

## **Rationalisiert, rationiert und prekariert: Die Situation der Care-Arbeiterinnen in den ambulanten Pflegediensten**

Die professionelle ambulante Pflege der älteren Bevölkerung wird mehr und mehr zu einer wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe. Das hat viel mit dem Wunsch der Menschen zu tun, möglichst lange selbständig und in den eigenen vier Wänden wohnen zu können. Im hohen Alter brauchen aber die meisten Unterstützung im Alltag. Der Unterstützungsbedarf kann sehr verschieden aussehen und sich auch relativ schnell verändern. Bald einmal sind die Familienangehörigen überfordert, vor allem natürlich auch dann, wenn zusätzlich zur Unterstützung der Alltagsaufgaben auch ein Bedarf nach pflegerischen Leistungen entsteht. Hier kommt der Spitex (spitalexterne Krankenpflege) eine wesentliche Aufgabe zu. Das hat auch die Politik erkannt, und als Prinzip sind die Leistungen der Spitex auf der Ebene der Schweizer Verfassung verankert. Dort wird festgehalten: »Die Kantone sorgen für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause« (Artikel 112c Abs.1). Allerdings beschränken sich die gesetzlichen Ausführungsbestimmungen auf die Finanzierungsbestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes KVG zu den pflegerischen Leistungen, während die hauswirtschaftlichen Leistungen auf nationaler Ebene nicht geregelt sind. »Die Strukturen der Spitex sind von Kanton zu Kanton und teilweise auch von Gemeinde zu Gemeinde sehr unterschiedlich. Die Finanzierung der Spitex-Leistungen ist kompliziert, teilweise sogar verworren.« (Ringger 2012, 4) Der nachstehende Artikel beschreibt, wie sich im Verlauf der letzten 20 Jahre die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege entwickelt haben. Dabei werden drei Aspekte beleuchtet:

1. Die Rationalisierung der Pflegearbeit durch die Verdichtung des Pflegerhythmus (minutengetaktete Vorgaben) und die Verkürzung des Pflegebegriffes auf die medizinisch-technischen Aspekte.
2. Die Rationierung der subventionierten öffentlichen Dienstleistungen und im Gegenzug die Förderung privatwirtschaftlicher Angebote.
3. Die Prekarität der Arbeits- und Lohnbedingungen in den privaten Pflege- und Betreuungsdiensten und die Abwälzung der Betreuungsarbeit auf Migrantinnen.

Zur Illustration finden sich Zitate, die, wo nicht anders vermerkt, aus Interviews stammen, welche die Autorin im Verlaufe ihrer Recherchen zu Arbeitsbedingungen mit Pflegenden und Betreuenden sowie mit Arbeitgebenden- und Arbeitnehmerinnenvertretungen führte.<sup>1</sup>

### **Im Alter zuhause: Ambulante Pflege- und Versorgungsdienste werden ausgebaut**

Bis in die 1990er-Jahre dominierte auf kommunaler Ebene das Modell der Alters- und Pflegeheime für die Versorgung der älteren Bevölkerung. Die folgenden Jahre brachten jedoch einen radikalen Bruch: Die Slogans »Im Alter zuhause« und »ambulant vor stationär« wurden zu den neuen Leitmotiven.<sup>2</sup> Die SeniorInnen, die sich gesundheitlich fit fühlten, zogen es vor, selbständig und in den eigenen vier Wänden zu bleiben. Der häufige Wegzug der Nachkommen, die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und die verbesserte finanzielle Sicherung der aus dem Arbeitsleben ausscheidenden Generation hoben die Möglichkeiten und die Pflicht familiärer Betreuung partiell auf. Dies wurde von beiden Seiten weitgehend positiv als Gewinn an Freiheit wahrgenommen. Vor allem im höheren Alter aber, wenn die Leute gebrechlicher werden, fordert diese Selbständigkeit eine Absicherung: Es wurde notwendig, diese gesellschaftlich zu organisieren. Mit finanzieller Unterstützung des Bundes baute die öffentliche Hand in allen Schweizer Kantonen gemeinnützige Spitex-Dienste auf mit dem Ziel, dass Menschen, die Pflege, Haushalthilfe und Betreuung brauchen, auf diese Angebote zurückgreifen können. Tabelle 1 dokumentiert dieses Wachstum zwischen den Jahren 2000 und 2009.

*Tabelle 1: Wachstum der öffentlich-rechtlichen resp. gemeinnützigen Spitex: Veränderungen 2000–2009*

Anzahl KlientInnen	Anzahl Std. Pflege (inkl. Grundpflege)	Anzahl Std. Hauswirtschaft	Anzahl Vollzeitstellen total	Anzahl Vollzeitstellen Pflege (exkl. Grundpflege)	Anzahl Vollzeitstellen Hauswirtschaft und Grundpflege
+15%	+66%	-19%	+32%	+44,5%	+13%

*(Bundesamt für Statistik, verschiedene Jahrgänge)*

Die Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 KLV<sup>4</sup> werden auf ärztliche Anordnung hin erbracht. Sie werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu durchschnittlich 60 Prozent übernom-

men. Die hauswirtschaftlichen/sozialbetreuerischen Leistungen (Haushalt, Wäsche, Einkauf, soziale Betreuung usw.) und der Mahlzeitendienst werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jedoch nicht mitgetragen.

### **Spardruck – auch auf die Spitex**

Wie Tabelle 1 zeigt, war das Wachstum der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitex enorm.<sup>5</sup> Die neoliberale Doktrin des »schlanken Staates« machte aber auch hier nicht halt. Gemeinnützige, nicht profitorientierte Dienste, die einen Leistungsauftrag haben, erhalten von den Gemeinden gewisse Beiträge zur Defizitdeckung.<sup>6</sup> Die Hauswirtschaftsleistungen, die von den Krankenkassen nicht mitgetragen werden, benötigen – aufgrund der Spanne zwischen relativ anständigen Löhnen und für die KlientInnen zumutbaren Tarifen – hohe Zuschüsse der öffentlichen Hand. Sparpotenzial wurde deshalb darin gesichtet, diese Leistungen zurückzufahren: Betrug im Jahr 1998 das Verhältnis zwischen Krankenpflegeleistungen und Hauswirtschaftsleistungen noch 37 zu 57 Stunden, kehrte sich das Verhältnis bis ins Jahr 2009 auf 50 zu 41 Stunden um.<sup>7</sup>

Die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex – so die Begründung – liessen sich leicht ersetzen durch privat angebotene Mahlzeiten- und Putzdienste. Dabei ging allerdings vergessen, dass gerade mit den hauswirtschaftlichen Diensten der Spitex aufgrund ihrer zeitlich etwas ausgedehnteren Einsätze ein Beziehungsaufbau mit den KlientInnen überhaupt erst möglich war.

Die Reduktion des hauswirtschaftlichen Dienstes erfolgte parallel zur Einführung der minutengetakteten Pflegeeinsätze, die gemäss dem Konkordatsvertrag mit den Krankenkassen in einzelne Pflegehandlungen aufgeteilt wurden. Die pflegerischen Spitex-Leistungen wurden vom Dachverband SPITEX in enger Anlehnung an das durch die Firma Q-Sys aus den USA eingeführte System als Leistungsstandards detailliert strukturiert und unter dem Namen RAIHC (Resident Assessment Instrument – Home Care) bekannt. Neu werden nun die einzelnen Pflegehandlungen nach Minuten statt wie zuvor nach Viertelstunden bemessen und als Mass der »produktiven« Pflegezeit angesetzt. Nur so verrechnete Einsätze werden von den Krankenkassen finanziert, es sei denn, die verantwortlichen Pflegerinnen und Koordinatorinnen setzen sich für Anpassungen an die spezifischen Fälle ein. Da dies sehr zeitaufwändig ist, wird diese Rationierung häufig einfach angenommen.

*»Heute geht das ganz auf Zeit. Früher, als ich noch selber in der Spitex gearbeitet habe, ging es den Spitex-Kunden noch besser. Auf der morgendlichen ›Insulin-Tour‹ beispielsweise wusste man, dass man besser noch eine Viertelstunde bei diesem Klienten blieb: Das plante man ein! Zusammen den Tag anfangen, abhören, wie es geht. Und ich glaube, das psychische Befinden darf man nicht unterschätzen. Das ist ein Problem des heutigen Abrechnungswesens – das ist eine Entwicklung, die ich nicht so gut finde.«*

*(Corinne D., frühere Spitex-Pflegerin)*

Dieses neue Regime kann als Rationalisierungsprozess interpretiert werden: Mit einem Zuwachs von nur 12 Prozent Vollzeitstellen steigerte beispielsweise die Basler Spitex die Zahl der Einsätze in den zehn Jahren nach 1998 um 56 Prozent. Das bedeutet eine beträchtliche Verkürzung der einzelnen Einsatzzeiten. Heute beherrschen die Zeitmessungsinstrumente, zum Beispiel die zeitlichen Vorgaben nach RAI-HC, die Spitex-Pflege vollends: Gemäss Auskunft einer entsprechenden Spitex-Pflegenden dürfen beispielsweise für die Abgabe von Medikamenten 5 Minuten verrechnet werden, für einen Verbandwechsel 15 Minuten oder für das Anziehen von Kompressionsstrümpfen 10 Minuten.

### **Die Knebelung der psychosozialen Anteile der Pflege**

*»Es ist ein irrsinniges Missverhältnis entstanden zwischen den Forderungen, was wir bieten müssen [an medizinisch-technischen Anwendungen, sg], und dem, was wir auch wissen [über sozialpflegerischen Bedarf, sg] und wofür wir auch ausgebildet sind.«*

*(Schwaller 2011, 78)*

Obwohl die Fachkräfte der Spitex die Notwendigkeit der Strukturierung ihrer Pflegehandlungen durchaus anerkennen, entsteht für sie zunehmend ein Dilemma zwischen ihrem professionellen Qualitätsverständnis und den Anweisungen in Zusammenhang mit der zunehmenden Ökonomisierung und dem steigenden Spardruck.

Aufgrund der knapp bemessenen Normzeiten<sup>8</sup> verbieten die zentralen Koordinationsstellen der Spitex den Pflegerinnen heute oft, sich auf die spezifischen Wünsche der KlientInnen einzulassen. Damit bleibt in der Wahrnehmung der Pflegefachkräfte, welche für die Behandlungspflege zuständig sind, kaum mehr Zeit für eine echte Kommunikation mit ihren PatientInnen. Diese Kommunikation stellt aber die Basis dar für die in der Pflege notwendige Kooperation zwischen Leistungserbringerinnen und LeistungsbezügerInnen.<sup>9</sup>

*»Leistung nach Bedarf ist Parole, nicht Leistung nach Bedürfnis. Da ist keine Zeit für anderes, das unter Umständen auch nötig wäre. Belastend sind da die Umstände, die die Pflegerin sieht – sie sind im intimsten Bereich des Patienten –, sie sieht die Zustände zuhause. Hausärzte geben die Indikation, kennen selbst die Zustände nicht. Die Pflegerin kann entweder darauf reagieren, eventuell Beistand von der Pro Senectute oder freiwilligen Besuchsdiensten anfragen oder an die Tochter gelangen für einen Antrag auf Ergänzungsleistungen. Aber das sind Zeiten, die den Krankenkassen nicht verrechenbar sind... Somit gerät die Pflegerin in Clinch mit der Spitex-Administration.«*

*(Geschäftsführer eines kantonalen Spitex-Verbandes)*

Gerade in der Betreuung und Pflege von alten Menschen ist die psychosoziale Stimulierung der KlientInnen von zentraler Bedeutung. Wieder gesund zu werden oder zu bleiben ist nach Erkenntnissen der Pflegewissenschaft eng an diese Stimulierung gekoppelt (siehe dazu z.B. Heusser et al. 2012, die den Einfluss von Zuwendung auf neurologische Verläufe dokumentieren). Dabei stellt das Vertrauen der Klientin resp. des Klienten in die behandelnde oder pflegende/betreuende Person einen der wichtigsten Faktoren des Pflegeerfolgs dar. So erstaunt es nicht, dass in einer Befragung von SeniorInnen nach den Gründen für Zufriedenheit mit den Leistungen der ambulanten Dienste die gute Beziehung zu der Betreuungsperson den ersten Platz einnimmt (Home Instead 2009). Die mit RAI-HC festgelegten Definitionen der Pflege- und Betreuungsleistungen führen aber zum Verlust des zeitlichen Raums für einen Beziehungsaufbau. Eine ganzheitliche Pflege, die die psychosoziale Stimulierung der PatientInnen mit einschliesst, wird unmöglich. Die Pflegefachpersonen, verantwortlich für die Behandlungspflege, empfinden diesen Verlust am stärksten, denn für sie ist die Personenbezogenheit der Pflege ein zentrales Moment der Arbeitsmotivation (siehe dazu z.B. Blüher in Schwaller 2011:86f). Da erstaunt es nicht, dass Stress und die Zweifel über das Genügen des eigenen Tuns in den grossen, städtischen Spitex-Organisationen seit längerem dazu führt, dass jährlich an die 15 Prozent der Pflegerinnen den Dienst quittieren. Burnout und Stresserkrankungen sind auch in dieser Branche keine Seltenheit. Ein 100-Prozent-Pensum wird aus diesem Grund sowohl bei der offiziellen Spitex als auch bei den privaten Diensten als kaum machbar eingeschätzt.

*»Einmal hatten wir 23,8 Prozent Ausfälle krankheitshalber in einem Monat! Die Leute können sich nicht mehr regenerieren, werden*

*krank. Ich war selbst mit einem 40-Prozent-Pensum schon am Limit.*«  
(Leonie A., Spitex-Angestellte)

Die gute Beziehung zur Betreuungsperson, dieser wichtige Wunsch der älteren KlientInnen, setzt eine gewisse Beständigkeit des Gegenübers voraus. Diese zu gewährleisten ist allerdings für grössere Spitex-Organisationen nicht ganz einfach: Die öffentlich-rechtliche<sup>10</sup> und gemeinnützige Spitex versuchte bislang, zusammenhängende Pensen mit gemäss Arbeitsgesetz ausreichend zusammenhängender Freizeit und einer begrenzten Inanspruchnahme von Abenden und Wochenenden zu organisieren. Es ist schwierig, dieses legitime Anliegen der MitarbeiterInnen mit dem Wunsch der KlientInnen nach Kontinuität der Betreuungs- oder Pflegeperson zu vereinbaren. Zudem führt die Tatsache, dass die öffentlich-rechtliche und gemeinnützige Spitex aufgrund des Leistungsauftrages die Verpflichtung hat, jede eingehende Anmeldung aufzunehmen, oft dazu, dass kurzfristig Einsatzpläne verändert werden müssen. Das kann dazu führen, dass die ›gewohnte‹ Pflegeperson nicht immer ›ihre‹ Klientin oder ›ihren‹ Klienten versorgen kann.

In ländlichen Gebieten ist das Regime aufgrund der kleinen Teams und grösserer Distanzen noch etwas ›altmodischer‹. Der so genannte ›Skill- und Grade-Mix‹ von Grundpflege und Haushaltshilfe, von Behandlungspflege und Grundpflege werden hier häufiger angewendet und erlauben längere Einsätze. Aufgrund der öffentlichen Kritik an den Pflege-Einsätzen, die immer mehr zu ›Blitzbesuchen‹ degenerierten, wurden teilweise auch in den Städten nach 2010 Grundpflege und Hauswirtschaft wieder zusammengelegt, sodass zumindest hier eine längere Verweildauer eingeplant werden konnte. Dies schiebt allerdings diese wichtige psychosoziale Arbeit tendenziell den Beschäftigten der tieferen Fachniveaus sowie den Ungelernten und damit den kostengünstigeren Personalkategorien zu.

### **Verschiebung auf private Anbieter – das Entstehen einer Zweiklassenversorgung**

Das Spardiktat für die öffentlich subventionierten Spitex-Organisationen erzeugte einen Ausbauschub bei den privaten Pflege- und Betreuungsdiensten. Sie sind in den Ballungszentren seit etwa 2002 sprunghaft gewachsen. Allein zwischen 2010 und 2011 nahm die Zahl der von privaten Diensten betreuten KlientInnen von 14'645 auf 20'563 zu (+40%). Von den Behörden wurde diese Entwicklung als ›fruchtbare Konkurrenz‹ begrüsst, allerdings beinhaltet sie ein Element einer Zweiklassenversorgung, insbesondere in Bezug

auf Betreuung/Begleitung. Langzeitpflege durch die Spitex ist ohne speziellen und zusätzlichen ärztlichen Antrag limitiert auf 60 Stunden pro Quartal (siehe Anmerkung 8). Private Betreuungsdienste scheinen im Gegensatz zur öffentlich-rechtlichen oder gemeinnützigen Spitex relativ häufig eine intensivere oder längere Pflege und Betreuung zu leisten, sei es, weil sie die entsprechenden Anträge an die Krankenkasse organisieren und/oder weil die KlientInnen bereit sind, die entsprechenden Mehrkosten privat zu tragen.

**Tabelle 2: Anzahl durchschnittlich aufgewendeter Stunden pro KlientIn im Jahr 2011**

**Spitex 2011**

	Profitorientiert/ erwerbswirtschaftlich	gemeinnützig/ öffentlich-rechtlich
Langzeitpflege	90	50
Akut- und Übergangspflege	21	13
Hauswirtschaft und Betreuung	177	40

*(Bundesamt für Statistik, 2012. Tabellen 12.1 und 14.1)*

Anders als die offizielle Spitex, die mit ihrem Leistungsauftrag jeder Anfrage zwingend entsprechen muss, konzentrieren sich private Spitex-Dienste auf Aufträge, die Betreuung mit einschliessen. Bei der Mehrzahl privater Pflege- und Betreuungsdienste machen denn auch Grundpflege und Betreuung den Hauptteil der Aktivität aus. Diese nicht unter zwei Stunden angebotenen Einsätze verringern den administrativen Aufwand. Gleichzeitig bieten sie den ›KundInnen‹ eine Beziehungsbasis, was insbesondere in der Werbung in den Vordergrund gerückt wird. Es ist auch eine ›Spezialität‹ privater Betreuungsdienste, den KlientInnen eine gleichbleibende Betreuungsperson zuzuordnen. Auch die Aufgabe der Betreuerinnen, die weniger den ›Haushalt‹ als ›Begleitung‹ ins Zentrum stellt, richtet sich primär auf den Wunsch der alten Menschen, eine Bezugsperson in ihren Alltag zu holen. In einzelnen kleinen Betreuungsdiensten wird durch geschickte Kombination von Betreuungsperson und KlientIn entlang gemeinsamer Vorlieben dieses Beziehungsangebot noch verstärkt. Andere verpflichten die Beschäftigten, sich den Kundenwünschen strikt unterzuordnen. Dies natürlich nur, wenn die KundInnen in der Lage sind, diese Leistungen finanziell zu tragen.

## Die Arbeitsbedingungen: flexibel und prekär

Obwohl der Blick in die Lohntüte für Frauen, die in profitorientierten Spitex-Organisationen arbeiten, eher ernüchternd sein dürfte, scheinen viele ihre Tätigkeit zu schätzen. Von grosser Bedeutung ist ganz offensichtlich die relativ konstante Zuordnung eines/einer KlientIn an eine Betreuungsperson. Damit wird es für die privaten Pflegedienste möglich, im Mix von Grundpflege und Betreuung das minutenweise Rapportieren der durch die Krankenkassen vergütungsberechtigten Leistungen<sup>11</sup> in der Zentrale vorzunehmen. So bleibt für die Betreuerin eine gewisse Entscheidungsfreiheit, ihr Handeln an die Besonderheiten der KlientInnen anzupassen und ein Wohlbefinden herzustellen, das auch für die Pflegerin zufriedenstellend ist. Der Spielraum ist natürlich abhängig vom Vertrauen der Dienstkoordination in die erfahrenen Pflegerinnen und wird damit Teil ihrer – indirekten – Anerkennung.

*»Jetzt, wo bei Spitex [gemeint: Spitex mit öffentlichem Leistungsauftrag, sg] der Spielraum weg ist, finden die wenigsten das Pflegen noch lustvoll. So arbeite ich lieber bei N.N. [privater Pflegedienst, sg], da habe ich freiere Hand. Gesunder Menschenverstand ist da noch angebracht. Ich kann mir sagen ›Irgend etwas stimmt heute nicht!‹ und rufe direkt den Arzt an. Nicht zuerst das Büro informieren müssen – und niemand ist da, und ich weiss nicht, was tun und der andere stirbt! Bei Spitex dürfen sie das nicht. Die Freiheit, etwas selber zu entscheiden, hat mir wahnsinnig gefallen.«*

*(Irene F., Grundpflegerin bei einer privaten Spitex-Organisation)*

Um ein weitgehendes Entgegenkommen und Eingehen auf Kundenwünsche zu leisten, wird allerdings den Beschäftigten ein grosses Mass an Flexibilität abverlangt. Anders als bei der offiziellen Spitex werden hier nicht zusammenhängende ›Touren‹ in den Tagesplan einer Betreuerin eingeschrieben, sondern die Einsätze ganz nach den Bedürfnissen der KundInnen gestaltet. Häufig entstehen dadurch Pensen, die zwischen den frühen Morgenstunden und dem späten Abend zwei, drei Einsätze vorschreiben, von mehrstündigen ›Freizeiten‹ unterbrochen.

*»Ich muss dann manchmal viermal aus dem Haus und hin und her – dann bin ich total erschöpft, wenn ich nach acht, manchmal sogar bei Nacht zurück bin.«*

*(Snezana P., Pflegerin einer kommerziellen Spitex-Agentur)*



*»Mir ist es einfach zuviel geworden wegen des Weges: Da hab ich eine Patientin in R., danach eine im Neubad und eine Dritte an der Tessinstrasse und zuletzt bin ich wieder im Bachgraben. Ich habe mehr Zeit gebraucht mit dem Tram von A nach B, als dass ich Zeit habe bei den Leuten!«* (Irene F., Grundpflegerin)

*»Wenn ich zwei Stunden arbeite, muss ich voraus noch einkaufen für den Kunden – unbezahlt. Mit dem Weg bin ich total 3,5 Stunden auf dem Job.«* (Ifigenya D., Betreuerin)

Die Arbeitswege, die nicht einmal, sondern je Einsatz zwischen eigener Wohnung und dem Wohnort der KlientInnen anfallen, werden nur in gemeinnützigen privaten Spitex-Organisationen entschädigt – wenn auch nicht als Arbeitszeit bezahlt wie bei der vom Staat initiierten Spitex.

Ursprünglich war diese Art Erwerbstätigkeit für die ›klassische Hausfrau‹ gedacht, deren Kinder bereits unabhängig sind und deren Ehemann für den Hauptteil des Familieneinkommens sorgt. Noch vor 20 Jahren bildeten die Teilzeit arbeitenden Ehefrauen tatsächlich die Mehrzahl der Pflegerinnen und Betreuerinnen. Heute ist das allerdings anders. Viele alleinerziehende Frauen wählen diese Anstellung, weil sie ihre Erwerbsarbeit so mit den Schulzeiten der Kinder vereinbaren können. Auch für Migrantinnen und Migranten scheint die Arbeit attraktiv, weil sie eine relativ eigenständige und personenbezogene Arbeit verspricht. Die Realität ist allerdings nicht immer rosig. Viele private Spitex-Organisationen stellen ihr Personal hauptsächlich in niedrigprozentiger Teilzeit ein. Personen, die ganz vom Verdienst aus dieser Arbeit leben müssen, übernehmen deshalb oft Nachtwachen oder Pensen bei mehreren Agenturen. Bei einer 80- bis 100-Prozent-Anstellung im selben Betrieb gerät die Arbeitszeit durch die Verzettelung der Einsätze öfters mal mit dem Arbeitsgesetz in Konflikt.

*»Ich hatte einmal zwei Monate Abenddienst bis 23 Uhr und dann frühmorgens um 7 Uhr musste ich wieder weg. Ich habe schon geweint – ich konnte manchmal meine Tochter gar nicht sehen, weil sie schon oder noch am Schlafen war.«* (Doro S. Grundpflegerin)

Solche Verstösse gegen das Arbeitsgesetz werden vom Arbeitsinspektorat nicht toleriert. Missbräuche müssen jedoch eingeklagt werden, denn eine aktive Kontrolle und vorgeschriebene Grenzen der Flexibilisierung gibt es nicht. Vor einer Klage schrecken die Beschäftigten aber meist zurück. Ihre Abhängigkeit von den Spitex-

Agenturen ist zu gross, und zu oft haben sie die Drohung gehört, dass entlassen wird, wem die Arbeitsbedingungen nicht passen.

*»Die Pflegerinnen haben Angst – das ist mir immer wieder aufgefallen – selbst Angst, über die Arbeitsbedingungen zu sprechen. Sie befürchten, kritische Bemerkungen würden sie den Job kosten, und ihr Name könnte auf einer schwarzen Liste landen. Sie sind unheimlich abhängig.«*  
(Bruno W., Gerontologe)

Zwei ausländischen Pflegerinnen, die sich mit diesem Problem an den vpod, die Gewerkschaft des Personals der öffentlichen Dienste, Basel wandten, wurde denn auch umgehend gekündigt – ohne aussichtsreiche Rekursmöglichkeit.

Die unsicheren Arbeitspensen sind ein Hebel für den oft willkürlichen Umgang mit den Angestellten. Die Betreuerinnen sind aus Prinzip nicht mit einem festen Pensum eingestellt, sondern erhalten variable Einsatzverträge für die ›Bedienung‹ bestimmter KundInnen. Muss ein Kunde ins Spital oder stirbt gar, fällt der Einsatzvertrag dahin, und das Pensum der Betreuerin verkürzt sich von einem Moment auf den nächsten um die entsprechende Anzahl Stunden. Erneut ist sie auf das Wohlwollen der Geschäftsleitung angewiesen, ihr möglichst rasch wieder eine Kundin zur Betreuung zu geben. Ihr Lohn ist völlig an die Anzahl Stunden geknüpft, die sie bei ›ihren‹ KlientInnen ableisten kann.

*»Das ist das Problem: Man kann keinen festen Lohn erwarten. Sagen wir, ich habe vier Leute, 25 Std. die Woche. Aber fällt einer um und kommt ins Spital, habe ich nur noch drei zu versorgen. Wenn Herr Meier stirbt, habe ich im nächsten Monat 200 Franken weniger. Ich war schon so weit, dass ich dachte, ›hoffentlich stirbt er nicht diesen, sondern nächsten Monat, dann hab ich Ferien‹ – aber das kann's ja nicht sein! Das geht an die Existenz – du kannst kein Budget machen! Das macht dich allmählich selbst krank.«*  
(Irene F., Grundpflegerin)

### **Löhne, die kaum zum (Über)Leben reichen**

*»Das ist die eigentliche Gefahr: die Abwertung dieser Arbeit – dass man sagt: ›Das müssen gar nicht fachlich Qualifizierte sein, das können ja einfach Frauen machen, die das sowieso können, weil sie Mütter sind.«*  
(Sylvia N., Gewerkschaftssekretärin)

*»Jetzt erklären Sie mir, wie ich mit 23 Franken Stundenlohn 14 Tage Ferien machen kann? Es geht nicht!«* (Irene F., Grundpflegerin)

Die Löhne der Frauen, die als Grundpflegerinnen oder Betreuerinnen arbeiten, sind erbärmlich tief und spiegeln die Wertschätzung der Gesellschaft für diese Care-Arbeit. Selbst in nicht profitorientierten privaten Spitexdiensten liegen ihre Stundenlöhne nur knapp über jenen, die der schweizerische Normalarbeitsvertrag<sup>12</sup> für ausgebildete Hauswirtschafterinnen vorschreibt (siehe dazu Gurny in diesem Band). Gewinnorientierte Unternehmen richten sich für rein betreuende Aufgaben nach den NAV-Ansätzen, d.h. 18.20 Franken pro Stunde für Frauen ohne Berufserfahrung. Das Feriengeld wird mit 8,3 Prozent hochgerechnet, andere Zulagen (Nacht und Wochenende) sind abhängig vom Pensum. Hier zeigen sich allerdings bei den privaten Agenturen grosse Unterschiede. Berichtet wird von kleinen Entschädigungen der Wegzeiten bis zu minderbezahlten, überlangen Nachtwachen, nichtbezahlten Wochenendzulagen und willkürlichen Stundenabzügen. Einen Monatslohn gibt es nur für die Koordinatorinnen und teilweise für diplomierte Pflegerinnen. Für ein stressreiches 80-Prozent-Pensum von 34 Stunden Einsatz pro Woche werden also im besseren Fall monatliche Löhne von brutto 3411 bis 3866 Franken erreicht, im schlechteren Fall von brutto 2815. Dies allerdings nur während elf Monaten pro Jahr, da die gesetzlichen vier Wochen Ferien ja bereits abgegolten sind – falls sie überhaupt bezogen werden. Allerdings sind 80-Prozent-Pensen gerade in den profitorientierten Diensten selten. Bei einem mittleren Stundenansatz von 23 Franken braucht es ein Pensum von mindestens 50 Prozent während elf Monaten des Jahres, um den jährlichen Koordinationslohn zu erreichen, der einen Anspruch auf eine paritätische Bezahlung von Pensionskassenbeiträgen auslöst. Beim Tiefstlohn von 18.20 Franken wird dieser Anspruch erst mit einem 65-Prozent-Pensum erreicht. Migrantinnen wissen vielfach nicht, dass sie bei einer Anstellung in mehreren Pflegediensten berechtigt wären, in eine Pensionskasse aufgenommen zu werden, wenn die Summe ihrer Entschädigungen den Koordinationslohn erreicht. Die früher zitierte Gewerkschaftssekretärin konstatiert eine Zunahme der ›niedrigprozentigen‹ Einstellungen, was sie keineswegs für einen Zufall hält.

Kein Wunder, weist sogar die Koordinatorin einer grossen profitorientierten Agentur darauf hin, dass mit dieser Arbeit kein Lebensunterhalt bestritten werden kann. Eine ›Lösung‹ dieses Problems findet sich via Arbeitslosenversicherung – auf Kosten der Allgemeinheit: Arbeitslose Frauen lassen sich von privaten Pflegediensten anstellen und deklarieren ihre Einsätze als Zwischenverdienst. Die Arbeitslosenkassen ergänzen den mageren Verdienst bis zur versicherten Entschädigung von 70 oder 80 Prozent des einstigen Loh-

nes. Wie von Seiten dieser Agentur zugegeben wird, erklärt sich ein guter Teil der jährlichen 35 Prozent Personalfluktuaton durch Abgänge von Beschäftigten im Moment, in dem sie endgültig ›ausgesteuert‹ sind.

Viele Betreuerinnen, die in privaten Spitex-Organisationen arbeiten, erzielen ihren Lohn ausschliesslich aus dieser Anstellung. Sie können als Musterbeispiele von ›Working poors‹ gelten und sind oft auf Sozialhilfe angewiesen.

*»Ich habe immer 80 bis 90 Prozent [bei der privaten Spitex, sg] gearbeitet, aber die Löhne waren sehr schlecht. Die Regierung sollte das wissen, es ist schlimm – die Wohnung kostet allein Fr. 1200. –. Aber die Sozialhilfe sieht schon, dass man sich anstrengt – sie bezahlen mir noch immer Fr. 500. – pro Monat, aber das tut weh! Bei Spitex wäre ich nicht abhängig von der Sozialhilfe ...«*

*(Doro S., Grundpflegerin)*

Doro S. ist Nigerianerin. Sie hat einen Bachelor-Abschluss im Bankfach, aber schon bei der Scheidung von ihrem schweizerischen Ehemann wusste sie, dass diese Ausbildung aus ihrem Heimatland hier nicht anerkannt würde. Und da sie eigentlich schon immer in der Pflege arbeiten wollte, entschied sie sich für eine entsprechende Ausbildung. Damit steht sie nicht allein. Im Gegenteil: Im Bereich der stationären wie auch der ambulanten Pflege und Betreuung finden sich viele Migrantinnen aus Nicht-EU-Ländern.

### **Unterschichtung durch Migrantinnen**

Während manche Kreise glauben machen, Leute wanderten in die Schweiz ein, um sich vom Staat aushalten zu lassen, tun gerade MigrantInnen aus Nicht-EU-Staaten alles, um dies zu vermeiden. Sie wurden teilweise aktiv angeheuert, kommen als Flüchtlinge oder aus privaten Gründen. Wenn der ursprüngliche Einwanderungsgrund dahinfällt, eine mehrmonatige Arbeitslosigkeit eintritt und eventuell sogar zusätzlich Schulden auflaufen, meldet sich das Einwohneramt mit der Ankündigung, dass die Verlängerung des Jahresaufenthaltes fraglich sei. Diese Situation stellt eine zusätzliche existenzielle Bedrohung der Frauen dar und führt dazu, dass sie sozusagen jede Arbeit annehmen, egal wie schlecht die Arbeitsbedingungen sind.

*»Ich war schockiert zu sehen, wie unsere alten Leutchen an MigrantInnen abgeschoben werden: In dem Heim, wo ich mein Prakti-*

*kum absolvierte, waren fast nur Migranten in der Pflege – die man ja am liebsten auch abschieben möchte!«*

*(Elisabeth S., Absolventin des SRK-Grundkurses)*

Alters- und Pflegeheime – und ebenso die privaten ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste – stellen im Vergleich zu Akutspitälern bedeutend mehr Personal mit relativ wenig qualifizierter Ausbildung ein. Es wird davon ausgegangen, dass die Aufgaben in diesem Bereich weniger komplex seien und eine Ausbildung auf Sekundärstufe oder Attestausbildung ausreichen. Auf diesen Ausbildungsstufen sind Personen mit Migrationshintergrund prozentual übervertreten. In den Pflegehelfer-Kursen des Schweizerischen Roten Kreuzes einer Grenzstadt sind 45 Prozent der Absolventinnen Zugewanderte, wobei ein Fünftel aus Nachbarländern und die Mehrzahl aus Nicht-EU-Ländern stammt.

Der ›schockierende‹ Eindruck der oben zitierten Praktikantin dürfte sich allerdings verstärkt haben aufgrund des Umstandes, dass es vor allem diesen ›unteren Chargen‹ obliegt, die Alltagsbetreuung der gebrechlichen SeniorInnen zu besorgen. So sind sie häufiger in den Zimmern präsent als das diplomierte Pflegepersonal, das eher für Abklärungen, Kontrollen oder medizinische Pflegehandlungen bei den PatientInnen hereinschaut.

»Schweizer steigen eben schneller auf«, meint Aferditi R., eine junge Pflegeassistentin aus dem Kosovo. In ihrem Kurs vor zwei Jahren hatten alle 14 Schülerinnen einen Migrationshintergrund. Für Aferditi war der Grund für ihre Berufswahl zunächst die gute Chance, eine Lehrstelle zu finden. »Viele waren noch nicht lange in der Schweiz – da sind auch solche, die anfangs noch wenige Sprachkenntnisse hatten.«<sup>13</sup> Es gab Unterstützungsangebote: Stützkurse in Deutsch und in den medizinischen Fächern. Wichtig und attraktiv war für Aferditi R. auch, dass sich an diesen Start viele Weiterbildungs- und Umsteigemöglichkeiten anschliessen lassen. Jetzt, in ihrer Weiterbildung zur Fachfrau Pflege (FAGE), sind die Migrantinnen zu zehnt unter den 16 Kandidatinnen. »Und wir machen das gerne, wir arbeiten gerne mit Leuten!«, betont sie mit einem Anflug von Stolz: »Wir nehmen alle Menschen an wie sie sind, wir sind ja auch gastfreundlicher...«

Damit spricht sie etwas an, das in Kreisen der Altenbetreuung öfters thematisiert wird: In der ausländischen Herkunft vieler Pflegerinnen und Betreuerinnen wird ein wichtiges kulturelles Potenzial gesehen. Die Frauen kommen aus Gesellschaften, in denen das Alter eine hohe Wertschätzung erfährt, und diese kulturelle Wertung wirkt sich offensichtlich auch im alltäglichen Umgang mit den Pa-

tientInnen aus. Mit Migrantinnen als Pflegerinnen kann man also – so wird unterstellt – auf ein Potenzial von sozial kompetenten Frauen zurückgreifen, die ihre emotionellen Fähigkeiten der Gesellschaft zu geringem Lohn zur Verfügung stellen.

Die Frage ist, wie pfleglich die Arbeiterschaft mit diesem Potenzial umgeht. Einige Begegnungen mit älteren Migrantinnen, die seit 15 und 20 Jahren im Gesundheitswesen und die letzten Jahre in privaten ambulanten Diensten gearbeitet haben, lassen diesbezüglich Zweifel aufkommen. Diese Frauen wirken erschöpft wegen der zu grossen Pensen, die sie leisten müssen, um trotz des tiefen Lohnes ihre Lebenskosten zu decken. Teilweise haben sie allein Kinder aufgezogen und zusätzlich Verwandte in den Heimatländern unterstützt. Es sind oft Frauen aus Nicht-EU-Ländern, die sich teilweise trotz im Herkunftsland erworbenem Krankenpflege-Diplom<sup>14</sup> nicht in einem sicheren und weniger aufzehrenden Arbeitsverhältnis etablieren konnten.

Snezana P. beispielsweise wurde als ausgebildete Krankenpflegerin vor 24 Jahren in Serbien von einem schweizerischen Behindertenheim rekrutiert, ebenso ihr Gatte, auch er ausgebildeter Krankenpfleger. Trotz mehrmaligem Versuch gelang es Snezana zunächst nicht, ihre Ausbildung anerkennen zu lassen, da sie die Sprachprüfung trotz verständlicher Kommunikation in Deutsch nicht bestand. Nach einem Zusammenbruch und einer Krebserkrankung arbeitete sie ab 2000 Teilzeit in verschiedenen privaten Pflegediensten, oft in der Funktion einer Pflegerin, die ihr aber nur als Hilfspflegerin vergütet wurde. Vor vier Jahren wurde ihre Kompetenz in der Pflege schliesslich – ohne Deutschprüfung – anerkannt, doch beruflich veränderte sich Snezana nicht mehr. Sie beklagt sich darüber, viel Herabsetzung und auch Betrug erlebt zu haben und wirkt, nun kurz vor der Pensionierung, erschöpft und verwirrt.

Zweifellos hat sich aufgrund der klaffenden Nachwuchslücke in den Gesundheitsdiensten in letzter Zeit einiges getan bezüglich vermehrter Angebote für Zugezogene. Sie riskieren allerdings immer noch, auf den unteren Ausbildungsniveaus ›kleben‹ zu bleiben oder grosse Abstriche an ihrem im Ausland erreichten Ausbildungsgrad hinnehmen zu müssen. Insbesondere aus den Pflegeabteilungen der Spitäler ist bekannt, dass Spannungen zwischen den verschiedenen Hierarchiestufen bestehen, die sich unter Stress verstärken. Dabei geht es um die Verteilung der Aufgaben: Wer muss die mühsamsten Arbeiten übernehmen? Wer sitzt ›gemütlich‹ im Büro? Es ist zumindest nicht auszuschliessen, dass viele Frauen sich für die Arbeit in ambulanten Diensten entscheiden in der Hoffnung, selbständiger arbeiten zu können und weniger mit Unterordnung konfrontiert zu sein.

## Reformen in Sicht?

Für eine bessere Integration der verschiedenen Tätigkeiten werden nun in der gemeinnützigen Spitex oft diplomierte Pflegerinnen und Fachangestellte FAGE zu Tandems mit gemeinsamer Verantwortung für eine gewisse Zahl von PatientInnen zusammengefasst. In einigen Pflegeheimen werden Tandems aus Grundpflegerinnen und den Fachkräften gebildet. Auch andere Verbesserungen werden in zahlreichen Bereichen laufend entworfen und getestet. Das schweizerische Gesundheitsobservatorium hat kürzlich eine Studie veröffentlicht, die die Missachtung ausländischer Berufsabschlüsse bei Spitalpersonal eruiert hat und auch hier zu Neuerungen aufruft (Vangelooven et al., 2012).

Etwas bewegt sich, muss sich bewegen angesichts der immer grösseren Lücken im Pflegepersonal. Im ambulanten Pflegewesen hat sich ein Überhang an Problemen gebildet, die die Qualität und damit die Strategie in Frage stellen. Wohl tauchen auch hier verbesserte Organisationsmodelle auf, bleiben aber punktuell. Seit 2011 ein Normalarbeitsvertrag für Hauspersonal eingeführt wurde, sind die Stundenlöhne der Betreuerinnen und Grundpflegerinnen in privaten Pflegediensten zumindest nach unten limitiert, die Arbeit bleibt dort aber weiterhin hoch prekär. Es ist nicht tolerierbar, dass diese Dienste mit staatlichen Geldern unterstützt werden, die Betreuerinnen und Pflegerinnen aber nicht zu orts- und branchenüblichen Bedingungen angestellt werden.

## Anmerkungen

1 Alle Namen sind verändert, aber der Redaktion bekannt.

2 Viele Kantone und Gemeinden sparen dadurch Immobilienkäufe, und die Kosten einer ständigen Präsenz von Pflege- und Betreuungspersonal in Heimen übersteigen jene der Spitex beträchtlich.

3 Ab 2010 werden die Daten für die öffentlich-gemeinnützige und die private-gewinnorientierte ambulante Pflege und Betreuung gemeinsam geführt. Wie ich später ausführe, unterscheiden sich diese beiden Formen massiv, deshalb wird hier nur der Zeitraum 2000–2009 dokumentiert.

4 KLV: Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

5 Auf die Ausnahme im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen (Rückgang der Leistungen) komme ich noch zurück.



6 Für eine detaillierte Beschreibung der gesetzlichen Grundlagen, Trägerstrukturen und Finanzierungsregeln siehe z.B. Ringger (2012)

7 Siehe dazu die entsprechenden Tabellen des Bundesamtes für Statistik: Historisches Lexikon, Thema Spitex (Bundesamt für Statistik, verschiedene Jahrgänge).

8 Eine wichtige Begrenzung bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen liegt in der maximalen Zahl Stunden pro Person und Quartal (13 Wochen), die von den Kassen vergütet werden. Diese Zahl liegt bei 60 Stunden, was einem Schnitt von 4,62 Stunden pro Woche entspricht. Für eine Überschreitung dieser Grenze muss ein Antrag an die zuständige Krankenkasse gestellt werden.

9 Siehe dazu auch Madörin in diesem Band.

10 Die staatlich initiierte Spitex hat allerdings oft auch privatrechtlichen Status.

11 Durch die Krankenkassen rückerstattungspflichtige, ärztlich verschriebene Leistungen (KLV: Krankenpflege-Leistungsverordnung).

12 Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft (NAV Hauswirtschaft), Bundesvorschrift erlassen per 1. Jan. 2011, vorläufig bis 2013 gültig.

13 Einstiegsbedingung ist wie bei den Pflegehelfer-Kursen das relativ hohe Sprachniveau B2 in Deutsch.

14 Anerkennungsgesuche können an das schweizerische Rote Kreuz (SRK) gerichtet werden, die Kosten von 800 Franken müssen die Antragsstellerinnen allerdings selbst berappen. Manche Frauen scheitern auch an den geforderten Deutschkenntnissen oder Zusatzausbildungen, die nur in Spitälern oder teuren Privatkursen angeboten werden. Die Kosten von Deutschkursen und Zusatzausbildungen verhindern, dass die Migrantinnen die Anerkennung erneut beantragen. Es zeigt sich, dass nur eine sehr hohe Vorbildung (Maturität oder Universität) hilft, die verlangten Sprachkenntnisse innert nützlicher Frist zu erwerben.

## Literatur

Bundesamt für Statistik: Spitex 2011: Synthese nach Leistungserbringer. Neuchâtel 2012.

Bundesamt für Statistik: Allgemeine Kollektion: Spitex (Thema 14.3.4.2). Neuchâtel o.J.

Greuter, Susy: Private Pflegedienste: Ein wachsendes Heer prekär Beschäftigter. In: Denknetz-Jahrbuch 2012, S.219–228.

Dies.: Ein immer grösseres Heer prekär Beschäftigter – Arbeit in privaten Pflegediensten. Soziale Medizin 4. 2011.

Dies.: Langzeitpflege, Service Public und der Druck der Ökonomisierung. In: Denknetz-Jahrbuch 2010, S. 106–112. Heusser, P.; E. Neugebauer; B. Berger; E.G. Hahn: Integrative und personalisierte Gesundheitsversorgung – Forderungen für ein zeitgemässes Gesundheitssystem. Das Gesundheitswesen. 75(3) 2013, S. 151–154.

Home Instead Senior Care: Die Alterswelle – eine Herausforderung für unser soziales System. 2009. [www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/White\\_paper\\_zur\\_Studie\\_2009\\_pdf\\_1952\\_1.pdf](http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/White_paper_zur_Studie_2009_pdf_1952_1.pdf)

Ringger, Beat: Die Spitex in der Schweiz. Eine Auslegeordnung. Verband des Personals öffentlicher Dienste vpod. Zürich 2012.

Schwaller Spampinato, C. (2011). Zwischen Emotionalität, Professionalität und wirtschaftlichem Spardruck. Unveröffentlichte Masterarbeit. Bern 2011.

Vangelooven, Christa; Dirk Richter; Petra Metzenthin: Zugewandertes Pflegeassistenzpersonal und Brain Waste I. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2012.