

Standardisierte Unwägbarkeiten: Arbeitsbedingungen in der mobilen Altenpflege; Befunde aus fünf europäischen Staaten

Sardadvar, Karin

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Sardadvar, K. (2013). Standardisierte Unwägbarkeiten: Arbeitsbedingungen in der mobilen Altenpflege; Befunde aus fünf europäischen Staaten. *SWS-Rundschau*, 53(1), 25-45. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-426469>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Standardisierte Unwägbarkeiten

Arbeitsbedingungen in der mobilen Altenpflege: Befunde aus fünf europäischen Staaten

Karin Sardadvar (Wien)

Karin Sardadvar: *Standardisierte Unwägbarkeiten. Arbeitsbedingungen in der mobilen Altenpflege: Befunde aus fünf europäischen Staaten* (S. 25–45)

Der Beitrag identifiziert gegenwärtige Entwicklungen, die die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege prägen. Die Ergebnisse basieren auf empirischer Forschung in fünf EU-Staaten mit unterschiedlichen Pflegeregimen: Dänemark, Deutschland, Italien, Litauen und das Vereinigte Königreich. Der Artikel beschäftigt sich mit Trends auf der Makroebene politischer Care-Regime und Märkte und deren Implikationen für die Mesoebene der Arbeitsorganisation und die Mikroebene des Arbeitsalltags von Beschäftigten. Budgetkürzungen, Auslagerungen, Standardisierung und der Reablement-Ansatz in der Pflege, so die Schlussfolgerung des Beitrags, spiegeln sich in Veränderungen der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wider, etwa in Form von Gehaltsunsicherheit und erhöhtem Zeitdruck. Darüber hinaus scheinen aktuelle Entwicklungen auch Kulturen der Pflege zu verändern.

Schlagworte: Pflege, mobile Altenpflege, Pflegeregime, Arbeitsbedingungen, Niedriglohnbranchen

Karin Sardadvar: *Standardising Unpredictable Work. Working Conditions in Domiciliary Elderly Care: Findings from Five European Countries* (pp. 25–45)

This article identifies current trends that shape work and employment in domiciliary elderly care. The findings are based on empirical research in five EU countries with different care regimes: Denmark, Germany, Italy, Lithuania, and the United Kingdom. The contribution looks at recent developments on the macro-level of political care regimes and markets, and their implications for the meso-level of work organisation as well as the micro-level of workers' everyday working lives. It concludes that budget cuts, outsourcing, standardisation, and the reablement approach in care place crucial impacts on employment and working conditions, such as wage insecurity and increased time pressure. Moreover, these current changes apparently also alter cultures of care.

Keywords: care, domiciliary elderly care, care regimes, working conditions, low-wage sectors

1. Einleitung: Die mobile Altenpflege – eine wachsende Branche in Veränderung

Die Altenpflege in Europa ist in Bewegung: Öffentliche Anbieter ergreifen Sparmaßnahmen, die wirtschaftliche Krise hat diesen Trend weiter verschärft, gleichzeitig erobern private Unternehmen neue Plätze auf dem Markt. Pflegebedarfe steigen und werden auch künftig zunehmen, Zielgruppen wachsen und ihre Bedürfnisse fächern sich aus, Anforderungen an Pflegepersonal verändern sich. Parallel zu diesen Situationen auf dem formalen Arbeitsmarkt finden sich nach wie vor die verbreiteten Arrangements unbezahlter Pflegetätigkeit durch großteils weibliche Angehörige und ein undurchsichtiger informeller Arbeitsmarkt mit nicht-deklariert beschäftigtem Personal – ergänzt durch diverse Grauzonen zwischen formell und informell geleisteter Pflege.

Was bedeuten diese aktuellen Entwicklungen für die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte? Welche Trends auf der Makroebene der politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind in Europa auszumachen und welche Folgen auf der Meso- und Mikroebene in Organisationen und für die Beschäftigten zeitigen sie oder lassen sie erwarten? Mit diesen Fragen befasst sich der vorliegende Beitrag für den Teilbereich der mobilen Altenpflege. Er basiert auf qualitativer empirischer Forschung in fünf europäischen Ländern: Dänemark, Deutschland, Italien, Litauen und dem Vereinigten Königreich.

Das Gesundheits- und Sozialwesen, unter das auch die Langzeitpflege fällt, ist eine der am schnellsten wachsenden Branchen in der Europäischen Union. Von 2000 bis 2009 sind die Arbeitsplätze in diesem Wirtschaftszweig in der EU um 4,2 Millionen auf 21,4 Millionen angewachsen (Kirov 2011, 109, Lethbridge 2011, European Commission 2010). In vielen EU-Staaten erfährt die mobile Pflege in Versuchen, dringend benötigte Pflegemodelle für den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf auszuarbeiten, derzeit verstärkte Verbreitung – ein Trend, der als »Personalisierung der Pflege« bezeichnet wird (Kirov 2011, 103). Pflegebedürftige bleiben bei diesem Arrangement in ihrem Zuhause wohnen und erhalten mobile Dienste von Pflege- und Betreuungskräften – von Hausarbeit über Hilfe bei der persönlichen Hygiene bis zu medizinischen Leistungen.

Für Österreich wie auch für die EU insgesamt wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Personalisierung von Pflege weiteres Wachstum der ambulanten Pflege vorausgesagt (Kirov 2011, 103, Lethbridge 2011, Schneider u. a. 2006). Umso relevanter werden aus einer Forschungsperspektive, die sich mit Arbeitsverhältnissen beschäftigt, Erkenntnisse darüber, unter welchen Bedingungen Beschäftigte in der mobilen Pflege arbeiten und welche Entwicklungen in Bezug auf diese Bedingungen zu beobachten und weiter zu erwarten sind.

Die mobile Altenpflege weist einige Charakteristika auf, die sie von anderen Berufen – auch von anderen Gesundheitsberufen – unterscheidet und ihre Arbeitsbedingungen prägt. Zwar bestehen diverse Variationen, die mit staatlichen Pflegeregimen, nationaler Regulierung von Erwerbsarbeit und arbeitgeberspezifischer Organisation von Arbeit zusammenhängen, doch lassen sich einige übergreifend grundlegende

Merkmale der Arbeit identifizieren. Die mobile Altenpflege erfolgt in Privathaushalten, wodurch einerseits die Arbeit selbst, andererseits aber auch mit dem Arbeitsplatz verbundene Risiken vergleichsweise wenig sichtbar und kontrollierbar sind (Krenn/Papouschek 2003). Zudem impliziert die Arbeit im Zuhause des Klienten oder der Klientin eine Abhängigkeit von dessen oder deren Umgang mit der Pflegekraft. Beleidigungen und Übergriffe, beispielsweise rassistischen Hintergrunds, sind dabei nicht selten (Hohnen 2012).¹

Die mobile Altenpflege erfordert weiters eine Vielfalt an Kompetenzen und Tätigkeiten unterschiedlicher Art. Diese reichen von fachlichen Kompetenzen über kommunikative, emotionale und körperliche Arbeit bis hin zu Organisations- und Improvisationsfähigkeit (Krenn/Papouschek 2003, Büssing/Glaser 1999). Ähnlich vielfältig gestalten sich die typischen Belastungen in der Pflegearbeit: Sie lassen sich mit Krajic u. a. (2005) unterscheiden nach Belastungen, die aus der Art der Tätigkeit resultieren (körperliche und psychische Anforderungen), Belastungen, die in den organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit zu verorten sind, sowie Belastungen, die im gesellschaftlichen Umfeld verankert sind (Ressourcenknappheit, Mangel an Wertschätzung).² Die typische räumliche Trennung von Betrieb und Arbeitsplatz stellt außerdem eine Barriere für direkte Partizipation der ArbeitnehmerInnen wie auch für die Anerkennung ihrer Arbeit seitens des Arbeitgebers dar und stellt Betriebsratsarbeit vor besondere Herausforderungen (Krenn u. a. 2005).

Neben diesen grundlegenden Charakteristika der Arbeit in der mobilen Pflege, die starken Einfluss auf die Qualität der Arbeit für die Beschäftigten haben, sind gegenwärtig einige neue Entwicklungen auf der Makroebene von Politik und Wirtschaft zu beobachten. Diese Trends führen zu Wandlungstendenzen der Pflegearbeit auch auf der Mesoebene der Pflegeorganisationen und Arbeitgeber sowie auf der Mikroebene des Arbeitsalltags für die Beschäftigten. Im Folgenden werden markante Entwicklungen auf der Makroebene benannt und es wird ihren Implikationen auf der Meso- und Mikroebene unter Berücksichtigung der nationalen Kontexte nachgegangen. Behandelt werden dabei die generellen Einsparungstendenzen und die Wirtschaftskrise (Abschnitt 4.1), die Tendenz zur Privatisierung der Pflege und Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen (Abschnitt 4.2), die Verbreitung von Standardisierung der Arbeit (Abschnitt 4.3) und der in Dänemark und dem Vereinigten Königreich an Bedeutung gewinnende Reablement-Ansatz (Abschnitt 4.4). Die Veränderungen in diesen Bereichen, so lautet das Fazit (Abschnitt 5), weisen auf sich wandelnde Kulturen der Pflege hin, die für die Beschäftigten ambivalente Folgen haben, und legen unterschiedliche Zukunftsszenarien nahe.

1 Ergänzend ist zu erwähnen, dass die Konstellation der isolierten Arbeit im Privathaushalt beide Seiten exponiert – also nicht nur Pflegekräfte, sondern auch KlientInnen. Untersuchungen aus anderen Kontexten zeigen die Problematik von gewaltsamen Übergriffen auf Pflegebedürftige durch Pflegekräfte, aber auch durch pflegende Angehörige auf (vgl. z. B. Cohen et al. 2007, Cooper et al. 2009).

2 Für Befunde zu den Belastungen in der Pflegearbeit siehe weiterführend Brater/Maurus (1999), Hohnen (2012), Holtgrewe/Sardadvar (2012), Krenn u. a. (2005), Krenn/Papouschek (2003), Sardadvar et al. (2012), Seidl (2003).

Zur Einbettung der Ergebnisse, die in Abschnitt 4 präsentiert werden, skizziere ich in Abschnitt 3 zentrale Merkmale der Pflegeregime und relevanten Entwicklungen in den fünf einbezogenen Ländern. Zuvor aber gehe ich im folgenden Abschnitt 2 auf das Datenmaterial, die angewendeten Methoden, die Fallauswahl und das dem empirischen Material zugrunde liegende Forschungsprojekt ein.

2. Daten, Methoden und Fallauswahl: Organisationsfallstudien aus fünf Ländern

Die für diesen Beitrag erarbeiteten Ergebnisse basieren auf dem dreijährigen Forschungsprojekt WALQING (Work and Life Quality in New and Growing Jobs – Qualität von Arbeit und Leben in neuen und wachsenden Arbeitsfeldern). WALQING wurde im 7. Rahmenprogramm der Europäischen Kommission finanziert und unter Beteiligung von elf Staaten und zwölf Forschungsinstitutionen in Europa von 2009 bis 2012 durchgeführt. Das Projekt widmete sich der Untersuchung von Arbeits- und Lebensqualität von Beschäftigten in wachsenden Wirtschaftszweigen und wählte dafür zunächst auf Basis quantitativer Daten und Auswertungen fünf Branchen bzw. Sub-Branchen aus, die in den 2000er-Jahren Beschäftigungswachstum zeigten, aber auch problematische Aspekte von Arbeits- und Lebensqualität aufwiesen. Im Detail untersucht wurden die Müllsammlung, das industrielle Catering, die gewerbliche Büoreinigung, die Bauwirtschaft und die mobile Altenpflege. Für jeden dieser Zweige wurden in vier bis fünf der elf beteiligten Staaten qualitative Forschungen durchgeführt. Diese beinhalteten ExpertInneninterviews mit StakeholderInnen (Sozialpartnerschaft, BranchenexpertInnen), Organisationsfallstudien und Beschäftigteninterviews.

Für die mobile Altenpflege liegen damit neben den in Branchenberichten verarbeiteten ExpertInneninterviews³ insgesamt 13 Organisationsfallstudien vor, die eine Gesamtzahl von 141 Interviews mit ManagerInnen, betrieblichen ArbeitnehmervertreterInnen und Beschäftigten in der mobilen Altenpflege umfassen (Hohnen 2012, Holtgrewe/ Sardadvar 2012). Die Organisationsfallstudien samt Beschäftigteninterviews, auf die sich dieser Beitrag primär stützt, wurden auf Basis übergreifender, aber an die jeweiligen Sprachen und nationalen Besonderheiten angepasster Interview- und Auswertungsleitfäden erhoben und analysiert. Der Forschungsansatz folgte dabei einem qualitativen, semi-strukturierten Design, das einerseits Vergleichbarkeit ermöglichen und andererseits Raum für induktive, im je konkreten empirischen Material verankerte Ergebnisse gewähren sollte. Die Auswertung erfolgte zunächst durch die nationalen Forschungsteams mit qualitativen Kodierv Verfahren und wurde in weiteren Schritten komparativ (also zwischen den einbezogenen Staaten vergleichend) verdichtend analysiert (Holtgrewe/ Sardadvar 2012).

Bei der Fallauswahl wurde darauf geachtet, unterschiedliche Typen von Organisationen in den jeweiligen nationalen Stichproben zu repräsentieren. Daraus ergab sich

3 Siehe dazu die Publikationen im Rahmen der »WALQING social partnership series« auf <http://www.walqing.eu/?id=64> (FORBA 2012b) sowie Kirov (2011).

die folgende Zusammensetzung des Samples: In Dänemark wurden eine privatwirtschaftliche und zwei öffentliche Organisationen – davon eine mit einem traditionellen, eine mit einem innovativen Pflegeansatz – untersucht. In die Stichprobe in Deutschland wurden zwei privatwirtschaftliche Anbieter und eine Non-Profit-Organisation aufgenommen, die sich nach ihrer Größe unterscheiden und teils in Ost-, teils in Westdeutschland tätig sind. Bei den beiden Fällen aus Italien wurde nach privaten und öffentlichen Anbietern sowie nach Region variiert. In Litauen wurden ein öffentlicher Anbieter und eine Nicht-Regierungsorganisation untersucht. Die Fallstudien aus dem Vereinigten Königreich schließlich umfassen den öffentlichen, den privatwirtschaftlichen und den dritten Sektor bzw. Non-Profit-Sektor (vgl. zusammenfassend Holtgrewe/Sardadvar 2012, Sardadvar et al. 2012, für eine Übersicht über die Fallstudien siehe FORBA 2012a).

Die Auswahl der fünf Staaten selbst, in denen die Forschung zur mobilen Altenpflege im Rahmen des Projekts WALQING durchgeführt wurde, richtete sich nach dem Kriterium der Variation zwischen unterschiedlichen politischen, organisatorischen, finanziellen und kulturellen Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von Pflege – den Pflegeregimen der nationalen Staaten. Gerade bei einem so stark von der externen Regulierung abhängigen Arbeitsfeld wie der Pflege gewinnen Analysen der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen mit Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen an Nachvollziehbarkeit. Im folgenden Abschnitt werden daher die Pflegeregime der einbezogenen Staaten skizziert.

3. Rahmenbedingungen: Pflegeregime und Branchentrends

Die fünf Staaten, die in die Forschung einbezogen sind, zeichnen sich durch unterschiedliche Pflegeregime aus. Pflegeregime variieren mit den Wohlfahrtsstaats- und Arbeitsmarktregimen eines Landes – sie decken sich aber nicht unbedingt mit diesen (Bettio et al. 2009, 272). So nimmt etwa Portugal in Bezug auf die Pflege eine Sonderstellung innerhalb der südeuropäischen Staaten ein (ebd.), während Dänemark und das Vereinigte Königreich, die in Hinblick auf das Wohlfahrtsstaatsregime unterschiedliche Typen darstellen, in Bezug auf die Pflege Ähnlichkeiten aufweisen. Nach der Pflegeregime-Typologie von Simonazzi (2008), die dem Verhältnis von informeller und formeller Pflege zueinander folgt, fallen denn auch Dänemark und das Vereinigte Königreich gemeinsam in den Typus des nordeuropäischen Regimes, das durch hohe staatliche Verantwortungsübernahme und eine Finanzierung der Pflegetätigkeit durch Steuern gekennzeichnet ist. Deutschland entspricht dem kontinentaleuropäischen Regime, in dem sich Versicherungsmodelle und gleichzeitig eine hohe (unbezahlte) Beteiligung von Angehörigen an der Pflege finden. Italien ist ein Vertreter des Mittelmeer-Regimes, das sich noch stärker auf die Familien der Pflegebedürftigen stützt und nur geringfügig öffentliche Leistungen bereitstellt. Ähnlich sind im mittel- und osteuropäischen Regime, das in unserer Stichprobe durch Litauen repräsentiert wird, Angehörige entweder explizit und rechtlich oder implizit und kulturell zur Pflege verpflichtet (Simonazzi 2008, Hohnen 2012, 99).

In Dänemark sind Leistungen in der mobilen Pflege zur Gänze öffentlich finanziert und wurden bis vor zehn Jahren ausschließlich von öffentlichen Anbietern übernommen. 2003 wurde flächendeckend die Verpflichtung zur öffentlichen Auftragsvergabe eingeführt, woraufhin auch private Anbieter auf dem Markt erschienen. Deren Beteiligung ist zwar im Steigen begriffen, doch werden nach wie vor 95 Prozent der ambulanten Pflege durch öffentliche Anbieter, d. h. konkret die zuständigen Einheiten der Gemeinden, bereitgestellt. Dänemark verfolgt in seinem Pflegeregime das Modell einer freien Wahl, was bedeutet, dass KlientInnen den Pflegedienst – gleich, ob öffentlich oder privat – selbst aussuchen können (Ajslev et al. 2011, Hohnen 2011a, Møller/ Hohnen 2011).

Deutschland hat 1995 eine verpflichtende Pflegeversicherung eingeführt, bei der der Pflegebedarf auf Basis von 13 vordefinierten Tätigkeiten des täglichen Lebens beurteilt wird. Eine Person, die für mindestens zwei dieser Tätigkeiten im Ausmaß von mindestens 90 Minuten Hilfe benötigt, hat Anspruch auf Unterstützung aus der Pflegeversicherung. Dabei besteht die Wahl zwischen institutioneller (stationärer oder teilstationärer) Pflege und Pflege zuhause (entweder ehrenamtlich, also z. B. durch Angehörige, oder professionell, also durch mobile Pflegedienste). Das Ausmaß der Unterstützung unterscheidet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und gliedert sich in drei Stufen (Kümmerling 2012b, c, d). So erhalten beispielsweise Pflegebedürftige bei Pflege zuhause je nach Kategorie 235, 440 oder 700 Euro an Geldleistungen oder 450, 1.100 oder 1.550 Euro an Sachleistungen (Kümmerling 2012c, 3). Am häufigsten in Anspruch genommen wird derzeit das Pflegegeld (46 Prozent), gefolgt von institutioneller Pflege (27 Prozent) und dann erst professioneller mobiler Altenpflege (8 Prozent) (Berechnung von Kümmerling 2012c, 3 basierend auf: Bundesministerium für Gesundheit 2009).

In Italien wurde Pflege traditionell unbezahlt von Frauen in der Familie bereitgestellt. Dieses Arrangement wird jedoch – wie in anderen europäischen Ländern auch – durch die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und die Alterung der Gesellschaft zunehmend brüchig. Nichtsdestotrotz ist der öffentliche Beitrag zur Pflege in Italien nach wie vor gering. Gleichzeitig ist eine Entwicklung in Richtung Privatisierung zu beobachten, bei der öffentliche Institutionen Pflegetätigkeiten zunehmend auslagern. Dadurch wächst die Bedeutung privatwirtschaftlicher Anbieter, aber auch jene sogenannter Kooperativen, die nicht auf Gewinn ausgerichtet sind. Zudem vollzieht sich ein Wandel von stationärer hin zu mobiler Pflege. Hat eine Person in Italien Anspruch auf öffentliche Unterstützung, kann sie in diesem Rahmen den bevorzugten Anbieter (d. h. auch privatwirtschaftliche Dienste oder Kooperativen) selbst wählen. In Italien werden Pflegekräfte, vermittelt zum Beispiel über Kooperativen, zum Teil direkt von den Haushalten beschäftigt (Bizzotto/ Villosio 2011a, b). Insgesamt verdichtet sich in Italien und in anderen südeuropäischen Ländern ein Muster, nach dem die einstigen Aufgaben der Familien durch die niedrig entlohnte Arbeitskraft von MigrantInnen ersetzt werden, die teilweise auch in den beschäftigenden Haushalten wohnen (Bettio/ Solinas 2009, Bettio et al. 2009).

In Litauen wird Pflege vor allem unbezahlt und informell geleistet. Der vorherrschenden Einstellung nach sind Pflegeleistungen Aufgabe der Familie (Sardadvar et al. 2012). Der Zugang zu öffentlichen Pflegeangeboten hängt von einer strengen Bedarfsprüfung

ab; finanziert werden diese durch Gemeinden und Projekte. Personen, die diese Angebote in Anspruch nehmen, bezahlen Gebühren, die gesetzlich vorgegeben und einkommensabhängig sind. Bereitgestellt werden Pflegedienstleistungen von öffentlichen Anbietern und Non-Profit-Organisationen (Naujaniene 2011, 2012). Die Pflegelandschaft in Litauen ist insgesamt wenig ausgebaut, der Informationsstand der Bevölkerung niedrig und die Kosten für stationäre Pflege sind im Verhältnis zu den Einkommen hoch (European Union 2012).

Im Vereinigten Königreich wird ambulante Pflege von öffentlichen und privaten sowie von Organisationen des dritten Sektors (Non-Profit-Organisationen) bereitgestellt. Hinzu kommen private Arrangements, in denen Pflegebedürftige selbst Pflegepersonal beschäftigen. In den letzten Jahren hat der Pflegesektor im Vereinigten Königreich weitreichende Veränderungen verzeichnet, vor allem in Hinblick auf verstärkte von der Politik geforderte Effizienz- und Einsparungsbemühungen. Ein großer Teil der zuvor öffentlich finanzierten, von Gemeinden bereitgestellten Pflegeleistungen wurde in die Privatwirtschaft und den dritten Sektor ausgelagert. Heute ist der Markt durch starken Wettbewerb der Privatanbieter um Verträge mit den Gemeinden gekennzeichnet (McClelland/Holman 2011a, b, c).

Die nationalen Pflegeregime sind, so zeichnet sich in diesen Kurzdarstellungen ab, äußerst unterschiedlich – und zum Teil erheblich in Veränderung. Im Folgenden werden vier aktuelle Tendenzen benannt und auf ihre Relevanz für die Situation von Beschäftigten in der mobilen Pflege hin analysiert.⁴ Ich beginne mit den finanziellen Einschränkungen, gehe dann auf das Muster der Prekarisierung ein, befasse mich danach mit Standardisierungstendenzen und stelle schließlich den Reablement-Ansatz und empirische Hinweise auf dessen Implikationen für die Beschäftigten vor.

4. Empirische Ergebnisse: Verknappte Budgets, verdichtete Arbeit

4.1 Sparmaßnahmen und Wirtschaftskrise: Spürbare Folgen in der Pflegearbeit

Sparmaßnahmen im öffentlichen Bereich haben ihre Spuren in der Pflege hinterlassen – in Form von Auslagerungen, prekären Verträgen und verstärkten Effizienzbemühungen. Die wirtschaftliche Krise hat die Anspannung der finanziellen Lage zusätzlich verschärft. Das zeigt sich zum einen im Bereich der Gehälter und Zulagen. So wurden etwa im litauischen PUBCARE⁵, einem öffentlichen Pflegedienstleister, die ohnehin niedrigen Löhne als Reaktion auf die wirtschaftliche Situation gekürzt (Naujaniene

4 In den 13 Organisationsfallstudien wurden unterschiedlich qualifizierte Beschäftigte in der mobilen Pflege untersucht. Die Ausbildungen, Aufgaben und Befugnisse verschiedener Beschäftigungsgruppen unterscheiden sich vor allem nach nationalen Regulierungen. Die Fallstudien beziehen auch unqualifiziertes oder niedrig qualifiziertes Personal mit ein, das vor allem für Haushaltstätigkeiten (Einkaufen, Kochen, Säubern) eingesetzt wird. Übergreifend über alle interviewten Beschäftigten in der mobilen Altenpflege spreche ich in diesem Beitrag von »Pflegekräften« oder »Beschäftigten in der Pflege«. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Beschäftigten »Pflegekräfte« nach österreichischer Terminologie sind.

5 Bei allen Fallstudienamen handelt es sich um Pseudonyme.

2011). Niedrig qualifizierte Kräfte verdienen dort nun 333 Euro pro Monat, höher qualifizierte 434 Euro. Wenig ist das auch im litauischen Kontext.⁶ Die hohe Arbeitslosenrate in Litauen,⁷ so analysiert Naujaniene (2012, 10), erlaubt es Arbeitgebern derzeit, besonders niedrige Gehälter anzubieten und dennoch Personal zu finden, vor allem in Kleinstädten. Auch bei Zulagen bzw. Kostenerstattungen sind Kürzungen in Zusammenhang mit der Wirtschaftskrise zu verzeichnen. Fahrkarten für den öffentlichen Verkehr – eine unverzichtbare arbeitsbezogene Ausgabe in der mobilen Altenpflege – waren in Litauen unter den ersten Ausgaben, die mit Beginn der Krise gestrichen wurden (Naujaniene 2011, 2012).

In Italien wiederum ist es eine bestimmte Beschäftigtengruppe in der Pflege, deren Lage sich aufgrund von Effizienzbemühungen dramatisch verschlechtert: jene der hoch qualifizierten Pflegekräfte. Im Ringen um Kostenersparnis werden Arbeitsstunden des hoch qualifizierten Personals nach und nach abgebaut und zu niedrig oder nicht qualifizierten Kräften umgeschichtet, wie im Fall einer öffentlichen Pflegeeinrichtung (Bizzotto/ Villosio 2012). Während die Aufstiegschancen in der Pflege insgesamt ohnehin gering sind (Holtgrewe/ Sardadvar 2012), verschlechtern sich damit auch die Beschäftigungschancen für hoch qualifiziertes Personal.

Insgesamt sehen wir in allen Staaten Tendenzen zu Einsparungen im öffentlichen Sektor, die schon vor und unabhängig von der Wirtschaftskrise begonnen haben. Die Krise hat diese Tendenzen noch verstärkt und erweitert, etwa in Form von Gehaltskürzungen und Zulagenstreichungen in Litauen oder einer Arbeitsflexibilisierung durch öffentliche Pflegeanbieter in Dänemark (Hohnen 2011a). Neben direkten Folgen finanzieller Engpässe für die Entlohnung der Beschäftigten haben Sparmaßnahmen der letzten Jahre – schon vor der wirtschaftlichen Krise – auch auf anderen Wegen Niederschlag in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Pflegekräften gefunden. Die generelle Tendenz zur Auslagerung und Privatisierung, die in vielen Ländern stattgefunden hat, geht mit einer Zunahme prekärer Verträge einher (Hohnen 2012). Um die Effizienz zu erhöhen, wird in manchen Ländern zudem stark auf Standardisierung der Arbeit gesetzt. In Fällen aus Dänemark und dem Vereinigten Königreich wiederum wird versucht, moderne Pflegeansätze und Einsparungspotenzial zu verbinden: Mit der Implementierung des Reablement-Ansatzes, in dessen Zentrum die Erhaltung der Selbstständigkeit der KlientInnen steht, fasst in diesen beiden Ländern eine neue Art der Pflege Fuß, die manche bisherige Tradition in Frage stellt.

6 Das durchschnittliche Bruttoeinkommen im öffentlichen Sektor lag im Jahr 2010 bei 629 Euro – Pflegepersonal verdient davon also nur rund die Hälfte bis zwei Drittel (Naujaniene 2011, 18).

7 Die Arbeitslosenquote in Litauen lag im Jahr 2010 bei 18,7 Prozent, 2011 bei 15,5 Prozent (EU-27-Durchschnitt in beiden Jahren: 9,7 Prozent) (European Union 1995–2011).

4.2 »Working poor & insecure«: Prekarisierung und Lohnunsicherheit

Pflegearbeit ist Niedriglohnarbeit.⁸ Das liegt zum einen daran, dass Pflege, wie andere frauendominierte Tätigkeitsbereiche, in anderen Zusammenhängen traditionell unbezahlt von Frauen ausgeführt wird, was sich auf die gesellschaftliche Wahrnehmung und Bewertung der Arbeit auswirkt (vgl. z. B. Briar/Junor 2012). Schwächen der Interessenvertretung, politische Kriterien für budgetäre Entscheidungen und generelle Sparmaßnahmen im öffentlichen Sektor tragen weiters dazu bei. Was bei der Pflegearbeit in der Praxis aber noch hinzukommt, ist, dass Beschäftigungsverhältnisse häufig auf Teilzeitverträgen beruhen. Niedriglohngehälter werden dann zu Niedriglohn-Teilzeitgehältern.

Doch die materiellen Probleme von Pflegekräften werden durch einen weiteren Aspekt der Beschäftigungsverhältnisse zusätzlich verschärft: die verbreitete – und vor allem im Rahmen der Privatisierung von Pflegedienstleistungen zunehmende – Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen (Hohnen 2012). Wie in anderen Dienstleistungsbranchen nutzen Unternehmen wie auch öffentliche Arbeitgeber dabei jene Formen flexibler Arbeitsverträge, die das jeweilige Arbeitsrecht zulässt. So finden wir etwa in den Fällen aus dem Vereinigten Königreich sogenannte Zero-Hours-Verträge (Nullstundenverträge), die keine tatsächliche Arbeitszeit garantieren, und reale Arbeitszeiten von rund 16 Stunden pro Woche oder in Deutschland kurze Teilzeit (Minijobs) neben Vollzeitbeschäftigung. In den untersuchten litauischen Fällen wiederum ist zwar Vollzeitarbeit verbreitet, doch sind die Verträge grundsätzlich befristet. In den italienischen Fallstudien ist die Situation ähnlich, wobei beim öffentlichen Anbieter MUNICIPAL CARE erst kürzlich aufgrund akuter Budgetkürzungen Arbeitsstunden reduziert wurden – wie auch bei einem deutschen Fall. In den dänischen Fällen herrschen insgesamt wöchentliche Arbeitszeiten von 32 Stunden vor, daneben sehen wir eine neue strukturelle Verankerung von Zeitarbeit neben der Festanstellung (Holtgrewe/Sardadvar 2012, 118).

Nullstundenverträge – Verträge also, die nicht einmal ein Minimum an Arbeitsstunden garantieren, sondern den Arbeitsumfang gänzlich vom Bedarf abhängig machen – sind über unterschiedliche Branchen hinweg vor allem auf dem flexiblen Arbeitsmarkt des Vereinigten Königreichs üblich,⁹ sie sind in den Pflegefallstudien interessanterweise aber vereinzelt auch in Dänemark zu finden.

»Der Nullstundenvertrag verlangt faktisch vom oder von der Einzelnen, sich für Arbeit zur Verfügung zu halten, doch sein oder ihr Arbeitgeber hat keine Verpflichtung, Arbeit bereitzustellen« (Brinkley 2012, 1).¹⁰

8 Laut einem Vergleich zwischen 17 europäischen Staaten erhalten Pflegekräfte mit Grundausbildung nur in Dänemark und Island mindestens den nationalen Durchschnittslohn einer Arbeiterin oder eines Arbeiters (European Union 2012, 53).

9 Über die genaue Verbreitung ist wenig bekannt. Laut Labour Force Survey (LFS) haben 0,6 Prozent der Beschäftigten im Vereinigten Königreich Nullstundenverträge, doch gibt es Gründe zur Annahme, dass dieser Wert eine Unterschätzung darstellt (Brinkley 2012, 1).

10 »The zero hours contract, in effect, requires the individual to be available for work, but his or her employer are under no obligation to provide work.«

Für die ArbeitnehmerInnen haben solche Nullstundenverträge zur Folge, dass die Höhe des Gehalts unvorsehbar wird. Solcherart Beschäftigte müssen somit nicht nur über ihre Zeitplanung je nach Arbeitsbedarf und Auslastung flexibel verfügen, sondern sie leben zudem jeden Monat in Unsicherheit über ihr tatsächliches Gehalt am Monatsende (Hohnen 2012, Sardadvar et al. 2012, Holtgrewe/ Sardadvar 2012). In solchen Konstellationen verfügen Pflegekräfte nicht nur über ein niedriges Einkommen, und auch nicht nur über ein niedriges Teilzeiteinkommen, sondern, mehr noch, über ein *unvorhersehbares niedriges Teilzeiteinkommen*. Um mit dieser materiellen Unsicherheit fertig zu werden, nehmen manche Beschäftigte zusätzliche Arbeiten an, andere sehen sich gezwungen, sich dem Wohlfahrtssystem anzuvertrauen. Das gilt insbesondere bei Nullstundenverträgen, aber auch bei anderen Beschäftigungsverhältnissen, die nur wenige Arbeitsstunden garantieren oder zulassen.

Viele Beschäftigte in der Pflege sind mit Armutsrissen oder tatsächlicher Armut konfrontiert (Hohnen 2012, Sardadvar et al. 2012). Die institutionellen Rahmenbedingungen unterscheiden sich, aber die Folgen sind ähnliche. Den Fallstudien zufolge tragen in den weniger regulierten Staaten wie Italien und Litauen die niedrigen Löhne auf Teilzeitebene zur Armutgefährdung bei, im Vereinigten Königreich und zum Teil auch in Dänemark Nullstundenverträge. In Deutschland sind hauptsächlich MinijobberInnen betroffen und nehmen meist zusätzliche Jobs an. Die folgenden Zitate von Beschäftigten in der Pflege aus unterschiedlichen Staaten illustrieren die angespannte finanzielle Situation:

»Ich habe gefragt, ob ich zusätzliche Arbeit bekommen kann. Es ist schwierig für mich, mit nur einem Einkommen das Auslangen zu finden« (Beschäftigte in der Pflege, allein-erziehende Mutter, Dänemark, zit. in Hohnen 2011b, 11).¹¹

»Ich muss mehr arbeiten ... denn ich muss Rechnungen bezahlen. Und im Moment bringe ich nicht genug Geld nachhause, um meine Grundbedürfnisse zu [decken]« (Beschäftigte in der Pflege, Vereinigtes Königreich, zit. in McClelland/ Holman 2012, 19).¹²

»Am Ende des Monats erhalte ich 300 Euro als Nettoeinkommen. Mit diesem Betrag gelange ich nirgendwo hin. Aber ich sage immer, besser 300 Euro als gar nichts. Wir müssen uns immer auf Sozialleistungen verlassen und in dieser Stadt haben wir sie zum Glück« (niedrig qualifizierte Pflegekraft, Italien, zit. in Bizzotto/ Villosio 2012c, 19).¹³

Beschäftigte in der Pflege, so ist zu folgern, sind eine spezielle Gruppe der »working poor«, also der Bevölkerungsschicht, die trotz Erwerbstätigkeit armutsgefährdet oder arm ist. Von der neuen Prekarisierung der Beschäftigung in der Pflege Betroffene – mit

11 »I have asked if I can get some extra work. It is difficult for me to make ends meet with only one salary.«

12 »I need to work more ... because I need to pay bills. And I'm not bringing in enough money at the moment to [meet] my basic needs.«

13 »At the end of the month I get 300 Euros of net salary. I don't get anywhere with that amount. But I always say better 300 Euros than nothing. We always need to rely on social welfare and fortunately in this city we have it.«

entsprechenden Variationen nach den nationalstaatlichen Regulierungen – bilden eine Gruppe von »working poor«, die nicht nur wenig verdient, sondern deren finanzielle Lage zudem von Schwankungen und Unsicherheit beherrscht ist.

4.3 Flexibilität und Zeitdruck, Standardisierung und Dokumentation

Eine Standardisierung von Pfl egetätigkeiten und exakte Zeitvorgaben für einzelne Aufgaben: Darin besteht eine weitere Tendenz in der Pflegelandschaft. Sie kann als Aspekt gegenwärtiger Professionalisierungstendenzen in der Pflege gesehen werden, ist aber vor allem das Ergebnis von Streben nach Effizienz und Kostenersparnis. Mit der Standardisierung wandelt sich nicht nur der Arbeitsalltag erheblich, auch die Anforderungen und selbst das Verständnis von Pflege verändern ihre Form. Die offensichtlichste und unmittelbarste Folge von Standardisierung, vor allem im Kontext von Effizienzbestrebungen, besteht in zunehmendem Zeitdruck und Intensivierung der Arbeit für die Beschäftigten in der Pflege, befördert durch präzise Zuteilungen von Zeitvorgaben für einzelne Tätigkeiten und Dienstleistungspakete sowie durch verstärkten Dokumentierungsbedarf. In den Staaten mit stärker institutionalisierter Pflege, d. h. in Dänemark, Deutschland und im Vereinigten Königreich, zeigt sich diese Entwicklung am deutlichsten (Hohnen 2012).

Die Standardisierung von Pflegeaufgaben steht dabei im Widerspruch zur Unwägbarkeit der Pflegearbeit schlechthin. Es ist als ein der Pflegearbeit inhärentes Merkmal anzusehen, dass sie nur bis zu einem gewissen Grad planbar ist. KlientInnen sind nicht jeden Tag in derselben Verfassung, sie können Unfälle haben oder erkranken, sie können unvorgesehene Besuche beim Arzt benötigen und tagesabhängige Bedürfnisse oder Schwierigkeiten haben (Holtgrewe/Sardadvar 2012). Parallel zur Standardisierungstendenz sind Beschäftigte in der Pflege darum mit hohen Flexibilitätsanforderungen konfrontiert. Gerade wenn Sparmaßnahmen zu verzeichnen sind, etwa in Form eines Abbaus von Arbeitsstunden oder Arbeitsplätzen in einer Organisation, wird von den ArbeitnehmerInnen hohe zeitliche Flexibilität erwartet. Die Unwägbarkeit, die der Arbeit innewohnt, und der durch die Art der Arbeitsorganisation gegebene Flexibilitätsanspruch – beispielsweise in Zusammenhang damit, ob ein Pool an SpringerInnen besteht oder wie sich die Entfernungen zwischen den KlientInnenwohnungen in den Routen gestalten – können hier eine Verbindung eingehen, die sich in enormen Flexibilitätserwartungen und Verfügbarkeitszumutungen äußert. So etwa in der folgenden Erzählung aus einem britischen Fall:

»Ich kann gerade im Bett sein und sie rufen an. Es kann dein freier Tag sein und sie rufen an. Und ich weiß, es ist ganz leicht zu sagen, »Naja, geh eben nicht ans Telefon, aber dann sagen sie, »Wir haben Sie angerufen, warum haben Sie uns nicht zurückgerufen?« Ich bin in Urlaub gegangen und sie haben mich weiter angerufen. Sie wussten, ich war auf Urlaub, und sie haben mich angerufen und gesagt: »Sie haben zwei Wochen Urlaub, fahren doch aber nur eine Woche weg, also könnten Sie nicht kommen und ein bisschen

arbeiten, wir stecken wirklich in der Klemme?» (Pflegekraft, Vereinigtes Königreich, zit. in McClelland/Holman 2011c, 18).¹⁴

Das besonders Bemerkenswerte ist nun im vorliegenden Kontext, dass hohe Flexibilitätsanforderungen parallel zu einer fortschreitenden Standardisierung zu beobachten sind. Während also einerseits Beschäftigte aufgefordert sind, ihre Zeit und Verfügbarkeit an die Bedürfnisse der Arbeit anzupassen, ist andererseits die Arbeit Zeitvorgaben und Aufgabendefinitionen unterzuordnen. Es liegt nahe, dass diese parallelen Entwicklungen zusammenhängen. Ein möglicher Grund besteht darin, dass die Flexibilitätserfordernis umso höher wird, je mehr sich Standardisierungsbemessungen von der Realität entfernen. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Fragmentierung der Beschäftigung (mehr und loser Beschäftigte mit weniger Stunden) zusätzliche Flexibilität fordert, da beispielsweise bei einer größeren Beschäftigtenanzahl auch die absolute Zahl an Ausfällen steigen wird. Die konkreten standardisierten Vorgaben sind aus Sicht der Pflegenden für den Arbeitsalltag vielfach unrealistisch verfasst. Einige Schilderungen von interviewten Beschäftigten illustrieren diese Problematik:

»Es ist also nicht so, als könnte man sich hinsetzen und mit dem Bürger sprechen. Zwölf Minuten – was ist das schon, wenn man Frühstück und Mittagessen vorzubereiten hat und den Abwasch machen soll« (niedrig qualifizierte Pflegekraft, Dänemark, zit. in Ajslev et al. 2011, 17–18).¹⁵

»Zum Beispiel haben Leute vielleicht für ein bestimmtes Leistungspaket bezahlt. Ich habe 20 Minuten Zeit dafür. Aber ich brauche schon zehn Minuten, um sie nur aus dem Bett zu bekommen und ins Badezimmer zu bringen. Also habe ich dann zehn Minuten, um sie schnell zu waschen, schnell anzuziehen und dann schnell aufzuräumen. 20 Minuten sind nicht genug (...)« (Pflegehelferin, Deutschland, zit. in Kümmerling 2012a, 15).¹⁶

Standardisierungstendenzen sind nicht in allen Ländern oder auch Fällen gleichermaßen auf dem Vormarsch. Am stärksten standardisiert sind in der Stichprobe Fälle aus Dänemark und aus Deutschland. Im litauischen Fall VOLUNTARY CARE, einer projektbasiert tätigen Non-Profit-Organisation, ist das Bild ein gänzlich anderes, wenn eine Koordinatorin über die Aufgaben der Beschäftigten erzählt:

- 14 *»I can be in bed and they're ringing. It can be your day off and they're ringing. And I know it's dead easy to say, ›Well, don't answer your phone‹, but then they say, ›We've been ringing you, why didn't you ring us back?‹ I went on holiday and they were still ringing me. They knew I was on holiday and they were ringing me saying, ›You're off for two weeks and you're only going away for one, so can you not come in and do some work, we're really stuck?«*
- 15 *»So it's not like you can sit down and talk to the citizen. 12 minutes – what is that when you need to prepare breakfast, lunch and do the dishes.«*
- 16 *»For instance, people may have paid for a certain service package. I have 20 minutes for it. But I need 10 minutes just to get them out of bed and accompany them to the bathroom. So, then I have to wash them quickly, dress them quickly and then quickly tidy up. Twenty minutes is not enough (...)«*

»Eine Person kommt und macht, was notwendig ist« (Koordinatorin, zit. in Naujaniene 2012, 5).¹⁷

Dort sind die Leistungen durch das zugrunde liegende Projekt vorgegeben – aber nur vage. Der Unterschied zu den minutengenauen Vorgaben in dänischen und deutschen Fällen könnte kaum größer sein. Im anderen litauischen Fall dagegen finden sich wiederum Hinweise auf starken Zeitdruck:

»Reden über die Arbeitsqualität, wenn ich 13 Leute zu betreuen habe. Verstehen Sie? Ich laufe hinein, frage, was sie wollen und renne hinaus« (Pflegekraft, Litauen, zit. in Naujaniene 2011, 7).¹⁸

Der Trend zur Standardisierung ist also nicht durchgängig zu beobachten, und er ist auch nicht klar länderspezifisch. Zeitdruck aber finden wir in allen Fällen – außer jenen im Rahmen des Reablement-Ansatzes (siehe Abschnitt 4.4) –, doch offensichtlich begünstigt durch unterschiedliche Kontexte. Sind es im einen Fall die genauen und aus Sicht der Beschäftigten unrealistischen Zeitvorgaben, die Zeitdruck hervorbringen, so sind es im anderen »schlichte« Überforderung durch hohe Arbeitslast bei vergleichsweise großer Autonomie und Eigenverantwortung.

Nicht nur die Zeitvorgaben, auch andere Aspekte der Aufgabendefinition und damit zusammenhängende Effizienzbestrebungen gehen aus Sicht der Beschäftigten oftmals an deren Arbeitsalltag vorbei. So im folgenden Fall in Dänemark, einem Beispiel für die laufenden Anpassungen von Qualitätsstandards in der öffentlichen Regulierung von Pflegedienstleistungen:

»Ein Beispiel der veränderten Qualitätsstandards aus dem Jahr 2011 betrifft den Qualitätslevel rund um das ›Bettmachen‹. Die Leistungsbeschreibung veränderte sich hier vom Erbringen der Leistung ›das Bett machen‹ zu einer Leistung, die als ›das Bett glatt streichen‹ betitelt wurde. Viele der HeimpflegearbeiterInnen fanden den Unterschied in der Praxis schwer festzumachen, die Zeitzuteilung jedoch wurde entsprechend reduziert« (Hohnen 2011a, 11–12).¹⁹

In Zusammenhang mit der Standardisierung der Pflege entsteht auch die Anforderung verstärkter Dokumentationsarbeit. Diese ist Teil einer breiteren Professionalisierung von Pflege und ein Aspekt der Qualitätssicherung. Es ist davon auszugehen, dass sie darüber hinaus aber umso wichtiger wird, je fragmentierter die Beschäftigung ist und je mehr Wechsel zwischen den Betreuenden einer Klientin oder eines Klienten vorkommen. In solchen Kontexten der Arbeitsorganisation erhält Dokumentations-

17 »A person comes and does what's necessary.«

18 »Talk about the quality of work when I have to look after thirteen people. Can you see? I run in, ask what they want and run out.«

19 »One example of changing quality standards from 2011 concerns the quality level around ›making beds‹ where service specifications changed from providing a service termed ›making the bed‹ into a service termed ›smoothing the bed‹. Many of the home care workers found the difference hard to specify in practice, however, time allocation was reduced accordingly.«

arbeit erhöhte Relevanz, um Informationen für den oder die nächste KollegIn festzuhalten und weiterzugeben. In den regulierten Staaten mit institutionalisierten Pflege-regimes und Tendenz zu Standardisierung, Dänemark und Deutschland, ist die Dokumentation besonders bedeutsam. Kümmerling berichtet von einem Forschungsbesuch in einer deutschen Fallstudienorganisation:

»Auf der Tafel im Pausenraum hängt ein kleines Plakat, auf dem steht: ›Wenn es nicht dokumentiert ist, ist es nicht passiert!‹« (Kümmerling 2012d, 17).²⁰

Die Anforderung der präzisen Dokumentation von erbrachten Leistungen und von Beobachtungen des Zustands des Klienten oder der Klientin bringt nicht nur neue Aufgaben und oftmals zusätzliche Arbeitslast mit sich, sondern auch neue Kompetenz-erfordernisse der Pflege- und Betreuungskräfte. Über die Fallstudien hinweg zeichnet sich die durch Dokumentation entstehende Arbeitslast, die zusätzlich zur Intensivierung der Pflege- und Betreuungsarbeit selbst anfällt, deutlich ab. Dokumentationsarbeit wird im Auto, während der Mittagspause, in der Zeit zwischen zwei Schichten, oder zuhause nach der »eigentlichen« Arbeit erledigt (Holtgrewe/Sardadvar 2012, 136). Daraus lässt sich schließen, dass die tatsächliche Arbeitsorganisation an die hinzugekommenen Dokumentationserfordernisse nicht entsprechend angepasst wird. Darüber hinaus stellt die Aufgabe, alle erledigten Tätigkeiten und Beobachtungen des Zustands der KlientInnen schriftlich zu dokumentieren, für Beschäftigte mit niedrigen Sprachkenntnissen in der relevanten Sprache oder niedrigem Bildungshintergrund eine besondere Hürde dar.

Im Kontext des Zeitdrucks und der vorgefertigten standardisierten Leistungsvorgaben verringert sich aber auch die Autonomie in der Arbeitsgestaltung seitens der Beschäftigten – eine paradoxe Entwicklung in einem Beruf, dessen tagtägliche Erfordernisse wie erwähnt nur begrenzt planbar sind. Gleichzeitig bleibt für Aspekte der Pflege wie persönliche Ansprache und emotionale Arbeit weniger Platz. Es sind jedoch diese persönlich-emotionalen Aspekte der Arbeit, die, wie wir in den empirischen Ergebnissen sehen, für Pflegenden besonders wichtig und sinnstiftend sind (Holtgrewe/Sardadvar 2012, Hohnen 2012). Im Rahmen einer der dänischen Fallstudien halten die AutorInnen dazu aussagekräftig fest:

»Die ältesten Pflegekräfte erinnern sich noch daran, wie es vor nicht allzu langer Zeit möglich war, mit den Älteren spazieren zu gehen, sie in einem weiteren Sinne zu betreuen als lediglich ein verschriebenes Dienstleistungspaket bereitzustellen. Heute wird nur die notwendige Betreuung erbracht« (Møller/Hohnen 2011, 7).²¹

20 »On the blackboard in the recreation room there is a small poster that says ›If it isn't documented, it didn't happen!‹«

21 »The oldest care workers still remember how not so long ago it was possible to take the elderly for a walk, taking care of the elderly in broad terms rather than just providing a prescribed package of services. Today only the most necessary care is provided.«

Und eine Pflegehelferin in Deutschland schildert:

»Man will seine Arbeit machen, aber man will auch eine kurze Unterhaltung führen. Ich fühle mich sehr, sehr eingeschränkt durch [den Zeitdruck]« (Pflegehelferin, Deutschland, zit. in Kümmerling 2012a, 15).²²

Was sich in diesem Kontext insgesamt andeutet, ist ein durch Einsparungsbemühungen und damit verbundene Standardisierung getriebener Wandel der Pflegearbeit: Aufgabendefinitionen verändern sich, indem sie top-down – also etwa in Dänemark auf Gemeindeebene – festgemacht werden und dann für die Pflegenden verbindlich sind. Die Arbeitsorganisation verändert sich, indem hohe Flexibilitätsanforderungen mit neuer Standardisierung in einem nie ganz vorhersehbaren Arbeitsfeld gepaart sind (vgl. auch Brater/Maurus 1999, Krenn/Papouschek 2003, Hohnen 2012). Die Anforderungen an Pflegenden verändern sich, wenn andere Aufgaben und Organisationsmechanismen im Vordergrund stehen. Und: Das Verständnis von Pflege wandelt sich, wenn Tätigkeiten wie sich zu unterhalten, zuzuhören, einen Spaziergang zu machen, in den »auszuliefernden Paketen« nicht mehr vorgesehen sind.

Im Streben nach Effizienz und Ersparnis, verbunden mit der Tendenz zur Professionalisierung, die auch die Dokumentationserfordernisse mitbegründet, haben Fälle in Dänemark und dem Vereinigten Königreich noch einen weiteren Weg gewählt, um Professionalisierung und langfristige Kostenersparnis zu verfolgen, der künftig möglicherweise auch in anderen Ländern aufgegriffen werden könnte. Dort findet stellenweise ein Übergang zu einem neuen Ansatz in der Pflege statt, der Effizienz und einen modernen Zugang zur Pflege verbinden soll: das Reablement.

4.4 Der Reablement-Ansatz: Zwischen Modernisierung und Sparsamkeit

Hilfe zur Selbsthilfe statt Unterstützung in der Unselbstständigkeit: So lässt sich die Idee des Reablement-Ansatzes, der vor allem im Vereinigten Königreich, aber auch in Dänemark Verbreitung findet, schlagwortartig charakterisieren. Dass wir diesen Ansatz in diesen beiden Ländern finden, hat damit zu tun, dass in beiden Staaten die Pflege vergleichsweise stark institutionalisiert ist, gleichzeitig aber auch beide stark nach Einsparungen im öffentlichen Bereich streben. Für die Verantwortlichen ist der Ansatz mit langfristiger Kostenersparnis verbunden, für die Beschäftigten bedeutet er eine spezifische Art der Professionalisierung und Requalifizierung. Beim Reablement-Ansatz geht es darum, KlientInnen weniger zu betreuen als zu trainieren, mit dem Ziel, dass sie so unabhängig wie möglich werden und ihre Potenziale bestmöglich nutzen (Hohnen 2011a, 3).

»Älteren BürgerInnen wird Unterstützung auf Basis ihres Lernpotenzials statt nur auf Basis ihrer gegenwärtigen Einschränkungen zugewiesen« (Hohnen 2011a, 3).²³

22 »You want to do your work, but you have to have a short conversation, too. I do feel very, very restricted by [the time pressure].«

23 »Elderly citizens are allocated assistance based on their training potential rather than solely based on their present inabilities.«

Im Fallstudienmaterial finden sich zwei Organisationen, die den Reablement-Ansatz verfolgen: Zum einen das dänische REHABCARE (Hohnen 2011a), die Altenpflegeeinrichtung einer mittelgroßen dänischen Gemeinde, die in den letzten zehn Jahren kräftige Restrukturierung erfahren und im Zuge dessen auch einen Wechsel von der traditionellen Pflege zum Reablement vollzogen hat. Zum anderen das britische REABLEMENT (McClelland/ Holman 2011b), eine auf Reablement spezialisierte Einheit eines öffentlichen Anbieters auf Gemeindeebene. Im Vereinigten Königreich ist der Trend zum Reablement stark von der politischen Ebene getrieben. Denn Reablement verspricht nicht nur eine neue Pflegephilosophie, sondern auch Einsparungen im Pflegebereich durch die Förderung der Selbstständigkeit und die Senkung des Unterstützungsbedarfs auf das als adäquat angesehene Minimum und auf eine vorübergehende Zeitspanne.

»Die Philosophie hinter Reablement ist es, NutzerInnen der Leistung dazu zu befähigen, ›Dinge für sich selbst zu tun‹, anstatt dass, wie in der mobilen Pflege, ›Dinge für sie getan werden‹, und sie ist das Ergebnis allgemeinerer politischer Maßnahmen rund um die Reduktion teurer sozialer Betreuung« (McClelland/ Holman 2011b, 7).²⁴

In Hinblick auf die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen ist der Reablement-Ansatz ambivalent. Auf der einen Seite finden sich Hinweise darauf, dass er günstige Einflüsse auf die Qualität der Arbeit hat – auf der anderen Seite birgt er aber auch neue Risiken (Holtgrewe/ Sardadvar 2012). Im konkreten Beispiel der britischen Fallstudie REABLEMENT sind gerade einige der weithin beobachtbaren Problempunkte der gegenwärtigen Gestaltung von mobiler Pflege vorteilhaft gelöst: Abwesenheiten wurden seit Einführung des Ansatzes reduziert, die Qualifikationen der ArbeitnehmerInnen durch spezielle Reablement-Kurse erweitert. Es besteht erhebliche Autonomie in der Gestaltung des Arbeitsalltags, und ArbeitnehmerInnen sehen sich in ihrer Position gestärkt (McClelland/ Holman 2011b). Sogar der generell steigende Zeitdruck ist mit Einführung des Programms reduziert worden, und eine Beschäftigte meint ganz im Gegensatz zu den in Abschnitt 4.3 angeführten Zitaten:

»Wir halten uns nicht an Zeiten, und das ist besser, weil man nicht in Eile ist« (Pflegekraft, zit. in McClelland/ Holman 2011b, 17).²⁵

Doch der Reablement-Ansatz hat auch seine Schattenseiten und Gefahrenzonen. Die veränderten Anforderungen und zusätzlichen Trainings spiegeln sich nicht unbedingt in formalen Qualifikationen oder höheren Löhnen wider, und es entstehen neue Konfliktpotenziale zwischen NutzerInnen und BetreuerInnen (Hohnen 2011a). Darüber hinaus drücken Beschäftigte in beiden Ländern Sorge darüber aus, dass mit dem Reablement-Ansatz längerfristig Arbeitsplätze für Pflegekräfte entfallen und Kündigungen ausgesprochen werden könnten (Hohnen 2011a, McClelland/ Holman 2011b).

24 *»The philosophy behind reablement is to enable service users to ›do things for themselves‹ rather than, as is the case in homecare, ›to have things done for them‹, and is the result of broader policies around the reduction of costly social care.«*

25 *»We don't stick to times and this is better because you're not rushing.«*

Die Ergebnisse zum Reablement-Ansatz legen aber noch eines nahe: nämlich ein verändertes Verständnis der Rolle der Pflegekraft, ähnlich wie bei der Standardisierung – und gleichzeitig sehr unterschiedlich dazu. Reablement verlangt andere Fähigkeiten von den Beschäftigten als die traditionellere Pflege: Es ist verbunden mit anderen kognitiven Herausforderungen und einem anderen Rollenbild, das eher in Richtung Coach oder Trainerin geht (McClelland/ Holman 2011b, Hohnen 2011a). Darin besteht eine Chance, etwa in Hinblick auf eine gesellschaftliche Aufwertung der Pflege. Für manche Beschäftigte, vor allem erfahrene, die über Jahre ein anderes Verständnis ihrer Rolle aufgebaut haben und eine andere Pflegekultur gewohnt sind, kann es freilich auch eine erhebliche Schwierigkeit darstellen, wenn die gewohnten Werte des »Helfens« durch Werte des bewussten »Unterlassens von Hilfe« ersetzt werden sollen. Eine Projektleiterin in Dänemark bringt diesen Aspekt anschaulich zur Sprache:

»Viel von der Anerkennung, die Pflegekräfte erfahren, hat mit ihrem Sich-Kümmern zu tun ... und oft hatten der berufliche Stolz und der Sinn der Pflegearbeit damit zu tun, dass Frau Hansen sagt: ›Ich bin so froh, dass Sie heute da sind, denn Sie gehen immer bei der Bäckerei vorbei auf Ihrem Weg hierher.‹ Was passiert dann, wenn es Teil des Rehabilitationsprogramms ist, dass Frau Hansen üben soll, selbst zur Bäckerei zu gehen?« (Projektleiterin Rehabilitationsprogramm, Dänemark, zit. in Hohnen 2011a, 22).²⁶

In Bezug auf die Anerkennung von Pflegearbeit zeichnen sich im Kontext des Reablement Ambivalenzen ab: Auf der einen Seite gehen bewährte Anerkennungsformen – wie das Vermitteln des Gebraucht-Werdens durch die KlientInnen – potenziell verloren, auf der anderen Seite werden neue Anerkennungsquellen – wie die der pädagogischen Expertise – erschlossen.

5. Fazit: Veränderte Pflegekulturen, mögliche Zukunftsszenarien

Die mobile Altenpflege ist in Veränderung, und zu den maßgeblichen Veränderungen, die wir derzeit beobachten können, zählen Sparmaßnahmen im öffentlichen Bereich, verstärkt durch die wirtschaftliche Krise, sowie ein Trend zur Privatisierung und, dadurch vorangetrieben, eine Zunahme prekärer Beschäftigungsbedingungen. Wir finden Standardisierungstendenzen zur weiteren Erhöhung der Effizienz, die neue Anforderungen mit sich bringen und die Schwerpunktsetzung in der Pflege verändern, und sehen Hinweise auf die komplexen Implikationen des Reablement-Modells vor allem in Bezug auf Anforderungen und gesellschaftliche Anerkennung der Pflegearbeit.

Diese Wandlungsmomente der mobilen Pflege schlagen sich in Veränderungen der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen nieder: Weithin festzustellen sind die Verbreitung unsicherer Arbeitsverträge und ungewisser Löhne, steigender Zeitdruck

²⁶ »Much of the recognition that care workers experience are related to their being caring ... and often the professional pride and meaning of care work has been related to when Mrs Hansen says: ›I am so happy that it is you today, because you always pass by the bakery on your way here. What happens then when it is part of the rehabilitation scheme that Mrs Hansen should train to be able to go to the bakery herself?«

und Intensivierung der Arbeit, neue Anforderungen in Zusammenhang mit erhöhter Dokumentationsanforderung und ein Wegbrechen von Räumen für die sinnstiftende, das Berufsverständnis zentral charakterisierende persönlich-emotionale Betreuung der KlientInnen. Einsparungsmaßnahmen und Fragmentierung der Beschäftigung schaffen darüber hinaus erhöhte Flexibilitätsansprüche, die auf die Standardisierungsversuche einer prinzipiell unvorhersehbaren Arbeit treffen.

Es sind nicht nur die konkreten Arbeitsbedingungen, die sich hier verändern. Damit einher gehen Aspekte einer veränderten Kultur der Pflege. Im Kontext des Effizienzsteigerungs- und Einsparungsmodells ist diese Veränderung durch stärker vorgabengeleitete und weniger kompetenzgeleitete Gestaltung der Arbeit gekennzeichnet, durch eine Konzentration auf abzuliefernde Leistungspakete mit wenig Platz für spontanes Eingehen auf die Bedürfnisse von Klient und Klientin. Gleichzeitig sehen wir im Zusammenhang mit dem Reablement-Ansatz andere Aspekte einer neuen Kultur der Pflege – mit einer gestärkten Position und neuen Kompetenzen der Pflegenden. Eine Kultur, die ihrerseits ebenfalls sinnstiftende Elemente der Arbeit in Frage stellt, dafür aber neue anbietet. Beide Entwicklungen schreiben die »Erzählung von der oder dem sich kümmernden Beschäftigten« (Møller/Hohnen 2011) um, wenn aus ihnen Coaches und TrainerInnen oder aber standardisiert arbeitende LeistungserbringerInnen werden.

Nicht alle Entwicklungen schreiten in sämtlichen Ländern gleichermaßen voran. In Staaten des nordeuropäischen Pflegeregimes mit institutionalisierten Pflegestrukturen und einer Tradition der öffentlichen Verantwortungsübernahme für die Pflege, wie Dänemark und dem Vereinigten Königreich, findet der Reablement-Ansatz Verbreitung. In diesen Ländern sehen wir aber auch die Verwendung von Nullstundenverträgen, wobei in Dänemark die Beschäftigung – in Übereinstimmung mit den Unterschieden der wohlfahrtsstaatlichen Regimes der beiden Länder – insgesamt doch bei weitem weniger prekär ist als im Vereinigten Königreich. In den arbeitsrechtlich stark regulierten Staaten, wie Deutschland und Dänemark, sehen wir eine Parallelität von (Fast-) Vollzeitbeschäftigung im Anstellungsverhältnis und Minijobs bzw. Zeitarbeit. Dort ist auch die Standardisierung der Pflegearbeit am weitesten fortgeschritten – mit ähnlichen Mustern exakter Zeitvorgaben für einzelne Tätigkeiten, die die Beschäftigten in der Praxis unter Zeitdruck bringen. In Litauen und Italien, mit den niedrigen Löhnen und der geringen Institutionalisierung von Pflege, ist die Armutproblematik besonders deutlich, während die Standardisierung auf diese Länder des Mittelmeer- und des mittel- und osteuropäischen Regimes noch nicht so stark übergreifen hat. Dennoch ist die Zunahme des Zeitdrucks dort ebenfalls zu beobachten – mitbegründet durch geringe Budgets, die vor allem in Litauen durch die Wirtschaftskrise noch weiter gekürzt wurden.

Die europäische mobile Altenpflege befindet sich in einem Übergangsprozess, in dem sich aus derzeitiger Sicht zwei Zukunftsszenarien abzeichnen. Da ist einerseits die weitere Zuschneidung der Arbeit auf Effizienzsteigerung, Einsparung und Standardisierung, andererseits ein neues Verständnis von Pflege im Rahmen des Reablement-Modells. Hier sehen wir veränderte Rollen der Pflegenden und eine gewisse Professionalisierung im Sinne eines erhöhten Einsatzes technischer Hilfsmittel und einer

Höherqualifizierung. Neue Ungleichheiten sind dabei jedoch nicht ausgeschlossen, wenn manche Gruppen von Beschäftigten mit diesen Veränderungen schwerer mithalten können als andere, und wenn Höherqualifizierung neue Zugangsbarrieren schafft oder eine nicht in Gehältern und Anerkennung widergespiegelte Zusatzanforderung darstellt. Auf der anderen Seite dominieren Privatisierung, Prekarisierung und der zunehmende Rückgriff auf nicht und niedrig qualifiziertes Personal. Entlohnungs- und Vergütungsrückgänge in Litauen, die Umverteilung von Arbeitsstunden weg vom »teureren« höher qualifizierten Personal in Italien und die Verbreitung von Nullstundenverträgen im Vereinigten Königreich sind aussagekräftige Beispiele.

Die einbezogenen Staaten haben es im Wesentlichen mit den gleichen Herausforderungen zu tun. Sie versuchen, öffentliche Ausgaben zu senken und sollten Lösungen für zukünftige Pflegebedarfe finden. Das tun sie auf unterschiedliche Weise. Die mobile Pflege ist in einem Veränderungsprozess, in dem wir generelle Trends sehen, die durch unterschiedliche Institutionalisierungsgrade und Regulierungsformen gefiltert werden – und gefiltert werden können. Weitere Richtungsentscheidungen werden von den politischen EntscheidungsträgerInnen, den breiteren Ansätzen in den Pflegeregimes, dem Rollenverständnis von Wohlfahrtsstaaten und der Aktivität von SozialpartnerInnen abhängen.²⁷

Literatur

- Ajslev, Jeppe Z. et al. (2011) *Between Precarious Employment, Paced Work and Customer Orientation: PRIVATECARE – an Elderly Care Case Study from Denmark*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Bettio, Francesca/ Solinas, Giovanni (2009) *Which European Model for Elderly Care? Equity and Cost-effectiveness in Home Based Care in Three European Countries*. Materiali di discussione, Nr. 609. Modena.
- Bettio, Francesca et al. (2009) *Change in Care Regimes and Female Migration: the »Care Drain« in the Mediterranean*. In: Journal of European Social Policy, Nr. 16, 271–285.
- Bizzotto, Giulia/ Villosio, Claudia (2012a) *Integration of Public and Private in the Municipal Home Elderly Care: MUNICIPAL CARE – an Elderly Care Case Study from Italy*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Bizzotto, Giulia/ Villosio, Claudia (2012b) *The Role of Non-profit Cooperatives in the »Formalisation« of Care Work: COOPCARE – an Elderly Care Case Study from Italy*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Bizzotto, Giulia/ Villosio, Claudia (2012c) *Workers in the Home Elderly Care Sector in Italy: A Dead-end Employment Opportunity?* Internal report for WP7 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Brater, Michael/ Maurus, Anna (1999) *Das schlanke Heim. Lean Management in der stationären Altenpflege*. Hannover.
- Briar, Celia/ Junor, Anne (2012) *Inequality and Low Paid Women Workers. Care, Skill and Value in Social and Community Work*. Paper presented at the Gender, Work and Organisation Conference, Keele, UK, June 2012.
- Brinkley, Ian (2012) *Zero Hours Contracts and the Flexible Labour Market*. The Work Foundation, 17. August 2012, verfügbar unter: <http://www.theworkfoundation.com/blog/872/Zero-hours-contracts-and-the-flexible-labour-market>, 13. 12. 2012.

27 Ich bedanke mich bei Pernille Hohnen für wichtige inhaltliche Anregungen im Rahmen der Analysen, die in die Schlussfolgerungen eingegangen sind. Weiters danke ich Ursula Holtgrewe für wertvolle Kommentare zu diesem Beitrag.

- Bundesministerium für Gesundheit (2009) *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (07/09)*, verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cdn_151/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Juli_2009.html, 30. 3. 2012.
- Büssing, André/Glaser, Jürgen (1999) *Interaktionsarbeit: Konzept und Methoden der Erfassung im Krankenhaus*. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 3, 164–173.
- Cohen, Miri et al. (2007) *Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse*. In: Journal of the American Geriatrics Society, Nr. 8, 1224–1230.
- Cooper, Claudia et al. (2009) *Abuse of People with Dementia by Family Carers: Representative Cross Sectional Survey*. In: BMJ, Nr. b155, verfügbar unter: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b155.full>, 12. 12. 2012.
- European Commission (2010) *Employment in Europe 2010*, verfügbar unter: http://ec.europa.eu/employment_social/eie/index_en.html, 8. 12. 2012.
- European Union (1995–2011) *Unemployment Rate, 2000–2011*, verfügbar unter: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Unemployment_rate,_2000-2011_%28%25%29.png&filetimestamp=20120502100338, 12. 12. 2012.
- European Union (2012) *Long-Term Care for the Elderly. Provisions and Providers in 33 European Countries*. Luxembourg, verfügbar unter: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf, 14. 12. 2012.
- FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt) (2012a) *The WALQING Web Resource*, verfügbar unter: <http://www.walqing.eu/index.php?id=145>, 12. 12. 2012.
- FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt) (2012b) *WALQING Social Partnership Series*, verfügbar unter: <http://www.walqing.eu/?id=64>, 12. 12. 2012.
- Hohnen, Pernille (2011a) *Public Innovation as Post-crisis Management: Increasing Flexibility and Diminishing Demands in Danish Elderly Care. REHABCARE – an Elderly Care Case Study from Denmark*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Hohnen, Pernille (2011b) *Meaningful and Unrecognized. Perceptions of Work in Danish Domiciliary Elderly Care Work*. Internal report for WP7 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Hohnen, Pernille (2012) *Capacities and Vulnerabilities in Precarious Work. The Perspective of Employees in European Low Wage Jobs*. Synthesis report on employees' experience and work trajectories for work package 7 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Holtgrewe, Ursula/Sardadvar, Karin (2012) *Hard Work. Job Quality and Organisation in European Low-wage Sectors*. Synthesis report on company case studies for work package 6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Kirov, Vassil (2011) *How Many Does it Take to Tango? Stakeholders' Strategies to Improve Quality of Work in Europe*. Deliverable 5.7, Synthesis report on sector specifics in stakeholder policies and quality of work and life for WP5 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597, verfügbar unter: http://www.walqing.eu/fileadmin/download/external_website/publications/walqing_Del5.7_SynthesisreportWP5_fin.pdf, 8. 12. 2012.
- Krajic, Karl u. a. (2005) *Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten*. Endbericht. Wien.
- Krenn, Manfred/Papouschek, Ulrike (2003) *Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen*. FORBA Forschungsbericht Nr. 3. Wien.
- Krenn, Manfred u. a. (2005) *Partizipation oder Delegation von Unsicherheit? Partizipationschancen in entgrenzten Arbeitsfeldern: IT-Dienstleistungen und mobile Pflege*. FORBA-Forschungsbericht Nr. 4. Wien.
- Kümmerling, Angelika (2012a) *Care Workers in Germany – Underpaid, Overworked but Happy? Elderly Care in Germany*. Internal report for WP7 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Kümmerling, Angelika (2012b) *High Autonomy, High Work Load – Working in a Small Private Company: PRIVATECARE – an Elderly Care Case Study from Germany*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Kümmerling, Angelika (2012c) *Making a Living? Work and Working in a Non-profit Organisation: WELFARECARE – an Elderly Care Case Study from Germany*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.

- Kümmerling, Angelika (2012d) *Trying to Expand the Services Without Exploiting the Employees – Does it Work? BIGPRIVATECARE – an Elderly Care Case Study from Germany*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Lethbridge, Jane (2011) *Care Services for Older People in Europe – Challenges for Labour*. London, verfügbar unter: <http://www.epsu.org/a/7431>, 8. 12. 2012.
- McClelland, Charlotte/ Holman, David (2011a) *Caring for the Right Reasons and Surviving Against the Odds in the Third Sector: COOPERATIVE COMMUNITY CARE – a Third Sector Elderly Care Case Study from the UK*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- McClelland, Charlotte/ Holman, David (2011b) *Reabling Care and Lessons in Good Practice in the Public Sector. REABLEMENT – a Public Sector Elderly Care Case Study from the UK*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- McClelland, Charlotte/ Holman, David (2011c) *Too Little Money and Too Little Time in the Private Sector. EASTBROOK HOMECARE – a Private Sector Elderly Care Case Study from the UK*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- McClelland, Charlotte/ Holman, David (2012) *Individual Perspectives and Agency Amongst Domiciliary Elderly Care Workers in the UK – It's All About Organisational and Group Membership. Elderly Care in the UK*. Internal report for WP7 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Møller, Jeppe/ Hohnen, Pernille (2011) *Struggling for Quality in Care and Work in Danish Public Elderly Care: STEADY CARE – an Elderly Care Case Study from Denmark*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Naujaniene, Rasa (2011) *A Lot of Care with Little Time and Money: PUBCARE – a Public Sector Elderly Care Case Study from Lithuania*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Naujaniene, Rasa (2012) *Between Life Mission to Help People and Precarious Employment: VOLUNTARY CARE – a Third Sector Elderly Care Case Study from Lithuania*. Internal report for WP6 of the walqing project, SSH-CT-2009-244597.
- Sardadvar, Karin et al. (2012) *Underpaid, Overworked, but Happy? Ambiguous Experiences and Processes of Vulnerabilisation in Domiciliary Elderly Care*. In: E-Journal of International and Comparative Labour Studies, Nr. 3–4, 139–168, verfügbar unter: http://adapt.it/EJCLS/index.php/ejcls_adapt/article/view/40/46, 8. 12. 2012.
- Schneider, Ulrike u. a. (2006) *Die Kosten der Pflege in Österreich. Aufgabenstrukturen und Finanzierung*. Wien.
- Seidl, Elisabeth (2003) *Defizite im Gesundheitswesen aus der Perspektive der Pflege*. In: Meggeneder, Oskar (Hg.) *Unter-, Über- und Fehlversorgung*. Frankfurt a. M., 33–52.
- Simonazzi, Annamaria (2008) *Care Regimes and National Employment Models*. In: Cambridge Journal of Economics, Nr. 2, 211–232.

Kontakt:
sardadvar@forba.at

SWS-RUNDSCHAU

Die sozialwissenschaftliche Quartalsschrift mit eigenen ★
Forschungsergebnissen und zugleich der höchsten Auflage
im deutschsprachigen Raum

Die älteste sozialwissenschaftliche Fachzeitschrift Österreichs ★

Veröffentlicht vierteljährlich aktuelle Forschungsergebnisse ★
zu Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Bildung und Kultur
in Österreich, anderen OECD-Staaten und den
neuen Demokratien Zentral-, Süd- und Osteuropas

Allgemein verständliche Beiträge, auch nach Themen- ★
schwerpunkten zusammengefasst

SWS-BILDSTATISTIKEN

Aktuelle Meinungsforschungsergebnisse und andere ★
Daten in anschaulichen farbigen Grafiken

Ein Ansichtsexemplar der SWS-Rundschau senden wir Ihnen
gerne kostenlos und unverbindlich zu.

Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft – SWS-Rundschau

A-1090 Wien, Maria Theresien-Straße 9/8B

Telefon: 0043-1-317 31 27

Telefax: 0043-1-310 22 38

E-Mail: swsrs@aon.at