

Die Industrialisierung der (mobilen) Pflege durch Ökonomisierung und Standardisierung: Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen und Chancen zur Gegenwehr

Vortrag auf der Tagung: „Würdig altern – würdig arbeiten in Pflege und Betreuung“,
3.5.2013, Bern

Manfred Krenn

Folie 1

Zunächst vielen Dank für die Einladung zu dieser überaus interessanten Veranstaltung, die den heute so zentralen Begriff der menschlichen Würde, der ja nicht nur aber in besonderer Weise die Pflege berührt, gleich in zweifacher Weise in Zentrum stellt. Ich werde versuchen die innerschweizer Diskussion um einige österreichische Facetten zu bereichern und hoffe, dass der Versuch der interkulturellen Kommunikation glückt und nicht wie so oft mehr Verwirrung stiftet als zu Klärungen beiträgt. Obwohl ich glaube, dass die aus dem österreichischen Kontext gewonnenen Einsichten bei Anwendung der benötigten Sorgfalt auch gewinnbringend auf die Schweizer Verhältnisse umgemünzt werden können.

Im Zentrum meines Vortrags stehen aktuelle Tendenzen einer zunehmenden Ökonomisierung von Pflege mit weitreichenden Auswirkungen auf beide Seiten des pflegerischen Prozesses, die Gepflegten und die Pflegenden, wobei ich mich schwerpunktmäßig auf zweiteres konzentrieren werde.

Nachdem ich Arbeitssoziologe bin, lassen Sie mich am Beginn zunächst einige Worte zur Charakterisierung von Pflege als Arbeit, als Berufsarbeit sagen. Denn ohne die Herausarbeitung des besonderen Charakters von Pflege als Arbeit kann man die nachfolgenden Ausführungen zu aktuellen Tendenzen ihrer gesellschaftlichen Regulierung und deren Auswirkungen nicht angemessen begreifen.

Folie 2

Die Bestimmung von Pflege als Berufsarbeit

Die Bestimmung von Pflege als Berufsarbeit bereitete von Anfang an Schwierigkeiten. Das liegt v.a. an ihrer inhaltlichen Nähe zu den unbezahlten Formen privater Alltags- und Versorgungsarbeit und den für die herkömmlichen Kriterien zur Bewertung von Erwerbsarbeit diffusen Inhalten, in denen sich medizinisch-fachliche, kommunikativ-kooperative und emotional-interaktive Anforderungen und Handlungsweisen untrennbar miteinander verbinden. Damit entzog sich die Pflege bis zu einem gewissen Grad den herkömmlichen auf Rationalität und Verwissenschaftlichung ausgerichteten Bewertungsmaßstäben von Erwerbsarbeit, was ihre Eingrenzung als verberuflichte Erwerbsarbeitsform von Beginn an schwierig machte und sich im Kampf um die Ausdeutung ihrer Professionalisierung niederschlägt. Ihre geschichtliche Herkunft aus der ehrenamtlichen sozialen Arbeit von (bürgerlichen) Frauen (Willms-Herget 1985) bzw. aus christlich-kirchlichen Zusammenhängen und die folgende Etablierung als Frauenberuf führten zu einer ständigen Vermischung von Weiblichkeitsideologie und Professionalität. In den kulturell-gesellschaftlichen Bildern dieses Berufes taucht immer wieder jenes von "Pflege als Liebesdienst" oder "Dienst am Menschen aus Nächstenliebe" (vgl. Rieder 1999) auf. Insofern

war und ist es ein wesentliches Ziel des Professionalisierungsdiskurses, die in diesen Bildern enthaltene Reduzierung von Pflegearbeit auf "weibliches Arbeitsvermögen" und fürsorgliche Tätigkeit ohne hohe qualifikatorische Anforderungen zu überwinden. Dieser Diskurs verhindert zudem bis heute, dass die interaktiven Anteile und die dafür erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen als erworbene und zu erlernende Qualifikationen anerkannt, im Berufsbild abgesichert und entsprechend bezahlt werden und dass Pflegeberufe zu Berufen mit anerkannten Qualifikationsprofilen und beruflichen Aufstiegsleitern werden.

Der Professionalisierungsdiskurs innerhalb der Pflegeberufe betont sehr stark die (männlich konnotierte) medizinisch-wissenschaftliche Seite, nicht zuletzt um (professionelle) Anerkennung zu finden und aus der Reduzierung der Pflege auf Fürsorge und der mit dieser Gender-Zuschreibung verbundenen Abwertung zu entkommen. Allerdings besteht dabei die Gefahr, dass das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird und die emotionalen und kommunikativen Seiten des Pflegeprozesses nicht mehr als inhärente Bestandteile, sondern als Zutat bzw. sogar als Schwäche (fehlende Abgrenzung) etikettiert werden. Damit läuft aber der Professionalisierungsdiskurs meines Erachtens Gefahr, für die vorherrschende Tendenz zur Ökonomisierung der Pflege instrumentalisiert zu werden (zur Analyse dieser Entwicklung in Deutschland vgl. Krampe 2003).

Folie 3

Der entscheidende Punkt, in dem sich Pflegearbeit von anderen Arbeitsformen unterscheidet, ist der Arbeitsgegenstand. In der Pflege geht es nicht um die Bearbeitung von materiellen oder immateriellen Objekten, der Arbeitsprozeß besteht vielmehr aus der Begegnung zweier Subjekte. Diesem Umstand wird in neueren arbeitssoziologischen Konzepten insofern Rechnung getragen, als Pflege als interaktive Arbeit gefasst wird (vgl. Büssing et al. 2001, Dunkel/Rieder 2001). Das bedeutet im Wesentlichen, dass Pflege als ein Interaktionsprozess von PflegerIn und KlientIn begriffen wird, bei dem beide Seiten zum Ergebnis der Arbeit aktiv beitragen. In der sog. Ko-Produktionsthese (vgl. Gross/Badura 1977) verdichtet sich die Doppelrolle des/der Klient/in als EmpfängerIn und MitproduzentIn der Dienstleistung.

Fritz Böhle und Sabine Weishaupt (2003) gehen darüber hinaus, in dem sie auf den "doppelten Personenbezug" von Pflege hinweisen. Dieser umfasst zum einen die marktvermittelte Interaktion, die sich an den Dienstleistungsnehmer als Nachfrager nach Dienstleistungen richtet, und zum anderen die Bearbeitung des Dienstleistungsnehmers als "Arbeit am Menschen". Wenn man diese "Arbeit am Menschen" als Arbeit am Subjekt begreift, dann ergeben sich daraus folgenschwere Konsequenzen für das, was den eigentlichen Kern dieser Arbeit ausmacht und die Art und Weise, wie sie durchgeführt wird. Denn aus der Berücksichtigung des Subjektcharakters des Dienstleistungsnehmers, also des zu Pflegenden, ergibt sich die sehr begrenzte Berechenbarkeit und Beherrschbarkeit dieses „Arbeitsgegenstandes“. Das hat wiederum Auswirkungen darauf, was als Anforderungen im Berufsfeld Pflege definiert wird und welche Kompetenzen zu deren Bewältigung notwendig sind.

Mit dem von Böhle entwickelten Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns als Kern direkt personenbezogener Dienstleistungsarbeit im Gegensatz zu rein zweckrationalem

Handeln wird der doppelte Subjektcharakter - sowohl jener der Pflegekräfte als auch jener der DienstleistungsnehmerInnen - berücksichtigt. D.h. um die Subjektivität des Dienstleistungsnehmers in der und durch die Arbeit angemessen zu berücksichtigen, müssen die Pflegekräfte ihre eigene Subjektivität in den Arbeitsprozess einbringen. Der entscheidende Punkt besteht darin, dass subjektive Faktoren wie Gefühl, Empfinden und Erleben keine nebensächlichen Zutaten darstellen, sondern zentrale Grundlagen des Arbeitshandelns, die direkt funktional für das Arbeitsergebnis, im Fall der Pflege des Wohlbefindens von KlientInnen, und damit ziel- und ergebnisorientiert sind.

Die darin enthaltenen Arbeitsweisen - explorative Vorgehensweise, sinnliche Wahrnehmung in Verbindung mit subjektivem Empfinden, bildhaftes und assoziatives Denken und eine emotionale Beziehung zu Arbeitsgegenständen (vgl. ausführlicher Böhle 2002; Böhle/Weishaupt 2003), – basieren demnach auf adäquaten professionellen Kompetenzen, um die Bewältigung der Anforderungen, die aus dem Subjektcharakter des Arbeitsgegenstandes resultieren, zu gewährleisten. Ähnlich lässt sich der von Kari Waernes für die Kennzeichnung der Arbeit in der Pflege geprägte Begriff der „Fürsorgerationalität“ begreifen, dem eine Denkweise zugrunde liegt, die „eher kontextuell und beschreibend als formell und abstrakt ist ... sowie Lebenserfahrung und die Fähigkeit, sich in die Situation des Einzelnen hineinzusetzen“ erfordert (Waernes 2000:60). Diese besondere Form von Rationalität bedarf laut Waernes bewusster und mitfühlender Akteure und steht damit im Gegensatz zur wissenschaftlichen und bürokratischen Rationalität, die in der Planung und Organisation von Pflege dominiert (Ebenda).

Folie 4

Besonderheiten der Arbeit in der mobilen Pflege

Ein besonderes Kennzeichen der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung ist die Vielzahl an Unwägbarkeiten, die täglich auftreten können. Das beginnt mit Problemen bezüglich des Zugangs zum Arbeitsort – etwa wenn misstrauische, verwirrte oder schwerhörige alte Menschen die Tür nicht öffnen – , setzt sich fort in unerwartet auftretenden Verschlechterungen im physischen Zustand der KlientInnen, deren psychischer Tagesverfassung, dem Fehlen von Medikamenten und anderen Behelfen bis zur Störung durch Angehörige. Die gesamten sozialen Zusammenhänge und Beziehungen, in die die Klienten eingebettet sind, sind für die Arbeit – im Gegensatz zur stationären Pflege – von unmittelbarer Bedeutung.

D.h. die Arbeit im Außendienst, in der „Prärie“, wie es eine Gesprächspartnerin in einem meiner Forschungsprojekte formulierte, steckt täglich voller Überraschungen, die im Alltag von stationären Pflegeeinrichtungen nicht vorkommen. Dieser Umstand muss zum einen in das Berufsverständnis der Pflegekräfte im Sinne einer mentalen Grundeinstellung einfließen, damit diese reaktions- und handlungsfähig bleiben, und führt zum anderen aber auch dazu, dass die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung nur in sehr eingeschränktem Maße vorab planbar ist. Der stark interaktive Charakter der mobilen Pflege und Betreuung kommt auch zumindest in meinen Studien im Berufsverständnis der Pflegekräfte klar zum Ausdruck, in der das Eingehen auf den/die jeweilige Klienten/in eine zentrale Bedeutung für die Arbeit spielt. Dies drückt sich v.a. in drei Aspekten für gute Arbeit aus: dem Stellenwert von

Vertrauensbeziehungen, der Bedeutung von Kommunikation und der Relevanz der Lebensgeschichte bzw. der Persönlichkeit der KlientInnen.

Folie 5

Ökonomisierung und Industrialisierung

Wenn ich von Ökonomisierung im Zusammenhang mit Pflege als übergreifender Tendenz spreche, so muss man erwähnen, dass die konkreten Ausdrucksformen dieser Ökonomisierung in den einzelnen Ländern, etwa den DACH-Ländern, durchaus unterschiedlich sind, sich allerdings ähnliche grundlegenden Tendenzen erkennen lassen. Die Sozialdienste, wie überhaupt das gesamte Gesundheits- und Versorgungssystem geraten in allen Ländern unter einen steigenden Kostendruck. Es werden zunehmend Systeme der Leistungserfassung eingeführt, die bestimmten beruflichen Handlungen, wie das Anlegen eines Verbandes, Körperpflege, ...) nicht nur zeitliche Einheiten zuweisen sondern auch abrechenbare Geldbeträge. Beides, Zeit und Geld, ist zumeist nicht nur knapp bemessen sondern bringen für die Pflegekraft auch einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand mit sich, da jede Leistung dokumentiert muss. Dies wiederum versucht man häufig mit technischen Maßnahmen, etwa einer computergestützten Leistungserfassung, in den Griff zu bekommen. Diese Veränderungen haben den Effekt, dass das ökonomische Kalkül Einzug hält in die Organisation und Praxis der mobilen Pflegearbeit: D.h. den Maßstab für die Leistungen bildet nicht mehr nur, was den Pflegenden für die Pflegebedürftigen sinnvoll erscheint, sondern auch und immer stärker, das, was sich rechnet.

Im Zuge dieser Ökonomisierung und Kostenreduzierung kommt es eben auch zu einer Tendenz der Aufspaltung und Zerlegung eines bis dato weitgehend ganzheitlichen Pflegeberufes („wir sind ein Sozialberuf“, wie es eine Gesprächspartnerin ausdrückte) in einzelne Teilfunktionen, die sehr stark an tayloristische Arbeitsorganisations- und Bewertungsmuster erinnern. Die knappen zeitlichen Vorgaben basieren auf Zeitmessungen für standardisierte Tätigkeiten, die Taktzeiten an Fließbändern in der industriellen Produktion ähneln. D.h. mit dem ökonomischen Kalkül wird gleichzeitig das Paradigma des zweckrationalen Handelns zum beruflichen Maßstab. Das bedeutet, dass für ein gegebenes Ziel die nötigen Mittel und Wege im voraus gedacht und geplant, systematisiert und mit geringstmöglichem Aufwand umgesetzt werden. Anschließend wird überprüft, ob alles nach Plan gelaufen, ob das Ziel erreicht wurde. Pflege wird in diesem Prozess als herkömmliche Arbeit, eben als zweckrationale Bearbeitung von Objekten konzipiert. Es werden zunehmend Kriterien für die Organisation der Arbeit, für die Beurteilung von Effizienz und Dienstleistungsqualität angelegt, die aus Industriearbeit stammen. Mit den entsprechenden Folgen. Es kommt zu einem verstärkten Technikeinsatz, einer Standardisierung und Formalisierung von Abläufen, der Anwendung zeitökonomischer Rationalisierung begleitet von einer Bürokratisierung durch technikdominierte Dokumentation. D.h. man kann in diesem Zusammenhang mit einigem Recht von einer Industrialisierung von mobiler Pflege sprechen, um die vor sich gehenden Veränderungen mit einem Begriff zuzuspitzen und zu charakterisieren.

Folie 6

Die Auswirkungen von zunehmender Ökonomisierung und Standardisierung auf die Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege

In einem solchen Rahmen der Organisation von mobiler Pflegearbeit verlieren die KlientInnen ihre „Ko-Produzentenrolle“ und damit ihren Subjektcharakter und werden zunehmend als Objekte behandelt. Gleichzeitig wird aber auch subjektivierendes Arbeitshandeln der Pflegekräfte erschwert. Insofern kann davon gesprochen werden, dass es im Prozess einer zunehmenden Ökonomisierung und Standardisierung, ja einer Industrialisierung der Pflegearbeit zu einer doppelten Missachtung von Subjektivität, die sich aus ihrem interaktiven Charakter ergibt, kommt: jener der KlientInnen und jener der Pflegekräfte. und damit geht in vielen Fällen auch ein Verlust der menschlichen Würde einher. Die ganzheitliche Sichtweise des Arbeitsgegenstandes Mensch als Subjekt und die entsprechenden Umgangsweisen werden auf eine instrumentelle Handhabung reduziert.

„Und dann steht man wieder alleine und der Druck ist wieder da, und man will ihm das ja trotzdem machen und es geht sich nicht anders aus. Und man kann ja nicht rechnen für einen Klienten brauch ich eine Viertelstunde zum Runterwaschen, weil beim andern brauch ich vielleicht eine Dreiviertelstunde, weil man mit dem einen langsamer reden muss, man kann das nicht alles sagen. Bei dem tu ich Haarwaschen, bei dem einen brauch ich 10 Minuten, bei den anderen auch überall 10 Minuten oder was? Das geht nicht. ... Nein das geht unmöglich. Das wäre dann unmenschlich. Wenn ich sag, gut das darf nur 15 oder 10 Minuten für eine Körperpflege dauern und dann fall ich über den Menschen her. Ich mein, da ist es besser man lasst das überhaupt bleiben, die Krankenpflege zuhause. Das kann es nicht sein.“ A7(16) - Heimhelferin

Der stark interaktive Charakter der mobilen Pflege und Betreuung bedeutet, dass es sich um eine Arbeit handelt, die – neben körperlicher Beanspruchung – v.a. hohe psychisch-emotionale Anforderungen an die Arbeitskräfte stellt. D.h. die Arbeit selbst ist eine Quelle von Belastungen: durch schweres Heben und Tragen, durch das Verhalten von KlientInnen aber auch von Angehörigen, durch den körperlich-seelischen Zustand und den Tod von KlientInnen. In den letzten Jahren hat sich aber die Arbeitssituation entscheidend verschärft, da die Pflegekräfte zwischen die Mühlsteine zweier gegensätzlicher Entwicklungen geraten: Steigende Arbeitsanforderungen in der Arbeit selbst stehen unzureichende Ressourcen aufgrund von Kostenminimierungs-Strategien gegenüber.

Dieser steigende Arbeitsaufwand findet aber keine Entsprechung in einer Aufstockung des Pflegepersonals. Das bedeutet, dass mit dem selben bzw. dort, wo keine Nachbesetzungen stattgefunden haben, sogar mit niedrigerem Personalstand ein weitaus größerer Aufgabenumfang bewältigt werden muss. Das ist die Hauptquelle für den zunehmenden massiven Arbeits- und Zeitdruck, unter dem die Pflegekräfte leiden. Das von KlientInnenorientierung und Empathie gekennzeichnete Arbeitsverständnis der Pflegekräfte gerät durch die zunehmende Ökonomisierung, die v.a. in ungenügender Personalbemessung, strikten Zeitvorgaben und zunehmenden Dokumentationsaufgaben zum Ausdruck kommt, stark unter Druck.

In unseren Untersuchungen zu mobilen Pflege haben wir gefunden, dass die Qualität der mobilen Pflege unter stark ökonomisierten Rahmenbedingungen zur Zeit tlw. nur durch das hohe Engagement der Pflegekräfte aufrecht erhalten werden kann. Sie versuchen dabei ihr Verständnis von Pflegearbeit, das von einem ganzheitlichen Herangehen geprägt ist, gegen

den zunehmenden Druck der Ökonomisierung zu verteidigen, was allerdings vielfach nur durch verschiedenste Formen der Selbstausbeutung (unbezahlte Mehrarbeit bzw. Verdichtung der Arbeit) erreicht werden kann. Die hohen Belastungen, die mit dieser (Not)"Lösung" auf dem Rücken der Arbeitskräfte verbunden sind, führen aber gleichzeitig deren Begrenztheit vor Augen.

Folie 7

Ich wende mich daher jetzt im abschließenden Teil meines Vortrages den Chancen zur Gegenwehr gegen die skizzierten Entwicklungen zu.

Besonderheiten der Partizipationschancen: individuelle Partizipation

Die räumliche Zersplitterung der Pflegearbeit durch ihre mobile Ausrichtung hat eindeutig positive Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Durchführung der Arbeit und teilweise (v.a. für die diplomierten Pflegekräfte) auch auf die Planung, also jene Aspekte, die wir mit Selbstorganisation bezeichnen. Dieser Umstand wird von den Pflegekräften selbst immer wieder hervorgehoben und erschließt sich in seiner Bedeutung erst im Kontrast zu den Bedingungen in der stationären Pflege, die sich in vielfältigen und langjährigen Erfahrungen der InterviewpartnerInnen niederschlagen. Man könnte sagen, dass die durch die Einzelarbeit im Außendienst individualisierte Arbeitsstruktur die Pflegearbeit ein Stück weit von ihrer untergeordneten Position, die ihr im institutionellen System der stationären Einrichtungen zugewiesen wird, und den damit verbundenen Beschränkungen und Begrenzungen befreit. Da es sich bei der Pflege um einen „typischen“ Frauenarbeitsbereich handelt, geht es bei dieser „Befreiung“ aus Unterordnung nicht nur um das starr hierarchische institutionelle System an sich, sondern auch um die männlich dominierte Definitionsmacht und -kontrolle, die in der stationären Pflege v.a. von Ärzten und Krankenhausmanagern ausgeübt wird. Obwohl sich auch die mobile Pflege nicht gänzlich dieser Definitionsmacht entziehen kann, entwickeln sich in und durch die Arbeitspraxis eigenständige Umgangsformen und auch Kompetenzen, die „von außen“ v.a. dann wahrgenommen werden, wenn sich, wie Pflegekräfte in einer meiner Untersuchungen (vgl. Krenn 2003) berichten, Hausärzte über „emanzipierte Schwestern“ der mobilen Pflege wundern.

Entsprechend auffallend ist in der mobilen Pflege auch ein großes inhaltliches Interesse der Beschäftigten an ihrer Arbeit. In den Arbeitsorientierungen überwiegen hohe Ansprüche an die Qualität der Dienstleistung, die die Beschäftigten auch bei einer Beschränkung der Ressourcen noch aufrechtzuerhalten versuchen. D.h. dieses Stück „Freiheit“ muss in den letzten Jahren immer wieder verteidigt werden, wenn aus Gründen der Ökonomisierung und Effektivierung versucht wird, über enge zeitliche und inhaltliche Vorgaben und geringe Ressourcenausstattung diese Selbständigkeit einzuschränken. Durch den zunehmenden Kostendruck, der in Österreich v.a. von den Budgetrestriktionen der öffentlichen Hand ausgeht, und den daraus folgenden Rationalisierungsstrategien der Organisationen besteht tatsächlich die Gefahr, dass vorhandene Gestaltungsspielräume der Pflegekräfte beschnitten werden.

Folie 8

Welche Ansprüche stellen sie aber nun im Lichte dieser Widersprüche an Partizipation? In der mobilen Pflege entwickeln sich Partizipationsansprüche – so unser Ergebnis – entlang von subjektiven Partizipationskompetenzen, d.h. Ansprüche werden dort erhoben, wo sich die Pflegekräfte kompetent fühlen und sich deshalb eine Mitsprache auch zutrauen. Damit bleiben allerdings die Partizipationsansprüche in den meisten Fällen auf die unmittelbare Arbeit mit den KlientInnen beschränkt. Fragen, die die ökonomische Sphäre und damit den zentralen Bereich der Ressourcenzuteilung betreffen, bleiben als Gegenstand der Mitwirkung bei der Mehrzahl der Interviewten weitgehend ausgeblendet. Daraus folgt eine Beschränkung auf Beteiligung zur bestmöglichen Bewältigung der Arbeit trotz mangelhafter Ressourcenausstattung unter hohem persönlichen Einsatz und großen Belastungen. Mit dieser Beschränkung wird gleichzeitig der aus Sicht der Pflegekräfte unbefriedigende Status quo stabilisiert. Es finden sich aber auch Ausnahmen von dieser Regel: Einzelne Pflegekräfte machten die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit explizit zum Thema und formulierten Mitbestimmungsansprüche nicht nur im Hinblick auf die unmittelbare Arbeit, sondern auch in Hinsicht auf die Gesamtorganisation.

Folie 9

Die Beschränkung der Partizipationsansprüche bei den Pflegekräften hat meines Erachtens auch mit tief verwurzelten, gesellschaftlichen Geschlechtszuschreibungen zu tun. Ist Pflege- und Sorgearbeit ein auch gesellschaftlich anerkanntes und damit legitimes Feld weiblicher Aktivität, so trifft das auf Fragen betrieblicher Regulierung weit weniger zu. Wenn, wie Pierre Bourdieu (1997:171f) formuliert, die einem Akteur gesellschaftlich zuerkannte Kompetenz ausschlaggebend ist für die subjektive Neigung, sich diese Kompetenz auch anzueignen bzw. deren Aneignung als legitim zu betrachten, dann eröffnet sich damit ein Zugang zu den reduzierten Partizipationsansprüchen der weiblichen Pflegekräfte. Gleichzeitig werden aber auch Unterschiede nach Qualifikationsniveaus – als Ausdruck von unterschiedlichem kulturellem Kapital interpretierbar – deutlich. Auch innerhalb der mobilen Pflege erheben die geringer qualifizierten HeimhelferInnen geringere Partizipationsansprüche als die diplomierten Pflegekräfte. Das kulturelle Kapital in Form von Berufsabschlüssen und Weiterbildungszertifikaten bzw. die auf diesem Hintergrund ausgebildeten Kompetenzen, wie Sprachfähigkeit und das Auftreten im Betrieb, sowie das darauf aufbauende Selbstbewusstsein (als AkteurIn) prägen Partizipationsfähigkeiten und -ansprüche und damit auch die individuellen Partizipationschancen.

Dazu kommt die gesellschaftliche Bewertung der Tätigkeit: Mobile Pflege wird nach wie vor Erwerbsarbeit und karitativer Fürsorge zugeordnet. Diese niedrige Bewertung – oder fehlende Anerkennung – im gesellschaftlichen Berufs- und Arbeitssystem hat nicht nur Auswirkungen darauf, wie man als Beschäftigte wahrgenommen wird, sondern auch darauf, was man/frau verlangen kann. Sie berührt die Selbstverständlichkeit und Legitimität von Ansprüchen, was wiederum nicht ohne Folgen für die Konfliktfähigkeit bleibt.

Ich möchte zur Verdeutlichung ein Beispiel aus einer Studie über Industriearbeiter einfließen lassen. Stéphane Beaud und Michel Pialoux beschreiben in ihrer Studie über die Peugeot-Arbeiter, dass die Facharbeiter in den Peugeot-Werken „über ein beträchtliches berufliches, kulturelles und politisches Kapital verfügten“. Die Wertschätzung und das Ansehen, das diese auch bei den leitenden Angestellten genossen – und das ein wichtiges Fundament dafür war, dass sie die Speerspitze des politischen und gewerkschaftlichen Engagements bildeten – war sowohl beruflich als auch moralisch fundiert. Das heißt, der Respekt, der ihnen entgegengebracht wurde, war eine wichtige Quelle dafür, dass sie zu politischen Akteuren im Betrieb werden konnten (Beaud, Pialoux 2004, S.103). Dieses berufliche, kulturelle und politische Kapital fehlt den meisten Pflegekräften. So verweisen die Pflegekräfte im Zusammenhang mit geäußerten Ohnmachtsgefühlen immer wieder auf den untergeordneten und geringen gesellschaftlichen Status ihrer Arbeit und des Berufsfeldes insgesamt.

„Also mitzubestimmen muss ich sagen, wenn da andere Organisationen sagen, die können mitbestimmen, glaub ich es nicht. Zumindest in unserer Branche glaub ich es nicht. Weil man kann, es sind die Vorgaben da vom Magistrat, du kannst deine Arbeit machen, aber sonst, ja, was willst du viel mitbestimmen?“ („Helfende Hand“-A7-26)

Folie 10

Mobile Arbeit als Barriere

Ich wende mich nun dem Aspekt der repräsentativen Partizipation, also der Beteiligung an kollektiver Interessenvertretung zu.

Der Betrieb als räumliche und soziale Einheit ist eine entscheidende Voraussetzung für Partizipation und kollektive betriebliche Interessenvertretung. Am Beispiel der mobilen Pflege kann gezeigt werden, dass ohne räumliche Nähe und persönliche Treffen die Verständigung und der Zusammenhalt unter den Arbeitskräften und die Kommunikation mit dem Betriebsrat kaum zu erreichen sind. Dennoch war es für uns erklärungsbedürftig, warum in unserer Studie beispielsweise freigestellte Betriebsratsvorsitzende in Pflegeorganisationen die aus der räumlichen Distanz resultierenden Schwierigkeiten nicht überwinden. Der Grund dürfte darin liegen, dass neben der Dezentralisierung und geografischen Verteilung noch andere Barrieren bestehen. Zum einen besteht in Großorganisationen eine große soziale Distanz zwischen den Beschäftigten in der mobilen Pflege und anderen Berufsgruppen, zudem sind in der Regel die Pflegekräfte nicht oder kaum in entscheidenden Positionen im Betriebsrat vertreten. Eine Vertrauensbeziehung zwischen Pflegekräften und Betriebsrat wäre also nur durch eine Überwindung dieser sozialen Barriere zwischen den Berufsgruppen erreichbar. Hinzu kommt zweitens, dass häufig Männer die Position des Betriebsratsvorsitzenden einnehmen, aber die überwiegende Mehrheit der Pflegekräfte Frauen sind. Auch diese tradierte Geschlechtertrennung behindert offensichtlich das Verständnis, die Kommunikation und wirksame Vertretung der spezifischen Interessen. In unseren Fallstudien wurde deutlich, dass die betriebliche Interessenvertretung in den untersuchten Organisationen für die Pflegekräfte kaum eine Option für die Durchsetzung ihrer Interessen darstellt. Durch fehlenden Kontakt, schlechte Erfahrungen durch fehlende Unterstützung – fehlt die Vertrauensbasis, die eine wesentliche Voraussetzung für eine Nutzung der betrieblichen Interessenvertretung durch die Arbeitskräfte darstellt. Die Betriebsräte sind also in vielen

Fällen nicht in der Pflegebelegschaft verwurzelt und bleiben auch ihrerseits ohne Unterstützung durch diese Berufsgruppe. Drittens hat sich gezeigt, dass die dezentrale Organisation und die mobile Arbeit zu einem starken Zusammenhalt in den räumlich verteilten Stationen bzw. Teams führen. Dieser für die Beschäftigten wichtige Rückhalt im Team hat die Schattenseite, dass es häufig mit einem Tabu belegt ist, Angelegenheiten nach außen zu tragen. Es besteht vielmehr die zwingende Erwartung, dass man alles „in der Familie“ löst. Der Betriebsrat in der Zentrale ist in diesem Sinne „draußen“.

Die Situation in der mobilen Pflege ist also dadurch gekennzeichnet, dass seitens der Organisationen versucht wird, die Lösung des Widerspruchs der Aufrechterhaltung der Qualität der Dienstleistung bei zunehmend restriktiveren Rahmenbedingungen durch eine verstärkte Instrumentalisierung der subjektiven Arbeitsorientierungen der Beschäftigten zu erreichen.

Folie 11

Diese Entwicklung kann durchaus einen Punkt erreichen, wo die hohe subjektive Arbeitsorientierung der Pflegekräfte vom Management dazu genutzt wird, die durch fehlende Ressourcen entstehenden Lücken ohne eigenen Aufwand zu kompensieren und dennoch eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen. Die Selbstorganisationspotenziale der Pflegekräfte könnten sich dann gegen sie selbst wenden, wenn ihre Verausgabung zur Aufrechterhaltung qualitativ hochwertiger Pflege unter restriktiveren Bedingungen tendenziell nur in langfristig selbstschädigender Weise möglich ist.

Insgesamt haben wir in unserer Untersuchung sehr reduzierte Chancen der Gegenwehr gegen die aktuellen Entwicklungen festgestellt. In der mobilen Pflege verbinden sich Aspekte auf der individuellen Ebene, wie etwa das mangelnde Selbstbewusstsein vieler Pflegekräfte, mit solchen auf der kollektiven Ebene – v.a. die geringe Durchsetzungsfähigkeit der repräsentativen Interessenvertretung – zu einem Gemisch, das die Partizipationschancen reduziert. Die untergeordnete Position, die der Pflege als Berufsfeld insgesamt traditionell zugewiesen wird und in der die Verquickung mit geschlechtsspezifischen Konnotationen und Abwertungen enthalten ist, führt dazu, dass kaum Traditionen kollektiver Gegenmacht entwickelt wurden, und das wiederum wirkt auf die Individuen zurück.

Folie 12

Aus unseren Befunden ergeben sich zumindest zwei zentrale Aspekte für eine erfolgreiche Strategie der repräsentativen Interessenvertretung in der mobilen Pflege.

Erstens zeigen unsere Ergebnisse, dass die auf die Arbeit bezogenen Interessen, für die Beschäftigten in der mobilen Pflege eine zentrale Rolle spielen. Sie betonen besonders die Qualität der Arbeit und die Rahmenbedingungen für die Arbeit, die Gestaltung der Arbeitszeit und die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Anerkennung, also der Status oder das Prestige (und wohl auch die Bezahlung) der Pflegearbeit. Hier ist am

häufigsten Unzufriedenheit festzustellen. Diese Ansprüche an „gute Arbeit“, an „gute Pflege“ sollte meines Erachtens einen zentralen Ansatzpunkt für Betriebsratspolitik darstellen, was zumindest in Österreich bis jetzt noch nicht ausreichend der Fall ist.

Zweitens kann sich eine erfolgreiche Strategie der repräsentativen Interessenvertretung in der mobilen Pflege nicht auf die betriebliche Arena beschränken. Betriebsrats- und Gewerkschaftsarbeit kommt ohne eine überbetriebliche Orientierung nicht aus, die Politik in umfassenderem Sinne als Gestaltung der gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen für eine hochwertige Pflege beinhaltet und damit auch das Management nicht aus seiner Verantwortung entlässt. Die Gewerkschaften können sich gerade in der Pflege nicht auf ihre –das ist jetzt auf den österreichischen Kontext gemünzt - Domäne der kollektivvertraglichen Regulierung beschränken, da in diesem Rahmen der maßgebliche dritte Akteur, nämlich die öffentliche Hand als Hauptfinancier, gar nicht mit am Tisch sitzt. Eine stärker politisch ausgerichtete Auseinandersetzung erhöht auch die Attraktivität der Gewerkschaft bei den vertretenen Pflegekräften. Eine latente Politisierung ist in dieser Branche nämlich durchaus festzustellen: Die Befragten betonen die Notwendigkeit, auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene einzugreifen, sollen die Qualität der Pflege gesichert und die Arbeitsbedingungen verbessert werden – wenn auch diese Einsicht als Beleg ihrer eigenen Ohnmachtsgefühle vorgebracht wird. Daran gilt es anzuknüpfen, um aus den durchaus schwierigen strukturellen Bedingungen für die Organisation von Gegenwehr in der mobilen Pflege, adäquate und gelinende Strategien und Maßnahmen zu entwickeln.

Folie 13

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!