Susanne Kohler, Hanneli Döhner, Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke

„Ich bin dann selbst in so einer Art Hamsterrad …“ – Töchter zwischen Beruf und Pflege. Eine qualitative Untersuchung mit Töchtern von hilfe- und pflegebedürftigen Eltern

„Then I find myself in a kind of rat race …“ – Daughters between job and care. A qualitative study with daughters of parents in need of care

The increasing female labour market participation did not lead to a decrease of womens' willingness to care for their frail parents, but confronts them with the problem of reconciliation of work and care. The article raises the question which factors are influencing female reconciliation strategies. The evaluation of 38 qualitative interviews with working daughters, caring for a parent, shows that it is not mainly the degree of care need that has an influence on their labour market participation, rather than their previous work life - specifically if determined by the division of labour with their partner. In this context working conditions and company policies play an important role as they can substantially intensify or disburden the conflict of reconciliation.

Keywords
reconciliation of work and care, caring daughters, labour market participation, division of labour, partners, family care, dependent elderly

Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen führte bisher nicht wie befürchtet zu einer Abnahme ihrer Pflegebereitschaft, sondern stellt die Betroffenen vor einen Vereinbarkeitskonflikt. Im Zentrum dieses Beitrags steht die Frage, welche Faktoren weibliche Vereinbarkeitsstrategien beeinflussen. In der Auswertung von 38 qualitativen Interviews mit erwerbstätigen pflegenden Töchtern zeigt sich, dass nicht in erster Linie der Grad der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils einen Einfluss auf das Erwerbsverhalten der Frauen hat, sondern vor allem ihre Erwerbsbiographie, determiniert durch die Arbeitsteilung mit dem Partner. Unternehmen können in diesem Kontext konfliktverschärfend oder entlastend wirken.

Schlüsselwörter
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, pflegende Töchter, Erwerbsbiographie, Arbeitsteilung, Partner, familiale Pflege, pflegebedürftige Ältere

eingereicht 18.07.2012
akzeptiert 11.09.2012 (nach Überarbeitung)

1. Einleitung

Entgegen dem prognostizierten „erodierenden informellen Pflegekapital“ (Blinkert/Klie 2004 in Kunstmann 2010:111) und der Angst vor einer „sich verringernden Fürsorgereserve“ (BMFSFJ 2002 in Kunstmann 2010:111) werden heute so viele alte Menschen wie nie zuvor zuhause von ihrer Familie gepflegt (Statistisches Bundesamt 2011). 69% aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, und in diesen häuslichen Pflegearrangements werden betreuende und pflegerische Hilfen für die Pflegebedürftigen in über 90% aller Fälle durch Familienmitglieder erbracht. 71% der Unterstützungsarrangements sind sogar ausschließlich privat, also ohne Beteiligung professioneller Pflegedienste (ebd. S. 23). Auch die Sorge vor einem Rückgang der familialen Sorgearbeit durch eine zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen erscheint vorerst eher unbegründet. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wird von weiblichen Angehörigen gepflegt. Obgleich die Anzahl pflegender Männer in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (Schneekloth & Wahl 2005; Rothgang et al. 2008), sind es zu drei Viertel Frauen im erwerbsfähigen Alter zwischen 40 und 65 Jahren, die sich vor die Herausforderung gestellt sehen, Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren (Franke/Reichert 2010:14).

Inzwischen ist das Thema auch auf der politischen Agenda. Ministerien auf Bund- und Länderebene haben Studien gefördert, um die Folgen mangelnder Vereinbarkeit für Staat und Gesellschaft zu untersuchen (z. B. Schneider et al. 2006, Beck/Naegele/Reichert 1997), und versuchen, auf die Situation zu reagieren. Dies spiegelt sich z. B. in dem 2008 eingeführten Pflegezeitgesetz wider, das Angehörigen für einen befristeten Zeitraum einen Anspruch auf unbezahlte Auszeit von der Erwerbsarbeit garantiert, um Pflege leisten zu können, ebenso wie im vieldiskutierten Gesetzentwurf des Familienministeriums zur „Familienpflegezeit“ (Rothgang et al. 2010), aber auch in verschiedenen Maßnahmen, die sich auf betriebliche Veränderungen konzentrieren, wie dem „Audit Beruf und Familie“, regional unterschiedliche „Familiensiegel“ oder dem Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ (www.erfolgsfaktor-familie.de).

Zumindest implizit wird die Vereinbarkeitsproblematik allerdings auch in der Forschung immer noch als reine „Angelegenheit der Frauen“ (Kunstmann 2010) betrachtet. Zwar untersuchen Studien pflegende Angehörige beiderlei Geschlechts, es bleibt aber meist bei einer „deskriptiven und bruchstückhaften Betrachtungsweise“, hinter der „die Struktur weiblicher und männlicher Lebens- und Arbeitsverhältnisse und Prozesse geschlechtsspezifisch unterschiedlichen und ungleichen Alterns verborgen“ bleiben (Backes 2005: 361). Insbesondere im Hinblick auf weibliche Pflegepersonen entsteht der Eindruck, als würden vor allem Töchter aufgrund unverarbeiteter Konflikte, filialer Unreife oder aus finanziellen Gründen pflegen. Dies führt zu einer Pathologisierung der weiblichen pflegenden Angehörigen, während ihnen zugleich von Staat, Gesellschaft oder Familie die alleinige Verantwortung für eine gelungene Vereinbarungsleistung zugeschoben wird (Gröning/Kunstmann 2008, Gröning 2007). In der Tat scheint es so, dass männliche Pflegende aufgrund einer geschlechtsspezifisch anders gestalteten Pflegeorganisation in geringerem Ausmaß von der Problematik der Verein-

barkeit von Beruf und Pflege betroffen sind (Lüdecke et al. 2007).

Im Zentrum dieses Beitrags steht deshalb die Frage, welche Faktoren und strukturellen Gegebenheiten sowohl innerhalb der Familie als auch auf Seiten des Arbeitgebers dazu beitragen, dass Frauen entweder mit unverändertem Arbeitsumfang weiterpflegen oder aber ihre Arbeitszeit (pflegebedingt) reduzieren müssen. Wir gehen dabei vom Konzept der Lebenslagen aus, das „Wohlstandspositionen und gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten als komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Dimensionen konzeptualisiert und insbesondere die Grenzen des Handlungsraums betont, die durch eine gegebene Lebenslage determiniert werden." (Voges et al. 2003: 8) Die Lebenslage ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf Lebensläufe und -verläufe im Hinblick auf ihre geschlechtsspezifische Vergesellschaftung. Biografische Entscheidungen wie bspw. die Reduktion oder Aufgabe einer Erwerbsarbeit aufgrund der Übernahme der Pflege eines Familienangehörigen können mit Hilfe des Lebenslagenkonzepts analysiert und begründet werden (Backes 1999; 2007). Vor dem Hintergrund zentraler Dimensionen des Lebenslagenkonzepts, wie finanzielle Rahmenbedingungen, Bildungsniveau, Erwerbsbiographie, Familienstand/Kinder und Pflegebedarf, untersuchen wir die aktuelle Arbeitsteilung von pflegenden Frauen mit Partnern und/oder Geschwistern, die Rolle des Unternehmens und die Auswirkungen auf Wohlbefinden, Gesundheit und Freizeit.

Dieser Beitrag befasst sich ausschließlich mit erwerbstätigen Frauen, die als Töchter eines pflegebedürftigen Elternteils die häusliche Pflege übernehmen. Frauen mit hilfs- oder pflegebedürftigen Elternteilen, die entweder wegen ihrer Erwerbstätigkeit nicht pflegen oder wegen der Pflege eines Angehörigen nicht arbeiten, bleiben in diesem Beitrag unberücksichtigt.

2. Stand der Forschung[1]

Bereits 2006 hatte Deutschland das für 2010 angestrebte Lissabon-Ziel einer Frauen-Beschäftigungsquote von mindestens 60 % mit 65,6 % klar übertroffen (Statistisches Bundesamt 2007), nachdem es ein Jahr zuvor noch bei 59,6 % lag (EUROSTAT 2006). Franke und Reichert (2010) beschreiben die Gruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen als vorwiegend „verheiratete Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren. Sie sind zumeist beruflich höher qualifiziert und Vollzeit erwerbstätig. Über einen Zeitraum von durchschnittlich 5,6 Jahren werden überwiegend Eltern oder Schwiegereltern betreut, die primär bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützt werden. Hierfür werden durchschnittlich sechs Wochenstunden aufgewandt." (Franke/Reichert 2010:42). Die Autorinnen schätzen, dass 11,5

1 Ein umfassender Literaturüberblick zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit kann aus Platzgründen an dieser Stelle nicht geleistet und daher nur kursorisch dargestellt werden. Wir möchten daher auf die ausführliche Recherche, die im Rahmen des von der VW Stiftung geförderten Projekts „Zwischen Beruf und Pflege. Konflikt oder Chance. Carers@Work" (http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/) entstand, hinweisen (Franke/Reichert 2010). Dieses Kapitel basiert auf der genannten Arbeit von Franke und Reichert.

Prozent der Teilzeit- und sechs Prozent aller Vollzeitbeschäftigten im Alter zwischen 45 und 54 Jahren vor der Herausforderung stehen, Beruf und Pflege miteinander zu vereinbaren (Franke/Reichert 2010:42). Nach Schneekloth und Wahl (2005) haben vor knapp zehn Jahren etwa zehn Prozent der Hauptpflegepersonen ihre Arbeitsstelle zu Gunsten der Pflege gekündigt, Frauen mit 16,2 Prozent mehr als doppelt so häufig wie die Männer (sieben Prozent).

Eine Reihe relativ neuer Studien befasste sich mit der Frage des Einflusses der Pflege auf das Erwerbsleben sowie umgekehrt des Einflusses der Erwerbssituation auf die Bereitschaft zur Pflegeübernahme (vgl. Franke/Reichert 2010, van Putten 2010). Die Ergebnisse sind sehr heterogen und abhängig von den zugrunde liegenden Definitionen, Stichproben und nicht zuletzt vom Land, in dem die Studie durchgeführt wurde. So kam z. B. Romoren (2003) für Norwegen zu dem Ergebnis, dass kaum Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Übernahme von Pflege alter Eltern zu finden seien und führte dies auf die langjährige Gleichstellungspolitik zurück.

Masuy (2009) untersuchte in Belgien die Beziehung zwischen Pflege und Berufsaufgabe erwerbstätiger Frauen in drei Altersgruppen (bis zu 30, bis 49 und 50+) mit Hilfe der Daten des European Community Household Panel (ECHP) und konnte zeigen, dass die Pflege eines Familienangehörigen allein keinen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit hatte, dass aber geringer Pflegeaufwand bei den mittleren und älteren Erwerbstätigen eher zum Verbleiben im Beruf führte, intensive Pflege für die Gruppe der Älteren jedoch einen Effekt auf die Berufsaufgabe hatte.

Van Putten et al. (2010) untersuchten in den Niederlanden den Zusammenhang von Arbeitsstundenzahl und Hilfeleistung (IADL) von 779 verheirateten Männern und Frauen. Es zeigten sich kein Zusammenhang zwischen Arbeitsstundenzahl und der Hilfe alter Eltern, jedoch deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. So beeinflusste bei Frauen einzig die Tatsache, ob ein Elternteil alleine lebt, die Unterstützungsbereitschaft. Bei Männern dagegen hing die Unterstützung der Eltern von einer ganzen Reihe von Faktoren ab, z. B. ob ihre Partnerinnen sie von Haushaltsaufgaben befreiten, von der Höhe des Verdienstes der Partnerin, von ihrer moralischen Verpflichtung zur Pflege der Eltern oder von deren Alter.

In etlichen Studien wird der Grad der Pflegebedürftigkeit als die zentrale Determinante für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erachtet. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit sinkt die Wahrscheinlichkeit und vor allem der Umfang der beruflichen Tätigkeit (Franke/Reichert 2010, Masuy 2009, Lamura et al. 2006; Schneekloth/Wahl 2005).

Einen entscheidenden Einfluss auf die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit hat das Einkommen. Nach Masuy (2008) tendieren Frauen mit niedrigem Einkommen dazu, die Erwerbstätigkeit aufzugeben, die sich insbesondere dann nicht mehr lohnt, wenn mit dem Einkommen professionelle Unterstützung finanziert werden muss. Umgekehrt ist der Verlust eines hohen Einkommens haushaltsökonomisch schwerer zu verkraften, die Wahrscheinlichkeit, die Berufstätigkeit aufzugeben, sinkt

deshalb mit höherem Bildungsabschluss und beruflichem Status. Sarkisian und Gerstel (2004) kommen zu dem Schluss, dass die Stellung im Erwerbsleben und die Berufsmerkmale, vor allem Gehalt und Selbstständigkeit, zentrale Erklärungsmuster für die Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Pflege alter Eltern darstellen. Es sind vor allem die Erwerbstätigkeit und weniger die pflegerischen Bedarfe, die zu Unterschieden im Pflegeverhalten führt. Männer, die arbeitslos sind, pflegen deutlich mehr (Stunden) als erwerbstätige Männer. Höhere Gehälter sind assoziiert mit weniger Pflege, selbständige Angehörige pflegen seltener als Angestellte. Nach Schneider, Drobnič und Blossfeld (2001) hängt die Bereitschaft zur Aufgabe der Berufstätigkeit von der bisherigen Erwerbstätigkeit, der Verfügbarkeit eines zusätzlichen Haushaltseinkommens in ausreichender Höhe und der erarbeiteten beruflichen Position ab.

Zusammenfassend lässt sich mit van Putten et al. (2010) sagen, dass trotz widersprüchlicher Ergebnisse inzwischen eine ganze Reihe von Studien überzeugende Nachweise liefern, dass die Pflege der Eltern eine Barriere in Bezug auf die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen darstellt und umgekehrt zumindest in Europa erwerbstätige Frauen weniger bereit sind, die Pflege zu übernehmen als nicht erwerbstätige.

Ob Vereinbarkeit gelingt, hängt auch von den Angeboten der Unternehmen und deren Personalpolitik ab (Böhme 2011). Flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit zur Telearbeit und zu spontanen Auszeiten im Notfall sowie zu vorübergehender Arbeitszeitreduktion sind zentrale Voraussetzungen für gelingende Vereinbarkeit. Eine Unternehmenskultur, die das Thema offen kommuniziert, informelle Regelungen ermöglicht und Rücksicht nimmt auf Urlaubsplanung, Geschäftsreisen und Überstunden wird darüber hinaus von Angehörigen als sehr förderlich erlebt (Franke/Reichert 2010).

Die gravierendsten negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz sind Leistungseinbußen und das Versäumen von Arbeitszeit (Franke/Reichert 2010). Besonders schwierig wird die Situation, wenn unvorhergesehene Krisen in der Pflegesituation auftauchen, die eine sofortige Lösung erfordern (Schneider et al. 2006).

Relativ eindeutig sind Studienergebnisse in Bezug auf die Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlbefinden und freie Zeit. Zwar sind Angehörige meist in der Lage, die beruflichen und pflegerischen Anforderungen zu erfüllen, für eigene Interessen und Erholungsphasen bleibt aber oft keine Zeit mehr (Keck/Saraceno 2009, Schneider et. al 2006). Zeitmangel wird von erwerbstätigen Angehörigen deshalb häufig als ihr zentralstes Problem formuliert (Franke/Reichert 2010:50). Auch die gesundheitliche Belastung pflegender Angehöriger ist eindeutig nachweisbar. Franke/Reichert (2010:48) weisen in ihrer Überblicksarbeit auf eine Vielzahl an Studien hin, die einen Zusammenhang zwischen der Doppelbelastung und negativen gesundheitlichen Einflüssen nachweisen können. Aktuelle Auswertungen der Siemens-Betriebskrankenkasse (2011; Billinger 2011) zeigen, dass pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter deutlich kränker sind als der Durchschnitt der Bevölkerung. So liegt die Zahl der entsprechenden Diagnosen für pflegende Angehörige bis zu 51% höher, die gesamten Leistungsausgaben um 18% höher.

3. Methode

Im Rahmen des Projektes „Carers@Work" wurden in Deutschland insgesamt 58 Leitfaden gestützte Interviews mit erwerbstätigen pflegenden Angehörigen geführt. Die Befragten wurden mit Hilfe eines Stichprobenplans rekrutiert, der die Einschlusskriterien festlegte und Heterogenität hinsichtlich bestimmter sozio-demografischer Merkmale in der Stichprobe ermöglichen sollte (Schreier 2007: 239f). Die Pflegenden sollten eine ihnen nahestehende Person für mindestens 10 Stunden pro Woche pflegen, betreuen oder begleiten und gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Mittels der ISCED Skala (UNESCO 2006) wurden die Interviewpartnerinnen in zwei Gruppen mit höherem (4-6) bzw. niedrigerem Bildungsniveau (0-3) klassifiziert. Die Interviews wurden in den Großräumen Hamburg und Dresden durchgeführt. Alle Interviews wurden transkribiert und angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) softwaregestützt (MAXQDA) ausgewertet.

Für die hier relevante Fragestellung sollen Auswertungsergebnisse für die Subgruppe der 38 weiblichen Angehörigen, die einen Elternteil pflegen, betrachtet und basierend auf der Methode der Typenbildung nach Kelle/Kluge (1999) vertiefend ausgewertet werden. Ziel dieses Analyseverfahrens ist, „komplexe soziale Realitäten abzubilden und Sinnzusammenhänge zu erfassen und möglichst weitgehend verstehen und erklären zu können". (Kelle/Kluge 1999:75) Dieses systematische Verfahren erfolgt als „Stufenfolge empirisch begründeter Typenbildung" (Kelle/Kluge 1999:96) in vier zentralen Schritten: „Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen", „Gruppierung der Fälle, Analyse empirischer Regelmäßigkeiten", „Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge" und „Charakterisierung der gebildeten Typen" (1999: 81). Mit Hilfe der „Bildung eines aus mehreren prototypischen Fällen komponierten idealtypischen Konstrukts" (Kuckartz 1988:224 in Kelle/Kluge 1999:95) werden aus den zentralen Merkmalen schließlich Prototypen, sozusagen „ideale Vertreter" (Kelle/Kluge 199:96) ihrer Gruppe konstruiert.

Die Grenzen der Studie liegen vor allem in dem Sample, das in erster Linie aus Frauen besteht, die Beruf und Pflege miteinander vereinbaren. All jene Frauen, die sich aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit gegen die Pflege entschieden haben oder den Beruf zu Gunsten der Pflege aufgegeben haben, tauchen in unserer Substichprobe nur vereinzelt auf (z. B. bei den Personen, wo die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege mit fortschreitender Pflegedauer zunehmend schwerer wurde).

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Neun der 38 pflegenden Töchter wurden in Dresden und Umgebung interviewt, 29 Frauen im Großraum Hamburg. Die Frauen waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 51Jahre alt (die jüngste 33, die älteste 61), drei Viertel leben in einer Partnerschaft, 65 Prozent haben Kinder, die in insgesamt neun Fällen jünger als 22 Jahre alt

sind und noch zuhause bei den Eltern leben. Diese Zahlen zeigen, dass wir mit dieser Stichprobe einen guten Querschnitt der Zielgruppe gewinnen konnten: Insgesamt leben in Deutschland etwa 70 - 80 Prozent aller erwerbstätigen Pflegenden in einer Paarbeziehung (Schneider et al. 2006), etwa 14 Prozent davon sind Frauen in einer Sandwichposition, die sie vor die Herausforderung stellt, gleichzeitig Kinder und alte Eltern zu versorgen (Kühnemund 2006).

26 Frauen – etwa zwei Drittel in unserer Studie – pflegen ihre Mutter, weitere acht ihren Vater, drei ihre Schwiegermutter und eine Frau ihre Großmutter. Die Frauen pflegen im Schnitt seit 2,3 Jahren, wobei die Spanne allerdings enorm ist. So pflegen neun Frauen erst seit höchstens einem Jahr, zehn Frauen seit mehr als fünf Jahren und sechs Frauen bereits seit mehr als zehn Jahren. Die Pflegebedürftigen sind mehrheitlich über 80 Jahre alt (zwischen 69 und 98). 18 Pflegebedürftige haben einen eher niedrigeren Pflegebedarf (Pflegestufe 1 bzw. keine Einstufung), 20 einen hohen Bedarf (Pflegestufen 2, 3 und 3+).

Nicht immer korrespondiert die zugewiesene Pflegestufe mit dem berichteten Pflegeaufwand. So befinden sich in der Gruppe der Pflegebedürftigen mit geringerem Pflegeaufwand Angehörige, die eine tägliche oder gar rund um die Uhr Betreuung bereitstellen, die meist aufgrund einer demenziellen Erkrankung notwendig wird, von der mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen betroffen ist. 16 Frauen aus unserem Sample arbeiten in Vollzeit, 22 in Teilzeit. Etwa zwei Drittel arbeiten als Angestellte, vier Frauen sind verbeamtet, drei arbeitsuchend und sechs selbständig. Zwei Drittel der Frauen verfügen über einen höheren Bildungsstand (ISCED 4-6), ein Drittel über einen niedrigeren Bildungsstand (0-3). Die Angaben zur Stichprobe sind in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst.

Merkmal	Einheit
Region	n=29 (West/Hamburg), n=9 (Ost/Dresden)
Altersdurchschnitt und Altersspanne (Angehörige)	51 Jahre (Durchschnitt), 33-61 Jahre (Spanne)
Altersdurchschnitt und Altersspanne (pflegebedürftige Person)	80 Jahre (Durchschnitt), 69-98 Jahre (Spanne)
Erwerbsumfang	Vollzeit (n=16) Teilzeit (n=22)
Bildungsstand (nach ISCED)	Höherer Bildungsstand: 67% Niedrigerer Bildungsstand: 33%
In Partnerschaft lebend	75%
Pflegende mit Kindern, im Haushalt wohnend	n=9
Pflegedauer	2,3 Jahre (1 Jahr bis > 10 Jahre)
Pflegebedarf/-stufe	Keine PS oder PS 1 (n=18) PS 2, 3 oder 3+ (n=20)

Tab. 1: Zentrale Merkmale zur Beschreibung der Stichprobe

4.2 Typenbildung

Aufbauend auf den Studienergebnissen, die einen Zusammenhang zwischen Erwerbsbeteiligung, Grad der Pflegebedürftigkeit und Familienstand aufzeigen, wurden diese Variablen als Ausgangspunkt der Typenbildung herangezogen. Erste Auswertungen ergaben aber, dass der Pflegebedarf für den Umfang der Erwerbsbeteiligung in der hier betrachteten Subgruppe nicht verantwortlich gemacht werden kann, denn es finden sich Vollzeit erwerbstätige Frauen, die Angehörige mit hohem Pflegebedarf versorgen ebenso wie Teilzeit erwerbstätige Frauen, deren Eltern vergleichsweise gering pflegebedürftig sind. Einen Einfluss hat der Grad der Pflegebedürftigkeit lediglich auf das Ausmaß an zusätzlicher professioneller Unterstützung. Mit steigendem Pflegebedarf werden vermehrt professionelle Dienste in Anspruch genommen und zwar weitgehend unabhängig vom Ausmaß der Erwerbstätigkeit. Als zentraler Einflussfaktor erweisen sich dagegen der Familienstand und eigene Kinder. Insgesamt kristallisieren sich vier zentrale verschiedene „Vereinbarkeitstypen" heraus.

- Alleinstehende Frau, Vollzeit erwerbstätig (Typ 1),
- Frau in einer Partnerschaft, Vollzeit erwerbstätig(Typ 2),
- Frau in einer Partnerschaft, Teilzeit erwerbstätig wegen Kindern (Typ3),
- Frau in einer Partnerschaft, Teilzeit erwerbstätig wegen Pflege (Typ 4).

Ausgehend vom Konzept der Lebenslagen und den Dimensionen, die gemäß Studienlage die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Frauen determinieren, wurden die Kategorien finanzielle Situation, Bildungsstand, die aktuelle Arbeitsteilung mit Partnern und/oder Geschwistern, Unterstützung durch das Unternehmen sowie Gesundheit/Wohlbefinden zur Typenbildung herangezogen, um dadurch Ähnlichkeiten innerhalb der Typen herauszufiltern und die Typen gegeneinander abzugrenzen.

4.3 Charakterisierung der Prototypen erwerbstätiger pflegender Frauen

Typ 1: Alleinstehende Frau, erwerbstätig

„Ich weiß nicht wie es anderen Leuten geht, aber ich habe mich einfach total alleine gefühlt." (HH38)

Prototypus 1: Zu diesem Typus gehören Frauen aus West- und Ostdeutschland, die alleine leben, die Vollzeit bzw. mindestens soviel wie möglich arbeiten, eher gering gebildet sind und vor allem sehr wenig informelle Unterstützung, aber auch wenig Unterstützung von ihrem Arbeitgeber erfahren. Das hat gravierende Auswirkungen auf das Arbeitsleben (z. B. Jobverlust, Führungsposition entzogen) und die Gesundheit der Frauen.

Sample: Es sind neun Frauen, von denen sechs Eltern mit hohem Pflegebedarf versorgen. Der Anteil von Frauen mit eher niedrigerem Bildungsstand ist hier vergleichsweise hoch. Sie beschreiben ihre finanzielle Lage als angespannt. Die Frauen in dieser Gruppe leisten die Pflege weitgehend allein und erhalten kaum Unterstützung durch

andere Familienmitglieder, – entweder weil sie keine weiteren Angehörigen haben oder die Geschwister (hier immer Brüder) sich nicht zuständig fühlen.

„Ja, ich habe noch einen Bruder, der kann dann evtl. auch einspringen, aber auf den kann ich mich gar nicht verlassen. (…) Er macht das nicht gern. Er kann mit der Situation überhaupt nicht umgehen. Er merkt natürlich auch, dass sie immer hinfälliger wird und mit dem kommt er nicht klar.“ (HH 31)

Der Arbeitgeber wird als fordernd und wenig verständnisvoll erlebt. So haben zwei Frauen aus Ostdeutschland aufgrund der Pflegesituation ihren Arbeitsplatz verloren, eine Frau musste sich vom Arbeitgeber abmahnen lassen. Diese Frauen gehören trotz aktueller Arbeitslosigkeit zum Typ 1, weil sie jahrelang Vollzeit erwerbstätig waren und pflegten, die Arbeit nicht freiwillig aufgaben und eine Wiedereinstellung anstreben. Eine weitere Angehörige verlor ihre Führungsposition, weil sie den Anforderungen des Betriebes nicht mehr gewachsen war.

„Nicht mehr belastbar und, nicht mehr für diese Aufgabe gewachsen, als Frau. Ja und dann war ein Personalgespräch, und dieses Personalgespräch sagte, dass ich also mich soll vom Acker machen!“ (DD112)

Eine pflegende Tochter gab ihren attraktiven Job auf, der mit Arbeitseinsätzen in verschiedenen Orten auf der ganzen Welt verbunden war und machte sich selbständig, um dem Vater ein Leben im Pflegeheim zu ersparen. Ihr Geschäft führt sie nun, indem sie eine polnische Pflegekraft engagiert hat, die sich in ihrer Abwesenheit um den Vater kümmert. Die finanzielle Situation ist durch den Berufswechsel und den finanziellen Aufwand für die Pflege prekär.

Die geringer qualifizierten Frauen in dieser Gruppe beschreiben ihre Gesundheit als sehr angegriffen. Sie sind erschöpft und haben sowohl physische als auch psychische Erkrankungen. In einigen Fällen führte die Doppelbelastung verbunden mit dem mangelnden Entgegenkommen des Arbeitgebers und fehlender sozialer Unterstützung zu einem psychischen Zusammenbruch.

„Ich war kurz davor mir den Garaus zu machen. Und fertig, einfach nur fix und fertig.“ (HH38)

Befragt nach den Auswirkungen auf ihr Leben formulieren mehrere Frauen so oder ähnlich: *„Ich habe kein eigenes Leben mehr.“* (HH9)

In dieser Gruppe gibt es eine Ausnahme von der Unterkategorie „eher gering gebildet“: eine alleinstehende Angehörige, die sehr gut ausgebildet ist, eine Führungsposition inne hat und ohne finanzielle Schwierigkeiten ist. Der Pflegebedarf ist noch vergleichsweise gering, sie teilt sich die Pflege mit ihrer Tante, holt sich die nötige Unterstützung durch einen Pflegedienst und kennt das Hilfesystem, hat also keine finanziellen Sorgen und sich ein gutes soziales Netzwerk aufgebaut. Dennoch passt sie in Abgrenzung zu den folgenden drei Typen noch am ehesten zu diesem Typus.

Typ 2: Frau in Partnerschaft, Vollzeit erwerbstätig

„Ja, das ist eben Glück, wenn man dann den Partner dazu hat." (HH5)

Prototypus 2: Frauen dieses Typus leben alle in einer Partnerschaft (nicht alle verheiratet), arbeiten Vollzeit, die Hälfte stammt aus Ostdeutschland. Sie sind gut ausgebildet und haben keine Kinder bzw. keine Kinder mehr zu versorgen. Die berufliche Position ist allerdings nicht überall sicher und/oder die familiäre Situation erfordert ein volles Einkommen. Sie verfügen über ein sehr unterstützendes Netzwerk aus Partnern, Familie und professionellen Diensten sowie einen Arbeitgeber, der ihnen flexible Arbeitszeiten gewährt.

Sample: Zu diesem Typus gehören zehn Frauen, von denen die Hälfte Angehörige mit eher niedrigem, die andere Hälfte Eltern mit eher hohem Pflegebedarf betreuen. Als Motivation für die Übernahme der Pflege wird hier mehrheitlich Liebe und Selbstverständlichkeit genannt. Diese Frauen, die alle trotz relativ intensiven Pflegeaufwandes Vollzeit arbeiten, unterscheiden sich am deutlichsten von den anderen durch die Tatsache, dass sie alle auf verschiedenste Weise Unterstützung erfahren. Die Hälfte der Frauen bezeichnet sich - trotz hohen zeitlichen Einsatzes - nicht als Hauptpflegeperson, sondern als eingebunden in ein Pflegearrangement, das aus mehreren Pflegepersonen besteht. Sie werden mehrheitlich sowohl durch ihren Partner und in einigen Fällen auch noch durch Geschwister unterstützt. Auch ihren Arbeitgeber erleben fast alle als unterstützend, da er Flexibilität ermöglicht. Als eher hinderlich wird er von den Frauen mit geringerer Qualifikation beschrieben.

Die Frauen haben in der Regel keine Kinder (mehr), die zuhause leben. In den Fällen, in denen Kinder noch im Haushalt oder in der Nähe leben, beschreiben die Mütter ihre Kinder als deutliche Unterstützung bei der Pflege.

„…und meine Tochter, die hat mich hier immer wieder vertreten bei meinem Vater, wenn ich irgendwie einen Termin hatte oder so was. Jetzt ist sie weg, in N studiert sie. Jetzt bin ich noch mehr darauf angewiesen, dass ich meinen Tag so richte, dass ich auf alle Fälle abends noch zu meinem Vater gehen kann." (HH18)

Die Frauen in dieser Gruppe arbeiteten alle schon immer in Vollzeit, auch diejenigen, die eigene Kinder großgezogen haben. Bis auf eine Ausnahme stammen die Frauen, die trotz Kindern mehr oder weniger durchgehend Vollzeit erwerbstätig waren, alle aus der ehemaligen DDR.

Alle Frauen in dieser Gruppe sind auf ihre Erwerbstätigkeit angewiesen. Zwar leben alle in einer Partnerschaft, die einen sind aber unverheiratet und fühlen sich für ihre Einkünfte selbst verantwortlich. Die anderen sind aufgrund der familiären Situation auf eine volle Stelle angewiesen (Partner verdient nicht genug, Frau verdient mehr als Mann, Haus muss abbezahlt werden, eine Frau hat ihr eigenes Geschäft, die Arbeitsstellen sind gefährdet). Die Partner sind entweder geringer qualifiziert als ihre Frauen oder aber das Einkommen des Partners reicht nicht aus. In diesen Konstellationen übernehmen die Partner einen großen Anteil nicht nur an Haushalts- sondern auch an

Pflegeaufgaben. So pflegt ein Ehemann seine Schwiegermutter, weil er selbst freiberuflich von zuhause aus arbeitet, während seine Frau in Vollzeit fest angestellt ist:

„… der ist selbständig, kann zuhause arbeiten, kann sich seine Zeit so ein bisschen einteilen. Kann Kundenbesuche machen, wenn ich zuhause bin. Also das schieben wir so hin und her." (HH5)

Zwei Partner werden als besondere Unterstützung empfunden, weil sie als Krankenpfleger tatkräftig bei der Pflege unterstützen können.

„Und wenn ich nicht kann und er ist in D, dann fährt er dort vorbei. Das ist ganz gut so, weil als Krankenpfleger hat er ein ganz gutes Gespür, ob da was im Argen ist." (HH30)

Befragt nach ihrem Wohlbefinden, Gesundheit und eigenen Interessen schildern diese Frauen eine deutliche Belastung und Anspannung, die aber (bisher) keine gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen hatten. Zwar beklagen auch diese Frauen eine Zeitknappheit, aber sie schaffen es, meist dank ihrer Partner, eingeschränkt auch eigenen Interessen nachzugehen.

Die Frauen, die diesem Typus angehören sind relativ jung (im Durchschnitt 48 und damit die jüngste Gruppe des Samples). Sie haben also noch ein langes Erwerbsleben vor sich und können die Zeit „nach der Pflege" nicht ausblenden.

Typ 3: Frau in Partnerschaft, Teilzeit erwerbstätig wegen Kindern

„Ich bin dann selbst in so einer Art Hamsterrad (…) ich laufe erst für den Job, dann laufe ich für die Pflege, dann laufe ich für die Familie und dann schlafe ich noch ein bisschen. Was dann ja häufig auch nicht mehr so geht, wenn man permanent irgendwelche Sachen im Kopf kreisen hat." (HH16)

Prototypus 3: Diese Frauen sind alle verheiratet, kommen aus Westdeutschland, haben Kinder und arbeiten deshalb seit vielen Jahren nur Teilzeit. Die finanzielle Situation ist aufgrund der Erwerbstätigkeit des Partners gut. Von ihrem Partner und anderen Familienmitgliedern werden die Frauen bei der Pflege allerdings nur sehr eingeschränkt unterstützt.

Sample: Die neun Frauen in dieser Gruppe haben alle Kinder, in sieben Fällen wohnen die Kinder auch noch zuhause. Alle Frauen haben wegen ihrer Kinder bereits seit vielen Jahren eine Teilzeitstelle. Da sie dadurch bedingt diejenigen sind, die über das geringere Einkommen verfügen, liegt die Frage der Pflegeübernahme offenbar auf der Hand. Auffällig ist, dass in diesen Konstellationen auch die Unterstützung durch den Partner eher gering ausfällt. In einigen Konstellationen sind die Kinder noch so jung, dass sie auf intensivere mütterliche Unterstützung angewiesen sind, aber auch von den fast erwachsenen Söhnen fühlen sich die Frauen eher belastet als unterstützt, da sie in der Mutter in erster Linie eine Dienstleisterin sehen.

„Ich beneide da ein bisschen die Männer, die dann ihren Job haben, um fünf oder um sechs nach Hause kommen, die Füße auf den Tisch legen, lesen, fernsehen, dann ihrem Hob-

by nachgehen und abends ins Bett gehen. Also da, weil da diese ganze organisatorische Sache, Familienorganisation, was da eben so dranhängt, müssen die eben nicht machen." (HH16)

Einige Frauen fühlen sich durch ihren Partner zusätzlich belastet, weil er erwartet, zuhause eine Situation vorzufinden, in der er von den Einschränkungen durch die Pflege unbehelligt bleibt. Die Frauen erhalten auch weniger Unterstützung von ihren Geschwistern, für die es ebenfalls selbstverständlich zu sein scheint, dass Pflege von derjenigen Tochter geleistet wird, die sowieso nur Teilzeit arbeitet. In diesem Zusammenhang ist auch bemerkenswert, dass der Anteil der Frauen, die eher aus der Motivation der Verpflichtung heraus pflegen, hier besonders hoch ist.

„Also es ist für mich menschlich einfach so eine Verpflichtung und auch eine, die ich nicht mit Freude mache oder so." (HH17)

Vor allem geringer qualifizierte Frauen mit einer hohen Pflegebelastung erleben ihren Arbeitgeber als wenig unterstützend. Aufgrund der oft bereits geringen Arbeitszeit scheint der Arbeitgeber nur ungern bereit, weitere Flexibilität zu ermöglichen. Die Frauen fühlen sich deutlich belastet und vor allem in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Die Zeit für sich selbst ist aufgrund der Dreifachbelastung und geringer Unterstützung drastisch reduziert. Die Sehnsucht nach einer Auszeit ist groß.

„Also ich träum immer davon, dass man mich eigentlich mal für eine Woche irgendwo in ein Ferienhaus stecken soll, weit ab von allem, möglichst mit fünf Liter Kaffee oder vielen Büchern und Malzeug und dann einfach einsperren und mich soll keiner ansprechen." (HH17)

Typ 4: Frau in Partnerschaft, Teilzeit erwerbstätig wegen Pflege

„Ich habe mir selber auch immer, hatte so eine Einstellung, ja da ich selber niemals eine Auszeit, eine berufliche Auszeit für meine eigenen Kinder genommen habe, würde ich das machen, wenn meine Eltern mich mal brauchen." (HH13)

Prototypus 4: Frauen dieses Typus sind alle verheiratet, haben einen hohen Bildungsstand, keine zu betreuenden Kinder mehr bzw. sind kinderlos und leben in relativ gesicherten finanziellen Verhältnissen in Westdeutschland. Der Pflegebedarf ist hoch, die Frauen räumen der Pflege einen großen Stellenwert in ihrem Leben ein und haben ihre Arbeitszeit reduziert, um Pflege leisten zu können. Dabei „hält ihnen der Partner den Rücken frei", in dem er sie vor allem bei der Haushaltsarbeit unterstützt. Auch Geschwister sind häufig involviert, mit denen die Verantwortung und die Aufgaben gleichmäßig geteilt werden. Ihre Arbeitgeber empfinden diese Frauen in der Regel als unterstützend, denn sie konnten alle Teilzeitregelungen aushandeln.

Sample: Zu dieser Gruppe gehören zehn Frauen. Drei Frauen reduzierten ihre Arbeitszeit bereits vor einiger Zeit auf eine drei Viertel Stelle, um mehr freie Zeit für sich selbst und den bereits verrenteten Partner zu haben. Diese freien Tage verbringen sie nun bei der pflegebedürftigen Mutter. Die übrigen Frauen haben die Arbeitszeit auf

Grund der Pflege zum Teil drastisch reduziert. Diese acht Frauen haben gemeinsam, dass sie durch ihre Doppelrolle an eine Belastungsgrenze stießen, die Auslöser war für eine notwenige Veränderung. Während bei einigen deutliche gesundheitliche Probleme auftraten, entschieden sich andere für eine Veränderung der Situation, um einem Zusammenbruch vorzubeugen. Der Arbeitgeber wird (in der Regel) als unterstützend erlebt, da er Teilzeitarbeit gewährt und eine Rückkehr zu Vollzeit garantiert. Die Motivation zur Übernahme der Pflege wird in dieser Gruppe am eindeutigsten mit Liebe und Zuneigung begründet.

„…, es ist schon Zuneigung und Liebe und dass ich denke, dass meine Mutter, finde ich, immer für uns Kinder da war (…) Aber dass ich auch einfach finde, dass es auch ein Stück, was ich dann zurückgebe, finde ich irgendwie schon." (HH19)

Insbesondere diejenigen Frauen, die keine eigenen Kinder haben, begründen ihre Bereitschaft auf Arbeitszeit zu verzichten auch damit, dass sie nun einen Teil an Sorgearbeit übernehmen wollten, den sie bisher nicht leisten konnten. Alle Frauen erleben die Veränderung in den Prioritäten nicht in erster Linie als Einschränkung, sondern auch als Eröffnung neuer Perspektiven.

„Ja, dass ich zwischendurch wollte ich mir ja, war ich irgendwie auch ausgebrannt irgendwie aus dem Beruf heraus, dass ich gedacht habe, ich müsste mir irgendwie eine Auszeit irgendwie nehmen oder irgendwie, weiß ich nicht, irgendwas anderes anfangen, irgendwas wandeln. Und jetzt brachte das Leben einen Wandel, das ist das, was ich gar nicht erwartet hatte und wie gesagt, ich hatte ja einfach diese kleinen Entspannungsphasen bei meiner Mutter, das irgendwie das was gebracht hat. Ich meine, die Arbeit ist liegen geblieben, aber unseren Betrieb gibt's noch!" (DE, HH37)

Die Frauen erleben die Reduzierung der Bedeutung des Erwerbslebens auch als eine Bereicherung. Die Verschiebung von Erwerbstätigkeit zu informeller Sorgearbeit interpretieren sie als eine neue Balance zwischen Arbeit und Privatleben. Diese Beobachtung wird verstärkt durch Zukunftspläne einiger Frauen, die vermuten lassen, sie werden diese reduzierte Erwerbssituation auch nach Beendigung der Pflegesituation beibehalten. Zu diesem Typus gehört eine Frau, die in Altersteilzeit ging, weil sich ihr Mann bereits im Ruhestand befand.

„Aber trotzdem macht dieser Tag, den ich frei habe, also frei jetzt für andere Dinge, macht ganz viel aus und vielleicht ist es auch so eine Art Auszeit so ein bisschen von der Firma, weil der Fokus noch mal auf was anderes gelegt wird. Also ich kann sagen, dass das eigentlich einen positiven Einfluss hat, auf die Gesamtgewichtung, die so ja, sagen wir mal Beruf und auch das andere Leben, was man noch hat, bekommen hat. Und deshalb find ich es eher positiv." (HH34)

5. Diskussion

Ausgangspunkt der Überlegungen war die Beobachtung, dass der Pflegebedarf offensichtlich nicht alleiniger Prädiktor für die Erwerbsbeteiligung von weiblichen pflegen-

den Angehörigen sein kann, da Umfang der Erwerbstätigkeit und Grad der Pflegebedürftigkeit in allen denkbaren Konstellationen anzutreffen sind. An dieser Stelle müssen die Einschränkungen der Methode und des Samples erneut in Erinnerung gerufen werden: Durch die im Stichprobenplan festgelegten Einschlusskriterien wurden keine Pflegenden in die Untersuchung aufgenommen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nicht bewerkstelligen konnten und sich daher entweder gegen Pflege oder Beruf entscheiden mussten. Unsere Aussagen beziehen sich also immer auf Pflegende die auch gleichzeitig in irgendeiner Form erwerbstätig sind – wenn auch mit pflegebedingten Einschränkungen.

Wir konnten zeigen, dass in erster Linie die bisherige Erwerbsbeteiligung, der Partner/Familienstand, eigene Kinder, die finanzielle Haushaltssituation sowie die Unterstützung durch den Arbeitgeber die Strategien in Bezug auf die Vereinbarung von Pflege und Beruf beeinflussen. Die einzelnen Faktoren sollen nun noch einmal quer zu den Typen im Einzelnen diskutiert werden.

5.1 Erwerbsbiographie, Partnerschaft und eigene Kinder

Das Verhalten von Frauen in Bezug auf Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege kann offensichtlich nicht ohne die Berücksichtigung von Partnerschaft und Zuständigkeit für eigene Kinder betrachtet werden. Ein Partner kann sowohl eine große tatkräftige, finanzielle oder psychische Unterstützung darstellen, aber auch zur ausschließlichen Verantwortlichkeit für die Pflege und geringere Beteiligung im Arbeitsleben führen. Lebenslange Teilzeiterwerbstätigkeit prädestiniert Frauen offenbar zur „Pflegearbeit“ und leistet zugleich einer geringeren Unterstützung durch Partner und Kinder Vorschub. Die Übernahme der Pflegearbeit hat oft die Folge, dass eine Vollzeiterwerbstätigkeit auch nach Auszug der Kinder nicht mehr aufgenommen wird (werden kann). Unterstützt wird diese Arbeitsteilung durch die Tatsache, dass Frauen, die aufgrund langer Teilzeitarbeit keine Karriere machen konnten, meist auch deutlich weniger verdienen als ihre Männer. Eine veränderte Arbeitsteilung zu diesem Zeitpunkt würde damit in jedem Fall zu gravierenden finanziellen Einbußen führen. Diese finanzielle Ungleichheit wird noch einmal durch die Tatsache verstärkt, dass Frauen häufig schlechter bezahlt werden als Männer (Pfau-Effinger 2005). Zieht man diese Überlegungen in Betracht erscheint es nur logisch, wenn Familien die einmal gewählte Arbeitsteilung beibehalten (Gröning 2007). Damit sind Frauen in diesen Konstellationen doppelt benachteiligt, wenn eine Pflegesituation eintritt, denn sie verzichten weiterhin auf eigene berufliche Weiterentwicklung und eigenes Einkommen, übernehmen die Pflege und erhalten weniger Unterstützung als Frauen, die Vollzeit erwerbstätig sind. Backes spricht in diesem Zusammenhang von einer ‚Kumulation der objektiven und subjektiven geschlechtsspezifisch hierarchischen Lebenslage’ (Backes 1999, vgl. auch Backes 2007) im Lebens(ver)lauf“ (Backes 2008: 26).

Ob und in welcher Weise Partner sich arbeitsteilig im Pflegegeschehen mit engagieren, hängt in erster Linie von der Erwerbssituation der weiblichen Hauptpflegeperson ab. Betrachten wir aber die Intensität der Unterstützung bei Vollzeit erwerbstätigen

Frauen, dann fällt auf, dass Männer ihren Frauen nicht nur „den Rücken freihalten", sondern sie insbesondere dann intensiv unterstützen, wenn sie selbst weniger verdienen oder den unsichereren Job haben. Sarkisian und Gerstel (2004) sprechen davon, dass in diesen Fällen der Faktor Erwerbstätigkeit den Faktor Geschlecht neutralisieren kann. Männliche Geschwister sind besonders dann aktiv in ein Pflegearrangement mit alten Eltern integriert, wenn sie selbst aufgrund gesundheitlicher Probleme weniger arbeiten oder erwerbslos sind.

Frauen, die auch bei erheblichem Pflegebedarf eines Elternteils weiterhin Vollzeit erwerbstätig sind, können dies in der Regel nur leisten, weil sie sich auf ein Netzwerk aus Unterstützern verlassen können, zu dem insbesondere der eigene Partner gehört. Als selbstverständlich wird Unterstützung durch den Partner offensichtlich auch in diesen Situationen nicht betrachtet, denn die Frauen sprechen vom „Glück" einen solchen Partner zu haben. Eine Formulierung, die beweist, wie wenig selbstverständlich diese Arbeitsteilung auch heute noch ist. Jugendliche Kinder werden in Haushalten mit Vollzeit berufstätigen Müttern als zentral unterstützende Akteure erlebt, weil sie offensichtlich auch vor Beginn der Pflege intensiver an der Hausarbeit beteiligt waren. Dies ist vor allem in Ostdeutschland anzutreffen, wo viele Frauen trotz eigener Kinder Vollzeit arbeiten und dies nun auch im Falle von Pflegeverantwortung tun.

Alleinstehende Frauen schließlich kommen bei erheblichem Pflegebedarf eines Elternteils schneller an ihre Kapazitätsgrenzen. Sie haben weder einen Partner, der sie finanziell und tatkräftig unterstützt, noch konnten sie ein tragfähiges soziales Netzwerk aufbauen, das qualitativ den Netzwerkstrukturen der anderen Befragten entsprach. Das Fehlen eines Partners macht sich insbesondere dann bemerkbar, wenn auch der weitere familiäre Rückhalt fehlt (Höpflinger 2005; Heusinger 2008).

5.2 Bildung und finanzielle Situation

Der Bildungsstand spielte bei der Unterscheidung unserer Typen zunächst keine Rolle. Allerdings fühlten sich Frauen mit geringerer Qualifikation in der Regel von ihrem Arbeitgeber schlechter unterstützt, was sich vor allem in mangelndem Verständnis für die Situation und weniger Möglichkeiten zu flexibleren Arbeitszeiten widerspiegelt. Einen sehr großen Einfluss auf den Handlungsspielraum der pflegenden Frauen und ihrer Familien hat die finanzielle Situation. So sind unter den Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege reduzierten, ausschließlich Frauen mit höherem Bildungsniveau und finanziell gut situierten Partnern, die es sich leisten können, auf Teile des Einkommens zu verzichten. Auch wenn die finanziellen Einbußen in manchen Fällen sehr deutlich ausfallen, lohnt sich auch reduzierte Arbeit noch, was bei Frauen mit geringerem Einkommen gemessen an dem organisatorischen Aufwand bei zu leistender Pflege oft nicht mehr der Fall ist. Deshalb verlassen Frauen mit geringerer Qualifikation den Arbeitsmarkt oft ganz. Darüber hinaus ist die finanzielle Situation natürlich auch maßgeblich dafür verantwortlich, in welchem Umfang unterstützende Dienste eingekauft werden können, die wiederum dazu beitragen, die Vereinbarkeit zu ermöglichen.

5.3 Wohlbefinden, Gesundheit und eigenes Leben

Das Belastungserleben und die Auswirkungen auf das Wohlbefinden hängen neben individuellen Dispositionen vor allem von der Unterstützung durch Partner und Arbeitgeber ab. Während Frauen, die vielfältige Unterstützung erfahren, zwar auch davon sprechen, müde und erschöpft zu sein, zeigen sich insbesondere bei alleinstehenden Frauen gravierende gesundheitliche Einschränkungen. Aber auch Frauen, die aufgrund der Pflege ihre Arbeitszeit reduzierten, taten dies, um die Doppelbelastung abzumildern und wieder Zeit für sich zu gewinnen. In einigen Fällen war ein Zusammenbruch der Auslöser für eine Veränderung der Situation. Die Frauen unseres Samples in so genannten Sandwichpositionen leiden weniger unter gesundheitlichen Belastungen als unter einem Mangel an Zeit für sich selbst.

5.4 Rolle der Unternehmen

Die Unternehmen tragen ganz entscheidend zu einer gelingenden Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bei (Stutzer 2012). Die zentrale Rolle des Arbeitgebers lässt sich besonders deutlich an der Gruppe der alleinstehenden Frauen demonstrieren, die ihren Arbeitgeber als nicht unterstützend erleben. Diese Frauen konnten den Anforderungen des Arbeitgebers nicht mehr gerecht werden. Die Leistungsfähigkeit sank, während die Zahl der Fehltage drastisch zunahm. Eine Situation, die in anderen Fällen von Partnern oder Angehörigen aufgefangen werden kann, führte hier zur Eskalation. Der mit der Leistung unzufriedene Arbeitgeber war nicht bereit, den Bedürfnissen der Frauen nach Reduktion von Arbeitszeit und Flexibilität zu entsprechen. Die Konsequenz waren entweder der Verlust des Arbeitsplatzes oder gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn sie in eher schlecht bezahlten Jobs arbeiten und sich weder zusätzliche bezahlte Hilfen leisten können, noch auf die Hälfte ihres Arbeitslohnes verzichten konnten. Unter den Frauen, die sich von ihrem Arbeitgeber nicht gut unterstützt fühlen, weil er kein Verständnis für ihre Situation aufbringt, keine Auszeiten gewährt, sich selbst in wirtschaftlichen Schwierigkeiten befindet, die alle Mitarbeiter verunsichern oder ein enormes Arbeitspensum von seinen Angestellten erwartet, sind insgesamt deutlich mehr Frauen mit einer niedrigeren Qualifikation. Arbeitnehmerinnen, die sich von ihrem Unternehmen unterstützt fühlen, haben das Bedürfnis, ihre „Arbeit gut zu machen“ und „den Arbeitgeber nicht zu enttäuschen“.

6. Schlussfolgerungen

In unserem Sample gibt es etliche Frauen, die den klassischen Karriereverlauf und die Anforderungen der Leistungsgesellschaft in Frage stellen. In diesen Fällen war die Pflege der Auslöser, um sich mit Wertvorstellungen, Lebenszielen und eigener Endlichkeit auseinanderzusetzen und die Prioritäten im Leben zu überdenken. Diese Frauen wählen ganz bewusst eine Vereinbarkeitsstrategie, die es ihnen erlaubt, zu arbeiten, zu pflegen, aber auch die eigenen Bedürfnisse nicht zu vernachlässigen und auf ihr Wohlbefin-

den und ihre Gesundheit zu achten. Erleichtert wird ihnen das durch finanzielle Absicherung und einen unterstützenden Partner. Rückkehrend zur Ausgangsfrage unsers Forschungsprojektes: „Zwischen Pflege und Beruf. Konflikt oder Chance?" kann in diesen Fällen aus der Notwendigkeit zur Vereinbarung durchaus eine Chance auf Veränderung liegen. Dennoch besteht die Schwierigkeit dies im aktuellen politischen Diskurs als erfolgreiches Modell zu vermitteln, „denn obwohl es genügend empirische Hinweise auf Solidaritätspotenziale in Familie und Gesellschaft gibt, können sie kaum wissenschaftlich beschrieben werden, ohne sie mit Formeln von Traditionalität, Retraditionalisierung und Ähnlichem zu entwerten." (Gröning/Kunstmann 2008:33)

Um Vereinbarkeit zu erleichtern, reicht es nicht, lediglich weitere Unterstützungsleistungen anzubieten. Vielmehr ist ein grundsätzliches Umdenken erforderlich, weg von einer reduzierten Betrachtung des Problems als eines der weiblichen Hauptpflegeperson hin zu einer Einbeziehung des familialen Systems und der Arbeitswelt. Dazu gehört eine Neubewertung der Arbeit, in der neben der klassischen Erwerbsarbeit auch Sorgearbeit als „Arbeit" wertgeschätzt wird (Gröning 2007). Auch die Unternehmen sind gefordert, stärker auf die Belange pflegender Arbeitnehmerinnen und -nehmer einzugehen und nicht nur in Ausnahmefällen Flexibilität und Auszeiten zu gewähren, sondern grundsätzlich familien- und pflegefreundliche Strukturen zu etablieren, die von einer Eingebundenheit in Sorgetätigkeit ihrer Mitarbeitenden ausgehen (Wang u.a. 2011). Vereinbarkeit von Leben und Arbeit auch in Bezug auf die Aufgaben pflegender Angehöriger zu gewährleisten, wird in Zeiten knapper werdender Fachkräfte eindeutig als Standortvorteil betrachtet werden.

Literatur

Backes, G. M. (1999): Geschlechterverhältnisse im Alter. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz, 453-469

Backes, G. M. (2005): Geschlecht, Alter(n) und Pflege - ein allseits (un-)bekanntes Thema? Oder: zur Begründung einer geschlechtersensiblen Altenpflege. In: Schroeter, K./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissenbestände und Perspektiven. Weinheim-München: Juventa, 359-384

Backes, G. M. (2007): Geschlechter - Lebenslagen - Altern. In: Pasero, U./Backes, G. M./Schroeter, K. R. (Hrsg.): Altern in Gesellschaft. Ageing - Diversity - Inclusion. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 151-184.

Backes, G. M./Amrhein, L./Wolfinger, M. (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Beck, B./Naegele, G./Reichert, M. (1997):Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

Billinger, F. (2011): Stress und Mehrfachbelastung - Pflegende Angehörige werden besonders häufig krank. In: BKK Bundesverband (Hg) BKK Gesundheitsreport 2011. Zukunft der Arbeit. Essen: BKK Bundesverband, 112-114

Böhne, A. (2011): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Fokus betrieblicher Personalpolitik In: BKK Bundesverband (Hg) BKK Gesundheitsreport 2011. Zukunft der Arbeit. Essen: BKK Bundesverband, 154-156

EUROSTAT. http://epp.eurostat.cec.eu.int/ Tabelle: „Beschäftigungsquote insgesamt, nach Geschlecht %" (pageid=1996), download am 3.12.2006

Franke, A./Reichert, M. (2010): Carers@Work. Zwischen Beruf und Pflege. Konflikt oder Chance? Internationaler Literatur Review. http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Literature%20review.pdf (Stand: 2012-03-12)

Gröning, K. (2007): Generative Solidarität, filiale Verbundenheit und Individualisierung - über die Suche nach Lebensstilen mit dem Problem der Pflege für die Generation der Hochaltrigen umzugehen. In: Pasero, U./Backes, G./Schroeter K. (Hrsg.): Altern in Gesellschaft. Ageing - Diversity - Inclusion. Mainz: VS Verlag

Gröning, K./Kunstmann, A.-C. (2008): Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten. In: Bauer, A./Gröning, K. (Hrsg.): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt am Main: Mabuse, 17-44

Heusinger, J. (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Pflegeungleichheit, VS- Verlag, Wiesbaden, 301-314

Höpflinger, F. (2005): Pflege und das Generationenproblem - Pflegesituationen und intergenerationelle Zusammenhänge. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, 157-175

Keck, W./Saraceno, C. (2009): Balancing elderly care and employment in Germany. Discussion Paper SP I 2009-401: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Kelle, U./Kluge, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich

Künemund, H. (2006): Changing Welfare States and the ''Sandwich Generation'' - Increasing Burden for the next Generation? In: International Journal of Aging and Later Life 1(2), 11-29

Kunstmann, A.-C. (2010): Familiale Pflege als Angelegenheit der Frauen? In: Moser, V./Pinhard, I. (Hrsg.): Care - Wer sorgt für wen? In: Jahrbuch Frauen und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft 6, 99-118

Lamura, G./Mnich, E./Wojszel, B./Nolan, M./Krevers, B./Mestheneos, L./Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen - Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39(6), 429-442

Lüdecke, D./Mnich, E./Melchiorre, G./Kofahl, C. (2007): Familiale Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien 2+3, 85-101

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Masuy, J. (2009): Effect of caring for an older person on women's lifetime participation in work. In: Ageing and Society 29, 745-763

Pfau-Effinger, B. (2005): Care and social integration in European societies. Bristol: Policy Press

Putten, A. E. van./Vlasblom, J. D./Dykstra, P. A./Schippers, J. J. (2010): The absence of conflict between paid work hours and the provision of instrumental support to elderly parents among middle-aged women and men. In: Ageing and Society 30, 923-948

Romoren, I. (2003): The carer careers of son and daughter primary carers of their very old parents in Norway. In: Ageing and Society 23, 471-485

Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R. (2010): Barmer GEK Pflegereport. Schwerpunktthema Demenz und Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 5. Schwäbisch Gmünd.

Rothgang, H:/Borchert, L./Müller, R./Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. St. Augustin: Asgard-Verlag

HYPERLINKSarkisian, N./Gerstel, N. (2004): Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment. In: Journal of Marriage and Family 66, 431-451

Schneekloth, U./Wahl, H. W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) - Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im

Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München.
Schneider, N./Häuser, J./Ruppenthal, S./Stengel, S. (2006): Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Angehörigen. Mainz. Zugriff am 18. Januar 2011 unter
www.familienfreundlichkeit-rlp.soziologie.uni-mainz.de/Dokumente/Abschlussbericht_Familienpflege.pdf [Stand: 2011-01-18]
Schneider, T./Drobni_, S./Blossfeld H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie 5, 362 - 383
Schreier, M. (2007): Qualitative Stichprobenkonzepte. In: Naderer, G./Balzer, E. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Gabler,. 231-245
Siemens Betriebskrankenkasse (2011):
www.sbk.org/presse/presseinformationen/themenspecials/themenspecial-pflege/pflegende-angehoerige.html [Stand 2012-07-15]
Statistisches Bundesamt (2007): Pressemitteilung Nr. 090 vom 05.03.2007. Aktuelle Fakten zum Internationalen Frauentag.
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/03/PD07__090__p001.psml [Stand 2007-11-16]
Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf [Stand: Zugriff am 4. März 2011-03-04] unter www.destatis.de
Stutzer, E. (2012): Familienfreundlichkeit als Zukunftsfrage in Unternehmen. In: GMS Z Med Ausbild 2012; 29(2), Doc34
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (Hrsg.) (2006): International Standard Classification of Education. ISCED 1997. Zugriff am 23. Januar 2009 unter www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf
Voges, W./Jürgens, O./Mauer, A./Meyer, E. (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht. Bremen ZeS. Zugriff am 1. März 2011 unter www.soziologie.uni-kiel.de/bergersozun/Voges_Lebenslagenansatz.pdf.
Wang, Y. N./Shyu, Y. I./Chen, M. C./Yang, P. S. (2011): Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. In: J Adv Nurs. 2011 Apr; 67(4), 829-40

Susanne Kohler, M.A.
HFH – Hamburger Fern-Hochschule, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Alter Teichweg 19-23a, 22081 Hamburg, susanne.kohler@hamburger-fh.de
Dr. Hanneli Döhner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, doehner@uke.de
Dr. Christopher Kofahl
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, kofahl@uke.de
Daniel Lüdecke, Dipl.-Geront. (Korrespondierender Autor)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, d.luedecke@uke.de

Angelika Kümmerling und Gerhard Bäcker

Berufstätigkeit und familiäre Pflege – Zur Praxis betrieblicher Vereinbarkeitsregelungen

Between job and care – reconciliation strategies on firm level

The reconciliation of work and care for an older relative is against the background of the demographic change and increasing employment participation rates of growing importance. This articles deals with the perception of this problem at firm level and investigates their respective strategies and approaches. On the basis of 13 company case studies we show that reconciliation of job and care currently is still only a minor problem however the awareness of employers is rising. In-plant measures to improve employees reconciliation problems are currently mainly gearing at the duration of working time, less common are measures to improve (working time) flexibility or work organization. All in all we found that instruments used to facilitate work and elderly care demands often are only derived from measures that are known from the reconciliation problematic of children and work. Measures that are developed and orientating especially for this new group are rare.

Keywords
reconciliation of work and family, employment and care for the elderly, case studies

Die Vereinbarung von Familie und Beruf ist vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und zunehmender Frauenerwerbstätigkeit von wachsender Bedeutung. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Wahrnehmung des Problems auf betrieblicher Ebene und untersucht Strategien und Lösungsansätze. Auf Basis von 13 Unternehmensfallstudien wird gezeigt, dass die Unternehmen bislang nur am Rande mit dieser neuen Version der alten Vereinbarkeitsproblematik konfrontiert sind, jedoch ein zunehmendes Bewusstsein festzustellen ist. Betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit orientieren hauptsächlich auf die Dauer der Arbeitszeit, seltener auf Lage und Verteilung. Insgesamt sind Instrumente, die sich konkret auf die Vereinbarung von Pflege und Beruf beziehen, selten, häufiger handelt es sich um Maßnahmen, welche die Vereinbarung von Kindern und Erwerbstätigkeit gewähren sollen und die auf die neue Personengruppe übertragen werden.

Schlüsselwörter
Vereinbarung Pflege und Beruf, Familienpflege, Erwerbstätigkeit und Pflege

1. Die neue Vereinbarkeitsproblematik und Anforderungen an die Betriebe

Der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (2011) ist zu entnehmen, dass von den 2,3 Mio. Pflegebedürftigen (im Sinne der Pflegeversicherung) gut 70% zu Hause versorgt werden, davon ein Großteil allein von Angehörigen, ohne dass z. B. die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch genommen wird. Die (Haupt-)Pflegepersonen befin-

eingereicht 20.07.2012
akzeptiert 17.09.2012 (nach Überarbeitung)

den sich dabei zu mehr als zwei Drittel im erwerbsfähigen Alter und sind zu einem großen Teil auch tatsächlich berufstätig (Backes 2008). Bekannt ist auch, dass es sich bei den Hauptpflegepersonen überwiegend um Frauen handelt, um Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist insofern kein Thema mehr, das sich allein auf die Phase der Kinderbetreuung und -erziehung beschränkt, sondern auch die Lebensphase erfasst, in der mit der Betreuung und Pflege von älteren Angehörigen zu rechnen ist. Angesichts einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen älteren Menschen, einer deutlich zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen, und zwar gerade in den oberen Altersgruppen, und der Heraufsetzung der Altersgrenzen, wird diese Form der Verknüpfung von Beruf und Familie deutlich an Gewicht gewinnen. Die herkömmliche „Lösung" der Pflegeproblematik – Frauen unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit oder geben sie ganz auf bzw. verzichten auf eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit oder weichen auf eine unterwertige, häufig im Geringfügigkeitssektor angesiedelte Teilzeitarbeit aus – wird in Zukunft an Selbstverständlichkeit verlieren (Bäcker 2003).

Wenn es darum geht, die häuslich-familiäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch in Zukunft zu sichern und den Trend zur stationären Unterbringung zu begrenzen, muss nach Wegen gesucht werden, die es den Angehörigen ermöglichen, berufstätig zu sein und auch zu bleiben. Ein entscheidender Ansatzpunkt bezieht sich dabei auf die Situation am Arbeitsplatz: Wie können und sollen Betriebe reagieren, welche Regelungen und Leistungen müssen angeboten werden, um die Situation von pflegenden Angehörigen zu verbessern? Seit Juli 2008 besteht ein Anspruch auf eine Pflegezeit von bis zu 6 Monaten (teilweise oder volle Freistellung für Unternehmen, mit mindestens 15 Beschäftigten). Daneben besteht ein Anspruch auf eine kurzfristige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage in einer akut aufgetretenen Pflegesituation – allerdings jeweils ohne eine Entgeltfortzahlung oder Lohnersatzleistung. Neu – seit Anfang 2012 – ist der Anspruch auf eine sog. Familienpflegezeit, in der auf ein Teilzeitverhältnis (mindestens 15 Stunden) gewechselt werden kann. Der Verdienst wird hier durch den Arbeitgeber auf 75% aufgestockt, dieser Aufstockungsbetrag muss im Anschluss an die Pflegephase wieder ausgeglichen werden.

Obgleich der Anspruch auf eine Pflegezeit nunmehr schon seit etwa vier Jahren existiert, fehlen systematische Informationen über ihre Nutzung der Pflegezeit, auch, weil ein Meldeverfahren nicht vorgesehen ist. Insofern ist weder bekannt, wie viele ArbeitnehmerInnen für welche Zeit von ihrem Recht Gebrauch machen, noch wie die Betriebe reagieren. Unbekannt ist schließlich, ob und inwieweit die (Teil-)Freistellung den Angehörigen eine Erleichterung bringt. Diese Informationslücke ist symptomatisch für die Analyse des gesamten Problemfeldes „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege" überhaupt: Wie sieht es aus Sicht der Beschäftigten wie auch der Betriebe tatsächlich aus, welche gesetzlichen und betrieblichen Regelungen, Instrumente und Angebote helfen, um den Spagat zwischen beruflichen und familiär-pflegerischen Anforderungen besser bewältigen zu können[1]? Um diese Kenntnislücken zu schließen, hat die VW-

1 Vgl. hierzu auch die Analysen von Klenner und Schmidt (2007) zu familienfreundlichen Maßnahmen in Betrieben und ihren Auswirkungen.

Stiftung ein Anfang 2011 fertiggestelltes Forschungsprojekt gefördert („carers@work“[2]), das im internationalen Vergleich (Deutschland, Vereinigtes Königreich, Italien und Polen) die Frage nach den Vereinbarkeitsarrangements und -problemen zum Thema hatte. Das deutsche Teilprojekt[3], über das in diesem Beitrag berichtet wird, legt den Fokus dabei auf die betriebliche Seite.

2. Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege: Betriebliche Handlungsfelder

2.1 Vielgestaltigkeit von Pflegearrangements

Will man die Fragen nach den betrieblichen Aktions- und Reaktionsmustern, also nach den Handlungsmöglichkeiten, aber auch -grenzen der Betriebe im Themenbereich „Vereinbarung von Pflege und Beruf“ beantworten, muss der Stellenwert der Institution „Betrieb“ in den Rahmen der Gesamtproblematik eingeordnet werden. Denn die Möglichkeit, Berufstätigkeit und familiäre Pflege miteinander in Einklang bringen zu können, wird auch durch eine Vielzahl außerhalb der Erwerbssphäre stehender Einflussfaktoren bedingt. Pauschale Aussagen über die zeitliche, physische und psychische Beanspruchung durch familiäre Hilfs- und Pflegetätigkeiten und damit über die Situation der Betroffenen an ihrem Arbeitsplatz, sind nicht möglich. Der Grad der Beanspruchung und Belastung hängt zunächst von Art, Intensität, Entwicklungsverlauf und Dauer der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und dem darauf bezogenen Anforderungs- und Zeitprofil des Hilfs- und Pflegebedarfs ab. Dieser Hilfs- und Pflegebedarf kann durch pflegerische und Haushaltshilfen (ambulante wie teilstationäre Dienste und Einrichtungen) unterstützt werden. Auch haben die persönlichen, familiären, finanziellen und gesundheitlichen Bedingungen der Hauptpflegepersonen sowie der Grad der Unterstützung bei der Pflege durch weitere Personen eine entscheidende Bedeutung für das Pflegearrangement. Bewusst bleiben sollte zugleich der Tatbestand, dass zwischen den beiden Bereichen „Pflege“ und „Beruf“ eine Wechselwirkung besteht, d. h. dass die Berufstätigkeit selbst wiederum auf die objektive wie subjektive Beanspruchung durch die Pflege, d. h. auf Art und Intensität der Pflege, auf die Belastung bzw. das Belastungsempfinden sowie auf die familiären und finanziellen Rahmenbedingungen zurückwirkt.

Diese Vielgestaltigkeit der familiären Pflegearrangements sowie der zeitlichen, körperlichen und psychischen Belastungen durch die Pflege – die sich zudem im Zeitverlauf verändern können – macht es auch unmöglich, das pflegefreundliche und -unterstützende betriebliche Instrument zu identifizieren. Dennoch: Selbst bei günstigen Voraussetzungen bleibt der Spagat zwischen den beiden Bereichen ausgesprochen

2 Die Projektberichte sind einzusehen unter: http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/publikationen.php sowie http://www.iaq.uni-due.de/aktuell/veroeff/2012/kuemmerling01_Carers@Work.pdf, zuletzt abgerufen am 16.09.2012

3 Schon 1997 wurde eine vergleichbare Untersuchung durchgeführt, vgl. Bäcker/Stolz-Willig (1997); Beck u. a. (1997)

schwierig und voraussetzungsvoll. Unter den Bedingungen des traditionellen Normalarbeitsverhältnisses (Vollzeitarbeit) führt eine nicht nur leichte instrumentelle Hilfe im Haushalt des Angehörigen, sondern eine regelmäßige, tägliche Pflege im Umfang mehrerer Stunden sehr schnell zur Überforderung und Überlastung der Hauptpflegeperson. Diese Überforderung ist vor allem eine Folge der Arbeitszeitdauer und -gestaltung. So macht es die tariflich fixierte Normalarbeitszeit nahezu unmöglich, die pflegerischen Zeitvorgaben mit der beruflichen Einbindung in Übereinstimmung zu bringen, denn die tägliche arbeitsgebundene Zeit führt auch heute noch zu einer außerhäuslichen Abwesenheit von im Schnitt um die 9,5 Stunden, wie dies Zeitbudgetstudien (Achter Familienbericht 2012) ausweisen. Entsprechend konnten Klenner und Schmidt (2007) zeigen, dass die Länge der Arbeitszeit eine entscheidende Charakteristik bei der Bewertung von Arbeitszeit als familienfreundlich war. Diese chronometrische Dimension der Arbeitszeit ist jedoch nur ein Kriterium für die Bewältigung des Alltags von Pflegepersonen; neben der Dauer der (täglichen, wöchentlichen) Arbeitszeit ist deren Lage und Verteilung (chronologische Dimension) entscheidend für den Umgang mit der Doppelbelastung.

Denn die Zeitrhythmen und Anforderungsstrukturen der Pflege sind durch zwei (auf den ersten Blick widersprüchliche) Elemente charakterisiert: Durch Konstanz und Berechenbarkeit zum einen sowie durch die Notwendigkeit zur Flexibilität zum anderen. Das heißt, dass Dauer und Lage der Arbeitszeit verlässlich sein müssen, um die Abstimmung mit den familiären und pflegerischen Erfordernissen und den Zeitstrukturen der pflegerischen Dienste erst möglich zu machen und um den pflegebedürftigen Angehörigen human und verantwortlich betreuen zu können. Andererseits gerät die fragile Synchronisation zwischen den unterschiedlichen Zeitgebern und Zeitordnungen sehr schnell an den Rand des Zusammenbruchs, wenn bei unvorhersehbaren Ereignissen (akuter Krankheitsfall, Besuch des Arztes, Ausfall sozialer Dienste oder anderer familiärer Pflegepersonen usw.) keine Chance bestünde, die Arbeitszeit diesen Veränderungen auch kurzfristig anzupassen – etwa durch späteren Arbeitsbeginn, ein früheres Arbeitsende, verlängerte (Mittags-)Pausen, kurzfristige Abwesenheiten, Kurzurlaube, freie Tage, Schichtplanwechsel usw.). Eines der wichtigsten Kriterien für die Pflegenden, aber – aus entgegengesetzter Sicht – auch für den Betrieb, ist die Planbarkeit. Eine Vorankündigungszeit existiert bei der Übernahme von Pflegeverpflichtungen in der Regel nicht. Stürze, Schlaganfälle etc. kündigen sich nicht an, sondern passieren plötzlich. Auch bei Krankheiten, bei denen absehbar ist, dass die betroffene Person früher oder später ein Pflegefall wird, ist der Verlauf nicht absehbar.

Wie können Betriebe auf diese komplexe Situation reagieren? Es lassen sich einzelne Handlungsfelder familienbewusster Personalmaßnahmen unterscheiden: Arbeitszeit, Arbeitsort, Arbeitsorganisation, Informations- und Kommunikationspolitik, Führungskompetenz, Personalentwicklung sowie Service für Familien (Gerlach et al. 2007: 13).

2.2 Arbeitszeit

Flexible Arbeitszeiten

Flexible Arbeitszeiten (Gleitzeit, Arbeitszeitkonten, Vertrauensarbeitszeit) sind Instrumentarien, die ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit bieten, auf sich spontan ergebende Situationen im Pflegearrangement zu reagieren. Gerade dieser Lösung wird häufig bescheinigt, eine win-win Situation für Arbeitnehmer und Arbeitgeber darzustellen, dies ist allerdings nur der Fall, wenn die flexiblen Arbeitszeiten auch mit Arbeitszeitsouveränität des Arbeitnehmers einhergehen (Munz 2006). Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich flexible Arbeitszeiten eher nachteilig für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken, da sie den betrieblichen Anforderungen Priorität zuweisen und an betriebliche Notwendigkeiten gekoppelt sind. Dabei gilt, dass es in der Pflege keinen allgemeingültigen Zeitbedarf gibt: Während es für eine Reihe von Pflegepersonen vorteilhaft sein mag, regelmäßige Arbeitszeiten, fünf Tage die Woche und zur üblichen Zeit zu haben, ziehen andere sogenannte atypische oder „unsoziale" Arbeitszeiten vor. Während für die eine Gruppe Abend- oder Nachtarbeit nicht mit der Pflegeverpflichtung zu vereinen sind, sind für die andere Gruppe Dauernachtwachen die einzige Möglichkeit beide Aufgaben zu kombinieren. Ausschlaggebend für die jeweilige Passform ist die jeweilige Ausgestaltung des Pflegearrangements. Gerade wenn Pflegebedürftige von mehreren Personen gepflegt werden, können ungewöhnliche Verteilungen der Arbeitszeit dazu beitragen, eine Rund-um-die Uhr-Pflege zu gewährleisten.

Arbeitszeitreduzierung/Teilzeitarbeit

Ein insbesondere in Deutschland weit verbreitetes Instrumentarium zur Vereinbarung von familiären und beruflichen Verpflichtungen besteht in der (temporären) Verkürzung der Arbeitszeit. Dies wird auch durch die Pflegezeit und die Familienpflegezeit unterstützt. In der Tat ist Teilzeitarbeit das bevorzugte Arbeitszeitmodell von Frauen, insbesondere von Müttern, dabei ist der Anteil teilzeitarbeitender Frauen in Deutschland auch im europäischen Vergleich sehr hoch (Lehndorff et al. 2010). 2009 waren 26,5% aller abhängig Beschäftigten in Teilzeit beschäftigt, dabei betrug die Teilzeitquote bei den Männern 9,2% und bei den Frauen 45,8%. Insgesamt lag der Frauenanteil an allen Teilzeitbeschäftigten bei rund 87% (Statistisches Bundesamt 2009).

Kurzfristige Freistellungen

Freistellungszeiträume, so auch die Pflegezeit, können als „Pausenmaßnahmen für pflegende Angehörige in Ausnahmesituationen" (berufundfamilie gGmbH 2007: 9) verstanden werden. Insbesondere in der letzten Pflegephase können sie den Pflegenden Entlastung bieten, die mit dem regulären Urlaub nicht (mehr) zu erreichen ist. Neben den finanziellen Einbußen ist jedoch zu beachten, dass längere Freistellungsphasen Dequalifikationseffekte nach sich ziehen können.

2.3 Arbeitsort

Betriebliche Maßnahmen, die wie z. B. Telearbeitsplätze den Arbeitsort flexibilisieren, gehören nach Ansicht von Gerlach et al. (2007: 7) zu den wenigen Instrumenten, die als familienbewusst bezeichnet werden können. Die Ansicht, Telearbeit bedeute freie Zeiteinteilung, ist jedoch nur eingeschränkt gültig. In vielen Fällen müssen sich auch Telearbeitende an die gängigen Öffnungszeiten halten, um für Kunden oder Auftraggeber erreichbar zu sein. Zu arbeiten, wenn andere Freizeit haben, kann den Nachteil haben, dass Rückfragen und Absprachen spontan nicht möglich sind und so Zeitverluste auftreten. Zudem wird der Tagesablauf von Erwerbstätigen mit familiären Verpflichtungen durch die Bedürfnisse der zu Betreuenden definiert. Zwar wird durch Telearbeit ein kurzfristiger Arztbesuch oder das Bringen oder Abholen Pflegebedürftiger spontan möglich, was die Belastung durch Koordinationsaufwand verringert. Nachteile der Telearbeit liegen jedoch in der Gefahr der Selbstausbeutung durch unbezahlte Mehrarbeit (Büssing 2004; Winkler und Maus 2000) sowie Isolation durch fehlenden Austausch mit den Kollegen. Zudem führt die Entgrenzung von Arbeitsort und Privatraum dazu, dass der notwendige Abstand zur Arbeit nicht immer gegeben ist (Büssing 2004).

2.4 Arbeitsorganisation

Die Arbeitsorganisation sollte so gestaltet werden, dass dem Arbeitnehmer größtmögliche Souveränität über zeitliche Abläufe übergeben wird. Meetings oder andere Termine sollten möglichst nicht nahe an den Randzeiten liegen, damit Beschäftigte mit Pflegeverpflichtung hier Puffer haben. Auch durch die Bildung teilautonomer Teams kann erreicht werden, dass Planung, Festlegung, Durchführung und Kontrolle der Arbeitsaufgaben stärker an Passung der individuellen Zeitbedarfe angepasst werden. Ein weiterer Punkt der Arbeitsorganisation kann die weitgehende Vermeidung von Dienstreisen sowie Rücksichtnahme bei Überstunden- und Urlaubsplanung betreffen. Da die Pflegesituation häufig unvorhergesehene Ereignisse auszeichnet, ist es für die Pflegenden notwendig, möglichst immer erreichbar zu sein. Der Zugang zu Telefon oder anderen Kommunikationsmitteln sollte gegeben sein. Auch hier zeigt sich wieder, dass die Einführung von Maßnahmen von der jeweiligen beruflichen Tätigkeit abhängig ist. Während flexible Arbeitsorganisation, zeitliche Autonomie, Zugang zu Telefon und PC zum Beispiel im administrativen Bereich nahezu problemlos zu erreichen ist, stellt sich dies bei Fließbandarbeitern, Polizisten und Krankenhausärzten (um nur einige Berufsgruppen zu nennen) deutlich schwieriger dar.

2.5 Informations- und Kommunikationspolitik

Untersuchungen haben gezeigt, dass betriebliche Maßnahmen, die Pflegenden zur Erleichterung der Vereinbarkeitsproblematik angeboten werden, nur selten in Anspruch genommen werden. Dies liegt u. a. daran, dass Betroffene nicht oder nur unzureichend Kenntnis von diesen Maßnahmen haben. Da Pflege ein Thema ist, für dass man sich in

der Regel nur dann interessiert, wenn man selbst mit einem Pflegefall konfrontiert ist, ist es auf betrieblicher Seite notwendig, über pflegesensible Maßnahmen kontinuierlich zu informieren. *„Die offensive Kommunikation trägt zudem dazu bei, die im Unterschied etwa zur Kinderbetreuung oft noch nicht als ‚hoffähig' empfundene Angehörigenpflege zu enttabuisieren und die Beschäftigen zur Inanspruchnahme zu ermutigen"* (berufundfamilie gGmbH 2007: 14).

Neben der Kommunikation nach innen ist auch die Kommunikation mit dem direkten Vorgesetzten, gegebenenfalls auch innerhalb der Abteilung wichtig. Rücksicht auf die Bedürfnisse Pflegender kann schließlich nur genommen werden, wenn das Problem (abteilungsintern) bekannt ist. Voraussetzung für diese offene Kommunikation ist ein gesundes Betriebsklima, d. h. eine Unternehmenskultur, die es den Betroffenen möglich macht über ihre (Vereinbarkeits-)Probleme zu reden und Änderungswünsche zu äußern. Dass das Betriebsklima ein zentrales Merkmal für Mitarbeiter mit Sorgeverpflichtungen ist, kam auch in der Studie von Klenner und Schmidt (2007) zum Ausdruck.

2.6 Personalentwicklung

Beschäftigte mit Pflegeverpflichtungen unterliegen aufgrund ihrer Mehrfachanforderungen dem Risiko einen unzureichenden Teilhabe an (Weiter-)Qualifizierungen mit der Folge einer langfristigen Dequalifizierung und Karrierestagnation. Durch eine auf diesen Personenkreis abgezielte Personalentwicklung kann darauf geachtet werden, auch pflegenden Mitarbeitern die Weiterbildung zu ermöglichen. Zudem können für Mitarbeiter, die sich aufgrund der Pflegeübernahme in der Freistellung befinden, ähnlich wie bei Freistellungen wegen Kinderbetreuung, Kontakthalteprogramme eingerichtet werden.

2.7 Service für Pflegende

Mitarbeiter können in Seminaren, Vorträgen u. ä. über das Thema aufgeklärt werden und Informationen über die Leistungen der Pflegeversicherung und die gesetzlichen Regelungen der Pflegezeit erhalten. Viele Betroffene fühlen sich auch mit dem Ausfüllen der Formulare oder der Suche nach geeigneten ambulanten oder sonstigen Unterstützungsdiensten überfordert. Hier kann der Betrieb geeignetes Informationsmaterial zusammenstellen und als erste Anlaufstelle dienen.

3. Ergebnisse unserer empirischen Studie

3.1 Hypothesen und Methode

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, ein aktuelles Bild über die Situation Erwerbstätiger mit Pflegeverpflichtungen aus betrieblicher Perspektive zu zeichnen. Im Zentrum unserer Studie stand dabei die Frage, wie die skizzierten betrieblichen Hand-

lungsfelder tatsächlich ausgefüllt und von den pflegenden ArbeitnehmerInnen wahrgenommen werden. Hierzu führten wir im Rahmen unseres Teilprojektes leitfadenbasierte Gespräche in mehreren Betrieben durch (Tabelle 1). In den Unternehmen, in denen ein Personal- oder Betriebsrat existierte, wurde dabei sowohl mit Vertretern der Arbeitgeberseite als auch der Arbeitnehmerseite gesprochen. Unsere Gesprächspartner waren Personalverantwortliche, Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte, Prokuristen, Betriebsräte und Sozialpädagogen. Hinsichtlich der Rekrutierung der Unternehmen für die Betriebsfallstudien wurde darauf geachtet, eine Vielzahl unterschiedlicher Branchen in die Stichprobe eingehen zu lassen. Zudem sollten die gewählten Betriebe sich bezüglich des Frauenanteils und der Größenklassen unterscheiden. Insgesamt wurden 29 Gespräche mit Personen aus 13 Unternehmen geführt. Die überwiegende Mehrheit der Unternehmen waren Großunternehmen mit über 500 Mitarbeitern, zwei Unternehmen gehörten dem Mittelstand an. Es ist trotz vielfältiger Anstrengungen nicht gelungen, Klein- und Kleinstbetriebe mit in die Befragung aufzunehmen. Alle Unternehmen, mit Ausnahme der Textilverarbeitung, waren tarifgebunden, mehr als drei Viertel hatten einen Betriebs- oder Personalrat (Tabelle 1). Dieser Auswahl lagen unterschiedliche Annahmen zugrunde: Der Einfluss der Gewerkschaften ist in den Branchen unterschiedlich stark. Es ist davon auszugehen, dass familienfreundliche Regelungen, zu denen auch die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit gehört, in Branchen und Betrieben mit starken Gewerkschaften und Betriebsräten eher zu finden sind. Familienaufgaben und insbesondere die Übernahme von Pflegeverantwortung werden traditionellerweise von Frauen übernommen. Es wird angenommen, dass Betriebe mit einem hohen Frauenanteil, sich stärker bezüglich der Vereinbarkeit engagieren als Betriebe mit einem hohen Männeranteil. Dafür mögen zwei unterschiedliche Ursachen ausschlaggebend sein: Zum einen bieten Unternehmen familienfreundliche Arbeitszeiten an, um Frauen in ihrem Betrieb zu halten. Zum anderen ist auch eine Selbstselektion der Frauen möglich, das heißt, dass sich Frauen häufiger um Stellen in Branchen oder Unternehmen bewerben, von denen familienkompatible Arbeitszeiten bekannt sind. Größeren Betrieben ist es aufgrund besserer Strukturen leichter möglich familienfreundliche Maßnahmen zu implementieren. Allerdings sind Frauen meist in kleineren Betrieben tätig, die seltener tarifgebunden sind oder einen Betriebsrat haben. Es wird angenommen, dass sich in kleineren und mittelständischen Betrieben eher informelle Regelungen, in größeren Betrieben eher formelle Regelungen finden lassen

Der Frauenanteil variierte, wie angestrebt, deutlich über die Stichprobe hinweg. Während er in metallverarbeitenden Unternehmen unter 10% betrug, erreichte er in der Textilverarbeitung und im Buchhandel über 80%. In allen Unternehmen arbeitete zumindest ein Teil der Belegschaft im Schichtsystem oder zu versetzten Zeiten. Ein nicht geringer Anteil der untersuchten Betriebe war zudem auditiert oder wies spezielle Betriebsvereinbarungen zu den Themen „Frauenförderung“ oder „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ auf. Dies war bei der Rekrutierung der Betriebe nicht Kriterium, sondern ergab sich zufällig. Vor dem Hintergrund, dass eine Reihe Betriebe die Teilnahme ablehnte, weil das Thema „Pflege“ bei ihnen zurzeit nicht vorkäme bzw. sie keine Maßnahmen anböten, ist dies jedoch von Interesse.

Branche	TV/ BR o. PR	Größe	Frauen-Anteil	Schicht-arbeit	Auditiert? Zertifiziert?	Gespräche
Automotive (A)	Ja/ Ja	> 500	25%	Ja	GBV über häusliche Kranken-pflege	2
Automotive (B)	Ja/Ja	> 500	14%	Ja	Seit 20 Jahren Frauenförderung	3
Energiever-sorgung	Ja/Ja	> 500	40%	Ja	Hertie-Stiftung	2
Energiever-sorgung	Ja/Ja	> 500	20%	Ja (24/7)	BV Frauenförderung/ Vereinbar-keit von Familie und Beruf	4
Chemische Industrie	Ja/Ja	> 500	20%	Ja	Hertie-Stiftung	3
Gesundheit	Ja/Ja	> 500	70%	Ja	Vereinbarkeit von Familie & Beruf im Leitbild verankert	3
Textilverar-beitung	Nein/Nein	50-249	90%	Nein	Nein	1
Buchhandel	Ja/Nein	50-249	80-90%	Versetz-te AZ	Hamburger Familiensiegel	1
Behörde (Land)	Ja/Ja	> 500	54%	Ja	Chancengleichheitsplan	2
Behörde (Bund)	Ja/Ja	> 500	35%	Ja	Gleichstellungsplan	2
Metallverar-beitung (A)	Ja/Ja	> 500	21%	Ja	WLB Maßnahmen in Leitbild ver-ankert)	2
Metallverar-beitung (B)	Ja/Ja	> 500	<10%	Ja	Nein	2
Einzelhandel	Ja/Ja	> 500	75%	Versetz-te AZ	GBV zu familienfreundlicher Per-sonalpolitik	2

Tab. 1: Zentrale Charakteristika der befragten Unternehmen

Legende: TV = Tarifvertrag; BR = Betriebsrat; PV = Personalrat, AZ = Arbeitszeit, GBV = Gesamtbe-triebsvereinbarung; WLB = Work life balance; BV = Betriebsvereinbarung

Für die Durchführung der Befragung wurde ein leitfadenbasiertes Messinstrument entwickelt. Basis dieses Leitfadens waren umfangreiche Literaturstudien (vgl. Franke und Reichert 2010) und die Ergebnisse aus den verschiedenen Expertengesprächen. Der Leitfaden setzte sich dabei aus sechs Themenkomplexen zusammen:

- Allgemeine Informationen über das Unternehmen, und die Gesprächspartner
- Stellenwert von Vereinbarung Familie und Beruf im Betrieb
- Anzahl sowie (Kenntnisstand über) die Situation Pflegender im Betrieb
- Informationspolitik des Betriebes zu gesetzlichen und betrieblichen Instrumenten zur Vereinbarung von Pflege und Berufstätigkeit
- Inanspruchnahme der Pflegezeit durch Beschäftigte (bzw. Nachfragen zur Pflege-zeit)
- Auswirkungen mangelnder Vereinbarung für das Unternehmen

3.3 Auswertung und Analyse

3.3.1 Erfahrung mit pflegenden Mitarbeitern und Einordnung des Pflegethemas

In nahezu allen Betrieben zeigten die Interviewpartner einen hohen Kenntnisstand über die Pflegeproblematik- und ein hohes Interesse am Thema[4]. Dabei zeigte sich jedoch auch, dass sich das Interesse an der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit u. a. auf die hohe Bedeutung des demographischen Wandels im Personalbereich der Unternehmen zurückführen lässt. Neben dem demographischen Wandel spielen auch der Wettbewerb um hochqualifizierte Arbeitnehmer und der jeweilige Stellenwert der Frauenförderung eine wichtige Rolle für die Sensibilität im Hinblick auf die neue Form der Vereinbarkeitsproblematik. Einige bereits auditierte Unternehmen berichten, dass sie von der Auditierungsstelle selbst auf die Problematik „Mitarbeiter mit Pflegeverpflichtung" und entsprechende Maßnahmen aufmerksam gemacht wurden und daraufhin mit der Entwicklung und Implementierung geeigneter Instrumente für diese Personengruppe begonnen hätten.

Ein Signalgeber war auch die seit Mitte 2008 geltende Pflegezeit. In diesem Zusammenhang haben sich eine Reihe von Personalverantwortlichen und Betriebsräten zum Teil erstmals systematisch mit dem Thema Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtung befasst und sich sensibilisiert. Die Einschätzung der Auswirkungen der Pflegezeit war dabei unterschiedlich. Während in einigen Betrieben tatsächlich Befürchtungen bestanden „*was kommt da jetzt auf uns zu, wie können wir Ausfälle gegebenenfalls kompensieren?*", haben andere die neue Regelung entweder „*gelassen*" oder „*abwartend*" zu Kenntnis genommen, und dies in der Regel aus drei Gründen: Zum einen waren v. a. Betriebe mit einem sehr hohen Männeranteil der Ansicht, als Betrieb von dieser Problematik weniger betroffen zu sein. Zum anderen besaßen eine Reihe der befragten Unternehmen als Großunternehmen bereits freizügige Freistellungsregelungen, die auch von pflegenden Angehörigen wahrgenommen werden konnten. Drittens arbeitete ein Großteil der beschäftigten Frauen bereits Teilzeit, sodass davon ausgegangen wurde, dass die Arbeitszeit durch die Pflege nicht in jedem Fall weiter tangiert würde.

Dabei wird die Einführung der Pflegezeit durchgängig zurückhaltend beurteilt, und dies nicht vorwiegend aufgrund von Befürchtungen über Auswirkungen auf den eigenen Betrieb. Zwar gilt die Kurzfristigkeit bei der Antragstellung als mögliche Problemquelle, aber es wird auch gesehen, dass die Pflegezeit eigentlich nur einen Aufschub und eine kurzfristige Verlagerung des Problems darstellt. Eine Gesprächspartnerin bringt es so auf den Punkt: *„Sechs Monate! Was mache ich denn dann, wenn ich feststelle, dass die dann immer noch leben! Das bringt doch keine Entlastung"*, von anderer Seite wird zu denken gegeben, dass das Nehmen einer Auszeit auch eine finanzielle Frage ist, *„viele Frauen haben schon längere Auszeiten hinter sich wegen der Kinderbetreuung und nichts in die Rentenkasse eingezahlt, die können sich das doch gar nicht leisten"*, *„die Leute hier, die stecken mitten in der Abzahlung des Häuschens, da kann doch keiner wer weiß wie lang aussetzen"*. Außerdem gehen mehrere Gesprächspartner darauf ein, dass Arbeit den Be-

4 Dies spiegelt vermutlich Selbstselektionseffekte wider.

schäftigten nicht nur dem Erwerb diene: *„Die Leute arbeiten ja auch gern, die wollen vielleicht gar nicht aussetzen"* oder *„Arbeit kann ja auch Entlastung bringen, da ist man auch mal von dem Elend zu Hause abgelenkt"*.

In diesem Zusammenhang ist auffällig, dass kein Unternehmen, das Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingeführt hatte, dies aufgrund von konkreten Erfahrungen mit dieser Mitarbeitergruppe gemacht hat. Kein Betrieb war in der Lage, die Anzahl oder den Anteil der Beschäftigten mit Pflegeverpflichtung zu quantifizieren. Zwar gab es in allen Betrieben Erfahrungen mit solchen Beschäftigten, es handelte sich jedoch immer nur um Einzelfälle, die sich anteilsmäßig im Promillebereich bewegten.

Dabei gingen alle Gesprächspartner davon aus, dass die tatsächliche Anzahl Betroffener deutlich höher sei als die bekannten Fälle und diese Anzahl aufgrund steigender Frauenerwerbstätigkeit und höherem Belegschaftsalter in Zukunft weiter ansteigen würde. Kein Unternehmen war jedoch in der Lage, fundierte Schätzungen über den aktuellen bzw. erwarteten Anteil abzugeben. Bei der Beschreibung der Einzelfälle war jedoch auffällig, dass es sich bei den Pflegebedürftigen etwa zu gleichen Teilen um Eltern als auch um (behinderte) Kinder oder (krebs-)kranke Partner handelte.

Die angesprochene fehlende systematische Erfassung derjenigen, die Pflegeverpflichtung und Erwerbstätigkeit vereinbaren müssen, zeigt sich also auch auf dieser Ebene. Verstärkt wird der gewonnene Eindruck auch durch verschiedene Expertengespräche, u. a. mit Zuständigen des Bundesgesundheitsministeriums, den Gewerkschaften ver.di und IG-Metall sowie einer örtlichen Betriebsrätinnenkonferenz: keine der verschiedenen Organisationen war in der Lage Auskunft über die Anzahl dieser Personengruppe zu geben und auch die Arbeitgeberverbände konnten diesbezüglich keine Zahlen nennen.

Die Möglichkeit, durch die Einführung betrieblicher Maßnahmen zu einer vollständigen und gelungenen Vereinbarung von Vollzeiterwerbstätigkeit und hauptverantwortlicher Pflegeübernahme zu kommen, wird kritisch gesehen. Dabei spielen nicht nur die betrieblichen Anforderungen eine Rolle, sondern auch die spezifischen körperlichen und psychischen Belastungen, mit denen Pflege einher geht: *„Das ist ja anders als bei der Kinderbetreuung, die ist ja positiv besetzt, das macht ja auch Spaß"*, *„die sind doch gedanklich ganz woanders"*. Die zurückhaltende Einschätzung auf betrieblicher Seite ist dabei nicht automatisch gleichzusetzen mit der Neigung der Betriebe, sich aus der Verantwortung für die Vereinbarungsgewährleistung zurückzuziehen. Es wird aber wahrgenommen, dass die Gewährung von Zeitsouveränität und Flexibilität mit den Erfordernissen betrieblicher Abläufe kontrastiert, und dass der Betrieb die privaten Schwierigkeiten nur bis zu einer bestimmten Grenze (langfristig) auffangen kann.

3.3.2 Betriebliche Maßnahmen zur besseren Vereinbarung von Pflege und Beruf: Beschränkung auf das Handlungsfeld Arbeitszeit

Bei der Erfassung der eingeführten oder bereits existierenden Maßnahmen zur Vereinbarung von Beruf und Pflege wird deutlich, dass Instrumente, die allein eine bessere Vereinbarung von Pflege und Beruf orientieren, bei den befragten Unternehmen die Ausnahme bilden. Häufiger kommt es vor, dass Maßnahmen, die ursprünglich im Zusammenhang der Diskussion von Familienfreundlichkeit (wobei gilt: Familienfreundlichkeit – Kinderfreundlichkeit) eingeführt wurden, nun auch auf pflegende Angehörige ausgeweitet werden.

Die meisten Maßnahmen, die von Unternehmen zur Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtung angeboten werden, konzentrieren sich dabei auf die Arbeitszeit. Die oben skizzierten weiteren Handlungsfelder spielen in der Praxis der befragten Betriebe – bezogen auf die Unterstützung familiärer Pflegeverpflichtungen – eine nachgeordnete Rolle bzw. werden überhaupt nicht benannt. Diese Negativmeldungen betreffen insbesondere die Personalentwicklung, die Arbeitsorganisation und den Arbeitsort, während zumindest drei Unternehmen angeben, Informationen bereitzustellen. Angesichts dieser in der Praxis doch einseitigen Orientierungen konzentrieren wir uns in diesem Beitrag im Folgenden ebenfalls auf den Bereich Arbeitszeit.

Die betriebliche Beschränkung auf die Gestaltung von Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit kommt allerdings nicht unerwartet, da die Arbeitszeit sich in den letzten Jahren für Personalverantwortliche als etabliertes Instrument herausgestellt hat, wenn es um Vereinbarung von Familie und Beruf ging. Insbesondere Teilzeitarbeit spielt hier eine große Rolle.

Teilzeitarbeit

In allen untersuchten Unternehmen ist ein Wechsel von Vollzeit- auf Teilzeitarbeit möglich, in vielen Fällen wurde in diesem Zusammenhang auf das Teilzeit- und Befristungsgesetz verwiesen: *„Wir sind ein so großes Unternehmen, da hätten wir auch gar keine Möglichkeit den Antrag auf Teilzeit zu verweigern."* In einigen Unternehmen, insbesondere im Handel, aber auch im Krankenhaus, erfordern die betrieblichen Öffnungszeiten sogar den Einsatz von Teilzeitkräften, zumindest in einigen Bereichen. Dabei unterscheiden sich die Unternehmen kaum hinsichtlich der Vorlaufzeit bis zur Gewährung des Teilzeitantrags. In einigen Unternehmen ist der Wechsel von Vollzeit auf Teilzeit „Alltag" oder „Tagesgeschäft", das „jede Woche auf der Tagesordnung steht", vor allem bei den Frauen herrsche *„eine hohe Fluktuation bei den Arbeitszeiten"*. In der Regel können solche Arbeitszeitveränderungen schnell umgesetzt werden, kaum ein Unternehmen benötigt dafür mehr als zwölf Wochen, meist liegen die Zeiten sogar deutlich darunter und es gilt *„im Notfall ist alles möglich, da geht das auch schon mal in 1-2 Wochen", „in Absprache mit dem Vorgesetzten geht das dann auch von heute auf morgen"*.

Allerdings wird in den Gesprächen auch deutlich, dass diese Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung nicht für alle Mitarbeiter gilt: Wer an Teilzeit denkt, hat in der Regel eine

bestimmte Mitarbeitergruppe vor Augen – und die ist weiblich und befindet sich normalerweise nicht in den höheren Qualifikationsstufen. Zwar wird die Frage nach dem Angebot von Teilzeit von allen Befragten durchgängig bejaht, bei Nachfrage (ergibt sich jedoch, dass einige Beschäftigtengruppen davon in der Praxis ausgenommen werden: *„das ist natürlich im gewerblichen Bereich schwieriger als in der Verwaltung", „ja, in den männerdominierten Bereichen ist das was anderes", „es wird alles möglich gemacht, um Mitarbeiter ihre Wunscharbeitszeit leisten zu lassen, das gilt natürlich vor allem für den administrativen und kaufmännischen Bereich, bei den Gewerblichen ist das schwierig, das sind ja auch vor allem Männer"*.

Nur eine Minderheit der untersuchten Betriebe bietet Teilzeitstellen auch für Führungskräfte an und selbst in Betrieben, wo diese Möglichkeit besteht, wird sie nur in einer äußerst geringen Anzahl der Fälle auch tatsächlich genutzt.

Schwieriger als der Wechsel von Vollzeit auf Teilzeit gestaltet sich der umgekehrte Weg, von Teilzeit auf Vollzeit. Einige Unternehmen gewähren ihren Beschäftigten die Möglichkeit, einen zeitlich befristeten Antrag auf Teilzeit zu stellen, dann wird, wenn die Funktion der Arbeitsstelle es erlaubt, für diese Zeit eine befristete Arbeitskraft eingestellt und der Beschäftigte kann nach Ablauf der Zeit wieder Vollzeit arbeiten. So berichten beispielsweise die beiden Unternehmen aus dem Handel, dass für den Bereich „Verkauf" gilt, dass Anträgen auf Vollzeit meist zeitnah entsprochen werden können, sollte das einmal nicht der Fall sein, *„wird der Betreffende auf eine Liste gesetzt und sein Anliegen im Auge behalten"*. Ein Energieversorgungsunternehmen gibt dagegen zu bedenken, dass die jeweilige Stelle die Vollzeit auch „hergeben" müsse. So müsse überlegt werden, ob die Funktion der Stelle erweitert werden könne oder der tatsächliche Arbeitsanfall auf dieser Stelle ggf. neu beurteilt wird. Zum Teil gelinge der Wechsel auf Vollzeit zunächst auch nur auf Krankheits- und Vertretungsstellen, bzw. sei ein Abteilungswechsel notwendig.

Flexible Arbeitszeiten

Neben der Dauer der Arbeitszeit ist die Lage und Verteilung der Arbeitszeit eine wichtige, wenn nicht die größte Determinante wenn es um die Vereinbarung von familiären und beruflichen Verpflichtungen geht. Die geringste Zeitsouveränität ist Arbeitnehmern auf Arbeitsplätzen gegeben, wo die Maschine den Takt vorgibt (zum Beispiel bei der Fließbandarbeit) und wo die Arbeit im Schichtbetrieb und/ oder streng nach Dienstplan geleistet werden muss – aber auch hier gibt es Unterschiede in den Unternehmen, was das Angebot von Flexibilitätsmöglichkeiten betrifft. Dabei ist allen Gesprächspartnern bewusst, dass es hier um einen Spagat zwischen den Zeitbedürfnissen der Beschäftigten und denen des Betriebes geht. Schichtsysteme sind in der Regel durch starre Anwesenheitszeiten gekennzeichnet, wenn eine Arbeitskraft ausfällt, muss diese in der Regel 1:1 ersetzt werden. Deshalb arbeiten die meisten befragten Unternehmen mit einem Springersystem oder Bereitschaftssystem (verarbeitendes Gewerbe) oder umfassenden Aushilfen (Handel), die spontan angerufen werden können und zur Verfügung stehen.

Alle Unternehmen berichten, dass ein Schichtwechsel zumindest prinzipiell möglich ist, dabei gibt es jedoch auch Unterschiede in den Abläufen. Während in einigen metallverarbeitenden Betrieben ein Schichtwechsel durchaus häufiger vorkommt, bereitet er z. B. in einem Energieversorgungsunternehmen eher Probleme. In einigen Unternehmen ist es auch üblich, Teilzeitarbeit in den Schichtbetrieb zu integrieren, in anderen Unternehmen ist das ausgeschlossen. Auch hier gilt aber innerhalb der Unternehmen, dass dies bereichsabhängig ist.

Die Gesprächspartner geben an, dass insbesondere in Notfällen, wie sie dringende familiäre Verpflichtungen darstellen, in *„95 bis 98% der Fälle den Wünschen der Mitarbeiter entsprochen"* wird. So ist es zum Beispiel im Krankenhaus möglich nur Dauernachtwachen oder nur Spätschicht etc. zu arbeiten – auch dieses Angebot gilt jedoch nur für bestimmte berufliche Gruppen. Während im Buchhandel Mitarbeitern angeboten wird z. B. nur die Spätschicht von 18-20 Uhr zu arbeiten, gilt diese Regelung jedoch nicht für das andere Einzelhandelsunternehmen der Stichprobe: hier wird in rollierenden Schichten gearbeitet. Dabei gilt insbesondere im Handel, aber auch in anderen schichtarbeitenden Betrieben, dass die Mitarbeiter Schichten und Einsätze tauschen können. Diese Absprachen erfolgen dann meist informell im Team untereinander.

Zum Teil kann der längerfristige Schichtwechsel nur durch einen Abteilungs- oder Bereichswechsel, in seltenen Fällen auch durch einen Funktionswechsel erfolgen. In Ausnahmen besteht auch die Möglichkeit zum Wechsel vom Schichtbetrieb zur Normalarbeitszeit – aber auch diese ist im gewerblichen oder verarbeitenden Bereich meist durch starre, inflexible Arbeitszeiten gekennzeichnet. Zudem zieht dieser Wechsel in der Regel finanzielle Einbußen mit sich, da die Schichtzulagen wegfallen.

Mit Ausnahme der Textilverarbeitung haben alle Unternehmen der Stichprobe auch ein Gleitzeitsystem, viele haben zusätzlich ein Arbeitszeitkonto, in welchem Stunden bis zu einer festgelegten Obergrenze auflaufen können. Gleitzeitkonten sind ein wichtiges Instrument im Bestreben, den Mitarbeitern in einem gewissen Rahmen Zeitsouveränität zu gewähren und damit die Vereinbarung familiärer und beruflicher Pflichten zu ermöglichen. Aber auch für die Gleitzeit gilt, dass sie nicht allen Mitarbeitern zugänglich ist.

„Flexi-Zeit funktioniert nicht im Schichtbetrieb, da gibt es eine maschinenbedingte Anwesenheitspflicht. Wenn jemand später kommt oder früher wegmuss, muss das am besten frühzeitig bekannt sein, damit man den betreffenden Kollegen decken kann. Das ist nicht wie im Büro. In der Produktion muss jeder Arbeitsplatz besetzt sein". In einem Energieversorgungsunternehmen plant man derzeit flexible Arbeitszeiten auch für die Gewerblichen einzuführen, *„das hat dann aber immense Umstrukturierungsmaßnahmen zufolge"*.

Neben der klassischen Gleitzeit bieten einige Unternehmen ihren Mitarbeitern auch verschiedene Arbeitszeitkonten, Kurzzeit- und Langzeitkonten, an. Verbreiteter als Langzeitkonten sind sogenannte Kurzzeitkonten, diese sind in der Regel nach oben

und unten gedeckelt und durch einen Ausgleichszeitraum definiert; sie dienen der kurzfristigen Flexibilität. Die Ausgestaltung der Konten ist häufig in Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen festgehalten, kann aber auch auf informellen Absprachen beruhen (Einzelhandel). In der vorliegenden Stichprobe haben nur die Textilverarbeitung und das Krankenhaus keine Arbeitszeitkonten eingerichtet. Dabei variieren die Konten deutlich hinsichtlich ihrer Ausgestaltung. Nicht jedes Konto weist zum Beispiel einen Minusbereich auf, und nicht in jedem Fall dürfen die Mitarbeiter selbst über diesen Minusbereich, teils auch das gesamte Konto, verfügen, da es allein zum Auffangen von Produktionsschwankungen dient. Aber auch hier sind – informelle – Ausnahmen möglich. Im Notfall ist auch die Beachtung von Ankündigungsfristen nicht notwendig: *„Da kam ein Mitarbeiter zu uns, der hatte einen Notfall, der wollte seine krebskranke Frau pflegen, da haben wir sofort sein Arbeitszeitkonto geräumt, da musste der keine Pflegezeit beantragen*".

Andere Unternehmen stellen den Mitarbeitern die ganze Brandbreite des Arbeitszeitkontos zur Verfügung, *„auch der Minusbereich wird von den Beschäftigten häufig genutzt, das kann dann auch mal über 70 Minusstunden bedeuten"*. Auch hier gibt es jedoch Unterschiede hinsichtlich der Beschäftigtengruppen. So werden in einem Einzelhandelsunternehmen auch hohe Minusstunden bei den Teilzeitbeschäftigten eher toleriert als bei den Vollzeitbeschäftigten *„wie wollen die denn das wieder aufholen?"*. Eine Behörde bietet neben einem für alle zugänglichen Kurzzeitkonto noch ein sogenanntes „Elternsparbuch" an, das in Zukunft auch für die Pflege erweitert werden soll, und auf das Mitarbeiter mit erhöhten Zeitbedarfen Zeiten über das normale Kurzzeitkonto hinaus ansparen können.

Freistellungen

Bis auf den Textilverarbeitungsbetrieb bieten alle befragten Unternehmen ihren Mitarbeitern die Möglichkeit, eine Auszeit zu nehmen, an. Neben diesen Auszeiten, die meist in Form von Sonderurlauben geregelt sind, bieten einige Unternehmen auch sogenannte Sabbaticals an. Sabbaticals basieren meist in irgendeiner Form auf Arbeitszeitkonten. Eine typische Form sieht so aus, dass der Arbeitnehmer beispielsweise vier Jahre Vollzeit arbeitet, aber nur 75% seines Gehalts erhält, im fünften Jahr erfolgt dann eine Freistellungsphase, die aufgrund der Vorleistung, dann finanziell kompensiert wird. In vielen Fällen sind die Freistellungsgründe in Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen geregelt, können aber auch informell abgesprochen werden (Einzelhandelsunternehmen). Systematisch erfasst werden die angegebenen Gründe meistens nicht, als Faustregel wird jedoch angegeben, dass Männer häufiger wegen Studium und Weiterbildung Freistellungsphasen einlegen, Frauen hingegen aufgrund familiärer Verpflichtungen. In allen Unternehmen werden Sonderurlaub oder Auszeiten aufgrund der Übernahme von Pflege grundsätzlich gewährt. Dabei ist auffällig, dass die Dauer der gewährten Auszeiten in allen Unternehmen über die der gesetzlichen Pflegezeit hinausgeht.

Neben den formal geregelten oder wie im Falle des Einzelhandelsunternehmens explizit nicht formal geregelten Auszeiten, spielen auch informelle Absprachen eine Rolle. Äußerungen wie die folgende sind zwar nicht die Regel, kommen aber durchaus vor: *„So gab es in den letzten fünf Jahren eine Handvoll Einzelfälle, wo private Probleme eines Mitarbeiters dazu geführt haben, dass er längere Zeit nicht arbeitsfähig war. Da haben wir gesagt, ‚bleib mal zu Hause', wir regeln das schon', das kann von 1-4 Woche gehen, auch bis zu drei Monate sind kein Problem. Da muss auch nicht das Kurzzeitkonto geräumt werden. Wir sind stolz als Betrieb im Notfall so handeln zu können"*. Nach weiteren Aussagen stellt es auch überhaupt kein Problem dar, wenn der Mitarbeiter mal einen Tag zu Hause bleiben muss, um Dinge zu regeln etc. *„Hierfür werden auch keine formalen Regelungen gebraucht"*.

4. Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt zeigen die Gespräche, dass zwar nur eine geringe Anzahl von Angeboten existiert, die sich direkt und ausschließlich auf pflegende Erwerbstätige beziehen, aber sich doch einige bereits vorhandene Instrumente auf diese Gruppe anwenden lassen. Der Großteil dieser Maßnahmen fokussiert dabei auf die Dauer der Arbeitszeit, seltener auf Lage und Verteilung. Zentrales Merkmal aller Gespräche war auch, dass *„Vereinbarkeit von Beruf und Familie"* in jedem Fall Arbeitszeitreduzierungen und Teilzeitarbeit implizierte. Zwar ist die vorhandene Stichprobe an Unternehmen zu klein und nicht repräsentativ, um verallgemeinernde Schlussfolgerungen zuzulassen, dennoch darf die These aufgestellt werden, dass Vereinbarkeitsfragen in deutschen Unternehmen durch die Gewährung von Teilzeitarbeit oder Auszeiten gelöst werden.

Dabei ist auffällig, dass nur wenig bekannt darüber ist, inwieweit die Betroffenen diese Angebote annehmen. Dies liegt vor allem an den Personalabteilungen, die die Gründe für Anträge auf Arbeitszeitreduzierungen und längere Sonderurlaube nicht systematisch nachhalten, *„es existiert kein Berichtswesen"*. Es wird aber davon ausgegangen, dass es vor allem Kinderbetreuungsverpflichtungen sind, die dazu führen, dass Frauen ihre Arbeitsmarktpartizipation verringern oder aufgeben.

Deutlich weniger verbreitet als das Angebot Arbeitszeiten zu verändern, sind arbeitsorganisatorische Veränderungen, wie sie z.B. Job-sharing, Job-rotation und (teilautonome) Gruppenarbeit darstellen. Nur sehr wenige Unternehmen der Stichprobe haben überhaupt Erfahrungen mit diesen Konzepten, und in keinem Unternehmen sind diese Konzepte weit verbreitet. Im Gegenteil handelt es sich dabei durchgängig um Einzelfälle, die auch erst in jüngerer Zeit eingeführt wurden.

Jedes dritte Unternehmen der Stichprobe bietet seinen Mitarbeitern einen Informations- und Beratungsservice an. Zwar erhalten diese Angebote von den betroffenen Mitarbeitern in der Regel sehr positive Rückmeldungen, jedoch werden sie nur sehr selten von den Mitarbeitern in Anspruch genommen. Ob dies daran liegt, dass der generelle Bedarf so gering ist oder Hemmschwellen bei den Mitarbeitern existieren, geht aus den Gesprächen nicht hervor.

Die Mehrheit der Gesprächspartner ist sich darüber einig, dass hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit informelle Regelungen eine herausragende Rolle spielen. Das hängt auch mit der Unvorhersehbarkeit der Entwicklung der Pflegesituation zusammen: Nichtplanbarkeit sei nicht durch Regelungen zu beherrschen. Einige Gesprächspartner gehen davon aus, dass nur der Mangel an Regelungen ihrem Unternehmen gestatte, flexibel und unorthodox mit den Problemen der Mitarbeiter umzugehen.

Diese Ansicht kontrastiert jedoch mit der Einschätzung anderer Interviewpartner, die der Meinung sind, dass die gesetzliche Regelung „Pflegezeit" dazu beitrage, dass die Mitarbeiter überhaupt mit diesem speziellen Vereinbarkeitsproblem zu ihren Vorgesetzten kommen. Während es sicherlich richtig ist, dass sich nicht immer alle sich zum Teil spontan ergebenen Bedürfnisse der Mitarbeiter in Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen regeln lassen, so birgt doch die individuelle informelle Lösung die Gefahr, dass nicht immer alle Mitarbeiter mit bestimmten (Zeit-)Bedarfen von den informellen Regeln profitieren, sei es, dass sie sich an die „falsche" Person wenden, die von dieser informellen Regelung nichts weiß, sei es, dass sie sich nicht trauen, ihr spezielles Problem zu kommunizieren. Letztlich besteht die Gefahr der Willkür auf Seiten der Entscheider, der nur durch umfassende Regelungen begegnet werden kann.

Insgesamt lässt sich aus unserer Untersuchung der Schluss ziehen, dass die neue Variante der alten Vereinbarkeitsproblematik, nämlich die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit, derzeit noch keine große Rolle spielt. Obwohl das Thema als solches auch in den Betrieben angekommen ist, ist es in der Praxis von geringer Relevanz. Dabei fällt vor allem der auf allen Ebenen herrschende eklatante Informationsmangel auf: weder sind die Betriebe darüber informiert, inwieweit ihre eigene Belegschaft von der Vereinbarkeitsproblematik betroffen ist, noch gibt es systematische und valide Prognosen über die zu erwartende Entwicklung. Dies ist in einer Situation, in der die Diskussion über die zu befürchtenden Auswirkungen des demographischen Wandels einen hohen Stellewert in den Unternehmen besitzt, bemerkenswert. Auffällig ist auch, dass es sich bei den Betroffenen in allen Unternehmen allein um Einzelfälle handelt, die sich anteilsmäßig im Promillebereich bewegen.

Literatur

Achter Familienbericht (2012): Bericht der Sachverständigenkommission. Zeit für Familie – Familienzeitpolitik eine Chance nachhaltiger Familienpolitik. In: Bundestagsdrucksache 17/9000

Bäcker, G. (2003): Berufstätigkeit und Verpflichtungen in der familiären Pflege - Anforderungen an die Gestaltung der Arbeitswelt, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, Ch. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2003, Heidelberg, 131-146

Bäcker, G./Stolz-Willig, B. (1997): Betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 106.2 Stuttgart

Backes, G.M./Amrhein, L./Wolfinger, M. (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Beck, B./Dallinger, U./Naegele, G./Reichert, M. (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 106.1. Stuttgart

berufundfamilie gGmbH - Prognos (2007): Vereinbarkeit von Beruf und Familie – ein Thema für Unternehmen. Ein Praxisleitfaden. Frankfurt am Main

Büssing, A. (2004): Telearbeit - Chance zur Balance zwischen Arbeit, Familie und Freizeit? In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben. Heidelberg, 107-120

Franke, A./Reichert, M. (2010): Carers@Work. Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? Ein Europäischer Vergleich. Analyse der internationalen Forschungsliteratur http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Literature%20review.pdf[2012-09-16]

Gerlach, I./Schneider, H./Juncke, D. (2007): Betriebliche Familienpolitik in auditierten Unternehmen und Institutionen. Arbeitspapier Nr. 3. Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik. Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Klenner, C./Schmidt, T. (2007): Beruf und Familie vereinbar? Auf familienfreundliche Arbeitszeiten und ein gutes Betriebsklima kommt es an, WSI-Diskussionspapier, Nr. 155

Lehndorff, S./Wagner, A./Franz, C. (2010): Arbeitszeitentwicklung in Europa. In: Händel, T./Troost, A. (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit der Wolfgang-Abendroth-Stiftungs-Gesellschaft, Fürth. Brüssel: Fraktion der Vereinigten Europäischen Linken / Nordisch Grüne Linke - GUE/NGL

Munz, E. (2006): Mehr Balance durch selbstgesteuerte Arbeitszeiten? WSI-Mitteilungen, 9, 478-484.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009): Frauendomäne Teilzeitarbeit. Wunsch oder Notlösung? STATmag. Destatis. Wiesbaden

Winker, G./ Maus, B. (2000): Telearbeit - Chancen für eine bessere Integration beruflicher und familiärer Lebensbereiche. FIFF Kommunikation, 4, 53-57

Dr. Angelika Kümmerling
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, Forsthausweg 2, 47057 Duisburg, angelika.kuemmerling@uni-due.de

Prof. Dr. Gerhard Bäcker
Senior Fellow am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen, Forsthausweg 2, 47057 Duisburg, gerhard.baecker@uni-due.de

Martin Nikolaus Dichter, Bernhard Holle, Sascha Gerd Schmidt, Hans Martin Hasselhorn, Wilfried Schnepp, Michael Simon

Pflege als doppelte Aufgabe: Eine Sekundärdatenanalyse zu Pflegenden mit zusätzlichen privaten Pflegeaufgaben

Care as a double duty: A secondary data analysis of nurses with care responsibilities at home

Background: Due to a high number of female and employed family caregivers it is hypothesized that also the proportion of nurses with private care responsibilities is high. Both, professional nursing and responsibilities as private caregiver are associated with high physical and psychological burden.

Objective: The objective was to investigate the extent of double burden of nurses with care responsibilities at home and possible associations with work- and health-related outcomes.

Method: The study is based on a secondary data analysis of the baseline data of the German sample of the Nurses' Early Exit Study (NEXT-Study). Applying a case-control design, nurses with care responsibilities at home were matched to controls by a genetic propensity score algorithm. Descriptive and inferential statistics were used to investigate the characteristics of the double duty and associations with work and health strain.

Results: 213 of 2,749 nurses had private care responsibilities of - on average - 7.4 hours per week. Nurses with care responsibilities at home were older, worked more often part-time, less often in night shifts and more frequently in nursing homes or ambulatory care services than the nurses without care responsibilities at home. Furthermore, lower work ability ($p = 0.023$) and a higher disability due to neck and back pain ($p = 0.001$) was found for nurses with private care responsibilities. Unexpectedly, no group differences were found for burnout, general health, job satisfaction, work-familiy and family work conflict.

Conclusion: Nurses with additional private care responsibilities should be recognised as a particular occupational target group for preventive measures considering physical risks. Our indications found for a potentially supportive psychological function of professional work among nurses with private caring obligations may constitute a challenge for work organisation in health care and for science.

Keywords
Informal caregiver, Burden, Nurses, Double-duty

Problemdarstellung: Aufgrund der in Deutschland erheblichen Anzahl erwerbstätiger Frauen mit privaten Pflegeaufgaben ist anzunehmen, dass auch die Zahl von beruflich Pflegenden mit zusätzlichen privaten Pflegeaufgaben hoch ist. Der Pflegeberuf sowie die private Pflege von Angehörigen gehen jeweils mit hohen physischen und psychischen Be-

eingereicht 06.07.2012
akzeptiert 19.09.2012 (nach Überarbeitung)

lastungen einher, so dass in diesem Zusammenhang von einer Doppelbelastung ausgegangen werden kann.

Ziel der Studie: In dieser Studie werden soziodemografische und arbeitsbezogene Merkmale sowie mögliche Unterschiede arbeits- und gesundheitsbezogener Beanspruchungen (Arbeitszufriedenheit, Burnout, Disability, Arbeit-Familie-Konflikt, Familie-Arbeit-Konflikt, Arbeitsfähigkeit, Allgemeine Gesundheit) von Pflegenden mit und ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe untersucht.

Methodik: Die Studie basiert auf einer Sekundärdatenanalyse der in Deutschland erhobenen Basisdaten der NEXT-Studie. Im Sinne einer Fall-Kontroll-Studie wurden Pflegende mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe anhand des „Genetic Propensity Score Matching"-Verfahrens entsprechenden „Kontrollen" zugewiesen. Anschließend wurden mittels deskriptiver und schließender Statistik Merkmale der doppelten Pflegeaufgabe und der Zusammenhang mit arbeits- und gesundheitsbezogenen Beanspruchungen untersucht.

Ergebnisse: Bei 213 von 2.749 Pflegenden bestand eine zusätzliche private Pflegeaufgabe im Umfang von durchschnittlich 7,4 Stunden pro Woche. Sie waren im Durchschnitt älter, arbeiteten häufiger in Teilzeit, weniger im Nachtdienst und häufiger in Alten- und Pflegeheimen oder ambulanten Diensten als Pflegende ohne private Pflegeaufgabe. Bei Pflegenden mit doppelter Pflegeaufgabe war die Arbeitsfähigkeit geringer ($p = 0{,}023$) und Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden höher ($p = 0{,}001$) als bei Pflegenden ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe. Überraschend fanden sich keine Gruppenunterschiede bezüglich Burnout, Allgemeine Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Arbeit-Familie- bzw. Familie-Arbeit-Konflikt.

Schlussfolgerungen: Pflegende mit zusätzlicher Pflegeaufgabe sollten als Zielgruppe bei der Prävention körperlicher Auswirkungen der pflegerischen Doppelbelastung Beachtung finden. Die gefundenen Hinweise auf die möglicherweise sogar psychisch entlastende Funktion der Berufstätigkeit bei privaten Pflegeaufgaben können als neue Herausforderungen an die Arbeitsorganisation in der Pflege und an die Wissenschaft verstanden werden.

Schlüsselwörter
Pflegende Angehörige, Belastung, beruflich Pflegende, Doppelte Aufgabe

Einleitung

Zum Jahresende 2009 waren in Deutschland 2,34 Millionen Menschen im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (Statistisches Bundesamt 2011) pflegebedürftig. Mehr als zwei Drittel (69% bzw. 1,62 Millionen) wurden zu Hause versorgt, davon wiederum 1,02 Millionen ohne professionelle Unterstützung (ebd.). Die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen stellt somit einen, auch unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit zukünftiger Pflegebedarfe, maßgeblichen Beitrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung dar (siehe § 43 Abs. 1 SGB XI: Prinzip ambulant vor stationär). Mit dem Blick auf die negative Bilanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung in den letzten Jahren stellt der BARMER GEK Pflegereport 2011 fest, dass die Verschärfung der finanziellen Situation der gesetzlichen Pflegeversicherung

auch auf einen Trend zu einer verstärkten Inanspruchnahme professioneller und somit kostenintensiver Hilfen zurückzuführen ist (Rothgang et al. 2011). Die hier skizzierte Entwicklung verdeutlicht eine Veränderung der Versorgungsrealität in der Häuslichkeit, die nicht nur finanzielle Folgen für die Refinanzierbarkeit pflegerischer Versorgung hat, sondern auch Ausdruck einer sich verändernden Bereitschaft zur Übernahme familialer Pflegeaufgaben ist. Derzeit wird die häusliche Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen maßgeblich durch Angehörige oder sonstige so genannte Pflegepersonen mitgestaltet bzw. übernommen, ohne dass Pflegesachleistungen nach SGB XI in Anspruch genommen werden (Schneekloth et al. 2008). Familien leisten somit einen unverzichtbaren Beitrag für die Realisierung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Die Übernahme familialer Pflege, die häufig durch die Reziprozität d. h. das Gegenseitigkeitsprinzip innerhalb von Familien geprägt ist, kann als sowohl belastende wie auch erfüllende Aufgabe angesehen werden (Büscher 2007).

Durch die Übernahme der pflegerischen Versorgung ergeben sich neben den bereichernden Aspekten oftmals auch spezifische Belastungsmuster für die Pflegepersonen. Die Folgen der Belastungen sind meist individuell ausgeprägt und werden unterschiedlich durch die betroffenen pflegenden Angehörigen wahrgenommen, lassen sich aber wie folgend dargestellt grob unterteilen (Lichte et al. 2005):

- Körperliche Beeinträchtigung: verstärkte körperliche Erschöpfung, Gliederschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden.
- Geistig-seelische Beeinträchtigung: Depression, psychische Erschöpfung, Burnout Syndrom.
- Soziale Beeinträchtigung: Einschränkung der Freizeitaktivitäten, soziale Isolation, hohe zeitliche Belastung durch die Pflege, mangelnde Anerkennung der geleisteten Pflege, negative Beeinflussung der beruflichen Situation (ebd.).

Erwerbstätige pflegende Angehörige sind aufgrund der Vielzahl der Anforderungen häufig hohen negativen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt, die in der Folge zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen können (Duxbury et al. 2011; Franke et al. 2011). Gleichzeitig kann die Erwerbstätigkeit auch eine entlastende Funktion für pflegende Angehörige haben. So wird die Erwerbstätigkeit als Ausgleich gegenüber den Pflegeaufgaben angesehen und als Möglichkeit, Anerkennung und Selbstbestätigung zu erhalten, soziale Kontakte zu fördern und von Problemen im Pflegearrangement abzulenken (Franke et al. 2011; Scharlach 1994). Vor dem Hintergrund der sich aus der Pflegesituation entwickelnden Belastung und der dadurch bedingten möglichen Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit, gewinnt die Problematik der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege zunehmend an Bedeutung. Unterzieht man nun die Gruppe der pflegenden Angehörigen einer genaueren Betrachtung, so lässt sich konstatieren, dass in Deutschland 73% der pflegenden Angehörigen weiblich sind und 64% aller pflegenden Angehörigen sich noch im Erwerbsalter (bis 64 Jahre) befinden (Backes et al. 2008). Es kann also davon ausgegangen werden, dass insbesondere weibliche pflegende Angehörige der Herausforderung einer Verbindung von Erwerbstätigkeit und Gestaltung einer häuslichen

Pflegesituation ausgesetzt sind. Die hohe psychische wie physische Belastung, die die Bewältigung häuslicher Pflegesituationen für die Pflegeperson mitbringen kann, führt nicht selten dazu, dass berufstätige pflegende Angehörige ihre Berufstätigkeit gänzlich aufgeben (10%) oder den Stellenumfang reduzieren (11%) (Backes et al. 2008).

Ausgehend von der genannten hohen Anzahl an weiblichen und berufstätigen pflegenden Angehörigen besteht die Vermutung, dass auch in der beruflichen Pflege, als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen mit einem Frauenanteil von ca. 82% im Jahr 2010 (Bundesagentur für Arbeit 2011), die Zahl von beruflich Pflegenden mit zusätzlichen privaten Pflegeaufgaben hoch ist. Auch jenseits der eventuellen Belastung durch eine zusätzliche private Pflegeaufgabe gelten beruflich Pflegende als hoch belastete Berufsgruppe. So leiden in Krankenhäusern (DAK-BGW 2005) und in der ambulanten Pflege (DAK-BGW 2006) beschäftigte Pflegende überdurchschnittlich häufig an Krankheiten und Gesundheitsstörungen, hier vor allem an Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen. Auch in der stationären Altenpflege gilt das Pflegepersonal als psychisch und physisch hochbelastete Berufsgruppe (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2007) und die Ergebnisse aus dem Pflegethermometer 2009 zeigen, dass jeder fünfte Beschäftigte in der Krankenpflege in deutschen Krankenhäusern als hoch belastet eingeschätzt wird (Isfort et al. 2010). Hinzu kommen die Schichtarbeit sowie die Arbeit an Wochenenden, die zu Arbeits-Familien-Konflikten führen kann (Simon et al. 2004).

Bedingt durch die hohe Belastung von professionell Pflegenden und den zusätzlichen Pflegetätigkeiten im privaten Umfeld kann von einer Doppelbelastung ausgegangen werden. Darüber, wie diese Doppelbelbelastung auf die Pflegenden wirkt und welche Folgen sie hat bzw. zu welchen Beanspruchungen sie führt, existieren bisher kaum wissenschaftliche Erkenntnisse. In einer kanadischen Studie berichteten weibliche berufstätige Pflegende, Ärzte, Physiotherapeuten und Sozialpädagogen mit privaten Pflegeaufgaben, dass sie trotz zahlreicher Strategien zur Bewältigung der doppelten Pflegeaufgabe eine Erosion der Grenzen zwischen beruflichen und privaten Verantwortlichkeiten erlebten und dies zu Gefühlen von Isolation, Anspannung und extremer körperlicher und geistiger Erschöpfung führte (Ward-Griffin et al. 2005). Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie von Keck et al. (2009), in der pflegende Angehörige, die gleichzeitig einer Beschäftigung im Pflege- bzw. Gesundheitsbereich nachgingen, eine Belastung aufgrund der kontinuierlichen Pflegeaufgaben im privaten wie im beruflichen Umfeld beschrieben. Inwieweit dies eher Auswirkungen auf das Privat- oder Arbeitsleben hat ist unklar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bisher wissenschaftliche Untersuchungen dazu weitgehend fehlen, welche Folgen eine zusätzliche private Pflegeaufgabe von beruflich Pflegenden in Deutschland auf deren physische und psychische Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Arbeitszufriedenheit hat und welche soziodemografischen und arbeitsbezogenen Merkmale Pflegende mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe haben.

Ziel und Fragestellung

Vor dem Hintergrund einer prognostizierten weiteren Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen (Robert Koch - Institut 2004) und einem gleichzeitigen zunehmenden Personalmangel in der beruflichen Pflege (Isfort et al. 2010) stellt sich die Frage, durch welche soziodemografischen und arbeitsbezogenen Merkmale sich Pflegende mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe von Pflegenden ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe unterscheiden lassen. Ferner ist das Wissen um mögliche arbeitsbezogene und gesundheitliche Folgen der doppelten Pflegeaufgabe von großer Bedeutung, um Strategien hinsichtlich ihrer Vermeidung entwickeln und der letztendlichen möglichen Konsequenz einer doppelten Pflegeaufgabe in Form von einer Reduktion oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit entgegenwirken zu können.

Ausgehend hiervon untersucht die vorliegende Arbeit die beiden folgenden Fragestellungen:

1. Gibt es soziodemografische und arbeitsbezogene Merkmale, anhand derer sich beruflich Pflegende mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe von Pflegenden ohne diese unterscheiden?
2. Gibt es Unterschiede zwischen Pflegenden mit und ohne zusätzliche private Pflegeaufgaben in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit, das Verhältnis zwischen Arbeits- und Familienleben und die Arbeitszufriedenheit?

Methodisches Vorgehen

Die Studie basiert auf einer Sekundärdatenanalyse der in Deutschland erhobenen Daten der europäischen NEXT-Studie („Nurses' Early Exit Study", QLK6-CT-2001-00475, EU 5. Forschungsrahmenprogramm). Im Rahmen der NEXT-Studie wurden vor dem Hintergrund des erwarteten Mangels an Pflegepersonal zwischen 2002 und 2005 beruflich Pflegende aus elf europäischen Ländern zu ihren Arbeitsbedingungen befragt. Mittels standardisierter Fragebögen wurden Informationen zu körperlichen und psychischen Arbeitsbedingungen, Beanspruchungen durch die Arbeit, relevanten privaten Lebensumständen (unter anderem das Vorliegen privater Pflegeaufgaben) sowie den beruflichen Perspektiven der Teilnehmer erfasst. Das ethische Clearing wurde der NEXT-Studie von Seiten der Ethikkommission der Universität Wuppertal erteilt. Weitere Hintergrundinformationen zur NEXT-Studie finden sich unter www.next.uni-wuppertal.de.

Stichprobe

Im deutschen Teil der NEXT-Studie wurden in Jahr 2003 in einem zweistufigen Verfahren deutschlandweit Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, stationäre Altenpflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste) zur Teilnahme an der Stu-

die rekrutiert. Zunächst wurde eine Zufallsstichprobe von 281 Einrichtungen kontaktiert. In einem zweiten Schritt wurden weitere 154 Einrichtungen zur Teilnahme eingeladen, um eine repräsentativere Verteilung der Einrichtungstypen zu erzielen. Letztendlich nahmen 75 Einrichtungen, 16 Krankenhäuser, 29 Alten- und Pflegeheime und 30 ambulante Dienste an der Studie teil. Die Rücklaufquote betrug 55% in der Stichprobe insgesamt und 52% (Mittelwert) bzw. 54% (Median) auf Einrichtungsebene (Hasselhorn et al. 2005). Die hier untersuchten Daten stammen aus der ersten Querschnittsbefragung, insgesamt nahmen 3565 Pflegende (Fach- und Hilfskräfte) an dieser Erhebung teil. Für die nachfolgenden Analysen wurden nur Fälle berücksichtigt, die keine fehlenden Werte aufweisen (n = 2.749). Von diesen 2.749 Pflegenden gaben insgesamt 213 (Fälle) das Vorliegen einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe an.

Messinstrument

Für die vorliegende Analyse wurden mehrere Einzelitems zur Erfassung von soziodemografischen und arbeitsbezogenen Merkmalen verwendet (Alter, Geschlecht, Arbeitsstunden pro Woche, Einrichtungsart, Familienstand). Die Schichtform wurde ursprünglich in elf verschiedenen Kategorien erfasst und für die vorliegende Analyse in drei Kategorien gruppiert: Schichtdienst ohne Nachtdienst, Schichtdienst mit Nachtdienst, kein Schichtdienst. Zudem wurde ein Einzelitem verwendet, um zu erfassen, ob die Pflegenden neben der hauptberuflichen Tätigkeit noch andere Erwerbstätigkeiten ausüben (ja/nein). Um zwischen Pflegenden mit und ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe differenzieren zu können, wurde folgende Frage verwendet: „Haben Sie andere Pflegeaufgaben außerhalb der beruflichen? (z. B. Angehörige zu pflegen; ohne die Betreuung von Kindern)“ mit den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“.

Zur Messung der möglichen Folgen wurde basierend auf dem „Belastungs-Beanspruchungs-Modell“ nach Rohmert und Rutenfranz (1975) sieben Beanspruchungen mittels unterschiedlicher Skalen ausgewählt. Als Beanspruchung werden die Folgen der Belastung für eine Person bezeichnet, welche auf kognitiver, affektiver oder körperlicher Ebene erfolgen und u. a. zu Beanspruchungsfolgen wie Krankheiten führen können. Zur Messung der Arbeitszufriedenheit wurden vier Items des Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ (Kristensen et al. 2005) verwendet. Anhand der jeweils vierstufigen Antwortkategorien ergibt sich ein Index von 1 (sehr unzufrieden) bis 4 (sehr zufrieden).

Burnout wurde mit sechs Items der Personal Burnout Scale des Copenhagen Burnout Inventory gemessen (Borritz et al. 2006). Durch die fünfstufigen Antwortoptionen ergibt sich ein Gesamtwert zwischen 1 und 5, wobei höhere Werte einer stärkeren emotionalen Erschöpfung entsprechen.

Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden wurde durch vier Items des von Korff disability index erfasst (Von Korff et al. 1992). Dieser variiert je nach Antwortverhalten zwischen 0 und 6 Punkten, hierbei entsprechen höhere Werte einer höheren Einschränkung.

Konflikte am Arbeitsplatz, die sich auf die Familie auswirken (Arbeit-Familie-Konflikt), und Konflikte in der Familie, die sich auf die Arbeit auswirken (Familie-Arbeit-Konflikt), wurden durch zwei Skalen mit je fünf Items erfasst (Netemeyer et al. 1996). Für beide Skalen kann ein Gesamtscore zwischen 1 und 5 ermittelt werden, wobei ein höherer Wert mit einem stärkeren Konflikt einhergeht.

Die Arbeitsfähigkeit wurde mit Hilfe des Work Ability Index (Tuomi et al. 1998) ermittelt. Der Arbeitsfähigkeitsindex umfasst sieben Dimensionen, die im Rahmen der NEXT-Studie mit 26 Items erfasst wurden. Der daraus gebildete Arbeitsfähigkeitsindex reicht von 7 (niedrigste Arbeitsfähigkeit) bis 49 (exzellente Arbeitsfähigkeit).

Die Allgemeine Gesundheit wurde anhand der fünf Items umfassenden general health scale des SF-36 erhoben (Ware et al. 1992). Durch die fünfstufigen Antwortoptionen ergibt sich ein Gesamtwert zwischen 1 und 5, dieser wurde nach einem Vorschlag der Instrumentenautoren in einen Wertebereich von 1 bis 100 transformiert. Ein höherer Wert steht hierbei für eine höhere allgemeine Gesundheit.

Die psychometrischen Analysen der verwendeten Skalen auf Grundlage der verwendeten Daten wurden andernorts veröffentlicht (Kümmerling et al. 2005).

Statistische Analysen

Die Analyse entspricht einer Fallkontrollstudie mit Querschnittsdesign. Die Zuweisung (Matching) der Pflegenden ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe (Kontrollgruppe) zu den Pflegenden mit doppelter Pflegeaufgabe (Fallgruppe) erfolgte über das „Genetic Propensity Score Matching"-Verfahren mit dem Paket „Matching" in der Statistiksoftware R (Sekhon 2008), welches auf dem klassischen Propensity Score Matching aufbaut (Rosenbaum et al. 1983). Propensity Score Verfahren stellen eine Alternative zur Regressionsanalyse dar und bieten den Vorteil, robuster gegenüber Verzerrungen durch fehlerhafte Modellspezifizierung zu sein, wenn Kontroll- und Fallgruppe sich in den wesentlich Charakteristika gleichen (Zanutto 2006). Im pflegewissenschaftlichen Kontext werden Propensity Scores bisher wenig eingesetzt, wobei es auch hier einige Beispiele gibt (Coffman et al. 2012; Foreman et al. 2011; Qin et al. 2008).

Bei dem klassischen Propensity Score Verfahren wird zunächst durch ein logistisches Regressionsmodell die Zugehörigkeit zur Fall- bzw. Kontrollgruppe vorhergesagt. Zur Vorhersage werden dabei die Variablen verwendet, die zur Verfügung stehen und als relevant für die zu untersuchenden Folgen der Belastung betrachtet werden. Im Kontext dieser Analyse sind dies: Alter, Geschlecht, Arbeitsstunden pro Woche, Art des Schichtdienstes, Einrichtungsart, Familienstand und ob die Pflegenden weitere Arbeitsstellen innehaben. Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit – der Propensity Score – für die Zugehörigkeit zur Fall- bzw. Kontrollgruppe wird dann genutzt, um allen Fällen Kontrollen zuzuweisen, die einen gleichen oder sehr ähnlichen Propensity Score aufweisen. Das Matching erfolgt in unserer Analyse mit „Replacement", d. h. dass Kontrollen mehrfach verwendet werden können. Diese Vorgehensweise hat sich als weniger verzerrungsanfällig erwiesen (Abadie et al. 2006).

Das Genetic Propensity Score Matching erweitert die klassische Variante durch einen Optimierungsprozess, der das Matching an einem größtmöglichen Gleichgewicht wesentlicher Variablen in der Fall- und Kontrollgruppe ausrichtet. In den vorliegenden Daten sind beispielsweise Pflegende mit doppelter Pflegeaufgabe durchschnittlich drei Jahre älter als diejenigen ohne zweifache Pflegeaufgabe. Durch das Genetic Propensity Score Matching werden dementsprechend die Kontrollen so ausgewählt, dass im Durchschnitt beide Gruppen gleich alt sind. Der Vorteil dieses Verfahrens besteht darin, dass eines der Hauptprobleme der Anwendung des Propensity Score Matching, ein Ungleichgewicht in den beiden Gruppen (Austin 2011), minimiert wird.

Der erste Teil der Analyse beschreibt die Verteilung der einzelnen Variablen, die für das Matching verwendet wurden, in dem vollständigen Datensatz (alle Fälle) und in dem „gematchten" Datensatz sowie die entsprechenden Test-Statistiken (t-Test, chi^2-Test). Im zweiten Teil werden die durchschnittlichen Mittelwertunterschiede der untersuchten sieben Beanspruchungen der Pflegenden mit doppelter Pflegeaufgabe (Fallgruppe) und ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe (Kontrollgruppe) verglichen. Bei allen Vergleichsanalysen wurde das Signifikanzniveau bei $\alpha = 0{,}05$ festgelegt.

Ergebnisse

Zweihundertdreizehn (7,7%) der 2.749 Pflegenden hatten neben ihrer beruflichen Pflegetätigkeit weitere Pflegeaufgaben im Sinne der häuslichen Pflege von Angehörigen. Durchschnittlich 7,42 Stunden pro Woche wurden von Pflegenden für diese zusätzlichen Pflegeaufgaben in der Versorgung ihrer Angehörigen aufgebracht. Hierbei reichte die Spanne von 0,5 bis 30 Stunden pro Woche, wobei 18 Pflegende keine oder nicht plausible Angaben machten. Interessanterweise bestand kein Zusammenhang zwischen dem Stellenumfang und den Stunden, die zur nicht beruflichen Pflege von Angehörigen aufgewendet wurden ($r = -0{,}09$; $p < 0{,}23$). Die Pflegenden mit einer festgestellten doppelten Pflegeaufgabe waren im Durchschnitt älter, arbeiteten häufiger in Teilzeit, weniger im Nachtdienst und häufiger in Alten- und Pflegeheimen oder ambulanten Diensten (Tabelle 1) als ihre Kollegen ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Pflegenden mit und ohne private Pflegeaufgabe im Hinblick auf den Familienstand oder inwiefern noch einer weiteren erwerbsmäßigen Tätigkeit nachgegangen wurde.

Beschreibung der Güte des Matchings

Anhand des Genetic Propensity Score Matching-Verfahrens wurden 213 Pflegende (Fälle) mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe 213 Pflegenden (Kontrollen) ohne diese Zusatzaufgabe zugeordnet. Durch das Matching konnten die beschriebenen Unterschiede zwischen Pflegenden mit und ohne private Pflegeaufgabe ausgeglichen werden, so dass sich Fälle und Kontrollen hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Arbeitsstunden pro Woche, Schichtdienst, Einrichtungsart, Familienstand und ein mög-

liches zusätzliches Beschäftigungsverhältnis weitestgehend entsprachen (Tabelle 1). Lediglich im Hinblick auf das Alter blieb ein geringer Unterschied von 0,26 Jahren bestehen (p<0,07).

		Vor dem Matching						Nach dem Matching				
		n = 2.749 (%)	n = 213 mit DA (%)	n = 2.536 ohne DA (%)	p	df	t oder chi²	n = 213 mit DA (%)	n = 213 ohne DA in (%)	p	df	t oder chi²
Alter (mean)		37;92	41;06	37;66	<0,001***	247,89	5;20	41,06	40,80	0,07	212,00	1,8204
Geschlecht	weiblich	82	90	81	0,003**		9,02	90	90	1,00	1	1
	männlich	18	10	19				10	10			
Arbeitsstunden pro Woche	> 30 h	62	54	63	0,020*	2	7,87	54	54	1,00	2	0
	20 - 30 h	16	20	16				20	20			
	< 20 h	22	27	21				27	27			
Schichtdienst	ohne Nachtdienst	27	31	26	0,004**	2	11,25	31	30	0,97	2	0,0653
	mit Nachtdienst	52	42	53				42	42			
	kein Schichtdienst	21	27	21				27	28			
Einrichtungsart	Krankenhaus	77	69	77	0,003**	2	11,77	69	69	1,00	2	0
	Alten- und Pflegeheime	13	15	13				15	15			
	Ambulante Pflegedienste	10	16	9				16	16			
Familienstand	Alleinlebend	22	20	22	0,961	3	0,30	20	18	0,93	3	0,4318
	Mit Partner	31	31	31				31	33			
	Mit Partner und Kind(ern)	41	42	41				42	43			
	Alleinerziehend	7	7	7				7	7			
Weitere Stellen	nein	97	91	93	0,338	1	0,92	91	91	1,00	1	1
	ja	7	9	7				9	9			

Tab. 1: Deskriptive Auswertung der gesamten Stichprobe (vor dem Matching) und der Stichprobe für die Fallkontrollstudie (nach dem Matching)

DA = Doppelaufgabe
*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Doppelte Pflegeaufgabe und arbeits- und gesundheitsbezogene Beanspruchungen

Tabelle 2 zeigt den Vergleich zwischen den Pflegenden mit und ohne doppelte Pflegeaufgabe. Es fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit, des Arbeit-Familie- und des Familie-Arbeit-Konflikts. Für die gesundheitsbezogenen As-

pekte Burnout und Allgemeine Gesundheit fanden sich deutlichere Unterschiede zwischen den Gruppen, die jedoch nicht das festgelegte Signifikanz-Niveau erreichen ($p < 0{,}19$ bzw. $p < 0{,}09$). Demgegenüber zeigte sich ein signifikanter Unterschied für den Arbeitsfähigkeitindex und Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden.

	n = 213 mit doppelter Pflegeaufgabe		n = 213 ohne doppelte Pflegeaufgabe		Differenz		
	Mean	SD	Mean	SD	ATE	SE	p
Arbeitszufriedenheit (1 - 4)	2,54	0,52	2,50	0,53	0,00	0,05	0,990
Burnout (1 - 5)	2,59	0,99	2,49	0,94	0,15	0,09	0,089
Disability (0 - 6)	2,09	1,93	1,52	1,81	0,56	0,17	0,001***
Arbeit-Familie-Konflikt (1 - 5)	2,80	1,04	2,74	0,97	0,04	0,09	0,698
Familie-Arbeit-Konflikt (1 - 5)	1,40	0,56	1,38	0,51	0,03	0,05	0,576
Arbeitsfähigkeit (7 - 49)	37,10	7,05	38,09	6,39	-1,42	0,62	0,023**
Allgemeine Gesundheit (1 - 100)	65,17	19,11	65,65	19,69	-2,39	1,82	0,189

Tab. 2: Verteilung der Beanspruchungen und Unterschiede zwischen den Pflegenden mit und ohne doppelte Pflegeaufgabe

Disability = Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden, Mean = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler, ATE = Average Treatment Effect (durchschnittliche Differenz zwischen den beiden Gruppen)
*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Diskussion

Die Diskussion der vorliegenden Ergebnisse erfolgt anhand der eingangs benannten Forschungsfragen nach möglichen soziodemografischen Merkmalen der Pflegenden mit doppelter Pflegeaufgabe sowie der analysierten gesundheitsbezogenen Beanspruchungen und arbeitsbezogenen Merkmalen.

Soziodemografische Merkmale

In der vorliegenden Analyse konnte anhand einer Sekundärdatenanalyse erstmals die Situation von in Deutschland lebenden beruflich Pflegenden mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe untersucht werden. Ausgehend von 2.749 deutschen Pflegenden, die sich an der Basisbefragung der NEXT-Studie beteiligt haben, standen hierfür die Daten von 213 Pflegenden mit zusätzlichen privaten Pflegeaufgaben zur Verfügung. Der durchschnittliche Umfang der Pflegeaufgabe lag bei 7,42 Stunden pro Woche und die betroffenen Pflegenden waren im Durchschnitt älter, arbeiteten häufiger in Teilzeit, weniger im Nachtdienst und häufiger in Alten- und Pflegeheimen oder ambulanten Diensten als die Pflegenden ohne private Pflegeaufgabe. Ausgehend von der eingangs beschriebenen hohen Anzahl an weiblichen und im Erwerbsalter befindlichen pflegenden Angehörigen erscheint die hier identifizierte Anzahl von beruflich Pflegenden mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe mit 7,7% eher gering. Im Vergleich zur Prävalenz pflegerischer Unterstützungsleistungen bei Arbeitnehmern

mit privater Pflegeaufgabe sind diese Ergebnisse aber leicht erhöht. So liegt die Prävalenz bei Arbeitnehmern im Alter von 15 bis 64 Jahren insgesamt bei 3% für männliche und zwischen 4% bis 7% (je nach Voll- oder Teilzeittätigkeit) für weibliche Erwerbstätige (Mikrozensus 2005 zitiert nach Keck et al. 2009). In Abhängigkeit vom Alter der Arbeitnehmer steigen diese Prävalenzen an, so liegt der Anteil von Erwerbstätigen mit einer staatlichen Unterstützungsleistungen für eine private Pflegeaufgabe bei 11,5% für Teilzeit- und 6% für Vollzeitbeschäftigte (ebd.).

Für die vorliegenden Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die zugrunde liegenden Daten im Jahr 2003 erhoben wurden und seitdem sowohl die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen als auch pflegenden Angehörigen zugenommen hat (Statistisches Bundesamt 2011). So stieg allein die Anzahl von pflegebedürftigen Personen, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden (Pflegegeldempfänger), zwischen 2003 und 2009 um 83.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2005, 2011). Zudem ist zu berücksichtigen, dass die untersuchte Stichprobe nicht repräsentativ für die Gruppe der beruflich Pflegenden in Deutschland ist. Zusammenfassend und im Rückgriff auf die dargestellten Statistiken lässt sich festhalten, dass die Zahl derer, die eine private Pflegeaufgabe übernehmen, möglicherweise in der Gruppe der professionell Pflegenden leicht erhöht sein könnte. Ausgehend von den identifizierten soziodemografischen und arbeitsbezogenen Merkmalen einer doppelten Pflegeaufgabe kann ferner davon ausgegangen werden, dass je nach Vorhandensein dieser Merkmale in einem Pflegeteam die Anzahl variiert.

Gesundheitsbezogene Beanspruchungen und arbeitsbezogene Merkmale

Physische Beanspruchungen

Hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen Pflegenden mit und ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe in Bezug auf arbeits- und gesundheitsbezogene Beanspruchungen zeigte sich in unserer Untersuchung ein deutlicher Unterschied in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden in die erwartete Richtung.

Ein vergleichbares Muster fand sich bei einem Survey in Großbritannien, in dem eine zwei- bis dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen bei berufstätigen und zusätzlich privat pflegenden Angehörigen mit einem hohen Pflegeaufwand festgestellt wurde (Buckner et al. 2006). Auch in zwei US-amerikanischen Studien wurden negative gesundheitliche Folgen zusätzlicher privater Pflege gefunden. Die Arbeitnehmer eines Finanzinstituts neigten bei Vorliegen einer privaten Pflegeaufgabe eher zu Gewichtsverlust oder -zunahme, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit und fielen häufiger krankheitsbedingt aus. Auch bei den Beschäftigten einer Gesundheitseinrichtung (der Anteil an beruflich Pflegenden wird nicht berichtet) war bei privater Pflegeaufgabe die Inzidenz von Gewichtsverlust und -zunahme, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, häufigen Kopfschmerzen und Nervosität erhöht (Lee 1997). Die Aus-

wirkungen einer privaten Pflegeaufgabe bei gleichzeitiger beruflicher Pflegetätigkeit wurden in diesen Studien nicht untersucht.

Es wird deutlich, dass die durch die vorliegende Studie beschriebenen Ergebnisse für den Bereich der physischen Beanspruchungen somit nur einen Ausschnitt aus einer komplexeren Belastungssituation abbilden können. Bezieht man die beschriebenen Studien aus dem Ausland mit in die Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Pflegenden mit einer doppelten Pflegeaufgabe ein, so wird deutlich, dass von weiteren durch die Sekundädatenanalyse nicht erfassten Beanspruchungsmustern ausgegangen werden muss. Hieraus leitet sich ein weiterer Forschungsbedarf mit dem Fokus auf eine differenzierter durchgeführte Erhebung möglicher physischer Beanspruchungen dieser Personengruppe ab.

Psychische Beanspruchungen

Die Analyse konnte keine Unterschiede der beiden Gruppen in Bezug auf psychische Beanspruchungen wie z. B. Burnout nachweisen. In internationalen Studien konnte jedoch die emotionale Belastung von berufstätigen pflegenden Angehörigen als Prädiktor für die selbsteingeschätzte Stressintensität, depressive Verstimmungen, Lebenszufriedenheit und die selbsteingeschätzte Gesundheit identifiziert werden (Duxbury et al. 2011). Demgegenüber finden sich in der Literatur auch zahlreiche Hinweise für eine entlastende Funktion der Berufstätigkeit. So bietet die Erwerbstätigkeit Raum für Anerkennung, Selbstbestätigung, soziale Kontakte und lenkt somit von möglichen Problemen im privaten Pflegearrangement ab. Ebenso kann der Arbeitsplatz eine Möglichkeit darstellen, um eine Pause von den familiären Verpflichtungen zu nehmen (Franke et al. 2011), was einen Hinweis darauf geben kann, warum sich die beiden vorliegenden Untersuchungsgruppen z. B. bezüglich „Burnout“ nicht signifikant unterscheiden. Bringt man diese Erkenntnisse in einen Zusammenhang, so kann davon ausgegangen werden, dass sich die psychische Belastungssituation pflegerischer Doppelbelastung aufgrund der vorliegenden Daten nicht vollumfänglich abbilden lässt. Die Komplexität psychischer Beanspruchungsmuster, wie sie in der genannten Studie (ebd.) beschrieben wird, zeigt vielmehr die Vielschichtigkeit möglicher Beanspruchungen für die untersuchte Gruppe auf.

Arbeitsbezogene Merkmale

Bezüglich der arbeitsbezogenen Merkmale Arbeitszufriedenheit sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf fanden sich bei unseren Analysen keine Gruppenunterschiede, was möglicherweise auch auf die im Vorabschnitt beschriebenen entlastenden Aspekte der Berufstätigkeit angesichts gleichzeitiger privater Pflegeaufgaben zurückzuführen sein könnte. Unser Befund zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht allerdings in Widerspruch zu Befunden einer US-amerikanischen Studie, in der 935 pflegende Angehörige befragt wurden. Mehr als die Hälfte gab an, dass die private Pflegeaufgabe zu Störungen im Arbeitsablauf durch zu spätes Ankommen am Arbeitsplatz, früheres

nach Hause gehen oder frei nehmen geführt hat. Weitere Folgen waren Auszeiten, eine Reduktion des Arbeitsumfangs, Kündigungen, der Verlust von Bonuszahlungen und Beförderungsmöglichkeiten und ein vorzeitiger Ruhestand (National Alliance for Caregiving & AARP 2004).

Grundsätzlich sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie nur teilweise mit denen der vorherig zitierten Untersuchungen zu vergleichen, da bei diesen in der Regel nicht nach Berufstätigkeit differenziert worden ist. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die in der Literatur verwendeten Definitionen von Pflege beziehungsweise Pflegebedürftigkeit und berufstätigen Pflegepersonen sowie mögliche Beanspruchungen einer zweifachen Pflegeaufgabe uneinheitlich sind (Franke et al. 2011). Dennoch geben die dargestellten Ergebnisse auch bei Berücksichtigung der internationalen Literatur Hinweise dahingehend, dass spezifische Beanspruchungsmuster in der Gruppe der professionell Pflegenden mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe vorliegen.

Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass eine doppelte Pflegeaufgabe zu höheren arbeits- und gesundheitsbezogene Beanspruchungen führt, als bei Pflegenden, die keine zusätzliche private Pflegeaufgabe haben. Die hier ermittelten Ergebnisse liefern erste Hinweise zur Situation von beruflich Pflegenden mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe in Deutschland.

Die Ergebnisse zeigen, trotz der kontinuierlichen doppelten Pflegetätigkeit keine Unterschiede zwischen Pflegenden mit und ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe in Bezug auf die Beanspruchung Arbeitszufriedenheit, Arbeit-Familien und Familien-Arbeit-Konflikt, Burnout und die allgemeine Gesundheit.

Gründe hierfür können in der entlastenden Funktion der Erwerbstätigkeit vermutet werden (Franke et al. 2011). Demgegenüber konnten in Bezug auf den Arbeitsfähigkeitindex und Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden Unterschiede ermittelt werden, die auf mögliche Folgen einer doppelten Pflegeaufgabe hinweisen. Diese ermittelten möglichen Folgen einer zweifachen Pflegeaufgabe ergeben sich aufgrund ähnlich rückenbelastender Tätigkeiten in der beruflichen Pflege und der Tätigkeit als pflegender Angehöriger. Davon ausgehend, dass Rückenbeschwerden bei Pflegenden (auch ohne zusätzliche private Pflegeaufgabe) heute schon anteilsmäßig mit zu den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen führen (Heyde et al. 2009), stellt sich die Frage, wie Rückenbeschwerden vorgebeugt werden kann und die Arbeitsfähigkeit der Pflegenden mit doppelten Aufgaben, auch unter dem Aspekt des zunehmenden Pflegemangels, gesteigert oder wenigstens gehalten werden kann, damit Pflegende auch weiterhin ihren Beruf ausüben können.

Eine Möglichkeit, die von Seiten der Bundesregierung im Jahre 2008 geschaffen wurde, ist das sogenannte Pflegezeitgesetz. Das Gesetz ermöglicht eine zeitlich begrenzte (6 Monate) Auszeit oder Teilzeitregelung zur Übernahme der pflegerischen

Versorgung von Angehörigen und sichert den pflegenden Angehörigen eine Rückkehr an die Arbeitsstelle nach dieser Zeit zu. Greift das Pflegezeitgesetz zwar die grundsätzliche Notwendigkeit der Unterstützung von berufstätigen Pflegepersonen auf und leistet einen temporären Beitrag zur Stabilisierung der Pflegesituation, so kann es die Doppelbelastung durch häusliche Pflegesituationen, die im Schnitt 1,5 - 2 Jahre andauern (Rothgang et al. 2009), nur unzureichend abfedern.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des zunehmenden Mangels an beruflich Pflegenden sind weitere flankierende Maßnahmen besonders durch den Arbeitgeber gefragt, die ein Altern in der beruflichen Pflege bei guter Gesundheit ermöglichen. Neben Maßnahmen der Arbeitsorganisation bietet das geplante Projekt TAPA-K einen praktischen Ansatz zur Unterstützung beruflich Pflegender mit einer zusätzlichen privaten Pflegeaufgabe. Das genannte Projekt nimmt die Konzeption und wissenschaftliche Evaluation einer Tagesbetreuung für pflegebedürftige Angehörige von Mitarbeiterinnen eines Krankenhauses in den Blick[1].

Daneben besteht ein Forschungsbedarf auf dem Gebiet der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der beruflichen Pflege unter dem besonderen Aspekt der doppelten Pflegetätigkeiten. Hierbei sollte zunächst eine Beschreibung der Bedürfnisse und Bedarfe von Pflegenden in der genannten Situation erfolgen, um hiervon ausgehend Lösungsansätze und damit mögliche Interventionen zu entwickeln. Zusätzlich zeigt sich ein Forschungsbedarf bei der Analyse der Situation von pflegenden Angehörigen. Hier werden bisher vor allem pflegende Angehörige in Abhängigkeit der Situation oder der Diagnose des zu Pflegenden und weniger in Relation zur Situation des pflegenden Angehörigen in den Blick genommen. Neben der weiteren Untersuchung der Situation von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ist hier auch eine Analyse differenziert nach unterschiedlichen Berufsgruppen notwendig (z. B. Pflege), da die Erwerbstätigkeit mit unterschiedlichen Anforderungen einhergeht.

Limitation

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse sind in ihrer Aussagekraft durch einige Aspekte begrenzt: Die Analyse beruht auf einer Sekundärdatenanalyse der europäischen NEXT-Studie, welches den Rückgriff auf eine relativ große Stichprobe ermöglichte, gleichzeitig wurden aber die Daten nicht speziell für die hier interessierende Fragestellung erhoben wodurch wichtige Variablen fehlen. So liegen beispielsweise keine Informationen zur Art und Intensität der Pflegebedürftigkeit der zu Pflegenden, zur Qualität der Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Person und dem jeweiligen pflegenden Angehörigen vor. Daneben beruhen die Ergebnisse auf einer nicht repräsentativen Datengrundlage aus dem Jahr 2003, was bei der Interpretation beachtet werden muss. Weiterhin wurden nur Fälle mit vollständigen Werten berücksichtigt, so dass die Stich-

1 Siegerprojekt der Projektausschreibung: IuK & Gender Med.NRW des Landes NRW 2010. Durchführung durch: Lehrstuhl familienorientierte und gemeindenahe Pflege (Department Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke), Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Standort Witten) und Evangelisches Krankenhaus Witten.

probe entsprechend kleiner ausfällt und eine Verzerrung nicht ausgeschlossen werden kann. Auch wenn die Ergebnisse plausibel erscheinen, handelt es sich um eine Fallkontrollstudie im Querschnittsdesign, die entsprechenden Unsicherheiten unterliegt. Die verwendete Definition einer doppelten Pflegeaufgabe berücksichtigt Fälle mit verhältnismäßig geringem Pflegeaufwand (Spanne von 0,5 bis 30 Stunden pro Woche). Auch wenn ein Zusammenhang zwischen dem Umfang der privaten Pflegeverpflichtungen und den untersuchten Beanspruchungen wahrscheinlich ist, ließ die Stichprobengröße keine weitere Differenzierung zu. Eine Eingrenzung auf fünf oder mehr Stunden pro Woche hätte die Anzahl der Fälle beispielsweise auf 126 reduziert.

Literatur

Abadie, A./Imbens, G. W. (2006): Large Sample Properties of Matching Estimators for Average Treatment Effects. Econometrica, 74(1), 235-267

Austin, P. C. (2011): An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. Multivariate Behav Res, 46(3), 399-424

Backes, G. M./Wolfinger, M./Amrhein, L. (2008): Geschlechterungleichheiten in der Pflege. In Bauer, U. & Büscher, A. (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg

Borritz, M./Rugulies, R./Christensen, K. B./Villadsen, E./Kristensen, T. S. (2006): Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. Occup Environ Med, 63(2), 98-106

Buckner, L./Yeandle, S. (2006): More than a Job. Working Carers: Evidence from the 2001 Census. London: University of Leeds

Carers UK the voice of carers

Bundesagentur für Arbeit. (2011): Der Arbeitsmarkt in Deutschland 2011 - Gesundheits- und Pflegeberufe. Nürnberg

Büscher, A. (2007): Negotiating Helpful Action. A substantive theory on the relationship between formal and informal care. University of Tampere, Tampere

Coffman, D. L./Kugler, K. C. (2012): Causal mediation of a human immunodeficiency virus preventive intervention. Nurs Res, 61(3), 224-230

DAK-BGW. (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 - stationäre Krankenpflege. Hamburg

DAK-BGW. (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 - Ambulante Pflege. Hamburg

Duxbury, L./Higgins, C./Smart, R. (2011): Elder care and the impact of caregiver strain on the health of employed caregivers. Work, 40(1), 29-40

Foreman, D. M./Morton, S. (2011): Nurse-delivered and doctor-delivered care in an attention deficit hyperactivity disorder follow-up clinic: a comparative study using propensity score matching. J Adv Nurs, 67(6), 1341-1348

Franke, A./Reichert, M. (2011): Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? - ein europäischer Vergleich. Analyse der internationalen Forschungsliteratur. Dortmund: Technische Universität Dortmund

Hasselhorn, H.-M./Müller, B. H./Tackenberg, P./Kümmerling, A./Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverlag NW

Heyde, K./Macco, K./Vetter, C. (2009): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2007. In Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen (S. 205-435). Heidelberg: Springer

Isfort, M./Weidner, F. (2010): Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln

Keck, W./Saraceno, C. (2009): Balancing elderly care and employment in Germany. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Kristensen, T. S./Hannerz, H./Hogh, A./Borg, V. (2005): The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. Scand J Work Environ Health, 31(6), 438—449

Kümmerling, A./Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./NEXT-Studiengruppe. (2005): Psychometrische Eigenschaften der in der NEXT-Studie verwendeten Skalen. In Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (Hrsg.), Berufsausstieg bei Pflegepersonal (S. 147-166). Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverlag NW

Lee, J. A. (1997): Balancing elder care responsibilities and work: two empirical studies. J Occup Health Psychol, 2(3), 220-228

Lichte, T./Beyer, M./Mand, K. P./Rohde-Kampmann, R./Berndt, M./Rentz, P./Fischer, G. C. (2005): Pflegende Angehörige DEGAM-Leitlinie Nr.6. Düsseldorf: omikron publishing

National Alliance for Caregiving & AARP. (2004): Caregiving in the U.S. Retrieved 28.06.2012: http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf

Netemeyer, R. G./Boles, J. S./McMurrian, R. (1996): Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. Journal Of Applied Psychology, 81(4), 400-410

Qin, R./Titler, M. G./Shever, L. L./Kim, T. (2008): Estimating effects of nursing intervention via propensity score analysis. Nurs Res, 57(6), 444-452

Robert Koch - Institut. (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege. Berlin

Rohmert, W./Rutenfranz, J. (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Rosenbaum, P. R./Rubin, D. B. (1983): The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika, 70(1), 41-55

Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R. (2011): Barmer GEK Pflegereport 2011. Schwäbisch Gmünd

Rothgang, H./Kulik, D./Müller, R./Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd

Scharlach, A. E. (1994): Caregiving and employment: competing or complementary roles? Gerontologist, 34(3), 378-385

Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (2008): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Sekhon, J. S. (2008): Multivariate and Propensity Score Matching Software with Automated Balance Optimization: The Matching Package for R. Journal of Statistical Software, 42(7), 1-52

Simon, M./Kummerling, A./Hasselhorn, H. M. (2004): Work-home conflict in the European nursing profession. Int J Occup Environ Health, 10(4), 384-391

Statistisches Bundesamt. (2005): Pflegestatistik 2003: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn

Statistisches Bundesamt. (2011): Pflegestatistik 2009: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Tuomi, K./Ilmarinen, J./Jahkola, A./Katajarinne, L./Tulkki, A. (1998): Work Ability Index: Finnish Institute of Occupational Health

Von Korff, M./Ormel, J./Keefe, F. J./Dworkin, S. F. (1992): Grading the severity of chronic pain. Pain, 50(2), 133-149

Ward-Griffin, C./Belle Brown, J./Vandervoort, A./McNair, S./Dashnay, I. (2005): Double-Duty Caregiving: Women in the Health Professions. Can J Aging, 24(04), 379-394

Ware, J. E., Jr./Sherbourne, C. D. (1992): The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 30(6), 473-483

Zanutto, E. L. (2006): A Comparison of Propensity Score and Linear Regression Analysis of Complex Survey Data. Journal of Data Science, 4(1), 67-91

Martin Nikolaus Dichter1, 2 (MScN, RN)
Dr. Bernhard Holle1 (MScN, RN)
Sascha Gerd Schmidt2 (MScN, RN)
Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn3
Prof. Dr. Wilfried Schnepp2 (MSc, RN)
Dr. Michael Simon4 (MScN, RN)

1 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten
2 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft
3 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
4 University of Southampton, Faculty of Health Sciences, Southampton

Beitrag der Autoren

Entwicklung der Fragestellung: MND, MS, HMH, BH
Datenerhebung: HMH, MS
Datenanalyse: MS
Manuskripterstellung: MND, BH, SGS, HMH, MS, WS
Projektleitung: HMH

Korrespondenzadresse
Martin Nikolaus Dichter, MScN, RN
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Martin.Dichter@dzne.de

Interessenkonflikt
Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Beiträge

Susanne Kreutzer und Lukas Slotala

Liebesdienst oder Geschäft?

Zum Stellenwert des Ökonomischen im Arbeitsalltag ambulanter Pflege

Charity or Business? How economic principles change everyday outpatient healthcare

The article investigates the effect of economic processes on everyday outpatient healthcare by contrasting and analyzing the historical model of Christian acts of „charity", as it existed before the healthcare system was restructured to comply with economic principles, and today's economics-based home healthcare model. It demonstrates which areas of home healthcare have changed in comparison to past practice and how the economization of nursing activities can impact on the self-image of nurses and the care delivered to people who are sick, elderly or generally in need of care. Considering the dynamics involved with the fundamental restructuring of nursing today it is urgently necessary for the nursing sciences to include the significance and consequences of economizing processes in their research agenda.

Keywords
Economization, outpatient healthcare, parish nursing, long-term care insurance, nursing history

Der Beitrag untersucht die Auswirkungen von Ökonomisierungsprozessen auf den Arbeitsalltag ambulanter Pflege. In kontrastierender Perspektive werden einerseits das historische Modell christlich-ambulanten „Liebesdienstes" vor der Reorganisation des Gesundheitswesens nach marktwirtschaftlichen Prinzipien und andererseits das aktuelle Modell häuslicher Pflege unter den Bedingungen der Ökonomisierung analysiert. Gezeigt wird, an welchen Punkten sich die häusliche Pflegepraxis im Vergleich zu früher verändert hat und welche Konsequenzen die Ökonomisierung pflegerischen Handelns für das Selbstverständnis Pflegender sowie die Versorgung kranker, alter, hilfsbedürftiger Menschen haben kann. Angesichts der Dynamik, mit der gegenwärtig die Grundlagen pflegerischen Handelns umstrukturiert werden, muss die Pflegewissenschaft die Bedeutung und Folgen der Ökonomisierungsprozesse dringend auf ihre Forschungsagenda setzen.

Schlüsselwörter
Ökonomisierung, ambulante Pflege, Gemeindepflege, Pflegeversicherung, historische Pflegeforschung

eingereicht 02.08.2011
akzeptiert 12.06.2012 (nach Überarbeitung)

Einleitung

Die Beschäftigung mit einer ökonomischen Dimension der Pflege hat ambivalenten Charakter. Einerseits wird immer wieder betont, dass kranke und alte Menschen nicht zeiteffizient und „produktiv" versorgt werden können (Olympe 2009). Ihrer Spezifik nach steht die Betreuung hilfsbedürftiger Menschen demzufolge im Gegensatz zur Logik ökonomischer Kosten-Nutzen-Kalkulationen. Andererseits ist die pflegerische Versorgung stets an wirtschaftliche Voraussetzungen gebunden. Zudem fordern aktuelle gesundheitspolitische Reformen, die häufig unter dem Begriff Ökonomisierung diskutiert werden, den Pflegenden immer mehr Kostenbewusstsein und Effizienz ab. Viele Krankenhäuser wurden in den zurückliegenden Jahren privatisiert, und durch die Einführung der DRGs wurde insbesondere die Pflege zum Sparen gezwungen. Die Versorgungspraxis in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ist nach dem Willen des Gesetzgebers längst teilweise ökonomischen Mechanismen von Angebot und Nachfrage unterstellt und direkt an Geldanreize gekoppelt. Die Zuzahlungsquote bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen – ein zentraler Indikator der Ökonomisierung – liegt bei der Langzeitpflege heute bei rund 30% und damit weit über dem Umfang an Zuzahlungen innerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung. Allein in der ambulanten Pflege übertrifft der Anstieg bei den privaten Ausgaben den üblichen Erwartungshorizont um ein Vielfaches: Die Wachstumsrate der privaten Ausgaben für ambulante Pflege lag zwischen 2000 und 2008 bei 133% und damit um mehr als das Achtfache höher als der Ausgabenzuwachs in der Pflegeversicherung im gleichen Zeitraum.[1]

Obschon der hier umrissene Wandel der ökonomischen Bedingungen in der Pflege evident ist und die Vermutung insofern plausibel erscheinen muss, dass wirtschaftliche Interessen einen wachsenden Einfluss auf die Pflegepraxis haben, sucht man nach pflegewissenschaftlich orientierten Analysen der Ökonomisierung – von ersten zumeist explorativ angelegten Studien abgesehen (vgl. Ewers/Schaeffer 1999; Geller/Gabriel 2004; Isfort et al. 2004) – immer noch vergebens. Wichtige Fragen in Bezug auf die Folgen der neuen Finanzierungsinstrumente für Versicherte, Pflegebedürftige und Angehörige können genauso wenig beantworten werden, wie die nach dem Charakter eines pflegerischen Arbeitsalltags unter den Bedingungen der Ökonomisierung. Mindestens ebenso problematisch ist die Gefahr einer analytischen Unschärfe. Denn der Begriff „Ökonomisierung" bzw. die Auseinandersetzung mit den aktuellen Wandlungsprozessen im Gesundheitswesen suggerieren, dass die Pflegepraxis früher gänzlich frei von jedweden ökonomischen Kalkülen gewesen wäre und dies jetzt auf den Kopf gestellt würde. Diese Diagnose, die in gleicher Weise auch auf ärztliches Handeln angewendet werden könnte, provoziert aber nicht mehr als jene altbekannte Stereotype: „Früher war alles anders".

Der Beitrag greift die hier skizzierten Forschungsdesiderate auf und analysiert zwei unterschiedliche Modelle häuslicher Pflegepraxis: Erstens das historische Modell christlich-ambulanten „Liebesdienstes" vor der Reorganisation des Gesundheitswe-

1 Eigene Berechnungen nach dem Statistischen Bundesamt (2002; 2010a).

sens nach marktwirtschaftlichen Prinzipien und zweitens das aktuelle Modell häuslicher Pflege unter den Bedingungen der Ökonomisierung.[2] Untersucht wird jeweils die Relevanz ökonomischer Prinzipien im Arbeitsalltag der Pflegenden. Es wird innerhalb dieser Fragestellung zu zeigen sein, an welchen Punkten genau sich die häusliche Pflegepraxis im Zuge der Ökonomisierung im Vergleich zu früher verändert hat und welche Konsequenzen dies für die Versorgung haben kann. Dieser kontrastierende Vergleich erlaubt, die gegenwärtigen Veränderungen in ihrer Dramatik sehr viel klarer fassen zu können. Doch zunächst soll unser Verständnis von „Ökonomisierung" erläutert werden.

1. Ökonomisierung – eine Frage der Haltung und der strukturellen Anreize

Der Begriff Ökonomisierung unterstellt zunächst einmal einen ökonomisch determinierten Wandel in einem gesellschaftlichen Bereich (Bauer 2006; Slotala 2010). Angewandt auf die Pflege impliziert er zugleich ein „Vorher", eine von der ökonomischen Logik unabhängige, interessenfreie Praxis der Pflege. Aber ist interessenfreies Pflegehandeln überhaupt vorstellbar? Wohnt nicht jedweder Handelsabsicht irgendein ökonomischer Zweck inne? Ist mit anderen Worten gesprochen die Behauptung der Pflegenden, fürsorglich im Sinne des Patientenwohls zu sein, nichts weiter als eine Verklärung einer für sie selbst nützlichen Praxis? Für viele Ökonomen sind diese Fragen längst entschieden. Sie erklären menschliches Verhalten mit dem Modell eines homo oeconomicus, der zu jeder Zeit alle vorliegenden Handlungsoptionen gemäß seinen Präferenzen durchkalkuliert, sich insofern immer schon egoistisch, nutzenmaximierend und „ökonomisiert" verhalten hat (vgl. exemplarisch Breyer/Zweifel/Kifmann 2003; Oberender/Ecker 2001).

Wir teilen zwar die Auffassung, dass jedweder Praxis eine Ökonomie unterlegt ist. Entscheidend aus unserer Sicht ist zunächst jedoch die Frage, um welche Art von Interesse, bezogen auf welchen gesellschaftlichen Bereich es sich handelt. Nicht immer muss es, wie im wirtschaftlichen Bereich freilich üblich, um Geld gehen. Bourdieu hat in seinen Studien immer wieder darauf verwiesen, dass sich der Entstehungsprozess zahlreicher sozialer Felder vielmehr ganz entscheidend durch eine Ablehnung des Strebens nach ökonomischem Profit auszeichnet (z. B. Bourdieu 1999; 2001). Ist das Profitinteresse für die Akteure im ökonomischen Feld charakteristisch und das Trachten nach et-

2 Die Ausführungen zur Geschichte ambulanter Pflege basieren auf einem Forschungsprojekt zum Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945-1980. Die Darstellung stützt sich auf die Auswertung des umfangreichen Archivs des Diakonissenmutterhauses der Henriettenstiftung in Hannover, vor allem Briefe der Schwestern und Schriftverkehr zur Organisation der Gemeindestationen. Ergänzend wurden vier halboffene, narrative lebensgeschichtliche Interviews mit Gemeindeschwestern durchgeführt. Die methodische Kombination von mündlichen und schriftlichen Quellen erlaubt eine Kontrolle der Interviewaussagen. Den Befunden zur aktuellen Arbeitssituation in der ambulanten Pflege liegen 20 qualitative Interviews zu Grunde, die im Rahmen einer Dissertationsarbeit erhoben wurden. Das Sample umfasst Pflegende aus ambulanten Pflegediensten, die in der direkten Patientenversorgung beschäftigt und/oder in leitenden Positionen tätig waren (vgl. genauer Slotala 2011). Für die Förderung der genannten Projekte danken wir der VolkswagenStiftung, der Hans-Böckler-Stiftung und der Robert-Bosch-Stiftung.

waigen symbolisch-kulturellen Interessen hingegen völlig untergeordnet, wenn nicht sogar explizit ausgeschlossen, ist es gerade die Bedeutung der materiellen Ökonomie, die in anderen Bereichen der Gesellschaft explizit zurückgewiesen wird. Auf diese feldspezifische Differenz im Verhältnis zum ökonomischen Profit hat unlängst auch Bongaerts (2008) in seiner Studie zu „Bourdieus Theorie der Moderne" hingewiesen. In dem permanent ablaufenden Vorgang der „Verdrängung des Ökonomischen" innerhalb der nicht ökonomischen Felder sieht Bongaerts nichts weniger als eine wesentliche Bedingung der gesellschaftlichen Ausdifferenzierung. Zwar sind darunter verschiedene Dimensionen der Zurückweisung des Ökonomischen zu verstehen – neben der Verdrängung der materiellen Ökonomie sind ebenso auch eine Verdrängung der symbolischen Ökonomie und die Verleugnung einer strukturhomologen Reproduktion der Akteurspositionen im jeweiligen Feld angesprochen. Für die vorliegende Fragestellung entscheidend ist gerade die erste Form der Verdrängung des Ökonomischen, also die Zurückweisung der im ökonomischen Feld dominanten Orientierung an wirtschaftlichem Profit und Kommerz.

Im Gegensatz zur Annahme, jeder Akteur sei unabhängig von seiner gesellschaftlichen Position immer schon ein homo oeconomicus, erachten wir die Zurückweisung des Profitinteresses aus der gesundheitlichen Versorgungspraxis als eine wichtige Bedingung für die gesellschaftliche Differenzierung des Gesundheitssystems und damit auch der Pflege. Materielle Interessen werden hier durch symbolische Profite ersetzt; es geht hier nicht um Geld, sondern um das Ansammeln von symbolischem Kapital, wie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, die Anerkennung im Kollegen- bzw. Fachkreis und seitens der Patienten oder das Tragen einer bestimmten Kleidung (Trachten, Uniformen, Abzeichen etc.). Das Krankenhaus ist voll von solchen und anderen Formen der Kämpfe um symbolische Profite – zu denken ist bspw. an die erheblichen positionsbedingten Machtunterschiede innerhalb einer Berufsgruppe bzw. zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus oder schlicht daran, dass für den beruflichen Aufstieg nicht der kommerzielle Erfolg des Kandidaten, sondern Fachlichkeit, Leistungsfähigkeit und das Meistern von „heimlichen" Sozialisationsprüfungen, wie bspw. der wichtige aber stets implizit ablaufende Lernprozess im Umgang mit Scham, Ekel und Distanz während der Arztausbildung (Schwaiger/Bollinger 1981), unter Beweis gestellt werden müssen.

Es ist weiterhin wichtig, die Interessenfreiheit im Verhältnis zum ökonomischen Profit nicht als eine bewusst gewählte Strategie der Akteure zu begreifen. Zur Interessenlosigkeit wird man durch implizite und explizite Regeln und Normen erzogen, in der antagonistischen Haltung gegenüber dem Ökonomischen sozialisiert. Die Distanz gegenüber dem Profitstreben ist Bestandteil des Habitus und keine durchkalkulierte Entscheidung (Bourdieu 1998). Pflegende und ärztliches Personal „rechnen" nicht, ob sich interessenfreies Handeln letztlich auszahlt, sie sind zur Interessenlosigkeit disponiert und können diese Haltung nicht ohne Weiteres ändern.

Allerdings reicht nach Bourdieu für die Aufrechterhaltung einer im Sinne des ökonomischen Profitinteresses interessenfreie Handlungspraxis eine entsprechende Dis-

position der Akteure nicht aus. Eine Interessenfreiheit ist nur möglich *„durch das Zusammentreffen von Habitus, die zur Interessenfreiheit prädisponiert sind, und Universen, in denen die Interessenfreiheit belohnt wird. … Mikrokosmen, die sich auf der Basis einer Umkehrung des Grundgesetzes der ökonomischen Welt konstituieren und in denen das Gesetz des ökonomischen Interesses aufgehoben ist."* (Bourdieu 1998: 153f.)

Insofern setzt eine in diesem Sinne „nicht ökonomisierte" Pflegepraxis zweierlei voraus. Zum einen bedarf es Pflegender, die ein inkorporiertes Interesse an der Interessenlosigkeit haben, zum anderen Arbeitsbereiche, wie Krankenhäuser, Pflegeheime und die häusliche Pflege, in denen interessenfreies Handeln belohnt und das Streben nach ökonomischen Zielen negativ sanktioniert wird. Angesichts der aktuellen Strukturveränderungen im Gesundheitswesen, die ganz explizit auf eine Steuerung der Gesundheitsversorgung über Geldanreize abzielen, stellt sich die Frage nach der Bedeutung des Ökonomischen im Gesundheits- und Pflegewesen neu. Fordert die Pflegeversicherung den Pflegenden nicht ganz offen einen Tabubruch ab? Sind Zuzahlungen in der Pflege mit einer Norm vereinbar, die simpel gesprochen auf die Haltung hinausläuft, dass Geld in der Beziehung zwischen Pflegenden und dem Patienten keine Rolle spielen sollte?

Es ist zugleich Anlass, in die Geschichte zurückzublicken und die Frage zu stellen, unter welchen Bedingungen es überhaupt möglich war, ökonomisch interessenfrei zu handeln und wenn ja, mit welchen Konsequenzen dies für den Arbeitsalltag der Betroffen einherging. Können rückblickend betrachtet überhaupt Arbeitsbedingungen in der Pflege identifiziert werden, unter denen eine von ökonomischen Faktoren unabhängige Pflege praktiziert wurde? Welche Konsequenzen hat die Ökonomisierung für die normativen Prinzipien des Pflegehandelns, die Arbeitssituation und Patientenversorgung?

2. Christlicher „Liebesdienst" und Ökonomie

Die ambulante Pflege wurde vergleichsweise spät überhaupt erst als sozialpolitisches Gestaltungsfeld entdeckt. Bis Anfang der 1960er Jahre wurden allenfalls geringfügige öffentliche Mittel für die häusliche Pflege bereitgestellt, und es bestand kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Simon 2003a). Ambulante Krankenpflege galt selbstverständlich als familiäre Angelegenheit und Feld christlicher „Liebestätigkeit". In den Gemeinden waren es vor allem evangelische und katholische Schwestern, die sich der Pflege alter, kranker und bedürftiger Menschen annahmen (Kreutzer 2008 und 2009). Ihrem Selbstverständnis nach arbeiteten die Schwestern nicht für Geld-, sondern für Gotteslohn. Die Träger der Gemeindestationen – vor allem Kirchengemeinden – stellten der örtlichen Bevölkerung die ambulanten Versorgungsleistungen der Schwestern in der Regel unentgeltlich zur Verfügung.[3] Im Gegen-

3 Landesverband der Inneren Mission, Depuhl, an die Vorstände der Evangelischen Gemeindeschwesternstationen, Mai 1954, Archiv der Henriettenstiftung, Wirtschaft und Versorgung, Schwesternbezüge.

zug wurden die Frauen mit einer hohen gesellschaftlichen Anerkennung belohnt (Kreutzer 2005). Eine Schwester galt als etwas Besonderes, der man mit „Achtung, Ehre und Dank" (Bellardi 1951: 21) begegnen sollte.[4]

Auch wenn im Konzept christlichen „Liebesdienstes" ökonomische Interessen nicht vorgesehen waren, erfolgte die Organisation und Bereitstellung ambulanter Pflege keinesfalls unabhängig von wirtschaftlichen Fragen. Die Schwestern wurden von einem Mutterhaus – im Falle dieser Studie dem Diakonissenmutterhaus der Henriettenstiftung in Hannover – in die Gemeinden entsandt. Für die Versorgung der Schwestern und die Aufrechterhaltung der Organisation benötigte auch die Henriettenstiftung Geld. So hatten die Stationsträger für jede entsandte Schwester einen Pauschalbetrag an das Mutterhaus zu zahlen. Dieses so genannte Stationsgeld war als „Mutterhausbeitrag" konzipiert, mit dem die Henriettenstiftung die Arbeit ihrer Organisation finanzierte. Dazu gehörten unter anderem die Aus- und Fortbildung der Schwestern, der Erhalt von Erholungsheimen und die Versorgung der Diakonissen im Alter. Das Stationsgeld war dezidiert nicht als Vergütung der Arbeitsleistung einzelner Schwestern gedacht. Es wurde vielmehr unabhängig von Tätigkeit, Alter und Status der Schwestern erhoben.[5]

Eine vollständige Autonomie gegenüber ökonomischen Prinzipien bestand also selbst unter den Bedingungen christlichen „Liebesdienstes" nicht. In ökonomischen Angelegenheiten sah das Mutterhaus vielmehr eine klar geregelte Arbeitsteilung vor: In der unmittelbaren Begegnung zwischen Schwestern und Pflegebedürftigen sollten finanzielle Fragen keine Bedeutung haben. Die Sorge um das Geld oblag allein der Mutterhausleitung. 1959 formulierte der Theologische Vorsteher der Henriettenstiftung unmissverständlich: Die Aufgabe des Mutterhauses sei es, die Schwestern „freizuhalten von der Sorge um das Geld."[6] Diesen Grundsatz teilte auch der Landesverband der Inneren Mission, der bei Bedarf Zuschüsse zur Finanzierung der Gemeindestationen gewährte. Um diese Zuschüsse auf ein Minimum zu begrenzen, sollten wohlhabende Personen im Anschluss an eine erfolgte Pflege eine Spende an die Gemeindestation leisten, die „nicht durch die Schwester eingetrieben werden soll."[7] Auch hier galt der Grundsatz, dass allein die Stationsträger für ökonomische Belange zuständig waren. Im direkten Kontakt zwischen Schwestern und Pflegebedürftigen sollten finanzielle Fragen keine Rolle spielen.

Diese ökonomischen Grundprinzipien hatten weitreichende Konsequenzen für die Praxis ambulanter Pflege. Da das Mutterhaus für die Entsendung einzelner Schwestern, nicht aber die Ableistung bestimmter Tätigkeiten ‚vergütet' wurde, waren die

4 In den historischen Ausführungen wird der Begriff „Schwester" beibehalten, der sich nicht nur auf die Zugehörigkeit zu der spezifischen Arbeits- und Lebensform einer Schwesternschaft bezog, sondern auch die zeitgenössisch hohe Wertschätzung gegenüber dem weiblichen Pflegepersonal ausdrückte.

5 Die wirtschaftliche Versorgung der Verbandsschwestern, 1956, Archiv der Henriettenstiftung, Wirtschaft und Versorgung, Schwesternbezüge.

6 Vorsteher Pastor Weber an Schwester Berthilde Carl am 21.11.1959, Archiv der Henriettenstiftung, S-1-1081. Die Namen der Schwestern wurden anonymisiert.

7 Landesverband der Inneren Mission, Depuhl, an die Vorstände der Evangelischen Gemeindeschwesternstationen, Mai 1954, Archiv der Henriettenstiftung, Wirtschaft und Versorgung, Schwesternbezüge

Aufgabenbereiche der Gemeindeschwestern allenfalls in groben Zügen definiert. In der Regel übernahmen die Schwestern ein breites Tätigkeitsfeld aus kranken- und altenpflegerischen, sozialfürsorgerischen sowie seelsorgerischen Arbeiten. Dieser weit gefasste Aufgabenzuschnitt korrespondierte mit einem spezifisch christlichen Krankheitsverständnis, das als „Erlebnis des ganzen Menschen" (Rüther 1951: 226) gleichermaßen den Leib und die Seele der Patienten umfasste. Eine „gute" Schwester hatte sich deshalb neben den körperlichen Belangen stets auch der seelischen Nöte von Patienten anzunehmen. Eine Festschreibung von Zeitkontingenten für bestimmte Tätigkeiten wäre unter diesen Bedingungen als absurde, im Kern irrationale Idee erschienen.

Die umfassende Zuständigkeit und beachtliche Selbständigkeit in der Einteilung der Arbeit eröffnete den Schwestern einen großen Spielraum in der Bestimmung von Bedürfnislagen. Sie waren es, die vor Ort über die notwendigen Unterstützungsformen entschieden. Neben im engeren Sinne pflegerischen Aufgaben erledigten die Gemeindeschwestern auch Einkäufe oder Reinigungsarbeiten, sie kochten für Patienten, unterstützen Kinder bei Schulaufgaben, organisierten Haushaltshilfen und besuchten alte oder vereinsamte Menschen. In ländlichen Gebieten halfen die Schwestern mitunter auch auf den Bauernhöfen aus, wenn die Not besonders groß war. Schwester Marianne erinnerte sich in einem Interview an ihre Arbeit in der Gemeindepflege der 1950er Jahre:

„Ich war sehr gerne in der Gemeinde. In dem Moment, in dem man zu dem Patienten kam, war man für ihn da, keiner klingelte. Man lernt die Umgebung, die Familie kennen. Das ist irgendwie ein natürlicheres Leben. Wir haben nicht nur die Kranken betreut, sondern auch viele Besuche gemacht, Feuer angemacht, ein Süppchen gekocht oder Essen gebracht. Das konnte man damals. Da ging es noch nicht nach Zeit. Ich habe immer das Gefühl gehabt, was du tust, ist niemals vergeblich."[8]

Die historischen Rahmenbedingungen ambulanter Pflege ermöglichten ein situatives Handeln, das sich an den Bedürfnissen der einzelnen Menschen orientierte und auch deren persönliches Umfeld miteinbezog. Es wird diese Zugewandtheit zu den Personen und das Eingehen auf deren Bedürfnisse gewesen sein, was Schwester Marianne von dem tiefen Sinn ihrer Tätigkeit überzeugte und maßgeblich zu ihrer hohen Arbeitszufriedenheit beitrug.

Das breite Aufgabenfeld der Gemeindeschwestern bot außerdem vielfältige ausgleichende Tätigkeiten. Häufig waren die Schwestern für die gemeindliche Kinder- und Jugendarbeit zuständig, sie organisierten Mütter- und Altenkreise, hielten Kindergottesdienste ab. Insbesondere die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird von den Gemeindeschwestern immer wieder als besonders befriedigende Aufgabe beschrieben. Sie bildete einen wichtigen ausgleichenden Faktor zu den oft belastenden Pflegetätigkeiten, schließlich hatten die Schwestern es hier einmal nicht mit alten und kranken Menschen zu tun, sondern mit jungen gesunden Kindern, mit denen sie etwas unternehmen konnten. Die Vielfältigkeit des Tätigkeitsbereiches und die große Eigenständig-

8 Interview mit Schwester Marianne Albrecht am 19.3.2004.

keit in der Organisation der Arbeit dürften maßgeblich dazu beigetragen haben, dass bei den Diakonissen – trotz der zweifelsohne hohen Belastungen – in den 1950er und 1960er Jahren keine langfristigen beruflichen Beanspruchungsfolgen nachzuweisen sind, die nur annähernd an das erinnern, was heute als Burnout so weit verbreitet ist. (Kreutzer 2008 und 2009).

Damit soll kein ambulantes Pflegeidyll gezeichnet werden. Die häusliche Versorgung im Zeichen christlichen „Liebesdienstes" beruhte gerade in armen Gemeinden auf einer dünnen Finanzierungsbasis. Die Fähigkeit der Schwestern, wirtschaftlich mit den kargen Mitteln haushalten zu können, war für die Aufrechterhaltung der Gemeindestationen unabdingbar. Mit dem versiegenden Diakonissennachwuchs ab Mitte der 1950er Jahre war die Henriettenstiftung außerdem zunehmend auf die Beschäftigung „freier", so genannter „Berufsschwestern" angewiesen, und die Stationsträger mussten verstärkt zur Kasse gebeten werden. Damit wurde die ambulante Pflege allmählich als Kostenfaktor im Gesundheitswesen sichtbar – oder anders herum formuliert: Die bis dato strukturelle Unterfinanzierung ambulanter Pflege trat unmissverständlich zu Tage.

Ab Ende der 1960er Jahre begannen die Krankenkassen, Länder und Gemeinden im Rahmen des allgemeinen Ausbaus des Sozialstaates verstärkt Leistungen der ambulanten Pflege zu übernehmen. Mit diesen Reformen verbesserte und verstetigte sich die Finanzierungsgrundlage ambulanter Pflege. Gleichzeitig wurden Pflichten und Aufgaben des Personals jedoch genauer definiert und die vormals beachtliche Gestaltungsfreiheit der Schwestern zunehmend beschränkt (Dreßke/Göckenjan 2007, Grote 1995, Hackmann 2009).

3. Ambulante Pflege unter den Bedingungen der Ökonomisierung

Eine grundlegende Neuordnung der wirtschaftlichen Situation im ambulant-pflegerischen Sektor fand Mitte der 1990er Jahre im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung statt. Mit ihrer Inkraftsetzung zum 1. Januar 1995 wurde ein sozialrechtlich eigenständiger Leistungsbereich für Pflegeleistungen geschaffen, neue Prinzipien der Finanzierung aufgestellt und der Zugang zu professionellen Pflegeleistungen erleichtert. Im Rahmen dieser Reform erfuhr neben der ambulanten Pflege auch die heimstationäre sowie die Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege eine sozialrechtliche und wirtschaftliche Aufwertung (Gerlinger/Röber 2009). Heute gilt die ambulante Pflege als eine Wachstumsbranche. In ihr werden jährlich 8,6 Mrd. €umgesetzt, 550.000 Patienten in der Langzeitpflege und über 2,3 Mio. Leistungsfälle nach SGB V versorgt sowie 270.000 Personen beschäftigt. Allein aus dem Topf der sozialen Pflegeversicherung werden rund 3 Mrd. €für ambulante Pflegeleistungen ausgegeben. Weitere 2,6 Mrd. € kommen aus der gesetzlichen Krankenversicherung zur Finanzierung der „häuslichen Krankenpflege" und immerhin 2,1 Mrd. € aus privater Hand (vgl. Statistisches Bundesamt 2010a, b; 2011).

Die wirtschaftlichen Bedingungen unterscheiden sich damit sehr deutlich von der Situation in den kirchlichen Gemeindestationen in den 1950er sowie 1960er Jahren und sind mit völlig neuen Implikationen für die ambulanten Pflegedienste bzw. die dort beschäftigten Pflegenden verbunden. Zwar stehen die inzwischen rund 12.000 Pflegedienste auf einer eigenständigen Finanzierungsbasis und verfügen daher über verbesserte Voraussetzungen, um auf den gleichfalls immer komplexer werdenden Bedarf der Pflegebedürftigen adäquat einzugehen. Allerdings haben die ökonomischen Rahmenbedingungen durch die Einführung der Pflegeversicherung auch eine völlig andere Qualität bekommen. Die Konzeption der Pflegeversicherung war seitens der Gesundheitspolitik nämlich ausdrücklich an das Ziel geknüpft, den Rahmen für einen Pflegemarkt zu schaffen, in dem Preis und Qualität über die ökonomischen Mechanismen von Angebot und Nachfrage geregelt werden sollen (BMG 2001: 59). Im Kontrast zu den etablierten Leistungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Pflegeversicherung lediglich als eine finanzielle Teilabsicherung konzipiert und die Aufgabe der Sicherstellung einer bedarfsdeckenden Versorgung damit dem Spiel der „freien" Marktkräfte überlassen. Die Pflegeversicherung zeichnet sich im Kern dadurch aus, *„dass in ihr der Grundsatz der Beitragssatzstabilität absoluten Vorrang vor allen anderen Grundsätzen, insbesondere vor dem der Bedarfsdeckung, hat"* (Simon 2003b: 73). Sie ist insofern – trotz ihrer Einführung – Ausdruck einer „Abkehr [vom Prinzip] einer solidarischen Absicherung von Lebensrisiken" (Gerlinger/Röber 2009: 21).

Im Folgenden werden empirische Ergebnisse einer Untersuchung vorgestellt, die nach den Konsequenzen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die Praxis der ambulanten Pflegedienste gefragt hat. Die qualitative Studie wurde 2011 durchgeführt und beinhaltete 20 Experteninterviews mit Pflegekräften aus der ambulanten Pflege. Die Samples wurden durch vorab festgelegte Merkmale strukturiert: Trägerschaft der Einrichtung sowie Position des Befragten. Zentral für die Untersuchung ist ihre explorative und pluriperspektivische Herangehensweise. Es wurden Interviews mit Akteuren geführt, die innerhalb der Institutionen in hierarchisch verschiedenen Positionen tätig waren. Dieser Ansatz ermöglicht die Berücksichtigung hierarchischer Strukturen und erlaubt, unterschiedliche Machtverhältnisse, positionsspezifische Arbeitslogiken und Handlungsspielräume herauszuarbeiten.

Auf diese Weise konnte ein verhältnismäßig heterogenes Sample gebildet werden. Sieben Befragte waren ausschließlich in der direkten häuslichen Pflegeversorgung tätig, Acht Personen haben – häufig neben der direkten Pflegearbeit – eine leitende Funktion ausgeübt und weitere fünf Befragte waren bei einem ambulanten Pflegeträger angestellt und in der Verbandspolitik aktiv.[9] Die interviewten Personen stammen zur Hälfte aus privaten und konfessionell-freigemeinnützigen Pflegediensten.

Der Interview-Leitfaden konzentrierte sich auf die aktuelle Arbeitssituation, allgemeine und ökonomisch bedingte Veränderungen in der pflegerischen Versorgung sowie den Umgang mit den ökonomischen Bedingungen. Das auf diese Weise gewonne-

9 An dieser Stelle gilt der Dank an Andreas Büscher, Ullrich Bauer und Uwe Bittlingmayer, die ergänzendes Interviewmaterial aus ihren eigenen Arbeitszusammenhängen zur Verfügung gestellt haben.

ne Textmaterial wurde anschließend angelehnt an die dokumentarische Methode in Form einer themenbezogenen Interpretation analysiert (vgl. Bohnsack 2007). Dazu erfolgte zunächst eine Sequenzierung des Materials anhand theoriegeleiteter und induktiver Stichworte, welche dann im nächsten Schritt als Grundlage für die Bildung von Kategorien genommen wurden. Anhand dieser Kategorien erfolgte die Auswertung der Interviews; die Aussagen der Interviewten zu den relevanten Themen wurden miteinander verglichen, analysiert und interpretiert. Das Ziel bestand darin, Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Widersprüche und Abweichungen festzuhalten und eine Kategorisierung von Relevanzen und Deutungsmustern zu erzielen. Die Kontextdaten wurden zur Analyse der ursächlichen Bedingungen für gemeinsame und unterschiedliche Wissens- und Erfahrungsbestände herangezogen (vgl. genauer Slotala 2011).

Im Sinne der politisch mit der Pflegeversicherung intendierten Steuerungswirkungen arbeiten ambulante Pflegedienste demzufolge unter einem enormen Kosten- und Konkurrenzdruck. Dies haben die befragten Pflegenden im Rahmen der Studie zur Ökonomisierung ambulanter Pflege in ihren Schilderungen immer wieder bestätigt. Unabhängig von der Trägerschaft und Einrichtungsgröße sahen die Befragten die Existenz ihrer Pflegedienste unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen Bedingungen permanent als bedroht. Aufgrund der knappen öffentlichen Kassen komme ein Qualitätswettbewerb zwischen den Pflegediensten hingegen kaum in Fahrt. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen sich oftmals nicht im Stande sehen, für die erforderliche Pflege privat dazu zu bezahlen – so die Erfahrungsberichte der professionellen Pflegekräfte. In Folge dessen klaffe die Schere zwischen dem Versorgungsbedarf und den wirtschaftlichen Einnahmen in der Praxis immer weiter auseinander. Einerseits haben es die Pflegenden mit einem immer komplexer werdenden Pflegebedarf zu tun, der nicht nur mit wachsenden Qualifikationsanforderungen einhergeht, sondern ihnen mehr Zeit für die Versorgung abverlangt. Andererseits werden die Pflegedienste mit einem verengten Leistungskatalog und der über viele Jahre ausgebliebenen Leistungsdynamisierung im Rahmen der Pflegeversicherung konfrontiert (vgl. auch Gerlinger/Röber 2009: 136f.). Darüber hinaus reichen die Budgets der Krankenkassen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege oftmals kaum noch für eine ausreichende Versorgung aus.

Von diesen Bedingungen sind zunächst einmal besonders die Positionen auf den Leitungsebenen betroffen. Pflegedienstleiter und Geschäftsführer, die eigentlich in der Pflege sozialisiert sind, sehen sich in ihrer Praxis mehr und mehr gezwungen, Sparmaßnahmen vorzunehmen und ihre Pflegedienste im Lichte konkurrierender Mitbewerber als kostengünstige Unternehmen auszurichten. In ihrem Berufsalltag zieht, unterstützt durch entsprechende Fachliteratur, Fortbildungsprogramme oder externe Beratung, betriebswirtschaftliches Know-how ein. Den Aussagen der Befragten zu Folge wird mehr und mehr gerechnet, geprüft, quantifiziert und standardisiert. Kurz, es kommt zu einer Verbetrieblichung der Pflegedienste.

Für die Mehrheit der befragten Pflegenden in der Patientenversorgung bedeutet dies, dass ökonomische Aspekte eine immer größere Bedeutung in ihrem beruflichen

Alltag einnehmen. Dies macht sich zum einen auf der organisatorischen Ebene bemerkbar. Aus Kostengründen sehen sich viele Pflegedienste gezwungen, Personal abzubauen und die Versorgungsabläufe zu rationalisieren. Für die in der direkten Pflege tätigen Pflegenden hat dies oftmals zu Folge, dass sie unter einer hohen Arbeitsbelastung stehen und ihnen die Zeit für die Pflege fehlt. Exemplarisch dafür sei der Fall von Frau „Meier“[10] angeführt. In ihrem Pflegedienst wurden die Zeitbudgets auf Empfehlung einer Unternehmensberatung so errechnet, dass sie sich an der Durchschnittszeit der schnellsten 20% der Mitarbeiter im Pflegedienst orientierten, plus einem Toleranzwert von zehn Prozent. In der Konsequenz dieser sehr strengen Vorgaben kamen die Befragte sowie die Mehrheit ihrer Kollegen mit den rigiden Zeitbudgets regelmäßig nicht zurecht – unbezahlte Überstunden waren in dem Pflegedienst an der Tagesordnung.

Auch in anderen Interviews dokumentierte sich immer wieder besonders die Problematik des Zeitdrucks als eine unmittelbare Konsequenz von einsparbedingten Rationalisierungsprogrammen. Ökonomische Aspekte nehmen darüber hinaus einen direkten Einfluss auf die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und tangieren das Selbstverständnis der Pflege. Aufgrund der nur sehr dünnen finanziellen Spielräume gehen einige Pflegedienste aktiv dazu über, die Versorgungsarrangements streng nach Kosten-Nutzen-Kalkülen auszutarieren. Ganz im Sinne der Logik der Pflegeversicherung sehen sich die Pflegenden gezwungen, die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen zu privaten Zuzahlungen zu animieren. Gemäß dem Motto einer dafür beispielhaften Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel „Darf´s ein bisschen mehr sein?“, die von einer der Befragten besucht wurde, sollen Pflegekräfte verkaufen lernen und in diesem Zusammenhang das Erbringen von unbezahlten Leistungen gegenüber dem Pflegebedürftigen ausdrücklich verweigern.

Gerade dieser Trend ist innerhalb der Pflege jedoch hoch umstritten. Einige der Pflegenden verweigern sich explizit der Haltung, Pflegeleistungen kaufkraftabhängig zu verteilen und versuchen, am Leistungsprinzip der bedarfsgerechten Pflege – so weit es ihnen im Rahmen der pauschalen Vergütungssätze für Pflegeleistungen einerseits und den privaten Zuzahlungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen andererseits möglich ist – festzuhalten. Exemplarisch dafür steht die folgende Interviewpassage aus einem Gespräch mit dem Geschäftsführer „Karl“[11], in der sich recht deutlich eine grundlegende Distanz des Befragten gegenüber der strengen Anwendung ökonomischer Prinzipien dokumentiert:

„Du musst an der Basis sein. Und das ist Zuverlässigkeit. Das heißt, ein Patient ruft an, ein Angehöriger, könnt ihr ein Brot mitbringen? Das muss klappen. … So ein Unternehmensberater würde sagen, nee, das ist nicht drin, das wird nicht gemacht. Und fertig. Und da hat mir einer vorgerechnet, von nem anderen Pflegedienst, wenn du von jedem Patienten in unserer Größe nä Mülltüte morgens mit raus nehmen würdest, das sind so und so viel Mi-

10 Frau Meier ist gelernte Pflegefachkraft, arbeitete zum Befragungszeitpunkt seit einigen Jahren in einem privaten Pflegedienst mit etwa 15 Angestellten und war je zur Hälfte ihrer Arbeitszeit als Pflegedienstleiterin und in der Patientenversorgung tätig. Alle persönlichen und institutionellen Daten sind anonymisiert.

11 Karl ist gelernter Altenpfleger und seit einigen Jahren Geschäftsführer eines privaten Pflegediensten mit etwa 20 Angestellten.

nuten, das wär eine volle Stelle. Hab ich gesagt, du tickst doch nicht richtig. Sag ich, hast du dir mal ausgerechnet, wie oft bei großer Pflege, wie oft du unter der Zeit draußen bist, das sind fünf Planstellen. Weißt du, so kannst du nicht rechnen. Du läufst doch ehe am Mülleimer vorbei. Und so rechnen die dann. Und das macht dich nur verrückt und lenkt dich ab. Du musst des auch vom Bauch raus machen. Ein Betriebswirt, der rechnet."

Mit anderen Worten, die konkrete Umsetzung der Maßnahmen auf der Ebene der einzelnen Pflegedienste – darüber sollte der Rationalisierungstrend im Bereich der ökonomischen Handlungsexpertise nicht hinwegtäuschen – erweist sich weder als einheitlich noch als unproblematisch. Vielmehr erfolgt die Verbetrieblichung der pflegerischen Arbeit von Pflegedienst zu Pflegedienst mal mehr, mal weniger intensiv. Zentralen Stellenwert hinsichtlich der Intensität der Verbetrieblichung kommt dabei den Leitungsakteuren zu, die einen massiven Einfluss auf zentrale Struktur- und Leistungsfragen ausüben und über Gestalt und Grenzen der ökonomischen Rationalisierung in den Pflegediensten maßgeblich entscheiden können (vgl. Slotala 2011).

4. Ökonomisierung ambulanter Pflege – Thesen zu den Konsequenzen eines Paradigmenwechsels

Die Zurückweisung ökonomischer Kosten-Nutzen-Kalkulationen gehörte zum konstitutiven Element der Pflege als christlicher „Liebesdienst" am Nächsten. Auch wenn wirtschaftliche Überlegungen auf der Ebene der Pflegeorganisation durchaus bedeutsam waren, sollten in der Beziehung zwischen Schwestern und Patienten ökonomische Interessen dezidiert ausgespart bleiben. Diese Rahmenbedingungen eröffneten den pflegenden Frauen beachtliche Gestaltungsspielräume und die Chance, ihr Handeln an den situativen Bedürfnissen der ihnen anvertrauten Menschen auszurichten. Dies bedeutet nicht, dass die Schwestern tatsächlich immer den Versorgungsanforderungen der Pflegebedürftigen entsprachen. Die ambulante Pflege litt unter einer chronischen Unterfinanzierung, und der Umgang der christlichen Schwestern gerade mit nichtgläubigen Patienten barg zweifelsohne Konfliktpotenzial. Wichtig ist jedoch, dass in die Organisation des Pflegealltags die Bedingungen für die Möglichkeit bedürfnisorientierter Pflege eingeschrieben waren. Das Gebot einer „Verdrängung des Ökonomischen" aus dem pflegerischen Handeln, das sowohl in den Habitus der Schwestern als auch in die strukturellen Anreize eingeschrieben war, stellte insofern ein hochgradig funktionales Element einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung dar, weil es die Voraussetzungen für eine an den Problemlagen und der Lebenswelt von Patienten orientierten Pflege bereitstellte.

In den Gemeinden genossen die Schwestern zwar ein hohes Sozialprestige – sie „zahlten" jedoch den Preis einer immensen zeitlichen Verfügbarkeit. Der Tag endete, wenn die Arbeit getan war. Diese tradierte Form christlichen „Liebesdienstes" war untrennbar an das zölibatär verfasste Lebensmodell konfessioneller Schwesternschaften geknüpft. Mit der sukzessiven Angleichung weiblicher und männlicher Lebensentwürfe und deren Ausrichtung auf den Arbeitsmarkt ab der zweiten Hälfte der 1950er Jahre

verlor dieses Lebensmodell rasant an Attraktivität. Eine Rückkehr zur historischen Praxis kann es deshalb nicht geben. Die Analyse vergangener, nicht-ökonomisierter Pflegepraxis erlaubt jedoch, einen befremdenden Blick auf aktuelle Umbrüche und neue Selbstverständlichkeiten zu werfen. Das Ausmaß, in dem sich gegenwärtig die Grundlagen pflegerischen Handelns im Zuge der Ökonomisierung verändern, wird so erst wirklich sichtbar.

Unter den Bedingungen der Pflegeversicherung muss die Relevanz des Gebotes der Verdrängung ökonomischer Motive aus dem pflegerischen Handeln in vielfacher Weise relativiert, neu bestimmt und vielleicht sogar grundsätzlich in Frage gestellt werden. Um die Plausibilität dieser These zu untermauern, braucht es zunächst nicht einmal empirischer Befunde. Der Blick auf die Strukturlogik der Pflegeversicherung mit ihrem viel zitierten „Teilkaskocharakter" reicht dafür bereits aus. Während im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung der Anspruch auf eine bedarfsdeckenden Versorgung im Großen und Ganzen immer noch gilt, bei vornehmlich medizinischen Leistungen also die Norm des Vorrangs des Hilfebedarfs gegenüber allen anderen Interessen auch gesetzlich gefordert wird, werden die Pflegenden in der häuslichen und teil- bzw. heimstationären Versorgung mit einer nicht bedarfsdeckenden Finanzierungsgrundlage konfrontiert. Pflegedienste sollen ganz im Sinne des Marktcharakters ihr Leistungsangebot vielmehr von der Zuzahlungsbereitschaft der Pflegebedürftigen abhängig machen und damit auf die Erbringung von eigentlich notwendigen und hochwertigen Leistungen aus ökonomischen Gründen verzichten. Der Befund, dass in den ambulanten Pflegediensten die Bedeutung von wirtschaftlichen Überlegungen in der Tat zugenommen hat und den Alltag in der häuslichen Pflege inzwischen prägt, dürfte vor dem Hintergrund genau dieser, mit der Pflegeversicherung intendierten Steuerungswirkung des Gesetzgebers insofern nicht wirklich überraschen.

Die qualitativen Ergebnisse dokumentieren allerdings auch die vielfältigen Zerreißproben, vor die die Pflegenden in den ambulanten Pflegediensten im Zuge der Ökonomisierung gestellt sind, und erlauben damit eine differenzierte Perspektive auf die ökonomisch induzierten Verwerfungen in der pflegerischen Praxis. Denn die Auswirkungen der betriebswirtschaftlichen Rationalisierungsprogramme in den Pflegediensten, denen die Pflegenden als Betroffene und Beteiligte gegenüber stehen, sind immens. Viele Pflegende reagieren hierauf mit offener Kritik, Widerstand oder lassen sich, obschon sie oftmals in einer Leitungsposition für den wirtschaftlichen Erfolg des Pflegedienstes eigentlich verantwortlich sind, Strategien der Unterwanderung ökonomischer Zwänge einfallen. Es hat den Anschein, als ob die neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Pflege und der Habitus vieler oftmals älterer Mitarbeiter nicht so recht zueinander passen wollen. Dies äußert sich in vielerlei Hinsicht, besonders aber am Beispiel der unbezahlten Überstunden, die von vielen der Befragten geleistet werden, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf irgendwie nachzukommen. Viele Pflegende halten, an der alten Strukturlogik orientiert, am Ziel einer bedarfsgerechten Pflege um den Preis der Mehrarbeit fest – ein zusätzlicher „Liebesdienst" also, dem aber mit der Ökonomisierung die Anerkennung abhanden gekommen ist. Zwar werden vie-

le Patienten diese freiwilligen Mehrleistungen durchaus mit Dankbarkeit und Wertschätzung beantworten, schließlich wissen sie aus eigener Erfahrung nur zu gut um die Bedeutsamkeit dieses Tuns. In der Logik eines ökonomisierten Gesundheitswesens droht dieser „Liebesdienst" jedoch zur ökonomisch widersinnigen „Aufopferung" oder gar zum Zeichen eines „Helfer-Syndroms" zu verkommen.

Die ökonomisch motivierte Rationalisierung der Pflegedienste allein auf die Dimension wirtschaftlicher Effizienz zu reduzieren, wird der wahren Komplexität der Prozesse kaum gerecht. Unsere Ergebnisse zeigen, dass im Zuge der Ökonomisierung auch der soziale Sinn der Pflege, ihre Werte und Normen mitverhandelt werden (vgl. auch Bode/Gardin/Nyssens 2011; Bollinger/Gerlach 2008). Inwiefern das Phänomen der Überstunden auch als Kennzeichen einer Übergangsgeneration beschrieben werden kann oder ob nicht das Problem unbezahlter Überstunden als struktureller Konflikt in die Ökonomisierung der Pflegeversorgung eingeschrieben ist, bleiben dabei weithin offene Fragen. Ebenso unklar ist, welche Folgen die Ökonomisierung für den Charakter pflegerischer Arbeit hat, welche Konsequenzen sich für das pflegerische Selbstverständnis ergeben und welche Zusammenhänge zwischen einer mehr und mehr durch Geldanreize gesteuerten Versorgungspraxis und der erbrachten Versorgungsqualität existieren.

Die Pflegewissenschaft muss diese Fragen der Ökonomisierung dringend auf ihre Agenda setzen (Sovie/Jawad 2001; Theobald 2012). Angesichts einer immer stärker zunehmenden Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens bedarf es einer pflegeorientierten systematischen und kritischen Begleitforschung, um verlässliche Daten über die tatsächlichen Folgen der ökonomisch induzierten Reformen für Beschäftigte und Patienten liefern zu können. Eine längere historische Perspektive ist dabei von unschätzbarer Bedeutung, weil die neuen Anforderungen eines ökonomisierten Gesundheitswesens andernfalls leicht als gleichsam natürliche Gegebenheit erscheinen. Dass eine kritische Analyse der Ökonomisierungsprozesse von einer überaus „praktischen" Relevanz für die Pflege ist, liegt dabei offen auf der Hand.

Literatur

Bauer, U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 8-9, 17-24

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5590

Bode, I./Gardin, L./Nyssens, M. (2011): Quasi-marketisations in domiciliary care: varied patterns, similar problems? Internation Journal of Sociology and Social Policy 31, Iss: 3/4, 222-235.

Bohnsack, R. (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen/Farmington Hills: Budrich

Bollinger, H./Gerlach, A. (2008): „Professionalität" als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen. In: Matzig, S. (Hg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. München/Weinheim: Juventa, 139-158

Bongaerts, G. (2008): Verdrängung des Ökonomischen. Bourdieus Theorie der Moderne. Bielefeld: Transcript

Bourdieu, P. (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
Bourdieu, P. (1999): Die Regeln der Kunst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
Bourdieu, P. (2001): Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
Breyer, F./Zweifel, P. S./Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer
Dies. (2009): Freude und Last zugleich. Zur Arbeits- und Lebenswelt evangelischer Gemeindeschwestern in Westdeutschland. In: Hähner-Rombach, S. (Hrsg.): Alltag in der Krankenpflege. Geschichte und Gegenwart/Everyday Nursing Life. Past and Present. Stuttgart: Steiner Verlag, 81-99
Dreßke, S./Göckenjan, G. (2007): Kasseler Diakonissen. Soziale Arbeit und Krankenpflege in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: Krauß, J. E./Möller, M./Münchmeier, R. (Hrsg.): Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung. Kassel: kassel university press, 637-678
Ewers, M./Schaeffer, D. (1999). Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P99-107. Bielefeld: IPW
Geller, H./Gabriel, K. (2004). Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt. Freiburg i.B.: Lambertus
Gerlinger, T./Röber, M. (2009): Die Pflegeversicherung. Bern: Huber
Grote, C. (1995): Ortsgemeinden und Diakoniestationen. Überlegungen zur diakonischen Gemeinde anhand der Arbeit der Diakoniestationen. Bielefeld: Luther-Verl.
Hackmann, M. (2009): „Also früher war man als Schwester selbständig …" Veränderungen in der westdeutschen Gemeindekrankenpflege von 1950 bis in die 1980er Jahre, in: Thiekötter, A./Recken, H./Schoska, M./Ulmer, E.-M. (Hrsg.): Alltag in der Pflege. Wie machten sich Pflegende bemerkbar? Beiträge des 8. Internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege 2008. Frankfurt a.M.: Mabuse, 191-207
Isfort, M./Weidner, F./Messner, T./Zinn, W. (2004): Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln: Bermuthsein
Kreutzer, S. (2005): Vom „Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag
Kreutzer, S. (2008): Fürsorglich-Sein. Zur Praxis evangelischer Gemeindepflege nach 1945. In: L'Homme. Europäische Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 19, H. 1, 61-79
Oberender, P./Ecker, T. (2001): Grundelemente der Gesundheitsökonomie. Bayreuth: P.C.O.
Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, H. 30: Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. Redaktion: Madörin, M./Wiederkehr
Rüther, B. (1951): Die Gefahr der Entpersönlichung im Krankendienst. In: Krankendienst. Zeitschrift für katholische Krankenhäuser u. Pflegekräfte 24, H. 9, 225-230
Schwaiger, H./Bollinger, H. (1981): Der Anatomiekurs - Aus dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums. In: Bollinger, H./Brockhaus, G./Hohl,J./Schwaiger, H. (Hrsg.): Medizinerwelten Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. München: Zeitzeichen, 16-49
Simon, M. (2003a): Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./ Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa-Verlag, 243-269
Simon, M. (2003b): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, P03-001. Hannover: Blumhardt
Slotala, L. (2010): Gute Pflege trotz Ökonomisierung? Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Zielvorgaben und Versorgungsbedarf. In: Kreutzer, S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Göttingen: V&R unipress, 195-214
Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS.
Sovie, M.D./Jawad, A.F. (2001): Hospital restructuring and its impact on outcomes: Nursing staff regulations are premature. Journal of Nursing Administration 29 (4), 39-49

Statistisches Bundesamt (2002). Statistisches Jahrbuch 2002. Für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden
Statistisches Bundesamt (2010a): Statistisches Jahrbuch 2010. Für die Bundesrepublik Deutschland mit »Internationalen Übersichten«. Wiesbaden
Statistisches Bundesamt (2010b): 263 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben. Wiesbaden: Pressemitteilung Nr. 126 vom 06.04.2010
Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Wiesbaden
Theobald, H. (2012): Combining welfare mix and New Public Management: The case of long-term care insurance in Germany. International Journal of Social Welfare. 10.1111/j.1468-2397

Prof. Dr. habil. Susanne Kreutzer
Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Leonardo-Campus 8, 48149 Münster, mail@susanne-kreutzer.de

Dr. Lukas Slotala
Adalbertstr. 50, 36039 Fulda, lukas.slotala@gmx.de