was ist möglich? Und auch einmal ein Auge zudrücken. (Petra)

Aus diesen Aussagen wird deutlich, wie wichtig es für die Spitex-Mitarbeitenden ist, eine pflegebedürftige Person so gut kennenzulernen, dass sie ihre Reaktionen richtig einschätzen können.

Ein weiterer Faktor, der dazu beiträgt, die Intensität der persönlichen Beziehungen zwischen pflegender und pflegeempfangender Person zu erhöhen, ist die Tatsache, dass Spitex-Pflege in den allermeisten Fällen Langzeitpflege bedeutet. Es gibt zwar auch immer wieder kürzere Einsätze nach einem Unfall, einer Operation oder einer Geburt, im überwiegenden Teil der Fälle handelt es sich jedoch um langfristige Einsätze bei älteren Menschen. Meine Gesprächspartnerinnen erzählten, dass es oft vorkommt, dass Pflegende bei der Spitex eine Klientin oder einen Klienten über Jahre hinweg betreuen. Durch den Kontakt über eine lange Zeitspanne hinweg entstehen häufig sehr intensive Beziehungen.

In den ersten Jahren habe ich immer der gleichen Frau das Essen gebracht und habe für sie eingekauft. Ich kannte ihren Mann, ich kannte ihren Sohn, das Haus kannte mich so quasi... Und jetzt nach der Gebietsoptimierung hat das geändert. Ich bin nicht mehr zuständig für sie und die Kolleginnen vom anderen Team erzählen mir jeweils, wie es ihr geht. Weil ich bin ein Familienmitglied geworden da bis zum Schluss! Wenn du jeden Tag das Essen bringen gehst... (Elisa)

Auch Rahel erzählte mir, dass sie einige Klientinnen und Klienten seit über 10 Jahren regelmässig betreut. Da könne es vorkommen, dass jemand anfängt, sie als Freundin zu

betrachten und sie gerne auch einmal zuhause besuchen möchte. Private Kontakte kommen jedoch für sie nicht in Frage. Für Rahel gibt es in den Beziehungen zu ihren Klientinnen und Klienten ganz klare Grenzen, die eingehalten und respektiert werden müssen.

Es ist unglaublich wichtig, klare Grenzen zu setzen. Es gibt aber Personen, an die kommt man einfach nicht ran, solange man sie siezt. Dann mache ich das auch schon mal per Du, aber dann muss man umsomehr aufpassen, dass die Grenzen nicht überschritten werden. Auch wenn man sich duzt muss die Beziehung beruflich bleiben. Das ist sehr wichtig. Ich bin keine Tochter, ich bin keine Freundin, ich bin immer die Fachfrau von der Spitex. (Rahel)

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex müssen bei ihrer Arbeit das Verhältnis von Nähe und Distanz, von sich auf jemanden einlassen und sich abgrenzen können, ständig neu aushandeln. Da jeder Mensch und jede Situation anders ist, kann es keine allgemeingültigen Regeln geben. Die Grenze zwischen einer professionellen und einer (zu) privaten Beziehung ist auch nicht für alle Pflegenden gleich. Während es für die einen in Ordnung ist, auch ausserhalb der Arbeit Kontakte mit ehemaligen oder aktuellen Klientinnen und Klienten zu pflegen, kommt dies für andere nicht in Frage. Für meine Gesprächspartnerinnen ist es daher vor allem sehr wichtig, die eigenen Grenzen zu kennen und zu respektieren. Alle betonten in den Gesprächen, dass die Beziehungsarbeit nie vollständig zur Routine wird. Auch sehr erfahrene Mitarbeiterinnen erzählten, dass es immer wieder Situationen gibt, in denen auch sie unsicher werden oder manchmal in einer Beziehung zu einer Klientin oder einem Klienten nicht sofort den richtigen Grad von Intimität finden. Besonders in Fällen von sexueller Belästigung, mit denen die Spitex-Mitarbeiterinnen manchmal konfrontiert sind, sei es häufig schwierig zu entscheiden, wo die Grenze verläuft zwischen dem, was man verstehen und tolerieren kann und dem Punkt, an dem die Grenze definitiv überschritten werde.

Wir haben natürlich auch Geschichten mit sexuellen Belästigungen. Wir gehen zu Männern nach Hause. Alleine. Wir hatten zum Beispiel einen 93-jährigen Mann, der immer versucht hat, uns anzufassen, und das hat immer wieder Meldungen gegeben. Und dann hiess es auch, er sei halt ein bisschen dement. Und trotzdem... Ich hatte auch lange das Gefühl, am Anfang – er hat einem dann immer gleich umarmt, wenn man reingekommen ist – dann denkt man, der Mann ist halt einsam. Man lässt auch schon mal etwas noch zu im Moment. Und dann kommen aber noch andere Sachen, und ich habe gemerkt, hä? Also ich habe am Anfang bei diesem Herrn B. auch immer gesagt, er sei halt einsam und brauche das. Aber dann hat es sich plötzlich geändert. Und jemand anders hat vielleicht noch viel früher gefunden, nein, das geht nicht! (Petra)

Neben der Häufigkeit der Einsätze sind auch allgemeine zwischenmenschliche Faktoren wie Sympathie und Antipathie ausschlaggebend für die Art und die Intensität der Beziehung zwischen pflegender und gepflegter Person. Meine Gesprächspartnerinnen sind sich einig, dass ein Minimum an zwischenmenschlicher Beziehung immer existieren muss. Denn ohne eine einigermaßen positive Beziehung ist keine gute Pflege möglich.

Ausserdem erleichtert eine Vertrauensbeziehung zu den Klientinnen und Klienten auch die Arbeit der Pflegenden. Meine Gesprächspartnerinnen erzählten, dass bei Klientinnen und Klienten, die sie schon länger kennen und zu denen sie ein gutes Verhältnis haben, die Arbeit deutlich entspannter ist. Zudem dürften in diesen Fällen auch sie als Pflegende einmal einen schlechten Tag haben und dabei auf das Verständnis der Klientinnen und Klienten zählen.

Manchmal ist man einfach nur müde. Und dann mag man auch nicht so viel geben. Ich habe gelernt, das bei mir auch zu respektieren. Und manchmal, wenn man ein bisschen vertrauter ist mit jemandem, dann sagt man auch einmal etwas. Aber wenn ich jemanden nicht gut kenne, dann muss ich mir extrem Mühe geben, dort kann ich das ja gar nicht! Es kommt immer auf das Vertrauen an, das man hat. (Petra)

Das gleiche gilt auch für Situationen, in denen die Mitarbeitenden zeitlich stark unter Druck stehen. Wenn man die Leute schon länger kenne und ein gutes Verhältnis zu ihnen pflege, verstünden sie es in der Regel auch, wenn man einmal gar keine Zeit habe, um sich zu unterhalten oder etwas zu besprechen.

Die Beziehungsarbeit beschränkt sich bei der Spitex in vielen Fällen nicht nur auf die direkt pflegeempfangenden Personen, sondern bezieht auch deren Angehörige mit ein. Alle meine Gesprächspartnerinnen erzählten, dass die Angehörigen in vielen Fällen für die Pflege einer Person durch die Spitex sehr wichtig sind, da die Angehörigen oftmals den Grossteil der Pflegearbeit leisten. Eine Situation, in der ein Familienmitglied pflegeabhängig ist, ist oft auch für das persönliche Umfeld dieser Person sehr belastend. In der Spitex kann man dieses Umfeld auch nicht einfach ausblenden, da die Angehörigen während des Besuchs der Spitex oft anwesend sind. Daher ist klar, dass man auch die Angehörigen unterstützen muss.

Da geht man zum Beispiel einer Frau helfen mit ihrem Mann, der Alzheimer hat. Da gibt es eine persönliche Beziehung. Ganz klar! Ich muss ja Beziehungsarbeit machen! Ich kann ja gar nicht anders. Und ich muss Angehörige einbeziehen, ich muss mit ihnen Beziehungsarbeit leisten. Logisch gibt es da Beziehungen. Ganz klar! (Petra)

Angehörige sind ein sehr, sehr, sehr wichtiges Thema! Das im Gegensatz im Spital eigentlich nicht so wichtig ist. Höchstens wenn es um den Austritt geht, interessiert es dich da einmal, aber ansonsten musst du ja nicht. In der Spitex ist das ein grosser Punkt, und die Angehörigen mitzubetreuen ist fast noch ein grösserer! Man muss sie ja auch mal fragen, wie geht es dir damit? Weil sie ja auch in die Pflege integriert sind. Gerade in Palliativ-Situationen muss man aufpassen, dass man das nicht vergisst, dass die auch auf ihre Rechnung kommen. (Patrizia)

Für meine Gesprächspartnerinnen ist die emotionale Arbeit, die „Beziehungsarbeit“, wie sie es oft nennen, das eigentliche Fundament ihrer Arbeit. Die Beziehungsarbeit ist eine unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass die physische Arbeit, d.h. die medizinische Versorgung, die Grund- oder die Hauspflege, überhaupt geleistet werden kann. Denn wie es

mehrere Spitex-Mitarbeitende im Gespräch mit mir ausdrückten: „*die Leute müssen uns die Tür aufmachen*“. Diese Aussage kann eher symbolisch gemeint sein (in vielen Fällen hat die Spitex die Schlüssel zu den Wohnungen), in dem Sinne, dass die Klientinnen und Klienten bereit dazu sein müssen, den Spitex-Mitarbeitenden Zutritt zu ihrer privaten Wohnung zu gewähren und sie darin als Fachpersonen zu akzeptieren. Die Aussage kann aber durchaus auch im wortwörtlichen Sinne zutreffen. Wie ich selber während meiner Begleitungen von Spitex-Mitarbeiterinnen bei ihrer Arbeit erlebt habe, ist es nämlich keinesfalls immer selbstverständlich, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Spitex Zutritt zur Wohnung derjenigen Person erhält, die sie oder er pflegen sollte. Es gibt Situationen, in denen eine medizinische Versorgung ohne die Grundlage eines Vertrauensverhältnisses zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person nicht möglich ist.

Ich bin mit Rahel unterwegs. Bei einem Klienten sind wir eine halbe Stunde früher da, als er grundsätzlich will, dass die Spitex am Morgen bei ihm vorbeikommt. Es liess sich an diesem Tag aufgrund der Einsatzplanung jedoch nicht anders einrichten. Rahel sagt mir, dass sie die Einzige im Team sei, die es sich erlauben könne, so viel zu früh zu kommen. Alle anderen Mitarbeiterinnen würde der Klient gar nicht erst in die Wohnung lassen zu dieser Uhrzeit. Sie kennt ihn schon lange und konnte eine Vertrauensbeziehung mit ihm aufbauen. Sie hatte ihn unterstützt, als er nach einem Sturz aus dem Spital wieder nach Hause wollte. Seither wisse er, dass sie ihn nicht in eine Pflegeinstitution „abschieben“ wolle, wovor er am meisten Angst habe.

Wie angekündigt, ist der Klient dann auch sehr aufgebracht, als wir so früh bei ihm vor der Tür stehen. Er flucht und tobt eine Weile lang lautstark. Rahel lässt sich davon jedoch überhaupt nicht beeindrucken und geht sehr freundlich und verständnisvoll, aber auch bestimmt mit ihm um. Nach einer Weile beruhigt sich der Klient deutlich, auch wenn er noch weiter vor sich hin murmelt. Trotz seiner lautstark kund getanen Unzufriedenheit spürt man, dass er sich über den Besuch von Rahel freut. (Auszug aus meinen Beobachtungsnotizen)

Die emotionale Arbeit ist laut meinen Gesprächspartnerinnen bei der Spitex aber auch in dem Sinne das Fundament der Arbeit, als dass gerade im Bereich der ambulanten Pflege die physische Arbeit zwar sehr wichtig ist und zuverlässig und fachkundig erledigt werden muss, eine grössere Bedeutung jedoch in den meisten Fällen dem sozialen Kontakt an sich zukommt. Denn für viele Menschen, die durch die Spitex in ihrem Zuhause betreut werden, stellen die Spitex-Leute ganz wichtige Bezugs- und Vertrauenspersonen dar. Diese zentrale soziale Bedeutung der Spitex wird im folgenden Kapitel ausführlicher dargestellt.

Die soziale Bedeutung der Spitex

Für meine Gesprächspartnerinnen ist klar, dass die Spitex sowohl einen medizinisch-pflegerischen, als auch einen sozialen Auftrag hat. Sie sehen ihre Rolle als Spitex-

Mitarbeiterin nicht nur in jener der fachlich ausgebildeten Pflegefachperson, sondern betonen, dass sie in vielen Fällen auch gleichzeitig Vertrauensperson, Ratgeberin oder Sozialarbeiterin sind.

Wir von der Spitex sind häufig auch eine Art Sozialarbeiter. Die Leute kommen mit allen möglichen Problemen zu uns, nicht nur mit gesundheitlichen, sondern auch mit Familienproblemen oder finanziellen Problemen. In die Spitex-Arbeit spielen viel mehr alle Lebensbereiche hinein, es ist viel vielseitiger. Wir können da gar nicht klar trennen. Wir versuchen dann halt, eine Lösung zu finden oder schauen, wie wir weiter vorgehen können, an wen man sich wenden kann damit. (Rahel)

Die Mediziner verstehen oft nicht, was die Menschen im Alltag beschäftigt und belastet. Die sehen nur die Herzfunktion, und die Nieren, und alles, was man messen und ablesen kann. Aber nicht die Person. Darum ist das Soziale ein ganz grosser Teil bei der Spitex. Wir erleben die Leute anders als die Hausärzte oder in einem Spital. Wir wissen eher, was sie im Alltag wirklich behindert und belastet. (Esther)

Da die von ihnen betreuten Personen noch zuhause leben, können die Mitarbeitenden der Spitex die lebensweltliche Realität ihrer Klientinnen und Klienten nicht ausblenden und wollen diese auch nicht ignorieren. Sie erleben die Personen in ihrem alltäglichen Leben und bekommen dadurch aus erster Hand mit, was sie belastet und in ihrem Wohlbefinden am stärksten beeinträchtigt. Sie verstehen es als ihre Aufgabe, sich der Probleme und Sorgen ihrer Klientinnen und Klienten anzunehmen und gemeinsam mit ihnen eine Lösung zu suchen oder sie mit anderen Organisationen in Kontakt zu bringen, die ihnen helfen können.

Eine ganz wichtige Funktion der Spitex ist es auch, zu verhindern, dass Personen total vereinsamen. Alle meine Gesprächspartnerinnen erzählten mir von Klientinnen und Klienten, die praktisch immer alleine seien und bei denen die Spitex-Leute teilweise die einzigen Personen sind, die regelmässig vorbeikommen. Die Spitex müsse sich auch um die sozialen Bedürfnisse dieser „vergessenen“ Menschen kümmern. Die Spitex-Mitarbeitenden sind für ihre Klientinnen und Klienten oft eine Art (letzte) Verbindung zur Aussenwelt. Für alle meine Gesprächspartnerinnen ist das Zuhören deshalb ein ganz wichtiger Bestandteil der Pflege.

Wir haben viele [Klientinnen und Klienten, C.S.], die alleine wohnen, von denen der Ehepartner gestorben ist oder die nie verheiratet waren oder was auch immer. Und die erzählen dir schon sehr viel, weil du einfach die einzige Person bist, die irgendwie einmal am Tag, oder einmal in der Woche, vorbeikommt. Sonst sind sie halt alleine... (Daniela)

Halt einfach auch der Austausch. Was passiert sonst noch draussen? Vielleicht können sie nicht mehr lesen, dann erzählst du ihnen vielleicht, was in den Nachrichten kam oder was du sonst erfahren hast oder was es Neues gibt im Dorf. Und du bist dann da wie so ein wenig das Sprachrohr... Was auch immer... Das ist fast noch wichtiger als die Pflege selber! Die sozialen Kontakte rund herum zu pflegen, das ist fast wichtiger. Und sie sind dann auch

enttäuscht, wenn man mal nicht kommt. (Patrizia)

Aber auch in Situationen, in denen Personen nicht alleine sind, sondern von Angehörigen umsorgt werden, besteht eine Vereinsamungsgefahr. Die Angehörigen sind teilweise so absorbiert von der Pflegeverantwortung, dass auch für sie ein sehr hohes Risiko besteht, sozial isoliert zu werden. Eine pflegeabhängige Person zu betreuen ist oft eine so grosse Belastung, dass die Bedürfnisse der pflegenden Person völlig vergessen gehen. Gerade auch für pflegende Angehörige sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex daher oft sehr wichtige Kontaktpersonen¹².

Natürlich gehen wir vor allem für den Klienten, aber der Klient kann ja zum Teil nur zuhause leben, weil ein Umfeld da ist. Wir können ja nicht 24 Stunden da sein, wir haben nur unsere begrenzte Zeit. Und eigentlich der Hauptteil wird häufig von den Angehörigen geleistet. Und dann ist es ganz klar, dass man sie unterstützen muss. Sowohl ganz professionell, aber auch Beratung und auch...- Manchmal vereinsamen solche Leute ja auch, weil sie immer nur pflegen. Und wenn wir dann auch noch nichts von ihnen wissen wollen, ist das ganz schlimm. (Doris)

Für viele Personen, die nicht im gleichen Haushalt leben wie ihre pflegebedürftigen Angehörigen, ist es zudem eine grosse Sicherheit und Beruhigung zu wissen, dass die Spitex regelmässig vorbeischaut und nach dem Rechten sieht.

Auch wenn die Spitex-Mitarbeitenden während eines Einsatzes nur sehr kleine pflegerischen Handlungen verrichten, kann ihr Besuch für die Klientinnen und Klienten, sowie für ihre Angehörigen, auf einer sozialen Ebene von grosser Bedeutung sein und einen wichtigen Beitrag zur Steigerung des Wohlbefindens einer Person leisten.

4.2 Was ist gute Pflege?

Wie ich in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben habe, erlaubt die spezielle Situation bei der Spitex eine sehr umfassende Pflege, macht diese aber gleichzeitig auch nötig. Die Wünsche und die individuellen Bedürfnisse der betreuten Personen müssen ernst genommen werden. Für meine Gesprächspartnerinnen ist es selbstverständlich, dass die individuelle soziale Situation – sei dies ein persönliches Umfeld oder gerade im Gegenteil das Fehlen eines solchen – in die Pflegeplanung und in den Pflegeprozess miteinbezogen werden muss. Sie betonen, dass jede Person verschieden ist und unterschiedlich mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen umgeht. Gute Pflege ist deshalb nach Ansicht meiner Gesprächspartnerinnen immer personenabhängig. Sie ist immer individuell.

¹² Die SwissAgeCare-Studie von Perrig-Chiello et al. (2010) vermittelt einen detaillierten Überblick über das Verhältnis von pflegenden Angehörigen und den Spitex-Mitarbeitenden. Die Studie zeigt auf, dass die Mitarbeitenden der Spitex in vielen Fällen für die pflegenden Angehörigen wichtige Bezugs- und Vertrauenspersonen sind.

Gute Pflege beruht ganz wesentlich auf Beziehungsarbeit. Meine Gesprächspartnerinnen erzählten, dass sie jedesmal, wenn sie zu jemandem gehen, den oder die sie noch nicht kennen, versuchen, möglichst schnell eine Beziehung aufzubauen, um herauszufinden, wie diese Person ist und wie man am besten mit ihr umgeht. Das wichtigste Kriterium für eine gute Pflege ist nach der Meinung meiner Gesprächspartnerinnen die Ganzheitlichkeit der Pflege. Sie alle haben ein sehr umfassendes Pflegeverständnis, das sich immer auf das allgemeine Wohlbefinden einer Person bezieht und nicht nur auf die Behandlung einzelner Symptome oder Beschwerden.

Für alle meine Gesprächspartnerinnen ist es deshalb auch selbstverständlich, dass ihre Aufgabe nicht nur in der strikten Erledigung der verordneten Pflegeleistung besteht. Ihre Aufgabe besteht ihrer Überzeugung nach gerade auch darin, Kleinigkeiten zu erkennen, die dazu beitragen können, dass es jemandem besser geht.

Es gibt einfach immer wieder Leute, für die du so Extra-Touren machst. Dann haben sie keine Kleider mehr, und sie haben niemanden, der ihnen Hosen kauft... Dann kombiniert man das irgendwie. Wenn du in die Stadt gehst, dann geht man schauen. Gut, das mache ich meistens schon auf Arbeitszeit. Aber dann musst du auch immer schauen, weil das ist meistens nicht in der Bedarfsabklärung drin. Dann muss man schauen, man muss ja auch die Hauswirtschaft machen, wo kann ich die Stunde anhängen? Ja, das sind so Sachen... Oder du kommst am Samstag zu jemandem und der hat kein Brot mehr oder so... (Elisa)

Für meine Gesprächspartnerinnen ist es selbstverständlich, dass auch hauswirtschaftliche Leistungen pflegerische Leistungen sind. Sie betonen, dass häufig gerade hauswirtschaftliche Verrichtungen zum Ersten gehören, was man nicht mehr selber machen kann, wenn man älter wird oder eine körperliche Behinderung hat. Alle meine Gesprächspartnerinnen, die im hauswirtschaftlichen Bereich der Spitex tätig sind, betonen, wie wichtig es ist, die Aufgaben im Haushalt möglichst so auszuführen, wie es die Klientin oder der Klient selber machen würde. Gerade auch im hauswirtschaftlichen Bereich geht es nach Ansicht meiner Gesprächspartnerinnen darum, eine Person kennenzulernen, sie in ihren Bedürfnissen ernst zu nehmen und nicht einfach die eigene persönliche Vorstellung davon durchzusetzen, wie etwas gemacht werden sollte oder wie es am schnellsten und bequemsten geht. Pflegekräfte, die im hauswirtschaftlichen Bereich der Spitex arbeiten, haben tendenziell sogar engere zwischenmenschliche Beziehungen zu ihren Klientinnen und Klienten als diplomierte Pflegekräfte, die in der Behandlungspflege tätig sind. Dies hat einerseits sicherlich damit zu tun, dass hauswirtschaftliche Einsätze in der Regel länger dauern als Einsätze der Behandlungspflege und dadurch mehr Zeit für Beziehungsarbeit zur Verfügung steht. Andererseits verlangt das Verrichten hauswirtschaftlicher Tätigkeiten in Anwesenheit der Bewohner dieses Haushalts eine sehr hohe Sozialkompetenz und sehr viel Beziehungsarbeit, da die Hierarchien viel unklarer sind, als im medizinischen Bereich; die Klientinnen und Klienten der Spitex wissen in der Regel ganz genau, wie sie ihren Haushalt gemacht haben wollen.

Da für sie die Wichtigkeit der hauswirtschaftlichen Leistungen für die Gewährleistung einer guten Pflege ausser Frage steht, sind sich auch die diplomierten Pflegefachfrauen bereit, in der Hauswirtschaft anzupacken, wenn es die Situation erfordert.

Ich bin mit Beatrice auf der Nachmittagstour unterwegs. Wir gehen zu einer älteren Frau, um ihr das Abendessen zu kochen. Früher brachte der Mahlzeitendienst das Essen für die Frau vorbei, doch das hat überhaupt nicht funktioniert, da es ihr nie gepasst hat und sie dann einfach nichts gegessen hat. Jetzt kocht die Spitex zweimal täglich für sie.

Beatrice ist diplomierte Pflegefachfrau. Sie erklärt mir, dass sie natürlich eigentlich überqualifiziert sei für diese Aufgabe. Aber vor dem Essen müsse sie ihr noch Insulin spritzen, und wenn sie schon da sei, dann koche sie auch gleich¹³. Beatrice betont, dass ihr das überhaupt nichts ausmache. Sie koche gerne. Das Essen sei sehr wichtig für das seelische Wohlbefinden und die Gesundheit einer Person und sei ein wichtiger Bestandteil der Pflege. Sie gibt sich dann auch viel Mühe, dekoriert das Essen zum Schluss noch mit etwas Petersilie. *(Auszug aus meinen Beobachtungsnotizen)*

Gute Pflege hat im Verständnis meiner Gesprächspartnerinnen auch sehr viel mit Prophylaxe und Prävention zu tun, also damit, mögliche Gefahrenquellen auszuschalten und Anzeichen für eine gesundheitliche Verschlechterung frühzeitig zu erkennen. Durch Gespräche und regelmässige Kontrollbesuche können viele spätere Beschwerden verhindert, oder zumindest vermindert werden. Auch hier kommt dem Bereich Hauswirtschaft eine grosse Bedeutung zu. Häufig sind es die hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex, die zuerst in einem Haushalt im Einsatz stehen und am meisten Zeit mit den Klientinnen und Klienten verbringen. Die diplomierten Pflegefachfrauen unter meinen Gesprächspartnerinnen betonten mehrfach, dass sie darauf angewiesen seien, dass ihre Kolleginnen aus dem hauswirtschaftlichen Bereich gut beobachten und Anzeichen für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands einer Person an sie weiterleiten würden.

Ein sehr wichtiger Aspekt einer guten Pflege ist nach Ansicht meiner Gesprächspartnerinnen auch die Kommunikation. Einerseits natürlich die Kommunikation mit der Klientin oder dem Klienten, da die Kommunikation die Grundlage der Beziehungsarbeit ist. Eine gute Kommunikation ist aber auch auf anderen Ebenen von zentraler Bedeutung, zum Beispiel zwischen der Spitex und den Angehörigen, zwischen der Spitex und den Ärzten und Ärztinnen, sowie zwischen den Mitarbeitenden der Spitex

¹³ Wichtig zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass Beatrice bei einer Spitex in einem sehr ländlichen Gebiet arbeitet. Die weiten Wege machen es teilweise auch aus finanzieller Sicht lohnenswert, dass auch mal eine überqualifizierte Mitarbeiterin einen kompletten Einsatz macht, auch wenn sie für einige Aufgaben überqualifiziert ist. An dieser Stelle geht es jedoch nicht darum, die Einsatzplanung zu diskutieren, sondern das Pflegeverständnis meiner Gesprächspartnerinnen darzustellen, wofür das Beispiel von Beatrice exemplarisch ist.

selbst. Nur so könne gewährleistet werden, dass alle am Pflegeprozess beteiligten Personen auch über alle relevanten Informationen zu einer bestimmten Pflegesituation verfügen und ihr pflegerisches Handeln danach ausrichten können.

Ein letzter Aspekt, den meine Gesprächspartnerinnen als wichtig für die Gewährleistung einer guten Pflege erwähnten, ist das Wohlbefinden der Pflegenden. Für eine gute Pflege sei es wichtig, dass es den Pflegenden selber gut geht. Nur so seien sie in der Lage, sich auch wirklich auf ihr Gegenüber einzulassen.

Das wirkt sich auf jeden Fall auf die Qualität aus. Weil die merken ja schon, wie du rein kommst. Weil das kann man gar nicht ausblenden, denke ich. Ich denke, die Selbsthygiene ist ganz wichtig. Ob ich jemanden anlächle oder ob ich einfach da bin, das ist ja schon der erste Punkt von der Pflege, sage ich. Und wenn es mir selber gut geht, dann macht es mir keine Mühe, dann geht es gut. Und wenn ich selber ein „Geknorz“ habe oder so, dann ist es schwierig. Dann merken es die Leute meistens auch. Ich denke, es ist sehr, sehr wichtig, dass es den Pflegenden gut geht! Weil die Qualität ist anders und es geht länger, bis man ans Ziel kommt. Und wenn ich mich wirklich auf das einlassen kann und nicht überladen bin mit anderen Problemen und Sorgen, dann wird das eine ganz andere halbe Stunde geben, als wenn ich mich eben nicht einlassen kann. Und ich kann mich nur einlassen, wenn es mir gut geht, wenn nicht schon alle meine Sachen besetzt sind. (Patrizia)

Aus dieser Perspektive wird deutlich, wie wichtig die Arbeitsbedingungen, unter denen Care-Arbeit ausgeführt wird, für die Qualität der Pflege sind. Auf diesen Aspekt werde ich im nächsten Teil dieser Arbeit ausführlicher eingehen.

Als Fazit dieses Kapitels kann festgehalten werden, dass der emotionalen Arbeit in vielfacher Hinsicht eine zentrale Bedeutung zukommt. Dies wird gerade auch im negativen Sinn deutlich, dann nämlich, wenn die zwischenmenschliche Beziehung zwischen pflegender und gepflegter Person gestört ist. Mehrere Gesprächspartnerinnen erzählten mir, dass sie auch Klientinnen und Klienten hätten, mit denen die Chemie einfach nicht stimme. Dann müsse man versuchen, höflich zu bleiben und seinen Job möglichst professionell zu erledigen. Dennoch seien solche Pflegebeziehungen auf Dauer sehr belastend, da keine entspannte Atmosphäre entstehen könne und dies die Qualität der Pflege auf jeden Fall beeinträchtige. In Extremfällen, wenn die zwischenmenschliche Beziehung wirklich total gestört ist, kann es auch einmal dazu kommen, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter bei einer bestimmten Person nicht mehr eingeteilt wird. Eine positive Beziehung zu ihren Klientinnen und Klienten ist demzufolge für die Mitarbeitenden der Spitex eine Grundvoraussetzung dafür, dass sie ihren Pflege-Auftrag überhaupt in angemessener Qualität erfüllen können.

Portrait Sarah

„Pflegerinnen wachsen nicht auf den Bäumen! Als hätten sie es noch nicht gemerkt! Ich verstehe das einfach nicht, das ist so kurzfristig gedacht!“

Der Kontakt zu Sarah wurde mir durch eine Gewerkschaftsmitarbeiterin vermittelt. Ich treffe Sarah nur wenige Tage nach ihrem letzten Arbeitstag bei einer grossen städtischen Spitex.

Sarah ist 28 Jahre alt. Nach der Matura absolvierte sie eine vierjährige Ausbildung zur Krankenschwester. Bereits während der Ausbildung machte sie ein halbjähriges Praktikum bei einer ländlichen Spitex-Organisation. Nach dem Abschluss arbeitete sie während zwei Jahren im Akutbereich auf einer chirurgischen Station in einem Spital. Vor drei Jahren suchte sie eine berufliche Veränderung und trat eine Stelle bei der Spitex ihrer Heimatstadt an. Während den ersten zwei Jahren arbeitete sie als Pflegefachfrau auf der Tour. Danach gab es in ihrer Spitex-Organisation eine Umstrukturierung, in deren Folge auch neue Funktionen geschaffen wurden. Sarah übernahm neu die sogenannte „Fallverantwortung“. Das bedeutete, dass sie für ein Pflegeteam mit sieben Mitarbeiterinnen zuständig war und die fachliche Verantwortung für den Pflegeprozess bei rund 50 Klientinnen und Klienten trug. Sarah findet das Modell mit der Fallverantwortung grundsätzlich gut und hat gerne so gearbeitet. Allerdings habe auch ein enorm grosser Druck auf ihr gelastet und es sei eine sehr grosse Verantwortung gewesen. Da es in ihrem Team keine weitere diplomierte Pflegefachperson gab, konnte Sarah viele Aufgaben nicht delegieren, sondern musste immer noch selber kontrollieren, dass alles richtig gemacht wurde. Dies empfand sie als sehr anstrengend. Sie kritisiert auch, dass bei ihrer Spitex-Organisation versucht wurde, das fehlende Pflegepersonal auf Tertiärstufe durch FaGe's zu ersetzen. Natürlich seien die FaGe's billig und könnten sehr breit eingesetzt werden, aber ihrer Meinung nach werden sie aufgrund des Personal mangels zunehmend in Pflegesituationen eingesetzt, in denen sie überfordert sind. Sie müssten viel zu viel Verantwortung tragen in sehr komplexen Pflegesituationen, für die ihnen die Erfahrung und die Ausbildung fehlen würden. Ausserdem würden ihnen praktisch keine hauswirtschaftlichen Aufgaben zugeteilt, obwohl es eigentlich sehr sinnvoll wäre, wenn FaGe's komplette Einsätze (d.h. Hauswirtschaft, Grund- und Behandlungspflege) übernehmen könnten, da dies für die Kontinuität in der Pflege enorm wertvoll wäre und von den Klientinnen und Klienten auch sehr geschätzt würde.

Sarah ist sehr engagiert in ihrem Beruf. Sie ist in der Gewerkschaft aktiv und war zudem während der ganzen drei Jahre bei der Spitex in der Personalkommission tätig. Sie reflektiert viel über sich und ihren Beruf und macht sich viele Gedanken darüber, wie man die Pflege verbessern könnte und welche Rahmenbedingungen es dafür brauchen würde. Sie kann sich gut von ihrer Arbeit distanzieren und eine kritische Distanz schaffen zwischen sich und der Pflegearbeit. Sie hat eine klare Meinung und man merkt, dass sie es sich gewohnt ist, sich auszudrücken. Sie hat ein stark auf die Professionalität bezogenes berufliches Selbstverständnis. Pflegen ist für sie ein Beruf, der sehr anspruchsvoll und vielseitig ist und viele Qualifikationen verlangt und der daher auch anständig entlohnt werden sollte. Auch muss der Beruf unter guten Rahmenbedingungen ausgeführt werden können. Der immaterielle Lohn reicht ihr nicht aus als Anerkennung für ihre Arbeit. Sie will als Fachfrau ernst genommen und respektiert werden.

Obwohl sie bei sich selber durchaus eine grosse Pflegemotivation empfindet, ist der Pflegeberuf für sie keine Selbstverwirklichung. Sie hat sich für die Ausbildung zur Pflegefachfrau entschieden, weil sie das medizinische Wissen sehr interessiert, sie aber ein sehr praktischer Mensch sei und nicht studieren wollte, unter anderem auch um schnell selbständig und finanziell unabhängig sein zu können. Sie

empfindet ihren Beruf als körperlich und seelisch sehr fordernd.

Sarah spricht sehr offen über Aspekte ihrer Arbeit, die unangenehm sein können. Sie wehrt sich explizit gegen die Ansicht, Pflegen sei (zumindest für Frauen) eine völlig natürliche Tätigkeit. *„Es ist sehr viel zum Aushalten. Die Intimität. Die Nacktheit. Alte Menschen nackt zu sehen, zu berühren. Dabei ist es eigentlich total menschlich. Aber am Anfang hat es mich enorm Überwindung gekostet. Das tut es heute teilweise noch. Gerade so Exkremente, an das werde ich mich nie gewöhnen. Oder Erbrochenes! Ich könnte jedes Mal gleich mitkotzen!“*

Für Sarah ist klar, dass der Mythos von der Pflegearbeit als weibliche Selbstverwirklichung in der Gesellschaft noch immer präsent ist. *„Man hört immer wieder von Kunden, die Spitex sei so teuer. Vor allem bei der älteren Generation herrscht teilweise noch die Meinung, man sollte das gratis machen. Haben ja früher die Nonnen auch gemacht, oder. Für Gott und fürs Brot oder was! Die Professionalisierung ist eigentlich in der Gesellschaft, in der Mitte der Gesellschaft, noch nicht angekommen bisher. Finde ich.“*

Die Pflegearbeit hat ihrer Ansicht nach gesellschaftlich sehr wenig Wert. Und auch von Seiten des Betriebs fehle die Anerkennung für die von den Pflegenden geleistete Arbeit. *„Man anerkennt einfach den Wert nicht, den diese Arbeit hat! Ich weiss auch nicht, was es braucht! Es hat ja jetzt schon zu wenige Leute. Irgendwann müssen sie mit den Löhnen rauf.“*

Sarah findet es schlecht, wenn, wie in ihrer ehemaligen Spitex-Organisation, in der gesamten Geschäftsleitung kaum jemand ist, der selber aus dem Pflegeberuf kommt. Die Geschäftsleitung weiss ihrer Meinung nach zu wenig vom eigentlichen Basisgeschäft. Sie erzählte mir, dass beispielsweise die Leiterin des hauswirtschaftlichen Bereichs ihres ehemaligen Spitex-Betriebs aus der Hotelleriebranche komme und keine Ahnung von der Pflegearbeit habe und auch extrem wenig sensibel sei für die Anliegen der Mitarbeitenden. Eine Kollegin von Sarah, die in der Hauswirtschaft arbeitet, erzählte ihr, dass die Bereichsleitung einfach nicht anerkennen wolle, dass sie die Klientinnen und Klienten auch sozial betreuen und nicht einfach „nur“ putzen würden. Sarah selber hat schon von Vorgesetzten in der Hauswirtschaft gehört, die Spitex habe doch keinen sozialen Auftrag. Sie meint, das sei einfach Gift für ihre Arbeit, denn die gemeinnützig orientierte Spitex sei sozial extrem wichtig. Gerade der Versorgungsauftrag der Non-Profit-Spitexen sei fundamental wichtig, da die Spitex-Organisationen dadurch auch Einsätze übernehmen müssten, die sich finanziell nicht lohnen würden.

Sarah findet ausserdem, dass die Pflege noch immer zu sehr der Medizin untergeordnet sei. Es nervt sie, dass sie für jede Kleinigkeit eine ärztliche Verordnung einholen muss, obwohl die Ärzte teilweise mit gewissen Pflegemethoden viel weniger Erfahrung haben als die ausgebildeten Pflegefachpersonen. Allgemein sieht sie die Pflegeberufe in einer sehr untergeordneten Rolle. Weder die Pflegenden noch die pflegebedürftigen Personen hätten eine Lobby, die Entscheidungen würden von Personen gefasst, die keine Ahnung hätten vom Pflegealltag bei der Spitex. Die Geschäftsleitung wolle bzw. müsse sparen und versuche dies an allen Ecken und Enden, ohne Rücksicht auf die Anliegen und Erfahrungen der Pflegenden. Zum Beispiel wollte die Geschäftsleitung niemanden aus der Pflege in den Prozess der Einsatzplanung miteinbeziehen, weil sie den Lohn dafür nicht zahlen wollten. Dabei sei das so zentral, dass jemand an der Planung beteiligt sei, der oder die wisse, worum es bei den Einsätzen gehe. *„Ich begreife das nicht! Warum man so kurzfristig denkt! Und es ist wirklich ein Denken aus einer Unprofessionalität heraus, weil sie keine Ahnung haben, die Leute, die das entscheiden, die wissen nicht, was man alles braucht, um arbeiten zu können!“*

Und auch die Krankenkassen würden immer wieder versuchen, bestimmte Pflgetätigkeiten aus dem Leistungskatalog zu streichen, damit sie sie nicht bezahlen müssten. *„Ich habe das Gefühl, jeder zieht an seinem Ende vom Tischtuch, bis ... ich weiss auch nicht! Ich finde es wahnsinnig prekär! Es macht mich irgendwie traurig so, weil es ist an sich ein schöner Beruf. Es braucht ganz viel Wissen und Fachwissen und*

Menschenkenntnisse, und dass das so wenig wertgeschätzt wird, auch in der Gesellschaft, das tut mir schon fast weh im Herz...!“

Sarah sieht die Pflegenden aber nicht einfach als Opfer, sondern findet auch, dass sich die Pflegenden viel zu wenig wehren würden. Sie sagt, es gäbe eine sehr weit verbreitete Resignation unter den Pflegenden, ein Gefühl, nichts bewirken zu können. Sie meint, dass viele, die in der Pflege arbeiten würden, eine Art Helfersyndrom hätten, das schon beinahe pathologisch sei. Es sei irgendwie das Dilemma der Pflegeberufe, dass Eigenschaften wie Empathie und Mitgefühl fundamental wichtig seien, gleichzeitig aber auch verhinderten, dass die Pflegenden mehr für ihre Rechte kämpfen würden. *„Einfach das Wesen von jemandem, der in der Pflege arbeitet. Der einerseits sehr sensibel sein muss, sein soll, aber eigentlich nicht sein darf, jetzt immer mehr, in der Gesellschaft, in der wir leben, in der es immer mehr einfach um Geld geht, um beweisen können, um sichtbar machen, was du leistest. Und es geht eigentlich nicht mehr darum, wie du jemandem menschlich begegnest. Und ich bin der Meinung, dass gerade die Leute in der Pflege sehr stark darunter leiden. Und ich denke, das sieht man auch an den Krankheitsraten. Also ich glaube in der Pflege gibt es eine hohe Krankheitsrate. Dass das, was man will, eigentlich nicht mehr möglich ist. Weil man braucht mehr Zeit um menschlich zu Pflegen als nur diese zehn Minuten...“*

Sarah sagt, es sei unmöglich, Pflegende zum Streiken zu bringen. Weil man einfach die Verantwortung habe für die pflegebedürftigen Menschen. Davon nehme sie sich selber nicht aus. Sie erzählt aber auch, dass bei der Spitex-Organisation, bei der sie gearbeitet hatte, die Mitarbeitenden gezielt eingeschüchert worden seien, damit sie sich nicht wehrten. Das Ausüben von Druck durch die Vorgesetzten sei etwas Alltägliches gewesen. Viele Chefs hätten einen sehr autoritären Führungsstil gehabt, mit dem Sarah überhaupt nicht zurecht kam. Sie erzählt, dass an den Kommissionssitzungen die Vertreter der Mitarbeitenden oft gedemütigt und blossgestellt worden seien, damit sie sich nichts mehr zu sagen trauten. Ausserdem seien ihnen wichtige Informationen oft vorenthalten worden, da sie sehr kritisch waren und die Entscheidungen der Geschäftsführung oft in Frage stellten. Der Druck sei jedoch nicht nur für die Arbeitnehmervertreterinnen und -vertreter in der Personalkommission zu spüren gewesen, sondern für alle Mitarbeitenden. Sie erzählt, dass einige Mitarbeitende die Petition für einen Gesamtarbeitsvertrag, welche die Mitarbeitenden der Spitex mit Unterstützung der Gewerkschaft vor wenigen Wochen bei der Geschäftsleitung und dem Stiftungsrat eingereicht haben, aus Angst vor Sanktionen und Kündigungen nicht unterschreiben wollten.

Sarah hat ihre Stelle bei der Spitex freiwillig gekündigt. Obwohl sie sagt, dass ihr die Pflegearbeit an sich sehr gefällt, will sie momentan zumindest nicht mehr hochprozentig in der Pflege arbeiten. Dieser Beruf sei einfach wahnsinnig anstrengend, besonders unter den aktuellen Bedingungen. *„Es ist ein schöner Beruf, ich habe ihn gern gemacht. Aber so nach 10 Jahren brauche ich eine Pause. Vielleicht gehe ich zurück in die Pflege, vielleicht nicht.“*

4.3 Professionelles Selbstverständnis und gesellschaftliche Anerkennung

Vielseitigkeit, Selbständigkeit und Eigenverantwortung

Alle meine Gesprächspartnerinnen sind sich einig, dass die Arbeit bei der Spitex grundsätzlich eine sehr schöne Arbeit ist. Sie empfinden ihre berufliche Tätigkeit als sehr vielseitig und abwechslungsreich. Kein Tag ist gleich wie ein anderer. Man hat immer wieder andere Aufgaben, lernt immer wieder neue Menschen kennen und erlebt immer wieder andere Situationen. Gerade diese Vielseitigkeit an Menschen, Situationen, Krankheitsbildern und Aufgaben, mit der die Mitarbeitenden der Spitex tagtäglich konfrontiert sind, ist aber gleichzeitig auch sehr anspruchsvoll und setzt ein sehr breites Spektrum an Wissen und Kompetenzen auf den verschiedensten Ebenen voraus.

Auf die Frage nach den für die Arbeit bei der Spitex notwendigen Fertigkeiten und Kompetenzen nannten meine Gesprächspartnerinnen die für die jeweilige Position geforderten fachlichen Qualifikationen, betonten aber immer auch die Bedeutung der emotionalen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten. Ein solides medizinisches oder hauswirtschaftliches Fachwissen allein reicht nach Ansicht meiner Gesprächspartnerinnen nicht aus, um der Spitex-Arbeit gewachsen zu sein.

Man muss eine ganz hohe Beziehungsfähigkeit haben. Eine grosse Freude am Umgang mit Menschen, und zwar auch mit „kurligen“ Menschen, mit nicht so einfachen Menschen... Und das als Herausforderung erleben. Freude haben daran. Freude daran haben, in ganz verschiedenste Wohnsituationen hinein zu kommen, zum Teil auch in wirklich desolate Zustände, die man sich einfach nicht vorstellen kann, wenn man nicht bei der Spitex arbeitet. Man muss umgehen können mit Dreck und Verwahrlosung und Elend und so... (Frau Baumgartner)

Meine Gesprächspartnerinnen schätzen es sehr, dass sie in ihrem Arbeitsalltag sehr selbständig arbeiten können. Sie sind alleine unterwegs, müssen in jeder Situation spontan reagieren und Entscheidungen treffen. Die Arbeit bei den Klientinnen und Klienten zuhause erfordert viel Sensibilität und Einfühlungsvermögen und man muss oft kreativ sein und nach Lösungen suchen, die auch einmal vom standardisierten Pflegeprogramm abweichen.

Professionell Handeln heisst in der Spitex auch schon mal, dass man teilweise eigene Wege finden muss, um das bestmögliche Resultat zu erzielen. (Lena)

Patrizia ist die Einzige unter meinen Gesprächspartnerinnen, die der Ansicht ist, dass man durch die sehr selbständige Arbeitsweise bei der Spitex auch Gefahr laufe, zu einer Einzelkämpferin zu werden. Ihr fehlt im Spitex-Bereich teilweise die Teamarbeit. Die Möglichkeiten, sich mit anderen Fachpersonen über Behandlungsoptionen auszutauschen, seien im Bereich der Spitex-Pflege stark eingeschränkt. Es gäbe zwar die Teamsitzungen

einmal im Monat, aber bis dahin hätte man meistens schon selbständig eine Entscheidung treffen müssen.

Eine weitere Konsequenz dieses selbständigen Arbeitens ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilweise in schwierigen Situationen mit sehr viel Verantwortung allein sind. Da die Mitarbeitenden der Spitex häufig mit kranken, sterbenden oder sehr alten Menschen arbeiten, können falsche Entscheidungen schnell fatale Konsequenzen haben. Sie tragen daher eine sehr grosse Verantwortung, was besonders für ganz junge Frauen mit wenig Erfahrung manchmal schwierig ist.

Physische und psychische Belastungen

Alle meine Gesprächspartnerinnen empfinden ihre Arbeit sowohl körperlich als auch geistig als sehr anstrengend und teilweise auch als belastend. Die als belastend empfundenen Aspekte ihrer Arbeit resultieren einerseits aus den allgemeinen Anforderungen ihrer Pflegeaufgaben, andererseits aber auch aus den jeweiligen spezifischen Bedingungen, wie ihre Arbeit auf der strukturellen Ebene organisiert ist. In diesem Kapitel thematisiere ich nur erstere, auf letztere gehe ich im folgenden Teil dieser Arbeit ein.

Pflegen ist eine sehr körperbetonte Arbeit. In vielen Fällen muss mit und am Körper der gepflegten Person gearbeitet werden. Körper müssen gedreht, aufgerichtet, gewaschen, verbunden, transferiert und mobilisiert werden. Besonders in der Spitex, wo vielfach gar keine oder nur sehr einfache technische oder mechanische Hilfsmittel zur Verfügung stehen, dient der Körper der oder des Pflegenden in vielen Fällen als eigentliches Arbeitsgerät für diese Verrichtungen (McDowell 2009: 167). Morgens und abends, wenn sehr viele Klientinnen und Klienten aus dem Bett bzw. ins Bett transferiert werden müssen, ist dies für die Mitarbeitenden der Spitex körperlich sehr anstrengend und oft mit einem grossen Kraftaufwand verbunden. Auch die hauswirtschaftlichen Aufgaben sind sehr anstrengend. Dies vor allem deshalb, weil in der Regel gerade die schweren körperlichen Aufgaben von den Klientinnen und Klienten nicht mehr selber erledigt werden können.

In städtischen Spitex-Organisationen ist zudem ein Grossteil der Mitarbeitenden mit dem Velo unterwegs, was viele meiner davon betroffenen Gesprächspartnerinnen als körperlich sehr anstrengend bewerten. Auch wenn die Wege häufig kurz sind, summieren sie sich im Verlauf einer Tour dennoch zu einer beträchtlichen Strecke, die zurückgelegt werden muss. Zusätzlich tragen die Mitarbeitenden der Spitex auch immer einen grossen und ziemlich schweren Rucksack mit persönlicher Ausrüstung und Pflegematerial mit sich herum. Elektrovelos, die in immer mehr Betrieben zum Einsatz kommen, werden deshalb von den Spitex-Mitarbeiterinnen als sehr grosse und willkommene Erleichterung ihrer Arbeit empfunden, da sie so ihre Kräfte für die Einsätze bei den Klientinnen und Klienten sparen können. Trotz Elektrovelos bleiben sie jedoch dem Wetter ausgesetzt, was besonders bei

Regen, im Winter und bei grosser Hitze als sehr anstrengend empfunden wird.¹⁴

Auf der psychischen Ebene empfinden meine Gesprächspartnerinnen vor allem die Beziehungsarbeit als anstrengend. Es gehört zu ihrer Aufgabe, immer freundlich und verständnisvoll zu sein und immer auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten einzugehen. Je nach Aufgabenbereich und Einsatzplan kann es vorkommen, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Spitex an einem Tag 15 oder mehr verschiedene Einsätze absolviert und sich jedes Mal wieder auf eine komplett neue Situation einstellen muss.

Vor allem die jüngeren Gesprächspartnerinnen thematisierten die Arbeit am Körper und die Intimität, mit der man als Pflegende umgehen muss als belastende Tätigkeiten. Denn bei der Spitex-Arbeit kommt man seinen Klientinnen und Klienten sowohl physisch als auch emotional sehr nahe.

Die körperliche Nähe finde ich etwas sehr Belastendes auf die Dauer. Weil du bist den Leuten immer extrem nahe. In der Pflege allgemein. Aber bei ihnen zu Hause ist es nochmals anders als im Spital. Du bist bei ihnen zu Gast. Es ist eine ganz andere Dynamik. Du kannst schon als Fachperson auftreten, aber trotzdem bist du bei ihnen zu Hause und sie sagen, wie sie es wollen. (Sarah)

Die älteren Pflegenden mit langjähriger Erfahrung sind der Ansicht, dass man sich an die Intimität der Pflegesituation gewöhnt. Sie empfinden diese viel weniger als Belastung als ihre jüngeren Kolleginnen.

Mehrfach erwähnt wurde in den Gesprächen auch, dass es belastend sein könne, mit schweren menschlichen Schicksalen konfrontiert zu werden.

Das Aushalten von den Situationen zu Hause ist sehr anstrengend und belastend. So Dynamiken, zum Beispiel in den Familien. Oder sehr kranke Menschen. Junge Leute, die sterben werden. (Sarah)

¹⁴ Der Vergleich mit Bauarbeitern, die im Gegensatz zu den Spitex-Leuten ein Anrecht auf eine Schlechtwetterentschädigungen hätten, wurde von mehreren meiner Gesprächspartnerinnen herangezogen. Die grossen körperlichen Belastungen, denen die Spitex-Mitarbeiterinnen in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind, werden ihrer Meinung nach gesellschaftlich nicht anerkannt, ihr Beruf gilt im allgemeinen Verständnis eher nicht als körperlich anstrengend. Voges (2002: 30) interpretiert diese Herabstufung der körperlichen Belastung im Pflegeberuf als Konsequenz der berufsbezogenen Gender-Ideologie. Wie er schreibt, sind Männerberufe „in der Regel besser bezahlt, haben ein höheres Berufsprestige, eröffnen mehr Aufstiegsmöglichkeiten und sind häufig durch bessere Arbeitsbedingungen gekennzeichnet“ (2002: 30). Diese höhere Bewertung basiert seiner Ansicht nach darauf, dass die gängigen gesellschaftlichen Bewertungssysteme auf einer männlich definierten Norm beruhen. Dadurch würden z.B. vergleichbare körperliche Anforderungen in einem typischen Männerberuf wie Bauarbeiter höher bewertet als jene in einem typischen Frauenberuf wie Altenpflegerin“ (Voges 2002: 30).

Persönliche Motivation

Wie detailliert aufgezeigt wurde, ist allen meinen Gesprächspartnerinnen ein Menschenbild gemeinsam, das Abhängigkeit und Verletzlichkeit nicht als Schwächen versteht, sondern als natürlichen Bestandteil des Lebens mit dem alle Menschen irgendwann konfrontiert werden. Sie alle sind überzeugt, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, bei Bedarf gut gepflegt und in einer schwierigen Situation bestmöglich unterstützt zu werden. Bei allen ist eine Faszination für Menschen zu spüren und ein ehrliches Interesse daran, sich auf die verschiedensten Charakter und Persönlichkeiten einzulassen. Werte wie Empathie und Mitgefühl sind für meine Gesprächspartnerinnen sehr wichtig. Daraus resultiert eine starke persönliche Motivation für ihre Arbeit. Alle meine Gesprächspartnerinnen erachten ihre Arbeit als sehr sinnvoll.

Ich finde die Spitex-Arbeit, zu den Leuten nach Hause gehen, ist etwas absolut Sinnvolles. Es ist etwas, wo absolut der Bedarf vorhanden ist. Viele Leute können wirklich dank uns, dank diesem Netz, das da aufgebaut werden kann, vom Einkaufen, über etwas putzen, bis zur medizinischen Versorgung, noch oder länger daheim bleiben. Das ist eine Realität. (Petra)

Die Arbeit bei der Spitex entspricht dem ganzheitlichen Pflegeverständnis, das meine Gesprächspartnerinnen haben. Alle stimmen darin überein, dass es etwas sehr Schönes sei, die Leute zuhause zu pflegen. Dadurch, dass man ihre Biographie, ihre Lebenssituation und ihr persönliches soziales Umfeld kennenlernt, kann man eine Person so pflegen, wie es für sie stimmt. Es ist meinen Gesprächspartnerinnen wichtig, ihre Klientinnen und Klienten zu unterstützen und in ihrer Selbständigkeit zu stärken und zu fördern.

Häufig wurde auch der „immaterielle Lohn“ als Motivationsquelle für ihre Arbeit erwähnt. Sie erzählten, dass sie von den Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen eine grosse Dankbarkeit für die von ihnen geleistete Arbeit erfahren würden.

Du bekommst wirklich auch oft ein Merci, einfach nur schon... Und das ist für mich auch etwas eine Belohnung, oder der Lohn für meine Arbeit. Klar, wir bekommen Lohn, aber ich meine es ist einfach schön. Wenn sie sagen, es hat ihnen gut getan und danke vielmals und so, dann denke ich, tut dir das auch gut irgendwie. Du konntest ihnen helfen und sie sind happy, dann bist du nachher auch happy. Das ist schon das, was dir den Ansporn gibt. (Daniela)

Wie bereits erwähnt, leistet die Spitex ein Grossteil der Pflegearbeit im Bereich der Langzeitpflege. Das bedeutet, dass nicht die Heilung im Zentrum steht, sondern dass im Gegenteil oft eine stetige Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands einer betreuten Person Normalität ist und die Pflegenden wissen, dass es dieser Person wahrscheinlich nicht mehr besser gehen wird. Trotzdem empfinden meine Gesprächspartnerinnen dies nicht als demotivierend. Vielmehr lerne man bei der Spitex, den Wert von kleinen Verbesserungen zu erkennen.

Klar hat unsere Arbeit mit Tod zu tun, und mit Krankheit und mit Leiden. Aber es hat bei

Weitem nicht nur mit dem zu tun! Im Spital vielleicht noch eher, aber in der Spitex hat es bei Weitem mit dem zu tun, dass ich helfe, eine Lebensqualität zu verbessern. Definitiv! Und manchmal mit ganz wenig. Mit ganz wenig! Indem ich nur schon jeden Tag eine Viertelstunde komme. So einfach ist es! Und es gibt Leute, die machen die Tür auf und sagen: „Ist das schön, dass Sie einfach jeden Tag kommen!“ Diese Echos hat man. Natürlich. (Petra)

Meine Gesprächspartnerinnen erleben den Kontakt zu den vielen verschiedenen Menschen in ihrem Berufsalltag als persönlichen Gewinn und sehen die Pflegearbeit als eine gute Lebensschule, welche die Toleranz und das Verständnis gegenüber den verschiedensten Menschen fördert.

Gesellschaftliche Anerkennung

Wie aus den bisherigen Ausführungen deutlich wurde, empfinden meine Gesprächspartnerinnen ihre Arbeit als sinnvoll und messen ihr einen grossen gesamtgesellschaftlichen Wert zu. Sie erleben ihre Arbeit als anspruchsvoll und als persönlich fordernd. Diese Selbsteinschätzung ihrer Arbeit finden sie in der Gesellschaft jedoch oft nicht widerspiegelt. Immer wieder erleben sie, dass ihre Arbeit abgewertet wird und sie auf Tätigkeiten reduziert werden, die wenig gesellschaftliche Anerkennung haben. Ihre Arbeit wird oft auf die physischen Tätigkeiten reduziert, welche zudem als dreckig und eklig bewertet werden. Sie wird nicht als eine qualifizierte Tätigkeit anerkannt, sondern als etwas, das grundsätzlich jede und jeder tun kann, wenn er oder sie bereit dazu ist, sich auf die Ebene der körpernahen Arbeit „herabzulassen“.

Es kommt ja immer so das Klischee von den Kollegen am Anfang: „Ihr seid einfach die, die den Leuten den Hintern putzen“. Das ist immer so das Klischee! Und dann muss ich sagen, es ist noch viel Anderes, es gehört einfach dazu. Und es ist meine Arbeit, wie jede andere Arbeit auch. (Daniela)

Das Einzige was man hört, ist: „Das könnte ich also nicht! Da muss man ja nur den Leuten den Hintern putzen! Nein! Und immer mit Krankheit konfrontiert sein!“ Das ist ungefähr die einzige Anerkennung, das man selber das nicht könnte, pflegen... Und das ist keine Qualifikation. Sondern fast eher noch „Wäh, du machst etwas, das ist doch eklig!“ (Petra)

Die Leute denken immer, das könne ja jeder. Die Gesellschaft hat immer noch das Gefühl, sie könnten das ja selber auch. So ein Blödsinn! (Sarah)

Ich glaube, es ist allgemein so, allgemein die Pflege, und vielleicht die Spitex noch speziell, so das „ja was machen die den schon daheim?!“. Und ich habe den Eindruck, in unserer Gesellschaft, die auf Hochleistungssport getrimmt ist in allen Berufen und an allen Ecken, da denke ich schon, bleibt die Betroffenheit...- Solange man es sich leisten kann, solange man es umschiffen kann, solange man es abgeben kann, man die alten Leute abgeben kann, solange die persönliche Betroffenheit nicht wirklich ganz nahe kommt, wollen es die Leute nicht in ihr Denken einbeziehen. Dabei denke ich manchmal, es ist eigentlich das Urmenschlichste. Geboren werden, leben, mit all diesen Sachen, die halt nicht so laufen, wie man es sich

vorstellt, das ist ein grosser Teil vom Leben, das passiert jedem von uns. Und es hat so wenig Anerkennung, wenn Leute anderen helfen, irgendwie ihr Leben ein bisschen besser leben zu können. Wahnsinnig wenig Anerkennung! Finde ich. (Petra)

Wie diese und weitere Aussagen meiner Gesprächspartnerinnen aufzeigen, ist die Diskrepanz zwischen dem professionellen Selbstverständnis der Pflegenden und der Anerkennung und Wertschätzung, die sie von der Gesellschaft für ihre Arbeit erfahren, gross. Obwohl der Pflegeberuf im Allgemeinen auch heute noch als moralisch hochstehende Tätigkeit gesehen wird, hat er aufgrund der Körpernähe und des hohen Anteils an emotionaler Arbeit noch immer einen sehr tiefen professionellen Status (McDowell 2009: 163). Diese gesellschaftliche Abwertung der Pflegearbeit ist unmittelbar verknüpft mit der Art und Weise, wie die Pflegearbeit strukturell organisiert ist und unter welchen Bedingungen die Pflegenden ihre Arbeit verrichten müssen. Ausserdem spielt die soziale Konstruktion von professioneller Pflegearbeit eine wichtige Rolle bezüglich der geschlechtlichen Arbeitsteilung in der Gesellschaft. Diese Zusammenhänge werden nachfolgend im Zwischenfazit diskutiert.

5 Zwischenfazit zu Teil I

5.1 Zwischen Emotionalität, Professionalität und gesellschaftlicher Anerkennung

Die Spitex-Arbeit findet in einem Umfeld und einem organisatorischen Rahmen statt, indem die Mitarbeitenden ihre sozialen Rollen als Pflegenden sowie ihre Aufgabenbereiche ständig neu aushandeln müssen.

In ihrer alltäglichen Arbeit müssen meine Gesprächspartnerinnen Aspekte miteinander vereinbaren, die scheinbar widersprüchlich sind. Die Notwendigkeit der Emotionalität und Intimität in der Pflegearbeit steht dem gesellschaftlichen Verständnis von Professionalität diametral gegenüber. Denn emotionale, persönliche Beziehungen zu knüpfen und sich auf jemanden einzulassen wird im Allgemeinen als Gegensatz zu professionellem Handeln verstanden, welches darin besteht, sich distanzieren und abgrenzen zu können. Dieses Professionalitätsverständnis kann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex in der alltäglichen Pflegepraxis unmöglich umgesetzt werden, weshalb die Professionalität ihrer Arbeit oft in Frage gestellt wird (siehe auch McDowell 2009: 162). Petra bringt diesen Widerspruch mit der folgenden Aussage auf den Punkt:

Wir arbeiten halt irgendwie semiprofessionell... Was heisst schon professionell? Sich abgrenzen können ist professionell. Ja. Aber wir können nicht nur mit Abgrenzung arbeiten, wir müssen uns ja auf das einlassen! Es ist semiprofessionell, das bleibt. (Petra)

Am Beispiel der Spitex-Arbeit wird deutlich, dass sich die häufig als komplementär gegenübergestellten Bereiche der „Öffentlichkeit“ und der „Privatheit“ nicht klar voneinander abgrenzen lassen (Read/Thelen 2007). Obwohl es sich um berufliche – d.h. „öffentliche“ – Pflegearbeit handelt, entstehen zwischen pflegender und pflegeempfangender Person „private“ Beziehungen. Wie bereits aufgezeigt wurde, spielt die Beziehungsarbeit eine zentrale Rolle im professionellen Selbstverständnis meiner Gesprächspartnerinnen. Emotionale Fähigkeiten sind ein wichtiger Teil der notwendigen beruflichen Qualifikation, aber auch ein wichtiges Moment der persönlichen Motivation. Wie aus den Aussagen meiner Gesprächspartnerinnen deutlich wurde, sind die emotionalen Beziehungen zwischen pflegender und pflegeempfangender Person eine Notwendigkeit für die Ausführung ihrer Arbeit. Ohne die Grundlage der Beziehungsarbeit verliert die physische Arbeit einen Grossteil ihres Wertes oder kann erst gar nicht durchgeführt werden. Für meine Gesprächspartnerinnen ist die emotionale Arbeit nicht einfach ein Bonus, den sie aus Goodwill leisten, sondern ein notwendiger Bestandteil ihrer alltäglichen Arbeit. Qualifikationen wie Freundlichkeit, Geduld, Empathie, Zuwendung geben oder Mitgefühl zeigen sind für die Ausübung ihres Berufes ebenso notwendig wie pflegerisches und hauswirtschaftliches Fachwissen. Gerade diese herausragende Bedeutung der emotionalen Arbeit in der Pflegearbeit trägt jedoch viel dazu bei, dass die Pflegearbeit noch immer stark ideologisiert ist.

Care for others is associated with women's 'natural' talents of empathy and sympathy, able and willing to perform tasks of social reproduction and bodily care that are often associated not only with the body but with the private, the personal and the intimate realms of embodiment where, of course, the relationship between the cared for and the caregiver are based on love and the ties of affection, rather than on a monetary exchange (McDowell 2009: 163).

Wie ich aufgezeigt habe, wurde Pflege über einen langen Zeitraum hinweg zu einem Grossteil im privaten Umfeld verrichtet. Die professionelle Pflegearbeit wurde in der Folge in enger Beziehung zur unbezahlten Pflegearbeit konstruiert. Die enge Verknüpfung von beruflicher und in der Familie oder im privaten Umfeld unbezahlt und auf freiwilliger Basis geleisteter Care-Arbeit reduziert die materielle und soziale Anerkennung der beruflichen Form der Pflegearbeit (Modak/Messant 2009: 73). Die emotionale Arbeit, die ein notwendiger Bestandteil der Care-Arbeit ist und die die Pflegenden selber als eine der grössten Herausforderungen in ihrem Arbeitsalltag empfinden, ist gleichzeitig der gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeit abträglich. Die Professionalisierung basiert im allgemeinen gesellschaftlichen Verständnis „auf institutionell erworbenen Kompetenzen und nicht auf Beziehungskompetenzen und emotionalen Fähigkeiten, welche nicht von der Person zu trennen und somit schwer übertragbar sind“ (Modak/Messant 2009: 71). Wie Voges (2002: 36) betont, müssen Fachkräfte der Pflege über ein weit über dem Normalmass liegendes Repertoire von

Fertigkeiten und Kenntnissen im emotionalen Bereich verfügen. Emotionale Fähigkeiten werden jedoch zu einem Grossteil ausserhalb der Berufsbildung erworben und gelten in gewisser Weise als Grundvoraussetzungen für den Pflegeberuf. Für Voges (2002: 36) besteht das Dilemma der Pflegeberufe darin, dass die für die Berufsausübung notwendigen emotionalen Fähigkeiten gesellschaftlich nicht als berufliche Qualifikationen anerkannt werden. Die emotionalen Arbeitsanteile sind daher, obwohl sie einen beträchtlichen Teil der Berufsarbeit ausmachen, für deren gesellschaftliche Bewertung von geringer Bedeutung und werden auch nicht vergütet. Die Pflegekräfte bringen diese Fähigkeiten daher sozusagen gratis in ihren Berufsalltag mit (siehe auch Bischoff 1994).

Die von mir interviewten Mitarbeiterinnen der Spitex müssen sich in diesem Spannungsfeld zwischen ihrem eigenen professionellen Selbstverständnis und der gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeit positionieren. Immer wieder erleben sie in ihrem Alltag das Paradox der Pflegearbeit; einerseits ist Pflege eine moralisch hoch angesehene Tätigkeit, andererseits erhält sie im professionellen Sinn wenig Anerkennung. Die Nicht-Anerkennung der emotionalen Arbeit als Arbeit schlägt sich in der schlechten Bezahlung und der geringen gesellschaftlichen Wertschätzung ihrer Arbeit nieder und ist auch ein zentraler Faktor in der aktuellen Entwicklung der Rationalisierung der Pflegearbeit, die ihm nächsten Teil dieser Arbeit thematisiert wird.

5.2 Gender-Ideologie und gesellschaftliche Anerkennung

Auf der Grundlage der erhobenen Daten kann ich keine empirisch fundierten Aussagen darüber treffen, warum die Spitex noch immer ein so deutlich von Frauen dominierter Arbeitsort ist. Es geht mir an diese Stelle jedoch auch nicht darum, eine allgemeingültige Antwort auf diese Frage zu finden, sondern darum, die Sichtweisen meiner Gesprächspartnerinnen darzustellen und diese in einen Zusammenhang zu stellen mit der theoretischen Literatur zu Care-Arbeit als Frauenarbeit.

Die Erklärungsansätze, mit denen meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner versuchen, die Tatsache zu erklären, dass Pflegearbeit im Allgemeinen und die Arbeit bei der Spitex im Besonderen noch immer vorwiegend Frauenarbeit ist, lassen sich in zwei Gruppen einteilen: einerseits wird mit der mangelnden Attraktivität der Pflegearbeit argumentiert, andererseits mit der noch immer vorherrschenden gesellschaftlichen Ideologie, die Pflegearbeit als weibliche Tätigkeit definiert. Allerdings wird bei genauerer Betrachtung dieser beiden Erklärungsstränge schnell deutlich, dass es sich dabei nicht um zwei unabhängige Faktoren handelt, sondern dass sie direkt miteinander verknüpft sind. Die Trennung zwischen ideologischen Gründen und Aspekten der mangelnden Attraktivität der Pflegeberufe scheitert bereits an der Tatsache, dass Frauen diese Berufe trotz der schlechten strukturellen Bedingungen in einer grossen Zahl ausüben, während die meisten Männer dies nicht tun.

Als ein zentraler Faktor, der den Pflegeberuf für Männer unattraktiv machen würde, wurde immer wieder der tiefe Lohn genannt. Alle meine Gesprächspartnerinnen betonten, dass Pflege sicher kein Beruf sei, den man wähle, um reich zu werden. Die Zufriedenheit mit dem Lohn, den sie erhalten, ist unter meinen Gesprächspartnerinnen sehr unterschiedlich und bewegt sich auf einem Spektrum zwischen Doris, die findet, sie werde gut entlohnt, und Elisa, die ihren Lohn miserabel findet. Allerdings bestehen zwischen diesen beiden Frauen nicht nur grosse Unterschiede im persönlichen Empfinden, sondern die Löhne sind real sehr verschieden, da Doris diplomierte Pflegefachfrau ist und Elisa im hauswirtschaftlichen Bereich arbeitet. Unabhängig von der individuellen Zufriedenheit mit der Entlohnung ihrer Arbeit steht jedoch der finanzielle Aspekt für keine meiner Gesprächspartnerinnen an erster Stelle. Doris arbeitet nicht bei der Spitex, weil sie den Lohn gut findet und Elisa hört nicht auf, bei der Spitex zu arbeiten, obwohl sie ihren Lohn eigentlich inakzeptabel findet. Wenn es um männliche Mitarbeiter geht, wird das tiefe Lohnniveau jedoch immer wieder als Grund für die Absenz der Männer gewertet. Einerseits gehen meine Gesprächspartnerinnen davon aus, dass der finanzielle Aspekt für die Männer bei der Berufswahl generell wichtiger ist als für Frauen, und dass andererseits die Rolle des Mannes noch immer die des Familienernährers sei.

Also ein Mann mit Familie, der alleine von seinem Lohn [bei der Spitex, C.S.], ohne Zusatzverdienst der Frau, die Familie ernähren muss, der hat Schwierigkeiten! (Frau Baumgartner)

Es ist finanziell einfach nicht attraktiv für die Männer. Also mit dem Lohn, den sie verdienen, wenn sie gleich eingestuft sind wie die Frauen, ist es anspruchsvoll, eine Familie zu ernähren, dass es wirklich reicht. (Monika)

Dies macht deutlich, dass die berufliche Pflegearbeit sowohl ideologisch als auch real noch immer als Neben- bzw. Zweitverdienst für Frauen konzipiert ist, auch wenn dies in vielen Fällen schon längst nicht mehr der Realität entspricht. Wie Bischoff (1992: 60) schreibt, dient die Ideologie der Ernährerfunktion des Mannes noch immer als Grundlage der Lohndiskriminierung der Frauen, da typische Frauenberufe generell tief entlohnt werden. Die Bereitschaft der Frauen, diese Arbeit trotzdem zu leisten, begründen meine Gesprächspartnerinnen hauptsächlich mit der persönlichen Motivation, d.h. damit, dass sie gerne in der Pflege arbeiten und es ihrer Ansicht nach eine sehr sinnvolle und gesellschaftlich wertvolle Arbeit ist.

Ein weiterer wichtiger Grund für die Abwesenheit der Männer in den Pflegeberufen wird von meinen Gesprächspartnerinnen in der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung derselben vermutet. Pflegeberufe haben einen niedrigen sozialen Status und verleihen den Ausübenden wenig professionelles Prestige.

Wenn man sagt, man lernt FaGe, hört man halt schon immer so blöde Sprüche wie: Ah, ihr geht den alten Leuten den Hintern putzen! Vielleicht schreckt das die Männer von vornherein

ab. (Lena)

Vielleicht hat es mit der Anerkennung zu tun, die wir nicht haben. Also ich glaube, ein Mann sagt, ich gehe doch nicht in einen Beruf arbeiten, indem ich keine Anerkennung habe! Also es ist sicher einfacher, zu sagen, ich bin Banker, oder ich bin Lehrer, als ich bin Pflegefachmann... (Petra)

Immer wieder wurde mir erzählt, dass die wenigen Männer, die bei der Spitex und auch allgemein in der Pflege arbeiten, jeweils sehr schnell Karriere machen würden. Wer in der Hierarchie aufsteigt, gewinnt an professionellem Prestige und wird besser entlohnt, ist aber gleichzeitig weg von der direkten Pflege am Menschen, weshalb es viele meiner Gesprächspartnerinnen explizit ablehnen, in eine Leitungsfunktion aufzusteigen.

Häufig wollen die Frauen auch gar nicht aufsteigen. Ich gehöre auch zu denen. Ich habe es immer geschafft, dass ich immer noch pflegen kann. Die Frage, ob man nicht leiten wolle, kommt aber immer wieder. Aber ich will nur bis dahin steigen, wo ich noch Kompetenzen habe, und die Organisation ist sicher nicht meine grösste Stärke (lacht). (Doris)

Wie bereits im vorhergehenden Unterkapitel beschrieben, wird die Arbeit der professionellen Pflegenden oft auf gesellschaftlich wenig wertgeschätzte Tätigkeiten reduziert und nicht in der Form als anspruchsvolle, vielseitige Arbeit wahrgenommen, wie sie meine Gesprächspartnerinnen definieren. Ausserdem vermuteten einige meine Gesprächspartnerinnen, dass die Pflegearbeit, insbesondere die emotionale Arbeit, gesellschaftlich noch immer klar als weiblich konstruiert sei.

Ich glaube halt auch, Beziehungsarbeit ist immer noch Frauenarbeit. Und Pflege, gerade Grundpflege, ist Beziehungsarbeit! Gerade auf der Spitex, wo du die Leute jahrelang betreust, ist viel Beziehungsarbeit dabei und ich habe das Gefühl, das ist etwas, wo halt die Männer leider immer noch anders erzogen werden, andere Vorbilder haben. Und weniger Interesse daran haben. Das denke ich schon... (Sarah)

Auch Modak und Messant (2009: 76) verweisen darauf, dass die emotionalen und relationalen Kompetenzen, die zur Care-Arbeit gehören, von Mädchen in der Regel von klein auf erworben werden und dann im Erwachsenenalter als selbstverständliche, naturgegebene Veranlagungen erscheinen und auch in der Berufswelt als solche gewertet werden. Die ideologische Verknüpfung von emotionaler Arbeit und Weiblichkeit auf gesellschaftlicher Ebene zeigt sich auch bezüglich der Akzeptanz von männlichen Pflegekräften seitens der Klientinnen und Klienten. Diese wird von meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner als regional und individuell sehr unterschiedlich beschrieben. Allgemein auffällig an ihren Aussagen ist jedoch die Tendenz, dass Männer in der Behandlungspflege grössere Akzeptanz finden als in der Grundpflege und im hauswirtschaftlichen Bereich. Herr Oberholzer, mein einziger männlicher Gesprächspartner, der in seiner Anfangszeit bei der Spitex normale Pflegeeinsätze machte, unterdessen jedoch im Bereich der psychiatrischen Spitex arbeitet, erzählte mir, dass er

teilweise in der Grundpflege als männlicher Pfleger nicht akzeptiert wurde, währenddem er im Bereich der psychiatrischen Pflege noch nie Probleme gehabt habe. Dass Männlichkeit noch immer mit Medizin und Weiblichkeit mit Pflege assoziiert wird (McDowell 2009: 161), zeigt auch das folgende Beispiel, welches mir Doris erzählte:

Vor kurzem kam ein junger Mann schnuppern zu uns. Also so ein kleines Praktikum hat er gemacht. Er lernt Rettungssanitäter. Und der kam mit auf die Tour. Und die [die Klientinnen und Klienten, C.S.] waren begeistert! Aber er war dann natürlich immer gleich der Herr Doktor! (lacht). (Doris)

Die Aussagen und Erzählungen meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner verweisen darauf, dass im Bereich der Pflegearbeit das grundlegende geschlechtsspezifische Teilungsprinzip der gesellschaftlichen Arbeit, das dem Mann die rationale, naturbeherrschende und spezialisierte Arbeit und der Frau die naturbezogene, gefühlsbetonte und ganzheitliche Arbeit – sprich die emotionale Arbeit – zuweist, noch immer wirksam ist (siehe Bischoff 1992: 98).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in die Institutionalisierung eines Fähigkeitsprofils als Beruf immer normative Vorstellungen und Rollenbilder einfließen, die ihm eine geschlechtsspezifische Ausrichtung geben (Voges 2002: 29). Das Berufssystem fungiert daher als wesentliches Instrument zur sozialen Konstruktion geschlechtsspezifischer Rollenbilder. Frauenberufe werden dabei tendenziell stärker um *zugeschriebene* Fähigkeiten konstruiert, während Männerberufe scheinbar stärker auf *erworbenen* Fähigkeiten basieren (Voges 2002: 30). Die Arbeitsteilung auf Grund geschlechtsspezifischen Arbeitsvermögens wirkt laut Voges doppelt diskriminierend. Sie bewirkt zum einen, dass Frauen vorzugsweise Arbeitsplätze auswählen und bekommen, in denen frauenspezifische Fähigkeiten nachgefragt werden und zum anderen führt sie dazu, dass die Arbeitsfähigkeiten dort geringer bewertet werden, da es sich angeblich um nicht-berufliche Fähigkeiten handelt (2002: 29). Für die Care-Arbeit notwendige Eigenschaften wie Empathie, Beziehungsarbeit und Sorge werden als natürliche weibliche Eigenschaften gesehen und demzufolge als natürlich gegeben betrachtet. Solch feminisierte Tätigkeiten sind deshalb in der Regel schlecht bezahlt und haben einen niedrigen sozialen Status (McDowell 2009: 161). Die Ideologisierung der emotionalen Arbeit als natürliche weibliche Fähigkeiten ist insofern ein wichtiger Faktor im Bezug auf die gesellschaftliche Abwertung von beruflicher Care-Arbeit.

5.3 Begriffliche Problematik als Abbild eines realen Spannungsfeldes

Es ist schwierig, exakt zu definieren, was Pflege beinhaltet. Dies kommt auch sprachlich immer wieder zum Ausdruck. Meine Gesprächspartnerinnen verwendeten immer wieder Formulierungen wie zum Beispiel „das Soziale ist fast noch wichtiger, als die Pflege“, oder sie nahmen eine sprachliche Unterteilung in „Beziehungsarbeit“ und „Pflege“, „Pflege“ und „Hauswirtschaft“ oder in „persönliche Beziehungen“ und „professionelle Beziehungen“ vor. Auf den ersten Blick könnte man dies so interpretieren, dass sie selber die emotionale Arbeit, bzw. die hauswirtschaftliche Arbeit nicht als Teil der Pflege verstehen. Die Reduzierung der Pflegearbeit auf die physische Arbeit wurde jedoch von meinen Gesprächspartnerinnen an anderen Stellen des Gesprächs explizit abgelehnt. Diese sprachlichen Ausdrucksweisen verwendeten sie sogar meistens gerade in Situationen, in denen sie ihr umfassendes, ganzheitliches Verständnis von Pflege erklären und verdeutlichen wollten und die Nicht-Anerkennung emotionaler und hauswirtschaftlicher Leistungen als Pflege kritisierten. Die Formulierungen verweisen auf die Schwierigkeit, sich in diesem Spannungsfeld zwischen Emotionalität, Professionalität und Rationalisierung der Pflegearbeit zu positionieren. In ihrem Arbeitsalltag stellt sich ihnen immer wieder die Frage, wo genau die Grenze verläuft zwischen persönlichen und professionellen Beziehungen, bzw. zwischen professionellem Handeln und persönlicher Anteilnahme. Obwohl für sie eindeutig ist, dass gerade auch die persönlichen Beziehungen einen unabdingbaren Bestandteil ihrer professionellen Aufgabe darstellen, sind es eben doch persönliche Beziehungen, die dem gesellschaftlichen Verständnis von Professionalität entgegenstehen. Auf den nächsten Teil dieser Arbeit vorgreifend, kann gesagt werden, dass von der politischen und organisatorischen Seite zunehmend versucht wird, die Pflegearbeit auf ihre materiellen Aspekte zu reduzieren, um dadurch die Kosteneffizienz zu steigern. Die emotionalen Aspekte der Pflegearbeit werden ignoriert, und auch die hauswirtschaftlichen Leistungen werden zunehmend als reine Putzarbeiten klassifiziert. Der sozialbetreuerische pflegerische Wert wird ihnen mehr und mehr abgesprochen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex sind in ihrem Arbeitsalltag ständig mit diesen Klassifizierungen ihrer Tätigkeiten konfrontiert. Es ist daher naheliegend, dass diese Konflikte auch sprachlich zum Ausdruck kommen. Die sprachliche Suche meiner Gesprächspartnerinnen nach Formulierungen und Ausdrücken, welche ihre Ansichten verdeutlichen können, ist ein Abbild des Konflikts, der sich genau an dieser Definitionsgrenze bewegt, d.h. an der Frage danach, was Professionalität bedeutet, was Pflege ist und welche Komponenten der Pflegearbeit wie anerkannt und klassifiziert werden.

TEIL II: DIE ARBEITSWELT „SPITEX“ IN VERÄNDERUNG

In diesem zweiten Teil werden die Veränderungen thematisiert, die im Bereich der Spitex in den letzten Jahren stattgefunden haben und aktuell stattfinden. Diese Veränderungen in Form einer zunehmenden Ökonomisierung der Spitex-Welt werden aus der Sicht der Pflegenden dargestellt. Ihr Arbeitsalltag, ihr Erleben und ihre Einschätzungen bezüglich ihrer Arbeitssituation stehen im Zentrum.

Das erste Kapitel beinhaltet einige grundsätzliche Überlegungen zum Wandel der Care-Arbeit und zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Im zweiten Kapitel wird die spezifische Situation der Spitex dargestellt. Im Zwischenfazit am Ende dieses Teils fasse ich zentrale Erkenntnisse zusammen.

6 Wandel der Care-Arbeit und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die Welt der Arbeit befindet sich seit einigen Jahrzehnten in einem tiefgreifenden Umbruch. Eine umfassende Umstrukturierung der Beschäftigungsverhältnisse ist im Gange, welche die Gesellschaften als Ganzes verändert. Die fordistische Industriegesellschaft wurde durch eine post-fordistische, post-industrielle Dienstleistungsgesellschaft abgelöst. Der Fordismus als gesellschaftliche Formation war geprägt durch einen robusten Zusammenhang von industrieller Massenproduktion und Massenkonsum, sozial geschützten Normalarbeitsverhältnissen für Männer, geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung in der Normalfamilie, niedrigen Frauenerwerbsquoten und einem ausgebauten Wohlfahrtsstaat (Kratzer/Sauer 2007: 237, Aulenbacher 2009: 70ff.). Wie Kratzer und Sauer (2007: 238) betonen, ist mit dem Begriff der Normalarbeit immer auch eine normierende und diskriminierende Kraft gegenüber anderen Formen der Arbeit verknüpft sowie die strikte Abtrennung einer „privaten“ Sphäre der Reproduktion. Das fordistische Normalarbeitsverhältnis als typische Organisationsform der Erwerbsarbeit war unmittelbar verknüpft mit dem vorherrschenden gesellschaftlichen Lebensmodell mit dem Mann als Familienernährer und der Frau als Mutter und Hausfrau. In der post-fordistischen Gesellschaft wird dieses „Ernährermodell“ der Lohnarbeit zunehmend durch das sogenannte „one-adult-worker-model“ abgelöst. Dieses Modell bezeichnet das neoliberale ökonomische und soziale Prinzip, nach dem jede und jeder für sich selber verantwortlich ist und sich individuell um eine entlohnte Arbeit bemühen muss (Duden 2009: 17).

Reformen des Wohlfahrtsstaates haben in den letzten Jahrzehnten in vielen Ländern die Beziehung zwischen Staat und Individuen verändert und zu bedeutenden Transformationen in den individuellen Arrangements der sozialen Sicherheit und der Praktiken der Care-Arbeit geführt (Read/Thelen 2007: 4). Die soziale Organisation der Care-Arbeit befindet

sich in der Schweiz im Wandel; durch die steigende Integration der Frauen in die Erwerbsarbeit, die demographische Alterung und den Trend zu Zwei-Generationen-Haushalten steigt das Bedürfnis nach professioneller Care-Arbeit. Das Zusammenspiel verschiedener gesellschaftlicher Sektoren (Familie, Staat, Non-Profit-Organisationen/Zivilgesellschaft und Markt) bei der Finanzierung und Ausführung von Care-Arbeit für pflegebedürftige Menschen ist in Veränderung begriffen (Schilliger 2009: 120). Ein Grossteil der Reproduktionsarbeit und der im personenbezogenen Dienstleistungssektor geleisteten Arbeit hat in den letzten Jahrzehnten die strukturelle Einbindung gewechselt; sie ist von der unbezahlt im privaten Umfeld geleisteten Arbeit zur Erwerbsarbeit geworden, d.h. sie hat sich vom privaten in den öffentlichen Raum verschoben (McDowell 2009: 7, 216).

Gleichzeitig führt die Umsetzung neoliberaler Politiken in vielen Ländern zu einem Abbau wohlfahrtsstaatlicher Institutionen und zu einer zunehmenden Organisation des Care-Sektors über den Markt (Schilliger 2009: 120). Die neoliberale Ideologie befördert aber nicht nur einen stetigen Abbau wohlfahrtsstaatlicher Institutionen im Rahmen staatlicher Sparmassnahmen, sondern wirkt sich auch *innerhalb* der Institutionen des Wohlfahrtsstaates aus; der Wohlfahrtsstaat als soziale Institution befindet sich selbst in einem tiefgreifenden Wandel. Denn wie Homburg et al. (2007: 1) beschreiben, findet auch auf staatlicher Ebene ein Transformationsprozess statt. Dieser Prozess kann als ein Wechsel vom „public administration paradigm“ zum „New Public Management (NPM)“ beschrieben werden. Wie Schimank und Volkmann (2008: 387) betonen, zielt New Public Management in der Regel nicht auf Gewinnerzielung ab, ist aber auf Verlustminimierung ausgerichtet. Idee und Ziele des New Public Managements bestehen darin, Konzepte der marktwirtschaftlichen Logik auch auf den öffentlichen Sektor anzuwenden, d.h. das öffentliche Handeln wirksamer zu machen, indem es denselben Managementregeln unterworfen wird, wie der privatwirtschaftliche Sektor. Durch die Intensivierung der Konkurrenz um staatlich bereitgestellte finanzielle Ressourcen soll die Effizienz der Ressourcenverwendung erhöht werden (Schimank/Volkmann 2008: 387).

Im Rahmen neoliberaler Reformen wird immer häufiger versucht, auch den Care-Sektor aufgrund neoliberaler Modelle zu reformieren und die marktwirtschaftliche Logik aus der Betriebswirtschaft auch auf das Sozial- und Gesundheitswesen zu übertragen. Als Beispiel für diesen Prozess nennt Thiele (2006: 144) unter anderem die Tendenz, pflegerische Beziehungen auf instrumentelle Aspekte zu verengen und sie in ein quantitatives ökonomisches Schema zu pressen, um die Leistungen möglichst einfach und exakt abrechnen zu können. Die Einführung neuer Finanzierungsprinzipien und die damit in Verbindung stehenden Auflagen zwingen Einrichtungen im Gesundheitsbereich dazu, ihre Leistungen und deren Zielsetzungen zu definieren und deren Effektivität nachzuweisen. Die Umsetzung von privatwirtschaftlichen Managementregeln führt in den sozialen Institutionen zu einer massiven Verstärkung des Kostendrucks. Dieser ökonomische Spardruck wird oft auf die Mitarbeitenden und auf die Klientinnen und Klienten einer

sozialen Institution abgewälzt, was sich für diese in einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen bzw. der Kürzung sozialstaatlicher Leistungen auswirkt. Wie Bauer und Bittlingmayer (2010) betonen, stellt heutzutage der „Prozess einer schrittweisen Ökonomisierung und Bürokratisierung der Gesundheitsversorgung in Gestalt einer zunehmenden Verwaltungsherrschaft über die medizinische Facharbeit, der Einzug der Manager in die Führungsetagen und die Durchsetzung ökonomischer Denk- und Handlungsmuster [...] einen gemeinsamen Erfahrungshorizont der Beschäftigten im Gesundheitssektor dar“ (2010: 666).

Insgesamt soll nach Ansicht der Vertreter der neoliberalen Ideologie eine marktwirtschaftlich dominierte Gesellschaft entworfen und durchgesetzt werden, indem die betriebswirtschaftlichen Logiken auf alle Bereiche des gesellschaftlichen und individuellen Lebens angewendet werden (Butterwegge et al. 2008: 20f.). Der Neoliberalismus kann somit als „allgemeine[r] Trend zur Ökonomisierung der Gesellschaft“ (Butterwegge et al. 2008: 14) beschrieben werden. Schimank und Volkmann (2008: 382) definieren die Ökonomisierung als einen Vorgang, „durch den Strukturen, Prozesse, Orientierungen und Effekte, die man gemeinhin mit einer modernen kapitalistischen Wirtschaft verbindet, gesellschaftlich wirkmächtiger werden“ (2008: 382).

Dieser Prozess einer zunehmenden Ökonomisierung ist auch im Bereich der Spitex deutlich feststellbar. In den folgenden Kapiteln zeige ich auf, in welcher Form sich diese Ökonomisierung der Spitex-Welt zeigt und inwiefern sie sich auf den Arbeitsalltag, die individuelle Care-Praxis und die Pflegemotivation der Pflegekräfte auswirkt.

7. Die Ökonomisierung der Spitex-Welt

7.1 Die Entwicklung der ambulanten Pflege in der Schweiz¹⁵

Die Entwicklung der ambulanten Pflege in der Schweiz und der damit verknüpften Professionalisierung der Krankenpflege ist sehr komplex. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel die Entwicklungen bis in die 1990er-Jahre nur kurz angeschnitten. Der Schwerpunkt liegt auf den Entwicklungen im Bereich der spitalexternen Pflege in den letzten rund 20 Jahren und dabei insbesondere auf zwei wichtigen gesetzlichen Grundlagen: dem neuen Krankenversicherungsgesetz von 1996 und der neuen Pflegefinanzierung von 2011.

Frühe häusliche Krankenpflege und Haushilfe im 19. und 20. Jahrhundert

Die Ursprünge der heutigen Spitex-Dienste reichen bis ins 19. Jahrhundert zurück. Eigentlich lag die Verantwortung für die Armen und Hilfsbedürftigen in der Schweiz seit dem 16. Jahrhundert bei den Gemeinden. Im Zuge der Industrialisierung und der damit einhergehenden einschneidenden gesellschaftlichen Veränderungen kamen jedoch die Gemeinden vielerorts ihrer Verantwortung nicht mehr nach und ignorierten soziale Missstände. So kam es im 19. Jahrhundert zur Gründung einer Vielzahl an – oft konfessionell geprägten – karitativen Vereinen und Stiftungen, die sich der Fürsorge Kranker und Pflegebedürftiger annahmen (Müller-Landgraf 1990: 22ff., Schwarzmann 2004: 20). Als Ergänzung zur ambulanten Krankenpflege wurden Haushilfe-Vereine gegründet, die im Bedarfsfall unentgeltlich Aufgaben im Haushalt wie kochen, putzen oder Kinderbetreuung übernahmen, um in den Familien „materielle und moralische Schäden“ zu verhindern, wenn „die Mutter wegen Krankheit oder Entbindung den Haushalt nicht führen konnte“ (Müller-Landgraf 1990: 24).

Die häusliche Krankenpflege war über einen sehr langen Zeitraum hinweg geprägt von der konfessionellen Krankenpflege. Sie wurde von katholischen und später auch evangelischen Ordensschwwestern ausgeführt. Für die Haushilfe reichte es in der Regel als Qualifikation aus, eine Frau zu sein. Als erste weltliche Institution, die eine Ausbildung für die häusliche Krankenpflege anbot, nennt Braunschweig (2009) die „*Ecole normale de gardes-malades*“ in Lausanne, die bereits 1859 gegründet wurde. Später folgten die Rotkreuz-

¹⁵ Durch die stark föderalistisch geprägte Organisation des Gesundheitswesens in der Schweiz und der ambulanten Kranken- und Hauspflege insbesondere, können hier nur allgemeine Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden. Als Beispiel zeige ich die Entwicklung der Spitex im Kanton Bern etwas genauer auf. Dies macht insofern Sinn, als dass ein Grossteil der von mir erhobenen Daten sich auf den Kanton Bern bezieht.

Pflegerrinnenschule am Lindenhofspital in Bern (gegründet 1899) und die Schweizerische Pflegerrinnenschule in Zürich (gegründet 1901). Bis Mitte des 20. Jahrhunderts wurden die konfessionellen Pflegerrinnen grösstenteils von professionellen „weltlichen“ Pflegerrinnen abgelöst (Fasnacht et al. 1998: 6).

Das neue Krankenversicherungsgesetz von 1996 und die Entstehung der „SPITEX“

Bis in die 90er-Jahre des 20. Jahrhunderts waren die Dienstleistungen der Kranken- und Hauspflege sowie der Haushilfe in einer Vielzahl verschiedenster Vereine organisiert. Die Trägerschaften dieser Vereine waren Gemeinden, gemeinnützige Vereine, Frauenvereine, Behörden oder Einzelpersonen. Die Ausgaben wurden durch Subventionen, Sammlungen, Stiftungen oder Legate finanziert (Müller-Landgraf 1990: 23). Bereits Anfang der 90er-Jahre setzten erste Bemühungen ein, das Angebot und die Aufgaben der verschiedenen Vereine besser zu koordinieren und zu reorganisieren. Einen regelrechten Schub in der Umstrukturierung und Professionalisierung der ambulanten Pflege löste jedoch erst die Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetz von 1996 aus.

Im neuen Krankenversicherungsgesetz KVG, das am 1. Januar 1996 in Kraft trat, wurden die Pflegeleistungen (in Heimen und *zu Hause*) den medizinischen Behandlungen und Untersuchungen gleichgestellt. Die Spitex-Pflegeleistungen wurden erstmals in den obligatorischen Leistungskatalog der Krankenversicherer aufgenommen und waren somit schweizweit kassenpflichtig. Galten zuvor in den Kantonen unterschiedliche Regelungen bezüglich der Leistungen der Krankenversicherer an die Spitex, so müssen seither schweizweit die Krankenkassen die Kosten für die Abklärung des individuellen Pflegebedarfs, sowie für die Grund- und Behandlungspflege und für die Beratung und Anleitung der Klientinnen und Klienten übernehmen. Nicht kassenpflichtig sind hingegen hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen (sowie Pflegeleistungen, die nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV aufgelistet sind). Diese gehen zu Lasten der Klientinnen und Klienten, falls sie nicht von einer Zusatzversicherung übernommen werden.¹⁶ Auf Druck der Krankenkassen-Lobby wurden allerdings bereits 1998 vom Bundesrat Rahmentarife eingeführt, welche die vollständige Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenkassen verhinderten. Die Krankenversicherungen mussten in der Folge im Bereich der Spitex nur für rund 57 Prozent der Pflegekosten aufkommen, die ungedeckten Restkosten wurden von der öffentlichen Hand (Kantone und Gemeinden)

¹⁶ Teilweise werden Leistungen der Spitex auch von verschiedenen Sozialversicherungen mitfinanziert. So erhalten Menschen, die wegen Krankheit oder Behinderung dauernd auf Hilfeleistungen angewiesen sind, eine nach Schweregrad abgestufte Hilflosenentschädigung. Personen, deren Einkommen aus der AHV nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt und die zur Pflege und Betreuung notwendigen Leistungen selbst zu finanzieren, haben ein Recht auf Ergänzungsleistungen (Fischer 2001: 134).

übernommen, ohne dass dafür eine explizite Regelung im KVG vorhanden war (Zogg 2011: 91).

Die Aufnahme der ambulanten Pflegeleistungen in die obligatorische Grundversicherung bedeutete einen riesigen Schritt für die Professionalisierung der Spitex. Da von den Krankenkassen bezahlt, musste der Pflegeprozess standardisiert und ausführlich dokumentiert werden und die Leistungen der Spitex sichtbar, messbar und überprüfbar gemacht werden. Ein Prozess setzte ein, im Verlauf dessen die Bedarfsabklärung, die Leistungserfassung und -abrechnung und die Buchhaltung zunehmend standardisiert und elektronisiert wurden.

Aufgrund der staatlichen Forderung, die Organisationen der Krankenpflege und der Haushilfe zusammenzuschliessen sowie aufgrund der steigenden Anforderungen an Infrastruktur und Betriebsführung, die für viele kleine Haushilfe- und Krankenpflege-Organisationen nicht zu bewältigen waren, kam es zu einer Welle von Fusionen zwischen den verschiedenen ambulanten Pflegediensten. Die Anzahl der Non-Profit-Spitex-Organisationen hat sich in den letzten Jahren deutlich verringert. 1998 gab es 881 Spitex-Organisationen im Non-Profit Bereich, 2004 noch 704 und 2009 noch 576 (Gmür/Rüfenacht 2010: 399, BFS 2010: 6). Dieser Konzentrationsprozess hat sich in den letzten Jahren wieder verlangsamt, ist aber immer noch nicht abgeschlossen. In dieser Zeit etablierte sich auch der Name SPITEX als allgemein gebräuchliche Bezeichnung der neu gegründeten Vereine der ambulanten Pflege.

Die neue Pflegefinanzierung von 2011

Am 1. Januar 2011 trat schweizweit eine neue Pflegefinanzierung in Kraft. Der Spitex Verband Kanton Bern fasst in seinem Geschäftsbericht 2010 (2011: 10f.) die wichtigsten Veränderungen zusammen, welche diese im Vergleich zu früher beinhaltet:

- Der Bundesrat legt für die ganze Schweiz einheitliche Pflorgetarife fest, welche die Krankenversicherer an eine Stunde Pflege bezahlen müssen. Zuvor galten in den Kantonen unterschiedliche Pflorgetarife.
- Die Beiträge der Krankenversicherer decken die Kosten der Pflege nicht. Für die Restfinanzierung sind neu nicht mehr die Gemeinden, sondern die Kantone zuständig (diese können aber diese Aufgabe wiederum auf die Ebene der Gemeinden verschieben, was teilweise auch gemacht wurde).
- Auch kommerzielle Spitex-Anbieter sind neu subventionsberechtigt.
- Die Kantone können bestimmen, inwieweit sie einen Teil der Pflegekosten auf die Patienten abwälzen wollen. Der Maximalbetrag, der zusätzlich zu Selbstbehalt und

Franchise in Rechnung gestellt werden kann, beträgt 15.95 pro Stunde Pflege.¹⁷

Für die Krankenkassen-Lobby, die sich während Jahren dagegen gewehrt hatte, dass die Krankenkassen für die vollen Pflegekosten aufkommen müssen, ist die neue Pflegefinanzierung als Erfolg zu werten, da jetzt auch gesetzlich festgeschrieben ist, dass die Pflegekosten auf die Krankenversicherer, die öffentliche Hand und die versicherten Personen aufgeteilt werden (Zogg 2011: 100).

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung wird kantonal sehr unterschiedlich gelöst. Allein schon bei der Patientenbeteiligung gibt es sechs verschiedene Umsetzungsmodelle und auch die Einbindung kommerzieller Spitex-Organisationen wird in den Kantonen sehr unterschiedlich gehandhabt. Im Kanton Bern hatte der Regierungsrat zwar beschlossen, die vollen 20 Prozent Patientenbeteiligung einzuführen, im Grossen Rat wurde dies jedoch mit einer grossen Mehrheit abgelehnt. Der Kanton Bern ist der einzige Deutschschweizer Kanton, der die Patientenbeteiligung nicht eingeführt hat.¹⁸

Die Beiträge des Kantons an die Spitex-Organisationen werden in einem jährlich neu zu verhandelnden Leistungsvertrag zwischen dem Kanton und den jeweiligen Spitex-Organisationen festgelegt. Der Leistungsvertrag regelt den Inhalt, die Qualität und die Finanzierung der Leistungen, welche die Spitex-Organisationen im Bereich der Pflege und Hauswirtschaft zu erbringen haben (GEF 2010a: 3). Die Verhandlungen führen die zuständige kantonale Behörde und der kantonale Spitex-Verband (im Kanton Bern sind dies das Alters- und Behindertenamt ALBA der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF und der Spitex-Verband Kanton Bern). Der Leistungsvertrag sieht für alle Non-Profit-Spitex-Organisationen innerhalb eines Kantons gleich aus. Vor 2011 wurden die Leistungsverträge zwischen den Spitex-Organisationen und der/den korrespondierenden Gemeinden abgeschlossen. Dadurch waren individuellere Vertragsgestaltungen möglich (indem z.B. ein Spezialdienst besonders unterstützt wurde) (GEF 2010a). Der Kanton Bern schliesst seit 2011 auch Leistungsverträge mit kommerziellen Spitex-Anbietern ab. Die Verträge basieren auf den Verhandlungen mit der Association Spitex privée suisse ASPs. Die Subventionsbeiträge fallen jedoch etwas geringer aus, da die kommerziellen Spitexen – im Gegensatz zu den Non-Profit-Organisationen – keiner Versorgungspflicht unterliegen¹⁹.

Gleichzeitig mit der Einführung der gesamtschweizerischen neuen Pflegefinanzierung

¹⁷ Die Patientenbeteiligung darf maximal 20 Prozent des höchsten Stundentarifs betragen. Der Stundentarif der Behandlungspflege ist Fr. 79.80, d.h. liegt die maximale Patientenbeteiligung bei Fr. 15.95. Im Jahr kann das für die Patienten zu Mehrkosten bis 5850 Fr. führen.

¹⁸ Wie aktuellen Medienberichten zu entnehmen ist, wird die Patientenbeteiligung auf den 12. April 2012 jedoch auch im Kanton Bern eingeführt (Der Bund 16.12.2011).

¹⁹ Versorgungspflicht bedeutet, dass die Non-Profit-Spitexen ihre Dienstleistungen allen Personen zur Verfügung stellen müssen. Die kommerziellen Spitex-Anbieter hingegen haben keine Versorgungspflicht und können sich die ökonomisch interessanten Klienten auswählen.

wurde im Kanton Bern auch auf kantonaler Ebene ein neues Finanzierungsmodell der ambulanten Pflegeleistungen eingeführt. Die Neuerung besteht aus einem Wechsel von einem System der Kostenobergrenze, welches die Leistungen der Spitex bis zu einem bestimmten Kostenoberdach finanzierte, hin zu einer leistungsbezogenen Beitragsfinanzierung. Neu wird vom Kanton nur noch streng leistungsbezogen subventioniert, d.h. der Beitrag des GEF wird leistungsorientiert bemessen. Für jede geleistete Pflegestunde wird ein nach Art der Pflege abgestufter fixer Betrag abgegolten. Es gibt keine pauschalen Subventionszahlungen mehr.

Portrait Doris

„Mir hat es am Anfang sehr gut gefallen, als wir fast wie in Afrika selber schauen mussten. Aber es gefällt mir auch jetzt sehr gut, weil wir gut unterstützt werden, wir haben ein gutes Team, mit dem man zusammenarbeiten kann. Und die Arbeit bei den Leuten zu Hause ... ist ähnlich...“.

Der Kontakt zu Doris wurde mir über eine Bekannte vermittelt. Als ich sie anfragte, ob sie bereit dazu wäre, mir von ihrer Arbeit zu erzählen, war sie sofort einverstanden.

Doris ist diejenige unter meinen Gesprächspartnerinnen mit der längsten Erfahrung in der ambulanten Pflege. Sie hat praktisch während ihres gesamten bisherigen Arbeitslebens in der Pflege gearbeitet und blickt auf über 40 Jahre Pflgetätigkeit in den verschiedensten Kontexten zurück. Offiziell ist sie zwar seit kurzem pensioniert, sie arbeitet jedoch trotzdem noch in einem 30 Prozent-Pensum bei der Spitex weiter.

Doris hat den ganzen Prozess der Professionalisierung und der zunehmenden Ökonomisierung des ambulanten Pflegesektors miterlebt. Während des Gesprächs erinnert sie sich zurück an die verschiedenen Orte und an die verschiedenen Organisationen, an und in denen sie gearbeitet hat und staunt teilweise selber darüber, wie viel sich in dieser Zeit verändert hat. Aus ihrer heutigen Perspektive kann sie manchmal kaum mehr glauben, wie wenig professionalisiert und institutionalisiert die spitalexterne Pflege teilweise noch bis weit in die 90er-Jahre hinein war. Auch wenn sich ihre Arbeitswelt von den Strukturen her grundsätzlich verändert hat, ist sie ihr nicht fremd geworden. Für Doris steht die Arbeit bei den pflegebedürftigen Menschen zu Hause ganz klar im Zentrum ihres Berufs. Den strukturellen Rahmenbedingungen versucht sie sich so gut wie möglich anzupassen und auch in schwierigen Momenten konzentriert sie sich so weit wie möglich darauf, ihren Klientinnen und Klienten die bestmögliche Pflege und Betreuung zukommen zu lassen.

Die ersten Erfahrungen in der ambulanten Hilfe und Pflege machte Doris bereits Mitte der 60er-Jahre. Vor ihrer Ausbildung zur Krankenschwester arbeitete sie ein halbes Jahr als Hauspflegerin in einer sehr ländlichen Gemeinde. Ihre Aufgabe war es, Familien, die aus irgendeinem Grund überfordert waren, im Haushalt und der Kinderbetreuung zu unterstützen. Ende der 60er-Jahre hat sie dann im Rahmen ihrer Ausbildung zur Krankenschwester ein Praktikum in der „häuslichen Krankenpflege“ gemacht. Sie erzählt mir, dass die Gemeindecrankenschwester damals sowohl medizinische Verrichtungen machte, als auch im Haushalt tätig war. Sie hat gekocht und Feuer gemacht und einfach alles erledigt, was gerade anstand.

Nach der Ausbildung hat sie für einige Zeit in verschiedenen Pflege-Institutionen gearbeitet, bevor sie zusammen mit ihrem Ehemann nach Afrika zog. Sie sind 15 Jahre dort geblieben und Doris hat in dieser Zeit als freiwillige Helferin in verschiedensten Einrichtungen gearbeitet. Einfach überall da, wo ihre

Fähigkeiten als Pflegefachfrau gebraucht wurden.

Mitte der 80er-Jahre kamen sie zurück in die Schweiz und zogen auf den Bauernhof, wo sie auch heute noch leben. Da es klar war, dass die Schafzucht nicht reichen würde zum Leben, suchte Doris eine Stelle. Sie sagt heute, sie könne sich nicht mehr erinnern, ob sie von Anfang an in den ambulanten Pflegebereich wollte oder ob es eher Zufall war. Auf jeden Fall fand sie schnell eine Stelle als Gemeindepflegeschwester in einem ländlichen Gebiet. Ihre Erfahrungen aus der Zeit in Afrika, wo sie gelernt hatte, mit einfachsten Hilfsmitteln zu arbeiten und viel zu improvisieren, kamen ihr bei der Arbeit oft zu gute.

In den Jahren danach kamen ihre beiden Kinder zur Welt. In den ersten Monaten konnte sie ihre Tochter noch zur Arbeit mitnehmen, da die Frau ihres damaligen Chefs ihre Tochter betreute, während Doris arbeitete. Mit der Zeit wurde der Arbeitsweg aber zu lang und die Arbeit zu viel und Doris kündigte ihre Stelle. Während einiger Jahre arbeitete sie in vielen verschiedenen Hauspflege-Organisationen. Häufig machte sie Einsätze von einigen Monaten, übernahm viele Schwangerschafts- und Urlaubsvertretungen. In dieser Zeit lernte Doris sehr unterschiedlich organisierte Gemeindepflegeorganisationen kennen. Während die einen schon einen Stützpunkt mit moderner Infrastruktur hatten und den Pflegeprozess dokumentierten, waren diese Strukturen an anderen Orten noch überhaupt nicht vorhanden. In vielen Gemeinden teilten sich zwei bis drei Frauen ein 100 Prozent-Pensum und organisierten sich selber untereinander. Sie machten die Einsatz- und Ferienpläne selber. Der Rapport fand mündlich statt.

Mitte der 90er-Jahre begann dann eine sehr turbulente Zeit für Doris und den ganzen ambulanten Pflegesektor. Mit dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes wurden die ambulanten Pflegeleistungen zu kassenpflichtigen Leistungen. Neu war es gesetzlich vorgeschrieben, dass die Krankenpflege-Organisationen und die Hauspflege-Organisationen sich zusammenschliessen mussten. Doris erzählt mir, dass sie erstaunt war, dass sich die neuen Kranken- und Hauspflegeorganisationen privatrechtlich als Vereine organisieren mussten. Sie hatte eigentlich erwartet, dass die neuen Dienste von den Gemeinden übernommen würden.

Seit dieser Zeit hat Doris mehrere Umstrukturierungen und Fusionen miterlebt. Die Spitex-Organisationen wuchsen, die Teams wurden immer grösser, die Administrations- und Dokumentationsprozesse wurden professionalisiert. Doris beschreibt diese Prozesse als oft sehr langwierige und anstrengende Angelegenheiten. Die Änderungen lösten sowohl unter den Mitarbeitenden als auch unter den Klientinnen und Klienten immer wieder Unruhe und Unzufriedenheit aus.

Die Zeit wurde immer mehr zu einem bedeutsamen Faktor in ihrer Arbeit. Früher wusste sie einfach, welche Einsätze sie an einem Tag leisten musste. Die Arbeitstage waren mal etwas länger, mal etwas kürzer. Abgerechnet wurde nach vollbrachten Pflegeleistungen, nach einem Taxpunkte-System. Seit einigen Jahren nun müssen sie die Leistungen nach Zeit abrechnen und alles detailliert dokumentieren. Doris spricht in diesem Zusammenhang von „*Fünfminütelen*“.

Vor zehn Jahren schliesslich wechselte Doris zur Spitex-Organisation in der Gemeinde, in der sie auch wohnt. Auch hier geriet sie nach einigen Jahren mitten in einen grossen Umstrukturierungs- und Fusionierungsprozess hinein. Ihre Spitex-Organisation, die bereits ein Zusammenschluss mehrerer Spitex-Dienste verschiedener Gemeinden war, schloss sich mit zwei weiteren Spitex-Organisationen zu einer grossen, regionalen Spitex zusammen. Dies war für Doris die schwierigste Zeit in ihrer beruflichen Laufbahn. Die neue Geschäftsleitung der neuen Spitex-Grossorganisation hatte nichts mehr mit dem Tagesgeschäft in den einzelnen Stützpunkten zu tun. Der neue Geschäftsleiter kam selber nicht aus dem Pflegeberuf und versuchte, die politisch verordnete Sparpolitik strikt umzusetzen. „*Wir hatten einen Geschäftsführer, der wahrscheinlich sehr „rigoros“ war und wirklich alles zack, zack genau nach Buchstaben umsetzen wollte. Und das hat auch wirklich Spannungen gebracht.*“

Viele langjährige Mitarbeiterinnen kündigten in dieser Zeit. Es gab Probleme mit den Hausärzten, die

darüber empört waren, dass sie nur noch ins Zentralsekretariat anrufen konnten, und nicht mehr direkt Kontakt mit den verantwortlichen Stützpunkten aufnehmen konnten. Doris erzählte, dass einige Hausärzte in dieser Situation anfangen, ihre Patienten an einen privaten Pflegedienst zu vermitteln, da sie dort direkt mit den für die Pflege verantwortlichen Personen sprechen konnten. Ausserdem gab es viel Unzufriedenheit unter den Klientinnen und Klienten, da es viel zu viele Wechsel bei den Pflegenden gab. Teilweise gingen pro Tag drei verschiedene Mitarbeiterinnen zu einem Patienten, da jede nur noch eine bestimmte Tätigkeit verrichten durfte.

Als Doris von dieser Zeit erzählt wird deutlich, dass sie diese ganzen Spannungen und Unruhen sehr betroffen gemacht haben. Die Tatsache, dass bestimmte Ärzte und Ärztinnen ihre Patienten nicht mehr zu ihnen schicken wollten, scheint sie als Abwertung ihrer eigenen Arbeit empfunden zu haben.

Doris sagt, der Geschäftsleiter sei dann damals allerdings zu weit gegangen mit seinen Rationalisierungsbemühungen. Sein knallharter Sparkurs führte dazu, dass die Spitex-Organisation Klienten verlor. Es kam zu einem sehr schnellen Abgang seinerseits, ohne dass die Mitarbeitenden über die Hintergründe informiert wurden. Unter der neuen Geschäftsführung wird nun wieder versucht, etwas taktvoller mit den Anliegen der Klientinnen und Klienten und Angehörigen, der Hausärzte und der Mitarbeitenden umzugehen. Viele Regelungen wurden gelockert und es wird wieder „*mehr gesunder Menschenverstand*“ angewendet. Es ist deutlich geworden, dass ein zu rigider Sparkurs dem Geschäft schadet.

Man merkt Doris während des ganzen Gesprächs an, dass sie ihre Arbeit mit grosser Freude macht. Sie arbeitet seit über 40 Jahren in der Pflege und ist immer noch mit Begeisterung dabei. Sie findet es spannend, mit den verschiedensten Menschen in Kontakt zu kommen und erachtet ihre Arbeit als sehr sinnvoll. Es ist für sie selbstverständlich, dass sehr persönliche Beziehungen entstehen zu den Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen. Besonders wenn man jemanden über Jahre hinweg betreut.

Obwohl sich die Organisation und die strukturellen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit unglaublich verändert haben, fühlt sie sich immer noch wohl in ihrem Beruf. Sie ist sehr flexibel, passt sich den veränderten Situationen jeweils schnell an und ist offen für Neues. Sie lässt sich auch von Neuerungen überzeugen, wenn diese ihre Arbeit erleichtern. Zum Beispiel erzählte sie, dass sie am Anfang gegen den Einsatz von Pocket PC's war, dass diese sich mittlerweile jedoch als grosse Erleichterung für ihre Arbeit erwiesen hätten, da es ihr viel Schreib- und Rechenarbeit erspart.

Obwohl sie heute häufiger unter Zeitdruck steht und weniger Zeit hat, um mit den Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen zu sprechen, empfindet sie ihre Situation dennoch als viel besser als in den Spitälern. Sie meint, sie habe doch deutlich mehr Freiraum. Sie sagt aber auch ganz klar, dass sie nicht mehr so viel Zeit für Gespräche habe wie früher, da der Zeitplan oft gedrängt sei und man Gesprächszeit nicht verrechnen könne. Allerdings könne man ja das Erfassungsgerät auch mal ausschalten oder seine Kaffeepause bei einer Klientin oder einem Klienten zu Hause machen und so etwas Zeit für Gespräche gewinnen.

7.2 Formen der Ökonomisierung in der Spitex

Die neue Pflegefinanzierung macht einen Wandel hin zu einer stark an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientierten Organisation von Care-Dienstleistungen sichtbar. Durch die Möglichkeit der Patientenbeteiligung kann ein Teil der Kosten der Spitex auf die Klientinnen und Klienten überwälzt werden. Durch die Vergabe von Subventionen auch an kommerzielle Spitex-Betriebe soll zudem der Wettbewerb unter den Spitex-Anbietern gesteigert werden.

Noch deutlicher wird diese Ökonomisierungstendenz im Spitex-Bereich am Modell der leistungsabhängigen Beitragsfinanzierung im Kanton Bern.²⁰ Das leistungsbezogene Finanzierungssystem soll wirtschaftlich handelnde Spitex-Organisationen belohnen und unrentablere Spitex-Dienste bestrafen. Wie die Präsidentin des Spitex Verbands Kanton Bern, Lisa Humbert-Droz (2011: 6f.), betont, hat diese Veränderung sehr weitreichende Konsequenzen für die

Spitex. Obwohl von der öffentlichen Hand beauftragt, werden mit dem Systemwechsel die ehemals gemeinnützigen Spitex-Organisationen zu betriebswirtschaftlich selbständigen Unternehmen, zur „Non-Profit-Spitex“. Für Droz ist deshalb klar, dass es keine „öffentliche“ Spitex mehr gibt, sondern nur noch zwei verschiedene Anbieter von Spitex-Dienstleistungen: die Non-Profit-Spitexen und die kommerziellen Spitex-Anbieter. Alle Spitex-Organisationen sind zu selbständigen KMU geworden. Sie betont, dass diese Neuerung weit mehr erfordert als bloss eine praktische Anpassung an das neue System, denn dieses hat weitreichende ideologische Konsequenzen:

Eine ganze Branche muss umdenken. Bisher war die Philosophie: Im Mittelpunkt steht der Patient. Neu heisst die Philosophie: Im Mittelpunkt muss der Betrieb stehen, sonst können wir dem Patienten nicht mehr gerecht werden (Humbert-Droz 2011: 6).

Mit anderen Worten bedeutet dies, dass die ökonomische Effizienz für die Spitex-Anbieter notwendigerweise zum zentralen Kriterium bezüglich der Ausgestaltung der Betriebsorganisation und des Leistungsangebots wird. Die Non-Profit-Spitexen stehen unter einem grossen Spardruck, der sie dazu zwingt, wo immer möglich Kosten einzusparen.

Eine Folge der steigenden betriebswirtschaftlichen Anforderungen und der zunehmenden Ausrichtung der einzelnen Spitex-Organisationen auf wirtschaftliche Effizienz ist, dass für die Betriebsführung immer häufiger pflegeexterne Fachpersonen engagiert werden. Besonders in den grösseren Spitex-Organisationen mit vielen Stützpunkten gibt es eine

²⁰ Ähnliche leistungsbezogene Finanzierungsmodelle gibt es auch in anderen Kantonen wie beispielsweise im Kanton Zürich und im Kanton Graubünden.

übergeordnete Geschäftsleitung, die aus Fachpersonen aus dem Personalwesen, der Betriebswirtschaft und dem Marketing besteht. Die Leitung von gemeinnützig orientierten Non-Profit-Spitexen wird zunehmend von Personen mit Managementenerfahrung aus der Privatwirtschaft übernommen, die betriebswirtschaftliche Management-Prinzipien auf den Spitex-Sektor übertragen.

Für meine Gesprächspartnerinnen ist diese Fokussierung auf betriebswirtschaftliche Effizienzkriterien in ihrem Arbeitsalltag deutlich spürbar. Alle erwähnten, dass der administrative Aufwand in den letzten Jahren massiv gestiegen sei. Und auch der Druck von Seiten der Krankenkassen habe merklich zugenommen in den letzten Jahren. Alle von der Spitex erbrachten Leistungen müssen ausführlich begründet und belegt werden, jede für die Pflege aufgewendete Minute muss gerechtfertigt und protokolliert werden; man muss „minüteln“ (Esther). Schilliger und Greuter (2009: 155) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Quasi-Taylorisierung“ der Spitex-Arbeit. Esther erzählte mir, dass die Versicherungen immer wieder Anträge auf Kostenrückerstattung zurücksenden, da sie die Bezahlung einer bestimmten Pflegeleistung ablehnen. Dann müssen die Mitarbeitenden der Spitex die Pflegedokumentation überarbeiten und ausführlich begründen und belegen, warum diese Pflegeleistung notwendig ist. Das alles kostet sehr viel Zeit. Zeit, die die Mitarbeitenden oft nicht mehr haben, wie im folgenden Kapitel aufgezeigt wird. Die Pflegeplanungen der Spitex werden im Empfinden meiner Gesprächspartnerinnen von den Krankenkassen immer öfters in Frage gestellt.

Es ist sehr oft ein Thema. Wir müssen da wieder die Pflegeplanung anpassen, müssen dort runter mit der Zeit. Wie viel Zeit braucht ihr wirklich? Kann man dort noch 10 Minuten wegnehmen? Soll man es beim Duschen wegnehmen oder wo? So halt... (Elisa)

Immer wieder werde von Seiten der Krankenkassen auch versucht, bestimmte Leistungen grundsätzlich nicht zu bezahlen. Mehrfach genannt wurde in diesem Zusammenhang das Beispiel des Bereitstellens von Medikamenten (die Mitarbeitenden der Spitex füllen die ärztlich verordneten Medikamente für jeden Tag und jede Tageszeit in Wochendosets ab, damit den Klientinnen und Klienten keine Einnahmefehler unterlaufen). Diese Leistung wurde auf Bestreben einer Krankenkasse durch ein Bundesgerichtsurteil im April 2010 aus dem verbindlichen Leistungskatalog für ambulante Pflegeleistungen gestrichen. Rahel meinte, dies sei ein typisches Beispiel für praxisferne, sinnlose Entscheidungen, bei denen es den Krankenkassen nur darum gehe, zwanghaft irgendwo Geld einzusparen.²¹

Die Handlungen der Mitarbeitenden der Spitex werden auf ein begrenztes Spektrum an verrechenbaren Pflegeleistungen eingeschränkt. Jede Leistung, jeder Handgriff muss irgendwo zugeordnet werden können und verrechenbar sein. Die Handlungen der

²¹ Dazu muss gesagt werden, dass dieser Gerichtsentscheid bereits wieder in Überprüfung ist, da die Umsetzung in der Praxis keinen Sinn macht. Viele Krankenkassen bezahlen diese Leistung auch weiterhin, obwohl sie rechtlich nicht dazu verpflichtet sind.

Mitarbeitenden sollten möglichst darauf ausgerichtet sein, Einnahmen zu generieren. Was nicht in der Pflegeverordnung aufgeführt ist, gehört auch nicht zu den Aufgaben der Spitex. Die Mitarbeitenden sind angehalten, möglichst zeiteffizient zu arbeiten und sich des finanziellen Werts der Zeit bewusst zu sein.

Wir hatten die Tendenz, eher abzurunden [bezüglich der Einsatzdauer bei den Klienten, C.S.J.]. Und dann weiss ich noch, eine Betriebsleiterin hat uns so ein Blatt abgegeben, wo draufstand, wie viel Geld dass die Spitex damit machen kann, jedesmal wenn wir drei Minuten aufrunden... (Elisa)

Die Unterteilung in verrechenbare und unverrechenbare Zeit ist zu einer wichtigen Kategorie im Arbeitsalltag meiner Gesprächspartnerinnen geworden. Zur verrechenbaren Zeit gehören alle Leistungen, die der Klientin oder dem Klienten bzw. den Krankenversicherern in Rechnung gestellt werden können und die vom Kanton subventioniert sind. Unverrechenbare Zeit ist die Zeit, für die die Spitex-Organisation kein Geld bekommt, beispielsweise Vorbereitungsarbeiten wie Material zusammensuchen, der Austausch zwischen den Mitarbeitenden oder Schreibaarbeiten. Die Wegzeiten gehören grösstenteils auch zur unverrechenbaren Zeit, da sie vom Kanton (und von Klienten und Klientinnen bei hauswirtschaftlichen Einsätzen) nur mit einer Pauschale abgegolten werden.

Mehrere meiner Gesprächspartnerinnen erzählten, dass sie von den Betriebsleitungen Vorgaben erhalten bezüglich des prozentualen Anteils an verrechenbarer Zeit, die sie erreichen müssen, sogenannte Produktivitätsvorgaben. Durch die elektronische Zeit- und Leistungserfassung kann die Produktivität der Mitarbeitenden exakt berechnet und mit den vorgegebenen Werten verglichen werden. Diese Produktivitätszahlen sind ein wichtiges Kriterium zur Bewertung der erbrachten Arbeitsleistungen. Patrizia, Carmen, Petra und Elisa erzählten, dass auch an den Teamsitzungen die Produktivität immer ein zentrales Thema sei. Es gehe immer häufiger nur noch um Administratives, um Organisatorisches und um irgendwelche Zahlen. Dabei wäre in ihrem Verständnis die Teamsitzung ein Gefäss, das dazu dienen sollte, Pflegeprozesse zu besprechen. In den Betrieben von Doris und Beatrice wurden die Teamsitzungen und Rapporte ausserdem reduziert und finden nunmehr nur noch einmal im Monat anstatt einmal in der Woche statt. Während Doris diese Entwicklung als positiv empfindet, da sie so weniger Zeit einsetzen muss, um Fälle zu besprechen, mit denen sie gar nichts zu tun hat, ist Beatrice der Meinung, dass man durch den Abbau der Rapporte sehr auf sich alleine gestellt sei mit den Pflegesituationen. Sie betonte, dass Doppelspurigkeiten in der Pflege vermieden werden könnten, wenn man sich untereinander besser absprechen würde. Aber es werde halt da gespart, wo kein Geld reinkomme.

Für meine Gesprächspartnerinnen wird die zunehmende Ökonomisierung der Spitex-Arbeit auch im Vokabular deutlich, das ihren Arbeitsalltag prägt. Alles drehe sich um Zahlen, um

„managen“, um „Produktivität“. Als besonders störend empfanden es Sarah und Petra, dass in der Spitex-Organisation, in der sie gearbeitet haben, von „Kundinnen“ und „Kunden“ gesprochen wird.

Der Begriff „Kunde“ ist furchtbar! Es ist nicht nur ein Begriff, es ist eine Haltung! Alles ist „managen“ und „verkaufen“ und „Kunden“! Ein Kunde ist für mich jemand, der sich etwas selber ausgesucht hat, jemand, der etwas freiwillig konsumiert. Aber die Spitex hat niemand freiwillig. (Sarah)

Und dann sind es heute „Kunden“. Und wenn man ein Kunde ist und viel zahlt und man bekommt nicht alles... Darum bin ich dagegen, das man „Kunde“ sagt. Weil die Gesundheit ist kein Selbstbedienungsladen, Gesundheit ist letztendlich auch immer noch eine Solidaritätskasse, wir zahlen es alle. (Petra)

Die Euphemisierung der pflegeempfangenden Personen bei der Spitex als „Kunden“ weckt bei diesen eine bestimmte Erwartungshaltung und gewisse Ansprüche (Maeder 2004: 18). Auch die Pflege durch die Spitex wird so (zumindest terminologisch) zur Ware, die auf dem Markt gehandelt und eingekauft werden kann. Als zahlender Kunde ist man König und kann darüber bestimmen, was man wann und wie haben will. Wie Petra betont, ist die Spitex jedoch eine Sozialversicherung, auf die man als pflegebedürftige Person ein Recht hat, deren Organisationsstrukturen und Leistungsmöglichkeiten man sich aber auch anpassen muss.

Portrait Petra

„Ich bin einfach ein ganzer Mensch, nicht mehr und nicht weniger.“

Der Kontakt zu Petra wurde mir von einer Mitarbeiterin einer Gewerkschaft vermittelt. Zum Zeitpunkt unseres Gesprächs arbeitete Petra seit rund einer Woche nicht mehr bei der grossen städtischen Spitex, bei der sie zuvor fünf Jahre lang gearbeitet hatte. Sie hatte sich geweigert, einer Vertragsänderung zuzustimmen, die zu einer weiteren Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen geführt hätte. In der Folge bekam sie eine Änderungskündigung.

Ich treffe Petra an einem Nachmittag im Sommer bei ihr zu Hause. Für Petra ist es mit vielen Emotionen verbunden, von ihrer Arbeit bei der Spitex zu erzählen. Deutlich spürbar ist eine grosse Wut, aber auch eine tiefe Traurigkeit darüber, einer Arbeit nicht mehr nachgehen zu können, die sie mit sehr viel Freude und sehr engagiert gemacht hatte und die sie als absolut sinnvoll empfindet. Petra sagt, dass sie praktisch dazu genötigt wurde, einen Beruf aufzugeben, den sie sehr gerne gemacht hat und in dem sie sehr kompetent war, mit 30 Jahren Berufserfahrung und einer allgemeinen Lebenserfahrung in ihrem Alter, die für die Arbeit bei der Spitex sehr wertvoll ist.

Bevor sie zur Spitex kam, hatte Petra in verschiedenen Pflegeinstitutionen gearbeitet, unter anderem in einem Spital und in einem Altersheim. In letzterem hatte sie eine Leitungsfunktion inne. Nach einer krankheitsbedingten Pause suchte sie eine Arbeit, bei der sie tiefprozentig wieder einsteigen konnte. Durch ein Inserat kam sie zur Spitex, wo sie mit einem 30 Prozent-Pensum einsteigen konnte. Petra

erzählt, dass die Spitex sie mit Handkuss genommen habe, da bereits damals ein offensichtlicher Personalmangel herrschte. Von Anfang an habe ein riesiges Chaos geherrscht. Petra hatte das Glück, dass sie von zwei älteren Kolleginnen, die kurz vor der Pensionierung standen, sehr gut eingeführt wurde. Sie sagt heute, dass sie es ohne diese zwei Frauen wohl nicht geschafft hätte und wohl kaum bei der Spitex geblieben wäre.

Obwohl es ihr wichtig war, möglichst ganze Tage zu arbeiten, wurde sie häufig an vielen Wochentagen nur für wenige Stunden eingeteilt. Ausserdem musste sie von Anfang an massiv Überstunden leisten. Dies hat sich in den fünf Jahren, die sie bei der Spitex gearbeitet hatte, nie geändert. Sie zeigt mir die Arbeitsstatistik von ihrem letzten Arbeitsmonat. Mit einem Anstellungsgrad von unterdessen 40 Prozent hatte sie in einem Monat beinahe 100 Stunden gearbeitet, und das verteilt auf 19 Tage. Sie sagt, dies sei durchaus normal gewesen. Mit der neuen Arbeitszeitregelung, die für ihre ehemaligen Kolleginnen nun in Kraft getreten ist, haben sich die vertraglich festgelegten Arbeitsbedingungen nochmals merklich verschlechtert. Diese neuerliche Verschlechterung der Anstellungsbedingungen war für Petra der Moment, in dem sie beschloss, sich das nicht mehr gefallen zu lassen. Sie betont immer wieder, dass sie privilegiert sei. Nur dadurch, dass sie einen Mann habe, der arbeite, könne sie es sich überhaupt leisten, nicht alles mit sich machen zu lassen. *„Ich muss mir das jetzt einfach leisten, Ich glaube, alles immer weiter machen... das geht nicht! Das geht einfach nicht!“*

Petra versuchte, sich gegen die schrittweise Verschlechterung ihrer Arbeitsverhältnisse zu wehren. Seit ein paar Jahren ist sie Mitglied der Gewerkschaft. Sie war aktiv daran beteiligt, Unterschriften zu sammeln für eine Petition für einen Gesamtarbeitsvertrag²² und sie hat ihren Kolleginnen erklärt, was diese neuen vertraglichen Änderungen in der Praxis bedeuten. Sie erzählt, dass sie in der Folge von der Geschäftsleitung enorm unter Druck gesetzt worden war.

Ein ganz zentrales Thema im Gespräch mit Petra ist der mangelnde Respekt und die fehlende Wertschätzung von Seiten der Geschäftsleitung gegenüber den Mitarbeitenden in der Pflege. Besonders empört ist sie darüber, dass sie und ihre Kolleginnen von der Geschäftsleitung als Pflegefachpersonen nicht ernst genommen würden. Sie erzählt, dass sie und einige Kolleginnen bereits vor zwei Jahren einen Brief an die Personalchefin geschrieben hätten, in dem sie ihrer Besorgnis darüber Ausdruck verliehen, dass sie unter den aktuellen Arbeitsbedingungen ihre Arbeit nicht mehr in der Qualität erbringen könnten, wie sie dies selber wollten und es die betreuten Personen verdienten. Auf eine Antwort der Geschäftsleitung warteten sie vergebens. *„Wir werden ja nicht einmal wahrgenommen! Also wenn wir als Fachfrauen sagen, wir müssen unter Bedingungen arbeiten, wo wir nicht mehr garantieren können, dass keine Fehler passieren, geschweige denn noch irgendeine Qualität zu erbringen, die so „grossgekotzt“ dasteht [im Geschäftsleitbild, C.S.]! Und dass wir Angst haben, dass massive Fehler passieren. Und die haben noch nicht einmal hingehört! Es ist ihnen egal!“*

Als einzige Reaktion darauf sei ein Jahr später in der Mitarbeiterzeitung ein Artikel von der Personalchefin erschienen, in dem von vielen krankheitsbedingten Abwesenheiten die Rede war und davon wieviel diese Absenzen den Betrieb kosten würden. Und ein paar Tipps dazu, wie man eine ausgeglichene Work-Life-Balance erreichen könne. *„Ich hatte reihenweise Mitarbeiterinnen, Kolleginnen, die geweint haben, die zusammengebrochen sind, die nicht mehr wissen, wie sie das machen sollen! Da können die einem lange sagen, geht doch nach dem Arbeiten, nach dem Krampfen, noch joggen, oder geht euch mit eurem „Geldlein“ den Körper massieren lassen...! Das können sie ja gar nicht! Das können sie nicht.“*

Die Vereinbarkeit vom Beruf mit der restlichen Lebenswelt sei unter diesen Bedingungen schlicht nicht

²² Die Petition wurde mit 400 Unterschriften (bei insgesamt 550 Mitarbeitenden entspricht dies 72 Prozent) der Geschäftsleitung und dem Stiftungsrat übergeben. Diese zweifelten jedoch die Unterschriften an und waren nicht daran interessiert, Verhandlungen über einen GAV zu führen.

mehr möglich. Mit so unregelmässigen Arbeitszeiten liessen sich Familien- bzw. Privatleben und Arbeit kaum mehr organisieren. Petra findet es nicht richtig, dass Frauen mit Kindern so wahnsinnig dafür kämpfen müssen, dass sie ihre Freitage bekommen. Sie sagt, für alle, die in der Pflege und speziell bei der Spitex arbeiten, sei es selbstverständlich, dass die Arbeit nicht immer planbar sei. Wenn ein Notfall passiere, sei es selbstverständlich, dass man länger arbeite. Und natürlich sei es auch selbstverständlich, dass man für jemanden einspringe, der ausfalle. Aber es sei nicht selbstverständlich und nicht richtig, dass man einfach immer verfügbar sein müsse. Durch die ständige Überbelastung, dadurch, dass man an so vielen Tagen eingesetzt werde, fehle einfach die Zeit, sich zu erholen. Auch wenn man nicht 8 Stunden arbeitet an einem Tag. Die Mitarbeitenden werden krank, müssen von den Kolleginnen und Kollegen ersetzt werden, die Belastung und der Stress steigt noch mehr und noch mehr Personen werden krank. Petra erzählt von einer Zeit, in der sie im Team 23 Prozent krankheitsbedingte Ausfälle hatten.

Die hohe Arbeitsbelastung und der Zeitdruck würden auch dazu führen, dass die Pflegearbeit als solche anstrengender werde. Es wird immer schwieriger, sich abzugrenzen, die grosse emotionale und körperliche Nähe in den Pflegesituationen wird belastend. *„Vor allem wenn man erschöpft ist, sind die Situationen zu nah. [...] Wenn man erschöpft ist, und auf dieses „zu nahe“ kommt immer noch mehr, und noch mehr Forderungen, und noch mehr, und noch schneller, und noch mehr einspringen... Dann wird es wirklich schwierig.“*

Petra sagt, um gesund zu bleiben, habe sie immer eine Balance gesucht zwischen ihrem Beruf und der restlichen Lebenswelt. Sie sei ja nicht nur Pflegendende, sondern noch sehr viel anderes. Sie brauche die Abwechslung, um nicht auszubrennen. Nur so könne sie dann auch garantieren, dass sie wirklich da sei und geben könne. Und das sei jetzt bei der Spitex mit Füßen getreten worden. Alle Mitarbeitenden, die sich gewehrt haben gegen die stetige Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen und denen schlussendlich gekündigt wurde, weil sie den neuen Arbeitsvertrag nicht unterschrieben haben, hätten aus Sicht der Geschäftsleitung ein persönliches Problem, weshalb sie mit ihrer Arbeit nicht mehr zurecht kämen. Petra erzählt, dass ihr schon bei ihrer alten Stelle immer mehr Aufgaben zugeteilt wurden. Ihre drei Kinder waren zu dieser Zeit in der Pubertät, und für sie war klar, dass die Kinder an erster Stelle kommen. *„Alles andere, das mache ich gut, aber wenn man mich dann immer noch mehr und noch mehr fordert, dann bin ich irgendwann überfordert. Und dann haben sie [die Vorgesetzten, C.S.] gesagt: „Ja, hast du denn ein Problem? Das ist doch jetzt nicht so viel mehr, das auch noch zu machen... Oder hast du private Probleme?“ Aber ich bin einfach ein ganzer Mensch. Einer. Nicht mehr und nicht weniger. Und ich muss schauen, wie ich das alles auf die Reihe kriege. Ich bin ein Mensch, mehr kann ich nicht leisten. Aber das interessiert sie nicht!“* Petra hat die Erfahrung gemacht, dass der Arbeitgeber sich für seine Mitarbeitenden nur als Arbeitskräfte interessiert und keinerlei Rücksicht auf ihre ausserberuflichen Lebenswelten nimmt. *„Es gibt Leute, die haben irrsinnige Belastungen! Die vielleicht ein Kind haben, das gewisse Schwierigkeiten hat oder so. Und die müssen das irgendwie auch noch managen. Ich weiss schon, das muss der Arbeitgeber nicht. Aber wenn es rücksichtslos ist von dort, wenn man einfach gebraucht wird und das Andere darf wie nicht existieren! Dabei ist es einfach rein menschlich! Vielleicht hat man noch alte Eltern. Ich habe uralte Eltern, und muss einfach zunehmend da vorbeischaun... Das ist denen wurst! Ich gehe ja arbeiten! Aber wenn man gewisse Dinge zur Verfügung stellen kann und sagen kann, jawohl, so kann ich es mir einrichten, kann mir das vorstellen... und es ist ihnen egal! Dann funktioniert es einfach nicht.“*

Petra sagt, dass viele Pflegendende die Tendenz hätten, sich sehr stark mit ihrer Arbeit zu identifizieren und es als ihr persönliches Versagen empfinden würden, wenn die Pflegequalität unter dem Zeitdruck und den Arbeitsbedingungen leide. Sie selber nehme es nicht persönlich, da sie wisse, dass es an den äusseren Bedingungen liegt und nicht an ihrer Kompetenz oder ihrer Leistungsbereitschaft. Sie sieht die zunehmende Ökonomisierung als System, unter dem schlussendlich alle leiden würden. *„Ich sage nicht, dass die [die Geschäftsleitung, C.S.] nicht auch kämpfen, an anderen Stellen, die werden um ihre Gelder kämpfen, um ihre Subventionen kämpfen, sie müssen schauen, dass die Zahlen stimmen. Das ist mir völlig*

klar! Das ist mir schon klar. Und ich denke auch, die Zeiten sind sicher hart, das glaube ich auch. Nur, es nützt einfach nicht so viel, nicht Sorge zu tragen zu dem, was man hat. Von dem man weiss, dass man sich darauf verlassen kann. Wir haben gute Fachleute. Und gleichzeitig von Kostenexplosion zu sprechen. Ich meine, die ganzen Fluktuationen kosten auch! Das kostet viel Geld... [...] Und dann die mangelnde Wertschätzung von oben... Vielleicht ist die Welt heute so, aber ich baue nicht an dieser Welt! Und ich kann es nicht verstehen.“

7.3 Folgen der Ökonomisierung für die Mitarbeitenden

Zeitliche Flexibilisierung und Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse

Der erhöhte Rentabilitätsdruck, dem die Spitex-Organisationen ausgesetzt sind, wirkt sich für die Mitarbeitenden der Spitex in vielen Fällen in einer spürbaren Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen aus, die sich auf der strukturellen Ebene in einer zunehmenden zeitlichen Flexibilisierung und Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse manifestiert.

Die häusliche Pflege ist von ihrer inneren Anlage her eine Arbeit, die von den ausführenden Personen ein hohes Mass an zeitlicher Flexibilität erfordert. Einerseits fällt die Arbeit der Spitex im Tagesverlauf sehr unregelmässig an, wobei es zwei Zeitfenster gibt, in denen sich der Arbeitsaufwand stark konzentriert. Der Morgen und der Abend sind bei der Spitex eine Art Stosszeiten, in denen sehr viel Arbeit gleichzeitig anfällt. Ausserdem ist auch die Gesamtmenge der anfallenden Arbeit sehr starken und sehr kurzfristigen Schwankungen unterworfen. Bei der Spitex mit Versorgungspflicht müssen alle Personen, die einen ärztlich verordneten Pflegebedarf haben, betreut werden. Die Anzahl der Klientinnen und Klienten, die eine Spitex-Organisation zu einem bestimmten Zeitpunkt zu versorgen hat, kann von dieser daher nicht kontrolliert werden. Wie im ersten Teil dieser Arbeit ausgeführt wurde, ist es ein Charakteristikum der Pflegearbeit, dass die Arbeit personenbezogen ist und dann anfällt, wann eine Person Pflege benötigt. Die Pflegearbeit kann nicht rationiert werden und sie kann nicht auf später verschoben werden. Neue Klientinnen und Klienten müssen von der Spitex denn auch innerhalb von 24 Stunden aufgenommen werden (GEF 2010a: 7). Gleichzeitig fallen Einsätze bei der Einweisung einer Klientin oder eines Klienten in ein Spital oder eine Pflegeeinrichtung oder bei einem Todesfall auch wieder weg.

Aufgrund dieser Voraussetzungen ist es für alle meine Gesprächspartnerinnen selbstverständlich, dass sie keine Arbeit haben, die in einem immer gleichen, regelmässigen und streng geordneten 8-Stunden-Arbeitstag erledigt werden kann. Es ist ihnen allen bewusst, dass ihr Beruf ein gewisses Mass an zeitlicher Flexibilität erfordert und sie sind auch bereit, dieses zu leisten. Allerdings nimmt die vom Betrieb eingeforderte zeitliche Flexibilität in einigen Spitex-Organisationen zunehmend ein Ausmass an, das für die Mitarbeitenden nicht mehr akzeptabel und kaum mehr leistbar ist. Der starke Spardruck, der auf den Non-Profit-Spitexen lastet, führt dazu, dass die Betriebe versuchen, beim

Personal möglichst viele Kosten einzusparen. Schliesslich machen die Personalkosten im Gesundheitswesen rund 85 Prozent der anfallenden Kosten aus (BFS 2010: 16). Das Personal dient den Spitex-Organisationen als eine Art „Jongliermasse“ (Monika), um möglichst effizient wirtschaften zu können. Das bedeutet, dass die Unregelmässigkeit der anfallenden Arbeitsmenge in vielen Spitex-Organisationen in Form von hochgradig flexiblen Arbeitszeitregelungen auf die Mitarbeitenden überwältzt wird. Von den Mitarbeitenden wird eine sehr hohe zeitliche Verfügbarkeit verlangt, damit sie für die Einsatzplanung sehr flexibel einteilbar sind. Sie müssen dann zur Verfügung stehen, wann die Arbeit anfällt und umgekehrt sollen sie keine Lohnkosten verursachen zu Zeiten, in denen ihre Arbeitskraft nicht benötigt wird.

Die neue Arbeitszeitregelung, die in Form einer Vertragsänderung in der Spitex-Organisation von Sarah und Petra vor kurzem in Kraft trat, ist ein Beispiel für diese Entwicklung. Die in der neuen Arbeitszeitweisung festgelegte Regelung bezüglich der Eingabe von Freiwünschen macht deutlich, in welchem Umfang die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeitlich verfügbar sein müssen:

Jede Mitarbeiterin kann unabhängig vom Anstellungsgrad und der Präferenz (Abend- oder Tagdienst) bis zu den Planungsdaten folgende Freiwünsche (kumulierbar) für den Dienstplan eingeben: 1 Wochenende pro Monat, 3 Wunschfreitage pro Monat (zwingend priorisiert), 1 fixen Abend pro Woche. Betreffend der Wunschfreitage gelten folgende Prioritäten: 1. Priorität = wird wenn immer möglich berücksichtigt, sonst Rücksprache mit der Mitarbeiterin. 2. Priorität = wird berücksichtigt nach Möglichkeit der Planung, keine Rücksprache mit der Mitarbeiterin nötig. 3. Priorität = wenn möglich, unverbindlich.²³

Faktisch bedeutet dies, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter nur einen Tag pro Monat eingeben kann, an dem sie oder er wirklich nicht arbeiten kann. Bereits die zwei weiteren gewünschten arbeitsfreien Tage können bei Bedarf des Betriebs nicht berücksichtigt werden. Dies gilt in gleicher Form für alle Mitarbeitenden, unabhängig vom individuellen Anstellungsgrad. Die drei Freiwünsche pro Monat sind auch Standard in anderen von mir untersuchten Betrieben.

Die neue Arbeitszeitweisung in der Spitex-Organisation von Sarah und Petra legt des Weiteren fest, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter ab einem 50 Prozent-Pensum an fünfeinhalb bis sechs Tagen in der Woche für die Arbeit eingeteilt werden kann. Das bedeutet, dass sie an sechs Tagen in der Woche zur Verfügung stehen müssen. Die direkte Folge davon ist, dass die Mitarbeitenden selten für ganze Tage eingeteilt werden, sondern

²³ Diese und alle folgenden Angaben zu den neuen Arbeitszeitweisungen in der Spitex-Organisation von Sarah und Petra stammen aus dem Dokument „Anpassung der Arbeitszeit und Mehr- und Minderstunden in den Allgemeinen Anstellungsbedingungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (aab)“ der betreffenden Spitex-Organisation. Aus Anonymitätsgründen werden hier keine exakteren Angaben gemacht. Eine Kopie der betreffenden Arbeitszeitweisung befindet sich jedoch im Besitz der Autorin.

häufig nur für die Stunden mit dem höchsten Arbeitsanfall.

Ich habe immer dafür gekämpft, dass ich ganze Tage arbeiten kann. Meistens kam es dann jedoch so heraus, dass ich zwar an ganzen Tagen eingeplant war, aber trotzdem noch zusätzlich alle anderen „zerschnitzelten“ Tage gehabt habe. Also einfach die Vormittage. Das ist sicher so, das ist schon auch bedingt durch die Arbeit, am Morgen und am Abend fällt halt vor allem Arbeit an, das ist in der Natur der Sache. Die Niedrigprozentigen hat man dann halt aber erst recht so eingeteilt, dass man sich gesagt hat, gut, die können wir ja jeden Tag für zweieinhalb, drei Stunden haben... Ich habe immer darum gekämpft, wenigstens einen ganzen Vormittag zu haben. (Petra)

Die Arbeitspläne von meinen Leuten sahen etwa so aus: drei Tage arbeiten, einen Tag frei, drei Tage arbeiten, zwei Tage frei, fünf Tage arbeiten – mit 50 Prozent! – einen Tag frei, dann wieder zwei Tage arbeiten... Sehr unregelmässig! (Sarah)

Durch die vielen Arbeitstage fehlt den Mitarbeitenden oft die Zeit, um sich zu erholen, was sich in einer phasenweise sehr hohen Anzahl an krankheitsbedingten Ausfällen niederschlägt. Diese Ausfälle wiederum müssen von den Kolleginnen und Kollegen ausgeglichen werden, worauf ihre Arbeitsbelastung noch mehr steigt.

Die Leute werden krank! Mir sagen die, die hochprozentig arbeiten: „Ich kann wie nie mehr weg! Natürlich arbeite ich vielleicht nicht achteinhalb Stunden am Tag, also durchgehend. Dafür arbeite ich am Morgen, ich komme am Abend wieder und am anderen Tag wieder. Und dann arbeite ich bis ein Uhr. Und dann komme ich schon wieder. Und dann habe ich einen Tag frei dazwischen, nachdem ich sechs Tage gehabt habe“. Die Leute erholen sich nicht mehr! Das ist das Problem. (Petra)

Die Zerstückelung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit über viele Tage hat für die Mitarbeitenden oft negative Konsequenzen. Für Mitarbeitende mit einem niedrigen Arbeitspensum bedeutet dies, dass sie trotz dem kleinen Pensum und dem entsprechend kleinen Verdienst an sehr vielen Tagen arbeiten müssen, wenn auch nur für wenige Stunden. Für die Mitarbeitenden mit einem hochprozentigen Pensum hingegen ist es oft schwierig, überhaupt auf die erforderlichen Stunden zu kommen, obwohl sie an sehr vielen Tagen arbeiten. Für die Arbeitgeber hingegen ist diese Art des Einsatzes ihrer Mitarbeitenden sehr effizient, da sie während der „Stosszeiten“ genügend Personal zur Verfügung haben, ohne dieses auch für die ruhigeren Stunden des Tages mit weniger Arbeit bezahlen zu müssen. Durch diese häufigen Kurzeinsätze der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann die im Tagesverlauf sehr unregelmässig verteilte Arbeitslast für den Betrieb optimal und kosteneffizient abgedeckt werden.

Da die Arbeitsmenge aufgrund der Anzahl der von einer bestimmten Spitex-Organisation zu betreuenden Klientinnen und Klienten über einen grösseren Zeitraum hinweg stark variiert, hat dies für die Mitarbeitenden zur Folge, dass auch ihr effektives wöchentliches und monatliches Arbeitspensum grossen Schwankungen unterworfen ist. Die Anzahl der Mitarbeitenden ist auf die durchschnittliche Arbeitsmenge ausgelegt. Sowohl steigende als

auch sinkende Auftragslagen müssen vom vorhandenen Personal kompensiert werden. Überzeit zu leisten gehört denn auch für alle meine Gesprächspartnerinnen zum Alltag.

Am Abend ist auch immer sehr unterschiedlich... Es kommt vor, dass man schon um vier Uhr fertig ist. Jetzt momentan ist es meistens zwischen vier und fünf. Aber es hat auch Zeiten gegeben, wo man sicher bis sechs, halb sieben gearbeitet hat, weil halt einfach mehr zu tun war. Dann haben auch viele sehr viel Überzeit gemacht. (Daniela)

Ich weiss nicht mehr, wie lange ich 30 Prozent gearbeitet habe. Vielleicht ein Jahr? Und dann bin ich auf 40 Prozent rauf. Ich habe gedacht, weil ich ja sowieso immer so viele Überstunden gemacht habe. Ich habe ja immer massiv zuviel gearbeitet! In der Zeit waren es bestimmt 15 Prozent mehr. Und dann habe ich gedacht, gut, 40 Prozent... Aber das ist genau das gleiche! (Petra)

Ich lasse mich immer absichtlich zehn Prozent weniger anstellen, als ich eigentlich arbeiten will. Man muss sowieso immer Überstunden machen. (Beatrice)

Besonders die Aussagen von Petra und Beatrice weisen darauf hin, dass es bei der Spitex zur Normalität gehört, Überzeit zu arbeiten. Diese Flexibilität bezüglich des Arbeitspensums ist auch vertraglich festgeschrieben. Im Betrieb von Beatrice und Lena gibt es sogenannte „Flexi-Verträge“, was bedeutet, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter beispielsweise einen Arbeitsvertrag für ein Pensum von 20–40 Prozent erhält. So kann der Betrieb je nach Erfordernissen über die Arbeitsleistung der Person verfügen. Das tatsächliche Arbeitspensum variiert dann nicht nur innerhalb dieser 20 Prozent, sondern kann in Extremfällen noch viel stärkeren Schwankungen unterzogen sein. Neben den unvorhersehbaren Arbeitspensum bedeuten diese Verträge natürlich auch ein stark schwankendes Einkommen.

In den anderen Spitex-Betrieben, die ich kennengelernt habe, gibt es zwar keine Flexi-Verträge mehr, jedoch ist auch hier oft vertraglich festgehalten, wie viel Überzeit eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter jährlich leisten muss. In der bereits zuvor erwähnten Weisung zu den Arbeitszeiten aus der Spitex-Organisation von Sarah und Petra ist festgehalten, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter dazu verpflichtet ist, jährlich bis zu zehn Prozent eines 100 Prozent-Pensums an Überzeit zu leisten. Das bedeutet, dass beispielsweise eine Mitarbeiterin mit einem vertraglich festgelegten Pensum von 20 Prozent verpflichtet ist, bei Bedarf von Seiten des Betriebs über 200 Stunden Überzeit im Jahr zu leisten.

Für Petra ist klar, dass diese Verpflichtung zu dermassen vielen Überstunden eine gezielte Strategie der Betriebsleitung darstellt, um möglichst viele Personalkosten einzusparen. Den Leuten würden absichtlich vertraglich nur Mindestpensum zugesichert, damit man ihnen im Falle eines Rückgangs der Auftragslage den höheren Lohn nicht ausbezahlen müsse. Durch die vertragliche Verpflichtung zu Überzeit kann gleichzeitig garantiert werden, dass sie bei Bedarf zur Verfügung stehen. Und die als Überzeit verrechnete Arbeitszeit sei für den

Betrieb erst noch billiger, da die Mitarbeitenden auf die Überzeit keine Pensionskassenbeiträge einbezahlt bekommen. Umgekehrt können Minderarbeitsstunden, die innerhalb eines Jahres nicht kompensiert werden können, unter Umständen vom Lohn abgezogen werden.

*Das ist für Leute massiv, die man zum Teil nur zu 60 Prozent einstellt. Wir haben Leute, vor allem Haushaltshilfen, die stellt man nur zu 60 Prozent ein, 70 vielleicht noch... Und das sind ja Leute, die haben nicht meinen Lohn! Die haben noch viel, viel weniger Lohn! Die können also eigentlich gar nicht leben von dem. Also sind sie froh, wenn sie Überstunden machen können. Aber auf diese Überstunden zum Beispiel, da kriegen wir keine Pensionskasse!
(Petra)*

Sarah betont ausserdem, dass diese Regelung bezüglich der Überzeit bedeutet, dass zum Beispiel in der Ferienzeit Mitarbeitende mit einem 50 Prozent-Pensum regelmässig an fünf Tagen in der Woche eingesetzt würden, was für diese oft zu grossen Problemen bezüglich der Vereinbarkeit von privater Lebenswelt und Beruf führe.

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass die durch die Arbeitgeber beanspruchte Flexibilität eine sehr einseitige Flexibilität ist. Von den Mitarbeitenden wird verlangt, dass sie sich den Ansprüchen des Betriebs anpassen, während umgekehrt auf ihre Bedürfnisse oftmals keine Rücksicht genommen wird. Elisa zum Beispiel erzählte mir, dass sie jahrelang Abzüge bekommen habe bei der Leistungsbewertung, da sie, als ihr Sohn noch kleiner war, nicht bereit war, vor acht Uhr morgens mit der Arbeit anzufangen. Dies wurde ihr als mangelnde Flexibilität angekreidet.

Aus den Gesprächen, die ich führen konnte, wurde deutlich, dass die Vereinbarkeit von Beruf und privater Lebenswelt stark durch die innerbetriebliche Organisation des jeweiligen Stützpunkts bestimmt ist. Das tatsächliche Ausmass der Flexibilität der Arbeitszeiten hängt in grossem Umfang davon ab, wie die Einsatzplanung in einem bestimmten Stützpunkt gehandhabt wird. Obwohl vertraglich eine sehr hohe Flexibilität von den Mitarbeitenden gefordert wird, kann es innerhalb eines Teams alternative Regelungen und Vereinbarungen geben. Zum Beispiel erzählten mir viele meiner Gesprächspartnerinnen, dass es bei ihnen im Betrieb durchaus Absprachen gibt, die es Mitarbeitenden erlauben, an fixen Wochentagen zu arbeiten bzw. nicht zu arbeiten.

Eigentlich darf es das.... gibt es das nicht mehr, so fixe Abmachungen. Aber dennoch gibt es sie. Wir haben Frauen mit Kindern, die arbeiten zum Beispiel am Wochenende und Montag, Dienstag, andere arbeiten immer Freitag, Samstag, Sonntag... Also irgendwie gibt es das eben trotzdem... (Elisa)

Das war also so unregelmässig am Anfang, dass daneben etwas anderes, sei es einen Kurs besuchen oder irgend etwas, praktisch nicht möglich war. Auf Goodwill von meiner Teamleiterin habe ich mir dann den Dienstag erkämpft, weil ich am Abend singen ging und am Morgen hatte ich Nähen. Aber das hätten die mir eigentlich nach Vertrag nicht geben müssen. (Petra)

Besonders ältere Mitarbeitende, die schon seit vielen Jahren im gleichen Betrieb tätig sind, können in vielen Fällen alte Regelungen bezüglich festen Arbeitstagen auch in die umstrukturierten Betriebe hinüberretten.

Ein Teil vom alten Team hatte das, dass sie zum Beispiel nur am Montag und am Mittwoch arbeiteten. Es gab zum Teil so Regelungen, die einfach von früher mitgenommen worden sind. Aber ich konnte das nicht sagen. (Patrizia)

Auch Esther erzählte mir, dass sie eigentlich nur an zwei fixen Tagen in der Woche arbeitet. Allerdings klappe dies nicht immer. Zum Glück habe sie flexible Tagesmütter, die in solchen Situationen für die Kinderbetreuung einspringen können.

Sehr wichtig für die einvernehmliche Gestaltung der Einsatzplanung sind die Beziehungen innerhalb eines Teams. Doris beispielsweise erzählte, dass es in ihrem Team selbstverständlich sei, dass von Mitarbeitenden mit familiären Betreuungsaufgaben weniger Flexibilität bezüglich der Arbeitszeiten verlangt werde, als von den anderen. Die Mitarbeitenden mit weniger familiären Verpflichtungen würden dann häufiger einspringen und seien dazu bereit, auch unregelmässige Einsatzzeiten zu akzeptieren. Für sie persönlich spiele es beispielsweise sowieso keine Rolle mehr, wann sie arbeite, sie könne immer. Sie weiss aber auch aus eigener Erfahrung, dass die Einsatzplanung schnell zum Problem wird, wenn die Beziehungen unter den Pflegenden oder mit der Stützpunktleitung nicht harmonisch sind. Auch Daniela, Beatrice und Lena erzählten, dass in ihrem Team sehr viel zwischenmenschlich geregelt wird. Beispielsweise indem man versucht, bei der Einsatzplanung auf die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden Rücksicht zu nehmen. Solange nur diejenigen auf fixen Arbeitstagen bestehen würden, die wirklich darauf angewiesen seien und die restlichen Mitarbeitenden bereit seien, flexibler zu arbeiten, klappe die Planung auch ganz gut.

Ein weiterer entscheidender Faktor für die realen zeitlichen Arbeitsbedingungen der Spitex-Mitarbeitenden ist die Personalsituation eines Betriebs. Fehlen in einem Spitex-Betrieb Mitarbeitende mit bestimmten Qualifikationen oder Ausbildungsprofilen, muss die gesamte in diesem Bereich anfallende Arbeit von den vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übernommen werden. Besonders Petra und Sarah erzählten, dass in ihrem Spitex-Betrieb ein massiver Personalmangel herrschte. Insbesondere fehlte es an diplomierten Pflegefachleuten. Dadurch konnte beispielsweise Sarah, die als Fallverantwortliche tätig war, komplexe Pflegesituationen nicht delegieren, sondern musste immer selber überprüfen, dass alles richtig gemacht wurde. Aber auch andere Gesprächspartnerinnen berichteten von viel Stress aufgrund von fehlendem Pflegepersonal, insbesondere auf Tertiärstufe. Beatrice erzählte zum Beispiel, sie sei auf der Abendschicht immer die einzige Krankenschwester und darum oft überlastet. Da sie die Schichtverantwortung innehat, rufen alle Kolleginnen bei Unsicherheiten und Fragen sie an und sie muss auch auf alle Notfälle reagieren.

Die Ursachen für den Personalmangel sind nicht immer klar bestimmbar. Wie bereits erwähnt, sind Spitex-Organisationen einerseits aus Kostengründen darum bemüht, mit möglichst wenig Personal auszukommen. Andererseits herrscht in der Schweiz auch ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal (GDK/OdA Santé 2009). Und mit Sicherheit tragen die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und der wie im Betrieb von Sarah und Petra teilweise als sehr geringschätzig empfundene Umgang mit dem vorhandenen Personal nicht dazu bei, die Arbeit bei der Spitex für Pflegefachpersonen attraktiver zu machen und dadurch dem Personalmangel entgegenzuwirken. Wie Höpflinger betont, ist ein „Mangel an Pflegepersonen [...] nicht deshalb zu befürchten, weil die Pflege kranker alter Menschen als emotional zu anstrengend angesehen wird, sondern entscheidend ist vielmehr, welche Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen in der Pflege vorherrschen“ (2005: 112).

Pflegen unter Zeitdruck

Zusätzlich zur zeitlichen Prekarisierung der strukturellen Rahmenbedingungen ist auch der Zeitdruck innerhalb der Arbeit bei der Spitex in den letzten Jahren merklich gestiegen. Die Zeit, die für die jeweiligen Einsätze bei den Klientinnen und Klienten zur Verfügung steht, ist oft sehr knapp bemessen und richtet sich streng nach den zu verrichtenden physischen Pflegeleistungen. Zusätzliche Zeit für Beziehungsarbeit wird keine oder nur sehr wenig einberechnet. Für meine Gesprächspartnerinnen ist es daher oft schwierig, die Zeitvorgaben zu erfüllen.

Zeit für Gespräche ist nicht eingeplant. Oft ist es schwierig, die vorgegebene Zeit einzuhalten, da die Leute anfangen mit dir zu reden. Das begreife ich auch, da sie viel alleine sind und das Bedürfnis haben, zu erzählen. Es ist auch interessant, Dinge von früher und so. Dann muss man sagen, ich muss jetzt weiter. Das ist manchmal schwierig. Aber du weisst, die Zeit, ich sollte schon beim Nächsten sein und die Krankenkasse und so... (Daniela)

Besonders im Bereich der Behandlungspflege sind die Zeitvorgaben sehr knapp, da die Pflegefachfrauen und -männer grösstenteils Pflegeaufgaben haben, bei denen der Zeitaufwand für die physische Handlung sehr kurz ist (z.B. Insulin spritzen oder Blutdruck messen). Dass bei jeder Klientin und jedem Klienten zuerst ein Kontakt hergestellt werden muss, spielt für die Berechnung der zur Verfügung gestellten Zeit keine bzw. eine untergeordnete Rolle. Die Zeitvorgaben sind für den Idealfall berechnet, in dem es der Klientin oder dem Klienten gut geht, sie oder er kein besonderes Redebedürfnis und keine Fragen hat, nichts Unvorhergesehenes passiert und auch keine Angehörigen ein Anliegen an die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter der Spitex haben. Häufig sind die Situationen, die die Mitarbeitenden der Spitex bei ihren Besuchen antreffen, jedoch viel komplexer. Esther erklärte mir, dass sie beispielsweise 10 Minuten Zeit hat, um jemandem Insulin zu spritzen. Die Zeit, die der Klientin oder dem Klienten zusteht und die ihm verrechnet wird, startet, wenn die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter der Spitex vor der Haustür steht und klingelt.

10 Minuten heisst reingehen, Hand schütteln, Insulin spritzen, Hand schütteln und wieder

gehen. Wir haben aber zum Beispiel Kunden, die jedes Mal nicht mehr wissen, warum man kommt. Dann muss man immer erst erklären, wer man ist, wofür man kommt und aus welchem Grund. Wenn man das nicht gut macht, fehlt die Basis für die Behandlung. Aber das dauert dann mehr als 10 Minuten. (Esther)

Gerade die diplomierten Pflegefachfrauen, die für die Behandlungspflege zuständig sind, erzählen, dass sie durch diese zu knapp bemessene Zeit oft in Zeitnot geraten. Die verordnete Zeit reicht zwar oft gerade so knapp aus, aber es muss nur eine Kleinigkeit dazwischenkommen, und schon sind sie im Verzug. Dies gilt allerdings besonders für die Pflegefachpersonen in städtischen Spitexen, da diese wirklich praktisch ausschliesslich Behandlungspflege machen. In den ländlichen Spitexen ist es aufgrund der weiten Wege üblich, dass die diplomierten Pflegefachpersonen auch Grundpflegeaufgaben übernehmen. Dadurch sind ihre Einsätze oft länger und sie haben etwas mehr zeitlichen Spielraum. In der Folge haben sie auch weniger Einsätze am Tag, was wieder etwas Zeit spart, da man sich nicht auf so viele verschiedene Situationen einlassen muss und nicht mit so vielen unterschiedlichen Menschen, Situationen und gesundheitlichen Zuständen konfrontiert ist. Tendenziell ist also der Zeitdruck während der Einsätze bei den ausschliesslich in der Behandlungspflege eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter grösser. Für Grundpflege- und Hauswirtschaftseinsätze steht grundsätzlich mehr Zeit zur Verfügung, da einfach mehr physische Arbeit anfällt, die Zeit braucht. Dadurch sind die Mitarbeitenden in Grundpflege und Hauswirtschaft in der Regel auch länger in einem Haushalt und haben automatisch mehr Zeit für die Beziehungsarbeit.

Allgemein sind meine Gesprächspartnerinnen jedoch der Ansicht, dass der emotionalen Arbeit in der Zeitverordnung viel zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Sie sind der Meinung, dass der mentale Zustand der Klientinnen und Klienten von den Planungs- und Organisationsverantwortlichen bei der Spitex, sowie auch auf politischer Ebene, oft unterschätzt werde. Sie betonen, dass ein Grossteil der Personen, die von der Spitex betreut werden, ältere Menschen sind, die nicht mehr so schnell sind und nicht immer alles sofort verstehen. Elisa erzählte, dass besonders bei Ersteinsätzen oder wenn eine Pflegesituation sich verändert oder eine neue Regelung eingeführt wird, mehr Zeit eingeplant werden müsste, da es dann immer viel zu besprechen und zu erklären gäbe, und man den alten Menschen gewisse Dinge sehr ausführlich und teilweise immer wieder aufs Neue erklären müsse. Dafür fehlt laut ihr aber oft die Zeit, obwohl es so wichtig wäre, dass die alten Menschen auch verstehen, was man ihnen sagt und erklärt.

Für meine Gesprächspartnerinnen, die in städtischen Spitex-Organisationen arbeiten, stellt sich noch ein weiteres zeitliches Problem, das für sie oft noch schwerer wiegt als die zu knapp bemessenen Einsatzdauern. Sarah, Petra, Carmen und Elisa erzählten mir, dass die Einsatzplanung oft viel zu dicht gedrängt sei, da viel zu wenig Zeit für die Wege eingeplant werde.

Das war für mich ein Horror! Da mussten wir jede Viertelstunde bei jemand anderem sein!

Und dann habe ich gefragt, wie man denn das schaffen soll?! Und dann hat sie [die Stützpunktleiterin, C.S.] gesagt, weisst du, am Morgen brauchst du bei einem Einsatz vielleicht nur fünf oder zehn Minuten, wenn du nur Insulin spritzen musst. Und im Laufe des Morgens kannst du dann diese Zeit, die du so gewinnst, irgendwo vielleicht wieder dazutun. Aber du hast ja dann auch noch die Wege! (Carmen)

An dem Tag, an dem ich Esther begleiten durfte, erlebte ich mit, was es bedeutet, in diesem Rhythmus zu arbeiten.

Ich treffe mich mit Esther morgens um 7 Uhr im Stützpunkt. Laut Einsatzplanung hat sie ihren ersten Einsatz an diesem Tag um kurz nach 7 Uhr. Es wird jedoch halb 8 bis wir den Stützpunkt verlassen und uns auf den Weg machen können. Esther musste noch Pflegematerial und Medikamente zusammensuchen, die Stammbblätter der Klientinnen und Klienten dieses Tages lesen und mit zwei Kolleginnen eine besonders schwierige Pflegesituation besprechen. Vom ersten Moment an sind wir somit unter Zeitdruck. Mir fällt auf, dass wir kaum einen Einsatz innerhalb der vorgegebenen Zeit erledigen können. Sehr oft dauert es einfach etwas länger, da die Klientinnen oder Klienten oder ihre Angehörigen noch ein zusätzliches Anliegen haben. Beim vierten Einsatz sind wir bereits 40 Minuten zu spät. Der Klient hat nicht gewartet und ist nicht mehr zu Hause. Der Ausfall dieses Einsatzes verschafft uns etwas Luft, allerdings muss dafür noch ein Notfall-Einsatz dazwischengeschoben werden. Bis am Mittag haben Esther und ich 11 Personen besucht, Zeit für eine Pause blieb nicht. *(Auszug aus meinen Beobachtungsnotizen)*

Esther erzählte, dass es oft vorkomme, dass sie keine Pause machen könne. Die Pause sei eine Art zeitlicher „Puffer“. Indem sie auf die Pause verzichtet, kann sie etwas Zeit gewinnen, um ein sehr gepresstes Einsatzprogramm dennoch durchzubringen.

Die Mitarbeiterinnen städtischer Spitexen erzählten mir, dass in ihren Betrieben so geplant werde, dass mit den vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen *auf dem Papier* alle Einsätze geleistet werden können. Dann liegt es an den Mitarbeitenden, diese Planung in der Praxis irgendwie umzusetzen.

Ich hatte manchmal 12 Stunden-Tage. [...] Ich hatte Touren in einem riesigen Quartier. Ich hatte ein Pensum, das eigentlich gar nicht zu bewältigen war, und musste das irgendwie bewältigbar machen. (Petra)

Auch Elisa berichtete von Phasen, in denen sie und ihre Kolleginnen aufgrund der Arbeitsüberlastung regelmässig auf ihre Pausen verzichten mussten, teilweise sogar auf die Mittagspause.

Dann im Winter... Wir haben dann so viel Arbeit, weil es dann so vielen Leuten schlechter geht. Und dann habe ich immer wieder Kolleginnen angetroffen, die keine Mittagspause hatten! Ich finde das einfach schlimm! Und ich finde einfach, die Geschäftsleitung hat die Verantwortung dafür. Sie sollten schauen, dass die Leute zu sich selber schauen können. Sie ist verantwortlich, wenn den Mitarbeitenden so etwas passiert. (Elisa)

Weiter erzählte sie mir, dass sie im letzten Winter dann plötzlich überhaupt keine Wegzeiten mehr eingeplant gehabt hatten.

Das war wirklich schlimm! Keine Wegzeiten mehr. Einfach null! Dann warst du im Quartier X fertig und solltest schon im Quartier Y sein... [...] Am Anfang hiess es, es sei ein Systemfehler [in der Planung, C.S.], danach haben sie das irgendwie behoben, aber auch nachher war es immer noch zu wenig. Also wir haben jetzt seit diesem Einbruch immer tendenziell viel weniger Wegzeit. (Elisa)

Eine zu enge Zeitplanung führt dazu, dass die Mitarbeitenden der Spitex ihren Klientinnen und Klienten die verordnete Zeit, auf die sie ein Recht haben, gar nicht geben können, da die Mitarbeitenden in solchen Fällen gar nicht anders können, als die Einsatzdauer zu verkürzen. Irgendwoher müssen sie die Zeit für die Wege zwischen den Einsätzen schliesslich nehmen.

Klar kann ich sagen, wenn ich am Morgen deine Körperpflege machen komme, der Arzt hat dir eine Verordnung geschrieben, dass du pflegebedürftig bist, dass du sehr langsam bist und sehr viel Unterstützung brauchst, du bekommst drei Viertelstunden Zeit fürs Duschen. Das ist einberechnet. Aber ich kann dir diese Zeit gar nicht geben! Ich habe diese Zeit gar nicht! Denn eigentlich müsste ich schon beim Nächsten sein. Und habe vielleicht noch acht Minuten Weg! [...] Die grossen Einsätze gehen ja noch. Dann hat man etwas Luft, ob man dann fünf Minuten weniger oder mehr bleibt... Aber wir Krankenschwestern haben im ersten Teil des Spätdienstes viele Leute, die Insulin brauchen. [...] Und da geht man im Viertelstunden-Takt rein. Das sind dann aber Frau Müller, Frau Keller, Herr Sutter, hintereinander in einer Viertelstunde! Ich habe zum Teil acht Minuten Weg. Acht Minuten! Wie mach ich das?! [...]. (Petra)

Bei der Einberechnung der Wegzeiten kann ein klarer Unterschied zwischen Stadt und Land festgestellt werden. Keine meiner Gesprächspartnerinnen, die in ländlichen Gebieten arbeiten, hat davon gesprochen, dass die Wegzeiten nicht oder nur viel zu kurz eingeplant würden. Auf dem Land sind die Wege oft so lang, dass sie einfach eingeplant werden müssen. Auch in ländlichen Spitex-Organisationen kommt es jedoch vor, dass die Mitarbeitenden aufgrund einer sehr hohen Anzahl an Einsätzen, die sie gewährleisten müssen, unter enormen Zeitdruck kommen und phasenweise regelmässig auf ihre Pausen verzichten müssen.

Steigende Belastung der Mitarbeitenden im Arbeitsalltag

Die vorangehend beschriebenen Veränderungen in der Arbeitswelt Spitex führen dazu, dass die Mitarbeitenden der Spitex bei ihrer Arbeit in vielen Aspekten einer steigenden Belastung ausgesetzt sind. Besonders in Phasen der Umstrukturierung, während Betriebsfusionen oder wenn neue Richtlinien oder neue Organisationsmodelle eingeführt und umgesetzt werden, steigen der Stress und die Belastung für die Mitarbeitenden stark an. Gerade auch geographische Umstrukturierungen innerhalb einer Organisation oder in

Folge einer Fusion mehrerer Organisationen, bringen für die Mitarbeitenden immer sehr viel Unruhe mit sich. Mehrere meiner Gesprächspartnerinnen erzählten mir von Phasen, in denen ihre Touren täglich komplett geändert hätten und sie ständig zu neuen Leuten gehen mussten, die sie nicht kannten. Das bedeutet für sie, dass sie sich mit vielen neuen Klientinnen und Klienten vertraut machen müssen und andauernd in neue und unbekannte Pflegesituationen hineinkommen, in denen sie sich zurechtfinden müssen. Sie müssen jedesmal ausführlich die Pflegedokumentation studieren und nachlesen, was sie machen müssen und was es Besonderes zu beachten gibt. Häufig stehen sie dabei auch noch unter Zeitdruck. Ausserdem bedeuten diese Wechsel auch für die von ihnen betreuten Personen viel Unruhe und die häufigen Wechsel des Pflegepersonals und der Abläufe stossen bei den Klientinnen und Klienten oft auf Unwillen und Unzufriedenheit, was sich wiederum auf die Arbeitssituation auswirkt. Die Mitarbeitenden müssen erklären, warum schon wieder neues Pflegepersonal vorbeikommt und müssen mit den neuen Klientinnen und Klienten eine Beziehung aufbauen und eine zwischenmenschlich so weit entspannte Situation schaffen, dass sie ihre Arbeit verrichten können. Auch wenn alle meine Gesprächspartnerinnen eine gewisse Abwechslung im Arbeitsalltag durch die Betreuung von verschiedenen Personen als spannend und bereichernd empfinden, gibt es für sie doch eine Grenze, an der ein verträgliches Mass an täglichen Veränderungen überschritten wird.

Eine gewisse Flexibilität auf dem Einsatzplan finde ich okay. Ich möchte ja nicht jeden Tag dasselbe machen. Völlig. Weil das brennt auch aus. Da ist man schon auch froh, wenn die Touren ändern. Aber manchmal müssen wir so einen Spagat machen, von etwas, auf das wir uns ein bisschen eingestellt haben, und dann müssen wir etwas absolut anderes mit ALLES neuen Leuten machen! Neue Wege, neue Leute, neue Situationen. Und dann vielleicht noch sehr komplexe Situationen. Und das müssen wir dann einfach bewältigen. (Petra)

Gerade in diesem von Natur aus sehr dynamischen, sich ständig verändernden Arbeitsfeld der Spitex braucht es ein Mindestmass an Beständigkeit und Routine, um einigermassen in Ruhe arbeiten zu können. Meine Gesprächspartnerinnen empfinden es als sehr anstrengend und belastend, immer wieder an Orten arbeiten zu müssen, an denen man „keinen Boden hat“ (Patrizia).

In Zeiten der Fusionen und Umstrukturierungen kommt es ausserdem häufig zu grossen Wechseln im Personal. Mehrere meiner Gesprächspartnerinnen erzählten, dass es im Rahmen von strukturellen Neuerungen oft zu vielen Kündigungen von teilweise langjährigen Mitarbeitenden kam, welche durch Neuzugänge ersetzt werden mussten. Dadurch werden teilweise teamintern eingespielte Arbeitsabläufe erheblich beeinträchtigt und es entstehen Spannungen und Unruhen im Team. In sehr vielen Fällen von Fusionen und Umstrukturierungen werden auch die Positionen in der Geschäfts- und Stützpunktleitung neu besetzt. Patrizia erzählte mir, dass in ihrer ehemaligen Spitex-Organisation mit der im Rahmen der Fusion eingesetzten neuen Leitung auch eine neue Arbeits- und Geschäftsphilosophie Einzug in den Betrieb gehalten hätte und alte, im Team

verwurzelte Werte plötzlich keine Bedeutung mehr gehabt hätten. Damit hätten besonders langjährige Mitarbeiterinnen grosse Mühe gehabt, da sie diesen Kulturwechsel im Betrieb als Abwertung und Missachtung ihrer Erfahrungen empfunden hätten.

Den ökonomischen Druck, der auf der Non-Profit-Spitex lastet, spüren die Mitarbeitenden jedoch nicht nur in Phasen der Umstrukturierung, sondern permanent. Viele meiner Gesprächspartnerinnen haben das Gefühl, bei ihrer Arbeit ständig unter Druck zu stehen. Der zeitliche Stress, unter dem sie vielfach stehen, wurde bereits ausgeführt. Dazu kommt noch der Druck, möglichst wenig unverrechenbare Zeit zu haben. Wie ich bereits ausgeführt habe, ist die Möglichkeit der genauen Zeit- und Leistungserfassung durch die Elektronisierung derselben in vielen Spitex-Organisationen kombiniert mit einer Vorgabe bezüglich des Anteils an sogenannter „produktiver Zeit“, die die Mitarbeitenden erreichen sollen. Diejenigen meiner Gesprächspartnerinnen, bei denen im Betrieb diesen Produktivitätszahlen eine grosse Bedeutung zugemessen wird, erzählten mir, dass viele Mitarbeitende diese Einteilung der von ihnen geleisteten Arbeit in produktive und unproduktive Zeit als eine Form der Kontrolle empfinden, mit der sie von der Betriebsleitung überwacht und unter Druck gesetzt werden.

Es war einfach schade, als das eingeführt wurde [die elektronische Zeit- und Leistungserfassung, C.S.]... Irgendwie sind meine Arbeitskolleginnen teilweise so gewissenhaft! Die liessen sich wirklich stressen! Also dass sie einfach wirklich das Gefühl haben, sie müssen genau die Zeit haben. Sie schauen immer auf das Gerät. Sie brauchen es nicht als Erfassungsgerät, sondern fast als Kontrolle. Die arbeiten wirklich auf die Minute genau! (Elisa)

Was man einfach gemerkt hat, ist der Druck, der gekommen ist! Also erstens die Zeit. Da hat man dieses Gerät [Pocket PC, C.S.], das ist ja gut und praktisch... Aber der Geschäftsleiter, der konnte sicher gut rechnen, aber er konnte nicht mit den Leuten umgehen. Der kam dann beispielsweise jeweils an die Teamsitzungen und hat uns gesagt, wie viel unverrechenbare Zeit wir haben. Das ging dann für mich irgendwie auf einmal so weit, dass ich mir überlegt habe, wann ich auf die Toilette gehen darf! Dann musste ich mir sagen, das kann es einfach nicht sein, dass wir uns überlegen müssen, ob wir noch auf die Toilette dürfen oder nicht, darf ich noch etwas trinken oder nicht...! Da musste ich sagen, das geht wirklich zu weit! (Patrizia)

Elisa erzählte, dass sich viele ihrer Arbeitskolleginnen von diesen Produktivitätsvorgaben massiv unter Druck setzen lassen, obwohl es völlig logisch und natürlich sei, dass diese vorgegebenen Prozentsätze an produktiver und unproduktiver Zeit in der alltäglichen Arbeitspraxis nicht immer erreicht werden könnten. Es komme vor, dass Mitarbeiterinnen aus Angst davor, die vorgegeben Ziele nicht zu erreichen, die Zeiterfassung manipulierten und einen Teil ihrer Arbeitszeit nicht als solche erfassen würden, wenn sie unproduktiv sei.

Und es [die Produktivitätsvorgaben, C.S.] ist einfach Bestandteil des Mitarbeitergesprächs, dass du es erreichen musst. [...] Und es gibt Leute, die sich von diesen Zahlen beeinflussen

lassen. Ich bin überzeugt, dass ich Kolleginnen habe, die das zum Teil manipulieren. Die einfach, wenn sie in den Stützpunkt kommen, sich bereits abmelden. Und nachher die Schlüssel einräumen und so... (Elisa)

Elisa kritisierte an dieser Strategie ausserdem, dass wenn eine Mehrheit der Mitarbeitenden die geforderten Prozentsätze erreichten, dies als Beweis dafür genommen wurde, dass die Vorgaben realistisch seien und es möglich sei, sie einzuhalten, worauf die Produktivitätsvorgaben schrittweise immer wieder ein bisschen mehr heraufgeschraubt wurden. Allerdings habe die neue Geschäftsleitung unterdessen angekündigt, die Produktivitätsanforderungen zumindest nicht mehr weiter erhöhen zu wollen.

Eine besondere Art der Belastung, der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgesetzt sind, liegt in der spezifischen Form der Pflegearbeit als personenbezogene Arbeit begründet. Da die Arbeit aus der Betreuung pflegebedürftiger Menschen besteht, darf der Druck und der Stress, dem die Mitarbeitenden in ihrem Arbeitsalltag oft ausgesetzt sind, nicht auf die Klientinnen und Klienten übertragen werden, da ansonsten die Qualität der geleisteten Arbeit stark darunter leiden würde. Der Stress muss daher versteckt werden. Dieser Aspekt wurde insbesondere von Sarah und Petra thematisiert. Ich konnte jedoch auch während der Begleitungen von Spitex-Frauen bei ihrer Arbeit mehrfach beobachten, wie sie mit den Klientinnen und Klienten sehr ruhig und geduldig umgegangen sind und wirklich versucht haben, auf ihre Bedürfnisse und Anliegen einzugehen, obwohl ich wusste, dass sie unter einem enormen Zeitdruck standen.

Es ist dann innerlich [der Stress, C.S.], du darfst es nicht zeigen. Ich glaube, das ist auch etwas, das sehr krank machen kann an diesem Beruf. Du musst immer nett sein, sollst zuvorkommend sein, sollst deine Arbeit in der vorgegebenen Zeit machen und sie korrekt machen und so weiter. Aber zu dir schaut eigentlich niemand. (Sarah)

Alles ist bei dir! Du musst freundlich bleiben, aber du weisst nie, wie es in den Leuten wirklich aussieht. Manchmal bist du innerlich so im Stress und nach aussen sagst du immer noch, „machen Sie nur weiter, lassen sie sich Zeit“... Du musst das so machen, aber innerlich sieht es manchmal katastrophal aus! Du merkst, du solltest schon beim Übernächsten sein und du bist einer Kollegin noch eine Antwort schuldig und müsstest sie anrufen, aber du hast überhaupt keine Zeit... Das macht einen kaputt! [...] Manchmal hat man es ganz gut im Griff, und manchmal hat man wirklich nur Stress! Und man hat ja dann nicht einfach für sich selber einen Haufen Arbeit, sondern da ist ein Gegenüber, ich muss damit arbeiten... Das sind die Dinge, die einen fertig machen... (Petra)

Stehen die Mitarbeitenden während ihrer Pflgetouren unter grossem Zeitdruck, treffen für sie zwei völlig gegensätzliche Zeitregimes aufeinander. Der grosse zeitliche Stress, dem die Pflegenden ausgesetzt sind, wird kontrastiert durch die Langsamkeit der pflegebedürftigen Personen. Ein Grossteil der Klientinnen und Klienten sind alte Menschen mit körperlichen und/oder mentalen Beeinträchtigungen, die viel Zeit brauchen für ihre Handlungen und Verrichtungen. Eine entspannte Atmosphäre ist daher eine wichtige Voraussetzung für den

Erfolg der Pflegeleistungen. Die Pflegenden müssen sich dem Tempo der pflegeempfangenden Person anpassen. Die Pfl egetätigkeiten können nicht beliebig beschleunigt werden, weil sie ansonsten einen Grossteil ihres Wertes verlieren würden. Die Folge dieser beiden unterschiedlichen Zeitregimes ist eine starke Entrhythmisierung des Arbeitsverlaufs für die Pflegenden; während den Pflegeeinsätzen müssen sie ruhig und ohne das Ausüben von zeitlichem Druck arbeiten, während sie zwischen den einzelnen Einsätzen versuchen müssen, möglichst viel Zeit einzusparen, bzw. „verlorene“ Zeit aufzuholen.

Die Tatsache, dass die Arbeit der Spitex-Mitarbeitenden darin besteht, pflegebedürftige Menschen zu versorgen, führt dazu, dass auch eine eigentlich unmögliche Einsatzplanung irgendwie bewältigt werden muss, weil die Klientinnen und Klienten darauf angewiesen sind, dass die Spitex vorbeikommt. Da die Pflegenden selber einen sehr hohen Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit haben, versuchen sie alles, um auch in Situationen, in denen sie unter grossen Belastungen stehen, ihre Klientinnen und Klienten so gut wie irgendwie möglich zu pflegen.

Wir versuchen es ja. Weil wir ja keine halbe Arbeit machen können. Es ist ja logisch, dass wir versuchen, so gut wie möglich zu arbeiten, und die meisten reissen sich wirklich ein Bein aus, um die Arbeit so gut wie möglich zu machen. Weil es ja um Menschen geht! Es geht ja um sie! Also machen wir nicht per se schlechte Arbeit. Wir pflastern ja nicht einmal eine Strasse falsch um zu zeigen, dass wir noch nicht einmal das richtige Material haben... Das können wir ja gar nicht! (Petra)

Für alle meine Gesprächspartnerinnen ist klar, dass auch ihre Vorgesetzten ihrerseits unter Druck stehen und ökonomische Kriterien erfüllen müssen. Besonders die Stützpunktleitung sei – besonders in grossen Organisationen – häufig in einer Art Sandwich-Position: Die Stützpunktleitung soll und will für die Mitarbeitenden in ihrem Team da sein und ist auch nahe genug an der alltäglichen Arbeit in der Praxis dran, um verstehen zu können, was die Mitarbeitenden brauchen. Gleichzeitig werde aber von der Geschäftsleitung Druck auf sie ausgeübt, den sie an die Mitarbeitenden weitergeben müsse.

Es ist dann auch so, dass unsere Chefin ein besseres MAG [Mitarbeitergespräch, C.S.] bekommt, wenn wir bei der Produktivität gut abschneiden. Also die Betriebe vergleichen sich auch untereinander. Meine Betriebsleiterin wird ja auch bewertet, und es kam dann auch schon vor, dass sie unzufrieden ist, weil sie schlecht bewertet wird. Und dann natürlich will, dass wir produktiver sind. Also legt sie uns das natürlich schon ans Herz, dass wir möglichst produktiv sind. Das ist dann so ein Rattenschwanz... Das ist wirklich schade. Also ich finde es wirklich schade! Das gibt dann auch so eine Stimmung untereinander... (Elisa)

Durch diesen ständig präsenten ökonomischen Druck, der auf allen Organisations- und Hierarchiestufen spürbar ist, besteht die Gefahr, dass allgemein ein gestresstes Arbeitsklima entsteht, unter dem alle Betroffenen leiden.

Mehrere meiner Gesprächspartnerinnen erzählten, dass es durch den grossen zeitlichen

Stress teilweise vorkomme, dass einige Mitarbeitenden die Pflegedokumentation nicht mehr richtig durchlesen und Aufträge nicht vollständig erfüllen würden.

Es war einfach eine grosse Unruhe im Team. Die Arbeit hat man vielleicht dem Nächsten überlassen, denke ich manchmal. Das hat man schon gemerkt. Zumindest die, die sich wirklich unter Druck setzen liessen. (Patrizia)

Wir haben ja bei den Leuten zuhause ein Buch, wo der Auftrag drin steht [die Pflegedokumentation, C.S.]. [...] Das sind verschiedene Punkte. Zum Beispiel „Patientin hat Diabetes“. Das Ziel ist, dass sie gut eingestellt ist mit Insulin. Und dahinter die Massnahmen. Da kommen vielleicht dann noch Ernährungssachen, die die Hauspflege beachten muss... Und das muss ich durchlesen! Ich muss einfach lesen, ah, dieser Punkt, ah hier, Mittwoch ist auch noch Blutzucker, heute, nein morgen ist noch Duschen, heute helfe ich ihr noch beim Zähneputzen oder was auch immer... Das muss ich durchlesen. Und wir haben einfach gemerkt, dass die Leute diese Sachen nicht mehr einhalten oder die Arbeiten nicht fertig machen. (Petra)

Und natürlich steigt durch den grossen zeitlichen Druck auch die Gefahr, dass den Mitarbeitenden bei der Ausführung ihrer Arbeit Fehler unterlaufen. Petra findet diese Entwicklung umso schlimmer, als dass die Pflegenden eine sehr grosse Verantwortung tragen bei ihrer Arbeit und Fehler schnell fatale Konsequenzen haben können für die Personen, die sie betreuen. Und die Verantwortung für ihre Handlungen liege schliesslich immer bei den Pflegenden.

Wenn man sagt, ich kann die Arbeit nicht mehr richtig machen, ich habe Angst, ich mache Fehler... Dann hat es [von der Geschäftsleitung, C.S.] schon einmal geheissen, wir übernehmen die Verantwortung. Aber es übernimmt niemand die Verantwortung! Wenn ich Insulin falsch spritze, das haftet mir an. Da fühle ich mich schuldig! Da sagt dann das Geschäft mit Sicherheit nicht, unsere Mitarbeiter müssen unter Bedingungen arbeiten, wo so was schon mal passieren kann... Sicher nicht! (Petra)

Besonders Sarah und Petra kritisieren, dass von der Geschäftsleitung viele Probleme, mit denen sich die Mitarbeitenden in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sähen, nicht als Folge des Systems dargestellt würden, sondern die Verantwortung den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugewiesen und sie dadurch individualisiert würden. Missstände in der Pflege und die Überlastung der Mitarbeitenden würden immer bei den Pflegenden gesucht und verortet und nicht bei den Bedingungen, unter denen sie arbeiten müssten.

Ich denke bei vielen Dingen schaut man nur noch, was ist der „Ist-Zustand“, und man schaut nicht, warum dass es so ist. Dann ist man halt nicht mehr belastbar. Wenn es dir nicht mehr passt, dann kannst du ja gehen... Niemand schaut das System an, das dahinter ist, sondern es heisst einfach, DU kannst es halt nicht mehr! (Petra)

Wenn man nicht mehr gut pflegen kann, dann liegt es immer an dir. Das machen sie mit einem... Man wird nicht erst genommen, es heisst immer, es liegt an dir. (Sarah)

Obwohl ein Grossteil der Probleme, mit denen die Mitarbeitenden der Spitex in ihrem

Arbeitsalltag zu kämpfen haben auf die organisatorischen Rahmenbedingungen zurückzuführen sind, werden die Schwierigkeiten der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter individualisiert und die strukturellen Ursachen ignoriert.

Portrait Elisa

„Ich schaue zu mir, ich schaue zu den Klienten, es muss irgendwie aufgehen klar, und ich gebe mir auch Mühe, aber diese Zahlen... also bitte!“

Der Kontakt zu Elisa wurde mir über eine Gewerkschaft vermittelt, bei der sie sich als aktives Mitglied für die Anliegen der Spitex-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter einsetzt. Elisa arbeitet seit 15 Jahren bei der Spitex im Bereich Hauswirtschaft. Sie arbeitet in einer städtischen Spitex. Die Organisation ist sehr gross, es gibt rund 15 Stützpunkte, die sich je um ein geographisch definiertes Stadtgebiet kümmern und jeweils von einer eigenen Betriebsleitung geführt werden. Ein übergeordnetes Geschäftsmanagement kümmert sich um die strategische Leitung, die Finanzen, die Administration, das Personalwesen und das Marketing.

Elisa hat die Mittelschule besucht und nach dem Abschluss ein Psychologie-Studium angefangen. Dieses hat sie jedoch nach ein paar Semestern abgebrochen, da sie „endlich etwas tun“ wollte. Über eine Bekannte kam sie zur Hauspflege. Diese wurde damals noch vom „gemeinnützigen Frauenverein“ getragen. Die häusliche Krankenpflege war getrennt von der Hauspflege von einem Kirchenverein organisiert. Mitte der 90er-Jahre kam es zur Fusion der beiden Vereine und zur Gründung eines Spitex-Vereins. Zu dieser Zeit kam auch die Forderung von Seiten der Krankenkassen, dass Elisa den Pflegehelferinnen-Kurs vom Roten Kreuz (Pflegehelferin SRK) absolvieren müsse, damit sie auch weiterhin grundpflegerische Leistungen erbringen dürfe (z.B. beim Duschen oder beim Essen helfen). Gleichzeitig wurde sie angefragt, ob sie bereit dazu wäre, in der Personalkommission der neugegründeten Spitex mitzuarbeiten. Sie hat gerne zugesagt, da sie diese intellektuelle Arbeit als willkommene Ergänzung zum Pflegealltag empfindet.

Wenn Elisa von ihrer Arbeit erzählt, spürt man ihre Begeisterung für die Menschen, die sie betreut. Sie ist fasziniert von den vielen verschiedenen Persönlichkeiten, mit denen sie bei ihrer Arbeit in Kontakt kommt. Immer wieder erzählt sie mir ausführlich von einzelnen Klientinnen oder Klienten und schilderte detailliert Anekdoten aus ihrem Arbeitsalltag. Für Elisa sind alte Menschen Personen, die man mit ihren ganzen Eigenheiten und Schrulligkeiten akzeptieren muss und von denen man viel lernen kann. Besonders spannend findet sie an ihrer Arbeit, dass sie Menschen kennenlernt, die sie sonst nie treffen würde und die man auch nur selten auf der Strasse sieht oder sie nicht wahrnimmt. An der Arbeit im hauswirtschaftlichen Bereich schätzt sie ganz besonders, dass man oft viel Zeit hat, um die Menschen wirklich kennenzulernen, da es sich bei hauswirtschaftlichen Einsätzen oft um längere Einsätze handelt. Im Normalfall müssen die Klientinnen und Klienten anwesend sein, wenn die hauswirtschaftliche Spitex kommt und Elisa versucht, sie in die Arbeit miteinzubeziehen. Elisa sagt, dass zu den Personen, die sie betreut, sehr schnell sehr enge Bindungen entstehen. Dadurch, dass man als Mitarbeiterin der Spitex zu den Leuten nach Hause geht, kriege man bereits durch die Wohnung enorm viel mit über eine Person. Und es finde sich immer ein Bild, oder ein Buch, oder ein Familienfoto, das man ansprechen könne und schon sei man mittendrin im Gespräch. Wichtig ist es für Elisa auch, sich stets bewusst zu sein, dass man als Gast zu den Leuten nach Hause geht. Man müsse Respekt haben vor den Personen und versuchen, die zu erledigende Arbeit

möglichst so zu machen, wie sie selber es auch machen würden. Für Elisa ist die grösste Herausforderung ihres Berufs, den unterschiedlichen Menschen gerecht zu werden, auf sie einzugehen und sie zu akzeptieren.

Für Elisa hat die Spitex eine sehr wichtige soziale Bedeutung. Sie erzählte, dass sich die Mitarbeitenden der Spitex oft darum bemühen, jemandem auch einmal eine spezielle Freude zu machen. Und dass es manchmal sehr schwierig sein kann, einen Weg zu finden, um an eine Person heranzukommen. Sie betont, dass man häufig sehr kreativ sein muss, um geeignete Lösungen zu finden. Für Elisa ist klar, dass man in der Spitex nicht strikt standardisiert handeln kann. Zum Beispiel erzählte sie mir von einer alten, traumatisierten Frau, die sobald sie alleine sei, alle Esswaren, die sie zu Hause hätte, aus dem Fenster werfe. Jetzt hätten die diplomierten Pflegefachfrauen, die diese Frau betreuen, angefangen, ihr auf dem Stützpunkt das Frühstück vorzubereiten und es ihr mitzubringen, obwohl dies überhaupt nicht in ihren Aufgabenbereich gehöre. Aber es gehe halt um die Person, darum, dass sie überhaupt etwas esse. Da müsse man kreativ sein. *„Das ist halt das Lebendige an unserer Arbeit. Man kann sie nicht einfach so in so Kästchen einordnen. Wir machen sehr viel extra für unsere Leute. Weil wir einfach merken, weil wir wissen, dass sonst niemand da ist. Und wer macht es dann?“*

Der öffentliche Auftrag der Spitex ist Elisa sehr wichtig. Für eine kommerzielle Spitex würde sie nie arbeiten wollen.

Für Elisa ist klar, dass es bei den hauswirtschaftlichen Einsätzen um weit mehr als ums Putzen oder Einkaufen geht. Es brauche noch ganz andere Fähigkeiten und Kompetenzen. Es gehe um das Wohlbefinden der Leute. Das werde gesellschaftlich jedoch immer noch sehr abgewertet. Es sei auch immer wieder ein Problem für junge FaGe's, dass sie das Gefühl hätten, es gehe nur ums Putzen. Auch für Elisa ist es manchmal schwierig, mit dieser Rolle umzugehen. Es sei nicht immer einfach, die Arbeit positiv zu bewerten. Denn man will ja nicht nur putzen. *„Es ist wirklich ein Thema, diese Abwertung, du hast das Gefühl, es geht nur ums Putzen. Es ist noch schwierig so diese Rolle. Weil du bist Karrierefrau und eigentlich willst du nicht nur putzen... Es ist eben nicht nur putzen!“*

Elisa ärgert sich sehr über die zunehmende Tendenz, alles immer mit Zahlen zu messen und zu belegen. Für sie ist klar, dass man damit die Qualität ihrer Arbeit und ihre Arbeitsleistungen nicht erfassen kann. Sie findet besonders die Mentalität, die Ideologie, die dahinterstecke, schlimm. Es stört sie, dass es bei den Klientinnen und Klienten nur noch darum gehe, welche Leistung man wie abrechnen kann, dass man nicht mehr schaue, was diese Person wirklich brauche, damit sie sich wohl fühlt. Und auch an den Teamsitzungen und beim Mitarbeitergespräch gehe es immer zuallererst um die Zahlen. Dabei sollte es doch da zuallererst um die Arbeit gehen, also um die Qualität der Pflege, um Fachliches. Und dann vielleicht um die Zahlen. Sie nervt sich sehr über den Begriff der Produktivität. *„Produktiv sind wir sowieso. Hier geht es einfach um Controlling oder was auch immer...!“*

Elisa widersetzt sich dem Ökonomisierungszwang, indem sie versucht, sich nicht von diesen ganzen Zahlen beeindruckt zu lassen. Sie findet es traurig, dass einige ihrer Kolleginnen sich von diesen Produktivitätsanforderungen so stark unter Druck setzen lassen, dass sie sich lieber bereits aus dem Zeiterfassungssystem auslesen und somit ihre Arbeitszeit beenden, bevor sie wirklich alles erledigt haben, als dass sie nicht auf die geforderte Produktivitätszahl kommen würden. Sie beschreibt, wie dieser ökonomische Druck im ganzen Betrieb spürbar ist. Auch ihre Vorgesetzte macht ihrer Ansicht nach nur ihren Job, auch sie stehe unter Druck, besser abzuschneiden als andere Stützpunkte und sei dafür verantwortlich, dass ihr Team möglichst hohe Produktivitätswerte erreiche. Elisa denkt, dass die Stützpunktleitung weiss, dass viele ihrer Kolleginnen unglaublich viel leisten und eigentlich viel zu sehr unter Zeitdruck stehen. Aber die Leitung sei froh darüber, da dadurch ihre Zahlen gut aussehen. Dabei sollten sie sich für die Mitarbeitenden einsetzen. *„Sie sagen den Leuten nicht: „Du kannst gar nichts dafür, du kannst es gar nicht besser machen, es ist normal, dass das schwankt.“ Weil es ist halt lebendig und*

manchmal hat man einfach länger und manchmal hat man längere Wege oder muss mehr Schlüssel mitnehmen oder Medikamente und manchmal ist man halt einfach länger im Stützpunkt, weil man noch etwas besprechen muss. Aber das sagen sie ihnen nicht! Sie sagen ihnen: „Es ist wichtig, wir müssen Geld verdienen, müssen rentieren.“ Und meine Kolleginnen nehmen das dann wirklich ernst! Und glauben, dass sie durch ihr Stressen und so wirklich dafür schauen, dass die Spitex besser läuft und rentiert. Und das finde ich einfach nicht richtig, weil ich glaube einfach nicht an das.“

Aber auch Elisa kann sich den ökonomischen Zwängen nicht vollständig entziehen: *„Es ist schon verrückt nachher, weil irgendwie hast du es doch immer im Hinterkopf, das ist komisch. Weil du willst natürlich gut dastehen. Und es tut mir auch leid für meine Chefin, wenn sie nachher einen Rüffel kriegt...“*

Elisa erkämpft sich in ihrem Arbeitsalltag kleine Inseln, für die sie sich einfach ihre Zeiten nimmt. Zum Beispiel fährt sie auch mit dem Elektrovelo nur so schnell, wie es angenehm für sie ist. Es gehe ja schliesslich beim Elektrovelo darum, die Kräfte für die Einsätze zu schonen und nicht darum, sich noch mehr hetzen zu lassen. Sie erledigt ihre Aufgaben so schnell wie es geht, aber nicht schneller. Sie liest die Zeit erst als Pause ein, wenn sie wirklich vor ihrem Kaffee sitzt. *„Dann bin ich auf Wegzeit, und erst wenn ich wirklich sitze und einen Kaffee und ein Brötchen vor der Nase habe, lese ich die Pause ein. Und dann habe ich wirklich Zeit, 15 Minuten zu sitzen. Und das braucht man auch, das Sitzen und Zeitung lesen. Aber dann geht natürlich meine Produktivität auch runter...“*. Sie hat sich auch geschworen, nie mehr auf ein Mittagessen zu verzichten, egal, wie sehr sie unter Zeitdruck steht. Und sie liest immer ihre komplette Arbeitszeit ein, auch wenn sie dadurch unproduktiver ist als andere.

Elisa meint, dass Vieles an der Entwicklung der Spitex in den letzten 10 Jahren durchaus positiv ist. Die Professionalisierung findet sie gut. Die Spitex-Arbeit werde in der Deutschschweiz unterdessen als Erwerbsarbeit anerkannt – auch von den meisten Klientinnen und Klienten – und es würde nicht mehr erwartet, dass man alles karitativ leiste. Sie findet aber, dass der Zeitpunkt verpasst wurde, an dem wieder die Qualität der Pflege und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden im Zentrum stehen sollten. *„Es ist immer auch eine Frage des Masses. Aber wenn es dann doch wieder nur um Krankenkassen und Produktivität geht anstatt um die Arbeit an sich, das ist einfach schade!“* Laut Elisa fehlt bei vielen Personen in der Geschäftsleitung, aber vor allem auch bei den Krankenkassen und in der Politik das Verständnis dafür, was es bedeutet, alt zu sein oder mit alten Menschen zu arbeiten. *„Das sind halt keine jungen Leute mehr, die grosse Mehrheit, und dann halt teils noch schwerhörig oder blind oder was auch immer. Das geht nicht einfach so zack, zack!“*

Elisa findet nicht, dass ihre Arbeit gesellschaftlich genügend anerkannt und wertgeschätzt wird. Allein schon die finanzielle Entgeltung sei eigentlich unakzeptabel (Elisa arbeitet im Stundenlohn). Aber sie sei halt angefressen von ihrem Beruf, weshalb sie sich nicht vorstellen könne, etwas anderes zu tun.

7.4 Widerstand gegen die Ökonomisierung der Spitex-Arbeit

Das Pflegeverständnis der Mitarbeitenden im Widerspruch zur ökonomischen Logik

Aus den Gesprächen, die ich mit Spitex-Mitarbeiterinnen geführt habe, wurde deutlich, dass ihr persönliches Verständnis von qualitativ guter Pflege der Art und Weise, wie Pflege heutzutage im gesellschaftlichen Kontext organisiert und bewertet wird, in vielen und vor allem in grundsätzlichen Aspekten entgegensteht. Ihr Unbehagen und ihr Unverständnis gegenüber den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich im Allgemeinen und der Spitex im Besonderen beziehen sich auf zwei grundsätzliche Aspekte, die unmittelbar miteinander verknüpft sind. Einerseits kritisieren sie die vorherrschende Ideologie, die der Pflegepolitik zugrunde liegt und andererseits empört es sie, dass zwar viel über die Qualität der Pflege geredet und angeblich grossen Wert darauf gelegt wird, gleichzeitig aber die Pflegearbeit so organisiert und strukturiert ist, dass die Pflegenden im Alltag diesen Qualitätsanforderungen nur noch unter grossen persönlichen Opfern oder gar nicht mehr gerecht werden können.

Für meine Gesprächspartnerinnen ist es selbstverständlich, dass pflegebedürftige Menschen ein Recht auf eine gute Pflege haben. Sie finden die heute im öffentlichen Diskurs vorherrschende Mentalität, Pflege nicht mehr als Recht zu thematisieren, sondern ausschliesslich als Kostenfaktor zu betrachten, abtossend.

Was ich schlimm finde ist, wenn es bei den Leuten einfach nur noch darum geht, wie rechnet man das ab, was ist das für eine Leistung? Dass man nicht mehr schaut, was diese Person braucht, dass man nicht einfach das machen kann, was sie braucht, damit sie sich wohlfühlt. Das sollte eigentlich im Vordergrund stehen. (Elisa)

[Zum Thema der Patientenbeteiligung] Weil ich finde es so schlimm! Ehrlich, ich finde es total schlimm für die armen Leute! Weil ich finde, sie hätten so einen Anspruch auf Erleichterung. Und ich finde es ja ideal, wenn sie das zuhause in Anspruch nehmen können und nicht in ein Altersheim müssen. (Carmen)

Durch die Fokussierung auf die finanziellen Kosten einer Pflegeleistung geht nach der Meinung meiner Gesprächspartnerinnen ein Grossteil der Qualität und des Nutzens der Pflege verloren. Ausserdem sind sie überzeugt davon, dass die Reduzierung der Pflegearbeit auf ökonomische Faktoren zu einer gefährlichen Kurzsichtigkeit führt. Man versuche heute, kurzfristig möglichst viel Geld einzusparen, indem man den Bedarf nach bestimmten Pflegeleistungen nicht anerkenne und versuche, überall die Einsatzzeiten zu verkürzen. Dadurch könnten aber auf längere Sicht neue Kosten entstehen, die man hätte vermeiden können.

Das Soziale ist total wichtig! Ich finde das total wichtig! Wir müssen ja immer alles

dokumentieren, und zwar alles, was wir gemacht haben. Heisst es. Weil die Krankenkassen durch das RAI [elektronisches Leistungserfassungssystem, C.S.] Einblick haben in das, was wir machen. Und dann darfst du unter keinen Umständen schreiben, du hast einen Kontrollbesuch gemacht. Dabei ist das so wichtig! Bei Leuten, die sturzgefährdet sind oder am Vereinsamen sind! Dass du einfach einmal am Tag schnell vorbeigehen würdest. Und dann kannst du ja nicht nur schnell die Nase reinstecken und sofort wieder gehen. Du musst ja Kontakt aufnehmen mit ihnen. Und dass man das nicht einsieht! Ich denke dann immer, wenn sie selber einmal in diesem Alter sind... Ich weiss nicht, wer so Gesetze veranlasst! Es braucht doch etwas anderes! Und gerade jetzt, wenn es eine Überalterung der Gesellschaft gibt, und wenn das die Zukunft ist, dann muss man das doch irgendwie darauf ausrichten... Ich finde es einfach schade. (Carmen)

Gespräche sparen bei den Antidepressiva. Und die Sturzprophylaxe ist im Alter auch sehr wichtig, dass wir sehen, wenn jemand sehr wacklig auf den Beinen ist. (Beatrice)

Der Spardruck führt nach Ansicht meiner Gesprächspartnerinnen auch dazu, dass von politischer Seite und von den Krankenkassen versucht werde, Leistungen, die Spitex-Leute in der Praxis erbringen, zu ignorieren und nicht anzuerkennen. Dies gilt insbesondere für die soziale und emotionale Funktion, die die Mitarbeitenden der Spitex erfüllen.

Der politische Druck ist hoch. Das spüren wir. Von Seiten der Krankenkassen ganz besonders. Die sehen einfach nicht, dass der soziale Auftrag bei der Spitex enorm viel wichtiger ist als in Institutionen. Dort haben sie normalerweise integrierte Sozialarbeiter, die dafür bezahlt werden. Bei der Spitex gibt es das nicht. Man muss sich mit allen Problemen einer Person selber befassen. (Rahel)

Als Konsequenz dieser auf ökonomische Effizienz fokussierten Ideologie entsteht nach der Erfahrung meiner Gesprächspartnerinnen im Spitex-Bereich eine grosse Diskrepanz zwischen der gesellschaftlich und politisch geforderten Pflegequalität und den strukturellen Bedingungen, unter denen diese Qualität erbracht werden soll. Besonders Sarah und Petra betonen, dass zwar in den Leitbildern immer von der hohen Qualität und der Menschlichkeit der Pflege geschrieben werde, sie als Pflegefachpersonen im Arbeitsalltag jedoch unter Bedingungen arbeiten müssten, die es ihnen nicht ermöglichen würden, die geforderte Pflegequalität zu erbringen.

Im sozialen Bereich, wo immer mehr Druck kommt... Da ist ein irrsinniges Missverhältnis entstanden! Zwischen den Forderungen, zwischen dem, was wir bieten müssen und dem, was wir auch bieten können, und auch wüssten, wofür wir auch ausgebildet sind, wie es richtig wäre... Und wir können das nicht leisten! Das ist furchtbar! Da ist eine riesige Diskrepanz. Und ich glaube, Politiker und Ökonomen, die sich das schnell ausdenken, die können sich nicht vorstellen, was diese Leute arbeiten! Die können sich das nicht vorstellen! (Petra)

Obwohl die Mitarbeitenden der Spitex mit dem Zeitregime, dass ihnen von oben aufgezwungen wird, oft nicht einverstanden sind, müssen sie es gegenüber ihren Klientinnen und Klienten dennoch vertreten.

Also wenn du bei einem Ehepaar bist, und die Ehefrau nimmt dich noch schnell zur Seite und verwickelt dich in ein Gespräch, dann müssen wir ihr sagen, „schauen Sie, es ist so, wenn ich zu lange brauche, und ich habe 33 Minuten, dann zahlen Sie 45“. Man muss immer auf die Zeit aufmerksam machen. Und ich finde das im Fall oberwiderlich! Weil ich finde es wichtig, dass diese Leute in Ruhe geniessen könnten, dass einmal im Tag jemand vorbeikommt! (Carmen)

In den Gesprächen wurde sehr deutlich, dass die Pflegenden von Schuldgefühlen gegenüber ihren Klientinnen und Klienten geplagt werden, wenn sie aufgrund des Zeitdrucks ihre Arbeit nicht ihren Ansprüchen entsprechend erfüllen können.

Widerstands- und Entschärfungsstrategien gegen den ökonomischen Druck

Wie ich im Kapitel über den zunehmenden Zeitdruck während der Arbeit bereits ausgeführt habe, wird die für einen Einsatz zur Verfügung stehende Zeit nach dem Zeitaufwand der physischen Arbeit berechnet. Die logische Folge davon ist, dass für die emotionale Arbeit, die auch geleistet werden muss, oft zu wenig Zeit bleibt. Da, wie in Teil I aufgezeigt wurde, die Beziehungsarbeit für das Pflegeverständnis meiner Gesprächspartnerinnen grundlegend ist, müssen sie immer wieder Wege finden, um diese trotz des Zeitdrucks irgendwie gewährleisten zu können.

Meine Gesprächspartnerinnen erklärten, dass man lernen müsse, die wenigen Zeitreserven, die sich ergeben, gut zu nutzen. Sie nehmen sich, wann immer es ihr Einsatzplan zulässt, bewusst Zeit für Gespräche und persönliche Anliegen der Klientinnen und Klienten und hoffen umgekehrt auf Verständnis, wenn sie unter grossem Zeitdruck stehen und überhaupt keine Zeit haben.

Mehrere meiner Gesprächspartnerinnen sagten auch, dass sie, wenn die Zeit sehr knapp ist, halt versuchen würden, möglichst mehrere Komponenten der Pflegearbeit gleichzeitig zu machen, d.h. dass sie beispielsweise während einer Körperpflege ein Gespräch führen mit der Person, die sie betreuen. Allerdings sind der Kombinierbarkeit verschiedener Pflegeleistungen deutliche Grenzen gesetzt. Denn wie Rahel sagt, ist es beispielsweise nicht möglich oder zumindest nicht angemessen, während einer Intimpflege die persönlichen Probleme der betreuten Person zu besprechen.

Eine weitere Strategie, die es ermöglicht, Zeit für die Beziehungsarbeit zu gewinnen, besteht darin, dass die Mitarbeitenden der Spitex ihre persönliche Pause bei einer Klientin oder einem Klienten zuhause machen.

Natürlich wollen sie dir immer mal wieder einen Kaffee anbieten, das ist immer herzig... Ich sage mir dann zum Teil, wenn es vom Plan her möglich ist, ja warum nicht? Dann lese ich das einfach als Pause ein. [...] Ich kann es dann natürlich nicht auf ihre Zeit [die von den Klienten, C.S.] eingeben, sonst haben sie dann viel zu viel. Weil das ist ja dann doch meine Pause, das ist ganz klar. (Daniela)

Wir haben jetzt gerade einen Mann betreut, sicher fast fünf Jahre lang. Am Anfang einmal am Tag, am Schluss dreimal am Tag. Er konnte zuhause sterben. Er ist von der eigenen Frau betreut worden, die selber auch schon alt ist und ihre Gebrechen hat, und dann ist einfach klar, dass man auch persönlichen Austausch hat manchmal... Es ist ja so, wir müssen ja wirklich die Zeit aufschreiben. Aber wir können die Zeit natürlich auch abstellen... Wobei ich das nicht so oft gemacht habe... Ich habe einfach häufig – wir haben ja ein Anrecht auf eine Viertelstunde Pause, am Morgen und auch am Nachmittag – dann habe ich einfach die Pause dahin verlegt, oder, und da einen Kaffee getrunken... (Doris)

Allerdings ist die Meinung darüber, ob man seine Pausen bei Klienten und Klientinnen verbringen sollte, unter den Mitarbeitenden der Spitex geteilt. Nicht alle sind dazu bereit, ihre persönlichen Pausen zu opfern. Andere finden es problematisch, da die Klientinnen und Klienten so das Gefühl vermittelt bekämen, dass es normal sei, dass die Spitex-Leute Zeit hätten, einen Kaffee mit ihnen zu trinken.

Meine Gesprächspartnerinnen erzählten aber auch von verschiedenen Strategien, mit denen sie versuchen, bereits in den ärztlich verschriebenen und von den Krankenkassen bewilligten Verordnungen etwas mehr Zeit für einzelne Einsätze zugesprochen zu erhalten.

Besonders gut scheint dies in der Spitex-Organisation von Lena und Beatrice zu funktionieren. Durch die Bemühungen der Geschäftsleitung und der guten und engen Zusammenarbeit mit den Hausärzten in der Region ist es ihnen in vielen Fällen möglich, den zeitlichen Rahmen der Einsätze etwas grosszügiger zu vereinbaren. Lena erzählte mir, dass ja beispielsweise bereits bei der Erstabklärung des Pflegebedarfs schnell deutlich werde, ob jemand ein sehr grosses Redebedürfnis habe. Dann achten sie darauf, etwas mehr Zeit für die Einsätze einzurechnen. Die Gesprächszeit wird als Grundpflege deklariert.

Eine andere Strategie besteht darin, dass man beim gesundheitlichen Zustand einer Person oder bei der Wohnsituation etwas „schummelt“. Rahel erklärte, dass einem grundsätzlich eine sehr knapp bemessene Zeitvorgabe zusteht, um jemandem beim Duschen zu helfen. Wenn man jedoch noch „Haarewaschen“ verordnen kann oder geltend machen kann, dass die Klientin oder der Klient aufgrund einer stark eingeschränkten Mobilität Hilfe beim Ein- und Aussteigen in die Dusche benötigt, kann man einige Minuten zusätzlich gewinnen. Carmen erzählte mir von einer ehemaligen Chefin von ihr, die sich jeweils persönlich für jede Klientin und jeden Klienten eingesetzt habe und mit den Krankenkassen und den Ärzten telefonierte, um Zeit herauszuschlagen. Sie habe richtiggehend gekämpft für die Einsatzzeit und dabei durchaus auch mal nicht hundertprozentig die Wahrheit gesagt.

Sie [die Stützpunktleiterin, C.S.] hat gesagt: „Weisst du, ich kämpfe halt für das! Ich argumentiere für jeden Klienten mit der Krankenkasse, ich schinde beim Arzt Zeit heraus, mit der Begründung, dass die Leute am Vereinsamen sind, oder dass sie zum Beispiel für einen Gang auf die Toilette eine Treppe bewältigen müssen und wahnsinnig langsam sind und so... Ich „bescheisse“ jeweils ein wenig!“ Und sie hat wirklich für jeden Klienten irgendwie Zeit rausgeholt und hat dann die Spitex-Verordnung immer so bekommen. (Carmen)

Ein Thema, welches in diesen Zusammenhang gestellt werden kann und das momentan in immer mehr Spitex-Organisationen aktuell wird, ist der Aufbau eines psychiatrischen Spitex-Dienstes. Ich denke, dass man psychiatrische Spitex in gewisser Weise auch als Strategie interpretieren kann, um mehr Zeit für die Beziehungsarbeit zu gewinnen. Die Verordnung von psychiatrischen Spitex-Leistungen bricht mit dem Muster, die anfallende physische Arbeit als massgebende Grundlage für die Berechnung der Zeitgutsprache zu nehmen. Herr Oberholzer, der verantwortlich ist für den Aufbau eines psychiatrischen Spitex-Dienstes in mehreren Organisationen, erklärte mir, dass die psychiatrische Pflege versucht, den Fokus, der bisher stark auf dem körperlichen Zustand einer Person lag, um den mentalen Zustand zu erweitern. Dadurch kann auf offiziellem Weg Zeit gewonnen werden, die benötigt wird, um eine gewisse Pflegequalität erbringen zu können.

Wir leben heute in einer sehr standardisierten Welt. In der es heisst, für einen Klienten, fürs Duschen, braucht ihr so und soviel Zeit. Die Krankenkasse kann sagen, seid ihr verrückt, eine Stunde um jemanden zu duschen, der vielleicht keine grossen körperlichen Gebrechen hat! Das zahlen wir nicht! Aber vielleicht geht es ja darum, dass man einfach ruhig an diese Person herantreten muss. Dass man zuerst kommunizieren muss, reden mit ihr... Und erst nachher in Ruhe das Duschen mit ihr durchführen kann. Und da den Rhythmus zu finden, das ist etwas Schwieriges und da hilft dann die psychiatrische Pflege. Zum Beispiel wenn jemand Alzheimer hat und verwirrt ist, und die Spitex zwar schon 100 mal da war, aber für die Klientin ist es immer wieder das erste Mal, und es einfach Worte braucht... Dann schaue ich jeweils, dass wir da etwas psychiatrische Grundpflege dazunehmen können, damit die Frauen [die Spitex-Pflegerinnen, C.S.] die nötige Zeit haben, den Umgang zu finden mit der Klientin, damit sie unter die Dusche geht. Und dass das in einem ruhigen Rahmen passiert. (Herr Oberholzer)

Wie bereits ausgeführt wurde, haben meine Gesprächspartnerinnen grosse Mühe mit dem Anspruch, dass jede einzelne Handlung, die sie für oder bei einer Klientin oder einem Klienten erbringen, verrechenbar sein muss. Das bedeutet für sie, dass sie eigentlich nur noch genau das machen dürfen, was in der Pflegeverordnung aufgeführt ist. Oft sind sie in ihrem Arbeitsalltag jedoch mit Situationen konfrontiert, in denen eine von ihnen betreute Person einen Sonderwunsch hat oder ein bestimmtes Anliegen, das von den verordneten Pflegeleistungen abweicht oder in denen sie als Fachpersonen erkennen, dass ein dringender Bedarf nach einer bestimmten Leistung besteht. Meine Gesprächspartnerinnen erzählten mir, dass sie in solchen Fällen auch einmal kleinere Details in der Erfassung und Abrechnung von Zeit und Pflegeleistungen manipulieren, damit die erfassten Leistungen am Schluss mit der Verordnung übereinstimmen und keine Probleme entstehen mit den Krankenkassen. Daniela beispielsweise erzählte, dass sie das Erfassungsgerät einfach laufen lässt während einem Einsatz und dann am Schluss die Unterteilung in Hauswirtschaft, Grundpflege und Behandlungspflege macht. Sie passt dabei die Zeiten so an, wie es vorgegeben ist, auch wenn sie vielleicht einmal bei der Grundpflege etwas extra gemacht hat und dafür weniger Hauswirtschaft.

Wenn ich jetzt zum Beispiel... sagen wir ich habe in der Grundpflege mehr Zeit gebraucht, weil ich vielleicht noch die Beine gewaschen habe, weil sie es gewünscht hat. Dafür ist in der Hauswirtschaft nur wenig zu tun... dann passe ich das an, damit die Krankenkasse nicht blöd tut. Ja komm! Dann lese ich ihr da doch die normale Zeit ein. Obwohl ich vielleicht nur eine halbe Stunde Hauswirtschaft gemacht habe, gebe ich dann vielleicht doch 40 oder 50 Minuten ein... Das können wir schon. Das können sie ja nicht nachschauen, was wir wirklich gemacht haben... (Daniela)

Oft ist der Grund für kleinere Manipulationen auch der, dass die Pflegenden bestimmte Regelungen und Forderungen der Krankenkassen als in der Praxis völlig sinnlos und untauglich empfinden.

Es gibt einfach total unlogische Sachen! Zum Beispiel kriegen Frauen nach der Schwangerschaft während zwei Monate voll viel Hauswirtschaft bewilligt, und danach nichts mehr. Sie hätten aber lieber weniger und dafür länger. Oder wir dürfen jeden Tag eine Stunde Hauswirtschaft machen, würden aber lieber einmal in der Woche zwei Stunden gehen. Das ist schade! Dass es nicht nach dem geht, was die Leute eigentlich brauchen. Weil es muss ja nicht so viel sein... Und dass man es dann manipulieren muss, damit es irgendwie aufgeht. Weil jeden Tag eine Stunde Hauswirtschaft ist nicht effizient. Bis du überhaupt dort bist und anfängst und ja... (Elisa)

Carmen wiederum erzählte mir, dass seit der Einführung der Patientenbeteiligung die Klientinnen und Klienten für jeden Tag, an dem sie einen Spitex-Einsatz haben, acht Franken bezahlen müssen. Dies gilt auch dann, wenn eine Spitex-Mitarbeiterin beispielsweise an einem Tag lediglich im Stützpunkt Medikamente bereit macht und gar nicht zu dieser Person nach Hause geht. Da komme es dann schon vor, dass die Mitarbeitenden der Spitex auch einmal das Datum manipulieren würden, damit die Klientin oder der Klient nicht auch noch für die Tage zahlen muss, an denen sie oder er gar keinen Spitex-Besuch bekommt.

Diese Beispiele machen deutlich, dass es einen grossen persönlichen Einsatz der an der Pflege beteiligten Personen braucht, um die Auswirkungen der ökonomischen Logik auf die pflegebedürftigen Personen zumindest ein wenig abzuschwächen und zu entschärfen.

Die bisher von mir ausgeführten Widerstandsstrategien beziehen sich auf das Pflegeverständnis der Mitarbeitenden und das Wohlbefinden der von ihnen betreuten Personen. Es wurde in allen Gesprächen deutlich, dass für die Spitex-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Bedürfnis im Mittelpunkt steht, die ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen so gut wie möglich zu betreuen und zu pflegen. Ein Grossteil ihrer Empörung und ihres Widerstands beziehen sich auf die Qualität der Pflege und das Recht auf gute Pflege, das ihrer Meinung nach jede Person hat und das jedoch im Rahmen der aktuellen Entwicklungen zunehmend in Frage gestellt wird.

Eine weitere Form des Widerstands bezieht sich jedoch auch auf ihre persönlichen Arbeitssituationen. Viele meiner Gesprächspartnerinnen spüren bzw. spürten den

ökonomischen Druck während ihrer Arbeit massiv. Und alle widersetzen sich diesem Druck, allerdings auf sehr unterschiedliche Art und Weise.

Petra war nicht bereit zu akzeptieren, dass sich ihre Arbeitsbedingungen weiter verschlechtern, da sie sich bereits unter ihren damals aktuellen Arbeitsbedingungen nicht mehr dazu in der Lage fühlte, ihre Arbeit in der erforderlichen Qualität auszuüben. Weil sie sich weigerte die Vertragsänderung zu unterzeichnen, erhielt sie eine Änderungskündigung und verlor ihre Arbeit. Sie meint zwar, sie hätte durchaus noch etwas weiter arbeiten können, um dann zu einem späteren Zeitpunkt selber zu kündigen, die Verweigerung der Unterschrift war aber für sie auch ein Zeichen des Widerspruchs. Es war ihr wichtig, darauf zu bestehen, dass sie nicht alles mit sich machen lässt.

Auch Sarah, die im gleichen Betrieb gearbeitet hat wie Petra, ist gegangen. Sie hatte zwar die Vertragsänderung noch unterschrieben, hat aber ein paar Monate später selber gekündigt. Sie begründet diesen Schritt mit persönlichen Motiven, sagt jedoch auch deutlich, dass sie mit ihren Arbeitsbedingungen und der Art, wie sie von ihren Vorgesetzten behandelt wurde, nicht einverstanden war und sie sich mit den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich überhaupt nicht identifizieren kann.

Patrizia ist ebenfalls nicht mehr bei der Spitex tätig. Sie und einige Kolleginnen haben sich als Pflegefachfrauen selbständig gemacht. Sie begründet damit, dass sie jetzt viel mehr Kompetenzen, Freiheiten und Entscheidungsmacht habe. Der Schritt in die Selbständigkeit sei keine Flucht aus der Spitex gewesen. Allerdings hatte sie mit den Arbeitsbedingungen in der Spitex grosse Probleme, und sie sagt, dass der Entschluss, sich selbständig zu machen, ihr dabei geholfen habe, sich abzugrenzen und sich nicht vom ökonomischen Druck in Form von den Produktivitätszahlen unterwerfen zu lassen.

Also ich persönlich hatte nicht mehr Stress. Also irgendwann, als ich mir einfach gesagt habe, dass ich mich nicht mehr stressen lasse, hat mich das nicht mehr berührt. Und natürlich, wenn du weisst, dass du gehst, dass du deine Idee verwirklichst, kommt dir das wahrscheinlich weniger nahe, als wenn ich da noch 20 Jahre arbeite. Ich denke, da passiert dann auch unbewusst etwas... (Patrizia)

Elisa arbeitet noch immer bei der Spitex und will sich von den Ökonomisierungstendenzen, mit denen sie überhaupt nicht einverstanden ist, auch nicht aus ihrer Arbeit vertreiben lassen, die sie sehr gerne und mit grosser Leidenschaft macht. Sie versucht sich in ihrem Arbeitsalltag so wenig wie möglich von Zahlen und Vorgaben beeinflussen zu lassen. Ausserdem arbeitet sie im Stundenlohn und findet, dass ihr für die Arbeitszeit, die sie investiert, auch wirklich eine Entlohnung zustehe. Sie ist daher nicht bereit, Arbeitszeit als Freizeit zu deklarieren, nur damit die Produktivitätszahlen mit den Vorgaben übereinstimmen.

Ich bin auch jemand, der findet, solange ich im Stützpunkt bin, arbeite ich. Du kannst dich vielleicht schon ausgelesen haben, und dann kommt noch jemand und fragt, hast du das und

das gesehen? Das passiert oft, dass man zwischen Tür und Angel noch über einen Klienten spricht. Das ist für mich einfach Arbeitszeit. Ich bin da relativ restriktiv. (Elisa)

Ein anderes Beispiel ist, wenn du Mahlzeiten holen musst. Du kannst die erst um eine bestimmte Zeit abholen. Manchmal ist man aber schon etwas früher fertig. Und dann kann man das eigentlich unter „übrige Zeit“ einlesen, aber das ist dann halt wieder unproduktiv, oder... Wenn du dich ausliest, dann bist du dann aber nicht am Arbeiten. Aber du kannst ja auch nichts für dich machen... Also ich finde immer, während der Woche kann ich ja vielleicht ein Telefon machen oder so. Aber am Wochenende ist es einfach wirklich schwierig, und gerade am Sonntag haben wir häufig Lücken, weil nicht viel Hauswirtschaft ist. Und ich bin im Stundenlohn angestellt, ich lass das da immer laufen. Und ich bin halt relativ unproduktiv! (lacht) Weil ich halt einfach Geld verdienen will, ich muss ja leben von dem irgendwie... (Elisa)

8 Zwischenfazit zu Teil II

8.1 Zeitliche Prekarisierung auf verschiedenen Ebenen

Als Fazit dieses zweiten Teils der Arbeit kann festgehalten werden, dass im Bereich der Spitex ein starker ökonomischer Druck zu spüren ist, welcher sich in mehrfacher Hinsicht auf die Arbeitsbedingungen auswirkt, unter denen die Pflegearbeit bei der Spitex erbracht wird. Aus den Ergebnissen meiner Forschung wird deutlich, dass es als Folge der zunehmenden Ökonomisierung der Spitex zu einer Prekarisierung dieser Arbeitswelt kommt. Als zentraler Faktor der Prekarisierung kristallisierten sich während der Datenanalyse die aktuellen Entwicklungstendenzen in der zeitlichen Organisation der Spitex-Arbeit heraus. Diese zeitliche Prekarisierung der Spitex-Arbeit findet auf verschiedenen Ebenen statt: Einerseits auf der strukturell-formalen Ebene der Ausgestaltung der Anstellungsverhältnisse und andererseits auf der Ebene der Arbeitsbedingungen in der Praxis.

Auf der Ebene der Anstellungsverhältnisse kann in den letzten Jahren eine zunehmende Verschlechterung der vertraglichen Rahmenbedingungen festgestellt werden.²⁴ Viele der

²⁴ An dieser Stelle werden nur die Verschlechterungen bezüglich der zeitlichen Regelungen thematisiert. Eine Verschlechterung kann aber auch in anderen Bereichen festgestellt werden. Anhand des Beispiels der Spitex-Organisation, in der Sarah und Petra gearbeitet haben, lässt sich auch eine Verschlechterung des Lohnsystems exemplarisch aufzeigen. Noch in den 90er-Jahren galten in dieser Spitex-Organisation die kantonalen Anstellungsbedingungen. In einem ersten Schritt wurden sie davon abgekoppelt, die Anstellungsverhältnisse orientierten sich jedoch noch am kantonalen Personalgesetz. Unterdessen hat die Spitex eigene Anstellungsrichtlinien und auch ein eigenes Lohnsystem, welches auch Leistungskomponenten beinhaltet. Sowohl die Mitarbeitenden als auch die Gewerkschaften kritisieren dieses Lohnsystem als intransparent und willkürlich.

bei der Spitex Beschäftigten arbeiten in hochgradig flexibilisierten Arbeitsverhältnissen. Vielerorts wird von den Mitarbeitenden selbst bei sehr kleinen Anstellungspensen eine fast 100-prozentige zeitliche Verfügbarkeit verlangt, sowie die Bereitschaft, regelmässig und in grossem Umfang Überzeit zu leisten. Die Gewerkschaften sind ausserdem besorgt über die allgemein zu beobachtende Tendenz, dass viele Spitexen einst abgeschaffte Vertragsformen wie die Flexi-Verträge oder die Anstellung von Mitarbeitenden im Stundenlohn wieder einführen. Der Trend zur zeitlichen Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse bei der Spitex lässt sich unmittelbar auf den steigenden wirtschaftlichen Druck zurückführen, unter dem die Non-Profit-Spitex heute steht. Die Personalkosten sind mit Abstand der grösste Kostenpunkt der Spitex-Organisationen, weshalb an diesem Punkt auch viel Geld eingespart werden kann. Die Spitex Betriebe sind daher darum bemüht, ihre Mitarbeitenden möglichst flexibel immer nur dann einzusetzen, wenn effektiv Arbeit anfällt.

Aber auch innerhalb der konkreten Arbeitsverrichtung steigt der Zeitdruck immer mehr an. Aufgrund von fehlendem Personal und viel zu gedrängten Einsatzplänen steigt der zeitliche Stress für die Mitarbeitenden. Durch den häufigen Verzicht auf Pausen fehlt die Zeit für Erholung innerhalb eines Arbeitstages. Fehlende oder ungenügend eingeplante Wegzeiten setzen die Mitarbeitenden unter enormen zeitlichen Stress und führen dazu, dass sie den Klientinnen und Klienten teilweise weniger als die verordnete Zeit widmen können. Zudem wird die Dauer der Einsätze tendenziell immer mehr verkürzt, wodurch es für die Spitex-Mitarbeitenden zu einer Verdichtung der Arbeitsbelastung kommt. Handlungen müssen beschleunigt werden und immer öfters müssen mehrere Tätigkeiten gleichzeitig erledigt werden. Dieser ständig wachsende Zeitdruck stellt für meine Gesprächspartnerinnen ein noch grösseres Problem dar als die unregelmässigen Arbeitszeiten, da ihrer Ansicht nach die Pflegequalität unter dem Zeitdruck leidet und sie teilweise ihren persönlichen Anforderungen an eine qualitativ gute Pflege, auf die die Pflegebedürftigen ein Anrecht haben, in der Praxis nicht mehr gerecht werden können.

8.2 Zeitdruck und emotionale Arbeit

Anhand der Darstellung des Pflege- und Berufsverständnisses meiner Gesprächspartnerinnen wurde im ersten Teil dieser Arbeit deutlich, welch hoher Wert dem Faktor Zeit in ihrem Arbeitsalltag zukommt. Der zeitliche Rahmen, der für die Verrichtung einer Care-Tätigkeit zur Verfügung steht, kristallisierte sich als eines der zentralen Kriterien heraus für die Beurteilung der Qualität der Pflege aus Sicht der Pflegenden. Und er ist auch ein wichtiges Kriterium für das Wohlbefinden meiner Gesprächspartnerinnen in ihrem Beruf. Es ist für sie wichtig, bei ihren Pflegeeinsätzen ausreichend Zeit für die Beziehungsarbeit zur Verfügung zu haben. Der soziale Kontakt ist die Grundlage jeder Care-Tätigkeit und muss zeitlich einberechnet werden. Besonders im Bereich der Behandlungspflege sollte die zur Verfügung stehende Zeit nicht ausschliesslich nach der

physischen Tätigkeit bemessen werden, da diese in vielen Fällen sehr kurz ist. Einen grossen Wert in Bezug auf die Pflegequalität schreiben meine Gesprächspartnerinnen ausserdem der Kommunikation mit den Angehörigen von Pflegebedürftigen, mit Ärzten und Ärztinnen, anderen Organisationen und innerhalb des Spitex-Teams zu. Auch dafür brauchen sie einen ausreichenden zeitlichen Rahmen.

Verbindet man die Ergebnisse aus dem ersten und dem zweiten Teil dieser Arbeit, lassen sich folgende Erkenntnisse festhalten:

- Die von mir befragten Spitex-Mitarbeiterinnen messen den emotionalen Komponenten der Pflege einen sehr hohen Stellenwert zu.
- Die Beziehungsarbeit hat eine zentrale Bedeutung sowohl für die Qualität der Pflege, als auch für das Wohlbefinden der Pflegenden bei ihrer Arbeit. Die Personenbezogenheit der Pflege ist zudem das zentrale Moment der Arbeitsmotivation der Pflegenden.
- Der wachsende Zeitdruck innerhalb der Arbeit ist für meine Gesprächspartnerinnen der grösste Belastungsfaktor in ihrem Berufsalltag.
- Die Beziehungsarbeit leidet ganz besonders unter der Zeitknappheit.

Diese Einschätzungen meiner Gesprächspartnerinnen decken sich mit den Resultaten anderer Studien, die sich mit den Arbeitsbedingungen in der Pflege und der Qualität der Pflege beschäftigen. Auch wenn sich diese Untersuchungen nicht explizit auf den Bereich der ambulanten Pflege beziehen, können dennoch interessante Gemeinsamkeiten festgestellt werden. Als Beispiel soll hier eine Studie aus dem Jahr 2002 angeführt werden (Künzi/Schär Moser 2002), welche zum Ziel hatte, die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern zu untersuchen. Die Studie wurde von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern in Auftrag gegeben und basiert auf der Befragung von rund 2000 beruflich Pflegenden und rund 450 Geschäfts- und Pflegedienstleitungen in allen Institutions- und Organisationstypen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass bei den Pflegenden die quantitative Überforderung an erster Stelle der Arbeitsbelastungen steht. Am belastendsten werden der Personalmangel in der Pflege und die daraus resultierenden Phänomene wie Zeitdruck und lange Arbeitszeiten erlebt. 60 Prozent der befragten Pflegenden empfanden den Personalmangel als ziemlich bis sehr belastend (2002: 30). Ausserdem vertrat eine Mehrheit der befragten Pflegenden die Auffassung, dass die Qualität ihrer Arbeit unter dem Zeitdruck leidet. Sie befürchteten, dass sie durch den Stress die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht mehr richtig wahrnehmen würden und dass somit die Gefahr steigen würde, dass Fehler passieren (2002: 32). Besonders der psycho-soziale Bereich (Gespräche mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, Betreuungsaufgaben etc.) könne aufgrund des Zeitdrucks oft nicht genügend abgedeckt werden (2002: 68). Knapp die Hälfte der Befragten gab an, dass sie ihre Arbeit nicht so

ausführen können, wie es ihrem Verständnis von guter Pflege entsprechen würde (2002: 70). Höpflinger (2005: 112) kommt aufgrund der Auswertung zweier Studien aus dem Langzeitbereich (Prey et al. 2004, Held/Ermini-Fünfschilling 2003) ebenfalls zur Schlussfolgerung, dass der Zeitdruck sowie eine verstärkte bürokratische Reglementierung den zentralen Beziehungsaspekt pflegerischen Handelns zunehmend bedrohen. Und auch Blüher (2004) stellt aufgrund einer 2002 durchgeführten Erhebung zum Berufsverständnis professioneller Pflegefachpersonen in ambulanten Diensten in Deutschland eine starke Beziehungsorientierung der Pflegenden in ihrem professionellen Selbstverständnis fest und betont, dass dieser zentrale Beziehungsaspekt pflegerischen Handelns durch den Zeitdruck zuallererst bedroht wird (Blüher 2004: 24).

Die Pflegenden der Spitex waren bei einer Datenerhebung im Kanton Bern im Vergleich mit dem Pflegepersonal in anderen Institutionen und Organisationen am zufriedensten mit ihrer Arbeitssituation (Künzi/Schär Moser 2002:76). Auch Perrig-Chiello et al. (2010) stellten eine hohe Arbeitszufriedenheit bei den Spitex-Mitarbeiterinnen fest. Gerade was den zeitlichen Stress angeht, mag es durchaus zutreffen, dass die Situation in der Spitex weniger prekär ist als beispielsweise in Spitälern oder Pflegeheimen. Fast alle meine Gesprächspartnerinnen erwähnten im Verlaufe des Gesprächs, dass ein grosser Vorteil der Arbeit bei der Spitex gegenüber der Arbeit in Pflegeinstitutionen darin bestehe, dass man sich während eines Einsatzes auf eine einzige pflegebedürftige Person konzentrieren könne (und sich höchstens nebenbei noch mit Angehörigen beschäftigen müsse). Dadurch könne man viel ruhiger und entspannter arbeiten, da nicht mehrere Personen gleichzeitig nach ihnen verlangen würden und man entscheiden müsse, zu wem man jetzt zuerst gehen sollte, weil es am dringendsten sei. Trotzdem darf meiner Ansicht nach der zunehmende zeitliche Druck bei der Spitex nicht unterschätzt werden. Wie ausserdem aus der Studie von Blüher (2004) ersichtlich wird, darf eine insgesamt hohe Arbeitszufriedenheit nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Zeitfaktor sehr negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und das Wohlbefinden der Pflegenden haben kann. Auch er stellt eine relativ hohe Arbeitszufriedenheit bei den von ihm befragten Pflegenden im ambulanten Bereich fest, relativiert diesen Wert jedoch, indem er den Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und ausgewählten Einflussfaktoren ermittelt. Der mit Abstand stärkste Zusammenhang besteht dabei zwischen der „Arbeitszufriedenheit insgesamt“ und dem „Verhältnis zu den Patienten“. Pflegekräfte, die ihr Patientenverhältnis als zufriedenstellend beurteilten, gaben auch insgesamt eine hohe Arbeitszufriedenheit an und umgekehrt (Blüher 2004: 28). Blüher betont, dass sich der Faktor „Zeit“ hingegen als zentraler Faktor der Arbeitsunzufriedenheit darstellt. Die Pflegekräfte beklagten sehr häufig den Zeitdruck, unter dem sie bei ihrer Arbeit leiden. Bühler kommt zum Schluss, dass sich der negative Effekt des Zeitdrucks nur aufgrund des deutlich stärkeren Einflusses der Patientenorientierung nicht voll auf die Arbeitszufriedenheit insgesamt auswirkt. Das Patientenverhältnis fungiert gleichsam als Puffer, der die Unzufriedenheit mit bestimmten

Rahmenbedingungen abfedert und so die Tätigkeit insgesamt dennoch befriedigend erscheinen lässt (2004: 29). Gerade diese für das Selbstverständnis des Pflegeberufs so massgebliche Patientenorientierung gerät jedoch laut Blüher zunehmend unter Druck, „da die Zeitrestriktion gerade dem Beziehungsaufbau und der Beziehungspflege die notwendige Zeit und damit eine entscheidende Grundlage entzieht“ (Blüher 2004: 29). Blüher (2004: 29) geht davon aus, dass an einem gewissen Punkt die Beziehungsarbeit so stark unter dem Zeitdruck leiden wird, dass sie die sich gleichzeitig zunehmend prekarisierenden Rahmenbedingungen der Pflegearbeit nicht mehr wird kompensieren können und in der Folge auch die Arbeitszufriedenheit merklich sinken wird. Verschiedene Aussagen meiner Gesprächspartnerinnen bringen für den Bereich der Spitex einen ähnlichen Zusammenhang zwischen den Faktoren Arbeitszufriedenheit, Bedeutung der Beziehungsarbeit und Zeitdruck hervor. Wie ich im ersten Teil dieser Arbeit aufgezeigt habe, ist die Beziehungsarbeit, der zwischenmenschliche Kontakt zu den Klientinnen und Klienten und den Angehörigen, ein sehr wichtiges Moment der persönlichen Motivation aller von mir interviewten Spitex-Mitarbeiterinnen. Petra und Sarah, die sich – zumindest vorläufig – vom Pflegeberuf abgewendet haben, sind Beispiele dafür, dass an einem bestimmten Punkt auch eine starke individuelle Pflegemotivation nicht mehr ausreicht, um die negativen Auswirkungen einer zunehmenden Ökonomisierung der Spitex-Arbeit zu kompensieren. Besonders Petra betonte ausdrücklich, dass sie nicht wegen der „Pflege an sich“ aufgehört hätte, bei der Spitex zu arbeiten, sondern wegen der Bedingungen, unter denen sie die Pflege erbringen musste. Bei anderen Gesprächspartnerinnen überwiegt die Freude am Beruf noch deutlich die negativen Aspekte, mit denen sie in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sind. Aber auch für sie besteht zumindest in Teilbereichen eine erhebliche Diskrepanz zwischen ihrem beruflichen Selbstverständnis und den Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystem.

8.3 Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitex-Organisationen

Die zunehmende Ökonomisierung der Arbeitswelt Spitex und die daraus resultierenden Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Pflegenden wurden bisher als allgemeiner Trend dargestellt. Die von mir erhobenen Daten lassen den Schluss zu, dass die Spitex-Organisationen generell einem zunehmenden ökonomisch begründeten Spar- und Rationalisierungsdruck ausgesetzt sind und vermehrt nach dem Vorbild von Unternehmen aus der Privatwirtschaft geführt werden. Ausserdem wurde deutlich, dass die Mitarbeitenden mehrheitlich eine sehr kritische Einstellung dieser Entwicklung gegenüber einnehmen. Innerhalb dieser allgemeinen Tendenz zu mehr betriebswirtschaftlicher Organisationslogik in der Spitex-Welt bestehen jedoch gleichzeitig erhebliche qualitative und quantitative Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitexen. Der ökonomische

Druck scheint nicht überall gleich stark spürbar zu sein und nicht überall dieselben Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden zu haben.

Da ich bei meinen Gesprächen die Wahl der Themenbereiche zum Grossteil meinen Gesprächspartnerinnen überlassen habe, war in der Analyse der Daten ersichtlich, wie wichtig das Thema der Ökonomisierung der Spitex-Arbeit für meine Gesprächspartnerinnen war. Sie lassen sich diesbezüglich in zwei Gruppen einteilen:

- Für Sarah, Petra, Elisa, Carmen, Patrizia, Esther und Rahel ist die Ökonomisierung ihrer Arbeitswelt ein wichtiges Thema, auf welches sie während unserer Gespräche von sich aus zu sprechen kamen. Bei den Gesprächen mit Sarah, Petra, Elisa und Carmen war das Thema der Ökonomisierung sogar ganz klar das zentrale Thema.
- Für Daniela, Doris, Lena und Beatrice scheint die Ökonomisierung der Spitex-Arbeit hingegen ein weniger bedeutendes Thema zu sein. Andere Aspekte ihrer alltäglichen Arbeit standen während der Gespräche stärker im Fokus. Wenn ich jedoch das Thema ansprach, wurde klar, dass auch sie ihre Erfahrungen damit gemacht haben.

Die unterschiedliche Gewichtung dieses Themas hat einerseits sicherlich mit der individuellen Persönlichkeit meiner Gesprächspartnerinnen zu tun. Nicht alle erleben ihren Arbeitsalltag gleich, auch dann nicht, wenn sie unter identischen Bedingungen arbeiten. Diese Unterschiede im Erleben und der Beurteilung einer objektiv gleich oder ähnlich prekären Arbeitssituation macht deutlich, dass aus sozialanthropologischer Perspektive objektive Kriterien nicht ausreichen, um die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung der prekarierten Arbeit zu erfassen. Wie Tschannen (2003: 15) ausführt, manifestiert sich Prekarität im Lebensalltag der Betroffenen und daher müssen neben strukturellen auch qualitative Aspekte berücksichtigt werden. Die Einschätzung der Prekarität muss deshalb immer auf dem komplexen Hintergrund der individuellen Arbeits- und Lebenssituationen erfolgen. Die individuellen Lebensumstände einer Person sind entscheidend dafür, wie sich konkrete Arbeitsbedingungen auf die Person und ihr soziales Umfeld auswirken. Ausserdem haben persönliche ideologische Überzeugungen einen grossen Einfluss auf die Bewertung einer bestimmten Arbeitssituation. Sarah, Petra und Elisa sind gewerkschaftlich aktiv, was man in den Gesprächen auch gemerkt hat. Es wurde deutlich, dass sie es sich gewohnt sind, über ihre Arbeitssituation zu reflektieren und sich kritisch dazu zu äussern. In ihren Aussagen kommt auch immer wieder ein stark ideologisch fundiertes Unrechtsbewusstsein zum Ausdruck. Sie empören sich auch über Aspekte, mit denen sie persönlich relativ gut zurechtkommen, die jedoch für einige ihrer Kolleginnen mit anderen Lebensumständen ganz weitreichende negative Konsequenzen haben. Bei anderen Gesprächspartnerinnen hatte ich wiederum das Gefühl, dass sie den negativen Aspekten ihrer Arbeit lieber ausweichen wollten und das Gespräch immer wieder auf Positives lenkten. Mein Eindruck war, dass sie sich zum Teil so stark mit ihrer Arbeit identifizieren,

dass es ihnen schwer fallen würde, wenn sie eingestehen müssten, dass die Qualität ihrer Arbeit teilweise nicht mehr ihren eigenen Ansprüchen entspricht.

Nicht alle Unterschiede können jedoch auf die Persönlichkeiten meiner Gesprächspartnerinnen zurückgeführt werden, denn die Arbeitssituationen sind auch real sehr unterschiedlich. Ich bin aufgrund der von mir erhobenen Daten nicht in der Lage, zu erklären, warum der ökonomische Druck in einigen Non-Profit-Spitexen stärker zu spüren ist als in anderen. Dazu bräuchte man eine viel breitere und viel umfassendere Datenbasis. Meine Daten lassen es jedoch zu, einige Thesen dazu zu formulieren, welche Faktoren einen Einfluss darauf haben, wie stark eine bestimmte Spitex-Organisation den ökonomischen Druck zu spüren bekommt.

Ein bedeutender Faktor scheint die Grösse und damit zusammenhängend die Organisationsstruktur der jeweiligen Spitex-Organisation zu sein. Bei grossen Organisationen mit vielen geographisch verteilten Stützpunkten ist die Führungsstruktur sehr differenziert aufgebaut. In jedem Stützpunkt gibt es eine Stützpunktleitung, welche das Tagesgeschäft organisiert, und zusätzlich eine zentrale Geschäftsleitung für die übergeordneten Aufgaben. Das bedeutet, dass das Management sowohl organisatorisch als auch räumlich weit weg ist von der Pflegepraxis im Alltag. Die Mitarbeitenden an der Basis haben kaum je Kontakt zu ihren Vorgesetzten und diese haben umgekehrt wenig Einblick in die alltägliche Arbeitssituation ihrer Mitarbeitenden. Aus meinen Gesprächen wurde deutlich, dass mit einer zunehmenden Distanz zwischen Geschäftsleitung und den Pflegenden an der Basis die Gefahr steigt, dass die Geschäftsleitung Forderungen stellt und Weisungen erlässt, die aus der Sicht der Pflegenden in der Praxis unsinnig sind oder unmöglich umgesetzt werden können und unter denen das Wohlbefinden der Pflegenden und die Qualität der Pflege leiden. Ausser die Spitex-Organisation von Lena und Beatrice waren alle Spitex-Organisationen, die ich kennengelernt habe, auf diese Art und Weise organisiert. In der Spitex von Beatrice und Lena sind es lediglich zwei Stützpunkte und die Geschäftsleitung arbeitet direkt in einem der beiden Stützpunkte. Sie sehen ihre Kolleginnen täglich bevor sie zur Tour aufbrechen und wenn sie zurückkommen und bekommen so Probleme aus dem Alltag sehr direkt mit.

Als ein weiterer wichtiger Faktor hat sich die individuelle Persönlichkeit der Leitungspersonen herauskristallisiert. Je nach Einstellung und Philosophie, die eine Führungsperson vertritt, kann sie den ökonomischen Druck auf die Pflegenden verstärken oder abschwächen. Fast alle meiner Gesprächspartnerinnen haben Leitungswechsel miterlebt und erzählten, dass sich die Arbeitsbedingungen innerhalb derselben Organisation je nach Leitung sehr stark unterscheiden können. Im Fall von Doris und Patrizia hatte sich beispielsweise die Situation durch eine sehr betriebswirtschaftlich geprägte Betriebsleitung dramatisch verschlechtert. Auch Carmen erzählte, dass sie einen enormen Unterschied spürt zwischen der früheren Leiterin, die sich bei jeder einzelnen Klientin und jedem einzelnen Klienten persönlich dafür eingesetzt hätte, soviel Zeit wie möglich herauszuschlagen, und

der jetzigen Situation, in der ihnen oft nur noch ein absolutes Zeitminimum zur Verfügung stehe. Auch bei Petra und Sarah wurde in den Gesprächen deutlich, dass viele ihrer Probleme im Arbeitsalltag darauf gründeten, dass ihre Erfahrungen aus der Praxis und ihre Kompetenzen als Pflegefachfrauen von der Geschäftsleitung ignoriert wurden und immer weitere Regelungen eingeführt wurden, die Einsparungen ermöglichen sollten.

Deutlich wurde auch, dass in Spitex-Organisationen, die innerhalb kurzer Zeit mehrfach grossen Umstrukturierungen (z.B durch Fusionen) unterzogen wurden, das Arbeitsklima tendenziell stark leidet.

Einen grossen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben auch Faktoren wie die jeweilige momentane Arbeitsbelastung (d.h. die Anzahl Klientinnen und Klienten, die versorgt werden müssen), die Personalsituation einer Spitex (Anzahl der Mitarbeitenden im Verhältnis zu den zu leistenden Einsätzen sowie die Qualifikationen der Mitarbeitenden) oder die allgemeine Betriebskultur (Zusammenhalt des Teams, Möglichkeiten zu individuellen Absprachen bezüglich der Einsatzplanung).

Geographische Faktoren sind besonders hinsichtlich der Wegzeiten von Bedeutung. In ländlichen Regionen sind die Wege zwischen den Einsätzen teilweise sehr lang, weshalb sie in der Einsatzplanung zwingend berücksichtigt werden müssen. Für die Mitarbeitenden ist dies tendenziell angenehm, da sie weniger zeitlichem Stress ausgesetzt sind. Für die Organisation sind die langen Wege jedoch ein negativer Kostenfaktor, da Wegzeiten nur pauschal subventioniert werden und nicht nach realem Zeitaufwand. Deshalb ist ein Grossteil der Wegzeiten unproduktive Zeit, für welche die Spitex selber irgendwie aufkommen muss. Diese Ausgaben müssen an anderen Orten wieder eingespart werden. In der Stadt sind die Wege zwar ein kleinerer Kostenfaktor, für die Mitarbeitenden gibt es jedoch oft mehr Stress, da die Wegzeiten in der Planung ignoriert werden. Besonders die Pflegenden in der Behandlungspflege haben in der Stadt viel mehr Einsätze am Tag als auf dem Land. Die fehlende Zeit summiert sich dadurch im Laufe des Tages viel stärker, als wenn nur wenige Einsätze geleistet werden müssen.

Ein weiterer Faktor, der mit der Finanzierung zusammenhängt, ist, dass die Stundentarife für die Spitex-Pflege im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung von 2011 schweizweit vereinheitlicht worden sind, die Lohnkosten jedoch in den Kantonen sehr unterschiedlich sind (Zogg 2011: 94). Auch dies könnte ein Grund sein, warum einige Spitex-Organisationen den Druck stärker spüren als andere.

Wie aus dieser (unvollständigen) Darstellung ersichtlich wurde, gibt es unzählige Faktoren, die dazu beitragen, dass der ökonomische Druck in einem Spitex-Betrieb mehr oder weniger stark spürbar ist. Die Situation jeder Spitex muss daher individuell analysiert werden.

Teil III: Care-Arbeit und neoliberale Wirtschaftslogik

9 Diskussion der Ergebnisse

9.1 Care-Ökonomie im Widerspruch zur neoliberalen Wirtschaftstheorie

Die Vertreterinnen der aus der feministischen Wissenschaftstradition hervorgegangenen Care-Ökonomie wenden sich explizit gegen den Anspruch der neoliberalen Ideologie, auch Care-Arbeit anhand klassischer Wirtschaftsmodelle analysieren und erklären zu wollen. Sie betonen, dass sich die Funktions- und Handlungslogik, die der Care-Arbeit zugrunde liegt, fundamental von gängigen markttheoretischen Vorstellungen unterscheidet, weshalb sie auch nicht mit denselben Kategorien analysiert, geschweige denn nach denselben Kriterien organisiert werden kann wie die Produktion von Gütern in der kapitalistischen Marktwirtschaft. Vielmehr gehen sie von der Care-Arbeit als einem eigenen Wirtschaftsbereich aus, „bei dem die Produktion und die Dienstleistungen, seien sie bezahlt oder nicht, primär und direkt auf das Wohlergehen von Menschen ausgerichtet sind und nicht auf die Produktion für einen anonymen Markt“ (Madörin 2009a: 9). Die neoliberale Wirtschaftstheorie basiert auf einem Menschenbild, welches das Individuum als zweckrational nach dem Prinzip der persönlichen Nutzenmaximierung handelndes Subjekt versteht, das durch einen rationalen Umgang mit knappen Mitteln versucht, seine Bedürfnisse möglichst umfassend zu befriedigen. Dieser „homo oeconomicus“ ist ein geschlechtsneutrales Wirtschaftssubjekt ohne soziales Netzwerk, in seinen Handlungen ausschliesslich von Zweckrationalität, Nutzenmaximierung und Eigeninteresse geleitet (Jochimsen/Knobloch 1994: 30). Im Gegensatz dazu reduzieren die Vertreterinnen der Care-Ökonomie das handelnde Subjekt nicht auf eigennütziges Gewinnstreben. Sie betonen, dass jedes Individuum in ein soziales Umfeld eingebettet ist und daher nicht als völlig unabhängig handelnder Akteur konstruiert werden kann. Aus der sozialen Einbettung des Individuums resultiert auch ein breiteres Spektrum an handlungsleitenden Motivationen, die nicht ausschliesslich auf Eigennutz reduziert werden können. Aus den Interviews, die ich mit Mitarbeiterinnen der Spitex führte, wird klar ersichtlich, dass für meine Gesprächspartnerinnen die professionelle Pflegearbeit zwar eine ganz normale Berufsarbeit ist, mit der sie ihr Geld verdienen, dass aber gleichzeitig sowohl bei der Berufswahl als auch bei der alltäglichen Ausführung ihrer Arbeit ganz andere Motive im Vordergrund stehen als ökonomische Interessen oder das Bestreben nach sozialem Status und gesellschaftlicher Anerkennung.

Die klassische Wirtschaftstheorie geht davon aus, dass Produktivitätsgewinne überall

möglich sind, oder dass zumindest die weniger produktiven Tätigkeiten durch produktivere ersetzt werden können. Der Rationalisierung der Care-Arbeit sind jedoch deutliche Grenzen gesetzt. Zwar lässt sich durch medizinische und technische Entwicklungen der zeitliche Aufwand für einzelne Handlungen verringern, der eigentliche Betreuungsprozess entzieht sich jedoch weitestgehend einer Beschleunigungslogik. Eine Steigerung der Arbeitsproduktion ist im Care-Bereich nur bedingt möglich und nur sehr begrenzt sinnvoll (Donath 2000, Madörin 2005, 2009a). Eine Besonderheit der Care-Arbeit besteht darin, dass die Beziehung zwischen Care-Dienstleistenden und ihren „Kunden“ nie nur eine über den Markt vermittelte Sachbeziehung ist. Produktions- und Konsumationsprozess können nicht getrennt werden, der Austausch findet direkt zwischen Menschen statt und nicht über den anonymen Markt. Anders als die Produzenten und Konsumenten, die in der klassischen betriebswirtschaftlichen Logik nichts miteinander zu tun haben, setzen Care-Tätigkeiten eine zwischenmenschliche Beziehung voraus; es sind immer Subjekt-Subjekt-Beziehungen (Madörin 2007: 154, 2009a, 2009b, McDowell 2009: 9). Diese zwischenmenschlichen Beziehungen sind ein integraler Teil des Arbeitsprozesses, die gegenseitigen Gefühle, die Kommunikation und die Qualität der Beziehung sind sowohl ein wichtiger *Teil der Leistung* als auch *Teil der Qualität der Leistung* (Madörin 2007: 154). Diese emotionalen Aspekte der Care-Arbeit können daher nicht beschleunigt oder wegrationalisiert werden, ohne dass ein ganz zentraler Teil der erbrachten Dienstleistung verlorengeht. Ausserdem sind emotionale Arbeitsleistungen mit objektiven, standardisierten Leistungslisten und Qualitätskriterien nicht erfassbar und nicht messbar und passen somit nicht in die Vorstellung der messbaren Effizienz als Grundlage erfolgreichen Wirtschaftens. Die Care-Logik steht in einem inneren Widerspruch zur betriebswirtschaftlichen Logik und stellt somit wesentliche Elemente des New Public Managements in Frage.

Auch für die Mitarbeiterinnen der Spitex selber ist es schwierig, die emotionalen Komponenten ihrer Arbeit genau zu definieren. Es kann dafür weder theoretisch noch in der Praxis einen standardisierten Aufgabenkatalog geben, der aufzeigt, welche exakten Leistungen im Bereich der Beziehungsarbeit von den Pflegenden erfüllt werden müssen. Die Pflegenden müssen sich auf die jeweilige individuelle Pflegesituation einlassen und spontan reagieren können. Die Inhalte, Formen und Grenzen der Beziehungsarbeit müssen in der Pflegepraxis ständig zwischenmenschlich verhandelt und angepasst werden. Die individuelle Natur der emotionalen Leistungen verunmöglicht es, diese Teile der Pflegearbeit exakt überprüfbar und verrechenbar zu machen. Durch die Reduktion der Pflege auf die objektiv messbaren Aspekte, wie sie heute zunehmend vorgenommen wird, verliert die Pflege sehr viel an Wert.

Zusammenfassend lässt sich die Care-Ökonomie als Perspektive beschreiben, welche die Wirtschaft immer als eingebettet in die gesellschaftlichen Verhältnisse versteht und die Interaktionen und gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Bereichen analysieren will. Wirtschaft ist aus Sicht der Care-Ökonomie kein System, das

mathematisch-rationalen Kriterien folgt, sondern Teil eines sozialen Gebildes, das immer einem gesellschaftlichen Aushandlungsprozess unterliegt. Die Individuen als Akteure sind wichtig und dürfen nicht ignoriert werden. Sie sind soziale Wesen mit einem sozialen Umfeld und persönlichen Beziehungen, sie verfügen über unterschiedliche Ressourcen und reagieren unterschiedlich. Um den Erfolg eines Wirtschaftssystems beurteilen zu können, sind nicht nur abstrakte Zahlen ausschlaggebend, sondern insbesondere auch das Wohlbefinden der Individuen. Care-Tätigkeiten sind ein fundamentaler Bestandteil jedes Wirtschaftssystems, da die Sorge- und Reproduktionsarbeit die Grundlage allen menschlichen Lebens ist (Power 2004: 4f.).

Diese care-ökonomische Perspektive, die Individuen als soziale Akteure in den Mittelpunkt des Interesses stellt und ihre Lebenswelt und ihre Ansichten und Erlebnisse in die Analyse miteinbezieht, liegt dieser Arbeit zugrunde.

9.2 Die ökonomische Kolonialisierung der Spitex-Welt

Aus den aufgezeigten grundsätzlichen Widersprüchen zwischen der Logik der Care-Arbeit und der neoliberalen Wirtschaftslogik folgt, dass eine einseitige Fixierung auf marktwirtschaftliche Effizienzkriterien und entsprechende Koordinationsmuster den komplexen Herausforderungen an die öffentliche Gesundheitsversorgung in keiner Weise gerecht werden kann. Wie ich in dieser Arbeit am Beispiel der Spitex aufgezeigt habe, wird gegenwärtig in der Gesundheitspolitik jedoch nichtsdestotrotz unerbittlich auf ebendiese Modelle zurückgegriffen (Madörin 2009b: 68).

Der Neoliberalismus hat sich im Kontext der Krise der fordistischen Gesellschaft im Kampf um die Neuordnung der Gesellschaft als hegemoniales Projekt durchgesetzt. Im Rahmen des New Public Management findet eine umfassende Reform des Wohlfahrtsstaates und seiner sozialen Institutionen statt. Bestandteil dieser Form öffentlicher Verwaltung ist in vielen Fällen eine vollständige oder partielle Privatisierung von bis dahin öffentlich getragenen wohlfahrtsstaatlichen Leistungen. Wie Bauer (2008: 146) ausdrücklich betont, reicht das Aufzeigen einer Strukturveränderung hin zu privatwirtschaftlichen Trägerschaften von Institutionen und Organisationen im Gesundheitswesen jedoch nicht aus, um die Ökonomisierung sichtbar zu machen. Denn häufig vollziehen sich Prozesse der Ökonomisierung unbemerkt und implizit innerhalb der traditionellen (d.h. öffentlichen) Trägerschaftsstrukturen. Durch eine Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse, eine Abschwächung des Kündigungsschutzes oder einer Anpassung des Lohnsystems werden Organisationen und Organisationseinheiten den Bedürfnissen und Ansprüchen betrieblicher Effizienzkriterien angepasst. Am Beispiel der Non-Profit-Spitex habe ich in dieser Arbeit aufgezeigt, dass Ökonomisierung in den meisten Fällen eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen bedeutet.

Besonders in seinen späteren Schriften analysierte Bourdieu immer wieder das fortschreitende Übergreifen der kapitalistischen Wirtschaftslogik auf andere gesellschaftliche Teilsysteme. Aus der Sicht Bourdieus durchlebt der traditionelle Wohlfahrtsstaat seit den 90er-Jahren eine regelrechte neoliberale Transformation (1997: 127ff.). Er bezeichnet den Prozess des zunehmenden Eindringens der neoliberalen Ideologie in alle Bereiche der modernen Gesellschaft als „Intrusion“ (Bourdieu 1998: 112ff.). Bourdieu beschreibt diesen Prozess der Intrusion vor allem am Beispiel der Kulturproduktion (Bourdieu 2001: 82–99, 1999, spezifisch für das Feld des Journalismus: 1998: 112–121). Die Erkenntnisse und Schlüsse, die er aus den gewählten Beispielen gewinnt, können aber auch auf andere gesellschaftliche Bereiche – wie zum Beispiel das Gesundheitswesen – übertragen werden.

Nach Bourdieu existieren innerhalb einer Gesellschaft verschiedene soziale Felder. Jedes soziale Feld hat eine eigene Handlungslogik, bzw. eigene feldspezifische Spielregeln. Wie Schimank und Volkmann (2008:383) betonen, sind diese sozialen Felder als gesellschaftliche Teilssysteme jedoch nicht unabhängig voneinander, sondern auf vielfältige Art und Weise miteinander verflochten und voneinander abhängig. Kein soziales Feld ist völlig unabhängig von wirtschaftlichen Aspekten. Laut Bourdieu besteht in jedem sozialen Feld ein Spannungsverhältnis zwischen einem autonomen und einem weltlichen Pol. Während es am autonomen Pol darum geht, dass die Akteure „feldspezifisches Kapital“ erwerben, indem sie die Selbstreferentialität des Teilsystems hochhalten und dadurch „symbolisches Kapital“ gewinnen, streben die Akteure am weltlichen Pol des Teilsystems nach allgemeiner Anerkennung und nach „ökonomischem Kapital“ (Schimank/Volkmann 2008: 384, Bourdieu 1999, 1998). Ein soziales Feld lässt sich daher daraufhin untersuchen, inwieweit das Handeln der Akteure der feldspezifischen Logik folgt und inwieweit es durch die feldexterne kapitalistische Wirtschaftslogik geprägt wird (Schimank/Volkmann 2008: 384).

Die Autonomie der sozialen Felder ist bei Bourdieu keine absolute, sondern immer eine relative Größe (Schimank/Volkmann 2008: 385). Entscheidend ist aber, dass zwischen dem autonomen und dem weltlichen Pol eine klar definierte Grenze bestehen bleibt (Bourdieu 1999: 344, 533). Verschwindet diese Grenze zunehmend, kann von einer Intrusion gesprochen werden, d.h. von einem Eindringen von Marktlogiken in ein soziales Feld, in dem ökonomisches Denken (im Sinne von kapitalistisch neoliberalen Denken) traditionell schwächer ausgeprägt war. Die Ökonomisierung gesellschaftlicher Teilbereiche kann als tendenzielle Verkehrung der „Zweck-Mittel-Relation“ beschrieben werden (Kühn 2004: 26). Das ökonomische Handlungsmotiv ist das bestimmende, während die eigene Wertlogik des Teilssystems ihre handlungsleitende Bedeutung zunehmend verliert (Schimank/Volkmann 2008: 383). Wie Bauer (2008:142f.) hervorhebt, wäre es ein Fehlschluss, davon auszugehen, dass das Gesundheitswesen vor seiner Ökonomisierung nicht nach ökonomischen Kriterien der Effizienz und Effektivität ausgerichtet gewesen sei.

Aber es gibt im Vergleich zur heutigen Situation bedeutende graduelle Differenzen.

Schimank und Volkmann (2008: 385) identifizieren drei „Zugriffspunkte“ der Intrusion:

- Erstens steigt die *Ressourcenabhängigkeit* anderer gesellschaftlicher Teilssysteme von der Wirtschaft, entweder direkt oder über die staatliche Steuerung. Die wirtschaftliche Konkurrenz wird grösser und die staatlichen Gelder werden knapper.
- Zweitens kommt es zu einer Zunahme und *Gewichtsverstärkung betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte* in den Programmstrukturen der Teilssysteme.
- Und drittens werden die *Codes der Teilssysteme angegriffen*. Es besteht die Gefahr, dass die Akteure die feldspezifischen Codes Gesichtspunkten der Steigerung oder zumindest des Erhalts von Zahlungsfähigkeit unterordnen. Das Ethos eines sozialen Feldes wird gewissermassen von der betriebswirtschaftlichen Logik infiltriert.

Aus den Ergebnissen meiner Forschung wird ersichtlich, dass der ökonomische Gedanke im Pflegealltag der Spitex tendenziell immer dominanter wird. Am Beispiel der Spitex lassen sich diese drei Dimensionen der Ökonomisierung von Schimank und Volkmann (2008) feststellen.

Auf der Ebene der *Ressourcenabhängigkeit* kann festgehalten werden, dass die Subventionen der öffentlichen Hand in den letzten Jahren reduziert wurden und vor allem, dass sie in vielen Kantonen nur noch unmittelbar leistungsbezogen ausbezahlt werden, was in vielen Fällen einer zusätzlichen Kürzung der finanziellen Mittel entspricht. Mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Januar 2011 wurde gezielt ein Wettbewerb zwischen den kommerziellen Spitex-Anbietern und der Non-Profit-Spitex eingeführt. Durch die Vergabe von öffentlichen Leistungsverträgen, die zu Subventionszahlungen berechtigen, auch an kommerzielle Spitex-Anbieter, steigt der Konkurrenzdruck unter den einzelnen Spitex-Organisationen. Da jedoch die Kantone als Subventionszahler keine Vorgaben bezüglich der Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden in den Spitex-Betrieben machen bzw. die Einhaltung von „orts- und branchenüblichen Arbeitsbedingungen“, wie sie beispielsweise im Leistungsvertrag des Kantons Bern (GEFb 2010: 7) gefordert werden, in der Praxis nicht kontrollieren, wird der Wettbewerb zwischen kommerziellen Spitexen und Non-Profit-Spitexen zu einem grossen Teil auf Kosten der Mitarbeitenden ausgetragen. Die kommerziellen Spitexen erwirtschaften ihren Gewinn aus den schlechteren Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden und auch die Non-Profit-Spitexen werden dazu gedrängt, im Personalbereich Kosten einzusparen, um konkurrenzfähig zu bleiben. Zudem ist auch für die Klientinnen und Klienten der Spitex-Markt kein wirklicher freier Markt, auf dem sie den Anbieter frei wählen können. Da die kommerziellen Spitexen keiner Versorgungspflicht unterliegen, können sie aus betriebswirtschaftlicher Sicht unrentable Pflegeinsätze ablehnen (z.B. Kurzeinsätze mit langen Wegzeiten). Wer also keine „rentable“ Krankheit hat, kann auch den Spitex-Anbieter nicht frei wählen. Und auch im

Bereich der Hauswirtschaft sind die Voraussetzungen für die verschiedenen Spitex-Dienstleister keinesfalls die gleichen. Die gemeinnützig-orientierte Non-Profit-Spitexen müssen für hauswirtschaftliche Leistungen einkommensabhängige Tarife (zuzüglich eines Vermögensanteils) verrechnen. Die kommerziellen Spitexen hingegen haben einheitliche Preise (Fischer 2001: 133, Gmür/Rüfenacht 2010: 397f., Moser 2008: 101ff.), weshalb ihr Angebot an hauswirtschaftlichen Leistungen besonders für finanziell bessergestellte Personen attraktiv ist. Durch diesen Kostenvorteil wiederum geraten der hauswirtschaftliche Bereich der Non-Profit-Spitexen und damit die Arbeitsverhältnisse der Mitarbeitenden in diesem Bereich noch mehr unter Druck.

Die *Gewichtsverstärkung betriebswirtschaftlicher Kriterien* in der Ausrichtung der Spitexen lässt sich unschwer daran erkennen, dass die Bedeutung von Qualitätsmanagement, Wachstumszielen und Produktivitätsvorgaben in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Und auch Aspekte der *Unterordnung feldspezifischer Codes unter Anforderungen der Wirtschaftlichkeit* werden am Beispiel der Spitex sichtbar. Die Non-Profit-Spitex wird zunehmend von marktlogischen Organisations- und Bewertungskriterien infiltriert und ökonomische Effizienzanforderungen gewinnen immer mehr die Oberhand gegenüber feldspezifischen Logiken wie der sozialen Aufgabe und Verantwortung der Spitex oder dem Wert der zwischenmenschlichen Beziehungen für die Pflegequalität. Spezifische Qualitätsmerkmale der Pflege wie die Beziehungsarbeit verlieren an Bedeutung und werden zunehmend Kostenüberlegungen untergeordnet. Um kosteneffizient arbeiten zu können, wird die Zeit für emotionale Arbeit aus der Einsatzplanung gestrichen und Wegzeiten werden bei der Planung ignoriert. Somit steigt die Produktivität der einzelnen Mitarbeitenden und des Betriebs insgesamt. Die Bezeichnung der pflegebedürftigen Personen als „Kunden“, wie es in einigen Spitex-Organisationen bereits üblich ist, verweist ebenfalls auf eine Übernahme betriebswirtschaftlichen Denkens.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass der Prozess der Intrusion, um mit Bourdieu zu sprechen, im Bereich der Spitex in vollem Gange ist.²⁵ Die Entwicklungen und Reformen der letzten Jahre machen deutlich, dass die marktwirtschaftliche Logik auch im Bereich der gemeinnützig ausgerichteten Non-Profit-Spitex zunehmend an Einfluss gewinnt. Durch die ökonomische Kolonialisierung der Spitex-Welt geraten traditionelle Werte der Pflegearbeit in Gefahr, gegenüber betriebswirtschaftlichen Kriterien an Einfluss zu verlieren und diesen untergeordnet zu werden. Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wurde, hat dies für die Pflegenden weitreichende Folgen in ihrem Arbeitsalltag und für ihr Berufsverständnis.

²⁵ Die Spitex stellt jedoch bei Weitem keine Ausnahme dar. Ökonomisierungstendenzen können in fast allen gesellschaftlichen Bereichen beobachtet werden.

9.3 Abwertung und Entfremdung

Die grundsätzliche gesellschaftliche Tendenz zur Abwertung der Pflegearbeit aufgrund ihrer Haushaltsnähe und ihrer sozialen Konstruiertheit als Frauenberuf wurde bereits im ersten Teil dieser Arbeit aufgezeigt. In diesem Kapitel geht es mir nun darum, zu analysieren, inwieweit und in welcher Form die Ökonomisierung des Pflegesektors die persönliche Beurteilung und Bewertung der Pflegearbeit durch die Pflegenden selbst beeinflusst.

Wie Madörin (2007: 154) schreibt, kann bei der heutigen Organisation der Care-Tätigkeiten im formellen Sektor eine Tendenz der Entfremdung der Arbeit von den ausführenden Personen festgestellt werden. Dabei handelt es sich um eine andere Art der Entfremdung, als Marx sie für die industrielle kapitalistische Produktion beschrieben hat. Die Entfremdung der Care-Arbeit beruht nicht auf der Sinnentleerung der Arbeitstätigkeit, sondern gerade im Gegenteil auf dem unmittelbar erkennbaren Sinn einer direkten zwischenmenschlichen Care-Dienstleistung. Wie bereits beschrieben wurde, ist es für die Qualität einer Pflegehandlung wichtig, dass die pflegende Person emotional Anteil nimmt und in ihrem Handeln von einer „Caring-Motivation“ (Jochimsen 1999a) geleitet wird. Ebenfalls zentral für den Wert einer Care-Tätigkeit ist, dass die pflegeempfangende Person vom Handeln der pflegenden Person überzeugt ist. Durch den hohen Spardruck und die Ausrichtung der professionellen Pflegearbeit nach betriebswirtschaftlichen Effizienzanforderungen werden die Pflegenden jedoch zunehmend dazu gezwungen, auf eine Art und Weise zu pflegen, die ihren eigenen Vorstellungen von guter Pflege widerspricht und die auch von den gepflegten Personen nicht als angemessene Pflege akzeptiert wird. Die Kontrolle über ihre eigene Arbeit wird den Pflegenden zunehmend weggenommen und durch standardisierte Leistungsvorgaben und eine standardisierte Erfolgsmessung ersetzt, was eine Entfremdung zur Folge hat. Dies drückte sich in den Gesprächen, die ich geführt habe, darin aus, dass die Spitex-Mitarbeiterinnen sehr oft eine Distanzierung vornahmen zwischen ihnen als Pflegenden und den Personen, welche die Pflege organisieren oder über Pflegepolitik entscheiden. Diese Abgrenzung in ein „wir“ (die Pflegenden an der Basis) und „die“ (die Leitungspersonen und Politiker) wiederholte sich in den Gesprächen immer wieder, insbesondere dann, wenn die Pflegenden ihr Unverständnis über die aktuelle Pflegeorganisation und -politik zum Ausdruck bringen wollten.

Die Mitarbeitenden der Spitex sind es sich gewohnt, sehr selbständig zu arbeiten und sehr viel Verantwortung zu tragen. Dies beinhaltet aber auch, dass sie die Mittel und Möglichkeiten haben wollen, selber über ihr Handeln zu bestimmen. Gibt man ihnen auf die Minute genau vor, wie viel Zeit sie für eine bestimmte Pflegeleistung brauchen dürfen, schränkt man sie in ihrer Handlungsfreiheit und Entscheidungskompetenz enorm ein. Man spricht ihnen die Kompetenz ab, in den individuellen Pflegesituationen einschätzen zu

können, was eine pflegebedürftige Person braucht. Die Personen, die im Gesundheitswesen am intensivsten an der für die Pflege charakteristischen Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen pflegender und pflegeempfangender Person beteiligt sind und daher über die Qualität der Pflege sowie über die Resultate derselben am meisten wissen, werden häufig von den Entscheidungsfindungen darüber, was eine gute und effektive Pflegeleistung ausmacht, ausgeschlossen (Madörin 2007: 154). Die ökonomische Logik spricht den Pflegenden die Kompetenz ab, bezüglich der Definition von guten und notwendigen Pflegeleistungen mitreden zu können. Ihre Erfahrungen aus der alltäglichen Pflegepraxis haben keinen Wert gegenüber der unfehlbaren Logik der Zahlen. Viele qualifizierte und sehr praxiserfahrene Pflegefachkräfte sehen ihre eigene Kompetenz durch diesen Prozess der ökonomischen Kolonialisierung entwertet. Bei den ganzen Reformprozessen und Umstrukturierungen werden die Pflegekräfte kaum einmal gefragt, was sie brauchen würden, um ihre Arbeit ihren Vorstellungen und Ansprüchen entsprechend ausführen zu können. Ebenso werden die Leistungen, die sie erbringen, hauptsächlich nach festgelegten ökonomischen Kriterien bewertet und nicht aufgrund fachlicher Kriterien (Madörin 2007: 155). Diese beinahe ausschliessliche Bewertung der von ihnen geleisteten Arbeit aufgrund von ökonomischen Effizienzkriterien kommt für meine Gesprächspartnerinnen einer Abwertung ihrer Arbeit gleich. Wenn man ihnen nicht genug Zeit gibt, um ihre Arbeit gut zu machen, bedeutet das für sie, dass man nicht anerkennt, was sie leisten.

Wie im ersten Teil dieser Arbeit aufgezeigt wurde, besteht ein Grossteil der Motivation meiner Gesprächspartnerinnen für ihren Beruf in der Überzeugung, dass ihre Arbeit sehr sinnvoll ist und einen sehr hohen sozialen Wert hat. Wenn sie ihren eigenen qualitativen Ansprüchen an ihre Arbeit aufgrund struktureller Faktoren nicht mehr gerecht werden können, verliert ihre Arbeit somit gleichzeitig auch viel an Sinnhaftigkeit und die Pflegenden können sich viel weniger stark mit ihrer Arbeit identifizieren. Wie Pauperman (2008) betont, müssen für eine respektvolle Pflege die Pflegenden ebenso respektiert werden, wie die pflegebedürftigen Personen. Unzureichende Mittel, eine übermässige Arbeitslast und eine ungenügende rechtliche und symbolische Anerkennung (beispielsweise durch sehr bescheidene Entlohnung oder eine Positionierung der Care-Berufe auf den untersten Stufen der Berufshierarchie) führen dazu, dass einerseits die Arbeitsleistung der Pflegenden abgewertet wird und gleichzeitig die abhängigen Personen in ihren Rechten missachtet werden (siehe auch Bonvin 2009: 84).

Besonders interessant im Hinblick auf die Auswirkungen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens auf die Einstellungen und Positionierungen der Pflegenden ist der Artikel von Bauer (2008). Er fragt nach den Auswirkungen, die sich durch den Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien in besonders sensible Bereiche der sozialstaatlichen Versorgung ergeben. Dabei nimmt er eine akteursorientierte Perspektive ein und bezieht auch die Handlungsebene der individuellen Akteure in seine Analyse mit ein. Anhand des Datenmaterials einer Pilotstudie zu Ökonomisierungsfolgen im stationären

Bereich von Buhr und Klinke (2006) untersucht Bauer, wie die Pflegenden auf die ökonomisch induzierten Wandlungsphänomene reagieren. Er kommt zum Ergebnis, dass sich die Pflegenden bezüglich ihrer Einstellungen zur Ökonomisierung ihrer Arbeitswelt in drei idealtypische Gruppen einteilen lassen: einen *kritischen Pol*, einen *ambivalenten Pol* und einen *ökonomischen Pol* (2008: 152f.). Dem kritischen Pol ordnet er Pflegekräfte zu, die bezüglich der Ökonomisierungstendenzen vor allem auf die negativen Folgen für Pflegende und Patienten verweisen. Die Pflegenden des ambivalenten Pols hingegen differenzieren stärker zwischen Negativ- und Positivdynamiken und betonen beispielsweise auch mit der Ökonomisierung verbundene positiv bewertete Professionalisierungsprozesse ihres Berufs. Am ökonomischen Pol findet sich eine bezüglich der Verbetriebswirtschaftlichung insgesamt befürwortende Haltung und die „Unterordnung unter eine ökonomische Sachzwanglogik“ (Bauer 2008: 154). Die Pflegenden am ökonomischen Pol übernehmen dominante Deutungsmuster des Ökonomisierungsdiskurses, Versorgungsmängel in der Pflege werden geleugnet. Bauer (2008: 154) beschreibt zudem eine Individualisierung der Strukturprobleme als charakteristischer Zug der Unterordnung unter eine als unabwendbar angesehene Ökonomisierungslogik, d.h. die aus dem System resultierenden Problematiken im Pflegealltag werden auf die individuelle Ebene verschoben.

Bauer (2008: 156) sieht eine grosse Gefahr der Ökonomisierung des Gesundheitswesens darin, dass das Pflegepersonal zwar den Verlust ihrer Handlungsautonomie sehr intensiv erlebt, es aber gleichzeitig häufig nicht vermag, eine eigene starke Berufsethik gegen den ökonomischen Druck aufrecht zu erhalten. Im Sinne Bourdieus argumentiert er, dass ökonomische Zwänge als Denkgebote und Denkverbote wirken, die sukzessive zu einer Identifikation mit dem ökonomischen Imperativ führen:

Eine aktive kritische Positionierung wird durch die Übernahme dominanter Deutungsmuster eliminiert, die Beschäftigten erliegen der kulturellen Hegemonie der ökonomischen *doxa*. Im Sinne eines solchen von Pierre Bourdieu (1987: Kap. 8) bezeichneten symbolischen Gewaltverhältnisses wirken sie damit an ihrer eigenen Machtlosigkeit mit (Bauer 2008: 156).

Auch wenn ich keine meiner Gesprächspartnerinnen dem ökonomischen Pol nach Bauer zuordnen würde, lassen sich in den Interviews Aussagen finden, die darauf hindeuten, dass die ökonomischen Zwänge von einigen Pflegenden als unausweichliche Gegebenheiten interpretiert werden. Der Satz: „Ich verstehe ja, dass wir sparen müssen“ oder „Natürlich müssen wir sparen!“ taucht in dieser oder ähnlichen Versionen in den verschiedensten Gesprächen immer wieder auf. Es wurde deutlich, wie schwierig es für die Pflegenden ist, sich der neoliberalen Hegemonie zu widersetzen, die sich im öffentlichen Diskurs als eine „zentrale Leitsemantik zur Regulierung des Sozialen“ (Maeder 2004: 13) etabliert hat. Denn der Neoliberalismus bestimmt die aktuelle Tagespolitik, die Medienöffentlichkeit und das Massenbewusstsein so stark wie keine andere Weltanschauung. Das neoliberale Denken ist in fast alle Lebensbereiche eingedrungen und die öffentliche

Meinungsführerschaft des Marktradikalismus ist deshalb nur schwer zu durchbrechen (Butterwegge et al. 2008: 11f.). Wie auch Bourdieu betont (2001: 7), hat sich die neoliberale Ideologie als eine ökonomisch-politische Orthodoxie so universell durchgesetzt und ist so einmütig akzeptiert, dass sich jegliche Diskussion und Infragestellung zu verbieten scheint.

Die Ökonomie, die der neoliberale Diskurs zum Modell erhebt, verdankt eine bestimmte Anzahl ihrer – vorgeblich universellen – Züge der Tatsache, dass sie in eine besondere Gesellschaft eingebettet (*embedded*) ist, d.h. in einem System von Überzeugungen und Werten und in einer moralischen Weltsicht verwurzelt ist, kurz; in einem *ökonomischen common sense*, der sich als solcher mit den kognitiven und Strukturen einer bestimmten sozialen Ordnung verbindet (Bourdieu 2001: 28).

Diese neoliberale Hegemonie im öffentlichen Diskurs führt für die Pflegenden dazu, dass sie sich gegenüber der Logik der Wirtschaftlichkeit und Effizienz oft hilflos fühlen. Auch wenn sie sich bezüglich der momentanen Entwicklungstendenz der Spitex unbehaglich fühlen und dem Zwang zur Ökonomisierung gerne etwas entgegenhalten möchten, ist es ihnen oft unmöglich, gegen die scheinbar unabwendbaren Tatsachen der Zahlen und des Spardrucks zu argumentieren.

9.4 Unbezahlte Arbeit: Zwischen Widerstand und Ausbeutung

Unbezahlte Arbeit wurde im Bereich der Spitex bisher ausschliesslich im Zusammenhang mit der von Angehörigen geleisteten unbezahlten Pflegearbeit thematisiert (z.B. Perrig-Chiello et al. 2010). Ich möchte an dieser Stelle jedoch den Fokus auf die unbezahlte Arbeit legen, die von den Mitarbeitenden der Spitex innerhalb ihres beruflichen Arbeitsalltags geleistet wird.

Unbezahlte Arbeit ist ein zentrales Thema der Care-Ökonomie. Die Vertreterinnen der feministischen Ökonomie kritisieren an der gängigen Wirtschaftstheorie, dass diese die unbezahlte Arbeit völlig ignoriert und ihre Analysen und Modelle lediglich auf die Erwerbsarbeit ausrichtet (Knobloch 2009: 30ff.). Für die Verfechterin einer care-ökonomischen Perspektive auf die Gesellschaft gehört auch die – vor allem von Frauen – unbezahlt geleistete Arbeit zur Wirtschaft, denn auch im unbezahlten Sektor wird gesellschaftlicher Wert produziert. Sie sehen die beiden Bereiche als Teil eines wirtschaftlichen Systems und schliessen auch die Interdependenzen zwischen den beiden Bereichen in ihre Analysen ein (Jochimsen/Knobloch 1994: 29, Donath 2000: 117, Madörin 2009a: 12). Berühmt geworden in diesem Zusammenhang ist der Bielefelder Subsistenzansatz von Bennholdt-Thomsen, Mies und von Werlhof (1992), welche die These vertreten, dass die kapitalistische Produktionsweise auf Subsistenzwirtschaft (darin eingeschlossen ist auch die private Care- und Haushaltsarbeit) fundamental angewiesen ist und dass die eigentliche Grundlage der Wertschöpfung die Ausbeutung der unbezahlten

Arbeit ausserhalb der kapitalistischen Warenproduktion ist. Die Aufmerksamkeit liegt aus dieser Perspektive auf der ausserberuflich geleisteten unbezahlten Arbeit. Es gibt aber auch unbezahlte Arbeit innerhalb der Erwerbsarbeit. Eine zentrale Bedeutung hat die unbezahlte Arbeit innerhalb der Lohnarbeit in der marxistischen Theorie. Für Marx (1972) stellt die von den Arbeitnehmern unbezahlt geleistete Arbeit die Grundlage des Kapitalgewinns der Produktionsmittelbesitzer dar. Meine These hier ist, dass als Folge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens *innerhalb* der bezahlten, erwerbswirtschaftlich organisierten Care-Arbeit von den Pflegenden zunehmend unbezahlte Arbeit geleistet wird. Diese unbezahlte Arbeit dient im Bereich der Non-Profit-Spitex nicht dazu, Kapitalgewinn im eigentlichen Sinn zu erwirtschaften, trägt jedoch wesentlich dazu bei, dass die Spitex-Betriebe aus wirtschaftlicher Sicht effizienter und kostengünstiger funktionieren können. Zudem ermöglicht die unbezahlt geleistete Arbeit der Pflegenden das Einhalten eines gewissen Qualitätsniveaus der Spitex-Pflege.

Ich bin im Rahmen meiner Forschung auf verschiedene Varianten von unbezahlter Arbeit gestossen. Einerseits habe ich beschrieben, dass Mitarbeitende der Spitex teilweise auf die Anrechnung von geleisteter Arbeit als Arbeitszeit verzichten, um ökonomische Anforderungen und Leistungskriterien zu erfüllen. Der hohe ökonomische Leistungs- und Effizienzdruck, dem die Mitarbeitenden ausgesetzt sind, wirkt sich dahingehend aus, dass Mitarbeitende der Spitex, indem sie einen Teil ihrer Arbeit ausserhalb der offiziell anerkannten Arbeitszeit leisten, teilweise auch Leistungsanforderungen erfüllen, die in der Praxis eigentlich unmöglich zu erbringen wären.

Andererseits habe ich festgestellt, dass besonders auch die emotionalen Anteile der Care-Arbeit in Form von unbezahlter Arbeit geleistet werden. Da die für eine bestimmte Pflegehandlung zur Verfügung stehende Zeit aufgrund des ökonomischen Drucks immer knapper bemessen wird, bleibt oft keine Zeit für Beziehungsarbeit. Trotzdem wird die emotionale Arbeit in der Praxis von den Pflegenden in grossem Umfang geleistet. Dies hat sich in meiner Forschung ganz deutlich gezeigt.

Dass emotionale Fähigkeiten aufgrund ihrer fehlenden offiziellen Zertifizierung oft sozusagen gratis in die berufliche Pflegearbeit eingebracht werden, habe ich bereits im Zwischenfazit zu Teil I besprochen. Die Ökonomisierung verschärft dieses allgemeine Dilemma der Pflegeberufe jedoch noch zusätzlich. Unbezahlte emotionale Arbeit wird bei der Spitex auf zwei Arten geleistet. Erstens haben mir mehrere Gesprächspartnerinnen erzählt, dass sie selber oder ihre Arbeitskolleginnen auf Arbeitspausen verzichten, um Zeit für Gespräche mit ihren Klientinnen und Klienten zu haben. Die zweite Form unbezahlt geleisteter Beziehungsarbeit ist weniger offensichtlich, deshalb aber nicht weniger bedeutend. Da für die Erbringung der emotionalen Arbeit keine oder nur ungenügende Zeit und Mittel einberechnet werden, kann sie auch als unbezahlte Arbeit betrachtet werden. Die physischen Handlungen, die ausgeführt werden, geben den Zeitplan der zu leistenden Arbeit vor, während die emotionalen Komponenten der Care-Tätigkeit für die Berechnung

der Zeitvorgaben eine untergeordnete oder sogar gar keine Rolle spielen. Da die wirtschaftliche Effizienz der emotionalen Arbeit nicht objektiv gemessen werden kann, werden diese von den finanzierenden Instanzen oft nicht anerkannt und sogar von den Care-Einrichtungen selber nicht in die Kostenrechnung der Leistungen aufgenommen (Bonvin 2009: 86). Somit wird ein Teil der emotionalen Arbeit, die von den Mitarbeitenden der Spitex in der Praxis geleistet wird, von offizieller Seite nicht anerkannt. Zum selben Ergebnis kommen auch Modak et al. (2008), die im Rahmen eines Forschungsprojekts Mitarbeitende von Sozialdiensten beobachteten, welche von Budgetkürzungen betroffen sind:

Die Care-Arbeit²⁶ wird erbracht, auch wenn sie nicht vorgeschrieben ist [...]. Dies sogar dann, wenn die Bedingungen schlecht sind, [...] manchmal fast im Geheimen, ohne moralische Unterstützung und mit zusehends schwächerer institutioneller Anerkennung (Modak/Messant 2009: 71).

Es stellt sich daher die Frage, warum im Care-Bereich tätige Personen in ihren Leistungen deutlich über das hinausgehen, was formell von ihnen verlangt wird, selbst wenn sie dabei Gefahr laufen, durch Überarbeitung ihr persönliches Gleichgewicht aufs Spiel zu setzen (Modak/Messant 2009: 71).

Die Antwort auf diese Frage liegt in der Natur der Care-Arbeit begründet. In einer Care-Beziehung stehen sich immer eine pflegende und eine verletzbare oder abhängige Person gegenüber (Bonvin 2009: 82). In Bezugnahme auf die Definition von Arlie Hochschild (2003) definieren Modak und Messant (2009: 72) „Care“ als eine oft wechselseitige emotionale Bindung zwischen einer Person, die Care-Leistungen anbietet, und einer anderen, der sie zugutekommt. Die pflegende Person fühlt sich dabei für das Wohlbefinden der pflegeempfangenden Person verantwortlich und erbringt eine geistige, emotionale und körperliche Arbeit, um diese Verantwortung zu tragen. Laut Jochimsen (2003b: 39) kommt dem Konzept der Asymmetrie eine zentrale analytische Bedeutung in der Theorie des Sorgens zu. Eine Sorgesituation zeichnet sich gemäss Jochimsen (2003a, 2003b: 40) durch die drei folgenden Kennzeichen aus:

- eine beschränkte oder gänzlich fehlende Handlungsfähigkeit der umsorgten Person,
- eine asymmetrische Ausgangspositionen der beteiligten Personen
- sowie eine daraus resultierende tatsächliche oder potentielle wechselseitige Abhängigkeit der beteiligten Personen.

Aufgrund der potentiellen oder tatsächlichen Asymmetrien und Abhängigkeiten sind Sorgesituationen „immer auch auf ganz sensible Art und Weise mit Machtfragen – und

²⁶ Modak et al. definieren in ihrer Studie „Care“ als die emotionalen Komponenten der Sozialarbeit.

damit auch mit Fragen der Ausbeutung – verbunden“ (2003b: 41). Ganz wichtig zu betonen ist, dass Asymmetrien und Abhängigkeiten nicht nur die umsorgte Person betreffen, sondern auch die Pflegenden:

Die beschränkte Handlungsfähigkeit der umsorgten Person kann sich in existenzieller und materieller Abhängigkeit, das heißt in der Unmöglichkeit, die Sorgesituation aus existenziellen oder materiellen Gründen zu verlassen, niederschlagen. Die besondere Sorgemotivation der sorgenden Person kann dazu führen, dass diese die Sorgesituation nicht verlässt, obwohl es für sie gute Gründe dafür gäbe (Jochimsen 2003b: 41).

Wie aus den von mir gesammelten Daten hervorgeht, ist die Identifikation der Pflegenden mit ihrer Arbeit in der Regel sehr hoch. Jochimsen (2009a: 95) sieht sogar die eigentliche Grundlage der Care-Arbeit in einer verantwortungsgeleiteten Identität der Pflegenden. Die Abhängigkeit der umsorgten Person kann sich bei einer entsprechenden verantwortlichen Motivation der sorgenden Person auf diese übertragen. Die Verletzlichkeit der pflegebedürftigen Person wird zum bestimmenden Moment, das ein Verantwortungsgefühl und daraus resultierende Sorgeaktivitäten auf den Plan ruft (Jochimsen 2003b: 41). Die „Caring-Motivation“ kann Abhängigkeiten hervorbringen, indem sie sicherstellt, dass Care-Arbeit auch unter schwierigsten Bedingungen geleistet wird. Eine grosse existentielle und materielle Abhängigkeit der pflegeempfangenden Person kann die Pflegenden in ein grosses moralisches Dilemma versetzen, das zur Aufopferung der Care-Gebenden führt (Jochimsen 2009a: 96f., Lanz 2009: 92).

Klassische Sorgesituationen, in denen Care-Leistungen für davon existentiell abhängige Personen erbracht werden, stehen daher immer in einem Spannungsfeld. Einerseits ist die sorgende Motivation der Pflegenden eine zentrale Grundlage dafür, dass Care-Arbeit grundsätzlich und in angemessener Qualität erbracht wird. Andererseits kann die Sorgemotivation aber auch ausgebeutet werden. Müssen Care-Tätigkeiten unter schlechten Arbeitsbedingungen mit zu knappen Zeitvorgaben, fehlender sozialer und finanzieller Anerkennung sowie fehlender Zeit für die Selbstsorge der Pflegenden geleistet werden, ist die Gefahr gross, dass die emotionale Arbeit ausgebeutet wird (Jochimsen 2003b: 49). Im Bereich der Spitex ist dies zunehmend der Fall. Die (zeitlichen) Ressourcen werden beschnitten, der Druck auf das Pflegepersonal steigt, sich auf instrumentelle Leistungen zu beschränken (Lanz 2009: 92). Schaut man die teilweise objektiv unmöglich erscheinenden Einsatzplanungen bei der Spitex an, wird ausserdem klar, dass an einigen Orten die Spitex nur noch funktioniert, weil die Pflegenden immer mehr arbeiten. Würden die Mitarbeitenden der Pflege bei der Spitex nur noch das tun, wofür sie bezahlt werden, würde das System zusammenbrechen: die Pflegequalität würde enorm sinken und die Unzufriedenheit der Klientinnen und Klienten deutlich ansteigen. Die Spitex funktioniert mit den heutigen Organisationsstrukturen nur noch, da ein Teil der Arbeitsleistungen – insbesondere emotionale Leistungen – ausgebeutet werden. Dies bestätigen auch Aussagen von im Rahmen der Studie von Künzi und Schär Moser (2002) befragten Pflegenden. Viele

von ihnen schätzten die Qualität der geleisteten Pflege zwar als gut ein, betonten aber, dass diese nur dank eines sehr grossen Einsatzes der Pflegenden gesichert werden könne, der diese bis an die Grenzen ihrer Kräfte führen würde (Künzi/Schär Moser 2002: 37).

Wenn Bischoff (1992: 146) schreibt, dass die (weiblichen) emotionalen Fähigkeiten im 19. Jahrhundert gebraucht wurden, um die strukturelle Inhumanität der Medizin und der Krankenhäuser zu überbrücken, so trifft das in gewisser Weise auch heute noch zu. Die ausgeprägten zwischenmenschlichen, emotionalen Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex und die Bereitschaft zur individuellen Mehrarbeit schwächen den ökonomischen Druck gegenüber den pflegebedürftigen Personen deutlich ab und ermöglichen es dadurch selbst unter schwierigsten Bedingungen, eine gewisse Pflegequalität aufrecht zu erhalten. In gewisser Weise kann das Erbringen unbezahlter emotionaler Arbeit als Widerstandsstrategie interpretiert werden, mit der die Pflegenden versuchen, gegenüber den ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Personen die Konsequenzen der Ökonomisierung der Spitex abzuschwächen. Gleichzeitig ist es jedoch auch eine Form von Ausbeutung. Wie ich im ersten Teil dieser Arbeit aufgezeigt habe, messen die Pflegenden der Beziehungsarbeit eine fundamentale Bedeutung für die Pflegequalität zu und es ist für sie keine Option, die emotionalen Anteile ihrer Arbeit nicht zu leisten. Die Kombination dieser zentralen Bedeutung, die die emotionale Arbeit in der Pflege hat und der Tatsache, dass den Pflegenden immer öfters die notwendigen zeitlichen Ressourcen für die Erbringung dieser Arbeit nicht zur Verfügung gestellt werden, führt dazu, dass die emotionale Arbeit der Pflegenden in der Folge des steigenden ökonomischen Drucks, der auf den Spitex-Betrieben lastet, ausgebeutet wird.

10 Fazit

Es war nicht mein Anspruch, in dieser Arbeit ein umfassendes Bild von der Situation der Non-Profit-Spitex aufzuzeigen. Vielmehr ging es mir darum, einige zentrale Aspekte der Spitex-Arbeit zu beleuchten und einen Eindruck davon zu vermitteln, wie sich die Arbeitswelt Spitex für die darin Beschäftigten durch eine zunehmende Ausrichtung der Spitex-Organisationen auf marktwirtschaftliche Effizienzkriterien verändert und wie einzelne Pflegende diese Entwicklung einschätzen, erleben und bewerten.

Es ist unter meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern unbestritten, dass es im Bereich der Spitex in den letzten Jahren und Jahrzehnten viele positive Entwicklungen gegeben hat. Grosse Fortschritte sehen sie besonders in Bezug auf die Professionalisierung (d.h. verbesserte und standardisierte Abläufe, Qualitätssicherung, Pflegedokumentation etc.) sowie bezüglich der Verbesserung von Pflege Techniken und der Modernisierung von Hilfsmitteln. Dass diese positiven Entwicklungen im Spitex-Sektor in dieser Arbeit wenig thematisiert worden sind, hat mit meiner spezifischen Fragestellung zu tun, die sich auf die

Ökonomisierung der Non-Profit-Spitex und deren Folgen konzentriert.

Die Ergebnisse meiner Forschung zeigen auf, dass eine zunehmende Ökonomisierung im Bereich Spitex real stattfindet und im Arbeitsalltag der Pflegenden spürbar ist. Die Tendenz, dass betriebswirtschaftliche Effizienz- und Rentabilitätskriterien in der Organisation und Ausrichtung gemeinnütziger Spitex-Organisationen stark an Bedeutung und Einfluss gewonnen haben, macht den Pflegenden Sorgen, da sie durch diese Entwicklung fundamentale Werte der Pflegearbeit in Frage gestellt sehen. Quantitativ messbare Kennzahlen oder Indikatoren gewinnen innerhalb der Spitex zunehmend an Einfluss wenn es darum geht, die Leistungen von einzelnen Mitarbeitenden sowie des gesamten Betriebs zu beurteilen. Solche quantitativen Angaben wie beispielsweise die Produktivitätszahlen, geben Aufschluss über die Rentabilität einer Spitex-Organisation, sagen aber nichts aus über die Qualität der geleisteten Pflege (siehe auch Binswanger 2010: 67), noch über die Arbeitsbedingungen, unter denen diese Arbeit geleistet wird.

In den Gesprächen mit Mitarbeiterinnen der Spitex wurden erhebliche Diskrepanzen zwischen dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden und den Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystem sichtbar (siehe auch Blüher 2004: 25). Im ökonomisierten Pflegesektor treffen zwei widersprüchliche Paradigmen aufeinander: während die betriebswirtschaftliche Logik nach dem Prinzip „Zeit ist Geld“ funktioniert, liegt der Pflegearbeit das Prinzip „Zeit ist Qualität“ zugrunde. Durch die Ökonomisierung wird die Zeit, die für Beziehungsarbeit benötigt würde, als Arbeitszeit jedoch teuer ist, zunehmend wegrationalisiert. Auf der Grundlage der von mir erhobenen Daten konnte aufgezeigt werden, dass die Beziehungsarbeit als Teil der Pflegearbeit jedoch von so fundamentaler Wichtigkeit ist, dass sie von den Pflegenden auf jeden Fall geleistet werden muss, auch wenn ihnen die zeitlichen Ressourcen dafür je länger je weniger zur Verfügung stehen. Die emotionale Arbeit wird durch die Ökonomisierung der Spitex zumindest in Teilen zu unbezahlter Arbeit, die ausgebeutet wird.

Die Spitex-Arbeit (und die berufliche Care-Arbeit im Allgemeinen) ist heute einer *doppelten Ideologisierung* unterworfen. Einerseits ist die Ideologie der Pflegearbeit als Frauenarbeit, die den natürlichen weiblichen Fähigkeiten entspricht, gesellschaftlich noch immer wirksam. Die emotionalen Anteile der Care-Arbeit werden nicht als professionelle Arbeitsleistungen anerkannt, sondern als private Beziehungen gewertet, für die keinerlei berufliche Qualifikationen erforderlich sind und die dementsprechend auch nicht entschädigt werden müssen. Wie Karsten (2003: 54) betont, wären Prozesse des negativen doing-gender im Care-Bereich nur abwendbar, wenn die ökonomische Theoriebildung die gesellschaftliche Wertschätzung und den gesellschaftlichen Wert der emotionalen Arbeit selbst zum Thema machen würde. Nur so könnte die gesamtgesellschaftliche, volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Arbeitsleistungen sichtbar gemacht und sowohl ökonomisch gleichstellungstheoretisch als auch sozial argumentierbar werden.

Durch die Professionalisierung der Spitex konnte zwar bis zu einem gewissen Grad eine gesellschaftliche Aufwertung der Pflegeberufe erreicht werden, die zunehmende Orientierung und Ausrichtung des Pflegesektors an Modellen der neoliberalen Wirtschaftsideologie stellt jedoch wieder eine Entwicklung in die umgekehrte Richtung dar. Aus einer rigiden Sparlogik heraus wird die Zeit, die den Pflegenden für ihre Arbeit zur Verfügung steht, immer weiter beschnitten. Indem die zeitlichen Ressourcen ausschliesslich nach den physischen Tätigkeiten bemessen werden, wird die emotionale Arbeit, die von den Pflegekräften auch geleistet wird, ignoriert und abgewertet. Wie Bauer und Bittlingmayer (2010: 666) betonen, konnte sich die Pflegearbeit durch die Professionalisierung zumindest ein Stück weit aus dem traditionellen, hierarchisch-paternalistischen Gefüge, in dem vor allem die weibliche Arbeitskraft ausgenutzt wurde, herauslösen. Gleichzeitig wird jedoch diese „Befreiung“ von einer neuen Form der Unterwerfung unter ökonomische Zwänge begleitet. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die emotionale Arbeit innerhalb der Care-Arbeit der gesellschaftlichen Anerkennung von Professionalität sowie der gesellschaftlichen Wertschätzung der Pflegearbeit abträglich ist. Durch den ökonomischen Druck wird sie zudem ausgebeutet.

Ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, das in dieser Arbeit nicht thematisiert werden konnte, ist die Frage nach der Zunahme von sozialen Ungleichheiten im Zugang zu pflegerischen Leistungen sowie bezüglich der Qualität der erhaltenen Pflege. Laut Bauer (2008: 150) ist der durch die zunehmende Ökonomisierung bedingte Qualitätsverlust in der Pflege nicht unspezifisch, sondern betrifft vor allem spezifische Patientengruppen. Die Tendenz, die Gesundheit immer mehr zu kommodifizieren, d.h. sie auf den Status einer Ware zu reduzieren, die auf dem Markt gehandelt wird, macht den Zugang zu Pflegeleistungen verstärkt von den ökonomischen Ressourcen einer pflegebedürftigen Person abhängig. Die Einführung einer Patientenbeteiligung für Spitex-Dienstleistungen im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung 2011 macht genau diese Entwicklung hin zu einer Abwälzung der Kosten auf die pflegebedürftigen Personen sichtbar. Es ist zu diesem Zeitpunkt noch zu früh, um die Folgen der Patientenbeteiligung zu analysieren. Spitex-Organisationen aus Kantonen, welche die Patientenbeteiligung bereits auf Anfang 2011 eingeführt hatten, berichten jedoch bereits über einen tendenziellen Rückgang der Pflegeeinsätze. Mit der Erhöhung der Kosten der Spitex-Leistungen für die Klientinnen und Klienten steigt die Gefahr, dass pflegebedürftige Menschen auf ärztlich verordnete Pflegeleistungen verzichten und dass stattdessen Angehörige stärker belastet werden. Dies könnte auf längere Sicht kontraproduktiv sein, da es sich bei den pflegenden Angehörigen oftmals um Ehepartner oder Ehepartnerinnen handelt, die altersbedingt selber auch bereits gesundheitlich angeschlagen sind. In der Folge könnte es zu einer steigenden Anzahl von Eintritten in stationäre Pflegeeinrichtungen kommen, was deutlich höhere Kosten verursacht als eine ambulante Betreuung (Der Bund 16.12.11.).

Eine Entwicklung in diese Richtung zeichnet sich bereits im hauswirtschaftlichen Bereich ab. Durch den Ausschluss der hauswirtschaftlichen Leistungen von den kassenpflichtigen Pflegeleistungen im Krankenversicherungsgesetz von 1996 wurde eine ganzheitliche Betrachtung der Pflegebedürftigkeit verhindert (Schwarzmann 2004: 24). Die ambulanten hauswirtschaftlichen Leistungen als von der Produktion her kostengünstigste Leistungen wurden so für die Klientinnen und Klienten der Non-Profit-Spitexen zu den teuersten Leistungen (Schwarzmann 2004: 27), wodurch eine Verschiebung der hauswirtschaftlichen Leistungen in den Sektor der kommerziellen Spitex-Anbieter ausgelöst wurde.

Ein weiterer spannender Themenbereich ist der Zusammenhang zwischen beruflicher und privater Care-Arbeit. Die Ergebnisse meiner Forschung weisen darauf hin, dass die aktuellen Ökonomisierungstendenzen im Spitex-Sektor für die Mitarbeitenden die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und privater Lebenswelt erschwert. Die allermeisten Pflegenden, mit denen ich im Rahmen dieser Forschung sprechen konnte, haben auch privat noch umfangreiche Care-Verpflichtungen. Sie müssen in ihrem Alltag einen Weg finden, die Erwerbsarbeit, die unbezahlte Care-Arbeit in der privaten Lebenswelt sowie weitere individuelle Bedürfnisse und Verpflichtungen miteinander zu vereinbaren. Oder wie Knobloch (2009: 34) es ausdrückt: Sie müssen versuchen, eine zufriedenstellende „work-work-life-balance“ herzustellen. Inwiefern und mit welchen Mitteln dies unter den aktuellen Arbeitsbedingungen möglich ist, müsste genauer erforscht werden.

Interessant wäre es ausserdem, die Sicht der pflegeempfangenden Personen in die Analyse der Ökonomisierung der Spitex miteinzubeziehen. Die Studie von Perrig-Chiello et al. (2010: 75) zeigt auf, dass als Kritikpunkte der pflegenden Angehörigen an der Spitex am häufigsten der ständige Personalwechsel, die fehlende Zeit und die fehlende Pünktlichkeit genannt werden. Besonders geschätzt wird eine persönliche, anteilnehmende Beziehung. Diese Ergebnisse gälte es um die Perspektive der pflegeempfangenden Personen zu erweitern und den Ansichten und Erfahrungen der Pflegenden gegenüberzustellen. In diesem Zusammenhang wäre es spannend, die emotionalen Anteile der Spitex-Arbeit mit dem Konzept der sozialen Sicherheit (Benda-Beckmann 2007) zu verknüpfen, denn die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die emotionale Anteilnahme durch die Pflegenden ein zentraler Aspekt des persönlichen Sicherheitsempfindens der pflegeempfangenden Personen darstellt.

Bibliographie

Aulenbacher, Brigitte 2009: Die soziale Frage neu gestellt – Gesellschaftsanalysen der Prekarisierungs- und Geschlechterforschung. In: Castel, Robert und Klaus Dörre (Hg.): Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Frankfurt/New York: Campus. 65–77.

Bachmann, Patrick und Marianne Rufener 2007: 10 Jahre Spitex Bern – ein Blick zurück. <<http://www.spitex-bern.ch/portraet/geschichte.html>>. 23. Oktober 2011.

Bauer, Ullrich und Uwe Bittlingmayer 2010: „Ja, das kostet aber Geld“. Der Umbau und die Neuordnung des Gesundheitssektors. In: Schultheis, Franz, Berthold Vogel und Michael Gemperle (Hg.): Ein halbes Leben. Biographische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Konstanz: UVK. 665–730.

Bauer, Ullrich 2008: Polarisierung und Entsolidarisierung. Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: Hensen, Gregor und Peter Hensen (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 141–163.

Benda-Beckmann, Franz von und Keebet von Benda-Beckmann 2007: Social Security Between Past and Future. Abonese Networks of Care and Support. Berlin: LIT.

Bennholdt-Thomsen, Veronika, Maria Mies und Claudia von Werlhof ³1992 [1983]: Frauen, die letzte Kolonie. Zur Hausfrauisierung der Arbeit. Zürich: Rotpunktverlag.

BFS Bundesamt für Statistik 2010: Spitex-Statistik 2009. Neuchâtel. <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4204>>. 11. Oktober 2011.

Binswanger, Mathias 2010: Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Freiburg im Breisgau: Herder.

Bischoff, Claudia 1992: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt a. M.: Campus.

Blüher, Stefan 2004: „Liebesdienst und Pflegedienst“ – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: Blüher, Stefan und Manfred Stodberger (Hg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 11–51.

Bock, Gisela und Duden, Barbara 1976: Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit: Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In: Gruppe Berliner Dozentinnen (Hg.): Frauen und Wissenschaft. Berlin: Courage. 118–199.

Bonvin, Jean-Michel 2009: Care, Respekt und New Public Management. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und

Debatten. 82–88.

Bourdieu, Pierre et al. (Hg.) 2005a: Das Elend der Welt. Konstanz: UVK. (Original: *La misère du monde*. 1993. Paris).

Bourdieu Pierre 2005b (1997): Die Abdankung des Staates. In: Bourdieu, Pierre et al. (Hg.): Das Elend der Welt. Konstanz: UVK. 127–133. (Original: *La misère du monde*. 1993. Paris).

Bourdieu, Pierre 2001: Gegenfeuer 2: Für eine europäische soziale Bewegung. Konstanz: UVK. (Original: *Contre-feux 2*. 2001. Paris).

Bourdieu, Pierre 1999: Die Regeln der Kunst. Genese und Struktur des literarischen Feldes. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Original: *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*. 1992. Paris).

Bourdieu, Pierre 1998: Über das Fernsehen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (Original: *Sur la télévision*. 1996. Paris).

Braunschweig, Sabine 2009: Pflege als Liebesdienst und Erwerbsarbeit. Zeitgemässe Betrachtung über die Entwicklung eines Frauenberufs. (Referat am Fachsymposium Gesundheitsversorgung in St.Gallen, 15.1.2009). <www.sozialgeschichte-bs.ch/html/img/pool/Braunschweig-Referat.pdf>. 22. November 2011.

Buhr, Petra und Sebastian Klinke 2006: Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. Berlin: WZB.

Butterwegge, Christoph, Bettina Lösch und Ralf Ptak ²2008 (2007): Kritik des Neoliberalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Daly, Mary und Jane Lewis 1998: Introduction: Conceptualising Social Care i the Context of Welfare State Restructuring. In: Lewis, Jane (Hg.): *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate. 1–24.

Dätwyler, Barbara und Ursula Lädach 1987: Professionalisierung der Krankenpflege. Zur Entwicklung der Berufsrankenpflege in der Schweiz. Basel: RECOM.

Der Bund 16.12.2011: Und sie zahlen doch. <<http://www.derbund.ch/bern/Berner-Regierung-bittet-SpitexPatienten-zur-Kasse/story/11832408>>. [20.Dezember 2011].

Donath, Susan 2000: The Other Economy: A Suggestion for a Distinctively Feminist Economics. *Feminist Economics* 6 (1). 115–123.

Duden, Barbara 2009: Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Ein Rückblick. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. 16–26.

Fasnacht, René, Simone Forcart und Rosine Moor 1998: Spitex in Basel. Zehn Jahre Organisationsentwicklung. Chronik und Analyse. 1988–1998. Basel: Spitex Basel.

Fischer, Franz 2001: Ambulante Pflege in der Schweiz. In: Kollak, Ingrid: Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt a. M.: Mabuse.

GEF Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2010a: Leistungsvertrag 2011 zwischen dem Kanton Bern und der Spitex-Organisation [...] betreffend Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause mit Versorgungspflicht (erstellt auf Basis der Verhandlungen mit dem SPITEX Verband Kanton Bern). http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/organisationen_derhilfeundpflegezuhause.html. 10. August 2011.

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdA Santé 2009: Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern. Online Verfügbar unter www.odasante.ch. [15. Oktober 2011].

Gmür, Rahel und Marcel Rüfenacht 2010: Spitex. In: Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hg.)⁴2010 (2004): Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Hans Huber. 391–401.

Held, Christoph und Doris Ermini-Fünfschilling 2003: Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit. Basel: Karger.

Hochschild, Arlie Russell 2006: Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt am Main: Campus. (Original: *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. Berkley/Los Angeles: University of California Press).

Homburg, Vincent, Christopher Pollitt und Sandra van Thiel 2007: Introduction. In: Pollitt, Christopher, Sandra van Thiel und Vincent Homburg (Hg.): *New Public Management in Europe. Adaption and Alternatives*. New York: Palgrave Macmillan. 1–9.

Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn 2011: Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Huber.

Höpflinger, François und Valérie Hugentobler 2005: Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.

James, Nicky 1992: Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health & Illness* 14 (4). 488–509.

Jochimsen, Maren 2003a: *Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science*. Boston: Kluwer Academic Publishers.

Jochimsen, Maren 2003b: Die Gestaltungskraft des Asymmetrischen – Kennzeichen klassischer

Sorgesituationen und ihre theoretische Erfassung in der Ökonomik. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik* 4 (1). 38–51.

Jochimsen, Maren und Ulrike Knobloch 1994: Auf dem Weg zu einer vorsorgenden Wirtschaftsweise. Ansatzpunkte einer ethischen Erweiterung der ökonomischen Methode. In: Bernhard Filli, Heidi, Andrea Günter, Maren Jochimsen, Ulrike Knobloch, Ina Praetorius, Lisa Schmuckli und Ursula Vock 1994: *Weiberwirtschaft. Frauen – Ökonomie – Ethik*. Luzern: Exodus. 29–40.

Katschnig-Fasch, Elisabeth (Hg.) 2003: *Das ganz alltägliche Elend. Begegnungen im Schatten des Neoliberalismus*. Wien: Löcker.

Knobloch, Ulrike 2009: Sorgeökonomie als allgemeine Wirtschaftstheorie. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. 27–36.

Kratzer, Nick und Dieter Sauer 2007: Entgrenzte Arbeit – gefährdete Reproduktion. Genderfragen in der Arbeitsforschung. In: Aulenbacher, Brigitte, Maria Funder, Heike Jacobsen und Susanne Völker (Hg.): *Arbeit und Geschlecht im Umbruch der modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 235–249.

Kühn, Hagen 2004: Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine, Thomas Gerlinger und Klaus Stegmüller (Hg.): *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: VSA. 25–41.

Künzi, Kilian und Marianne Schär Moser 2002: *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Untersuchung im Rahmen des Projekts „Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP)“*. Synthesebericht. Bern: Büro BASS, Büro a&o.

Madörin, Mascha 2009a: Verschiedene Varianten, das Ganze zu denken- eine Einleitung. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. 8–13.

Madörin, Mascha 2009b: Beziehungs- oder Sorgearbeit? Versuch einer Orientierung. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. 66–69.

Madörin, Mascha 2007: Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze. In: *Denknetz Jahrbuch 2007*. 141–162.

Madörin, Mascha 2005: *Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie*. <http://www.aggp.ch/cms/upload/aggpPDF/Hintergrund_Care_MM.pdf>. 28. April 2011.

Maeder, Christoph 2004: *New Public Management für das Gesundheitswesen in der Schweiz?* In: Schaffert, René und Thomas Wahlster (Hg.): *Qualität neu erfinden? Qualitätsmerkmale im Sozial- und Gesundheitswesen unter der Lupe*. Zürich: edition 8.

- Marx, Karl ⁴1972 (1890): Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Berlin: Dietz.
- Mayring, Philipp ⁴1999 [1990]: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- McDowell, Linda 2009: Working Bodies. Interactiv Service Employment and Workplace Identities. Malden/Oxford: Blackwell.
- Meyer, Peter und Beat Sottas 2010: Berufe im Gesundheitswesen. In: Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hg.) ⁴2010 (2004): Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Hans Huber. 41–47.
- Modak, Marianne und Françoise Messant 2009: Sozialarbeit: Dilemmas und Verwicklungen der Care-Dienstleistungen im Berufsalltag. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. 70–81.
- Modak, Marianne, Carol de Kinkelin und Natalie Benelli 2008: La Reconnaissance du *care* dans lo travail social: Éléments pour une analyse de travail des assistants sociaux. In: Rosende, Magdalena und Natalie Benelli: Laboratoires du travail. Lausanne: Antipodes. 105–116.
- Müller-Landgraf, Ingrid 1990: Geschichte der Spitex. In: Eschermann, Peter, Gerhard Kocher und Eusebius Spescha (Hg.): Ambulante Krankenpflege. Spitex-Handbuch. Bern: Hans Huber. 25–34.
- Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger und Brigitte Schnegg 2010: SwissAgeCare–2010. Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Forschungsprojekt im Auftrag der Spitex-Schweiz.
- Power, Marilyn 2004: Social Provisioning as a Starting Point for Feminist Economics. *Feminist Economics* 10 (3). 3–19.
- Prey, Hedwig, Martin Schmid, Marco Storni und Sibylle Mühleisen 2004: Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege. Zürich/Chur: Rüegger.
- Read, Rosie und Thelen, Tatjana 2007: Introduction: Social security and care after socialism: Reconfigurations of public and private. *Focaal – European Journal of Anthropology* 50. 3–18.
- Schaffert, René 2004: Gute Qualität benötigt gute Arbeitsbedingungen. In: Schaffert, René und Thomas Wahlster (Hg.): Qualität neu erfinden? Qualitätsmerkmale im Sozial- und Gesundheitswesen unter der Lupe. Zürich: edition 8. 48–62.
- Schilliger, Sarah 2009: Hauspflege: aktuelle Tendenzen in der Entstehung eines globalisierten, deregulierten Arbeitsmarktes. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik* (30): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. 120–126.
- Schilliger, Sarah und Susy Greuter 2009: „Ein Engel aus Polen“: Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In: Denknetz Jahrbuch 2009. 151–163.

Schimank, Uwe und Ute Volkmann 2008: Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, Andrea (Hg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 382–393.

Schultheis, Franz, Berthold Vogel und Michael Gemperle (Hg.) 2010: Ein halbes Leben. Biographische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Konstanz: UVK.

Schultheis, Franz und Kristina Schulz (Hg.) 2005: Gesellschaft mit begrenzter Haftung. Zumutungen und Leiden im deutschen Alltag. Konstanz: UVK.

Schwarzmann, Ueli 2004: Spitex: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik? Wirkungsanalyse der Krankenpflege zu Hause als Teilaspekt des Krankenversicherungs-Gesetzes (KVG) untersucht am Beispiel von vier Gemeinden des Kantons Zürich. Lausanne: IDHEAP.

Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Spitex Bern 2011: Jahresbericht 2010. Bern. <<http://www.spitex-bern.ch/publikationen/jahresberichte.html>>. 11. Juli 2011.

Spitex Verband Kanton Bern 2011: Geschäftsbericht 2010. Bern. <<http://www.spitexbe.ch/index.cfm/9A453B73-6D08-4216-A90C2453ABD68471/>>. 11. Juli 2011.

Strübing, Jörg 2004: Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

SVS Spitex Verband Schweiz: Homepage. <<http://www.spitex.ch/>>. 11. Oktober 2011.

Thiele, Günter 2006: Das Pflegesystem in Zeiten wirtschaftlicher Globalisierung. In: Jochimsen, Maren und Ulrike Knobloch (Hg.): Lebensweltökonomie in Zeiten wirtschaftlicher Globalisierung. Bielefeld: Kleine. 137–156.

Tschannen, Pia 2003: Putzen in der sauberen Schweiz. Arbeitsverhältnisse in der Reinigungsbranche. Bern/Wettingen: eFeF-Verlag.

Voges, Wolfgang 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Zogg, Claudio 2011: Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung. In: Meyer, Iwona (Hg.): Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter. Das Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage in der Schweiz. Trends, Analysen, Zahlen. Luzern: Caritas-Verlag.

Abkürzungsverzeichnis

ASPS	:	Association Spitex privée suisse (Verband der kommerziellen Spitex-Anbietern)
BFS	:	Bundesamt für Statistik
DN I / II	:	Diplomniveau I / II
FaGe	:	Fachfrau/Fachmann Gesundheit
GEF	:	Gesundheits- und Fürsorgedirektion
KLV	:	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KMU	:	Kleine und mittlere Unternehmen
KVG	:	Krankenversicherungsgesetz
NPM	:	New Public Management
SVS	:	Spitex Verband Schweiz

Anhang

Kurzportraits meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner

Kerngruppe:

Beatrice ist 44 Jahre alt. Sie ist ausgebildete Krankenschwester und arbeitet seit 9 Jahren bei einer kleinen, ländlichen Spitex-Organisation. Sie hat 3 Kinder zwischen 11 und 15 Jahren. Vor der Geburt des ersten Kindes arbeitete sie bei einer etwas grösseren Spitex-Organisation. Allerdings hatte es ihr da überhaupt nicht gefallen. Die Stimmung im Team sei sehr schlecht gewesen und nach einer Fusion habe es sehr viel Stress und Unruhe gegeben. Diese negative Stimmung habe sich auch auf die Klientinnen und Klienten übertragen, die oft wütend und gereizt reagierten hätten, wenn etwas schief gelaufen sei. In ihrem aktuellen Spitex-Betrieb sei das Gegenteil der Fall. Das Team sei super und die Philosophie der Organisation stimme einfach. Die Geschäftsleitung setze sich sehr dafür ein, dass die Pflegenden genügend Zeit hätten bei den Einsätzen und auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzten sei sehr gut.

Nach der Kinderpause ist Beatrice mit einem 10%-Pensum wieder eingestiegen. Unterdessen arbeitet sie wieder 50% und sie wird ihr Pensum bald noch weiter erhöhen. Dadurch, dass sie in niedrigen Pensum arbeiten kann und zudem in der Region unterwegs ist, kann sie die Berufsarbeit gut mit der Kinderbetreuung verbinden.

Momentan macht Beatrice eine Weiterbildung zur Kinesiologin. Sie schätzt es an der Spitex-Arbeit, dass sie selbständig arbeiten kann und viel eigenständig entscheiden kann. Dies empfindet sie zugleich aber auch als eine grosse Verantwortung. Da die Wege zwischen den einzelnen Einsätzen oft sehr weit sind, wird sie teilweise auch in der Grundpflege und in Ausnahmefällen in der Hauswirtschaft eingesetzt. Dies empfindet sie als sehr positiv, da es ihrem ganzheitlichen Pflegeverständnis entspricht.

Lena ist 20 Jahre alt und hatte zum Zeitpunkt unseres Gesprächs im Sommer 2011 gerade ihre dreijährige Ausbildung zur FaGe abgeschlossen.

Lena sagt, es sei schon speziell, bei der Spitex die Ausbildung zu machen, da man ungefähr ab dem 2. Lehrjahr anfangs, alleine zu Klientinnen und Klientinnen nach Hause zu gehen. Dies sei natürlich eine grosse Verantwortung gewesen, aber sie konnte immer bei Kolleginnen telefonisch um Rat fragen, was sie auch häufig getan habe.

Für Lena war klar, dass sie eine Ausbildung im Pflegebereich machen wollte. Auch ihre beiden Eltern sind im Pflege-Sektor tätig. Pflege ist ihr Wunschberuf. Lena erzählte, sie habe auch in einem Altersheim und in einem Spital geschnuppert, aber für sie sei schnell klar gewesen, dass sie zur Spitex möchte. Es gefällt ihr, bei den Leuten zuhause zu arbeiten, da man sie dadurch viel besser kennenlerne. Lena mag den Kontakt zu den verschiedenen Menschen. Gerade bei jüngeren Klientinnen und Klienten sei es manchmal aber schwierig, sich emotional abzugrenzen.

Esther ist 40 Jahre alt und arbeitet seit 15 Jahren bei derselben städtischen Spitex. Sie ist diplomierte Pflegefachfrau. Zu ihren Aufgaben auf den Pflege-Touren gehören fast ausschliesslich Pflegeleistungen der Kategorie Behandlungspflege. Sie ist mit einem Elektrovelo unterwegs.

Esther hat 2 Kinder. Sie arbeitet 40% bei der Spitex, meistens nur an zwei fixen Wochentagen. An diesen Tagen besuchen die Kinder eine Tagesschule.

Esther sagt, sie spüre den wirtschaftlichen Druck bei ihrer Arbeit stark. Der Begründungs- und Belegungszwang durch die Krankenkassen habe enorm zugenommen, sie müssten ihre Pflegeplanungen und -dokumentationen ständig rechtfertigen und anpassen. Oft ist die Einsatzplanung viel zu eng und die eingeplanten Wegzeiten sind zu kurz. Sie muss häufig auf die Pausen verzichten, um ihre Tour einigermassen innerhalb der geforderten Zeit durchzubringen.

Esther macht am liebsten Ersteinsätze bei neuen Klientinnen und Klienten, da sie es spannend findet, eine positive Beziehung zu ihnen aufzubauen. Die sozialen Aspekte empfindet sie als grossen und sehr wichtigen Teil ihrer Arbeit.

Patrizia ist 38 Jahre alt. Sie ist ausgebildete Gemeindegkrankenschwester (heute Pflegefachfrau DN II, die Ausbildung zur Gemeindegkrankenschwester existiert nicht mehr). Seit rund eineinhalb Jahren ist sie zusammen mit drei Kolleginnen als selbständige Pflegefachfrau tätig. Zuvor hatte sie einige Zeit bei einer ländlichen Spitex-Organisation in derselben Region gearbeitet.

Patrizia kam bei ihrem Wechsel vom stationären Pflegebereich zur Spitex mitten in eine Phase der Fusionierungen und Umstrukturierungen hinein. Sie wurde innerhalb von kurzer Zeit immer wieder anderen Stützpunkten innerhalb der Spitex-Organisation zugeteilt, weshalb sie sich nirgends wirklich in ein Team integrieren und sich mit den Klientinnen und Klienten vertraut machen konnte. Allgemein habe sowohl unter den Mitarbeitenden, als auch unter den betreuten Personen viel Unruhe und Unzufriedenheit geherrscht in dieser Zeit. Der neue Geschäftsleiter habe einen sehr rigiden Sparkurs durchgezogen und einen sehr schlechten Umgang mit den Mitarbeitenden gehabt.

Patrizia hatte schon länger mit dem Gedanken gespielt, sich selbständig zu machen. Die Situation bei der Spitex diene als Anstoss, diesen Plan in die Tat umzusetzen. Es sei am Anfang ein ziemlich grosser administrativer Aufwand gewesen, sich selbständig zu machen. Aber als das einmal erledigt war, sei es schnell sehr gut gelaufen. Da sie von der Arbeit bei der Spitex her in der Region bekannt waren, hatten sie schnell viele Kundinnen und Kunden. Patrizia findet es sehr spannend, als selbständige Pflegefachfrau zu arbeiten, da ihr Aufgabenbereich nun viel grösser ist als er bei der Spitex oder im Spital war.

Für Patrizia und ihre Kolleginnen ist es wichtig, einen sehr persönlichen Kontakt zu haben zu den Personen, die sie betreuen. Da sie regelmässig zu denselben Personen gehen, entstehen sehr enge Beziehungen, die auch in den persönlichen Bereich hineinreichen. Patrizia sagt, die Personen, die sie betreue, wüssten sehr viel über sie und seien auch sehr interessiert an ihr als Person.

Für Petra ist es sehr wichtig, auch mit ehemaligen Klientinnen und Klienten in Kontakt zu bleiben. Sie setzt einen grossen Anteil ihrer Freizeit dafür ein, diese in Pflegeheimen oder Spitälern zu besuchen, ebenso wie Angehörige von Verstorbenen zuhause. Allerdings sagt sie, dass sie diese Besuche langsam einschränken muss, da es unterdessen zu viele Personen sind und sie schlicht nicht mehr die Zeit hat, um sie alle zu

besuchen.

Rahel ist 48 Jahre alt und ausgebildete Hauspflegerin (diese Ausbildung gibt es nicht mehr, entspricht aber ungefähr der heutigen FaGe-Ausbildung). Sie arbeitet seit 16 Jahren bei einer städtischen Spitex. Zu ihren Aufgaben gehören Leistungen der Grundpflege und der Hauswirtschaft.

Die Beziehungsarbeit ist ihrer Ansicht nach enorm wichtig. Doch dieser soziale Auftrag werde von Seiten der Geschäftsleitung und der Politik viel zu wenig wahrgenommen und anerkannt und komme auch in der Ausbildung zu kurz (zum Beispiel in der FaGe-Ausbildung).

Rahel sagt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die schon so lange dabei seien wie sie, könnten ab und zu auch einmal ein bisschen „schummeln“ bei der Leistungserfassung und beispielsweise einmal jemandem einen Sonderwunsch erfüllen oder etwas von den in der Pflegeplanung verordneten Aufgaben abweichen.

Carmen ist 56 Jahre alt und arbeitet bei einer Spitex-Organisation, die in einem ländlichen Gebiet und in der Agglomeration einer grossen Stadt tätig ist. Sie ist ausgebildete Krankenschwester. Früher hat sie im stationären Bereich gearbeitet. Nach einer Pause, in der sie nicht im Pflege-Sektor gearbeitet hatte, war es für sie schwierig, wieder eine Stelle in der Pflege zu finden. Über ein Vermittlungsbüro für Temporärarbeit kam sie zur Spitex. Unterdessen ist sie fest angestellt.

Die Arbeitsweise bei der Spitex gefällt ihr sehr gut. Sie findet es toll, zu den Leuten nach Hause zu gehen und sie als selbständige Persönlichkeiten kennenzulernen. Allerdings findet sie die aktuellen Tendenz, die Spitex immer stärker nach ökonomischen Rentabilitätskriterien auszurichten, widerlich. Ihrer Meinung nach haben alle pflegebedürftigen Personen ein Recht auf gute Pflege und sollten dafür auch nicht zuviel bezahlen müssen. Sie versucht, ihren Geschäftsleiter dahingehend zu beeinflussen, dass er sich stärker an Kriterien einer qualitativ guten Pflege orientiert und weniger an irgendwelchen Zahlen und wirtschaftlichen Aspekten.

Daniela ist 17 Jahre alt und stand zum Zeitpunkt unseres Gesprächs unmittelbar vor dem Abschluss des zweiten Lehrjahrs ihrer FaGe-Ausbildung in einer ländlichen Spitex-Organisation. Oft ist sie noch mit einer erfahrenen Kollegin auf der Pflege-Tour unterwegs, einzelne Einsätze kann sie aber bereits alleine machen. Da sie noch nicht Autofahren kann, ist sie mit einem Elektrovelo unterwegs.

Sie hat vor, sich nach der FaGe-Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau weiterzubilden, da sie die medizinischen Aspekte ihrer Arbeit sehr interessieren. Die hauswirtschaftlichen Aufgaben erledigt sie weniger gern.

Sarah, Doris, Petra und Elisa werden im Hauptteil dieser Arbeit ausführlicher portraitiert, weshalb sie an dieser Stelle nur kurz aufgelistet werden.

Sarah ist 28 Jahre alt und diplomierte Pflegefachfrau. Sie hat drei Jahre in einer städtischen Spitex gearbeitet, bevor sie im Sommer 2011 gekündigt hat und sich beruflich neu orientieren will.

Doris ist 64 Jahre alt und ist eigentlich bereits pensioniert, arbeitet aber trotzdem noch in einem kleinen Pensum weiter. Sie ist ausgebildete Krankenschwester und arbeitet in einer ländlichen Spitex-Organisation. Sie hat über 40 Jahre Erfahrung in der ambulanten Pflege.

Petra ist 50 Jahre alt und arbeitete als diplomierte Pflegefachfrau in einer städtischen Spitex-Organisation. Aufgrund ihrer Weigerung, einer Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen zuzustimmen, wurde sie im Sommer 2011 entlassen.

Elisa ist 45 Jahre alt und arbeitet seit 16 Jahren im hauswirtschaftlichen Bereich bei einer städtischen Spitex. Sie hat den Pflegehelferinnen-Kurs des Roten Kreuzes absolviert.

Weitere Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner (nur Mitarbeitende der Spitex):

Herr Oberholzer war früher Briefträger. Mit 29 Jahren begann er eine Umschulung zum Psychiatriepfleger. Nach der Ausbildung arbeitete er fünf Jahre in einer psychiatrischen Klinik, drei davon als stellvertretender Stationsleiter (dies sei ein Provisorium gewesen, da er eigentlich nicht in einer Führungsposition arbeiten wollte). Danach machte er eine weitere Weiterbildung an der Höheren Fachschule und arbeitete danach auf verschiedenen geschlossenen psychiatrischen Stationen. Allerdings sei die Arbeitsbelastung immer mehr gestiegen, die Anzahl Eintritte in die Psychiatrie sei steil angestiegen und die Rahmenbedingungen hätten sich verschlechtert. Herr Oberholzer sah für sich keine Perspektive mehr in der psychiatrischen Klinik.

Er bewarb sich auf ein Inserat einer ländlichen Spitex-Organisation, die eine Psychiatriefachperson suchten und bekam die Stelle. Herr Oberholzer erzählte, dass er am Anfang bei der Spitex ziemlich überfordert war. Während der ersten Monate hat er ganz normale Pflege-Touren gemacht, um den Betrieb, die Klientinnen und Klienten und seine Kolleginnen (er ist der einzige Mann in seinem Betrieb) kennenzulernen. Nach 10 Jahren in der psychiatrischen Pflege war es für ihn am Anfang schwierig, wieder in der Grund- und Behandlungspflege zu arbeiten. Es sei aber eine sehr wichtige Erfahrung gewesen, um die Arbeitsweise der Spitex kennenzulernen.

Nach ein paar Monaten hat er dann begonnen, einen psychiatrischen Spitex-Dienst aufzubauen. Unterdessen hat er in allen Stützpunkten Mitarbeiterinnen mit Erfahrung in der psychiatrischen Pflege, die Einsätze

übernehmen können. Herr Oberholzer macht selber noch Pflegeeinsätze, verwendet aber auch viel Zeit für organisatorische und administrative Arbeiten sowie für die Schulung von Pflegepersonal im psychiatrischen Bereich. Zusätzlich zu seinem ersten Spitex-Betrieb ist er mit dem Aufbau eines psychiatrischen Dienstes in zwei weiteren Spitex-Organisationen beschäftigt.

Frau Baumgartner ist die Fachbereichsleiterin „Pflege“ einer ländlichen Spitex-Organisation. Sie hat früher über viele Jahre hinweg selber als Gemeindegrenschwester bei den Vorgängerorganisationen der heutigen Spitex gearbeitet. Nach dem Zusammenschluss von Haus- und Krankenpflege zur Spitex wurde sie Geschäftsleiterin dieser neuen Spitex-Organisation. Nach einer Fusion mit zwei weiteren Spitex-Organisationen vor drei Jahren hat sie die Geschäftsführung abgegeben und hat die Fachbereichsleitung „Pflege“ übernommen. In dieser Funktion ist sie verantwortlich für die fachliche Entwicklung der Spitex-Pflege.

Monika ist Präsidentin eines ländlichen Spitex-Vereins. In dieser Funktion kümmert sie sich zusammen mit den weiteren Vorstandsmitgliedern um die strategische Führung der Spitex-Organisation.

Herr Neuenschwander ist Leiter des Betriebsmanagements in einer grossen städtischen Spitex. Er kommt selber aus dem Pflegeberuf, ist jedoch in seiner jetzigen Funktion nicht mehr in der Pflege tätig.

Übersicht über die verschiedenen Spitex-Organisationen und Zuordnung meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner

SPITEX-ORGANISATION A

geographische Faktoren	ländliches Gebiet sehr weitläufiges, teilweise schwer zugängliches Einsatzgebiet
Organisationsstruktur	3 Stützpunkte (vor der Fusion 2007 waren es 5 Spitex-Vereine mit je einem eigene Stützpunkt) 1 Hauptsitz der Geschäftsleitung
Organisationsform	Non-Profit-Spitem
Trägerschaft	privatrechtlicher Verein Oberstes Organ: Mitgliederversammlung Strategische Führung: Vorstand Operative Führung: Geschäftsleitung
Anzahl Mitarbeitende	ca. 70
Anzahl Klientinnen und Klienten	keine Angaben

Doris	64	dipl. Pflegefachfrau DNII	Grund- und Behandlungspflege
Patrizia (ehemalige Mitarbeiterin, jetzt selbständige Pflege-fachfrau in der gleichen Region)	38	dipl. Pflegefachfrau DNII	Grund- und Behandlungspflege

Herr Oberholzer	Fachbereichsleiter Psychiatrie
------------------------	--------------------------------

SPITEX-ORGANISATION B

geographische Faktoren	ländliches Gebiet sehr weitläufiges, teilweise schwer zugängliches Einsatzgebiet
Organisationsstruktur	2 Stützpunkte (wurden im Herbst 2011 zu einem Stützpunkt zusammengeschlossen) Geschäftsleitung integriert im Stützpunkt
Organisationsform	Non-Profit-Spitem
Trägerschaft	privatrechtlicher Verein Oberstes Organ: Mitgliederversammlung Strategische Führung: Vorstand Operative Führung: Geschäftsleitung
Anzahl Mitarbeitende	ca. 45
Anzahl Klientinnen und Klienten	keine Angaben

Lena	20	Fachfrau Gesundheit FaGe	Hauswirtschaft, Grundpflege, einfache Behandlungspflege
Beatrice	44	dipl. Pflegefachfrau DNII	Grund- und Behandlungspflege, vereinzelte hauswirtschaftliche Aufgaben

Monika	Vereinspräsidentin
Frau Baumgartner	Fachbereichsleiterin Pflege

SPITEX-ORGANISATION C

geographische Faktoren	städtisches Gebiet
Organisationsstruktur	7 Stützpunkte 1 Hauptsitz der Geschäftsleitung
Organisationsform	Non-Profit-Spitex
Trägerschaft	privatrechtliche Stiftung Oberstes Organ: Stiftungsrat Strategische Führung: Stiftungsrat Operative Führung: Geschäftsleitung
Anzahl Mitarbeitende	ca. 550
Anzahl Klientinnen und Klienten	ca. 5000

Sarah	28	dipl. Pflegefachfrau DNII	Fallverantwortung, zuvor Behandlungspflege und wenig Grundpflege
Petra	50	dipl. Pflegefachfrau DNII	Behandlungspflege, wenig Grundpflege

SPITEX-ORGANISATION D

geographische Faktoren	städtisches Gebiet
Organisationsstruktur	14 Stützpunkte 1 Hauptsitz der Geschäftsleitung
Organisationsform	Non-Profit-Spitem
Trägerschaft	privatrechtlicher Verein Oberstes Organ: Mitgliederversammlung Strategische Führung: Vorstand Operative Führung: Geschäftsleitung
Anzahl Mitarbeitende	ca. 450
Anzahl Klientinnen und Klienten	ca. 2000

Esther	40	dipl. Pflegefachfrau DNII	Behandlungspflege, wenig Grundpflege
Rahel	48	dipl. Hauspflegerin HP	Hauswirtschaft und Grundpflege
Elisa	45	Pflegehelferin SRK	Hauswirtschaft und Grundpflege

Herr Neuenschwander	Betriebsmanagement
----------------------------	--------------------

SPITEX-ORGANISATION E

geographische Faktoren	ländliches Gebiet
Organisationsstruktur	3 Stützpunkte Geschäftsleitung integriert in einem der drei Stützpunkte
Organisationsform	Non-Profit-Spitem
Trägerschaft	privatrechtlicher Verein Oberstes Organ: Mitgliederversammlung Strategische Führung: Vorstand Operative Führung: Geschäftsleitung
Anzahl Mitarbeitende	ca. 130
Anzahl Klientinnen und Klienten	keine Angaben

Daniela	17	Fachfrau Gesundheit FaGe in Ausbildung	Hauswirtschaft, Grundpflege, einfache Behandlungspflege
----------------	----	---	---

SPITEX-ORGANISATION F

geographische Faktoren	ländliches Gebiet und Agglomeration
Organisationsstruktur	1 Stützpunkt Geschäftsleitung integriert im Stützpunkt
Organisationsform	Non-Profit-Spitex
Trägerschaft	privatrechtlicher Verein Oberstes Organ: Mitgliederversammlung Strategische Führung: Vorstand Operative Führung: Geschäftsleitung
Anzahl Mitarbeitende	ca. 20
Anzahl Klientinnen und Klienten	keine Angaben

Carmen	56	dipl. Pflegefachfrau DNII	Behandlungspflege, wenig Grundpflege
---------------	----	---------------------------	--------------------------------------