



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt.

Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch
die 24-Stunden-Pflege

Verfasserin

Mag. Almut Bachinger

angestrebter akademischer Grad

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 092 300

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Politikwissenschaft

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Sieglinde Rosenberger

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Einleitung	8
1 Theoretischer Rahmen.....	20
1.1 Haus- und Sorgearbeit	20
1.2 Transmigration und Mobilität	36
1.3 Resümee	47
2 Soziale und demographische Einflussfaktoren für die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit.....	49
3 Das öffentliche Pflegevorsorgesystem	59
3.1 Geldleistungen.....	60
3.2 Sachleistungen.....	69
3.3 Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege.....	79
3.4 Zusammenfassung und Fazit	83
4 Arbeitsmarkt Altenpflege	86
5 Migrations- und Arbeitsmarktregime: Gesetzliche Rahmenbedingungen	98
5.1 Arbeitsmigration und Illegalisierung.....	98
5.2 Beschäftigungsformen in der häuslichen Pflege und Betreuung.....	100
5.3 Berufsrecht und Professionalisierung.....	103
5.4 Praxis der Vermittlungsorganisationen: Legalitätskonstruktionen und der Umgang mit Gesetzen bis 2006/2007.....	109
6 Die Politische und mediale Debatte im Wahlkampf 2006 und ihre Auswirkungen.....	115
6.1 Politische Debatte um die 24-Stunden-Pflege	115
6.2 Mediale Inszenierung und Idealisierung	118
7 Legalisierung der 24-Stunden-Pflege	126
7.1 Die gesetzliche Regulierung der 24-Stunden-Pflege.....	126
7.2 Ergebnisse der rechtlichen Regulierung.....	143
8 Der transnationale Pflegearbeitsmarkt	151
8.1 Vermittlungsagenturen	151
8.2 Praxis der Vermittlung	157
8.3 Personalakquise, Qualifikation und Qualifikationsanforderungen.....	170
8.4 Praxis der 24-Stunden-Pflege	178
8.5 NutzerInnen von 24-Stunden-Betreuung.....	187
8.6 Fallbeispiele.....	200
9 Schlussfolgerungen: Der Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit.....	209
9.1 Einflussfaktoren auf die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit.....	211
9.2 Der Diskurs um die 24-Stunden-Pflege.....	217
9.3 Die Regulierung der 24-Stunden-Pflege - Analyse des Policy-Prozesses.....	219

9.4	Politikfeld Langzeitpflege - Folgen der Transformation von unbezahlter in bezahlter Arbeit	222
10	Ausblick	232
11	Anhang	235
11.1	Tabellen und Abbildungen	235
11.2	Primärquellen	244
11.3	Teilnehmende Beobachtung	247
11.4	Interviews	247
11.5	Zeitungsartikel.....	260
11.6	Literatur	262
11.7	Zusammenfassung.....	287
11.8	Lebenslauf	289

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erwerbsquoten Frauen 1971 bis 2031	57
Tabelle 2: Bruttobezüge Pensionen der BundespflegegeldbezieherInnen*)	61
Tabelle 3: Höhe des Pflegegeldes und Anteil der BezieherInnen in den jeweiligen Pflegestufen.....	62
Tabelle 4: Deckungsbeitrag des Pflegegeldes	63
Tabelle 5: Anzahl der KundInnen mobiler Dienste nach Bundesländern	74
Tabelle 6: Gründe für die Nichtinanspruchnahme mobiler Dienste.....	74
Tabelle 7: Bundesländervergleich private Finanzierung von Heimkosten.....	77
Tabelle 8: Ausgaben Geld- und Sachleistungen.....	81
Tabelle 9: Beschäftigte im Alten- und Pflegedienst.....	87
Tabelle 10: Vermögensgrenze bei Pflege 2008.....	142
Tabelle 11: Zur gewerblichen Tätigkeit angemeldete PersonenbetreuerInnen	147
Tabelle 12: Anzahl PersonenbetreuerInnen pro 100 PflegegeldbezieherInnen nach Bundesland	147
Tabelle 13: Kostenvergleich reguläre und irreguläre 24-Stunden-Pflege	149
Tabelle 14: Öffentliche Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege EU-14	235
Tabelle 15: Maximaler Kostenbeitrag pro Einsatzstunde bzw. Kostenbeitrag für SelbstzahlerInnen für mobile Dienste nach Bundesländern	236
Tabelle 16: Betreuungsdichte: Leistungsstunden pro Person und Jahr nach Bundesland und Berufsgruppen	236
Tabelle 17: Anzahl der Leistungsstunden von mobilen Diensten	237
Tabelle 18: Mobile Dienste in Österreich – Ist-Stand an Pflege- und Betreuungspersonen 2002	238
Tabelle 19: Gründe für Nichtinanspruchnahme mobiler Dienste in Österreich	244

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von bezahlter Pflegearbeit.....	50
Abbildung 2: Belastungsquoten	52
Abbildung 3: Anzahl der Demenzerkrankten.....	54
Abbildung 4: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen 2010 und 2030.....	55
Abbildung 5: Pensionsversicherung pflegender Angehöriger.....	65
Abbildung 6: Ausgaben Geld- und Sachleistungen 2006.....	82
Abbildung 7: Gesetzeskonforme Beschäftigung	101
Abbildung 8: Information zur Legalisierung der Südböhmischen Volkshilfe	150
Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Vermittlungsorganisationen 2005 bis 2008.....	152
Abbildung 10: Überblick untersuchte Vermittlungsorganisationen.....	155
Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl der Vermittlungen einer Organisation (V2)	156
Abbildung 12: Kosten für die KlientInnen laut Erhebung Agenturen.....	168
Abbildung 13: Kosten für 24-Stunden-Pflege laut Erhebung KlientInnen	169
Abbildung 14: Qualifikationsstruktur des vermittelten Personals.....	172
Abbildung 15: Sozioökonomischer Status KlientInnen I: Wohnort, Alter, Familienstand, Kinder....	187
Abbildung 16: Sozioökonomischer Status KlientInnen II: Bildung und Beruf.....	188
Abbildung 17: Vergleich Nettojahreseinkommen der Befragten und der PensionistInnen allgemein	190
Abbildung 18: Dauer der Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Pflege.....	195
Abbildung 19: Systematische Darstellung des Transformationsprozesses von unbezahlter in bezahlte Arbeit: Bestimmungsfaktoren auf die Ausformungen von Arbeit	210
Abbildung 20: Fragebogen der Südböhmischen Volkspflege.....	239
Abbildung 21: Arbeitszeit/Freizeit der BetreuerInnen	243
Abbildung 22: Rechtsform der Vermittlungsorganisation	248
Abbildung 23: Befragte Organisationen.....	249
Abbildung 24: Qualifikation der vermittelten Betreuungskräfte.....	249
Abbildung 25: Art der Pflege/Betreuung und Qualifikation	249
Abbildung 26: Bereits in Anspruch genommene soziale Dienste – KlientInnen von 24-Stunden-Pflege	250

Abkürzungsverzeichnis

AK	Kammer für Arbeiter und Angestellte, Bundesarbeiterkammer
AMS	Arbeitsmarktservice
APA	Austria Presse Agentur
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BM	Bundesminister
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
BMSK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BMSKG	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
BMWA	Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BZÖ	Bündnis Zukunft Österreich
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
EU	Europäische Union
GesBRÄG	Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HBeG	Hausbetreuungsgesetz
HGHAG	Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz
HSV	Hauptverband der Sozialversicherungen
IHS	Institut für höhere Studien
ILO	International Labour Organisation
KIAB	Kontrolle der illegalen Arbeitnehmerbeschäftigung
LGBL.	Landesgesetzblatt
MEW	Marx Engels Werke
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGKV	Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes
ÖRAK	Österreichischer Rechtsanwaltskammertag
ORF	Österreichischer Rundfunk
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
ÖVP	Österreichische Volkspartei
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

Einleitung

Seit dem Fall des Eisernen Vorhangs vor nunmehr 20 Jahren entwickelte sich in Österreich ein wachsender Pflege-Schwarzarbeitsmarkt. Vermittlungsagenturen und informelle Netzwerke etablierten mit der sogenannten 24-Stunden-Pflege¹ ein Modell der häuslichen Pflege, das immer weitere Verbreitung fand. Im Zuge des Nationalratswahlkampfes 2006 kam es nach Anzeigen mehrerer BeschäftigterInnen irregulärer Pflegekräfte zu einer breiten öffentlichen Debatte. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass auch in einigen Familien von SpitzenpolitikerInnen Pflegearbeitskräfte nicht gesetzeskonform eingestellt waren, konnte die bis dahin jahrelang praktizierte Politik des Wegschauens nicht länger aufrechterhalten werden. Das Thema hielt sich noch weit über den Wahlkampf hinaus im öffentlichen Diskurs. Während der gesamten XXIII. Gesetzgebungsperiode (vom Oktober 2006 bis Oktober 2008) stand die Problematik der 24-Stunden-Pflege an oberster Stelle der politischen Agenda der Regierungsparteien. Zwei Jahre lang wurde versucht gesetzliche Rahmenbedingungen und sogar ein öffentliches Fördermodell zu schaffen, um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, 24-Stunden-Pflege legal in Anspruch nehmen zu können. Mittlerweile wurde durch die gesetzliche Regulierung ein prekäres Arbeitsmarktsegment, oder zumindest die Möglichkeit eines solchen, etabliert. Die Gesetzeskonformität ist selbst unter ExpertInnen umstritten (siehe in dieser Arbeit S. 143, 145).

Diese Politik der Förderung von prekärer Arbeit im Bereich der Pflege und Betreuung steht im Kontrast zu Professionalisierungsbestrebungen der Pflegeberufe und der sozialen Dienste und damit auch im Gegensatz zu einer Aufwertung von traditionell feminisierten Berufen. Andererseits füllt die 24-Stunden-Pflege eine Lücke, die die aufgrund demographischer Faktoren und des sozialen Wandels zurückgehende Angehörigenarbeit hinterlässt, die aber bisher nicht von institutionellen Pflegediensten geschlossen wurde. Zwischen den Ansprüchen, die aus der privaten, familiären, unbezahlten Arbeit abgeleitet sind und professioneller, bezahlter, mit sozialen Rechten ausgestatteter Arbeit steht ein Organisations-, vor allem aber ein Finanzierungsproblem. Die mit einem Arbeitsverhältnis verknüpften sozialen Rechte (Normalarbeitsverhältnis), wie Mindesteinkommen (nach Kollektivvertrag), Sozialversicherung, Urlaubsanspruch, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Arbeitszeitbestimmungen usw., werden Beschäftigten, die Haus- und Sorgearbeit leisten, als nicht finanzierbar abgesprochen. Die Arbeit wird zum einen in die Nähe der unbezahlten, familiären Arbeit gerückt und so deren Abwertung und Prekarität legitimiert, zum anderen wird Unternehmertum gefordert, wenn sie als selbständige Arbeit (Personenbetreuungsgewerbe²) verrechtlicht wird (vgl. Tendenzen zum Workfare State, Jessop 1993). Zugleich steht die Verrechtlichung eines bestimmten Arbeitsmarktsegmentes, in dem MigrantInnen aus den neuen EU-Ländern, aber auch aus Drittstaaten arbeiten, in einem besonderen Spannungsfeld der Europäisierung und Flexibilisierung von

¹ Die Begriffe 24-Stunden-Pflege, Rund-um-die-Uhr-Pflege oder Betreuung setzten sich alltagssprachlich für die irreguläre, also nicht gesetzeskonforme Beschäftigung von Menschen, vor allem aus den mittelosteuropäischen Nachbarländern Österreichs, die im Haushalt einer pflegebedürftigen Person zur Zeit ihres Arbeitseinsatzes wohnen und arbeiten (Live-In-Careworker), durch und werden auch in dieser Arbeit verwendet (siehe dazu S. 17). Mit der Regulierung der 24-Stunden-Pflege wurde die Arbeit im gesetzlichen Kontext als Personenbetreuung bzw. Hausbetreuung (sic!) bezeichnet.

² Die gesetzliche Regulierung der 24-Stunden-Betreuung ermöglichte die Ausübung derselben in Form des *Personenbetreuungsgewerbes* (siehe dazu Kap. 7).

Arbeitsmärkten, der Inklusion und Exklusion von sozialen Rechten und der Migrations- und Einwanderungspolitik (vgl. Schierup et al. 2006; Jessop 1993).

Pflege ist ein sozialpolitisches Feld von wachsender Bedeutung. Gerade das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist aber - im Gegensatz zu anderen Lebensrisiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter, die durch die Sozialversicherung geschützt sind - eines, das vorrangig privat und familiär mehr oder weniger abgesichert ist. Das öffentliche Pflegesystem fördert durch seine starke Geldorientierung die Institutionalisierung familiärer oder auch irregulärer Pflege (Mairhuber 2000, 174f, 180; Hammer/Österle 2001a; Hammer/Österle 2001b; Österle/Hammer 2004, 18, 131, 135). In den 1990er Jahren kam es mit der Einführung des Pflegegeldes zu einer Neuorientierung und Neustrukturierung der staatlichen Pflegevorsorge. Zum einen sollte mit der Einführung einer Geldleistung mehr Wahlfreiheit für die Pflegebedürftigen und eine stärkere Orientierung an Marktprinzipien erreicht werden, zum anderen sollte die häusliche und damit die familiäre Pflege stärker unterstützt werden. Dies geschah wohl nicht zuletzt aufgrund der absehbaren Folgen der demographischen Alterung der Bevölkerung und des abnehmenden familiären Pflegepotentials, insbesondere infolge der stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen (Hammer/Österle 2001a; Hammer/Österle 2001b; Mühlberger et al. 2008; Österle/Hammer 2004, 75f). Die Monetarisierung der öffentlichen Pflegevorsorge traf mit Migrations- und Arbeitsmarktstrukturen zusammen, die irreguläre Arbeit im Privathaushalt begünstigten: Die zunehmenden Restriktionen der Immigration und des Arbeitsmarktzugangs seit der Ostöffnung förderten irreguläre Arbeitsmigration (vgl. Cyrus 2000; Pries 1997; Schierup et al. 2006). In den mittelosteuropäischen Nachbarländern stand außerdem ein gut ausgebildetes Arbeitskräftereservoir, das einerseits im Herkunftsland keine Beschäftigung finden konnte, andererseits von hohen Einkommensdifferenzen zwischen Herkunfts- und Ankunftsland profitierte, zur Verfügung (Elwert 2003, 272; Schmid/Procházková 2006, 460; Schneider 2004). Mit dem Pflegegeld konnte irreguläre Arbeit im klandestinen Bereich des Privathaushaltes als einem prädestinierten Arbeitsplatz für vom regulären Arbeitsmarkt ausgeschlossene Arbeitskräfte bezahlt werden (vgl. Lutz 2003, 21f).

Mit der Alterung der Gesellschaft und einem abnehmenden Potential an Angehörigenpflege durch den demographischen und sozialen Wandel wird die Problematik der Notwendigkeit professioneller bzw. bezahlter Pflege und Betreuung in den nächsten Jahren noch an Brisanz gewinnen. Die Zahl der pflegenden Angehörigen verringert sich Schätzungen zufolge um einen halben bis zu einem Prozentpunkt jährlich. Der Anteil familiärer Pflege ist von 80% Mitte der 1990er Jahre auf gegenwärtig rund 75% gesunken, in 20 Jahren würde demgemäß nur mehr die Hälfte der Pflegebedürftigen von Angehörigen versorgt werden (Mühlberger et al. 2008, 22). Ein entsprechendes Mehrangebot an öffentlichen, marktlichen oder eben irregulären Pflegediensten wird erforderlich sein. Es wird also einen stark steigenden Arbeitskräftebedarf geben, der aufgrund der Alterung der Wohnbevölkerung auch durch MigrantInnen gedeckt werden wird. Eine mögliche Strategie um drohenden Personalengpässen zu begegnen, wäre es, attraktive Arbeitsplätze zu schaffen, die Anreiz bieten, ein entsprechendes Arbeitskräftepotential zu attrahieren, um den Pflegebedarf durch in- und ausländische Arbeitskräfte zu decken. Eine andere Strategie ist es Spaltungen der Arbeitsmärkte zu forcieren und auch zukünftig durch restriktive Arbeitsmarkt- und Migrationsregime ein

Arbeitskräfteangebot zu schaffen, das prekäre, niedrig entlohnte und illegalisierte Pflegearbeit übernimmt. Beide Strategien funktionieren über die Exklusion und Inklusion von sozialen Rechten (z.B. Workfare statt Welfare und Arbeitsmarkt- und Migrationsbeschränkungen).

Forschungsstand

Die Kommerzialisierung von Haus- und Sorgearbeit als Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit findet wenig Niederschlag im dominanten Narrativ um Globalisierung, Migration und Wandel von Arbeit im Zuge der postfordistischen Transformation von Arbeitsmärkten und des Sozialstaates (vgl. Sassen 2002, 254). Die gesellschaftlichen wie die sozialwissenschaftlichen Diskurse um Migration und Arbeit befassen sich vornehmlich mit der hoch qualifizierten und gut bezahlten Arbeit, die in den *Global Cities* als den Steuerungszentren der globalen Ökonomie geleistet wird, während die niedrig qualifizierte Arbeit im Verborgenen und Illegalisierten verbleibt (Sassen 2002, 254f). Dabei steigt der Bedarf an Arbeitskräften in den Niedriglohnbranchen und in der Schattenwirtschaft der Zentren (Bauböck 1994, 34; Castles 2006; Sassen 2000, 149f; Sassen 2002, 255f; OECD 2008). Auch der größte Teil der bezahlten Haus- und Sorgearbeit wird von MigrantInnen geleistet. Die Arbeitsplätze im Privathaushalt sind in den allermeisten Fällen von Informalität, Irregularität und Prekarität gekennzeichnet (vgl. Anderson 2006, 194f; Caixeta et al. 2004; Hess 2005; Höglinger/Berka 1994; Lutz 2003; Lutz 2007a; Rerrich 2006)

Die Sozialwissenschaften beschäftigten sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten eingehend mit dem Wandel des Sozialstaates, der Flexibilisierung und Prekarisierung von Arbeit und Lebensbedingungen sowie mit dem Phänomen der Erosion des Normalarbeitsverhältnisses (Altvater/Mahnkopf 2002, Bourdieu 1993; Castel 2000; Jessop 1993). Die Deregulationspolitiken der vergangenen Dekaden förderten das Wachsen eines informellen und irregulären Arbeitsmarktes (Schierup et al. 2006, 104). Dass sich der Wandel der Arbeit und der Arbeitsverhältnisse sowie die Tertiärisierung zugleich mit der steigenden Erwerbsintegration von Frauen vollzog, wurde nur am Rande theoretisiert (Feminisierung der Arbeit). Gottschall/Pfau-Effinger kritisieren, dass neuere sozialwissenschaftliche Diskurse zwar gesellschaftliche Veränderungen wie Globalisierung, Tertiärisierung und Individualisierung reflektieren, aber auch neue Engführungen, die sich mit „*industriegesellschaftlicher Bias, Akzentverschiebung zugunsten unbezahlter Dienstleistungsarbeit und gesellschaftsanalytischer Unterkomplexität*“ charakterisieren ließen, hervorbrachten (Gottschall/Pfau-Effinger 2002, 8f).

In der Migrationsforschung blieb trotz der Feminisierung der Migration der Blick ein relativ androzentrischer: Der Fokus auf Migration vornehmlich als Einwanderung blendete Formen von Migration und Mobilität, die gerade auf Frauen zutreffen, aus. In den letzten beiden Dekaden bildete sich durch die Ostöffnung ein transnationaler Migrationsraum, in dem Menschen nicht mehr nur unidirektional und einmalig auswandern, sondern pendeln und zirkulieren. Die Exklusion vom regulären Arbeitsmarkt begünstigte die Entwicklung eines Schwarzarbeitsmarktes für undokumentierte PendelmigrantInnen, die im klandestinen Bereich des Privathaushaltes geringbezahlte und prekarierte Arbeit verrichten. Neuere Ansätze der Transmigrationsforschung untersuchen transnationale Räume und Netzwerke, die als Gelegenheits- und Anreizstrukturen für Wanderungsbewegungen wirken (Cyrus 2000; Pries 1997).

In den letzten Jahren beschäftigten sich ForscherInnen mit den Arbeits- und Lebensbedingungen migrantischer HausarbeiterInnen aus mittelosteuropäischen Ländern. Eine der ersten Untersuchungen zum Thema Pendelmigration stammt von Malgorzata Irek. Sie führte Gespräche mit dreihundert Putzfrauen aus Polen, die im informellen Berliner Arbeitsmarkt beschäftigt waren. Sie weist darauf hin, dass die Frauen sich keineswegs nur den schlechten Lebensbedingungen beugten, sondern dass sie auch häufig aus informellen Netzwerken Kleinunternehmen entwickelten. Irek betont im Sinne der Transmigrationsforschung die Handlungsfähigkeit der MigrantInnen und die Tragfähigkeit von Netzwerken (Irek 1998; Lutz 2003). Helma Lutz relativiert das optimistische Bild, sie schätzt die Situation polnischer PendelmigrantInnen in der irregulären Altenpflege wesentlich kritischer ein und weist auch auf die Ausbeutung der irregulären CareworkerInnen hin (Lutz 2003; Lutz 2007a). Maria S. Rerrich beschreibt in ihrem jüngsten Buch ausführlich die Lebens- und Arbeitsumstände von „*cosmobilen Putzfrauen in privaten Haushalten*“ (Rerrich 2006). Sie analysiert die Motive zur Migration, die Lebenslagen und den Alltag von *Putzfrauen* und gibt einen Einblick in die Netzwerke, die den Frauen zur Arbeitsplatzbeschaffung und zur Bewältigung des Alltags dienen und in Krisen helfen. Sabine Hess bezeichnet ihre Forschung als „*mitgehende*“ und „*mehr-ortige Feldforschung*“. Sie untersucht Au-Pair-Arbeit als Migrationsstrategie von osteuropäischen Frauen (Hess 2004, Hess 2005). Für Österreich sind eine Studie von maiz (Autonomes Integrationszentrum von & für MigrantInnen) aus dem Jahr 2004 (Caixeta et al. 2004) und eine Diplomarbeit von Sandra Gendera zur irregulären Pflege zu nennen (Gendera 2007). Die Arbeits- und Lebensbedingungen wurden von den AutorInnen durchwegs kritisch eingeschätzt. Der Großteil der Forschungsarbeiten ist in der Transmigrationsforschung zu verorten. Um die Arbeits- und Lebensbedingungen, die Motive sowie die Netzwerke zu analysieren, wird vielfach Biographie- und Feldforschung betrieben. Die Ansätze der Transmigrationsforschung haben den Anspruch, die Komplexität der Migrationsbedingungen und -hintergründe zu erfassen. Dazu werden auch die sozialstaatlichen und rechtlichen Bedingungen des Aufenthaltes und der Arbeit für die MigrantInnen untersucht (vgl. Gendera 2007; Hess 2004; Hess 2005).

Speziell mit den rechtlichen Bedingungen von migrantischer Arbeit befassen sich Manfred Krenn und Bettina Haidinger, wobei sie Irregularität als soziale Konstruktion und als Ergebnis von staatlicher Regulierung konzeptualisieren (Krenn/Haidinger 2009). Schierup et al. weisen auf die Funktionalität der Illegalisierung von Arbeitsmigration als der systematischen Nutzung von irregulärer Arbeit (undocumented labour) als extremer Form von differenzierter Exklusion (*differential exclusion*) hin (Schierup et al. 2006, 41). Auch sogenannte Amnestie-Programme verweisen ArbeitsmigrantInnen zumeist wieder in einen äußerst prekären Status (Bettio et al. 2004, 8; Schierup et al. 2006, 41f, 104). Eine derartige systematische Nutzung von irregulärer Arbeit ist in Österreich in der Altenpflege zu beobachten. Nachdem die 24-Stunden-Pflege über 20 Jahre hinweg stillschweigend geduldet wurde, bekam sie im Zuge des Nationalratswahlkampfes 2006 ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit. Die darauf folgende gesetzliche Regulierung hatte vor allem das Ziel, die BeschäftigtenInnen vor Illegalität und Anzeigen zu schützen, weniger die Verbesserung des Status der ArbeitsmigrantInnen. Während in anderen europäischen Ländern Legalisierungsprogramme für undokumentierte MigrantInnen deren Integration zumindest in den Arbeitsmarkt zum Ziel hatten (Bettio et al. 2004), wurde in Österreich

einzig das spezielle Arbeitsmarktsegment der häuslichen Pflege für ausländische Arbeitskräfte geöffnet. Zugleich wurden arbeits- und sozialrechtliche Bestimmungen außer Kraft gesetzt, um die 24-Stunden-Pflege in eben der Form, wie sie sich auf irreguläre Weise etabliert hatte, zu ermöglichen und für die NutzerInnen leistbar zu erhalten. Die Pendelmigration im Zwei-Wochenrhythmus – also ein neues *Kurzzeit-Rotationsregime* oder ein spezielles *neues GastarbeiterInnensystem* (Castles 2006) - wurde per Gesetz institutionalisiert. Darüber hinaus wurde sogar eine öffentliche Förderung für dieses Pflegearrangement geschaffen.

Bezahlte wie unbezahlte Pflegearbeit finden in einem Raum von Gelegenheits- und Anreizstrukturen statt, die in höchstem Maße durch die Gewährung und Exklusion von sozialen Rechten konstituiert werden. Diese Strukturen bestimmen auf der einen Seite die Nachfrage nach Diensten (Pflegevorsorge) und auf der anderen Seite den Zugang zu Arbeitsmärkten sowie die Arbeitsbedingungen für Beschäftigte sowohl in den regulären Pflegediensten als auch in der häuslichen privat organisierten Pflege. Durch die Arbeitsmigration entstehen transnationale und europäisierte Arbeitsmärkte und Räume von Sozial(supra)staatlichkeit. Die Sozialschutzsysteme (bzw. deren Inklusions- und Exklusionsmechanismen) der Ankunfts- und Herkunftsländer schaffen eine wechselseitige Gelegenheitsstruktur (vgl. Bauböck 1994; Schierup et al. 2006). Fragmentierte Arbeitsmärkte, die in unterschiedlichem Maße mit sozialen Rechten verbunden sind und in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander stehen, bilden sich heraus, ebenso wie neue Arbeitsteilungen und Ungleichheiten, die ebenfalls von den Strukturen, die als Ungleichheitsachsen (Becker-Schmidt 2007) wirken, mitproduziert werden. Ein komplexes Gefüge von Verursachungsdynamiken und -strukturen entsteht (vgl. Cyrus 2000; Pries 1997), das zugleich von individuellen Entscheidungen und von kulturellen und sozialen Werten und Leitbildern, wie der Zuschreibung von Arbeit, Idealen von Familie, Ansprüchen an Wohlstand und Lebensstandard auf Seiten der ArbeitsmigrantInnen wie der InanspruchnehmerInnen ihrer Dienste, bestimmt ist (vgl. Anderson 2006, 34; Geissler 2002).

Fragestellung

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, am Beispiel der 24-Stunden-Pflege den Transformationsprozess von unbezahlter zu bezahlter Arbeit zu analysieren. Die Pflege und Betreuung von älteren Menschen wurde bislang zum allergrößten Teil durch die Familie bzw. von Frauen erbracht. Das abnehmende Potential an familiärer Pflege führt zur Neuverteilung von Sorgearbeit und damit zur Reorganisation und Neueregulierung der privaten und der öffentlichen Sphäre, der hierarchischen Arbeitsteilung der Geschlechter und zur Herausbildung neuer Arbeitsteilungen nach Klasse und Ethnie. Diese Entwicklungen führen zu neuen Fragmentierungen der Arbeitsmärkte sowie zur Ausdifferenzierung der Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen und damit auch zur Differenzierung des Zugangs zu sozialen Rechten. Die zentrale Fragestellung ist, in welchem Kontext sich Transformationsprozesse von unbezahlter in bezahlte Arbeit vollziehen und wie sozialstaatliche Strukturen und gesetzliche Regulierungen, i.e. das Wohlfahrts-, Arbeitsmarkt- und Migrationsregime,³ Einfluss auf die Gestaltung

³ „Ein [...] Regime bezeichnet die formelle und informelle Herrschaftsorganisation politischer Macht [...]. Ein Regime umfasst sowohl Institutionen, Organisationen wie auch Normen und Diskurse.“ (Rosenberger/Sauer 2004, 259).

der Arbeit, der Arbeitsverhältnisse und auf die Reorganisation und Neuverteilung von Arbeit und die damit verbundenen sozialen Rechte haben.

Die Hauptfragestellungen lassen sich also folgendermaßen ausdrücken:

- Welchen Einfluss haben sozialstaatliche Regime (i.e. Wohlfahrts- bzw. Geschlechterregime, Arbeitsmarkt und Migrationsregime) auf die Organisation von Arbeit, die Neukonfiguration von Arbeitsteilung und die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen?
- Wie wirken diese Normen und Institutionen hinsichtlich der Gewährung oder Exklusion von sozialen Rechten, die mit bezahlter und unbezahlter Haus- und Sorgearbeit verbunden sind?
- In welcher Form wird Pflege- und Sorgearbeit konkret geleistet und welche sozialen Rechte sind mit der Arbeit verbunden: bezahlt/unbezahlt, regulär/irregulär, formell/informell, sozial abgesichert/prekär?
- Welche Auswirkungen hat die Transformation und Neuverteilung von Arbeit?

Hypothesen

Fragmentierung der Arbeitsmärkte – differenzierter Zugang zu sozialen Rechten

Die Entwicklung der letzten Jahre in Zusammenhang mit der Verrechtlichung der 24-Stunden-Pflege legt die These nahe, dass eine Art neuer Welfare-Mix (Evers 2002) – eine Kombination von professioneller, prekärer und familiärer Arbeit - etabliert wird (also quasi ein Welfare-Workfare-Mix). Das öffentliche Angebot für Pflegebedürftige wird auf hoch qualifizierte, professionelle Pflegedienste, die vor allem von den traditionellen Wohlfahrtsverbänden erbracht werden, verengt. Dort finden sich Arbeitsverhältnisse, die eine mehr oder weniger gute Einbindung in das soziale Sicherungssystem ermöglichen. Die niedrig qualifizierte Arbeit wird hingegen in ein prekäres Segment, in dem vom ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossene MigrantInnen beschäftigt sein können, verschoben. Soziale Rechte (arbeits- und sozialrechtliche Standards) werden durch die prekäre Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse in der 24-Stunden-Pflege unterminiert. Das bedeutet für die Rund-um-die-Uhr-Pflegekräfte zum Teil sehr harte Arbeitsbedingungen und hat Auswirkungen auf den Gesamtarbeitsmarkt. Auch die Standards der Arbeitsverhältnisse im geschützten Arbeitsmarktsegment sind gefährdet. Die dahinterstehende Annahme ist, dass durch gesetzliche und sozialstaatliche Regulierungen Ausdifferenzierungen in Arbeitsmarktsegmente entstehen, wobei bestimmte AkteurInnen (Gewerkschaften, soziale Dienste, Berufseliten) ihre Interessen, soziale Rechte und Märkte absichern können, während Bereiche, die außerhalb der Interessenvertretung sowie (vermeintlich) der Finanzierbarkeit und Organisierbarkeit liegen, mit stillschweigender Duldung der politischen AkteurInnen als irreguläre Arbeit erbracht werden und ein prekäres Niedriglohnsegment gebildet wird (vgl. Schierup et al. 2006, 15, 41f, 104).

Wohlfahrtsregime als Regulierungsmuster des Verhältnisses von Markt, Staat und Familie sind eingebettet in Geschlechterregime wie die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die Organisation von Sorgearbeit, die politische Stellung von Frauen usw. (Sauer 2004, 116).

Professionalisierung und Prekarisierung - widersprüchliches, differenzierendes Geschlechterregime

Die Professionalisierungsbestrebungen der letzten Jahre im Bereich der Kranken- und Altenpflegeberufe sowie der Heimhilfe stehen in Kontrast zur Legalisierungspolitik hinsichtlich der 24-Stunden-Pflege. Die Legalisierung hat Einfluss auf Standards der Pflegequalität, das Ausmaß der öffentlichen Pflegeversorgung sowie auf die Arbeitsmärkte und die Arbeitsplatzqualität. Gerade der Bereich der Haushaltsdienstleistungen und der häuslichen Pflege wird als Arbeitsmarkt mit Wachstumspotential vor allem für nur gering qualifizierbare Arbeitskräfte gesehen. Durch die Schaffung eines illegalisierten oder prekarierten Arbeitsmarktsegmentes für ausländische Pflegekräfte entsteht Druck auf den regulären Arbeitsmarkt, sodass dieser Arbeitsmarkt und die Berufe kaum an Attraktivität gewinnen, was aber angesichts des zukünftig zu erwartenden steigenden Bedarfs an Personal wichtig wäre. Zudem ermöglicht atypische Beschäftigung kaum eine eigenständige Absicherung, die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe werden also weiterhin als Zuverdienstmodell für Frauen konzipiert. Dahinter stehen Einflussfaktoren und AkteurInnen, die unterschiedliche Interessen verfolgen, letztlich wird ein widersprüchliches Geschlechterregime aufrechterhalten und reproduziert, das einerseits die Erwerbsintegration von Frauen und auf der anderen Seite familiäre Ideale von Sorgearbeit unterstützt. Widersprüchlich ist dabei auch die Tatsache, dass diese Politiken aktuell mit Kostenargumenten legitimiert werden, wenngleich die familiäre Pflege volkswirtschaftlich und längerfristig nicht die kostenoptimale Variante darstellen wird (vgl. Kulawik 2005; Biffl 2006).

Idealisierung der Eins-zu-Eins-Betreuung und Familialisierung

Dem wachsenden Bedarf an Pflege bei zugleich sinkendem Angebot an familiären Ressourcen wird mit einem neuen Welfare-Mix begegnet. Es werden Anreize geschaffen, das sinkende Potential unqualifizierter Angehörigenarbeit (Laienarbeit) durch möglichst billige, ethnisierte Arbeitskräfte zu substituieren. Zugleich wird die familiäre und unbezahlte Arbeit durch die Aufrechterhaltung des Ideals einer familiennahen Eins-zu-Eins-Betreuung diskursiv weiter gestützt. Die Ansprüche an bezahlte Sorgearbeit sind aus dem Ideal der familiären Arbeit abgeleitet. An die bezahlte Arbeitskraft wird die Forderung nach derselben zeitlichen und subjektiven Verausgabung wie an ein Familienmitglied gestellt. Diese Ansprüche sind allerdings organisatorisch und finanziell kaum mit sozialen Rechten vereinbar, daher wird die Arbeit in illegalisierter oder prekariert Form erbracht. Zugleich werden diese Anforderungen als Leitbild reproduziert, indem sie als legale, wenn auch prekarierte Arbeit etabliert werden. Durch die familialisieren, bezahlten Arbeitskräfte wird das Ideal der Hausfrau tradiert und behält damit seine Gültigkeit auch für die unbezahlte Arbeit und stützt so das Modell der familiären Pflege weiterhin (auch jene, die sich die bezahlte 24-Stunden-Pflege nicht leisten können, sollen diesem Ideal möglichst nachkommen).

Aufbau

Im **ersten Kapitel** werden theoretische Ansätze zu Haus- und Sorgearbeit, Konzepte der Migrationsforschung sowie der feministischen Wohlfahrtsstaatstheorie reflektiert. Um die Forschungsfragen zu beantworten, bedarf es eines komplexen Konzeptes. Im Sinne des

Transmigrationsansatzes sowie einer intersektionalen Perspektive gilt es die sozialstaatlichen Regime (Wohlfahrts- bzw. Geschlechter-, Arbeitsmarkt- und Migrationsregime), die auf die Verteilung von Arbeit und sozialen Rechten wirken, zu untersuchen. Relevante theoretische Ansätze werden dargestellt. Im **zweiten Kapitel** werden die sozialen Einflussfaktoren, die die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Pflege bestimmen, herausgearbeitet. Das sind Faktoren wie die demographische Alterung, Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen, die zunehmende Erwerbsintegration und ökonomische Unabhängigkeit von Frauen, Individualisierung, steigender Wohlstand und Ansprüche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Ziel des **dritten Kapitels** ist es, die öffentliche Pflegevorsorge darzustellen. Die wohlfahrtsstaatliche Ausgestaltung der Pflegeversorgung hat maßgeblichen Einfluss auf die Verteilung der Sorgearbeit. Pflegedienste können als reguläre Dienste durch den Staat oder Markt erbracht werden, als irreguläre Pflege durch den Schwarzmarkt oder aber privat durch Angehörige. Die Inanspruchnahme von Pflegediensten und deren Ausgestaltung ist wesentlich durch das Pflegegeld sowie durch die Finanzierung bzw. Selbstbehalte für die ambulante und die stationäre Pflege bestimmt. Die Effekte der Ausgestaltung der öffentlichen Dienste und des Geldleistungssystems werden analysiert. Das **vierte Kapitel** behandelt den regulären Altenpflegearbeitsmarkt. Die Problematik der Verberuflichung und Vergesellschaftung von Haus- und Sorgearbeit wird beleuchtet und die mögliche Konkurrenzstellung von regulärem und irregulärem Arbeitsmarkt verdeutlicht. Studien zur Arbeitssituation der in der Altenpflege regulär Beschäftigten lassen zudem Schlüsse auf die Lage von irregulär Beschäftigten zu, von denen anzunehmen ist, dass sie durch das Fehlen von ArbeitnehmerInnenschutz und sozialen Rechten wesentlich schlechter gestellt sind und sich vielfach in einer prekären Lage befinden. Das **fünfte Kapitel** widmet sich der Analyse des Migrations- und Arbeitsmarktregimes. Die 24-Stunden-Pflege wurde bis 2006/2007 im Wesentlichen durch Arbeitsmarktbeschränkungen, die auf dem Ausländerbeschäftigungsrecht und auf Berufsgesetzen basieren, illegalisiert. In diesem Kapitel wird einerseits die Herstellung der Irregularität der 24-Stunden-Pflege analysiert, zum anderen werden die Funktionen des Berufsrechtes (Qualitätssicherung, Professionalisierung usw.) sowie des Arbeits- und Sozialrechtes (soziale Rechte, ArbeitnehmerInnenschutz usw.) erörtert. Schließlich wird die Praxis der AkteurInnen der 24-Stunden-Pflege, insbesondere der Vermittlungsagenturen, auf der Grundlage der Ergebnisse der mit AgenturleiterInnen und ExpertInnen durchgeführten Interviews beleuchtet. Die Versuche der Konstruktion von Legalität und die Praxis der Agenturen hatten maßgeblichen Einfluss auf die nachfolgende gesetzliche Regelung der 24-Stunden-Pflege. Der Nationalratswahlkampf im Jahr 2006 löste eine umfassende öffentliche Debatte um die Problematik der irregulären Pflege aus. Dies bedeutete auch das Ende der bis dahin praktizierten Laissez-faire-Politik⁴ auf Bundes- und Länderebene. Pflege im Privathaushalt und die Arbeitsmigration in diesem Bereich wurde gestaltet. Im **sechsten Kapitel** wird die mediale und politische Debatte reflektiert und versucht, den Einfluss derselben bzw. der AkteurInnen und ihrer Interessen auf die gesetzliche Regelung herauszuarbeiten. Das **siebente Kapitel** behandelt den politischen Prozess der gesetzlichen Neuregelung der 24-

⁴ Die irreguläre Pflege wurde bis dahin geduldet und eine Politik des „Wegschauens“ betrieben. Österreich ist damit hinsichtlich der Immigrations- und Arbeitsmarktpolitik in diesem Bereich vergleichbar mit südeuropäischen Ländern, die durch eine Laissez-faire-Politik gekennzeichnet sind. Schierup et al. weisen auf einen solchen Kurs hinsichtlich der migrantischen Haus- und Sorgearbeit in südeuropäischen Ländern hin. So ist die Migrationspolitik in Italien vor allem durch Informalität und Nicht-Regulation (Laissez-faire) gekennzeichnet, während beispielsweise in Schweden und dem Vereinigten Königreich eine Immigrationspolitik der Regulierung und Inklusion verfolgt wird (Schierup et. al. 2006, 171f; vgl. auch Hammer/Österle 2001b, 7).

Stunden-Pflege, der sich über die gesamte zweijährige XXIII. Gesetzgebungsperiode hinziehen sollte. Der Politik-Prozess der Verrechtlichung der 24-Stunden-Pflege wird dargestellt und analysiert. Das **achte Kapitel** befasst sich mit dem irregulären Pflegearbeitsmarkt und dem 24-Stunden-Pflegearrangement in der Praxis. Es wurden Interviews mit LeiterInnen und MitarbeiterInnen von Vermittlungsagenturen, mit PflegerInnen sowie Pflegebedürftigen (KlientInnen) und Angehörigen geführt, um ein möglichst komplexes Bild der 24-Stunden-Pflege zu erreichen. Im letzten Teil (**Kapitel neun**) soll die Synthese der gewonnenen Erkenntnisse erfolgen und die Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet werden. **Kapitel zehn** schließlich soll einen Ausblick geben.

Methode

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden mehrere Datenquellen herangezogen. Zum einen wurden leitfadengestützte Interviews mit AkteurInnen der 24-Stunden-Pflege, d. s. VermittlerInnen (AgenturleiterInnen bzw. MitarbeiterInnen von Vermittlungsorganisationen und Pflegefirmen, PrivatvermittlerInnen), Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen (die die Pflege organisieren) sowie mit drei PflegerInnen geführt. Zudem wurden ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und von involvierten öffentlichen Körperschaften und ArbeitnehmerInnenvertretungen befragt (detaillierte Übersicht S. 247).

Mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie den PflegerInnen wurden problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews mit einem narrativen Einstieg durchgeführt. Um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen, wurde dem narrativen Element des Interviews breiter Raum zugemessen, am Ende wurden offene Fragen geklärt, der letzte Teil bestand aus einem Fragebogen zu soziodemographischen Daten und speziellen Fragen zur Pflege. Es wurden neun Interviews mit pflegebedürftigen Personen oder deren Angehörigen durchgeführt (siehe S. 247). In einem Fall wurde das Interview mit der Pflegerin geführt. Die interviewten Personen wurden mittels Schneeballprinzip gefunden. Der Informationsgehalt kann als erschöpft bezeichnet werden. Bei allen Interviews wurden die Interviewfragen, falls notwendig, laufend dem Erkenntnisprozess angepasst, neue Erkenntnisse flossen in die folgenden Interviews ein. Das war umso mehr notwendig, als sich während des Forschungsprozesses die rechtlichen und politischen Gegebenheiten der 24-Stundenpflege stark veränderten. Die Interviews fielen in die Zeit vor der breiten Thematisierung und Skandalisierung der 24-Stunden-Pflege oder in die Anfänge der Politisierung und der Debatten um eine Legalisierung.

Mit den AgenturmitarbeiterInnen bzw. -leiterInnen wurden ExpertInneninterviews geführt (vgl. Meuser/Nagel 2005). Die Auswahl der Personen erfolgte nach vorhergehender Internetrecherche. Es wurden sämtliche AgenturleiterInnen, die im Zuge der Recherche aufgefunden worden waren, kontaktiert. Vorgesehen war auch die Befragung von ausländischen Agenturen, was jedoch scheiterte, alle Kontaktierten verweigerten. Außerdem wurden ExpertInneninterviews mit für die Forschungsfragen relevanten AkteurInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich geführt. Die GeschäftsführerInnen von vier der größten sozialen Dienste wurden befragt. Weiters wurden als VertreterInnen der öffentlichen Bereitstellung von sozialen Diensten im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege sowie Heimhilfe zwei BeamtenInnen der zuständigen Magistratsabteilungen in Wien

befragt. Drei Interviewte sind den betreffenden Gewerkschaften der Beschäftigten in der institutionellen Pflege zuzurechnen (ArbeitnehmerInnenvertreterInnen). Außerdem wurden ExpertInnen aus der Ministerialbürokratie zu Fragen der AusländerInnenbeschäftigung aus dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und dem Bundesministerium für Finanzen (KIAB, Kontrolle der illegalen Arbeitnehmerbeschäftigung⁵) befragt. Die Interviews wurden zwischen Oktober 2006 und März 2007 geführt. In diese Zeit fielen die Koalitionsverhandlungen nach den Wahlen im Oktober 2006 und die politische und mediale Debatte um die Legalisierung und Regulierung der 24-Stunden-Pflege. Die ExpertInneninterviews hatten zum einen explorativen Charakter, um den Wissensstand im Feld zu vertiefen, zum anderen sollte eine Einschätzung der Auswirkungen der 24-Stunden-Pflege auf die sozialen Dienste und den Arbeitsmarkt Pflege sowie für die Pflegeversorgung, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen getroffen werden. Es wurden Leitfadeninterviews geführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte themenzentriert anhand der Fragen des Leitfadens, es wurden thematische Kategorien gebildet und diese zu Themenblöcken zusammengefasst. Der erste Schritt war eine deskriptive Zusammenfassung des Interviewmaterials. In einem zweiten Schritt wurden die theoriegeleiteten Hypothesen beantwortet. Dazu wurden die Ergebnisse der einzelnen Analyseeinheiten zusammengefasst und synthetisiert.

Um die strukturellen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von 24-Stunden-Pflege zu untersuchen, wurden die relevanten Sozialpolitiken und Gesetze sowie die institutionelle Pflege (öffentliche Pflegevorsorge) anhand von Gesetzestexten, statistischem Datenmaterial sowie einer Literaturanalyse von Berichten und Studien, vor allem zur institutionellen Pflegeversorgung, zur Situation der Beschäftigten in der Pflege und zum Personalbedarf sowie zur Situation pflegender Angehöriger dargestellt und analysiert. Außerdem wurden die Ergebnisse der ExpertInneninterviews einbezogen. Die mediale Debatte des Wahlkampfes und der darauffolgenden Regulierungsmaßnahmen hinsichtlich der 24-Stunden-Pflege wurde anhand der beiden österreichischen Qualitätszeitungen *Der Standard* und *Die Presse* (Online-Archiv) sowie weiterer relevanter Berichte vornehmlich aus *ORF* (Rundfunk und Online), *Salzburger Nachrichten*, *Wiener Zeitung* sowie *Profil* und *Kurier* analysiert. Auch Kommentare aus den beiden Medien *Die Presse* und *Der Standard* wurden berücksichtigt, um den Diskurs der 24-Stunden-Betreuung darzustellen. Der Gesetzgebungsprozess wurde außerdem durch die Analyse der Stellungnahmen des Begutachtungsverfahrens nachvollzogen. Aus diesen Quellen konnten noch weitere Einblicke in die Problematiken der häuslichen Pflege gewonnen werden. Ziel der Untersuchung der medialen Debatte sowie des Legalisierungsprozesses war es, Einblick in die Rolle von AkteurInnen und ihre Interessen zu bekommen.

Begriffsdefinition

In der angelsächsischen Literatur bezeichnen die Begriffe *Care Work* oder *Caring Labour* die Gesamtheit der im Haushalt anfallenden Arbeiten. Im deutschsprachigen Raum wird die personenbezogene Arbeit (Betreuungs-, Erziehungs- und Pflegearbeit) stärker von der sachbezogenen Hausarbeit (Putzen, Kochen, Einkaufen, Pflege der Kleidung usw.) getrennt. Die Soziologie

⁵ Die KIAB ist eine Behörde, die im Bundesministerium für Finanzen angesiedelt ist, jedes Finanzamt hat ein KIAB-Team, (BMF 2007a)

unterscheidet produktions- und personenbezogene Dienstleistungen, die haushaltsbezogenen Dienstleistungen sind eine Unterkategorie der personenbezogenen. Bei persönlichen Diensten ist im Unterschied zu sozialen Dienstleistungen nicht das Element der präventiven oder kurativen Verhinderung von Mangellagen gegeben (Scott-Winterer/Riede 1986 zitiert in Geissler 2002, 44; vgl. auch Amann 2007), allerdings ist die Definition dieser Mangellagen kulturell und sozial vom Anspruchsniveau abhängig und daher relativ (vgl. dazu Geissler 2002, 30f). Der wesentlichste Unterschied zwischen personenbezogenen und sachbezogenen Tätigkeiten ist, dass erstere in Interaktion mit der betreffenden Person stattfinden. Die Qualität der Arbeit ist von der Kooperationsbereitschaft und der Interaktion der handelnden Personen, ihrer Emotionalität usw. abhängig. Ein zweites wesentliches Unterscheidungsmerkmal von Haushaltstätigkeiten ist, ob diese zeitlich aufschiebbar sind oder nicht und inwieweit sie ortsgebunden sind.⁶ Zuletzt unterscheiden sich Haushaltstätigkeiten hinsichtlich der Substituierbarkeit⁷ durch Marktgüter und Dienstleistungen und den Einsatz von Technik (Rationalisierbarkeit).⁸ Rationalisierung der Haushaltsarbeit fand in den letzten Jahrzehnten vor allem durch die Zunahme des Konsums von industriell gefertigten Nahrungsmitteln statt. Die technische Ausstattung der Haushalte hat sich zwar in den letzten Jahrzehnten stark verbessert, aber weder die Technisierung der Haushalte noch der gestiegene Konsum von Halb- und Fertigprodukten und Diensten außer Haus (vor allem der Gastronomie) führten zu einer wesentlichen Zeitersparnis, sondern zu einem immer höheren Anspruchsniveau und zur Zunahme der Konsumarbeit (Meyer 1997, 192f).

Die Trennung zwischen personen- und sachbezogenen Haushaltsdienstleistungen erweist sich in der Praxis, wie das Beispiel der 24-Stunden-Pflege zeigt, als wenig zielführend. Die Grenzen sind fließend, individuell vom Gesundheitszustand wie auch vom Anspruchsniveau der betreuten Person und ihrer Angehörigen stark abhängig (vgl. Anderson 2006; Geissler 2002). Zugleich weist die Problematik der begrifflichen Trennung auf die Schwierigkeiten der Spezialisierung und Arbeitsteilung und damit der Professionalisierung der Haushaltstätigkeiten hin, wie sie auch in der öffentlichen Debatte um die 24-Stunden-Pflege - nicht zufällig auch Rund-um-Pflege genannt - und im Prozess der Verrechtlichung manifest wurde.

Die Verwendung der Begriffe Arbeits- oder Dienstverhältnis im Zusammenhang mit irregulärer Caring Labour ist umstritten. Einige AutorInnen kritisieren die Bezeichnung Arbeits-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis für irreguläre, illegalisierte und informelle, bezahlte Arbeit im Haushalt. So würde eine bezahlte, mit sozialen Rechten verbundene Erwerbsarbeit suggeriert, was aber in den allerwenigsten Fällen der Realität entspreche (vgl. Anderson 2006, 194f). Begriffe, die ein Arbeitsverhältnis bezeichnen, nicht zu verwenden, birgt andererseits die Gefahr, den Charakter der Arbeit in Frage zu stellen, die Nähe zur unbezahlten, privaten Arbeit herzustellen und sie abzuwerten

⁶ Die Zubereitung einer Speise oder eines Getränkes, Reinigungsarbeiten können dringend notwendig sein oder aber auch nicht. Haushaltstätigkeiten differieren auch hinsichtlich des Ortes ihrer Verrichtung. Während Putzarbeiten zum allergrößten Teil ortsgebunden sind, können personenbezogene Dienste (Betreuung, Pflege, Erziehung, Unterhaltung) auch an anderen Orten bereitgestellt werden, sofern sich die betreffende Person an einen anderen Ort begeben kann oder will.

⁷ Die Substituierbarkeit durch Marktgüter ist abhängig vom Angebot – also ob ein Produkt oder Dienst überhaupt als Marktleistung angeboten wird und von der Leistbarkeit bzw. den Opportunitätskosten.

⁸ Beispielsweise kann die Zubereitung von Speisen ganz oder teilweise ausgelagert werden, indem Fertigprodukte konsumiert oder aber Dienste wie Essen auf Rädern oder Essen außer Haus in der Gastronomie beansprucht werden, Wäschepflege kann durch eine Putzerei erfolgen etc.

sowie soziale Rechte, die mit der Arbeit verbunden sein sollten, in Frage zu stellen. Dementsprechend ambivalent ist auch die Begrifflichkeit der ArbeitgeberIn oder DienstgeberIn. Der Terminus KlientIn ist gebräuchliche Diktion der sozialen Dienste. Er soll den Aspekt der KundIn und damit Souveränität und Selbstbestimmtheit vermitteln und nicht Bedürftigkeit und Passivität (wie z.B. der Begriff Pflegebedürftige). Allerdings ist die Durchsetzung des Begriffs auch im Kontext des Wandels des Wohlfahrtsstaates und der Ökonomisierung (Verbetriebswirtschaftlichung) und Monetarisierung sozialer Leistungen kritisch zu sehen und die Betonung der Selbstbestimmung der KlientInnen auch im Zeichen neoliberaler Ideologien und des Rückzugs staatlicher Verantwortung zu hinterfragen (vgl. Dimmel 2004; Dimmel et al. 2004; Weinzirl 2004).

Der Begriff der Irregularität hat sich mittlerweile in den Sozialwissenschaften durchgesetzt, um einen nicht gesetzeskonformen aufenthalts- und beschäftigungsrechtlichen Status von MigrantInnen zu bezeichnen. Damit soll die Produktion und Konstruktion von Irregularität durch gesetzliche Normen betont werden und die stigmatisierende und kriminalisierende Konnotation von Ausdrücken wie Schwarzarbeit oder Illegalität unterbleiben (vgl. Krenn/Haidinger 2009, 6f). Irregularität ist auch ein trennschärferer Begriff als jener der Informalität, denn informelle Arbeit bezeichnet auch unbezahlte private Arbeit, wie familiäre oder Freiwilligenarbeit (vgl. Altvater/Mahnkopf 2002). Zur Bezeichnung der informelle und irreguläre Arbeit Leistenden werden im deutschsprachigen Forschungsraum vor allem die Begriffe HaushaltsarbeiterIn oder auch die englischen Begriffe (*Migrant Domestic Worker* oder *Care Worker* verwendet, um den Aspekt der Arbeit zu betonen und anderer Erwerbsarbeit gleichzustellen bzw. Abwertung und Verunsichtbarung zu verhindern. *Live-in Care Worker* (*Live-ins*, *Live-in Carer*) bezeichnet eine Arbeitskraft, die im Haushalt der BeschäftigerIn auch wohnt, wie das bei 24-Stunden-PflegerInnen, aber auch beispielsweise Au-Pair-Kräften der Fall ist. *Live-out-CareworkerInnen* verfügen über eine eigene Wohnmöglichkeit und sind stundenweise in Haushalten beschäftigt. Begriffe wie im Englischen Maid bzw. im Deutschen Dienstmädchen, Dienstboten werden in der sozialwissenschaftlichen Literatur vermieden. Maria S. Rerrich hingegen verwendet bewusst die alltagssprachliche Bezeichnung *Putzfrau* (Rerrich 2006). In Österreich ist *Putzfrau* das gebräuchlichste Wort, mit dem CareworkerInnen alltagssprachlich benannt werden, aber auch *Zugehfrau* und *Bedienerin* werden verwendet. Daneben sind euphemistische Ausdrücke wie *Perle* oder *Putzfee*, in Zusammenhang mit Altenbetreuung auch Ausdrücke wie *Gesellschafterin* und *Gesellschaftsdame* in Gebrauch. In der Kinderbetreuung tätige CareworkerInnen werden meist *Kindermädchen* genannt, gleichgültig welches Alter sie haben. Im Bereich der Altenpflege oder Betreuung hat sich der Begriff *Pflegerin* bzw. *24-Stunden-Pflegerin*, *Rund-um-die-Uhr-Pflegerin* oder *-Betreuerin* durchgesetzt – ebenfalls unabhängig von der Qualifikation der Beschäftigten - häufig werden auch die Begriffe *Kraft* und *Schwester* verwendet. Dass diese Begriffe völlig unabhängig von der tatsächlichen Qualifikation angewendet werden, deutet darauf hin, dass, wie viele AutorInnen betonen, die wichtigste Qualifikation das Geschlecht und die damit verbundenen Fähigkeiten (das *weibliche Arbeitsvermögen*, Ostner 1979) ist (Beck-Gernsheim 1981; Hochschild 1990; Meifort 2000; Odierna 2000; Ostner 1979; Werlhof 1983).

1 Theoretischer Rahmen

1.1 Haus- und Sorgearbeit

Schon in den 1970er Jahren stand die Frage der Kommerzialisierbarkeit der Haus- und Sorgearbeit zur Debatte. Eine der vorrangigen Forderungen der neuen Frauenbewegung war der *Lohn für Hausarbeit*. Das zentrale Anliegen war dabei allerdings nicht eine Geldleistung für Hausfrauen, sondern vielmehr die Politisierung der Arbeitsteilung und der geschlechtsspezifischen Zuweisung der privaten, unbezahlten Sorgearbeit an Frauen („*Das Private ist politisch.*“). Politisches Ziel der ursprünglich linken Forderung⁹ war letztendlich die Überwindung der Arbeitsteilung der Geschlechter durch die Vergesellschaftung der Haus- und Sorgearbeit. Von Beginn an waren die Ziele aber umstritten. Es gab auch Strömungen, die die Aufwertung der Hausarbeit im Verhältnis zur Erwerbsarbeit durch die tatsächliche Bezahlung eines Lohnes forderten, während GegnerInnen das mit der Begründung der Gefahr der Zementierung der geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung ablehnten. Die politischen Erfolge der Bewegung erschöpften sich letztendlich - gemessen am ursprünglichen Ziel der Überwindung der Arbeitsteilung - in Geldleistungen, die im Vergleich zu Erwerbseinkommen höchstens als symbolische Anerkennung bezeichnet werden können bzw. in einem bis heute noch keineswegs bedarfsgerechten, aber immerhin beginnenden Ausbau institutioneller Betreuung.¹⁰ Auch die gestiegene Erwerbstätigkeit von Frauen bewirkte keine Gleichverteilung der Hausarbeit zwischen den Geschlechtern. Da Frauen nicht im erforderlichen Maß auf eine partnerschaftliche Arbeitsteilung rechnen konnten, verlagerte sich die Haushalts- und Sorgearbeit zum Teil in den Markt, und zwar weniger in den formellen, sondern primär in den informellen und irregulären Markt (Schwarzmarkt). Dem Vorschub leisteten Tendenzen der Monetarisierung und Ökonomisierung von Sozialleistungen in europäischen Wohlfahrtsstaaten. So bewahrheitete sich letztlich die Kritik am Lohn-für-Hausarbeit-Modell, es zementiere die geschlechterhierarchische Arbeitsteilung, jedenfalls solange die Höhe staatlicher Transferzahlungen weit unter den auf dem Markt erzielbaren Einkommen liege und die soziale Anerkennung der Sorgearbeit nicht gleichwertig der Erwerbsarbeit auf dem Markt sei. Zum anderen steht die Forderung nach Anerkennung der Hausarbeit auch eher im Zeichen des differenztheoretischen Paradigmas der 80er Jahre und passt weniger in das dekonstruktivistische Gender-Konzept, das seit den 1990er Jahren hegemonial wurde. Die Frauenbewegung und -forschung wandte sich von ökonomischen Problemen eher Identitätsfragen zu oder wie Nancy Fraser den Wandel benannte: von der „*Umverteilung zur Anerkennung*“ (Fraser 2001). Brigitte Young kritisierte:

„Bereits in den 80er Jahren wurde in der PROKLA 50 ‚Marx und der Marxismus‘ (März 1983) auch über ‚Hausarbeit‘ diskutiert, ein Konzept, das die Verengung des männlichen Arbeitsbegriffs auf lohnabhängige Erwerbsarbeit und seine Erweiterung auf die reproduktive Arbeit der Frauen in der Haushalt- und Subsistenzproduktion thematisierte. Diese durchaus fruchtbare Diskussion, die heute als ‚Hausarbeitsdebatte‘ in die Literatur eingegangen ist, wurde bald zum vergessenen

⁹ Die Forderung nach Lohn für Hausarbeit geht auf die italienische Operaistin Dalla Costa zurück. Dalla Costa kritisierte die marx'sche Theoretisierung der Reproduktionsarbeit als nicht produktive Arbeit. Marx zufolge ist reproduktive Arbeit keine kapitalistische Arbeit, da sie keinen Mehrwert erwirtschaftet, sondern lediglich Gebrauchswerte.

¹⁰ Das gilt jedenfalls für Österreich und andere konservative Wohlfahrtsstaaten (Deutschland), die stark auf der Erbringung der Sorgearbeit durch die Familie bzw. Frauen basieren, in noch stärkerem Maß gilt das für die südeuropäischen Länder (vgl. Österle/Hammer 2004, 45f).

Stiefkind beiderlei Geschlechts. Die männlichen Genossen waren keineswegs geneigt in der Reproduktionsarbeit einen Gegenbegriff zur männlichen Lohnarbeit zu akzeptieren. Die neue feministische Generation wiederum hat sich dem Poststrukturalismus zugewandt und den Materialismus auf dem Altar der symbolischen und diskursiven Ordnung geopfert.“ (Young 1998, 2)

Im Laufe der 1990er Jahre wurde die Frage der Bezahlung der Sorgearbeit unter anderen Prämissen wieder aktuell. Für einen Lohn für Hausarbeit machten sich nun eher konservative und neoliberale Kräfte stark und verlangten Wahlfreiheit im Sinne von Privatisierungs- und Ökonomisierungsbestrebungen. Personen mit Sorgepflichten sollten frei entscheiden können, ob sie erwerbstätig sein wollten oder sich der Haus- und Sorgearbeit widmen. Diesem Paradigma entsprach die Tendenz zur Monetarisierung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen. Geldleistungen sollten dazu verhelfen, Sorgearbeit selbst zu erbringen („zu Hause bleiben zu können“) oder aber entsprechende Dienste auf dem Markt zuzukaufen (siehe dazu S. 60). Zum zweiten wurde angesichts steigender Arbeitslosigkeit und öffentlicher Budgetrestriktionen der informelle (intermediäre) Sektor als Ort der Verwertung „überzähliger Arbeitskräfte“ (Castel 2000) politisiert. Neo-kommunitaristischen Ideen zufolge sollten freigesetzte Arbeitskräfte in ihrer nunmehr freien Zeit unbezahlte Freiwilligenarbeit (Ehrenamt) leisten (vgl. Bürgergesellschaft, Zivilgesellschaft) oder aber Sozialleistungen nur mehr im Austausch gegen Arbeit erhalten (*Workfare*, vgl. Jessop 1993).¹¹ Die Auslagerung oder Vermarktlichung von haushaltsnahen Dienstleistungen und Sorgearbeit wurde also einerseits als Vereinbarkeitsnotwendigkeit und Bedingung der Erwerbstätigkeit von Frauen thematisiert, zum anderen wurden beschäftigungspolitische Argumente für eine Vermarktlichung der Sorgearbeit ins Feld geführt. Haushaltsarbeit, insbesondere Pflege- und Betreuungsleistungen, seien ein expandierender Zukunftsarbeitsmarkt mit großem Beschäftigungspotential. In Österreich wurde schon seit den 1990er Jahren (Einführung des Pflegegeldes 1994) und verstärkt mit der rechtskonservativen Wende im Jahr 2000 die familiäre Erbringung von Sorgeleistungen angesichts der sich verknappenden Mittel des Sozialstaates sowie des abnehmenden Potentials an familiärer, unbezahlter Arbeit gefördert. Eigeninitiative und Unternehmertum sollten im Haushalt Einzug halten. So sah das Regierungsprogramm der ÖVP-FPÖ-Regierung vor, das „*Unternehmen Haushalt*“ zu fördern (Österreich neu regieren, Regierungsprogramm für die XXI Gesetzgebungsperiode 2000, 33; vgl. Schlager 2000). Reguläre Arbeitsplätze wurden tatsächlich kaum geschaffen, realisiert wurden lediglich der Dienstleistungsscheck und die Liberalisierung der Au-Pair-Regelung.

Fernab der politischen und sozialwissenschaftlichen Diskurse entlasteten sich Frauen mittlerweile in Ermangelung bedarfsgerechter und leistbarer, öffentlicher oder marktlicher Versorgung oder gar einer egalitären Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen zunehmend durch Angebote des Marktes und des Schwarzmarktes und verteilten die Sorge- und Hausarbeit anstatt an *ihre* Männer an Frauen um.

¹¹ In den 1980er und 90er Jahren wurde in Europa vermehrt versucht, kommunitaristische Konzepte aus den USA auf Europa zu übertragen (vgl. z.B. Andreas Khols Bürgergesellschaft). Gerade im Zusammenhang mit sozialen Diensten, die in Österreich wie auch in Deutschland über die freien Wohlfahrtsträger organisiert sind, bieten sich kommunitaristische und *Workfare*-Konzepte an. In Deutschland gibt es bereits sogenannte Ein-Euro-Jobs im Rahmen der sozialen Dienste, die von ArbeitslosengeldempfängerInnen angenommen werden müssen, in Belgien existieren ähnliche Projekte (Bachinger 2007, 84; Gottschall/Pfau-Effinger 2002, 8). In Deutschland wurden mit den sogenannten Hartz IV Reformen durchaus *Workfare* Elemente in der Sozialpolitik eingeführt, in Österreich ist das weniger der Fall, es wird eher auf Freiwilligenarbeit oder die Bürgergesellschaft rekurriert, allerdings gibt es doch auch Umschulungsmaßnahmen von Arbeitslosen, die mit mehr oder minder großem Druck erfolgen (siehe S. 117).

Angesichts der Zunahme bezahlter Haushaltsdienste, die mehrheitlich von MigrantInnen in prekären Arbeits- und Lebensverhältnissen geleistet werden, ist in den letzten Jahren die Rede von einer *neuen DienstbotInnen-Gesellschaft* (vgl. Odierna 2000). Eine kritische, öffentliche Debatte blieb bislang aber aus oder beschränkt sich bestenfalls auf akademische Kreise. Die Dethematisierung ist wohl nicht zuletzt auf Interessen an der Aufrechterhaltung dieser Form einer intrageschlechtlichen und geschlechtlichen und nunmehr ethnisierten Arbeitsteilung zurückzuführen. Zum einen können Konflikte um eine Umverteilung der Arbeit zwischen den Geschlechtern im Privaten vermieden werden, zum anderen dient sie der Etablierung eines sozialstaatlichen Regimes zur Herstellung eines billigen Arbeitskräftepotentials, um die öffentliche Vergesellschaftung der Sorgearbeit aus Kostengründen und maskulinistischen Interessen an der Aufrechterhaltung einer geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung, wenn auch in neuer Form, hintanzuhalten (vgl. Anderson 2006; Geissler 2002; Schierup et al. 2006, 15).

In der feministischen Diskussion wird die Frage der Kommerzialisierung von Haushaltsdienstleistungen anhaltend kontrovers abgehandelt. Der Caring Labour Ansatz ist in den feministischen Wirtschaftswissenschaften zu verorten und kommt ursprünglich aus den USA. Eine eigene Sphäre der care economy wird postuliert bzw. gefordert und die Ökonomisierung der Sorgearbeit abgelehnt. Ambivalenzen werfen sowohl die Kritik wie die Befürwortung der Kommerzialisierung und Verberuflichung von Hausarbeit auf. Die Kritik an der bezahlten Hausarbeit kann in die Falle essentialistischer Konstruktionen tappen und einem Sozialkonservatismus, sowohl was die inter- als auch die intrageschlechtliche Arbeitsteilung betrifft, in die Hände spielen. Eben diese Kritikpunkte werden von ProponentInnen der Beschäftigung im Privathaushalt wenig problematisiert, sondern vielmehr die Chancen der Erwerbstätigkeit sowohl für jene Frauen, die befreit von der Haus- und Sorgearbeit nunmehr bezahlter Erwerbsarbeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen können, als auch für jene, die bezahlte Beschäftigung im Privathaushalt finden, hervorgehoben. Letztere Chance böte sich vor allem für gering qualifizierte und nicht qualifizierbare Frauen. Im deutschen Sprachraum bzw. in Europa findet die Problematik der sozialen Differenzierung (Stratifizierung) und die Rolle des Wohlfahrtsstaates im Zusammenhang mit der bezahlten Haushaltsarbeit stärker Eingang in die Forschung als in den USA, wo die Bereitstellung von öffentlichen Diensten eine weitaus geringere Rolle spielt. In den meisten europäischen Ländern ist die marktliche Erbringung von Haushalts- und Sorgearbeit wenig entwickelt (eine Ausnahme bildet z.B. Großbritannien), nimmt aber durch die tendenzielle Monetarisierung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen an Bedeutung zu (vgl. Österle/Hammer 2004; Pacolet et al. 1999). Dennoch bleibt die Frage, ob Sorgearbeit institutionell (staatlich, semistaatlich oder auch marktlich) oder in Form von individuellen Arbeitsverhältnissen (gefördert durch Geldleistungen, Subventionierung oder Steuererleichterungen) organisiert sein soll, kontrovers. Die Debatte um die 24-Stunden-Betreuung ist ein anschauliches Beispiel dafür.

Ökonomische Theorien der Hausarbeit

Sowohl in der neoklassischen ökonomischen Theorie als auch in der marxistischen blieb die Haus- und Sorgearbeit (Reproduktionsarbeit) weitgehend ausgeblendet. Die neoklassische Ökonomietheorie geht im Wesentlichen von zwei Grundannahmen aus: 1) vom nach dem Nutzenkalkül agierenden

Homo oeconomicus (methodologischer Individualismus) und von einem vollkommenen Markt.¹² Der Haushalt ist als Konsumeinheit (als Nachfrage) theoretisiert, entsprechend spielt die Hausarbeit keine Rolle. Der Arbeitsmarkt ist ein Markt wie jeder andere. Auch hier handeln die AkteurInnen (ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen) rational, sprich nutzenmaximierend. Erweiterungen erfuhr die neoklassische Theorie durch die Diskriminierungstheorie und die Humankapitaltheorie (Becker 1993) sowie die ökonomische Arbeitsmarkttheorie durch Segmentationsansätze und institutionalistische Ansätze (Doeringer/Piore 1971; Sengenberger 1978). Diese sollten Erklärungen für die Arbeitsmarktsegregation und die Unterbewertung von Frauenarbeit liefern. Feministische TheoretikerInnen kritisierten, ökonomische Modelle würden lediglich um institutionelle Faktoren, die in das Rationalitätskalkül der Neoklassik eingebaut würden, erweitert. Strukturelle Faktoren, wie die geschlechterhierarchische Arbeitsteilung, blieben unberücksichtigt oder würden als typisch weibliches Verhalten als altruistisch und im Gegensatz zum rationalen, nutzenmaximierenden Handeln des (männlichen) Homo oeconomicus stehend – also irrationales Verhalten - theoretisiert (Becker 1993, 282f; Maier 1994, 18f; Cyba 1998, 39f; Ott/Rinne 1994, 142f). Feministische ArbeitsmarkttheoretikerInnen wiesen außerdem auf die Zirkularität der Ökonomietheorie hin. Die Diskriminierung auf den Arbeitsmärkten werde aufgrund der Rationalität der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung begründet: Da Frauen geringere Löhne erwirtschaften, besteht die innerfamiliäre Arbeitsteilung und diese besteht, weil Frauen geringere Löhne erhalten (Ott/Rinne 1994, 158). Die Benachteiligung von Frauen auf den Arbeitsmärkten sei jedoch ein fundamentaler und immanenter Bestandteil des Marktsystems und der Institutionen (Maier 2004, 29). Es müssten daher institutionelle Rahmenbedingungen in Interdependenz mit individuellen Handlungen und kulturellen Faktoren in die Analyse einfließen (Humphries/Rubery 1994; Pfau-Effinger 2000; Quack 1992, 21).

Nach marxistischer Definition ist Reproduktionsarbeit nicht kapitalistisch, weil sie lediglich Gebrauchswerte, nicht aber Tauschwerte produziert, also nicht warenförmig ist. Der Kapitalist oder Unternehmer profitiert nicht (direkt) von der Arbeit. Die Reproduktion der Arbeitskräfte - der männlichen Lohnarbeiter und neuer Generationen von Lohnarbeitern - ist zwar eine Vorbedingung der Reproduktion des Kapitals, der Unternehmer braucht sich aber um die Erbringung der Reproduktionsarbeit nicht zu kümmern. *„Der Kapitalist kann ihre Erfüllung getrost dem Selbsterhaltungs- und Fortpflanzungstrieb der Arbeiter überlassen.“* (MEW 23, 597f) In den 1970er Jahren wurde von marxistischen FeministInnen die Frage aufgeworfen, in welcher Beziehung die kapitalistische und die patriarchale Produktionsweise zueinander stünden und inwieweit die Ausbeutung von Frauen die Voraussetzung der kapitalistischen Wirtschaftsweise sei und also kapitalistische Ausbeutung sei oder aber unabhängig von der kapitalistischen Wirtschaftsweise patriarchale Ausbeutung darstelle (Debatte um Haupt- und Nebenwiderspruch, Dual Economy Debate).

Das Ausbeutungsverhältnis zwischen Ehefrau und Ehemann ist dem *Dual System Ansatz* zufolge ein feudales, nichtkapitalistisches, da Gebrauchswerte - die der Ehemann sich aneignet - nicht aber Tauschwerte produziert werden, die Arbeit der Frauen geht nicht in die Kapitalbildung ein (vgl. dazu

¹² Dem Marktideal zufolge ist ein Markt vollkommen hinsichtlich der Konkurrenz (es gibt keine Monopole), der Informiertheit der MarktteilnehmerInnen usw., die Preise bilden sich aufgrund der Marktgesetze, durch das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage, es gibt keine externen Effekte (Externalitäten).

Fraad et al. 1994, 6f; Haug 2002).¹³ Esra Erdem analysiert Hausarbeit als nichtkapitalistischen Produktionsprozess und betont die Vielfalt und das Potential nichtmarktorientierter, nichtkapitalistischer Produktionsprozesse. Alternative ökonomische Praxen würden im dominanten kapitalistischen Diskurs unsichtbar oder marginalisiert und den AkteurInnen dadurch ihre ökonomische Identität und Produktivität abgesprochen (Erdem 2003, 224). Erdems Konzept klassifiziert Arbeit nach dem Grad der Autonomie und der kapitalistischen Ausbeutung, also der Aneignung des Mehrwertes durch ein Unternehmen. Die zentrale Analysekategorie sowohl für unbezahlte als auch bezahlte Hausarbeit ist der Klassenprozess, also die Kontrolle über den Arbeitsprozess und über das Produkt. Bei nichtkapitalistischer Haushaltsproduktion kann der Klassenprozess traditionell bzw. feudal, autonom oder kooperativ sein (vgl. Erdem 2003, 231; Fraad et al. 1994). Demnach kann Hausarbeit als selbständige, bezahlte Arbeit auch nicht ausgebeutete Arbeit sein, denn die HaushaltsarbeiterIn behält den vollen Marktpreis und bestimmt ihre Arbeit selbst. Demgegenüber ist der Arbeitsprozess einer HaushaltsarbeiterIn, die mit einer Reinigungsfirma in einem Arbeitsverhältnis steht, durch Fremdbestimmung gekennzeichnet und die Aneignung des Mehrwertes bestimmt das Ausmaß der Ausbeutung. Es besteht somit keine kapitalistische Ausbeutung der selbständigen HaushaltsarbeiterIn, während bei einem unselbständigen Arbeitsverhältnis kapitalistische Ausbeutung vorliegt (vgl. Erdem 2003, 225f). Dabei wird jedoch vernachlässigt, dass sich die selbständige HaushaltsarbeiterIn möglicherweise in wesentlich prekäreren Arbeits- und Lebensverhältnissen befinden kann als eine in einem Normalarbeitsverhältnis im Vergleich dazu gut abgesicherte, angestellte Arbeitskraft. Die Autonomie bzw. Selbständigkeit der Arbeit ist also eine fragwürdige Analysekategorie. Emanzipatorische Grundideen wie Selbstverwirklichung, Autonomie und Selbstverantwortung werden in den kapitalistischen Arbeitsprozess im Dienste der Effizienzsteigerung integriert und führen zu Selbstausbeutung bei gleichzeitigem Abbau von sozialen Rechten (vgl. Rose 2000, Jessop 1993). Der Grad der Fremd- oder Selbstbestimmung über den Produktionsprozess ist daher kaum ein brauchbarer Indikator für Ausbeutung.

Außerdem schlägt Erdem vor, das *Konzept der ethnischen Ökonomie* um die strukturalistische Analyse des Haushaltes zu erweitern. Nichtkapitalistische ökonomische Prozesse, wie die migrantische unbezahlte und bezahlte Arbeit, sollten in die Analyse ethnischer Ökonomien einbezogen werden (Erdem 2003, 233f). Bislang konzentrierten sich Untersuchungen ethnischer Ökonomien auf Besonderheiten ethnischen Unternehmertums. Unter ethnischer Ökonomie (EinwandererInnen-Ökonomie oder MigrantInnen-Ökonomie) sind unternehmerische Aktivitäten von MigrantInnen, ausländischstämmigen Menschen oder der zweiten Generation dieser zu verstehen. Ethnische Ökonomien erfüllen mehrere Funktionen: Sie verschaffen Chancen für MigrantInnen, denen der Zugang zum formalen Arbeitsmarkt verwehrt oder erschwert ist und haben zudem eine Katalysatorfunktion in den formalen Arbeitsmarkt. Die Selbständigkeit bietet höheres soziales Prestige und soziale Aufstiegschancen. Auf der anderen Seite ist die Gefahr der (Selbst)Ausbeutung und Abhängigkeit durch die Nähe zur Informalität begünstigt (Schader Stiftung 2005).¹⁴ Die Forschungen zur ethnischen Ökonomie befassen sich primär mit unternehmerischen Aktivitäten von MigrantInnen. Migrantische Haushaltsarbeit bildet zwar einen beträchtlichen Teil der ethnischen Ökonomie, findet

¹³ Für die Politisierung ist diese Frage durchaus entscheidend, demnach ist entweder das kapitalistische Ausbeutungsverhältnis oder das patriarchale zu bekämpfen (vgl. dazu Haug 2002).

¹⁴ vgl. Schader Stiftung 2005

aber kaum Eingang in die Forschung, was auf deren Beschränkung auf formelle Unternehmen gründet (vgl. exemplarisch: für Deutschland: Leicht et al. 2005; für Wien: Enzenhofer et al. 2007). Informelle MigrantInnennetzwerke sind dagegen häufig Gegenstand der Migrationsforschung im Bereich Hausarbeit. Sie werden nicht selten idealisiert und die Handlungsfähigkeit der MigrantInnen betont. Im Zusammenhang mit dem österreichischen irregulären Pflegearbeitsmarkt ist einerseits die Etablierung von migrantischer (ethnischer) Ökonomie (KleinunternehmerInnen) zu beobachten und in der Folge der gesetzlichen Regulierung des Personenbetreuungsgewerbes sogar die offizielle Institutionalisierung derselben, andererseits ist neben den positiven Aspekten der Unabhängigkeit von den Vermittlungs- und Anwerbeagenturen im In- und Ausland, die vor allem ein kommerzielles Interesse verfolgen, auch die Möglichkeit der Ausbeutung innerhalb der informellen Netzwerke nicht zu vernachlässigen (s. u.).

Konträr dazu geht z. B. der Bielefelder Subsistenzansatz von der These aus, Hausarbeit als Subsistenzproduktion sei die Basis der Kapitalakkumulation.¹⁵ Der marxistische Ausbeutungsbegriff, in dessen Zentrum die Lohnarbeit stehe, versperre die Analyse der übrigen, mehrheitlichen Ausbeutungsverhältnisse. Diese nähmen nicht nur die Form von Lohnarbeit an, sondern im Gegenteil massenhaft und zunehmend jene niedrigst oder nicht entlohnter Arbeit. Diesen parallel zur Proletarisierung verlaufenden Prozess bezeichnet Werlhof als „Hausfrauisierung“. Frauen verrichten jenen Teil der Arbeit, der entweder zu teuer wäre, um entlohnt werden zu können, oder weil er nicht käuflich zu erwerben ist, wie z.B. emotionale Zuwendung (vgl. konträr dazu Hochschild 1990, siehe S. 31). Die Arbeit der Frau sei immer Hausarbeit oder die Verlängerung der Hausarbeit und daher unsichtbar und entwertet (Werlhof 1983, 83, 129). Das Hausfrauenverhältnis sei keineswegs ein präkapitalistisches Relikt (also ein feudales Ausbeutungsverhältnis), weil sich die Verallgemeinerung der Lohnarbeit und die Verwandlung der Hausarbeit in gesellschaftliche Arbeit noch nicht vollzogen hätten. Nicht die Verallgemeinerung der Lohnarbeit, sondern die Verallgemeinerung der Hausarbeit stünde bevor, weil das weibliche Arbeitsvermögen wesentlich profitabler sei, als das männliche, es sei das umfassendste, weil es die ganze Person einbeziehe und mobilisiere.¹⁶ Die Ökonomie werde folglich insofern umstrukturiert, als dem männlichen Lohnarbeiter das weibliche Arbeitsvermögen anezogen werde (Verweiblichung oder Hausfrauisierung des Lohnarbeiters).¹⁷ Nichtentlohnte Arbeitsformen wie ehrenamtliche Sozialarbeit oder die Arbeitsverpflichtung Arbeitsloser würden auch zunehmend politisch diktiert, zugleich werde die angebliche Autonomie des informellen Sektors

¹⁵ Die geschlechtliche Arbeitsteilung bzw. die Produktion der Frauen sei die Grundlage der kapitalistischen Produktion. Die hohe Bewertung der Waren setze eine niedrige Bewertung der zuvor notwendigen Arbeit (der reproduktiven bzw. Subsistenzarbeit) voraus. Die Arbeit der Frauen werde nicht getauscht, nicht bezahlt, sondern abgepresst, geraubt, gehe aber in die Kapitalbildung ein. Fasse man den Prozess der Aneignung von nichtentlohnter (Frauen)Arbeit, um die Arbeitskraft von Männern herzustellen, als Rente auf (der Kapitalist müsste der Frau für die Bereitstellung der Arbeitskraft eine Rente zahlen, Anm. AB), so ergebe sich, dass im vom Lohnarbeiter geschaffenen Mehrwert der Rentenanteil enthalten sei und der Profit im Wesentlichen aus der Rente bestehe. Der Prozess der Erzwingung der Arbeit und des Raubes der Rente sei die heutige kapitalistische *ursprüngliche* Akkumulation (Werlhof 1983, 155).

¹⁶ Der (männliche) Lohnarbeiter werde immer teurer und unprofitabler. „Denn der Lohnarbeiter kann zu wenig und macht zu wenig. Er kann nur tun, was bezahlt wird und was vertraglich vereinbart wurde. Er tut nichts darüber hinaus, und er hat keine Ahnung von Menschenproduktion. Er funktioniert als Roboter, Anhängsel der Maschine, entemotionalisiert, er vermeidet und sabotiert jeden Versuch, ihm noch mehr des Lebens abzupressen. Er arbeitet zu kurz und ist zu schnell erschöpft. Er hat keinen Grund, initiativ zu werden, und kein Motiv für die Arbeit, er ist nicht rundherum, als Person, als ganzer Mensch, mobilisierbar. Das männliche Arbeitsvermögen ist viel zu unflexibel und ‚unfruchtbar‘, es ist blutleer. Deswegen wird es auch so selten verwendet.“ (Werlhof 1983, 129)

¹⁷ Unter diesem Aspekt sei auch der Einsatz von GastarbeiterInnen zu sehen. Diese hätten einen gebrauchswertorientierten, bäuerlichen Hintergrund, der dem weiblichen Arbeitsvermögen näher stünde.

hervorgehoben, kritisiert Werlhof. Es handle sich dabei weder um Refeudalisierung noch um einen Weg zum Sozialismus, sondern um die logische Folge und Fortsetzung des bestehenden kapitalistischen Systems (Werlhof 1983 129f, 183; vgl. dazu auch Altvater/Mahnkopf 2002, 30f). Die internationale Arbeitsteilung werde analog der geschlechtlichen Arbeitsteilung organisiert.

Mehrere AutorInnen verwenden in der Forschung zu migrantischer Hausarbeit den Begriff der Hausfrauisierung (z.B. Hess 2005; Caixeta et al. 2004). Der Hausfrauisierungsansatz ist zwar einer der wenigen, der den Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit in den Blick nimmt, allerdings sind die Begrifflichkeiten zu unscharf (vgl. Birkner/Knittler 2002). Dem Ansatz der Hausfrauisierung widerspricht zudem die empirische Tatsache, dass in den letzten Dekaden die Frauenerwerbstätigkeit stark angestiegen ist und das keineswegs nur im informellen Sektor, im Gegenteil profitierte ein großer Teil der Frauen von der Tertiarisierung und ist in den regulären Erwerbsarbeitsmarkt integriert oder anders ausgedrückt, ist eine Tendenz zur Verallgemeinerung der Lohnarbeit zu konstatieren. Tatsächlich sind beide Entwicklungen zu beobachten, Segmente von abgesicherter Arbeit und prekärer stehen in Wechselwirkung und ergänzen sich.

Postfordismus - Wandel von Arbeit und Arbeitsverhältnissen

Prophezeiungen der 1980er Jahre, der Gesellschaft ginge die Arbeit aus, bewahrheiteten sich nicht (Beck 1983; Offe 1994). Den Verlusten an Arbeitsplätzen im industriellen Sektor und im verarbeitenden Gewerbe (bedingt durch Technisierung und Rationalisierung) stand ein enormes Wachstum des Dienstleistungssektors gegenüber. Wenngleich für viele Menschen der Wandel zur Dienstleistungs- oder Wissensgesellschaft Arbeitsplatzverlust bedeutete, profitierten nicht zuletzt Frauen von der Expansion des tertiären Sektors. Der *Postindustrialismus* (*Postfordismus*) ist auch gekennzeichnet von einem Wandel der Arbeitsorganisation. Arbeit wird in zeitlicher und örtlicher Hinsicht flexibilisiert, subjektiviert und vorgeblich enthierarchisiert. Die Anforderungen an ArbeitnehmerInnen veränderten sich: soziale Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Empathie etc., also Fähigkeiten (soft skills), die bislang vor allem Frauen als weibliches Arbeitsvermögen zugeschrieben wurden, sind nicht mehr nur im Dienstleistungssektor gefordert, sondern gelten in den netzwerkartig organisierten Arbeitswelten als maßgeblich (vgl. Hochschild 1990; Rose 2000; Hardt/Negri 2003). Zum einen ist daher von der Feminisierung der Arbeit die Rede, zum anderen wird die Neuorganisation der Arbeit mit Demokratisierung und Enthierarchisierung der Arbeitswelt in Zusammenhang gebracht. Der Arbeitsplatz sei nicht mehr ausschließlich der Ort, an dem Entbehrungen in Kauf genommen werden, um einen Lohn zu erhalten, sondern wird zum Ort der Selbstverwirklichung (Rose 2000, 18). Mehr Autonomie und Subjektivierung (Einsatz der ganzen Person) bedarf aber auch mehr Selbstdisziplinierung, Selbstregierung und Selbstoptimierung in zunehmend informalisierten und entgrenzten Arbeitswelten (vgl. „*das unternehmerische Selbst*“, Rose 2000). ArbeitnehmerInnen werden zu den UnternehmerInnen ihrer selbst, zu *ArbeitskraftunternehmerInnen* (Pongratz/Voß 2001). Hardt/Negri bezeichnen die ökonomische *Postmodernisierung* als *Informatisierung der Produktion*. Die *immaterielle Arbeit* werde hegemonial. Während im Fordismus die materielle Arbeit als industrielle Fabriksarbeit im Zentrum stand, seien es nun die Produkte oder Waren der immateriellen Arbeit: Wissen, Kommunikation, Gefühle und Beziehungen (affektive Arbeit). Die materielle Arbeit sei nicht mehr deutlich von der immateriellen zu

unterscheiden, ebenso wenig die produktive von der reproduktiven (Hardt/Negri 2003, 295f). Auch Hardt/Negri betonen den Aspekt der „Selbstverwertung“: Interaktion und Kooperation werden nicht mehr von außen aufgezwungen, sondern sind der Arbeit vollkommen immanent. Darin liege das Potential für *“eine Art spontanen und elementaren Kommunismus“*, denn die ProduzentInnen seien nicht mehr notwendigerweise auf das Kapital angewiesen.

„Heute haben Produktivität, Reichtum und das Schaffen eines gesellschaftlichen Surplus die Form der kooperativen Interaktion angenommen, die sich sprachlicher, kommunikativer und affektiver Netzwerke bedient.“ (Hardt/Negri 2003, 305)

Die affektive Arbeit nehme, wenngleich sie nie völlig außerhalb des kapitalistischen Verwertungsprozesses gestanden habe, nun eine vorrangige Rolle ein:

„Die affektive Arbeit ist heute nicht nur direkt produktiv für das Kapital, mehr noch, sie bildet die Spitze in der Hierarchie der Arbeitsformen.“ (Hardt 2002)

Robert Foltin verdeutlicht die Verschiebung der unbezahlten Arbeit bzw. der affektiven Arbeit ins Kapital:

„Es ist klar, dass es diese affektive Arbeit immer gegeben hat, aber außerhalb des Ausbeutungsverhältnisses durch das Kapital und daher ‚wertlos‘. Der Kapitalismus profitierte vorher nur indirekt davon, als diese Bedürfnisse in Institutionen wie in den Familien oder im Kunstbetrieb befriedigt wurden. Jetzt ist die Produktion von Affekten direkt zum Produkt, zur Ware geworden. Das wäre tatsächlich in dem Sinn zu interpretieren, dass das Patriachat zu Ende ist, insofern als der Kapitalismus jetzt identisch mit dem Patriachat ist. Natürlich ist klar, dass der Zerfall der Familie die geschlechtliche Ungleichverteilung der Arbeit, der Einkommen etc. nicht beendet hat, sondern sie nur ins Kapital verschoben wurde. Eine Revolution bleibt notwendig und sie kann nur von der affektiven Arbeit her gedacht werden, sie muss feministisch sein.“ (Foltin 2002)

Reproduktive Arbeit als immaterielle, affektive Arbeit, als Produktion von Affekten, Subjektivität, Gesellschaft und letztlich als biopolitische Produktion von Leben und Bevölkerung steht an der Spitze des Produktionsprozesses, die Unterscheidung zwischen Produktion und Reproduktion wird hinfällig.¹⁸ Obwohl Hardt/Negri explizit auf die reproduktive Arbeit eingehen und ihr eine so hervorragende Stellung in der *informationellen Ökonomie* einräumen, fand das Konzept in der feministischen Forschung relativ wenig Resonanz. Möglicherweise haben die optimistischen Visionen von Hardt und Negri wenig mit den Realitäten der ProduzentInnen der affektiven Arbeit – wie den HaushaltsarbeiterInnen - zu tun. Auch wird in den Texten vor allem auf die mütterliche Arbeit – als biopolitische Produktion, die Leben erschafft und Gesellschaft reproduziert – rekurriert (Hardt 2002). So fruchtbar das Konzept der immateriellen Arbeit sein könnte, lässt es jedenfalls die Unterbewertung der feminisierten Arbeit und insbesondere der Haus- und Sorgearbeit völlig außer Acht. Diese besteht weiter, selbst wenn die Unterscheidung zwischen produktiver und reproduktiver Arbeit obsolet geworden sein soll und die immaterielle, affektive Arbeit im kapitalistischen Produktionsprozess

¹⁸ „Diese [biopolitische] Produktion beruht demnach in erster Linie auf der Arbeit, die mit der Herstellung des Lebens beschäftigt ist, was sich nicht auf die Aktivitäten zur Erzeugung von Leben bezieht, sondern gerade auf die Produktion und Reproduktion von Affekten. In dieser Hinsicht wird offensichtlich, dass die Unterscheidung zwischen Produktion und Reproduktion ebenso hinfällig geworden ist wie die zwischen Ökonomie und Kultur. Arbeit wirkt sich direkt auf die Affekte aus; sie erzeugt Subjektivität, stellt Gesellschaft her, produziert Leben. Affektive Arbeit ist in diesem Sinn ontologisch: Sie erheischt lebendige Arbeit, um eine Form des Lebens und eine Lebensform zu konstituieren, und weist damit erneut das Potenzial der biopolitischen Produktion aus.“ (Hardt 2002)

verwertet wird. Zum anderen ist es fraglich, welche Form das Lohnarbeitsverhältnis bzw. der Verwertungsprozess annimmt und zum zweiten, ob diese Entwicklung überhaupt eintritt oder andere nichtkapitalistische Formen der Arbeit in bestimmten Bereichen – beispielsweise der Privatsphäre – entstehen bzw. weiter existieren und inwieweit diese als emanzipative Projekte verfolgt werden sollen (vgl. Erdem 2003). Ein Bestimmungsfaktor für diese normative Frage könnte der Grad der sozialen Rechte, die mit bezahlter Hausarbeit einhergehen, sein.

Mit Prozessen der Transformation und Erosion von Normalarbeitsverhältnissen und der Prekarisierung von Lebens- und Arbeitsbedingungen setzte sich in den letzten Dekaden eine Vielzahl von AutorInnen auseinander (Bourdieu 1993; Castel 2000; Altvater/Mahnkopf 2002). Mit der Krise des Fordismus seit den 1980er Jahren kam es auch zum Wandel des fordistischen Normalarbeitsverhältnisses. Im Zusammenhang mit migrantischer Hausarbeit wird häufig der Begriff der informellen Arbeit verwendet. Der Terminus *Informalität* erweist sich jedoch als wenig trennscharf. Altvater/Mahnkopf zeigen auf, dass der Begriff Informalität von der Definition von *Formalität* bzw. *Normalität* abhängig und daher entsprechend heterogen ist, die Brauchbarkeit für die bezeichneten Sachverhalte sei fraglich:

„Die Vielfalt der nicht-normierten Formen, in denen die Arbeiten sozial geregelt werden, reicht von der Schwarzarbeit über Subsistenzarbeiten, prekäre Arbeiten bis zu dem Anfang der 70er Jahre ‚entdeckten‘ informellen Sektor.“¹⁹ (Altvater/Mahnkopf 2002, 13)

Informalität ist alles jenseits gesellschaftlicher Formen, jenseits einer gesellschaftlichen Normalität als einem Durchschnitt als Standard (Altvater/Mahnkopf 2002, 29). Diese Normalität oder der Grad der Formalität ist durch das Maß an sozioökonomischer Sicherheit (security/vulnerability) bestimmt. Robert Castel spricht von der „*Entkoppelung*“ und von Zonen der Vulnerabilität (Verletzlichkeit), in der sich jene Menschen befinden, deren Qualifikationen nicht mehr verwertbar sind oder die aus anderen Gründen nicht am Arbeitsleben partizipieren (können). Prekarität bezeichnet einen Zwischenraum, in der man der Entkoppelung von der Gesellschaft Gefahr läuft (Castel 2000).

Informelle Arbeit kann in der kapitalistischen Entwicklung ein Relikt oder Residuum präkapitalistischer Produktionsformen darstellen oder aber Avantgarde sein. Die Normen und Formen sind jeweils Ergebnis von sozialen und politischen Aushandlungsprozessen („*negotiated forms and norms*“, Altvater/Mahnkopf 2002, 30f). Die informelle Arbeit hat auch Auswirkungen auf die Segmente der formellen oder regulären Arbeit, die mehr oder minder mit sozialen Rechten ausgestattet, aber von Informalität bedroht sind und zu Zonen der Vulnerabilität werden können. Migrantische Hausarbeit ist überwiegend informell und irregulär, zum Teil prekär, sie kann aber auch autonomer als unselbständige Beschäftigung sein und emanzipatorische Effekte haben. MigrantInnen besetzen Nischen der Ökonomie, die die InländerInnen nicht bereit sind zu diesen Bedingungen zu füllen (vgl. Bauböck 1994, 34), andererseits sind sie Konkurrenz für die marginalisierten,

¹⁹ Der informelle Sektor wurde in den 1970er Jahren in den Ländern der Dritten Welt *entdeckt*: Modernisierungsprobleme der Ökonomie könnten durch Konkurrenzvorteile im Vergleich zum formellen, geschützten Arbeitsmarkt gelöst werden, die Prekarität der Arbeits- und Lebensverhältnisse wurde dabei jedoch ausgeblendet. Diese Position wurde prominent z.B. von der International Labor Organisation (ILO) vertreten und dem neoliberalen Vordenker Hernando de Soto. Institutionell wurden diese Ansätze auch z.B. durch die Weltbank unterstützt (Förderung von Mikrounternehmen). Diesen modernisierungstheoretischen Positionen stehen jene der Weltsystem- und Subsistenztheorien gegenüber, die die Produktion der informellen Ökonomie als funktional und immanent für die kapitalistische Produktion interpretiert (Carls 2003).

überflüssigen, inländischen Arbeitskräfte, die prekäre Arbeitsbedingungen annehmen müssen, die also aus dem Rahmen der Normalität der formellen Arbeit herausfallen oder soziale Sicherheit nur im Rahmen von Workfare erhalten. Im Zusammenhang mit sozialer Arbeit ist außerdem der Aspekt zu betrachten, dass sozialstaatliche Aufgaben informalisiert und privatisiert werden und auch die LeistungsempfängerInnen in die Zonen der Vulnerabilität geraten können (vgl. auch Altvater/Mahnkopf 2002; Folbre 2005; siehe dazu S. 38).

Soll Hausarbeit bezahlte Arbeit sein?

Nancy Folbre, eine der prominentesten VertreterInnen des Ansatzes der Care Economy (Caring Labour Debatte), betont die qualitative Differenz zwischen Sorge- und Erwerbsarbeit. Caring Labour könne aufgrund dieses qualitativen Unterschiedes nicht auf die Logik von Tauschbeziehungen (Marktlogik) oder zentrale Planungen und bürokratische Administrationen (z.B. durch den Sozialstaat) reduziert werden. Es müsse ein alternatives Wirtschaftssystem geschaffen werden, in dem Sorgearbeit anerkannt und ermöglicht wird. Folbre verweist auf das Paradoxon der Preisbildung von Caring Labour: Durch die Schwächung der patriarchalen Kontrolle seien Frauen weniger durch traditionelle Konzepte von Weiblichkeit eingeschränkt, daher werde der Druck Sorgearbeit bereitzustellen geringer und es komme zu einer Reduktion der bereitgestellten Arbeit sowohl in der Familie als auch auf dem Markt. Nach konventioneller Ökonomietheorie regelt der Marktmechanismus den Preis, wenn sich das Angebot an Caring Labour verringert, müsste der Preis steigen. Dem ist aber nicht so. Caring Labour bleibt weiterhin unterbewertet, weil Frauenarbeit generell niedriger bewertet ist und immer noch angenommen wird, dass die Arbeit in traditioneller Weise von Frauen zu niedrigen Kosten außerhalb des Marktes angeboten wird. Ein zusätzlicher wichtiger Faktor für die Unterbewertung von Sorgearbeit ist die persönliche Betroffenheit:

„Beschäftigte in diesem Bereich werden zu einer Art Sklaven ihrer eigenen Verpflichtungen und Zuneigung zu den Mitmenschen, für die sie sorgen.“ (Folbre 2005, 21)

Zugleich sind Menschen, die der Fürsorge am dringendsten bedürften, jene, die am wenigsten dafür bezahlen können. Werden Sozialleistungen gekürzt, verschärft sich die Lage von Hilfsbedürftigen und der Druck auf die Sorgenden steigt weiter. Ein weiterer Grund für die Unterbewertung ist die Schwierigkeit der Messung der Qualität von Sorgearbeit. Die Qualität der Arbeit steigt mit der Motivation und dem Engagement der sorgenden oder arbeitenden Person (Folbre 2005, 22f).

„Caring Labor impliziert immer eine ihr innewohnende Form der Motivation, die Menschen dazu bringt, diese Arbeit aufgrund ihrer Gefühle, Verpflichtungen und Engagement zu verrichten. Diese Tatsache wird zu einer natürlichen Ressource, zu einer natürlichen Energie, die gute Pflege bestimmt, die aber auch respektiert und geehrt werden muss, damit sie weiter fließen kann.“ (Folbre 2005, 23)

Um Sorgearbeit in entsprechender Qualität zu sichern, sei ein alternatives Wirtschaftssystem, das Raum und Zeit für Pflege und Sorge schafft, notwendig. In einer Marktwirtschaft, die vom Prinzip der Konkurrenz und Effizienz geleitet ist, werde dazu kaum Raum und Zeit sein. Sorgearbeit könne daher nicht über Märkte organisiert werden (Folbre 2005, 24f). Folbre schlägt vor, eine Art Arbeitsaustausch zu schaffen, um kollektiv ein höheres Angebot an Sorgearbeit in derselben Qualität wie sie bislang durch Angehörige geleistet wurde, zu erreichen. Dazu müsste Solidarität, Liebe, Zuneigung, Hilfe generalisiert und auf die Ebene der Gesellschaft als Ganzes gehoben werden und Gesellschaft als

egalitäre Familie konzipiert werden. Um diese Reziprozität zu gewährleisten, soll John Rawls Metapher vom „*Schleier der Ignoranz*“ angewandt werden (Folbre, 2005, 24f).

Soziale und kulturelle Leitbilder der Sorgearbeit

Das Argument der Naturgebundenheit der Sorgearbeit, auf das sich Folbre letztlich stützt, birgt die Gefahr essentialistischer Zuschreibungen, die traditionell an Frauen gemacht werden. In den 1970er Jahren entwickelten Ilona Ostner und Elisabeth Beck-Gernsheim das Konzept des weiblichen Arbeitsvermögens: Zwischen dem zugeschriebenen weiblichen Arbeitsvermögen und der beruflichen Praxis von Frauen bestehe ein Zusammenhang, der bewirke, dass Frauenarbeit und Frauenberufe entwertet werden.²⁰ Durch ihre gesellschaftliche Zuweisung an die Hausarbeit entwickeln Frauen das weibliche Arbeitsvermögen, das auch in typische Frauenberufe einmünde (Ostner 1979, 189f; vgl. auch Beck-Gernsheim 1981).²¹

Die Zuschreibung von Hausarbeit an Frauen erfolgt durch kulturelle und soziale Leitbilder, die dahinter stehen und wirken. Birgit Geissler arbeitet die unterschiedlichen Handlungslogiken, differenten Deutungsmuster und Zuschreibungen zwischen privater Arbeit und Erwerbsarbeit heraus: Die anthropologische Konstante der Angewiesenheit des Individuums auf Kooperation mit anderen werde in der Erwerbsarbeit in Kooperation (Arbeitsteilung) von autonomen Marktsubjekten umgedeutet. Erwerbsarbeit ist über Tausch und Vertrag vermittelt und rationalisiert, ihre Regulierung hat öffentlichen Charakter. Bei der Arbeit im Haushalt hingegen sei diese Angewiesenheit nicht ausblendet, sondern werde in Nichtarbeit („*Arbeit aus Liebe*“, Barbara Duden) und folglich zu unbezahlter Arbeit transformiert. Erwerbsarbeit beruhe auf den Handlungslogiken von Distanzierung (Autonomie) und Monetarisierung, private Arbeit auf Empathie (Bindung) und Unentgeltlichkeit. Die Zuschreibung privater Arbeit an Frauen funktioniere aufgrund sozialer Deutungsmuster zu Partnerschaft, Familie, Kindererziehung sowie aufgrund ästhetischer Präferenzen, Verhaltensstandards und Normen über Repräsentationspflichten und vergleichender Konsumstandards (Geissler 2002, 37f).

„Der ‚Grund‘ dafür, dass überhaupt private Arbeit für andere geleistet wird, liegt in normativ fundierten und interaktiv anerkannten Ansprüchen.“ (Geissler 2002, 40)

Der Aspekt der Arbeit sei im Haushalt schwer isolierbar, sie sei entgrenzt und betreffe die ganze Person. Durch die Verknüpfung von Haushaltsarbeit und emotionaler Bindung werde die Arbeitskraft als nicht austauschbar konstruiert. Die Delegation der Haushaltsarbeit bedeutete eine Schwächung der Bindung und die Arbeit würde ohne Empathie geleistet. Die Grundlagen des Widerstandes gegen die Transformation von privater Arbeit in bezahlte Haushaltsdienstleistungen (Erwerbsarbeit) seien primär kultureller und erst in zweiter Linie institutioneller Art, meint Geissler. Der Bedarf an Haushaltsdienstleistungen bleibe daher latent, es gäbe keinen Protest gegen die „*Dienstleistungslücke*“ bzw. kaum Forderungen nach der Bereitstellung von entsprechenden sozialen Diensten. Nichtsdestotrotz verlören traditionelle Deutungsmuster zur Erklärung der Zuweisung der

²⁰ Der Arbeitsgegenstand der Hausarbeit ist naturgebunden (abhängig vom Rhythmus innerer und äußerer Natur). Das weibliche Arbeitsvermögen ist am Konkreten, an der Gegenwart, nicht aber am Expansiven und am Zukünftigen orientiert. Qualitäten des weiblichen Arbeitsvermögens sind Empathie, Intuition und Erfahrungswissen. „*Der Arbeitende bleibt abhängig vom Rhythmus innerer und äußerer Natur, dem Willen des Kindes, Hunger und Müdigkeit, Tag- und Nachtwechsel – diese Naturabhängigkeit lässt ihm kaum Möglichkeit zur Eigeninitiative, individuellen Tüchtigkeiten, wie sie z.B. für die Berufsarbeit teilweise noch gelten. Der ‚Hausarbeitende‘ muss abwarten können.*“ (Ostner 1979, 190)

²¹ Ostner verwirft auch die Unterscheidung zwischen gebrauchswert- und tausch(wert)orientierter Arbeit und wendet sich gegen eine Idealisierung der Hausarbeit bzw. der gebrauchswertorientierten Arbeit (Ostner 1979, 188).

Hausarbeit an Frauen immer mehr an Plausibilität. Die wachsende Inanspruchnahme von externen Haushaltsdienstleistungen breche die tradierten Grenzen zwischen Erwerbsarbeit und privater Arbeit auf und sei eine bewusste Überschreitung der Grenze öffentlich – privat. Private Arbeit werde entemotionalisiert, distanziert und monetarisiert. Welche Anteile der Haushaltsarbeit das betreffe, sei nach sozialen Milieus und den Bereichen von Haushaltsarbeit unterschiedlich. So könne die Akzeptanz Putzarbeit abzugeben größer sein als jene, Kinderbetreuung zu externalisieren. Die Transformation der Grenzziehungen ist schließlich auch Gegenstand von Aushandlung und gegenseitigen Ansprüchen, die nicht immer übereinstimmen und interpretiert und kontextualisiert werden (Geissler 2002, 40f).

Die Akzeptanz Haushalts- und Sorgearbeiten extern zu vergeben, nimmt aber zu, ein Wandel der kulturellen und sozialen Leitbilder ist zu beobachten. Der wachsende Bedarf an Haushaltsdienstleistungen ist auf soziale, ökonomische und demographische Faktoren zurückzuführen. Abgesehen von „*biographischer Zeitknappheit*“ (Oechsle/Geissler 1993 zitiert in Geissler 2002, 35) durch die Zunahme, Flexibilisierung und Intensivierung der Erwerbstätigkeit ist die Inanspruchnahme bezahlter Haushaltsdienstleistungen nicht nur eine Bewältigungsstrategie fehlende partnerschaftliche oder öffentliche Unterstützung zu kompensieren. Die Einstellung von HaushaltsarbeiterInnen ist überdies eine Konfliktvermeidungsstrategie, um ein harmonisches Familienleben aufrecht zu erhalten (vgl. Anderson 2006, 40; Geissler 2002). Der Konflikt um die Verteilung von Haus- und Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern und den Generationen wird durch Verlagerung an DienstleisterInnen vermieden, zugleich kann die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung weiter bestehen.

Reproduktionsarbeit geht über die Erhaltung und Regeneration von Arbeitskraft hinaus (Anderson, 2006, 31f). Vor allem in den reichen Ländern bedeutet Reproduktion nicht lediglich Lebenserhaltung im engsten Sinne, also Beschaffung von Lebensmitteln, sondern vielmehr Konsum und Reproduktion von gesellschaftlichem Status. Die reproduktive Arbeit wird bei steigendem Wohlstand und Bildungsniveau immer komplexer, die Konsumarbeit (das Managen von Konsum: informieren, selektieren, kontrollieren usw.) nimmt zu und die Ansprüche wachsen. „*Wohlstand macht Arbeit – und zwar vor allem in den eigenen vier Wänden*“, fasst Geissler zusammen (Geissler 2002, 30). Dazu sind Aspekte von Prestige und Habitus eines „*life-style-orientierten Dienstleistungsbedarfs*“ zu bedenken. Bedürfnisse des Haushaltes sind „*kontext- und akteursabhängige soziale Konstruktionen*“, d.h., Bedürfnisse sind nicht objektiv vorhanden, sondern von Lebensentwürfen und -stilen, Deutungsmustern, Beziehungsformen, Wissen und Kompetenzen sowie Gelegenheitsstrukturen abhängig (Geissler 2002, 32, 42).

GefühlsarbeiterInnen

Im Gegensatz zu sozialen Deutungsmustern und Zuschreibungen sowie den normativen Annahmen des Caring Labour Konzeptes von Folbre steht der Ansatz von Arlie Russel Hochschild, dass Gefühlsarbeit (emotionale Arbeit) sehr wohl verkauft werden kann (vgl. Hardt/Negri 2003). Sie verweist darauf, dass sich Frauen auch in Unternehmen als „*emotionale Arbeitskraft*“ zur Verfügung stellen und überproportional häufig im „*menschlichen Bereich*“ (Öffentlichkeitsarbeit, Marketing, Personalabteilung) beschäftigt seien (Hochschild 2001, 170). Hochschild stellt ausführlich dar, wie

Frauen als Arbeitskräfte Emotionalität anbieten (müssen). Es ist keineswegs nur die unentgeltliche Sorgearbeit, die Frauen zugeschrieben wird und wo Emotionalität und Liebe eingefordert werden. Die Frauen askribierten Attribute (Fürsorglichkeit, Gefühl etc.) fließen in typischerweise feminisierte Berufe als Anforderung in die Profession ein. Das betrifft nicht nur personenbezogene Dienstleistungen im engeren Sinne, sondern aufgrund der Expansion des Dienstleistungssektors eine Vielzahl von Berufen (vgl. immaterielle Arbeit, s. o.). Wird Sorgearbeit zu einer Marktleistung, soll ebenso wie bei familiärer Arbeit Gefühl, Emotion und Liebe erbracht werden, es soll kein qualitativer Unterschied bestehen. Es wird nicht bloß die Dienstleistung einer Arbeitskraft gekauft, sondern die Persönlichkeit der Arbeitskraft muss enthalten sein, es wird ein emotionaler Mehrwert abgeschöpft. Wie aber ist es erklärbar, dass Liebe oder Emotion käuflich und verkäuflich ist? Ist Liebe nicht individuell, einzigartig und kann sie daher überhaupt zu einer Ware werden? Wie kommt es dazu, dass Kindermädchen, AltenpflegerInnen usw. diese geforderte Emotionalität aufbringen? Hochschild erklärt dieses Phänomen mit ihrem Ansatz globaler Betreuungsketten, die sie auf Marx' Mehrwerttheorie und Freuds Objekttheorie aufbaut: Gefühle und Liebe kommen durch Verschiebung von einer Person auf eine andere zustande, d.h., Emotionen werden von den zurückgelassenen Familienmitgliedern auf die zu betreuenden Personen am Arbeitsplatz transferiert.²² Dazu spielen noch andere Faktoren eine Rolle: Durch die Ausschließlichkeit der Bezogenheit auf die zu betreuende Person - denn aufgrund der spezifischen Aufgabe der Betreuungsperson, die im Gegensatz zu den Angehörigen ja einzig und allein für die Sorgearbeit zuständig ist und dafür bezahlt wird, während Angehörige meist noch eine Reihe anderer Aufgaben (Beruf, Versorgung anderer Familienmitglieder usw.) zu erfüllen haben - kann sich die Arbeitskraft einerseits sehr intensiv um die ihr überantwortete Person kümmern. Zugleich ist die Zeit bald mit Einsamkeit, Traurigkeit und Sehnsucht nach den eigenen Verwandten erfüllt und die Gefühle werden auf die betreute Person übertragen.

„Die Liebe ist zumindest teilweise produziert von den Bedingungen unter denen sie gegeben wird.“ (Hochschild 2002, 26, eigene Übersetzung)

Beschäftigungspolitische Aspekte von Hausarbeit

Die Bekämpfung irregulärer Beschäftigung im Privathaushalt sowie die Ermöglichung und Legalisierung von regulären Arbeitsverhältnissen fand als beschäftigungs- und sozialpolitische Problemstellung der Schaffung von regulären Arbeitsplätzen im Privathaushalt in Österreich bislang nur am Rande Beachtung. Das politische Interesse richtet sich mehr an die InanspruchnehmerInnen von Haushalts- und personenbezogenen Diensten, wie auch das Beispiel der 24-Stunden-Pflege zeigt. Am ehesten werden steuerliche Vorteile für die Beschäftigung von HaushaltsdienstleisterInnen und Betreuungskräften - insbesondere im Bereich der Kinderbetreuung - öffentlich debattiert und durchgesetzt. Im Mittelpunkt von Beschäftigungs- und Sozialpolitiken in diesem Bereich stehen die Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Schaffung von Jobs für niedrig Qualifizierte sowie die Erhöhung der Einnahmen öffentlicher Haushalte durch die Steigerung des Steuer- und Sozialversicherungsaufkommens²³ und die Senkung der Ausgaben für Transferleistungen wie

²² Eine philippinische Migrantin, die als Kindermädchen in den USA arbeitet, beschreibt ihre Beziehung zu Noa, dem Kind ihrer Arbeitgeberin, folgendermaßen: „I give Noa what i can't give to my children“ und „She makes me feel like a mother.“ (in Hochschild 2002, 16)

²³ Wobei gerade im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen vielfach atypische Arbeit, vor allem Teilzeitarbeitsplätze, geschaffen werden und insofern die Abgabenleistung wenig relevant ist.

Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe (Stichwort Workfare statt Welfare). Die Nachfrage nach HaushaltsarbeiterInnen soll bedient oder sogar gesteigert werden und Vereinbarkeitsinteressen von berufstätigen Frauen im ersten Arbeitsmarkt nachgekommen werden (vgl. dazu Dienel 2005; Geissler 2002; Klenner/Stolz-Wilg 1997; Meyer 1997; Weinkopf 1997; Lutz 2003, 20f). Die Hauptproblematik dabei ist, dass die Zahlungsbereitschaft bei haushaltsnahen Dienstleistungen gering ist und der größte Teil der bezahlten Caring Labour durch illegalisierte MigrantInnen geleistet wird, an denen Legalisierungsmaßnahmen, die sich nur an InländerInnen bzw. Personen mit Arbeitsbewilligung richten, vorbeigehen. Klenner/Stolz-Wilg kritisieren, dass über den Details um die Beschäftigung im Privathaushalt grundsätzliche Fragen völlig ausgeblendet blieben, die Debatte verrate jedoch einiges über die gesellschaftspolitischen Leitbilder der politischen AkteurInnen: Nicht mehr die Emanzipation von der Haushaltsarbeit²⁴ und eine geschlechtergerechte Umverteilung und Umgestaltung der Haus- und Erwerbsarbeit würden angestrebt, sondern es finde eine Differenzierung der Emanzipationsansprüche für Frauen statt (ein Teil der Frauen emanzipiert sich *von* der Hausarbeit, ein anderer *durch* die Hausarbeit). Diese Differenzierung hänge mit der veränderten Arbeitsmarktlage zusammen (Klenner/Stolz-Wilg 1997, 155f). Entgegen der Dienstleistungstheorie von Fourastié, der annahm, dass aufgrund der Arbeitskraftintensität und des geringen Rationalisierungspotentials der Dienstleistungssektor überzählige Beschäftigte aufnehmen werde (Fourastié 1954, 133f), wuchs der Dienstleistungssektor nicht in dem Ausmaß, wie Fourastié erhofft hatte, denn zum einen investierten die privaten Haushalte mehr in technologische Innovationen, zum anderen blieb die Bereitschaft gering, Geld für Haushaltsdienstleistungen auszugeben (Ausnahmen sind die Gastronomie und die Kinderbetreuung). Vielmehr entwickelte sich eine *Selbstbedienungsökonomie*, die Dienstleistungen einsparte, aber die Konsumarbeit noch vermehrte. Es blieb also ein beträchtlicher Teil Eigenarbeit erhalten (vgl. Geissler/Meyer 1997, 197f). Andererseits finden im ersten Arbeitsmarkt geringer Qualifizierte nicht mehr ausreichend Arbeitsplätze. Hier setzen beschäftigungspolitische Argumente im Bereich der Haushaltsdienstleistungen an: während es Frauen gibt, die für den ersten Arbeitsmarkt qualifiziert sind, aber keine Zeit für die Haus- und Sorgearbeit haben, gibt es Frauen, die für den ersten Arbeitsmarkt nicht mehr qualifizierbar und daher geeignet sind, bezahlte Arbeit im Haushalt zu leisten, für die ohnehin keine berufliche Qualifikation, sondern lediglich eine qua Geschlecht, erforderlich ist (vgl. Odierna 2000, 71f).

Die Entwicklung der Beschäftigung im Bereich der haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen ist – insbesondere wenn sie rein marktlich (regulär aber auch irregulär) organisiert ist - in hohem Maße von der Stratifizierung der Einkommen abhängig, d.h., es muss eine gewisse Einkommensdifferenz zwischen ArbeitgeberIn und Beschäftigter gegeben sein. Einen interessanten Aspekt führt Odierna bzw. Hatzold an: die Abnahme der legalen Beschäftigung sei auf die Verringerung der Einkommensdisparität aufgrund der Verteuerung der Arbeitskraft zurückzuführen. Während ein Regierungsrat mit einer nicht erwerbstätigen Frau und einem Kind in den 1920er Jahren für ein Dienstmädchen kaum mehr als 10% seines Einkommens bezahlte, müsste derselbe Regierungsrat 1997 die Hälfte seines Nettogehaltes für eine Haushaltshilfe aufwenden (Odierna 2000, 69f). Neben der Einkommensdifferenz spielen bei regulärer Beschäftigung die Lohnnebenkosten

²⁴ Dem sozialistischen Ideal zufolge sollte die Hausarbeit der Hausfrau durch Rationalisierung und Vergesellschaftung abgeschafft werden.

(Steuern, Sozialversicherungsbeiträge) eine wesentliche Rolle, können aber im Falle von Arbeit im Privathaushalt auch leicht umgangen werden bzw. ist irreguläre Arbeit im Haushalt eine sozial akzeptierte Praxis. Sozialstaatliche Anreize wie Geldleistungen (z.B. Pflegegeld), Steuererleichterungen, das Sachleistungsangebot und normative Anreize (Leitbilder) haben gewisse Lenkungseffekte, was das Ausmaß und die Beschaffenheit von bezahlter Arbeit im Bereich der Haushalts- und Sorgearbeit betrifft.

Wohlfahrts- und Geschlechterregime

Die in den 1980er Jahren einsetzende feministische Kritik an Sozialstaatsmodellen beschäftigte sich mit der Funktion des Wohlfahrtsstaates bei der Durchsetzung und Aufrechterhaltung der geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung. Mit der Entwicklung des Kapitalismus habe eine Transformation vom Familien-Patriarchat zum Staats-Patriarchat stattgefunden (Theorem vom patriarchalen Wohlfahrtsstaat, Kulawik 2005, 3). Dieser eher negativen Analyse des Wohlfahrtsstaates setzten skandinavische WissenschaftlerInnen²⁵ Ende der 1980er Jahre eine Vision des frauenfreundlichen Staates entgegen und zeigten die Vorteile, die Frauen aus dem Ausbau von öffentlichen Einrichtungen, der Expansion von Beschäftigung im öffentlichen Bereich und der damit möglich gewordenen Freisetzung aus familiären Abhängigkeiten auf (Kulawik 2005, 4; vgl. auch Dackweiler 2003; Gerhard 1988). In den 1990er Jahren wurde das Regimekonzept von Esping-Andersen von vielen TheoretikerInnen aufgegriffen, kritisiert und erweitert. Esping-Andersen klassifiziert Wohlfahrtsstaaten nach dem Grad der Dekommodifizierung und der Stratifizierung. Sozialpolitik hat zwei vorrangige Aufgaben: sie soll erstens die Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt verringern, indem sie Risiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Alter, die Erwerbstätigkeit verunmöglichen, absichert. Dekommodifizierung bedeutet also die wohlfahrtsstaatliche Sicherung der Existenz außerhalb der Marktbeziehungen. Die zweite Aufgabe von Sozialpolitik ist die Verringerung sozialer Ungleichheiten (Destratifizierung). Esping-Andersen differenziert drei Idealtypen von Wohlfahrtsregimen, die sich durch drei Kriterien voneinander unterscheiden lassen: (1) durch die Qualität der sozialen Rechte, (2) in der Beziehung von Staat, Markt und Familie und (3) in den Auswirkungen auf die Strukturen sozialer Ungleichheit (Stratifizierung). Insbesondere der Grad der Dekommodifizierung gibt Auskunft über die Qualität der sozialen Rechte. Idealtypisch werden drei Wohlfahrtsregime unterschieden:

(1) Das sozialdemokratische Wohlfahrtsregime ist in skandinavischen Gesellschaften typisch. Die sozialen Rechte sind universal, der Grad der Dekommodifizierung ist hoch, es besteht ein großes Angebot an sozialen Dienstleistungen. Ziel ist die Nivellierung sozialer Ungleichheiten. Idealerweise sollen Männer und Frauen in den Arbeitsmarkt gleichermaßen integriert sein. Der Staat ist in der Folge ein wichtiger Arbeitgeber. Voraussetzung ist ein hohes Steueraufkommen und dementsprechend ein großer gesellschaftlicher Konsens, der u.a. dadurch erreicht wird, dass das Niveau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen sehr hoch ist und so auch den Ansprüchen der Mittelschicht genügt. Ziel ist sowohl die Emanzipation vom Markt als auch aus traditionellen Familienverhältnissen. Individuelle Unabhängigkeit soll ermöglicht werden.

(2) Das konservativ-korporatistische Wohlfahrtsregime ist im kontinentalen Westeuropa typisch, v.a. in Deutschland, Frankreich und Österreich. Hier wurde das historische staatskorporatistische Erbe

²⁵ Kulawik nennt Helga Hernes (1987) und Birte Siim (1988, 1993); Kulwaik 2005, 4

ausgebaut, um der postindustriellen Klassenstruktur gerecht zu werden. Dem Staat kommt zwar eine wichtige Rolle in der Distribution von Wohlfahrt zu, Ziel ist aber weniger der Abbau von Ungleichheiten als die bestehenden Strukturen zu stabilisieren, Statusunterschiede bleiben erhalten. Soziale Rechte sind an die Höhe des Einkommens gebunden (Versicherungsprinzip), die Umverteilungseffekte sind gering. Eine traditionelle familiäre Arbeitsteilung wird begünstigt, das Alleinverdienermodell wird subventioniert. Soziale Dienstleistungen, die die Erwerbstätigkeit von Frauen, insbesondere von Müttern, unterstützen, sind schwach ausgebaut. Das Modell ist transferintensiv. Das Subsidiaritätsprinzip soll die Selbsttätigkeit der Familie fördern.

(3) Beim liberalen Modell des Wohlfahrtsstaates, wie es in den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien zu finden ist, wird davon ausgegangen, dass die Marktkräfte Verteilungsgerechtigkeit herstellen und daher der Staat nur eine residuale Funktion hat und somit nur die schlimmsten Auswirkungen von Armut bekämpfen muss. Sozialleistungen sind bedarfsgeprüft und wirken eher stigmatisierend, universelle Transferleistungen sind kaum vorhanden. Dekommodifizierung wird nicht angestrebt (Esping-Andersen 1998, 43f).

Feministische TheoretikerInnen kritisierten die Geschlechtsblindheit des Konzeptes und führten den Ansatz des Geschlechterregimes ein. Mit diesem sollten drei Dimensionen erfasst werden: (1) die Ausgestaltung wohlfahrtsstaatlicher Institutionen, (2) der Policy Output (das Resultat normativer und fiskalischer Anreizstrukturen von Sozialpolitiken) und (3) die geschlechterpolitische Verfasstheit politischer Entscheidungsprozesse (Kulawik 2005, 8).

„Das Geschlechterregime umfasst hiernach das institutionelle Ensemble sozialer Leistungen im Zusammenspiel von Markt, Familie und Staat, die damit einhergehenden symbolisch- normativen Zuschreibungen und stratifizierenden Wirkungen im Geschlechterverhältnis sowie die machtpolitischen Konstellationen, die das Ensemble hervorgebracht haben.“ (Kulawik 2005, 8)

Die folgenden Klassifikationen der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung sind geprägt vom männlichen Ernährermodell, das ursprünglich von Jane Lewis und Ilona Ostner entwickelt wurde und nunmehr ebenfalls eine Vielzahl von Weiterentwicklungen erfahren hat. Beim Ernährer-Hausfrauenmodell (Male Breadwinner Female Homemaker Model) als Idealtypus ist soziale Sicherung an der männlichen Erwerbsbiographie orientiert, Leistungen des Sozialstaates sind an Erwerbstätigkeit gebunden (Erwerbszentriertheit) bzw. abgeleitete Ansprüche aus der Ehe (z.B. Mitversicherung, Witwenrente). Die ökonomische Individualisierung (Arbeitsmarktindividualisierung) von Frauen führte inzwischen zur Ausdifferenzierung der Modelle der Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und entsprechender Veränderungen von Arbeitsmarkt- und Sozialpolitiken. Die Sorge- und Hausarbeit wird in unterschiedlichem Ausmaß von Frauen, Männern sowie von staatlichen, marktförmigen oder zivilgesellschaftlichen Institutionen erbracht²⁶ (Kulawik 2005, 8f). Problematisch seien die normativen Annahmen der Ansätze zum Geschlechterregime²⁷, so Kulawik. Implizit werde der Ermöglichung der Erwerbstätigkeit von Frauen ein höherer Wert beigemessen als der Absicherung von Sorgearbeit durch Sozialleistungen. Fragwürdig sei diese Normativität, weil sie den Präferenzen vieler Frauen widerspreche. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Teleologie der Ansätze. Eine kohärente

²⁶ So unterscheidet Lewis das dual breadwinner model in verschiedenen Ausprägungen, das dual carer model und das single earner model. (Leitner/Ostner/Schratenstaller 2003, 13 zitieren Lewis 2001, 157)

²⁷ Ebenso basiere die Wohlfahrtstypologie Esping-Andersens auf der „Hypostasierung der skandinavischen, insbesondere der schwedischen Erfolgsgeschichte“ (Kulawik 2005, 7)

Policy-Logik werde vorausgesetzt, was empirisch keineswegs der Fall ist (Kulawik 2005, 10). Tatsächlich existieren sehr widersprüchliche Genderregime. Angesichts der Veränderungen von Familienkonstellationen, der Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung ist hinsichtlich der wohlfahrtsstaatlichen Instrumente eine unvollständige und widersprüchliche Modernisierung zu konstatieren. Geissler weist auch darauf hin, dass soziale Deutungsmuster nicht in gleicher Weise wie der Autonomisierungsprozess jüngerer Frauen modernisiert seien. Daraus resultiere auch die „Dienstleistungslücke“, die Frauen vorfänden (Geissler 2002, 36f). Gerade in Deutschland sind diese Deutungsmuster äußerst konfliktgeladen, zum einen sei das hohe Bildungs- und Qualifikationsniveau von Frauen ein Indiz für eine starke Erwerbsorientierung, zum anderen sei die Mutterrolle symbolisch hoch aufgeladen (Kulawik 2005, 12). Ein Aspekt, der kaum Beachtung findet, ist der, dass die Typologien von Ernährer-Modellen sich allesamt auf Paarbeziehungen und Kinderbetreuung beziehen. Die Ernährer- und Care-Modelle beziehen sich auf bestehende Paarbeziehungen und die Sorge für Kinder, sie sind aber kaum für die Sorgearbeit für ältere Menschen anwendbar. In diesem Zusammenhang wird Sorgearbeit in anderen familiären und sozialen Konstellationen geleistet, die häufigsten Formen sind die Hilfeleistungen innerhalb einer Paarbeziehung sowie intergenerationelle Sorgearbeit der Kinder oder Enkelkinder. Mit dem Erodieren lebenslanger Partnerschaften werden sich in Zukunft Familienkonstellationen, soziale Netze und damit auch die Sorgebeziehungen verändern.

1.2 Transmigration und Mobilität

Obwohl die Nachfrage nach (billigen) Haushaltsdienstleistungen in den reichen Ländern in den letzten Jahren zu einer Zunahme weiblicher Migration führte, blieb die Forschung zu migrantischer Haushaltsarbeit eher ein Randgebiet innerhalb der Migrationsforschung. Dieser Gender-Bias in der Wahrnehmung der Migration von Frauen ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Mobilität von Frauen noch stärker diskriminiert und kriminalisiert ist als jene von Männern, was sie für den klandestinen Arbeitsplatz Haushalt prädestiniert und zugleich verunsichtbart (vgl. Lutz 2003, 20f).²⁸ Dementsprechend schlechter sind Wanderungsbewegungen von Frauen dokumentiert. Zum anderen entwickelten Frauen aufgrund familiärer Sorgepflichten neue Migrationsmuster, die sich der statistischen Aufzeichnung zum größten Teil entziehen und von der klassischen Migrationsforschung kaum erfasst werden (vgl. Granato 2004). Wenngleich die Arbeitsmigration von Frauen in den letzten Jahren und Jahrzehnten stark zunahm, ist sie keineswegs ein so neues Phänomen.²⁹ Vielmehr blieb sie bislang eher ein blinder Fleck in der Migrationsforschung und der politischen Gestaltung. Der Blick sowohl der Forschung als auch der Migrations- und Einwanderungspolitiken ist bis heute ein androzentrischer. In den aktuellen politischen Debatten um einen notwendigen Zuzug von Arbeitskräften und die Regulierung des Arbeitsmarktzuganges geht es vor allem um hoch qualifizierte

²⁸ Mehrere AutorInnen weisen darauf hin, dass der Privatbereich für illegal arbeitende Frauen vorteilhafter sei, weil sie vor Entdeckung geschützt seien. Die Kehrseite dessen ist allerdings, dass auch Ausbeutung und Misshandlung unentdeckt bleiben (vgl. Lutz 2003, 21).

²⁹ Frauen migrieren zunehmend selbständig, unabhängig von Familienzusammenführung. In der Europäischen Union hat die Mobilität aufgrund der Freizügigkeit (46%) den Familiennachzug (40%) als erster Migrationszweck bereits abgelöst (OECD 2008). Doch auch schon die infolge des Familiennachzuges der Gastarbeitermigration der 1960er und 70er Jahre zugewanderten Frauen hatten Einfluss auf die wirtschaftliche und soziale Entwicklung, der unterschätzt wird. Sie konkurrenzierten ihre Landsmänner im verarbeitenden Gewerbe, was letztlich auch die Mobilität der inländischen Frauen in den Dienstleistungssektor begünstigte (Castro Varela 2003, 16f).

Arbeitskräfte (vgl. EU Debatte um die Blue-Card 2008; Cerna 2008). Dabei stellte selbst der letzte OECD International Migration Outlook fest, dass der Bedarf an niedrig qualifizierten Arbeitskräften in den OECD Ländern aufgrund der Alterung steige³⁰ (OECD 2008). Saskia Sassen verweist auf die Angewiesenheit der Global Cities - der Zentren der Organisation und Steuerung der globalen Ökonomie - auf gering qualifizierte Arbeit, die zu einem großen Teil zugewanderte Arbeitskräfte aus den Ländern der Peripherien leisten. Der dominante Narrativ der Globalisierung stellt Mobilität, die Überwindung von Distanzen und der Ortsgebundenheit des Kapitals sowie der Arbeitskräfte in den Vordergrund und lässt die örtlich gebundene, lokale Ökonomie aus dem Blick geraten, die aber als Grundlage der globalen Ökonomie unverzichtbar ist.³¹ In den Global Cities arbeiten nicht nur die hoch qualifizierten und hoch bezahlten ManagerInnen und Fachkräfte, sondern auch eine stetig wachsende Zahl von ArbeiterInnen und DienstleisterInnen, die die Grundlagen und Infrastrukturen der Global Cities und damit der globalen Ökonomie produzieren und aufrechterhalten. Die Attraktivität der Global Cities zieht immer mehr Menschen an, sodass die lokale Ökonomie ständig wächst und einen steigenden Bedarf an billigen, gering qualifizierten Arbeitskräften produziert. Um die Löhne niedrig zu halten, werden die Tätigkeiten und Berufe in den Zentren zunehmend informalisiert und deprofessionalisiert (Sassen 2002, 254f). In den urbanen Wohngebieten der Eliten etablieren sich „*professional households without wives*“, Haushalte ohne Hausfrauen, die hohe Ansprüche stellen und auch auf ein Familienleben nicht verzichten wollen:

„*Urban professionals want it all, including dogs and children, whether or not they have the time to care for them.*“ (Sassen 2002, 258)

Der steigende Bedarf an Haushaltsdienstleistungen und Sorgearbeit wird vor allem von informell beschäftigten MigrantInnen gedeckt (vgl. OECD 2008; Caixeta et al. 2004, 22f).

Die bezahlte Haushaltsarbeit spielt nicht nur für die wirtschaftliche Entwicklung der Global Cities - der reichen Zentren - und damit für die gesamte Wirtschaftsentwicklung eine wesentliche Rolle, sondern auch für die Integration von Frauen in den formellen und informellen Arbeitsmarkt. Voraussetzung ist allerdings eine entsprechende Lohndifferenz zwischen BeschäftigterIn und HaushaltsarbeiterIn.³² Wie die niedrig qualifizierte, ortsgebundene im Vergleich zur hoch spezialisierten, flexiblen Arbeit durch die Ausblendung zusätzlich abgewertet wird, verstärkt sich die Abwertung auch auf der Ebene der privaten Arbeit des Haushaltes und schafft eine neue intrageschlechtliche, hierarchische Arbeitsteilung. Young spricht von der Schaffung von zwei „*Kategorien von Frauen*“:

„*Auf der einen Seite steht die ‚Herrin‘ und auf der anderen Seite die ‚Magd‘, getrennt durch unterschiedliche Ethnie, Klasse und nationale Zugehörigkeit.*“ (Young 1999, 2)

Während die berufliche Integration von Mittelklasse-Frauen in den Arbeitsmarkt zu mehr Gleichstellung in der Geschlechterhierarchie beitrage, führe die bezahlte Reproduktionsarbeit im Haushalt zu sozialer Differenzierung, so Young (1999, 3f). Doch eine Viktimisierung der

³⁰ Bedarf an niedrig qualifizierten Arbeitskräften besteht laut OECD in den Branchen Nahrungsmittelherstellung, Landwirtschaft, Fischerei, Bauwirtschaft und Transport sowie persönlichen und Haushaltsdienstleistungen (OECD 2008).

³¹ Auch Hardt/Negri beschreiben zwar die Dezentralisierung und Deterritorialisierung der industriellen Produktion und der Dienstleistungen, nicht aber der affektiven Arbeit, die einfach unerwähnt bleibt (Hardt/Negri 2003, 306f)

³² Die Lohndifferenz bzw. Rentabilität der HaushaltsarbeiterIn ist nicht unbedingt Voraussetzung für ihre Beschäftigung. Neben dem rein ökonomischen Nutzenkalkül (Opportunitätskosten) können auch andere nichtmaterielle Gründe für eine Beschäftigung einer Careworkerin sprechen: Die Mühsal oder hohe Belastung der Putzarbeit oder auch der Sorgearbeit, insbesondere in der Pflege, Prestige, Selbstverwirklichung in der Erwerbsarbeit etc.

HaushaltsarbeiterInnen erscheint zu einseitig. Zwar spalten Deregulierungs- und Informalisierungstendenzen die Arbeitsmärkte, prekäre Arbeitsmarktsegmente entstehen durch die Auslagerung der Hausarbeit, zugleich bedeuten diese Entwicklungen jedoch Chancen und neue Möglichkeiten für Menschen, die bislang nicht am Erwerbsarbeitsmarkt partizipieren konnten. Die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit ermöglicht es nicht nur Frauen am Erwerbsleben teilzuhaben, indem sie nunmehr auf informelle und daher kostengünstige Strukturen zurückgreifen können, die sie von der Reproduktionsarbeit befreien, sie bietet auch den CareworkerInnen immerhin die Möglichkeit einer bezahlten Arbeit nachzugehen. Für niedrig Qualifizierte eröffnen sich neue Jobchancen. Sassen weist auch auf das Potential dieser Entwicklung das hierarchische Geschlechterverhältnis aufzubrechen und insbesondere für MigrantInnen, die aus patriarchalen Gesellschaftsstrukturen kommen, ein höheres Maß an Autonomie zu erlangen (Empowerment). Mit wachsender Zahl der MigrantInnen steige zudem ihre öffentliche Partizipation, sie übernähmen eine aktive soziale Rolle. Gerade Frauen hätten ein Interesse an öffentlichen und sozialen Diensten (z.B. Kinderbetreuung, Schulen), die sie im Namen ihrer Familien artikulieren. Sie könnten zu kraftvollen und sichtbaren AkteurInnen auf dem Arbeitsmarkt und in der Öffentlichkeit werden (Sassen 2002, 259f).

Im Einwanderungsdiskurs Europas wird Migration seit den 1990er Jahren vor allem als Bedrohung abgehandelt (vgl. Sassen 2000, 13). Das Heraufbeschwören einer Bedrohung und die Abschottung der Arbeitsmärkte sind dabei durchaus funktional im Sinne der Aufrechterhaltung eines Regimes der Illegalisierung von Arbeitskräften und ihrer Exklusion von regulären Arbeitsmärkten sowie der Schaffung eines billigen Arbeitskräftereservoirs, das als Druck auf regulär Beschäftigte wirkt (vgl. Schierup et al. 2006, 41f, 104). Die Ausblendung der gering qualifizierten Arbeit folgt einem ähnlichen Muster wie jene der Frauenmigration und Frauenarbeit. Die Negation oder Verunsichtbarung des Bedarfs an niedrig qualifizierter Arbeit hat den Effekt einer zusätzlichen Abwertung der Arbeit. Robert Castel zeigt, dass Unternehmen aufgrund des Anpassungsdruckes an den technologischen Fortschritt dazu tendieren, überqualifizierte Arbeitskräfte einzusetzen (z.B. auf Praktikumsplätzen). Damit besetzen die Überqualifizierten jene Arbeitsplätze, für die auch ein niedrigeres Qualifikationsniveau ausreichend wäre, was zu Arbeitslosigkeit und Entwertung der Qualifikation der Geringerqualifizierten führt. Reagiert wird darauf mit ständiger Höher- und Weiterqualifizierung, was zwar demokratiepolitisch begrüßenswert sei, allerdings auch problematisch, weil jene, die nicht qualifizierbar sind, die eine mangelnde Beschäftigungsfähigkeit aufweisen, auf der Strecke bleiben und zu „Überflüssigen“ oder „Überzähligen“ werden (Castel 2000, 348f). Betrachtet man nun die migrantischen HaushaltsarbeiterInnen, die zum Teil weit überqualifiziert, z.B. als ÄrztInnen oder akademische Pflegekräfte, Arbeiten auf sehr niedrigem Qualifikationsniveau verrichten, so spiegelt sich die Logik, die Castel aufzeigt, im internationalen Maßstab und in Bereichen, in denen unbezahlte Arbeit zu bezahlter Arbeit wird, wider. Die Behauptung MigrantInnen seien entweder *überflüssig* – die niedrig Qualifizierten – oder eine Bedrohung für inländische ArbeitnehmerInnen – die Qualifizierten – legitimiert Illegalisierungspolitiken, produziert ein billiges, rechtloses Arbeitskräftepotential, vergrößert aber zugleich das Heer der *Überzähligen*. Die hoch Qualifizierten, „*die immer schneller sind*“, besetzen auch im internationalen Migrationsraum jene Arbeitsplätze, für die die inländischen Arbeitskräfte gerade noch ausreichend qualifiziert wären.

„Die Geringqualifizierten treffen stets zu spät am Kriegsschauplatz ein, wenn sich zwischenzeitlich das allgemeine Bildungsniveau gehoben hat.“ (Castel 2000, 353)

Die Qualifizierung der inländischen Arbeitskräfte verteuert diese zudem auch noch und macht ihren Einsatz unflexibel und bürokratisch, sie haben also einen doppelten Wettbewerbsnachteil.

Brain Drain und Care Drain

In der feministischen Migrationsforschung werden die Folgen des Verlustes von qualifizierten Arbeitskräften (Brain Drain, Brain Waste) und insbesondere von bezahlten wie unbezahlten SorgeleisterInnen in Institutionen und Familien (Care-Drain) problematisiert (Bettio et al. 2004; Escrivá 2004; Hochschild 2001, Hochschild 2002). Humankapital geht verloren (Ausbildungskosten der Herkunftsstaaten werden in den Ankunftsändern verwertet), die Herkunftsländer haben Mangel an qualifiziertem Personal. Selbst niedrig qualifizierte Arbeit - unter anderem im Haushalt – wird aufgrund der Einkommensunterschiede nicht selten von hoch qualifizierten Arbeitskräften geleistet, vor allem FernmigrantInnen und MigrantInnen aus den ehemaligen Ostblockländern zeichnen sich durch ein hohes Qualifikationsniveau aus (Elwert 2003, 272). Die Gefahr des Brain Drain ist insofern relativiert, als manche Länder geradezu als Ausbildungsstätten für Personal, das weltweit eingesetzt wird, fungieren, wie zum Beispiel die Philippinen (Paal 2007). Die Tschechoslowakei bildete zu Zeiten der Sowjetunion ÄrztInnen und Pflegepersonal, das zur Unterstützung anderer kommunistischer Länder wie Kuba, Libyen, Mosambik vorgesehen war, aus. Nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion kehrten die meisten wieder in ihre Heimat zurück und es entstand ein enormer Überschuss an Pflegepersonal (Schmid/Procházková 2006, 460; Schneider 2004). Zum anderen sind die im Ausland Arbeitenden als DevisenbringerInnen von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Rhacel Salazar Parreñas untersuchte die Auswirkungen der Abwanderung philippinischer Frauen. Bis zu 54% der philippinischen Bevölkerung sei auf Geldsendungen von Familienmitgliedern, die im Ausland arbeiten, angewiesen (Parreñas 2000, 39). 10% der philippinischen Bevölkerung arbeiten ständig im Ausland,³³ die Hälfte der im Ausland Arbeitenden sind Frauen. Die Zahlungen der Overseas Filipino Workers machen 8,9% des BIP aus (Philippines National Statistics Office 2005; Gonzaga 2006). Die Problematik des *Care Drains* und insbesondere die langfristigen Effekte sind aber noch wenig untersucht.³⁴ Das Konzept der Global Care Chains von Hochschild erwies sich als

³³ eigene Berechnung; Quellen: Philippines National Statistics Office 2005, Number of Overseas Filipino Workers, by Sex and by Region, October 2003 and 2004; National Statistical Coordination Board 2007, Population of the Philippines Census Years 1799 to 2007, Philippines National Statistics Office 2007

³⁴ Ein historisches Beispiel, das die Folgen der Migration von Frauen aufzeigen könnte, haben Ana Barbic und Inga Miklavcic-Brezigar beschrieben. Sie untersuchten die Migration von Frauen aus der Region Goriska in Slowenien seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Zu dieser Zeit wurde in Ägypten der Suez-Kanal gebaut und viele europäische Familien benötigten Hauspersonal, was zu einer Massenmigration von Frauen aus Goriska nach Ägypten führte, die dort als Ammen (wet-nurses), Kinderfrauen, Gouvernanten und Erzieherinnen beschäftigt wurden. Die Motivation der Sloweninnen war ökonomisch, meist waren es junge, unverheiratete Frauen ohne Kinder, aber auch verheiratete Frauen ließen ihre Kinder bei Verwandten in Slowenien zurück. Obwohl zumeist als Übergangslösung geplant, arbeiteten viele Frauen bis zum Ruhestand in Ägypten. In manchen Ortschaften Goriskas war aus fast jeder Familie eine Frau als Haushaltsarbeiterin nach Ägypten migriert. In späteren Jahren machten sich viele SlowenInnen nach Italien auf, eine Arbeit als Hausangestellte war häufig der erste Schritt in eine soziale Unabhängigkeit. Die Migration der SlowenInnen ging aber zurück, als mit der Industrialisierung Frauen die Arbeitsplätze ihrer Männer, die nun in den Fabriken arbeiteten, in der Landwirtschaft einnehmen mussten. Erst in den 1960er Jahren konnten auch die Frauen selbst vermehrt Beschäftigung in der Industrie finden. In den 1960er und 1970er arbeiteten schließlich kaum noch Frauen als Hausangestellte, auch weil im sozialistischen Jugoslawien die Anerkennung für diesen Beruf stark gesunken war und die Grenzen zu Italien ab 1947 kaum noch zu überwinden waren. Mit der Transition von einer sozialistischen zu einer kapitalistischen Gesellschaft gewann bezahlte Hausarbeit vor allem als informelle Schwarzarbeit wieder an Bedeutung. Slowenien zeichnet sich heute durch einige demographische Besonderheiten aus, die möglicherweise wie Barbic/Miklavcic-Brezigar meinen, auf die lange Tradition der Arbeitsmigration zurückzuführen seien: es hat eine sehr

fruchtbar, um die Weiterreichung der Sorgearbeit im globalen Maßstab als internationale Arbeitsteilung zu beschreiben (Hochschild 2001). Die Migration der Frauen kann zum einen emanzipatorische Effekte hinsichtlich der Arbeitsteilung und des Geschlechterverhältnisses im Herkunftsland haben, zum anderen verbleiben die MigrantInnen dennoch oft in hoher Abhängigkeit, z.B. wenn sie darauf angewiesen sind, dass sorgebedürftige Verwandte im Herkunftsland versorgt werden müssen oder wenn sie von einer sozialen Absicherung durch die Ehe abhängig sind (vgl. Escrivá 2004).

Transmigration: Transnationale soziale Räume und Netzwerke

In den letzten Jahren setzte sich eine wachsende Zahl von AutorInnen mit der Thematik der bezahlten Haushaltsarbeit auseinander. Die meisten CareworkerInnen in Europa sind migrantischer Herkunft, entsprechend ist ein großer Teil der Forschung im Bereich der sozialwissenschaftlichen Migrationsforschung zu verorten. Die klassischen Migrationsansätze erwiesen sich jedoch häufig als unzureichend.³⁵ Vielfach wandern Frauen nicht dauerhaft aus, die Wanderungsbewegungen sind nicht unidirektional und permanent. MigrantInnen pendeln zwischen Arbeitsort und Herkunftsland, arbeiten in mehreren Ländern und bleiben mit ihrem Herkunftsland durch die Familie weit mehr als Männer verbunden. Sie sind *pluri-* oder *multilokal* situiert. In neueren Ansätzen werden diese Wanderungsbewegungen als *Pendel-*, *zirkuläre Migration* oder auch *incomplete migration* bezeichnet (Cyrus 2000, 95). Auch die Räume, in denen sich Migration vollzieht, wandelten sich am Ende des letzten Jahrhunderts stark. Ludger Pries betont die quantitative und qualitative Veränderung seit den 1980er Jahren. Neben die bis dahin dominierende, unidirektionale, einmalige, internationale Migration tritt die transnationale Migration. Kennzeichnend für diese sei, dass sich die sozialen Räume, in denen sich die Lebenspraxen und die Lebensprojekte der TransmigrantInnen aufspannten, nicht mehr mit den nationalstaatlichen Räumen deckten. Der soziale Raum der TransmigrantInnen ist nicht mehr kongruent mit einem geographischen Territorium oder einem Nationalstaat (Pries 1997, 15f). Neben der „Aufstapelung unterschiedlicher sozialer Räume im gleichen Flächenraum findet umgekehrt auch eine Ausdehnung sozialer Räume über mehrere Flächenräume statt: es entstehen transnationale soziale Räume.“ (Pries 1997, 17) Die Leitfragen der Transmigrationsforschung beschränken sich nicht mehr lediglich auf die Gründe (Push- und Pull-Faktoren) und Auswirkungen von Migration für die Herkunfts- und Ankunftsregionen, wie das die klassische Migrationsforschung tat. Neuere Ansätze befassen sich mit Fragen nach der Funktionsweise von Migration und den neu entstehenden sozialen Wirklichkeiten. Besonderes Interesse gilt den Netzwerkstrukturen, die für Migrationsentscheidungen ebenso prädestinierend sind wie für die Ausgestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der MigrantInnen. Migration setzt eine „*kumulative Verursachungsdynamik*“ (Pries 1997, 33) in Gang. Soziale Wirklichkeiten, die sich durch die Migration herausbilden, beispielsweise die Auswirkungen der Geldflüsse auf die Familien in den Herkunftsländern, werden untersucht, nicht lediglich einzelne Faktoren (z.B. abstrakte Lohn disparitäten) wie in der neoklassischen Migrationsforschung³⁶ (vgl. Pries 1997, 32f). Durch die massenhaften, zirkulären, internationalen Migrationsströme formieren sich

niedrige Heiratsrate und die sechst-niedrigste Geburtenrate weltweit, die Frauenerwerbstätigkeit ist sehr hoch (Barbic/Miklavcic-Brezigar 1999, 118f).

³⁵ Einen Überblick über die klassischen Migrationsansätze gibt Pries (1997, 29f).

³⁶ Die neoklassische Migrationsforschung fasst Migrationsentscheidungen als Folge rationaler Entscheidungen (rational choice approach) oder Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Analyse (Wert-Erwartungstheorie), die durch Push- und Pullfaktoren im Herkunfts- und Ankunftsland bestimmt sind, auf (Pries 1997, 29f).

transnationale communities (angelehnt an Benedict Andersons *imagined communities*; Anderson 2005), Gemeinschaften oder Gemeinden als soziale Felder (Pries 1997, 33; vgl. Sassen 2002, 259f). Neben Netzwerken geben vor allem die *Migrationssysteme – politische und normative Regulierungen* - den Ausschlag für Migration (Pries 1997, 33). Transmigration ist vor allem Arbeitsmigration. Sie ist in hohem Maße durch die Rechtslage (Beschäftigungs- und Aufenthaltserlaubnis) im Ankunftsland determiniert. Begrenzte Aufenthalts- und Beschäftigungsbewilligungen (z.B. bei SaisonarbeiterInnen, Au-Pairs) begünstigen Pendelmigration, neben diesen regulären Beschäftigungsmöglichkeiten existiert nichtregistrierte (undokumentierte) Migration bzw. Mobilität und Arbeit (für EU-BürgerInnen besteht Aufenthaltserlaubnis außer bei Einreiseverbot, aber zum Teil Einschränkungen des Zugangs zum Arbeitsmarkt). Norbert Cyrus plädiert für eine differenzierte Analyse von Migration und schlägt eine Klassifizierung von Zuwanderung bzw. Migration sowie Mobilität anhand der Kriterien rechtlicher Status und Lebensmittelpunkt vor. Diese Klassifikation ermöglicht eine differenziertere Sicht auf Migration und eine bessere Erfassung der Komplexität und Heterogenität transnationaler Räume (Cyrus 2000, 98f).³⁷ Latcheva/Obermann betonen die Bedeutung einer longitudinalen Erfassung von Integration und Migration (wie sie beispielsweise mit Biographieforschung erreicht werden kann). Auch um die Situation von migrantischen HaushaltsarbeiterInnen angemessen zu erfassen, wäre eine solche Betrachtung wünschenswert, eine punktuelle Analyse führt zu Verzerrungen, insbesondere wenn die Folgen von Wanderungsbewegungen für die MigrantInnen, für die Ankunfts- wie die Herkunftsgesellschaft erfasst werden sollen (vgl. Latcheva/Obermann 2006).

Migrantische Hausarbeit

Eine Reihe von ForscherInnen, die sich mit migrantischer Hausarbeit auseinandersetzen, beschreiben die Wanderungsbewegungen der CareworkerInnen in diesem Sinne als Transmigration. TransmigrantInnen bewegen sich dauerhaft zwischen zwei oder mehreren Ländern und bleiben dem Herkunftsland verbunden, sie sind multilokal situiert. Die Wanderungsbewegungen sind nicht oder nur teilweise statistisch erfasst. Der Transmigrationsansatz betont die Handlungsfähigkeit der MigrantInnen und stellt sie als AkteurInnen in den Vordergrund (vgl. Lutz 2002; Lutz 2003, 23f). Familiäre und soziale Netzwerke bestimmen die Migrationsentscheidungen in hohem Maße, auch Vermittlungsagenturen und Institutionen wie die Kirche sind für Netzerkbildungen bedeutsam (vgl. Parreñas 2001³⁸). Soziale Netzwerke haben Rerrich zufolge für die Entscheidung des Migrationsziels sogar mehr Gewicht als die Sprache. Gerade der deutsche Sprachraum sei nicht der einladendste Ort für MigrantInnen, ausgenommen etwa für deutsche Minderheiten aus den mittelosteuropäischen Ländern (Rerrich 2006, 47f; vgl. auch Odierna 2000, 91f). Deutschland und Österreich scheinen in dieser Hinsicht eine Ausnahme darzustellen, kulturelle und sprachliche Nähe spielen ansonsten sehr wohl eine Rolle, der englisch-sprachige Raum gilt als das beliebteste Zielgebiet von Arbeitsmigration. Ähnliches gilt für die Schweiz, die für italienische, französische, deutsche aber auch für Pflegekräfte aus Bosnien-Herzegowina ein Zielland ist (Lenhart 2007, 29). Andererseits sind derlei

³⁷ Cyrus unterscheidet (1) *integrierte EinwandererInnen (ImmigrantInnen)*, (2) *TransmigrantInnen*, die zugleich im Herkunfts- wie im Ankunftsland integriert sind, (3) *PendelmigrantInnen*, die sozial und kulturell im Herkunftsland integriert sind und nur beruflich (temporär oder dauerhaft) in die Aufnahmegesellschaft integriert sind, (4) „*Wurzellose*“ („*marginal men*“), die in beiden Gesellschaften nicht mehr angemessen integriert sind und schließlich (5) *Community Siedler*, die im Aufnahmeland eingekapselt mit mehr oder weniger realem Bezug zum Herkunftsland leben (Cyrus 2000, 98f).

³⁸ Parreñas analysierte philippinische Arbeitsmigration in Rom und Los Angeles im Vergleich. Auch sie verweist auf das Gewicht von Netzwerken und Strukturen. So ist der Katholizismus vieler MigrantInnen ein Grund für die Migrationsdestination Rom (Parreñas 2001).

widersprüchliche Befunde möglicherweise auf eine einseitige Perspektive der Analyse zurückzuführen. Tatsächlich bestimmt ein Bündel von Faktoren Migrationsströme und es bedarf einer multidimensionalen Betrachtung, so wie der Transmigrationsansatz sie vorschlägt. Sprache und kulturelle Herkunft werden nicht zuletzt zu rassistischen bzw. ethnisierenden Zuschreibungen konstruiert. So halten sich weitverbreitete Vorurteile über *unterwürfige* und *devote* Philippinas oder *saubere* Polinnen (Caixeta et al. 2004, 45; Odierna 2000, 91f). Diese Konstruktionen sind auf die Bedürfnisse der BeschäftigtenInnen bzw. der zu Betreuenden abgestellt (z.B. die Familienfreundlichkeit, Kinderliebe etc., vgl. dazu Hochschild 2002, 23f). Verbreitet ist die Behauptung, die besondere Hingabe an die Aufgabe läge in der Herkunft und Mentalität von Migrantinnen begründet. Dabei wird auf traditionelle Familien- oder andere Sozialzusammenhänge verwiesen.

„The way some employers describe it, a nanny’s love of her employer’s child is a natural product of her more loving Third World culture, with its warm family ties, strong community life, and long tradition of patient maternal love of children. In hiring a nanny, many such employers implicitly import a poor country’s ‘native culture’ thereby replenishing their own rich country’s depleted culture of care.” (Hochschild 2002, 23)

In Österreich werden mit einiger Sentimentalität sogar kulturelle Zusammenhänge mit der Donaumonarchie hergestellt (Maureen 2007, 30). Netzwerke beeinflussen auch die Ausgestaltung der Lebenszusammenhänge und Arbeitsbedingungen der MigrantInnen (vgl. z.B. Gendera 2007; Lutz 2003; Rerrich 2006, 47f). Sie dienen zur Arbeitsplatzbeschaffung, zur Bewältigung des Alltags und von Krisen. Letztlich sind die Netzwerke ein herausragender Faktor hinsichtlich der Akkumulation von sozialem Kapital und wirken zudem hierarchisierend (vgl. dazu Gendera 2007; Lutz 2007a).

Die Forschung zu migrantischer Hausarbeit im Rahmen der Transmigrationsforschung hat allerdings einen Hang zur Idealisierung und Überbewertung der Mikrostrukturen (Netzwerke) und der Handlungsfähigkeit der MigrantInnen. Angesichts der äußerst isolierten Arbeitssituation vieler CareworkerInnen, insbesondere in der Altenpflege, stellt sich die Frage, inwieweit ein transnationaler sozialer Raum im Sinne von „*neuen transnationalen delokalisierten sozialen Wirklichkeiten*“ (Pries 1997, 35) entsteht. Sicher können Bereiche mit diesem Konzept untersucht werden, eine differenzierte und dynamische Analyse – beispielsweise unter Heranziehung der Kriterien von Cyrus - ist aber notwendig. Viele HaushaltsarbeiterInnen wählen ihren Job als Übergangsstrategie, nicht selten verfestigt sich ihr Status jedoch in der Pendelmigration oder es entstehen neue Perspektiven, beispielsweise durch den Zerfall oder die Erosion familiärer Bindungen aufgrund von Scheidung, weil die Kinder erwachsen werden oder auch durch die Neugründung einer Familie im Ankunftsland. Die berufliche Situation bzw. der rechtliche Status kann sich wandeln, z.B. durch eine Ausbildung, Zutritt zum regulären Arbeitsmarkt oder eine Unternehmensgründung (vgl. Escrivá 2004). In der Folge entwickeln sich transnationale soziale Räume, was bei der bloßen Arbeitsmobilität zwischen zwei Ländern nicht unbedingt der Fall sein muss.

Wohlfahrtsstaat und Migration

Österreich ist, wie Deutschland, nach Esping-Andersens Wohlfahrtsstaaten-Typologie ein konservativer Wohlfahrtsstaat. Die Sozialleistungen sind großzügig, aber nicht universell, sondern an

das Sozialversicherungssystem und damit an Erwerbsarbeit gebunden. Aus diesem Grund zeichnet sich Österreich ebenso wie Deutschland durch einen stark regulierten, unflexiblen Arbeitsmarkt mit einem hohen Niveau an sozialen Leistungen aus (Schierup et al. 2006, 139f). In den 1970er wurde diese Unflexibilität durch ein GastarbeiterInnensystem in großem Umfang ausgeglichen. Der Intention des GastarbeiterInnensystems nach sollten die Arbeitskräfte nur temporär im Land bleiben. Damit sich ihr Aufenthalt nicht verfestigte, erhielten sie nur zeitlich begrenzte Aufenthalts- und Arbeitsbewilligungen (*Rotationssystem*), vor allem aber war das GastarbeiterInnensystem durch die Ausschließung der ArbeitsmigrantInnen von sozialen und politischen Rechten gekennzeichnet (Schierup et al. 2006, 138f). Die Exklusion von Bürger- und sozialen Rechten beruht auf einem hochgradig exklusiven ethnisch-nationalen Konzept von Nation, wobei eine solche Ausschließung kaum mit einem modernen demokratischen Staat vereinbar ist (Schierup et al. 2006, 138). Das Rotationssystem erwies sich allerdings als gescheitert, zum einen hinsichtlich der Intention, dass die Arbeitskräfte nur temporär im Land bleiben sollten – die GastarbeiterInnen blieben, ihre Familien kamen, der Familiennachzug verfestigte den Aufenthalt und nun lebt bereits die zweite und dritte Generation der GastarbeiterInnen in Österreich. Zum anderen scheiterte aber auch die Integration, denn diese war ja gar nicht intendiert (Stichwort Österreich ist kein Einwanderungsland). Aus den GastarbeiterInnen wurden ethnische Minderheiten (Schierup et al. 2006, 161), die zu großen Teilen auf Segmente des Arbeitsmarktes und bestimmte Wohngegenden verwiesen werden. Mit der Krise des fordistischen Akkumulationsregimes stieg insbesondere auch die Arbeitslosigkeit unter den GastarbeiterInnen, weil sie in jenen Sektoren überrepräsentiert waren, die von den ökonomischen Umstrukturierungen am härtesten getroffen wurden (Schierup et al. 2006, 90, 99). In den 1980er und 90er Jahren kam es zum Zuzug neuer MigrantInnen und AsylwerberInnen aus Afrika, dem Nahen Osten, Ex-Jugoslawien sowie Osteuropa. Das Erstarken des Rechtspopulismus führte zu einer starken Politisierung der *Ausländerfrage*, die Einwanderungspolitik wurde zunehmend restriktiver (Demel/Stacher 2000; Schierup et al. 2006).

Der wachsende Druck auf den Sozialstaat ist zum einen auf die steigende Arbeitslosigkeit aufgrund des ökonomischen Strukturwandels und die sinkenden Einnahmen, zum anderen auf den verschärften Wettbewerb in der globalisierten Ökonomie zurückzuführen. Reagiert wurde mit Deregulierungen des Arbeitsmarktes, um die Wettbewerbsfähigkeit aufrecht zu erhalten (Stichwort Standortwettbewerb). Bob Jessop konstatiert einen Wandel vom redistributiven Wohlfahrtsstaat (*Keynesian welfare (national) state*) zum *Schumpeterian workfare state* oder *postnational regime* (Jessop 1993).³⁹ Die Umstrukturierungen und Globalisierung der Ökonomie führten zwar einerseits zu steigender Arbeitslosigkeit in der Industrie (Postindustrialismus, Postfordismus), zugleich aber zu steigender Arbeitskräftenachfrage im hoch qualifizierten Bereich wie auch im Niedriglohnsegment des Dienstleistungssektors. Dazu erhöht sich aus demographischen Gründen der Arbeitskräftebedarf. Die Deregulierung begünstigte das Anwachsen der informellen Ökonomie und der Schattenwirtschaft, in der illegalisierte MigrantInnen, denen der reguläre Arbeitsmarkt verschlossen bleibt,

³⁹ Jessop formuliert drei Zielsetzungen des Schumpeterian Workfare State: „to promote product, process, organizational, and market innovation and enhance the structural competitiveness of open economies mainly through supply-side intervention; and to subordinate social policy to the demands of labor market flexibility and structural competitiveness”. (Jessop 1993, 3)

Einkommensmöglichkeiten fanden. Redistributive (umverteilende) Sozialsysteme müssen einigermaßen geschlossene Systeme sein (vgl. Bauböck 1994, 34), mit zunehmender Globalisierung und der Transnationalisierung von Arbeitsmärkten ist eine Schließung aber immer weniger herstellbar.

„Im Rahmen einer globalen Marktwirtschaft sind Wohlfahrtsstaaten mit dem Dilemma konfrontiert, daß ihre Arbeitsmärkte offener sein müssen als ihre Systeme sozialer Sicherung es sein können. Gerade in den Zentren der Weltwirtschaft hat sich der Bedarf an Arbeitskräften in Niedriglohnbranchen mit prekären Arbeitsbedingungen verstärkt, wofür jedoch sozial abgesicherte Einheimische nur sehr begrenzt zu Verfügung stehen.“ (Bauböck 1994, 34)

Die Krise der Wohlfahrtsstaaten und die Umstrukturierungen der Ökonomie brachten in Deutschland und Österreich ein *neues GastarbeiterInnensystem* hervor, allerdings eines in wesentlich geringerem Umfang (Schierup et al. 2006, 151 f). Um den Arbeitskräftezugang weiterhin restriktiv handhaben zu können, wurden weitere temporäre Beschäftigungsmöglichkeiten eingeführt (z.B. für SaisonarbeiterInnen, Au-Pairs). Aber auch die wachsende Schattenwirtschaft ist ein Instrument der Flexibilisierung von Arbeitsmärkten (Schierup et al. 2006, 140):

„[...] a sizeable informal sector run by non-documented immigrant labour is instrumentalized for purposes of ‘flexibility’, and to undercut the price of labour in parts of the economy.“ (Schierup et al. 2006, 109)

Im Laufe der 1980er und 90er Jahre entstanden neue Formen der Exklusion und ethnischer Arbeitsteilung und Fragmentierungen in Wirtschaft und Gesellschaft. Von diesen Fragmentierungen und Differenzierungen sind nicht nur die MigrantInnen, sondern auch die InländerInnen, vor allem jene mit niedriger Bildung, bedroht (Schierup et al. 2006, 81f, 161f). Mainstream Theorien zu Wohlfahrtsstaat und Arbeitsmarkt lieferten zwar theoretische und analytische Erklärungen zum Verständnis des Einflusses globaler Veränderungen auf Nationalstaaten, sie hätten aber keinen Bezugsrahmen, um Exklusion und Inklusion, Arbeitsmarktsegmentation und den ungleichen Zugang zu Citizenship und sozialen Rechten in Zusammenhang mit Prozessen der Ethnisierung oder Rassifizierung zu erklären. Die meisten Ansätze ignorierten, dass Europa multiethnisch geworden ist, kritisieren Schierup et al. (2006, 83f). Um dieses Defizit zu überwinden, beziehen sich Schierup et al. 2006 auf zwei Ansätze aus der us-amerikanischen Forschung, die rassische und ethnische Ungleichheiten im Zuge der laufenden post-fordistischen makro-strukturellen politischen und ökonomischen Veränderungen analysieren und diskutieren mögliche Konvergenzen und Kontraste europäischer und us-amerikanischer Erfahrungen (Schierup et al. 2006, 83).

Das *Mismatch Konzept* soll den Prozess der Ghettobildung in us-amerikanischen Städten erklären. Die systematisch elaborienteste Analyse sei William J. Wilson gelungen, so Schierup et al. Williams verbindet das Schicksal der AfroamerikanerInnen mit dem Strukturwandel der amerikanischen Wirtschaft und dem Wohlfahrtsstaat. Als zweiten Ansatz zitieren Schierup et al. den *Global Restructuring Ansatz* von Saskia Sassen (siehe S. 37). Beide Ansätze haben die US-City als Referenzrahmen. Der Mismatch Ansatz geht davon aus, dass die Ghettoisierung und soziale Exklusion der afroamerikanischen BewohnerInnen der Inner-Cities makro-strukturelle Gründe haben. Die Deindustrialisierung und ungleiches ökonomisches Wachstum führten in den 1980er und 90er Jahren zu einer räumlichen Fehlanpassung (mismatch) zwischen Arbeitsplätzen und Wohnort. In den Inner-

Cities entstanden neue Arbeitsplätze im Dienstleistungssektor. Während die weiße, aber auch die schwarze Mittelklasse in die Suburbs zog und soziale wie räumliche Mobilität aufwies, entstand in den traditionellen ArbeiterInnenwohngebieten der Städte eine *black underclass* von arbeitslosen und wohlfahrtsabhängigen Armen. Die ehemaligen ArbeiterInnenviertel wurden zu Enklaven oder Ghettos, in denen die Deprivierten in relativer sozialer und kultureller Isolation lebten, was zudem zu langfristiger und intergenerationaler Reproduktion von Armut und Wohlfahrtsabhängigkeit führte.

Der Global Restructuring Ansatz nimmt die Polarisierung der Arbeitsmärkte in den Blick. Eine wachsende Klasse einer Niedriglohnarbeiterschaft sei funktional für die Ökonomie der Global Cities und damit der globalen Ökonomie, eine neue post-fordistische Klassenstruktur bildet sich heraus (Sassen 2002; Schierup et al. 2006, 90).

Die beiden Ansätze scheinen ein Widerspruch zu sein, tatsächlich analysieren sie jedoch unterschiedliche Aspekte ethnischer Ungleichheit, Armut und Marginalisierung, die gemeinsam auftreten.

“Hence, the black welfare ghetto and the new immigration are both aspects of a complex ethnic division of labour in cities marked by continuous conflict between ethnically and racially defined groups.” (Schierup et al. 2006, 90; Hervorhebung im Original)

Während der Mismatch Ansatz auf die *überflüssig* gewordenen Arbeitskräfte hinweist (vgl. Castel 2000), analysiert der Global Restructuring Ansatz die Notwendigkeit der Arbeitskräfte:

„The new racialized poor are socially marginal but essential cog-wheels serving the much-hailed flexibility of current processes of restructuring.” (Schierup et al. 2006, 82; Hervorhebung im Original)

Selbst innerhalb der neuen MigrantInnen besetzen unterschiedliche, ethnische Gruppen unterschiedliche Nischen des Arbeitsmarktes. Ethnische und verwandtschaftliche Netzwerke helfen in der Entwicklung von Arbeitsmöglichkeiten, Kleinunternehmen usw. Zugleich konkurrieren die neuen MigrantInnen nicht direkt mit den AfroamerikanerInnen in den Ghettos, im Falle Europas wäre an die GastarbeiterInnen zu denken.

Die Underclass Debatte birgt die Gefahr, dem Diskurs der Rechten und Konservativen gegen ImmigrantInnen und Wohlfahrtsabhängige in die Hände zu spielen. In den 1980er, 90er Jahren setzte die Neue Rechte in den USA den neoliberal-konservativen, moralischen Diskurs gegen die WohlfahrtsempfängerInnen ins Werk, der schließlich in den Workfare-Programmen mündete, die zwar weniger das Armutsproblem lösten, aber zumindest als Disziplinierungsinstrument wirkten (Schierup et al. 2006, 92f, 97). Auch das *Europäische Sozialmodell* zeige Tendenzen zum *post-nationalen Workfare Regime* (Schierup et al. 2006, 50). Den schrumpfenden Sozialstaatsmodellen Europas wurde die Amerikanisierung nachgesagt (Leibfried zitiert von Schierup et al. 2006, 82). Andere AutorInnen vertreten die These der transatlantischen Spaltung (*transatlantic split*). Diesem Modell zufolge wäre der US-Pfad durch einen Niedriglohnarbeitsmarkt oder dualen Arbeitsmarkt charakterisiert: Hoch bezahlte, professionelle Eliten stehen einer rasch anwachsenden Zahl von Menschen, die niedrig bezahlten Dienstleistungsjobs im Sektors ausfüllen, gegenüber. Die Folge ist Immigration in großem Umfang. Das EU-Modell hingegen wäre eher durch hohe und permanente Arbeitslosigkeit

gekennzeichnet als durch einen großen Niedriglohnsektor. Eine große Zahl von Wohlfahrtsabhängigen zu erhalten, produziert soziale Exklusion von ImmigrantInnen. Das us-amerikanische Modell würde Sassens Theorierahmen der Global City entsprechen, das EU-Modell Wilsons Mismatch Konzept. Schierup et al. stehen einem Modell einer zweigeteilten post-fordistischen Entwicklung, wie sie etwa von Esping-Andersen vertreten wird, kritisch gegenüber. Es stellt sich die Frage der Konvergenz oder der Auseinanderentwicklung des amerikanischen und des europäischen Modells. Die us-amerikanischen Erfahrungen seien nicht eins zu eins auf Europa übertragbar, in Europa existieren trotz der ökonomischen und sozialen Umbrüche relativ robuste Wohlfahrtsstaaten, stärkere Gewerkschaften und reguliertere Arbeitsmärkte, der *transatlantic split* findet sich aber auch innerhalb Europas, Schierup et al. nennen den Unterschied zwischen den südlichen Ländern und Skandinavien. Die Spaltungen finden sich aber wohl auch in den einzelnen Ländern selbst (Schierup et al. 2006, 107).

Intersektionalität – neue Achsen der Ungleichheit

Mit dem Wandel der Haus- und Sorgearbeit und ihrer gesellschaftlichen Organisation wird eine Neutheoretisierung der ungleichen Arbeitsteilung notwendig. Die Frage der ungleichen Verteilung der Sorgearbeit einzig an der Achse Geschlecht zu theoretisieren, greift zu kurz, sie ist nicht (mehr) nur eine Frage zwischen den Geschlechtern, sondern auch eine intrageschlechtliche oder Klassenfrage geworden. Dazu geht die Verteilung der Haus- und Sorgearbeit durch die Globalisierung über die Grenzen des Nationalstaates hinaus, sie ist transnational geworden. Der Wandel von bezahlter und unbezahlter Arbeit ist verbunden mit gesellschaftlichen Transformationsprozessen, die neue Ungleichheiten produzieren, alte reproduzieren, aber auch aufbrechen und umformen. Die Analyse dieser Transformationsprozesse bedarf der Verknüpfung der Kategorien Geschlecht, Klasse und race/ethnicity. Der Begriff Intersektionalität bezeichnet den strukturellen Zusammenhang von Differenzkategorien, die Ungleichheiten produzieren. Intersektionalität zu analysieren bedeutet Differenzkategorien wie Geschlecht/gender, Klasse, race/ethnicity nicht isoliert oder lediglich additiv zu betrachten, sondern ihr Zusammenwirken und ihre Interferenzen. Mit dem Konzept der Intersektionalität, so Klinger/Knapp, könne das Übermaß an Spezialisierung und

„unproduktive Frontstellungen der vergangenen Jahrzehnte (strukturierte soziale Ungleichheit vs. gesellschaftliche Entstrukturierung; kulturelle vs. ökonomische Faktoren, System- vs. Akteurbeziehung)“ überwunden werden. Es gelte zudem „neben dem Wandel von Erscheinungs- und Wahrnehmungsformen sozialer Ungleichheit auch strukturelle Kontinuitäten wieder stärker in den Blick zu rücken“ und es gehe „um die systematische theoretische Integration unterschiedlicher Strukturgeber von Ungleichheit.“ (Klinger/Knapp 2005)

Regina Becker-Schmidt verdeutlicht zwei Mechanismen, die sich in den Achsen sozialer Ungleichheit geltend machen: die Achsen sozialer Ungleichheit (Kategorien) sind zu verstehen als Konstruktionen von sozialen Merkmalen, die sozialen Gruppen zugeschrieben werden, als Markierungen von Ungleichwertigkeit fungieren und Status zuweisen. Sie haben also die Funktionen von Attribuierung und Lokation, so Becker-Schmidt (2007).

„Die Konstruktionen von Mentalitäten, Dispositionen, Eigenschaften oder Handlungsmustern entstehen in alltagsweltlicher Interaktion. Sie werden von Institutionen für die Legitimation von Ungleichbehandlungen aufgegriffen und wirken wie Spiegel, in denen die Alltagsakteure ihre Sinngebungen bestätigt sehen können.“ (Becker-Schmidt 2007, 61)

1.3 Resümee

Arbeitsteilung, Arbeitsorganisation und die Arbeit selbst unterlagen in den letzten Jahren und Jahrzehnten einem tiefgreifenden Wandel (Altvater/Mahnkopf 2002; Castel 2000). Auch Haus- und Sorgearbeit sind davon erfasst. Immaterielle, affektive Arbeit wird zunehmend als bezahlte Arbeit in den kapitalistischen Verwertungsprozess verlagert (Hardt/Negri 2003; Hardt 2002), dennoch bleibt die Unterbewertung bestimmter Bereiche der Arbeit aufrecht. Je näher die Arbeit der privaten Hausarbeit ist, desto mehr wird sie abgewertet (Werlhof 1983). Ihre Abwertung ist nicht nur auf die traditionelle Feminisierung zurückzuführen, sondern hat auch mit der lokalen und zeitlichen Fixierung zu tun: Je gebundener und unflexibler die Arbeit bzw. der Gegenstand der Arbeit ist, desto niedriger ist sie tendenziell bewertet (Sassen 2002). Diese Unterbewertung der lokalen, unflexiblen Arbeit gegenüber der deterritorialisierten, flexiblen Arbeit ist diskursiv und institutionell hergestellt. Die notwendige, niedrig entlohnte Haus- und Sorgearbeit wird verunsichtbart und sogar kriminalisiert. Es entstehen Segmente niedrigst entlohnter und ohne soziale Rechte ausgestatteter Arbeit, die Druck auf abgesicherte Arbeit ausüben (Jessop 1993). Gerade in konservativen Wohlfahrtsstaaten, wie Österreich einer ist, sind soziale Rechte vorrangig mit Erwerbsarbeit verbunden (Esping-Andersen 1998). Im Zeichen des steigenden Drucks auf den Sozialstaat infolge der Umstrukturierungen der politischen Ökonomie geht die Öffnung der Arbeitsmärkte mit der Schließung der Sozialsysteme einher. Der Europäisierung der Arbeitsmärkte folgte keine Europäisierung der Sozialsysteme im selben Maß (Bauböck 1994; Schierup et al. 2006). Die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit findet also in Wandlungsprozessen von National- und Sozialstaat, der Gesellschaft, der Ökonomie, der Arbeit und der Geschlechterverhältnisse statt.

Mit der tendenziellen Angleichung der Geschlechterdifferenz kommt es zu einem partiellen Auseinanderdriften der Klassendifferenz oder der Differenz nach Nation oder Ethnie. Die Konstellationen der Ungleichheit stellen sich wieder neu dar, wenn man sie aus dem Blickwinkel einer migrantischen HausarbeiterIn in Relation zur ihrer sozialen Lage in der Herkunftsgesellschaft betrachtet. Die Achsen der Ungleichheit verschieben sich also je nach Standpunkt, die Differenzen sind relational (Becker-Schmidt 2007). Die Arbeits- und Lebensverhältnisse der migrantischen HaushaltsarbeiterInnen sind differenziert zu betrachten. Der Grad der sozialen Sicherheit oder Prekarität der Arbeitsverhältnisse ist vom rechtlichen und sozialen Status im Ankunfts- und im Herkunftsland abhängig. Die Arbeitsmobilität von EU-BürgerInnen, die sich als PendelmigrantInnen in mehreren nationalstaatlichen Räumen bewegen und möglicherweise eine soziale Absicherung im Herkunftsland genießen, ist anders zu beurteilen als die Lage beispielsweise einer FernmigrantIn ohne jegliche Absicherung, der es nicht einfach möglich ist, in ihr Heimatland zurückzukehren. Bei der Analyse des sozialstaatlichen Kontextes wäre an eine Europäisierung und Harmonisierung der sozialstaatlichen Absicherung in Zukunft zu denken (Castles 2006; Cyrus 2000; Schierup et al. 2006; Pries 1997).

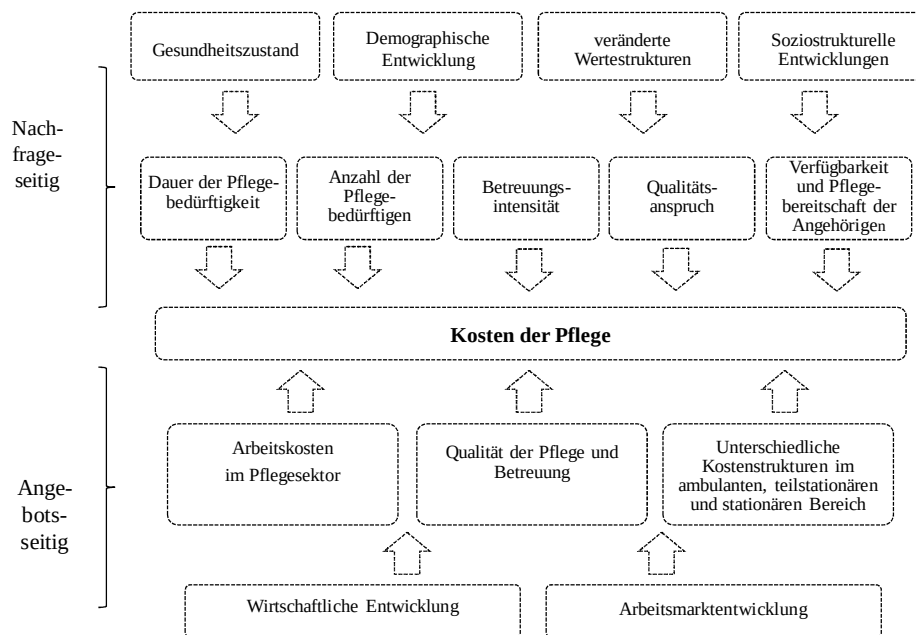
Die Frage, ob Haus- und Sorgearbeit kommerzialisiert werden *soll* (vgl. Folbre 2005), scheint angesichts der Tatsache, dass wesentliche Bereiche auch der affektiven Arbeit bereits in den kapitalistischen Verwertungsprozess verlagert sind, müßig. Sozialpolitische und politikwissenschaftliche Relevanz hat die normative Frage der Kommerzialisierung von Sorgearbeit

aber jedenfalls dort, wo sie sorgebedürftige Menschen bzw. ihre Angehörigen betrifft, die sich die Bezahlung von marktlich organisierter bzw. öffentlich nicht finanzierter Pflege nicht leisten können und somit der Staat, die Gesellschaft (z.B. ehrenamtliche Arbeit) oder aber die Familie gefordert sind. Bestimmend sind auch kulturelle und soziale Leitbilder der Übernahme bzw. Zuschreibung von Sorgearbeit, die aber von unterschiedlicher Reichweite und Art je nach Personengruppen (Milieus oder Schichten) sein können (vgl. Geissler 2002, 37f). Auch das Anspruchsniveau hinsichtlich der Haus- und Sorgearbeit differenziert sich aus, steigt aber tendenziell mit Wohlstand und Bildung. Mit der Förderung individualisierter Arbeitsverhältnisse wird ein exklusives, familienähnliches Eins-zu-Eins-Modell tradiert und idealisiert und institutionelle Versorgung, z.B. in einem Heim, abgewertet.

2 *Soziale und demographische Einflussfaktoren für die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit*

Die demographische Entwicklung in Österreich wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu einem wachsenden Bedarf an Pflegekräften für ältere Menschen führen und zu einer der größten Herausforderungen für die familiären Netze und das öffentliche Gesundheits- und Sozialsystem werden. Das Potential an pflegenden Angehörigen wird zurückgehen. Weil die familiären Ressourcen nicht mehr ausreichen, wird die unbezahlte Arbeit zum Teil von bezahlter Arbeit abgelöst werden. Das wird zu einer steigenden Nachfrage nach bezahlten Pflegediensten führen. Der Pflegebedarf und die Quantität des notwendigen Angebotes an professionellen Hilfs- und Pflegeleistungen ist von der Alters- und Familienstruktur der Bevölkerung, dem Gesundheitszustand und der Pflegebedürftigkeit der älteren Menschen, dem Potential an pflegenden Angehörigen, der Quantität und Qualität des öffentlichen und marktlichen Angebotes an Pflegeleistungen, der Leistbarkeit für die Betroffenen sowie den Qualitätsansprüchen der NutzerInnen sowie der Kostenträger abhängig. Die Gestaltung öffentlicher Pflegestrukturen, das Verhältnis von Geld- und Sachleistungen, Selbstbehalte und Kontingentierungen von Pflegeleistungen bestimmen sowohl die Inanspruchnahme durch die Pflegebedürftigen als auch die Arbeitsmarktbedingungen für Pflegeleistende mit. Im folgenden Kapitel werden die sozialen und demographischen Einflussfaktoren und Bestimmungsgrößen für den Bedarf an bezahlten Pflegediensten und also für die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit dargestellt. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem öffentlichen Pflegesystem als Einflussfaktor auf die Verteilung und Ausgestaltung von unbezahlter und bezahlter Arbeit.

Abbildung 1: Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von bezahlter Pflegearbeit



Quelle: Schneider et al. 2006, 14

Demographische Alterung

Im Jahr 2000 war ein Fünftel der Bevölkerung Österreichs 60 Jahre und älter, 2020 wird bereits ein Viertel und 2030 ein Drittel der EinwohnerInnen in diese Altersgruppe fallen (Statistik Austria 2007a). Der Anteil der Betagten und Hochbetagten, das sind über 75- bzw. über 85-jährige Menschen, wird sich im Jahr 2050 gegenüber 2006 von acht auf 17% mehr als verdoppeln. Die Zahl der über 75-Jährigen erhöht sich von 647.000 Personen 2006 auf 1,02 Mio. im Jahr 2030, das ist eine Steigerung um 58%. 2050 wird es 1,6 Mio. über 75-Jährige geben, das ist ein Plus von 147% gegenüber 2006 (Statistik Austria 2007a). Ab 2030 erreichen die geburtschwachen Jahrgänge ab 1970 das Alter von 60 Jahren und der demographische Alterungsprozess wird zum Stillstand kommen (Kytir 2003, 132f; Statistik Austria 2007a).⁴⁰ Der Alterungsprozess der Bevölkerung ist regional unterschiedlich ausgeprägt, zwar altert die Bevölkerung in allen Bundesländern und weiterhin steigen die Anteile der über 60-Jährigen im Osten stärker als im Süden und Westen, mit Ausnahme von Wien, wo 2050 der niedrigste Anteil der Älteren gegeben sein wird. Die höchsten Zuwächse in Absolutzahlen an älteren

⁴⁰ Die primäre Ursache für die demographische Alterung ist nicht der Anstieg der Lebenserwartung, sondern die sinkende Fertilität. Um den Alterungsprozess der Bevölkerung zu stoppen, wäre eine Verdoppelung der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten auf 16 Mio. notwendig. Dazu wäre eine durchschnittliche Kinderzahl von 3,5 Kindern pro Frau oder eine jährliche Zuwanderung von 100.000 Menschen pro Jahr erforderlich. Dennoch stiege mit der Verdoppelung der Bevölkerung der Anteil der alten Menschen bis 2050 noch auf 26%. Weder eine Steigerung der Fertilität noch eine Zuwanderung in solchen Ausmaßen ist realistisch, daher werde man sich mit dem Alterungsschub abfinden müssen, so Kytir (2003, 137f).

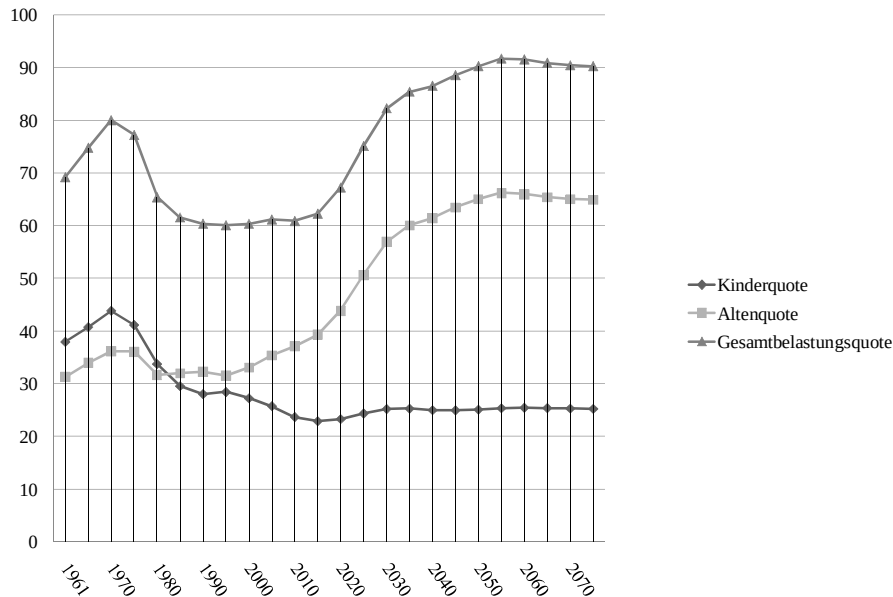
Menschen werden im Westen zu verzeichnen sein⁴¹ (Statistik Austria 2007a). Die EinwohnerInnenzahl wird trotz der Zunahme älterer Menschen nur geringfügig wachsen. Der steigenden Zahl älterer Menschen steht ein Rückgang der jüngeren gegenüber. Gegenwärtig wird dieser Rückgang noch durch Zuwanderung etwas abgefedert, langfristig aber schrumpft der Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung. Da das soziale Sicherungssystem⁴² erwerbszentriert, d.h., seine Finanzierung von der Zahl der Erwerbstätigen abhängig ist, ist seit Jahren die Rede von drohender Unfinanzierbarkeit und Kostenexplosion aufgrund der Zunahme älterer bzw. nicht-erwerbstätiger Menschen. Ein schrumpfender Anteil von jüngeren Erwerbstätigen wird einen wachsenden Teil von Älteren erhalten müssen. Ausgedrückt wird dieses Verhältnis in der sogenannten *Altenquote* bzw. *Belastungsquote* oder auch der *Pensionsquote*.⁴³ In den kommenden drei Jahrzehnten wird sich die Altenquote verdoppeln, im Jahr 2030 werden auf 100 Jüngere im erwerbsfähigen Alter 57 ältere Menschen kommen. Bislang bedingte die abnehmende Kinderzahl eine finanzielle Entlastung, künftig wird die Kinderquote aber nur mehr in geringem Maß sinken. Die Gesamtbelastungsquote, das ist die Summe der Kinder- und Altenquote, war im Jahr 2008 61, 2030 wird sie 82 erreichen. Dieselbe Quote ergab sich übrigens schon 1970, in der Zeit nach dem Babyboom, obwohl die Altenquote damals fast halb so hoch war. 2050 wird die Gesamtbelastungsquote auf 90 angestiegen sein, d. h., auf 100 Erwerbstätige kommen dann 90 Kinder und alte Menschen. Die Altenquote wird 2055 ihren Höhepunkt erreichen und dann wieder sinken (Statistik Austria 2007a; Hanika 2001, 632f; Hanika 2006b).

⁴¹ In Vorarlberg und Tirol wird sich die Zahl der über 60-Jährigen bis 2050 verdoppeln (+103% bzw. +99%), Salzburg (+88%), Oberösterreich (+87%) und Niederösterreich (+83%) liegen näher beim Bundesdurchschnitt von +79%, während Kärnten und die Steiermark die geringsten Zuwächse an über 60-Jährigen (+61% bzw. +69%) haben werden (Statistik Austria 2007).

⁴² Das Sozialschutzsystem oder soziale Sicherungssystem umfasst staatliche Leistungen, die der Absicherung von sozialen Risiken, insbesondere Krankheit, Invalidität, Arbeitslosigkeit und Alter, dienen. In Österreich sind diese Risiken durch die Sozialversicherung abgedeckt, dazu sind Familienleistungen stark ausgebaut (Familienbeihilfe). Die Sozialhilfe als zweites soziales Netz ist eine Mindestsicherung. Pflegebedürftigkeit ist nicht durch die Sozialversicherung abgedeckt, sondern durch das Pflegegeld und subsidiär durch die Sozialhilfe.

⁴³ Die Altenquote - die Zahl der über 60-Jährigen je 100 Personen im Erwerbsalter (15 bis 59 Jahre) - betrug in den 1970er Jahren 36. Zwischen 1980 und 2000 schwankte sie um 32, in den nächsten drei Jahrzehnten wird sie sich verdoppeln und ab 2050 auf einem Niveau zwischen 60 und 70 bleiben. Die Kinderquote (die Zahl der bis zu 15-Jährigen auf 100 Erwerbstätige) sank von 44 im Jahr 1970 auf 27 zur Jahrtausendwende, sie wird sich in den kommenden Jahren kaum verändern, 2050 wird die Kinderquote 25 betragen.

Abbildung 2: Belastungsquoten



Verhältnis 100 Personen im Alter von 15 bis unter 60 Jahren zu Personen im Alter von unter 15 Jahren (Kinderquote), über 60 Jahren (Altenquote) und unter 15 Jahren sowie über 60 Jahren (Gesamtbelastungsquote).

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, Hauptvariante, erstellt am 03.11.2007 (Statistik Austria 2007a)

Für die Finanzierung der Sozialschutzsysteme ist allerdings weniger die Alterung, sondern vielmehr die Zahl der Erwerbstätigen entscheidend. Rund eine Million Menschen werden gegenwärtig nicht aufgrund ihres Alters, sondern wegen der schlechten Arbeitsmarktlage (Arbeitslosigkeit, Frühpension) erhalten. Bezieht man diese Gruppe zu den Erhaltenen ein, ergibt sich schon für das Jahr 2000 eine volkswirtschaftliche Belastungsquote von 101 (Verhältnis Erhaltende zu Erhaltenen), die höher ist als die Spitze der prognostizierten Belastungsquote im Jahr 2055 mit 90 (Tichy 2005, 4f; Tichy 2006, 6f; vgl. Guger/Mayrhuber 2001, 6f). Die zukünftige Belastung ist also wesentlich mehr durch die Arbeitsmarktlage und die Erwerbstätigkeit bestimmt als nur durch demographische Faktoren. Derzeit schiebt sich das Berufseintrittsalter immer weiter hinaus, das durchschnittliche Pensionsantrittsalter ist zu niedrig, ebenso die Frauenerwerbstätigkeit. Gerade was die Frauenerwerbstätigkeit betrifft, besteht ein widersprüchliches Anreizsystem: Transferleistungen, das Steuersystem wie auch der mangelhafte Ausbau von Kinder- und Altenbetreuung sowie atypische Beschäftigungsverhältnisse begünstigen nach wie vor das Ausscheiden von Frauen aus dem Erwerbsarbeitsmarkt bzw. einen nur partiellen und prekären Einschluss als DazuverdienerInnen, diskontinuierliche Erwerbsverläufe und eine unzureichende soziale Absicherung.

Abgesehen von den Herausforderungen, die aus der Alterung der Gesellschaft resultieren und sozialpolitische Maßnahmen und Reformen notwendig machen, geben die prophezeiten Probleme

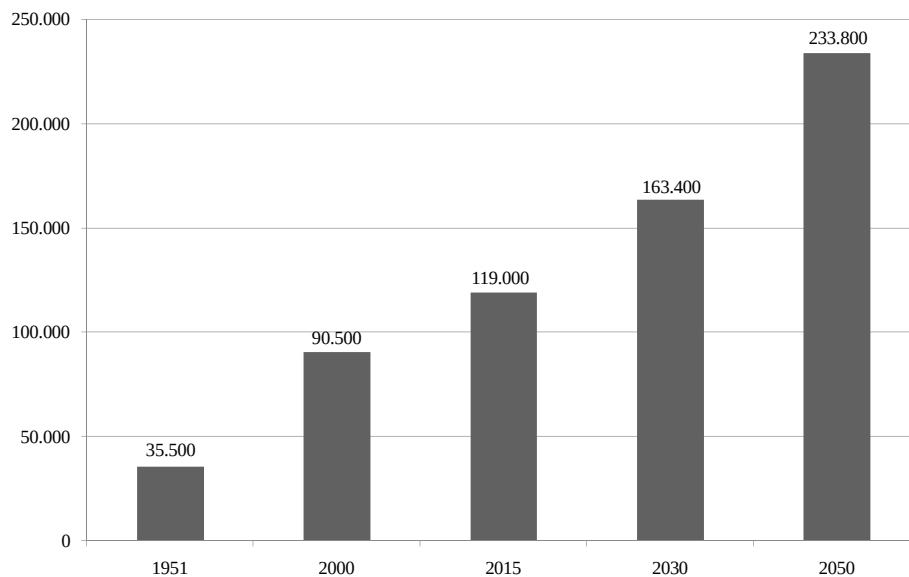
einen guten Grund, um mit der drohenden Unfinanzierbarkeit sozialer Leistungen, Kürzungen, Selbstbehalte und Beitragserhöhungen zu rechtfertigen. „*Es spricht vieles dafür, dass diese Befürchtungen nicht Realität werden oder zumindest stark übertrieben sind*,“ so Josef Kytir, der davor warnt, mit Schlagworten von Überalterung und Vergreisung zu operieren (Kytir 2003, 141). Eine Vielzahl von Faktoren hat Einfluss auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Sozialsystems. Künftige Generationen haben mehr Einkommen⁴⁴ und Ressourcen als heutige, einige erben beträchtlich, zukünftige Ältere haben auch ein besseres Bildungsniveau, sie werden ein anderes Konsumverhalten und höhere Ansprüche aufweisen als heutige. Ein höheres Alter wird in Zukunft nicht unbedingt mit sinkender Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen und daraus resultierend sinkendem Wirtschaftswachstum und folglich geringeren Steuereinnahmen einhergehen. Zudem steigen die Ausgaben gerade bei Pflegebedürftigkeit (Ausgaben für Pflegehilfsmittel, Dienstleistungen, Hilfsdienste usw.). Es entsteht also auch ein Wachstumsmarkt mit einigem Beschäftigungspotential.

Gesundheitszustand und Pflegebedarf

Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. Fast die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen ist über 80 Jahre alt, ein weiteres Drittel zwischen 61 und 80 (BMSK 2007). Mit zunehmendem Alter steigen die Erkrankungshäufigkeit und die Dauer von Krankheiten, das Risiko der Chronifizierung wächst (vgl. Schaffenberger et al. 1999, 18f). Mehr als die Hälfte der über 75-Jährigen geben an, zumindest an einer chronischen Krankheit zu leiden. Die dominierenden chronischen Krankheiten sind erhöhter Blutdruck, Schäden der Wirbelsäule, Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein und Zuckerkrankheit. Funktionale Beeinträchtigungen treten vor allem im Bereich der Mobilität (Gehen, Treppensteigen, Tragen, Fingerfertigkeit usw.) auf, schränken die Lebensqualität ein und führen zu Hilfsbedürftigkeit. 14% der über 75-Jährigen haben trotz Verwendung einer Gehhilfe Probleme beim Gehen (Statistik Austria 2007b). Auch Adipositas ist ein mit dem Alter zunehmendes Problem. Fettleibigkeit tritt am häufigsten bei den 60- bis 74-Jährigen auf, ein Fünftel dieser Altersgruppe ist stark übergewichtig. Die Zahl adipöser Menschen steigt, insbesondere jene der stark übergewichtigen Frauen (Statistik Austria 2007b). Mit dem Anstieg der älteren Bevölkerung ist auch eine erhebliche Zunahme der Demenzerkrankungen zu verzeichnen. Derzeit sind fast 100.000 Menschen in Österreich an Demenz erkrankt, jährlich kommen rund 2.000 Erkrankungen dazu, bis 2030 wird es geschätzte 163.400 Demenzkranke geben.

⁴⁴ Zudem steigt möglicherweise das Volumen der Erwerbseinkommen nicht nur infolge einer steigenden Erwerbsbeteiligung, sondern auch aufgrund höherer Produktivität und höherer Einkommen. Darüber hinaus sind Erwerbseinkommen nicht die einzige mögliche Finanzierungsquelle des Sozialsystems, so könnten auch Kapitaleinkommen herangezogen werden (vgl. dazu auch Beigewum 2005, 128f).

Abbildung 3: Anzahl der Demenzerkrankten



Quellen:

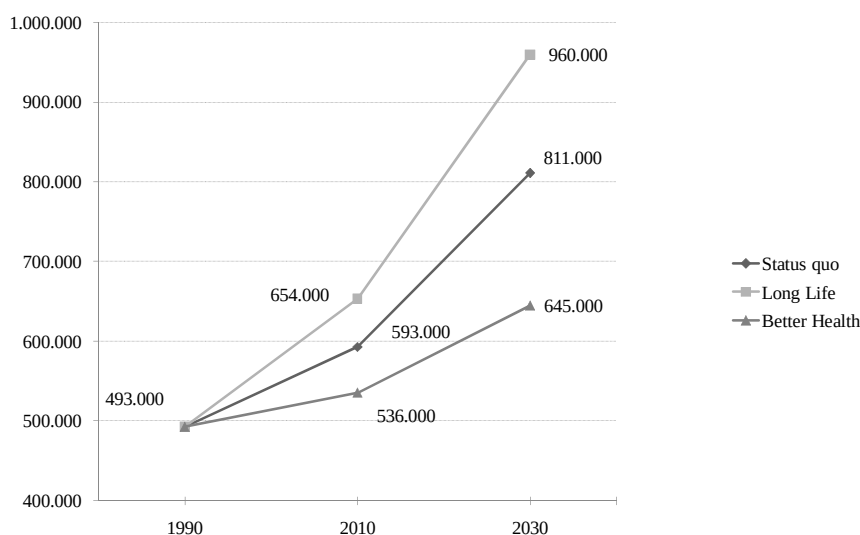
Katschnig et al. 2001, Der Österreichische Patient (2006), ORF On Science
eigene Berechnung

Mit höherem Alter steigt das Risiko an Demenz zu erkranken steil an: 5% der 75- bis 95-Jährigen sind demenzkrank, bei den über 80-Jährigen jedeR Vierte und bei den über 90-Jährigen jedeR Dritte (Psota Georg im Standard 29.01.2007; Katschnig et al. 2001; Schaffenberger et al. 1999, 21). Demenz ist eine der Hauptursachen von Pflegebedürftigkeit, die Pflegeintensität ist bei dieser Erkrankung besonders hoch und sehr belastend für Pflegenden. Vielfach sind Demenzerkrankungen der Grund für die Inanspruchnahme von irregulärer Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Dabei wird der Qualifikation des Personals oft wenig Bedeutung beigemessen, obwohl gerade bei Demenzerkrankungen die Früherkennung und die frühzeitige Etablierung eines adäquaten Betreuungs- und Pflegekonzeptes sowohl für die Kranken als auch für die Pflegepersonen eine große Entlastung bedeuten kann. Auch das Problem des Übergewichts betrifft Pflegepersonen beträchtlich, da die Pflegearbeit körperlich noch belastender wird. In der häuslichen Pflege mangelt es häufig an geeigneten Pflegehilfsmitteln, die die Arbeit erleichtern würden. Bei Behinderungen der Mobilität ist die häusliche Pflege oft noch durch unzureichend ausgestatteten Wohnraum erschwert, viele Pflegebedürftige können allein aufgrund der Tatsache, dass kein Lift zur Verfügung steht, ihre Wohnung nicht mehr verlassen.

Der zukünftige Pflegebedarf ist vor allem durch den Gesundheitszustand künftiger Generationen bestimmt. Kontrovers wurde bislang diskutiert, ob die durch den medizinischen Fortschritt steigende Lebenserwartung zu vermehrter Chronifizierung von Krankheiten und Degeneration führt und damit

zu einem höheren Bedarf an Betreuung und Pflege (Expansionsthese, siehe Szenario Long Life in Abb. 4) oder sich der Gesundheitszustand durch Prophylaxe und Therapie verbessern und daher in Zukunft ein relativ geringerer Pflegebedarf entstehen wird (Kompression der Morbidität, Komprimierungsthese,⁴⁵ Szenario Better Health in Abb. 4). Inzwischen schließen sich ExpertInnen großteils einem optimistischen Szenario an. Untersuchungen weisen auf ein Ansteigen der in Gesundheit verbrachten Jahre und damit einhergehend auf eine sinkende Pflegeinzidenz hin. Die Gewinne an Lebenszeit wären also Gewinne an gesunder Lebenszeit, dennoch ist aber auch damit zu rechnen, dass sich eine längere Dauer von Jahren in schlechtem Gesundheitszustand und Pflegebedürftigkeit anschließen⁴⁶ (Badelt et al. 1996, 104f; Hofmarcher/Riedel 2002, 13f; Kytir 2003, 142f; Streissler 2004, 28f).

Abbildung 4: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen 2010 und 2030



Quelle: Badelt et al. 1996, 111

Abnehmende Zahl pflegender Angehöriger

Rund 75% der pflegebedürftigen Menschen werden von Angehörigen betreut, rund 80% der pflegenden Angehörigen sind Frauen. An die 40% der pflegenden Angehörigen sind selbst über 60

⁴⁵ Der Komprimierungsthese zufolge führt die Verlängerung des durchschnittlichen Lebensalters zu einem Hinausschieben der *kranken Jahre*, durch die verlängerte Lebenserwartung wird Lebensqualität gewonnen, nach der Expansionsthese werden die gewonnen Jahre hingegen in Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbracht.

⁴⁶ Die gesunde Lebenserwartung gibt jene Jahre an, die in guter Gesundheit verbracht werden. Die durchschnittliche gesunde Lebenserwartung lag in Österreich im Jahr 2006 für Frauen bei 63,2 Jahren, dazu kommen 4,8 Jahre in schlechter Gesundheit, bei Männern sind es 61,8 gesunde Jahre plus vier Jahre in schlechtem Gesundheitszustand. Männer müssen insgesamt mit durchschnittlich 17,7 Jahren, Frauen mit 21 Jahren mit funktionalen Beeinträchtigungen leben. Der prozentuelle Anteil der gesunden Lebenserwartung an der Gesamtlebenserwartung beträgt für Männer bei der Geburt 80,2%, für Frauen 76,4% (Statistik Austria 2007c).

Jahre alt, zirka 40% der Betreuungsleistungen werden von EhepartnerInnen oder LebensgefährtInnen erbracht, 30% von den Kindern und Schwiegerkindern. Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen leben im selben Haus wie die pflegebedürftige Person (Pochobradsky et al. 2005, Anhang, 2f; Wörister 2003, 65; Statistik Austria 2002). Der Kreis potentieller Pflegepersonen in der Familie wird sich in den nächsten Jahren bedingt durch die demographische Alterung verringern. Auch infolge der Zunahme der Scheidungen und geringerer Heiratshäufigkeit sind immer mehr Menschen im Alter auf sich alleine gestellt. Zudem werden die familiären Netze aufgrund der sinkenden Fertilität und der steigenden Frauenerwerbstätigkeit dünner. Den älteren Generationen der nächsten 25 Jahre bleibt zwar noch ein relativ dichtes familiäres Netz, für die kinderarmen Generationen der 1960er und 1970er Jahre werden die intergenerationellen Beziehungen aber weit weniger Unterstützung bieten (vgl. Kytir 2003, 142). Die Zahl pflegender Angehöriger verringerte sich in den letzten zehn Jahren (von 1995 bis 2006) schätzungsweise um fünf Prozentpunkte. Mühlberger et al. prognostizieren einen jährlichen Rückgang des informellen Pflegepotentials von einem halben bis zu einem Prozentpunkt (Mühlberger et al. 2008, 22)⁴⁷. Bis zum Jahr 2030 könnte das bedeuten, dass nur noch die Hälfte der Pflegebedürftigen von Angehörigen versorgt werden können. Gegen einen derart starken Rückgang der informellen Pflege sprechen jedoch zum einen die begrenzten Kapazitäten der professionellen Pflegedienste und die starke Verankerung und Idealisierung der familiären Pflege. Zum anderen sind eine niedrigere Heiratshäufigkeit, steigende Scheidungszahlen und abnehmende Fertilität noch nicht gleichbedeutend mit einer Abnahme der Zahl der Angehörigen, im Gegenteil könnten die sozialen Netze auch insgesamt dichter und weitläufiger werden (Stichwort Patchworkfamilien).

In den nächsten 20 Jahren wird die Zahl der Einpersonenhaushalte stark steigen.⁴⁸ Die größten Zuwächse an Singlehaushalten sind in der Altersgruppe ab 65 Jahren zu erwarten. 2031 werden laut Haushaltsprognose der Statistik Austria um 61% mehr Personen über 65 alleine leben als 2001 (Statistik Austria 2006a).⁴⁹ Besonders stark nimmt die Zahl der alleinlebenden Männer über 65 zu (+139%), weil künftige Generationen nicht mehr von Kriegsverlusten betroffen sind und sich die Lebenserwartung von Männern und Frauen angleicht (Statistik Austria 2008a). Die Zahl hochbetagter alleinstehender Männer wird überproportional ansteigen. Aufgrund ihrer Biographie sind sie eher prädestiniert auf professionelle Dienste angewiesen zu sein als Frauen (Schaffenberger et al. 1999, III). Der Bedarf an professioneller Pflege ist bei Frauen trotzdem rund doppelt so hoch als bei Männern⁵⁰ (Pristl 2003, 160). Männer werden häufiger von ihren zumeist jüngeren Ehefrauen oder Lebensgefährtinnen versorgt, bislang in doppelt so hohem Maß wie umgekehrt Frauen von Männern (Statistik Austria 2002, 92f). Die traditionelle Altersdifferenz in Paarbeziehungen erfüllt also auch eine soziale Funktion. Von Frauen geführte Einpersonenhaushalte werden leicht abnehmen. 2001 lebten 55% der 80- bis 84-jährigen Frauen alleine, 2031 werden es 47% sein. Dennoch werden mehr

⁴⁷ Badelt errechnete für 1995, dass zirka 80% der Pflege informell erbracht wurden, Mühlberger et al. schätzen eine Abnahme des Pflegepotentials im weiteren Familienkontext von fünf Prozentpunkten zwischen 1995 und 2006 (Mühlberger et al. 2008, 21f).

⁴⁸ Die Haushaltsprognose der Statistik Austria und der Österreichischen Raumordnungskonferenz ergibt eine Zunahme um 41% von 2001 bis 2031 von 1,12 Mio auf 1,58 Mio. Haushalte (Statistik Austria 2006a)

⁴⁹ In Singlehaushalten lebende Personen über 65 Jahre 2001: 405.000, 2031: 651.000 (Statistik Austria 2006a)

⁵⁰ Frauen haben aufgrund des höheren Alters, das sie erreichen, ein größeres Pflegerisiko. Die Pflegehäufigkeit von Frauen ab 75 nimmt aber stärker zu als jene von gleichaltrigen Männern. Die Schere öffnet sich mit zunehmendem Alter. In Baden Württemberg waren in der Altersklasse der 90- bis 95-Jährigen von 1.000 gleichaltrigen Frauen 588 pflegebedürftig, aber nur 404 von 1.000 Männern (Pristl 2003).

als doppelt so viele Frauen als Männer über 65 in Einpersonenhaushalten leben, 2001 waren es aber sogar noch mehr als viermal so viele. Auch die Zahl der in Kollektivhaushalten (Anstaltshaushalten) lebenden Menschen steigt in den nächsten 30 Jahren um die Hälfte (+51%) von 89.700 im Jahr 2001 auf 135.800 im Jahr 2031 (Hanika 2006a, 15f; Statistik Austria 2006a).

Ein weiterer Faktor für den Rückgang des familiären Pflegepotentials ist die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen. 2001 war die Zahl der erwerbstätigen Frauen in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen noch sehr niedrig, die Erwerbsquote lag bei nur 22%, für 2011 wird aber bereits eine Erwerbsquote von 42% prognostiziert. In dieser Altersgruppe wird es die stärksten Anstiege in der Erwerbsbeteiligung geben.

Tabelle 1: Erwerbsquoten Frauen 1971 bis 2031

Jahr	allg. Erwerbs- quote Frauen 15-64 Jahre	Alter										
		15-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-59 Jahre	60-64 Jahre	65 Jahre u. älter
Volkszählungsergebnisse												
1971	49,9	60	68	56,2	50,8	50,9	53	53,7	48,5	35,8	13,2	3,2
1981	54,8	53,7	74	65,5	61	61,7	60,3	57,3	53,5	32,4	9,5	1,8
1991	58,2	46,7	76,1	72,6	68,9	69	68,4	65,1	56,3	23,1	4,9	0,7
2001	60,5	32,7	69,1	78,8	77,9	76,8	77,4	74,2	64,9	22,4	3,7	0,5
Prognose												
2011	63,3	30,5	69	80	79	79,2	82	78	68,3	42	5	0,5
2021	65,1	28,8	70	81,3	80,1	82	87	83	72,3	48,5	15	0,5
2031	68,8	26	70,2	82,5	81,5	85	90	89	75,9	58,5	29	0,5
Veränderung Erwerbsquote in Prozentpunkten												
2001 - 2011	2,8	-2,2	-0,1	1,2	1,1	2,4	4,6	3,8	3,4	19,6	1,3	0
2001 - 2021	4,6	-3,9	0,9	2,5	2,2	5,2	9,6	8,8	7,4	26,1	11,3	0
2001 - 2031	8,3	-6,7	1,1	3,7	3,6	8,2	12,6	14,8	11	36,1	25,3	0

Quelle: Statistik Austria 2006c, Erwerbsprognose. Erwerbspersonen in % der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts (Frauen)

Individualisierungsprozesse, die Erosion traditioneller Familien- und Haushaltsstrukturen, höhere Mobilität in örtlicher wie sozialer Hinsicht, bessere Ausbildung und die steigende Erwerbsbeteiligung werden die Zahl der für die Pflege zur Verfügung stehenden Frauen stark schrumpfen lassen. Frauen sind immer weniger von Ehemännern oder Lebensgefährten ökonomisch abhängig, was aber auch bedeutet, dass sie selbst für ihre Absicherung sorgen müssen und weniger Sorgearbeit für andere Menschen leisten können. Auch um die Finanzierung des Sozialsystems zu gewährleisten, ist eine höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen notwendig. Der quantitativen Ausweitung des zukünftigen Pflegebedarfs stehen zwar weniger familiäre Ressourcen gegenüber, Pflege wird aber nicht ausschließlich von Familienmitgliedern geleistet. Das soziale Netz wie Freundeskreis, Nachbarschaft,

nicht deklarierte Lebensgemeinschaften und Beziehungen (z.B. Beziehungen, die in getrennten Haushalten geführt werden) sind nicht mit den üblichen Haushaltszählungen erfassbar. Die Zunahme von Scheidungen, wechselnde Beziehungen und Patchworkfamilien können das Potential sozialer Netze auch erweitern und den Kreis von möglichen Pflegepersonen sogar vergrößern. Die öffentlichen Debatten um die Belastungen einer alternden Gesellschaft, lassen die Tatsache in den Hintergrund treten, dass die ältere Generation selbst einen beträchtlichen Teil der Sorgearbeit sowohl für ältere als auch für junge Menschen leistet. Studien ergeben, dass 35 bis 40% der Sorgearbeit für ältere Menschen von über 60-Jährigen geleistet wird (vgl. Arber/Ginn 1989, 353f; IMAD 2004; Pochobradsky et al. 2005, 11f). Auch die Wahrnehmung der Caring Labour ist nach Geschlecht und Alter unterschiedlich und verzerrt daher Studienergebnisse über Ausmaß und Belastung der Arbeit. Pflege und Betreuung werden von jüngeren Generationen mehr als Belastung wahrgenommen als von den älteren. Pflegeleistungen von Frauen sind weniger sichtbar und in Studien unterschätzt, weil Betreuungs- und Pflegeaufwand von Frauen als Caregivern von ihnen selbst gar nicht als solcher gesehen und wahrgenommen wird. Sorgearbeit ist für Frauen viel mehr selbstverständliche Alltagsroutine als für Männer, die im Falle der Pflegebedürftigkeit der (Ehe)Frau Aufgaben übernehmen, die sie zuvor nicht leisteten (z. B. Wäsche waschen, kochen). Es kommt zu einer Umstrukturierung der Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern, wenn Frauen pflegebedürftig werden, im umgekehrten Fall ist das bisher kaum der Fall. Allerdings ist anzunehmen, dass sich sowohl die Wahrnehmung als auch die Verteilung der Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern aufgrund des demographischen und sozialen Wandels in Zukunft verändern werden.

3 *Das öffentliche Pflegevorsorgesystem*

Die Gestaltung des öffentlichen Pflegeleistungssystems hat Einfluss auf die Inanspruchnahme sowohl von institutionellen Pflegeangeboten wie auch irregulärer Pflege. Geld- und Sachleistungen haben gewisse Lenkungseffekte, die intendiert sein können oder auch nicht. Im Folgenden wird das Angebot an öffentlichen Leistungen der Langzeitpflege im Überblick dargestellt und im Zusammenhang mit der Praxis der irregulären Pflege diskutiert.

Das österreichische Pflegesystem ist eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen. Kernstück der Pflegevorsorge ist das Pflegegeld, das in sieben Pflegestufen direkt an die pflegebedürftige Person ausbezahlt wird. Die Verwendung ist nicht zweckgebunden an das Sachleistungssystem. Das Pflegegeld ist im Wesentlichen Bundessache und steuerfinanziert. Es ist also eine universelle Leistung, die unabhängig vom Einkommen je nach Pflegebedarf gewährt wird. Neben dem Pflegegeld unterstützt der Bund noch die Weiter- und Selbstversicherung in der Sozial- bzw. der Pensionsversicherung und die kranken- und pensionsversicherungsrechtliche Absicherung während der Familienhospizkarenz. Das Sachleistungssystem fällt in die Kompetenz der Bundesländer, entsprechend differenziert ist es hinsichtlich Verfügbarkeit, Qualität und Kostenaufwand für die Pflegebedürftigen. Alten- und Pflegeheime werden zum größten Teil von den Gemeinden getragen, die sozialen Dienste werden weitgehend durch private Wohlfahrtsverbände (Nonprofit-Organisationen) erbracht (Krenn et al. 2004; Nam 2003; Heitzmann 2001; Simsa et al. 2004). Finanziert wird das Sachleistungssystem aus SelbstzahlerInnenbeiträgen und dem Pflegegeld der Pflegebedürftigen sowie aus der Sozialhilfe, wenn das Einkommen nicht ausreicht, wobei die Länder in unterschiedlichem Maß auf das Einkommen und Vermögen der LeistungsbezieherInnen und ihrer Angehörigen zurückgreifen. Die Finanzierung der ambulanten Dienste erfolgt zu zirka zwei Dritteln durch die Länder und zu einem Drittel aus den Beiträgen der LeistungsempfängerInnen (Leichsenring/Stadler 2000, 6f; Simsa et al. 2004). Mit dem Pflegegeld trägt der Bund indirekt die Kosten von ambulanter und stationärer Pflege mit. Die Träger- und Finanzierungsstruktur ist vor allem aufgrund der föderalen Organisation der Pflegevorsorge auf der Sachleistungsebene komplex und fragmentiert. Während das Pflegegeld eine universelle Leistung ist, auf die ein Rechtsanspruch besteht, ist das Sachleistungssystem im zweiten sozialen Netz (Sozialhilfe) verankert. Die Pflegevorsorge ist also nicht in das Sozialversicherungssystem eingebunden. Während auf Gesundheitsleistungen bzw. auf Einkommenssicherung im Falle von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter ein Anspruch auf Grundlage der Sozialversicherung besteht, ist das bei der Langzeitpflege nicht der Fall und sie ist entsprechend marginal abgedeckt. Die Ausgaben für die Alterssicherung (Pension) sind im europäischen Vergleich auf sehr hohem Niveau, dennoch ist die Armutsgefährdung vor allem für Frauen groß. GeringverdienerInnen profitieren weniger als Besserverdienende vom österreichischen Pensionssystem⁵¹ (Leichsenring/Stadler 2000, 5f; OECD 2009, Pacolet et al. 1999).

⁵¹ „Während Geringverdiener in Österreich eine mit anderen OECD-Ländern vergleichbare Pension erhalten, fallen die Pensionen für höhere Einkommen im OECD-Vergleich besonders hoch aus (78,5 Prozent in Österreich gegenüber 49,2 im OECD-Schnitt bei 150 Prozent des Durchschnittseinkommens). Erst bei sehr hohen Einkommen schließt sich die Schere wieder.“ (OECD 2009)

Die letzten ein bis zwei Dekaden sind von Veränderungen der Pflegelandschaft gekennzeichnet. Altenheimplätze (Wohnplätze) wurden zugunsten von Pflegeheimplätzen abgebaut, die sozialen Dienste ausgebaut. Mit der Einführung des Pflegegeldes wurden durchaus positive Impulse gesetzt. Die Altenpflegeinfrastruktur erfuhr eine Ausweitung und Beschäftigungseffekte wurden erzielt. Die Einführung des Pflegegeldes bedeutete eine Ausdehnung der finanziellen Basis für Langzeitpflege und führte zu Investitionen in die Pflegeinfrastruktur. Der Ausbau der sozialen Dienste verstärkte den Trend zur Professionalisierung der Pflege (Leichsenring/Stadler 2000, 7). Eine Hauptintention des Pflegegeldes ist die Förderung der Pflege zu Hause, um dem Wunsch älterer Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, nachzukommen und sie in die Lage zu versetzen ein selbständiges Leben zu führen.⁵² Damit wird überdies eine im Vergleich zur stationären Pflege wesentlich kostengünstigere Variante forciert. In der ambulanten Pflege kann flexibler auf Nachfrageschwankungen reagiert werden als bei stationärer Versorgung. Bei der häuslichen Pflege ergänzt zudem familiäre und informelle Arbeit (Familie, Nachbarschaft, irreguläre Pflege) das institutionelle Pflegesystem und spart dadurch Kosten. Vernachlässigt werden dabei allerdings die Folgekosten durch die hohen Belastungen, wie gesundheitliche Beeinträchtigungen und Langzeitschäden, die die Pflegepersonen erleiden (z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Burn-out) sowie Erwerbsarbeitsausfälle oder sogar der vorzeitige Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Die Pflege älterer Menschen hat sich in den letzten Jahren zeitlich verlängert und intensiviert und wird zu einer immer größeren Belastung für die familiären Netze.

3.1 Geldleistungen

Das Pflegegeld wurde 1993 eingeführt. Es soll der teilweisen Abdeckung des Mehraufwandes hilfs- und betreuungsbedürftiger Menschen dienen und *“die Möglichkeit verbessern ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“* (Bundespflegegeldgesetz⁵³). Die Höhe des Pflegegeldes ist an den Grad der Pflegebedürftigkeit gebunden und unabhängig von der Einkommenssituation. Die Finanzierung erfolgt aus allgemeinen Steuermitteln.⁵⁴ Das Pflegegeld wird an die pflegebedürftige Person direkt ausbezahlt und ist nicht zweckgebunden an das Sachleistungssystem. Es kann für die Bezahlung pflegender Angehöriger oder für den Zukauf professioneller Dienste verwendet werden. Bei stationärer Pflege fließt das Pflegegeld zur Kostendeckung an den Heimträger. Zirka ein Viertel der PflegegeldbezieherInnen nimmt soziale Dienste in Anspruch, wobei regional große Unterschiede hinsichtlich der Versorgung durch ambulante und andere soziale Dienste bestehen (Schaffenberger/Pochobradsky 2004).

⁵² vgl. Regierungsprogramm 2006, Budgetprogramm 2007 – 2010, Bundespflegegeldgesetz, Hausbetreuungsgesetz

⁵³ Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz - BPGG) und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Notarversicherungsgesetz 1972, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Strafvollzugsgesetz, das Pensionsgesetz 1965, das Bezügegesetz, die Salinenarbeiter-Pensionsordnung 1967, das Post- und Telegraphen-Pensionsgesetz 1967, das Bundesgesetz vom 1. Juli 1967 über die Pensionsansprüche der Zivilbediensteten der ehemaligen k. u. k. Heeresverwaltung und ihrer Hinterbliebenen, das Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, das Heeresversorgungsgesetz, das Opferfürsorgegesetz, das Verbrechenopfergesetz und das Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz geändert werden, BGBl. Nr. 110/1993

⁵⁴ Es gibt Bundes- und Landespflegegeld. Anspruch auf Bundespflegegeld haben Personen, die Pensionen aus der Sozialversicherung oder vom Bund beziehen. Personen, die keine dieser Leistungen erhalten, können Landespflegegeld beantragen.

Im Jahr 2006 wurden 1,93 Mrd. Euro, das sind 0,76% des BIP für Pflegegeld ausgegeben. Im Vergleich dazu betrugen die Ausgaben im Jahr 1994 noch 0,97% des BIP, die Verringerung der Ausgaben gemessen am BIP ergibt sich unter anderem daher, dass das Pflegegeld in diesem Zeitraum nur zwei Mal valorisiert wurde (BMSK 2008, 3).

Verteilungswirkungen des Pflegegeldes

Das Pflegegeld hat eine Umverteilungswirkung in Richtung der unteren Einkommensgruppen. Rund 60% der PflegegeldbezieherInnen erhalten unter 860 Euro monatliche Pension, etwa zwei Drittel der BezieherInnen sind Frauen (BMSG 2004, 19). Das Pflegegeld wird daher als gutes Instrument der Armutsverringerung dargestellt (Mühlberger et al. 2008, 13). Auch pflegende Angehörige gehören zu einem hohen Anteil den Einkommensschwächeren an. Einer Erhebung des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) zur Situation pflegender Angehöriger zufolge verfügen 47% der Betreuungspersonen entweder über kein Einkommen oder über eines bis 700 Euro. Ein Fünftel der Betreuungspersonen hat kein eigenes Einkommen. Die sehr niedrigen Einkommen sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Pflegenden sind darauf zurückzuführen, dass es sich bei beiden Gruppen überwiegend um Frauen handelt, die zum Teil kein eigenes Einkommen haben und über den Ehemann, eine Witwenpension oder über Transferzahlungen abgesichert sind (Pochobradsky et al. 2005, 20).

Tabelle 2: Bruttobezüge Pensionen der BundespflegegeldbezieherInnen*)

Stufen der Bruttobezüge		Personen	%
jährlich (in Euro)	monatlich (in Euro)		
bis unter 8.000	bis unter 570	93.596	26,6
8.000 bis unter 12.000	570 bis unter 860	116.945	33,3
12.000 bis unter 25.000	860 bis unter 1.790	112.633	32,1
25.000 bis unter 40.000	1.790 bis unter 2.860	21.679	6,2
40.000 und mehr	2.860 und mehr	6.412	1,8
Insgesamt		347.262	100,0

*) Zirka 38.000 PensionistInnen erhielten Pflegegeld nur für einige Monate, z.B. Erstanträge innerhalb des Jahres bzw. Todesfälle.

Quelle: BMSG 2004, 19

Der größte Teil der PflegegeldbezieherInnen erhält Pflegegeld der unteren Stufen. Mehr als die Hälfte der BezieherInnen bekommt Pflegegeld der Stufen eins und zwei (148,30 bzw. 273,40 Euro). Fast drei Viertel der PflegegeldbezieherInnen sind in den Pflegestufen eins bis drei, 88% beträgt der Anteil, wenn man die Pflegestufe vier noch dazu nimmt, nur 12% erhalten Pflegegeld der Stufen fünf bis sieben.

Tabelle 3: Höhe des Pflegegeldes und Anteil der BezieherInnen in den jeweiligen Pflegestufen

Pflegegeldstufen		Pflegegeld (ab 2009)	Anteil BundespflegegeldbezieherInnen in % Juli 2005			
1	monatlicher Pflegebedarf mehr als 50 Stunden	148,30	21,8	kumulierte Anteile in %		
2	mehr als 75 Stunden	273,40	34,9	56,7		Anteil Stufen 1 und 2
3	mehr als 120 Stunden, bei hochgradiger Sehbehinderung, bei überwiegender Rollstuhlbenützung, sofern keine weitere Behinderung vorliegt	421,80	16,3	73		Anteil Stufen 1 – 3
4	mehr als 160 Stunden, bei Blindheit, bei überwiegender Rollstuhlbenützung und zusätzlicher Harn- oder Stuhlinkontinenz	632,70	15,2	88,2		Anteil Stufen 1 – 4
5	mehr als 180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegeaufwand (dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson); bei Taubblindheit, bei überwiegender Rollstuhlbenützung, sofern zusätzlich ein deutlicher Ausfall der oberen Extremitäten vorliegt	859,30	7,8	96	11,8	Anteil Stufen 5 – 7
6	mehr als 180 Stunden und Notwendigkeit einer dauernden Beaufsichtigung	1.171,70	2,4	98,4		
7	mehr als 180 Stunden monatlich und vollständige Bewegungsunfähigkeit oder gleich zu erachtender Zustand	1.562,10	1,6	100		

Quelle: BMSKG 2005; BMSK 2009

Ziel der Pflegevorsorge⁵⁵ insgesamt ist es, ein selbstbestimmtes Leben und eine bedürfnisorientierte Pflege sowie den Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen. Das Pflegegeld soll einen Teil des Pflegeaufwandes abdecken. Tatsächlich entsteht aber, werden professionelle Dienste in Anspruch genommen, eine beträchtliche Finanzierungslücke (vgl. Rechnungshof 2007, 73). Der Deckungsgrad des Pflegegeldes ist vor allem in den niedrigeren Pflegestufen sehr gering. Je nach angenommenem Tarifsatz sind nur zwischen 6,6% (diplomierte Krankenpflege) und 20% (Heimhilfe) des monatlichen Pflegebedarfs bei Pflegestufe eins gedeckt. Inwiefern so eine bedürfnisgerechte Pflege gewährleistet werden kann, ist mehr als fraglich.

⁵⁵ 1993 wurde die Neuordnung der bundeseinheitlichen Pflegevorsorge als Vereinbarung zwischen Bund und Ländern in Form eines Staatsvertrages (Art 15a B-VG) beschlossen. In Kombination von Geld- und Sachleistungen sollte das System der Pflegevorsorge folgende Zielvorstellungen und Grundsätze erfüllen: „Selbstbestimmung und Bedürfnisorientierung, Integration und Normalisierung, Verbleib im eigenen sozialen Umfeld, Bedarfsgerechtigkeit der Betreuung und Versorgungssicherheit, Qualitätssicherung und Professionalisierung, Wirtschaftlichkeit, Wahlfreiheit, Stützung informeller Hilfe“ (Schaffenberg et al. 1999, II, 30f, 163f).

Tabelle 4: Deckungsbeitrag des Pflegegeldes

Pflegegeldstufen	monatlicher Pflegebedarf in Stunden	Pflegegeld in €	"Stundensatz"	Deckungsbeitrag in %		
				Tarif 15 €*	Tarif 25 €*	Tarif 45 €*
1	50	148,30	2,97	19,8	11,9	6,6
2	75	273,40	3,65	24,3	14,6	8,1
3	120	421,80	3,52	23,3	14,1	7,8
4	160	632,70	3,95	26,4	15,8	8,8
5	180	859,30	4,77	31,8	19,1	10,6
6	180	1.171,70	6,51	43,4	26,0	14,5
7	180	1.562,10	8,68	57,9	34,7	19,3

* Tarife wie auch vom Rechnungshof angenommen (Rechnungshof 2007)

Andererseits sind die Tarife kaum kostendeckend, insbesondere wenn man auch die Overheadkosten der Organisationen bzw. Firmen sowie die Lohnnebenkosten berücksichtigt. Sie sind daher nur durch öffentliche Förderungen oder aber durch prekäre oder Schwarzarbeit aufrecht zu erhalten. Auch privatwirtschaftlich angebotene Pflegedienste orientieren sich an den geförderten Kostenbeiträgen der sozialen Dienste um konkurrenzfähig zu sein. Dennoch sind die Tarife für viele Pflegebedürftige kaum leistbar. Die Kostenbeiträge für mobile Dienste sind nach Einkommen gestaffelt, SelbstzahlerInnen müssen den Maximalkostensatz tragen. Ist kein ausreichendes Einkommen vorhanden, kann Sozialhilfe beantragt werden. Die Tarife für Pflegedienste variieren nach Bundesland, da die Gestaltung des Sachleistungssystems Länderkompetenz ist. Der maximale Kostenbeitrag für SelbstzahlerInnen für Heimhilfen variiert von 14,20 (Burgenland) bis 22,41 Euro (Oberösterreich), am teuersten kommt eine Einsatzstunde einer diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn mit 42,26 Euro in der Steiermark (vgl. Tabelle 15 im Anhang).

Wenngleich die unteren Einkommensgruppen vom Pflegegeld relativ mehr profitieren, sind die Ausgaben für soziale Dienste beträchtlich. So muss eine alleinstehende Frau in Niederösterreich mit einem Nettoeinkommen von 1.000 Euro in der Pflegestufe eins ein Viertel ihres Einkommens (exklusive Pflegegeld) für 50 Stunden Pflege aufwenden.⁵⁶ Bei einem Einkommen von 800 Euro sind für denselben Umfang fast 50 Euro aus dem Einkommen zu decken, das sind 6%.⁵⁷ Laut Pflegegeldeinstufung hätte die PflegegeldbezieherIn der Stufe sieben einen Pflegebedarf von 180 Stunden, in Niederösterreich können aber höchstens 60 Stunden pro Monat an mobilen Diensten in Anspruch genommen werden, diese kosten 699,60 Euro. Auch zwischen dem gemäß Pflegestufe bestehenden Pflegebedarf und den in Sachleistungen gewährten Stunden an Pflegeleistungen ist also eine beträchtliche Lücke gegeben. Das Pflegegeld leistet nur einen sehr geringen Beitrag zur Abdeckung des Pflegebedarfs, wenn professionelle Dienste in Anspruch genommen werden. Zudem ist das laut Bundespflegegeldgesetz vorgesehene Stundenausmaß oft nicht ausreichend. Personen, die einen hohen Betreuungsbedarf haben, z. B. Demenzkranke, werden kaum das Auslangen finden. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist allein durch das Pflegegeld in keinsten Weise möglich. Genauso wenig sind die Kosten für die AnbieterInnen von professionellen Diensten gedeckt. Das

⁵⁶ Pflegegeld 148,30, Einkommen inklusive Pflegegeld 1.148,30, Preis der Pflege: 397,19. Die Pflegequalifikation ist nicht spezifiziert. In Niederösterreich ist der Höchststundensatz 2008 für diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen 27 Euro, für PflegehelferInnen 22 Euro und für Heimhilfen 19 Euro. Quelle: Preisrechner, Volkshilfe Österreich 2007a

⁵⁷ Der Differenzbetrag zwischen Pflegegeld (148,30) und Kostenbeitrag (197,19) beträgt 48,89 Euro.

Pflegevorsorgesystem ist demnach in hohem Maße auf private, unbezahlte Mehrarbeit oder finanzielle Aufbringung von Mitteln oder aber prekäre bezahlte Arbeit abgestellt.

Beschäftigungspolitische Intentionen des Pflegegeldes

Das Pflegegeld erweiterte die finanzielle Basis der Pflegeversorgung. Die Mehrausgaben des Bundes für Pflege betrugen 1993 zirka 523 Mio. Euro, was gegenüber den davor erbrachten Pflegeleistungen einem Plus von 64% entspricht (Hammer/Österle 2001a, 64). Auf die Einführung des Pflegegeldes folgte ein Ausbau der mobilen Dienste mit beträchtlichen Beschäftigungszuwächsen. Kritisch wird von ExpertInnen aber angemerkt, dass diese im Verhältnis zum Anstieg der Pflegebedürftigen gering seien (Interview E1, E4). Andererseits bedeutete das Pflegegeld eine Entlastung der Budgets der Länder und Gemeinden, mit der Einführung des Pflegegeldes erhöhten die mobilen Dienste ihre Kostensätze,⁵⁸ bei einer stationären Unterbringung floss nun das gesamte Pflegegeld an die Heimträger. Das Pflegegeld wurde also von den Ländern und Gemeinden zum Teil wieder abgeschöpft (Leichsenring/Stadler 2000, 7; Hammer/Österle 2001a, 65).

Die Einführung des Pflegegeldes wurde auch mit Beschäftigungseffekten argumentiert. Zum einen würde Vereinbarkeitsbedürfnissen von pflegenden Angehörigen nachgekommen, das Pflegegeld ermögliche den Zukauf von Pflegeleistungen und versetze Angehörige daher in die Lage ihre Berufstätigkeit weiter auszuüben. Auf diese Weise entstünden auch bei den professionellen sozialen Diensten neue Arbeitsplätze, so Badelt (1997, 10f). Zum anderen könne mittels Pflegegeld die Angehörigenpflege als reguläres Beschäftigungsverhältnis etabliert werden und so zur sozialen Absicherung von Pflegenden beigetragen werden. Überdies könnten sie die Zeit nebenbei zur Um- und Weiterbildung in Form von Abend- und Fernkursen nützen und ihre Praxis in der Pflege professionell umsetzen. Damit würde dem drohenden Pflegekräftemangel entgegengewirkt (Badelt 1997, 10f). Tatsächlich sind pflegende Angehörige ohnehin sehr belastet, sodass eine Ausbildung neben der Pflegearbeit schwerlich möglich sein wird. Vor allem wird das Pflegegeld kaum einen ausreichenden Lebensunterhalt bieten können, ein reguläres Beschäftigungsverhältnis mit einer kollektivvertraglichen Entlohnung ist keinesfalls realisierbar. Hinsichtlich der familiären Pflege konnten diese Beschäftigungseffekte wohl kaum erreicht werden. Das Pflegegeld bewirkte aber einen Ausbau der mobilen Dienste und eine beachtliche Beschäftigungsexpansion, allerdings förderte es auch die irreguläre Pflege. Ingrid Mairhuber spricht sogar davon, dass eine implizite Institutionalisierung der Schwarzarbeit durch das Pflegegeld nicht von der Hand zu weisen sei (Mairhuber 2000, 180).

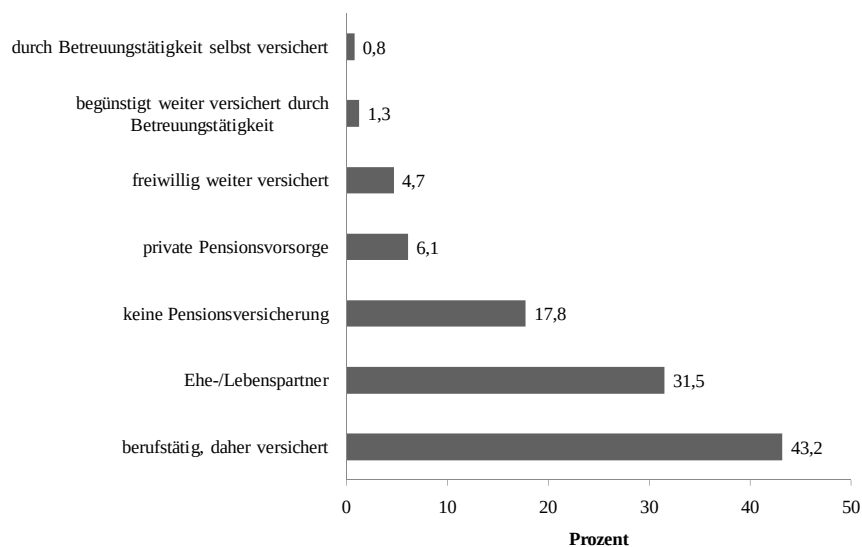
Implizite Institutionalisierung der familiären Pflege

Die Einführung des Pflegegeldes bedingte eine teilweise Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung für Pflegebedürftige, zugleich wurde die familiäre Pflege stärker institutionalisiert. Die stärkere Institutionalisierung der familiären Sorgearbeit erfolgt in einer Zeit schrumpfender familialer Netze. 2001 wurde, um die Angehörigenpflege noch besser zu unterstützen, die schon 1993 in der Pflegevorsorge-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern als Verpflichtung des Bundes vorgesehene,

⁵⁸ Die Einführung des Pflegegeldes bedeutete für die InanspruchnehmerInnen eine Anhebung der Kostenbeiträge für die Pflegedienste, das Pflegegeld wurde als Einkommensbestandteil in die Berechnungsbasis der Beiträge einbezogen (Leichsenring 2000, 7).

sozialversicherungsrechtliche Absicherung von pflegenden Angehörigen geschaffen. Seit 2002 besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz. Sowohl die Weiter- und Selbstversicherung in der Sozialversicherung bzw. der Pensionsversicherung als auch die Familienhospizkarenz werden nur in geringem Maß genutzt. Einer Erhebung des ÖBIG zufolge hatte ein Fünftel der Betreuungspersonen keine Pensionsversicherung. Die geringe Inanspruchnahme der Weiter- und Selbstversicherung sei einerseits auf die Kosten, aber auch auf Informationsdefizite und mangelndes Problembewusstsein zurückzuführen (Pochobradsky et al. 2005, 22). Für viele Angehörige dürfte die Aufbringung der Versicherungsbeiträge schwierig sein, denn fast die Hälfte (47%) der pflegenden Angehörigen verfügt über kein Einkommen oder eines bis zu 700 Euro (Pochobradsky et al. 2005, 22).

Abbildung 5: Pensionsversicherung pflegender Angehöriger



Quelle: Pochobradsky et al. 2005, 22

Auch die Familienhospizkarenz wurde nur in geringem Umfang genutzt, 2003 von nur 506 Personen (Wagner 2005, 4). Der Hauptgrund für die geringe Inanspruchnahme dürfte der Einkommensentfall sein, die Familienhospizkarenz ermöglicht nur die Freistellung von der Arbeit ohne Entgeltfortzahlung.⁵⁹ Ein Drittel der beziehenden Personen waren übrigens Arbeitslosen- oder NotstandshilfebezieherInnen. Problematisch ist weiters die Begrenzung der Karenzdauer auf drei bzw. sechs Monate, da die tatsächliche Dauer der Notwendigkeit einer Hospizbegleitung ja kaum absehbar ist. Die NutzerInnen von Familienhospizkarenz sind zu über 80% Frauen (Wagner 2005). Alle Geldleistungen im Rahmen der Pflegevorsorge (Pflegegeld, Weiter- und Selbstversicherung und Hospizkarenz) lassen eine strukturelle Zuweisung der Pflegearbeit an Frauen erkennen. Lamplmayr

⁵⁹ In Härtefällen kann eine Zuwendung auf *Familienhospizkarenz-Härteausgleich* beantragt werden. Voraussetzung ist, dass das gewichtete Haushaltseinkommen pro Person unter 700 Euro liegt, es besteht aber kein Rechtsanspruch (Stand 2007).

weist auf die implizite Zuschreibung der Sorgearbeit bei der Regelung der Familienhospizkarenz an Frauen durch die Einbeziehung von Schwiegereltern und Schwiegerkindern in den Kreis der nahen Angehörigen hin. Damit hätten Männer die Möglichkeit die Versorgung ihrer Eltern an Ehefrauen zu delegieren. Für Frauen entstehe durch diese Regelung möglicherweise ein zusätzlicher Diskriminierungsgrund auf dem Arbeitsmarkt (Lamplmayr 2003, 79). Die Familialisierung und Feminisierung der Pflege ist in der symbolischen Abgeltung der Pflegearbeit mit einem Stundensatz, der nur eine Deckung von höchstens einem Viertel der Marktpreise (für Heimhilfen!) erreicht, zu erkennen (Hammer/Österle 2001a, 66; Rechnungshof 2007; siehe Tabelle 4). Am ehesten wird durch Transferleistungen für Angehörige mit niedrigem oder ohne Einkommen – das sind insbesondere Frauen - ein Anreiz geschaffen, zur Pflege zur Verfügung zu stehen (Hammer/Österle 2001a; Österle/Hammer 2004, 46f, 59f). Eine große Zahl der PflegegeldbezieherInnen verfügt über ein sehr niedriges Einkommen und muss den durch das Pflegegeld nicht abgedeckten Pflegebedarf durch unentgeltliche Arbeit, z.B. von Angehörigen oder ehrenamtlich Tätigen, kompensieren oder aber durch Eigenarbeit, wenn das überhaupt möglich ist. Laut ExpertInnen gibt es Pflegebedürftige, die beträchtliche Einbußen in der Pflege- und Lebensqualität hinnehmen müssen, weil sie sich keine ausreichende Pflege leisten können (Interview E1, E4, E6, V7). Auch für die Pflegenden steigen die Belastungen. Pflegeintensität und Dauer der Pflegebedürftigkeit nehmen zu, die Zahl der Demenzerkrankten, deren Pflege – gerade für Angehörige - besonders belastend ist, wird in Zukunft stark steigen. Dennoch ist die Inanspruchnahme von öffentlichen Pflegeangeboten bei Personen, die durch Angehörige gepflegt werden, relativ gering.

Zweckbindung und Wahlfreiheit – Effekte eines ungebundenen Geldleistungssystems

Das Pflegegeld ist eine in höchstem Maße unregulierte Transferleistung. Es ist zwar insofern zweckgebunden, als es für Pflege zu verwenden ist, es ist aber frei verfügbar, d.h., eine tatsächliche Erbringung oder Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ist für die Zuerkennung des Pflegegeldes nicht Voraussetzung. Wie das Geld eingesetzt wird, bleibt den BezieherInnen überlassen, es ist nicht an das Sachleistungssystem gebunden. Das Bundespflegegeldgesetz sieht zwar vor, dass wenn der durch das Pflegegeld angestrebte Zweck nicht erreicht wird, stattdessen Sachleistungen zu gewähren sind, die Verwendung wird allerdings kaum kontrolliert, zudem sind keine Qualitätsstandards definiert. Die Sozialversicherungsanstalt (der zuständige Entscheidungsträger) kontrolliert bislang nicht, ob PflegegeldbezieherInnen tatsächlich Pflege in Anspruch nehmen, lediglich bei Meldungen der Vertrauensärzte von Verwahrlosung wird eingegriffen (Rechnungshof 2007). Der Rechnungshof kritisierte 2007:

„Der RH betonte, dass der Zweck des Pflegegeldes nicht nur darin gelegen sein kann, einen möglichst langen Verbleib in häuslicher Pflege zu ermöglichen. Vielmehr wären auch der Umfang und die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen. Er erachtete daher eine stichprobenartige Überprüfung nach bestimmten Kriterien als unverzichtbar.“ (Rechnungshof 2007, 83)

Österle/Hammer verweisen darauf, dass bislang in der häuslichen Pflege keine gravierenden Qualitätsmängel festgestellt wurden (Österle/Hammer 2004, 71). Allerdings ist die private Pflege durch die Ungebundenheit des Pflegegeldsystems jeder Kontrolle entzogen. Missstände, wie Übergriffe und Gewalt, bleiben tendenziell ohnehin im Verborgenen und werden tabuisiert (vgl. Kuss/Schopf 2007). Das österreichische Pflegesystem zeichnet sich überdies durch einige

Kurzsichtigkeit aus, indem es präventive, rehabilitative und aktivierende Pflege nicht berücksichtigt, wie das in anderen europäischen Ländern durchaus der Fall ist.⁶⁰ Maßnahmen in diese Richtung wären nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität für Gepflegte und Pflegende, sondern haben darüber hinaus große Kosteneinsparungspotentiale.

Die Nichtbindung des Pflegegeldes an das Sachleistungssystem wird insbesondere mit dem Argument der Wahlfreiheit propagiert. Pflegebedürftige sollen sich mit der Geldleistung individuelle, flexible Versorgung verschaffen können. Dieses Anliegen wird vor allem von den Behindertenverbänden vertreten. Allerdings ist diese Wahlfreiheit angesichts der niedrigen Geldleistung massiv eingeschränkt. Tatsächlich bedarf es eines relativ hohen Einkommens, um Wahlfreiheit zu erlangen, jedenfalls wenn professionelle Pflege in Anspruch genommen wird.

Geldleistungssysteme gelten gegenüber reinen Sachleistungssystemen als effizienter und individueller. Konkurrenz unter den AnbieterInnen soll die Qualität fördern und die Preise niedrig halten. Der Marktlogik folgend können die KlientInnen auf einem Pflegemarkt frei nach ihren individuellen Bedürfnissen wählen. Der Altenpflegemarkt ist jedoch einigermaßen weit vom Ideal des Marktes entfernt. Einerseits sind die KlientInnen in ihrer Souveränität als MarktteilnehmerInnen aufgrund ihrer besonderen Lage zumeist eingeschränkt, der Markt ist nicht transparent, der Zugang zu den öffentlich finanzierten Angeboten ist reguliert und limitiert.⁶¹ Für die Gepflegten ist die Zufriedenheit bei einem marktbasierten Dienstleistungssystem tendenziell hoch, wenn die entsprechende Zahlungsfähigkeit gegeben ist. Für die Beschäftigten hingegen verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen je niedriger und unregulierter die Geldleistung ist. Privat verfasste Arbeitsbeziehungen (individuelle Arbeitsverhältnisse) sind überwiegend informell und nicht sozial abgesichert, wie die Praxis in Österreich wie auch in anderen europäischen Ländern (Italien, Deutschland⁶²), in denen es hochgradig unregulierte Geldleistungen gibt, belegt (vgl. Bettio et al. 2004 20f; Dienel 2005; Eurofamcare 2006; Österle/Hammer 2004; Mestheneos/Triantafyllou 2005).). Ein gebundenes Geldleistungssystem wäre besser geeignet, Defizite der KundInnensouveränität und der Markttransparenz durch Information, Unterstützung der KlientInnen bei der Pflegeorganisation durch Case Management etc. auszugleichen. Standards für die Pflegequalität wie auch die Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzqualität für Pflegekräfte können festgelegt und besser kontrolliert werden. Je höher die Regulierung und Kontrolle, desto größer ist aber die Tendenz zum Bürokratismus und folglich steigen die Kosten. Gegen eine Koppelung der Transferleistung an das Sachleistungssystem wird auch eingewandt, dass die Angehörigenpflege dann nicht mehr unterstützt werde und die Wahlfreiheit in dieser Hinsicht

⁶⁰ Im deutschen und im niederländischen Pflegegeld-Modell sind diese präventiven und rehabilitativen Aspekte vorgesehen und werden im Zuge der Bedarfserhebung für das Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung bzw. des persönlichen Budgets mitberücksichtigt. In Deutschland sind zudem halb- bis vierteljährlich verpflichtende Beratungen vorgesehen, wenn eine Geldleistung in Anspruch genommen wird (Österle/Hammer 2004, 71). Die Einführung präventiver Hausbesuche und entsprechender Interventionen im Bedarfsfall wird diskutiert. Präventive Hausbesuche sollten auch Menschen einbeziehen, die noch nicht in das Pflegesystem eingebunden sind. Auch spezielle Betreuung von Demenzkranken hat im deutschen Pflegesystem Eingang gefunden. Gerade bei Demenzerkrankungen ist Früherkennung wichtig, um entsprechende Maßnahmen der Behandlung und Pflege frühzeitig einleiten zu können (vgl. Moise et al. 2004, 62).

⁶¹ Viele privatwirtschaftliche PflegedienstleisterInnen beklagen die Konkurrenz Nachteile, weil sie keine öffentlichen Förderungen bekommen, andererseits sind öffentliche Förderungen an Kriterien gebunden, die erfüllt werden müssen, z.B. eine bestimmte Gebietsdeckung.

⁶² In Deutschland kann zwischen Geldleistung und Sachleistung gewählt werden, zwar ist die Sachleistung höher dotiert, dennoch ist auch hier ein großer irregulärer Pflegemarkt entstanden.

beschränkt würde. Dabei ist die Inklusion der Angehörigenpflege in einem gebundenen Geldleistungssystem nicht ausgeschlossen. In den Niederlanden gibt es das *persönliche Budget*, im Rahmen dessen Wahlfreiheit der DienstleisterInnen besteht. Auch Familienangehörige oder andere Personen können pflegen, es müssen aber arbeits- und sozialversicherungsrechtlich konforme Verträge abgeschlossen werden, sowohl mit professionellen DienstleisterInnen als auch mit informellen Pflegepersonen. In anderen Ländern (z.B. Großbritannien) gibt es Direktzahlungen an pflegende Angehörige (Bachinger 2007, 44f).

Das Pflegegeld ist ursprünglich eine Errungenschaft der Behindertenbewegung, die sich seit jeher stark für eine Ungebundenheit des Pflegegeldes einsetzte. Die Intention der Behindertenverbände ist „*behinderten Menschen je nach Behinderungsgrad und Assistenzbedarf Geldleistungen, mittels derer sie sich selbständig Hilfe organisieren können*“ (Riess 2003, 1, kritisch dazu Odman 2002) zu verschaffen. Schon bei der Einführung des Pflegegeldes gab es Stimmen, die sich für eine Zweckbindung einsetzten. 2003 wurde im Rahmen der Regierungsverhandlungen ein Pflegescheck diskutiert und auch im Zuge der Diskussion um die 24-Stunden-Betreuung wurde die Frage der Zweckbindung wieder aufgeworfen. Die Behindertenverbände wandten sich jedoch vehement gegen solche Bestrebungen. Die Frage der Verwirklichung einer autonomen Lebensführung stellt sich allerdings für ältere Menschen ganz anders dar, als beispielsweise für junge, im Erwerbsleben stehende Körperbehinderte, wobei sowohl Ältere als auch Behinderte individuell differenzierter Pflegemodelle bedürften. Voraussetzung einer echten Wahlfreiheit ist in jedem Fall ein entsprechendes Angebot an Diensten zu leistbaren Preisen in ausreichender Quantität und Qualität.

Vermögensverwertung

Nicht zuletzt handelt es sich beim selbstbestimmten Leben – „*dem guten Leben zu Hause*“ - ein Stück weit um einen Mythos, der aufrechterhalten wird, weil Pflege daheim sowohl für den Staat als auch für Pflegebedürftige oder deren Angehörige kostengünstiger ist – zumindest auf den ersten Blick und wenn die Kosten unbezahlter Arbeit und etwaige Einbußen der Pflege- und Lebensqualität unberücksichtigt bleiben (Interview E1, E2, E4) Bei nicht ausreichenden Eigenmitteln wird stationäre oder ambulante Pflege aus der Sozialhilfe finanziert, in fast allen Bundesländern wird auf das Vermögen und das Eigenheim von Pflegebedürftigen zurückgegriffen sowie Kostenbeiträge der nächsten Angehörigen eingefordert. Abgesehen von monetären Aspekten ist es für viele alte Menschen eine Frage der Würde, ihren Kindern nicht zur Last fallen zu wollen und sie nehmen daher nicht ausreichend institutionelle Pflege und Hilfe in Anspruch oder greifen auf den Schwarzmarkt zurück. Zum anderen ist die Bereitschaft das Vermögen für Pflege heranzuziehen gering. Mit steigendem Alter sinkt zwar das Haushaltseinkommen relativ, SeniorInnenhaushalte verfügen jedoch über die höchsten akkumulierten Vermögenswerte im Vergleich zu allen Altersgruppen. Das akkumulierte Geldvermögen erreicht bei den 60 bis 69-Jährigen seine Spitze (Springler 2006, 62f; Beer et al. 2006, 117). SeniorInnenhaushalte sind „*income poor but wealth rich*“ (Kaufmann/Paulsen zitiert in Springer 2006, 63). Diese Spitze der Vermögen ergibt sich unter anderem aus ererbten Vermögensteilen. Bei der Finanzierung von Pflege stößt die Idee der Verwertung von Vermögen allerdings in Österreich auf größte Widerstände. Offensichtlich besteht der Anspruch, dass Pflegeleistungen öffentlich bereitgestellt werden bzw. andernfalls mit Recht auf billige, nicht

gesetzeskonforme oder prekäre Arbeit zurückgegriffen werden könne, ohne dass Vermögen verwertet werden müsse. Auch private Pflegeversicherungsmodelle finden bislang kaum Anklang (vgl. Pacolet et al. 1999, 100). Die Bindung des Langzeitpflege- und Sozialschutzsystems an das dritte Netz der Sozialhilfe, das ursprünglich gedacht war, subsidiär in Notlagen zu Verfügung zu stehen, ist für die Abdeckung des Pflegerisikos angesichts des stark steigenden Pflegebedarfs nicht mehr geeignet.

Fazit

Die Ungebundenheit des Pflegegeldes an das Sachleistungssystem wird vor allem mit dem Argument der Wahlfreiheit verteidigt. Das Pflegegeld soll eine autonome Lebensführung ermöglichen und dabei die Wahlfreiheit zwischen formeller und informeller Pflege gewährleisten. Pflegebedürftige sollen selbst entscheiden können, ob sie das Geld für die Bezahlung von pflegenden Angehörigen und anderen informellen Pflegepersonen oder für den Zukauf professioneller Dienstleistungen verwenden wollen. Allerdings ist das Pflegegeld viel zu niedrig, um diesen Anspruch zu erfüllen, die Wahlfreiheit ist tatsächlich für die meisten Menschen eingeschränkt. Institutionelle Pflegedienste sind für viele Menschen kaum leistbar oder eine immense Kostenbelastung. Daher wird auf familiäre oder immer mehr auf informelle und irreguläre Arbeit zurückgegriffen, weil die familiären Ressourcen zurückgehen und zugleich die Belastungen durch die Alterung und Intensivierung der Pflege stark zunehmen. Mit der Einführung des Pflegegeldes wurde die häusliche Pflege stärker institutionalisiert. Diese explizite Institutionalisierung der häuslichen Pflege bedeutet eine implizite Institutionalisierung der familiären Pflege und damit vor allem der Sorgearbeit von Frauen. Häusliche Pflege ist kostengünstiger als stationäre, unter anderem, weil das informelle Pflegepotential besser abgeschöpft werden kann. Allerdings bleiben dabei die direkten und indirekten, privaten Kosten vernachlässigt. Tendenziell verwischen unregulierte Geldleistungen die Grenzen zwischen formeller und informeller Arbeit und zementieren Ungleichheit sowohl im Zugang zu Leistungen als auch zwischen formellen und informellen Arbeitskräften. Die Monetarisierung begünstigt die Inanspruchnahme von niedrig qualifizierten Angeboten durch den Markt oder Schwarzmarkt. Professionelle Leistungen des öffentlichen Sektors und des Marktes werden für SelbstzahlerInnen aufgrund des Kostennachteils unattraktiv. Die öffentliche Versorgung wird tendenziell auf jene verengt, die keine privaten Beiträge leisten können, d.h. auf die SozialhilfebezieherInnen. Das bedeutet, dass das öffentliche Angebot relativ geringer ist, daher auch weniger Arbeitsplätze im öffentlichen Sektor bzw. bei den sozialen Diensten geschaffen werden. Das Pflegegeld begünstigt eher individuelle, privat verfasste Arbeitsverhältnisse und irreguläre Arbeit. Für Pflegende wird der Zugang zum formellen Arbeitsmarkt also verengt und der Anreiz informell zu pflegen, vor allem für geringer qualifizierte Frauen, ist größer, da die Opportunitätskosten sinken.

3.2 Sachleistungen

Rechtliche Grundlagen des Sachleistungssystems

Die gesetzliche Verpflichtung zur Bereitstellung von Sachleistungen im Rahmen der Pflegevorsorge obliegt den Ländern und ist durch eine Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG zwischen Bund und

Ländern, die im Rahmen der Neuordnung der Pflegevorsorge abgeschlossen wurde, festgelegt.⁶³ Die Länder haben für den flächendeckenden Auf- und Ausbau an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und für die Einhaltung von Qualitätsstandards zu sorgen. Zur Umsetzung dieser Ziele werden Bedarfs- und Entwicklungspläne erstellt. Qualitätskriterien sind außerdem durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)⁶⁴ sowie in den Landesgesetzen über die einzelnen Sozialbetreuungsberufe festgelegt, wobei die Ausbildung und Tätigkeit der Sozialbetreuungsberufe bundesweit harmonisiert werden sollen (vgl. dazu S. 95).⁶⁵ Die Sozialhilfegesetze und Verordnungen und zum Teil eigene Pflegegesetze der Länder regeln die sozialen Dienste (Trägerschaft, Art und Dichte der Versorgung, Rechtsanspruch, Mindestvorgaben hinsichtlich des einzusetzenden Personals (Qualifikation) etc., vgl. dazu detailliert Simsa et al. 2004, 194f, 202f). Stationäre Dienste sind durch das Heimaufenthaltsgesetz, das Heimvertragsgesetz und Heimgesetze der Länder geregelt.

Die Sachleistungen im Rahmen der Pflegevorsorge sind von den Leistungen der Sozialversicherung zu unterscheiden (z.B. ärztliche Hilfe, Aufenthalt in einer Krankenanstalt, medizinische Hauskrankenpflege). Der Anspruch auf *medizinische Hauskrankenpflege*⁶⁶ endet im Wesentlichen, wenn eine Sozialversicherte als nicht mehr therapierbar und folglich langzeitpflegebedürftig gilt. Dann ist die Pflege, z.B. in einem Pflegeheim oder durch soziale Dienste, gestaffelt nach Einkommen aus dem Pflegegeld und privaten Mitteln, bzw. wenn diese nicht ausreichen, aus der Sozialhilfe zu finanzieren. Langzeitpflege ist also nicht in das Gesundheits- bzw. Sozialversicherungssystem integriert, sondern muss aus dem Pflegegeld, das aber nur einen geringen Teil der Kosten deckt, und dem Subsidiaritätsprinzip folgend privat aus dem Einkommen bzw. Vermögen finanziert werden.⁶⁷ Erst wenn diese Eigenmittel nicht ausreichen, kann der Pflegebedarf aus der Sozialhilfe abgedeckt werden. Das bedeutet vielfach, dass Ersparnisse herangezogen werden müssen, Grundbesitz und Eigenheime belastet werden und in der Folge das Erbe aufgezehrt wird, was einen Lenkungseffekt in Richtung private Erbringung oder Finanzierung von Pflegearbeit bedingt (siehe dazu 79f).

⁶³ Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen.

⁶⁴ Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden, BGBl. I Nr. 108/1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 57/2008

⁶⁵ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005

⁶⁶ Die Medizinische Hauskrankenpflege nach ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) ist durch das Sozialversicherungsgesetz geregelt. Sie umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen (z.B. Sondenernährung und Wundversorgung). Sie ist nur über ärztliche Anordnung möglich und darf ausschließlich durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal erbracht werden. Die medizinische Hauskrankenpflege wird maximal vier Wochen gewährt, darüber hinaus nur nach chef- und kontrollärztlicher Bewilligung. Grundpflege, das ist pflegerische Hilfe in den Bereichen Ernährung, Körperpflege und Mobilität sowie die hauswirtschaftliche Versorgung (Nahrungszubereitung, Wohnungsreinigung etc.), gehören nicht zur medizinischen Hauskrankenpflege.

⁶⁷ Die Integration oder Trennung von Gesundheits- und Sozialsystem hat unterschiedliche Lenkungseffekte und ist jedenfalls in der Gesamtheit des sozialen Sicherungssystems zu betrachten. Eine strikte Trennung von Gesundheitssystem und sozialen Diensten führt vielfach zu Integrationsproblemen, Ineffizienzen und erheblichen Kosten, eine bessere Integration bzw. Verlagerung vom Gesundheits- in den Pflegebereich böte Einsparungspotential, das ohne Qualitätseinbußen ausgeschöpft werden könnte (vgl. dazu Simsa et al. 2004, 235f). Andererseits kann die Einbindung der Langzeitpflege in das Gesundheitssystem den Effekt der Medikalisierung von Bedarfen haben oder auch zur Beschränkung auf qualifizierte (medizinische) Pflegeleistungen führen, während Grundpflege, Betreuung und Haushaltsarbeit (soziale Dienste) ausgeklammert bleiben.

Trägerstruktur und Organisation der Sachleistungsebene

Die Trägerstruktur ist nach mobilem und stationärem Sektor und auch nach Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Träger der Alten- und Pflegeheime sind zur Hälfte (51%) öffentlich. 27% der stationären Dienste werden vom Nonprofitsektor erbracht und 22% von profitorientierten Unternehmen (Nam 2003, 3f).⁶⁸ Die öffentlichen Heime werden von Ländern, Gemeinden oder den Sozialhilfeverbänden getragen. In der stationären Pflege ist der profitorientierte Sektor weitaus stärker als im ambulanten Dienst. Im Bereich der semistationären Dienste ist mit einer Zunahme von privaten Initiativen und gewinnorientierten Unternehmen zu rechnen (vgl. Pacolet et al. 1999). In Angliederung an soziale Stützpunkte von Nonprofit-Organisationen oder gemeindenah organisierte Dienste sowie an stationäre Einrichtungen entstehen immer mehr flexiblere Angebote wie Tageszentren, Kurzzeitpflege oder Wohngemeinschaften. Die ambulanten Diensten werden zu etwa 90% von Nonprofit-Organisationen angeboten (Krenn et al. 2004, 5). Neben den traditionellen Wohlfahrtsverbänden sind im ambulanten Bereich regionale gemeinnützige Vereine (z.B. von Pfarrgemeinden organisierte (Interview mit Frau K.⁶⁹) oder Nachbarschaftshilfevereine) tätig. Manche dieser Vereine bewegen sich jedoch im Graubereich hinsichtlich der Dienste, die sie anbieten. Das Angebot an kommerziellen Pflege- und Betreuungsdiensten und Haushaltsdienstleistungen wächst. Ambulante Dienste sind hinsichtlich der Investitionen weniger kostenintensiv, sodass kleine und mittlere gewerbliche Pflegedienste relativ einfach angeboten werden können. Vielfach handelt es sich um sogenannte Pooldienste, das sind Organisationen, die freiberuflich tätiges, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal vermitteln. Auch unter diesen Firmen gibt es fallweise Verbindungen zur irregulären Pflege. Mit der gesetzlichen Regelung der Personenbetreuung (Rund-um-die-Uhr-Betreuung) ist mit einer Zunahme der privaten PflegeanbieterInnen und Vermittlungsfirmen zu rechnen.

Der Nonprofitsektor in Österreich

Die traditionellen Wohlfahrtsverbände in Österreich sind politischen Parteien und Kirchen zuordenbar und es bestehen entsprechende ideologische und politische Verflechtungen. Dem österreichischen politischen System gemäß sind die freien Wohlfahrtsträger stark föderalistisch und von Prinzipien des Korporatismus und Verbändewesens geprägt. Die fünf großen Trägerorganisationen im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste (Caritas Österreich, Diakonie Österreich, Österreichisches Hilfswerk, Österreichisches Rotes Kreuz und Volkshilfe Österreich) sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) zusammengeschlossen. Unabhängige Organisationen können sich nach wie vor nur schwer etablieren (Heitzmann 2001, 28f). Die Wohlfahrtsträger bilden eine Art Puffer zwischen Staat, Markt und Privat – den *intermediären* oder *dritten Sektor*. Sie übernehmen Aufgaben, die von Familienstrukturen und sozialen Netzen nicht (mehr) erbracht werden und füllen Versorgungslücken, die der Staat oder der Markt hinterlassen. Nonprofit-Organisationen können Staats- und

⁶⁸ Die Unterschiede nach Bundesländern hinsichtlich der Trägerschaft sind groß. In Salzburg (83%), Tirol und Vorarlberg (jeweils 77%) und in Oberösterreich (71%) dominiert der öffentliche Sektor, während im Burgenland und in der Steiermark mehr als die Hälfte der Alten- und Pflegeheime gewinnorientierte Einrichtungen sind. In Wien gehören 80% der Heime zum Nonprofitsektor, aber auch in Kärnten (39%), im Burgenland (38%) und in Niederösterreich (28%) ist der Nonprofit-Anteil hoch (Nam 2003, 3f).

⁶⁹ Frau K., eine der befragten NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege, nahm die Vermittlungsdienste eines Nachbarschaftshilfevereins der örtlichen Pfarrgemeinde in Anspruch. Im Rahmen eines informellen Netzwerkes wurden irreguläre Pflegekräfte aus Polen vermittelt.

Marktversagen kompensieren, weil sie den Zweckrationalitäten von Staat und Markt nicht im selben Maß unterworfen sind, sie können auch ineffizient oder irrational (*not for profit*) agieren (Heitzmann 2001, 55f).

Ein großer Teil der sozialen Dienste wird in Österreich an die freien Wohlfahrtsträger übertragen, sie sind Vertragspartner des Staates (*Contracting out*). Bund und Länder geben die Rahmenbedingungen sowohl der Leistungserbringung (Qualitätskriterien, Ausbildung) als auch der Finanzierung (Kostensätze, Budget) vor. Gegenüber einer vollständigen Privatisierung hat die Übertragung von Staatsaufgaben an die Wohlfahrtsträger den Vorteil, dass dem Staat Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten bleiben. Außerdem gelten Nonprofit-Organisationen gegenüber staatlicher Leistungserbringung als innovativer und ethische Ansprüche sollten Qualität gewährleisten. Es wird ihnen ein höheres Maß an Effizienz zugeschrieben, das unter anderem durch die Abschöpfung ehrenamtlicher, unbezahlter Arbeit erreicht wird sowie durch die Selbstaussbeutungsbereitschaft einer ethisch motivierten Belegschaft (Dimmel et al. 2004, 11). Zudem soll der Wettbewerb zwischen den Organisationen die Qualität sichern und heben und für die KlientInnen Wahlfreiheit ermöglichen. Als wohlfahrtsstaatliche LeistungserbringerInnen sind die sozialen Dienste aber auch einem steigenden Kosten- und Ökonomisierungsdruck ausgesetzt. Mit der zunehmenden Ökonomisierung der sozialen Dienste wurde der Begriff *Nonprofit-Organisation* für die sozialen Wohlfahrtsorganisationen jedoch fragwürdig. Durch die angestrebte Verbetriebswirtschaftlichung oder Vermarktlichung werden die Nonprofit-Organisationen zu ProduzentInnen von sozialen Dienstleistungen wie kommerzielle AnbieterInnen auch. Der ethische Anspruch außerhalb der kapitalistischen Verwertungslogik zu stehen, wird unterminiert (so wenn beispielsweise angedacht wird, zahlungskräftigeres Klientel vermehrt anzusprechen, um die finanzielle Basis der Nonprofit-Organisationen zu verbessern und sie mit Rund-um-die-Uhr-Betreuungsdiensten zu versorgen, die aber nur durch prekäre Arbeit geleistet werden können (Interview E2). Die Definition der Stellung der Nonprofit-Organisationen gegenüber der kapitalistischen Marktwirtschaft und Gesellschaft ist nicht zuletzt ideologisch geleitet. Nach bürgerschaftlichen, konservativen Konzepten bildet der dritte Sektor ein Komplement zur kapitalistischen Wirtschaftsweise, das eher der Stabilisierung der ökonomischen und politischen Verhältnisse dient, als im Dienste der Entwicklung einer alternativen Wirtschaftsweise außerhalb der kapitalistischen Verwertungslogik (Profitorientierung) zu stehen (vgl. Weinzirl 2004, 25f). Der Nonprofitsektor ist also ein Feld, das gerade in Zeiten des Rückbaus bzw. der Verlagerung sozialstaatlicher Leistungen in den dritten oder den informellen Sektor umstritten ist und ideologisch besetzt wird.⁷⁰

⁷⁰ Der Begriff Nonprofit-Sektor wird aus diesem Grund als unbrauchbar abgelehnt, um die sozialen Dienste zu bezeichnen, eben weil er ideologisch aufgeladen sei. So meint Dimmel, der Begriff *non-profit* halle gewissermaßen die Nutzlosigkeit wider und spiegle eine zentrale Argumentationsfigur im Kontext der *Retreat-of-the-State*-Debatte und der *retrenchment policies* der 1990er Jahre: „Ihr könnt ja gar nicht zeigen, welchen Output und Outcome ihr bringt, ihr seid ja eigentlich gesellschaftlich nutzlos.“ (Dimmel et al. 2004, 10) Unbrauchbar sei der Begriff Nonprofit zudem, weil er zum einen nur ausdrücke, *was nicht ist* (ähnlich die Begriffe intermediärer oder dritter Sektor) und zum anderen jegliche Organisation, die nicht profitorientiert ist, bezeichnet (z.B. auch die Salzburger Festspiele). In den letzten Jahren wird daher für soziale Nonprofit-Organisationen auch der Begriff Sozialwirtschaft oder Social-Profit-Organisationen genutzt und soll eine positive Definition ermöglichen oder sogar das Gegenteil von *nonprofit* (zur Diskussion der Begrifflichkeiten siehe Dimmel et al. 2004, 7f), was aber nicht ausschließt, dass der Begriff Sozialwirtschaft ebenfalls ideologisch unterschiedlich interpretiert und gefüllt wird.

Der Nonprofit-Sektor ist ein wesentlicher Arbeitgeber geworden und treibt die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit und Professionalisierung voran. In Zeiten wachsender Arbeitslosigkeit wird der dritte Sektor aber nicht nur als Arbeitgeber bedeutend, sondern auch als Möglichkeit der Verwertung brachliegender Arbeitskraft diskutiert. Erwerbslose sollten ehrenamtliche Arbeit erbringen (bürgerschaftliches Engagement zur Staatsverschlinkung) oder im Sinne eines *aktivierenden Wohlfahrtsstaates* (*Workfare state*) soziale Leistungen nur im Austausch gegen eine Arbeitsleistung erhalten. Schon derzeit gibt es Tendenzen Arbeitslose unter mehr oder minder großem Zwang im dritten Sektor zu beschäftigen⁷¹ (vgl. dazu Candeias 2004; Weinzirl 2004, 25f, Interview E3). Aus einer feministischen Perspektive bleibt zu hinterfragen, wie die Lücken gefüllt werden, die in jenen Bereichen entstehen, die weder durch die Zivil- oder Bürgergesellschaft noch durch den Staat und auch immer weniger durch die Familie abgedeckt sind. Frauen sind von Einsparungs- und Ökonomisierungstendenzen im dritten Sektor bzw. Pflegemarkt am stärksten betroffen, da sie den größten Teil der Arbeit, in welcher Form auch immer, leisten und zugleich am stärksten auf soziale Dienste angewiesen sind. Die Grenzen zwischen bezahlter und unbezahlter Arbeit werden unscharf bzw. machen sich konservative Konzepte von Sozialwirtschaft gerade den erweiterten Arbeitsbegriff der Frauenforschung zunutze um pseudo-kommunitaristisch zu argumentieren, dass die Arbeit der Frauen „sozial so wertvoll sei, dass sie in Geld gar nicht adäquat abgegolten werden könne“, Frauen würden unter dem Deckmantel der Bürgergesellschaft aus dem bezahlten Arbeitsmarkt gedrängt, so Weinzirl (2004, 29).

Mobile Dienste

Die Versorgung mit mobilen Diensten ist nach Bundesländern und regional sehr differenziert. In Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich werden anteilmäßig mehr Personen von mobilen Diensten versorgt als in den anderen Bundesländern, allerdings werden weniger Betreuungsstunden geleistet. In Wien ist die Betreuung am intensivsten, unabhängig vom Alter der KlientInnen wird die höchste Anzahl an Leistungsstunden angeboten, dann folgen Niederösterreich und Salzburg. Ebenfalls ein hoher Versorgungsgrad besteht in Vorarlberg. Den geringsten Anteil an Leistungsstunden haben die Steiermark und Oberösterreich. Außerdem bestehen qualitative Unterschiede im Einsatz der verschiedenen Dienste (Berufsgruppen). In Wien werden überproportional (zu 85%) Heimhilfen beschäftigt, in Tirol und Kärnten mehr Pflegepersonal. Im Schnitt werden in Österreich zu 39% Pflegepersonal und zu 61% Heimhilfen eingesetzt. In Kärnten, Niederösterreich und der Steiermark ist die Versorgungsdichte nach Bezirken sehr ungleich, in den anderen Bundesländern relativ ausgewogen (siehe Tabelle 16 und Tabelle 17 im Anhang; Simsa et al. 2004, 186f).⁷² In allen Bundesländern werden annähernd die gleichen Dienste angeboten. Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegehilfe sowie Heimhilfe werden in allen Ländern bereitgestellt, unterschiedliche Versorgung besteht bei Essen auf Rädern, Verleih von Heilbehelfen, therapeutischer Hilfe, Beratung, Hospizhilfe und Rufhilfe (Simsa et al. 2004, 203f). Österreichweit entspricht das Versorgungsangebot durch mobile Dienste einer Dichte von rund elf Pflege- und Betreuungspersonen pro 1.000 Einwohnern im Alter von 75 Jahren oder höher, wobei zu bedenken ist, dass nur rund ein Viertel der

⁷¹ In Österreich wurde die Umschulung von Arbeitslosen zu Heimhilfen stark gefördert, in Deutschland werden ArbeitslosengeldbezieherInnen im Dritten Sektor innerhalb der sogenannten Ein-Euro-Jobs beschäftigt.

⁷² Einen sehr guten Überblick und Bundesländervergleich über die von Nonprofit-Organisationen angebotenen sozialen Dienste in Österreich geben Simsa et al. (2004).

PflegegeldbezieherInnen und 13% der Menschen über 75 Jahre mobile Dienste in Anspruch nehmen (Simsa et al. 2004, 190).

Tabelle 5: Anzahl der KundInnen mobiler Dienste nach Bundesländern

	BGL 2002	KTN 2002 ohne HH	NÖ 2003 (Schätz- ung)	OÖ 2003	SBG 2002	STM 2001	TIR 2002	W 2002	VBG 2003	Öster- reich
Anzahl KundInnen	2.842	2.732	12.298	16.852	3.106	12.250	7.871	12.514	9.605	80.070
in Bezug zu Pflegegeld- bezieherInnen	20%	8%	18%	30%	17%	21%	33%	18%	92%	23%
in Bezug zu Personen über 75 Jahre	12%	6%	11%	18%	9%	13%	19%	10%	49%	13%
Betreuungs- stunden pro KundIn pro Jahr	84	144	231	50	219	72	67	326	16,8 ohne HKP	134

Abkürzungen

HKP Hauskrankenpflege

HH Heimhilfe

Quelle: Simsa et al. 2004, 190, Tabelle 12

Der häufigste Grund für die Nichtinanspruchnahme von mobilen Diensten ist einer Befragung des ÖBIG zufolge eine grundsätzlich ablehnende Haltung der Pflegebedürftigen, fast die Hälfte der Pflegebedürftigen steht einer mobilen Betreuung prinzipiell ablehnend gegenüber. 42% geben an, dass sie aus finanziellen Gründen keine mobilen Dienste in Anspruch genommen werden. Ein weiterer Grund ist der Mangel an leistbaren, niederschweligen und flexiblen Angeboten, insbesondere auch für die Betreuung Demenzerkrankter (z.B. Tageszentren, stundenweise Beaufsichtigung; Pochobradsky et al. 2005; befragt wurden die Hauptpflegepersonen).

Tabelle 6: Gründe für die Nichtinanspruchnahme mobiler Dienste

	Gründe für die Nichtinanspruchnahme in % von	
	mobilen Diensten	teilstationären Diensten
regional nicht ausreichend vorhanden	10,3	16,7
Unzufriedenheit mit Leistung	3,8	2,7
scheitert an Finanzierbarkeit	42,0	27,4
grundsätzlich ablehnende Haltung	48,1	37,7
keine Information über Angebote	13,5	17,0
keine Angabe	0,0	21,3
	815 Antworten	1.014 Antworten

Quelle: Pochobradsky et al. 2005, Anhang, 18, 19,

Basis 815 Antworten mit Nichtinanspruchnahme von mobilen Diensten, Mehrfachnennungen möglich

Auch hinsichtlich der Finanzierungssysteme unterscheiden sich die Bundesländer.⁷³ Die Ausgestaltung des Fördersystems hat Effekte auf Art und Umfang der Leistungen der mobilen Dienste. So werden Leistungsstunden außerhalb der Normalarbeitszeit (z.B. Nachtdienst, Wochenenddienst) nicht in allen Bundesländern mit höheren Sätzen gefördert, was für die Organisationen einen Anreiz darstellt, diese Dienste nicht anzubieten. Auch inwiefern Zusatzleistungen, wie Wegzeiten oder Arbeitszeit für Dokumentation, in die Normkosten einkalkuliert werden, welche Berufsgruppen in welcher Höhe gefördert werden usw., hat Einfluss auf das Leistungsangebot (siehe dazu ausführlich Simsa et al. 2004, 196f). Bei Normkostensystemen werden die KundInnenbeiträge auf Basis vergangener Abrechnungsperioden festgesetzt, daher besteht seitens der Organisationen ein Anreiz die Beiträge hoch zu halten, was letztlich zur Abwanderung in den Schwarzmarkt beiträgt, wie Simsa et al. aufzeigen. In Kärnten, Niederösterreich und der Steiermark sind die Normstunden zudem kontingentiert, meist bedingt durch Budgetdeckelungen. Auch Höchstgrenzen für die Betreuungsstunden pro LeistungsempfängerIn variieren erheblich nach Bundesland. Beispielsweise werden in Niederösterreich maximal 60 Stunden pro Monat mit dem geförderten (einkommensabhängigen) Tarif getragen, darüber hinaus gehender Pflegebedarf kann aus der Sozialhilfe unterstützt werden, jedoch nur in Einzelfällen per Nachweis und temporär. Überdies müssen mindestens 50 Stunden dauernder Pflegebedarf bestehen. Man kann sich also auch nicht durch Inanspruchnahme von weniger Stunden etwas ersparen. Zudem gibt es Mindestkostenbeiträge, werden diese unterschritten, bekommt man keine Zuzahlung sowie Höchstkostenbeiträge für SelbstzahlerInnen (vgl. Simsa et al. 2004, 196f, 209f, Interview E4).

Die Finanzierung der sozialen Dienste ist äußerst komplex reguliert. Die Unterschiede nach Bundesländern, was die Tarife für die KlientInnen sowie den Umfang der geförderten Dienste betrifft, sind erheblich. Der Zugang zu sozialen Diensten wird die Preisgestaltung (Selbstbehalte) und Stundenkontingentierungen verengt, tendenziell auf die Gruppe der Menschen mit den geringsten Einkommen. Das fördert die Abwanderung der SelbstzahlerInnen in den informellen Sektor. Einige ExpertInnen vertreten die Ansicht, entgegen dieser Politik der Leistungen für die Bedürftigsten sollte der Markt der SelbstzahlerInnen besser bedient werden, z.B. durch die Anhebung des maximalen Stundenausmaßes oder eine „bis-zu-24-Stunden-Betreuung“ (Interview E2, E4, E7). Der wachsende Kostendruck und die Ökonomisierung der sozialen Dienste führen überdies für ArbeitnehmerInnen zu großen Belastungen. Geleistete Arbeiten werden zum Teil nicht in die Sätze einkalkuliert, manche Beschäftigte erbringen sogar außerhalb der bezahlten Arbeitszeit noch Leistungen für ihre KlientInnen. Der Kostendruck trifft die ArbeitnehmerInnen im mobilen Dienst viel stärker und direkter als jene in der stationären Pflege. Sie sind der Kritik der KlientInnen mehr ausgesetzt und die KollegInnenschaft als Puffer fehlt. Die Abgrenzung zu unbezahlter Arbeit und damit die Tendenz zur Entwertung ist durch die Tätigkeit im Privathaushalt erschwert (Krenn et al. 2004; Simsa et al. 2004; Interview E1, E3, E4, E5 siehe dazu S. 91f).

⁷³ Es gibt Normkostensysteme (Niederösterreich, Kärnten, Burgenland, Salzburg) und reine Fördersysteme (Oberösterreich, Tirol, Vorarlberg und Wien). Bei einem Normkostenmodell werden die anerkannten Leistungen in einem Normstundensatz auf Basis durchschnittlicher Kosten eines Referenzzeitraums kalkuliert, beim reinen Fördermodell werden bestimmte Leistungen gefördert. Der Unterschied zwischen den beiden Systemen besteht vor allem in Art und Umfang der Kontrolle und Einflussnahme durch die öffentliche Hand. Ein reines Fördersystem kann stärker kontrolliert werden, ein Normkostensystem ist marktnäher und transparenter.

Stationäre Pflege

In den letzten Jahren ist ein Trend zur Deinstitutionalisierung, also zum relativen Abbau von stationärer Pflege (Alten- und Pflegeheim) zugunsten des Ausbaus von ambulanten Diensten zu beobachten. In das stationäre Sorgesystem fließt dennoch ein großer Teil der öffentlichen Mittel. Traditionelle Altenheime (Wohnheime) werden abgebaut, der Bedarf an Pflege- und Intensivpflegeheimplätzen und semistationären Einrichtungen steigt aber. Die Integration verschiedener Dienste gewinnt an Bedeutung, die Abgrenzungen zwischen sozialen Diensten und Gesundheitsdiensten, verschiedenen Wohnformen, formeller und informeller Pflege werden unschärfer. Im stationären Bereich nehmen die medizinischen Dienste zu. Das ist einerseits auf die Alterung zurückzuführen, andererseits auf die Tendenz, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, was bedingt, dass jene Menschen, die in Heimen aufgenommen werden, einen höheren Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen. Dazu bewirken Kostendämpfungsbemühungen im medizinischen Bereich Verschiebungen vom Gesundheits- in das Pflegesystem (Pacolet et al. 1999, 84, 92; Schaffenberger/Pochobradsky 2004, V). Der stationäre Sektor hat mit massiven Personalproblemen zu kämpfen, was die Qualität der Betreuung in negativer Weise beeinflusst und für das Personal zu Belastungen und überlangen Arbeitszeiten führt (siehe S. 89). Vor allem die Großeinrichtungen Wiens (Geriatrizentrum am Wienerwald (Lainz), Baumgarten und Liesing) entsprechen nicht den Qualitätsanforderungen. Die gravierenden Missstände und Skandalisierungen der letzten Jahre haben das Image der stationären Pflege in Österreich schwer in Mitleidenschaft gezogen, auch das Pflegepersonal ist von diesem Imageschaden betroffen. Kommerzielle Angebote werden meist als *Seniorenresidenzen* bezeichnet, wohl um sich vom schlechten Ruf öffentlicher Angebote abzugrenzen.

Die Kosten für Wohn- oder Pflegeheime sind durch Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen selbst aufzubringen.⁷⁴ Die Bestimmungen hinsichtlich des Kostenbeitrages variieren nach Gemeinden und Ländern. Vom Einkommen verbleibt zumindest ein Taschengeld (zirka 40 Euro vom Pflegegeld plus 20% vom Einkommen sowie die 13. und 14. Pensionszahlung, z.B. in Tirol). Reicht das Einkommen nicht für die Aufbringung der Heimkosten, wird auf das Vermögen zugegriffen, das bis zu Freigrenzen, die nach Bundesländern variieren, unangetastet bleibt (*Schonvermögen*). Zum Vermögen zählt auch Eigentumsbesitz (Wohnungen, Häuser). Wird das Eigenheim nicht verkauft, wird eine Besicherung der Sozialhilfe im Grundbuch vorgenommen. Auf Schenkungen wird in allen Bundesländern drei bis fünf Jahre rückwirkend zugegriffen, in Tirol sogar 30 Jahre und in Vorarlberg unbegrenzt. Reichen diese Mittel noch nicht aus, sind in allen Bundesländern mit Ausnahme von Niederösterreich die EhegattInnen zur Unterhaltsleistung verpflichtet, im Burgenland, der Steiermark, Kärnten und Tirol sind auch die Kinder unterhaltspflichtig.⁷⁵ In Niederösterreich wurde die Ersatzpflicht für Kinder und EhepartnerInnen ab 2008 vom damals wahlkämpfenden Landeshauptmann Niederösterreichs Erwin Pröll infolge der Debatten um die 24-Stunden-Pflege abgeschafft. Die Selbstbehalte und der Zugriff auf Eigentum dürften vorrangige Gründe dafür sein, dass irreguläre Pflege in Anspruch genommen wird. Im Zuge der Debatten um die 24-Stunden-

⁷⁴ Es sind Wohn- und Verpflegungskosten (Hotelkosten), Kosten für Haushaltsführung sowie Kosten für Pflege und kurative Maßnahmen (Gesundheits- und Pflegekosten) zu unterscheiden.

⁷⁵ Sozial- und Gesundheitsinformationsservice (Sogis)

Betreuung wurde die Abschaffung der Selbstbehalte für die Heime immer wieder angeregt, da die Heimunterbringung ansonsten im Vergleich zur 24-Stunden-Betreuung wesentlich nachteiliger ist. Auch die Beibehaltung der Vermögensgrenze bei der Förderung der Personenbetreuung wurde so argumentiert, dennoch wurde sie 2008 abgeschafft. Die Grenzen für das Schonvermögen bei Heimunterbringung waren bis 2009 in einigen Bundesländern angehoben worden (Standard 12.05.2009).

Tabelle 7: Bundesländervergleich private Finanzierung von Heimkosten

	Ersatzpflicht des Ehepartners in % der Bemessungsgrundlage*	Ersatzpflicht der Kinder	grundbücherliche Sicherstellung von Immobilien/Liegenschaften	Schonvermögen (bleibt unangetastet, Stand 2008)	Rückgriff auf Schenkungen
W	30%	keine	Ja	€ 3.000	3 Jahre vor Hilfeleistung
NÖ	keine	keine	Ja	€10.000	5 Jahre vor, während und 3 Jahre nach Hilfeleistung
BGL	33 bis. 40%	10 bis 25%	Ja	€ 4.500	5 Jahre vor Hilfeleistung
OÖ	33 bis 40%	keine	Ja	€ 2.770	5 Jahre vor Hilfeleistung
STM	33. bis 40%	max. 16%	Ja	€ 2.500	3 Jahre vor, während oder nach der Hilfeleistung
KTN	33 bis 40%	10 bis 16%	Ja	€ 3.430	3 Jahre vor, während oder nach der Hilfeleistung
SBG	35 bzw. 40%	Keine	Ja	€ 4.494	5 Jahre vor, während und nach der Hilfeleistung
TIR	33%	11%	Ja	€ 4.000	30 Jahre
VBG	40%	keine	Nein bei „kleinem Eigenheim“	€ 10.000	kein Verfallsdatum

*) Die Bemessungsgrundlage ist das anrechenbare Einkommen: Es berechnet sich in der Regel aus Nettoeinkommen (inkl. Sonderzahlungen und Zulagen) abzüglich Wohnkosten, Unterhaltsverpflichtungen und besondere Aufwendungen. In einigen Bundesländern (z. B. Salzburg und Vorarlberg) werden auch andere Lebenserhaltungskosten pauschal abgezogen, übrig bleiben muss ein Mindesteinkommen. Das ist entweder der Ausgleichszulagenrichtsatz nach dem ASVG (2005: € 662,99 für Alleinstehende, € 1.030,23 für Ehepaare) oder der länderspezifische Sozialhilferichtsatz.

Quelle: <http://www.seniorenheim.at/pflegeheime/start7/info/kosten.htm>, GEWINN 9/2005 und Gewinn 06/2008

Semistationäre Dienste und neue Wohnformen

Unter semistationären Diensten sind Tages- und Nachtzentren zu verstehen. Teilstationäre Betreuung ist noch wenig ausgebaut, nimmt aber an Bedeutung zu. Aufgrund der Spezifik dieser Betreuungsform - vor allem wegen des Problems der Erreichbarkeit – gab es teilstationäre Pflegeplätze bislang fast ausschließlich im urbanen Bereich, nun steigt deren Zahl auch im ländlichen Raum, z.B. in Angliederung an traditionelle Alten- und Pflegeheime und Krankenhäuser sowie als Angebote der Wohlfahrtsträger und sozialen Stützpunkte von Gemeinden. Tageszentren bieten für pflegende Angehörige eine gute Möglichkeit der Entlastung und zur Vereinbarkeit von Pflegeverantwortung und Erwerbsarbeit. Die meisten geriatrischen Tageszentren bestehen in Wien. 2004 gab es außerdem in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol Tageszentren, das ÖBIG zählte 28 Adressen (Nemeth et al. 2005, 5, 19). Mit Tageszentren werden laut ExpertInnen gute Erfahrungen gemacht. Dennoch sei die Finanzierung derartiger Projekte äußerst schwierig (Interview E1, E7).

Zu den sogenannten *neuen Wohnformen* oder *Sonderwohnformen* gehören Modelle, wie betreubares Wohnen, betreutes Wohnen oder SeniorInnenwohngemeinschaften. Diese Wohnformen sind noch relativ wenig verbreitet und haben teilweise noch experimentellen Projektcharakter. In Wien, wo es bereits eine große Zahl an Tageszentren gibt, bestehen derzeit nur vier SeniorInnenwohngemeinschaften (Wiener Sozialdienste 2007). Betreute Wohngemeinschaften können eher stationären Charakter haben oder ambulant betreut sein. Vor allem für Demenzerkrankte werden betreute Wohngemeinschaften als gute Alternative zur Heimunterbringung erachtet, unter anderem weil alltagsweltliche Zusammenhänge weiter bestehen und so Kompetenzen länger erhalten bleiben (Gagel 2007). Diskutiert wird, inwiefern es sinnvoll ist, spezielle Betreuungsangebote, z.B. für Demente, anzubieten (Debatte integrative versus segregative Betreuung). BefürworterInnen argumentieren, dass homogenen Gruppen spezifischere Betreuung angeboten werden könne (Freunde alter Menschen e.V. 2007). Teilstationäre Einrichtungen werden öffentlich oder von Nonprofit-Organisationen getragen, auch kommerzielle Angebote nehmen zu. Die Zahl an speziellen altengerechten Wohnungen ist in Österreich sehr gering (Pacolet et al. 1999, 96).⁷⁶ Im Rahmen des sozialen Wohnbaus wird der Bedarf an altengerechtem Wohnen aber vermehrt berücksichtigt. In Oberösterreich gibt es Richtlinien für die Förderung von *betreubarem Wohnen* im Rahmen der Wohnbauförderung und der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Pflegevorsorge. Die Förderung von betreuten Wohnungen ist vom Bedarf abhängig und muss Kriterien der Barrierefreiheit sowie der Anbindung an ein System ambulanter Dienste erfüllen.⁷⁷ Ziel von Konzepten des *integrierten Wohnens* ist es, Monostrukturen zu vermeiden, die durch die Konzentration auf bestimmte Personengruppen entstehen können. Durch gesteuerte Vergabe von Wohnungen soll eine differenzierte BewohnerInnenstruktur erreicht werden (BMSG 2000, 245). Beim *Mehrgenerationen-Wohnen* werden Hausgemeinschaften gebildet, die sich gegenseitig unterstützen, dazu sollen lokale Hilfsangebote die Alltagsbewältigung verschiedener Altersgruppen erleichtern. In anderen Ländern sind Tendenzen der Selbstorganisation von Wohnen und Wohngemeinschaften zu beobachten, in Deutschland sind private Initiativen selbstorganisierter Wohnformen im Zunehmen (z.B. Projekte von Mehrgenerationen-Wohnen, meistens in Zusammenhang mit ökologischen Ansprüchen, wie

⁷⁶ exemplarisch: http://www.knittelfeld.at/soziales/betreutes_wohnen

⁷⁷ Land Oberösterreich 2007

Passivhäuser). In Österreich steckt diese Entwicklung aber noch in den Kinderschuhen. Private Initiativen sind wenig verbreitet, Projekte und Einrichtungen entstehen eher in Angliederung an bestehende Institutionen.

Die Wohnumgebung (Nahversorgung, Verkehrsanbindung, Verfügbarkeit von Hilfsdiensten) und soziale Strukturen sind wichtige Parameter der Wohnqualität älterer Menschen. Die Gestaltung von Wohnen ist ein wesentlicher Beitrag zur Ermöglichung der Führung eines selbständigen und sicheren Lebens. Die höhere Lebenserwartung, Veränderungen der Familienstrukturen und die Zunahme der Singlehaushalte stellen an den Wohnbau neue Herausforderungen. Obwohl sich die Wohnqualität der heutigen älteren Generation aufgrund des gestiegenen Wohlstandes deutlich verbessert hat, führt doch eine unzureichend ausgestattete und nicht barrierefreie Wohnumgebung zu massiven Einschränkungen. Pflege- und Betreuungskräfte sind zusätzlichen physischen Belastungen ausgesetzt. Auch unter dem Aspekt eines verbesserten Arbeitsumfeldes für Pflegekräfte sollten Adaptionen des Wohnraumes und die Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln verstärkt gefördert werden. Die Anforderungen an den Wohnbau und den sozialen Wohnbau steigen also. Neben der Frage der Bereitstellung von adäquatem Wohnraum, der eine eigenständige Lebensführung ermöglicht und zugleich eine gewisse Arbeitsplatzqualität für die Pflegenden bietet, stellt sich auch das Problem der Finanzierung dieser Strukturen. Bezieht man diese Aspekte in den Kostenvergleich zur stationären Pflege ein, so erweist sich die häusliche Pflege als kostenintensiver als auf den ersten Blick. Diese Kosten werden allerdings privat getragen oder entsprechende Qualitätseinbußen hingenommen.

3.3 Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege

Die Kosten für Pflege bzw. ihre Finanzierung haben, wie die vorangegangenen Ausführungen zeigten, wesentlichen Einfluss auf die Ausgestaltung und Inanspruchnahme der Pflegeversorgung: inwiefern Pflege öffentlich bereitgestellt wird, in Form von marktlich organisierten Diensten oder aber als familiäre, informelle oder irreguläre Arbeit geleistet wird und inwieweit Pflege vom privaten Einsatz von Arbeitskraft oder Geld abhängt. Pflegebedürftigkeit wird in steigendem Maß zu einem Lebensrisiko, das immer weitere Teile der Bevölkerung betrifft, zum einen die älteren Menschen, zum anderen die familiären Netze, die immer mehr belastet werden, zugleich aber zunehmend ausdünnen. Langzeitpflege verursacht aber hohe Kosten, die kaum privat getragen werden können.

Angesichts der demographischen Veränderungen wurden in den letzten Jahren die Folgewirkungen für Gesundheits- und Sozialsysteme debattiert und vor drohender Unfinanzierbarkeit gewarnt. Die Gesundheitskosten wie auch die Kosten für Langzeitpflege steigen, allerdings keineswegs primär aufgrund der Alterung.⁷⁸ In einer OECD-Studie für den Zeitraum von 1960 bis 1990 wurde festgestellt, dass die demographische Alterung keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das durchschnittliche Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hat (Schneider/Österle 2003, 230). Die demographische Entwicklung ist also nur ein Faktor unter einem Bündel von Einflüssen für den Anstieg der Gesundheitskosten (Statistik Austria 2006b; IHS 2006, Schneider/Österle 2003, 229f,

⁷⁸ Der weitaus größte Teil der Gesundheits- und Pflegekosten fällt im letzten Lebensabschnitt an (sogenannte Sterbekosten), wobei diese Kostenkonzentration unabhängig vom Alter ist. Bei Hochaltrigen sind die Krankheitskosten sogar geringer als bei Jüngeren (IHS 2006, Schneider/Österle 2003, 229f, 239f).

239f). Die Zunahme der Kosten im Gesundheitsbereich ist vor allem angebotsseitig aufgrund der Ausdehnung der erbrachten Leistungen bzw. deren Verteuerung verursacht. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird weitgehend von den AnbieterInnen (ÄrztInnen etc.) artikuliert, was zu kostentreibenden Praxen führen kann. Ein Versicherungssystem begünstigt zudem die Medikalisierung von Bedarfen und weniger die Prophylaxe, was ebenfalls kostensteigernd wirkt. Die Effekte der medizinischen Entwicklung für die geriatrische Pflege sind umstritten (s. o.), ExpertInnen tendieren aber eher zu optimistischen Szenarien. Abgesehen vom Gesundheitszustand bzw. Krankheitsbildern (Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur) sind auch soziostrukturelle Faktoren wie Einkommen oder Bildung determinierend für die Kostenentwicklung. Mit steigendem Einkommen und Lebensstandard sind wachsende Ansprüche an das Gesundheitssystem zu beobachten (vgl. dazu Schneider/Österle 2003, 225f), für die Pflegeversorgung wird Ähnliches zu erwarten sein. Gesundheits- und Pflegeleistungen sind äußerst personalintensiv, daher können kaum Produktivitätssteigerungen erreicht werden.⁷⁹ Die künftigen Kosten sind entsprechend stark vom Arbeitskräfteangebot und von der Entwicklung der Arbeitskosten abhängig. Einsparungen im Bereich des Gesundheitssystems führen teilweise zur Verlagerung von Leistungen in das Pflegesystem, was nicht immer kostendämpfende, sondern auch gegenteilige Effekte haben kann.⁸⁰ Andererseits bestehen an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegesystem durchaus Kosteneinsparungspotentiale, die ohne Qualitätsverluste realisiert werden könnten. So werden Pflegefälle oft nur deshalb im teureren Akutbereich versorgt, weil keine geeignete oder leistbare Pflegeversorgung vorhanden ist. Zudem sind sowohl im Gesundheitssystem als auch in der öffentlichen *Pflegevorsorge* (sic!) so gut wie keine prophylaktischen Elemente enthalten.

Die öffentlichen Pflegekosten sind schwer einschätzbar, da sie aus verschiedenen Haushalten finanziert werden, die Dokumentation teilweise unvollständig oder nicht vergleichbar ist und die Abgrenzung sowohl zwischen Gesundheits- und Sozialleistungen sowie nach Leistungen für behinderte und alte Menschen schwierig ist. Das Pflegegeld wird vom Bund (Bundespflegegeld) bzw. von den Ländern (Landespflegegeld) ausgezahlt, das Sachleistungssystem (ambulante und stationäre Pflege) wird von den Ländern und Gemeinden sowie privat durch Selbstbehalte finanziert. Die Ausgaben für Pflegegeld (Landes- und Bundespflegegeld) für die über 60ig-Jährigen beliefen sich im Jahr 2005 auf 1,5 Mrd. Euro, wobei das Landespflegegeld den weit geringeren Anteil von 118 Mio. Euro ausmachte (Statistik Austria 2007d). Mehr als die Hälfte (55%) der Sozialhilfegelder der Länder fließt in die stationäre Unterbringung (Alten- und Pflegeheime). Im Jahr 2006 waren das 1,24 Mrd. Euro brutto. Für mobile Dienste wurden 348 Mio. Euro aus der Sozialhilfe aufgewendet, das sind 15% der Sozialhilfesaufgaben. Die Nettoausgaben der Länder für den stationären Bereich betrugen 2005 zirka 600 Mio. Euro (Statistik Austria 2008b), der Differenzbetrag erklärt sich aus den Selbstbehalten und Einnahmen aus Vermögensverwertung. Schneider et al. berechneten einen Gesamtaufwand für

⁷⁹ Streissler verweist auf die Problematik der zurückbleibenden Produktivität bei personalintensiven Tätigkeiten wie der Pflege (Baumol'sche Kostenkrankheit): Die höheren Anforderungen werden nicht durch Produktivitätsfortschritte wettgemacht, im Gegenteil, die Produktivität bleibt in diesem Bereich hinter der allgemeinen Produktivität zurück. (Streissler 2004, 1)

⁸⁰ Abgesehen von der demographischen Entwicklung werden in den skandinavischen Ländern im Pflegebereich höhere Wachstumsraten pro Kopf als im Gesundheitsbereich prognostiziert, während in Österreich, Belgien, Frankreich, Italien und Großbritannien die umgekehrte Entwicklung vorausgesehen wird, was darauf hindeutet, dass die Kostenentwicklung auch systemabhängig sei, so Streissler (Streissler 2004, 28).

stationäre Altenpflege für 2004 von 1,32 Mrd. Davon werden etwa 36% aus den Einkommen, Pflegegeld und Vermögen der BewohnerInnen bzw. ihren Angehörigen aufgebracht. Für mobile Dienste wurden im selben Jahr 444,7 Mio. Euro aufgewendet, der Selbstbehalt ist bei durchschnittlich 27%. 2002 wurden rund 80.000 Personen von mobilen Diensten betreut und es gab rund 67.600 Heimplätze (Schneider et al. 2006, 9f).⁸¹ Seit 1994 verdoppelten sich die Nettoausgaben für ambulante Dienste beinahe. Noch größer ist der Anstieg bei den Ausgaben für stationäre Dienste, die sich fast verdreifachten und für teilstationäre Versorgung mit annähernd einer Vervierfachung der Ausgaben, allerdings von einem sehr niedrigen Ausgangsniveau aus. Die Ausgaben für Pflegegeld stiegen hingegen nur um 20% (Mühlberger et al. 2008, 11). Schneider et al. geben den Nettoaufwand der öffentlichen Hände mit 2,7 Mrd. für 2004 an (Schneider et al. 2006, 13).

Tabelle 8: Ausgaben Geld- und Sachleistungen

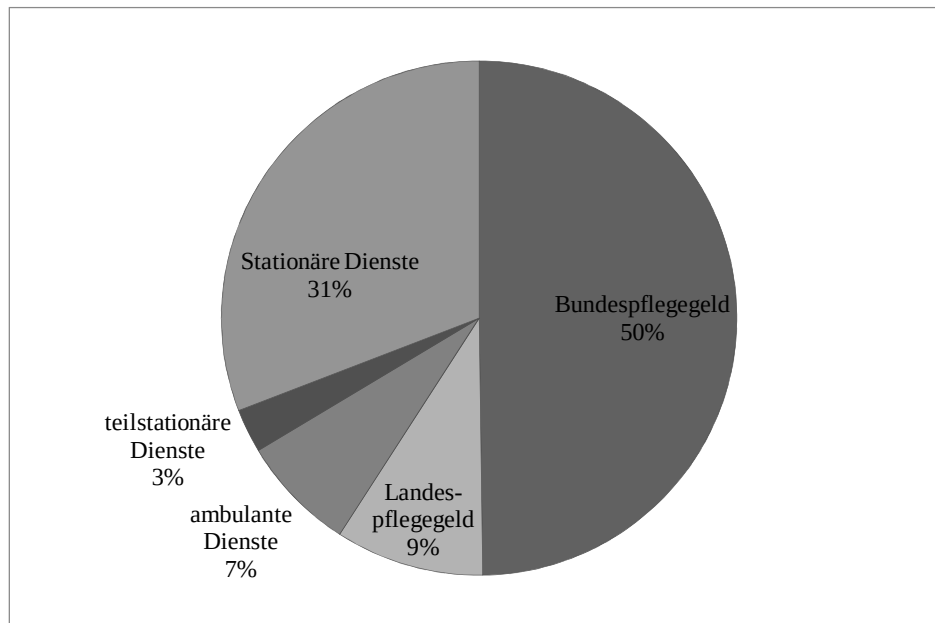
Geld- und Sachleistungen der Pflegevorsorge, Bund und Länder 1994 – 2006 (in Mio. Euro)						
		Bund	Länder			
Jahr	insgesamt	Bundes- pflegegeld	Landes- pflegegeld	ambulante Dienste	teilstationäre Dienste	Stationäre Dienste
1994	2.110,38	1.340,89	246,23	123,41	23,92	375,92
2000	2.693,56	1.397,57	273,32	197,41	31,56	793,69
2006	3.257,58	1.621,40	303,64	237,12	89,70	1.005,52
Veränderung in % 1994 - 2006	54,36	20,92	23,32	92,14	275,00	167,48

Nettoaufwand: Aufwand zu Vollkosten abzüglich der Einnahmen durch Kostenbeiträge, Mittel des Landesgesundheitsfonds und sonstiger Einnahmen.

Quelle: Mühlberger et al. 2008, 11

⁸¹ Zu den Schwierigkeiten der Datenlage siehe Mühlberger et al. 2008, 2f, 11.

Abbildung 6: Ausgaben Geld- und Sachleistungen 2006



Quelle: Mühlberger et al. 2008, 11

Im europäischen Vergleich liegt Österreich im Niveau der öffentlichen Ausgaben für Pflege unter dem EU-14 Schnitt und gleich auf mit Irland, Frankreich und den südeuropäischen Wohlfahrtsstaaten, die ein vergleichsweise unterentwickeltes öffentliches Langzeitpflegesystem haben. Langzeitpflege ist in Österreich vorrangig als familiäre Verpflichtung konzipiert (siehe Tabelle 14 im Anhang, vgl. Driest 2006, 106; Österle/Hammer 2004, 84f; Stelzer-Orthofer/Jenner 2004, 90f).

Öffentliche und private Kosten

Die institutionelle (stationäre und ambulante) Pflege wird zu rund 30% privat finanziert.⁸² Die privaten Kosten der Langzeitpflege insgesamt sind wenig erforscht und gehen noch darüber hinaus. Neben den Selbstbehalten für soziale Dienste und stationäre Unterbringung fallen an direkten Kosten Ausgaben für Pflegehilfsmittel, Medikamente, Mobilitätshilfen, Anpassung der Wohnumgebung und ernährungsbedingte Zusatzkosten an. Dazu kommen Ausgaben für privat finanzierte Hilfe (z.B. informelle und irreguläre Dienste). Zu den indirekten Kosten gehören Opportunitätskosten (höherer Verdienst bei alternativer Beschäftigung von Pflegepersonen) sowie Folgekosten durch die physischen, psychischen und sozialen Belastungen und nachhaltige gesundheitliche Beeinträchtigungen der Pflegenden. 67% der vom ÖBIG befragten, pflegenden Angehörigen geben an, aufgrund der Pflege an körperlichen Beschwerden zu leiden, 82% sagen, an den psychischen

⁸² Ebenso hoch ist der private Anteil in Deutschland, Großbritannien und den USA. In Schweden ist der private Anteil nur 10%, in Spanien hingegen 70%. Nicht enthalten sind darin die Kosten der informellen bzw. familiären Pflege und private Aufwendungen für andere als öffentliche geförderte Dienstleistungen. In den USA wird der Input an informeller Pflege an der gesamten Pflege auf ein Drittel geschätzt. Mortensen/Tsolova weisen auch darauf hin, dass in vielen Ländern Pflege von migrantischen HausarbeiterInnen geleistet werde (Mortensen/Tsolova 2006, 15).

Belastungen zu leiden. Auch die soziale Isolation ist eine schwere Belastung (Pochobradsky et al. 2005, Anhang, 33f).

Pflegende müssen vielfach Einkommenseinbußen hinnehmen, in der Folge verringert sich auch die soziale Absicherung bis in die langfristige Zukunft (z.B. niedrigerer Pensionsanspruch). Unterbrechungen oder die Beendigung der Erwerbsarbeit erhöhen die Armutsgefährdung vieler Pfleger und werden langfristig zu höheren Sozialausgaben führen. Außerdem entgehen dem Sozialsystem Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Auch den ArbeitgeberInnen entstehen durch Absenzen, verminderte Produktivität oder gar die Beendigung von Arbeitsverhältnissen Kosten (Schneider/Österle 2003, 236). Biffl verweist darauf, dass die Beschäftigungsquote bei den 50- bis 65-jährigen Frauen zu den niedrigsten in Europa zählt. Da außerdem das Lohngefälle zwischen Männern und Frauen im EU-Vergleich überdurchschnittlich groß ist, sind die Opportunitätskosten der Pflege geringer. Durch Transferleistungen wie das Pflegegeld wird dieser Effekt noch verstärkt (Biffl 2006, 7, 17).

„Die derzeitigen Politiken (Familienpolitik, Sozial- und Pflegepolitik, Kinderversorgungspolitik, Steuerpolitik) sind in sich konsistent und fördern den Verbleib von vielen Dienstleistungen in Haushalten.“ (Biffl 2006, 21)

Geldleistungen führen tendenziell zu einer Verfestigung oder sogar Rückführung von Dienstleistungen in den Haushalt statt in den Markt oder öffentlichen Sektor (Biffl 2006, 22). Ein gebundenes Sachleistungssystem hingegen würde auch die Frauenerwerbstätigkeit erhöhen.

„Über die Bindung einer Transferzahlung an eine professionelle Betreuungseinrichtung (Sachleistung) werden nicht nur Arbeitsplätze geschaffen, sondern auch Frauen/Mütter für Erwerbsarbeit freigesetzt.“ (Biffl 2006, 22)

Schneider und Österle schätzten den monetären Wert der informellen Pflege für das Jahr 1997 auf zwei bis drei Mrd. Euro. Dieser Annahme wurden Daten aus dem Europäischen Haushaltspanel zugrundegelegt, demzufolge 360.000 Personen nahezu 420 Mio. Stunden informeller Arbeit jährlich leisteten. Im Vergleich dazu wurden im selben Jahr acht Mio. Stunden durch mobile Dienste in der Altenpflege erbracht⁸³ (Schneider/Österle 2003, 236). Laut Mikrozensus 2002 betreuen 425.900 Personen in Österreich ein oder zwei Erwachsene. Männer pflegen im Schnitt neun Stunden pro Woche, Frauen 11,4. Im Schnitt leisten informelle Pflegepersonen wöchentlich 22,6 Stunden Pflegearbeit. Die im Jahr 1997 geleistete unbezahlte, informelle Pflegearbeit entspräche etwa 261.075 fiktiven Vollzeitarbeitsplätzen (Schneider/Österle 2003, 242).

3.4 Zusammenfassung und Fazit

Im europäischen Vergleich betrachtet ist das österreichische Sozialschutzsystem für ältere Menschen stark geldleistungsorientiert. Das Pflegegeld ist sehr hoch, ebenso das Niveau der Alterssicherung (vgl. OECD 2009, Pacolet et al. 1999). Das Sachleistungssystem ist hingegen in hohem Maß aus einkommensabhängigen Beiträgen finanziert, also im Gegensatz zum Pflegegeld nicht universell konzipiert. Das Pflegegeld kann tatsächlich nur zu einem geringen Teil die Kosten professioneller

⁸³ Bei einem Stundensatz von 4,80 Euro, dem Bruttomindestlohn für Hausangestellte bzw. 7,28 Euro für PflegehelferInnen oder AltenbetreuerInnen ergeben sich rund zwei bzw. drei Mrd. Euro.

Dienste abdecken. Menschen mit unzureichendem Einkommen sind entweder auf familiäre Sorgearbeit bzw. finanzielle Unterstützung von Angehörigen oder auf die Sozialhilfe angewiesen. Das Mindestsicherungssystem (Sozialhilfe) ist nicht gesamtstaatlich organisiert, wie das in vielen europäischen Ländern der Fall ist, sondern Ländersache. Wie in den meisten europäischen Ländern müssen Vermögenswerte zur Existenzsicherung herangezogen werden, allerdings wird auf Einkommen und Vermögenswerte von Angehörigen in kaum einem anderen Land in Europa zugegriffen, auch eine Rückzahlung der Sozialhilfe ist sonst nur noch in der Schweiz üblich (Wörster 2003, 67f). Die familiäre Verantwortung ist also auch durch die Sozialhilfegesetzgebung der Länder stark verankert. Seit der Einführung des Pflegegeldes in den 1990er Jahren erfuhren die sozialen Dienste eine beträchtliche Expansion. Im stationären Sektor erfolgte der Abbau von Wohnplätzen zugunsten von Pflegeplätzen. Semistationäre Einrichtungen sowie betreute Wohnformen oder Wohngemeinschaften für ältere Menschen sind aber noch wenig ausgebaut. Der Zugang zu mobilen Diensten ist durch Budgetrestriktionen verengt, das Angebot ist vielfach zu gering (z.B. durch Stundenkontingentierungen) oder nicht leistbar bzw. die Zahlungsbereitschaft ist nicht gegeben und es wird auf informelle bezahlte Pflege ausgewichen. Der Sozialschutz älterer Menschen ist insgesamt stark geldleistungsorientiert, im europäischen Vergleich sind die Pensionen sehr hoch, dennoch ist ein großer Teil der PflegegeldbezieherInnen mit einem sehr geringen Einkommen ausgestattet. Zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen sind Frauen. Auch pflegende Angehörige sind zu einem hohen Anteil von niedrigen Einkommen betroffen (OECD 2009; Pacolet et al. 1999; Pochobradsky et al. 2005, 18f). Ein Ziel des Pflegegeldes ist die Förderung der häuslichen Pflege. Damit soll einerseits den Wünschen der Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges Leben zu Hause führen zu können, nachgekommen werden, andererseits sind ambulante Dienste kostengünstiger als stationäre Pflege, nicht zuletzt weil informelle, unbezahlte Pflegearbeit besser abgeschöpft werden kann. Öffentliche Geld- und Sachleistungen werden immer mehr unter der Perspektive der Absicherung und Unterstützung der informellen Pflege ausgerichtet (Österle/Hammer 2004, 76). Das Pflegegeld ist jedoch bestenfalls eine symbolische Abgeltung der Pflegearbeit. Das Pflegegeld ist nur als Beitrag zum Pflegeaufwand konzipiert, die darüber hinaus gehenden Kosten müssen aus eigenen Mitteln mitfinanziert werden oder die Pflegearbeit informell bzw. unbezahlt erbracht werden. Menschen, die nicht über ausreichende zusätzliche Mittel oder familiäre Unterstützungsnetzwerke verfügen, müssen auf Leistungen der Sozialhilfe zurückgreifen. Um zu vermeiden, dass etwaiges Vermögen bzw. das Erbe durch den Pflegeaufwand aufgezehrt wird, wird professionelle Pflege nicht in Anspruch genommen und Angehörige kümmern sich um ihre pflegebedürftigen Verwandten oder es wird auf irreguläre Pflege- und Betreuungsdienste zurückgegriffen. Insgesamt besteht daher ein Anreizsystem, das informelle Pflege durch Angehörige oder aber das Ausweichen in den irregulären Pflegemarkt fördert und professionelle stationäre und ambulante Pflege unattraktiv macht. Bei unregulierten Geldleistungen ist die Gefahr groß, dass ein beträchtlicher Teil der öffentlichen Mittel in den irregulären Sektor fließt. Beispiele anderer europäischer Länder verdeutlichen das: auch in Italien und Deutschland, wo es hochgradig unregulierte Geldleistungssysteme gibt, ist die Problematik der Schwarzarbeit groß.⁸⁴ Bei Sachleistungs- und stark regulierten Geldleistungssystemen wird

⁸⁴ In Österreich und Italien, wo Geldleistungssysteme höchstgradig unreguliert sind, ist ein wachsender Schwarzmarkt zu beobachten. In Italien ist der Anteil an Schwarzarbeit sehr hoch, im Eurofamcare-Bericht 2006 geben 10% der Befragten an, bezahlte, im Haushalt wohnende Pflegekräfte zu beschäftigen. In Deutschland gibt das nur ein Prozent an, was aber möglicherweise an einer niedrigeren BekannterInnenrate liegt (Eurofamcare 2006, 151). In Deutschland besteht im Rahmen

Pflegearbeit hingegen tendenziell vom informellen in den formellen Sektor verschoben und die Professionalisierung von feminisierten Berufen begünstigt. Die Höhe der Geldleistung und der Regulierungsgrad bestimmen auch die Qualität der formellen Pflege sowie die Arbeitsbedingungen, die Qualifikation und die Höhe der Bezahlung der eingesetzten Pflegekräfte (vgl. Theobald 2004). Das Pflegevorsorgesystem, sowohl das Sachleistungs- als auch das Geldleistungssystem, zielen in quantitativer wie in finanzieller Hinsicht darauf ab, dass Pflegeleistungen privat erbracht oder finanziert werden. Das Pflegesystem ist stark an familiärer Pflege orientiert. Auf allen politischen Ebenen wird betont, dass die Angehörigenarbeit gefördert und gestützt werden müsse. Das Pflegegeld war ein erster Schritt, Pflege als gesellschaftliche Verantwortung zu etablieren, zugleich wurde die familiäre Arbeit damit stärker institutionalisiert, obwohl oder gerade weil das Potential an familiärer Sorgeleistung abnimmt. Inwieweit pflegende Angehörige die Entscheidungsfreiheit haben Sorgeverpflichtungen nachzukommen oder nicht, wird kaum thematisiert. Die Wahlfreiheit von Angehörigen ist von der Verfügbarkeit und Leistbarkeit alternativer Pflegemöglichkeiten abhängig. Der mangelhafte Ausbau bzw. die hohen Kosten der öffentlichen Pflege sind aber Anreizstrukturen zur familiären oder auch, falls diese Ressourcen nicht ausreichen, zur irregulären Pflege, wenn eine solche leistbar ist. Nur ein geringer Teil der Pflegebedürftigen kann sich eine 24-Stunden-Pflege leisten.

Familiäre bzw. informelle Pflege ist auf den ersten Blick kostengünstiger als institutionelle Versorgung. Der Kostenvorteil ist jedoch nur einer, solange reproduktive Arbeit als kostenlose Arbeit angesehen wird und die Opportunitätskosten vernachlässigt werden. Auch die Folgekosten durch die steigenden Belastungen für die Pflegenden sowie durch mangelhafte Pflegequalität für die Gepflegten werden nicht berücksichtigt. Nicht zuletzt nehmen viele Pflegebedürftige einige Einbußen an Lebensqualität hin, weil sie sich nicht die erforderliche Pflege leisten können oder wollen.

der Pflegeversicherung Wahlfreiheit Sach- oder Geldleistungen in Anspruch zu nehmen. Sachleistungen sind zwar stärker gefördert, dennoch wird überwiegend die Geldleistung, die an keinerlei Vorgaben gebunden ist, präferiert. 69% der zu Hause Gepflegten nehmen das Pflegegeld in Anspruch (Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2005, eigene Berechnung). Das Problem der Schwarzarbeit ist in mehreren europäischen Ländern Thema (vgl. dazu Mestheneos/Triantafyllou 2005).

4 *Arbeitsmarkt Altenpflege*

Das Ziel des vierten Kapitels ist, den Arbeitsmarkt Altenpflege darzustellen. Dazu wurden Studien und Daten über den Arbeitsmarkt, die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Arbeitsverhältnisse analysiert. Auch die Ergebnisse der ExpertInneninterviews flossen ein. Ziel dessen war, einen Einblick in die reguläre Beschäftigung zu erhalten und mögliche Gründe und Wechselwirkungen für die Etablierung und Inanspruchnahme der irregulären 24-Stunden-Pflege herauszuarbeiten. Im zweiten Teil des Kapitels werden die Probleme und Belastungen in der häuslichen Pflege aufgezeigt, um daraus auch Rückschlüsse auf die Arbeitsbedingungen in der 24-Stunden-Pflege ziehen zu können.

Beschäftigung in der Altenpflege

In der Altenpflege gab es in den letzten Jahren beträchtliche Beschäftigungszuwächse. Im stationären Sektor nahm die Zahl der Beschäftigten im Zeitraum 1999 bis 2003 um 12,6% zu, im ambulanten Bereich sogar um 31,8% (BMSG 2004, 14). Dennoch konstatieren manche ExpertInnen in Anbetracht der demographischen Alterung und dem entsprechend anzunehmenden notwendigen Personalbedarf einen unzureichenden Beschäftigungszuwachs in der Altenpflege (Interview E4). Beklagt werden in diesem Arbeitsmarktsegment schlechte Arbeitsbedingungen, niedrige Entlohnung und mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten sowie eine entsprechend hohe Fluktuation und beträchtliche Berufsausstiegsraten (Krajic et al. 2003; Krajic 2005b; Nam 2003; Simsa et al. 2003). In einer Studie aus dem Jahr 2008 relativieren Kranewitter et al. jedoch Ergebnisse mehrerer Untersuchungen und zeichneten ein wesentlich positiveres Bild für die Altenpflegeberufe (Kranewitter et al. 2008, auch Interview E3, E4, E11). Die diskursive Herstellung und Perpetuierung des negativen Images der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe könnte nicht zuletzt als ein Bestandteil der Abwertung dieser Berufsgruppen interpretiert werden.

Tabelle 9: Beschäftigte im Alten- und Pflegedienst

Bereich	Rückgemeldete Daten zum Stichtag 31.12.2003		Veränderung des Personalstandes gegenüber 1999 in Prozent
	Beschäftigte	durchschnittlicher Beschäftigungsgrad in Prozent*	
Alten- und Pflegeheime	19.313	84,7	+ 12,6
Geriatrische Tageszentren	182	70,4	**
Mobile Dienste	13.821	63,3	+ 31,8
Altenbereich Gesamt	33.316	76,9	+ 20,3

* durchschnittliches Beschäftigungsausmaß je Person bezogen auf eine 40-Stunden-Woche (= 100%)

** aufgrund unplausibler Daten nicht darstellbar

Daten stammen aus verschiedenen Erhebungen und sind daher nicht direkt vergleichbar.

Quelle: BMSG 2004, 14

Fast zwei Drittel der Beschäftigten in der Altenpflege sind im stationären Dienst tätig, der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist höher als jener im ambulanten Sektor, ehrenamtliche Tätigkeit spielt im Vergleich zum ambulanten Bereich eine untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 9). Nam erhob 2003, dass in Alten- und Pflegeheimen rund 63% der ArbeitnehmerInnen vollzeit-, etwa 35% teilzeit- und rund 2% geringfügig beschäftigt oder freie DienstnehmerInnen waren⁸⁵ (Nam 2003, 9). Zunehmend wird in stationären Einrichtungen, vor allem in Wohnheimen, Outsourcing betrieben, um Kosten zu senken und Personallücken zu füllen (Pacolet et al. 1999, 92). Das führt dazu, dass Pooldienste, aber auch irreguläre Pflegekräfte in Heimen beschäftigt sind. Im stationären Dienst herrscht wie im ambulanten Personalknappheit. Drei Viertel der von Nam befragten HeimleiterInnen gaben an, Personalprobleme zu haben⁸⁶ (Nam 2003, 9f). Bedingt sind die Probleme durch einen Mangel an Ausbildungskapazitäten und hohe Ausstiegsquoten, außerdem wird vom Pflegepersonal der Dienst im Krankenhaus als attraktiver eingeschätzt und bevorzugt (Simsa et al. 2003, 38f).

Der ambulante Dienst ist seit den 1990er Jahren von einem dynamischen Beschäftigungswachstum gekennzeichnet. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre waren im mobilen Bereich rund 5.770 Vollzeitäquivalentstellen zu verzeichnen. Rund 70% davon fielen auf die Berufsgruppe HeimehelferInnen, wobei es bundesweit große Schwankungen gab und gibt (Schaffenberger et al. 1999, IV). 2002 waren in Vollzeitäquivalenten 7.810 Personen im mobilen Bereich erwerbstätig (Schaffenberger/Pochobradsky 2004, II), das entspricht einer Steigerung von rund 50% in einem Zeitraum von fünf bis sechs Jahren. 22% der Beschäftigten sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 22% Alten-, PflegehelferInnen und AltenfachbetreuerInnen und 56%

⁸⁵ Erhebung Nam: Grundgesamtheit (N) der Studie aus 738 Alten- und Pflegeheimen, Rücklauf zirka 30%, Mehrfachnennungen möglich.

⁸⁶ Beklagt wurde zu niedriger Personalstand (46%), Mangel an sozial ausgebildeten Fachkräften (42%), Qualifikationsdefizite (35%), die große Zahl an Krankenständen (24%), hohe Fluktuation oder sonstige Probleme (18%) sowie Schwierigkeiten bei der Personalsuche (13%). 91% davon hatten Probleme bei der Suche nach diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und 48% bei der Suche nach Pflege- und AlthelferInnen (Mehrfachnennungen möglich, Nam 2003, 9f).

HeimhelferInnen, wobei die Qualifikationen je nach Bundesland stark variieren (Schaffenberger/Pochobradsky 2004, 8f, siehe auch Tabelle 16, Tabelle 17)

Rund 90% der mobilen Dienste werden von Nonprofit-Organisationen erbracht. Im stationären Bereich (Alten- und Pflegeheime) liegt der Nonprofit-Anteil zwischen 26 und 45% (Krenn et al. 2004, 5f). Im mobilen Bereich ist atypische Beschäftigung weit verbreitet. 21% der Beschäftigten in sozialen Diensten des Non-Profit-Sektors sind als freie DienstnehmerInnen oder auf Werkvertragsbasis tätig, 64% arbeiten Teilzeit (Schneider et al. 2004). 83% der Teilzeit- und 61% der Vollzeitbeschäftigten im sozialen Dienst im Nonprofit-Bereich sind Frauen, insgesamt beträgt der Frauenanteil 73% (Simsa et al. 2004, 32). Der hohe Teilzeitanteil ist angeblich auf Vereinbarkeitsbedürfnisse der Beschäftigten zurückzuführen, Teilzeitarbeit wird aber außerdem als Instrument der Flexibilisierung und zur Abdeckung von Nachfragespitzen genutzt (vgl. Krajic et al. 2003; Leichsenring/Stadler 2000, 11). Laut ExpertInnen präferierten viele Frauen eine Vollzeitstelle, die Nachfrage bzw. die geförderten Stundenkontingente seien aber zu gering, sodass nicht mehr Personal beschäftigt werde (Interview E4). Zunehmend wird Pflegepersonal von sogenannten Pooldiensten bzw. Leiharbeitsfirmen eingesetzt (Krenn et al. 2004, 6).

Reguläre und irreguläre Beschäftigung im Privathaushalt

Abgesehen von der 24-Stunden-Pflege sind auch stundenweise Beschäftigte als Pflege- und Betreuungskräfte und Haushaltshilfen in SeniorInnenhaushalten tätig. Im Vergleich zu regulären Arbeitsverhältnissen in Privathaushalten nimmt die irreguläre Beschäftigung einen weitaus größeren Anteil ein. In der Wirtschaftsklasse Private Haushalte sind laut Statistik Austria rund 13.000 Personen unselbständig beschäftigt, der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger weist rund 10.000 Versicherte aus, davon zwei Drittel geringfügig Beschäftigte, die nur unfallversichert sind. Die durchschnittlich geleistete Wochenarbeitszeit beträgt 22,3 Stunden bei jenen ArbeitnehmerInnen, die über der Geringfügigkeitsgrenze liegen (Caixeta et al. 2004, 19). Die Zahl der Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse Private Haushalte sinkt stetig. Ein Experte bezeichnete diese als „tote Wirtschaftsklasse“.⁸⁷

Die Zahl der inländischen im Haushalt irregulär Beschäftigten wird im Verhältnis zu den ausländischen als niedrig eingeschätzt. Ausländische Arbeitskräfte leisten zudem einen wesentlich höheren Stundenumfang als inländische HaushaltsarbeiterInnen, die mittels Schwarzarbeit oft auch nur einen Zuverdienst zu einer bestehenden sozialen Absicherung, z.B. als Ehefrau oder zu einer Pension, Arbeitslosengeld etc. lukrieren.

Insbesondere im Bereich der Altenpflege nimmt die Beschäftigung bei den sozialen Diensten und vermehrt auch in Form kommerzieller DienstleisterInnen zu, die formelle Beschäftigung spielt also eine bedeutende Rolle. Beachtlich ist dennoch, dass die Zahl der irregulären und legalisierten 24-Stunden-PflegerInnen die Zahl der regulär bei den mobilen Diensten in Österreich Beschäftigten Schätzungen zufolge schon übersteigt. In den mobilen Diensten sind fast 14.000 Beschäftigte zu verzeichnen, im August 2008 waren bereits rund 11.000 selbständige PersonenbetreuerInnen

⁸⁷ telefonische Auskunft Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Abteilung Statistik, 11/2008

gemeldet, es ist davon auszugehen, dass darüber hinaus noch eine große Zahl nicht gemeldeter 24-Stunden-Pflegekräfte in Österreich arbeitet. Während also nur ein relativ geringer Anteil der Pflegebedürftigen von geschätzten 5% eine Rund-um-die-Uhr-Pflege in Anspruch nimmt, absorbiert diese Form der Pflege ein großes Arbeitskräftepotential. Rund ein Viertel der PflegegeldbezieherInnen nimmt mobile Dienste in Anspruch, 13% der über 75-jährigen PflegegeldbezieherInnen (Simsa et al. 2004, 190; siehe Tabelle 5).

Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege - Arbeitslosigkeit oder Pflegenotstand?

Die Arbeitslosigkeit im Bereich der sozialen Dienste ist kaum dokumentiert. Von 2005 bis 2008 sank die Zahl der arbeitslosen AltenpflegerInnen um 14%, während jene der Pflegehilfen um 9% stieg, ebenso groß war der Anstieg der Arbeitslosenzahl beim diplomierten Personal. Die Daten beziehen sich aber auf die Gesamtarbeitslosigkeit in den Pflegeberufen und sind nicht spezifiziert nach Einsatzbereich (AMS 2008⁸⁸). Das AMS prognostiziert für die sozialen Berufe in der Altenpflege und für die Pflegeberufe trotz steigenden Kostendruckes ein kontinuierliches Beschäftigungswachstum (AMS Qualifikationsbarometer 2008). Bedarfsprognosen sagen einen steigenden Personalbedarf, vor allem im höher qualifizierten Segment der Pflegekräfte, voraus.⁸⁹

Der vermehrte Einsatz von irregulärer Pflege bzw. ab 2007 des neu geschaffenen Personenbetreuungsgewerbes könnte zu steigender Arbeitslosigkeit in der Altenpflege führen. Aufgrund des insgesamt steigenden Bedarfs an Pflegekräften ist ExpertInnen zufolge auch bei zunehmender Konkurrenz durch 24-Stunden-Pflege nicht mit einem bedeutenden Anstieg der Arbeitslosigkeit zu rechnen. Das Segment der 24-Stunden-Pflege betrifft nur einen sehr geringen Teil der Pflegeversorgung. Leistungen der sozialen Dienste, insbesondere die niedriger qualifizierten (Heimhilfe), werden eher von Personen mit geringeren Einkommen bzw. von jenen, die keine Selbstbehalte bezahlen müssen, in Anspruch genommen, während Personen mit höheren Einkommen auf Dienste des Marktes oder auf irreguläre Arbeit zurückgreifen (Restaurant statt Essen auf Rädern, *Putzfrau* statt Heimhilfe usw., Interview E3, E9). Das Angebot an qualifizierter Pflege ist nach Ansicht von ExpertInnen auf dem irregulären Markt jedoch knapper, daher ist die Konkurrenz im qualifizierten Segment auch geringer. Der Arbeitsmarktbedarf nach Heimhilfen ist mittlerweile gedeckt, eine Expertin konstatierte sogar bereits eine zunehmende Arbeitslosigkeit (Interview E5). Es ist anzunehmen, dass das Beschäftigungssegment der Heimhilfen am stärksten von der Konkurrenz durch ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte betroffen ist, andererseits gehören jene, die sich 24-Stunden-Pflege leisten können, ohnehin kaum zum Klientel von Heimhilfen (Interview E9).

⁸⁸ Quelle: AMS 2008, Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation/Statistik. Vorgemerkte Arbeitslose in Pflegeberufen, Jahresdurchschnitte 2005-2007 in Österreich, vorgemerkte Arbeitslose in Pflegeberufen, Juli 2008/2007 in Österreich, eigene Berechnung

⁸⁹ 1999 stellten Schaffenberger et al. einen Personalmangel bei den Pflege- und Sozialbetreuungsberufen fest. Für 2010 wurde ein Bedarf von 6.700 Vollzeitäquivalentstellen (diplomierte Pflegepersonal, Alten-, Pflege- und Heimhilfen) geschätzt, was gegenüber 1996/97 einer Steigerung um über 100% entspräche (Schaffenberger et al. 1999, V). Dieser für 2010 prognostizierte Bedarf (1999) war bereits 2002 gedeckt (2002: 7.810 vollzeitäquivalent beschäftigte Personen im mobilen Sektor; BMSG 2004, 10)

In den letzten Jahren war immer wieder die Rede von einem drohenden *Pflegenotstand*. Die Beantwortung der Frage, ob es diesen gibt, fällt ambivalent aus. Zum einem wird festgestellt, dass es keinen akuten Personalmangel gäbe, so z.B. Krajic et al.:

„'Pflegenotstand' im mobilen Bereich im Sinne von akuter Personalknappheit, hoher Unzufriedenheit und expliziten Qualitätsmängeln (,die Patienten verkommen') [...] lässt sich (noch) nicht diagnostizieren.“ (Krajic 2005b, 9)

Allerdings werde durch die Rationierung der durch die Sozialhilfeträger zur Verfügung gestellten Leistungen bzw. die hohen Kosten privater Pflege die mögliche Komplexität der öffentlich angebotenen pflegerischen Dienstleistungen begrenzt, so Krajic et al. (2005a, 5f). Anders ausgedrückt, das öffentlich finanzierte Angebot ist gering, es wird durch Stundenkontingente oder Selbstbehalte verengt, folglich herrscht hier auch keine Personalknappheit. Die Nachfrage nach (regulären) Marktangeboten bleibt ebenso niedrig, weil diese zu teuer sind. Daher verschärft sich die Konkurrenz durch

„Billigbieter“: „Vor allem in Ostösterreich [wird] über die Konkurrenz durch die „Billigbieter“ aus den Nachbarstaaten berichtet – über einen wachsenden „grauen/schwarzen“ Markt von Pflegeleistungen, der die etablierten Organisationen unter Druck setzt.“ (Krajic et al. 2005b, 7)

Mängel und Lücken in der Versorgung werden informell durch irreguläre Angebote oder durch Angehörigenpflege kompensiert. Ein etwaiger Pflegenotstand wird zum Teil durch das soziale Umfeld aufgefangen, teils leidet aber auch die Pflege- und Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen.

„Zusätzlich kann die mobile Pflege Probleme/Knappheit in den Bereich der informellen Pflege externalisieren: die Familien/sozialen Netze müssen einspringen. Bzw. wird auch in die Leidensfähigkeit der KlientInnen abgestellt, die vorziehen, weiter zuhause zu leben und dafür bereit sind, Opfer zu bringen.“ (Krajic et al. 2005a, 7)

Das unzureichende Angebot an öffentlichen Pflegediensten muss also familiär, informell oder irregulär kompensiert werden.

Mehrere AutorInnen konstatieren trotz der Verengung des Angebotes einen Mangel insbesondere an qualifiziertem Personal sowohl im extramuralen (ambulant) Bereich als auch in der stationären Altenbetreuung. Schätzungen des Fehlbestandes ergeben zwischen 1.400 und 6.500 Vollzeitäquivalente, die Stellen könnten nicht oder nicht adäquat besetzt werden (Krajic et al. 2003, 6). Auch eine Erhebung bei ausgewählten Nonprofit-Organisationen von Simsa et al. aus dem Jahr 2003 ließ die AutorInnen zu folgendem Schluss kommen:

„In den mobilen sozialen Diensten gibt es akuten Personalmangel. Alle untersuchten Organisationen klagen über Personalknappheit, v.a. bei Pflegepersonal.“ (Simsa et al. 2003, 21)

Obwohl der Befund von Krajic et al. 2005 etwas abgeschwächerter ausfiel als 2003, wurden Anzeichen für sowohl quantitative als auch qualitative Personalknappheit festgestellt. So würden vakante Stellen nicht ausgeschrieben, da nicht erwartet werde, geeignete Arbeitskräfte zu finden. BewerberInnen erwiesen sich als ungeeignet für die speziellen Anforderungen der ambulanten Dienste und die Fluktuation sei hoch. Dass wenige Überstunden zu verzeichnen seien, läge daran, dass viele Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse flexibilisiert seien und Mehrarbeit nicht als Überstunden aufscheine (Krajic et al. 2005b, 18f, 20, vgl. auch Nam 2003, 9f). Letztlich wäre ein Personalmangel auch an

Qualitätsdefiziten abzulesen, allerdings sei die Transparenz hinsichtlich Pflegefehlern und -mängeln gering und es existiere kein Konsens über Qualitätsstandards (Krajic et al. 2003, 23f).

Insgesamt ist der Bereich der Altenpflege ein Wachstumssektor mit großen potentiellen Beschäftigungseffekten (vgl. Krenn et al. 2004, 1). Nachfragesteigerungen nach professionellen Diensten sind aufgrund der demographischen Entwicklung sowie der sozio-strukturellen Rahmenbedingungen zu erwarten. Bedingt durch die Zunahme der Pflegeintensität wird ein steigender Bedarf an höherqualifiziertem Personal sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor prognostiziert. Die ambulanten Dienste sind aufgrund der politischen Maßnahmen der 1990er Jahre (Einführung des Pflegegeldes, Ausbau der Pflegevorsorge) durch eine dynamische Entwicklung gekennzeichnet, bundesweit sind starke Steigerungsraten zu verzeichnen (Krenn et al. 2004; Leichsenring/Stadler 2000; Simsa et al. 2003, 19f). Dennoch ist der Zugang zu Pflegediensten durch Selbstbehalte und Stundenkontingentierungen verengt, sodass für viele Menschen keine ausreichende bzw. ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege gewährleistet ist. Die Nachfrage nach formeller, bezahlter Altenpflege ist durch die Quantität und Qualität des öffentlichen Angebotes sowie durch die Höhe von öffentlichen Förderungen bzw. Selbsthalten wesentlich determiniert. Sind die Kosten öffentlicher Angebote höher als jene von informeller oder irregulärer Arbeit und unbezahlter (familiärer) Arbeit, werden sie in geringerem Maß in Anspruch genommen. Schneider und Österle zeigen, dass die 1997 geleistete unbezahlte informelle Pflegezeit etwa 261.075 fiktiven Vollzeitarbeitsplätzen entspräche (Schneider/Österle, zitiert in Krenn et al. 2004, 5). Geht das Potential an Angehörigenpflege pro Jahr um 0,5% zurück, wie Mühlberger et al. prognostizieren, müssten rund 1.300 Vollzeitarbeitsplätze jährlich geschaffen werden, um den Ausfall durch institutionelle Pflegedienste zu kompensieren (Mühlberger et al. 2008, 22). Um den notwendigen Arbeitskräftebedarf in der Pflege auch in Zukunft decken zu können und den Arbeitskräftezugang zu erhöhen, müssten die Arbeitsbedingungen in der formellen Pflege attraktiver sein. Gesetzliche Regelungen, wie das Hausbetreuungsgesetz, die lediglich im Zeichen einer möglichst kostengünstigen Legalisierung von irregulärer Beschäftigung stehen, fördern die Attraktivierung und Professionalisierung der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe nicht, sondern setzen sie der Gefahr der Dequalifizierung aus. Gerade stark feminisierte Berufe, wie sie die Pflege- und Sozialberufe sind, sollte außerdem besondere frauenpolitische Beachtung verdienen.

„Aus frauenpolitischer Perspektive verdient die Pflegearbeit in zweifacher Hinsicht besondere Aufmerksamkeit. Zum einen handelt es sich unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten um einen Bereich, in dem eine Ausweitung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen in den nächsten Jahren realistisch erscheint. Zum anderen werden aber durch Kostendruck, Rationalisierungsbemühungen und Effizienzkriterien die unter den Gesichtspunkten der Belastungen und der Arbeitszeit ohnehin schwierigen Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten weiter verschlechtert. Der Einsatz fachlich nicht qualifizierten Personals birgt zudem die Gefahr der Dequalifizierung der Berufe. Er verstärkt das ohnehin schon vorhandene Bild von der Pflegearbeit als ‚Jede-Frau-Tätigkeit‘.“ (Krenn et al. 2004, 8)

Besonderheiten im Arbeitsfeld Altenpflege

Die Altenpflege, insbesondere die ambulante Pflege, ist ein Beschäftigungssektor von wachsender Bedeutung. Der Bedarf an professionellen Diensten wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten steigen und damit auch der Kostendruck auf öffentliche Haushalte. Zugleich werden die Qualitätsansprüche der Kostenträger und KlientInnen immer höher. Personalmangel verschlechtert die ohnehin schwierigen Arbeitsbedingungen. Der hohe Frauenanteil verstärkt die traditionelle Abwertung der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe. Vor allem die ambulante Pflege ist durch örtliche, zeitliche und subjektive Entgrenzung sowie von Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit geprägt (Krenn et al. 2004). Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse sind in hohem Ausmaß gegeben. Geringfügige und Teilzeitbeschäftigung sind insbesondere im ambulanten Bereich gängige Praxis, Pooldienste gibt es vor allem im stationären Dienst, neue Selbständige auch im ambulanten Sektor (s. o.). Die physische und psychische Arbeitsbelastung in der Pflege ist intensiv. Die Arbeitszeiten sind vor allem im stationären Dienst ungesund und unattraktiv.

Der Arbeitsbelastung in der mobilen Pflege wurde in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit zuteil. Im Folgenden seien die Hauptergebnisse aktueller Studien von Donat/Spicker 2005, Resch et al. 2007, Krenn et al. 2004 und Reidl et al. 2006 dargestellt, um einen Einblick in die Probleme der Arbeit in der häuslichen Altenpflege zu geben. Auch die Ergebnisse der ExpertInneninterviews flossen mit ein. Bislang gibt es kaum Untersuchungen über die Arbeitsbedingungen von Live-in-Betreuungskräften in der Pflege (vgl. Gendera 2007; Lutz 2007a; Lutz 2007b). Mit Problemen, auf die die Arbeitskräfte in der mobilen Pflege stoßen, sind aber auch die in der häuslichen Pflege eingesetzten 24-Stunden-Betreuungskräfte - zum Teil in noch viel stärkerem Ausmaß – konfrontiert.

Die psychische Belastung in der Altenpflege ist durch die tägliche Konfrontation mit Krankheit, Leid und Not immens (Resch et al. 2007, 26). In der ambulanten Pflege ist die Privatsphäre der KlientInnen der Ort der Leistungserbringung und der Arbeitsplatz der Pflegekräfte. Die Arbeitskräfte haben eine Gastrolle, was die Abgrenzung erschwert (Donat/Spicker 2005, 36). Das Arbeitsergebnis ist von der Interaktion zwischen KlientIn und PflegerIn abhängig. Einverständnis, Kommunikation und Auseinandersetzung mit der persönlichen Situation sind notwendig, Konflikte mit Pflegebedürftigen und Angehörigen sind zu bewältigen. Manchen PflegerInnen fällt die Abgrenzung schwer. Sie übernehmen – besonders bei Alleinstehenden - Verantwortung für das gesamte Umfeld, kümmern sich um Rechnungen, Reparaturen usw., übernehmen sozialarbeiterische Aufgaben und werden in das Familienumfeld samt den Beziehungen und Konflikte hineingezogen (Reidl et al. 2006, 57). Für Heimhilfen ist die emotionale Belastung besonders hoch, da sie den Großteil der sozial-emotionalen Betreuungsarbeit übernehmen, dazu aber die geringsten Ressourcen, vor allem hinsichtlich ihrer Ausbildung, haben.

Als besonders hohe Belastung wird der Zeitdruck in der mobilen Pflege identifiziert. In der ohnehin schon gedrängten Arbeitszeit können unvorhergesehene Ereignisse wie Verletzungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zusätzliche Stressfaktoren werden. Die Arbeitszeit ist in der mobilen Pflege, da es kaum Stehzeiten und Pausen gibt, deutlich intensiver als im stationären Bereich. Heimhilfen haben außerdem den Nachteil, da sie als ArbeiterInnen beschäftigt sind, nur nach

tatsächlich geleisteter Arbeitszeit entlohnt zu werden. Zwischen den Einsätzen können unbezahlte Leerzeiten entstehen, was zur Fragmentierung der Arbeitszeit führt (Krenn et al. 2004, 12f). Der Außendienst bedingt Erschwernisse durch Wegzeiten, Witterungseinflüsse, verkehrsbedingte Verzögerungen und Unfallgefahr. Immerhin empfinden manche Pflegekräfte das Autofahren als willkommene Pause und Möglichkeit zur Entspannung. Sind die Wegzeiten nicht im Stundensatz integriert, steigt der Stress oder es entsteht sogar unbezahlter Arbeitsaufwand (Reidl et al. 2006, 58). Der ohnehin große Zeitdruck wird noch durch die Kritik von KlientInnen an den Kosten verstärkt. Je mehr Zeit beansprucht wird, desto höher ist der Preis. Manche Pflegekräfte setzen sich selbst unter Zeitdruck, um die Arbeit schneller zu erledigen und den KundInnen damit Kosten zu ersparen (Reidl et al. 2006, 56; Krajic et al. 2005a, 6).

In der häuslichen Pflege sind die Beschäftigten mit zusätzlichen Problemen durch das Arbeitsumfeld konfrontiert. Nicht altengerechte und mangelhaft ausgestattete Wohnräume (z.B. kein Pflegebett, mangelhafte sanitäre Ausstattung, Hygiene) führen zu gesundheitlichen Beschwerden (vgl. Krajic et al. 2005b, 8; Resch et al. 2007, 27). Pflegebetten sind zwar mittlerweile weitgehend Standard, nicht aber z.B. PatientInnen-Lifter, die Hebeverfahren erleichtern würden. Wird ein Hilfsmittel nicht von der Krankenkasse bewilligt und ist es privat nicht leistbar, müssen sich die PflegerInnen mit den Gegebenheiten des Wohnumfeldes arrangieren. Im Unterschied zur stationären Pflege können die Beschäftigten im ambulanten Dienst auch nicht auf die Unterstützung anderer Personen zurückgreifen. Der Einsatz einer zweiten Person würde die Kosten erhöhen. Ungelernte Arbeitskräfte, wie beispielsweise in der 24-Stunden-Pflege, beherrschen vielfach keine Techniken (z.B. Hebetekniken) um sich selbst die Arbeit zu erleichtern.

Die Pflegekräfte im ambulanten Dienst sind in ihrer Arbeit weitgehend auf sich allein gestellt. Der Austausch mit KollegInnen, soziale Kontakte, die Entlastungsfunktion der Belegschaft fehlen. Durch die isolierte Arbeitssituation und den Zeitmangel ist die betriebliche Mitbestimmung traditionell gering sowie die Formierung und Vertretung gemeinsamer Interessen erschwert (Krenn et al. 2004, 13f; Reidl et al. 2006, 49).

„Diese defizienten Züge zeigen sich auch auf der überbetrieblichen Ebene, wo das Fehlen von Kollektivverträgen bis Ende 2003 als Indiz dafür gewertet werden kann (vgl. Buchinger/Gödl/Gschwandtner 2001). Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von der Zersplitterung gewerkschaftlicher Zuständigkeiten, der bundesländerspezifischen Uneinheitlichkeit von gesetzlichen Regelungen, über die Nähe der diesen Bereich dominierenden NPO's zu politischen Parteien bzw. kirchlichen Organisationen bis zum Umstand, dass die privaten ArbeitgeberInnen als Verhandler nur über eine eingeschränkte Verhandlungsmacht verfügen, da die öffentliche Hand als Auftraggeberin miteinbezogen werden müsste.“ (Krenn et al. 2004, 14)

Die Pflegeintensität im ambulanten Dienst steigt. Die Menschen bleiben immer länger zu Hause, der Eintritt in ein Pflegeheim wird hinausgeschoben. Die Zunahme psychischer Erkrankungen vermehrt die Zahl an besonders belastenden Einsätzen. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten treten aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Relation zu Pfl egetätigkeiten zurück, die

Qualifikationsanforderungen werden höher. Die Ansprüche und Erwartungshaltungen der Betreuten und ihrer Angehörigen steigen ebenso wie die Qualitätsanforderungen der Kostenträger, was eine Zunahme an Arbeitsaufwand auch für Dokumentation und Administration bedingt, dieser wird jedoch von den InanspruchnehmerInnen nicht realisiert oder negativ als Bürokratismus eingeschätzt. Teilweise bleibt diese Arbeit sogar unbezahlt und der Zeitdruck wird entsprechend größer (Krenn et al. 2004, 8f; Resch et al. 2007, 28). Obwohl der Bedarf an qualifizierter Pflege steigt, geht der Anteil des diplomierten Personals im Dienst an den KlientInnen („am Bett“) aufgrund der geforderten Effizienz und weil die Angehörigen des gehobenen Dienstes verstärkt in leitenden Positionen tätig sind, zurück. Die KlientInnen werden zunehmend von niedriger qualifiziertem Personal, zum Teil von Heimhilfen, versorgt, was sich negativ auf die Pflegequalität auswirkt (Reidl et al. 2006, 58f). Andererseits kritisieren Angehörige der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe den hohen Anteil an beruufsremden Tätigkeiten - insbesondere an hauswirtschaftlichen - im ambulanten Dienst sowie den bürokratischen Aufwand durch die Pflegedokumentation und -planung (Krenn/Papouschek 2003, 31). Belastungen ergeben sich auch durch gesetzliche Vorschriften und die engen Kompetenzbereiche. Sie sind oft unpraktikabel und werden daher nicht eingehalten. Die Nichteinhaltung wird teilweise sogar von KlientInnen und ArbeitgeberInnen verlangt und führt zu inneren Konflikten. Das Unterwandern der gesetzlichen Vorschriften führt zur Gefährdung der Pflegequalität und zur Dequalifikation der Angehörigen der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe (Krenn/Papouschek 2003, 51; Streissler 2004, 27). Teilweise kommt es zu Kompetenzkonflikten zwischen den Berufsgruppen. Schließlich wird auch die Konkurrenz durch ausländisches, irreguläres Personal bereits thematisiert. KundInnen gingen entweder verloren oder es gebe Kommunikationsprobleme und Komplikationen, so ExpertInnen (Reidl et al. 2006, 58).

„Bei Komplikationen stellt sich die Frage der Schuld und die Qualifikation des tschechischen Pflegepersonals wird von den Interviewpartnerinnen angezweifelt.“ (Reidl et al. 2006, 58)

Es gibt jedoch auch durchaus positive Einschätzungen der Arbeit der 24-Stunden-Pflegekräfte und es wurde auch von funktionierender Zusammenarbeit zwischen mobilen Diensten und 24-Stunden-PflegerInnen berichtet (Interview E3 und E6,).

Die wachsende Arbeitsteiligkeit und Spezialisierung sowie die Effizienzvorschriften (Einsatz der jeweils kostengünstigsten Berufsgruppe) der Kostenträger bedingen eine Zunahme der involvierten Personen in der Pflege. Den Effizienzbestrebungen stehen die steigenden Qualitätsanforderungen gegenüber. Erwartungen an professionelle Standards werden von der Gesundheitspolitik, von den BerufsvertreterInnen, AusbilderInnen und Angehörigen des Berufes selbst und auch von KlientInnen und deren Angehörigen formuliert. Zugleich stehen die Ansprüche und Vorstellungen der Berufsgruppen und der Kostenträger nicht mehr in jedem Fall in Einklang mit den Interessen und Bedürfnissen der KlientInnen. Gerade der hohe Spezialisierungsgrad, Überregulierung und Bürokratismus der professionellen Dienste werden von NutzerInnen bemängelt und im Gegensatz dazu die Flexibilität und umfassende Dienstleistung aus einer Hand bei der 24-Stunden-Pflege gelobt (kritisch E1, E4; vgl. dazu Kap. 8).

Die gesellschaftliche Anerkennung der Alten- und Pflegeberufe ist gering, was an der relativ geringen Entlohnung und am niedrigen Status im Bildungssystem ablesbar ist. Die Nähe der Tätigkeit zur

unbezahlten Alltags- und Versorgungsarbeit verstärkt die Abwertung der Berufe gerade in der häuslichen Pflege (vgl. Krenn et al. 2004, 11). Entsprechend gering ist die Zahlungsbereitschaft der KlientInnen. Skandale und die dadurch beeinflusste öffentliche Meinung wirken sich darüber hinaus negativ auf das Image der Pflegeberufe aus. Dabei sind Gesundheitsberufe an sich gesellschaftlich sehr hoch bewertet, auch Berufe im Fitness- und Wellnessbereich haben ein positives Image. Diese wachsenden Sektoren werden zugleich zur Konkurrenz der Arbeitskräftenachfrage (Krajic et al. 2003, 15f).

Die geringe soziale Anerkennung spiegelt sich auch im Ausbildungssystem. Die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn dauert drei Jahre und wird ohne Hochschulreife abgeschlossen, sie erfolgt in Krankenhäusern als Quasi-Lehrlingsausbildung. Um die Attraktivität des Berufes zu erhöhen, wird seit langem eine Reform des Ausbildungssystems (Integration in das Regelschulwesen, Modulsystem) und die Akademisierung (Pflegewissenschaft) sowie eine größere Flexibilität und Durchlässigkeit des Bildungssystems gefordert (Krajic et al. 2003, 8, 28f). Die Ausbildung für Sozialbetreuungsberufe⁹⁰ ist bundesweit nicht einheitlich geregelt, sondern Ländersache. Die Ausbildungen werden von Krankenanstalten, den Ländern oder Non-Profitorganisationen angeboten. Die Ausbildungssituation und in der Folge auch die Anerkennung der Qualifikation waren bislang äußerst fragmentiert organisiert, was der Mobilität des Personals abträglich war. In manchen Fällen waren sogar Nostrifikationsverfahren notwendig, wenn eine Arbeitskraft in einem anderen Bundesland arbeiten wollte (Streissler 2004, 25). 2005 wurde eine 15a-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über die Sozialbetreuungsberufe getroffen. Ziel der Vereinbarung ist es, die Ausbildungen und die Berufsausübung bundesweit zu harmonisieren und das System der Sozialbetreuungsberufe horizontal und vertikal durchlässig zu gestalten (BMSG 2004, 15).⁹¹

Forderungen nach Akademisierung und Höherqualifizierung kommen vor allem von den Eliten im Beruf. Es ist nicht zuletzt in deren Interesse, dass der Beruf aufgewertet wird (vgl. dazu S. 105; Krajic et al. 2003, 31). Das bedingt nicht nur steigende Kosten durch Mehrbezahlung, Ausbildungskosten und wachsenden bürokratischen Aufwand, sondern auch Hierarchisierung und bedeutet für jene am untersten Ende der Hierarchie (Heimhilfen) zugleich eine relative Abwertung ihrer Arbeit. Andererseits sind die Professionalisierung feminisierter Berufe und die Aufwertung von Tätigkeiten, die traditionell Frauen zugeschrieben werden, wichtige Schritte zu mehr Geschlechtergerechtigkeit. Professionalisierung bedeutet auch, einen Beruf nicht als Zu-Verdienst-Job zu konzipieren, wie das derzeit vielfach der Fall ist. Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird primär durch Arbeitszeitflexibilisierung realisiert, was den Erfordernissen der Trägerorganisationen in der Altenpflege nach flexibel einsetzbaren Arbeitskräften entgegenkommt. Die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe erfordern hohe Sozialkompetenz, Organisations- und Managementtalent, das gilt besonders für die Heimhilfen, die den größten Teil der sozialen Arbeit in der mobilen Pflege übernehmen (Streissler 2004, 26; Krenn/Papouschek 2003).

⁹⁰ Zu den Sozialbetreuungsberufen zählen die Berufe in der Alten-, Familien- und Behindertenbetreuung auf HelferInnen-, Fach- und Diplomniveau (auf HelferInnenniveau sind das die Heimhilfen).

⁹¹ Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen

Folgen der hohen Belastung in der Altenpflege können emotionale Erschöpfung und Burn-out-Gefährdung, Motivationsverlust sowie krankheitsbedingte Fehlzeiten oder frühzeitiges Verlassen des Berufsfeldes und Frühpensionierung sein. Mehrere Studien verweisen auf die hohe Fluktuation und die geringe Verweildauer in den Pflegeberufen.⁹² Eine aktuelle Studie für die Kammer für Arbeiter und Angestellte (AK) für Oberösterreich relativiert diese Ergebnisse allerdings bzw. stellt die wenig gestützten, lediglich auf Plausibilitäten beruhenden Daten in Frage (Kranewitter et al. 2008). Nichtsdestotrotz wird die Arbeitsbelastung mit steigendem Alter für viele Beschäftigte zu hoch und sie sind nicht mehr in der Lage den Pflegeberuf auszuüben. Vertikale wie horizontale Karrieremöglichkeiten⁹³ und alternative Einsatzmöglichkeiten wären eine wichtige Maßnahme zur Verringerung des vorzeitigen Berufsausstiegs und um die Attraktivität des Berufes zu erhöhen. Diese sind in den sozialen Diensten wie in der stationären Pflege aber spärlich (vgl. dazu Resch et al. 2007, 21f; Donat/Spicker 2005, 37f; Simsa et al. 2003). Mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten und Karriereentwicklung werden unter anderem damit gerechtfertigt, dass Frauen wegen privater Sorgepflichten nicht an einem Aufstieg interessiert seien oder sie wollten an der Basis („am Bett“) tätig sein. Die wenigen Leitungspositionen werden verhältnismäßig oft mit Männern besetzt, obwohl diese insgesamt im Beruf unterrepräsentiert sind. Karrierewege bleiben Frauen daher vielfach verschlossen, der Beruf ist ein Sackgassenberuf.

Auch der Berufszugang ist zu gering. Es werden zu wenige diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgebildet, die vorhandene Kapazität an Ausbildungsplätzen wird nicht genutzt.⁹⁴ Die Drop-out-Rate während der Ausbildung ist extrem hoch⁹⁵ (Krajic et al. 2005b, 21). Die Ausbildung kann kaum berufsbegleitend absolviert oder mit privaten Sorgepflichten vereinbart werden. Der geringe Berufszugang sei insbesondere durch die niedrige Attraktivität des Berufes begründet, außerdem seien feminisierte bzw. helfende Professionen eher unmodern (Krajic et al. 2003, 11). Der Beruf bleibt vor allem für jene, die eine eigenständige Absicherung und Karriere anstreben, unattraktiv und daher feminisiert und ein Zuverdienstjob. Andererseits zeigten Ergebnisse der o. g. Studie von Kranewitter et al., dass die Zufriedenheit älterer BerufseinsteigerInnen höher ist als jene von Jüngeren. Die AutorInnen führen als mögliche Erklärung an, dass ältere, reifere Menschen besser für den Altenpflegeberuf geeignet sein könnten. Der Studie zufolge sind übrigens Beschäftigte in den mobilen Diensten zufriedener als jene in der stationären Pflege (Kranewitter et al. 2008).

Schließlich werden Bestrebungen zur Anhebung der Attraktivität der Pflegeberufe durch manche Idee zur Erhöhung des Berufszugangs wieder hintertrieben. So gab es Vorschläge zur Umwandlung in einen Lehrberuf, was dem europäischen Trend zu Matura-Niveau und Akademisierung widerspricht.

⁹² Die Verweildauer im Beruf ist extrem kurz, wenig abgesicherte Daten sprechen von nur sechs Jahren nach einer dreijährigen Ausbildung! (Krajic et al. 2003, 13, 25) Diese Daten wurden allerdings von Kranewitter et al. (2008) stark in Zweifel gezogen.

⁹³ Vertikale Karriere ist an Weiterbildung gebunden und ist ein Umstieg in einen anderen Aufgabenbereich, wie Pflegedienstleitung oder Stationsleitung. Horizontale Karriere bedeutet eine Umorientierung oder Aufgabenänderung ohne Aufstieg. Derzeit bieten Organisationen z.B. den Umstieg in den Besuchsdienst, zur PraxisanleiterIn oder MentorIn an. (Resch et al. 2007, 21f)

⁹⁴ Über die Gründe für diesen Umstand gibt es nur unzureichende Daten. Einerseits soll es zu wenige geeignete BewerberInnen geben, andererseits steigt aber der Anteil an MaturantInnen unter den BewerberInnen. (Krajic et al. 2005a, 22)

⁹⁵ Es wird von 40% pro Jahrgang in Wien berichtet (Krajic et al. 2005a, 21).

Auch Pläne zur Umschulung und des Einsatzes von Arbeitslosen in der Pflege wurden immer wieder gemacht (Stichwort Workfare, vgl. dazu Deutschland Ein-Euro-Jobs). Diese Deprofessionalisierungstendenzen stehen im Kontrast zu Bestrebungen, das Image und die Attraktivität der Pflege- und Sozialberufe zu heben, um den notwendigen Berufszugang zu erreichen. Vielfach ist es aber vor allem die mediale Darstellung der Pflege, die das Image der Altenpflege schädigt. Ein Beispiel ist ein Projekt in Deutschland, das ehemalige Prostituierte und Frauen mit Gewalterfahrungen unter anderem zu Pflegekräften ausbildet. Dargestellt wurde im Spiegel unter dem Titel „*Vom Straps zur Schnabeltasse*“ wie geeignet sich ehemalige Prostituierte für Pflegeberufe erwiesen: Sie könnten allgemein gut mit Menschen umgehen, verspürten kaum noch Ekelgefühle und hätten null Berührungsängste (Spiegel 11/2006 vom 13.03.2006, 59; Welt Online 16.04.2007).

Geschätzt wird in der Altenpflege die Tätigkeit an sich, das Gefühl eine sinnvolle Arbeit zu tun. Die intrinsische Motivation bei sozialen Berufen ist hoch, was einerseits zu Zufriedenheit im Beruf führt und Aspekte wie geringes Einkommen und die hohen Belastungen zurücktreten lassen kann, andererseits aber die Gefahr von Überlastung, Selbstaussbeutung und Burn-out verstärkt. Strukturelle Defizite werden teilweise durch Eigenengagement kompensiert, was sie zugleich unsichtbar macht (Rödel/Siegrist 2005, 7, 9f, Simsa et al. 2003, 21f, Simsa 2004, 68, Donat/Spicker 2005, 31). Die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten im ambulanten Bereich ist, sowohl im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich zum Gesundheits- und Sozialbereich insgesamt sowie zur stationären Pflege, deutlich geringer (Simsa 2004, 69; Simsa et al. 2003, 87f, 90f). Im ambulanten Dienst wird die Selbständigkeit der Arbeit geschätzt (Simsa 2004, 71). Auch das Eins-zu-Eins-Verhältnis zwischen Pflegekraft und KlientIn wird als ein positiver Aspekt der Arbeit gesehen (Resch et al. 2007, 47). Die Flexibilität im ambulanten Dienst wird von vielen Arbeitskräften als Vorteil gewertet, im Gegensatz zum stationären Bereich gibt es kaum Nacharbeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist besser möglich (Resch et al. 2007, 35). Im Vergleich zur belastenden Arbeit in der mobilen Pflege könnten zehn oder zwölf Stundendienste oder auch Rund-um-die-Uhr-Dienste attraktivere Arbeitsbedingungen bieten. Solche neuen Beschäftigungsmodelle wurden zwar von ExpertInnen im Zuge der Debatte um die 24-Stunden-Pflege angedacht, es kam aber nicht zu einer Umsetzung (Interview E7, E4). Mit (inländischen) Arbeitskräften kämen solche Modelle weitaus teurer als die Personenbetreuung und bedürften daher einer entsprechenden Subventionierung, um gegenüber der irregulären 24-Stunden-Pflege konkurrenzfähig zu sein.

5 *Migrations- und Arbeitsmarktregime: Gesetzliche Rahmenbedingungen*

In diesem Kapitel werden die relevanten gesetzlichen Bestimmungen, die die Arbeit in der häuslichen Pflege und Betreuung regulieren und folglich zumindest bis zur Neuregelung ab 2006 zu Gesetzesverstößen bei der Beschäftigung von Rund-um-die-Uhr-PflegerInnen führten, dargestellt. Im Laufe der Diskussionen um die Regulierung der 24-Stunden-Pflege standen die Unpraktikabilität und Rigidität dieser gesetzlichen Bestimmungen sowie der daraus folgende Bürokratismus und die Verteuerung im Mittelpunkt. Dabei geriet allerdings die Funktion der Gesetze einigermmaßen aus dem Blick. Im Wesentlichen haben die betreffenden Gesetzesmaterien drei Funktionen:

- (1) Schutz des Arbeitsmarktes (Ausländerbeschäftigungsrecht)
- (2) Schutz der ArbeitnehmerInnen (Arbeits- und Sozialrecht) und
- (3) Berufsschutz (Berufsrecht).

Der erste Teil des Kapitels beschäftigt sich mit dem Migrationsregime. Zuerst wird ein kurzer Abriss über die gesetzliche Regulierung der AusländerInnenbeschäftigung gegeben und dann die gesetzlichen Bestimmungen, die speziell die 24-Stunden-PflegerInnen bis zur Amnestie und der Legalisierung betrafen, aufgezeigt. Neben dem Ausländerbeschäftigungsrecht ist auch das Arbeits- und Sozialrecht sowie das Berufsrecht von Bedeutung und fungiert als Ausschließungsmechanismus für migrantische Arbeitskräfte. So wirken arbeitsrechtliche Bestimmungen exkludierend für PendelmigrantInnen, die ein Live-in-Arbeitsverhältnis als gute Möglichkeit nützen, um ihren Wohnbedarf mit der Arbeit zu vereinbaren. Eine Einbindung in das Sozialversicherungssystem kann den Verlust von Transferleistungen im Herkunftsland bedeuten usw. Das 24-Stunden-Betreuungsmodell ist aber gerade auf diese Bedingtheiten aufgebaut. Umgekehrt stellen arbeits-, sozial- und berufsrechtliche Bestimmungen aber auch die Qualität der Pflege sicher (Schutz vor Überforderung der Arbeitskraft, professionelle Standards usw.). Diese Aspekte von Recht sollen aufgezeigt werden, um die Neuregelung zuletzt hinsichtlich einer möglichen Aushöhlung dieser Schutz- und Qualitätssicherungsfunktionen zu analysieren. In dem Zusammenhang wird in diesem Kapitel auch auf die Funktion von Berufsgesetzen als Professionalisierungsinstrument (S. 103) eingegangen. Im letzten Teil werden die Ergebnisse der Interviews mit den AgenturleiterInnen hinsichtlich der Praxis der Vermittlungsagenturen und deren Umgang mit den Gesetzen analysiert.

5.1 *Arbeitsmigration und Illegalisierung*

Die Niederlassungs- und Arbeitsmarktpolitik Österreichs stand seit den 1960er Jahren unter der Maxime einer zirkulären Arbeitsmigration (Rotationsprinzip): Der Zugang zum Arbeitsmarkt wurde an den wirtschaftlichen und arbeitsmarktlichen Erfordernissen orientiert, Ziel war eine dauerhafte Niederlassung von ArbeitsmigrantInnen zu unterbinden. Die Arbeitsmarktpolitik GastarbeiterInnen als Konjunkturpuffer einzusetzen stand auch im Einklang mit einer konservativen Frauenpolitik und dem Ideal des männlichen Ernährermodells, Frauen nicht oder nur rudimentär in den Arbeitsmarkt zu integrieren und also den Arbeitskräftebedarf durch ausländische Arbeitskräfte abzudecken, anstatt die Frauenerwerbstätigkeit zu erhöhen (vgl. Caixeta et al. 2004, 31). Die seit der Ölkrise in den 1970er Jahren restriktiver gewordenen Einwanderungs- und Arbeitsmarktzugangsbestimmungen begünstigten irreguläre Migration und die Informalisierung der Arbeit. Globalisierte Wirtschaftssysteme, die

Zunahme der Verkehrsmöglichkeiten und neue Informationstechnologien erhöhten die Komplexität der Migration. Während die industrielle Produktion von den Industrieländern in die Schwellenländer verlagert wurde und daher relativ weniger Arbeitskräfte in der Produktion gebraucht wurden, führte die Tertiarisierung zu steigender Erwerbstätigkeit von Frauen und erhöhte den Bedarf an niedrig qualifizierter Arbeit in neuen Sektoren. Migrationsprozesse veränderten sich quantitativ und qualitativ (vgl. Caixeta et al. 2004; Castles 2006; Cyrus 2000; Pries 1997; Sassen 2000; Sassen 2002; Schierup et al. 2006).

Der überwiegende Teil der Mobilität in der Europäischen Union findet regional statt (Demel/Stacher 2000, 1). Nach der Familienzusammenführung ist die Mobilität im Rahmen der Freizügigkeit der Niederlassung bereits der häufigste Migrationszweck (OECD 2008). Die weiterhin bestehenden Arbeitsmarktbeschränkungen in Österreich und in Deutschland fördern aber irreguläre Arbeitsmigration. Die Nachbarländer entwickelten sich zu Räumen zirkulärer Wanderungen und Pendelmigrationsstrategien (Morokvasic/Rudolph 1994; Morokvasic 1994, 166f) - eine neue Situation seit dem Zusammenbruch der Ostblockländer, denn bis dahin war Ausreise nahezu unweigerlich mit Flucht und endgültiger Emigration verbunden. Die steigende Nachfrage nach Pflegekräften und CareworkerInnen in den Ankunftsändern traf mit einem Angebot an ausgebildeten Arbeitskräften (siehe S. 39) zusammen, die darüber hinaus durch das Wohlstandsgefälle einen in den 1990er Jahren noch beträchtlichen Einkommensvorteil gegenüber einer Beschäftigung im Herkunftsland erzielen konnten. Eine weitere Rolle spielt die Monetarisierung der Pflegevorsorge durch die Einführung des Pflegegeldes, das die finanzielle Basis für die irreguläre Beschäftigung verbreiterte (vgl. Hammer/Österle 2001a; Hammer/Österle 2001b, 7; Mairhuber 2000, 174f). Pendelmigration wurde noch durch weitere Faktoren begünstigt. Das Fehlen einer sozialen Absicherung im Ankunftsland müssen ausländische Pflegekräfte häufig durch eine familiäre und/oder staatliche Absicherung im Herkunftsland kompensieren. Viele managen und versorgen ihre Familie im Herkunftsland und sind in ihrem Migrationsradius auch aus diesem Grund limitiert. Während Länder wie Großbritannien eine aktive Anwerbepolitik ausländischer Pflegekräfte betreiben und reguläre Beschäftigung zulassen, bleibt der Zugang zum Arbeitsmarkt in Österreich für Pflegearbeitskräfte aus den östlichen Nachbarländern durch die Beschränkung der ArbeitnehmerInnenfreizügigkeit und durch die Berufsgesetze sowie die daraus folgenden Anerkennungsvorschriften und bürokratischen Hürden, weitgehend verwehrt. Flexible Arbeitskräfte werden daher eher Länder, in denen sie ein reguläres Beschäftigungsverhältnis eingehen können, als Migrationsziel wählen.

Das Zusammenwirken von Faktoren wie geographische Nähe, soziale Netzwerke, Bedarf an Arbeitskräften, Geldleistungen, die die Nachfrage stimulieren, Arbeitsmarktbeschränkungen und bürokratische Hürden, die ein irreguläres Beschäftigungssegment hervorbringen etc. – Faktoren, die also zu einem ganz wesentlichen Teil auf sozial- und arbeitsmarktpolitischen Regulierungen basieren und durch sie hergestellt werden - bildeten eine Gelegenheitsstruktur für die Herausbildung der 24-Stunden-Pflege (vgl. Demel/Stacher 2000; Lenhart 2007; Lutz 2003, 8f, 15f). Die volkswirtschaftliche Bedeutung der irregulären Arbeit ist sowohl für das Ankunftsland als auch für das Herkunftsland nicht zu unterschätzen. Migration kann für Arbeitsmärkte eine komplementäre oder eine substituierende Funktion haben. Arbeitskräftebedarf, der mit inländischem Personal nicht abgedeckt wird bzw. die

entsprechende Zahlungsbereitschaft nicht gegeben ist, wird durch ausländische, informelle Arbeitskräfte kompensiert. Unbezahlte Arbeit wird durch bezahlte substituiert, es entstehen neue bezahlte Arbeitsplätze in der low economy, der lokal gebundenen Ökonomie, die fast ausschließlich für MigrantInnen attraktiv sind (vgl. dazu Sassen 2002). Die Informalität (Irregularität) der Beschäftigung – sprich die Nichtgewährung sozialer Rechte – macht die Arbeit kostengünstiger und flexibler. Insofern sind die migrantischen Arbeitskräfte keine Konkurrenz für die inländischen. Allerdings ist dieser Verweis auf die informelle oder irreguläre low economy durch Gesetze hergestellt. Schierup et al. bezeichnen diese extreme Form von *differenzierender Exklusion* (differential exclusion) als systematische Nutzung von irregulärer Arbeit (Schierup et al. 2006, 41f, 104). Soziale Dienste, die ansonsten möglicherweise öffentlich bereit gestellt werden müssten, werden billig von MigrantInnen geleistet (vgl. dazu Caixeta et al. 2004, 30f). Zugleich gehen potentielle Arbeitsplätze für inländische Arbeitskräfte verloren und das „Heer der Überflüssigen“ (Castel 2000) vergrößert sich.

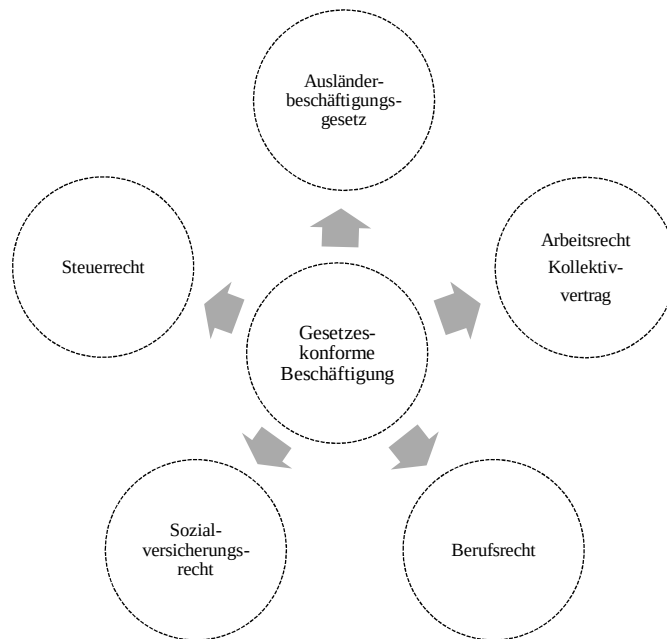
Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten, wo es Amnestieprogramme für illegale MigrantInnen gab, sind Politiken hinsichtlich der Legalisierung von irregulärer Beschäftigung in Österreich bislang rar geblieben (vgl. zur Legalisierung von irregulärer Migration in Europa Bettio et al. 2004, 8f). Maßnahmen beschränkten sich mehr oder weniger auf die Bekämpfung von Schwarzarbeit im Gast- und Baugewerbe. Die Schaffung eines eigenen Arbeitsmodells für Live-in Care Worker und die staatliche Förderung desselben, wie sie durch die gesetzliche Neuregelung nach 2006 in Österreich geschaffen wurde, ist einzigartig in Europa. Andererseits erweisen Erfahrungen mit europäischen Amnestie- und Legalisierungsprogrammen, dass MigrantInnen wieder in prekäre Arbeitsmarktsektoren verwiesen sind und die Öffnung des Arbeitsmarktes neue Migrationsströme nach sich zieht. Sind die nachfolgenden MigrantInnen wieder illegalisiert, ist der Druck auf die legalisierten und regulären Arbeitsmarktsegmente noch verstärkt und die Arbeitsbedingungen für die neu Ankommenden zum Teil noch schlechter (vgl. Cyrus 2005).

5.2 Beschäftigungsformen in der häuslichen Pflege und Betreuung

Bis 2006/07 wurde die Beschäftigung in der 24-Stunden-Betreuung häufig als Graubereich bezeichnet, dabei handelte es sich ganz klar um illegale Beschäftigung. Die einzig mögliche rechtskonforme Beschäftigung einer 24-Stunden-Pflegekraft wäre eine Anstellung nach dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz unter Einhaltung der Berufsgesetze gewesen. Es wurde aber eine Reihe von Konstruktionen angewandt, um der Praxis einen legalen Anstrich zu geben. Eine gesetzeskonforme Beschäftigung betrifft im Wesentlichen die Bereiche der Sozialabgaben und Steuern, die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen wie Arbeitszeitbestimmungen, Urlaubsanspruch usw., eine kollektivvertragsgemäße Entlohnung, die Einhaltung des Ausländerbeschäftigungsgesetzes sowie berufsrechtliche Bestimmungen. Die Berufsgesetze regeln die erforderliche Ausbildung und den Kompetenzbereich der jeweiligen Berufsgruppe sowie die Berufsausübung. Nur der gehobene Gesundheits- und Krankenpflegedienst darf freiberuflich ausgeübt werden, Pflege- und Heimhilfe im Wesentlichen nur unter Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal bzw. einer entsprechenden

Einrichtung. Die Ausübung der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe ist also weitgehend auf den institutionellen Bereich beschränkt und als unselbständige Beschäftigung konzipiert (s. u.).⁹⁶

Abbildung 7: Gesetzeskonforme Beschäftigung



Unselbständige Beschäftigung in der häuslichen Pflege

Das Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz regelt Dienstverhältnisse, die in der Hauswirtschaft der DienstgeberIn oder für Mitglieder des Hausstandes geleistet werden, gleichgültig ob die DienstnehmerInnen in den Haushalt aufgenommen sind oder nicht. Im Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz sind Arbeitszeiten, Ruhezeiten, Nachtruhe und Freizeit (ein freier Tag pro Woche, mindestens ein freier Sonntag in zwei Wochen) sowie Urlaub, Pflegefreistellung und Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall geregelt. Mehrarbeit ist zu entlohnen, an Sonn- und Feiertagen geleistete Arbeit mit Zuschlägen zu bezahlen.⁹⁷ Das Entgelt ist in der Höhe der geltenden Mindestlohntarife nach dem Kollektivvertrag festzusetzen. Es können auch Angehörige der

⁹⁶ Die freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes ist als Kennzeichen einer Profession von großer Bedeutung für die Professionalisierungsbestrebungen der Pflegeberufe.

⁹⁷ Die Arbeitszeit inklusive der Bereitschaftszeit (Zeit in der sich die DienstnehmerIn zur Erbringung der Dienstleistung bereit halten muss) darf 110 Stunden bei in den Haushalt aufgenommenen DienstnehmerInnen nicht überschreiten (86 Stunden bei nicht in den Haushalt aufgenommenen DienstnehmerInnen). Eine Ruhezeit von mindestens zehn Stunden in der Zeit von 21 Uhr bis sechs Uhr und tägliche Ruhepausen von mindestens drei Stunden und mindestens zweimal 30 Minuten ohne Unterbrechung zur Einnahme der Hauptmahlzeiten sind zu gewähren. Eine Überschreitung der Arbeitszeit in den zwei Wochen ist nur ausnahmsweise zulässig. Können Nachtruhe oder Ruhepausen aus dringenden unaufschiebbaren Gründen nicht eingehalten werden, gebührt ein Zuschlag. Bei körperbehinderten Personen, die einer ständigen Betreuung bedürfen, können abweichende Arbeitszeiten geregelt werden, die Höchstarbeitszeit darf aber nicht um mehr als 18 Stunden überschritten werden, Mehrarbeit ist entsprechend zu entlohnen.

Sozialbetreuungsberufe oder der Pflegeberufe angestellt werden, diese sind ebenfalls nach den geltenden Mindesttarifen zu entlohnen und das GuKG einzuhalten.⁹⁸

Umgehungen der unselbständigen Beschäftigung bzw. der Kollektivvertragsvereinbarungen wurden bereits mit der freiberuflichen Ausübung in Form der sogenannten Pooldienste praktiziert.⁹⁹ Pooldienste werden sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege eingesetzt, sie werden von gewinnorientierten Unternehmen, wie Pooldienstagenturen und privaten Pflegefirmen, angeboten. Für viele Frauen ist diese Erwerbsform eine gute Möglichkeit des Zuverdienstes zu Transferleistungen wie Kindergeld, Arbeitslosengeld oder einer Pension. Im Rahmen von Pooldiensten wird auch ein großer Teil in Form von Schwarzarbeit geleistet.

Schon vor der gesetzlichen Regelung 2006/07 wäre es möglich gewesen, Hausangestellte - auch als Pflegekräfte – regulär anzustellen. In der öffentlichen Debatte herrschte jedoch die Darstellung vor, eine solche Anstellung wäre unpraktikabel (vor allem hinsichtlich der Arbeitszeiten) und zu teuer. Mit dem Hausbetreuungsgesetz wurden die Bestimmungen hinsichtlich der Arbeitszeiten, Ruhezeiten usw. an die Praxis der 24-Stunden-Pflege angepasst, dennoch fand das Modell der unselbständigen Beschäftigung kaum Verbreitung (siehe dazu Kap. 7.2).

Andere Beschäftigungsformen in der Pflege und Graubereiche

Außerhalb der Beschäftigung von professionellen Arbeitskräften in der institutionellen Pflege etablierten sich neben der 24-Stunden-Pflege noch andere Graubereiche, wie die persönliche Assistenz oder die sogenannten Pooldienste.

Persönliche Assistenz

Die Beschäftigung persönlicher AssistentInnen soll Behinderten (Menschen mit körperlichen, aber ohne geistige oder psychische Beeinträchtigungen) ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Persönliche Assistenz wird unter anderem von gemeinnützigen Vereinen angeboten und durch die Sozialhilfe unterstützt. Persönliche AssistentInnen müssen keine Ausbildung absolvieren, sie erhalten aber bei den vermittelnden Organisationen eine zweitägige Schulung. Sie werden von den AssistenznehmerInnen angeleitet und als freie DienstnehmerInnen beschäftigt. Auch diese Praxis war bis 2008 gesetzlich nicht gedeckt. So konnten persönliche AssistentInnen zwar nach §50 des Ärztegesetzes eingeschult werden Pfllegetätigkeiten durchzuführen, sie durften aber dafür kein Geld

⁹⁸ Für Kranken- und AltenbetreuerInnen beispielsweise im Burgenland gilt im ersten bis fünften Berufsjahr ein Mindestlohnstarif von € 1.044,60, ab dem sechsten Berufsjahr 1.143,40, ab dem elften Berufsjahr 1.365,60, für ständige Betreuungsarbeiten in der Nacht zwischen 22 Uhr und sechs Uhr ein Zuschlag von monatlich € 403,80. Für diplomiertes Krankenpflegepersonal gilt im ersten bis fünften Berufsjahr € 1.319,30, ab dem sechsten Berufsjahr 1.444,20, ab dem elften Berufsjahr 1.724,90 und ein Zuschlag von € 403,80 monatlich für Betreuungsarbeiten in der Nacht (Bundeseinigungsamt beim BMWA)

⁹⁹ Für Beschäftigte der Gesundheits- und Sozialberufe (Sozialwirtschaft) gilt seit 2003 der BAGS-KV, i.e. der Kollektivvertrag abgeschlossen zwischen der Berufsvereinigung von ArbeitgeberInnen für Gesundheits- und Sozialberufe (z.B. die soziale Dienste) und der ArbeitnehmerInnenvertretung. Der BAGS-KV regelt Mindestlöhne, Arbeitszeiten (38 Wochenstunden), Arbeitsbereitschaft, Nachtarbeit, Überstunden und Ruhezeiten (die tägliche Mindestruhezeit nach AZG § 12 beträgt elf Stunden). Für die Beschäftigten in der Personenbetreuung wurde aber nicht der BAGS-KV angewendet, sondern der Kollektivvertrag für Hausgehilfen und Hausangestellte.

bekommen. 2008 wurden das GuKG und das Ärztegesetz entsprechend geändert (Gesundheitsberuferechtsänderungsgesetz, siehe S. 138).

Familienhilfe, Nachbarschaftshilfe und Ehrenamt

Die Vermittlungsagenturen waren bis 2006 sehr bemüht die Tätigkeit der Pflegekräfte als legal darzustellen und entwarfen die unterschiedlichsten Legalitätskonstruktionen. Vielfach wurde die Tätigkeit der 24-Stunden-PflegerInnen als Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe bezeichnet. Diese Benennungen machten die Praxis allerdings keineswegs gesetzeskonform, schon allein deshalb nicht, weil die Arbeit erwerbsmäßig ausgeübt wird, selbst dann, wenn die Bezahlung als Taschengeld ausbezahlt wird und auch die Höhe des Entgelts bestenfalls einem solchen entspricht. Nachbarschaftshilfe ist eine Hilfeleistung, die nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. Familienhilfe (Angehörigenpflege) und Nachbarschaftshilfe fallen nicht unter den Vorbehaltsbereich des GuKG (s. u.), auch aus diesem Grund wurde die Arbeit der Rund-um-die-Uhr-PflegerInnen so deklariert. Personen, die Nachbarschaftshilfe bzw. Familienhilfe leisten, sind berechtigt pflegerische Tätigkeiten durchzuführen. Bei der ehrenamtlichen Tätigkeit (Freiwilligenarbeit) besteht hinsichtlich der Vorbehaltstätigkeiten nach GuKG aber nach wie vor keine Rechtssicherheit. Ehrenamtliche Arbeit wird z.B. als Besuchsdienst von den Wohlfahrtsträgern und gemeinnützigen Vereinen vermittelt. Die Freiwilligenarbeit wird auch politisch – zumindest rhetorisch – sehr unterstützt (vgl. z.B. Klasnic 2006). Altenpflege ist jedoch einer der weniger beliebten Sektoren bei ehrenamtlich Tätigen.

Gewerbe

Bestimmte Haushaltsdienstleistungen konnten auch schon vor Einführung des Personenbetreuungsgewerbes in Form eines Gewerbes geleistet werden (vgl. Kreimer/Hartl 2004, 57f). Dienstleistungen, die unter die Gewerbeordnung fallen, können nicht als neue Selbständige oder sonstige FreiberuflerInnen ausgeübt werden, also kann beispielsweise die Krankenpflege als freiberufliche Tätigkeit, nicht aber als Gewerbe ausgeübt werden. Zur Ausübung reglementierter Gewerbe ist ein Befähigungsnachweis erforderlich, bei einem freien Gewerbe ist das nicht der Fall. Außerdem ist eine Gewerbeberechtigung (Gewerbeschein) zu lösen. Gewerbsmäßigkeit liegt vor, wenn eine Tätigkeit selbständig, regelmäßig und mit Gewinnabsicht erfolgt. Die Gewerbeordnung schließt Vereine mit ein. Mit der Neuregelung der Pflege zu Hause wurde das Gewerberecht entsprechend abgeändert, sodass das Gewerbe der Personenbetreuung für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung anwendbar ist.

5.3 Berufsrecht und Professionalisierung

Die Berufsgesetze der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe definieren und regeln die Berufsberechtigung und -ausübung. Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das 1997 in Kraft trat, wurden die Pflegeberufe zu einer eigenständigen Profession, bis dahin waren sie als ärztliche Hilfsberufe konzipiert. Das GuKG war daher ein wichtiger Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflegeberufe. Zu den Pflegeberufen zählen der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen) und die Pflegehilfe, zu den Sozialbetreuungsberufen gehören die Berufsgruppen Alten-, Behinderten- und Familienarbeit. Hilfeleistungen in der Nachbarschafts-, Familien- und Haushaltshilfe sind durch das

GuKG nicht berührt, das bedeutet unter anderem, dass Familienmitglieder oder Nachbarn Pflegetätigkeiten ausüben dürfen. Dasselbe gilt für die Sozialbetreuungsberufe.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Durch das GuKG sind die Tätigkeitsbereiche, die die Angehörigen des *gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes* ausüben dürfen, geregelt. Der *eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich* umfasst die Planung, Durchführung, Evaluation, Dokumentation und Organisation der Pflege sowie die Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal. Eigenverantwortlichkeit bedeutet fachliche Weisungsfreiheit, d.h., diese Tätigkeiten dürfen ohne ärztliche Aufsicht erfolgen und die Krankenpflegepersonen tragen die Haftung. Der *mitverantwortliche Tätigkeitsbereich* umfasst hingegen Maßnahmen die nur nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden dürfen. Diese im Krankenpflegegesetz festgeschriebenen *Vorbehaltstätigkeiten* (eigen- und mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich) dürfen nur vom gehobenen Dienst geleistet werden und nur unter bestimmten Voraussetzungen an Pflege- oder Heimhilfen delegiert werden. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege können im Gegensatz zu Pflege- und Heimhilfen freiberuflich tätig sein.

Der Tätigkeitsbereich der *Pflegehilfe* umfasst pflegerische Maßnahmen, insbesondere die Grundpflege, Mobilisation, Körperpflege und Ernährung, Krankenbeobachtung, prophylaktische Maßnahmen und die Dokumentation. Pflegerische Maßnahmen dürfen von Pflegehilfen nur unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes durchgeführt werden, wobei die Aufsicht auch als nachfolgende Kontrolle erfolgen kann, nachdem sich die anordnungsbefugte Person von den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegehilfe überzeugt hat. Im Einzelfall dürfen Pflegehilfen nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal oder ÄrztInnen therapeutische und diagnostische Tätigkeiten, wie die Verabreichung von Arzneien, Anlegen von Verbänden, subkutane Insulininjektionen, Sondenernährung usw., durchführen.

Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Pflegehilfen müssen eine Berufsberechtigung, also die entsprechende Qualifikation, nachweisen können, dazu gehört übrigens laut GuKG auch die Beherrschung der deutschen Sprache. Ausländische Diplome bedürfen einer Anerkennung.¹⁰⁰ Bei Abschlüssen, die vor dem 1.5.2004 in der Tschechischen Republik und der Slowakei absolviert wurden, ist nachzuweisen, dass die Tätigkeit in den letzten fünf Jahren ununterbrochen mindestens drei Jahre ausgeübt wurde und eine Arbeitsbestätigung der ArbeitgeberInnen vorzulegen, bei polnischen Diplomen, die vor 2004 abgeschlossen wurden, ist eine 5-jährige Berufstätigkeit innerhalb der letzten sieben Jahre nachzuweisen. Für Ungarn gelten ausschließlich Diplome ab 1998 als gleichwertig (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, BMGFJ).

¹⁰⁰ Feststellung der Gleichwertigkeit bei Diplomen aus EWR- und EU-Staaten und der Schweiz oder Nostrifikation, wenn die Ausbildung nicht in einem dieser Staaten absolviert wurde oder wenn kein Diplom im Sinne der Richtlinie 77/452/EWG vorliegt.

Sozialbetreuungsberufe

Die Sozialbetreuungsberufe sind landesgesetzlich geregelt, was in der Vergangenheit einige Probleme hervorgerufen hat, z.B. die Mobilität zwischen den einzelnen Bundesländern einschränkte, weil die Qualifikationen anerkannt werden mussten. Die Berufsbilder, Ausbildung und Tätigkeitsbereiche sollen aber in Zukunft harmonisiert werden (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Sozialbetreuungsberufe).¹⁰¹ Die Sozialbetreuungsberufe sind in drei Qualifikationsniveaus gegliedert: HelferInnen-, Fach- und Diplomniveau in den Bereichen Altenarbeit, Behindertenarbeit und Familienarbeit (z.B. Altenhilfe, AltenfachbetreuerIn, DiplomaltenbetreuerIn). Auf HelferInnenniveau sind die Kompetenzen gleich jenen der Heimhilfen, auf Fachniveau den Kompetenzen der Pflegehilfen laut GuKG, d.h., AltenfachbetreuerInnen haben dieselben Kompetenzen wie Pflegehilfen (s. o.). Aufgabe der *Heimhilfen* ist die Betreuung und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen aller Altersstufen bei der Haushaltsführung und Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie tätigen erforderliche Verrichtungen in der Betreuung und Hilfe, die nicht den Pflegeberufen oder sonstigen Gesundheitsberufen vorbehalten sind. Heimhilfen können unter denselben Bedingungen wie Pflegehilfen „unterstützende Tätigkeiten bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln“ durchführen (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Sozialbetreuungsberufe). Die Berufsausübung ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt, so darf nach Wiener Heimhilfengesetz der Beruf der Heimhilfe nur im Rahmen einer Einrichtung ausgeübt werden, die entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen hat. Die freiberufliche Ausübung der Heimhilfe ist in Wien unzulässig, in der Steiermark hingegen erlaubt (Steiermärkisches Alten-, Familien- und Heimhilfegesetz - AFHG).

Professionalisierung

Das Berufsrecht ist ein wichtiges Instrument der Professionalisierung, zum einen im Sinne der Verberuflichung als der Bezahlung von Arbeit, also der Abgrenzung zur unbezahlten Arbeit (Laienarbeit, Ehrenamt, Familienarbeit), zum anderen als Mittel der Standardisierung, Qualitätsentwicklung und -kontrolle. Das Berufsrecht definiert Kompetenzbereiche der einzelnen Berufsgruppen und grenzt sie voneinander ab. Indem es Qualitäts- und Qualifikationsstandards vorgibt, ist einerseits ein gewisses Qualitätsniveau sowie Sicherheit für die Gepflegten gewährleistet, auf der anderen Seite ist Effizienzsteigerung der Arbeit möglich. Im Zuge des steigenden finanziellen Druckes dem öffentliche Leistungserbringung ausgesetzt ist, werden zunehmend Maßstäbe des Marktes an die wohlfahrtsstaatliche Leistungserbringung angelegt (Ökonomisierung und Kommerzialisierung). Gerade in den sozialen Berufen können Effizienzanforderungen mit ethischen Grundsätzen und Ansprüchen in Konflikt geraten. Die Notwendigkeit des Einsatzes der Subjektivität der Arbeitskraft, der Interaktion (Gefühlsarbeit, Beziehungsarbeit) sperrt sich gegen Standardisierung und Rationalisierung. Zugleich werden Fähigkeiten bei feminisierten Berufen, wie es die Pflege- und Sozialberufe sind, als Eignung oder als besonderes Arbeitsvermögen der Frau als ohnehin inhärente oder askribierte Vorzüge und natürliche Eigenschaften vorausgesetzt. Daher bedürfe es weniger einer

¹⁰¹ z.B. Niederösterreichisches Gesetz über die Ausbildung für Berufe in der Altenfachbetreuung, Familien- und Heimhilfe, Gesetz vom 16. Oktober 2007, mit dem die Sozialbetreuungsberufe geregelt werden Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz, LGBl. 4/2008. Das Alten-, Familien- und Heimhilfegesetz, LGBl. Nr. 6/1996 in der Fassung LGBl. Nr. 16/2006 wurde mit in Krafttreten des StSBBG am 18. Jänner 2008 außer Kraft gesetzt.

Qualifikation als einer natürlichen Eignung, was eine entsprechend geringere Bezahlung rechtfertigt (vgl. auch Beck-Gernsheim 1981; Ostner 1979; Meifort 2000).

Standardisierung ist ein Mittel der Organisation von Arbeitsteilung, der Effizienzsteigerung und nicht zuletzt der Anpassung der Arbeit und der Tätigkeit an die Anforderungen des Marktes bzw. der Marktideologie. Um Kosten einzusparen wird die Haus- und Sorgearbeit, wenn sie nicht mehr unbezahlt erbracht wird, in Tätigkeiten und Berufe je nach (vorgeblichen) Qualifikationserfordernissen und -niveaus aufgespalten. Diese Transformationsprozesse von Arbeit und Beruf sowie Geschlechterverhältnissen und der Rekonfiguration von Arbeitsteilung finden in einem Spannungsfeld zwischen wachsendem Bedarf nach haushaltsnahen Dienstleistungen und Sorgearbeit bei steigenden Qualitätserfordernissen der öffentlichen Geldgeber und Ansprüchen der KlientInnen einerseits sowie Budgetrestriktionen andererseits und daraus folgendem Druck zu Effizienzsteigerung und Kosteneinsparung, statt. Mit der Höherbewertung der professionalisierten Berufsarbeit wird die nichtprofessionelle, unbezahlte, informell oder irregulär geleistete Arbeit entsprechend entwertet und aus Sozialschutzsystemen ausgeschlossen. Professionalisierungsprozesse sind also auch Prozesse der Hierarchisierung und Exklusion.

Professionalisierung bezeichnet einerseits die Transformation unbezahlter zu bezahlter Arbeit, von privater oder ehrenamtlicher Arbeit zu einem Beruf oder einer Profession. Professionalisierung geht aber über die Umformung von unbezahlter in bezahlte Arbeit hinaus und bedeutet nicht lediglich die Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Arbeit. Der Begriff Professionalisierung wird alltagsweltlich zwar oft verwendet, sozialwissenschaftlich sind die Begriffe Professionalisierung und Profession allerdings sehr eng gefasst. Unter Professionalisierung im engeren Sinne ist die Entwicklung eines Berufes zu einer Profession zu verstehen. Eine Profession ist durch einen systematischen Wissensbestand und akademische Ausbildung (Wissenschaftlichkeit) sowie durch hohes Prestige und soziale Anerkennung gekennzeichnet. Der soziale Aspekt einer Profession ist das Kriterium, das die Differenz zu Arbeit und Beruf ausmacht. Die Profession wird ihrem Ideal zufolge gemeinwohlorientiert und nicht eigennützig, aus Berufung und nicht des Geldes wegen, ausgeübt. Die Profession hat eine eigene Berufsethik. Professionalisten haben zudem hohe Autonomie in ihrer Berufsausübung, die sich in einer berufsständischen Organisation zeigt und durchgesetzt wird. All diese Kriterien unterscheiden Professionen von Arbeit (Jobs) als reinem Gelderwerb und von Berufen. Diesem hohen Anspruch genügen nur wenige Professionen, traditionell sind das ÄrztInnen, Geistliche und JuristInnen. All diese Berufe haben mit zentralen sozialen Werten zu tun: Gesundheit, Religion, Recht (Roloff 1992, 136, zitiert in Albert 1998, 25). Der Grad der Professionalisierung kann insbesondere an zwei Dimensionen abgelesen werden: am Umfang des systematischen Wissens und an der sozialen Dimension, also inwieweit ein Beruf am Kollektivinteresse orientiert und von sozialer Bedeutung ist. Der Prozess der Professionalisierung führt von der Arbeit, die primär der existentiellen Bedürfnisbefriedigung - dem Gelderwerb - dient, über den Beruf, der sich vor allem durch einen hohen Wissensstand auszeichnet. Die soziale Dimension nimmt gegenüber der Arbeit bereits im Laufe der Verberuflichung zu, ist aber insbesondere bei der Entwicklung zur Profession von hoher Bedeutung. Die soziale Bedeutung wird durch die berufspolitische Institutionalisierung, durch gesetzlich geregelten Berufszugang und durch eine berufsständische Vertretung hergestellt und

abgesichert. Die Regulierung des Berufszugangs dient als Exklusionsmechanismus, um eine Elite heranzubilden. Der Anreiz für diese Eliten besteht aus Privilegien (z.B. hohes Einkommen) und Prestige. Diese Privilegien bedürfen allerdings der sozialen Anerkennung. Diese aufrechtzuerhalten bzw. zu erreichen ist Aufgabe der Berufsvertretung. Legitimiert werden die Privilegien der Profession mit dem Kollektivinteresse, das durch einen Ehrenkodex gewahrt werden soll. Es bedarf also der sozialen Konstruktion und Absicherung von Professionen durch Institutionen (Albert 1998).

Krankenpflege- und Sozialberufe als Semi-Professionen

Die Erziehungs-, Sozial- und Pflegeberufe werden häufig als Semiprofessionen bezeichnet. Damit soll ihre Hilfsfunktion gegenüber den Vollprofessionen ausgedrückt werden, klassischerweise ist das bei den Pflegeberufen und medizinischen Hilfsberufen der Fall bzw. wurde so konstruiert. Die Autonomie der Semi-Professionen ist geringer, sie werden von den Vollprofessionen dirigiert, obwohl diese gar nicht das spezielle Fachwissen haben. Den Semiprofessionen mangelt es auch an sozialer Anerkennung:

„Nach Dewe et al. (1986, S. 195) können Semi-Professionen als ‚soziale Gebilde‘ aufgefaßt werden, ... die nur teilweise oder unvollkommen qua sozialer Mechanismen eine eigene Fachkompetenz gegenüber dem Laienpublikum wie auch gegenüber der Gesellschaft als ganzer für sich beanspruchen und/oder durchsetzen können.“ (Albert 1998, 32)

Gegen die Möglichkeit der Entwicklung von Semi-Professionen zu Voll-Professionen werden einige Gründe angeführt: das Wissen der Berufe sei zu spezifisch oder zu vage und die Handlungspraxis durch diffuse Allzuständigkeit gekennzeichnet.

Professionalisierung verteuert die erbrachten Leistungen. Diese sind für die Mehrzahl der BezieherInnen nicht bezahlbar und müssen daher sozialstaatlich abgesichert sein oder aber sie können von jenen, die nicht über die nötigen finanziellen Mittel verfügen, nicht in Anspruch genommen werden. Die sozialstaatliche Erbringung solcher Leistungen bedingt vielfach die Einbindung der Professionen in eine Organisation (z.B. Schule, Krankenhaus) und folglich Einschränkungen der Autonomie, z.B. durch die Vorgabe von Leistungsstandards, Qualitätskriterien etc. Die professionelle Autonomie wird tendenziell umso geringer, je stärker die Einbindung in eine Organisation ist. Je mächtiger die Profession bzw. ihre Berufsvertretung, desto geringer ist die Beschränkung ihrer Autonomie durch den Staat bzw. ist ihre Unabhängigkeit umso größer, je höher die soziale Anerkennung und damit auch die Zahlungsbereitschaft der KlientInnen oder des Staates (Höhe von Leistungssätzen) ist (vgl. Albert 1998).

Nicht zuletzt sind die Kennzeichen der Semi-Professionen jene von feminisierten Berufen, die als solche abgewertet werden. Insbesondere bei den Altenpflegeberufen und in der Hauskrankenpflege ist die Berufsausübung schwer von Alltagstätigkeiten im Privatbereich abgrenzbar. Diese Diffusität der Tätigkeit rückt sie in die Nähe der unbezahlten Arbeit, verstärkt die Tendenz zur Abwertung und erschwert die Professionalisierung (vgl. dazu Krenn et al. 2004, 8). Professionalität oder zumindest Verberuflichung im Sinne der Unterscheidung von unbezahlter und bezahlter Arbeit ist zudem am Grad der Regularität der Erwerbsarbeit abzulesen, also inwiefern der Beruf als Vollzeitarbeit mit sozialen Rechten und adäquater Bezahlung verfasst ist (als Normalarbeitsverhältnis oder entsprechend

dem Ideal der Autonomie der Profession als freiberufliche Tätigkeit mit entsprechend lukrativem Einkommen, vgl. Theobald 2004). Nicht nur die Grenzen zur unbezahlten Arbeit als private Sorgearbeit oder Ehrenamt verschwimmen gerade bei den ambulanten Diensten, auch atypische Beschäftigung (vor allem Teilzeitarbeit) ist weit verbreitet und wird vielfach als Frauenförderung im Sinne der Ermöglichung von Vereinbarkeit verstanden, wobei diese nicht nur im Interesse von Frauen mit Sorgepflichten, sondern mindestens ebenso im Interesse der Organisationen, die ambulante Dienste anbieten, als Flexibilisierungsinstrument genutzt wird. Die Gründe dafür liegen in der Konzeption bzw. Konstruktion vieler sozialer Berufe als Frauenberufe. Insbesondere die Altenpflegeberufe wurden und werden als Nebenerwerbs- und WiedereinsteigerInnen-Jobs entworfen, die Ausbildung blieb auf dem Niveau eines Anlernberufes, bis heute ist sie in Österreich nicht in den Regelschulbetrieb integriert. Weiterbildung und berufliche Mobilität wurden erschwert (vgl. Krajic et al. 2005a, 22f). Durch den generalistischen Berufszuschnitt (Haushalts- und grundpflegerische Tätigkeiten) der Qualifikationen und den Rückgriff auf das sogenannte spezifische weibliche Arbeitsvermögen wird die Tätigkeit in den Bereich der Alltagsarbeit gerückt und damit entwertet (vgl. Krenn 2004, 2f; Krenn et al. 2004 6f; Meifort 2000, 63f; Theobald 2004).

Hemmnisse der Professionalisierung - Ökonomisierung und Prekarisierung

Die Berufsgesetze böten zwar eine gute Basis für die Professionalisierung der Pflegeberufe, die Anhebung des Prestiges und ihre Attraktivierung, durch den Ökonomisierungsdruck und Prekarisierungstendenzen wird die Professionalisierung aber wieder unterminiert. Restriktive Budgets der öffentlichen Hand führen zu Effizienz- und Flexibilisierungsmaßnahmen, wie Atypisierung als Teilzeitarbeit oder Scheinselbständigkeit (vgl. Krenn et al. 2004, 8). Pflegearbeit bleibt – eingepasst in einen konservativen Rahmen der Sozial- und Familienpolitik - als Zuverdienst- und Vereinbarkeitsmodell für Frauen mit Betreuungspflichten konzipiert. Obwohl die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe keineswegs frauenfreundliche Arbeitsbedingungen bieten, sind sie stark feminisiert. Die Arbeitsbedingungen sind durch Atypisierung dermaßen zugerichtet, dass Erwerbsarbeit und Sorgepflichten vereinbar sind, allerdings vielfach ohne eine eigenständige Existenzgrundlage zu gewährleisten. Einsparungspotentiale in den sozialen Diensten finden sich da, wo Tätigkeiten an niedrig qualifizierte und angelernte Kräfte delegiert werden können. Der Kostendruck auf die sozialen Dienste führt daher auch zur Fragmentierung der Leistungserbringung, ein Kritikpunkt der immer wieder als Argument für die Eins-zu-Eins-Pflege, wie sie bei der 24-Stunden-Pflege der Fall ist, ins Feld geführt wird.

Bestehende Standards und Professionalisierungsbestrebungen werden durch den Abbau von sozialen Rechten durch die Atypisierung von Beschäftigungsverhältnissen massiv untergraben. So führte die selbständige Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege dazu, dass insbesondere Frauen, die über Transferleistungen wie Kindergeld oder Arbeitslosengeld abgesichert sind, bei sogenannten Pooldiensten beschäftigt sind. Nicht nur, dass die sozialrechtlichen Ansprüche damit verringert sind, was bei Personen, die über andere Transferleistungen abgesichert sind zwar zumindest aktuell ein geringeres Problem darstellt, längerfristig aber negative und nachhaltige Auswirkungen, z.B. auf Pensionsansprüche, hat. Insgesamt wirkt die Atypisierung auf den Gesamtarbeitsmarkt als Druck auf die normal beschäftigten ArbeitnehmerInnen und bewirkt eine Aufspaltung des Arbeitsmarktes in

Segmente gut abgesicherter Normalarbeitsverhältnisse und prekärer Arbeit (vgl. Caixeta et al. 2004, 31). Durch die selbständige Ausübung wurden auch die Kompetenzbereiche der Berufsgruppen (gehobener Dienst und Pflegehilfe) aufgeweitet, eine Entwicklung, die sich in der Erweiterung der Kompetenzen für 24-Stunden-Betreuungs-Kräfte (Personenbetreuung) in noch weit größerem Ausmaß fortsetzte. Argumentiert wurde die Ausdehnung mit der Unpraktikabilität des Verbots der Ausübung der Vorbehaltstätigkeiten nach GuKG sowie damit, dass Angehörige berechtigt sind, dieselben Tätigkeiten auszuführen und es daher unsinnig sei, sie anderen Privatpersonen zu untersagen (siehe S. 138). Mit der Neuregelung der Gesundheitsberufe durften PersonenbetreuerInnen sowohl die Grundpflege, die den Pflegehilfen vorbehalten war, als auch medizinische Pflege, wie Medikamentenverabreichung, Reinigen von Kanülen, Injektionen etc. durchführen.

5.4 Praxis der Vermittlungsorganisationen: Legalitätskonstruktionen und der Umgang mit Gesetzen bis 2006/2007

Die folgende Darstellung der Praxis der Vermittlungsorganisationen basiert auf den Ergebnissen der Analyse der Interviews mit AgenturleiterInnen bzw. MitarbeiterInnen und von Informationsmaterialien (Websites, Broschüren, Werbematerial) der Agenturen. Bis 2006/2007 waren die meisten Organisationen in unterschiedlicher Weise bestrebt, ihre Tätigkeit und jene der Beschäftigten in einen gesetzeskonformen Rahmen zu bringen oder zumindest den Anschein von Legalität zu erwecken, einerseits wohl um den KlientInnen Bedenken und Befürchtungen zu nehmen, andererseits um rechtlicher Verfolgung und Anzeigen zu entgehen, denn obwohl es erst 2006 zur großen Skandalisierung kam, gab es schon bis dahin immer wieder Anzeigen und Ausweisungen von 24-Stunden-PflegerInnen in mehreren Bundesländern.

Rechtliche Organisationsform der Vermittlungsagenturen

Die untersuchten Vermittlungsagenturen waren entweder als Vereine oder als Unternehmen organisiert. Unabhängig von der Organisationsform suggerierten sie häufig mit Bezeichnungen wie Verein oder Stiftung sowie religiös inspirierten Namen Gemeinnützigkeit und Altruismus, ebenso wird die Tätigkeit der Pflegekräfte oft als *gemeinnützig*, *mildtätig* oder *karitativ* bezeichnet. Die Betonung des nichtkommerziellen Organisationszwecks war wohl weitgehend auf die Illegalität der Praxis der 24-Stunden-Betreuung zurückzuführen. Häufig betonten die LeiterInnen bzw. Obleute der Agenturen - vor allem jene der gemeinnützigen Vereine - sie verdienten nicht an der Vermittlungstätigkeit und nannten selbstlose Ziele, wie die Verbesserung der unzureichenden Pflegesituation, für ihr Engagement. Es gibt auch eine Reihe von Agenturen, die von Behinderten geführt werden. Firmen, die hauptsächlich Hauskrankenpflege anbieten, stellen die Vermittlungstätigkeit als Nebengeschäft dar. Offenbar wird an diesem sehr gut verdient. Immerhin gab ein Inhaber einer Pflegefirma an, pro KlientIn bis zu 450 Euro pro Monat zu lukrieren, was bei aktuell sechs eingesetzten Kräften 2.700 Euro irregulärer Zuverdienst ausmachte. Dabei fiel kaum zusätzliche Arbeit an, da die KlientInnen zugleich zum offiziellen Stundensatz durch die Hauskrankenpflege betreut wurden.

Private Hauskrankenpflegedienste sind Firmen, die qualifizierte Pflegedienste durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal anbieten.¹⁰² Als Privatunternehmen müssen sie die Preise möglichst niedrig halten, da sie keine Förderungen in Anspruch nehmen bzw. erhalten und die Konkurrenz zu den geförderten Pflegedienstleistern groß ist. Um Förderungen zu erhalten und entsprechend subventionierte Stundensätze anbieten zu können, müssen Förderrichtlinien eingehalten werden, die landesgesetzlich geregelt sind, z.B. eine gewisse Gebietsabdeckung zu erreichen, was für kleine Firmen, vor allem im ländlichen Raum, kaum zu bewerkstelligen ist. Die AnbieterInnen versuchen den höheren Preis bzw. das Entfallen von Zuschüssen durch ein Mehr an Qualität und Zeit (keine Stundenbegrenzungen, Nacht- und Wochenenddienste etc.) zu kompensieren, um wettbewerbsfähig zu sein. Dieser Qualitätsvorsprung gegenüber den sozialen Diensten und der Entfall einer öffentlichen Förderung der Tarife werden insbesondere durch niedrige Personalkosten erreicht. Die Bestimmungen des Arbeitsrechtes und die damit verbundene Verteuerung (z.B. tarifgemäße Entlohnung, Zahlung von Zulagen für Überstunden, Nacht- und Wochenendarbeit, Urlaubsanspruch, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall etc.) werden durch freiberufliche Ausübung und irreguläre Arbeit (Schwarzarbeit) erreicht. Für sogenannte SelbstzahlerInnen, also KlientInnen, die aufgrund ihres Einkommens keinen geförderten Stundensatz erhalten, kann eine private Pflegefirma sogar günstiger kommen als die Wohlfahrtsträger. Die Preise der privaten Dienste sind aber immer noch weit höher als jene von Rund-um-die-Uhr-Betreuung (siehe auch Kap. 8).

Vermittlungstätigkeit

Auch die Vermittlungstätigkeit der Agenturen war bis zur gesetzlichen Regelung 2007 nicht gesetzeskonform. Es ist rechtlich unzulässig, ohne Gewerbeberechtigung Arbeit zu vermitteln, gemeinnützige Arbeitsvermittler müssen ihre Tätigkeit beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit anzeigen und dürfen weder von den BeschäftigtenInnen noch von den Beschäftigten Gebühren verlangen, ausgenommen Unkostenbeiträge. Die Ausübung der gewerblichen Arbeitsvermittlung ist ein reglementiertes Gewerbe. Eine Gewerbeberechtigung für Arbeitsvermittlung lag jedoch bei keiner der untersuchten Organisationen vor. Die AgenturleiterInnen argumentierten, sie seien keine Arbeitsvermittler, da sie keine Arbeit vermittelten. Es wurde negiert, dass unselbständige Arbeitskräfte vermittelt werden, entweder indem die Tätigkeit der Pflege- und Betreuungskräfte als selbständig oder als ehrenamtlich bezeichnet wurde.¹⁰³ Das Entgelt der BetreuerInnen wurde als Taschengeld, die

¹⁰² Manche private HauskrankenpflegeanbieterInnen sind auch sogenannte Pooldienste, das sind Personalpools von diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die an Krankenanstalten und Heime, aber auch im ambulanten Dienst vermittelt werden (Vermittlung von Arbeitsverträgen). Die Pflegekräfte sind freiberuflich tätig und führen selbst Sozialversicherung und Steuern ab. In bettenführenden Krankenanstalten kommt eine Poollösung aufgrund der Weisungsabhängigkeit aber nicht in Betracht. Um die Scheinselbstständigkeit in diesem Bereich zu bekämpfen, wurde 2005 das GuKG novelliert und die Arbeitskräfteüberlassung für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal geregelt. Im Gegensatz zum Pooldienst sind die Pflegekräfte bei ArbeitskräfteüberlasserInnen (Leih- oder Leasingfirma) nach Kollektivvertrag angestellt. Die BeschäftigtenInnen dürfen maximal 15% ihres Personals durch Leihpersonal abdecken.

¹⁰³ Manche Organisationen erwiesen sich als sehr kreativ hinsichtlich der Legalitätskonstruktion ihrer Tätigkeit. Eine Firma fungiert als Heimhilfeausbilderin. Die Organisation steht zu den BetreuerInnen in einem Ausbildungsverhältnis, es besteht kein Dienstverhältnis, die Entgeltzahlung erfolgt informell zwischen KlientInnen und BetreuerInnen, die Rund-um-die-Uhr-Betreuung wird als Praktikum bezeichnet. Die Organisation wird als Anbieterin für Kurse zur Ausbildung von Heimhilfen offiziell von der Stadt Wien angeboten (Magistratsabteilung 15, 2008). Organisationen sind die BetreuerInnen UntermieterInnen der KlientInnen und erhalten für erbrachte Dienstleistungen Geld aus dem Untermietvertrag. Die PflegerIn muss also die Miete abarbeiten, bekommt aber sogar noch Geld dafür. Begründet wird diese Konstruktion mit §. 28 MRG, Mietrechtsgesetz. Auch in diesem Fall müsste jedoch ein Dienstverhältnis zwischen BetreuerIn (UntermieterIn) und KlientIn (VermieterIn) mit allen arbeits- und sozialrechtlichen Konsequenzen bestehen und eine Beschäftigungsbewilligung gegeben

Tätigkeit als ehrenamtlich oder Nachbarschaftshilfe bezeichnet. Vielfach wurde argumentiert, es würden lediglich die Kontakte zwischen Pflegekräften und KlientInnen hergestellt, für die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen sei die Vermittlungsorganisation nicht verantwortlich.

Viele Agenturen regulieren und organisieren jedoch das Pflegearrangement sehr weitreichend. Neben der Vermittlung und Einschulung arrangieren sie die Reise der Pflegekräfte, etwaigen Ersatz bei Ausfällen, manche intervenieren auch bei Problemen und kassieren die Tagessätze der PflegerInnen bei den KlientInnen, die sie dann an diese ausbezahlen, wodurch sie auch ein gewisses Maß an Kontrolle und Druck ausüben können. Tatsächlich waren die Agenturen maßgeblich an der Entwicklung der Praxis der 24-Stunden-Pflege beteiligt und setzten Standards, die sogar in der späteren gesetzlichen Regelung ihren Niederschlag fanden. Das 2007 neu geschaffene Personenbetreuungsgewerbe schließt nun die Vermittlung von PersonenbetreuerInnen mit ein, sodass die Vermittlung legal ohne Befähigungsnachweis durchgeführt werden kann (siehe Kap. 7).

Schwarzarbeit?

Die Stellungnahmen der VermittlerInnen zur Frage der Irregularität der Arbeit waren widersprüchlich. Die Hälfte der befragten Personen gab sich überzeugt von der Legalität sowohl der Vermittlung als auch der Tätigkeit der BetreuerInnen, die anderen Befragten sprachen von einem Graubereich oder sagten, die Tätigkeit sei schwarz. Auch die meisten der befragten NutzerInnen von 24-Stunden-Betreuung bezeichneten das Pflegearrangement als Schwarzarbeit, sie waren sich also durchaus des Gesetzesverstoßes bewusst. Während in der öffentlichen Debatte ab 2006 häufig dargestellt wurde, die Betreuten und Angehörigen seien verunsichert und verängstigt, machten die Befragten keineswegs einen derartigen Eindruck. Die AgenturleiterInnen rechtfertigten die Irregularität damit, dass die gängige Praxis unter Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen nicht realisierbar sei. Unter legalen Voraussetzungen wäre eine 24-Stunden-Pflege für die meisten Pflegebedürftigen nicht leistbar. Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sei verglichen mit den Preisen von mobilen Hilfsdiensten oder einer *Bedienerin* oder *Putzfrau* eine günstige Alternative, die den Zusatzvorteil der permanenten Anwesenheit einer BetreuerIn biete. Das Fehlen einer Beschäftigungsbewilligung wurde mit dem großen bürokratischen und zeitraubenden Aufwand eines Antrages gerechtfertigt. Oft müsse eine BetreuerIn sehr schnell vor Ort sein, was mit den langen Fristen nicht vereinbar wäre. Berufszulassungsverfahren seien ebenfalls aufwendig und mit hohen Kosten verbunden. Manche VermittlerInnen überwälzten die Zuständigkeit für die Einhaltung von Rechtsbestimmungen und das Abführen von Sozialabgaben und Steuern auf die KlientInnen und PflegerInnen. Andere argumentierten, „*selbständige Krankenschwestern*“¹⁰⁴ seien für die Versteuerung und Versicherung

sein. Die Vermittlung der Mietverträge wird durch eine tschechische Firma erbracht, inwieweit die Vermittlung von Mietverträgen legal ist, erscheint fraglich, wenn das reglementierte Gewerbe der Immobilienreuhänder ausgeübt wird.

¹⁰⁴ Einige Agenturen vermittelten „selbständige PflegerInnen“. Abgesehen davon, dass zur Ausübung der Pflegeberufe die entsprechende Qualifikation und Berufsberechtigung gegeben sein müsste, ist die freiberufliche Ausübung nach GuKG diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen vorbehalten. Die Pflegehilfe darf nicht freiberuflich ausgeübt werden. Die Berufsausübung muss nach GuKG in einem Dienstverhältnis zu Anstalten oder Einrichtungen, die unter ärztlicher oder pflegerischer Leitung stehen oder zu freiberuflich tätigen ÄrztInnen oder Gesundheits- und KrankenpflegerInnen erfolgen. Pflegehilfen können nicht in einem Dienstverhältnis zu den KlientInnen stehen, es sei denn, eine gesetzeskonforme Aufsicht wäre gegeben. Es müsste demnach ein Dienstverhältnis zu der Vermittlungsorganisation bestehen und diese müsste die pflegerische Aufsicht und Kontrolle übernehmen und dazu berechtigt sein. Dasselbe gilt für Heimhilfen in den meisten Bundesländern. Abgesehen von der Zulässigkeit freiberuflicher Ausübung der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe nach dem Berufsrecht handelte es sich bei der gängigen Praxis der 24-Stunden-Betreuung aber kaum um eine selbständige Tätigkeit im

selbst verantwortlich, sie brauchten keine Arbeitsbewilligung und arbeitsrechtliche Bestimmungen müssten nicht eingehalten werden. Etwaige Anerkennungsverfahren von Qualifikationen lägen ebenso im Zuständigkeitsbereich der PflegerInnen. Da die Einkommen so niedrig seien, müssten sie ohnehin nicht versteuert werden, jedenfalls nicht in Österreich. Für eine eventuell notwendige Versteuerung im Herkunftsland müssten die BetreuerInnen selbst Sorge tragen. Bei Vereinen wurde argumentiert, die Steuer- und Versicherungspflicht entfalle, da es sich um kein Arbeitsverhältnis handle. Teilweise werden Versicherungen (Reiseversicherung, Unfallversicherung) abgeschlossen, die Kosten dafür werden oft den KlientInnen zugeschlagen (Standard ist ein Euro pro Tag). Haftungsfragen blieben weitgehend ungeklärt. Kaum eine Organisation hatte bislang konkrete Überlegungen zu diesem Problem angestellt. Ein Vermittler argumentierte, da keine Pflege geleistet werde, kämen auch keine Pflegefehler vor. Von einer Meldung zur Unterkunft rieten die meisten Agenturen den KlientInnen ab.

Berufsrechtliche Bestimmungen

Hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs der Pflegekräfte betonte der Großteil der VermittlerInnen, die BetreuerInnen seien vor allem in der Haushaltsführung eingesetzt. Tatsächlich wird aber meist die Grundpflege, d.h. Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und Hilfe zur Mobilität, geleistet, also Tätigkeiten, die über den Aufgabenbereich einer Haushaltshilfe hinausgehen und zumindest in den Kompetenzbereich einer Heim- oder Pflegehilfe oder sogar unter die Vorbehaltstätigkeiten von diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen fallen und daher nicht von Personen, die nicht über die gesetzlich vorgeschriebene Qualifikation und Berufsberechtigung verfügen, ausgeübt werden dürfen. Zu einem nicht unbeträchtlichen Teil werden zwar qualifizierte Pflegekräfte eingesetzt, allerdings haben die wenigsten eine Berufsberechtigung. Dazu wäre die Anerkennung des Diploms oder eine Nostrifikation notwendig. Insbesondere die Nostrifikation, die vor allem ältere Pflegekräfte betreffe, ist aufwendig und kostenintensiv. Neben einer Live-in-Stelle und innerhalb der gängigen Turnusintervalle ist die Ausbildung kaum zu absolvieren.¹⁰⁵ Die befragten AgenturleiterInnen setzten sich mit dem Problem der Berufsberechtigung kaum auseinander und wiesen die Verantwortung dafür den PflegerInnen zu. Zudem sei das Verfahren zu kompliziert und zeitraubend. Es sei sehr selten der Fall, dass Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräfte eine Berufszulassung hätten, diese würden legale Arbeitsverhältnisse präferieren.¹⁰⁶ Die berufsrechtlichen Zulassungsbestimmungen wirken demnach als Exklusionsmechanismus für AusländerInnen.

Die Hälfte der befragten VermittlerInnen gab an, diplomiertes Personal zur Kontrolle und Aufsicht einzusetzen und eine Pflegedokumentation durchzuführen, vor allem bei den Hauskrankenpflegeorganisationen scheinen die gesetzlichen Bestimmungen diesbezüglich noch am ehesten eingehalten zu werden. Die Frequenz an Hausbesuchen ist aber bei den meisten Organisationen, falls überhaupt solche regelmäßig durchgeführt werden, niedrig. Lediglich die HauskrankenpflegeanbieterInnen gaben an, regelmäßig Visiten zu machen. Problematisch ist

Sinne des Sozialversicherungsrechtes, sondern vielmehr um Scheinselbstständigkeit. Daher müsste die 24-Stunden-Pflege im Rahmen eines unselbständigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt werden.

¹⁰⁵ Eine Nostrifizierung eines Diploms (für den gehobenen Pflegedienst und für Pflegehilfe) ist notwendig, wenn die Anerkennung nicht möglich ist. Dazu ist ein einjähriger Kurs zu absolvieren, der 200 Stunden umfasst und rund 700 Euro kostet. Außerdem ist ein Praktikum zu absolvieren.

¹⁰⁶ Es gebe auch vermehrt ArbeitsvermittlerInnen bzw. ArbeitskräfteüberlasserInnen und stationäre Einrichtungen, die die für eine Nostrifikation erforderlichen Kurse finanzierten, so ein Vermittler.

insbesondere der Einsatz von nicht und gering qualifizierten Kräften. Bei KlientInnen ohne laufende ärztliche Begleitung oder Versorgung durch qualifiziertes Personal von mobilen Hilfsdiensten ist keinerlei Aufsicht und Kontrolle gegeben. Manche Pflegebedürftige, die durch 24-Stunden-Pflege versorgt werden, haben nicht einmal Angehörige, die sie unterstützen. Außerdem gibt es auch VermittlerInnen, die die 24-Stunden-Pflege ausschließlich telefonisch abwickeln. Um die Qualitätssicherung ist es also insgesamt sehr unterschiedlich bestellt.

Probleme mit Behörden und Anzeigen

Insgesamt wurde die Legalität der 24-Stunden-Betreuung von den wenigsten VermittlerInnen als gravierendes Problem eingeschätzt. Mit Behörden hatten die meisten Organisationen bislang kaum Schwierigkeiten, diesbezüglich bestanden jedoch Unterschiede je nach Bundesland. Nur zwei Organisationen klagten über größere Probleme mit öffentlichen Stellen, beide sind in Wien ansässig. Drei VermittlerInnen berichteten von Vorladungen der Wiener Magistratsabteilung 15 (zuständig für Gesundheit und Soziales). Ein Interviewpartner wurde zwei Mal in Kärnten geklagt, einmal von einer Privatperson, das andere Mal vom Roten Kreuz und zu einer „*erschwinglichen*“ Geldstrafe verurteilt (Interview V2). Daraufhin stellte er seine Tätigkeit in Kärnten ein. Eine Wiener Organisation sah sich immer wieder mit Klagen und Steuerprüfungen konfrontiert, zwei Mal sei sogar die Fremdenpolizei in Haushalte von KlientInnen gekommen. Von Einsätzen der Fremdenpolizei berichteten auch einige der befragten NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege (siehe Kap. 8.5.) Die Leiterin vermutete, die Gewerkschaft habe sie angezeigt (Interview V10). Ein Vermittler beobachtete Zugriffe vom Arbeits- und vom Finanzamt auf seine Website und war auf Klagen gefasst, er habe aber eine gute Rechtsschutzversicherung und Kontakte zum Bundeskanzleramt (Interview V6).

Die Einhaltung rechtlicher Bedingungen wurde als Spitzfindigkeit erachtet, die angesichts der Praxis kein relevantes Thema sei. Es gebe keine Kontrollmöglichkeiten bzw. sei ein Vorgehen gegen die PflegerInnen, etwa durch die Fremdenpolizei in Haushalten, wenig wahrscheinlich, da eine solche Maßnahme als unmoralisch gelte und einen Skandal verursachen würde. Aufgrund der wachsenden Nachfrage und der mangelnden Kapazitäten der bestehenden offiziellen Dienste und Einrichtungen wolle „*die Politik*“ gar nicht gegen die 24-Stunden-Betreuung vorgehen. Es gab kaum Unrechtsbewusstsein. So wurde argumentiert, eine *private Putzfrau* werde ja auch schwarz beschäftigt, zur 24-Stunden-Pflege bestehe kaum ein Unterschied. Nicht wenige VermittlerInnen betonten, sie hätten Rückhalt in den Medien, an die sie sich im Falle von Konflikten mit Behörden wenden könnten. Drei AgenturleiterInnen rechneten mit politischer Unterstützung, sollte es zu Problemen oder Klagen kommen. Genannt wurden unter anderem das Bundesministerium für Justiz und das Bundeskanzleramt. Diese, wie sich durch die nachfolgenden Entwicklungen zeigen sollte, nicht unbegründeten Hoffnungen auf Intervention von mächtigen, politischen AkteurInnen bauten auf Verbindungen der Agenturen zu PolitikerInnen und BeamtenInnen, deren Angehörige selbst irreguläre Pflegedienste in Anspruch nahmen.

Fazit

Der überwiegende Teil der Befragten versuchte die Tätigkeit der Organisation und der Pflegekräfte mit zum Teil sehr ausgefeilten Legalitätskonstruktionen zu legitimieren. Dennoch sind die Rechtfertigungen und Argumente der Vermittlungsorganisationen zirkulär oder widersprüchlich.

Keine der Legalitätskonstruktionen war, wenngleich die Interviewten an die Rechtmäßigkeit zum Teil glaubten oder das zumindest vorgaben, bis 2006 gesetzeskonform. Bezeichnungen wie Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe oder Familienhilfe ändern nichts an der Tatsache, dass die 24-Stunden-Pflege erwerbsmäßig ausgeübt wird.

Nach der Gesetzeslage bis 2006 wäre eine reguläre Beschäftigung als Rund-um-die-Uhr-BetreuerIn durchaus nach dem Hausangestellten- und Hausgehilfengesetz¹⁰⁷ möglich gewesen. Auch eine Anstellung einer AltenhelferIn, PflegehelferIn oder diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn wäre rechtmäßig gewesen, sofern die Berufsvorschriften hinsichtlich Qualifikation, Delegation und Aufsicht eingehalten worden wären und die Arbeitskraft eine entsprechende, anerkannte Ausbildung (Anerkennungsverfahren) vorweisen hätte können. Das Entgelt hätte nach dem Mindestlohntarif der eingesetzten Berufsgruppe festgesetzt werden müssen. Die Einhaltung arbeitsrechtlicher Vorschriften wäre jedoch, vor allem hinsichtlich der Arbeitszeit, kaum mit der gängigen Praxis der 24-Stunden-Betreuung in Einklang zu bringen gewesen. Allein die arbeitszeitrechtlichen Vorschriften einzuhalten, hätte die Beschäftigung von drei bis fünf Arbeitskräften erfordert. Eine kollektivvertragskonforme Entlohnung der Mehrarbeit, Bereitschaftszeit, Nachtarbeit und der Wochenendarbeit, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Urlaubsanspruch usw. sowie die Abfuhr der Sozialabgaben und Steuern machten die Rund-um-die-Uhr-Betreuung für den größten Teil der bislang in dieser Form Gepflegten unleistbar. Die Kosten hätten sich auf fast 4.000 Euro belaufen (Presse 15.07.2006). Personen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten hätten aufgrund der Zugangsbeschränkungen zum Arbeitsmarkt eine Beschäftigungsbewilligung haben müssen und hätten nur als Schlüsselarbeitskräfte beschäftigt werden können, was ein entsprechendes Einkommen voraussetzt. Eine selbständige Beschäftigung war hinsichtlich der berufsrechtlichen Vorschriften gesetzeswidrig. ExpertInnen waren zudem der Ansicht, dass die 24-Stunden-Pflege die Charakteristika eines klassischen unselbständigen Beschäftigungsverhältnisses aufweise (Weisungsgebundenheit, die Arbeit ist an den Bedürfnissen der KlientIn orientiert, eine freie Zeiteinteilung ist daher nicht möglich etc.). Diese Rechtsmeinung setzte sich aber im Gesetzgebungsverfahren nicht durch und die 24-Stunden-Pflege wurde als Gewerbe zu einer selbständig ausübbarer Tätigkeit. Die Pflegearrangements, an deren Entwicklung die Vermittlungsagenturen über die vergangenen 20 Jahre hinweg maßgeblich beteiligt gewesen waren, wurden damit letztlich übernommen und normiert.

¹⁰⁷ Bundesgesetz vom 23. Juli 1962 über die Regelung des Dienstverhältnisses der Hausgehilfen und Hausangestellten (Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz), BGBl. Nr. 235/1962

6 Die Politische und mediale Debatte im Wahlkampf 2006 und ihre Auswirkungen

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit der politischen und medialen Debatte im Zuge des Wahlkampfes 2006, die den Anstoß zur Regulierung der Rund-um-die-Uhr-Pflege bedeutete. Ziel ist es, den Einfluss der öffentlichen Debatte auf den Prozess der Verrechtlichung der 24-Stunden-Pflege zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden die journalistischen Beiträge und Kommentare in zwei österreichischen Qualitätszeitungen (*Der Standard* und *Die Presse*) sowie relevante Berichte aus ORF (Sendungen und Website) sowie einiger weiterer Printmedien herangezogen (*Wiener Zeitung*, *Salzburger Nachrichten*, *Profil*, *Kurier*). Das Thema der Regulierung und auch der Förderung der irregulären Pflege beschäftigte die politischen Parteien und die Medien die gesamte XXIII. Legislaturperiode, die allerdings mit nur zwei Jahren einigermaßen kurz war. In die Anfänge der öffentlichen Debatten fielen auch die ExpertInneninterviews, die zur Validierung der Analyse der laufenden Diskussion verwendet werden konnten.

6.1 Politische Debatte um die 24-Stunden-Pflege

Im Sommer 2006 erlangte das Thema der 24-Stunden-Pflege unerwartet ein Höchstmaß an öffentlicher Aufmerksamkeit. Im Bezirk Krems in Niederösterreich wurden mehrere Personen, die PflegerInnen aus der Slowakei und der Tschechischen Republik beschäftigt hatten, wegen Verstößen gegen das Ausländerbeschäftigungsgesetz¹⁰⁸ angezeigt. Im August 2006 wurde die erste Strafe rechtskräftig. Ein Niederösterreicher, der für seine Eltern zwei Pflegekräfte aus der Slowakei engagiert hatte, musste 2.200 Euro Strafe zahlen. Obwohl es schon bis dahin immer wieder Medienberichte über illegale Pflege in Österreich und auch Anzeigen in mehreren Bundesländern gegeben hatte, war das Thema nie derart breit in der Öffentlichkeit diskutiert worden wie im Jahr 2006. Für die politischen Parteien, die sich bereits im Vorwahlkampf zu den Nationalratswahlen im Oktober 2006 befanden, kam die Thematisierung der illegalen Pflege überraschend. Die Problematik wurde zunächst in ihrer Tragweite unterschätzt und als Sommerlochthema heruntergespielt, vor allem von der Regierungspartei ÖVP. Als Wahlkampfthema war Pflege jedenfalls nicht auf der Agenda der Parteien vorgesehen gewesen. Im größten Kontrast zu der aufkommenden Debatte stand die „Wohlfühlkampagne“ der ÖVP (Presse 10.08.2006). Bundeskanzler Wolfgang Schüssel vertrat zunächst die Linie, dass es keinen „Pflegenotstand“ gebe, es handle sich um eine „überzogene Debatte“ (ORF 08.08.2006). Zudem erklärte er:

„Man kann nicht bei jedem Problem sofort immer nach dem Staat rufen, wie etwa Kinderbetreuung, Ganztagschule, Pflege.“ (Schüssel zitiert im *Kurier* 13.08.2006)

Der Bundeskanzler konnte aber seine Strategie der Dethematisierung nicht weiter aufrechterhalten als er selbst bezichtigt wurde für seine Schwiegermutter illegale Pflegekräfte zu beschäftigen. Er erklärte, er habe damit nichts zu tun, die Pflege seiner Schwiegermutter werde von seiner Frau und seiner Schwägerin organisiert.

¹⁰⁸ Bundesgesetz vom 20. März 1975, mit dem die Beschäftigung von Ausländern geregelt wird (Ausländerbeschäftigungsgesetz - AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975

„Wer sich mit mir matchen will, soll es direkt mit mir aufnehmen und nicht mit meiner angeheirateten Verwandtschaft, die nichts dafür kann.“ (Schüssel zitiert in den Salzburger Nachrichten 23.08.2006)

Damit verschob Bundeskanzler Wolfgang Schüssel die Pflegefrage in den Privatbereich, einerseits auf der persönlichen Ebene, indem er die Verantwortung für familiäre Angelegenheiten weiblichen Familienangehörigen zuschrieb und als Privatsache von der Öffentlichkeit abgrenzte, andererseits indem er die Zuständigkeit des Staates für Pflege generell in Frage stellte. Bundeskanzler Wolfgang Schüssel stand damit in Einklang mit der ideologischen Positionierung der ÖVP private Sorgearbeit vorrangig der Familie zuzuordnen. *„Die Pflege ist nicht primär ein Thema des Staates.“* (Schüssel zitiert im Profil 14.08.2006) Zwar wurden auch im Familienkreis prominenter SPÖ-Politiker (Bundespräsident Heinz Fischer, Caspar Einem) ähnliche Pflegearrangements aufgedeckt, der Bundeskanzler blieb aber im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Die FPÖ warf Bundeskanzler Wolfgang Schüssel vor, sich als Spitzenverdiener für seine Schwiegermutter keine legale Pflege leisten zu wollen.

Die Positionierung der politischen Parteien, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, war bald auf eine Legalisierung der bestehenden Praxis der 24-Stunden-Betreuung festgelegt. Eine rechtliche Verfolgung der BeschäftigtenInnen oder Beschäftigten - die *„Kriminalisierung der Betroffenen“* - lehnten alle Parteien ab. Einzig das BZÖ, der kleine Koalitionspartner in der Regierung, und die FPÖ wandten sich zunächst gegen Legalisierungsbestrebungen. Die breite mediale Darstellung des Themas, die öffentlichen Reaktionen und nicht zuletzt die persönliche Involviertheit einiger PolitikerInnen prädestinierten die Lösungsvorschläge und -modelle hin zu einer rechtlichen Ermöglichung und sogar staatlichen Förderung der 24-Stunden-Pflege. Denkbar wäre ja auch eine Entwicklung in eine andere Richtung gewesen, die zu öffentlicher Empörung über Schwarzarbeit und sozialer Ächtung derselben führen hätte können.

Die öffentliche Debatte war zu Beginn auf die illegale AusländerInnenbeschäftigung fokussiert. Durch den Einsatz der KIAB und die Anzeigen der Zollbehörde war wohl in der Öffentlichkeit der Eindruck entstanden, die Beschäftigungsbewilligung sei das primäre Problem. Die Frage der Gesetzesverstöße hinsichtlich des Arbeits- und Sozialversicherungsrechts sowie des Berufsrechtes wurden - jedenfalls zu Beginn der Debatte - eher ausgeblendet. Die ÖVP betonte ihre Bemühungen der Entkriminalisierung der Betroffenen. Die Opposition kritisierte hingegen *Billigstlösungen* und wies auf die Gefahr von Lohn- und Sozialdumping hin. Das BZÖ als kleiner Koalitionspartner der Regierung, das zudem die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz mit Ursula Haubner stellte, profilierte sich kaum in der Frage der 24-Stunden-Pflege. Wie auch die FPÖ wandte es sich zunächst gegen eine Legalisierung und forderte den Einsatz inländischer Arbeitskräfte.

Der Bundesobmann des Österreichischen Seniorenbundes Andreas Khol schlug die Adaptierung des Au-Pair-Modells für Pflegekräfte vor, was jedoch von der SPÖ-Seite durch Sozialsprecherin Heidrun Silhavy als Lohndumping scharf kritisiert wurde. *"So stellt sich die ÖVP eine Legalisierung vor: Sie will aus der illegalen Ausbeutung eine legale Ausbeutung machen."* (Silhavy zitiert im Standard 29.08.2006) Der Generalsekretär des Österreichischen Seniorenbundes, Heinz Becker, wählte sich sodann im Wissen, wer

für die „schikanösen Aktionen“ gegen die ausländischen Pflegekräfte verantwortlich sei, die SPÖ hätte wohl zu den Anzeigen ermuntert. Auch die Kammer für Arbeiter und Angestellte (AK) sowie der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit Martin Bartenstein hielten das Au-Pair-Modell für ungeeignet, letzterer plädierte für eine Senkung der Mindestverdienstgrenze auf 1.200 statt 1.500 Euro für Schlüsselkräfte in der Pflege (Presse 28.08.2006). Kurt Flecker, Landesrat für Soziales, Arbeit und Kultur in der steirischen Landesregierung (SPÖ) wandte sich ebenfalls gegen das Au-Pair-Modell und gegen BM Martin Bartensteins Vorschlag einer Herabsetzung der Einkommensgrenze für Schlüsselkräfte, mit der Begründung, beide Lösungen würden Lohndumping Vorschub leisten. Es sei typisch für eine konservative Partei auf ArbeitnehmerInnenrechte keine Rücksicht zu nehmen (ORF 07.08.2006). Franz Küberl, Präsident der Caritas Österreich, kritisierte: *„Bei der Pflege haben wir teilweise Zustände des 19. Jahrhunderts. Das Sozial- und Lohndumping muss ein Ende haben.“* (Küberl zitiert in der Presse 29.08.2006) Die SPÖ trat gemeinsam mit dem Österreichischen Gewerkschaftsbund zunächst für eine Entlohnung der PflegerInnen nach Kollektivvertrag nach einem neu zu schaffenden Beschäftigungsmodell ein und vertrat damit am weitestgehenden ArbeitnehmerInneninteressen (SPÖ 2006). Die Grünen forderten eine Erhöhung des Pflegegeldes, den Ausbau der institutionellen Pflege und die Betroffenen nicht zu kriminalisieren. Der Sozial- und SeniorInnensprecher der Grünen, Karl Öllinger, sprach sich gegen *„Billigstlösungen“* und Lohn- und Sozialdumping aus und befürwortete ebenfalls eine reguläre Anstellung der Pflegekräfte: *„Die Idee des Hilfswerks, illegalisierte Pflegende über das Hausangestelltengesetz zu beschäftigen und so das Problem der Illegalisierung zumindest vorübergehend zu lösen, hebt sich wohltuend ab von den makabren Vorschlägen der letzten Tage.“*¹⁰⁹ (Öllinger zitiert im Standard 11.8.2006)

FPÖ und BZÖ forderten den vermehrten Einsatz von inländischen Arbeitskräften anstatt einer Förderung ausländischer PflegerInnen. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Ursula Haubner (BZÖ), wandte sich gegen die Legalisierung und trat für eine Zweckbindung des Pflegegeldes durch einen Pflegescheck ein. Die FPÖ schlug die Einführung eines verpflichtenden Pflegehalbjahres für MedizinstudentInnen vor. *„Man kann von jungen Ärzten schon verlangen, dass sie ausprobieren, ob sie mit kranken, leidenden Menschen umgehen können.“* (Barbara Rosenkranz, Abgeordnete zum Nationalrat, zitiert in der Presse 28.08.2006) Das BZÖ gab zunächst seinen ausländerfeindlichen Reflexen nach und musste wohl am wenigsten auf betuchtes Wahlklientel, das selbst irreguläre Pflege beansprucht, Rücksicht nehmen. Der Bundesparteiohmann des BZÖ Peter Westenthaler forderte die Abschiebung der illegalen Pflegekräfte und die vermehrte Umschulung von Arbeitslosen. Auch der Präsident der Wirtschaftskammer Österreichs, Christoph Leitl, konnte dem Vorschlag des Einsatzes von Arbeitslosen etwas abgewinnen. *„Nach Leitls Vorschlag würde ein Arbeitsloser, der mehrfach Jobangebote ablehnt, als Saisonnier oder etwa in der Pflegebetreuung eingesetzt werden. Verweigert der Betroffene auch das, soll ihm das Arbeitslosengeld gestrichen werden.“* (Leitl zitiert in den Salzburger Nachrichten 24.08.2006) Der Vorstand des Arbeitsmarktservice (AMS), Herbert Buchinger, erklärte jedoch, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften gar nicht gegeben sei: *„Solche Überlegungen würden dann Sinn machen, wenn es zu viele Angebote für Pfleger gäbe und zu wenige Leute, die sich dafür interessieren. Aber es gibt kaum eine offizielle Nachfrage nach solchem Personal. Seit 2002 haben wir über 13.000 Arbeitslose in Pflegeberufen ausgebildet. Wir bilden so viele aus, wie wir unterbringen. Und das wird immer schwieriger. Den Grund kennen wir: Es sind die billigen ausländischen Arbeitskräfte.“* (Buchinger zitiert in der Presse 25.08.2006) Andererseits sagte Josef Ratzenböck, Obmann des Oberösterreichischen Seniorenbundes und ehemaliger oberösterreichischer Landeshauptmann: *„Wir brauchen sie. Wenn wir diese Pflegekräfte nicht haben, bricht unser Pflegesystem derzeit zusammen. Sie arbeiten in einer rechtlichen Grauzone, wir sind*

¹⁰⁹ Karl Öllinger bezog sich auf die o.g. Vorschläge (Au-Pair-Modell und Herabsetzung der Mindestverdienstgrenze für Schlüsselkräfte).

aber derzeit noch nicht in der Lage, eine Legalisierung vorzunehmen." (Ratzenböck zitiert vom ORF 03.08.2006) Petra Bohuslav (ÖVP), Landesrätin in der niederösterreichischen Landesregierung, hingegen erklärte, die Grundversorgung sei in Niederösterreich gewährleistet: *„Wenn die Menschen in Niederösterreich dann noch glauben, sie müssen diese zusätzlichen Dienste zukaufen, dann können sie das tun.“ Die Arbeitskräfte könnten entweder ein Angestelltenverhältnis eingehen, selbstständig sein oder das Risiko der Illegalität tragen, so Bohuslav.*“ (Bohuslav zitiert vom ORF 03.08.2006) Die Wiener Stadträtin für Gesundheit und Soziales Renate Brauner (SPÖ) erklärte, das Wiener Pflegesystem funktioniere gut, die individuelle Versorgung sei gesichert. Der damalige Landesrat in der Salzburger Landesregierung, Erwin Buchinger (SPÖ), stellte die Vorzüge von Heimen dar und behauptete, eine Heimunterbringung sei nicht teurer als die Betreuung zu Hause. Man sei nicht auf ausländische PflegerInnen angewiesen.

Der Abbau von stationären Pflegeplätzen und die sinkende Nachfrage nach mobilen Diensten wurden bereits zu Anfang der Debatte thematisiert. Die Arbeitskräftenachfrage stagniere, obwohl der Pflegebedarf steige, die mobilen Dienste könnten nicht mehr mit den *„slowakischen Preisen“* konkurrieren. *"Wir haben das in den letzten Jahren immer stärker gespürt, dass hier manche Kunden auch aus finanziellen Überlegungen, hier wechseln und unsere Dienste nicht mehr in Anspruch nehmen."* (Christian Treweller, Direktor der mobilen Hilfsdienste Vorarlberg, zitiert im ORF 04.08.2006) Auch die Nachfrage nach Heimplätzen lasse nach, obwohl der Pflegebedarf steige. Man merke, dass es leichter sei im Altersheim einen Platz zu bekommen, so Josef Ackerl (SPÖ), Landesrat in der oberösterreichischen Landesregierung.

Die Einschätzungen der politischen AkteurInnen des Bedarfs an ausländischen Arbeitskräften und der Frage von Engpässen in der Pflegeversorgung divergierten also einigermaßen. Nichtsdestotrotz setzten sich auch PolitikerInnen auf Landesebene für eine Legalisierung der ausländischen Pflegekräfte ein. Die irreguläre Pflege war jahrelang geduldet worden, was den Ländern Medienberichten zufolge geschätzte 300 Mio. Euro jährlich ersparte (Kurier 03.08.2006).

Das jahrelang praktizierte Wegschauen bei der irregulären Pflege konnte nach der medialen Aufmerksamkeit und Skandalisierung aufgrund der Anzeigen nun nicht weiter betrieben werden. Die mediale Inszenierung sowie nicht zuletzt die persönliche Involviertheit von PolitikerInnen machte – vor allem in Wahlkampfzeiten – ein Vorgehen gegen Schwarzarbeit unmöglich. Argumentiert wurde auch, die Kapazitäten offizieller Pflege seien nicht gegeben, der Zusammenbruch des Pflegesystems drohe, wären die ausländischen Arbeitskräfte nicht mehr einsetzbar. Die Betroffenen dürften nicht kriminalisiert werden. Die gängige Praxis der 24-Stunden-Pflege sei alternativlos, alle Beteiligten zufrieden, daher solle die häusliche Pflege möglichst in derselben Form wie bisher aufrechterhalten und rechtlich ermöglicht werden, so der bald allgemeine Tenor.

Den Pflegebedürftigen und ihren Familien solle *„die Angst genommen werden“*, allseits wurde die *„Entkriminalisierung“* der Betroffenen gefordert. BM Martin Bartenstein appellierte an die Landeshauptleute, Anzeigen kulant zu lösen, indem sie vom Milderungsrecht nur Ermahnungen auszusprechen, Gebrauch machten. BM für Finanzen, Karl-Heinz Grasser, erklärte, den bei der KIAB vorliegenden anonymen Anzeigen werde nicht nachgegangen und das Hausrecht nicht angetastet.

6.2 Mediale Inszenierung und Idealisierung

Öffentliche Bekenntnisse zu einer Verfolgung der Rechtsverstöße infolge der Rund-um-die-Uhr-Pflege wurden ab dem August 2006 immer rarer. Dass sich die öffentliche Debatte vorrangig auf die

Ermöglichung und Weiterführung des etablierten Betreuungsmodells der 24-Stunden-Betreuung konzentrierte, war nicht zuletzt auf die mediale Inszenierung der Thematik zurückzuführen. Bilder von alten Menschen, die von PflegerInnen aufopfernd umsorgt werden, wurden endlos reproduziert. Kontrastiert wurde die mediale Idealisierung der häuslichen Pflege mit abschreckender Berichterstattung aus Altenheimen.¹¹⁰

Die relativ einseitige mediale Darstellung könnte Anlass zu dem Schluss geben, dass JournalistInnen als Angehörige des gehobenen Mittelstandes im eigenen Bekannten- und Verwandtenkreis irreguläre Pflegearrangements vorfinden und diese in relevanten Kreisen des öffentlichen Diskurses bereits so weit verbreitet sind, dass eine kritische Auseinandersetzung aufgrund eigener Betroffenheit kaum erfolgte. Laut einer Market-Umfrage für das Profil Ende August sprachen sich zwei Drittel der Befragten für eine Legalisierung der PflegerInnen aus, insbesondere höher Gebildete seien dafür (Wiener Zeitung 10.08.2006). Wenig beteiligt an den Debatten und in der medialen Darstellung waren hingegen die Hauptbetroffenen: die Pflegebedürftigen und PflegerInnen innerhalb der irregulären Betreuungsarrangements und auch die Pflegebedürftigen und Pflegende, die keine 24-Stunden-Pflege in Anspruch nehmen können und auf familiäre oder öffentliche Pflege angewiesen sind. Der Diskurs um Altenpflege war für mehr als ein Jahr vom Thema der 24-Stunden-Pflege, die für einen relativ kleinen Kreis von NutzerInnen leistbar ist (s. u.), bestimmt. Die folgende Darstellung von Kommentaren in den Tageszeitungen Der Standard und Die Presse sollen das verdeutlichen und die zum Teil sehr widersprüchliche Argumentation aufzeigen.

Im Gegensatz zur öffentlich angebotenen Pflege sei die irreguläre ein funktionierendes und leistbares Modell. Es gebe nur GewinnerInnen, lediglich die Gesetze müssten geändert werden.

Hans Weiss, der an der Skandalisierung des Pflegearrangements der Schwiegermutter des Bundeskanzlers beteiligt war, schrieb in einem Gastkommentar im Standard: *"Das einzige Problem mit den slowakischen Pflegerinnen scheint mir zu sein, dass die Sache laut österreichischen Gesetzen illegal ist. Alle direkt daran Beteiligten – sowohl die Pflegerinnen als auch die Gepflegten und deren Angehörige – sind damit sehr zufrieden."* (Gastkommentar von Hans Weiss im Standard vom 26./27.08.2006) Ebenso der Theologe Paul Zulehner: *„Betroffene haben längst die Lösung in der Pflegemisere gefunden - was fehlt, ist deren gesetzliche Fassung. Es gibt keinen Pflegenotstand (die Betroffenen haben ja die von alten Gesetzen verursachte Notlage längst behoben), sondern lediglich einen legislatischen Notstand. Die Gesetze sind zu ändern, nicht die Praxis."* (Gastkommentar von Paul Zulehner in der Presse vom 14.09.2006) Zulehner lobte die 24-Stunden-Pflege als Innovation der Zivilgesellschaft: *„Die Zivilgesellschaft ist innovativer als der Staat und die Gewerkschaften zusammen. [...] Betroffene haben sich als höchst erfinderisch erwiesen. [...] Sie haben ein neues Arbeitsfeld ‚definiert‘. [...] Durch die Definition dieses neuen Arbeitsfeldes geschieht ein Rückbau jener Spezialisierung, der zu vielen Berufen geführt hat und zur paradoxen Situation, dass eine Person nicht machen darf, was sie durchaus könnte. Dass diese Entspezialisierung zu keinem Verlust an Qualität führt, zeigt die gute Ausbildung der meisten ausländischen Helferinnen."* (a.a.O.)

¹¹⁰ „Spätestens das entsetzliche Bild von Franz Antel in einer Illustrierten sollte auch sorglose Zeitgenossen alarmiert haben. Abgemagert, mittellos, im Rollstuhl kauend: So ein Lebensabend droht gefeierten Regisseuren. Dem Rest der Österreicher blüht ein ähnliches Schicksal. Denn die Republik steckt knietief in einer Pflege-Krise. Sie hat zu wenige Pfleger - und die sind zu teuer. Und das, obwohl man im harten Pflegeberuf kaum reich wird. Darum sind hierzulande 40.000 Pflegerinnen aus Osteuropa tätig. Sogar die Hilfsorganisationen geben hinter vorgehaltener Hand zu: Ohne Olga aus Kosice oder Jana aus Kattowitz brähe das System zusammen.“ (Kommentar von Oliver Grimm in der Presse 07.08.2006, Franz Antel ist ein österreichischer Filmregisseur.)

Bemerkenswert ist der widersprüchliche Befund, dass die „Entspezialisierung“ keine Qualitätsverluste zur Folge habe, was auf die gute Qualifikation der Betreuungskräfte zurückzuführen sei. Dabei kommt es eher aufgrund der Ausbildung des Personals nicht zu Pflegefehlern, jedenfalls widerspricht sich Zulehner implizit. Andererseits wurde Einwänden mangelnder Qualifikation der ausländischen Pflegekräfte entgegengehalten, Pflege und Betreuung müssten unterschieden werden. Bei den Tätigkeiten der Rund-um-die-Uhr-Betreuungs-Kräfte handle es sich vor allem um Betreuungs- und hauswirtschaftliche Tätigkeiten, nebenher anfallende Pflege könne auch ohne Ausbildung – möglicherweise sogar besser – geleistet werden.

Hans Rauscher zitiert in einem Kommentar einen Betroffenen, dessen Meinung er sich offenbar anschließen kann: *„Pflege' besteht nämlich bei den meisten Menschen nicht aus qualifizierten medizinischen Eingriffen. Es handelt sich vielmehr um so ‚banale' Dinge wie Anziehen, Waschen, Einkaufen, Kochen, etc. Die wichtigste ‚Qualifikation' bei der Pflege ist nicht irgendein Diplom, sondern die persönliche Beziehung zwischen PflegerIn und zu Pflegendem. Man muss selbst darüber bestimmen können, wer einen wann, wo und wie pflegt. Aus persönlicher Erfahrung würde ich sogar eher sagen, dass ‚qualifiziertes' Personal das problematischere ist, da es versucht, sein 08/15-Schablonen-Schulwissen durchzusetzen und sich selbst für Experten hält.“* (Kommentar Hans Rauscher im Standard 12./13.08.2006)

Rauschers Kommentar ist ein Beispiel für die Abwertung der Pflegeberufe. Qualifikation setzt er unter Anführungsstriche und die Tätigkeiten, die Betreuungskräfte ausüben, bezeichnet er als „*banal*“. Nicht eine Qualifikation, sondern die Beziehung bestimmt die Qualität der Arbeit. Lediglich einige BerufsvertreterInnen wandten sich gegen die Vermischung von Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und kritisierten die Abwertung der Berufe.

Christine Ecker, Obfrau des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV), kritisierte die „*wilde Vermischung von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung*“. In einem ORF Interview meinte Ecker, die 40.000 illegal Beschäftigten würden hauptsächlich Betreuungstätigkeiten durchführen, nur zu 20% würden Pflegeleistungen erbracht. Mehr als 30.000 des illegalen Personals seien also in der Betreuung und nicht in der Pflege im Einsatz (ORF 01.09.2006). Dem ist allerdings entgegen zu halten, dass ja nicht ein Teil der Beschäftigten nur Pflegetätigkeiten ausübt und ein anderer nur nicht-pflegerische Tätigkeiten, sondern die Rund-um-die-Uhr-Kräfte zu einem großen Teil hauswirtschaftliche und Betreuungstätigkeiten leisten, aber zum Teil auch Grund- bzw. medizinische Pflege (siehe dazu S. 178). Manfred Ainödhofer schreibt in einem Leserbrief in der Kronen Zeitung: *„Die gegenständlichen ausländischen Hilfskräfte können nicht als Pflegekräfte angesprochen werden, da sie Hausfrauen, Friseurinnen, beruflos etc. sind, d.h. sie sind keine „PflegerInnen“ (?), sondern bestenfalls BetreuerInnen. Die in diesem Zusammenhang von Politikern und Medien verwendete Bezeichnung „Pflegerin“ ist falsch: Den Terminus PflegerIn als Berufsbezeichnung gibt es in Österreich nicht. Sollten diese ausländischen Hilfskräfte als BetreuerInnen Pflege durchführen, so ist das nicht nur nicht statthaft, sondern grob fahrlässig und kriminell. Solange Medien und Politiker die unrichtige Bezeichnung „Pflegerin“ wahllos verwenden, wird die Bevölkerung falsch informiert und kann sich kein fachlich und sachlich richtiges Urteil über [die] brisante Thematik bilden. Als Pflegedirektor lasse ich die in Österreich durchgeführte professionelle Pflege nicht durch die Vermischung von Pflege einerseits mit Betreuung irgendwelcher Art andererseits herabsetzen, und fordere die Medien resp. die Politiker endlich aufzuklären, über welchen Tätigkeitsbereich hier eigentlich geredet wird!“* (Leserbrief von Manfred Ainödhofer in der Kronen Zeitung vom 24.09.2006)

In der medialen Darstellung überwogen aber die BefürworterInnen eines *Rund-um-Modells*, die *Entspezialisierung* und Entbürokratisierung der häuslichen Pflege wurde als besonders innovativ erachtet. Gelobt wurde die unbürokratische All-Inclusive-Lösung ohne teure Qualifikation der Betreuungskräfte. Immer wieder wurde argumentiert, es gäbe einen Betreuungsnotstand, aber keinen Pflegenotstand. Einerseits wurde die Grenze zwischen Betreuung, hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Pflege gezogen, um darzustellen, dass es sich bei den PflegerInnen gar nicht um Pflegekräfte handle, weil sie vorrangig nichtpflegerische Tätigkeiten ausübten - wobei zumeist ausgeblendet wurde, dass Grundpflege (Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme usw.) in den Vorbehaltsbereich der Pflegeberufe fällt (s. o.) - bzw. qualifizierte Pflegeleistungen ohnehin nicht den Hauptteil der Arbeit ausmachen. Spezialisierung und Professionalisierung von Pflege- und Sozialbetreuungsberufen wurden als Bürokratisierung kritisiert und auf die damit einhergehende Verteuerung verwiesen. Ein ganzheitliches, neues Berufsbild solle forciert werden. AltenbetreuerInnen bräuchten keine „hochkarätige“ Qualifikation, „vielleicht braucht man nicht so viele diplomierte Schwestern“, so z. B. Wiener Pflegeombudsmann Werner Vogt (Vogt zitiert im Standard 09.08.2006).

Zum einen wurde die Professionalisierung und arbeitsteilige Organisation der institutionellen Pflege und Altenbetreuung kritisiert, zum anderen wurde eine Schieflage festgestellt, wenn unqualifizierten PflegerInnen abgesprochen werde, jene Arbeit tun zu können, die Angehörige ebenso ohne Ausbildung machen. Es wurde also die Nähe zur privaten, unbezahlten Arbeit hergestellt um die professionelle Arbeit abzuwerten. Diese Argumentation verschleierte letztlich, dass eigentlich die Entlohnung der Arbeit bzw. die Gewährung sozialer Rechte abgesprochen werden.

Angesichts der Tatsache, dass 80% der häuslichen Pflege von Angehörigen geleistet werde, seien die Professionalisierungstendenzen geradezu lächerlich, meint der Gerontologe Wolfgang Friedl: „Alle Involvierten - Bewohner, Mitarbeiter und Politiker - sind Opfer einer Logik, die sich aus dem Zusammenwirken einer zu großen Zahl von Personen ergeben muss. Auf periodisch und zwangsläufig auftretende Missstände wird mit erhöhter Regeldichte reagiert, die nicht produktiven Aufwand und Druck auf das Personal zur Folge hat. Die Systeme werden so immer bürokratischer, anonymer und vor allem teurer. Die eigentliche Ursache allfälliger Probleme wird dadurch tendenziell verstärkt. [...] Zugedeckt werden solche gesellschaftlichen Denkstörungen durch diverse Mechanismen. Etwa durch ständige Ausbildungsoffensiven. Diese bieten dem Personal Aufstiegschancen und führen dazu, dass sich das Personal auf Gedeih und Verderb mit den gegebenen ‚Orwell’schen Strukturen‘ identifiziert. So werden strukturelle Diskussionen unterdrückt, und dies auf der Basis von ‚Selbstevaluierung‘ des gegebenen Systems. Damit geht einher, dass dem ‚ungebildeten Alltagsmenschen‘ jedwede Kompetenz abgesprochen wird, seine Erfahrungen und Reflexionen werden diskreditiert. Der Einfluss misslicher sozialer Bedingungen wird herunter-, die Möglichkeiten professionellen Handelns hochgespielt. Besonders lächerlich wirkt diese Tendenz angesichts der Tatsache, dass in der Altenpflege 80 Prozent der Pflegearbeit im informellen Bereich, also familiär, geleistet wird. Österreichweit stehen 13.200 Vollarbeitszeitäquivalente im formellen Bereich 261.000 im informellen Bereich gegenüber“. (Gastkommentar von Wolfgang Friedl im Standard 19./20.08.2006)

Durch die Idealisierung der 24-Stundenpflege wurden die Nachteile und Gefahren dieses Betreuungsmodells fast vollständig ausgeblendet. Relativ randständig blieb Kritik an der 24-Stunden-Pflege, die fast ausschließlich von Personal- und BerufsvertreterInnen, GewerkschaftsvertreterInnen und teilweise von VertreterInnen der sozialen Dienste kam. Die Debatte war letztlich auf den Aspekt der Spezialisierung der professionellen Pflege relativ verengt und ließ soziale Rechte, die mit einem regulären Arbeitsverhältnis verbundenen wären relativ ausgeblendet. Die Einwände der Berufsvertretung dürften dem Image der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe zudem noch geschadet haben, diesen Eindruck gewinnt man aus Kommentaren von JournalistInnen, aber auch Leserbriefen und Postings in Medien und deren Internet-Auftritten. An dem Vorschlag, Arbeitslose in der Pflege einzusetzen (s. o.), entzündete sich dennoch einige Kritik.

Die Idee bedeute eine „*unglaubliche Geringschätzung des Pflegeberufes*“, so Ernst Wolner (Gastkommentar im Standard vom 29.08.2006). Lisa Nimmervoll kritisierte im Standard den „*absurde[n] Plan, arbeitsunwillige Arbeitslose quasi ‚zur Strafe‘ zum Pflegedienst abzustellen. Das hat den Hautgout, dass es in der sozialen Hierarchie des Arbeitsmarktes etwas ganz unten Angesiedeltes gäbe, wohin besonders Unwillige strafversetzt werden könnten. [...] Es ist eine grobe Entwertung der Pflegearbeit, wenn man so tut, als könnte jeder sie sich leisten. Pflege setzt ganz spezielle Qualifikationen voraus. Qualifikationen, die anspruchsvolle Ausbildungen erfordern. Pflege braucht aber auch ‚soft skills‘, die zu diesem Beruf befähigen oder, wenn sie fehlen, ihn zu einem Desaster für beide – Pflegende und Pflegebedürftige – machen würden.*“ (Kommentar von Lisa Nimmervoll im Standard 24.08.2006)

Nicht zuletzt wird die 24-Stunden-Pflege mit Kosten- und Marktargumenten verteidigt, es sei ein funktionierender Markt entstanden. Die Nichteinhaltung von arbeits- und sozialrechtlichen Standards und Gesetzen wurde mit den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und den Einkommensvorteilen (im Vergleich zum Lohnniveau im Herkunftsland), die die Pflegekräfte ohnehin genießen, legitimiert.

Harald Waiglein zeigt die Vorteile des unkomplizierten Pflegearrangements für alle Beteiligten bis hin zur SteuerzahlerIn auf: „*Es ist offensichtlich, dass im Pflegebereich ein funktionierender Markt entstanden ist. Auf der einen Seite stehen zehntausende Pflegebedürftige, die nicht viel Geld zur Verfügung haben. Sie können sich weder einen legalen, österreichischen Pfleger noch ein Heim leisten. Auf der anderen Seite gibt es zehntausende Osteuropäer, die bereit sind, den offenen Bedarf an Pflege zum nachgefragten Preis abzudecken. Und dann gibt es noch eine dritte Seite, nämlich die des Steuerzahlers: Er erspart sich durch dieses Arrangement 480 Millionen Euro im Jahr, weil er ja letztlich über das staatliche Pflegegeld für die Betreuung älterer Menschen aufkommt. Der einzige Schönheitsfehler ist, dass dieses Arrangement nach derzeitiger Gesetzeslage illegal ist.*“ (Kommentar von Harald Waiglein in der Wiener Zeitung 12.08.2006) Paul Zulehner bezeichnet den Verzicht auf soziale Rechte und Absicherung als Entwicklung eines neuen „*Finanzierungsmodells*“ im Zuge der Europäisierung des „*Solidar-Marktes*“. „*Die Betroffenen haben ein neuartiges Finanzierungsmodell entwickelt. Dieses passt in keinen der herkömmlichen Kollektivverträge (jede Lösung, die die helfenden Personen in einen solchen hineinnötigt, scheitert an der Nichtfinanzierbarkeit sowie am Arbeitsrecht, das eine Rund-um-die-Uhr-Tätigkeit gar nicht zulässt). Vielmehr sind die Helfenden aus dem Ausland (und vielleicht morgen auch aus dem Inland) eine Art KleinunternehmerInnen. ‚Ausgebeutet werden‘ sie weniger als das in jenen Betrieben geschieht, die ins Ausland verlegt werden, weil dort die Lohnkosten niedriger sind. Diese zu uns kommenden Personen zahlen daheim Sozial- und Krankenversicherung. Die Betroffenen bei uns kaufen ihnen Stunden ab. Das stellt auch sicher, dass nicht bezahlt wird (was finanziell desaströs wäre), wenn eine dieser Personen erkrankt (auch*

dafür sorgt sie selbst vor). Es passiert auch eine Art Europäisierung des Solidar-Marktes (die unter dem Strich uns billiger kommt als eine Rückführung in das veraltete Gesetzeswerk). Das Argument, dass es den bei uns etablierten Pflegeberufen schadet, sticht nicht: Weil es ja nicht um Pflege, sondern um das neu definierte Arbeitsfeld geht.“ (Zulehner a.a.O.)

Es ist doch bemerkenswert, dass in mehreren Kommentaren auf das Funktionieren des Marktes rekurriert wird und dabei unerwähnt bleibt, dass es sich um einen Schwarzmarkt handelt. Die Marktlogik funktioniert scheinbar perfekt, auf der Grundlage des Lohnunterschiedes treffen sich Angebot und Nachfrage in der Mitte und beide Seiten sind zufrieden. Der Schwarzmarkt füllt eine Lücke, die der Staat weder organisatorisch noch finanziell zu füllen in der Lage ist. Strukturell kann die Nachfrage aufgrund der arbeitsteiligen Organisation - der Spezialisierung und Professionalisierung (infolge des Berufsrechts) - nicht gedeckt werden und ist aufgrund rigider arbeits- und sozialrechtlicher Bestimmungen nicht finanzierbar. Eine professionelle Arbeitsteilung sei daher weder organisierbar noch finanzierbar. Der Schwarzmarkt ist eine Reaktion auf Überregulierung. Diese Argumentation innerhalb der Marktideologie - einen Schwarzmarkt als funktionierenden Markt zu bezeichnen - setzt die Negation eines sozialstaatlich regulierten Marktes voraus.

Der Ökonom Stephan Schulmeister bemerkt dazu: „Abschließend eine Anmerkung zur Ökonomie des Schwarzmarkts. Im Sozialbereich floriert dieser nicht dort, wo der Sozialstaat (über-)reguliert, wie Hans Weiss in seinem Beitrag schreibt, sondern wo er nicht aktiv wird. Zum Beispiel zahnärztliche Leistungen: Werden diese von der Kasse bezahlt, so gibt es keinen Schwarzmarkt, weil die Patienten ihre Ansprüche einlösen (dies entspricht der Logik der Pflegeschecks). Beim Zahnersatz aber wird am Staat ‚vorbeigecash‘.“ (Gastkommentar von Stefan Schulmeister im Standard 30.08.2006)

In der öffentlichen Debatte kristallisierte sich die Meinung heraus, das Pflegepersonal aus dem Osten sei in einem besonderen Arbeitsmarktsegment bzw. Arbeitsfeld beschäftigt und stelle daher keine Konkurrenz für inländisches Personal dar. Dieses sei nicht bereit zu denselben Bedingungen zu arbeiten, also müsse zwangsläufig auf AusländerInnen zurückgegriffen werden. Es gebe kein Lohn- oder Sozialdumping, weil die 24-Stunden-Pflege keine Konkurrenz für die in der regulären Pflege Beschäftigten sei. Dass das Angebot der 24-Stunden-Pflege zu den gegebenen Arbeitsbedingungen und Preisen konkurrenzlos ist, sei demnach auf den Unwillen der österreichischen ArbeitnehmerInnen zurückzuführen.

„Wer österreichische Arbeitnehmer vor Lohndumping schützen will, hat ehrenhafte Motive. Er sollte sich nur ehrlich fragen, warum er trotz des bestehenden Lohnschutzes eigentlich nicht selbst als Pfleger arbeitet. Wenn aber kaum Österreicher in Pflegeberufen arbeiten wollen, wen will man eigentlich schützen?“ (Kommentar von Harald Waiglein in der Wiener Zeitung 12.08.2006) Kritisiert werden auch die AusländerInnen-Feindlichkeit und die AusländerInnen-Politik, wenn es um Pflegekräfte geht. Hans Rauscher differenziert zwischen qualifizierten Schlüsselkräften aus Osteuropa und Zuwanderung von „Minderqualifizierten aus einem autoritär-patriarchalischen Kulturkreis“!

“Diese Koalition fährt eine ‚strenge‘ Ausländer-Politik. Das bedeutet eine generelle Grundhaltung, wonach ‚der Ausländer‘ ein feindliches Wesen und möglichst fern zu halten sei. Fairerweise muss man erwähnen, dass die Politik der SPÖ nicht viel anders war (und sich erst langsam ändert). Diese generelle Grundhaltung vermischt berechnete Bedenken mit hysterischen, ja kontraproduktiven Ängsten. Es ist eine

Sache, ob man die Zuwanderung von minderqualifizierten Arbeitskräften aus einem autoritär-patriarchalischen Kulturkreis für wünschenswert hält, eine andere, ob man gleichzeitig hoch qualifizierten Schlüsselkräften aus Osteuropa die Tür vor der Nase zuschlägt, weil die betreffenden Gesetze dumm und die entscheidenden Amtsorte latent fremdenfeindlich sind. In der Frage der ausländischen Pflegerinnen ist diese dumme und selbstbeschädigende Mentalität deutlich sichtbar geworden. Ohne sie gibt es keine Pflege für zehntausende hilfsbedürftige Menschen, Punkt. Inländer sind zu knapp und zu teuer. Aber diese Regierung lässt nicht einmal Pflegerinnen und Pfleger aus umliegenden neuen EU-Staaten herein. Mit ‚Übergangsfristen‘ schützt man ‚inländische Arbeitskräfte‘, die es auf diesem und anderen Sektoren gar nicht gibt.“ (Kommentar von Hans Rauscher im Standard 12./13.08.2006) Auch Barbara Tóth zeigt die Nachteile der Arbeitsmarktbeschränkungen auf und vergleicht die österreichische Arbeitsmarktpolitik mit jener in Großbritannien, wo es sogar Anwerbeagenturen für offiziell beschäftigtes Pflegepersonal gebe. Tóth bezeichnet die österreichische Situation als „organisierte Sozialkriminalität“. „Nach Österreich kommen nur noch jene, die Illegalität und quasifeudale Abhängigkeitsverhältnisse in Kauf zu nehmen bereit sind – weil es ihre einzige Aussicht auf Verdienst ist. Immer öfter sind das nicht die Diplomierten, sondern die notdürftig Angelernten. Der Kontrast könnte nicht größer sein: Während in England inzwischen sogar eigene Anwerbungsagenturen aktiv sind, die den osteuropäischen Pflegermarkt nach den mobilsten und motiviertesten Kräften abgrasen, ist in Österreich ein nicht einmal halb legaler Betreuungskirtag zu Dumpingpreisen entstanden.“ (Kommentar von Barbara Tóth im Standard 11.08.2006)

Interessanterweise ist Rauscher hier nun für eine Arbeitsmarktöffnung für hoch qualifizierte Schlüsselkräfte, während er sich in obigem Kommentar offenbar mit einem Betroffenen identifizieren konnte, der sich gegen qualifiziertes 08/15-Schablonen-Schulwissen wandte bzw. darauf hinwies, dass banale Tätigkeiten zu verrichten wären. Die Argumente werden, wie nicht nur das letzte Beispiel zeigt, zurechtgebogen, um die Praxis der 24-Stunden-Pflege zu legitimieren. Die dargestellten Kommentare zeigen die Widersprüchlichkeiten in der öffentlichen Debatte, in der es vorrangig um die Rechtfertigung der Praxis ging. Kritische Stimmen wurden kaum laut. Dennoch reicht das Spektrum der medialen Meinungsäußerung und Darstellung des Betreuungsarrangements von „kunstvollem Familienanschluss“ (Zulehner) bis „Leibeigenschaft“ (Tóth a.a.O.).

„Fast fühlt man sich an die Zeiten der Monarchie erinnert, als Haushaltshilfen aus Böhmen, Mähren oder von der Hohen Tatra in Leibeigenschaft in der Metropole Wien werkten.“ (Tóth, a.a.O.) Was Barbara Tóth an Leibeigenschaft oder feudale Verhältnisse erinnert, nennt Paul Zulehner hingegen einen „kunstvollen Familienanschluss“, der es Frauen ermöglicht, einer Erwerbsarbeit nachzugehen: „Zu den Aufgaben etwa slowakischer Frauen gehört vorab das 24-Stunden-Standby (‚Beistand‘ rund um die Uhr). Das ist die einzige Chance, dass Angehörige (Frauen) berufstätig bleiben können. Die innovative Überwindung der veralteten Gesetze ist durch die innovative Kraft von Frauen geschehen, die ihren Beruf nicht aufgeben wollen und aus finanziellen Gründen auch nicht können. [...] Wie soll eine Frau, die jemanden zu Hause hat, der auf die Anwesenheit eines anderen angewiesen ist (auch ohne gepflegt werden zu müssen), in Ruhe berufstätig sein, wenn sie nicht sicher ist, ob das Gas auch wirklich abgedreht ist, ob jemand verwirrt sich aus dem Haus begibt etc. Dazu braucht es Personen, die eine Art kunstvollen Familienanschluss bekommen und denen sowohl die Angehörigen wie die oftmals nicht einfachen Umsorgten vertrauen. Dazu kommen Haushaltsarbeiten wie kochen oder aufräumen. Sodann ‚Betreuungsaufgaben‘ (Arbeit mit Menschen). Und in Einzelfällen auch Arbeit am Menschen (Pflege).“ (Zulehner a.a.O.)

Misstände in der 24-Stunden-Pflege wurden kaum thematisiert. Es ist anzunehmen, dass aufgrund der Tendenz der Darstellung in den Medien vor allem Vorzeigefälle verwendet wurden. Beachtlich ist

daher, dass PflegerInnen in mehreren TV-Berichten das Anliegen artikulierten, nicht ausgenutzt werden zu wollen (z.B. ZIB2 08.08.2006)

Stephan Schulmeister meint, die Situation der Pflegekräfte sei keineswegs so positiv, wie sie in den Medien dargestellt werde. *„Der Schein trügt: Für die Vermittlung kassieren Makler etwa ein Drittel der Gesamtkosten, die Pflegerinnen haben keinerlei soziale Absicherung, wird kein Makler verwendet, so ist die Abhängigkeit der Pflegerinnen von ihrem jeweiligen Arbeitgeber enorm. Manche werden als ‚Universalhaushaltshilfe‘ zu 20-30 Euro pro Tag verwendet, in einem Fall wurde die ‚Pflegerin‘ nach drei Monaten ohne Bezahlung heimgeschickt. Wenige Fälle von sexueller Nötigung kamen vor Gericht, die Dunkelziffer dürfte allerdings erheblich sein. Als Grundlage für eine effiziente Lösung der Pflege zu Hause müsste zunächst der Istzustand dokumentiert werden. Die wichtigste Informationsquelle dazu sind Interviews mit Pflegerinnen (unter Zusicherung von Anonymität). Sozialforschungsinstitute könnten erste Ergebnisse binnen weniger Monate vorlegen.“* (Gastkommentar von Stephan Schulmeister im Standard vom 30.08.2006)

Fazit

Die 24-Stunden-Pflege wurde in den Medien als nahezu alternativlos präsentiert. Professionelle Dienste wurden als bürokratisch und teuer kritisiert und stationäre Pflege noch negativer dargestellt. Den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bleibe nichts anderes übrig, als Pflegekräfte schwarz anzustellen, weil eine professionelle 24-Stunden-Betreuung unter der geltenden Gesetzeslage unpraktikabel und nicht finanzierbar sei. Außerdem würde sogar den öffentlichen Haushalten Geld erspart. Österreichische Arbeitskräfte würden Arbeit in der 24-Stunden-Pflege ohnehin nicht annehmen, daher müsse der Arbeitsmarkt nicht geschützt werden. Dabei wurde keineswegs zwischen Schwarzarbeitsmarkt und Arbeitsmarkt unterschieden, es blieb unberücksichtigt, dass österreichisches Personal auch in anderen Branchen nicht zu einem Fünftel des Lohnes arbeiten würde. Implizit wurden inländische Arbeitskräfte als unwillig und faul hingestellt und auch nicht bemerkt, dass gewöhnlich bei Schwarzarbeit (auch bei feminisierter Arbeit, wie Putzarbeit) ein höherer Stundenlohn als bei formeller Arbeit lukriert wird, da die Lohnnebenkosten nicht abgeführt werden. Es wurde argumentiert, ein funktionierender Markt sei entstanden oder gar ein neues europäisches Solidarsystem, denn aufgrund der Lohndifferenz profitierten die Pflegekräfte ohnehin und könnten sich daher selbst versichern. Es gebe also nur GewinnerInnen, die PflegerInnen verdienten ein Mehrfaches eines in ihrem Herkunftsland erzielbaren Einkommens und seien mit den Arbeitsbedingungen zufrieden. Die Argumente für die Nichteinhaltbarkeit gesetzlicher Vorschriften basierten zum anderen auf der Besonderung von Haus- und Sorgearbeit im Vergleich zu normaler Erwerbsarbeit. Die Notwendigkeit einer Ausbildung wird mit der Begründung, dass die Arbeit auch von Angehörigen ohne Qualifizierung erbracht werde, negiert. Die Arbeit wird in die Nähe der unbezahlten Haus- und Sorgearbeit gerückt. Professionalisierung im Sinne einer regulären Beschäftigung verbunden mit sozialen Rechten sowie einem gewissen Ausbildungsniveau sei also

- (1) nicht notwendig (Argument: das kann jede Frau),
- (2) nicht möglich, weil sie zu teuer und nicht organisierbar sei und
- (3) abzulehnen, weil im Gegensatz zur familiären oder familialisierten Arbeit zu (teurem) Bürokratismus, Unflexibilität und Unpersönlichkeit führe.

7 *Legalisierung der 24-Stunden-Pflege*

Im folgenden Kapitel soll der Wandel der 24-Stunden-Pflege von einem illegalisierten oder irregulären Pflegearrangement zu einem mehr oder weniger regulären, gesetzeskonformen Beschäftigungsverhältnis nachgezeichnet werden.¹¹¹ Nach der unerwartet starken Politisierung der irregulären Pflege im Zuge des Wahlkampfes 2006 wurde ein Amnestieprogramm erlassen und die irreguläre Pflege verrechtlicht. Im Vordergrund dieser Regularisierungsbestrebungen standen Rechtssicherheit und Schutz vor rechtlicher Verfolgung für die BeschäftigtenInnen und PflegerInnen herzustellen sowie die Finanzierbarkeit und Praktikabilität der Fortführung des bereits etablierten 24-Stunden-Pflege-Modells weitestgehend zu ermöglichen. Die Regulierung betraf zuerst die illegale AusländerInnenbeschäftigung, im Laufe der Debatten wurde auch die Formalisierung der Arbeitsverhältnisse und der damit verbundenen sozialen Rechte sowie die Verberuflichung im Sinne notwendiger Qualitätsstandards zum Thema. Kapitel 7.1 untersucht den Prozess der gesetzlichen Neuregelung und die politischen Maßnahmen um die 24-Stunden-Pflege zu legalisieren. Ziel der Analyse ist zum einen den Konnex zum vorigen Kapitel herzustellen, das den politischen und medialen Diskurs rund um die 24-Stunden-Pflege behandelte. Es soll herausgearbeitet werden, in welcher Form die irreguläre Pflege legalisiert wurde. In Kapitel 7.2 werden schließlich die politischen Ergebnisse der XXIII. Legislaturperiode hinsichtlich der irregulären Pflege dargestellt und die analysiert.

7.1 *Die gesetzliche Regulierung der 24-Stunden-Pflege*

Ausländerbeschäftigungsgesetz: Ausnahmeregelung für 24-Stunden-PflegerInnen

Noch vor den Nationalratswahlen am 1. Oktober 2006 wurde eine Ausnahmeregelung für die 24-Stunden-Pflege geschaffen. Ausländische Pflegekräfte, die in Privathaushalten beschäftigt und den Übergangsbestimmungen zur ArbeitnehmerInnenfreizügigkeit unterliegen (also keine Beschäftigungserlaubnis haben), wurden per Verordnung von BM Martin Bartenstein aus dem Geltungsbereich des Ausländerbeschäftigungsgesetzes (AuslBG) ausgenommen.¹¹² Die Beschäftigung der 24-Stunden-PflegerInnen war somit kein Verstoß mehr gegen das Ausländerbeschäftigungsgesetz. Hürden für eine ordnungsgemäße Anmeldung zur Sozialversicherung würden abgebaut, ein Anstieg der regulären Beschäftigung sei zu erwarten und mit Mehreinnahmen in der Sozialversicherung zu rechnen, so die Begründung für die Verordnung im Vorblatt. Inländische Arbeitskräfte seien von der Ausnahmeregelung nicht betroffen, da sie im Haushalt kaum eingesetzt würden bzw. die AusländerInnen keine Konkurrenz zu den in der institutionalisierten Pflege Beschäftigten seien. Ausdrücklich sollte diese Ausnahme nicht dazu führen, dass auch Haushaltshilfen oder Arbeitskräfte zur Kinderbetreuung im Privathaushalt uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang bekommen. BM

¹¹¹ Inwieweit die nunmehr bestehenden Regelungen auch tatsächlich gesetzeskonform sind, wird sich erst weisen, beispielsweise dann, wenn Klagen auf zivilrechtliche Ansprüche einlangen. Bisher ist das nicht der Fall.

¹¹² Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit, mit der die Ausländerbeschäftigungsverordnung geändert wird, BGBl. II Nr. 405/2006

Martin Bartenstein im Standard: „Wir wollen Pflegekräfte legalisieren, nicht die Putzfrau.“ (Standard 05.09.2006) Es sollte also nicht der gesamte Schwarzarbeitsmarkt im Bereich der privaten Haushalte legalisiert werden, was umgekehrt bedeutet, dass ein großer Teil von im Haushalt Beschäftigten weiterhin illegalisiert bleibt. Ziel der gesetzlichen Regelung war ausschließlich Arbeitskräfte in der 24-Stunden-Pflege zu legalisieren, (qualifizierte) Pflege Tätigkeiten sollten weiterhin den Pflegeberufen nach GuKG vorbehalten bleiben. In derselben Intention wurde das Hausbetreuungsgesetz (HBeG)¹¹³ gestaltet (siehe unten), was sich jedoch als unpraktikabel und widersprüchlich erwies. Einerseits wurde unterstrichen, es handle sich nicht um Pflegekräfte, andererseits wurde damit negiert, dass die Betreuungskräfte gerade Pflege Tätigkeiten ausübten und somit weiterhin in einem Graubereich arbeiteten. Der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) reagierte mit Ablehnung auf die Ausnahmeregelung, die eine Öffnung des Arbeitsmarktes durch die Hintertür bedeute. Nach einem Jahr Arbeit in der Rund-um-die-Uhr-Pflege könnten die PflegerInnen Beschäftigung in jeder Branche in Österreich annehmen und neue Arbeitskräfte würden benötigt, eine Endlosspirale würde in Gang gesetzt (Rudolf Hundstorfer, Präsident des ÖGB zitiert in der Presse 02.09.2006).

„Amnestiegesetz“

Die Aufhebung der Beschränkung der ArbeitnehmerInnenfreizügigkeit für 24-Stunden-Pflege-Kräfte löste aber keineswegs das Problem der Schwarzarbeit, sondern lediglich jenes der illegalen AusländerInnenbeschäftigung. Daher wurde im November 2006 das Pflegeübergangsgesetz¹¹⁴ beschlossen. Durch dieses sogenannte Amnestiegesetz wurden Verwaltungsstrafbestimmungen, die ArbeitgeberInnen in privaten Haushalten bei der Beschäftigung von Pflegekräften betreffen, außer Kraft gesetzt. Das Gesetz berührte vor allem die Nichtanmeldung zur Sozialversicherung.¹¹⁵ Die Amnestieregelung sei notwendig, solange keine Alternative zur illegalen Pflege bestünde, so die Begründung des Gesetzgebers. Allerdings konnte das Pflegeübergangsgesetz nur Straffreiheit hinsichtlich der Verwaltungsübertretungen garantieren, zivilrechtliche Ansprüche auf Sozialversicherung, auf die Einkommensdifferenz auf bestehende Kollektivvertragstarife, 13. und 14. Monatsgehalt etc. könnten rückwirkend (arbeitsrechtliche Ansprüche für drei Jahre, sozialversicherungsrechtliche auf fünf Jahre) eingeklagt werden.¹¹⁶ Das bedeutete aber, dass weiterhin keine Rechtssicherheit für die BeschäftigtenInnen von 24-Stunden-Pflege-Kräften bestand. Die FPÖ warnte: *„Illegale werden nun die Gunst der Stunde nutzen und sich ein fettes Körberlgeld machen.“* Die Regierung sei dafür verantwortlich, wenn Familien in den finanziellen Ruin getrieben würden (ORF 12.09.2006).

¹¹³ Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (Hausbetreuungsgesetz - HBeG) und mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird BGBl. I Nr. 33/2007

¹¹⁴ Bundesgesetz, mit dem Übergangsbestimmungen bis zur Neuregelung der Pflege erlassen werden (Pflege-Übergangsgesetz), BGBl. I Nr. 164/2006

¹¹⁵ des weiteren Bestimmungen des Hausgehilfen und Hausangestelltengesetzes (§23 Strafbestimmung), das Gesetz betreffend die Vereinheitlichung des Urlaubsrechtes und die Einführung einer Pflegefreistellung, Arbeitskräfteüberlassungsgesetz (§22) und des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§§ 111 bis 113 ASVG, Melde-, Anzeige- und Auskunftspflicht)

¹¹⁶ Der Arbeits- und Sozialrechtsexperte Wolfgang Mazal verwies mehrfach auf mögliche Nachforderungen aus arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen seitens der PflegerInnen. Ein rückwirkender gesetzlicher Eingriff in privatrechtliche Ansprüche der Beschäftigten sei in verfassungsrechtlicher Hinsicht äußerst problematisch, auch die rückwirkende Beseitigung sei praktisch nicht möglich (ORF 12.09.2006). Mit dem Pflegeverfassungsgesetz geschah schließlich 2008 genau das. Sämtliche privatrechtlichen Ansprüche der 24-Stunden-Pflegekräfte wurden rückwirkend außer Kraft gesetzt.

Arbeitskreis „Zukunft denken“

Ebenfalls noch vor den Wahlen wurde von der Regierung der Arbeitskreis *Zukunft denken – Pflege und Altenbetreuung* eingerichtet, der konkrete Lösungen der aktuellen Pflegeproblematik erarbeiten sollte.¹¹⁷ Der Endbericht erschien im Oktober 2006. Es wurden mögliche Modelle der rechtlichen Gestaltung des Arbeitsverhältnisses aufgezeigt. Auch Finanzierungsfragen der Rund-um-die-Uhr-Betreuung wurden diskutiert. Im Vorwort des Berichts ist festgehalten:

„Eine öffentliche Vollversorgung aller pflegebedürftigen Menschen nach ihren Wünschen wird vor allem im Bereich der Betreuung nicht in jedem Fall finanzierbar sein. Die öffentliche Hand muss daher Leistungsstandards festlegen, denen sie sich verpflichtet fühlt - alles was darüber hinausgeht, obliegt der Finanzierung durch den Einzelnen.“ (Klasnic 2006, 6)

Leistungsstandards in diesem Sinne sind jedoch bis heute nicht bzw. nicht bundesweit festgelegt, d.h., es gibt keine Festlegung darüber, in welchem Ausmaß Pflege und Betreuung öffentlich bereitgestellt bzw. finanziert wird.

Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode

Die Pflege thematik fand auch Eingang in das Regierungsprogramm der nach den Wahlen gebildeten Koalitionsregierung von SPÖ und ÖVP und zwar in einer noch nicht da gewesenen Ausführlichkeit. An konkreten Maßnahmen nahm die Regelung und Weiterentwicklung der Rund-um-die-Uhr-Betreuung eine herausragende Stellung ein.

„Jeder Betreuungs- bzw. Pflegebedürftige soll eine bestmögliche Form der Betreuung nach seinen Vorstellungen erhalten können. Pflege in den eigenen vier Wänden soll genauso möglich sein wie Pflege im Heim.“

Als Maßnahmen wurden dazu unter anderem aufgeführt:

„Weiterentwicklung von bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegemodellen nach den Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen, wie z.B. für die bis zu 24h-Betreuung [...] Schaffung einer Rechtsgrundlage für die rund um die Uhr-Betreuung zuhause: Arbeitsrecht, Sozialrecht und Berufsrecht sind dabei an die Besonderheiten der selbständigen und unselbständigen Beschäftigung für Betreuungsleistungen im privaten Haushalt eines Pflegegeld-Beziehers/Bezieherin anzupassen. Bei einer Förderung durch die öffentliche Hand wird Betreuungsausmaß, Pflegebedürftigkeit und soziale Lage berücksichtigt. [...] Für die Betreuung daheim ist ein eigener Beschäftigungstypus möglichst auf der Basis selbständiger Beschäftigung zu entwickeln. Mehrkosten sind solidarisch durch Beiträge von potentiellen Nutznießern aufzubringen.“ (Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode 2007 – 2010, 103f)

Damit war im Regierungsprogramm bereits relativ klar festgelegt, wie die 24-Stunden-Pflege zukünftig reguliert werden sollte.

Hausbetreuungsgesetz

Im März 2007 wurde das Hausbetreuungsgesetz (HBeG) in Begutachtung geschickt und im April beschlossen. Das Hausbetreuungsgesetz ermöglicht eine reguläre, selbständige oder unselbständige

¹¹⁷ Der Arbeitskreis wurde unter der Leitung des ehemaligen steirischen *Landeshauptmannes*, Waltraud Klasnic, mit TeilnehmerInnen beteiligter Vereinigungen, Berufs- und Interessensgruppen, Bundesministerien, NGOs, Gebietskörperschaften und ExpertInnen abgehalten.

Beschäftigung von 24-Stunden-Pflegekräften (nunmehr PersonenbetreuerInnen genannt). Die Betreuungskraft kann entweder nach dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz (HGHAG) zu einem Privathaushalt oder zu einer Trägerorganisation in einem Arbeitsverhältnis stehen - dazu wurden arbeitsrechtliche Sonderbestimmungen hinsichtlich der Arbeitszeit¹¹⁸ erlassen - oder selbständig das Gewerbe der Personenbetreuung, das ebenfalls entsprechend neu geregelt wurde, ausüben. Zum Personenbetreuungsgewerbe zählt auch die Vermittlung von PersonenbetreuerInnen, damit ist auch die Tätigkeit der Agenturen gesetzlich gedeckt. Voraussetzung für eine gesetzeskonforme Beschäftigung ist, dass die zu betreuende Person mindestens Anspruch auf Pflegegeld der Stufe drei hat oder nachweislich an einer Demenzerkrankung leidet und in diesem Fall Pflegegeld der Stufe eins oder zwei erhält. Die Betreuungskräfte dürfen Hilfestellung bei der Haushalts- und Lebensführung leisten, soweit diese nicht Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vorbehalten sind. Voraussetzungen für eine Beschäftigung nach dem Hausbetreuungsgesetz sind außerdem die Aufnahme der Betreuungskraft in den Haushalt der pflegebedürftigen Person, eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 48 Stunden, nach einer Arbeitsperiode von höchstens 14 Tagen muss eine ebenso lange Periode von Freizeit gewährleistet sein. Die gesetzliche Regelung ist also sehr eng auf Betreuungsarrangements, wie sie bis dahin gängige Praxis waren, zugeschnitten.

Begutachtungsverfahren zum Hausbetreuungsgesetz

Die Stellungnahmen der am Begutachtungsverfahren teilnehmenden Gebietskörperschaften und Interessenvertretungen zeigen die Problematik des Hausbetreuungsgesetzes auf.¹¹⁹ Das Gesetz wurde allerdings trotz der zahlreichen Einwände unverändert beschlossen.¹²⁰ Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung wurde zwar prinzipiell von allen stellungnehmenden Gebietskörperschaften und Interessenvertretungen befürwortet, die gesetzliche Regelung könne jedoch nur ein erster Schritt sein. Es bedürfe darüber hinaus eines massiven Ausbaus des Pflegeangebotes, zumal die 24-Stunden-Pflege nur rund 5% des gesamten Pflegebedarfs decke (Stellungnahmen Diakonie Österreich, Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK), Caritas Österreich, Österreichisches Hilfswerk, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt). Vor allem wurde die Beschränkung der Handlungskompetenz der PersonenbetreuerInnen auf nicht pflegerische Tätigkeiten als realitätsfremd kritisiert. Das Gesetz gilt für Personen, die Pflegegeld der Stufe drei beziehen, diese bedürften aber einer fachlichen Pflege. Da die Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräfte nicht berechtigt sind, Pflege im Sinne des GuKG – darunter fallen z.B. medizinische Pflege wie die Verabreichung von Medikamenten, Katheter setzen, Kanülen reinigen, aber auch Grundpflege, wie Körperpflege, Inkontinenzversorgung etc. - durchzuführen, müssten diese Tätigkeiten von zusätzlichem, qualifiziertem Pflegepersonal geleistet werden, was für die Pflegebedürftigen Mehrkosten verursachte. Eine strikte Trennung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten sei völlig

¹¹⁸ Die Arbeitszeit darf in zwei aufeinander folgenden Wochen einschließlich der Zeiten von Arbeitsbereitschaft 128 Stunden nicht überschreiten. Eine tägliche Ruhepause (auch frei von Arbeitsbereitschaft) von mindestens drei Stunden muss gewährt werden, wobei davon mindestens zwei Ruhepausen von 30 Minuten ununterbrochen zu gewähren sind. Darüber hinaus dürfen ArbeitnehmerInnen während jedes Zeitraumes von 24 Stunden insgesamt weitere zehn Stunden nicht in Anspruch genommen werden.

¹¹⁹ Auch die Bezeichnung „Hausbetreuungsgesetz“ wurde mehrfach kritisiert, die Bezeichnung verweist eher auf die Betreuung einer Immobilie als eines Menschen.

¹²⁰ Republik Österreich, Parlament (2007) Stellungnahmen zum Ministerialentwurf:

http://www.parlinkom.gv.at/portal/page?_pageid=908,4020648&_dad=portal&_schema=PORTAL

Materialien HbEG: http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXIII/ME/ME_00040/imfname_074177.pdf

unpraktikabel und außerdem individuell unterschiedlich.¹²¹ Daher wurde auch von mehreren Seiten eine Ausdehnung der Kompetenzen auf fachpflegerische Tätigkeiten nach entsprechender Einschulung und laufender Kontrolle gefordert (z.B. Lebenshilfe, Franz-Josef Huanigg, ÖVP-Behindertensprecher).

Die arbeitsrechtlichen Bestimmungen betreffen nur eine Anstellung nach dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz (HGHAG). Wie sich auch in der Praxis erwies, wurde dieses Modell (zumindest bis 2008) kaum umgesetzt, die überwiegende Zahl der Legalisierungen wurde nach dem Selbständigen-Modell realisiert. Kritisiert wurde in den Stellungnahmen, dass die Ausgestaltung der Arbeits- und Ruhezeit weder für die BeschäftigtenInnen noch für die BetreuerInnen bedarfsgerecht sei. Sowohl die Regelungen der Ruhepausen wie auch der vorgeschriebene 2-Wochen-Turnus, der auch für selbständige PersonenbetreuerInnen gilt, führe möglicherweise zur Überlastung der Beschäftigten.¹²² Andererseits verursache auch die Einhaltung der Pausen eine Betreuungslücke für die Pflegebedürftigen, die allenfalls durch eine zweite Arbeitskraft kompensiert werden müsste. ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, wie sie in vergleichbaren Sektoren (in Alten- und Pflegeheimen, bei mobilen Diensten) vorhanden seien, vor allem was die körperliche und psychische Belastung sowie Belastungen oder Gefährdungen, z.B. durch übertragbare Krankheiten oder mangelnde Hygiene, betrifft, fehlten. Auch gäbe es keine Kontrolle der Einhaltung der ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen (die Kontrolle der Arbeitsinspektorate erstreckt sich nicht auf private Haushalte). Insgesamt bedeute das Gesetz eine bedenkliche Aufweichung arbeitsrechtlicher Normen, so die AK (Stellungnahmen ÖGB, AK u. a.).

Die Regelung der selbständigen Ausübung im Rahmen des Gewerbes der Personenbetreuung wurde überwiegend kritisch bewertet. Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger äußerte: *„Einleitend ist klar zu stellen, dass der vorliegende Entwurf aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht keinesfalls geeignet erscheint, das in den Erläuterungen genannte Ziel der Schaffung einer adäquaten Rechtsgrundlage für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung daheim, umzusetzen. Mit dem Entwurf wird keine einzige sozialversicherungsrechtliche Frage gelöst.“* (Stellungnahme Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger). Zu bezweifeln sei, dass die Personenbetreuung überhaupt selbständig ausgeübt werden könne, in der Mehrzahl der Fälle läge eine unselbständige Tätigkeit vor. Ebenfalls kritisch war die Stellungnahme des Österreichischen Rechtsanwaltskammertages (ÖRAK): *„Wie bereits zu § 1 des Gesetzesentwurfes ausgeführt, bestehen erhebliche Bedenken, dass die vollständig an den Bedürfnissen der zu betreuenden Person zu orientierende, örtlich und zeitlich exakt gebundene Tätigkeit einer Betreuungsperson als selbstständige Tätigkeit überhaupt ausgeübt werden kann. Formen der ‚Scheinselbstständigkeit‘ könnten durch das Gesetz begünstigt werden und die vom Gesetz gewollte Legalisierung bisheriger illegaler Beschäftigungen damit nicht erzielt werden kann.“* (Stellungnahme ÖRAK) Die AK kritisierte, es werde im Hausbetreuungsgesetz der Anschein erweckt, es bestünde die Wahl PersonenbetreuerInnen selbständig oder unselbständig zu beschäftigen. Zu erwarten sei, dass ein großer Teil der Betreuungskräfte aufgrund der Vorteile der Nichteinhaltung arbeits- und sozialversicherungsrechtlicher Verpflichtungen selbständig engagiert werde. In der Mehrzahl der Fälle werde eine selbständige Tätigkeit jedoch rechtlich unzulässig sein, daher Scheinselbstständigkeit vorliegen und die angestrebte Rechtssicherheit für die BeschäftigtenInnen, die herzustellen ja gerade die Intention des Gesetzes sei, werde nicht erreicht (Stellungnahmen AK, ÖGB). Mit der Regelung der selbständigen Personenbetreuung werde ein Vorwand für illegale Praktiken, wie sie auch bis dahin bestanden, geliefert: *„Vielmehr ist zu befürchten, dass*

¹²¹ Pflege und Betreuung seien außerdem nicht klar voneinander abgrenzbar, so könne die Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten bei einem gesunden alten Menschen eine Betreuungstätigkeit, bei einer SchlaganfallpatientIn mit Schluckstörungen aber eine qualifizierte Pflegeleistung sein (vgl. Stellungnahme Land Salzburg).

¹²² Die Bereitschaftszeit gilt nach dem Gesetz nicht als Arbeitszeit und ist zudem widersprüchlich geregelt. Die Betreuungskraft muss anwesend sein, zugleich darf die Arbeitszeit inklusive der Arbeitsbereitschaft 128 Stunden nicht übersteigen, was widersprüchlich sei, so der Österreichische Rechtsanwaltskammertag (ÖRAK).

bestimmte Anbieter – wie das derzeit bereits geschieht - diese Bestimmung dazu verwenden werden, um den Betroffenen eine Rechtskonstruktion vorzugaukeln, die nicht den tatsächlichen Grundlagen entspricht. Schon jetzt wird seitens der meisten Vermittlungsagenturen versucht, die derzeit mehrfach illegalen Verhältnisse gegenüber den Kunden, zuletzt auch gegenüber der Öffentlichkeit mit den unterschiedlichsten Konstruktionen zu legitimieren (selbständige HeimehelferInnen/PflegehelferInnen, Ehrenamtliche etc.). Würde diese Bestimmung - so wie im Entwurf vorgesehen - Gesetz, würde diesen Argumenten neue Nahrung zugeführt. [...] Im besten Fall stiftet man damit Verwirrung, im schlechtesten Fall liefert man – wie im Status Quo - einen Vorwand für illegale Praktiken.“ (Stellungnahme Österreichisches Hilfswerk) Durch das Gesetz käme es nur zu einer Scheinlegalisierung, tatsächlich bleibe eine große Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten hinsichtlich der Haftung, zivilrechtlicher Ansprüche etc.

Die Konstruktion der (Schein)Selbständigkeit erleichtere zudem die Umgehung von Qualitätsstandards, zur Ausübung des Personenbetreuungsgewerbes sei schließlich keine Ausbildung notwendig. Es wurde daher auch gefordert, ein Mindestmaß an Ausbildung vorzuschreiben bzw. das Personenbetreuungsgewerbe zu einem reglementierten Gewerbe weiterzuentwickeln (vgl. Stellungnahmen WKO, ÖRK, Diakonie Österreich). Letztlich seien Qualitätseinbußen für die Pflegebedürftigen zu befürchten. Die Lebenshilfe kritisierte, das Pflegesystem sei einseitig auf körperliche Pflege abgestellt. Menschen mit schwerer intellektueller Behinderung oder fortgeschrittenen geistigen Abbauprozessen, z.B. einhergehend mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung, die intensiven Betreuungsbedarf hätten, wären zu wenig berücksichtigt.¹²³ Die Lebenshilfe wies darauf hin, dass Angehörige dazu verführt seien, einer Betreuung ausschließlich zu Hause den Vorrang gegenüber einer Versorgung in Einrichtungen, die entsprechende Fördermaßnahmen böten, zu geben (Stellungnahme Lebenshilfe). Das Modell der Anstellung der Betreuungskräfte bei einer Trägerorganisation wurde daher in vielen Stellungnahmen als vorteilhafter beurteilt (u.a. Stellungnahmen von AK, Diakonie Österreich, Österreichisches Hilfswerk). Für die BeschäftigtenInnen erübrigten sich dann die ArbeitgeberInnenpflichten und Fragen der Haftung könnten geregelt werden. Auch im Sinne der Qualitätssicherung wäre dieses Modell eine gute Alternative, Qualitätsstandards könnten von Hilfsorganisationen gesetzt und überprüft werden und die Aus- und Weiterbildung der Betreuungskräfte gewährleistet werden.

Ungewiss seien schließlich die Auswirkungen auf die rechtliche Definition von Selbständigkeit allgemein und im Besonderen hinsichtlich der personenbezogenen und der haushaltsnahen Dienstleistungen sowie der institutionalisierten Pflege im Rahmen der mobilen Dienste. Negative Auswirkungen auf den gesamten Leistungsbereich der sozialen Dienste seien zu befürchten (vgl. Stellungnahme ÖRK, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger). Die Diakonie Österreich wies auf die Bedeutung des Arbeitsmarktsektors Pflege hin: *„Es ist wichtig, dass in diesem Bereich ordentliche Arbeitsverhältnisse (vorwiegend für Frauen) mit Ansprüchen auf Kranken- und Pensionsversicherungsleistungen gefördert werden. Und: eine fachliche Begleitung wie auch Weiterbildung ist unerlässlich.“* (Stellungnahme Diakonie Österreich) Berufsvertretungen kritisierten die Abwertung der Sozialbetreuungsberufe. Durch die Betonung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werde die physisch und psychisch sehr belastende Betreuungsarbeit abqualifiziert (Stellungnahme des Dachverbandes der AltenfachbetreuerInnen, Berufsvereinigung der AltenfachbetreuerInnen in Oberösterreich).

¹²³ Kritisiert wurde auch (z.B. von der Lebenshilfe), dass das Gesetz vor allem auf ältere Menschen, nicht aber Behinderte abstelle, so werden BezieherInnen der Pflegegeldstufe eins oder zwei, nur wenn eine Demenzerkrankung vorliegt, einbezogen. Es gäbe aber Menschen, bei denen eine intellektuelle Beeinträchtigung vorliege und ein gleichgearteter, ständiger Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf gegeben sei (Lebenshilfe).

Angesichts des zukünftig wachsenden Arbeitskräftebedarfs in der Altenpflege wurde das Hausbetreuungsgesetz letztlich auch als unflexibel kritisiert. Es sei klar auf das bis dahin praktizierte Modell der Rund-um-die-Uhr-Betreuung zugeschnitten, davon abweichende Arrangements können aber nicht gesetzeskonform verwirklicht werden. Durch die Mindestarbeitszeit sind (inländische) Teilzeitarbeitskräfte, die z.B. in einem Arbeitsverhältnis zu einer Trägerorganisation stehen, von der gesetzlichen Regelung ausgeschlossen, ebenso Betreuungskräfte, die nicht in den Haushalt der Betreuungsbedürftigen aufgenommen sind. Wie in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf festgehalten ist, soll ein darunter liegender Pflegeaufwand durch die mobilen Pflegedienste abgedeckt werden, um den inländischen Arbeitsmarkt zu schützen. Interessanterweise wurde genau diese Intention von der AK kritisiert, der Arbeitsmarkt bleibe inländischen Arbeitskräften verschlossen. *„Wird nur dieses eine Arbeitszeitmodell für die geförderte Rund-um-die-Uhr-Betreuung vorgesehen, so bedeutet das, dass dieser Arbeitsmarkt für in Österreich ansässige Arbeitskräfte de facto grundsätzlich uninteressant ist und bleibt. Um diesen Effekt zu verhindern sollten unserer Meinung nach im neuen Gesetz auch andere Arbeitszeitformen zugelassen werden.“* (Stellungnahme AK)

Gebietskörperschaften und der Rechnungshof thematisierten die ungeklärte Finanzierungsfrage. Bei legaler Betreuung ergebe sich eine Finanzierungslücke, die nicht durch ein durchschnittliches Einkommen (900 Euro) und das Pflegegeld (1.100 bei Stufe 6) abgedeckt werden könne, so der Rechnungshof. Zunächst wurden Ausgaben von rund 3.000 Euro pro Monat angenommen, dabei seien zusätzlich anfallende Kosten für qualifizierte Pflege noch gar nicht mitberücksichtigt (vgl. Stellungnahme Rechnungshof). Für einen Großteil der Betroffenen sei die 24-Stunden-Pflege unfinanzierbar, daher sahen die Länder und Gemeinden Mehrbelastungen auf sich zukommen, wenn der finanzielle Aufwand letztlich aus der Sozialhilfe abzudecken wäre (Stellungnahmen von Gemeindebund, Städtebund, Land Salzburg, Land Tirol).

Politische Auseinandersetzung um die Finanzierung der 24-Stunden-Pflege

Mit der Ausarbeitung des Hausbetreuungsgesetzes sah BM Martin Bartenstein seine Aufgabe, die arbeits- und sozialrechtliche Situation zu regulieren, erfüllt. Der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz Erwin Buchinger (SPÖ) sollte bis zum Auslaufen der Amnestieregelung Ende Juni 2007 ein Fördermodell entwickeln und eine Übereinkunft hinsichtlich der Finanzierung mit den Ländern und Gemeinden sowie auf Bundesebene mit dem ÖVP-geführten Bundesministerium für Finanzen finden. Diese Arbeitsteilung ermöglichte es der ÖVP, einerseits der SPÖ die Aufgabe der Finanzierung einer Förderung zuzuschieben und andererseits darzustellen, die ÖVP hätte ihre Aufgabe, die arbeits- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, erfüllt und konnte dem Regierungspartner bzw. dem, mit hohen Beliebtheitswerten ausgestatteten, Sozialminister in der Folge Untätigkeit und Unfähigkeit, die notwendigen Mittel bereitzustellen, vorwerfen.¹²⁴ Die Auseinandersetzung um die Finanzierung der 24-Stunden-Betreuung dauerte das ganze Jahr 2007 an. Aus dem Bundesbudget sollten bis auf eine Valorisierung des Pflegegeldes keine weiteren Geldmittel fließen. Ebenso zeigten die Länder und Gemeinden wenig Bereitschaft sich an der Finanzierung der 24-Stunden-Betreuung zu beteiligen.

¹²⁴ Selbst die konservative Tageszeitung *Presse* interpretierte das politische Kalkül in der Auseinandersetzung zwischen der ÖVP und der SPÖ so: *„Gerade weil der Sozialminister in der Bevölkerung gut ankommt, ist man in den Reihen der Schwarzen bestrebt, Buchinger als Mann, der letztlich wenig umsetzen kann, hinzustellen. So wurde die ÖVP schon in den vergangenen Wochen nicht müde, darauf hinzuweisen, dass der SP-Ressortchef bei einer Lösung mit den Ländern über die Zusatzkosten für die Pflege säumig ist, während Bartenstein längst den Entwurf für die arbeitsrechtliche Grundlage für eine legale Pflege geliefert hat.“* (Presse 24.04.07)

"Der Sozialminister sollte eigentlich wissen, dass wir Gemeinden ohnehin schon 60 Prozent der Pflegefinanzierung übernehmen. Die Gemeinden sind bereits überlastet, das kommt überhaupt nicht in Frage." (Mödlhammer zitiert im Standard 15.03.2007) Nachdem Christoph Matznetter, Staatssekretär im Bundesministerium für Finanzen, den Ländern und Gemeinden ausgerichtet hatte, es sei eine „Freundlichkeit des Bundes“ sich an der 24-Stunden-Betreuung finanziell zu beteiligen, da die Bereitstellung von Pflege ja Aufgabe der Gebietskörperschaften sei (Matznetter zitiert im Standard 31.05.2007), reagierten Helmut Mödlhammer, Präsident des Österreichischen Gemeindebundes, und Heinz Schaden, Vizepräsident des Österreichischen Städtebundes, einigermaßen heftig: *"Weil im Nationalratswahlkampf die verstorbene Schwiegermutter von Wolfgang Schüssel herhalten musste, soll nun ein qualitativ katastrophales Privatpflegesystem entstehen, das hilfsbedürftige alte Menschen ungelehrten Pflegern ausliefert. Länder und Gemeinden sollen diesen Unfug nicht nur akzeptieren, sondern auch mitfinanzieren. Dabei gibt es in Österreich flächendeckend mobile Betreuungsdienste für ältere Menschen und Pflegeplätze in Einrichtungen der Städte und Gemeinden und der renommierten Hilfsdienste. [...] Der Bund ist bis über beide Ohren verschuldet und erfindet täglich neue Ausgaben. Dann wendet er sich an Länder und Gemeinden und fordert sie zum zahlen auf. Das wird so nicht gehen!"* (Presseaussendung Österreichischer Gemeindebund, 01.06.2007)

Die Länder machten ihre Beteiligung an einer Förderung der 24-Stundenpflege schließlich von vorgezogenen Finanzausgleichsverhandlungen abhängig, was bedeutete, dass es bis zum 1. Juli 2007, dem Auslaufen der Amnestieregelung, zu keiner Einigung kam und der Bund die Förderung bis Ende des Jahres allein übernahm.¹²⁵ Die Mehrkosten legaler 24-Stunden-Pflege von rund 1.000 Euro sollten nach Vorstellungen des BM Erwin Buchinger zu je einem Viertel von Bund, Ländern, Gemeinden und privat als Selbstbehalt getragen werden. Die Förderung sollte ähnlich jener der Unterbringung in einem Heim gestaltet sein, was jedoch bedeutete, dass Pension, Pflegegeld und sonstige Einkommen sowie verwertbares Vermögen bzw. falls dieses nicht ausreicht, Angehörige im Regressweg zur Finanzierung herangezogen werden. Mit der Konkretisierung des Fördermodells wuchs allerdings auch die Ablehnung. Vor allem der von BM Erwin Buchinger vorgesehene Selbstbehalt und der Zugriff auf Vermögen wurden heftig kritisiert.

Ursula Haubner (BZÖ) bezeichnete den Selbstbehalt als „zutiefst unsozial“, ÖVP-Sozialsprecher Werner Amon erklärte, Pflegebedürftige dürften nicht belastet werden und warf BM Erwin Buchinger vor, mit der „Kostenwalze die Länder zu überrollen“ (Haubner, Amon zitiert in der Presse 01.04.2007). BM Buchinger argumentierte dagegen: *„Das Vermögen wird herangezogen, aus meiner Sicht zu Recht. Man kann nicht das Erbe weitergeben und die Last dann der Allgemeinheit aufbürden. Zuerst ist das Erbe zu verbrauchen.“* (Buchinger zitiert im Standard 28.02.2007) Dem steirischen Landesrat Kurt Flecker (SPÖ) missfiel an der Pflegedebatte besonders, dass von der Regierung der Eindruck erweckt werde, *„der Staat finanziert jeden, der eine 24-Stunden-Pflege haben will [...] Das ist völlig illusorisch und irreführend, weil unfinanzierbar“*. Zudem sprach sich Landesrat Kurt Flecker für eine Bedarfsprüfung aus, eine 24-Stunden-Pflege solle nur jenen zur Verfügung gestellt werden, die sie wirklich brauchten. *"Man kann nicht einfach blind 1.000 Euro hergeben, wenn Menschen meinen, sie wollen 24-Stunden-Betreuung zu Hause."* (Flecker zitiert im Standard 15.03.2007)

¹²⁵ Im April 2007 wurde auch das Doppelbudget 2007/2008 beschlossen, im Sozialbudget wurden für die 24-Stunden-Betreuung für 2007 18,5 Mio. im Rahmen der Budgetüberschreitungsermächtigung und 34 Mio. für das Jahr 2008 vorgesehen.

Ende April versprach BM Erwin Buchinger die Hälfte der Förderung aus Bundesmitteln zu finanzieren, verringerte jedoch den Begünstigtenkreis auf PflegegeldbezieherInnen ab der Stufe fünf. Da sich die Länder „*technisch nicht in der Lage*“ sahen, noch im selben Jahr eine Förderung zu zahlen, übernahm der Bund bzw. das Sozialministerium aus seinem Budget für die zweite Jahreshälfte 2007 die gesamten Kosten (nach BM Erwin Buchingers Schätzung 18,5 Mio. Euro). Ab 2008 sollte das Verhältnis Bundes- zu Länderanteil 60 zu 40 sein. Damit war zwar vorläufig die Finanzierung geklärt, nun aber wurden Stimmen laut, dass zu wenige Pflegebedürftige förderberechtigt seien. Nur ein Bruchteil der Betroffenen (rund 3.000 Personen) käme in den Genuss eines Zuschusses. Von den 38.000 Pflegegeld-BezieherInnen der Stufen fünf bis sieben lebten rund 35.000 ständig in einem Heim. 88% der PflegegeldbezieherInnen hätten kein Anrecht auf eine Förderung, rechnete der Sozialsprecher der ÖVP, Amon, vor (Presse 31.05.2007). BM Erwin Buchinger verteidigte sein Modell hingegen gerade mit dem Argument, es wäre nur von 1.000 bis 6.000 Förderfällen auszugehen, die finanzielle Dimension der Förderfälle werde überschätzt. Das Fördervolumen bewege sich zwischen neun und 54 Mio. Euro (Standard 06.06.2007, Presse 06.07.2007). Außerdem argumentierte BM Erwin Buchinger, mit dem Modell solle die Betreuung zu Hause unterstützt werden, „*nicht das Hausmädchen an sich*“ (Buchinger zitiert in der Presse 30.05.2007). Der Pflegestreit eskalierte im Sommer 2007. ÖVP-Generalsekretär Hannes Missethon befand die Verantwortungslosigkeit BM Erwin Buchingers unentschuldigbar und bezichtigte ihn, die Pflegefinanzierung dem Bundesministerium für Finanzen zuschieben zu wollen (Presse 02.06.2007). Der Bundesgeschäftsführer der SPÖ, Josef Kalina, warf der ÖVP vor, die Pflegebedürftigen im Stich zu lassen (Presse 04.06.2007). BM Martin Bartenstein forderte eine Ausweitung des BezieherInnenkreises und eine Erhöhung der Zuschüsse, da die Betroffenen nur ein Viertel der Kosten ersetzt bekämen (Presse 06.07.2007, Standard 06.07.2007).

Ein „sozialpolitischer Meilenstein“

Anfang Juni wurde das *erste Pflegepaket*, also die arbeitsrechtliche Regelung durch das Hausbetreuungsgesetz und die Fördermaßnahmen beschlossen und als „sozialpolitischer Meilenstein“ gefeiert. Die Amnestie (das Pflegeübergangsgesetz) wurde bis Ende 2007 verlängert. Für selbstständige PflegerInnen gab es nun einen Zuschuss von 225 Euro pro Monat, die unselbstständige Anstellung wurde mit 800 Euro unterstützt. Bisher hatte BM Erwin Buchinger wenig von einer Förderung der unselbstständigen Pflege gehalten.

"Wir wollen das fördern, wo wir auch Interesse haben, dass der Pflegearbeitsmarkt als Arbeitsmarkt der Zukunft gefördert werden kann." (Buchinger zitiert in der Presse 01.06.2007)

Nachdem Bundeskanzler Alfred Gusenbauer eingelenkt hatte, musste aber auch BM Erwin Buchinger den Schwenk mitvollziehen. Die Kosten wurden auf 2.600 bis 2.850 Euro für unselbstständige PflegerInnen und 1.500 bis 2.000 für Selbstständige pro Monat geschätzt. Eine Förderrichtlinie sollte eine Qualifikation im Rahmen von 200 Theoriestunden verankern. Der BezieherInnenkreis wurde auf PflegegeldbezieherInnen der Stufen drei und vier ausgeweitet, allerdings mit der Einschränkung einer Vergabe nur an Personen, die auch tatsächlich eine Rund-um-die-Uhr-Beaufsichtigung benötigen. Gerechnet wurde mit rund 20.000 InanspruchnehmerInnen (vor der Ausweitung des BezieherInnenkreises waren es geschätzte 6.000 Personen gewesen). Um Anspruch auf eine Förderung zu haben, durfte das monatliche Nettoeinkommen der BezieherIn 2.500 Euro nicht übersteigen, Vermögen (Bargeld, Sparvermögen, nicht aber Wohnungseigentum) bis zu einem Restwert von 5.000 Euro ist zu verwerten.

Kritik kam von den Oppositionsparteien und Hilfsorganisationen. Michael Landau, Direktor der Caritas der Erzdiözese Wien, warnte wegen der Verlängerung der Amnestie vor einem „Dauerprovisorium“ (Presse 13.06.2007). Die Grünen kritisierten die mangelnden ArbeitnehmerInnenrechte und Qualitätsmängel. Vor allem aber die Debatte um die Vermögens- und Einkommensgrenze wurde ungeachtet der Einigung fortgesetzt. Die Armutskonferenz bemängelte, dass Pflegebedürftige erst zu Sozialhilfefällen werden müssten, um Anspruch auf eine Förderung zu bekommen. Die Sozialhilfe sei nicht das geeignete Instrument das Pflegerisiko abzudecken, es fehle eine Absicherung durch das solidarische Sicherungssystem, Pflegebedürftigkeit sei daher ein weitgehend privates Risiko (Martin Schenk, Armutskonferenz, Presse 15.06.2007, Standard 16.06.2007). Bundeskanzler Alfred Gusenbauer erklärte, das letzte Wort sei noch nicht gesprochen. BM Erwin Buchinger verteidigte zwar weiterhin die Vermögensgrenze, hielt aber eine Anhebung auf 7.500 Euro für denkbar, eine Aufhebung der Grenze würde gegenüber der Betreuung im Heim zu starken Verzerrungen führen. Andreas Khol, Bundesobmann des Österreichischen Seniorenbundes (ÖSB), setzte dem entgegen, bei der Heimunterbringung leiste die öffentliche Hand bereits beträchtliche Zuschüsse (Presse 20.06.2007). Außerdem merkte BM Erwin Buchinger an, die Vermögensgrenze werde nicht überprüft, es werde keine „Schnüffeleien“ geben, er gehe davon aus, dass richtige Angaben gemacht würden. Aufgrund der Fortdauer der Amnestieregelung erwarte er aber keinen großen Andrang bei der Förderung bis Ende 2007 (Presse 19.06.2007). Völlig unverständlich befand diese Ankündigung der Seniorenbund, das komme einer Anleitung gleich, falsche Angaben zu machen, solcherart Hinweise habe es aus dem Munde eines Bundesministers in Österreich noch nie gegeben (Gottfried Feurstein, Presseaussendung des Österreichischen Seniorenbundes 20.06.2007). Niederösterreich ging inzwischen eigene Wege, Landeshauptmann Erwin Pröll kündigte an, auf die Vermögensgrenze in Niederösterreich zu verzichten. Das Fördermodell sei unzureichend, das beweise die geringe Zahl der Inanspruchnahmen (Presse 19.08.2007). Andreas Khol bezeichnete das Pflegemodell BM Erwin Buchingers als Flop (Presse 24.08.2007). Im Juli 2007 gab es in Wien, Salzburg und Tirol keine einzige Anmeldung bei den Gebietskrankenkassen, in Oberösterreich und Niederösterreich jeweils eine. BM Erwin Buchinger führte das geringe Interesse auf die Verlängerung der Amnestieregelung zurück, für 2008 rechnete er mit 5.000 bis 10.000 Förderansuchen. Dass die Regelung zu kompliziert und teuer sei, wies er zurück (Presse 08. und 09.08.2007).

Im Oktober 2007 wurde der vorgezogene Finanzausgleich paktiert. Hinsichtlich der Pflege einigten sich Bund, Länder, Städte und Gemeinden auf eine Aufteilung 60 zu 40, der Gesamtbeitrag wurde mit 40 Mio. Euro gedeckelt. Länder, Städte und Gemeinden sollten also 16 Mio. Euro tragen. Den Ländern wurde Flexibilität bei der Gestaltung der Vermögensgrenze und der Höhe der Förderung zugestanden. Niederösterreich und Vorarlberg hatten schon angekündigt, diesen Spielraum nützen zu wollen. Die Anhebung der Vermögensgrenze auf 7.000 Euro wurde vereinbart. Im Dezember wurde die *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über die gemeinsame Förderung der 24-Stunden-Betreuung* geschlossen. In dieser wurden die Ergebnisse der Finanzausgleichsverhandlungen und die Grundlagen der Förderung festgelegt.

Amnestie

Ende des Jahres 2007 wurden wieder Rufe nach einer Amnestieverlängerung laut. Die Präsidenten des Seniorenrates Andreas Khol und Karl Blecha argumentierten, das Prozedere sei zu kompliziert, die Bevölkerung schlecht informiert, darum gebe es nur 100 Anmeldungen von PersonenbetreuerInnen. Im Sozialministerium wurde dagegen gehalten, solange die Amnestieregelung gelte, bestehe kein Anreiz zur Legalisierung. Die ÖVP versuchte den Sozialminister für das angebliche Scheitern des Fördermodells

verantwortlich zu machen. Andreas Khol bezichtigte BM Erwin Buchinger der sozialen Kälte: Alte und Kranke würden ohne Not in Angst und Schrecken versetzt (Presse 07.11.2007). ÖVP-Sozialsprecher Amon warf BM Erwin Buchinger vor, eine unzureichende Informationspolitik zu betreiben und wies darauf hin, dass zivilrechtliche Schadensersatzklagen und Forderungen der Sozialversicherungsbeiträge für fünf Jahre rückwirkend drohten (Presse 22.11.2007). Ende November schien eine Verlängerung der Amnestieregelung vom Tisch zu sein (Presse 27.11.2007). BM Erwin Buchinger einigte sich mit Vorarlberg auf eine Förderung ohne Vermögensgrenze (Presse 28.11.2007). Die Vermögensgrenze wurde auf 7.000 Euro ab 2008 angehoben. BM Martin Bartenstein schlug vor, der Staat solle langfristig das Pflegerisiko wie das Krankheitsrisiko abdecken, also auch für die Heimpflege aufkommen. Den Bundesländern legte er nahe, dem Beispiel Niederösterreichs und Vorarlbergs zu folgen und die Vermögensgrenze abzuschaffen (Presse 28.11.2007, Standard 29.11.2007). BM Erwin Buchinger kritisierte er als zu sparsam, dieser hätte genug Budget, um auch die selbständige Pflege großzügiger zu fördern (Presse 03.12.2007). BM Erwin Buchinger wandte dagegen ein, dass von einer Abschaffung der Vermögensgrenze nur wenige Menschen profitierten, wichtiger sei es den Regress auf Kinder zu diskutieren (Standard 03.12.2007). Das bedeutete aber den Entfall von Einnahmen für die Länder und Gemeinden, die der Bund kompensieren müsste. BM Erwin Buchinger zeigte sich verwundert über BM Martin Bartensteins Vorschlag nachdem die Finanzausgleichsverhandlungen beendet seien. *„Deswegen wundert mich der Bartenstein-Vorschlag zu diesem Zeitpunkt besonders. Das hätte man vor dem Finanzausgleich diskutieren müssen. Jetzt hat das nur eine mediale Bedeutung und keine Wirksamkeit, Verhältnisse zu ändern. Die nächsten Finanzausgleichsverhandlungen finden erst wieder in sechs Jahren statt.“* (Buchinger zitiert im Standard 03.12.2007)

Der wahlkämpfende Landeshauptmann Erwin Pröll stellte Anfang Dezember das niederösterreichische Pflegemodell vor, für selbständige PflegerInnen erhalte man demnach 500 Euro Förderung, für unselbständige 1.000 Euro, außerdem werde bei stationärer Pflege nicht mehr auf das Vermögen der Kinder zurückgegriffen. Landeshauptmann Erwin Pröll bezeichnete BM Erwin Buchingers Modell als untauglich, in Niederösterreich gäbe es 4.000 Pflegefälle, aber nur 15 Personen hätten eine Förderung in Anspruch genommen. Die Amnestieregelung solle in Niederösterreich für drei Monate verlängert werden. BM Erwin Buchinger erwiderte, diese Vorgangsweise sei gesetzwidrig. Landeshauptmann Erwin Pröll warf BM Erwin Buchinger daraufhin vor, dieser sei verantwortlich für die *"herzloseste"* und *"sozial kälteste"* Situation, die je ein Sozialminister verursacht habe (Presse 07.12.2007). Das niederösterreichische Modell nehme den Pflegebedürftigen die Sorge eine Belastung zu sein, wenn das Erbe oder das Geld der Kinder für Betreuung verwendet werden müsse, so Landeshauptmann Erwin Pröll (Presse 09.12.2007). Die SPÖ schlug nun vor, das niederösterreichische Modell für ganz Österreich zu adaptieren, was in Summe 100 Mio. Euro kosten würde, die das Bundesministerium für Finanzen bereitstellen solle. *"Die vorgesehene Pflegeregelung ist ganz ordentlich. Dass es nicht mehr Geld für die Betroffenen gibt, daran war die ÖVP schuld. Jetzt Buchinger als unsozial zu kritisieren ist frech"*, so SPÖ-Bundesgeschäftsführer Josef Kalina (Kalina zitiert in der Presse 09.12.2007). Die ÖVP hielt dagegen, BM Erwin Buchinger solle großzügigere Zuschüsse aus seinem Ressortbudget zahlen und verlangte weiterhin eine Amnestieverlängerung. Die Länder wollten großteils an dem im Finanzausgleich paktierten Modell festhalten. Kurz vor dem Auslaufen des Pflegeübergangsgesetzes sorgte die Gebietskrankenkasse mit der Meldung, dass Nachforderungen nicht ausgeschlossen seien, für Aufsehen. Die Amnestieregelung schütze vor Verwaltungsstrafen¹²⁶, nicht aber vor Nachzahlungen der bei Schwarzarbeit unterbliebenen Sozialversicherungsbeiträge. Die Forderungen könnten für fünf Jahre rückwirkend eingetrieben werden, so würden bei einem Mindestlohn von 1.000 Euro

¹²⁶ Laut § 111 des Sozialversicherungsgesetzes droht beim ersten Vergehen eine Geldstrafe zwischen 730 Euro und 2.180 Euro. Im Wiederholungsfall kann die Behörde eine Geldstrafe zwischen 2.180 Euro und 3.630 Euro verhängen. Im Falle der Uneinbringlichkeit drohen bis zu zwei Wochen Haft.

für fünf Jahre 28.000 Euro Sozialversicherungsbeiträge anfallen. Bislang habe es keine Kontrollen in Haushalten gegeben, bei den kolportierten Zahlen von „zig-tausend“ PflegerInnen könne eine Schwerpunktsetzung aber folgen und es könnte zu einer regelrechten Nachzahlungswelle kommen (Erich Mader, Tiroler Gebietskrankenkasse, Presse 13.12.2007). Erich Laminger, Vorsitzender des Verbandvorstandes im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, korrigierte zwar seinen Tiroler Kollegen, es werde nicht aktiv geprüft. Dennoch verlangten die Präsidenten des Seniorenrates Andreas Khol und Karl Blecha wie auch die SPÖ-Sozialsprecherin Renate Csörgits ein Gesetz, das Nachforderungen der Sozialversicherung verbietet. BM Erwin Buchinger lehnte einen derartigen Eingriff in das Arbeits- und Sozialrecht strikt ab. Einen Schutz vor Nachzahlungen nur für den Bereich der illegalen Pflege wurde auch von ArbeitsrechtsexpertInnen für gleichheitswidrig gehalten.

Zum nächsten Koalitionskrach kam es kurz vor Weihnachten, als im Bundesrat mit den Stimmen von ÖVP und Grünen ein (unverbindlicher) Entschließungsantrag angenommen wurde, dessen Ziel es war, Verstöße gegen die Pflegeregelung nicht zu ahnden. Die Sozialversicherungsträger und die KIAB sollten keine Aktionen, den Einsatz illegaler PflegerInnen aufzudecken bzw. zu ahnden setzen. Die SPÖ hatte den Antrag abgelehnt und bezeichnete das Abstimmverhalten der Volkspartei als koalitionswidrig. Die Koalition drohte wieder einmal aufgrund der Pflegepolitik auseinanderzubrechen. Die ÖVP eröffnete ein wahres „Trommelfeuer“ (Presse 22.12.2007) gegen den Koalitionspartner. Andreas Khol appellierte an den (abwesenden) Bundeskanzler: „*Herr Bundeskanzler, beenden Sie das unwürdige Schauspiel! Die Ängste schwacher und hilfloser Menschen dürfen nicht an Buchingers Härte zerschellen!*“ (Khol zitiert in der Presse 22.12.2007) BM Martin Bartenstein und Parteikollegin BM für Gesundheit, Familie und Jugend, Andrea Kdolsky, wandten sich mit einem Schreiben an die Landeshauptleute bzw. den Vorsitzenden des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger „*im Geiste einer sozialen Rechtsanwendung*“ von gesetzlich vorgesehenen Nachsichtsmöglichkeiten¹²⁷ so weit als möglich Gebrauch zu machen (Presse 21.12.2007). BM Erwin Buchinger warf der ÖVP Verunsicherung der Menschen vor, er hatte davor schon mehrfach angekündigt, dass es keine „*Aktion scharf*“ geben werde (Presse 21.12.2007). Nachdem Bundespräsident Heinz Fischer kundtat, Gesetze seien einzuhalten, wurde auch dieser von VP-Seite scharf kritisiert.

Pflegeverfassungsgesetz

Im Jänner 2008 wurde schließlich das *Pflegeverfassungsgesetz*¹²⁸, das sogenannte „*Schwamm-drüber-Gesetz*“, beschlossen, um das Problem der drohenden Nachforderungen des Fiskus und der Sozialversicherungsträger sowie von Seiten der Pflegekräfte gegenüber den BeschäftigtenInnen zu beseitigen. Sämtliche arbeits- und sozialrechtlichen Ansprüche der Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräfte wurden rückwirkend außer Kraft gesetzt. Außerdem wurde eine weitere halbjährige Amnestie fixiert. Die Amnestieregelung betraf auch die Kompetenzbeschränkungen hinsichtlich der Pflgetätigkeiten. Bei illegaler Beschäftigung drohten ab 1. Jänner Verwaltungsstrafen. Das Gesetz bedeutete eine starke Einschränkung der ArbeitnehmerInnenrechte. Da das Gesetz im Verfassungsrang ist, kann es auch nicht angefochten werden.¹²⁹ Die aufgekommene Debatte um die Rückforderung von

¹²⁷ Das Verwaltungsstrafgesetz lässt es zu, nur Ermahnungen auszusprechen, von Strafe kann auch abgesehen werden, wenn das Verschulden geringfügig und die Folgen der Übertretung unbedeutend sind.

¹²⁸ Bundesverfassungsgesetz, mit dem Übergangsbestimmungen zur Förderung der Legalisierung der Pflege und Betreuung in Privathaushalten erlassen werden (Pflege-Verfassungsgesetz) (Jahrgang 2008 Ausgegeben am 26. Februar 2008 Teil I)

¹²⁹ § 3. (1) Abweichend von § 68 Abs. 1 ASVG und § 40 Abs. 1 GSVG verjährt das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen auf Grund einer vor dem 1. Jänner 2008 ausgeübten Tätigkeit nach § 1 mit Ablauf des 31. Dezember 2007, wenn 1. die Anmeldung zur Sozialversicherung bis spätestens 30. Juni 2008 erfolgt oder 2. die Tätigkeit vor dem 1. Jänner 2008 beendet wurde.

(2) Abweichend von § 68 Abs. 2 ASVG und § 40 Abs. 2 GSVG verjährt das Recht zur Einforderung

Sozialversicherungsbeiträgen hatte ein eigentlich schon von Beginn an bestehendes Problem betroffen, auch das bis 31.12.2007 geltende Pflegeübergangsgesetz war kein Schutz vor Nachforderungen von Sozialversicherungsbeiträgen bzw. vor der Geltendmachung zivilrechtlicher Ansprüche gewesen. BM Erwin Buchinger hatte zwar in der Vergangenheit immer wieder betont, die Sorge sei übertrieben und die Krankenkassen hätten von Rückforderungen Abstand genommen, Rechtssicherheit war freilich für die InanspruchnehmerInnen von 24-Stunden-Pflege bis dahin nicht gegeben.

Erweiterung der Kompetenzen der HausbetreuerInnen durch das Gesundheitsberuferechtsänderungsgesetz

Ebenfalls im Jänner wurden vermehrt Stimmen laut, die Kompetenzen der 24-Stunden-Betreuungskräfte zu erweitern, da es ansonsten wegen der Unpraktikabilität der geltenden Regelung durch das Hausbetreuungsgesetz weiterhin zu Verstößen kommen werde. Bis Jahresmitte waren diese Rechtsverstöße ja durch die neue Amnestieregelung geschützt. Im März 2008 wurde die Erweiterung der Kompetenzen für HausbetreuerInnen beschlossen.¹³⁰ Betreuungskräften wurde durch das Gesundheitsberuferechtsänderungsgesetz¹³¹ gestattet, bestimmte pflegerische und ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen, vorausgesetzt die Betreuungskraft wurde von einem Arzt oder durch qualifiziertes Pflegepersonal entsprechend geschult und die betreute Person willigte ausdrücklich ein. Dazu wurde eine umfassende Dokumentations- und Informationspflicht festgeschrieben. Die Gesetzesänderungen betreffen auch die persönliche Assistenz für Körperbehinderte. Ziel der Kompetenzerweiterung war es, Klärung und Rechtssicherheit in den bis dahin bestehenden Graubereich hinsichtlich des Berufsrechtes zu bringen und PersonenbetreuerInnen die Berechtigung zu erteilen, dieselben Tätigkeiten wie Angehörige ausüben zu dürfen. Die Gesetzesänderung wurde als notwendige Anpassung an die Praxis der häuslichen Pflege argumentiert.

Bewertung der Kompetenzerweiterung – Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf

In den Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf¹³² wurde die Regulierung der Kompetenzen der PersonenbetreuerInnen im Sinne einer praxisnahen Lösung mehrheitlich positiv beurteilt. Die gängige Praxis der 24-Stunden-Betreuung müsse nun nicht mehr im gesetzlichen Graubereich erfolgen. Argumentiert wurde die Notwendigkeit der Kompetenzerweiterung vor allem mit der Unpraktikabilität und Unfinanzierbarkeit einer Trennung der Betreuungs- bzw. Haushalts- von den pflegerischen Tätigkeiten und damit, dass Angehörige dieselben Befugnisse hätten. Der ÖGB hingegen wies auf den wesentlichen Unterschied der

festgestellter Beitragsschulden auf Grund einer vor dem 1. Jänner 2008 ausgeübten Tätigkeit nach § 1 mit Ablauf des 31. Dezember 2007.

(3) Im Fall der Verjährung nach den Abs. 1 und 2 entstehen keine Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1

Z 1 lit. a ASVG und keine Versicherungszeiten in der Arbeitslosenversicherung.

¹³⁰ Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Kardiotechnikergesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das MTD-Gesetz, das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das Sanitätsgesetz, das Zahnärztegesetz, das Zahnärztekammergesetz, das Ärztegesetz 1998, das Hausbetreuungsgesetz, die Gewerbeordnung 1994 und das Bundespflegegeldgesetz geändert werden (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007), BGBl. I Nr. 57/2008

¹³¹ Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Körperpflege, Arzneimittelaufnahme, Hilfe beim Anlegen von Bandagen und Verbänden, Verabreichung von subkutanen Injektionen, Blutentnahme durch Kapillaren und Tätigkeiten vergleichbaren Schwierigkeitsgrades

¹³² 226/ME (XXIII. GP) Ministerialentwurf betreffend ein Bundesgesetz über die Etablierung von Fachhochschul-Bakkalaureatstudiengängen für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste für Hebammen sowie die Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz)

wirtschaftlichen Abhängigkeit bei bezahlten Betreuungskräften sowie auf die Gefahr der Überforderung hin: *„Als Argument wird immer wieder vorgebracht, dass auch Angehörige beispielsweise Spritzen verabreichen dürfen. Aus Sicht des ÖGB ist die Situation von Angehörigen und bezahlten Betreuungskräften nicht vergleichbar. Angehörige, die ein besonderes Vertrauens- und Naheverhältnis zur pflegebedürftigen Person haben, wird es in der Regel leichter fallen Tätigkeiten, zu denen sie sich nicht befähigt fühlen, abzulehnen als Betreuungspersonen, die ihre Arbeit behalten wollen und darauf angewiesen sind, die Dienstleistung nach den Erwartungen des Menschen zu erbringen, der ihnen ihre Beschäftigungsmöglichkeit zur Verfügung stellt. Die Gefahr, dass Tätigkeiten ausgeübt werden, die über die tatsächlichen Fähigkeiten der Betreuungskraft hinausgehen, ist bei der Übertragung von pflegerischen Tätigkeiten an nicht ausgebildetes Betreuungspersonal somit auf Grund der wirtschaftlichen Abhängigkeit zum Arbeitgeber/Auftraggeber wesentlich größer als bei Angehörigen.“* (Stellungnahme ÖGB)

Ein Mindestmaß an Ausbildung für die Ausübung der Personenbetreuung wurde gefordert. Befürchtet wurden auch Auswirkungen auf die Qualitätsstandards in der professionellen Pflege und die Abwertung der Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe. Die Kompetenzen und Leistungen der Pflege- und Gesundheitsberufe sowie der Sozialbetreuungsberufe würden untergraben und in Frage gestellt. Während PersonenbetreuerInnen sowie persönliche AssistentInnen als LaienhelferInnen fast uneingeschränkt pflegerische Tätigkeiten durchführen dürften, würden den besser qualifizierten Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe und den Pflegehilfen diese Kompetenzen nicht zugestanden.¹³³ Eine Neuordnung der Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe wurde verlangt. Den Heimhilfen und FachsozialbetreuerInnen sollten dieselben Kompetenzen wie den PersonenbetreuerInnen zugestanden und der eigenverantwortliche Bereich des gehobenen Dienstes solle ausgedehnt werden. Verbesserungen der Ausbildungssituation (Ausbildung mit Matura) und die Einrichtung des Studiums an Universitäten und Fachhochschulen (Akademisierung) wurden gefordert.

Der ÖGB und die Hilfsdienste wiesen auf mögliche Haftungsprobleme hin. PersonenbetreuerInnen könnten durch hohe Regressansprüche bedroht sein, die in keinem Verhältnis zu dem Einkommen, das sie lukrierten, stünden.¹³⁴ Auch ÄrztInnen und Pflegepersonal, die für die Anordnung, Anleitung und Kontrolle eingesetzt werden, sind haftbar. Unter anderem äußerten die mobilen Dienste als ArbeitgeberInnen von Angehörigen der Pflegeberufe Bedenken hinsichtlich der Haftung: *„Mit dem steigenden Kostendruck im Pflegewesen ist zu befürchten, dass Druck auf Pflegeeinrichtungen und die von ihnen beschäftigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege entsteht, auch dann die Anordnung und Anleitung vorzunehmen, wenn Zweifel an der Eignung der Personenbetreuer besteht. Mit der Anordnung und Anleitung von Personen, die nicht gemäß GuKG qualifiziert sind, werden Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und ihre Arbeitgeber besonderen Risiken und der Gefahr von Haftungen ausgesetzt.“* (Stellungnahme Johanniter)

Kritisiert wurde auch, dass die Organisation und Finanzierung der Qualitätskontrollen (Anleitung und Aufsicht der PersonenbetreuerInnen) ungeklärt sei. Angeregt wurde die Einführung verpflichtender

¹³³ So forderten auch die ApothekerInnen als Angehörige der Gesundheitsberufe in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf berechtigt zu sein, ärztliche Tätigkeiten wie kapillare Blutabnahme oder subkutane Injektionen zu leisten, wenn diese auch Laien übertragen würden (Stellungnahme Verband angestellter Apotheker). Ebenso forderte z.B. die Lebenshilfe eine Erweiterung der Kompetenzen für die Sozialbetreuungsberufe vor allem im Behindertenbereich, wo ähnlich gelagerte Probleme und Interessen wie in der Altenpflege bestünden (Stellungnahme Lebenshilfe).

¹³⁴ Für unselbständige PersonenbetreuerInnen gilt das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, das die Haftung der DienstnehmerIn einschränkt, dennoch seien hohe Schadenersatzforderungen nicht auszuschließen, so der ÖGB.

Beratungsgespräche durch den gehobenen Dienst (Case- und Caremanagement, Family Health Nurse; Stellungnahmen Österreichische Pflegekonferenz, ÖRK u.a.).¹³⁵

Befürchtet wurden auch arbeitsmarktpolitische Konsequenzen des Gesetzes. Die Ausweitung der Kompetenzen führe zu einer verschärften Konkurrenzsituation für in der Pflege Beschäftigte, da die PersonenbetreuerInnen mehr Befugnisse bekämen, aber geringere Kosten verursachten (Stellungnahmen AK, ÖGB, soziale Dienste u.a.). Der ÖGB wies auf die sogar leicht gestiegene Arbeitslosigkeit im Pflegebereich hin: *„Die Arbeitslosenzahlen von in Gesundheits- und verwandten Berufen ausgebildeten Personen sind nach wie vor leicht im Steigen begriffen; eine mangelhafte Regelung in diesem Bereich durch die Verdrängung durch zwangsläufig billigere selbstständige PersonenbetreuerInnen würde die Lage noch verschärfen. Es wäre bei Beschließung des vorliegenden Entwurfs davon auszugehen, dass in Hinkunft noch mehr Menschen mit einer Qualifikation im Gesundheitsbereich durch diese Verdrängung von Arbeitslosigkeit bedroht sind und dieser Entwurf forcierten Maßnahmen des AMS wie der Ausbildungsoffensive hinsichtlich Gesundheitsberufen jedenfalls entgegenstehen würde.“* (Stellungnahme des ÖGB) Auswirkungen auf die Beschäftigung, insbesondere von Pflege- und Heimhilfen, und damit auf den gesamten Pflege- und Betreuungssektor seien zu befürchten (Stellungnahme AK, ÖRK, Volkshilfe Österreich u.a.). *„Die nun vorgesehenen erweiterten Befugnisse der Betreuungspersonen lassen einen verstärkten Druck auf den regulären Arbeitsmarkt, geringere Beschäftigtenzahlen bei professionellen Anbietern mobiler Dienste und Druck auf das Lohnniveau dieses Sektors befürchten.“* (Stellungnahme AK) Die Volkshilfe Österreich kritisierte die Prekarität der Arbeitsverhältnisse in der häuslichen Pflege: *„Die Forcierung selbstständiger PersonenbetreuerInnen, wie sie schon durch die Änderungen des Hausbetreuungsgesetzes und der Gewerbeordnung erfolgte, fördert nicht nur prekäre Arbeitsverhältnisse ohne jeglichen arbeitsrechtlichen Schutz, sie ist darüber hinaus kurzfristig gedacht, da sie auf den Import von ‚billigen‘, ausländischen Arbeitskräften abzielt und keine Impulse für den österreichischen Arbeitsmarkt darstellt.“* (Stellungnahme Volkshilfe Österreich)

Auch auf die Möglichkeit des Einsatzes von selbstständigen PersonenbetreuerInnen in Alten- und Pflegeheimen oder Wohngemeinschaften bzw. in der mobilen Pflege und der damit einhergehenden Verdrängung durch billige Arbeitskräfte wurde hingewiesen und daher gefordert, die Personenbetreuung müsse auf die Eins-zu-Eins-Betreuung in einem Privathaushalt beschränkt bleiben (vgl. unter anderem Stellungnahme der konfessionellen Alten- und Pflegeheime). Konträr dazu wurde aber auch die Ermöglichung der Beschäftigung von PersonenbetreuerInnen in Wohngemeinschaften oder Tagesstätten gefordert (Stellungnahme Österreichischer Seniorenrat, Caritas Österreich).

Der ÖGB demonstrierte zwar gegen die Kompetenzerweiterung der 24-Stunden-PflegerInnen und warnte vor einem *„Austausch am Arbeitsmarkt“* durch die Verdrängung ausgebildeter Arbeitskräfte. Rudolf Hundstorfer, Präsident des ÖGB, sprach sich gegen *„Pflege zum Diskontpreis“* aus. Trotz der Bedenken stimmten aber letztlich auch die SPÖ-GewerkschafterInnen im Nationalrat für das Gesetz. Das GesBRÄG bedeutete eine beträchtliche Ausweitung der Kompetenzen der PersonenbetreuerInnen. Die Abwertung der Pflege- und Sozialberufe und Qualitätsverschlechterungen wurden befürchtet, sowie dass ArbeitnehmerInnen aus der regulären Beschäftigung in die Scheinselbstständigkeit gedrängt

¹³⁵ Die ÖGB Fachgruppenvereinigung schlug eine Finanzierung über die Hauskrankenpflege nach ASVG vor, also aus der Sozialversicherung (ÖGB-Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe), wobei die Hauskrankenpflege nach ASVG schon bislang wenig in Anspruch genommen wurde, unter anderem weil die Finanzierung der Anordnung durch ÄrztInnen nicht durch die Krankenkassen erfolgt (Volkshilfe 2007b).

Der Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (BoeGK) schlug eine Regelung der Qualitätskontrolle und die Einbindung der Finanzierung in das Pflegegeldgesetz vor.

würden. Von Seiten des Sozialministeriums wurde dagegen gehalten, es handle sich um ein qualitätsgesichertes Modell. Allerdings hatte die im BPGG §21 sowie in der Förderrichtlinie verankerte Ausbildung¹³⁶ eher die Funktion eines Feigenblattes. So wurde beispielsweise Praxis („sachgerechte Betreuung“) von sechs Monaten in der 24-Stunden-Pflege nachträglich der Ausbildung gleichgestellt. Die Kontrolle sollte im Rahmen eines schon bisher durch das *Kompetenzzentrum der Sozialversicherungsanstalt der Bauern* durchgeführten Projektes der Qualitätssicherung erfolgen, im Zuge dessen kostenlose Hausbesuche in einer randomisierten Auswahl an Haushalten von Pflegebedürftigen getätigt werden.¹³⁷

Wahlkampf 2008

Im Jahr 2008 kam es zu vorgezogenen Neuwahlen. Die Regulierung der 24-Stunden-Betreuung hatte sich also über beinahe die gesamte (verkürzte) Gesetzgebungsperiode hingezogen. Der Dauerkonflikt der Gegenspieler BM Martin Bartenstein und BM Erwin Buchinger hatte wohl auch einen nicht unwesentlichen Beitrag zum Scheitern der Regierung Gusenbauer beigetragen.

Die Abschaffung der Vermögensgrenzen für eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung wurde auch im Zuge des im Sommer 2008 beginnenden Wahlkampfes wieder zum Thema gemacht. Niederösterreich hatte schon 2007 - im Landtagswahlkampf stehend - die Vermögensgrenze aufgehoben und ein eigenes Fördermodell etabliert. Vorarlberg verzichtete ebenfalls auf die Verwertung des Vermögens, Salzburg und Oberösterreich kündigten die Aufhebung der Grenze an, im August erklärten sich schließlich alle Länder dazu bereit. Die Vermögensgrenzen für Heimunterbringung blieben hingegen in allen Bundesländern aufrecht, abgeschafft wurde aber die Zuzahlungspflicht für Kinder und Enkelkinder. Angesichts knapper Finanzen wurde aber z.B. in Kärnten im Jahr 2009 schon an eine Wiedereinführung des Regresses auf Kinder bei Unterbringung im Pflegeheim erwogen, weil der Zuzug seit dem Wegfall des Regresses um 15% gestiegen sei (Standard 12.05.2009). Bei den Selbstbehalten für mobile Dienste kam es zu keinen Änderungen.

¹³⁶ Eine Ausbildung im Rahmen jener einer Heimhilfenausbildung ist lediglich im Bundespflegegeldgesetz, das die Förderung für Personenbetreuung regelt, vorgeschrieben. Das bedeutet, dass eine Qualifikation nur bei Inanspruchnahme einer Förderung nachzuweisen ist (Förderung nach §21b BPGG).

¹³⁷ „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege: Im Auftrag des BMSK werden von mehr als 100 diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bundesweit bei Pflegegeldbeziehern/innen der Stufen eins bis sieben Hausbesuche durchgeführt. Die Qualitätssicherung wurde als Projekt gestartet und aufgrund der guten Erfahrungen als laufende Maßnahme implementiert, wobei bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern ein eigenes Kompetenzzentrum Pflege zur Durchführung eingerichtet wurde. Im Jahr 2007 wurden bei rund 15.000 PflegegeldbezieherInnen im Rahmen dieser Maßnahme Hausbesuche durchgeführt.“ (BMSK 2008, vgl. Nemeth/Pochobradsky 2004)

Tabelle 10: Vermögensgrenze bei Pflege 2008

	im Heim	24-Stunden-Betreuung
Vorarlberg	10.000	aufgehoben
Niederösterreich	10.000	aufgehoben
Kärnten	7.350	7.000
Oberösterreich	7.350	7.000
Salzburg	4.645	aufgehoben
Burgenland	4.000	7.000
Tirol	4.000	10.000
Wien	3.000	7.000
Steiermark	komplette Vermögensverwertung	7.000

Quelle: APA; BMSK 2008

Im Sommer 2008 erschien ein vom BMSK in Auftrag gegebener Evaluierungsbericht zur Förderung der 24-Stundenbetreuung. In diesem wurde die Empfehlung zur Aufhebung der Vermögensgrenzen sowie zur Erhöhung der Zuschüsse gegeben. Die Vermögensgrenze bilde eine psychologische Barriere, bis zu einem Drittel mehr InanspruchnehmerInnen könnten bei Wegfall der Vermögensgrenze angesprochen werden, so die Begründung. In Vorarlberg, wo es keine Vermögensgrenze gebe, verfüge ein Drittel der FörderungsnehmerInnen über ein Vermögen von über 7.000 Euro (Rupp/Schmid 2008, 17f).

Diskutiert wurde im Wahlkampf in Anbetracht der wachsenden Herausforderungen auch die Finanzierung der Pflegevorsorge. Die Einführung eines Pflegefonds wurde sowohl von der ÖVP als auch der SPÖ befürwortet, umstritten war allerdings die Finanzierung eines solchen. Die ÖVP wollte Privatisierungserlöse heranziehen, die SPÖ den Fonds aus einer Vermögenszuwachssteuer speisen. Im letzten Ministerrat (Sommerministerrat) vor den vorgezogenen Neuwahlen im September wurde schließlich die Erhöhung des Pflegegeldes und der Förderung der 24-Stunden-Betreuung sowie der Wegfall der Vermögensgrenze ab Jänner 2009 beschlossen. Die Unterstützung für selbständige PersonenbetreuerInnen wurde auf 550 Euro verdoppelt, jene für Unselbständige wurde um 300 Euro auf 1.100 erhöht.

Abgesehen von der Erhöhung des Pflegegeldes wurde auch die freiwillige Pensionsversicherung für pflegende Angehörige verbessert und ein Pilotprojekt in Modellregionen zur Beratung von PflegegeldbezieherInnen gestartet. Auf der Sachleistungsebene und was die Absicherung des Pflegerisikos betrifft, kam es kaum zu Veränderungen.

7.2 Ergebnisse der rechtlichen Regulierung

Zusammenfassend kann die Regierungsarbeit dieser kurzen zweijährigen Gesetzgebungsperiode hinsichtlich der 24-Stunden-Pflege insofern als erfolgreich gewertet werden, als die gesteckten Ziele des Regierungsprogramms erreicht wurden: Es wurde eine gesetzeskonforme Beschäftigung von 24-Stunden-Pflege-Kräften ermöglicht, ohne dass die gängige Praxis eingeschränkt werden musste. Anzumerken ist, dass ExpertInnen, wie z.B. der Arbeits- und Sozialrechtsexperte Wolfgang Mazal, weiterhin der Meinung sind, dass die 24-Stunden-Pflege dem Wesen nach unselbständige Beschäftigung sei und daher in der Mehrzahl der Fälle eine selbständige Personenbetreuung nach dem Gewerberecht nicht gesetzeskonform sei. Im Falle einer Klage seien die BeschäftigtenInnen demnach von Nachforderungen bedroht und die Rechtssicherheit, die herzustellen ja Ziel der Gesetze ist, sei nicht gegeben.

In der, sich die gesamte Legislaturperiode hinziehenden, politischen und medialen Debatte ging es weitgehend um die Finanzierung der 24-Stunden-Betreuung. Diese mit den Gebietskörperschaften auszuverhandeln, war Aufgabe des SPÖ-Sozialministers Buchinger, während dem ÖVP-Arbeitsminister Bartenstein die Aufgaben der rechtlichen Ermöglichung der Arbeitsverhältnisse zugefallen war. Das ebenfalls in VP-Hand befindliche Gesundheitsministerium hatte die Ausarbeitung der Gesetze zur Anpassung der Gesundheitsberufe (GesBRÄG) zu leisten, was aber relativ wenig öffentliches Aufsehen erregte.

Förderung der 24-Stunden-Pflege

Die meiste mediale Aufmerksamkeit hatte die Ausarbeitung des Fördermodells. BM Erwin Buchinger musste zum einen die Kosten der Förderung gering halten, weil er keine zusätzlichen Mittel vom Bund zugeteilt bekam und daher die Länder und Gemeinden zur Beteiligung heranziehen musste, die sich aber nicht gerade zahlungsbereit zeigten, zum anderen wollte er die Gleichbehandlung zum Sachleistungssystem aufrechterhalten, vor allem um Verzerrungen zur Heimunterbringung zu vermeiden. Dem wurde entgegengehalten, dass es unzumutbar sei, zum „Sozialfall“ werden zu müssen, um eine Förderung für eine 24-Stunden-Betreuung zu erhalten. Außerdem wurde argumentiert, dass eine Heimunterbringung die öffentlichen Haushalte mehr belaste als häusliche Pflege bzw. 24-Stunden-Pflege.¹³⁸ BM Erwin Buchinger wurde vorgeworfen, die Pflegebedürftigen im Stich zu lassen und den Begünstigtenkreis klein halten zu wollen, was dieser wiederum damit rechtfertigte, die Kosten minimieren zu müssen, da ja weder der Bund noch die Länder zahlungswillig seien. Außerdem wurde von Seiten der SPÖ argumentiert, dass die Finanzierung der Sachleistungen ja Ländersache und es daher eine Gefälligkeit des Bundes sei, die 24-Stunden-Pflege zu unterstützen. Schließlich erreichte BM Erwin Buchinger zwar eine Finanzierungsvereinbarung mit den Gebietskörperschaften im Rahmen des Finanzausgleichs, hinsichtlich der Beibehaltung der

¹³⁸ Stephan Schulmeister berechnete jährliche Kosten von 870 Mio. Euro unter der Annahme der Anstellung von Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräften für 50.000 Pflegebedürftige. Das bedeute faktische Mehrkosten für den Staat von 1.450 Euro pro Monat und Pflegefall, also weit geringere als bei einer Heimunterbringung. Die Sozialabgaben für die Pflegekräfte könnten als Durchlaufposten betrachtet werden, da sie ja wieder dem Staat zufließen (Kommentar von Stephan Schulmeister im Standard 20.02.2007).

Vermögensverwertung, um eine Gleichbehandlung zum Sachleistungssystem herzustellen, scheiterte er jedoch, ebenso was die Förderung der unselbständigen Personenbetreuung betrifft, die er ja abgelehnt hatte. Die selbständige Pflege hatte sich, trotz aller Bedenken hinsichtlich der Legalität, eindeutig gegenüber der unselbständigen durchgesetzt und wurde nun auch gefördert.

Völlig aus dem Licht der Öffentlichkeit geriet die ursprüngliche Intention der Fördermaßnahme, die Legalisierungskosten abzudecken. Im 2008 vom BMSK in Auftrag gegebenen Evaluierungsbericht wird dieses ursprüngliche Ziel sehr klar dargestellt:

„Es ist die Aufgabe der Legalisierungsmaßnahmen, dass die bisherigen Tätigkeiten der meist ausländischen (und überwiegend illegal tätigen) BetreuerInnen in rechtliche Rahmenbedingungen gegossen werden und die daraus entstehenden Sozialversicherungskosten durch eine Förderung des Bundes zu 80 Prozent abgedeckt werden. Diese Förderung ist aber kein Finanzierungs-Angebot für jene Menschen, die sich diese Betreuungspraxis bisher nicht leisten konnten. Für diese betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen arbeitet die Arbeitsgruppe Neugestaltung der Pflegevorsorge im BMSK an anderen Lösungen wie beispielsweise den Ausbau der Tages- und Kurzzeitbetreuung sowie Nacht- und Wochenendangebote der ambulanten Dienste.“
(Rupp/Schmid 2008, 3)

Das wurde freilich in der Öffentlichkeit kaum so klar dargestellt, aber die Vorwürfe der ÖVP wie der Oppositionsparteien, es handle sich um ein unsoziales Finanzierungsmodell, waren in diesem Lichte betrachtet eigentlich haltlos. Die 24-Stunden-Pflege bzw. die Legalisierungskosten, also im Wesentlichen die Kosten für die Sozialversicherung der Pflegekraft, sollten nur für jene gefördert werden, die sich schon bisher diese Form der Pflege leisten konnten. In der politischen Auseinandersetzung und der medialen Darstellung wurde hingegen der Eindruck vermittelt, Ziel der Fördermaßnahmen sollte sein, möglichst allen Pflegebedürftigen zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu verhelfen. Weder die Realisierbarkeit dieses Zieles, also ob es überhaupt entsprechend viele Arbeitskräfte gebe, der Wohnraum der Pflegebedürftigen ausreichend sei etc. und dass es sich de facto um ein Pflegeform nur für Wohlhabendere handle, noch die Wünschbarkeit dieses Modells an sich wurden öffentlich seriös diskutiert.

Selbständige Pflege

Ideologisch klafften die Positionen der beiden Großparteien auch hinsichtlich der selbständigen Ausübung der 24-Stunden-Betreuung auseinander. Die Gewerkschaft und die SPÖ hatten zu Beginn der Debatte ein Angestellten-Modell favorisiert, dieses aber bald verworfen. Während BM Erwin Buchinger keinesfalls selbständige Pflege, sondern die Schaffung von Arbeitsplätzen mit besseren Bedingungen als in der illegalen Pflege forcieren wollte, verfolgte die ÖVP - mit Rückhalt der Wirtschaftskammer - die Förderung der selbständigen Personenbetreuung. Letztendlich wurde auch das Selbständigen-Modell, sowohl was die Praktikabilität als auch was die Kosten betrifft, eindeutig attraktiver gestaltet. Dieses Pflegemodell war insgesamt schon in dem Papier der Arbeitsgruppe Klasnic vom August 2006, die noch unter der ÖVP-BZÖ Regierung eingesetzt worden war, vorgezeichnet. Die arbeits- und sozialrechtlichen Bedingungen waren durch das sogenannte Bartenstein-Modell bzw. das Hausbetreuungsgesetz fixiert, sodass dem Sozialminister kaum Gestaltungsspielraum blieb, außer mit einer Förderung einen Lenkungseffekt in Richtung

unselbständige Beschäftigung zu bewirken. Aufgrund der höheren Kosten und der arbeitsrechtlichen Restriktionen des Unselbständigen-Modells gelang eine Lenkung in diese Richtung aber nicht. Solange das Pflegeübergangsgesetz in Kraft war, schien das Fördermodell ohnehin unattraktiv. Mit dem Auslaufen der Amnestieregelung und dem Ende der Debatten um die 24-Stunden-Pflege, die wohl auch zu größerer Verunsicherung der Pflegebedürftigen wie auch der Agenturen und Pflegekräfte geführt hatte, änderte sich das schnell. Die Zahl der Anmeldungen selbständiger PflegerInnen stieg dann rasch an.

Von ExpertInnen wurden weiterhin Zweifel hinsichtlich der Legalität des Selbständigen-Modells ausgedrückt. So äußerte Arbeitsrechtler Mazal Bedenken, ob der Verwaltungsgerichtshof die selbständige Betreuung akzeptieren würde, diese sei nur in wenigen Fällen möglich:

„Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung halte ich auf der Basis von Selbständigkeit nach der bisherigen Judikatur nicht für möglich.“ (Wolfgang Mazal im ORF Mittagsjournal 21.05.2007)

Mazal schlägt daher ein neues Modell vor:

„Wir bräuchten den Mut, etwas Neues zu machen, ein neues Rechtsverhältnis zu definieren: ein Arbeitsverhältnis zu den Konditionen eines Selbständigen. Das passt allerdings nicht in die vorgefertigten Kästchen, die wir haben. Auf solche Anforderungen hat unser System noch keine Antwort gefunden.“ (Presse 06.06.2007)

WIFO-Arbeitsmarktexpertin Gudrun Biffl äußerte Bedenken hinsichtlich der geringen Einkommen, die mit diesem Modell perpetuiert würden (Standard 01.03.2007). Die Debatte um die Legalität des Selbständigen-Modells hatte sich aber mittlerweile zu einer eher akademischen verengt und wurde wohl in der Öffentlichkeit mehr als Spitzfindigkeit wahrgenommen. Indessen wurde auch von ExpertInnen die Ansicht vertreten, es handle sich um ein Übergangsmodell und die Regulierung sei als Prozess zu verstehen. Die 24-Stunden-Pflege schließe eine Lücke, die mit den gegebenen Strukturen und Kapazitäten und dem vorhandenen öffentlichen Finanzrahmen nicht geschlossen werden könne. Durchgesetzt hatte sich im Laufe der zweijährigen Debatte um die 24-Stunden-Pflege die Argumentationslinie, die erforderliche Pflege und Betreuung passe in kein Kollektivvertragsmodell und sei aus Gründen der Finanzierbarkeit und Praktikabilität nicht realisierbar, daher müsse Pflege als Selbständigen-Modell ermöglicht werden. Die Frage, warum eine dem Wesen nach traditionell abhängige Beschäftigung nun als Kleinunternehmertum bzw. in Form von prekärer Arbeit geleistet werden müsse, wurde aber nicht grundsätzlich gestellt, sondern lediglich mit der Alternativlosigkeit aufgrund der Finanzierbarkeit argumentiert. Es wurde auch in keinsten Weise reflektiert, dass dieses Modell auf Bedingungen aufbaut, die sich nur aufgrund einer hohen Lohndifferenz zwischen zwei Nationalstaaten und der geringen räumlichen Distanz derselben erhalten lassen. Im Gegenteil wurde inländischen Arbeitskräften implizit vorgeworfen, nicht zu denselben Bedingungen arbeiten zu wollen. Vor allem aber muss auch die Voraussetzung gegeben sein, dass die (zumeist weibliche) Arbeitskraft von reproduktiver Arbeit freigestellt ist, also entweder keine Sorgepflichten hat oder diese an eine andere Person bezahlt oder unbezahlt umverteilen kann. Sie muss also eine Art Familienlohn erhalten. Bislang ist eben das aufgrund der Lohndifferenz möglich. Da es aufgrund der Konstruktion als Gewerbe keinen ArbeitnehmerInnenschutz für die Pflegekräfte gibt, sind die Arbeitsbedingungen weitgehend von der jeweiligen Situation bei der KlientIn abhängig, also vom Gesundheitszustand, der persönlichen Beziehung, den Wohnverhältnissen etc. (siehe dazu S. 178f, Kap. 8).

Auswirkungen auf den regulären Arbeitsmarkt und die in der institutionellen Pflege Beschäftigten wurden kaum öffentlich debattiert, obwohl sie in den Stellungnahmen zu den Gesetzesentwürfen immer wieder Eingang fanden. Vor allem VertreterInnen der sozialen Dienste, die Berufsvertretungen und Ausbildungsinstitutionen sowie die Gewerkschaft und die AK thematisierten die zu befürchtenden Folgen für die professionellen Dienste und damit auch für die Qualität der Pflege. Insbesondere die Erweiterung der Kompetenzen der PersonenbetreuerInnen durch das Gesundheitsberuferechtsänderungsgesetz (GesBRÄG), das eine Gleichstellung mit den Pflege- und Altenhilfen hinsichtlich der Tätigkeitsbefugnisse bedeutet, birgt eine große Gefahr der Abwertung dieser Berufe. Die Debatte um Qualitätsstandards und Professionalisierung schien aber eher von der Realität der 24-Stunden-Betreuung abgehoben. Das Argument, dass nicht ausgebildete Angehörige die Pflegearbeit ja ebenso gut verrichten, erwies sich auch letztlich als schlagend. Wenig Beachtung fand außerdem die Vermittlung der 24-Stundenpflege, die nun im Rahmen des Personenbetreuungsgewerbes ebenfalls regulär und ohne besondere Kenntnisse oder Qualifikationen ausgeübt werden kann. Zudem begannen sich die Wohlfahrtsträger in der Vermittlung der 24-Stunden-Pflege zu betätigen. Caritas, Hilfswerk und auch die Volkshilfe vermitteln selbständige PersonenbetreuerInnen, zusätzlich bieten sie Hausbesuche durch professionelles Pflegepersonal zur Qualitätssicherung an. So soll offenbar der ursprüngliche Leistungsbereich der mobilen Dienste geschützt und eingebunden werden.

Zahl der Legalisierungen

Die Zahl der Legalisierungen war im Jahr 2007 noch minimal. Zahlen über unselbständige PersonenbetreuerInnen lagen nicht vor, im Juli 2007 gab es gerade einmal zwei bei der Gebietskrankenkasse gemeldete 24-Stunden-Pflegekräfte, im März 2008 waren es knapp 100, im Mai rund 300. Die genaue Zahl der angemeldeten PflegerInnen ist laut Auskunft des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger nicht eruierbar (telefonische Auskunft von Karl Grillitsch, Hauptverband der Sozialversicherungen, Statistik¹³⁹). Weitaus mehr Anmeldungen gab es bei den selbständigen PersonenbetreuerInnen. 2007 waren knapp 500 selbständige PersonenbetreuerInnen gemeldet. Anfang Jänner 2008 gab es laut Wirtschaftskammer in Österreich 685 Anmeldungen gewerblicher PersonenbetreuerInnen, auf Wien entfiel fast die Hälfte, im Februar 2008 waren bereits 2.000 Anmeldungen zu verzeichnen, im Juli 2008 hatte sich die Zahl auf mehr als 8000 vervierfacht. Laut Auskunft des BMSK gab es im August 2008 schon 11.000 selbständige PersonenbetreuerInnen in Österreich (Hansjörg Hofer, BMSK). Der größte Teil der PersonenbetreuerInnen kam aus der Slowakei, Zunahmen sind aus Rumänien und Bulgarien zu verzeichnen (laut telefonischer Auskunft Hansjörg Hofer, BMSK)

¹³⁹ Laut Grillitsch gibt es „einige 100“, das seien fundierte Vermutungen und auch aus den Förderansuchen ableitbar.

Tabelle 11: Zur gewerblichen Tätigkeit angemeldete PersonenbetreuerInnen

	Anfang Jänner 2008	04.02.2008	15.07.2008
Oberösterreich		639	2.493
Wien	308	510	1.821
Niederösterreich	181	416	2.231
Vorarlberg	7	113	556
Steiermark		96	644
Tirol		60	264
Burgenland		57	657
Kärnten		33	141
Salzburg		25	171
Österreich	496	1.949	8.978
	Quelle: WKO, Standard 10.01.2008	Quelle: BMSK, APA, Standard	Quelle: WKO

Tabelle 12: Anzahl PersonenbetreuerInnen pro 100 PflegegeldbezieherInnen nach Bundesland

Jahr	Öster- reich	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	W
angemeldete PersonenbetreuerInnen 15.07.2008	8.978	657	141	2.231	2.493	171	644	264	556	1.821
PflegegeldbezieherInnen	227.577	7.123	13.981	77.526	29.409	9.974	31.676	12.683	13.026	32.179
Anzahl BetreuerInnen/100 PflegegeldbezieherInnen 15.07.2008	3,95	9,22	1,01	2,88	8,48	1,71	2,03	2,08	4,27	5,66
Anzahl Betreuungs- arrangements/100 PflegegeldbezieherInnen (2 PflegerInnen pro Person)	1,97	4,61	0,50	1,44	4,24	0,86	1,02	1,04	2,13	2,83
Anzahl der KundInnen mobiler Dienste in Bezug zu 100 Pflegegeld- bezieherInnen*	23	20	8	18	30	17	21	33	92	18
Bundes- und Landespflegegeld, ausgenommen LandeslehrerInnen und RentnerInnen nach Opferfürsorgegesetz (OFG), für Niederösterreich und Vorarlberg, weil Fördermodell entsprechend Stufen 1-7, alle anderen Bundesländer 3 – 7										

Quelle: Schmid/Rupp 2008; Statistik Austria 2008c, WKO, *Simsa et al. 2004, 190, (siehe Tabelle 5)

Pro 100 potentiell förderberechtigte PflegegeldbezieherInnen¹⁴⁰ gab es im Juli 2008 3,95 angemeldete selbständige PersonenbetreuerInnen in Österreich. Angenommen pro PflegegeldbezieherIn sind, wie

¹⁴⁰ Das sind BezieherInnen von Bundes- und Landespflegegeld, ausgenommen LandeslehrerInnen und RentnerInnen nach Opferfürsorgegesetz (OFG), in Niederösterreich und Vorarlberg, entsprechend den Pflegegeldstufen eins bis sieben, weil das

es weit verbreitet ist, zwei PersonenbetreuerInnen beschäftigt, so nehmen österreichweit rund 2% eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Anspruch. Im Vergleich dazu werden 23% der PflegegeldbezieherInnen in Österreich von mobilen Diensten versorgt (Simsa et al. 2004, 190). Den höchsten Anteil an angemeldeten PersonenbetreuerInnen hat das Burgenland mit 4,6%, in Oberösterreich ist der Anteil 4,2%, an dritter Stelle liegt Wien mit 2,8%, in Vorarlberg sind es 2,1%. Den niedrigsten Anteil weist Kärnten mit 0,5% auf. Damit sind gängige Schätzungen von 5% PflegegeldbezieherInnen, die Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Anspruch nehmen bzw. von 40.000 im Einsatz befindlichen Betreuungskräften realistisch, wenn nicht sogar unterschätzt.

Kosten des neuen Pflegemodells

Wie zu erwarten, wurde der größte Teil der 24-Stunden-Pflege als selbständige Pflege legalisiert. Das Selbständigen-Modell ist weitaus billiger, die PersonenbetreuerInnen fallen gewöhnlich unter die Einkommenssteuergrenze von 10.000 Euro jährlich, sie müssen also keine Einkommenssteuer zahlen. Die Sozialversicherung ist von den PersonenbetreuerInnen selbst abzuführen. Manche Agenturen heben nun die Sozialversicherungsbeiträge von den KundInnen ein und führen sie für die PersonenbetreuerInnen ab. Andere VermittlerInnen entrüsten sich hingegen, dass von den KlientInnen verlangt werde, die Sozialversicherung zu übernehmen.¹⁴¹ Das ist einigermaßen bemerkenswert, als es doch die Intention der Förderung der Personenbetreuung war, die Legalisierungskosten, also im Wesentlichen die Sozialversicherung, zu unterstützen. Insofern ist es auch eine fragwürdige Praxis, dass die Förderung an die PflegegeldbezieherInnen ausbezahlt wird und nicht kontrolliert wird, inwieweit diese tatsächlich zur Deckung der Sozialversicherungskosten verwendet wird. Es ist zwar Voraussetzung für die Förderung, dass eine Sozialversicherungspflicht vorliegt, die Höhe des Honorars der PersonenbetreuerIn kann aber nicht durch den Fördergeber bestimmt werden, sondern wird von den KundInnen oder den Agenturen festgesetzt. Für die Pflegekraft macht es wie bei untenstehendem Beispiel einen Unterschied von mehr als zehn Euro pro Tag, wenn sie die Sozialversicherung von ihrem Honorar begleichen muss. Dabei ist die legale Beschäftigung einer selbständigen Personenbetreuung, selbst wenn die Sozialversicherungskosten und sonstigen Nebenkosten von der BeschäftigerIn getragen werden, unter der Voraussetzung, dass eine Förderung bezogen wird, nun sogar kostengünstiger als die illegale. Dazu kommt auch noch die steuerliche Absetzbarkeit der Ausgaben für die 24-Stunden-Betreuung, die umso höher ist, je höher das Einkommen der Pflegebedürftigen. Personen mit hohen Einkommen profitieren also besonders.

Fördermodell in diesen beiden Bundesländern entsprechend gestaltet ist, in allen anderen Bundesländer BezieherInnen von Pflegegeld der Stufen drei bis sieben (vgl. Rupp/Schmid 2008).

¹⁴¹ Beobachtet bei einer Informationsveranstaltung der Wirtschaftskammer Österreich: Infoveranstaltung Personenbetreuung, am 02.12. 2008

Tabelle 13: Kostenvergleich reguläre und irreguläre 24-Stunden-Pflege

Annahme		
Pflegestufe	3	422
Nettoentgelt pro Monat für zwei selbständige PersonenbetreuerInnen (über Mindestbeitragsgrundlage) unberücksichtigt bleiben Echkosten für Kost, Logis und Fahrt sowie Vermittlungskosten etc. (fallen in allen Varianten gleich an)	1.800	Tagessatz € 60
	Irregulär	Förderung neu
Nettohonorar (für zwei Personen)	1.800	1.800
Sozialabgaben (Unfall-, Kranken-, Pensionsversicherung, Selbständigenvorsorge)		454
Kosten pro Monat	1.800	2.254
Kosten pro Jahr	21.600	27.043
Förderung (bei Vorliegen der Voraussetzungen)	0	550
Pflegegeld	422	422
Förderung gesamt	422	972
Kosten abzügl. Förderung und Pflegegeld pro Monat	1.378	1.282
Differenz zu illegaler Betreuung/Monat	0	-96

Quelle: Berechnung Hilfswerk 2008, Walter Marschitz

Die Kosten der unselbständigen Pflege sind rund doppelt so hoch als beim Selbständigen-Modell, allerdings ist die Förderung ebenfalls doppelt so hoch.¹⁴² Die mittleren Kosten betragen rund 3.000 Euro¹⁴³ pro Betreuungsfall und Monat, abzüglich der Förderung von 1.100 Euro ab November 2008 verbleiben also fast 2.000 Euro. Dazu kommen die Restriktionen hinsichtlich der Arbeitszeiten usw., die die unselbständige Beschäftigung unattraktiv im Vergleich zu selbständigen Personenbetreuung machen. Allerdings – und das blieb weitgehend unerwähnt – erhält die Betreuungskraft bei unselbständiger Beschäftigung auch den Mindestlohn und der liegt bei rund 900 Euro netto für eine BetreuerIn. Um ein Entgelt in gleicher Höhe wie bei unselbständiger Beschäftigung zu erreichen, müsste eine selbständige Betreuungskraft 60 Euro täglich bekommen. Die monatlichen Kosten lägen dann mit 1.700 Euro um rund 300 Euro unter dem Unselbständigen-Modell und nicht, wie oft in der Öffentlichkeit dargestellt wurde, im Bereich des Doppelten oder Dreifachen. Um einen seriösen Vergleich anzustellen, sollten also dieselben Einkommen berücksichtigt werden.

Agenturen

Die Vermittlungsagenturen arrangierten sich großteils mit der neuen Gesetzeslage und änderten ihre Konditionen entsprechend ab (Quelle: Internetrecherche Websites der untersuchten Agenturen). Im Sommer 2008 hatte auch die größte und älteste Agentur, die *Südböhmische Volkspflege*, eine Möglichkeit gefunden das Hausbetreuungsgesetz umzusetzen, nachdem bis dahin noch auf der

¹⁴² Bei einer Anstellung nach dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz müssen die Kollektivvertragslöhne bezahlt und Sozialabgaben von der DienstgeberIn geleistet werden. Beim Selbständigenmodell sind die Sozialversicherungsbeiträge von der PersonenbetreuerIn zu leisten, in obiger Berechnung sind sie einbezogen in die Gesamtkosten. Möglicherweise werden die Versicherungsbeiträge auf die BetreuerInnen überwält.

¹⁴³ Berechnungen von Walter Marschitz für Anstellung nach dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz für eine Kranken- und AltenbetreuerIn (Hilfswerk 2008) Berechnungen der Sozialversicherung nach Mindestlohntarif für im Haushalt Beschäftigte in Niederösterreich.

Website festgehalten worden war, dass die „karitative Tätigkeit“ der Pflegekräfte nicht unter das Hausbetreuungsgesetz fallen könne.

Abbildung 8: Information zur Legalisierung der Südböhmischen Volkshilfe

The screenshot shows the website of Südböhmische Volkshilfe. The header features a logo on the left, the organization's name in the center, and a coat of arms on the right. Below the header is a navigation menu with links like 'NEWS', 'ÜBER UNS', 'RUND um die UHR', 'Dauer der Pflege', 'Hausbetreuungsgesetz', 'FAQ', 'KONTAKT', 'Rückruf', and 'LINKS'. A 'Formulare & Downloads' section includes links for 'Info anfordern', 'Online anmelden', 'Anfrage für Ärzte', and 'Email senden'. The main content area is titled '» NEWS' and contains an article 'Information zur Legalisierung der 24 Stunden Betreuung'. The article discusses the challenges of implementing the 24-hour care law and provides information on how to apply for a trade license and financial support. A 'PRINT' button is visible in the top right corner of the article area. At the bottom, there is an 'E-mail' link.

Südböhmische Volkshilfe
in Österreich: Südböhmische Volkspflege

NEWS

» **NEWS**

Information zur Legalisierung der 24 Stunden Betreuung

In den vergangenen Monaten, wurde viel über die 24 Stunden Pflege und Betreuung im Häuslichen Umfeld debattiert. Zu einer durchsichtigen Lösung für alle Seiten, hat jedoch die Informationsflut nicht geführt und so fühlen sich viele Betroffene nun im Stich gelassen. Das Problem wurde angesprochen jedoch die Lösung nicht umgesetzt bzw. einheitlich und ausführlich erklärt.

Auch wir hatten so einige Mühen den Stand der Dinge einfach und verständlich einzufangen. Es ist uns jedoch gelungen eine Umsetzung des Hausbetreuungsgesetzes in Einnahme mit den Statuten der Stiftung Südböhmische Volkshilfe, den karitativen Stiftungsmithelfern und den angegliederten Stiftungspatienten zu finden.

Das Hausbetreuungsgesetz erlaubt eine selbständige Tätigkeit im Privathaushalt mit einer Gewerbeberechtigung zur Betreuungsperson. Diese Gewerbeberechtigung, kann aufgrund eines schriftlichen Ansuchens an uns, von unserem Steuerberater in Linz/Oberösterreich aufgrund einer Vollmacht im Namen der Stiftungsmithelferin beantragt werden. Ebenso wird die Anmeldung bei der Sozialversicherungsanstalt im Zuge dessen von unserem Steuerberater durchgeführt. Weiters kommt hinzu, dass auch die Einkommenssteuererklärung auf diesem Wege eingereicht wird. Für diese Serviceleistung fallen keine zusätzlichen Kosten kann, lediglich die Gebühren bei diversen Ämtern sind von der Stiftungsmithelferin zu leisten, welche in der Höhe von etwa 100.- Euro einmalig sind.

Die Beantragung der Gewerbeberechtigung im Namen der Stiftungsmithelferin, ermöglicht uns weiters, Ihnen anbieten zu können den Förderungsantrag zur Unterstützung der 24 Stunden Betreuung einzureichen. Somit können Sie je Stiftungsmithelferin mit Gewerbeberechtigung einen Förderungsbeitrag von bis zu Euro 112,50.- pro Monat erhalten. Auch diese Serviceleistung ist für unsere Stiftungspatienten kostenlos, es ist lediglich ein schriftliches Ansuchen bei uns zu stellen, damit wir tätig werden können.

Wir haben sowohl für unsere Stiftungsmithelfer, als auch für unsere Stiftungspatienten umfassende Informationsunterlagen, sowie alle notwendigen Anträge und Formulare zusammengestellt. Sie können diese zum Teil von unseren Internetseiten downloaden, oder bei uns per Telefon, Fax oder Email anfordern.

Sofern Sie Fragen haben sollten, weitere Informationen wünschen oder Unterlagen anfordern möchten, so würden wir uns freuen von Ihnen zu hören, telefonisch 0732 60 20 05, per Fax 0732 60 20 07 oder per Email anmeldung@hoffnung.cz

Sie sind der **5075** Besucher im Jahr 2008

E-mail

Quelle: Website *Südböhmische Volkshilfe*, Screenshot montiert, <http://www.volkspflege.com> (22.08.2008)

8 *Der transnationale Pflegearbeitsmarkt*

Das folgende Kapitel basiert auf den Ergebnissen der Auswertung der Interviews mit den AgenturleiterInnen und der Analyse der Websites und Informationsmaterialien der untersuchten Agenturen sowie der Interviews mit Pflegekräften, NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege und ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (s. Überblick Interview S. 247). Außerdem wurde um die Verbreitung von Agenturen und VermittlerInnen darzustellen Zeitungen und Internetanzeigenportale analysiert. Die Gesamtheit dieser Quellen sollte Erkenntnisse über den irregulären Pflegearbeitsmarkt, die Arbeits- und Lebensbedingungen der Pflegekräfte sowie über die Funktion der Vermittlungsagenturen liefern. Der erste Teil des Kapitels gilt den Vermittlungsagenturen. Ziel der Erhebung war es zum einen die Organisation der Vermittlung und der Pflege zu erforschen. Ein wesentlicher Teil der Befragung widmete sich der Legalität der Vermittlungsagenturen und der 24-Stunden-Pflege. Zum Zeitpunkt der Befragung war die 24-Stunden-Pflege noch nicht legalisiert bzw. reguliert. In der Nachschau betrachtet, können die Agenturen und informellen Vermittlungsnetzwerke als maßgebliche Akteure in der Entwicklung der Normierung des Personenbetreuungsgewerbes erachtet werden. In den Kapiteln 8.5 und 8.6 wird die 24-Stunden-Pflege aus der Perspektive der KlientInnen beleuchtet. Die Auswertung der Interviews mit den NutzerInnen von Rund-um-die-Betreuung zeigt ihre Motive und Gründe für diese Form der Versorgung, warum keine öffentlichen Angebote genutzt werden und wie die Anforderungen an die Pflegekräfte aus Sicht der NutzerInnen ist.

8.1 *Vermittlungsagenturen*

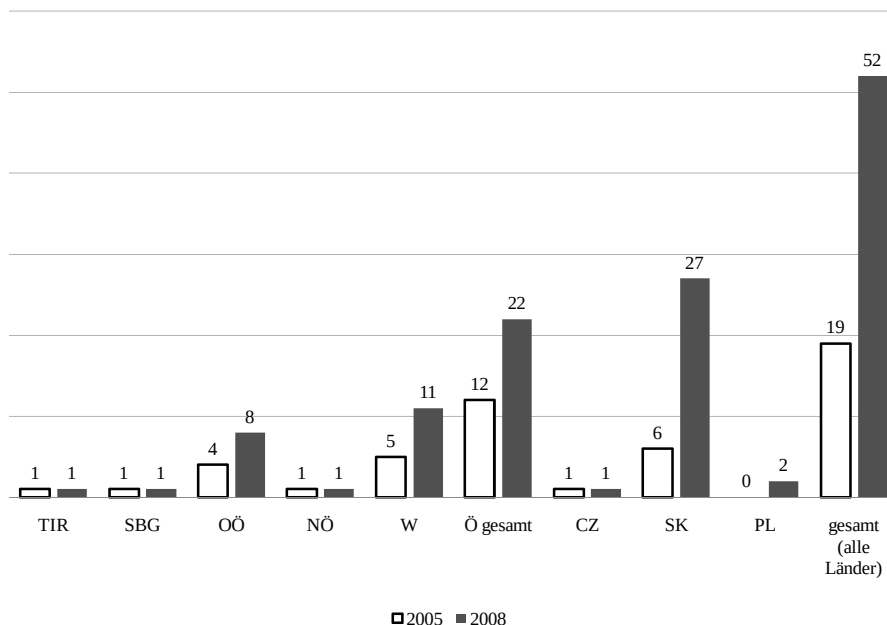
Die Geschichte der 24-Stunden-Pflege in Österreich begann mit dem Fall des Eisernen Vorhangs. Seit den beginnenden 1990er Jahren gab es bereits Organisationen, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, Pflegekräfte - zu Beginn vor allem aus der Tschechischen Republik, später vermehrt aus der Slowakei - an österreichische Pflegebedürftige zu vermitteln. Auch in Deutschland stieg die Zahl der osteuropäischen Pflegekräfte seit Anfang der 1990er Jahre. In Wien besteht eine Organisation (VVKAP), die sich zunächst auf die Vermittlung von Adressen spezialisiert hatte, bereits seit 1990. Ebenso lange existiert die *Stiftung Südböhmische Volkspflege*,¹⁴⁴ die größte und bekannteste in Österreich tätige Organisation.¹⁴⁵ Daneben gab es eine Reihe kleinerer Agenturen, die ständig zahlreicher wurden, aber im Vergleich zur Südböhmischen Volkspflege wesentlich versteckter agierten. Auch die Zahl informeller Netzwerke zur Vermittlung und Organisation von 24-Stunden-Pflege nahm stetig zu. Die informellen Netzwerke bildeten sich zum Teil aus den Agenturen heraus, indem sich Pflegekräfte und auch Familien, die Pflege beanspruchten, verselbständigten, vor allem um die hohen Gebühren an die Agenturen nicht mehr bezahlen zu müssen. Andererseits verbesserten sich auch die Möglichkeiten der Kontaktherstellung durch neue Kommunikationsmöglichkeiten (Internet und Mobiltelefonie). Zudem wurden die Schwierigkeiten des Grenzübertritts spätestens seit dem EU-Beitritt der betreffenden Staaten 2004 geringer. Mit der steigenden Nachfrage und zunehmender

¹⁴⁴ Aufgrund einer Klage der Volkshilfe Österreich musste sich die *Südböhmische Volkshilfe* in Österreich umbenennen.

¹⁴⁵ Leider verweigerte die Chefin der Südböhmischen Volkspflege, Frau Unterlugauer, ein Interview. Dabei beziehen sich viele Aussagen über Agenturen, sowohl von InanspruchnehmerInnen als auch von PflegerInnen, auf die Südböhmische, weil sie offensichtlich sehr viele Menschen versorgt.

Bekanntheit verbreitete sich das irreguläre Pflegeangebot in den letzten zwei Jahrzehnten beachtlich. Ein transnationaler Pflegearbeitsmarkt bildete sich heraus.

Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Vermittlungsorganisationen 2005 bis 2008



Quelle: eigene Erhebung, Internet- und Medienanalyse: Kronenzeitung, Kurier, regionale Zeitungen: NÖN (Online-Anzeigen), OÖN, Online-Anzeigenportale: Bazar, Flohmarkt und Kijiji die angeführten Medien wurden einmal jährlich (4. Quarta) von 2005 bis 2008 analysiert

Bestandsaufnahme der Vermittlungsagenturen

Die steigende Zahl an einschlägigen Zeitungs- und Internetinseraten lässt darauf schließen, dass es in den letzten Jahren eine Zunahme an Agenturen und informellen Vermittlungsnetzwerken gab. Von 2005 bis 2008 hatte sich die Zahl der im Internet auffindbaren Vermittlungsorganisationen in Wien und in Oberösterreich verdoppelt, in der Slowakei sogar mehr als vervierfacht. 2005 hatte fast ein Drittel der in Österreich tätigen Agenturen ihren Sitz in der Slowakei, 2008 war der Anteil auf die Hälfte gestiegen. In Wien und in Oberösterreich gab und gibt es die meisten Organisationen, in Tirol, Salzburg und Niederösterreich hingegen weit weniger, interessanterweise sind in der Steiermark, Kärnten, Vorarlberg und dem Burgenland keine Agenturen ansässig. Von 2005 bis 2008 nahm auch die Tätigkeit von polnischen Organisationen in Österreich zu, diese haben aber kaum Internetauftritte. Polnische Agenturen sind hauptsächlich auf den deutschen Markt konzentriert bzw. sind mit deutschen Partnerorganisationen verbunden, wobei letztere auch in Österreich zunehmend um Kunden werben.¹⁴⁶

Mehr als die Hälfte der untersuchten Organisationen vermittelt österreichweit. Unterschiede in der Inanspruchnahme nach urbanem oder ländlichem Raum sind den Aussagen der VermittlerInnen nach nicht feststellbar. Die Schwerpunkte liegen in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg. Auch in den westlichen Bundesländern steigt die Nutzung von 24-Stunden-Pflege an.

¹⁴⁶ z.B. <http://www.ihrepflege.eu>

Die Verteilung der KlientInnen nach Bundesland variiert sehr je nach Organisation. Wahrscheinlich aufgrund der Tatsache, dass Empfehlung und Mundpropaganda die wichtigsten Werbemaßnahmen sind, ergeben sich in manchen Gegenden Kumulierungen, während andere Gebiete kaum bedient werden. Manche Agenturen vermitteln nicht in Gebiete, die aufgrund der Distanz schwer erreichbar sind, die meisten agieren in dem Raum, in dem sie ansässig sind. Die VermittlerInnen geben an, kaum im Burgenland tätig zu sein, was wahrscheinlich auf die Verbreitung von Pflegekräften aus Ungarn, die traditionell ohne Hilfe von Agenturen über informelle Netzwerke und Inserate in Zeitungen und im Internet Zugang zu Pflegestellen finden, zurückzuführen ist.¹⁴⁷ Ähnliches gilt möglicherweise für Kärnten: Ein Vermittler berichtete, dass PflegerInnen aus Ex-Yugoslawien eingesetzt würden. Ein anderer Gesprächspartner meinte hingegen, das niedrigere Einkommensniveau sei für die geringe Nutzung von 24-Stunden-Pflege im Burgenland ausschlaggebend. Allerdings zeigte sich mit der Legalisierung der Rund-um-die-Uhr-Betreuung, dass das Burgenland den höchsten Anteil von zugelassenen PersonenbetreuerInnen bezogen auf förderungsberechtigte PflegegeldbezieherInnen hatte. Niederösterreich wird von vielen VermittlerInnen als Bundesland mit hoher Nutzung eingeschätzt, was auf geographische und demographische Faktoren zurückgeführt wird. Niederösterreich sei flächenmäßig sehr groß und die Versorgung mit stationären Einrichtungen insofern schlecht, als die Entfernungen zum Herkunftsort der Menschen häufig weit und Angehörige vielfach abgewandert seien. Auch die durch die Landesgesetzgebung geregelten Selbstbehalte für Angehörige seien ein Faktor für die Inanspruchnahme von Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Die Einschätzungen der InterviewpartnerInnen darüber, ob 24-Stunden-Pflege im urbanen Raum oder im ländlichen Gebiet häufiger genutzt würde, differieren bzw. sind ambivalent. So wird die Meinung vertreten, am Land wäre die Notwendigkeit für Rund-um-die-Uhr-Betreuung geringer, weil die Familienstrukturen und das soziale Umfeld noch ein dichteres Betreuungsnetz böten, andererseits gebe es in ländlichen Gegenden, wie dem Waldviertel, viele alte Menschen, die nicht auf Unterstützung von Angehörigen zurückgreifen können, weil die jüngeren Generationen abgewandert seien. In exponierten Gebieten wäre zudem die Versorgung mit mobilen Hilfsdiensten schlechter und stationäre Einrichtungen weit entfernt vom Herkunftsort, sodass die Hemmschwelle in ein Heim zu gehen, noch größer sei. Der Versorgungsgrad mit öffentlichen Pflegediensten wird von den VermittlerInnen aber nicht als ausschlaggebend für die Inanspruchnahme von Rund-um-die-Uhr-Betreuung gesehen. Alten- und Pflegeheime werden ohnehin als eine schlechte Alternative erachtet und stark kritisiert, ebenso die sozialen Dienste, die die Bedürfnisse der KlientInnen nach Kontakt, Zuwendung usw. vor allem aufgrund von Zeitmangel nicht erfüllen könnten, so die vorherrschende Meinung.

Organisationsform und Tätigkeit der Agenturen

Viele Agenturen gerieren sich als wohltätige Vereinigungen, was sie auch zum Teil mit religiös oder mit Gemeinnützigkeit konnotierten Namensgebungen suggerieren. Aber nur 20 bis 30% der Organisationen sind gemeinnützige Vereine, die meisten sind kommerzieller Natur, also Unternehmen mit unterschiedlichen Rechtsformen. Einige AnbieterInnen von 24-Stunden-Betreuung sind

¹⁴⁷ In den untersuchten Anzeige-Portalen der Anzeigenzeitung Bazar, von www.flohmarkt.at und www.kijiji.at finden sich vielfach Inserate von ungarischen Pflegekräften.

privatwirtschaftlich organisierte Pflegefirmen, die qualifizierte Hauskrankenpflege in Form sogenannter Pooldienste anbieten und die Vermittlung von Rund-um-die-Uhr-Betreuung als Nebengeschäft betreiben. Daneben gibt es Privatpersonen, die Vermittlungsdienste anbieten. Informelle Netzwerke der PflegerInnen selbst werden vielfach als Strukturen mit nicht kommerziellen Interessen dargestellt (vgl. Gendera 2007, 91f), dem stehen durchaus konträre Aussagen einiger InterviewpartnerInnen (PflegerInnen und NutzerInnen) gegenüber, die angaben, dass auch innerhalb informeller Netzwerke Gebühren kassiert würden. Teilweise entwickeln sich aus den Netzwerken neue Agenturen und Unternehmen. Bislang verblieben die Netzwerke aufgrund der Irregularität der vermittelten Arbeit zwar noch weitgehend in der Schattenwirtschaft, das dürfte sich aber mit der Einführung des Personenbetreuungsgewerbes ändern. Helma Lutz verweist auf den zum Teil ausbeuterischen Charakter dieser Unternehmungen. (Lutz 2003, 23).

Größe der Organisationen und Anzahl der Vermittlungen

Die Zahl der betreuten Haushalte differiert erheblich je nach Organisation. Agenturen, die ausschließlich in der Vermittlung tätig sind, versorgen eine weitaus größere Zahl von Haushalten als jene, die auch stundenweise Hauskrankenpflege anbieten. Während die drei Pflegefirmen im Schnitt pro Monat sieben Haushalte versorgen, reicht bei den VermittlerInnen die Spanne von 17 bis zu 500 betreuten Haushalten.

Abbildung 10: Überblick untersuchte Vermittlungsorganisationen

Org.	Sitz	Rechtsform	Partnerorg. im Herkunftsland	Tätigkeit der Org.	Org. besteht seit	Anzahl MitarbeiterInnen*	Pflegequalifikation der Leitung	Anzahl 24-Stunden-PflegerInnen derzeit im Einsatz
V1	OÖ	Einzelunternehmen	KRO	HKP/P/V	2004	1	DGKP	12
V2	OÖ	Verein	SK, CZ	V	1999	9	keine	1.000
V3	W	Firma	SK	V	2004	1	DGKP	50
V4	TIR	GmbH	keine	V	2000	3	keine	48
V5	W	Privatperson	keine	V	2001	1	keine	50
V6	SBG	Handelsvertreter	PL	V	2005	2	keine	250
V7	NÖ	Verein	SK	V	2005	6	keine	100
V8	W	GmbH	SK	HKP/P/V	2005	2	keine	25
V9	W	Firma	keine	HKP/P/V	2002	2	DGKP	3
V10	W	GmbH		V	1990	6	keine	600**

Quelle: Interviews Vermittlungsorganisationen

* ehrenamtliche und bezahlte MitarbeiterInnen ausgenommen 24-Stunden-Pflegekräfte,

** Zahlen geschätzt

Abkürzungen:

HKP Hauskrankenpflege

P Pooldienste

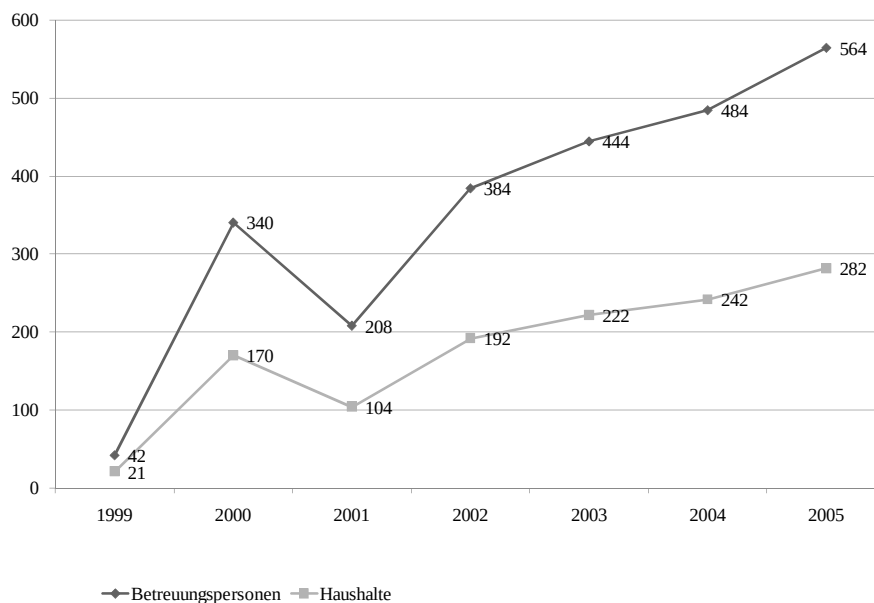
V Vermittlung von 24-Stunden-Pflegekräften

DGKP diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

Org. Organisation

Die zwei größten untersuchten Organisationen bestehen auch am längsten, nämlich seit 1990 bzw. 1999, die meisten der Agenturen gibt es aber erst seit relativ kurzer Zeit (zum Zeitpunkt des Interviews seit ein bis zwei Jahren, also seit 2004, 2005). Alle befragten VermittlerInnen gaben an, dass ihre Organisationen stark wachsen. Ein Gesprächspartner überlegte bereits, seine - übrigens äußerst intensive - Werbetätigkeit einzustellen, weil die Zahl der Anfragen seine zeitlichen Ressourcen übersteige. Alle Organisation bestanden auch 2008 noch.

Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl der Vermittlungen einer Organisation (V2)



Quelle: Interview Vermittlungsagenturen (V2)

Leitung und Qualifikation

Einige Agenturen sind Einpersonunternehmen, die meisten der befragten Organisationen haben aber ehrenamtliche oder bezahlte MitarbeiterInnen. Die Führungspositionen sind klar männlich dominiert, bei geringerem Formalisierungsgrad der Organisation scheint auch der Frauenanteil in den Leitungsfunktionen höher zu sein. Viele Agenturen entwickeln sich aus Netzwerken von PflegerInnen. Die GeschäftsführerInnen oder Vereinsobleute von Organisationen, die sich ausschließlich der Vermittlung von 24-Stunden-Betreuung widmen, verfügen kaum über eine Pflegequalifikation, nur eine Leiterin war diplomierte Pflegekraft, bei den drei Pflegefirmen hatten zwei eine Pflegeausbildung. Insgesamt sind also nur drei von zehn LeiterInnen diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, in sieben von zehn Organisationen arbeitet allerdings eine Pflegekraft mit.

Zusammenarbeit mit Agenturen in den Herkunftsländern

Organisationen, die in Österreich ihren Sitz haben, arbeiten in fast allen Fällen mit Agenturen oder Personen in den Herkunftsländern der PflegerInnen zusammen. Zwei VermittlerInnen stammen aus den jeweiligen Herkunftsländern und erledigen auch die Personalbeschaffung und -auswahl sowie die Überprüfung der Papiere und der Deutschkenntnisse selbst. Nur eine der ausländischen Organisationen - die *Südböhmische Volkspflege* - hat ein Büro in Österreich. Teilweise kooperieren die ausländischen VermittlerInnen mit Personen in Österreich, die telefonische Erstkontakte abwickeln und Informationen geben. Das sind meist in Österreich arbeitende PflegerInnen, aber auch Angehörige von (ehemaligen) KlientInnen. Privatpersonen, die als VermittlerInnen agieren, sind oft (ehemalige) Live-

in-Pflegekräfte aus den Herkunftsländern. Eine transnationale Vernetzung von VermittlerInnen ist in irgendeiner Weise fast immer gegeben.

8.2 Praxis der Vermittlung

Die folgende Darstellung der Leistungen und Angebote der Vermittlungsagenturen ist Ergebnis der Interviews mit den AgenturmitarbeiterInnen bzw. –leiterInnen, der KlientInnen und der PflegerInnen. Die Interviews mit den AgenturmitarbeiterInnen waren großteils von einem ausgeprägten Selbstdarstellungsdrang und Rechtfertigungsdruck der Befragten geprägt. Es wurde daher versucht, diese Darstellungen mit jenen der KlientInnen und der Pflegekräfte in Relation zu setzen. Allerdings sind, außer in einem Fall, die KlientInnen durch andere Agenturen als die interviewten betreut. Außerdem ist zu bedenken, dass auch die NutzerInnen von Agenturen die Leistungen derselben eher positiv beurteilen, ansonsten würden sie die Dienste ja nicht nutzen. Das bestätigt sich darin, dass die KlientInnen, die aus verschiedenen Gründen eine Agentur nicht mehr nutzten und stattdessen durch Netzwerke von Pflegerinnen versorgt wurden, sich auch etwas kritischer äußerten. Alle diese Personen waren KundInnen der *Südböhmischen Volkshilfe* und es war ein Kostenvorteil auf die Dienste der Agentur zu verzichten. Die privaten Netzwerke, die in der Folge genutzt wurden, waren kein Nachteil. Die Qualität der Leistungen wurde als gleichwertig erachtet. Diese Aspekte sind also bei der folgenden Darstellung der Leistungen und Dienste der Agenturen und der Pflegekräfte zu bedenken.

Kontaktaufnahme, Kooperation, Werbung, Empfehlung

Die Kontaktherstellung zwischen VermittlerInnen und KlientInnen bzw. deren Angehörigen erfolgt meist informell durch Mundpropaganda und Empfehlung im Verwandtschafts- und Bekanntenkreis. Empfehlung und Mundpropaganda sind die wichtigsten Werbemaßnahmen für die Agenturen. Ein Leiter schätzt, dass 80% der Kontakte auf diese Weise zustande kommen. Personal in stationären Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) und niedergelassene ÄrztInnen spielen eine wichtige Rolle in der Vermittlung. In Krankenhäusern findet man Folder und Aushänge von lokalen AnbieterInnen. Einige Organisationen haben quasi VertreterInnen, die stationäre Einrichtungen und niedergelassene ÄrztInnen aufsuchen, um Werbung zu machen. Manche Agenturen arbeiten sehr eng mit HausärztInnen und Einrichtungen zusammen. Sogar Sozialabteilungen und –ämter sowie öffentliche Auskunftsstellen (z.B. Pflegetelefon) gaben Adressen von Vermittlungsagenturen weiter, selbst als deren Tätigkeit noch illegal war. Einige VermittlerInnen berichteten, sie würden auch von sozialen Diensten kontaktiert, um KlientInnen, die durch die Angebote der Hilfsdienste nicht ausreichend versorgt werden könnten, zu übernehmen. Mehrere VermittlerInnen schalten Inserate in Zeitungen und auf Internetseiten. Zwei der befragten AgenturleiterInnen hielten ihre Internetpräsenz für ein sehr wichtiges Instrument der Kontaktaufnahme und gaben an, dass auf diesem Weg der Großteil der Vermittlungen zustande komme. Manche Agenturen haben bei Google Anzeigen geschaltet, die sehr werbewirksam sein sollen.

Voraussetzungen für eine 24-Stunden-Pflege

Nicht immer ist Pflege zu Hause möglich. Die Machbarkeit der Pflege oder Betreuung hängt vor allem vom Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen ab. Manche Organisationen übernehmen sogar die Vermittlung von Personal für Intensiv- oder Palliativpflege, andere lehnen Fälle mit intensiver Pflege

hingegen ab.¹⁴⁸ Es kann notwendig sein, zwei PflegerInnen zu engagieren, das bedeutet für die KlientInnen entsprechende Mehrkosten. Insgesamt ist die Bereitschaft auch in prekären Fällen 24-Stunden-Pflege anzubieten hoch. Ebenso wie die Angehörigen stoßen aber auch die 24-Stunden-Betreuungskräfte an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Eine befragte Expertin (mobile Dienste) meinte, dass die Vermittlungsagenturen nur bis zu einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit bereit seien ihre Dienste anzubieten. Rund-um-die-Uhr-Pflege werde vor allem von Menschen in Anspruch genommen, die gesundheitlich oder hinsichtlich ihrer Mobilität in einem wesentlich besseren Zustand seien als Personen, die von den mobilen Diensten betreut würden (Interview E3).¹⁴⁹ Um diese Form der Versorgung nutzen zu können, sei ein noch relativ guter Gesundheitszustand Voraussetzung. Die 24-Stunden-Pflege decke leichtere und mittlere Pflegefälle (Schlaganfall, Demenz, RollstuhlbenutzerInnen) ab, die BetreuerInnen fungierten überdies als eine Art GesellschafterInnen (Interview E3, E6).

Voraussetzung für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind zudem ein gewisses Ausstattungs- und Hygieneniveau und die entsprechenden räumlichen Gegebenheiten. Eine Schlafgelegenheit für die BetreuerIn muss vorhanden sein, wobei nicht immer ein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt wird, sondern z.B. eine Couch im Wohnzimmer. Manche Pflegekräfte übernachten im Schlafzimmer der Gepflegten, die selbst ins Wohnzimmer übersiedelt sind, aus Gründen eingeschränkter Mobilität oder weil das Pflegebett dort aufgestellt wurde. Ein Pfleger erzählte, er müsse mit der gepflegten Person in einem Zimmer schlafen, um sie zu überwachen. Eine andere Pflegerin schilderte, sie hätte im Keller ihr Zimmer, dieses sei jedoch zu feucht, sodass sie im Zimmer der KlientIn schlafe. Ein Vermittler berichtet von einer Interessentin, die nicht zu Hause betreut werden konnte, weil eine mangelhafte Wasserversorgung und die schwierige Beheizung des baufälligen Gebäudes, das sie bewohnte, die Pflege verunmöglichten. Solche Fälle seien aber sehr selten. Hinsichtlich des Raumbedarfs scheint es kaum Schwierigkeiten zu geben. Nicht selten finden die Pflegekräfte bei Beginn einer 24-Stunden-Betreuung die Wohnräume in äußerst desolatem und unhygienischem Zustand vor und müssen erst entsprechende Putz- und Aufräumarbeiten leisten. Das Ausstattungsniveau (z.B. Barrierefreiheit, Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln) wurde nur von einer Pflegerin thematisiert (Interview mit Frau R. und Frau G., vgl. Fallbeispiel Frau R., S. 200f), was auf ein geringes Problembewusstsein in dieser Hinsicht hindeuten könnte oder aber darauf, dass es kaum Schwierigkeiten gibt.

Nur zwei VermittlerInnen erklärten, die Zustimmung der KlientInnen sei eine absolute Voraussetzung und werde auch tatsächlich eingeholt. In vielen Fällen wird die Betreuung über Angehörige abgewickelt, manche Betroffene sind wenig oder gar nicht in die Entscheidungen, die ihre Versorgung betreffen, eingebunden. Vor allem bei psychisch oder dementiell erkrankten Personen kommt es hinsichtlich der Akzeptanz der Betreuungspersonen manchmal zu Problemen. Die Hälfte der befragten Angehörigen schilderte anfängliche Vorbehalte und Widerstände der Betreuten gegen eine 24-Stunden-Pflege, die diese aber meist nach einiger Zeit aufgaben. Vielfach weicht die Einschätzung der

¹⁴⁸ Die VermittlerInnen definierten Intensivpflege durch den Einsatz medizinischer Geräte, am häufigsten wurde Beatmungsgerät genannt.

¹⁴⁹ Die Expertin stützt sich auf die Aussage einer ehemaligen irregulären Pflegekraft, die nun bei einem offiziellen mobilen Hilfsdienst arbeitet.

Notwendigkeit einer Versorgung aus der Sicht der Pflegebedürftigen von jener der Angehörigen ab und eine 24-Stunden-Betreuung wird gegen den Willen der Pflegebedürftigen eingesetzt.

Schließlich sind hinsichtlich der Ansprüche der KlientInnen Grenzen gesetzt. Probleme gibt es mit überhöhten Anforderungen an die Pflegekräfte, die in manchen Fällen sogar über die Betreuung und Pflege der zu versorgenden Person selbst hinausgehen, z.B. Kinder mitbetreuen, Haushaltstätigkeiten und Kochen für einen Mehrpersonenhaushalt. Konflikte mit Angehörigen kommen auch vor, wenn deren Vorstellungen mit jenen der KlientInnen nicht übereinstimmen und die Differenzen über die BetreuerInnen ausgetragen werden.

Leistungen der VermittlerInnen und Zufriedenheit der KlientInnen

Die befragten KlientInnen waren mit den angebotenen Diensten der Agenturen zufrieden. Allen NutzerInnen wurde binnen ein bis zwei Wochen, in manchen Fällen innerhalb weniger Tage, eine PflegerIn bereitgestellt. Der Pflege- bzw. Betreuungsbedarf wird zumeist mittels Fragebogen postalisch bzw. per Internet oder telefonisch eruiert (vgl. Abbildung 20). Drei der zehn befragten KlientInnen wurden zur Feststellung des Pflegeumfanges persönlich durch eine MitarbeiterIn der Agentur aufgesucht. Fast die Hälfte der interviewten VermittlerInnen gab an, die zukünftigen KlientInnen immer persönlich zu besuchen, um den Pflegebedarf festzustellen, drei VermittlerInnen machen das so weit es ihnen möglich ist. Allerdings wachsen manche Organisationen so schnell, dass schon nach ein paar Monaten nicht mehr jede KlientIn besucht werden kann. Ob Hausbesuche gemacht werden, ist abhängig von den Distanzen bzw. Personalkapazitäten vor Ort, es gibt auch VermittlerInnen und Agenturen, die die Pflegebedürftigen nie persönlich sehen und die Pflegevermittlung ausschließlich telefonisch oder postalisch abwickeln. Viele Agenturen - vor allem jene, die im Ausland situiert sind, aber auch österreichische Organisationen sowie informelle Netzwerke geben der Pflegekraft nur die Adresse der Pflegestelle bekannt.

Gut die Hälfte der befragten VermittlerInnen gab an, die Pflegekräfte zum ersten Einsatz zu begleiten und zu instruieren. Bei einigen wird die Pflegekraft von qualifiziertem Personal eingeschult. Private HauskrankenpflegeanbieterInnen haben ein engeres Betreuungsnetz und führen eher Kontrollen durch. Die Befragten dieser Firmen gaben an, regelmäßig (wöchentlich bis monatlich) Hausbesuche durch diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen zu machen. Für diese Visiten werden die üblichen Stundensätze verrechnet, sodass der Firma kein extra Aufwand, sondern vielmehr ein zusätzlicher Verdienst entsteht.

Bei einigen Organisationen ist es Usus, die Bezahlung der Pflegerin über die Agentur abzuwickeln, in manchen Fällen suchen daher MitarbeiterInnen der Agentur zu diesem Zweck den Haushalt bei jedem Wechsel der BetreuerInnen auf. Ein Vermittler nimmt nur Betreuungen an, die innerhalb der Reichweite des Personals der Agentur liegen, um in Notfällen vor Ort sein zu können. Ein Interviewpartner erzählte, es würden auch Stichprobenkontrollen gemacht, unter anderem, um zu überprüfen, ob tatsächlich die vermittelte Betreuungskraft im Haushalt anwesend sei, da es schon vorgekommen sei, dass PflegerInnen selbständig für Ersatz gesorgt hätten, wenn sie verhindert

gewesen seien (Interview V2).¹⁵⁰ Insgesamt werden bei fünf der befragten Agenturen laufend Hausbesuche oder Kontrollen gemacht. Sechs Organisationen haben vor Ort AnsprechpartnerInnen zur Verfügung. Hauskrankenpflegefirmen bieten bei Bedarf, z.B. bei Ausfällen, qualifiziertes Personal stundenweise zu den regulären Sätzen an.¹⁵¹ Der Grad der Interventionsbereitschaft ist sehr unterschiedlich, hängt von der Erreichbarkeit der Vermittlungsagentur ab und vom Vorhandensein bzw. der Distanz örtlicher Anlaufstellen. Kleinere Organisationen, vor allem die Pflegefirmen, vermitteln eher im Umkreis ihres Standortes, sechs VermittlerInnen agieren österreichweit. Es gibt aber auch KlientInnen, die nie aufgesucht werden, die Abwicklung erfolgt ausschließlich telefonisch und nach Auskunft der VermittlerInnen problemlos.

Die meisten Agenturen setzen den Turnus der Pflegekräfte fest. Zwei Organisationen arrangieren Fahrdienste, ein Verein hat sogar einen eigenen Fuhrpark und kooperiert mit einer slowakischen Firma, die die Fahrten durchführt. Die meisten BetreuerInnen reisen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, in Fahrgemeinschaften oder mit Fahrdiensten (Taxifirmen) an. Die Reisekosten sind teilweise von den KlientInnen zu tragen. Sowohl die privat organisierten Fahrgemeinschaften als auch die Dienste von Firmen funktionieren den Angaben aller Beteiligten zufolge sehr gut. Allerdings müssen die Pflegekräfte oft sehr lange Fahrzeiten in Kauf nehmen, zum Teil werden sehr weite Strecken zurückgelegt, um alle Mitfahrenden aufzunehmen. Zumeist reisen die PflegerInnen schon am Abend des Vortages ab, um am nächsten Tag in der Früh an ihrem Einsatzort zu sein, sie verbringen also die ganze Nacht vor ihrem ersten Arbeitstag im Auto.

Pflegekräfte, die unabhängig von Agenturen arbeiten, haben den Vorteil, sich nicht an die Vorgaben der Organisationen hinsichtlich des Turnus halten zu müssen. Manche PflegerInnen wollen längere Zeiträume durchgehend arbeiten, einerseits können sie so mehr Geld verdienen, zum anderen müssen sie nicht zweiwöchentlich die Fahrtkosten aufwenden. Es gibt Pflegekräfte, die über viele Monate oder sogar Jahre bei einer Familie arbeiten. Solche Betreuungsverhältnisse werden von Seiten der PflegerInnen jedoch nur aufrechterhalten, wenn die Arbeitsbedingungen gut sind (zur Praxis informeller Netzwerke vgl. Gendera 2007, 92). Einige Vermittlungsagenturen, vor allem kleinere bzw. private HauskrankenpflegeanbieterInnen, arrangieren individuelle Arbeitsbedingungen je nach den Bedürfnissen der KlientInnen und der Pflegekräfte. Polnische und rumänische PflegerInnen – auch jene, die über Agenturen kommen – arbeiten häufig zu anderen Bedingungen hinsichtlich des Turnus, da die Anreise lang und teuer ist. Gendera verweist darauf, dass die Agenturen, da sie von den Pflegekräften ebenso wie von den KlientInnen Gebühren einheben, eher an den Zwei-Wochen-Arrangements interessiert seien, weil sie so eine größere Zahl von PflegerInnen als EinnahmenbringerInnen haben (Gendera 2007, 94). Viele Pflegekräfte präferieren den üblichen Turnusdienst, einerseits um sich erholen zu können, andererseits um familiären Sorgepflichten nachkommen zu können.

¹⁵⁰ Das mit der gesetzlichen Regelung der selbständigen Personenbetreuung geregelte Gewerbe der Personenbetreuung macht diese Praxis übrigens rechtlich zulässig. Wenn die Vertretung der Betreuungskraft aber unerwünscht ist, müsste ein unselbstständiges Arbeitsverhältnis vorliegen.

¹⁵¹ Die Sätze für Hauskrankenpflege liegen offiziell bei 20 Euro pro Stunde, dazu kommen Zuschläge für Nachtstunden, Wochenende, Feiertage.

Eine Agentur vermittelt auch stundenweise Betreuung durch slowakische Kräfte an Personen, die keine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen wollen. Ein Grund Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht zu nutzen, ist die Ablehnung einer permanenten Anwesenheit einer fremden Person im persönlichen Umfeld oder Angst und Misstrauen Fremden gegenüber. Diese Form der stundenweisen Betreuung ist aber nur im Grenzgebiet praktikierbar. Es gibt überdies – wahrscheinlich in zunehmendem Maße - Pflegekräfte, die sich in Österreich niederlassen und als Live-out-worker, also stundenweise, irregulär in der Altenpflege arbeiten. So hatte Frau G., eine 45-jährige Frau aus Polen, bevor sie nach Österreich kam, eine Zeit lang in Deutschland gelebt und stundenweise, irregulär eine Pflegebedürftige, die in einem Altenwohnheim lebte, betreut. Wie folgendes Beispiel zeigt, können sich aus einer Pflegestelle auch Gelegenheiten ergeben, den Aufenthalt in Österreich zu verfestigen. Die 24-jährige Frau C., eine der befragten PflegerInnen, hatte sich schon nach ihrer ersten Pflegestelle in Österreich niedergelassen. Sie hatte eine Freundschaft zu einer Verwandten der verstorbenen KlientIn aufgebaut, die ihr die Möglichkeit eröffnete, bei ihr zu wohnen. Frau C., die eine akademisch ausgebildete Kindergartenpädagogin ist, versuchte dann als Kindergärtnerin reguläre Arbeit in Österreich zu bekommen, was jedoch misslang. Sie arbeitete stundenweise im Wechseldienst mit zwei anderen Kräften bei einer pflegebedürftigen Frau nahe der Ortschaft, in der sie nun wohnte. Insgesamt wurde die Pflegebedürftige durch die drei Live-out-worker fast rund um die Uhr betreut. Frau C. wollte zumindest vorerst nicht wieder in die Slowakei zurückkehren. Sie war mit ihren derzeitigen Arbeits- und Lebensbedingungen zufrieden.

Wenn BetreuerIn und KlientIn nicht miteinander auskommen oder andere Gründe eine Zusammenarbeit verunmöglichen, wird von der Agentur ein Austausch vorgenommen. Die VermittlerInnen bemühen sich schon im Vorfeld, KlientIn und BetreuerIn gut aufeinander abzustimmen. In der persönlichen Beziehung liegt die größte Konfliktquelle. Offensichtlich gibt es ein großes Arbeitskräfteangebot, das ist indiziert durch die schnelle Bereitstellung und die Tatsache, dass BetreuerInnen, wenn sie den Anforderungen oder Wünschen der KlientInnen nicht entsprechen – „*bei Nichtgefallen*“, wie auf einigen Websites von Agenturen zu lesen ist - sogar mehrmals ausgetauscht werden.

„Es genügt mich anrufen und ich schicke eine andere. [...] Das ist normal. Wo ich bin jetzt, ist das fünfte Mädchen die richtige. [...] Zwei sind selbst weg gegangen, zwei mussten wir wegschicken. [...] Die waren nicht schlecht, zwischen Patient und Pflegerin die Beziehung war nicht so gut, die Arbeit machen die alle gut.“ (Herr J., Vermittler und Pfleger)

Ein Austausch war für keine der befragten InanspruchnehmerInnen von 24-Stunden-Betreuung ein Problem, zu Ausfällen kam es bei keiner der Befragten.

„Also wir haben andere auch gehabt, muss ich auch dazu sagen, also auch Kräfte, wo es Probleme gegeben hat, wo man nicht behalten konnte, weil es mit der Mutti einfach nicht gegangen ist oder sie waren wirklich nicht fähig. Aber das hat dann die 14 Tage, die haben wir halt gemeinsam dann hinüber gebogen und dann haben wir halt gewechselt.“ (Frau W.)

Der Hauptgrund für Schwierigkeiten sind persönliche Differenzen und unzureichende Qualifikation, vor allem was die Haushaltsführung betrifft, z.B. mangelnde Kochkenntnisse. Häufig führen Uneinigkeiten hinsichtlich des Arbeitsumfanges zu Konflikten oder zur Auflösung eines

Betreuungsverhältnisses. Die Arbeitsintensität erhöht sich im Laufe der Zeit oder auch plötzlich durch den sich verschlechternden Gesundheitszustand der KlientInnen in vielen Fällen. Dazu kommen oft noch steigende Ansprüche der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen, z.B. zusätzliche Hausarbeit (Bügelwäsche anderer Familienmitglieder) oder Betreuungsdienste für Kinder.

Während den Aussagen der KlientInnen zufolge ein Austausch problemlos verlangt werden konnte und vorgenommen wurde, ist es für Pflegekräfte nicht so leicht, eine andere Arbeitsstelle zu bekommen, wenn sie unzufrieden oder überfordert sind (vgl. Gendera 2007, 86f). Zum Teil müssen sie unter sehr belastenden Bedingungen arbeiten, Missstände und unzumutbare Arbeitsbedingungen kommen aufgrund der Irregularität aber kaum ans Licht. Im Gegenteil wurde die 24-Stunden-Betreuung bislang sehr idealisiert und fast ausschließlich aus der Sicht der InanspruchnehmerInnen bewertet.

Ein größeres Problem sind bei allen Agenturen Ausfälle und Engpässe vor allem zu Feiertagen wie Weihnachten, Sylvester etc. Besonders unkollegial sei es, wenn eine BetreuerIn nicht anreise und dann die schon Anwesende länger bleiben müsse, so ein Agenturleiter (V2). Solchen Engpässen wird teilweise mit Personalreserven begegnet. Schwierigkeiten entstehen auch, wenn eine BetreuerIn sich der Situation nicht gewachsen fühlt oder Probleme mit der KlientIn hat und sofort abreisen möchte. Insgesamt seien die Probleme aber in der Minderzahl, in den meisten Fällen funktioniere die Betreuung klaglos, meinen die VermittlerInnen. Auch die befragten KlientInnen waren mit der Vermittlung und der Betreuung insgesamt zufrieden.

Was leisten die Agenturen für die PflegerInnen?

Die befragten NutzerInnen kritisierten mehrfach die Praxis der Agenturen, von den PflegerInnen (relativ hohe) Gebühren zu verlangen. An Beiträgen sind zwischen fünf und zehn Prozent vom Verdienst oder ein Fixbetrag pro Jahr oder Halbjahr zu bezahlen. Gängig ist eine Gebühr, die fast das Doppelte des Verdienstes eines zweiwöchigen Einsatzes ausmacht, das sind 17%.¹⁵² Die Gebühr ist außerdem jedes Jahr wieder zu bezahlen. Bei den meisten Agenturen ist der Betrag unabhängig von den tatsächlichen Arbeitsmöglichkeiten zu leisten. Das bedeutet, dass die Gebühr auch dann anfällt, wenn eine Pflegerin nur eine Pflegestelle annimmt, die Arbeit als 24-Stunden-Pflegerin aber wieder aufgibt, weil ihr die Arbeit oder Pflegestelle nicht zusagt oder sie überfordert ist. Das komme einer Befragten zufolge nicht selten vor, die Agenturen verdienten allein auf diese Weise sehr viel Geld. Die Agenturen werden von vielen PflegerInnen als ausbeuterisch empfunden (vgl. Cyrus 2005; Gendera 2007; Human Rights Watch 2006). Gendera zufolge werden in informellen Netzwerken keine Vermittlungsgebühren bezahlt, vielmehr dienen die Netzwerke der Akkumulation von sozialem Kapital. Es werde gegenseitige Unterstützung in Form von Informationsaustausch, Vermittlung von Pflegestellen und Ersatz bei Ausfällen geboten (Gendera 2007, 93). Eine befragte Angehörige hingegen berichtete von Gebühren in der Höhe des Verdienstes von zwei Turnussen, die auch bei informeller Vermittlung an die Vermittlungsperson bezahlt werden mussten. Tatsächlich entwickeln

¹⁵² Auf der Homepage der Partnerorganisation der *Südböhmischen Volkspflege*, der Firma *Das Beste Privat*, ist der Betrag, den die vermittelten Pflegekräfte zahlen müssen, mit 32.000 Slowakischen Kronen angegeben, das sind rund 1.000 Euro (www.dasbeste.sk). Bei einem Tagessatz von 40 Euro müssen 25 Tage, also fast zwei Turnusse gearbeitet werden, um die Gebühr hereinzubekommen.

sich aus informellen Netzwerken zum Teil Kleinunternehmen und ein kommerzielles Interesse steht durchaus im Vordergrund. Helma Lutz spricht in diesem Zusammenhang sogar von Ausbeutung der eigenen Landsfrauen (Lutz 2003, 23).

Den hohen Beiträgen mancher Agenturen stehen eigentlich kaum Leistungen für die Pflegekräfte gegenüber. Den Auskünften der AgenturleiterInnen zufolge können sich die PflegerInnen bei Schwierigkeiten an die Partnerorganisation im Herkunftsland wenden. Für Fragen der Versicherung und Haftung erklärten sich die Agenturen unzuständig. Bestenfalls wird eine Reiseversicherung abgeschlossen, für die den KundInnen oft ein Beitrag von einem Euro pro Tag verrechnet wird. Die befragten PflegerInnen aus der Slowakei und aus der Tschechischen Republik waren jedoch im Herkunftsland sozialversichert und können auch in Österreich akutmedizinische Versorgung beanspruchen, sodass diese Reiseversicherung unnötig erscheint und möglicherweise eher dazu dient der Arbeit der Agenturen einen seriösen Anstrich zu verleihen.¹⁵³ Ein Agenturleiter gab an, eine Rechtsschutzversicherung für die Pflegekräfte abgeschlossen zu haben. Bei privater Vermittlung werden kaum Zusatzdienste geleistet, die Vermittlung wird oft nur telefonisch abgewickelt, die BetreuerInnen sind mehr auf sich gestellt, was freilich von manchen auch als Vorteil betrachtet wird.

Negative Erfahrungen berichten KlientInnen, Angehörige und PflegerInnen vor allem mit der *Südböhmischen Volkspflege* gemacht zu haben (ebenso bei Gendera 2007, 86f). Allerdings ist diese Organisation auch sehr groß und schon lange in Österreich tätig. Außer der Vermittlung der Adresse der Pflegestelle leistet die *Südböhmische Volkspflege* für die Pflegekräfte den Aussagen der PflegerInnen und der KlientInnen zufolge kaum etwas. Eine Angehörige kritisierte, dass die PflegerInnen keinerlei Unterstützung bekommen hätten, z.B. bei Schwierigkeiten an der Grenze, die es insbesondere bis zum EU-Beitritt, aber auch danach, noch häufig gab. Kritik wurde zudem daran geäußert, dass die PflegerInnen von den Agenturen nicht über ihren rechtlichen bzw. irregulären Status informiert wurden. Dabei treten immer wieder Ereignisse ein, in denen die irregulär Beschäftigten mit der Polizei konfrontiert sind, z.B. im Todesfall der Pflegebedürftigen oder wenn Demenzerkrankte, was nicht selten vorkommt, die Polizei rufen, weil sie sich bedroht oder bestohlen fühlen. Von den Agenturen bekamen die BetreuerInnen häufig die Anweisung anzugeben, sie seien zu Besuch bei der pflegebedürftigen Person oder ein „Au-Pair-Mädchen“. Ansonsten haben die PflegerInnen kaum Unterstützung von den Agenturen und sind gerade in Notfällen aufgrund ihrer prekären Situation und manchmal schlechter Deutschkenntnisse verunsichert und überfordert. Vielfach werden Notfälle von Angehörigen gemanagt, es gibt aber auch Fälle, wo Angehörige nicht zur Verfügung stehen oder sogar eine zusätzliche Belastung sein können.

Abgesehen von zum Teil schlechten Arbeitsbedingungen ist das gravierendste Problem für die PflegerInnen die Arbeitsplatzunsicherheit. Ist aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes der KlientIn keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung notwendig, sind die Pflegekräfte temporär ohne Arbeit und Einkommen. Bei Bedarf springen sie dann bei anderen Pflegebedürftigen in Österreich oder in anderen

¹⁵³ In beiden Ländern ist die Sozialversicherung eine Pflichtversicherung. PflegerInnen, die über keine Transferzahlungen wie Arbeitslosengeld oder Pension verfügen, zahlen die Beiträge von ihrem Verdienst in der irregulären Pflege ein. Im Rahmen der Europäischen Krankenversicherungskarte kann in Österreich medizinische Grundversorgung in Anspruch genommen werden. (Slowakische Handelskammer 2007)

Ländern ein. Das Betreuungsverhältnis endet klarerweise auch beim Ableben einer KlientIn. Die Einsätze sind also sehr flexibel. Es kann vorkommen, dass eine Pflegekraft sehr viele verschiedene Pflegestellen innerhalb kürzester Zeit innehat. Die PflegerInnen verlieren ihre Arbeit auch, wenn die KlientIn oder Angehörige unzufrieden sind und einen Wechsel verlangen. Dabei konfliktieren mitunter die Interessen und Vorstellungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, sodass die Pflegekräfte außerdem in familiäre Spannungen hineingezogen werden.

Manche PflegerInnen befinden sich in der Zwangslage, äußerst schwierige Arbeitsbedingungen akzeptieren zu müssen. Die Arbeitsbedingungen verschlechtern sich im Laufe der Zeit tendenziell mit dem schlechter werdenden Gesundheitszustand der Gepflegten. Die PflegerInnen finden dann zum Teil Ausreden, wie familiäre Verpflichtungen oder Krankheiten, um das Arbeitsverhältnis beenden zu können, einerseits weil sie sich den Familien verpflichtet fühlen, andererseits aber auch um Repressionen der Agenturen zu entgehen. Von Seiten der Agenturen scheint die Toleranz gegenüber schlechten Arbeitsbedingungen sehr groß zu sein, für fast jede Pflegestelle finde sich mit der Zeit eine Pflegekraft so die Aussagen der meisten VermittlerInnen. Offensichtlich gibt es genügend Arbeitskräfte, um selbst Betreuungsverhältnisse unter äußerst prekären Bedingungen aufrechtzuerhalten, allerdings ist die Fluktuation bei solchen Stellen mitunter sehr hoch (vgl. Beispiel von Frau P. und Frau R.).

Informelle Netzwerke

Häufig bietet die Arbeit bei einer Agentur für die PflegerInnen Ausgangs- oder Anknüpfungspunkt für informelle Netzwerke, in die PflegerInnen einsteigen oder die sie selbst aufbauen. So bildete sich bei der Familie von Frau P. ein Netzwerk von Pflegekräften heraus: Die *Südböhmische Volkspflege* kündigte nach drei Jahren den Vertrag. Frau P. war dement und aufgrund dessen kam es häufig zu Konflikten, so beschuldigte sie Pflegerinnen zu stehlen, es gab Differenzen wegen des Arbeitsumfanges, wegen der Einkäufe usw. Die Betreuung wurde nun privat durch die PflegerInnen selbst organisiert. Obwohl die Bedingungen bei Frau P. für die Betreuerinnen sehr schwierig waren und die Fluktuation der Pflegepersonen sehr hoch war, blieb sie nie unversorgt.¹⁵⁴

„Es hat keine einzige von denen aufgehört und gesagt, hab’ mich gern, was ich mir hätte vorstellen können, dass wenn man mich so behandelt, dass man das schon gesagt hätte, aber das war nie, sie haben immer wen geschickt, [...] [es] ist nie eine viertel Stunde so gewesen, dass niemand da gewesen wäre.“ (Frau S.)

Auch bei Ausfällen konnte immer eine Betreuungsperson geschickt werden:

„Das muss man auch sagen, sie haben immer, also wenn eine krank gewesen ist oder sonst wie verhindert war, das hat immer funktioniert, auch [...] dann ohne Organisation, die haben immer wen geschickt.“ (Frau S.)

Wie bei der Agentur wechselten die Pflegekräfte bei Frau P. 14-tägig. Es gab ein selbstorganisiertes Sammeltaxi. Die Fahrtkosten mussten von Frau P. getragen werden und machten 100 Euro pro Person, also 200 Euro pro Monat aus. Ebenso waren die Bedingungen bei Frau O., die ebenfalls eine informelle Vermittlung beanspruchte. Die informellen Netzwerke der BetreuerInnen werden von allen

¹⁵⁴ In sieben Jahren waren 23 PflegerInnen bei Frau P. Mehr als die Hälfte (12) der Pflegekräfte war nur einmal bei Frau P. Im Durchschnitt war eine Pflegerin zirka sieben Monate (im Zwei-Wochen-Rhythmus), zwei waren über ein Jahr da. Frau P. hatte im Schnitt drei PflegerInnen pro Jahr.

NutzerInnen als sehr zuverlässig gelobt. Zwei Befragte hatten von Beginn an auf informelle Netzwerke, die bereits im Familien- und Bekanntenkreis genutzt wurden, zurückgegriffen. Frau M. gab an, dass sie für die informelle Vermittlung nichts bezahlen musste, dass aber die Pflegerinnen an die Vermittlerin eine hohe Gebühr bezahlt hätten. Auch bei Frau H. machten sich die PflegerInnen im Laufe der Zeit selbständig. Es waren zwei Pflegekräfte gleichzeitig eingesetzt, die ursprünglich über die *Südböhmische Volkspflege* engagiert worden waren. Die PflegerInnen organisierten in den Jahren ihrer Tätigkeit ein immer weitreichenderes Netz von informellen Pflegepersonen, die sie in der Umgebung ihres Einsatzortes vermittelten. Für die Vermittlung kassierten sie die übliche Provision von zwei Monateinkommen. Andere Selbstständigkeitspläne hatte ein Pfleger und Vermittler in Wien: Herr J., der privat neben seiner Tätigkeit als Rund-um-die-Uhr-Betreuungskraft in Wien PflegerInnen vermittelte, verlangte von den KlientInnen einmalig 200 Euro und von den Pflegekräften 5% ihres laufenden Verdienstes. Er plante seine Vermittlungstätigkeiten so weit auszudehnen, dass er selbst nicht mehr als Pfleger tätig sein müsse. Außerdem hatte Herr J. schon neue Geschäftsideen. Er wollte einen Investor, um ein Pflegeheim für ÖsterreicherInnen in der Slowakei zu errichten, finden:

„Ich [...] suche [...] einen Investor aus Österreich [...] oder vielleicht finde ich das in [der] Slowakei. Ich möchte dann in [der] Slowakei ein Pflegeheim aufmachen, nicht weit weg von Bratislava nur für Österreicher. Weil die zahlen unglaublich viel Geld, wenn jemand in ein Heim geht. [...] Unglaublich teuer. Und so was könnte ich auch bieten in [der] Slowakei. ORF 1 gibt's bei uns, ORF 2 auch, ZDF Programme auch. Und für halbes Geld könnten die Leute noch mehr bekommen als da. [...] Zum Beispiel nur, ich weiß nicht genau, pro Person mindestens 1000 Euro, wenn man in eine Heim geht, mindestens. [...] Für 500 Euro könnte er dort jeden Tag Wiener Schnitzel bekommen und zwei Pflegerinnen dazu. Ja, wirklich. Ich spekuliere schon.“ (Herr J.)

Eine Idee, die übrigens schon von anderen Organisationen verwirklicht wurde.¹⁵⁵

Arbeitsbedingungen

Die Agenturen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -zeiten, selbst in jenen Fällen, wo sich die Organisationen wenig in den Ablauf der 24-Stunden-Pflege einmischen. Durch die bisherige Praxis wurden quasi Standards eingeführt, die sich letztlich sogar in der dann erfolgten gesetzlichen Regulierung widerspiegeln. Es gibt keine fixen Regelungen, einige Organisationen empfehlen eine tägliche Freizeit von zwei und eine maximale Arbeitszeit von acht Stunden, ansonsten besteht Anwesenheitspflicht und Rufbereitschaft. Die Arbeitszeiten sind an den Bedürfnissen und dem Tagesablauf der Gepflegten zu orientieren. Die meisten BetreuerInnen können eine Pause während des Mittagsschlafs der Gepflegten machen, manche können auch das Haus währenddessen verlassen, bei Bedarf entfallen diese Pausen jedoch. Bei manchen KlientInnen ist eine permanente Beaufsichtigung notwendig. Tendenziell gibt es umso weniger Pausen, je aufwendiger die Pflege und Betreuung und je größer folglich die Belastung ist, was dann bei ohnehin schwierigen Bedingungen die Situation sowohl für die PflegerInnen wie für die KlientInnen noch verschärfen kann. So konnte Frau R. überhaupt nicht alleine gelassen werden. Schon nach kürzester Zeit begann sie ihren Verwandten anzurufen und sich zu beklagen. Frau R. begründet das mit ihren Inkontinenzproblemen. Der Pflegerin war es kaum möglich, die Einkäufe zu erledigen, obwohl der

¹⁵⁵ z.B. <http://www.eu-netz.com/Seniorenheime%20in%20der%20Slowakei.html>

nächste Supermarkt nur fünf Minuten entfernt war. Da das Wohnhaus keinen Lift hatte, konnte sie Frau R. auch nicht mitnehmen. Die Pflegerin empfand es als äußerst belastend, dass sie das Haus so gut wie gar nicht verlassen konnte. Eine von Gendera befragte Pflegerin beschreibt ihre Situation folgendermaßen:

„Es ist wirklich psychisch so belastend, davon hast du keine Vorstellung. [...] Oder jetzt habe ich einen Mann der ist ein Alzheimer. Der weiß nicht wie er heißt, wo er ist, er weiß gar nichts, d.h. du bist fast wie im Gefängnis. Wenn du irgendwohin fortgehen willst, einkaufen, oder du hast eine Freundin im selben Ort, dann hast du sowieso immer Angst was dein Patient zu Hause treibt. Weil die suchen dich immer wenn sie dich nicht sehen, und suchen dich ... es ist furchtbar.“ (Gendera 2006)

Frau K. hatte durch den Verein, der die 24-Stunden-Betreuungskräfte vermittelte, Aushilfen für die Zeit organisiert, in der die Pflegerinnen am Nachmittag drei Stunden frei hatten, weil der Dienst sonst zu anstrengend gewesen wäre. *„24 Stunden, das haben die nicht durchgestanden, vor allem am Anfang.“* (Frau K.) Später zog es Frau K. aber vor, während dieser Zeit allein zu bleiben, die Pausen wurden nur mehr nach Möglichkeit gewährt, dafür wurde die Bezahlung erhöht. Die Arbeitsbedingungen sind also sehr stark vom Gesundheitszustand und der Persönlichkeit sowie den Wohnverhältnissen der Pflegebedürftigen abhängig. Auch die Angehörigen haben Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit, manche entlasten die PflegerInnen, indem sie selbst stundenweise die Betreuung übernehmen um ihnen Freizeit zu ermöglichen, andere hingegen bürden ihnen sogar zusätzliche Arbeit auf.

Einfluss der Agenturen auf die Arbeits- und Lebensbedingungen der BetreuerInnen

Das Management der Vermittlung und der Pflegeeinsätze ist bei einigen Agenturen erstaunlich professionell und zum Teil sehr rigide, was für ein irreguläres, schattenwirtschaftliches System doch beachtlich ist (s. o. Kontrollen usw.). Die Agenturen hatten wesentlichen Einfluss auf die Standards, die sich im Laufe der Praxis der 24-Stunden-Betreuung nunmehr durchgesetzt haben und die sich letztlich auch in der Gesetzgebung auswirkten. Es fand weitestgehend eine Regularisierung und Legalisierung der durch die Agenturen bereits vorgegebenen Praxis statt: die Arbeitskräfte haben so gut wie keine Rechte und ihre Arbeitsbedingungen und -zeiten sind vollständig an den Bedürfnissen der KlientInnen zu orientieren. Die Agenturen nutzten aufgrund der Tatsache, dass der Privathaushalt ein weitgehend unkontrolliertes Terrain ist, einen quasi rechtsfreien Raum und setzten letztlich durch ihre Praxis Recht bzw. soziale Rechte, die bei anderer bezahlter Arbeit vorhanden sind, außer Kraft.

Die untenstehende Beschreibung von Arbeitsvermittlungsagenturen für Haushaltspersonal in Asien in einer Studie von Human Rights Watch weist überraschende Parallelen zu jenen Agenturen, die in Europa tätig sind, auf.

„In Asia, the large numbers of women migrating for work, as well as the demand for cheap domestic labor, has created a lucrative market for employment agencies specializing in domestic workers. These agencies are typically involved in recruitment, training, transportation, and placement of domestic workers. They often play a central role in handling disputes between employers and workers. Inadequate regulation and inadequate government oversight combine to give employment agencies enormous influence over the fates of migrant domestic workers. In

many cases agencies set the conditions of employment, including wages and rest days.” (Human Rights Watch 2006, 69)

Kosten

Interessanterweise besteht kein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen Leistungsumfang und Preis der Agenturen. Die Gesamtkosten (Gebühren an die Vermittlungsorganisation und Entgelt für die BetreuerIn) liegen zwischen 1.165 und 1.977 Euro monatlich, exklusive Verpflegung und Fahrtkosten.¹⁵⁶ An Gebühren sind an die VermittlerInnen unter verschiedenen Titeln Beträge zwischen 17 (bei informeller Vermittlung) und 484 Euro monatlich zu zahlen. Es bestehen große Unterschiede in der Preisgestaltung. Zwei Organisationen kassieren „*All-inclusive-Tagessätze*“, von denen sie einen Teil an die PflegerInnen weiterbezahlen, andere Agenturen haben mit der Bezahlung an die PflegerInnen offiziell nichts zu tun und überlassen es diesen selbst, die Höhe des Entgeltes festzulegen und einzuheben, sie kassieren nur Gebühren für die Vermittlung. Die KlientInnen bezahlen entweder direkt an die Betreuungskräfte oder an die Organisation und diese zahlt die BetreuerInnen aus. Die Tagessätze für die BetreuerInnen variieren je nach Qualifikation und Arbeitsaufwand. Der Arbeitsaufwand ist abhängig vom Zustand der KlientInnen, ob eine oder mehrere Personen zu versorgen sind, ob in der Nacht Dienste zu leisten sind oder Pausen gewährt werden etc. Einige Organisationen richten den Preis auch nach der Einkommenslage der KlientInnen bzw. suchen Betreuungspersonen, die zu entsprechend niedrigeren Tagsätzen arbeiten. Das Entgelt für die Betreuungspersonen liegt zwischen 37 und 65 Euro (durchschnittliche Tarife nach Organisation, die Höhe des Entgelts differiert nach Qualifikation und Arbeitsaufwand). Der durchschnittliche Tagessatz liegt bei 48 Euro. Zwei VermittlerInnen meinen, dass weit niedrigere Sätze zwischen 20 und 40 Euro pro Tag in der informellen Vermittlung üblich seien. ExpertInnen und VermittlerInnen geben an, dass es eine große Zahl von Privatpersonen gibt, die ein niedrigeres Preissegment und angeblich eine große Nachfrage abdecken (u.a. Interview E4, V5).

¹⁵⁶ Eine Firma ist nicht in die Berechnungen einbezogen, weil sie weit höhere Tagessätze für die BetreuerInnen verrechnet, siehe dazu unten.

Abbildung 12: Kosten für die KlientInnen laut Erhebung Agenturen

Org.	Zahlungen an die Vermittlungsorganisation				Zahlungen an die Pflegekraft			Gesamtkosten	
	Gebühr einmalig	lfd. Beitrag/ Monat anteilig	Gesamt- kosten/ Monat	Gesamt- kosten /Jahr	Zahlung/ Tag	Zahlung/ Monat	Zahlung/ Jahr	Gesamt- kosten/ Monat	Gesamt- kosten/ Jahr
V1		450	450	5.400	65	1.950	23.725	1.977	23.725
V2	262	87	109	1.308	51	1.530	18.615	1.660	19.923
V3		90	90	1.080	50	1.500	18.250	1.610	19.330
V4	200		17	200	43	1.286	15.643	1.320	15.843
V6		50	50	600	37	1.100	13.383	1.165	13.983
V7	150	150	163	1.950	50	1.500	18.250	1.683	20.200
V8	1.200	108	208	2.496	50	1.500	18.250	1.729	20.746
V9		139	139	1.670	45	1.335	16.243	1.493	17.913
V10		484	484	5.808	45	1.350	16.425	1.853	22.233
Mittelwert		195	190	2.279	48	1.450	17.643	1.610	19.322
Median		124	139	1.670	50	1.500	18.250	1.660	19.923
Minimum	150	50	17	200	37	1.100	13.383	1.165	13.983
Maximum	1.200	484	484	5.808	65	1.950	23.725	1.977	23.725

Quelle: Interviews Agenturen

Jene Firma, die „häusliche Pflege“ anbietet, ist in der Tabelle nicht einbezogen. Die Tagessätze sind bei diesem Unternehmen mit 143 bis 198 Euro, d. s. 5.115 Euro monatlich (es fallen keine weiteren Kosten an), erheblich höher als bei den anderen Organisationen. 40 bis 50 Euro pro Tag behält die Organisation ein. Die hohen Tagessätze seien darauf zurückzuführen, dass InländerInnen eingesetzt würden, außerdem werden Steuern und Sozialversicherungsbeiträge abgeführt.

Abbildung 13: Kosten für 24-Stunden-Pflege laut Erhebung KlientInnen

	Organisation oder informell	Bezahlung/ Tag/ Pflegekraft	Gebühr an Agentur/ Monat	Fahrtgeld/ Monat	monatliche Kosten an PflegerIn excl. Fahrtkosten	Gesamt- kosten excl. Fahrtkosten
Herr F.	informell	50	x	300	1.500	1.500
Frau R.	Organisation	30	k.a.	*	900	900
Frau K.	Organisation	60	k.a.	k.a.	1.800	1.800
Frau D.	Organisation	47	67	k.a.	1.410	1.477
Frau P.	informell	50	x	200	1.500	1.500
Herr B.	Organisation	60	83	k.a.	1.800	1.883
Frau O.	informell	40	x	130	1.200	1.200
Frau H.**	informell	48	x	200	1.425	1.425
Frau A.	Organisation	45	83	*	1.350	1.433
Mittelwert		48	78	208	1.432	1.432
Median		48	83	200	1.425	1.425
Minimum		30	67	130	900	900
Maximum		60	83	300	1.800	1.883

* Betreuerinnen wechseln nicht

** Frau H. hatte zwei Pflegerinnen, für die ausgebildete Krankenschwester bezahlte sie 50 Euro, für die Haushaltshilfe 45 pro Tag.

Quelle: Interviews KlientInnen und Angehörige

Die Erhebung der Aufwendungen bei den KlientInnen ergab einen etwas höheren Durchschnitt als jener laut Angaben der Agenturen. Die monatlichen Kosten für die Pflege belaufen sich insgesamt mit den üblichen Fahrtkosten, die im Schnitt 200 Euro pro Monat ausmachen, auf 1.600 bis 1.800 Euro pro Monat, je nachdem, ob eine Gebühr an eine Agentur zu entrichten ist und wie hoch der Tagessatz der Pflegeperson ist. Die Gebühr an die Agentur macht im Schnitt 80 Euro pro Monat aus. Die Tagessätze sind von der Qualifikation der Pflegekraft abhängig und von der Schwere der Arbeit. Die Pflegekräfte werden entweder direkt von den InanspruchnehmerInnen bezahlt oder aber von der Agentur. Es ist üblich, dass das Entgelt am Ende eines Turnus ausbezahlt wird, daher kann es auch gewissermaßen als Druckmittel benutzt werden, um eine PflegerIn bis zur Ablöse durch eine andere zu halten. So erklärte Frau R., bei der die Fluktuation der Pflegekräfte offenbar immer höher wurde, da die Arbeits- und Lebensbedingungen sehr belastend waren, die Pflegerin müsse ja bei ihr bleiben, weil sie erst nach Ende der vereinbarten Frist von der Agentur bezahlt werde.

Agenturen, die polnische PflegerInnen vermitteln, sind derzeit die billigsten AnbieterInnen. Frau R. bezahlte an Pflegekosten 900 Euro pro Monat. Der Tagessatz (30 Euro pro Tag, 37 Euro bei Agentur V6 liegt deutlich unter dem der slowakischen oder tschechischen Arbeitskräfte. V6 vermittelt ebenfalls polnische Arbeitskräfte. Die Pflegerin von Frau R. stellte fest, die Agentur sei die billigste in Österreich. Polnische PflegerInnen wechseln nicht, wie sonst meist üblich alle 14 Tage, sondern präferieren aufgrund der größeren Distanz zum Herkunftsort längere Einsätze über mehrere Monate. Frauen aus Polen haben auch keine organisierten Taxidienste, wie das bei den tschechischen und slowakischen Pflegerinnen vielfach üblich geworden ist, sie reisen überwiegend mit öffentlichen Verkehrsmitteln an. Aber auch Pflegekräfte aus der Slowakei oder der Tschechischen Republik arbeiten in längeren Zeiträumen. Die Pflegerin von Frau A. ist nun schon über ein Jahr bei der Familie, eine Freundin vertritt sie, wenn sie, was allerdings selten der Fall ist, nach Hause in die Slowakei fährt. Ohne regelmäßigen Turnus sind die Fahrtkosten entsprechend geringer und sie kann doppelt so viel verdienen, was meist die Hauptmotivation für die Arbeit ohne Wechsel ist. Der gravierende Nachteil besteht darin, dass die Pflegekräfte keine Erholungspausen haben.

8.3 Personalakquise, Qualifikation und Qualifikationsanforderungen

Österreichische Vermittlungsagenturen arbeiten meist mit Organisationen oder Personen im Herkunftsland der BetreuerInnen zusammen, die die Personalsuche und -auswahl übernehmen. Die Personalakquise ist laut Aussagen der VermittlerInnen völlig unproblematisch, es gäbe eine große Zahl von BewerberInnen, die sich aufgrund von Mundpropaganda telefonisch meldeten. Wenn keine geeignete BetreuerIn zur Verfügung stehe, was aber selten der Fall sei, werde im Internet oder in Zeitungen inseriert und eine Vielzahl von InteressentInnen melde sich. Außerdem empfehlen PflegerInnen selbst die Agenturen ihren Verwandten und Bekannten weiter. In einem Fall bekommen die Pflegekräfte für die Rekrutierung neuer Betreuungskräfte eine Provision. Ein Vermittler berichtete, seine Firma sei sogar auf dem schwarzen Brett eines Arbeitsamtes in Polen ausgehängt worden.

Qualifikation

Die VermittlerInnen gaben an, sie überprüften Deutschkenntnisse sowie den Nachweis der Qualifikationen durch die Vorlage von Zeugnissen. Auch polizeiliche Führungszeugnisse würden verlangt. Die Qualifikation der BetreuerInnen reicht laut Aussagen der VermittlerInnen von ausgebildetem Krankenpflegepersonal, Pflegehilfen, AltenfachbetreuerInnen und Heimhilfen bis zu Haushaltshilfen, teilweise ohne jegliche Ausbildung in einem Gesundheits- oder Sozialberuf. Die Berufsbezeichnungen scheinen allerdings etwas willkürlich bzw. ohne genaue Kenntnis der Berufsgesetze gewählt.

Die Angaben der AgenturleiterInnen über die Qualifikation des eingesetzten Personals decken sich weitgehend mit den Aussagen der KlientInnen. Mehr als die Hälfte des bei den Befragten beschäftigten Personals hat keine Pflegeausbildung, rund ein Viertel ist ausgebildetes Krankenpflegepersonal, 5% sind Pflegehilfen und 14% haben eine Kurzausbildung, die wahrscheinlich maximal auf dem Niveau von Heimhilfen einzuordnen ist.

Der Großteil der befragten Organisationen bietet vorwiegend Haushaltshilfen bzw. Personen mit niedrigem Qualifikationsniveau an, wobei die Qualifikationen sehr unterschiedlich definiert werden. Insbesondere die als Pflege- bzw. Alten- oder Heimhilfen bezeichneten Kräfte haben kaum die in Österreich vorgeschriebenen Ausbildungen und Nachweise (vgl. Abbildung 24). Die Begriffe Heimhilfe und Haushaltshilfe werden häufig synonym verwendet bzw. Personen, die einen Erste-Hilfe-Kurs absolviert haben, als Heimhilfen bezeichnet. Ein Agenturleiter beurteilte die angeblichen Qualifikationen eher kritisch:

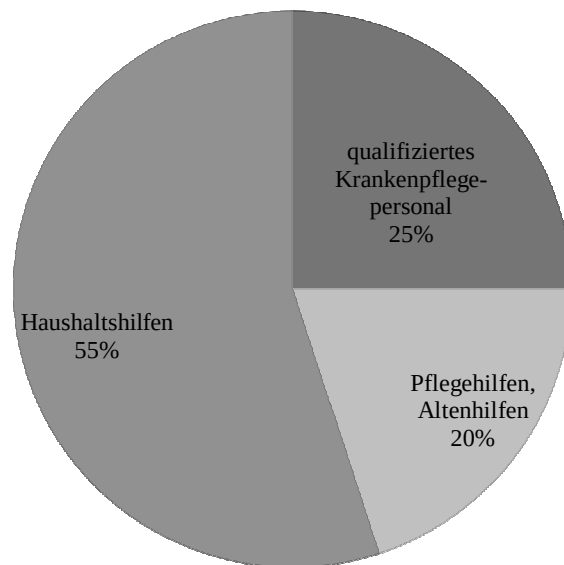
„Wir haben früher auch Pflegerinnen genommen, die ein Zeugnis über eine Pflegeausbildung vorgelegt haben, aus der Slowakei und aus Tschechien, wobei ich dann schnell gesehen hab‘, dass diese Pflegeausbildung nicht unserem Standard entspricht. [...] Das war auf dem Niveau zum Teil, wie wenn Sie bei uns einen Führerschein machen und so eine Rot-Kreuz Ausbildung brauchen dazu.“ (Interview V2)

Auch qualifizierte PflegerInnen können selten die erforderliche Berufsberechtigung (Anerkennung der Qualifikation) erbringen. Dabei entspricht die Qualifikation der ausgebildeten Pflegekräfte aus der Slowakei mindestens dem Niveau der österreichischen Ausbildung. Bis 2003 dauerte die Krankenpflegeschule vier Jahre und wurde mit Hochschulreife abgeschlossen, daran anschließend konnte eine dreijährige Spezialisierung mit Diplomabschluss absolviert werden. Nun ist Matura Zugangsvoraussetzung für das Studium (Bakkalaureat, Magister und Doktorat). Ebenso ist die Pflegeausbildung in Ungarn und in der Tschechischen Republik organisiert. Österreich ist neben Deutschland, Luxemburg und Frankreich eines der wenigen europäischen Länder, in denen die Pflegeausbildung nicht auf der Tertiärstufe (universitär oder Fachhochschule) angesiedelt ist (Filkins 2005; Kozon 2005). Die Anerkennung der Ausbildungen ist trotz des mindestens ebenso hohen Niveaus mit bürokratischen Hürden verbunden und teuer. Vor allem ältere Pflegekräfte sind von der Nichtanerkennung ihrer Ausbildungen betroffen.

Fast alle befragten Organisationen stellen bei Bedarf ausgebildete KrankenpflegerInnen bereit. Zwei Organisationen vermitteln eigenen Angaben zufolge ausschließlich qualifiziertes Personal, beide übernehmen auch Intensiv- und Palliativpflege. Drei lehnen das hingegen ab und halten es für unverantwortlich, die Betreuung schwerer Pflegefälle zu übernehmen. Fünf Organisationen vermitteln überwiegend Haushaltshilfen ohne Qualifikationen bzw. ist der Begriff Qualifikation sehr weit gefasst (personenbezogene Dienstleistungen jeder Art, z.B. Fußpflegerin). Die unpräzisen Zuordnungen des vermittelten Personals zu den jeweiligen Qualifikationen lassen darauf schließen, dass die Qualifikationen nicht so seriös geprüft werden, wie von den VermittlerInnen angegeben wird. In diesem Lichte betrachtet und im Vergleich zu den Angaben der interviewten KlientInnen und PflegerInnen (s. o.) werden schätzungsweise 25% ausgebildete KrankenpflegerInnen, 20%

Pflegehilfen und Altenhilfen und zirka 55% Haushaltshilfen und gering- bzw. unqualifiziertes Personal vermittelt.

Abbildung 14: Qualifikationsstruktur des vermittelten Personals



Quelle: Interviews mit AgenturleiterInnen

Die Qualifikationsstruktur unterscheidet sich jedoch stark je nach Organisation. Einige Organisationen konzentrieren sich auf die Vermittlung von qualifizierten Pflegekräften, andere betonen ausschließlich Haushaltshilfen zu vermitteln. Die Pflegefirmen vermitteln größtenteils unqualifiziertes Personal, wohl auch, um sich nicht selbst zu konkurrenzieren, da die Pflegeleistungen von der Firma selbst übernommen werden. Bei den PrivatvermittlerInnen ist der Anteil an qualifiziertem Personal jedenfalls geringer. Darauf weisen auch die Ergebnisse der Befragungen von NutzerInnen informeller Netzwerke hin. Diese gehen kaum über den Familien- und Bekanntenkreis hinaus, sind aber ausgedehnt und flexibel, sodass die Bereitstellung von Personal problemlos funktioniert. Allerdings sind die informellen Vermittlungsnetzwerke ebenfalls sehr unterschiedlich strukturiert, sehr wohl gibt es solche, in denen viele in der Pflege qualifizierte Personen befreundet und vernetzt sind und daher entsprechend mehr qualifizierte Personen vermittelt werden.

Die Befragung der NutzerInnen und der PflegerInnen bestätigt das Bild, das die Agenturen vermitteln hinsichtlich der Qualifikationsstruktur in der 24-Stunden-Pflege. Einige BetreuerInnen verfügten über eine Ausbildung, dabei handelte es sich zumeist um einen zwei-monatigen Kurs, der bei den jeweiligen slowakischen Agenturen absolviert wurde. Die Betreuten bzw. deren Angehörige vermerkten, dass diese Ausbildung von Vorteil sei und in der Pflege einen spürbaren Unterschied ausmache. In zwei Fällen wurden ständig ausgebildete Krankenschwestern eingesetzt, zwei Befragte

(Frau W. und Frau S.) hatten je ein Mal kurzfristig wegen erhöhten Pflegebedarfs eine ausgebildete Kraft beschäftigt. Interessanterweise waren jene Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen, die permanent auf qualifizierte Pflegekräfte angewiesen waren, zufriedener als jene, die nur temporär diplomiertes Personal einsetzen mussten. Frau W. und Frau S. hatten eine eher negative Meinung von den ausgebildeten Krankenschwestern. Diese wurden als unzufrieden bei der Arbeit oder wenig engagiert, insbesondere was die Hausarbeit betrifft, beschrieben. Es scheint gewisse Vorurteile gegenüber höherqualifizierten Pflegekräften zu geben, was auch bei Bemerkungen hinsichtlich der regulären mobilen Pflege zu beobachten war. Frau B. hingegen, die immer ausgebildete Krankenschwestern beschäftigte, war zufrieden und lobte, dass ihr die Pflegerinnen bei der Hausarbeit halfen. Möglicherweise spielen außerdem Kostenfaktoren eine Rolle bei der verbreiteten Ablehnung qualifizierter Pflegekräfte. Eine Vermittlerin verwies darauf, dass viele KlientInnen aus Kostengründen qualifizierte Pflege ablehnten, obwohl eine solche aufgrund des Gesundheitszustandes notwendig wäre.

Die Deutschkenntnisse der Beschäftigten sind sehr unterschiedlich, manche BetreuerInnen sprechen kaum Deutsch. Allerdings werde in Notlagen auch ein sehr mangelhaftes Deutsch akzeptiert, so ein Vermittler:

„[Sprachkenntnisse] müssen vorhanden sein, sonst kann ich sie nicht brauchen. Wobei ich drück‘ oft ein Auge zu, wenn ich es den Kunden, den Familien vorher auch gesagt habe und es akzeptiert wird. Wenn sie richtig ein großes Problem haben, sind sie oft auch froh, wenn sie jemanden haben, der radebrechend Deutsch spricht.“ (Interview V6)

Insbesondere bei Demenzerkrankungen kommt es aufgrund der fehlenden Ausbildung und mangelhafter Deutschkenntnisse zu Problemen und Überforderung. Von den Angehörigen wurde diese Problematik jedoch kaum in Zusammenhang mit der mangelnden Ausbildung thematisiert bzw. wurde die erkrankte Person für Konflikte und Schwierigkeiten verantwortlich gemacht. Andererseits haben viele Pflegekräfte mittlerweile einige Jahre Praxis in der 24-Stunden-Betreuung und daher zum Teil sehr gute Kenntnisse und Fähigkeiten in der Altenpflege. Manche PflegerInnen sind überqualifiziert, sogar ausgebildete ÄrztInnen sind im Einsatz, wobei eine höhere Qualifikation auch die Frustrationstoleranz hinsichtlich niedrig qualifizierter Tätigkeiten möglicherweise senkt, jedenfalls meinten einige Angehörige, diese Tendenz zu beobachten. Bei niedrigerer Pflegebedürftigkeit stehen die Anforderungen an Haushaltstätigkeiten mehr im Vordergrund als bei hoher Pflegeintensität.

Zukunftsperspektive Arbeitsmarkt

Der Markt ist sehr flexibel, gerade weil er informell ist. So wurde das sinkende Arbeitskräfteangebot in Tschechien in den letzten Jahren durch Arbeitskräfte aus der Slowakei kompensiert. Das Arbeitskräfteangebot aus Tschechien ist bereits rückläufig, da das Einkommensniveau steigt und die Arbeitslosigkeit zurück geht. Keine der VermittlerInnen sah aber einen drohenden Arbeitskräfteengpass für die nächste Zukunft. Eine Vermittlerin konstatierte Rückgänge an BewerberInnen im Vergleich zu der Zeit vor dem EU-Beitritt. Durch die erleichterten Zugangsmöglichkeiten seien die BetreuerInnen unabhängiger von den Vermittlungsagenturen geworden und suchten vermehrt selbst KlientInnen über Internet oder mit Hilfe von

Zeitungsannoncen. In der Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind vielfach ältere, nichtqualifizierte Frauen tätig. Bei gering- und nichtqualifiziertem Personal wird es in Zukunft kaum zu einer Verknappung des Arbeitskräfteangebotes kommen. Die Arbeitslosenraten sind immer noch hoch, insbesondere ältere, gering qualifizierte Frauen haben kaum Jobchancen in den Herkunftsländern. Das Arbeitskräfte-reservoir in diesem Segment wird kaum sinken. Jedoch ist eine Verknappung an qualifizierten Kräften zu erwarten.

Auswirkungen der Legalisierung

Ein legales Arbeitsverhältnis bietet Vorteile und wird von vielen Pflegekräften einem Schwarzarbeitsverhältnis vorgezogen. Vor allem für PflegerInnen mittleren Alters und Ältere ist eine Pensionsversicherung ein Anreiz legal zu arbeiten, hingegen haben jüngere und auch Frauen mittleren Alters öfters das Ziel im ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Der Arbeitsmarktzugang ist aber auch nach der Legalisierung der 24-Stunden-Pflege erschwert. Für eine reguläre Beschäftigung ist noch bis Ende 2010 eine Beschäftigungsbewilligung als Schlüsselkraft erforderlich, das bedeutet, dass ein Einkommen von mindestens 1.500 Euro verdient werden muss, was bei geringer qualifizierten Arbeiten kaum erreicht wird. Jüngere Betreuungskräfte haben Vorteile in der Anerkennung ihrer Ausbildung in Österreich¹⁵⁷ und aufgrund besserer Sprachkenntnisse auch größere Chancen einer legalen Erwerbstätigkeit in Österreich nachgehen zu können. Ein Interviewpartner verweist auf Arbeitskräfteüberlasser, die Nostrifikationskurse für qualifizierte Kräfte finanzieren. Auch Krankenanstalten würden Personal durch die Zahlung der Kurse an sich binden. Flexiblere Arbeitskräfte wandern in Länder ohne Arbeitsmarktbeschränkungen bzw. mit Möglichkeiten einer legalen Beschäftigung ab, z.B. nach Großbritannien. Älteren Frauen ohne Ausbildung in einem Pflegeberuf oder ohne Anerkennung haben kaum Chancen einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Neben der 24-Stunden-Pflege eine Ausbildung oder die notwendigen Kurse für eine Anerkennung zu absolvieren, ist kaum möglich. Es gibt aber auch Frauen, die, weil sie in den Herkunftsländern Transferleistungen (Arbeitslosenbezug, Pension) beziehen, ein irreguläres Arbeitsverhältnis einer Legalisierung vorziehen. Andererseits haben gerade ältere Frauen große Sorge um die Absicherung im Alter, denn die Pflichtversicherung in der Sozialversicherung beinhaltet keine Pensionsvorsorge.

Die Effekte der Legalisierung für die Pflegekräfte sind ambivalent zu beurteilen. Erfahrungen mit Legalisierungsmaßnahmen in anderen Ländern, z.B. Italien, zeigen, dass solchen Schritten ein Zuzug neuer illegalisierter Arbeitskräfte folgt, deren Arbeitsbedingungen vielfach noch schlechter sind als jene, der früher Angekommenen und die wiederum die Konkurrenz verstärken. ExpertInnen in Deutschland beobachteten durch die gesetzliche Liberalisierung der kommerziellen Vermittlung von Au-Pair-Kräften ein Ansteigen von Betrug, Bedrohung und Gewalt.

„Die Situation der im Haushalt wohnenden Haushaltshilfen hat sich in der jüngeren Vergangenheit durch die Liberalisierung der Zulassungsvoraussetzungen für Vermittlungsagenturen verschlechtert. Beratungszentren klagen darüber, dass die neuerdings

¹⁵⁷ Ausbildungen in den Gesundheitsberufen vieler mittelosteuropäischer Länder werden erst ab den 1990er Jahren anerkannt. Ein beschleunigtes Anerkennungsverfahren ist erst bei Ausbildungen ab 2004 möglich. Bei Ausbildungen, die davor abgeschlossen wurden, muss Berufspraxis in den letzten Jahren nachgewiesen werden.

mögliche Zulassung von gewerblichen Agenturen für die Vermittlung von Au Pairs zu mehr Betrug, Bedrohungen und Gewalt geführt hat. (Interview mit In Via, Berlin).“ (Cyrus 2005, 19f)

Mit der Angleichung des Einkommensniveaus in den Nachbarländern bei gleichzeitig wachsender Nachfrage sind folgende Zukunftsszenarien denkbar:

- steigende Preise
- Sinken des Qualifikationsniveaus aufgrund des kleiner werdenden Arbeitskräftereservoirs
- und damit möglicherweise Sinken der Qualität der Pflege
- steigende Nachfrage, auch nach qualifizierter Pflege
- Kompensation durch Arbeitskräfte aus anderen Ländern, abhängig vom Ausbildungsniveau in den jeweiligen Ländern.
- im Falle einer Wirtschaftskrise und steigender Arbeitslosigkeit in Österreich könnte der Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Pflege-Kräften aber auch wieder sinken.

Der wachsenden Nachfrage nach Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu möglichst niedrigen Kosten begegnen die Agenturen schon jetzt durch ein Ausweichen auf billigere Arbeitskräfte aus anderen Ländern (z. B. Polen). In Erwägung gezogen wird, zukünftig in neuen Gebieten Betreuungskräfte zu suchen, z.B. Bulgarien und Rumänien. Skepsis besteht gegenüber Arbeitskräften aus anderen Ländern, insbesondere aus nichteuropäischen. Betreuungskräfte aus Mitteleuropa gelten als besonders geeignet aufgrund der geringen kulturellen Unterschiede. Dennoch sehen die VermittlerInnen keine Personalengpässe auf sich zukommen. Eher rechnen sie mit Finanzierungsproblemen seitens der KlientInnen. Ein steigendes Einkommensniveau in den Herkunftsländern bei gleichzeitig wachsender Nachfrage werde zu einer entsprechenden Verteuerung der 24-Stunden-Betreuung führen. Daher wird auch die Erhöhung des Pflegegeldes oder die Einführung einer Pflegeversicherung gefordert.

Anforderungen, Ansprüche und Präferenzen der KlientInnen

Geschlecht und Alter der Betreuungskräfte werden von den VermittlerInnen als sehr wichtige Merkmale gewertet, wobei die Meinungen hinsichtlich des optimalen Alters auseinandergehen. Zwei InterviewpartnerInnen halten Frauen zwischen 40 und 55 für besonders geeignet. Sie verfügten aufgrund von Mutterschaft und Praxis als Hausfrau über sehr gefragte Fähigkeiten, zudem seien Frauen dieser Altersgruppe passendere Gesellschafterinnen für ältere Menschen. Zwei Befragte äußern eine konträre Meinung und sind der Auffassung jüngere Frauen seien geeigneter, weil sie belastbarer seien, zudem verfügten sie über bessere Deutschkenntnisse und wären „*lebensfroher*“. Die Pflegebedürftigen präferieren nach Meinung der VermittlerInnen Frauen ab 40, weil ihnen die oben erwähnten Eigenschaften und Fähigkeiten zugeschrieben werden. Männliche Betreuungspersonen werden nur von einer Minderheit und eher von männlichen Klienten, besonders von Jüngeren oder Behinderten, gewünscht. Ansonsten erfahren männliche Pflegepersonen eine verhältnismäßig geringe Akzeptanz, es gibt mehr Bewerber als Nachfrage. Ein Vermittler schätzt, dass 5% der Betreuungspersonen Männer sind. Von den befragten KlientInnen hatte aber keine einzige je einen Pfleger beschäftigt. Hinsichtlich des Alters oder Geschlechts äußerten die befragten Personen keine Präferenzen. Älteren Frauen wird aber mehr Kompetenz in der Haushaltsführung zugeschrieben, während Jüngere eher kritisiert werden, z.B. wenn sie Wert auf ihr Äußeres legen. Die meisten bei den

Befragten eingesetzten Pflegerinnen waren über 40 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag bei 42 Jahren. Der Großteil hatte erwachsene Kinder.

Vorherrschend ist sowohl unter den VermittlerInnen als auch den KlientInnen die Meinung, es seien primär Haushaltstätigkeiten zu verrichten und daher sei keine Pflegeausbildung notwendig.

„Richtige Pflege hab ich vielleicht fünf oder sechs solche Fälle, der Rest ist mehr oder minder schwere Betreuung. Und des kann eine g’standene Hausfrau ohne weiteres.“ (Interview V6)

VermittlerInnen verwiesen auf die Erfahrung der PflegerInnen als Sorgeleistende im Privaten, viele Frauen hätten Kinder großgezogen, Verwandte gepflegt usw. und sich dadurch Qualifikationen erworben. Ein Vertreter einer Agentur sprach in diesem Zusammenhang von einer „natürlichen Ausbildung“:

„Wenn jetzt eine Mutter zum Beispiel Kinder großgezogen hat, Babys, wo man auch 24 Stunden mehr oder weniger da sein muss, hat sie schon da von der Ausbildung her, eine natürliche Ausbildung bekommen ohne jetzt da viel Theorie zu machen. Das ist mal der Grundstock, deswegen sind diese Frauen sehr gefragt, ja, muss ich sagen, weil die, wenn die noch eine Ausbildung machen [...] und vielleicht sogar als Diplomierte, dann sind sie ja super. Die sind ja wie geschaffen dafür [...]. Wenn sie sagen, okay die Kinder sind aus dem Haus, ich weiß nicht was ich tun soll. Warum nicht zehn, 14 Tage bei jemandem sein und pflegen und für den sorgen und dafür krieg ich auch noch Geld auch. Für die Kinderpflege hab ich eh nicht viel gekriegt.“ (Interview V4)

Eine Interviewpartnerin, eine diplomierte Krankenpflegerin, problematisierte, dass Angehörige oder KlientInnen aus Kostengründen Haushaltshilfen einsetzen wollten, selbst wenn qualifiziertes Personal erforderlich sei. Es sei kein ausreichendes Bewusstsein, was Pflege bedeute, vorhanden. Die Kostendifferenz zwischen Haushaltshilfe und PflegerIn beträgt im Schnitt 15 Euro pro Tag, was monatlich doch einen beträchtlichen Betrag ausmacht (Interview V7). Die Qualifikation der Betreuerinnen wurde von allen befragten KlientInnen als ausreichend bezeichnet, ebenso die Deutschkenntnisse. Die Qualifikationsanforderungen sind nach Einschätzung der befragten NutzerInnen niedrig. Die Führung des Haushaltes, Anwesenheit und die notwendige Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung – An- und Auskleiden, Mobilitätshilfe, Waschen und Inkontinenzversorgung – seien zu leisten. Die Qualifikationsanforderungen sind nicht zuletzt von den Ansprüchen der KlientInnen oder ihrer Angehörigen abhängig. Zum Teil unterstützen die Angehörigen die Pflegekräfte bzw. lernen sie quasi an, um ihre Vorstellungen verwirklicht zu sehen.

„Wir hatten eine Kraft, die hat nicht recht gut kochen können. Da hab’ ich dann die erste Zeit vorgekocht, dann hab’ ich neben ihr gekocht bis sie so weit war und die sind ja so engagiert und so lieb. Und die hat auch schlecht Deutsch gesprochen, ein bisschen schon. Wir sind so blendend zusammen gekommen.“ (Frau W.)

Resümee

Die Leistungen und Betreuungsintensität wie die Preise der Agenturen sind sehr unterschiedlich. Kleinere regional tätige Hauskrankenpflegefirmen, die die Vermittlung von Rund-um-die-Uhr-Betreuung nur als Nebengeschäft betreiben, haben tendenziell ein größeres Leistungsspektrum, auch über die eigentliche Vermittlung hinausgehend. Sie agieren kleinräumiger, vermitteln nicht in ganz

Österreich und können daher mehr Betreuung und Qualität (Hausbesuche, Qualitätskontrollen, Krisenintervention, Ersatzpersonal etc.) bieten. HauskrankenpflegeanbieterInnen haben bei Bedarf ein besseres Pflegeangebot, das allerdings mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Die Personalsuche und -auswahl von Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräften wirkt aber improvisierter als bei den Agenturen, die ausschließlich vermittelnd tätig sind. Das ist auch bei jenen Organisationen der Fall, die keine oder eine wenig professionelle Kooperation im Herkunftsland haben oder deren Haupttätigkeit nicht in der Vermittlung liegt, also nur nebenbei läuft.

Organisationen, die ausschließlich vermitteln, agieren vor allem in der Personalbeschaffung professioneller. Ob über die Vermittlung hinaus gehende Dienste angeboten werden, ist unterschiedlich und abhängig von der Gegebenheit örtlicher Anlaufstellen. Die Betreuung der KlientInnen ist jedenfalls weniger intensiv, nicht zuletzt deshalb, weil eine weit höhere Anzahl von BetreuerInnen vermittelt wird und das auch eher in ganz Österreich. Der Großteil der LeiterInnen der Organisationen weist keine fachliche Qualifikation auf, in den meisten Organisationen arbeiten jedoch diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit. Sie sind zur Beratung, Einschulung, Qualitätskontrolle und im Notfallmanagement eingesetzt. Ein Drittel der VermittlerInnen gibt an, regelmäßig Hausbesuche zu machen. KlientInnen, die aufgrund großer Distanz schwer erreichbar sind, werden aber kaum besucht. Interveniert wird bei Problemen und Notfällen, z.B. Austausch einer BetreuerIn bei Ausfällen, insgesamt ist die über die eigentliche Vermittlung hinausgehende Betreuung durch die Agenturen aber eher gering. Aufgrund der großen Nachfrage können die VermittlerInnen schwierige Fälle ablehnen oder die Betreuung bei Problemen aufgeben. Nur zwei AnbieterInnen übernehmen Intensivpflege bzw. schwere Pflegefälle. Die Tätigkeiten der BetreuerInnen liegen primär im Bereich der Haushaltsführung.

Die Agenturen versprechen Qualitätssicherung und Versorgungssicherheit. Organisiere man sich 24-Stunden-Betreuung privat, hätte man das Risiko von Ausfällen und keine Sicherheiten hinsichtlich der Qualifikation, der Sprachkenntnisse, des Leumunds usw. Inwieweit diese Vorteile gegenüber informellen Netzwerken gegeben sind, ist hier nicht zu verifizieren. Allerdings klagten die NutzerInnen von informeller Vermittlung keineswegs über Versorgungslücken, im Gegenteil wurde die Zuverlässigkeit sehr gelobt. Auch der Befragte, der informell vermittelt wurde, gab an, problemlos Ersatz requirieren zu können und dieselben Kontrollfunktionen auszuüben wie Agenturen. Andererseits erscheint manche Kontrolle der Organisationen einigermaßen überschießend, wenn beispielsweise ein Agenturleiter mit Fahrzeug- und Gepäckkontrollen geradezu Polizeifunktionen ausübt.

Die befragten KlientInnen sind mit den Angeboten der Agenturen durchwegs zufrieden. Auch die informellen Vermittlungsnetzwerke werden von den KundInnen als äußerst zuverlässig gelobt. Der Vorteil für beide Parteien besteht vor allem in flexibleren, individuellen Lösungen im Vergleich zu den etablierten, großen Agenturen, die oftmals schon sehr rigide Abläufe und Strukturen aufweisen. PflegerInnen fühlen sich oftmals von den Agenturen ausgebeutet und in ihrer Autonomie beschränkt. Ebenso wenig sollte die Praxis der informellen Netzwerke idealisiert werden, auch diese Netze dienen nicht nur der gegenseitigen Unterstützung und Hilfe der Pflegekräfte, sondern bedienen zum Teil die

finanziellen Interessen einiger weniger Mitglieder. Aus manchen Netzwerken bildeten sich wieder Agenturen heraus.

8.4 Praxis der 24-Stunden-Pflege

Pflegetätigkeiten

Angehörige wie VermittlerInnen vertraten häufig die Ansicht, Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräfte erfüllten vorwiegend Haushaltsaufgaben, daher sei keine besondere Ausbildung notwendig. Tatsächlich leisten die Betreuungskräfte neben der Haushaltsarbeit vor allem die Grundpflege, aber auch medizinische Pflege, die nach GuKG qualifizierten Pflegekräften, also Pflegehilfen und diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, vorbehalten ist.

Bei allen Befragten übernahmen die 24-Stunden-Betreuungskräfte die Grundpflege, also Körperpflege und nötigenfalls Inkontinenzbetreuung, Mobilitätsunterstützung und die Verwaltung und Verabreichung der Medikamente. In einem Fall hatte die Pflegekraft auch die Aufgabe der Überwachung des Blutzuckers, bei zwei KlientInnen musste ein Dauer-Katheter versorgt werden, wobei qualifizierte KrankenpflegerInnen eingesetzt wurden. Die Medikamentenverabreichung war in allen Fällen in der Verantwortung der BetreuerInnen. Nur ein Befragter hatte selbst noch die Kontrolle über seine Medikation. Vor allem die Demenzkranken hatten keine Übersicht mehr über ihre Medikamente. In einigen Fällen wird die Medikation bei wöchentlichen Hausbesuchen der HausärztIn mit den PflegerInnen besprochen, diese dokumentieren die Medikamentenverabreichung auch. Die Zusammenarbeit mit HausärztInnen funktionierte bei allen Befragten sehr gut.

Bei Frau O. war die Medikamentenverabreichung völlig in der Hand der Pflegerinnen, sie kommunizierten auch mit dem Arzt, der wöchentlich Hausbesuche machte und führten Aufzeichnungen über die Medikamentengabe. Problematisch war der Schlafmittelmisbrauch von Frau O. Den Pflegerinnen oblag es, keine über die verordnete Dosierung hinausgehenden Medikamente zu verabreichen.

Frau K. benötigte eine Schmerzpumpe mit Opiaten. Sie konnte das Gerät nicht selbständig befüllen, da sie sich mit den Medikamenten nicht auskannte. Die Befüllung lag im Aufgabenbereich der ungelernten Pflegekräfte.

Frau R. selbst hatte überhaupt keinen Überblick über ihre Medikation. Täglich mussten Blutzucker und Blutdruck gemessen werden, die Werte wurden dokumentiert, die Betreuerin war aber nicht instruiert, wie die Werte zu interpretieren seien, auch über die Medikamente wusste sie nicht Bescheid. Frau R. glaubte, der Agenturleiter wäre über ihre Medikation informiert. Frau R. wurde zu Anfang wegen ihres hohen Gewichts und der Pflegeintensität – die Pflegekräfte haben kaum Nachtruhe - von zwei Pflegepersonen betreut. Die beim Interview anwesende Pflegerin erzählte, die beiden Frauen hätten sich wegen der Bezahlung gestritten, seither kommt nur noch eine. Frau R. sagte, sie könne sich zwei Beschäftigte nicht leisten.

Herr B., der an Polyneuropathie, einer schweren Nervenkrankung, leidet und bettlägerig ist, sowie Frau H. aufgrund ihrer beidseitigen Beinamputation benötigten ausgebildetes Krankenpflegepersonal, bei beiden muss ein Bauchdeckenkatheter versorgt werden. Auch sonst ist der Pflegeaufwand vor allem bei Herrn B.

sehr hoch, die Ehefrau half bei der Pflege. Frau H. beschäftigte ständig zwei Betreuerinnen, neben der ausgebildeten Krankenpflegerin war eine zweite Kraft eingesetzt.

In manchen Fällen ist der Pflegeaufwand so intensiv, dass zwei Personen erforderlich sind, um die Arbeit bewältigen zu können.

Hinsichtlich der Verantwortung für etwaige Pflegefehler oder gar der Haftung hatten weder die InanspruchnehmerInnen noch die VermittlerInnen Bedenken. Die Verantwortung wurde vielfach den Pflegekräften zugeschoben oder es wurden Parallelen zur familiären Pflege gezogen und daraus gefolgert, es träfe niemanden ein Verschulden bei etwaigen Fehlern. Die Pflegebedürftigen selbst sind häufig der Ansicht, sie könnten für sich sorgen, auch wenn das offensichtlich oder nach Angaben von Angehörigen oder Pflegerinnen nicht der Fall ist.

Frau R. wies die Verantwortung zum Teil dem Agenturleiter zu und meinte, dieser wisse über die Pflegenotwendigkeiten Bescheid, andererseits hielt sie sich für in der Lage, selbst für sich sorgen zu können. Weder die Pflegerin noch sie selbst konnte sagen, wer über die Medikation Bescheid wisse.

Bei den meisten Befragten funktionierte die Pflege der Eigendarstellung zufolge problemlos. Lediglich in einem Fall waren die Pflegeerfordernisse und die Aufgaben der Pflegerin völlig unklar. Jene KlientInnen, die medizinische Behandlungspflege brauchten, wurden von qualifizierten Pflegekräften versorgt. Ein Problem der Erhebung ist, dass jeweils nur ein Part eines Pflegearrangements befragt werden konnte, ein umfassenderes Bild hätte sich ergeben, wenn alle Involvierten und Betroffenen einbezogen werden hätten können. Das wäre sicher ein Desideratum für künftige Forschungsprojekte. Die Darstellungen der einzelnen Befragten blenden möglicherweise Unzulänglichkeiten und Probleme aus, da alle Beteiligten an einer Fortführung des Pflegearrangements, das ihnen aus ihrer je eigenen Situation heraus alternativlos erscheint, interessiert sind.

Haushaltstätigkeiten

Differenzen aufgrund der unklaren Aufgaben sind eines der Hauptprobleme in der 24-Stunden-Pflege. Schwierigkeiten hinsichtlich der Haushaltsführung nahmen bei den meisten Interviews thematisch den größten Raum ein, wobei zu bedenken ist, dass die Auseinandersetzungen um die Haushaltstätigkeiten zum einen Ausdruck von Krankheitsbildern sein können und aus diesem Grund so eine starke Wichtigkeit bekommen, zum anderen möglicherweise gerade den Haushaltstätigkeiten mehr Augenmerk geschenkt wird, weil sie innerhalb des Erfahrungshorizontes aller Involvierten liegen, während über qualifizierte Pflege weniger Austausch stattfinden kann. Umgekehrt könnte in manchen Fällen eine qualifizierte Betreuung - insbesondere krankheitsbedingte - Konflikte und Probleme vermindern.

Insbesondere die Unklarheit des Arbeitsumfangs hinsichtlich der zu leistenden Putzarbeiten führt zu Spannungen und Konflikten. *„Und auch ich glaub’, so mit dem Putzen [...] solche Sachen wie Fenster putzen, das haben zwar manche, die selber Hausfrauen waren, die haben das gesehen und haben das gemacht [...], weil es ihnen wahrscheinlich lieber war, bevor sie da sitzen, tun sie irgendwas. [...] Es war nicht extra besprochen [...] und da könnte ich mir auch vorstellen, dass es da große Differenzen gegeben hat.“* (Frau S.) Manche KlientInnen haben einigermaßen anspruchsvolle Vorstellungen, wie viel

Haushaltsarbeit zu leisten wäre. Frau S. glaubt, dass die Anforderungen hinsichtlich der Putzarbeiten teilweise zu groß gewesen seien. Ihre Mutter habe gemeint, die Pflegerinnen arbeiteten zu wenig: *„Weil da hat sie auch noch so ein bisschen [...] gemeint [...] die tun zu wenig ... das glaub' ich, war bei der Mutter auch so. Das war noch so von früher, sozusagen, jetzt zahl' ich so viel Geld und die tun eigentlich nichts. [...] Das haben sie so im Hinterkopf gehabt.“* (Frau S.)

Frau H. hätte die Pflegerinnen wie ihre Hausgehilfin, die sie früher hatte, betrachtet, erzählt Frau L.: *„Nachmittags haben sie halt was nähen müssen. [...] Sie hat geschaut, dass sie beschäftigt waren. Früher hat die Tante noch Hausgehilfinnen gehabt, wie sie noch den Ärztehaushalt gehabt hat. Und da war das eben so üblich, die ist um sechs aufgestanden und hat wirklich den ganzen Tag gearbeitet. [...] Und sie hat immer geglaubt für das viele Geld arbeiten die zu wenig.“* (Frau L.)

Auch hinsichtlich der Freizeitgestaltung gab es unterschiedliche Auffassungen: *„Mit einer hat sie [Frau P.] einmal [...] so Differenzen gehabt. Da hab' ich mich auch über die Mutter so geärgert, weil sie hat sie schon so irgendwie betrachtet, als ihre Sklavinnen. Zum Beispiel hätte sie wollen also, dann am Abend [...] hat die Mutter ferngesehen [...]. Und die eine hat dann lieber hinübergehen wollen und was lesen als wie sich das anschauen und die Mutter hat gesagt, nein sie muss sich da her setzen, obwohl sie aber eh nicht mit ihr geredet hat und nichts [...]. So ungefähr, jetzt zahl' ich so viel und die machen zu wenig, also die arbeiten zu wenig.“* (Frau S.) Frau S. meint, dieses Verhalten komme aus der eigenen Erfahrung von Frau P.: *„Die Mutter hat ja einmal Krankenschwester gelernt, ich mein' die sind damals ja voll ausgenutzt worden [...]. Und eben ich glaub', das ist dann im Alter dann so rausgekommen.“* (Frau S.)

In Extremfällen wird das Arbeitsverhältnis auch von Seiten der Agentur aufgelöst: *„Ich hab auch wie gesagt, das ist zwar beinhart gewesen, bei einem Patienten aufgehört, wo die Frau eben ASL hat, die im Sterben liegt, aber wenn mich der jeden zweiten Tag anruft, er will eine andere Schwester haben. Weil die eine lacht ihm zu wenig, die andere putzt ihm zu wenig, die Dritte ist zu schwach. Drückt den Preis. Wo ich gesagt hab', sind Sie mir nicht böse, wir sind jetzt bei 60 Euro am Tag, davon muss ich der Schwester 55 zahlen, dass sie überhaupt bleibt. Weil das ist ja eine psychische Belastung auch. Und dann regt er sich noch auf und nichts passt ihm und schimpft sie. Der hat der Schwester gesagt, du bist ein faules Drum, du willst dir nur ein Geld runterschneiden. Sag ich, tut mir leid jetzt ist Schluss.“* (Interview V1)

Probleme in der 24-Stundenbetreuung

Probleme sind den Darstellungen der VermittlerInnen zufolge die Ausnahme. Die persönliche Beziehung zwischen Pflegekraft und der zu versorgenden Person ist der Hauptfaktor für ein gelingendes Betreuungsverhältnis. Die Agenturen scheinen viel Arbeit in die Abstimmung von KlientIn und BetreuerIn zu investieren. Zu Schwierigkeiten kann es dennoch kommen. Die meisten Konflikte liegen in der persönlichen Beziehung zwischen KlientIn und BetreuerIn. Insbesondere bei KlientInnen mit psychischen und Demenzerkrankungen treten Probleme auf (s.u.). Auch aggressive und sexuelle Übergriffe kämen vor, allerdings selten, so ein Agenturleiter. Während sexuelle Übergriffe auf PflegerInnen sogar thematisiert werden, ist das bei anderen Gewaltübergriffen kaum der Fall. Es ist davon auszugehen, dass Gewalt in der häuslichen Pflege großteils tabuisiert ist, insbesondere auch Gewaltausübung durch die Pflegenden und psychische Gewalt (vgl. dazu Kuss/Schopf 2007). Auch das Verhältnis zu Angehörigen kann gespannt sein. Problematische Familienkonstellationen – Familienstreitigkeiten, Eifersucht, Differenzen über die Art der Betreuung und die Haushaltsführung usw. unter den Angehörigen – können das Arbeitsumfeld für die

BetreuerInnen erschweren. Nicht selten belasten psychische Probleme und Alkoholkrankheit von Angehörigen die Arbeit der Pflegekräfte.¹⁵⁸ Die Agenturen sind immerhin in der vorteilhaften Lage, dass sie Betreuungsfälle, die ihnen zu schwierig erscheinen, ablehnen oder beenden können. Die Pflegekräfte sind entweder abhängig von den Entscheidungen der Agenturen oder sie verfügen selbst über Netzwerke, über die sie eine alternative Pflegestelle bekommen. Insgesamt scheint aber die Bereitschaft auch unter sehr prekären Bedingungen eine 24-Stunden-Pflege anzubieten, hoch zu sein bzw. das Arbeitskräfteangebot ist selbst für Pflegestellen mit sehr schlechten Arbeitsbedingungen vorhanden. Zum Teil müssen die Pflegebedürftigen allerdings eine hohe Fluktuation in Kauf nehmen (vgl. Fallbeispiel Frau R.).

Probleme von Pflegekräften

Unter den InanspruchnehmerInnen hatten klarerweise jene Personen, die schon längere Zeit Rund-um-die-Uhr-Betreuung nutzten, mehr Erfahrungen mit Problemen und „ungeeigneten“ Pflegekräften. Tendenziell wird die Betreuung mit zunehmender Dauer aufgrund des sich verschlechternden Gesundheitszustandes aufwendiger und schwieriger. Als ungeeignet werden vor allem PflegerInnen erachtet, die die Hausarbeit nicht nach den Vorstellungen der KlientInnen bzw. der Angehörigen erledigen, häufig gibt es Konflikte um die Definition des Arbeitsumfanges (s. o.). Mehrere NutzerInnen berichteten von persönlichen Problemen der PflegerInnen, die die Zusammenarbeit verunmöglichten. Es wurde von Krankheiten und Alkoholprobleme erzählt. Insgesamt scheinen die KlientInnen oder ihre Angehörigen aber wenig von den Schwierigkeiten und Belastungen der Pflegerinnen mitzubekommen. Die Interviews mit Pflegerinnen zeigten hingegen, dass einige auch in einer ziemlich prekären persönlichen Lage waren. Die Arbeit wird offenbar auch manchmal dazu genutzt, einem engen oder konfliktbeladenen privaten Umfeld zu entkommen.

Frau E. berichtet, sie habe sich scheiden lassen. Ihr Mann sei Alkoholiker gewesen und habe die beiden Kinder geschlagen, dennoch sei ihm das Sorgerecht zugesprochen worden, weil E. im Altersheim Nachtdienste machen musste. Nun arbeitet sie in der 24-Stundenbetreuung, unter anderem, um den Unterhalt für ihr Kind, das bei ihrem Ex-Mann wohnt, zahlen zu können.

Frau N. sei nach dem Tod ihres Mannes depressiv gewesen, erzählt der Agenturleiter. Sie selbst sagt, sie habe große persönliche Probleme gehabt, als sie begonnen hatte in der Rund-um-die-Uhr-Betreuung tätig zu sein. Ein Grund diese Arbeit anzunehmen war, dass sie so von zu Hause wegkommen konnte. Durch die Arbeit sei es ihr dann besser gegangen. *„Erste Mal, das war meine persönlichen [...] Probleme, meine Seele war verletzt und ich wollte weggehen, und das war genau das, was ich vielleicht wollte immer machen und vielleicht auch Geld. [...] aber meine persönlichen Probleme. [...] Was ich habe erlebt, das wünsche ich keinem.“* (Frau N., 54, Tschechische Republik)

In manchen Fällen ist die Arbeit für die PflegerInnen nicht mehr mit den Sorgepflichten in der eigenen Familie zu vereinbaren. Nicht wenige finanzieren aber gerade mit ihrem Einkommen Familienprojekte, wie den Bau eines Hauses, den Kauf einer Wohnung, die Ausbildung der Kinder

¹⁵⁸ Zwei VermittlerInnen berichteten von äußerst dramatischen Vorkommnissen im Zusammenhang mit Angehörigen: eine Pflegerin wurde im Zuge einer Familienstreitigkeit erschossen, in einem anderen Fall hatte ein Mann seine Schwester, während er die Pflegerin spazieren geschickt hatte, ebenfalls erschossen.

oder auch den Kauf eines Autos für den Ehemann. Nicht wenige sind aus solchen Gründen unter einigermaßen großem Druck, finanzielle Verpflichtungen zu erfüllen und daher auf eine irreguläre Pflegestelle angewiesen. Die Umstrukturierung der Arbeitsteilung, die Verschiebung hinsichtlich der ErnährerInnenfunktion wirft einerseits Konflikte auf, sie kann andererseits zu mehr Selbstbewusstsein bei den Frauen führen und sie dazu veranlassen sich aus Abhängigkeiten vom Ehemann oder der Familie zu befreien bzw. verfügen sie zumindest über ein Druckmittel zur Veränderung der familiären Situation. Andererseits sind die Frauen häufig abhängig von der sozialen Absicherung durch die Ehe, solange sie kein reguläres Arbeitsverhältnis haben. Das betrifft zwar weniger die Krankenversicherung, die von allen BürgerInnen der betreffenden Länder eingezahlt werden muss, als vielmehr die Pensionsversicherung, die vor allem für ältere PflegerInnen zu einer immer dringenderen Notwendigkeit wird.

Probleme bei KlientInnen

Vor allem bei dementen Personen kommt es häufig zu Schwierigkeiten und Konflikten aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen. Oft führen Misstrauen und Anschuldigungen zu Problemen. Begrenzte Sprachkenntnisse und mangelnde Ausbildung erleichtern die Lösung solcher Konflikte nicht eben.

Frau P. bezichtigte die Betreuerinnen des Diebstahls von Hygieneartikeln (z.B. Klopapier, Inkontinenzprodukte) und rief einmal sogar die Polizei. *„Und das ist dann eben zunehmend schwieriger geworden. [...] Das war glaub' ich [...] im Februar bevor sie gestorben ist, hat sie dann plötzlich die Polizei angerufen. Und die sind dann gekommen und dann kommt das eine Mädchen, die ist grad in der Mittagspause [...] und wie die um drei kommt, steht die Polizei in der Wohnung. [...] Ich hab' auch nicht gewusst, weil in dem Wissen, dass das illegal ist, was man jetzt eigentlich tun soll. Aber diese Polizisten müssen an und für sich nett gewesen sein, ich glaub' die haben das [gesehen] [...], dass die Mutter dement ist, dass in Wirklichkeit kein Grund [vorliegt]. [...] Die [Pflegerin] wollt' natürlich nimmer bleiben.“* (Frau S.) Die Probleme mit Frau P. führten letztlich dazu, dass die *Südböhmische Volkspflege* den Vertrag kündigte. *„Das Pflegerinnendasein ist gar nicht so leicht. Bei der [...] Oma da war es so, dass [...] die [Agentur] die nimmer weiter genommen hat, weil sie zu den Pflegerinnen so garschtig war dann. ... Ja ich mein', das war schon krank, das war die Demenz.“* Die Arbeit bei Frau P. sei psychisch sehr belastend gewesen. Frau S. vermutet, dass auch sprachliche Barrieren zu Missverständnissen und Schwierigkeiten führten.

Frau W. berichtet ebenfalls von Problemen, die sich immer wieder durch das Misstrauen ihrer Mutter ergeben hatten. Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität konnte diese nicht mehr in das obere Stockwerk ihres Hauses gelangen, daher vermisste sie immer wieder Dinge, die sich dort befanden. Frau W. instruierte die Pflegerinnen, sie in solchen Fällen anzurufen und schlichtete derartige Situationen dann, indem sie den Betreuerinnen erklärte, wo die gesuchten Gegenstände zu finden seien.

Während bei Frau P. aufgrund ihrer Demenzerkrankung eine sehr hohe Fluktuation gegeben war, war Frau A., die an Alzheimer litt, sehr fixiert auf ihre Pflegekraft. Die Pflegerin wechselte nicht mit einer anderen ab, sondern war dauerhaft bei Frau A., nur sehr selten fuhr sie für ein paar Tage in die Slowakei. Das Pflegearrangement funktionierte zwar sehr gut, der Nachteil könnte jedoch eine wachsende Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von der Betreuungsperson sein. Ein Ausfall oder Urlaub der Pflegekraft kann dann zu

einer schweren Krise für die Pflegebedürftige werden. Mit Fortschreiten der Erkrankung nehmen die Anhänglichkeit und Abhängigkeit und die Verunsicherung durch neue Situationen zu.

Differenzen gibt es überdies wegen der Ausgaben. Eine Vermittlerin berichtete von Fällen übertriebener Sparsamkeit, sodass etwa eine Betreuerin während eines zweiwöchigen Turnus sieben Kilo abnahm, in einem anderen Fall wurde nicht geheizt. Zu Konflikten hinsichtlich der Einkäufe kam es auch bei Frau P., obwohl diese über ein sehr hohes Einkommen verfügte.

Schwierig ist es für die Pflegekräfte mit Alkoholkonsum und Medikamentenmissbrauch von KlientInnen umzugehen. Die Pflegerinnen haben Anweisungen, die ihnen von Angehörigen gegeben wurden, umzusetzen, sind aber in der betreffenden Situation allein und müssen mit der Reaktion der Pflegebedürftigen umgehen.

Frau M. thematisiert das Problem des Medikamentenmissbrauchs. Ihre Mutter Frau O. nahm unkontrolliert Beruhigungsmittel, die Folge davon waren nicht zuletzt Stürze in der Nacht, wenn die Pflegekraft schlief. Es war aber für die Tochter schwierig den Medikamentenmissbrauch hintanzuhalten, der Pflegekraft hingegen gelang das. Dieses Beispiel weist darauf hin, dass es in manchen Fällen Angehörigen schwerer gelingt, notwendige Maßnahmen durchzusetzen. Dennoch kann es für die Pflegekraft eine prekäre Aufgabe sein, derartige Anweisungen zu befolgen. Frau S. erzählt von Problemen wegen des Alkoholkonsums ihrer Mutter: *„Dann hat sie relativ viel [...] Wein trinken [...], das hat sie [die Pflegerin] immer versteckt. Da ist sie ganz zornig geworden, wenn sie ihr keinen Wein gegeben haben. Dann haben wir die Anweisung gegeben, dass sie ihn wässern sollen. Aber wenn sie einer da dahinter gekommen ist, dann hat sie sie wieder zusammengeschimpft.“* (Frau S.)

Eine mögliche Überforderung wurde von den Angehörigen der Pflegebedürftigen thematisiert.

Frau M. bejaht die Frage, ob die Pflegerinnen überfordert gewesen seien. *„Ja schon. Nämlich auch seelisch irgendwie, weil man denkt sich so, alle anderen, die da geschult sind, die haben dann irgendwo eine Supervision oder irgendein Feedback, das haben ja die alles nicht. Und das ist glaub' ich schon wichtig.“* (Frau M.) Sie meinte auch, dass die Arbeit sehr anstrengend für die Pflegerinnen sei. *„Ich hab' eigentlich das Gefühl gehabt, recht gut kann's ihnen nicht gehen. Ich hab' auch irgendwie gefunden, weil wir ja diesen Zyklus für drei Wochen vereinbart haben, was ja eh nicht üblich war, [...] man müsste das [...] ändern auf zwei Wochen, dass die das nicht aushalten können.“* (Frau M.)

Auch Frau S. glaubte, dass die Frauen zum Teil überlastet gewesen seien, was aber weniger an einer Überforderung hinsichtlich der Hausarbeit gelegen habe, sondern dass die Situation psychisch schwer erträglich gewesen sei. *„Das war so eine nette Frau, die hat das einfach psychisch nicht ausgehalten [...] immer beschuldigt zu werden und angeschrien zu werden, [...] dass das viel schwerwiegender.“* (Frau S.)

Während die Angehörigen das Problem der Überforderung und Überlastung thematisierten, waren die KlientInnen kaum dieser Ansicht. Frau K. glaubte nicht, dass ihre Pflegerinnen überfordert seien. Frau R., deren Pflegerin offen die unzumutbaren Arbeits- und Lebensbedingungen kritisierte, meinte, es müsse eben eine andere Pflegerin kommen, wenn eine nicht zurechtkomme. Außerdem müsse die Pflegerin ohnehin bleiben, sonst bekomme sie kein Geld.

Insgesamt sahen die Befragten wenige Probleme bei der Pflege. Das mag auch darauf zurückzuführen sein, dass alle Beteiligten an der Aufrechterhaltung des Betreuungsarrangements interessiert sind und Schwierigkeiten einerseits wegen der gegenseitigen Abhängigkeit, andererseits aufgrund sprachlicher Barrieren unartikuliert bleiben. Die meisten Probleme wurden bei Demenzerkrankten aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten aufgezeigt. Dieser Umstand ist insofern bedenklich, als ja schätzungsweise ein Drittel bis zu einer Hälfte der durch irreguläre Pflege Versorgten unter Demenzerkrankungen leidet. Die Probleme werden oft mit Fortschreiten der Erkrankung größer, das Eins-zu-Eins-Verhältnis birgt besondere Gefahren der Überlastung und kann zu Abhängigkeiten führen. Medikamenten- und Alkoholmissbrauch und andere psychische Probleme und Erkrankungen treten nicht nur bei Pflegebedürftigen auf, sondern auch bei Angehörigen und PflegerInnen kommt es aus solchen Gründen zu Schwierigkeiten. Unterschiedliche Ansprüche und Vorstellungen hinsichtlich der Pflege unter den Beteiligten (Pflegebedürftige, Angehörige) können die Arbeit der Pflegekräfte erschweren, manchmal werden die PflegerInnen auch in Familienkonflikte mit hineingezogen. Die Mitsprache der KlientInnen scheint im Allgemeinen eher gering zu sein, vielfach entscheiden über die Art der Pflege und Betreuung die Angehörigen. Häufig sind die PflegerInnen mit einer unklaren Abgrenzung des Arbeitsbereiches bzw. steigenden Ansprüchen von Seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen konfrontiert. Allein durch den sich tendenziell verschlechternden Gesundheitszustand wächst der Arbeitsumfang der Pflegekräfte und die Pflege wird schwieriger. Eine mögliche Überlastung der PflegerInnen wird dennoch von den meisten KundInnen negiert bzw. ist wohl die Zuschreibung von außerordentlichen Befähigungen für die Tätigkeiten, die unter anderem auf die Herkunft (historische, ländliche, familiäre Besonderheiten der Herkunft) zurückgeführt werden, Teil dieser Negation.

Einstellungen und Meinungen der NutzerInnen zu irregulärer Pflege

In den Interviews mit den NutzerInnen von irregulären Pflegediensten fielen immer wieder spontan Begriffe wie *Ausbeutung*, *Sklaverei* oder *Hungerlohn*. Dass derartige Wörter in Zusammenhang mit der 24-Stunden-Betreuung assoziiert werden, deutet doch darauf hin, dass es ein latentes Unrechtsbewusstsein gibt. Der Großteil der Befragten hatte allerdings ein großes Repertoire an Rechtfertigungen parat.

Kritisch äußerte sich Herr F. zur Bezahlung und den Arbeitsbedingungen: „*Weil die Stunden, die sie kriegt, ist ja ganz gering, nicht. Zwei Euro glaub’ ich. Wenn du rechnest 50 € am Tag für 24 Stunden, sie kriegt eigentlich zwei Euro in der Stunde. [...] Ich bedaure hie und da, dass sie so Tätigkeiten, so sklavische Tätigkeiten, wie mich waschen ... und Haushalt und ich sag’ sie ist meine Sklavin direkt. So ist das halt. [...] Es sind nur die reichen Leute so wie ich, die reichen Leute halten sich eine Sklavin.*“ (Herr F.)

Das Einkommen wird von den meisten Befragten als angemessen gerechtfertigt. Es werde ja tatsächlich nicht 24 Stunden gearbeitet, wie das die Bezeichnung 24-Stunden-Betreuung suggeriere, außerdem bekämen die Pflegerinnen Kost und Logis gestellt.

„*Und ich glaub’ an und für sich, weil man so sagt, das ist so ausgenützt. Wenn du schaust für 14 Tage also, die 700 oder 714 Euro für 14 Tage, die sind ihnen wirklich geblieben, weil sie nichts für Unterkunft und für’s Essen zahlen haben müssen. [...] es hat natürlich immer nur eine in 14 Tagen gehabt, aber wenn du das rechnest, da kommt eigentlich schon ganz schön ein Betrag raus. Also so ausgenutzt find’ ich es nicht. An und für sich es ist zwar eine 24-Stunden-Betreuung, aber es ist eigentlich die Betreuung, die jede Mutter*

[...] daheim auch hat. Weil es ist nicht so, dass die [Pflegerinnen] 24 Stunden wirklich arbeiten. Nur erschwerend ist eben, z.B. wie bei meiner Mutter dazugekommen, und das ist sicher bei vielen alten Leuten, die Demenz und dass [sie] halt dann lästig oder ungut [sind] [...], sie beschuldigen oder anschreien, das glaub' ich ist das wirklich Erschwerendere.“ (Frau S.)

Als Hauptargument für die geringe Bezahlung wird jedoch angeführt, dass es sich bei der Tätigkeit um Hausfrauenarbeit handle und hervorgehoben, dass die PflegerInnen im Vergleich zu Hausfrauen ja sogar den Vorteil der Bezahlung einer ansonsten unentgeltlichen Arbeit hätten.¹⁵⁹

„Es war auch Möglichkeit 14 Tage relativ nicht schlecht [zu] verdienen und es sind nicht 24 Stunden Arbeit, sondern das ist eigentlich die Arbeit die jede Hausfrau und Mutter sowieso auch hat und oft noch zusätzlich zu dem, dass sie berufstätig oder sonst irgendwas anderes macht.“ (Frau L.)

Frau M. ist der Ansicht, dass die irreguläre Pflege legalisiert werden sollte, etwaige Mehrkosten solle der Staat tragen, wobei die Kosten der legalisierten Pflege gar nicht so hoch wären, weil es sich ja um Hausfrauenarbeit handle. *„Muss halt der Staat was zuschießen, wahrscheinlich. Wobei ich mein, ich weiß gar nicht, ob es so viel teurer ist, weil ich meine, man kann ja nicht sagen, dass die 24 Stunden arbeiten. [...] Es ist halt nur eine andere Art von Arbeit. [...] Hausfrauenarbeit, so wie eine Hausfrau, die kriegt auch nicht bezahlt für ihre 24 Stunden Arbeit - und arbeitet auch nicht 24 Stunden [...] - wie eine Hausfrau und Mutter. Und ich sag' halt immer, wenn die das machen wollen und gern machen, warum sollen sie das nicht machen. Und so schlecht glaub' ich, verdienen sie ja, glaub' ich, auch wieder nicht, weil man muss ja rechnen, sie verdienen 40 Euro im Tag, ja. Dann kriegen sie Kost und Verpflegung und die ganze Infrastruktur, wie Heizung und Warmwasser, das kostet ja alles was. Wenn sie da irgendwo sind und sich ein Zimmer nehmen, dann müssten sie das ja auch zahlen. Also müsste man das ja auch zum Verdienst dazu rechnen.“*

Frau W. betonte mehrfach den familiären Charakter der Beziehung: *„Aber die eine war dreieinhalb Jahre voll durch da. Phantastisch. [...] Wir haben mit den letzten [beiden] richtig Familienanschluss. [...] Wir wollten sie schon besuchen [...], zur Hochzeit der einen kommen.“ (Frau W.)*

Den PflegerInnen werden auch aufgrund ihrer Herkunft bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten zugeschrieben, die Herkunft vom Land und aus einer Großfamilie sollen sie besonders für die Pflege prädestinieren.

Frau W. „behält“ eine Pflegerin, die an sich aufgrund mangelnder Koch- und Deutschkenntnisse nicht geeignet erschien, schließlich dennoch aufgrund ihrer „positiven Eigenschaften“: *„Und sie hat sich eben entpuppt als eine ganz besonders Liebe, Verlässliche. [...] Es hat sich aber auch erklärt warum. Sie lebt im Norden von der Slowakei, der Tatra oben in einer Großfamilie. Großeltern mit den Geschwistern und ihre Familien, mit den Kindern und so weiter. Das spürt man einfach. Die Toleranz, die da ist, die Freude am Leben einfach. Also das war ein Spaß. Diese junge Frau ist einfach ein Spaß. Kann ich jedem empfehlen.“ (Frau W.)*

Positive Eigenschaften und Fähigkeiten werden vielfach auf die Herkunft der BetreuerInnen zurückgeführt. Wohl nicht zufällig wird der Begriff Böhmen häufig verwendet (vgl. Südböhmische

¹⁵⁹ Gerade die beiden Angehörigen, die die Arbeit als sehr belastend erachteten, zogen den Vergleich mit Hausfrauen, wobei nur eine der beiden fast zwei Jahrzehnte lang Hausfrau war, die andere immer berufstätig.

Volkspflege), der Ausdruck scheint positiv besetzt zu sein, möglicherweise wird auf eine gewisse KuK-Sentimentalität rekurriert. Mehr noch wird aber ein gewisser subaltern Status aufgrund der „Ostblock-Vergangenheit“ konstruiert oder es wird den Frauen eine besondere Cleverness, ihre ökonomische Situation zu verbessern, zugeschrieben.

Hausfrauisierung, Familialisierung und Ethnisierung

Die diffuse Aufgabendefinition und Arbeitsorganisation rücken die Tätigkeiten der Pflegekräfte in die Nähe zur unbezahlten Arbeit. So werden die geringe Entlohnung und die Informalität der Arbeitsverhältnisse gerechtfertigt. Einige Frauen vergleichen sich implizit selbst mit den Pflegerinnen. Eine Hausfrau und Mutter bekäme auch nichts bezahlt und habe keine geregelten Arbeitszeiten. Die geringe Regulierung des Arbeitsverhältnisses wird mit den Bedürfnissen der KlientInnen gerechtfertigt. Die Hausfrauisierung und Familialisierung der Pflegekräfte und die Informalität der Arbeit gewährleisten, dass sie gering bezahlt bleiben kann und nicht professionalisiert ist. Professionalität bedingte Standards der Qualifikation und der Qualität der Arbeit, regulierte Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen und ein existenzsicherndes Einkommen.

Insgesamt sind die Erwartungen und Anforderungen der KlientInnen an die irregulären Pflegekräfte widersprüchlich. Einerseits wird vielfach die Meinung vertreten, es sei hauptsächlich Hausarbeit zu verrichten und die nebenher anfallenden pflegerischen Tätigkeiten werden nicht mit der Notwendigkeit einer Qualifikation verbunden. Auf der anderen Seite wird an bezahlte Dienste - gleich ob das professionelle oder irreguläre sind – teilweise ein höherer Anspruch als an familiäre, unbezahlte Arbeit gestellt. So wird erwartet, dass eine Pflegekraft sich gänzlich der pflegebedürftigen Person widmet und nicht beispielsweise „herumsitzt“ oder ein Buch liest, die Zeit soll mit Arbeit ausgefüllt sein. Es wird eine exklusive Beziehung gefordert. Diese Erwartungen werden an die Tatsache der Bezahlung der Arbeit geknüpft. Andererseits wird die Arbeitskraft aber familialisert und damit der Status der Arbeitskraft negiert, um die niedrige Bezahlung und die unregulierten Arbeitsbedingungen zu rechtfertigen. Ebenso wird die Pflegerin mit der Hausfrau verglichen, die für unregulierte Arbeit gar keine Bezahlung bekommt, insofern ist die bezahlte PflegerIn sogar privilegiert im Vergleich zur unbezahlten Hausfrau. Anders ausgedrückt rechtfertigt die Bezahlung die Mehrausbeutung im Vergleich zur Hausfrau und nimmt der bezahlten CareworkerIn zugleich die Vorrechte der Hausfrau (z.B. die Autonomie über ihren Arbeitsbereich). Die Bezahlung macht sie quasi zu einer unselbständigen Arbeitskraft, zugleich ist sie keineswegs berechtigt, nur einen Teil ihrer Arbeitskraft – nämlich den bezahlten – einzusetzen, sondern sie ist wie die Hausfrau aufgefordert, ihre ganze Person rund um die Uhr zur Verfügung zu stellen.

8.5 NutzerInnen von 24-Stunden-Betreuung

Im Folgenden soll die Situation der Pflegebedürftigen näher beleuchtet werden. Insgesamt wurden neun Personen befragt, drei Pflegebedürftige selbst (Herr F., Frau K und Frau R.), fünf für die Pflege hauptverantwortliche Angehörige und in einem Fall die Pflegerin der Pflegebedürftigen. Die gepflegten Personen sind im Durchschnitt 84 Jahre alt, sieben sind Frauen, zwei Männer. Alle Haushalte bis auf jenen des Ehepaars B. sind Singlehaushalte. Sechs der Pflegebedürftigen haben Kinder, drei sind kinderlos. Die Kinder sind zwischen 50 und 67 Jahre alt, also im erwerbsfähigen Alter bzw. nur knapp darüber. Die Kinder sind hauptverantwortlich für die Organisation der Pflege, in einem Fall ist die Enkelin zuständig. Herr B. wird von seiner Ehefrau versorgt, die drei kinderlosen Personen haben Verwandte, die sie unterstützen.

Abbildung 15: Sozioökonomischer Status KlientInnen I: Wohnort, Alter, Familienstand, Kinder

pflege- bed. Person	inter- viewte Person	Bundes- land	Agentur ja/nein	Alter Pflege- bed.*	Familien- stand	Haus- halts- größe	Kinder	Alter und Geschlecht der Kinder			Enkel- kinder
								1	2	3	
Hr. F.	selbst	OÖ	n	84	verwitwet seit 2 Jahren	1	2(3)	58 w	52 m	+ w	4
Fr. R.	selbst	W	j	80	ledig	1	0	x	x	x	0
Fr. K.	selbst	NÖ	j	70	ledig	1	0	x	x	x	0
Fr. D.	Tochter Fr. W.	NÖ	j	89 +	geschieden	1	1	63 w	x	x	2
Fr. P.	Tochter Fr. S.	OÖ	j/n	95 +	verwitwet seit rund 30 Jahren	1	2	67 w	61 w	x	4
Hr. B.	Ehefrau Frau B.	W	j	k.a.	verheiratet	2	2	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.
Fr. O.	Tochter Fr. M.	OÖ	n	84 +	verwitwet seit 10 Jahren	1	2	62 m	57 w	x	4
Fr. H.	Nichte Frau L.	OÖ	j/n	90 +	verwitwet seit 11 Jahren	1	0	x	x	x	0
Fr. A.	Pflege- kraft Frau I.	NÖ	j	92	verwitwet seit einem Jahr	1	1(2)	+ w	50 w	x	1

+ verstorben im Alter von

k.a. keine Angabe

x nicht zutreffend

* Alter zum Zeitpunkt des Interviews bzw. verstorben (+) im Alter von

** ohne Pflegekraft

Quelle: Interviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Sieben von neun Pflegebedürftigen nahmen eine Vermittlungsagentur in Anspruch, wobei in zwei Fällen (beide *Südböhmische Volkspflege*) nach einiger Zeit die Vermittlung durch die Betreuerinnen selbst organisiert wurde. Bei Frau H. wollten sich die Pflegerinnen die Gebühren an die *Südböhmische*

Volkpfllege ersparen, bei Frau P. wurde der Vertrag durch die Agentur gekündigt. Vier Pflegebedürftige wohnten in Oberösterreich, drei davon in Linz, zwei waren in Wien und drei in Niederösterreich wohnhaft. Mehr als die Hälfte der NutzerInnen wohnte in städtischem Gebiet.

Abbildung 16: Sozioökonomischer Status KlientInnen II: Bildung und Beruf

Pflege- bedürftige	Bildung	zuletzt ausgeübter Beruf²	davor/ anderes
Hr. F.	Matura	Beamter	
Fr. R.	Hauswirtschaftsschule (mittlere Reife)	Büroangestellte	
Fr. K.	Hochschule (Dr.)	BHS-Lehrerin	Bankangestellt
Fr. D.	Matura Krankenschwester	Angestellte, Buchhalterin	diplomierte Kinder- krankenschwester
Fr. P.	Bürgerschule	seit Heirat Hausfrau	Handarbeitslehrerin, Krankenschwester
Hr. B.	k.a.	k.a.	k.a.
Fr. O.	Hauswirtschaftsschule	seit Heirat Hausfrau	Angestellte, Arbeitsamt
Fr. H.	k.a.	Ordinationshilfe in der Praxis des Ehemannes	
Fr. A.	k.a.	k.a.	k.a.

Quelle: Interviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Bildungsniveau und Beruf

Frau K. schloss ein Studium der Wirtschaftswissenschaften ab und ist die einzige der Pflegebedürftigen mit Hochschulabschluss, sie ist kinderlos und ledig. Sie war 40 Jahre zunächst im Bankwesen und dann als Lehrerin berufstätig. Herr F. hat Matura und war ein höherer Beamter, er ist seit zwei Jahren verwitwet und hatte einen Sohn und zwei Töchter, von denen eine verstorben ist. Auch Frau D. hat Matura, sie war diplomierte Kinderkrankenschwester, nach dem Krieg arbeitete sie als Buchhalterin, sie ist geschieden und hat eine Tochter. Frau P. war ebenfalls ausgebildete Krankenschwester, sie war jedoch nur kurze Zeit in diesem Beruf tätig, nach dem Krieg war sie einige Zeit Handarbeitslehrerin, bis sie heiratete und Hausfrau wurde. Frau P. ist schon seit fast 30 Jahren Witwe. Frau R. und Frau O. schlossen eine Hauswirtschaftsschule ab. Frau O. war nur kurze Zeit am Arbeitsamt beschäftigt und dann verheiratet und Hausfrau. Sie hat einen Sohn und eine Tochter, ihr Mann verstarb vor zehn Jahren. Frau R. arbeitete als Angestellte in einem medizinischen Labor und als Buchhalterin, nach 38 Dienstjahren ging sie im Alter von 55 Jahren in Pension um ihre damals 84-jährige Mutter zu pflegen, Frau R. blieb kinderlos und ledig. Frau H. war in der Ordination ihres Mannes als Sprechstundenhilfe tätig, sie hat ebenfalls keine Kinder, seit elf Jahren ist sie Witwe. Herr und Frau B. waren beide berufstätig und haben zwei Kinder.

Einkommenssituation der KlientInnen

Die meisten befragten VermittlerInnen sind überraschenderweise der Meinung, dass Rund-um-die-Uhr-Betreuung für fast jedeN leistbar sei und das Einkommen keinen Hinderungsgrund für diese

Betreuungsform darstelle. Für manche KlientInnen sei die Pflege gerade noch erschwinglich, mit Pflegegeld und Zuschüssen von Kindern können aber sogar MindestpensionistInnen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung bezahlen. In manchen Fällen sind die Arbeits- und Lebensbedingungen für die BetreuerInnen aufgrund übertriebener Sparsamkeit der KlientInnen sehr erschwert, was jedoch nicht unbedingt mit der Einkommenssituation zusammenhängt. Für weniger einkommensstarke KlientInnen werden BetreuerInnen zu niedrigeren Tagessätzen gefunden. Ein gewisses Einkommensniveau ist dennoch Voraussetzung, nicht zuletzt aufgrund der hohen Zusatzkosten, die ältere Menschen infolge von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu tragen haben, beispielsweise für Medikamente, Therapien, Pflege- und Heilbehelfe. Mehrheitlich sind die VermittlerInnen aber der Ansicht, es sei ein Querschnitt aller Einkommensschichten unter ihren KlientInnen vertreten.

Die befragten ExpertInnen von Trägerorganisationen sind hingegen der Meinung, dass die Nutzung irregulärer Pflege in den oberen Einkommenssegmenten anzusiedeln sei. Die Inanspruchnahme von 24-Stunden-Betreuung sei primär vom Einkommen und dem Vorhandensein von geeignetem Wohnraum abhängig (Interview E1, E2, E4, E6, E9). Eine befragte Expertin machte im Rahmen einer Studie des ÖBIG Hausbesuche in ausgewählten Haushalten mit Personen der Pflegestufen drei bis sieben. Sie charakterisierte die NutzerInnen als gut situiert, mit eigenem Haus:

“... gut-, bessersituierte Kreise[n], also speziell Leute, die ein Haus haben selber, ja, wo zum Beispiel das Pflegeheim sehr viel kosten würde, weil die keine Zuschüsse kriegen oder so, die haben dann oft so Hilfen.“ (Interview E6)¹⁶⁰

Die Ergebnisse der Befragung von NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege vermitteln ebenfalls ein anderes Bild als die Einschätzung der Agenturen der Einkommenssituation ihrer KlientInnen. Das Einkommen der pflegebedürftigen Personen inklusive Pflegegeld ist bei durchschnittlich 2.438 Euro (Median 2.400), ohne Pflegegeld bei 2.017 Euro (Median 2.400). Vergleicht man die Einkommen der befragten NutzerInnen von irregulärer Pflege so liegt deren Durchschnittseinkommen weit über jenem der PensionistInnen allgemein. Das Jahreseinkommen der pflegebedürftigen Frauen ist mehr als doppelt so hoch als das aller PensionistInnen. Beim Medianeinkommen ist der Unterschied noch größer.

¹⁶⁰ Interessant ist, dass die Expertin beobachtet hat, es würden meist Ehepaare durch 24-Stunden-Kräfte versorgt, was sich ansonsten kaum bestätigte.

Abbildung 17: Vergleich Nettojahreseinkommen der Befragten und der PensionistInnen allgemein

	Jahreseinkommen ohne Pflegegeld Befragte*	Jahreseinkommen ohne Pflegegeld befragte Frauen*	Nettojahresein- kommen PensionistInnen 2005**	Nettojahresein- kommen Männer 2005**	Nettojahresein- kommen Frauen 2005**
Mittelwert	28.231	26.265	14.605	17.797	12.055
Median	33.600	27.300	13.639	16.778	10.394

Quellen:

* Befragung KlientInnen und Angehörige

** Statistik Austria 2005, Brutto- und Nettojahreseinkommen der PensionistInnen 1997 bis 2005, Lohnsteuerstatistik, Sozialstatistische Auswertungen

Es liegen nur von fünf Befragten Einkommensangaben vor, es kann aber angenommen werden, dass auch die Einkommen von Frau H., die Witwe eines Arztes ist, und von Frau K., die als Akademikerin zeitlebens berufstätig war, sich auf ähnlichem Niveau bewegen wie die Einkommen der anderen Befragten. Frau L. gab an, dass Frau H. eine sehr hohe Pension gehabt habe. Frau O. hatte eine beträchtliche Witwenpension, ihr Mann war ein höherer Beamter. Sie bekam als einzige kein Pflegegeld, weil die Begutachtung erst kurz vor ihrem Tod stattfand. Herr F. bezeichnet sich selbst (ironisch) als reichen Mann. Frau P. hatte das höchste Einkommen, zusätzlich zu ihrer Witwenpension lukrierte sie aus ihrem Mietshaus Einnahmen. Herr und Frau B. haben beide eine eigene Pension, Frau B. sagt, es ginge sich gerade aus, die Pflege zu finanzieren. Frau R. und Frau D. sind auf ihre eigenen Pensionen angewiesen, sie haben die niedrigsten Einkommen. Frau A. wird von ihrer Tochter unterstützt. Frau D.s Tochter übernahm Kosten, die für die Erhaltung des Hauses anfielen, fallweise waren auch höhere Beträge zu bezahlen, im Jahr seien das mindestens 2.400 Euro gewesen. „In einem Jahr [habe ich] 70.000 [Schilling, d. s. rund 5.100 Euro] dazu bezahlt, das Haus ist zum Erhalten, Heizung, im Schnitt kann ich es kaum sagen, einmal sehr viel, dann wieder wenig bis gar nichts, auf drei Jahre sagen wir 100.000 Schilling [d. s. rund 7.300 Euro], 100.000 sind es garantiert, eher mehr, ich glaub', dass es mehr ist.“ (Frau W.) Frau W. hatte in Erwägung gezogen, für die Pflegekosten eine Hypothek auf das Haus aufzunehmen, was jedoch nicht notwendig wurde. Sie betont aber auch, sie hätte nicht gespart bei der Pflege, es sei ihr wichtig gewesen ihrer Mutter ein Leben in Würde zu ermöglichen. Frau R. hat das geringste Einkommen und wird von keinem Angehörigen finanziell unterstützt, sie kann aber auf Ersparnisse ihres Vaters zurückgreifen, die Pflege ist für sie gerade noch leistbar, ihr Haus wolle sie dennoch nicht verkaufen, das werde ihrem Verwandten (Herrn U.), der sich um sie kümmert, vererbt.

Fast alle Befragten gaben an, dass ihre Ausgaben für Wohnen gering seien. Sieben Personen leben in Eigentumswohnungen oder -häusern, Frau R. hat eine sehr günstige Wiener Altbauwohnung, Frau O. lebt in einer Gemeindewohnung. Drei Personen haben ein Haus als Zweitwohnsitz. Frau P.s Zweitwohnsitz ist ein Haus in sehr teurer Lage, dazu besitzt sie noch ein Mietshaus, in dem sie selbst auch wohnt.

Wohnraumqualität

Die Wohnverhältnisse sind in den meisten Fällen sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegekräfte sehr gut. Bei allen befragten KlientInnen hatte die Pflegeperson ein eigenes Zimmer.

Frau D., Herr F. und Frau H. können nicht mehr in das obere Stockwerk ihres Hauses gelangen, so haben die Pflegerinnen das gesamte obere Stockwerk zur Verfügung. Bei Frau H. wurde das Erdgeschoss, seit sie auf den Rollstuhl angewiesen war, behindertengerecht adaptiert und ein Bad sowie ein Schlafzimmer eingebaut. Für Herrn F. ist die Beschränkung auf das Erdgeschoss kaum eine Beeinträchtigung, außer dass er nun kein Bad, sondern nur eine Toilette mit Waschgelegenheit zur Verfügung hat, nicht mehr duschen kann und daher von der Pflegerin gewaschen werden muss. Auch Frau D. kann nur mehr das Erdgeschoss ihres Hauses bewohnen, was nicht weiter problematisch ist, außer dass sie aufgrund ihrer Demenzerkrankung immer wieder Dinge vermisst, die sich oft im oberen Wohnbereich befinden und den Pflegepersonen gegenüber misstrauisch ist. Frau A. hat einen Treppenlift zur Verfügung und ist insofern nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt. Bei Frau R., Herrn F. und Herrn B. ist das Pflegebett im Wohnzimmer, was einzig Herr F. als störend thematisierte.

Alle Personen, die in Wohnungen lebten, wohnten in höheren Stockwerken, in keinem der Häuser befand sich ein Lift. Frau P. und Frau O. war es in den letzten Wochen ihres Lebens aufgrund ihrer Schwäche nicht mehr möglich das Haus zu verlassen. Frau P. wohnte im ersten Stock, Frau O. gar im dritten. Frau K. kann das Haus noch verlassen, wenn sie kräftig genug ist. Hingegen ist es Frau R. nun schon seit fast einem Jahr nicht mehr möglich außer Haus zu gelangen. Für sie ist dieser Umstand besonders schmerzlich, da sie ihre über 90-jährige Cousine nicht mehr sehen kann, weil auch für diese die Treppen ein unüberwindbares Hindernis sind. Die Pflegerin empfindet die Tatsache, mit Frau R. das Haus nicht verlassen zu können, um einen Spaziergang zu machen, als sehr bedrückend. Dennoch zieht es Frau R. vor, in ihrer Wohnung zu bleiben, obwohl diese auch sonst baulich sehr schlecht ausgestattet ist. So kann die Duschkabine, die sich in der Küche befindet, nur unter Verursachung einer Überschwemmung benützt werden. Die Pflegerin bezeichnete ihr Zimmer als Rumpelkammer. Frau R. ist jedoch nicht bereit, Geld in Umbaumaßnahmen zu investieren.

Jene Personen, die in Häusern wohnen, sind, obwohl sie alle das obere Stockwerk nicht mehr benutzen können, durch den Wohnraum kaum in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, während das bei Personen in Wohnungen teilweise in hohem Maße der Fall ist. Vor allem das Fehlen eines Liftes führt zu massiven Beeinträchtigungen der Lebensqualität, nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern ebenso für die Pflegekräfte, für die es auch eine wichtige Erholungspause ist, das Haus verlassen zu können. Abgesehen davon hatten alle Befragten, bis auf Frau R., gute Wohnverhältnisse.

Angehörige

Bei allen befragten NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege sind Angehörige für das Management des Pflegearrangements zuständig. Einzig Frau K. organisiert ihre Pflege selbst. Das Durchschnittsalter der Angehörigen ist 60 Jahre, sieben der acht verantwortlichen Angehörigen sind Frauen. Fünf Angehörige sind berufstätig, vier davon Vollzeit, drei sind in Pension. Frau W. ging wegen der Pflegebedürftigkeit ihrer Mutter vorzeitig in Pension. Ein Drittel der Angehörigen hat einen Hochschulabschluss, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist das ein sehr hoher

AkademikerInnenanteil.¹⁶¹ Oft sind mehrere Personen, Kinder oder Schwiegerkinder, in einem Fall auch eine Enkelin, in die Pflege einbezogen, eine Person übernimmt aber die Hauptlast der Arbeit. Von Konflikten unter den Angehörigen wurde nur in einem Fall berichtet.

Herrn F.s Tochter wohnt in unmittelbarer Nähe, sein Sohn in der gleichen Stadt. Auch sonst ist er sehr gut von seiner Familie umsorgt, je einmal in der Woche ist er bei seinem Sohn und seiner Tochter mit der Pflegekraft zum Essen eingeladen. Ansonsten bezeichnet sich Herr F. aber als selbständig und fühlt sich etwas bevormundet von seiner Tochter, so verbiete sie ihm das Autofahren und habe ihm den Führerschein weggenommen.

Frau W. kümmerte sich sehr intensiv um ihre demenzkranke Mutter. Zunächst ging sie in Pension um für ihre Mutter da sein zu können, als später eine 24-Stunden-Betreuung eingestellt wurde, übernahm sie immer noch sehr viel Arbeit selbst. Sie kochte manchmal vor, arbeitete Speisepläne aus, erledigte die meisten Einkäufe und größere Besorgungen, kümmerte sich um finanzielle Angelegenheiten, machte Arztbesuche mit ihrer Mutter usw. Ihr Mann und ihre Söhne standen ihr mit Rat und in organisatorischen Belangen, wie Amtswegen, bei. Die praktische Arbeit blieb aber bei Frau W.

Um Frau O. kümmerten sich die Tochter (Frau M.) und eine Enkelin, wobei die Enkelin und ihre Lebensgefährtin einen großen Teil der Arbeit übernahmen, da die Tochter weiter entfernt wohnte. Frau M. besuchte Frau O. am Wochenende und erledigte Einkäufe. Alle drei Frauen sind teilzeitbeschäftigt. Die Pflege von Frau H. organisierte eine ihrer Nichten.

Frau H. war kinderlos, hatte aber ein umfangreiches Verwandtschaftsnetz von Nichten und Neffen, ein Großneffe hatte den Umbau ihres Hauses geplant und durchgeführt. Frau S. kümmerte sich sieben Jahre um die Pflege ihrer Mutter. Auch ihre Schwester war an der Organisation der Betreuung der Mutter beteiligt. Die Geschwister hatten allerdings aufgrund eines jahrzehntelangen Konfliktes ein sehr distanziertes Verhältnis, die Versorgung der Mutter war dadurch aber Frau S. zufolge nicht direkt beeinträchtigt.

Frau K. ist in ihren Angelegenheiten selbständig, wie sie sagt, ihr Bruder und dessen Frau besuchen sie einmal pro Woche, auch sonst habe sie viel Kontakt zu Bekannten und FreundInnen.

Frau A. wird auf Wunsch und Veranlassung ihres verstorbenen Mannes von einer slowakischen Pflegerin versorgt. Schon ihr Ehemann war aufgrund einer Krebserkrankung auf Rund-um-die-Uhr-Pflege angewiesen. Die Pflegerin ist nun schon über ein Jahr bei der Familie, sie wechselt sich nur in Ausnahmefällen und wenn sie auf Urlaub nach Hause fährt, mit einer Freundin ab. Finanziell wird Frau A. von ihrer Tochter unterstützt, die sie auch einmal in der Woche besucht. Die Pflegerin kümmert sich jedoch um nahezu alle Angelegenheiten von Frau A., sie veranlasst z.B. selbständig Reparaturen. Herr B. lebt mit seiner Ehefrau zusammen, die sehr intensive Pflege übernimmt nun die Krankenschwester, Frau B. besorgt den Haushalt.

¹⁶¹ In der Gesamtbevölkerung ist der AkademikerInnenanteil bei den 55- bis 59-Jährigen 6,9%, bei Frauen dieser Altersgruppe 4,6%.

Motive für die Inanspruchnahme von 24-Stunden-Betreuung

Motive aus der Sicht der befragten VermittlerInnen

Das Hauptmotiv für die Inanspruchnahme von Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist, dass die Pflegebedürftigen in ihrem eigenen Heim bleiben wollen. Um das zu ermöglichen, sind Hilfestellungen in der alltäglichen Lebensbewältigung und Hilfe im Haushalt notwendig. Ein sehr wichtiger Grund für die Nutzung von irregulärer Pflege ist die permanente Anwesenheit einer Betreuungsperson. 30 bis 50% der KlientInnen haben laut Angaben der VermittlerInnen dementielle Erkrankungen und bedürfen der Beaufsichtigung. Eine stationäre Unterbringung ist für viele Betreuten keine denkbare Alternative. Ein eher geringer Teil der KlientInnen von 24-Stunden-Betreuung hat in der Vergangenheit soziale Dienste in Anspruch genommen, oft werden die angebotenen Dienste aber als nicht ausreichend erachtet. Auch Unzuverlässigkeit und häufige Wechsel der Betreuungspersonen sowie der hohe bürokratische Aufwand werden beklagt. Die zu engen Kompetenzen der Berufsgruppen verursachten zusätzlichen Aufwand und Probleme. Zudem seien die Kosten für KlientInnen mit höheren Einkommen aufgrund der steigenden Selbstbehalte ab einer gewissen Höhe ein Anreiz, auf 24-Stunden-Betreuung zurückzugreifen. Vielfach liegt die Entscheidung über die Betreuungsform bei Angehörigen. Zunehmend ist die Berufstätigkeit für weibliche Angehörige ein Hinderungsgrund, die Pflege und Betreuung selbst zu übernehmen. Für manche Angehörige wäre eine Versorgung untertags ausreichend. Eine Vermittlungsorganisation bietet auch stundenweise günstige Betreuung durch ausländische Arbeitskräfte an. Dieses Angebot werde ebenfalls gut angenommen, ist aber nur im Grenzgebiet (in diesem Fall im Burgenland) möglich, wobei selbst die stundenweise Beschäftigten in der irregulären Pflege lange Anreisezeiten für einige Stunden Arbeit in Österreich in Kauf nehmen. Angehörige können in der Nacht zur Verfügung stehen, viele ältere Menschen wollten auch gar nicht, dass eine „Fremde“ bei ihnen zu Hause übernachtet, so die Vermittlerin (V7).

Häufig wurden die KlientInnen schon jahrelang von ihren Verwandten versorgt, die der Belastung aber nicht mehr gewachsen sind, wobei vor allem die Permanenz der Belastung, das „*Angebunden sein*“, als überaus anstrengend empfunden wird. Es gebe jedoch auch Angehörige, die wenig Beziehung zu den Pflegebedürftigen hätten, sich der Situation nicht aussetzen wollten oder überfordert seien. Die BetreuerIn wird in solchen Fällen für die Pflegebedürftigen häufig zur wichtigsten Bezugsperson.

Oft tritt die Notwendigkeit einer Betreuung sehr akut auf, z.B. nach einem Schlaganfall, bei Brüchen mit einhergehender Immobilität, und die Betroffenen sind darauf schlecht vorbereitet. Auch über mangelhaftes Entlassungsmanagement von Krankenhäusern wird geklagt. Nicht selten werden die Pflegebedürftigen aus dem Krankenhaus entlassen, ohne dass für sie eine befriedigende Betreuungssituation hergestellt werden könne. Hier ist die 24-Stunden-Betreuung nicht zuletzt eine schnelle und einfache Lösung.

Motive aus der Sicht der befragten KlientInnen und Angehörigen

Die befragten Angehörigen waren alle der Meinung, dass die Pflegebedürftigen nicht mehr allein sein konnten und daher eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung notwendig geworden sei. Oft wird diese Form

der Betreuung von den Angehörigen veranlasst, manchmal mehr oder weniger gegen den Willen der Betroffenen bzw. sogar ohne deren Zustimmung.

Frau B. ist die einzige Angehörige, die mit dem Pflegebedürftigen zusammenlebt. Sie schaffte die sehr aufwendige Pflege ihres Mannes nicht mehr alleine. *„Ich hab’ alles allein gemacht [...] bis zum Umfallen. Also ich hab’ schon nicht mehr gewusst was. Pro Tag fünf Waschmaschinen, meinen Mann ständig putzen, kochen, den Hund haben wir gerade gekriegt gehabt, den hat er sich noch eingebildet gehabt. Da hat es noch ein bisschen Zoff zwischen uns zweien gegeben. Ich liebe Hunde, aber ich habe gewusst, dass der Zeitaufwand also für mich unmöglich sein wird. Aber er hat sich da durchgesetzt. Also hab’ ich den auch noch gehabt. Es war ein Horror.“* (Frau B.) Frau B. versuchte lange Zeit ihren Mann alleine bzw. mit der Unterstützung von Heimhilfen zu pflegen. Schließlich entschied sie sich auf Anraten der Hausärztin für eine 24-Stunden-Pflege, da sie sich der Pflege nicht mehr gewachsen fühlte. Die Leistungen der sozialen Dienste empfand sie nicht als ausreichend.

Frau O. war mehrmals gestürzt. Ihre Tochter befand, sie könne nicht mehr alleine bleiben. Frau M. selbst konnte sie aufgrund ihrer Berufstätigkeit und der großen Distanz der Wohnorte nicht pflegen. Eine stationäre Unterbringung oder mobile Dienste lehnte Frau O. ab. Sie habe für den Fall der Notwendigkeit einer Pflege eine 24-Stunden-Betreuung, wie sie auch zwei ihrer Schwestern schon jahrelang beanspruchten, gewünscht.

Frau W. nahm ihre Mutter nach einem Schlaganfall in ihrer Wohnung auf. Frau W. war damals noch berufstätig, die Mutter wurde zu Mittag von einer Heimhilfe versorgt. Frau W. ging schließlich in Pension, um sich um ihre Mutter kümmern zu können, weil die Doppelbelastung zu anstrengend geworden war. Nach drei Jahren wollte Frau D. wieder in ihr Haus zurückkehren. Frau W. fuhr nun mindestens drei Mal pro Woche in den 50 km entfernten Wohnort ihrer Mutter, was hohe Kosten verursachte, zudem litt das Familienleben von Frau W. darunter. Eine Zeitlang wohnte eine Nachbarin bei Frau D. und kümmerte sich um sie. Aufgrund der Demenzerkrankung war dieses Arrangement jedoch nicht weiter aufrechtzuerhalten, Frau D. verhielt sich der Nachbarin gegenüber sehr negativ. Nach einigen Stürzen und einem weiteren Schlaganfall bedurfte es intensiverer Betreuung. Frau W. suchte nach Möglichkeiten einer regulären Versorgung für ihre Mutter, war aber nicht zufrieden mit den vorhandenen Angeboten, wenngleich sich ihre Mutter in einem Heim, in dem sie kurzzeitig untergebracht war, wohlfühlte. Eine ausreichende reguläre Pflege zu Hause war nicht leistbar, so entschied sich Frau W. für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Frau K. wurde von FreundInnen nahegelegt, eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Anspruch zu nehmen, weil diese meinten, sie könne sich nicht mehr länger alleine versorgen.

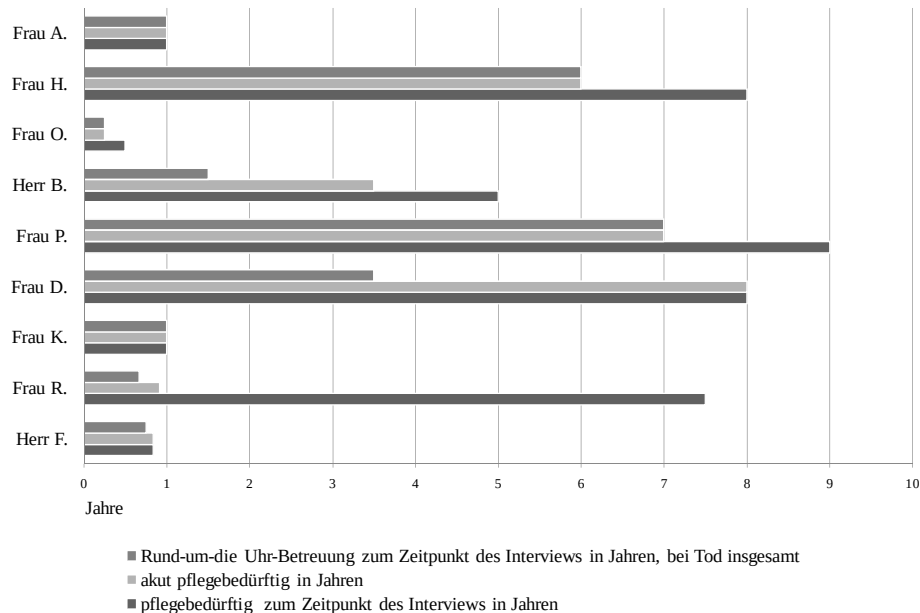
Herr F. wurde von seinen Kindern zu einer Pflege daheim überredet, nachdem er selbst ein Altersheim in Erwägung gezogen hatte. Frau R. wollte keinesfalls länger in dem Pflegeheim bleiben, in dem sie kurzzeitig untergebracht war. Ein Verwandter leitete schließlich über eine Agentur eine Betreuung zu Hause in die Wege.

Pflegebedürftigkeit und Gesundheitszustand

Eine Pflegebedürftigkeit bestand zum Zeitpunkt des Interviews im Schnitt seit vier Jahren und seit durchschnittlich zwei Jahren akute Pflegebedürftigkeit, weil es zu größeren Problemen wie Stürzen und Verletzungen, Problemen mit Alltagsroutinen - z.B. Vergessen den Herd abzudrehen - kam. Ebenfalls im Schnitt seit zwei Jahren wurde eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Anspruch genommen. Die Befragten waren durchschnittlich - zum Zeitpunkt des Interviews bzw. insgesamt,

wenn sie bereits verstorben waren - fast fünf Jahre-pflegebedürftig. Am längsten nahm mit fast sieben Jahren Frau P. Rund-um-die-Uhr Pflege in Anspruch, am kürzesten Frau O. mit nur drei Monaten.

Abbildung 18: Dauer der Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Pflege



Quelle: Interviews KlientInnen und Angehörige

Vier der neun Pflegebedürftigen sind demenzerkrankt. Alle Personen, bis auf Herrn B., der bettlägerig ist, benötigten Mobilitätshilfe. Frau R. und Frau H., zuletzt auch Frau O. und Frau P. konnten sich ohne Hilfe gar nicht mehr selbst fortbewegen.

Bei Frau K. wurde vor einem Jahr Bauchspeicheldrüsenkrebs diagnostiziert, sie wurde operiert und eine Chemotherapie empfohlen, um das Wachstum des Tumors zu verlangsamen, was sie jedoch ablehnte. Frau K. hat eine Schmerzpumpe mit Morphinen. Ihr Hausarzt macht bei Bedarf Hausbesuche, das ist aber selten erforderlich. Außerdem bekommt Frau K. wöchentlich Physiotherapie und Massagen. Sie hat Beeinträchtigungen im Bewegungsbereich, die von der langen Bettlägerigkeit herrühren. Als Frau K. aus dem Spital kam, gab man ihr eine Überlebenschance von zwei bis drei Monaten, nun lebt sie schon über ein Jahr. Durch die Schmerztherapie ist sie schmerzfrei, fühlt sich allerdings durch die Medikamente sehr beeinträchtigt, weil sie schnell ermüdet und sich nicht konzentrieren kann. Seit Frau K. aus dem Spital entlassen worden war, wurde sie von zwei Slowakinnen betreut.

Frau D. erlitt zwei Schlaganfälle, von denen sie sich aber wieder einigermaßen gut erholte. Durch ihre Demenzerkrankung kam es zu gefährlichen Situationen, wie das Vergessen von Töpfen auf dem aufgedrehten Herd. Immer wieder passierten Stürze und Verletzungen. Frau D. verweigerte die Nahrungsaufnahme und trank zu wenig. Die Versorgung durch ihre Tochter bzw. Nachbarin konnte nicht mehr aufrechterhalten werden. Frau D.s Mobilität nahm im Laufe der Zeit ab, sie war jedoch bis zu ihrem

Tod mit Hilfe gehfähig. Sie starb relativ plötzlich an Blasenkrebs. Frau D. war acht Jahre pflegebedürftig, dreieinhalb Jahre lang wurde sie von einer slowakischen Pflegekraft betreut.

Frau P. litt an Demenz, mehrere Stürze und ihre Vergesslichkeit veranlassten ihre Töchter eine Rund-um-die-Uhr-Pflegekraft zu organisieren, damals war Frau P. 88 Jahre alt. Gegen Ende ihres Lebens konnte sie nicht mehr Stiegen steigen und daher das Haus nicht mehr verlassen. Ein großes Problem waren für alle Pflegepersonen die Persönlichkeitsstörungen aufgrund der Demenzerkrankung. Es kam häufig zu Konflikten. Frau P. war insgesamt neun Jahre pflegebedürftig, sieben Jahre wurde sie von Rund-um-die-Uhr-Pflegekräften versorgt.

Frau R. ist 80 Jahre alt. Sie kann seit sieben oder acht Jahren kaum mehr gehen. Sie hat Schmerzen in den Knien und starkes Übergewicht (über 130 Kilo), dazu kommen Bluthochdruck und Diabetes. Bis vor einem Jahr kam Frau R. noch ohne Rund-um-die-Uhr-Betreuung aus. Zwei Mal in der Woche wurde sie von einer Heimhilfe unterstützt. Vor elf Monaten wurde Frau R. ins Krankenhaus eingeliefert, weil sie, wie sie selbst sagt, nichts mehr sah und nicht mehr gehen konnte. Sie unterzog sich einer Augenoperation und kam dann ins Pflegeheim Baumgarten. Dort wollte sie aber keinesfalls bleiben und wird nun seit einem halben Jahr von einer Rund-um-die-Uhr-Pflegekraft betreut. Frau R. muss tatsächlich fast rund um die Uhr betreut werden, sie will nicht alleine bleiben und auch in der Nacht muss die Pflegerin mehrmals aufstehen. Ein großes Problem ist ihre Inkontinenz und die durch das Übergewicht und die mangelnde Bewegungsfähigkeit von Frau R. sehr erschwerte Arbeit für die Pflegekraft. Frau R. ist auf einen Rollstuhl angewiesen und kann das Haus nicht mehr verlassen, weil es keinen Lift gibt.

Herr F. ist 84 Jahre alt, er erlitt vor mehr als einem Jahr einen Schlaganfall und war ein halbes Jahr im Krankenhaus und in einer Rehabilitationsklinik. Seit der Entlassung vor neun Monaten hat er nun eine slowakische Pflegerin. Herr F. hat im Zweiten Weltkrieg ein Bein verloren. Er wirkt sehr positiv gestimmt, obwohl er sich jetzt eingeschränkter fühlt, weil er nicht mehr mit Prothese oder Krücken gehen kann wie früher und den Rollstuhl benötigt. Seit zwei Jahren ist Herr F. verwitwet. Er sagt zwar, dass es ihm sehr schlecht gehe, aber er werde sich daran gewöhnen, wie er sich daran gewöhnt habe, nur mehr ein Bein zu haben.

Frau O. war 84 Jahre alt, als sie eines Nachts stürzte. Es dauerte Stunden bis sie das Telefon erreichte um die Rettung anzurufen. Im Krankenhaus wurde ein Schambeinbruch diagnostiziert. Sie konnte schon nach kurzer Zeit das Spital wieder verlassen, musste aber nach wenigen Wochen wegen großer Schmerzen wieder ins Krankenhaus. Nun wurde ein Steißbeinbruch festgestellt und darüber hinaus Bauchspeicheldrüsenkrebs. Eine Operation oder Therapie wurde nicht vorgeschlagen. Nach einer dreiwöchigen Kur kam Frau O. schließlich wieder nach Hause. Sie wurde noch drei Monate abwechselnd von zwei slowakischen Frauen versorgt. Frau O. hatte zwar den Aussagen ihrer Tochter zufolge keine Schmerzen, sie aß aber kaum, wurde immer schwächer und starb noch viel früher als prognostiziert worden war.

Frau H. war wegen Durchblutungsstörungen infolge von Diabetes beidseitig beinamputiert, sie brauchte zwei Betreuungspersonen, davon eine ausgebildete Krankenpflegerin. Bei Frau H. war außerdem ein Bauchdeckenkatheter zu versorgen.

Herr B. leidet seit fünf Jahren an Polyneuropathie, einer fortschreitenden Nervenerkrankung sowie an Diabetes und Altersdemenz. Mittlerweile ist er seit drei Jahren bettlägerig und unansprechbar. Herr B. wird von einer ausgebildeten Krankenschwester gepflegt. Er muss rund um die Uhr beaufsichtigt und versorgt werden, der Pflegeaufwand bei Herrn B. ist sehr groß. Er hat einen Bauchdeckenkatheter, der immer wieder

zu Schwierigkeiten führt und auch die Körperpflege ist aufgrund von Hautproblemen sehr aufwendig. Dank entsprechender Medikation ist nun eine durchgehende Nachtruhe gegeben. Die Hausärztin macht regelmäßig Hausbesuche und ein Urologe kommt alle drei Wochen um den Bauchdeckenkatheder zu wechseln.

Frau A. hat nach Aussage der Pflegerin Alzheimer, sie ist überaus anhänglich. Ansonsten ist Frau A. aber bei guter Gesundheit. Ihre 24-Stunden-Pflege wurde noch von ihrem bereits verstorbenen Ehemann veranlasst.

Warum werden öffentliche bzw. reguläre Angebote nicht genutzt – warum 24-Stunden-Betreuung?

Die meisten interviewten KlientInnen von 24-Stunden-Betreuung hatten bereits Erfahrungen mit dem offiziellen Pflegeangebot. Fünf Befragte waren, wenngleich nur als Übergangslösung, schon in Pflegeheimen untergebracht, vier hatten mobile Dienste - Heimhilfen oder diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal - in Anspruch genommen, bevor sie auf irreguläre Pflege zurückgriffen (vgl. Abbildung 26 im Anhang). Jene Personen, die mobile Dienste beansprucht hatten, waren zum Großteil eher unzufrieden. Oft erweist sich aber schon von vornherein die Ablehnung der Pflegebedürftigen gegenüber mobilen Diensten als unüberwindlich. Auch Studien (wie die europäische Studie von Eurofamcare oder jene des ÖBIG über pflegende Angehörige) zeigen die hohe prinzipielle Ablehnung gegenüber sozialen Diensten (Eurofamcare 2006, Mestheneos/Triantafillou 2005). Der Studie des ÖBIG zufolge nutzt fast die Hälfte der Befragten aufgrund der ablehnenden Haltung der Pflegebedürftigen keine mobilen Dienste (Pochobradsky et al. 2005; vgl. Tabelle 19 im Anhang).

Frau O. war zunächst der Meinung, sie brauche keine Pflege und lehnte die mobilen Dienste, die ihr nach ihrem Spitalsaufenthalt angeboten wurden, ab. Frau O.s Tochter (Frau M.) hatte eine Pflegeberatung in Anspruch genommen, empfand diese aber nicht als sehr hilfreich. Auch eine (vermeintlich) religiöse Ausrichtung der sozialen Dienste führte zu Ablehnung. Frau M. organisierte eine irreguläre Pflege, mit der sich Frau O. nach anfänglichem Widerstand schnell arrangierte. *„Wie sie [Frau O.] im Jänner dann im Spital war, da hat man ja dann im Spital noch eingeleitet so eine Pflegehilfe, oder was weiß ich, wie das geheißen hat, also die sie halt daheim mehrmals in der Woche besuchen, das hätten wir in die Wege geleitet. Da kam sie aber dann heim vom Spital und hat gesagt, nein das hab’ ich abgesagt, das brauch’ ich nicht.“* (Frau M.) Auch von Seiten der Angehörigen ist die Akzeptanz mobiler Dienste, dem Tonfall des Gesagten nach zu schließen, oft gering. Einige sprachen in abwertender Tendenz über mobile Dienste, was nicht zuletzt Ausdruck der geringen sozialen Anerkennung für die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe ist.

Frau B., die längere Erfahrung mit mobilen Diensten hatte, beklagte das unzureichende Angebot, mangelhafte Organisation, Unzuverlässigkeit, dauernde Wechsel und dass zu viele verschiedene Personen die Dienste verrichteten. *„Es bietet praktisch der Staat keine Möglichkeit an [...] einer derartigen Rundumversorgung. Ja, ich kann ja nicht auf das eingehen, dass jeden Tag jemand anderer da ist. Das hält ja ein Patient ja nicht durch. [...] Na und dann hab’ ich Heimhilfen gehabt. Na ja durch alle Bandbreiten, von super bis unbrauchbar. Ich hab’ in eineinhalb Jahren 40 verschiedene Heimhilfen kennen gelernt. [...] Die haben ihren Wochenplan bekommen, die sind unterschiedlich, die einen haben sich sehr genau danach gehalten, die anderen sind später gekommen, hie und da ist passiert, dass dann gar niemand gekommen ist. [...] Also, so, so toll durchorganisiert und verlässlich ist das auch nicht.“* (Frau B.)

Nicht zuletzt werden aber die Kosten gescheut. Die Leistungen der Dienste werden in Zweifel gezogen und als überbewertet erachtet.

Zu Frau P. kam eine diplomierte KrankenpflegerIn eines Hilfsdienstes zum Verbinden: „Und da ist auch eine gekommen, [...] aber die war auch hutblumenartig. Aber da war die Oma noch ganz fix beinander und die hat eigentlich in der Stunde überhaupt nichts getan, die ist eigentlich nur ein wenig herum gesessen. Und das hat sehr viel gekostet. [...] Weil die Oma ja eine relativ gute Pension gehabt hat, hat sie dieses Maximum gezahlt, [...] aber hat die Stunde vielleicht 300 Schilling [rund 20 Euro] gekostet, ich weiß nicht mehr genau, aber auf jeden Fall war da der Oma ums Geld so leid, also und die hat überhaupt nichts gemacht.“ (Frau S.)

Die Bereitschaft sich mit der Pflegebedürftigkeit vorausschauend auseinanderzusetzen ist eher gering. Häufig wird erst im Akutfall je nach Bedarf gehandelt. Aufgrund des raschen und unbürokratischen Zugangs zu irregulärer Pflege wird dieser allein schon deshalb schnell der Vorzug gegeben.

Den beiden Kindern von Frau O. wurde geraten, eine Hospizbetreuung zu organisieren. Zunächst wurde sie von einem mobilen Hospizdienst besucht: „Von einem Hospiz war wer da, weil man uns eben gesagt hat, wir sollen uns um ein Hospiz umschauen, das wird mit diesem Krebs [...] so dramatisch werden, das werden wir nicht mehr machen können daheim. [...] Dann haben wir uns einmal da wen kommen lassen, dass sich die das einmal anschaut, die war eben von einem Hospiz, aber die hat die Mutter komplett abgelehnt. [Sie] hat gesagt: ‚Wen schickt’s mir denn da?’ [...] Jetzt haben wir gesagt, jetzt warten wir einmal ab, und wenn es dann so weit ist, dass es dann nicht mehr geht, dann wird man sich was anderes überlegen.“ (Frau M.)

Vier der Befragten waren übergangsweise stationär untergebracht, in allen Fällen wurde der Heimaufenthalt als Übergangslösung betrachtet und entweder von den Pflegebedürftigen selbst oder aber den Angehörigen abgelehnt.

Frau P. stürzte im Mai 1999. Sie kam zuerst ins Krankenhaus und anschließend in ein privatwirtschaftlich geführtes Altenheim, wo auch eine Schwester von Frau P. und deren Mann zeitweise untergebracht waren. Frau P. gefiel es aber nicht in diesem Heim, auch ihre Tochter hat das Heim in schlechter Erinnerung, zudem seien die Kosten sehr hoch, die Pflege aber nicht zufriedenstellend gewesen.

Die Mutter von Frau W. war in einem Kurzzeit-Pflegeheim untergebracht. Es hätte ihr da auch gefallen. Doch Frau W. befand das Heim als „spartanisch“, es hätte keine Dauerlösung sein können, warum dem so gewesen sei, begründete Frau W. jedoch nicht weiter.

Auch für Frau B. war der Aufenthalt ihres Mannes im Heim nur eine Zwischenlösung. „Und dann hab’ ich eine Operation gehabt und in der Zeit musste ich ja etwas mit meinem Mann unternehmen. Ich hab’ ihn ja nicht mit Heimhilfen allein seinem Schicksal überlassen können und hab’ ihn knapp vier Wochen ins XY-Heim in der XY-Straße unterbringen können. Aber das war von vornherein gesagt, nur auf kurze Zeit, bis ich halt wieder da bin. Na und da hat es sich [...] familiär so ergeben, dass meine Tochter so überfordert war, durch Besuch im Spital, Besuch im Pflegeheim und alles, dass ich mir gesagt hab’, nein das muss anders werden und unsere Hausärztin hat mir ja lang schon zu dieser Möglichkeit geraten, genug Patienten in ihrer Praxis, die auch versorgt werden von Schwestern, die bei ihnen wohnen. Na und da bin ich dann [mit einer Agentur] in Kontakt getreten.“ (Frau B.) Frau B. will ihren Mann nicht stationär unterbringen, sie möchte so lange wie möglich selbst für ihn sorgen. Außerdem wäre es ein großer Zeitaufwand für sie, ihn jeden Tag in

einem Heim zu besuchen, da sie in einem Außenbezirk Wiens wohnt. „Weil ich es so lange ich es schaffen möchte und machen werde, kann nur ich Hindernis sein, dass ich einmal überhaupt nichts mehr leisten kann. Dann muss man überlegen, was dann kommt.“ (Frau B.)

Frau R. war einige Wochen im Pflegeheim (Baumgarten) und schöpft nun aus sehr negativen Erfahrungen, sie möchte auf keinen Fall stationär betreut werden, obwohl ihre Wohnverhältnisse wenig geeignet für eine häusliche Pflege sind. Ihre Pflege ist sehr intensiv und aufwendig, ihren Ansprüchen könnte in einer Pflegeeinrichtung wohl kaum nachgekommen werden.

Vielfach werden die Entscheidungen über die Pflege von Angehörigen getroffen. Nicht immer haben die Pflegebedürftigen selbst eine absolut ablehnende Haltung gegenüber einer stationären Betreuung.

Herr F. hatte durchaus erwogen, in ein Altenheim zu ziehen, wiederholt sagte er im Interview, seine Kinder hätten ihm dieses Vorhaben ausgedrückt. „Da war es zu überlegen, was tu’ ich, geh’ ich heim mit Pflegerinnen oder ich geh’ ins Altersheim, wo ich gar nicht so abgeneigt war, ich hab’ gar keine Vorstellung gehabt. [...] Ausreden tun sie [Tochter und Sohn] mir es, die E. [Tochter]: ‚ins Altersheim wirst du doch nicht gehen’. Sag’ ich, ‚ja warum denn nicht, wie ich beieinander bin, das Alter!‘“ (Herr F.)

Frau P. hatte zwar vor ihrer Demenzerkrankung den Willen bekundet, in ein Heim zu gehen, besichtigte auch mit ihrer Tochter einige Einrichtungen und ließ sich vormerken. Als aber die Notwendigkeit einer Pflege gegeben war, hatte sie selbst die Überzeugung, dass sie keine brauche und lehnte sowohl ein Heim als auch mobile Dienste ab, ebenso anfänglich die 24-Stunden-Betreuung. „Früher hat sie [...] mit mir, wie sie noch gut beieinander war, eine ganze Tour gemacht durch alle Altersheime. Hat sie angeschaut, hat sich angemeldet, also so vormerken lassen [...] Und da hat sie immer geredet, wenn sie einmal alt wird, dann geht sie ins Altersheim. Und wie das dann aber tatsächlich näher gerückt ist, wie sie wirklich dann eine Hilfe gebraucht hat, da hat sie auf keinen Fall mehr aus der Wohnung wollen. [...] und sie hat dann auf keinen Fall in ein Heim wollen.“ (Frau S.)

Der Fall von Frau P. verdeutlicht die Notwendigkeit einer sehr frühen Diagnose von Demenzerkrankungen, um entsprechende Änderungen der Lebensverhältnisse noch im Einverständnis und in Kooperation mit Erkrankten herbeiführen zu können. Die Betreuung von Frau P. zu Hause war sehr schwierig und konfliktreich und die Fluktuation der Rund-um-die-Uhr-Betreuungskräfte sehr hoch.

Fast alle Befragten hatten eine eher negative Meinung vom öffentlichen Angebot an Pflegediensten und Heimen. Manchmal schien die ablehnende Haltung gegenüber einer Heimunterbringung bei den Angehörigen größer zu sein als bei den Betroffenen selbst. Herr F. wurde von seinen Kindern sehr zu einer 24-Stunden-Betreuung gedrängt, er selbst konnte sich ein Altenheim durchaus vorstellen. Frau D. fühlte sich im Heim wohl, allerdings befand die Tochter es als „spartanisch“ und hielt es für keine Dauerlösung. Frau B. ist es ein Anliegen, nicht von ihrem Mann getrennt zu sein. Obwohl er nicht mehr ansprechbar und bettlägerig ist und sehr intensiver Pflege bedarf, möchte sie für ihn sorgen.

Die Erfahrungen mit mobilen Diensten wurden von den Angehörigen als schlecht dargestellt. Die Ablehnung war schon von vornherein sowohl von Seiten der Pflegebedürftigen als auch der Angehörigen sehr groß zu sein. Jene Personen, die nie mobile Dienste in Anspruch genommen hatten,

verfügten kaum über Informationen über das Angebot an Pflegediensten. Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist in vielen Fällen eine schnelle, unbürokratische Lösung und wurde häufig schon im Verwandten- oder Bekanntenkreis als positive Möglichkeit erlebt. Vielfach wird gar nicht an eine andere Lösung als eine irreguläre 24-Stunden-Betreuung gedacht, weil sich diese Form der Versorgung in der Familie oder im Bekanntenkreis schon bewährt hat. Der Zugang zur 24-Stunden-Betreuung ist mühelos, rasch und unbürokratisch. Der Grad der Informiertheit über irreguläre Pflegeangebote ist höher als jener über formelle Pflegeangebote.

8.6 Fallbeispiele

Die folgenden beiden Fallbeispiele sollen illustrieren, wie die Lebens- und Wohnumstände sowie der Gesundheitszustand und die Persönlichkeit der betreuten Person die Arbeitsplatzqualität und, weil die Pflegeperson ja den Wohnraum rund um die Uhr teilt, auch die Lebensqualität der Pflegerin beeinflusst. Es wurden zwei Fallbeispiele, die, so wie sie sich darstellten, den stärksten Kontrast zueinander aufweisen, ausgewählt. In beiden Fällen war die Interviewsituation vergleichbar, die Pflegebedürftige Person selbst wurde befragt, die Pflegerinnen waren anwesend und hatten gute Deutschkenntnisse. In beiden Interviewsituationen wurde die PflegerIn einbezogen, allerdings äußerte sich Frau G., die PflegerIn von Frau R., ungewöhnlich offen zu ihrer Arbeitssituation, wohl deshalb, weil sie nur übergangsweise bei Frau R. arbeitete. Frau J., die Pflegekraft bei Herrn B., war kaum in das Gespräch involviert und beantwortete die Fragen weitaus weniger ausführlich als Frau G. Ein Hauptgrund dürfte in der völlig andersgearteten Arbeitssituation von Frau G. liegen. Frau J. schien zufrieden mit ihrer Arbeit zu sein, zumindest äußerte sie keine Kritik, wobei zu bedenken ist, dass dies im Beisein von Herrn F. auch schwierig gewesen wäre bzw. jedenfalls die Interviewsituation nicht den geeigneten Rahmen bot.

Fallbeispiel Frau R.

Das Interview mit Frau R., bei dem auch ihre Pflegerin, Frau G. anwesend ist, findet im September 2007 in ihrer Wohnung in Wien statt. Frau R. ist 80 Jahre alt, sie ist ledig und kinderlos. Frau R. wohnt allein im zweiten Stock einer Wiener Altbauwohnung. Sie ist schon seit sieben Jahren pflegebedürftig und beanspruchte eine Heimhilfe von einer offiziellen Hilfsorganisation. Seit neun Monaten kann sie sich nicht mehr selbst versorgen und bedarf einer dauernden Betreuung. Sie ist immobil, kann nur kurze Zeit selbständig stehen und ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Zu großen Beeinträchtigungen führt ihre Harninkontinenz. Zudem ist die Pflege von Frau R. durch ihr Gewicht von 134 Kilo sehr erschwert. Sie leidet darüber hinaus an einer Herzerkrankung, erhöhtem Blutdruck und Diabetes.¹⁶² Im Dezember 2006 wurde Frau R. ins Krankenhaus Lainz¹⁶³ eingeliefert. Sie selbst weiß nicht genau aus welchem Grund, sie habe nicht mehr selbst aufstehen können und nichts mehr gesehen. Auch wer ihre Einlieferung ins Krankenhaus veranlasst hat, kann sie nicht sagen. Sie wurde aber noch im Dezember ins Pflegeheim Baumgarten¹⁶⁴ verlegt, während dieser Zeit war sie zudem

¹⁶² laut Entlassungsbericht 2006 des Krankenhauses Lainz

¹⁶³ jetzt Krankenhaus Hietzing

¹⁶⁴ Das Geriatriezentrum Baumgarten gehört zu den Wiener Großheimen, die teilweise nicht mehr den Qualitätsstandards entsprechen. Es hat derzeit über 680 Betten, 155 Personen sind noch in Sechs-Bett-Zimmern untergebracht (Stadt Wien 2006; Wiener Krankenanstaltenverbund, Stadt Wien 2006).

stationär drei Tage im Krankenhaus zu einer Augenoperation aufgenommen. Das Geriatriezentrum Baumgarten sagte Frau R. überhaupt nicht zu:

„Also ich habe es vorgezogen zu Hause zu bleiben und ich möchte auch, wenn’s nicht mehr geht, daheim sterben. Ich war im Pflegeheim. Es war furchtbar, kann ich Ihnen sagen. [...] dort war ich todunglücklich.“ (Frau R.)

Daher bat Frau R. ihren „Großcousin“ sie aus dem Pflegeheim zu nehmen:

„[U.] ist dann zu mir gekommen, ins Pflegeheim und da hab’ ich ihm gesagt, bitte U., nimm mich da heraus, ich muss sonst sterben dort.“ (Frau R.)

Herr U., der Sohn von Frau R.s Cousin, veranlasste die Betreuung durch eine Vermittlungsagentur. Die PflegerInnen sind bereits nach dem neuen Personenbetreuungsgewerbe beschäftigt. Ab Mitte Februar 2007 war Frau R. wieder zu Hause und zwei Betreuerinnen aus Polen standen ihr zur Verfügung. Die beiden Frauen fuhren aber bald auf Urlaub. Eine 25-jährige Polin löste die beiden ab, war aber nach einer kurzen Zeit ebenfalls urlaubsreif. Auch die vierte Pflegerin, eine Rumänin, war einige Tage bevor das Interview stattfand, abgereist und Frau G. musste kurzfristig einspringen. Frau G. ist die fünfte Pflegerin in sieben Monaten wobei die ersten beiden Pflegerinnen zu zweit betreuten. Im Schnitt waren die Pflegerinnen also zwei Monate bei Frau R., und fuhren dann immer auf „Urlaub“. Frau G. jedoch meint, sie hätten die Arbeit nicht mehr ausgehalten. Sie spricht überraschend offen in Gegenwart von Frau R. über die ihrer Meinung nach unmöglichen Zustände der Betreuung. Das ist wohl auch darauf zurückzuführen, dass sie aufgrund des plötzlichen Ausfalls ihrer Vorgängerin eingesprungen ist und nur für neun Tage bei Frau R. arbeitet. Sie ist sehr verärgert und sagt, froh zu sein, schon am nächsten Sonntag diesen Einsatz beenden zu können. Sie versucht das Frau R. erklärlich zu machen. Frau G. spricht ausführlich über die schlechte Hygiene, den immensen Arbeitsaufwand bedingt durch die Inkontinenz von Frau R. und die ungeeigneten Wohnbedingungen.

Frau G.: „Ja R. Und ich bin überglücklich, dass ich am Sonntag schon auch wegfahre. [...]

Jetzt z.B. ich hab’ ja wirklich auch nicht viel Lust hier zu bleiben und ich bin glücklich, dass ich weggehe. Die Hygiene, also gibt’s hier eine Dusche hier, aber sie kann nicht rein, die R., sie schafft das nicht [...].“

Frau R.: „Ich kann nicht so lang stehen da drinnen.“

Frau G.: „Ja, du kannst ja sowieso nicht rein, du kannst ja so lange stehen, aber du schaffst nicht reinzugehen [...] Jetzt ich schlafe in Abstellraum [Kabinett, das als Abstellraum benutzt wird]. Es ist mir angenehmer, einfach es ist vielleicht nicht so gemütlich, aber es ist mir angenehmer. Das ist jetzt so eine Sache. [...] Die zweite Sache, das Haus ist überhaupt nicht geeignet für so eine Person wie sie. Sie kann nicht raus, also derjenige oder diejenige, die hier kommt, wenn sie vielleicht von Dritten Welt kommt, um sie zu pflegen und sie ist damit glücklich, dann ist es schon okay. Also hier kann man ersticken, in diese Wohnung. Ich kann nur raus Stunde am Tag, eine Stunde, wo sie schläft am Nachmittag. Wenn ich nicht da bin, sie telefoniert schon rum, sie ist hysterisch, sie kann nicht alleine bleiben. Das schafft sie einfach nicht, also das. Wenn man mir würde zwei Mal so viel Geld anbieten, ich würde hier auch nicht bleiben. Es wäre so schön, wenn man könnte sie bei schönem Wetter mit Rollstuhl rausfahren, zwei Stunden spazieren gehen in der Stadt. Es wäre mir viel angenehmer als hier nur hocken und ja. Das ist, es ist ein Albtraum hier einfach.“

Die Wohnung betritt man durch die Küche, in der sich auch die Dusche befindet. Die Dusche kann Frau R. aber nicht benützen. Das WC ist in der Wohnung. Außer Küche und Wohnzimmer gibt es noch zwei Kabinette, eines davon ist das frühere Schlafzimmer von Frau R., in dem jetzt die BetreuerIn schlafen sollte, was Frau G. aber wegen des starken Uringeruchs in dem Zimmer nicht tut. Sie zieht es vor im anderen Kabinett zu schlafen, das zugleich als Abstellkammer benutzt wird.

„Ich nenne es Abstellraum. Weil ich schlafe zwischen Windeln und so Gerümpel, was da alles steht. Das ist schon okay.“ (Frau G.)

Auch das Aufhängen der bedingt durch die Inkontinenz von Frau R. in großen Mengen anfallenden Wäsche ist ein Problem, außer im Kabinett gibt es keine Möglichkeit. Das Haus hat keinen Lift, Frau R. kann daher die Wohnung nicht mehr verlassen. Frau G. selbst kann nur eine Stunde am Tag außer Haus gehen, in der Zeit in der Frau R. zu Mittag schläft, weil Frau R. nicht alleine bleiben will.

Wenn Frau G. davon spricht, dass Frau R.s Wohnung ungeeignet sei, sie zu pflegen bzw. ihre Inkontinenz und ihr Übergewicht die häusliche Betreuung verunmöglichen, lenkt Frau R. ab oder sieht im Austausch der Pflegerinnen die einzige Lösung. Die Direktheit von Frau G. ist ungewöhnlich und ihre Kritik sehr massiv. Frau R. geht kaum darauf ein, ihr scheint nur wichtig zu sein, dass sie in ihrer Wohnung bleiben kann und ihre Bedürfnisse befriedigt werden. Die Probleme, die Frau G. anspricht, sind vor allem das hohe Gewicht von Frau R. und ihre Immobilität und Inkontinenz sowie, dass sie überhaupt nicht allein bleiben könne. Auch die Nachtruhe ist für Frau G. nicht gewahrt, sie muss mehrmals pro Nacht aufstehen.

„Zum Beispiel, wie verlaufen die Nächte. Also die erste Nacht bin ich drei Mal aufgestanden, na ja, aber es ist so, ich muss das Bett überziehen, es ist so schwer, weil sie liegt, alles weg. Dann tu ich waschen, kann ich das Bett nicht, weil sie ist da im Bett. [...] Und dann die nächste Nacht, da bin ich ja sieben Mal aufgestanden, ich hab’ überhaupt nicht geschlafen.“ (Frau G.)

Frau G. meint, es müssten zwei PflegerInnen da sein, die sich dann abwechseln könnten. Frau R. entgegnet, dass sie die Kosten dafür nicht tragen könne.

Zu den Aufgaben der BetreuerIn gehört es, einmal am Tag Blutdruck und Blutzucker messen und die Werte dokumentieren. Frau G. weiß nicht, wie sie mit den Werten umzugehen hat, sie ist auch nicht instruiert worden. Es wurde Frau G. nur erklärt, wie sie die Messungen machen soll. Die Ärztin käme nicht regelmäßig. Ob jemand die Werte kontrolliert, weiß auch Frau R. nicht. Insgesamt ist die medizinische und pflegerische Versorgung recht unklar. Frau R. selbst hat offensichtlich keine Kontrolle mehr über ihre Versorgung und den Überblick über die Zuständigkeiten verloren. Sie meint, dass Dr. T., der Agenturleiter, für alle Angelegenheiten ihre Pflege betreffend zuständig sei und entsprechende Anordnungen veranlasse. Über die Kompetenzen des Herrn Dr. T. äußert sich Frau R. positiv und vertrauensvoll:

„Ich weiß nicht, was er für ein Doktor ist. Aber ich nehme an, dass er ein Mediziner ist, ich weiß es nicht. Und der kann polnisch oder jedenfalls kann er was.“ (Frau R.)

Hinsichtlich der Organisation ihrer Pflege glaubt Frau R., dass es Absprachen zwischen der Agentur und ihrer Hausärztin gäbe.

„Na der [Herr T.] hat sich sicher abgesprochen mit meiner Frau Doktor, ich weiß es nicht. [...]. Es kann ja möglich sein, dass er die Frau Dr. anruft, nicht? Was zu machen ist und wie's mir geht und was ich nehmen soll und so weiter.“ (Frau R.)

Auch Frau G. weiß nicht, wer verantwortlich ist. Sie wendet sich bei Problemen und Unklarheiten an Herrn U., den Verwandten von Frau R. Frau G. selbst meint, dass sie nicht die richtige Pflegerin für Frau R. sei.

„Also normalerweise ich bin für solche Fälle überhaupt nicht zuständig. Also ich bin hier falsch, ich bin hier ganz falsch, [...] Ich glaube, R., so jemand wie du, ist überhaupt nicht für Pflege zu Hause geeignet.“ (Frau G.)

Die Situation ist offenbar schon einigermaßen eskaliert. Frau G. glaubt, dass die Agentur aus dem Vertrag aussteigen wolle. Die Agentur sei die billigste in Österreich und nicht für derart schwere Fälle ausgerichtet. U. sei aber nicht bereit mehr zu zahlen.

„Ja weil, es ist ja das Billigste oder die billigste Betreuung, was es überhaupt gibt und das passt ihm [U.].“ (Frau G.)

Aus Frau G.s Verhalten und Äußerungen kann geschlossen werden, dass sie keine hohe Meinung von Herrn U. hat. Sie meint, dass sein vorrangiges Interesse das Erbe von Frau R. sei.

„Ja der U. hat schon Interesse, er bekommt das Haus und alles. [...] Ja. Dein Konto, dein Geld, was du bei der Bank hast, R., er bekommt das alles. Er kommt hier nie einmal dich zu besuchen, er kommt nicht zu Besuch. Er kommt nur zum Besuch, wenn Wechsel ist, weil er muss ja Geld nachzählen, ob das alles stimmt, dann kommt er, nicht, sonst kommt er nicht bei dir vorbei.“ (Frau G.)

Herr U. erledigt Frau R.s Geldangelegenheiten. Sie hat eine eigene Pension von zirka 1.100 Euro und bekommt Pflegegeld der Pflegestufe drei oder vier. An Miete bezahlt sie 150 Euro pro Monat. Frau R. sagt, Herr U. habe gemeint, dass die Pflege bald nicht mehr finanzierbar sei. Frau R. will die Betreuung dennoch so weiterführen, sie könne noch auf Ersparnisse von ihrem Vater zurückgreifen. Das Haus in Niederösterreich sollen die Söhne von Herrn U. erben, daher wird es nicht verkauft. Es scheint also eine Art gegenseitiges Arrangement zu geben, dass sich Herr U. im Austausch gegen das Erbe um Frau R.s Angelegenheiten kümmert.

Frau R. ist ledig und ihrer Familie sehr verbunden. Sie lebt in der elterlichen Wohnung und will diese auf keinen Fall verlassen.

„Und hier ist meine elterliche Wohnung, hier strahlt alles von meinen Eltern aus.“ (Frau R.)

Für Alternativen ist sie nicht zu begeistern. Frau G. schlägt ihr vor, doch in dem Haus in Niederösterreich zu wohnen. Das Haus sei aber unbewohnbar, es gebe kein Warmwasser, nur eine Senkgrube und es sei kaum zu beheizen. Frau R. will aber auch in der Wohnung in Wien nichts verändern, obwohl nach Frau G.s Meinung bauliche Maßnahmen dringend notwendig wären, die Dusche sollte umgebaut werden. Frau R. findet hingegen:

Frau R.: „Ist alles in Ordnung.“

Frau G.: „R., die Dusche ist in Ordnung, aber [...] du kannst nicht da rein. [...] ich kann dich nicht richtig waschen!“

Frau R.: „Aber anders kann man's nicht anbringen, weil kein Platz ist.“

Frau G.: „Aber das kann man umbauen!“

Frau R.: „Ich fühl mich sehr wohl drin mit dem Sessel.“

[...]

Frau G.: „Ja schon. Und für dich R. ist es auch nicht das Beste. Weil du bist ja nie richtig gewaschen quasi, kann man sagen.“

Frau R.: „Ich fühl mich aber sauber.“

Frau G.: „Ja du fühlst dich sauber, aber ich kann das nicht sagen.“

Die Diskrepanz in der Auffassung von Sauberkeit mag bestehen bleiben, Frau R. ist mit der der Qualität ihrer Pflege und ihren Lebensumständen zufrieden. Problematisch sind aber jedenfalls die Arbeits- und Lebensbedingungen für die Pflegekraft. Frau R. hat aber nicht vor, an ihren Wohnverhältnissen etwas zu ändern. Sie ist nicht offen für den Vorschlag einen mobilen Hilfsdienst zu kontaktieren, z.B. wegen des zu schmalen Pflegebettes, das ihr selbst Probleme bereitet.

Frau G.: „Warum denn nicht R.?“

Frau R.: „Nein. So viel fang ich mir nimmer mehr an, das ist mir schon zu kompliziert.“

Frau G. fragt Frau R., ob sie selbst denn zufrieden sei.

Frau G.: „Und du R., kannst du sagen, dass es dir so gut geht, wie nie davor? Kannst du das sagen?“

Frau R.: „Nein, nein, das sage ich nicht, aber es geht mir nicht schlecht. Ich habe alles was ich brauche.“

[...]

Frau R.: „Ich bin zufrieden, ja. Wenn mich jemand betreut, bin ich zufrieden und wenn jemand gut zu mir ist, bin ich zufrieden. Es ist nur, wenn die Harmonie nicht stimmt und wenn ich nicht versorgt werde, was ich brauche.“

Interviewerin.: „Und wie verstehen Sie sich so mit den Pflegerinnen?“

Frau R.: „Ich bin sehr einfühlsam und ich kann Vieles verstehen, nicht wahr, dass sie für mich in ein fernes Land gegangen sind, und dass sie für mich arbeiten wollen, wenn sie guten Willens sind, dann kommt man gut miteinander aus.“

Interviewerin.: „Was wär‘ jetzt, wenn das mit der Betreuung in der Form nicht mehr funktionieren würde? Wenn der Herr T. z.B. keine Pflegerinnen mehr vermitteln kann?“

Frau R.: (seufzt) „Das weiß ich nicht, was dann ist. Ein Spitalsfall bin ich nicht und ins Pflegeheim Baumgarten geh ich nicht, dann werd ich halt zu Hause sterben. [...] Ich bin glücklich da.“

Frau G.: „Aber die Leute [...] um dich, die sind ja nicht glücklich hier, R.! Ja, deswegen sind sie alle gegangen. Natürlich. Es ist wie Gefängnis R. hier.“

Frau R.: „Aber ich hab‘ niemanden angebunden, bitte. [lacht] Ich mein, das bringt der Job mit sich.“

Schließlich ist sich Frau R. bewusst, ein gewisses Druckmittel zu haben, denn die PflegerInnen werden im Nachhinein durch die Agentur bezahlt.

Interviewerin.: „Und was ist jetzt, wenn die G. nicht mehr kommt?“

Frau R.: „Na ja, dann muss er [Dr. T., der Agenturleiter, Anm.] mir wieder wen anderen schicken.“

Interviewerin.: „Und da gibt’s schon jemanden, der hat Ihnen schon jemanden zugesagt oder wie?“

Frau R.: „Ja, die [meint Frau G.] muss dann so lang bleiben, weil sie wird ja auch ausgezahlt von ihm.“

Die Schlussstatements der beiden Frauen:

Frau G.: „Ich bin froh, dass ich schon am Sonntag gehe. Ich bin glücklich. Ich hab’ viel Geduld [...] aber, das hält niemand aus für längere Zeit.“

Frau R.: „Ich werd mich wieder an wen anderen gewöhnen.“

Resümee

Die Pflege von Frau R. ist durch ihre Gebrechen sehr schwierig, vor allem für eine unqualifizierte Kraft, wobei Frau G. über langjährige Erfahrung in der Altenpflege verfügt. Insbesondere die ungeeignete Wohnumgebung und der Mangel an Hilfsmitteln erschweren die Pflege immens. Verbesserungen der Wohnbedingungen könnten wahrscheinlich ohne allzu großen Aufwand durch Umbauten und geeignete Pflegehilfsmittel bewerkstelligt werden. Ein Lift wird allerdings nicht in nächster Zeit eingebaut, Frau R. wird also ihre Wohnung nicht mehr verlassen können. Frau R. zeigt aber keinerlei Bereitschaft, Adaptierungen vorzunehmen oder entsprechende Hilfe oder Beratung in Anspruch zu nehmen. An ihrem gewohnten Umfeld ist ihr sehr viel gelegen und sie möchte ihre Wohnung auf keinen Fall verlassen, ein Heim kommt für sie nicht in Frage. Ihre Erfahrungen im Geriatriezentrum Baumgarten sind sehr negativ. Frau R. zeigt kein Verständnis für die Beschwerden der Pflegerin, die ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen als völlig untragbar darstellt. Sie negiert die Kritik von Frau G. völlig und ist in keinsten Weise zu Veränderungen bereit. Andererseits ist es aber wohl auch sehr schwierig mit der massiven Kritik der Pflegekraft umzugehen und die Würde von Frau R. ist nicht gewahrt. Frau R. meint, es müsse eine andere Pflegerin gefunden werden, die die Umstände eben in Kauf nehme. Das Interview mit Frau R. und Frau G. ist insofern speziell, weil die Betreuung zumindest aus der Sicht der Pflegerin nicht funktioniert. Frau G. spricht das auch sehr offen aus. Das ist einerseits möglich, weil sie sehr gut Deutsch spricht, andererseits weil sie nicht vor hat, weiter bei Frau R. zu arbeiten.

Fallbeispiel Herr F.

Herr F. ist 84 Jahre alt, er war Beamter, verheiratet und hat drei Kinder, wobei eine Tochter bereits vor zehn Jahren verstorben ist. Herrn F.s Frau starb vor zwei Jahren. Seitdem wohnt er allein in seinem Haus mit Garten in Linz. Seine Tochter wohnt nur 200 m entfernt, sein Sohn lebt ebenfalls in Linz. Beide Kinder und die Schwiegerkinder sieht Herr F. regelmäßig wöchentlich. Herr F. hat auch vier Enkel. Herr F. hatte einen Schlaganfall, er war über fünf Monate im Krankenhaus und in einer Rehabilitationseinrichtung. Seit neun Monaten ist Herr F. nun wieder zu Hause und hat eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Herr F. hat 1945 im Krieg ein Bein verloren. Nach dem Schlaganfall und aufgrund der langen Bettlägerigkeit ist er nun in seiner Mobilität so weit eingeschränkt, dass er nicht mehr mit Prothesen oder Krücken gehen kann und auf den Rollstuhl angewiesen ist, er kann aber kurze Strecken gehen, stehen und selbst aufstehen. Herr F. bewohnt nun das Erdgeschoss des Hauses, die Pflegerinnen wohnen im ersten Stock, in den Herr F. nur noch mit großer Mühe kommt. So haben die Betreuungskräfte einen eigenen Raum zur Verfügung und das Bad und WC für sich. Im Erdgeschoss ist ebenfalls eine Toilette, aber keine Dusche, was den Nachteil mit sich bringt, dass Herr F.

gewaschen werden muss, was jedoch Herr F.s Meinung nach unproblematisch ist. Die Pflege von Herrn F. ist durch ein privates Netzwerk von PflegerInnen organisiert, das ihm durch seinen Nachbarn bekannt wurde. Es gibt keinen Vertrag, das Betreuungsverhältnis ist völlig informell. Zwei Pflegekräfte wechseln sich 14-tägig ab. Die Pflegerinnen unterstützen Herrn F. bei der Körperpflege und im Haushalt. Medizinische Maßnahmen sind, außer der Verabreichung der Medikamente, über die Herr F. aber seinen eigenen Angaben zufolge selbst die Kontrolle hat, nicht notwendig. Frau J. hat einen zweimonatigen „BetreuerInnenkurs“ gemacht. Sie macht mit Herrn F. Turnübungen und massiert ihm das Bein. Der Tagesablauf der beiden scheint sich der Darstellung Herrn F.s zufolge recht angenehm zu gestalten. Nach Körperpflege und Hausarbeit am Vormittag gehen Herr F. und die Pflegerin fast jeden Tag in ein Lokal in der Umgebung essen. Sie fahren dahin mit Herrn F.s Auto. Nach dem Essen trinken die beiden öfters in einer Konditorei einen Kaffee und machen, wenn notwendig noch gemeinsame Besorgungen. Dann macht Herr F. seinen Mittagsschlaf und die Pflegerin hat Freizeit. Der Nachmittag und Abend wird mit Fernsehen und anderen Betätigungen zugebracht. Im Zusammenleben gibt es keine Konflikte, wie beide sagen. Dennoch nimmt die kritische Betrachtung der häuslichen Pflege im Interview mit Herrn F. breiten Raum ein.

Herr F. selbst sagt, er habe Überlegungen angestellt in ein Heim zu gehen, nachdem ihm im Spital gesagt wurde, dass er nicht mehr ohne Pflege zu Hause bleiben könne.

„Da war’s zu überlegen, was tu‘ ich, geh ich heim mit Pflegerinnen oder ich geh’ ins Altersheim, wo ich gar nicht so abgeneigt war, ich hab’ gar keine Vorstellung gehabt. [...] Auf der einen Seite reden sie mir es recht aus. Altersheim ... na ja. Ausreden tun sie mir es die E. [Tochter]. Ins Altersheim wirst doch nicht gehen. Sag’ ich, ja warum denn nicht, wie ich beinand bin, das Alter. [...] ich find’s gar nicht so blöd.“ (Herr F.)

Das Altersheim sei Herrn F. aber von seinen Kindern ausgeredet worden:

„Die Kinder haben gesagt, du musst doch daheim bleiben.“ (Herr F.)

Auch aufgrund der Veränderungen des Wohnraums sah Herr F. die Pflege zu Hause auch kritisch. Er kann nicht mehr in den Keller und ins erste Stockwerk, die Wohnung sei völlig umgestellt worden.

„Geh sag’ ich, was daheim, ich hab’ es dann erst gesehen wie es daheim aussieht, das ist ja auch eine öde Landschaft.“ (Herr F.)

Herr F. wäre für ein Altersheim durchaus offen gewesen. Es sei auch finanziell eine Alternative, als Kriegsoffer hätte er nicht mehr zahlen müssen. Sich von mobilen Diensten versorgen zu lassen, statt von einer Rund-um-die-Uhr-Betreuungskraft, hat er nicht in Erwägung gezogen. Herr F. hat einige Bekannte, die Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Anspruch nehmen.

„Nein haben wir eigentlich gar nicht erwägt [mobile Dienste] [...] Und nachdem [ich] das vom G. [Nachbar] gewusst habe, dass das so geschickt geht [Rund-um-die-Uhr-Betreuung], haben wir das auch dann gemacht. [...] Ich habe mich mit dem gar nicht beschäftigt.“ (Herr F.)

Solange es ihm nicht schlechter gehe, möchte Herr F. weiter zu Hause bleiben, außer die Gesetze würden so geändert, dass die Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht mehr bezahlbar wäre.

„Wenn es mir nicht schlechter geht, dann behalt ich mir das, höchstens sie bringen wirklich ein Gesetz raus über die Pflegerei, nicht, was dann mit dreieinhalbtausend Schilling, das kann ich mir nicht leisten. Ist eh das schon genug, was ich zahlen muss. [...] 30 Tage sind 1500 Euro und das

Essen und alles und die Fahrtkosten, kostet mich alles zusammen fast 2000. [...] Ist das schon ganz eine schöne Auslage. [...] Aber das mit dreieinhalbtausend Schilling [meint Euro], wer kann sie das leisten, nicht. Ist auch kein Verhältnis zu den Kosten im Altersheim. Da zahlt der Verband [Kriegsopferverband, Anm.].“ (Herr F.)

Mit den derzeitigen Kosten kommt Herr F. gut zurecht.

„Wenn ich sag’, ich muss ihr dreieinhalbtausend Schilling [meint Euro] zahlen, das kann ich mir nicht mehr leisten. Aber wenn es so bleibt, das bring’ ich zusammen. In meinem Alter und in dem Zustand, ganz blöd bin ich nicht beieinander, aber ich investier’ ja nichts mehr, ich kauf’ gar nichts. Eine neue Hose kaufen. Kauf’ ich keine, vielleicht kauf’ ich eine, ist eh wurscht. Ich hab’ überhaupt keine Auslagen. ... ich bin eigentlich nicht unvermögend, ich bin der alleinige Besitzer von dem Haus und dann haben wir noch so eine Keuschn da in A. Bin ich auch der alleinige Besitzer - ein Häuschen - man kann sogar ganz gut hausen, wir haben es ganz schön hergerichtet.“

Dass bei einer Heimunterbringung im Heim das Vermögen und die Häuser verloren gingen, sei für ihn kein Grund sich zu Hause pflegen zu lassen. Herr F. sieht die Betreuung durch die Pflegerinnen aber auch kritisch.

F.: Ich bedaure hie und da, dass sie so Tätigkeiten, so sklavische Tätigkeiten, wie mich waschen und Haushalt und ich sag’ sie ist meine Sklavin direkt.

Herr F. hat auch Mitgefühl mit den Pflegerinnen wegen der langen Fahrzeit, die sie in Kauf nehmen müssen. Frau J. fährt um 22 Uhr des Vortages von Kosice weg, um am nächsten Tag in der Früh in Linz zu sein. Der Lohn sei sehr gering:

„Weil die Stunden, die sie kriegt, ist ja ganz gering, nicht. Zwei Euro glaub’ ich. Wenn du rechnest 50 Euro am Tag für 24 Stunden, sie kriegt eigentlich zwei Euro in der Stunde.“

Herr F. relativiert zwar den niedrigen Lohn, äußert aber dennoch Bedenken.

„Die [Pflegerinnen] sagen, was ich verdien’ in den zwei Wochen, das verdient mein Mann nicht im ganzen Monat. [...] Freilich ist [sie] nicht versichert und nichts. Eigentlich, wenn sie bei mir beschäftigt ist, dann müsste ich sie auch anmelden. Muss man sehen, was die rausbringen, jetzt tun’s herum, dabei sind das eh verschwindend kleine Fälle, die da von der Slowakei kommen oder von der Tschechei. [...] Sind nur die reichen Leute so wie ich, die reichen Leute holen sich eine Sklavin. Ich sag’ halt dann bist Sklavin mir, so auch Königin.“ (Herr F.)

Herr F. erscheint als sehr lebensfroher und humorvoller Mann. Er ist geistig rege und trotz seiner Beeinträchtigungen sehr unternehmungslustig und optimistisch. Er hat ein noch reiches soziales Umfeld, auf das er auch zurückgreifen kann. Auch die Pflegerin ist ihm eine emotionale Stütze:

„Die J. reißt mich auch stimmungsmäßig raus. Ich bin froh, dass sie heute wieder da ist. Ihre Kraft nehme ich unbewusst auf, da bin ich auch wieder stark.“ (Herr F.)

Herr F. kann auf Erfahrung in der Auseinandersetzung mit einer Beeinträchtigung zurückgreifen.

„Ich bin schon sehr behindert in der Hinsicht. Aber ich hab’ mich dran gewöhnen müssen, dass ich nur mit einem Bein herum renn’, nicht. So gewöhne ich mich halt daran, dass ich so elendig dran bin. Ich bin wirklich nicht gut beinand.“ (Herr F.)

Vergleich Fallbeispiele

Die Interviewsituation bei Herr F. ist völlig konträr zu jener bei Frau R. Die Stimmung sowohl des Gepflegten als auch der Pflegerin schien gut zu sein. Ganz anders gestaltete sich die Situation bei Frau R. Die Pflegerin war ihrer Arbeitssituation gänzlich negativ gegenüber eingestellt. Sie kritisierte Frau R. und die Bedingungen ihrer Arbeit heftig. In der Interviewsituation trat sie immer wieder in einen Dialog mit Frau R. ein bzw. versuchte das zumindest. Frau J. hingegen war sehr zurückhaltend. Sie äußerte keinerlei Kritik, sie schien im Großen und Ganzen mit ihrer Arbeitssituation einverstanden zu sein. Sie beteiligte sich wenig am Gespräch und war größtenteils nicht im Raum, auch weil sie am selben Tag angereist war und die Zeit des Interviews für etwas Schlaf oder Ruhe nutzen wollte. Im Vergleich zu Frau G., die sehr offen über Probleme sprach, war das bei Frau J. nicht der Fall, unter anderem wohl, weil sie ja nicht vor hatte die Arbeit bei Herrn F. aufzugeben wie Frau G. Abgesehen davon waren die Arbeitsbedingungen bei Herrn F., so wie sie sich darstellten, wesentlich besser. Der Wohnraum Herrn F.s ist behindertengerecht und derzeit gibt es keinerlei Probleme was seine Pflege und Versorgung betrifft. Er ist trotz seiner Einschränkungen mobil und hat ein reiches soziales Leben. Bei Frau R. hingegen sind durch den Wohnraum sehr viele Schwierigkeiten aufgeworfen, sie kann nicht einmal das Haus verlassen. Sie ist auch aufgrund ihrer körperlichen Konstitution wesentlich eingeschränkter als Herr F. Frau J. hat täglich Freizeit, in der sie auch die Pflegestelle verlassen kann. Frau G. hingegen konnte kaum zum nur wenige Minuten entfernten Supermarkt einkaufen gehen, weil sie Frau R. nicht alleine lassen konnte. Während Frau J. und Herr F. durch gemeinsame Unternehmungen einen abwechslungsreichen Tagesablauf zu haben scheinen, empfand es Frau G. als äußerst belastend, sich nur in der Wohnung aufhalten zu können. Frau J. ist nicht so beansprucht wie Frau G., die nicht einmal Nachtruhe hat. Das Verhältnis zwischen Herrn F. und Frau J. war dem Eindruck nach gut, während jenes zwischen Frau G. und Frau R. offensichtlich allein durch die übergroße Arbeitsbelastung und die wohl daraus folgende Reizbarkeit der Pflegerin sehr schlecht war. Die Würde von Frau R. war nicht mehr gewahrt.

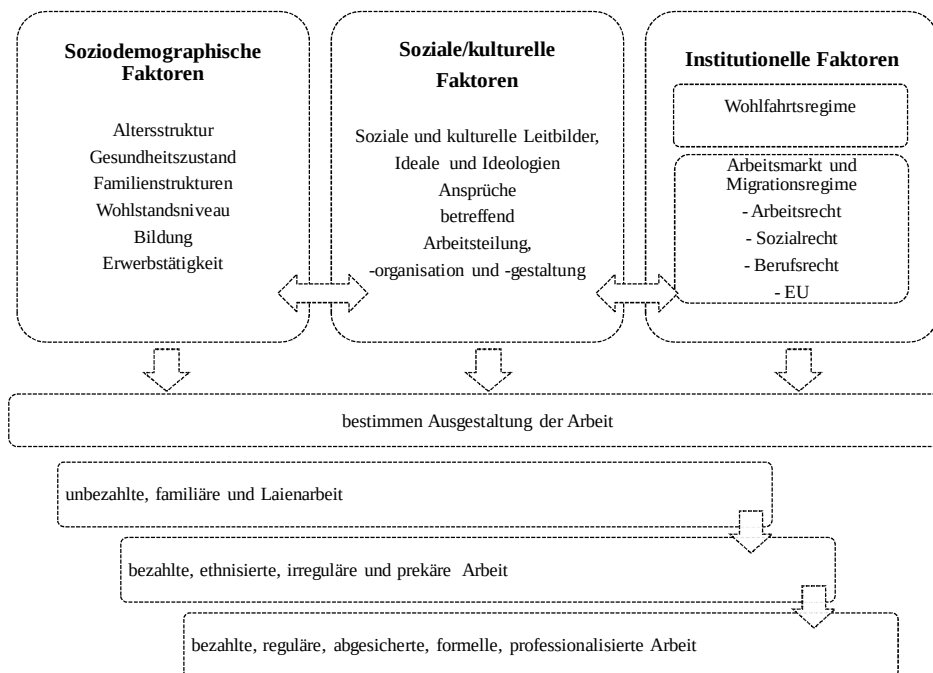
Der Vergleich der beiden Fallbeispiele zeigt, wie abhängig die Arbeitsbedingungen für die Pflegekraft vom Gesundheitszustand, der Persönlichkeit der Pflegebedürftigen und den Wohnungsgegebenheiten sind. Bei Herrn F. ist das Arbeitsverhältnis informell und irregulär, bei Frau R. war die Pflegekraft bereits als selbständige Personenbetreuerin regulär beschäftigt. In beiden Fällen gibt es keinen Schutz durch arbeitsrechtliche Bestimmungen, wie z.B. Maximalarbeitszeit, vorgeschriebene Ruhezeiten und Pausen etc. oder Qualitätsstandards und -kontrollen. Die Arbeit ist völlig an den (subjektiven) Bedürfnissen der zu pflegenden Person orientiert.

9 *Schlussfolgerungen: Der Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit*

Ziel dieser Arbeit war es, die Einflussfaktoren für die Herausbildung der 24-Stunden-Pflege als einem Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit zu identifizieren und deren Wirkung für die Ausformung und Verteilung von Arbeit in der Pflege zu analysieren. Die These lautete, dass institutionelle Bedingungen, vor allem die Pflegevorsorge und das Sozialschutzsystem für ältere Menschen sowie das Arbeitsmarkt- und das Migrationsregime, beeinflusst durch soziale und demographische Faktoren, eine Gelegenheitsstruktur für die Herausbildung und Etablierung des irregulären Pflegearbeitsmarktes bildeten. Die zentrale Fragestellung, die es zu beantworten galt, war, in welchem Kontext sich der Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit vollzieht und welche sozialstaatlichen Strukturen und Regime Einfluss auf die Gestaltung und Verteilung der Arbeit, der Arbeitsverhältnisse und der sozialen Rechte im privaten und im öffentlichen Bereich als den Sphären der unbezahlten und der bezahlten Arbeit haben. Im Sinne einer ganzheitlichen Analyse, wie sie theoretische Konzepte der Transmigrationsforschung (Cyrus 2000; Pries 1997) und des Intersektionalitätsansatzes (Becker-Schmidt 2007; Klinger/Knapp 2005) nahelegen, sollte deshalb das wohlfahrtsstaatliche Regime, also im Wesentlichen das System der Pflegevorsorge sowie das Arbeitsmarkt- und das Migrationsregime, auf ihre Effekte und Wechselwirkungen auf die Gestaltung, Reorganisation, Rekonfiguration und Neuverteilung von Arbeit analysiert werden. Insbesondere galt es, die Funktionen der Regime hinsichtlich der Verteilung von sozialen Rechten, die mit der Arbeit verbunden sind, zu identifizieren.

Die Nachfrage nach bezahlter Sorgearbeit ist im Wesentlichen durch soziodemographische Faktoren wie Alterung, Gesundheitszustand, Wohlstand und Bildungsniveau, Haushalts- und Familienstrukturen, den Wandel des Geschlechterverhältnisses und der Arbeitsteilung bestimmt. Die Ausgestaltung des Sozialschutzsystems und der öffentlichen Pflegevorsorge sowie das Verhältnis von Geld- und Sachleistungen haben wesentlichen Einfluss auf die Quantität und Qualität der professionellen Dienste und zugleich der Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen. Das Arbeits- und Sozialrecht bestimmt die Arbeitsbedingungen für die in der Pflege Beschäftigten, das Berufsrecht ermöglicht Professionalisierung und Qualitätssicherung. Zum anderen wirkt es stratifizierend und als Exklusionsmechanismus für In- und AusländerInnen, denen der Zugang zu den höher qualifizierten Arbeitsmarktsegmenten und zum Sozialschutzsystem nicht oder nur eingeschränkt gewährt wird. Der Transformationsprozess der unbezahlten Arbeit in bezahlte zieht also eine Vielzahl neuer Arbeitsteilungen nach Geschlecht, Klasse und Ethnie nach sich und ist wesentlich durch institutionelle Faktoren bestimmt.

Abbildung 19: Systematische Darstellung des Transformationsprozesses von unbezahlter in bezahlte Arbeit: Bestimmungsfaktoren auf die Ausformungen von Arbeit



Im Folgenden werden die Ergebnisse der Literaturanalyse und der ExpertInneninterviews hinsichtlich der Einflussfaktoren für die Herausbildung und Ausgestaltung der 24-Stunden-Pflege als einem Prozess der Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit noch einmal zusammenfassend dargestellt (siehe Abbildung 19). Im zweiten Teil des Kapitels wird der Legalisierungsprozess der irregulären Pflegearbeit analysiert. Auf der Grundlage der Analyse der Debatte um die 24-Stunden-Pflege im Laufe des Policy-Prozesses der Legalisierung wird die Artikulation und Durchsetzung von Interessen erörtert. Zuletzt werden die Effekte der gesetzlichen Neuregelung für die in der Pflege Arbeitenden, also für die weiterhin unbezahlt arbeitenden Angehörigen und Laien sowie jene, die bezahlt in mehr oder weniger sozial abgesicherten und professionellen Arbeitsverhältnissen beschäftigt sind, dargelegt.

Die 24-Stunden-Pflege ist ein Beispiel für die Entstehung eines vielfach fragmentierten Arbeitsmarktes und eines Systems von neuen Arbeitsteilungen, das aber keineswegs starr ist, sondern vielmehr flexibel an den Erfordernissen und Bedingungen orientiert, was zum einen die individuelle Leistung der Arbeitenden ist, zum anderen aber auch Ergebnis der Zuschreibung und Nutzung eines weiblichen oder nunmehr ethnisierten Arbeitsvermögens sowie hergestellt durch das Arbeitsmarkt-, Migrations- und Wohlfahrtsregime.

9.1 Einflussfaktoren auf die Transformation von unbezahlter in bezahlte Arbeit

Steigenden Ansprüche und Herausforderungen

Die Herausforderungen an das Politikfeld Langzeitpflege steigen. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird infolge der demographischen Alterung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark wachsen, zugleich ist aufgrund der Bevölkerungsstruktur und der Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen mit einer Abnahme der familiären Pflege zu rechnen. Heute werden rund 75% der Pflegebedürftigen von Angehörigen und informellen Betreuungspersonen versorgt. 2030 werden Prognosen zufolge nur mehr 50% der Pflegebedürftigen von Familienmitgliedern gepflegt (Mühlberger et al. 2008, 22). Umstritten ist zwar, ob künftige ältere Generationen ein Leben in besserer Gesundheit verbringen als heutige, in jedem Fall steigt aber der Pflegebedarf. Herausforderungen wie eine stark wachsende Zahl an Demenzkranken aufgrund der Tatsache der höheren Lebenserwartungen, Übergewichtigkeit, die Zunahme von Singlehaushalten und allein lebenden Männern sowie das Faktum, dass die Menschen immer länger zu Hause bleiben, verändern die Anforderungen an die Altenpflege auch qualitativ in starkem Ausmaß. Insgesamt steigen die Qualitätsansprüche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Der größere Wohlstand und ein höheres Bildungsniveau lassen sehr anspruchsvolle Generationen von zukünftigen Pflegebedürftigen erwarten (Stichwort 68er Generation, Baby Boomer), die aber immer weniger auf die Unterstützung von Angehörigen zurückgreifen werden können.

Ebenso steigen die Anforderungen der Kostenträger an die Leistungserbringer aufgrund der immer höheren Qualitätsansprüche, die einerseits durch die Berufseliten der Pflege- und Sozialberufe selbst hervorgerufen werden, um die Professionalisierung voranzutreiben, und andererseits aufgrund von Forderungen nach Kontrollen infolge von Mängeln und Missständen im öffentlichen Leistungsbereich, die stark skandalisiert werden. Die Professionalitäts- und Qualitätsansprüche verteuern und bürokratisieren aber das öffentliche System, zugleich wird der Kosten- und Effizienzdruck angesichts öffentlicher Budgetrestriktionen bei gleichzeitig wachsender Nachfrage größer. Das führt zu einem dazu, dass die Leistungserbringung auf die Bedürftigsten, d.h. die sozial Schwächsten, verengt wird, zum anderen die Dienste möglichst arbeitsteilig organisiert werden und das Maximum an niedrig qualifizierte und niedrig entlohnte Arbeitskräfte delegiert wird und die Arbeitsbedingungen sich tendenziell verschlechtern (Interview E5, Krajic et al. 2003, 31, 32f). Der Nachfrage nach professioneller regulärer Pflege sind aber enge Grenzen gesetzt, da sie zu einem hohen Anteil privat finanziert werden muss. Dem quantitativ begrenzten öffentlichen Angebot an Pflegediensten steht ein wachsender irregulärer Niedriglohnarbeitsmarkt gegenüber, der für Menschen mit ausreichendem Einkommen eine zufriedenstellende Versorgung bieten kann.

Effekte der Monetarisierung und Ökonomisierung von Sozialleistungen

Mit der Neuregelung der öffentlichen Pflegevorsorge 1994 und der Einführung des Pflegegeldes wurde zwar ein Ausbau der stationären und insbesondere der ambulanten Pflege in Gang gesetzt, zugleich war in den letzten 20 Jahren eine beträchtliche Zunahme der irregulären Arbeit in der häuslichen Pflege zu beobachten (Hammer/Österle 2001a; Hammer/Österle 2001b; Österle/Hammer 2004; Leichsenring/Stadler 2000; Mairhuber 2000, 174f; Schaffenberger et al. 1999; Schaffenberger/Pochobradsky 2004). Die Zahl der irregulären und legalisierten 24-Stunden-

PflegerInnen übersteigt bereits die Zahl der regulär bei den mobilen Diensten Beschäftigten. Geschätzte fünf Prozent der Pflegebedürftigen nutzen eine Rund-um-die-Uhr-Pflege, in Relation zu den InanspruchnehmerInnen von mobilen Diensten (rund ein Viertel der PflegegeldbezieherInnen) absorbiert diese Form der Pflege ein großes Arbeitskräftepotential (siehe S. 88, Tabelle 5,

Tabelle 12). Angesichts der zu erwartenden Verknappung des Personalangebotes ist die Forcierung dieses Modells demnach kritisch zu bewerten.

Das Sozialschutzsystem für ältere Menschen ist insgesamt stark geldleistungsorientiert. Zwar sind die Ausgaben für Pensionen im europäischen Vergleich sehr hoch, dennoch sind ältere Menschen – insbesondere Frauen – stark von Armut betroffen¹⁶⁵ (OECD 2009; Pochobradsky et al. 2005; Pacolet et al. 1999). Das österreichische Pflegevorsorgesystem ist durch Familienzentriertheit und eine starke Monetarisierung gekennzeichnet. Das Herzstück des Pflegesystems ist das Pflegegeld. Die Langzeitpflege ist im Gegensatz zu den Gesundheitsleistungen nicht in das Sozialversicherungssystem integriert, entsprechend hoch sind die privaten Kosten bzw. Selbstbehalte. Sachleistungen der staatlichen Pflegevorsorge sind relativ schwach ausgebaut bzw. ist der Zugang durch Selbstbehalte verengt. Die Kostenbeiträge sind auch für Menschen mit niedrigen Einkommen sehr hoch, ab einem gewissen Einkommensniveau ist irreguläre Pflege eine unbürokratische und wesentlich billigere Alternative (vgl. Österle/Hammer 2004, 95f; vgl. Simsa et al. 2004; siehe Kap. 3).

Seit den 1990er Jahren sind zwei Tendenzen in der öffentlichen Pflegeversorgung zu beobachten: zum einen die stärkere Förderung der häuslichen Pflege und der relative Abbau der stationären Versorgung, wenngleich in die stationären Dienste immer noch die meisten Mittel fließen, und zweitens ein Trend zur Monetarisierung, also zu Geldleistungen (vgl. Pacolet et al. 1999). Häusliche Pflege und ambulante Dienste werden aus humanitären und ökonomischen Gründen gegenüber der stationären Pflege stärker gefördert. Mit dem Pflegegeld sollte die häusliche Pflege besser unterstützt werden. Gegen die stationäre Versorgung sprechen hohe Kosten und der Verlust der Selbstbestimmtheit, Individualität und Privatheit durch diese Lebensform. Die meisten älteren Menschen wollen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und ein selbständiges Leben führen. Stationäre Dienste in Anspruch zu nehmen, ist für viele nur der letzte Ausweg (Berger-Schmitt 2003, 2; Mortensen/Tsolova 2006, 6). Die Einführung des Pflegegeldes steht im Zeichen der Tendenzen zur Monetarisierung (mehr Transferleistungen) und Ökonomisierung (Effizienzdruck, Marktorientierung) sozialer Sicherungssysteme, wie sie auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten sind. Das Pflegegeldsystem ist allerdings im Vergleich einzigartig hinsichtlich seiner Unreguliertheit und der hohen Dotierung, nur in Deutschland gibt es ein ähnliches System, auch hier ist die irreguläre Arbeit weit verbreitet (vgl. dazu Pacolet et al. 1999; Bachinger 2007). Die Verwendung des Pflegegeldes ist in keinsten Weise an die Inanspruchnahme einer Pflegeleistung gebunden. Lediglich in schweren

¹⁶⁵ Die Ausgaben für das Pensionssystem sind einer jüngsten OECD-Studien zufolge die zweithöchsten im Vergleich der OECD-Länder nach Italien. Besserverdienende profitieren aber in höherem Maß von den Ausgaben für die Alterssicherung als GeringverdienerInnen. Die Pensionen der GeringverdienerInnen liegen im OECD-Schnitt, jene der Höherverdienenden um einiges darüber: 78,5% in Österreich gegenüber 49,2 im OECD-Schnitt bei 150% des Durchschnittseinkommens (OECD 2009).

Missbrauchsfällen (Verwahrlosung) – sofern diese ans Licht kommen, denn es gibt keine Kontrollen - wird behördlich eingeschritten. Die Ungebundenheit des Pflegegeldes an das Sachleistungssystem wird vor allem mit dem Argument der Wahlfreiheit verteidigt. Das Pflegegeld soll für die Bezahlung von Angehörigen und anderen informellen Pflegepersonen verwendet werden können oder alternativ für den Zukauf professioneller Dienstleistungen. Allerdings ist es nur als Beitrag dazu konzipiert und der Deckungsgrad ist, wenn professionelle Dienste in Anspruch genommen werden müssen, sehr gering (vgl. Österle/Hammer 2004; Rechnungshof 2007).

Die Einführung des Pflegegeldes bedingte zwar eine Ausweitung der finanziellen Basis der öffentlichen Pflegevorsorge und es kam auch zu einem Ausbau der ambulanten Dienste sowie zu einem beträchtlichen Beschäftigungswachstum in diesem Bereich (Schaffenberger et al. 1999; Schaffenberger/Pochobradsky 2004). Die explizite Institutionalisierung der häuslichen Pflege bedeutete aber auch eine implizite Institutionalisierung der familiären und der irregulären Pflege (Mairhuber 2000, 180). Häusliche (ambulante) Pflege ist – zumindest auf den ersten Blick - kostengünstiger als stationäre, unter anderem, weil das informelle Pflegepotential besser abgeschöpft werden kann (Österle/Hammer 2004, 75f). Dabei werden allerdings die direkten und indirekten, privaten Kosten nicht berücksichtigt (Biffl 2006; Schneider/Österle 2003, 236). Es wird also Verantwortung für Pflege und Versorgung älterer Menschen privatisiert. So ersetzt der private Wohnraum nicht nur eine stationäre Einrichtung, sondern wird auch zum Arbeitsplatz für Pflegepersonen, was vielfach zusätzliche Belastungen durch den Mangel an Pflegehilfsmitteln und eine nicht kranken- oder behindertengerechte Wohnumgebung bedingt. Unzureichende Pflegequalität, mangelnde präventive und rehabilitative Pflege können zu höheren Folgekosten für das öffentliche Gesundheits- und Pflegesystem führen. Trotz des Pflegegeldes bleibt die Angehörigenarbeit vor allem unbezahlte Arbeit. Es war zwar eine Intention der Geldleistung, dass Pflegebedürftige es dazu verwenden, ein reguläres Beschäftigungsverhältnis zu einer Pflegeperson einzugehen, dazu ist es jedoch bei weitem zu gering dotiert. Die soziale Absicherung Pflegeleistender durch das Pflegegeld und die freiwillige Selbstversicherung bleibt prekär, sofern Angehörige nicht anderweitig abgesichert sind, beispielsweise durch die Ehe.¹⁶⁶ Ebenfalls unberücksichtigt bleiben die volkswirtschaftlichen Kosten und Folgekosten, die die Angehörigenpflege nach sich zieht. Die hohe physische und psychische Belastung durch die Pflege kann zu Erkrankungen, nachhaltigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Folgeschäden führen. Absenzen, die Reduktion der Erwerbsarbeitszeit oder auch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund von Pflegeverpflichtungen begünstigen die ohnehin schon vielfach diskontinuierlichen Erwerbsverläufe von Frauen und führen zu verminderter sozialer Absicherung. Berufstätige Pflegende sind zudem gefährdet, auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert zu werden. Potentielle Pflegeverpflichtungen könnten wie mögliche Kinderbetreuungspflichten in Zukunft zu einem weiteren Diskriminierungsfaktor werden (vgl. (Biffl 2006; Lamplmayr 2003; Schneider/Österle 2003, 236). Die starke Förderung der familiären Pflege geht auf Kosten der SorgeleisterInnen, die die zunehmend intensive Pflege ihrer Angehörigen übernehmen. Obwohl – vor allem im Zusammenhang mit dem Pflegegeld und dessen Ungebundenheit an das Sachleistungssystem - Wahlfreiheit propagiert wird, besteht diese für die Pflegeleistenden in

¹⁶⁶ Ein großer Teil der Pflegeleistenden sind EhepartnerInnen, die befragten Angehörigen in der o.g. ÖBIG-Studie waren zu 42% Ehe- oder LebenspartnerInnen, 66% leben in derselben Wohnung bzw. demselben Haus wie die gepflegte Person (Pochobradsky et al. 2005, Anhang, 2, 3).

vielen Fällen nur in eingeschränktem Maß. Viele Pflegende sind massiv in ihrer Teilhabe am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Leben eingeschränkt (vgl. Österle/Hammer 2004, 81f; Pochobradsky et al. 2005).

Unregulierte Geldleistungen haben tendenziell den Effekt, die Grenzen zwischen formeller und informeller bzw. irregulärer Arbeit zu erodieren. Sie fördern Ungleichheit sowohl im Zugang zu Leistungen als auch zwischen formellen und informellen Arbeitskräften. Die Monetarisierung begünstigt ein Segment niedrig qualifizierter Angebote durch den Markt oder Schwarzmarkt und bringt professionelle bzw. qualifiziertere Leistungen des öffentlichen Sektors und des Marktes unter Druck und damit auch die Beschäftigten. Für Pflegende wird der Zugang zum formellen Arbeitsmarkt tendenziell verengt und vor allem für geringer qualifizierte Frauen steigt der Anreiz informell zu pflegen, da die Opportunitätskosten sinken.

Das Sachleistungssystem begünstigt ein Abwandern der Zahlungskräftigeren und damit auch ein Abfließen des Pflegegeldes in die irreguläre Pflege. Die Selbstbehalte und Hürden im Sachleistungssystem sind für alle Einkommensgruppen durchwegs sehr hoch. Der Deckungsgrad des Pflegegeldes ist äußerst gering. Auch Menschen mit geringem Einkommen müssen bei Inanspruchnahme sozialer Dienste beträchtliche Kostenbeiträge bezahlen. Das Sachleistungssystem ist letztlich im dritten Netz verankert, d.h., die Kosten werden nach Verwertung des Einkommens und Vermögens der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen aus der Sozialhilfe finanziert (vgl. Krajic et al. 2005a; Leichsenring/Stadler 2000; Rechnungshof 2007; Wörister 2003). Bei stationärer Unterbringung bleibt vielen Pflegebedürftigen nur mehr ein Taschengeld, EhegattInnen müssen zuzahlen, das Vermögen – auch Grundbesitz und Eigenheime – sind zu verwerten. Bis 2008 waren in vielen Bundesländern auch die Kinder zu Kostenbeiträgen bei einer Heimunterbringung verpflichtet (siehe Tabelle 7). Diese Zuzahlungspflicht wurde aber weitgehend abgeschafft, der Anstoß dazu war die Debatte um die irreguläre Pflege.

Die Vermögensverwertung war einer der Hauptstreitpunkte der Auseinandersetzung um eine Förderung der legalen 24-Stunden-Pflege (Personenbetreuung). Um Verzerrungen gegenüber der stationären Pflege zu verhindern, sollte das Vermögen bei Inanspruchnahme einer Förderung für PersonenbetreuerInnen herangezogen werden. Der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz konnte sich aber nicht gegen den Widerstand des Regierungspartners ÖVP und der Länder durchsetzen, die Vermögensgrenzen für eine Förderung wurden schließlich aufgehoben. Damit ist die 24-Stunden-Pflege in einem weiteren Punkt attraktiver gegenüber dem stationären wie auch dem ambulanten Angebot. Die Bereitschaft, das Vermögen für Pflege aufzuwenden und daher unter Umständen nicht zu vererben, ist gering (Interview E1, E2). Mit dem Erbe wird nicht zuletzt eine persönliche Verbindlichkeit etabliert, die offenbar einer staatlichen Versorgung vorgezogen wird. Die Präferenz eines familialen Versorgungssystems ist zum Teil in der niedrigen Qualität des Sachleistungssystems begründet, vorrangig aber in dem Wunsch nach häuslicher Pflege und der geringen Zahlungsbereitschaft bzw. den hohen Kosten professioneller Dienste bei geringem Leistungsumfang. Das öffentliche Angebot bietet für Pflegebedürftige, die sich eine 24-Stunden-Pflege leisten können, keine attraktive Alternative.

Das Pflegerisiko ist im Vergleich zu den Lebensrisiken Krankheit, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit, die durch das Sozialversicherungssystem abgedeckt sind, nur rudimentär bzw. im zweiten sozialen Netz (Sozialhilfe) abgesichert. Die Verankerung im zweiten Netz bedingt letztlich, dass sämtliche private Einkommen und Vermögenswerte eingesetzt werden müssen, bevor eine öffentliche Finanzierung stattfindet. Allerdings ist das Geldleistungssystem (Pensionen, Pflegegeld) Österreichs im europäischen Vergleich sehr hoch dotiert. Der relativ niedrigen öffentlichen Verantwortung für Pflege bzw. dem hohen Anteil privater Finanzierung stehen hohe Ausgaben für Pensionen gegenüber (vgl. OECD 2009; Pacolet et al. 1999; siehe Kap. 3.3). Dennoch sind vor allem Frauen stark armutsgefährdet (Pochobradsky et al. 2005). Das Sozialversicherungssystem wirkt insgesamt statuserhaltend und tendenziell stratifizierend. Obwohl in den letzten Jahren vor allem bei den sozialen Diensten ein Ausbau vonstatten ging, ist die öffentliche Verantwortung für Pflege insgesamt dennoch auf niedrigem Niveau. Der Ausbau der institutionellen Pflege ist in den Anfängen. Das bestehende Geldleistungssystem und die hohen Selbstbehalte im Sachleistungssystem fördern informelle und irreguläre Pflege (Driest 2006, 106; Leichsenring/Stadler 2000, Hammer/Österle 2001a; Hammer/Österle 2001b; Österle/Hammer 2004, 84f; Stelzer-Orthofer/Jenner 2004, 90f).

Die Herausbildung der 24-Stunden-Pflege

Die Funktionalität von Illegalisierung

Bis 2006 bestand offenbar kein politischer Wille zur Legalisierung von irregulärer migrantischer Arbeit, vielmehr kann von einer Laissez-faire-Politik gesprochen werden, denn die Tatsache der 24-Stunden-Pflege war durchaus bekannt (vgl. Hammer/Österle 2001b). Ähnlich wie Schierup et al. für Italien darstellen, wurde in Österreich eine Laissez-faire Politik hinsichtlich der Arbeitsmarkt- und Immigrationspolitik im Bereich der Haus- und Sorgearbeit betrieben, die durch Nicht-Regulation und Informalität gekennzeichnet ist (Schierup et al. 2006, 151f, 163f). Irreguläre Arbeit in der Pflege und Betreuung wurde weitestgehend geduldet. Anzeigen und Kontrollen blieben die Ausnahme und lokale Phänomene (z.B. wurde in Wien von AgenturleiterInnen und ExpertInnen von Anzeigen berichtet), vor allem aber wurde die Thematik nie so breit diskutiert, wie das im Zuge des Nationalratswahlkampfes im Jahr 2006 geschah, was letztlich auch ein Abgehen von der Politik des Wegschauens bedingte, die durchaus funktional im Sinne der Herstellung eines kostengünstigen Arbeitsmarktsegmentes war und daher im Interesse sowohl der KlientInnen als auch der politisch Verantwortlichen, insbesondere der Länder und Gemeinden, die speziell eine anspruchsvollere Klientel aufgrund der Budgetrestriktionen nicht mit dem öffentlichen Angebot zufriedenstellen konnten (Quelle: Interviews; vgl. auch Krajic et al. 2003; Simsa et al. 2004).

Die Illegalisierung und Informalisierung bestimmter Beschäftigungssegmente verbilligt die Arbeitskraft und ermöglicht hohe Flexibilität im Vergleich zu regulärer Beschäftigung. Zudem ist die private Nachfrage nach haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen hochgradig durch den Preis determiniert. Bei steigenden Preisen würde die Nachfrage sinken. Die (unbedingt) notwendige Arbeit müsste von Familienangehörigen in Form unbezahlter Arbeit oder aber staatlich erbracht bzw. finanziert werden. Ein Teil der Arbeit würde nicht verrichtet, was zumindest eine

Minderung des Wohlstandes und der Lebensqualität bedeutete oder aber auch zu schweren Mängeln in der Versorgung von Pflegebedürftigen führen könnte. Inwieweit die Arbeit gesellschaftlich notwendig ist und inwieweit wohlstands- und anspruchsbabhängig, ist jedoch relativ (vgl. Anderson 2006, 28f; Geissler 2002). Es wurden bis heute keine Qualitätsstandards für die Pflege und schon gar nicht für die Betreuung und Haushaltstätigkeiten definiert, die legistische Definition von Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang mit der PflegegeldEinstufung ist primär auf körperliche Defizite und den daraus folgenden Bedarf an Verrichtungen abgestellt (Amann 2007, 1f).

Das öffentliche Angebot geht an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen offenbar vorbei. Das geht aus den ExpertInneninterviews und den Interviews mit KlientInnen und Angehörigen hervor. Menschen mit ausreichendem Einkommen ziehen häufig nicht einmal in Erwägung, auf offizielle Dienste zurückzugreifen. Die 24-Stunden-Pflege ist eine sozial anerkannte Form und wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Es gibt weder hinsichtlich der Irregularität der Arbeit (Schwarzarbeit), also aufgrund der Tatsache, dass Steuern und Abgaben nicht abgeführt werden, noch in Bezug auf die Vorenthaltung sozialer Rechte für die Beschäftigten (Stichwort Ausbeutung, Dienstbotengesellschaft) gravierendere Bedenken. Insofern wurde die Debatte um die Verrechtlichung mehr oder weniger als Spitzfindigkeit betrachtet und ein Anspruch der PflegerInnen auf soziale Rechte negiert.

Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen Illegalisierung, Familialisierung und Unsichtbarmachung von bezahlter Arbeit im Haushalt. Zum einen ist für illegalisierte Arbeitskräfte der private Haushalt ein optimaler Arbeitsplatz, da er kaum öffentlicher Kontrolle unterworfen ist (z.B. durch KIAB, Arbeitsinspektorate usw.). Zum anderen bleibt für die BeschäftigtenInnen die Intimität gewahrt, wenn sie eine illegalisierte – also zum Schweigen verpflichtete – Arbeitskraft beschäftigen. Persönliche Unzulänglichkeiten und Peinlichkeiten, die gerade mit Alter und Hinfälligkeit verbunden sind, aber auch Missstände, wie Verwahrlosung von sorgebedürftigen Personen und Gewalt gegen sie, bleiben im Verborgenen (vgl. Kuss/Schopf 2007). Umgekehrt sind auch PflegerInnen von Gewalt und sexuellen Übergriffen betroffen (vgl. Caixeta et al. 2004, 74f; Cyrus 2005, 19f; Lutz 2003, 10, 21f).

Warum wird 24-Stunden-Pflege genutzt?

Die Befragungen ergaben, dass der Hauptgrund für den Einsatz von 24-Stunden-Pflege der starke Wunsch, im eigenen Heim bleiben zu können, ist. Auch die schnelle und einfache Verfügbarkeit von irregulären und informellen Diensten und Informationsdefizite hinsichtlich der öffentlichen Angebote verschaffen der 24-Stunden-Pflege einen immensen Konkurrenzvorteil. In manchen Kreisen scheint die Inanspruchnahme von irregulären Diensten so verbreitet zu sein, dass eine Alternative nicht einmal bedacht wird. Der Nutzung einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung liegt nicht in jedem Fall eine unbedingte Notlage oder Alternativlosigkeit zugrunde. Vielmehr haben sich Gelegenheitsstrukturen und Netzwerke herausgebildet, die 24-Stunden-Pflege zu einer gängigen Dienstleistung werden ließ, die selbstverständlich und unreflektiert in Anspruch genommen wird, so wie das z.B. auch für eine *Putzfrau* gilt. Schwarzarbeit ist sozial akzeptiert. Irreguläre Arbeit dient außerdem der Reproduktion von Wohlstand und Status und der Erfüllung relativ hoher Ansprüche der Gepflegten und ihrer

Angehörigen, was die Haushaltsführung, die Qualität der Betreuung usw. anbelangt. Bedarf und Bedürfnis sind also relativ und subjektiv, abhängig von sozialen Leitbildern und Milieus (vgl. Anderson 2006, 28f; Geissler 2002). Andererseits ist die häusliche Pflege in einigen Fällen sehr erschwert, zum einen durch eine ungeeignete Wohnumgebung und mangelnde Pflegehilfsmittel, zum anderen ist die Pflegeintensität hoch. So sind bei Menschen mit psychischen Problemen oder kognitiven Beeinträchtigungen die Arbeitsbedingungen gerade für Pflegenden ohne entsprechende Ausbildung, Deutschkenntnisse und Supervision oder Begleitung äußerst belastend. Manchen PflegerInnen werden damit sehr harte Arbeitsbedingungen aufgebürdet. Trotzdem wird von Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zum Teil ein hohes Maß an Einbußen an Lebens- und Pflegequalität in Kauf genommen und den Pflegekräften sehr viel abverlangt, um eine häusliche Pflege aufrechtzuerhalten.

Stationäre Pflege wird vom Großteil der Betroffenen stark abgelehnt. Nach ExpertInnenmeinungen spielen aber auch die Selbstbehalte bei stationären Diensten eine starke Rolle (Interview E1, E2). Ein Teil der Befragten hat nie ein öffentliches Angebot in Anspruch genommen, die 24-Stunden-Betreuung ist in der Familie oder im Bekanntenkreis bereits so etabliert, dass gar keine andere Lösung in Betracht gezogen wird. Personen, die Erfahrungen mit stationären oder ambulanten Diensten gemacht haben, schätzen diese eher negativ und unzureichend ein. Im Gegensatz dazu werden KundInnenbefragungen zufolge die sozialen Dienste positiv bewertet (Interview E2). Das lässt den Schluss zu, dass die Abwertung des öffentlichen Angebotes durch NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege auch auf einen gewissen Rechtfertigungsdruck zurückzuführen ist. Eine ähnliche Legitimationsfigur ließ sich im öffentlichen Diskurs um die Legalisierung der 24-Stunden-Pflege erkennen.

9.2 *Der Diskurs um die 24-Stunden-Pflege*

Der öffentliche Diskurs um die 24-Stunden-Pflege, der im Nationalratswahlkampf 2006 begann und während der folgenden Gesetzgebungsperiode und des Prozesses der Legalisierung und der Regulierung andauerte, war dominiert von der Behauptung der Alternativlosigkeit dieser Form der Betreuung. Jene Stimmen, die dieser Darstellung kritisch gegenüberstanden, konnten wenig entgegensetzen. Die mediale Darstellung war von emotionalen Bildern dominiert, denen gegenüber sachliche Argumente schwer ins Feld zu führen waren. Davon blieb auch die politische Auseinandersetzung nicht unbeeinflusst. Der ÖGB bzw. die Fachgewerkschaften, die AK sowie die SPÖ konnten sich mit ihren Bestrebungen, die 24-Stunden-Pflege als unselbständige Beschäftigung zu verrechtlichen, nicht durchsetzen bzw. scheiterte dieses Modell, obwohl es rechtlich ermöglicht wurde, faktisch an seiner Unattraktivität – vor allem aufgrund der Rigidität der arbeitsrechtlichen Bestimmungen und weil es teurer ist – gegenüber dem sogenannten Selbständigen-Modell. Damit setzte sich jenes Modell durch, das nicht zuletzt von der Wirtschaftskammer stark befürwortet worden war, wohl auch, weil sie damit neue Mitglieder und somit Einnahmen lukrierte. Das Engagement der Wirtschaftskammer ist aber abgesehen von diesen Gründen, wohl mehr unter grundlegenden Aspekten der Förderung von Kleinunternehmertum und Atypisierung (Stichwort Scheinselbständigkeit) der Wirtschaftskammer wie auch der ÖVP zu interpretieren.

Die Alternativlosigkeit der 24-Stunden-Pflege wurde im öffentlichen Diskurs auf mehreren Ebenen argumentiert. Zum einen wurde die Zunahme der irregulären Pflege auf die schlechte bzw. unzureichende öffentliche Versorgung zurückgeführt. Die ambulante, professionelle Pflege sei zu arbeitsteilig organisiert und daher bürokratisch und teuer und eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung nicht möglich. Es wurde auch argumentiert, die Pflegeversorgung wäre ohne ausländische PflegerInnen nicht aufrechtzuerhalten. Letztlich gäbe es gar nicht ausreichend inländisches Personal bzw. wäre dieses nicht bereit, zu den in der 24-Stunden-Betreuung üblichen Bedingungen und Löhnen zu arbeiten. Implizit wurde dem inländischen Personal damit Faulheit oder Unwilligkeit unterstellt und mit einem idealisierten und ethnisierten Bild der ausländischen Pflegerin kontrastiert, wobei ausgeblendet wurde, dass die Arbeitskraft der MigrantIn nur aufgrund des Lohnunterschiedes und der Vorenthaltung sozialer Rechte kostengünstiger ist.

Die Ansprüche der NutzerInnen von irregulärer Arbeit wurden kaum reflektiert, sondern vielmehr als Standard idealisiert. Soziale Rechte für Pflegekräfte blieben weitgehend ausgeblendet oder wurden lediglich unter dem Aspekt der Verteuerung abgehandelt. In den Vordergrund wurden hingegen Finanzierungs- und organisatorische Probleme der Spezialisierung und Professionalisierung gestellt. Die Arbeit wurde feminisiert und in die Nähe zur unbezahlten Arbeit gerückt und argumentiert, dass es keiner Ausbildung bedürfe um sie zu tätigen. Als Beleg dafür wurde angeführt, dass der allergrößte Teil der Pflege Angehörigen bzw. Laien geleistet werde. Die 24-Stunden-Pflege sei ein Ersatz der Angehörigenpflege und professionelle Dienste wären daher gar nicht tangiert. Dennoch wurden mit dieser Argumentationsfigur die traditionell feminisierten Pflege- und Sozialbetreuungsberufe massiv abgewertet. Von BerufsvertreterInnen wurde befürchtet, Pflegestandards würden unterlaufen werden und die Qualität leiden. Diesen Argumenten wurde wieder das Funktionieren der Angehörigenpflege und die daraus erkennbare Überflüssigkeit einer Qualifikation entgegengehalten.

Die Kritik an der unzureichenden öffentlichen Versorgung machte keinen Unterschied zwischen Arbeitskräfte- und Pflegeangebot. Das Sachleistungsangebot ist durch die Budgetrestriktionen der öffentlichen Hände (Ländern und Gemeinden) verengt. Die Wahlfreiheit, mit der das Pflegegeld propagiert wird, ist faktisch nicht gegeben, weil der Deckungsgrad viel zu niedrig ist, reguläre Dienste können daraus schwerlich finanziert werden, jedenfalls nicht im selben Ausmaß wie eine 24-Stunden-Betreuung. Die hohe Arbeitsteiligkeit, die in der Praxis stark kritisiert wird, ist in den Effizienzvorschriften der Kostenträger begründet, es muss die kostengünstigste Berufsgruppe entsprechend der zu verrichtenden Tätigkeit eingesetzt werden. Der hohe Spezialisierungsgrad perpetuiert aber wieder Vorurteile gegen die Berufe. So wird dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal vorgeworfen, keine hauswirtschaftlichen Tätigkeiten vorzunehmen, während die Angehörigen dieser Berufsgruppe sich um Abgrenzung von eben diesen berufsfremden Tätigkeiten bemühen, um ihren professionellen Status zu halten. Zudem führen gerade die Effizienzvorschriften der öffentlichen Kostenträger dazu, dass mehrere Berufsgruppen und daher Personen bei einer KlientIn tätig sind. Um den Einsatz zu vieler Personen zu verhindern, wurde unter anderem die Delegation an die Pflegehilfe und die Sozialbetreuungsberufe ausgeweitet.

Die Diskussion um die Professionalisierung und Standardisierung überdeckte die Frage um soziale Rechte – also eine angemessene Entlohnung, geregelte Arbeitszeiten, Sozialversicherung usw. Die Legalisierung der 24-Stunden-Pflege wurde vollständig an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert, die Arbeitskräfte in der irregulären Pflege hatten so gut wie keine Mitsprache bei der Gestaltung ihrer Arbeitsverhältnisse. Ein Grund liegt in der mangelnden Interessenvertretung der illegalisierten Arbeitskräfte. Die irregulären Pflegekräfte sind in die Gesetzgebung und öffentlichen Diskurse nicht eingebunden, sie verfügen über keine Interessenartikulation und -vertretung. Sowohl am öffentlichen Diskurs als auch in der Gesetzgebung sind die Berufs- und Interessenvertretungen (Gewerkschaften, AK) sowie die ArbeitgeberInnen (z.B. Wohlfahrtsverbände, Non-Profitorganisationen) der beruflich organisierten ArbeitnehmerInnen beteiligt. Diese Gruppen verfolgten offenbar das Interesse, den regulären Arbeitsmarkt von prekären Arbeitsverhältnissen abzugrenzen. Die häusliche 24-Stunden-Pflege ist ohnehin ein nur sehr kleines Segment, was die Nachfrage betrifft und hätte durch die sozialen Dienste mit kollektivvertrags- und arbeitsrechtlich konformen Beschäftigungsverhältnissen nicht zu den gängigen Preisen bedient werden können. Dieses Segment wurde MigrantInnen ohne Zugang zum regulären Arbeitsmarkt überlassen, der reguläre Arbeitsmarkt geschützt bzw. ein prekäres Arbeitsmarktsegment geschaffen, das keine direkte Konkurrenz für die im ersten Arbeitsmarkt Beschäftigten darstellt, da es für diese unattraktiv ist. Die Betonung der Professionalität grenzte die offiziellen Dienste von der 24-Stunden-Pflege ab und rückte diese zugleich in die Nähe der unbezahlten, ohne soziale Rechte ausgestatteten Angehörigenarbeit.

Hinsichtlich des Pflegeangebotes – also des Sachleistungssystems – kam es kaum zu Änderungen. Zwar wurde im Laufe der Debatten um die Selbstbehalte für die 24-Stunden-Pflege auch die hohen privaten Kosten für Pflegeheime und mobile Dienste thematisiert, obwohl mehr Pflegebedürftige von der Qualität und den Kosten des Sachleistungssystems betroffen sind, wurden deren Interessen wenig artikuliert und wahrgenommen, im Vergleich zu jenen der NutzerInnen von 24-Stunden-Pflege, die nur einen geringen Anteil der Pflegebedürftigen darstellen (schätzungsweise fünf Prozent). Die SeniorInnenvertreter setzten sich für eine möglichst kostengünstige 24-Stunden-Pflege und eine entsprechende Förderung sowie für eine Erhöhung des Pflegegeldes ein.

9.3 Die Regulierung der 24-Stunden-Pflege - Analyse des Policy-Prozesses

Die Regierungsarbeit des Kabinetts Gusenbauer war insofern erfolgreich, als das gesteckte Ziel des Regierungsprogramms erreicht wurde, eine gesetzeskonforme Beschäftigung von 24-Stunden-PflegerInnen zu ermöglichen, ohne dass die bis dahin gängige Praxis eingeschränkt werden musste. Während hinsichtlich des Amnestiegesetzes, des Hausbetreuungsgesetzes und des Gesundheitsberuferechtsänderungsgesetzes relativ schnell ein politischer Konsens zwischen den Regierungsparteien SPÖ und ÖVP hergestellt wurde, war die Auseinandersetzung um die Finanzierung des Fördermodells für die 24-Stunden-Pflege langwierig.

Die politische Auseinandersetzung betraf im Wesentlichen folgende Materien:

- das Ausländerbeschäftigungsgesetz, also die Regulierung von Arbeitsmigration bzw. den Arbeitsmarktzugang für EU-BürgerInnen aus den neuen Mitgliedsstaaten

- das Arbeits- und Sozialrecht und die Frage, ob häusliche Haus- und Pflegearbeit als unselbständige Beschäftigung, also als Normalarbeitsverhältnis mit den sozialen Rechten, die dieses bietet, verrechtlicht wird oder als selbständige Arbeit, also in Form von Kleinunternehmertum.
- das Berufsrecht und die Frage inwieweit die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie die Sozialbetreuungsberufe berufsrechtlich geschützt sind und Tätigkeiten diesen Berufen vorbehalten sein sollen und sie damit zur unbezahlten Laienarbeit abgegrenzt werden.
- die Förderung der 24-Stunden-Pflege.

Hinsichtlich der Aufhebung des Arbeitsmarktschutzes für die 24-Stunden-Pflege äußerte der ÖGB Bedenken. Während der Arbeitsmarktschutz – insbesondere in männlich dominierten Branchen - ansonsten ein sehr umkämpftes Thema ist, wurden aber sonst kaum Proteste laut. Andererseits wurde mit der Legalisierung der 24-Stunden-Pflege und dem Arbeitsmarktzugang ausschließlich für diese Gruppe von Arbeitskräften die Problematik der qualifizierten Zuwanderung in keinsten Weise gelöst. Die Zugangsbeschränkungen für den regulären Arbeitsmarkt durch die Übergangsbestimmungen, das Berufsrecht sowie die Schlüsselarbeitskräfteregelung gelten weiterhin. Die Arbeit in der 24-Stunden-Betreuung ist weniger attraktiv für qualifiziertes Personal, vor allem wenn dieses in anderen EU-Staaten Zugang zu regulären Arbeitsplätzen hat. In Zukunft ist aber mit einem Mangel an qualifiziertem Personal zu rechnen. Während in anderen – insbesondere männlich dominierten - Branchen immer wieder nach der Aufhebung von Zugangsbeschränkungen und sogar Anreizen für den Zuzug an qualifiziertem Personal gefordert wird (EU Debatte um die Blue-Card 2008; Cerna 2008; siehe S. 36), waren im Bereich der Pflege- und Gesundheits- sowie der Sozialbetreuungsberufe keine derartigen Bestrebungen vorhanden.

Die arbeits- und sozialrechtliche Regulierung der 24-Stunden-Pflege gestaltete sich ganz im Sinne der Vorstellungen der ÖVP und der Wirtschaftskammer Österreich. Das Selbständigen-Modell wurde nicht nur rechtlich ermöglicht, sondern gegenüber der unselbständigen Beschäftigung auch attraktiver gestaltet, mit dem Ergebnis, dass das Modell der unselbständigen Beschäftigung kaum Anwendung fand. Zwar wurde von ExpertInnen immer wieder auf die mögliche Rechtsunzulässigkeit und damit einhergehende Klagen und Rückforderungen, mit denen die InanspruchnehmerInnen von 24-Stunden-Pflege rechnen müssten, verwiesen, bislang kam es jedoch zu keinerlei diesbezüglichen Klagen, sodass diese Frage nicht ausjudiziert ist. De facto ist mit dem Selbständigen-Modell, also der Ermöglichung der Personenbetreuung als Gewerbe, das unselbständige Normalarbeitsverhältnis in einem weiteren Bereich erodiert und zwar gerade in einem, in dem es bislang kaum unselbständig Beschäftigte (nach dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz) gab, weil die Arbeit unbezahlt und familiär oder informell und irregulär geleistet wurde. Mit der Etablierung eines einem Normalarbeitsverhältnis nahe kommenden Modells, wie auch von der SPÖ und ÖGB zu Beginn favorisiert, hätten Standards des Sozialschutzes für Beschäftigte im Privathaushalt erreicht und zudem möglicherweise qualitätsvolle, attraktive Arbeitsplätze in einem Beschäftigungssegment mit Wachstumschancen geschaffen werden können. Durch die Neuregelung wurde aber nur die Einbindung in das Sozialversicherungssystem als Gewerbetreibende bewirkt, arbeitsrechtliche Bestimmungen gelten nicht. Dabei wären gerade in diesem zum Teil sehr belastenden Arbeitsfeld

ArbeitnehmerInnenschutz und entsprechende Kontrollen von großer Wichtigkeit, nicht zuletzt im Interesse der KlientInnen und der Qualität ihrer Pflege und Betreuung. Die arbeits- und sozialrechtlichen Bedingungen der 24-Stunden-Pflege waren allerdings durch das vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit entworfene Hausbetreuungsgesetz schon fixiert und so blieb dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz nur mehr eine Lenkung in Richtung unselbständiger Beschäftigung mittels einer Förderung zu erreichen. Letztlich gelang aber auch das nicht.

Auch das Berufsrecht wurde durch die Neuregelung aufgeweicht. Der Berufsschutz als bedeutendes Instrument, um die Professionalisierung voranzutreiben, wurde in diesem Bereich faktisch außer Kraft gesetzt, denn die Kompetenzen der PersonenbetreuerInnen wurden sehr ausgeweitet, sodass sie den Tätigkeitsbereich der Sozialbetreuungsberufe und weitestgehend auch der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe abdecken. BerufsvertreterInnen konnten ihre Interessen insofern nicht verteidigen. Mit der Ausweitung der Kompetenzen, die nun ebenfalls für die persönliche Assistenz gilt, wurde auch den Forderungen von BehindertenvertreterInnen nachgekommen.

Negative Konsequenzen für den regulären Arbeitsmarkt wurden zwar sowohl von BerufsvertreterInnen, den sozialen Diensten sowie der ArbeitnehmerInnenvertretung in den Stellungnahmen zu den Ministerialentwürfen und in den Medien artikuliert, von den politischen AkteurInnen aber kaum aufgenommen.

Hinsichtlich der Finanzierung der 24-Stunden-Pflege konnten die Länder ihren Anteil an der Finanzierung der Förderung mit 40% (der Zuschuss des Bundes wurde auf einen Anteil von 60% festgelegt) durchsetzen, gleichwohl die 24-Stunden-Pflege im eigentlichen Sinne eine Sachleistung darstellt, die in den Aufgabenbereich der Länder fallen würde. Mit dem Anliegen durch die Gestaltung der Förderung der 24-Stunden-Pflege keine Schlechterstellung des Sachleistungssystems zu erreichen, konnte sich BM Erwin Buchinger ebenfalls nicht durchsetzen. Die Selbstbehalte und der Rückgriff auf Angehörige bestehen im Sachleistungssystem weiterhin, bei der Förderung der 24-Stunden-Pflege aber nicht. Das Ziel lediglich die Legalisierungskosten, d. s. im Wesentlichen die Beiträge zu Sozialversicherung, zu fördern, nicht aber den Kreis der BezieherInnen auszuweiten, wie im Regierungsprogramm vorgesehen (vgl. Rupp/Schmid 2008, 3), wurde erreicht. In der öffentlichen Darstellung wurde diese Intention, das 24-Stunden-Modell keineswegs für alle Pflegebedürftigen zu finanzieren, sondern nur jene zu fördern, die sich schon bislang diese Form der Betreuung leisten konnten - auch von der ÖVP – nicht offen dargelegt. Im Gegenteil wurde der Eindruck erweckt, die Finanzierung der 24-Stunden-Pflege für eine breitere Gruppe scheitere am politischen Unwillen der SPÖ bzw. des BMSK.

9.4 Politikfeld Langzeitpflege - Folgen der Transformation von unbezahlter in bezahlter Arbeit

Legalisierung und Dekommodifizierung – soziale Rechte für die Pflegekräfte

Durch die Anzeigen im Jahr 2006 und die darauf folgende Debatte im Wahlkampf geriet die informelle und irreguläre Arbeit aus dem klandestinen Bereich des Privaten ans Licht der Öffentlichkeit. Damit wurden Fragen der Formalisierbarkeit der Haus- und Sorgearbeit und der Verknüpfung mit sozialen Rechten (Dekommodifizierung) aufgeworfen. Insbesondere in Wohlfahrtsstaaten, in denen der Sozialschutz vorrangig aus der Erwerbsarbeit abgeleitet ist, wie das in Österreich der Fall ist, hat das Normalarbeitsverhältnis besondere Bedeutung. Private, unbezahlte Haus- und Sorgearbeit ist hingegen lediglich indirekt über die Ehe abgesichert. Das Problem der Dekommodifizierung von Haus- und Sorgearbeit weist über die engen Grenzen des (idealtypischen) Normalarbeitsverhältnisses hinaus, sowohl was den Ort der Arbeit (das Private) als auch die Zeit, die Bedingungen und Erfordernisse der Arbeit (Entgrenzung, Gefühlsarbeit, Subjektivität) anbelangt. Das müsste aber nicht bedeuten, dass soziale Rechte aufgrund der Tatsache, dass die Arbeitsbedingungen von der Norm abweichen, nicht gewährt werden können, im Falle der Haus- und Sorgearbeit gelingt es allerdings, diese Abweichung als nicht formalisierbar und unbezahlbar zu konstruieren. Je größer die Nähe zur unbezahlten Arbeit ist, desto eher werden soziale Rechte und die Bezahlung der Arbeit prinzipiell in Frage gestellt, die Arbeit wird familialisiert oder hausfrauisiert. An die häusliche Pflege werden die Ansprüche der privaten und familiären Arbeit gestellt, nämlich der Einsatz der ganzen Person und Subjektivität rund um die Uhr (siehe dazu S. 31).

Ein derart exklusives Eins-zu-Eins-Betreuungsverhältnis, wie es bei der 24-Stunden-Pflege verlangt wird, ist aber über längere Zeiträume nicht in bestehende Kollektivvertragsmodelle zu integrieren. Die erforderliche Flexibilität der Tätigkeit ist nicht mit arbeitsrechtlichen Bestimmungen vereinbar und eine kollektivvertragskonforme Entlohnung für die meisten BeschäftigtenInnen nicht finanzierbar. Es gelang zwar durch die Gesetzesänderungen unselbständige Beschäftigung zu ermöglichen, allerdings wurde diese faktisch durch die zugleich erfolgte Einführung des Personenbetreuungsgewerbes und die Gestaltung der Förderung wieder unterminiert. Beim Selbständigen-Modell müssen arbeitsrechtliche Vorschriften nicht eingehalten und kein Kollektivvertragslohn bezahlt werden. Dieses Modell wurde als wesentlich kostengünstiger dargestellt, der Kostenvorteil besteht aber vor allem aus der Differenz zum Kollektivvertragslohn (der Nettokollektivvertragslohn macht rund 900 Euro monatlich aus!). Um dasselbe Einkommen wie bei unselbständiger Beschäftigung zu erhalten, müsste die selbständige Betreuungskraft 60 Euro Tagessatz erhalten, das Angestellten-Modell wäre dann unter Berücksichtigung der Förderung um rund zehn Euro pro Tag teurer. Die Lohnnebenkosten machen also keinen so großen Kostenunterschied, wie in der Öffentlichkeit kommuniziert wurde, da war von den doppelten bis dreifachen Kosten der unselbständigen Beschäftigung die Rede. Dennoch setzte sich die selbständige Pflege durch, wohl aufgrund des Kostenvorteils, vor allem aber wegen der arbeitsrechtlichen Restriktionen bei unselbständiger Beschäftigung. Dabei wäre gerade die belastende Pflegearbeit ein schützenswerter Bereich. ArbeitnehmerInnenschutzrechte, wie Arbeitszeitbestimmungen, Urlaubsanspruch, Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall usw. würden die Beschäftigten vor Überlastung schützen und verhinderten auch mögliche negative

Folgewirkungen und Qualitätseinbußen für die KlientInnen (siehe S. 92 f). Die Einhaltung arbeits- und kollektivvertraglicher Bestimmungen würde aber die Organisation der 24-Stunden-Pflege komplizieren, andererseits weisen die Vermittlungsnetzwerke eine hohe Flexibilität auf und haben in der Vergangenheit bewiesen, Ausfälle sehr gut kompensieren zu können. Mit dem entsprechenden politischen Willen hätte das Modell der unselbständigen Beschäftigung mittels finanzieller Anreize attraktiver gestaltet werden können. Dem standen aber nicht nur eine mangelnde Bereitschaft zur Finanzierung von Länder- wie von Bundesseite entgegen, sondern offenbar auch Interessen an der Etablierung bzw. Ausweitung atypisierter Beschäftigungsmodelle.

Die gesetzliche Regulierung ist dennoch eine Verbesserung für viele BetreuerInnen. Immerhin haben sie legalen Status und sind in die Sozialversicherung integriert, was ihnen sogar einen Pensionsanspruch verschafft. Wie die Zahl der Anmeldungen zeigte, ist die Legalisierungspolitik auch als gelungen zu bezeichnen. Es kann geschätzt werden, dass ein Drittel bis maximal die Hälfte der Rund-um-die-Uhr-Betreuungsverhältnisse legalisiert sind. Die Arbeitsbedingungen haben sich aber kaum verändert, es gibt keinen Schutz vor Überlastung und Ausbeutung und keine Kontrollen. Das ist auch darin begründet, dass die häusliche Pflege als Privatangelegenheit gesehen und ein Eingriff in diese abgelehnt wird. Es besteht der Anspruch, dass das Pflegegeld zur freien Verfügung und entsprechend auch für irreguläre Arbeit verwendbar sein soll (Ergebnisse Interviews). Diese Ansprüche wurden ja auch die letzten Jahrzehnte unter dem Schlagwort der Wahlfreiheit propagiert.

Bezahlte Hausarbeit ist nur bei großen Einkommensdifferenzen, d.h. in einer stark hierarchisierten Klassengesellschaft, möglich. Diese Lohndisparität wird in Europa weniger innerhalb eines Staates, als durch Einkommensunterschiede zu anderen Ländern und unter Vorenthaltung sozialer Rechte (Schwarzarbeit) erreicht. Mit der zu erwartenden Angleichung des Lohnniveaus kompensiert nur noch der Entfall der Lohnnebenkosten das geringe Einkommen und das Arbeitskräfteangebot wird sich realistischerweise in weiter entfernte Länder verlagern.

Bis zur Legalisierung der 24-Stunden-Pflege wurde eine große Lohndifferenz noch durch die Umgehung von Lohnnebenkosten bzw. durch den Ausschluss von sozialen Rechten durch Illegalisierung erreicht. Ein Schließungsinstrument – die Beschränkung des Arbeitsmarktzuganges - kann nach dem EU-Beitritt der Herkunftsländer nur mehr bis 2011 aufrechterhalten werden (weiterhin bleibt die Exklusion durch bürokratische Hürden und Kosten, die mit Hilfe des Berufsrechtes aufrechterhalten wird). Entsprechend war es eine konsistente Strategie, rechtzeitig ein Selbständigen-Modell zu etablieren, das den Kostenvorteil gegenüber unselbständiger Arbeit weiter aufrechterhält. Im Sinne der Förderung von qualifizierter Arbeitsmigration, die längerfristig aufgrund der demographischen Alterung hochnotwendig sein wird, ist die Schließung des Arbeitsmarktes allerdings kontraproduktiv.

Frauenpolitische Überlegungen zur 24-Stunden-Pflege

Aus frauenpolitischer Sicht betrifft die Institutionalisierung der 24-Stunden-Pflege als bezahlte Haus- und Sorgearbeit drei zentrale Anliegen:

- (1) die Verberuflichung und Vergesellschaftung der Haus- und Sorgearbeit und damit einhergehend die Aufwertung und Professionalisierung von traditionell feminisierten Berufen.
- (2) Die Aufhebung der geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung.
- (3) Die Bekämpfung der Zuschreibung von Haus- und Sorgearbeit.

Als neue Ungleichheitsachse treten Klasse und Ethnie hervor, wenn unbezahlte in bezahlte Arbeit transformiert wird.

Professionalisierung – Auswirkungen für die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe

Die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe leiden an der mangelnden Anerkennung als Profession und der Nähe zur Alltagsarbeit. Zwar wurden mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, der Harmonisierung der Sozialbetreuungsberufe, der beginnenden Akademisierung und einer Reihe weiterer legislativer Maßnahmen erste Schritte in Richtung Professionalisierung gesetzt. Durch die gegebenen Budgetrestriktionen wird die Professionalisierung, und zwar sowohl im Sinne von sozialen Rechten und einer angemessenen Bezahlung als auch der Aufwertung der Berufe, aber wieder unterminiert. Anders ausgedrückt: Es ist zwar im Sinne von Professionalisierung und Aufwertung von (feminisierten) Berufen, sie durch Gesetze zu regulieren, wenn aber dieser Aufwertung keine Zahlungsbereitschaft gegenübersteht, ist sie nicht sozial anerkannt und daher weiterhin mehr oder weniger wertlos. Die gesetzliche Regulierung ist dann nur Rhetorik. Tendenziell wird das öffentliche Angebot auf die Erbringung bzw. Finanzierung der höherqualifizierten bzw. professionalisierten Leistungen verengt und die geringerqualifizierten Dienste in höchstmöglichem Maß (re)privatisiert und (re)familialisiert bzw. prekariert. Die Berufsgesetze und Qualitätsstandards - vor allem der mittleren und unteren Qualifikationshierarchie - werden durch institutionalisierte, prekäre Arbeit unterlaufen.

Kommerzialisierung von Hausarbeit und neue Arbeitsteilung

Hausarbeit als Berufsarbeit zu konstituieren, steht im Konflikt mit der feministischen Forderung nach Gleichverteilung der Haus- und Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern, jedenfalls solange es sich bei der Hausarbeit um eine feminisierte und unterbewertete Arbeit handelt. Eine Strategie wäre also die Attraktivität der Hausarbeit durch die Verberuflichung so anzuheben, dass sie selbst für Männer ein interessantes Berufsfeld darstellte, also eine Gleichstellung der bezahlten Hausarbeit mit der männlichen Erwerbsarbeit zu erreichen. Das muss nicht notwendigerweise bedeuten, dass sie in Form eines Normalarbeitsverhältnisses konzipiert wäre, das auch für andere bzw. neue Berufe als nicht (mehr) zeitgemäß gilt bzw. ohnedies ein Ideal darstellt, von dem es immer Abweichungen gab. Im Sinne der Aufwertung von traditionell feminisierten Berufen sind Professionalisierungsbestrebungen aus frauenpolitischer Sicht zu unterstützen, sie gehen aber auch mit Hierarchisierung und Differenzierung einher. Der permanente Druck zur Höherqualifizierung ist zwar zum einen demokratiepolitisch begrüßenswert, steht aber zum anderen im Zeichen neoliberaler Politiken der Selbstdisziplinierung und Selbstoptimierung und es besteht die Gefahr der Exklusion jener, die diesem Druck nicht standhalten können oder wollen (vgl. Castel 2000; Rose 2000). Die Professionalisierung und die daraus resultierende Hierarchisierung gehen dann auf Kosten der weniger qualifizierten oder qualifizierbaren Arbeitskräfte. Bezahlte Hausarbeit ist aufgrund der geringen Zahlungsbereitschaft

bzw. Zahlungsfähigkeit (Opportunitätskosten) ein Niedriglohnsektor und wird das auch bei steigender Nachfrage in den nächsten Jahren bleiben. Es bedürfte daher hoher staatlicher Subventionierung, um ein attraktives Arbeitsmarktsegment aufzubauen. Diese Politik zeichnet sich angesichts der Budgetrestriktionen jedoch nicht ab. Stattdessen wird ein Niedriglohnsektor für ein migrantisches Arbeitskräftepotential etabliert und weiterhin eine Laissez-faire Politik hinsichtlich der irregulären Arbeit im Privathaushalt gefahren.

Gefühlsarbeit als funktionale Konstruktion

Tendenziell sind soziale Rechte bei individuellen Arbeitsverhältnissen weniger gesichert als in einer Organisation eingebunden, wo Interessen und Rechte besser artikuliert, vertreten und durchgesetzt werden können. Auch eine persönliche Distanzierung in der Arbeit und damit letztlich Professionalisierung könnte besser gelingen. Persönliche Abhängigkeiten werden geringer und Qualität kann standardisiert werden. Professionalisierung und soziale Rechte sind aber andererseits immer mit mehr Arbeitsteilung, Bürokratie und damit Kosten verbunden. Gerade die Standardisierung wird bei personenbezogenen Diensten kritisiert, umso mehr wenn sie an den Idealen der familiären Sorgearbeit orientiert werden. Bei der 24-Stunden-Pflege wird ein exklusives Eins-zu-Eins-Betreuungsverhältnis, Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit und der Einsatz der Subjektivität der Person gefordert. Diese Ansprüche gehen sogar zum Teil über jene an familiäre Sorgearbeit hinaus (Ergebnis Interviews).

An bezahlte Sorgearbeit werden Ansprüche der Emotionalität und Bindung (Stichwort Gefühlsarbeit) gestellt, die im Widerspruch zu Ökonomisierung, Effizienz, Formalisierung und Professionalisierung stehen. Mit einem nichtkommerziellen Arbeitsverhältnis wird „*Arbeit aus Liebe*“ (Barbara Duden) verbunden, auch die bezahlte Arbeit soll diesem Ideal möglichst entsprechen. Das Bedürfnis nach emotionaler Versorgung soll erfüllt werden. Bezahlte Arbeit wird daher familialisiert und damit emotionale Bindung hergestellt. Mit der Person der Arbeitskraft wird eine spontane Emotionalität verbunden, die nicht selten eine ethnisierende Askription ist, eine Konstruktion, um die Arbeitskraft nach den eigenen Wünschen zuzurichten (Quelle: Interviews). Dabei wird auch verdrängt, dass die Spontaneität oder Emotionalität sich ja nicht nur im Positiven entladen muss, auch Verstimmtheit, Depression bis hin zu Aggressionen und entsprechenden Äußerungen und Handlungen wären möglich. Diese Anteile der Gefühlswelt werden offensichtlich verdrängt und tabuisiert (vgl. auch Kuss/Schopf 2007).

Auf der anderen Seite befinden sich auch die informell und irregulär Beschäftigten häufig in einem großen Abhängigkeitsverhältnis, sodass sie gegen emotionale Vereinnahmung oder gar sexuelle Belästigung wenig geschützt sind. Gerade auch bei Persönlichkeitsstörungen und kognitiven Erkrankungen kann eine mangelnde Professionalität und Ausbildung im Umgang mit Schwierigkeiten und Krankheitsbildern den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen noch verschlechtern (z.B. auch Überfürsorglichkeit). Zugleich ist die emotionale Komponente auch das Positive und ein nährender Aspekt einer intrinsischen Motivation und kann also ein bedeutsamer Teil der Sinnerfüllung für die Beschäftigten sein (vgl. Hochschild 2001, Hochschild 2002).

Professionelle, öffentliche Dienste werden häufig mit der Begründung des Mangels an Emotionalität und persönlicher Beziehung in der Arbeit abgelehnt, wobei dieser (angebliche) Mangel auch Teil eines funktionalen Konstrukts zur Rechtfertigung verschiedener Bedürfnisse und Handlungen ist. Die Ablehnung der professionellen Dienste mit dem Argument der fehlenden emotionalen Komponente kann Teil der Legitimation mangelnde Zahlungsbereitschaft zu kaschieren sein. Umgekehrt rechtfertigt die familiäre Beziehung zur informellen CareworkerIn deren niedrige Bezahlung (Ergebnisse Interviews).¹⁶⁷ Nicht zuletzt hebt eine höhere Bezahlung der CareworkerInnen deren sozialen Status und macht damit die Funktion der Etablierung und Aufrechterhaltung von Statusunterschieden solcher sozialer Verhältnisse zunichte (vgl. Anderson 2006, 28f). Vor allem Angehörige loben die Familiarität der Beziehung zu den Pflegekräften, was auch auf einen gewissen Rechtfertigungsdruck hinsichtlich des eigenen Desengagements in der alltäglichen Pflegearbeit schließen lassen könnte. Die Informalität kaschiert also viele Probleme und Unzulänglichkeiten, sie hat Funktionen auch auf der emotionalen Ebene (Ergebnisse Interviews, siehe Kap. 8).

Neue Fragmentierungen und Differenzierungen

Ökonomisierung der sozialen Dienste – ein Bereich für Workfare-Politiken?

Gerade in sehr personalintensiven Leistungsbereichen des Wohlfahrtsstaates, wie die Altenpflege einer ist, wo die Nachfrage und der Kostendruck künftig stark steigen, werden immer wieder Forderungen nach Einsatz von Freiwilligen und auch Arbeitslosen laut (vgl. Debatte um die 24-Stunden-Pflege). Während es beispielsweise in Deutschland bereits sogenannte Ein-Euro-Jobs (Hartz IV) in den sozialen Diensten gibt, wurde auf die *Verwendung* von Arbeitslosen in Österreich bis auf mehr oder weniger freiwillige Umschulungen bislang verzichtet, wenngleich derlei Forderungen immer wieder aufkommen. Insofern sind Workfare-Politiken schwach ausgeprägt. In Österreich wird hingegen mit der Atypisierung von Beschäftigung (Scheinselbständigkeit) schon seit längerem der Ausschluss von Lohnabhängigen aus dem sozialen Sicherungssystem oder der nur äußerst prekäre Einschluss betrieben. Dieses Modell wurde mit dem Personenbetreuungsgewerbe und der Förderung desselben auf ausländische Arbeitskräfte übertragen. Auch in der regulären Pflege sind Arbeitsverhältnisse in hohem Maße atypisiert, Teilzeitarbeit ist sehr verbreitet, sogenannte Pooledienste nehmen zu. Arbeit in der Altenpflege ist vielfach als Zuverdienstmodell für Frauen konzipiert, die über die Ehe oder Transferleistungen abgesichert sind.

Fragmentierung von Arbeitsmärkten und differenzierter Zugang zu sozialen Rechten

Insgesamt ist eine komplexe Fragmentierung der Arbeitsmärkte und eine Differenzierung im Zugang zu sozialen Rechten in mehrfacher Hinsicht zu konstatieren. Der Zugang zu Sozialleistungen wird auf zwei Seiten verengt, zum einen für die InanspruchnehmerInnen von sozialen Diensten, zum anderen für jene, die Arbeit in diesem Bereich finden könnten. Die 24-Stunden-Pflege blieb durch die Gestaltung der Förderung auf Pflegebedürftige mit höherem Einkommen beschränkt. Eine vollständig öffentliche Finanzierung für einen größeren Kreis von Pflegebedürftigen, war zum einen durch den

¹⁶⁷ Professionelle Arbeit und Distanz bedeutet nicht *Gefühllosigkeit*, sondern es wird ebenso Gefühlsarbeit geleistet, die Subjektivität der Person eingebracht, Interaktion mit den KlientInnen bedarf der Empathie. Gefühlsarbeit bedeutet in diesem Sinne, den professionellen Umgang mit Gefühlen (eigenen und jenen der KlientInnen, vgl. Hochschild 1990).

mangelnden politischen Willen von Bund und Ländern begrenzt, hätte zum anderen aber wohl auch das Arbeitskräftepotential überstiegen. Pflegebedürftige und Angehörige, die sich keine 24-Stunden-Pflege leisten können, sind auf ein quantitativ und qualitativ relativ eingeschränktes öffentliches Pflegeangebot verwiesen. Im europäischen Vergleich liegt Österreich im Niveau der öffentlichen Ausgaben für Pflege unter dem EU-14 Schnitt und gleich auf mit Irland, Frankreich und den südeuropäischen Wohlfahrtsstaaten, die ein vergleichsweise unterentwickeltes öffentliches Langzeitpflegesystem haben. Langzeitpflege ist in Österreich vor allem als familiäre Verpflichtung konzipiert (siehe S. 82; Driest 2006, 106; Österle/Hammer 2004, 75f, 84f; Stelzer-Orthofer/Jenner 2004, 90f), sodass der Druck für die Angehörigen zur Sorgearbeit zur Verfügung zu stehen steigt, um so mehr, als es gilt dem Ideal einer Eins-zu-Eins-Versorgung rund um die Uhr, das durch die institutionalisierte 24-Stunden-Pflege verstärkt wird, zu entsprechen. Durch die Informalisierung und Prekarisierung wird vormals privat geleistete, nun bezahlte Arbeit in die Nähe zur unbezahlten, familiären Arbeit gerückt, sowohl was die Anforderungen hinsichtlich des Arbeitsumfangs (Rund-um-die-Uhr), als auch was die sozialen Rechte betrifft (keine Geltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen, z.B. Arbeitszeit, ArbeitnehmerInnenschutz, Urlaubsanspruch, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, relativ rudimentärer Einschluss in das Sozialversicherungssystem). Diese Strategie kann sich noch auf einen breiten öffentlichen Konsens stützen, dass Haus- und Sorgearbeit familiär und informell am besten geleistet werden kann und Professionalisierung im Privatbereich nicht wünschenswert ist. Geringer qualifizierte Arbeitskräfte im staatlichen und semistaatlichen Bereich der Wohlfahrtsproduktion sind durch die Konkurrenz eines prekären Segmentes, in dem vor allem MigrantInnen beschäftigt sind, bedroht. 24-Stunden-Kräfte sind gegenüber Arbeitskräften der niedrigeren und mittleren Qualifikationsstufen privilegiert, sie sind berechtigt Tätigkeiten auszuüben, die Heimhilfen oder AltenhelferInnen nicht erlaubt sind. Damit werden einerseits die Qualifikationen dieser Berufsgruppen abgewertet, was den Professionalisierungsbestrebungen, die gerade im Sinne einer Aufwertung und Gleichstellung von feminisierten Berufen auch in einem frauenpolitischen Interesse stehen, kontrastiert (widersprüchliches Geschlechterregime). Durch die Legalisierung der 24-Stunden-Pflege besteht die Gefahr der Unterminierung des Berufsrechtes und der Abwertung der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, sodass die Angehörigen dieser Berufsgruppen wiederum ein gesteigertes Interesse haben werden, ihre Rechte und Privilegien gegenüber anderen Arbeitskräften durchzusetzen und abzugrenzen. MigrantInnen sind von differenzierter Exklusion vom Sozialstaat betroffen, indem ein eigenes Beschäftigungssegment auf sie zugeschnitten wird, auch um den ersten Arbeitsmarkt – insbesondere den höherqualifizierten Bereich - zu schützen. Die sich öffnende inter- und intrageschlechtliche Einkommensschere begünstigt die Fragmentierung der Arbeitsmärkte auch im Bereich der Hausarbeit und Sorgeleistungen, was überspitzt formuliert als Dienstbotengesellschaft bezeichnet wird. Ein System ethnisierter Arbeitsteilung oder ein neues GastarbeiterInnenmodell wird institutionalisiert.

Migrations- und Arbeitsmarktregime: Legalisierung als neues GastarbeiterInnensystem

Mit der demographischen Alterung erweist sich die Notwendigkeit von Arbeitsmigration als immer virulenter (vgl. Castles 2006, 745). Der Arbeitskräftemangel infolge der Alterung ist wohl als erstes und sehr eindrücklich gerade im Bereich der Altenpflege selbst sichtbar geworden. Während im

Zusammenhang mit der Liberalisierung des Arbeitsmarktzuganges in der öffentlichen und politischen Debatte fast ausschließlich qualifizierte Arbeit angesprochen wurde und wird (Stichwort Schlüsselarbeitskräfte, Blue Card), ist der Mangel an Personal gerade im niedrig qualifizierten Segment am augenfälligsten geworden. Zugleich wird der Zugang zum regulären, formellen Arbeitsmarkt für in- und ausländische Arbeitskräfte verengt, wenn öffentliche soziale Dienste unzureichend ausgebaut werden und durch die hohe Geldleistungsorientierung der Pflegevorsorge irreguläre Arbeit begünstigt wird.

Frauen sind durch das Migrations- und Arbeitsmarktregime stärker diskriminiert als Männer, da ihnen der Zugang zum regulären Arbeitsmarkt - mehr noch als Männern - versperrt ist. Beispielsweise sind Frauen aufgrund der Einkommensschere durch die Schlüsselkraftregelung, die eine bestimmte Einkommenshöhe als Kriterium definiert, benachteiligt. Dabei steigt selbst in niedrig qualifizierten und feminisierten Arbeitsmarktsegmenten die Nachfrage, die durch inländisches Arbeitskräftepotential nicht gedeckt werden kann. Der private Haushalt hingegen ist ein weitgehend unregulierter Bereich und offiziellen Kontrollen unzugänglich. Andererseits gibt es gerade mit der AU-Pair-Regelung und nunmehr mit dem Personenbetreuungsgewerbe sogar zwei Gesetzesmaterien, die Arbeit im Bereich des Privathaushaltes gesondert regeln. In beiden Fällen handelt es sich um neue GastarbeiterInnensysteme. Nichtsdestotrotz bietet der Haushalt als geschützter Privatraum den Vorteil der Verunsichtbarung für MigrantInnen ohne Arbeitserlaubnis.¹⁶⁸ Der Arbeitsplatz Haushalt bietet also die optimalen Bedingungen für jene, die in einem klandestinen Bereich verbleiben wollen oder müssen. Das sind nicht nur Personen, die vom regulären Arbeitsmarkt oder sogar vom Aufenthalt ausgeschlossen bleiben, sondern auch jene, die durch Sozialschutzsysteme der Herkunftsländer Transferleistungen erhalten und denen irreguläre Arbeit eine Zuverdienstmöglichkeit bietet.

Die Arbeitsmarktabschottung der letzten 20 Jahre begünstigte Pendelmigration und die Herausbildung eines speziellen Modells der Beschäftigung von Live-in-Carers und in der Folge eines transnationalen sozialen Raumes, der sich über die Ankunfts- und die Herkunftsregion spannt (Familie, Netzwerke, Sozialstaat, z.B. Inanspruchnahme von Transferleistungen des Herkunftslandes; vgl. Pries 1997). Die Pendelmigration aus den osteuropäischen Nachbarländern nach Österreich wie auch Deutschland ist ein Sonderfall in Europa. Das Lohngefälle liegt kaum anderswo so dicht beieinander als an der ehemaligen Grenze von Ost- und Westblock. Die lange Zeit der Illegalisierung durch die Arbeitsmarktbeschränkungen förderte Netzwerke der Vermittlung, die Herausbildung von Strukturen wie Fahrdienste und Agenturen, Versorgungsnetzwerke in den Herkunftsländern, informelle und verwandtschaftliche Versorgungsketten (*care-chains*, Hochschild 2001) etc. Es gibt sogar Agenturen in den Herkunftsländern, die wieder Betreuungskräfte für Personen, die im Ausland arbeiten, vermitteln. Es etablierte sich ein außerordentlich gut funktionierendes System informeller, unbürokratischer und rascher Versorgung. Teile dieser Netzwerke entwickelten sich auch zu kommerziellen Unternehmungen und werden Teil der formellen Wirtschaft (migrantische Ökonomie, vgl. Erdem 2003, s. o.).

¹⁶⁸ Die KIAB (Kontrolle illegaler Ausländer Beschäftigung) führt keine Kontrollen im Privathaushalt durch, ebenso wenig machen die Arbeitsinspektorate Kontrollen. Auch die Verwendung des Pflegegeldes wird nicht überprüft.

Das Migrationssystem steht in engem Zusammenhang mit der Arbeitsmarktregulierung und der wohlfahrtsstaatlichen Ausgestaltung der Pflegevorsorge. Die Exklusion durch Arbeitsmarktbeschränkungen wird für die neuen EU-Mitgliedsländer nur noch bis Ende 2010 bestehen. Es bleiben aber Restriktionen im Arbeitsmarktzugang durch die berufsrechtliche Nichtanerkennung (Berufsgesetze der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe), die vor allem ältere ArbeitnehmerInnen treffen.¹⁶⁹ Durch die Harmonisierung der Bildungssysteme innerhalb der EU wird auch dieses Instrument der Zugangsbeschränkung weniger effektiv sein, um so mehr als Österreich eines der letzten Länder der EU ist, in denen das Ausbildungssystem noch nicht auf Hochschulebene ist. Die Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der Sozialbetreuungsberufe hinkt hinter dem europäischen – und also auch dem osteuropäischen – Ausbildungsniveau hinterher. Auch kann die 24-Stunden-Pflege nur solange große Lohndifferenzen gegeben sind, aufrechterhalten werden. Mit Angleichung des Lohnniveaus ist ein Rückgang des Arbeitskräftepotentials zu erwarten. Ein zusätzlicher Faktor für das Ausmaß von Beschäftigung im Privathaushalt sind die Wirtschaftsentwicklung und die Arbeitslosigkeit sowohl in Österreich als auch in den Herkunftsländern. Im Zuge der Wirtschaftskrise 2008/2009 kam es bereits zu beträchtlichen Rücksendungen von OsteuropäerInnen, AfrikanerInnen und AsiatInnen aus Spanien, Großbritannien, Irland und auch Japan, allesamt Länder, die sich in den letzten Jahren durch besonders liberale Immigrationspolitiken auszeichneten. Aus Irland kehrten seit April 2008 rund 50.000 AusländerInnen, vor allem OsteuropäerInnen, in ihre Herkunftsländer zurück (The New York Times Beilage im Standard 04.05.2009). Das zeigt wie sehr die migrantischen Arbeitskräfte eine *disponible Reservearmee* sind.

Als Legalisierungsprogramm ist das österreichische Modell relativ einzigartig. In anderen Ländern richteten sich Legalisierungs- oder Amnestieprogramme nicht an eine so eng gefasste Gruppe von MigrantInnen. Mit der gesetzlichen Neuregelung wurde ein *neues GastarbeiterInnensystem*¹⁷⁰ errichtet (vgl. Schierup et al. 2006; Castles 2006). Das GastarbeiterInnensystem ist typisch für Österreich und Deutschland, die als konservative Wohlfahrtsstaaten ein hohes Niveau an Sozialleistungen bieten, das aber durch das Versicherungsprinzip an Erwerbsarbeit gebunden ist. Die ausländischen Arbeitskräfte sollen eine Kompensationsfunktion in dem Sinne haben, dass sie nur jene Arbeitsplätze besetzen, die inländische Arbeitskräfte nicht annehmen würden (vgl. Bauböck 1994, 34f). Um also ArbeitsmigrantInnen zwar in den Arbeitsmarkt, nicht aber in das Sozialleistungssystem zu integrieren, bedarf es entsprechender Ausschlussmechanismen. MigrantInnen aus den neuen EU-Ländern haben aber ab 2011 freien Zugang zum Arbeitsmarkt. Der 24-Stunden-Pflege-Markt wurde erst durch die Legalisierung ein regulärer Arbeitsmarkt, zugleich ist er durch die Durchsetzung des Selbständigen-Modells nur beschränkt mit sozialen Rechten verknüpft. Es wurde ein spezielles Niedriglohnsegment geschaffen, aber in keinsten Weise die künftig notwendige qualifizierte Zuwanderung gefördert.

¹⁶⁹ Die Schlüsselkräfteregelung ist im Zusammenhang mit der 24-Stunden-Pflege bedeutungslos, im regulären Arbeitsmarkt hat sie höchstens für diplomierte Arbeitskräfte, die ein ausreichend hohes Einkommen erreichen würden, Relevanz.

¹⁷⁰ Die neuen GastarbeiterInnensysteme zeichnen sich dadurch aus, dass sie erstens einen wesentlich kleineren Umfang haben und so reguliert sein sollen, dass die Fehler der Vergangenheit vermieden werden. Der Hauptfehler der 1970er Jahre bestand darin, dass die GastarbeiterInnen im Land blieben (vgl. Castles 2006).

Auswirkungen für die MigrantInnen

Auch aufgrund der öffentlichen Debatten entstand ein Druck zur Verrechtlichung, vorrangig im Sinne der BeschäftigterInnen, die sich durch die Anzeigen in einer unsicheren rechtlichen Lage sahen. Zugleich bestand aber ein Interesse an der Aufrechterhaltung eines prekarierten Beschäftigungssegmentes mit der Möglichkeit weiterhin äußerst geringe Lohnkosten zu bezahlen. Die Legalisierungspolitik adressierte also vorrangig die BeschäftigterInnen. Den Pflegebedürftigen sollte es weiter ermöglicht werden, das informell etablierte Modell der 24-Stunden-Pflege fortzuführen. Es bestand aber kaum politischer Wille, die Bedingungen migrantischer Hausarbeit zu verbessern.

Neben der positiven Tatsache der Legalisierung an sich für die irregulären Pflegekräfte sind die Auswirkungen ambivalent. Erfahrungen mit Legalisierungen in anderen Ländern, z.B. in Italien, zeigen, dass diesen Maßnahmen der Zuzug neuer illegalisierter Arbeitskräfte folgt, deren Arbeitsbedingungen zum Teil noch schlechter sind, als jene der schon früher Angekommenen. Die Konkurrenz wird verstärkt. ExpertInnen in Deutschland beobachteten durch die gesetzliche Liberalisierung der kommerziellen Vermittlung von Au-Pair-Kräften ein Ansteigen von Betrug, Bedrohung und Gewalt (Cyrus 2005, 19f).

Das durch das Hausbetreuungsgesetz und das Bundespflegegeldgesetz (im Falle des Bezuges einer Förderung) geregelte 24-Stunden-Pflegemodell ist sehr eng auf das durch Agenturen und die bisher gängige Praxis etablierte Modell zugeschnitten. So sind z.B. mit der Vorgabe eines 14-Tage-Rhythmus MigrantInnen ausgeschlossen, die nicht in diesem Intervall oder gar nicht pendeln. Eine Integration in den regulären Arbeitsmarkt ist durch den Live-in-Status nahezu verunmöglicht. Durchgesetzt hat sich das sogenannte Selbständigen-Modell, die Förderung der Personenbetreuung sollte eigentlich dazu aufgewendet werden, die Legalisierungskosten, das sind im Wesentlichen die Sozialversicherungsbeiträge für die Pflegekraft, abzudecken. Ob diese jedoch tatsächlich dazu verwendet wird, bleibt im Verantwortungsbereich der BeschäftigterInnen. Der legale Status der Betreuungskräfte und die Einbindung in das Versicherungssystem sind immerhin ein großer Fortschritt. Arbeitsrechtlicher Schutz wurde aber durch dieses Modell völlig aufgegeben. Gerade die sehr belastende Tätigkeit in der häuslichen Pflege, verschärft noch durch den Live-in-Status, macht die 24-Stunden-Pflege zu einem besonders schützenswerten Arbeitsmarktbereich. Die Qualität des Arbeitsplatzes für die Pflegekräfte ist vor allem vom Gesundheitszustand, der Persönlichkeit und den Lebensbedingungen der gepflegten Person abhängig. Da weiterhin keinerlei Kontrollen oder Aufsicht vorgesehen sind, kann es zu äußerst prekären Arbeitsbedingungen kommen. Die Effekte der Legalisierung der 24-Stunden-Pflege für die Beschäftigten sind differenziert zu betrachten. Manche Frauen sind verheiratet und verfügen über eine soziale Absicherung durch ihren Ehemann. Entsprechend abhängig sind sie aber auch von der Ehe und ihrer Familie, für sie ist der Versicherungsschutz nun ein Vorteil einer eigenständigeren Absicherung. Manche Frauen hingegen beziehen in ihren Herkunftsländern Transferleistungen (Arbeitslosengeld, Pension o. ä.) und sind daher nicht bestrebt, ein legales Beschäftigungsverhältnis einzugehen, das die Transferleistung mindern könnte. Sie könnten sogar einen Nachteil durch das Fördermodell haben, da BeschäftigterInnen eher ein Interesse an einer legalen Beschäftigung haben, diese aber nur dann beziehen können, wenn eine Sozialversicherungspflicht vorliegt.

In manchen Fällen haben die Frauen die ErnährerInnenfunktion übernommen, beispielsweise wenn der Mann arbeitslos ist. Viele können durch ihr Einkommen nicht nur ihre Familie erhalten, sondern auch den Lebensstandard erhöhen, z.B. durch Alltagsanschaffungen wie Markenkleidung, aber auch ein Auto für den Ehemann, Ausbildung für die Kinder bis hin zur Renovierung oder der Neuschaffung von Wohnraum und dem Bau eines Hauses. Vielfach wird die Arbeit der Frauen zur Deckung des erhöhten Finanzbedarfs unentbehrlich, was ihre Abhängigkeit von einer Beschäftigung steigert und sie zwingt, auch sehr prekäre Arbeitsbedingungen in Kauf zu nehmen. Ein Entfall des Einkommens ist ja durch die Versicherung nicht abgedeckt. Diese tendenzielle Umkehrung der ErnährerInnenrolle kann eine Erosion des hierarchischen Geschlechterverhältnisses und traditioneller Arbeitsteilungen bedingen und hat also insofern auch emanzipatorische Effekte. Es kann aber auch zu ausbeuterischen Familienkonstellationen kommen. Auch die Versorgung von eigenen Kindern oder älteren Verwandten, die auf Pflege angewiesen sind, verstärken Abhängigkeiten. Der erwirtschaftete Wohlstand der ArbeitsmigrantInnen erhöht aber auch den Status der Familie und vergrößert die sozialen Unterschiede zu Familien ohne migrantische ErnährerInnen. Für manche MigrantInnen ist die irreguläre Haus- und Sorgearbeit nur ein erster Schritt, um sich im Ankunftsland niederzulassen. Die Legalisierung eröffnet Zugang zum ersten Arbeitsmarkt und erlaubt Familiennachzug (Quelle: Interviews, vgl. Escrivá 2004).

Migrantische Haus- und Sorgearbeit ist differenziert zu beurteilen, sie führt zum einen zu neuen Fragmentierungen sowohl in der Herkunfts- als auch in der Ankunfts-gesellschaft, sie hat aber auch emanzipatorische Effekte auf beiden Seiten, genauso wie sie ausbeuterische Züge auf verschiedenen Ebenen annehmen kann. Aufgabe politischer Maßnahmen und sozialpolitischer Regulierung, zum Beispiel im Politikfeld Altenpflege, wäre es, die Arbeit so zu regulieren und auch zu finanzieren, dass soziale Rechte und arbeitsrechtliche Mindeststandards eingehalten werden, um Beschäftigte vor Überlastung, Ausbeutung und Übergriffen zu schützen und diese auch zu kontrollieren. Zumindest die Legalisierung der Arbeit und die wenn auch rudimentäre Integration in das Sozialversicherungssystem ist mit dem Personenbetreuungsgewerbe und der Förderung auch beim Selbständigen-Modell eine eindeutige Verbesserung zur völlig illegalisierten Situation, die vor der gesetzlichen Regelung herrschte. Der mangelnde arbeitsrechtliche Schutz wird damit argumentiert, dass er nicht finanzierbar wäre. In dieser Hinsicht kann die Legalisierung für die Pflegekräfte als wenig zufriedenstellend bezeichnet werden.

10 *Ausblick*

Die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung bedeutete einen Wandel der jahrelang praktizierten Laissez-faire-Politik. Die gesetzliche Regelung der 24-Stunden-Pflege stellt zumindest eine gewisse Rechtssicherheit für die BeschäftigtenInnen und die Pflegekräfte her, wenngleich die Gesetzeskonformität von ExpertInnen weiterhin als fragwürdig erachtet wird. Die Herstellung von Rechtssicherheit für alle Beteiligten eines 24-Stunden-Pflege-Arrangements und die zumindest partielle Einbindung der Beschäftigten in das Sozialversicherungssystem kann aber als Fortschritt zur vorangegangenen Politik, die eine vollständige Exklusion aus dem sozialen Sicherungssystem bedingte, gewertet werden. Die Regularisierung der 24-Stunden-Pflege hat aber auch Effekte für die Professionalisierung der Pflege- und Sozialberufe und die Qualität der Arbeitsplätze und möglicherweise sogar für arbeits- und sozialrechtliche Standards im Gesamtmarkt. Die Regulierung begünstigt eine weitere Fragmentierung des Arbeitsmarktes und trägt mit der Forcierung des UnternehmerInnen-Leitbildes durch das Selbständigen-Modell gewisse Workfare-Tendenzen in sich. Das Arbeitsmarktsegment der hoch qualifizierten Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und der Sozialbetreuungsberufe bleibt gegen die Konkurrenz relativ geschützt und kann professionelle Leistungen innerhalb abgesicherter, nichtprekärer Normalarbeitsverhältnisse anbieten. Pflegebedürftige und Angehörige, die es sich leisten können, erhalten eine Versorgung nach ihren Wünschen. Auf der Strecke bleiben aber möglicherweise (inländische) gering qualifizierte bzw. niedrig entlohnte Beschäftigte (z.B. Heimhilfen), die einem erhöhten Konkurrenzdruck ausgesetzt sind und letztlich jene, die sich 24-Stunden-Pflege nicht leisten können und daher auf das öffentliche Pflegeangebot angewiesen sind, das im Vergleich zur 24-Stunden-Pflege wesentlich teurer und quantitativ, was das Stundenausmaß betrifft, nachteilig ist. Die 24-Stundenpflege bleibt trotz der Legalisierung und Förderung ein Modell für eine Minderheit der Pflegebedürftigen.

Da die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe stark feminisiert sind, ist die frauenpolitische Bedeutung groß. Nicht zuletzt könnte der wachsende Bedarf an Pflege und Haushaltsdiensten attraktive, formelle Beschäftigung bieten. In diesem Spannungsfeld könnte die Etablierung der regulären 24-Stunden-Pflege eine negative Avantgardefunktion in der Prekarisierung dieses Beschäftigungssegmentes haben. Andererseits hat Informalisierung aber auch Potentiale, Hierarchien und Privilegien, die durch Professionalisierung entstanden sind und Exklusion bewirken, aufzubrechen.

Die Eins-zu-Eins-Betreuung zu Hause kommt der familiären Pflege am nächsten. Der Anspruch, der an bezahlte Haus- und Sorgearbeit angelegt wird, ist aus der privaten, unbezahlten, also ohne soziale Rechte geleisteten, familiären Arbeit abgeleitet. Das Eins-zu-Eins-Modell tradiert und institutionalisiert diesen Anspruch und erstreckt sich als Ideal auch auf jene Pflegebedürftigen und Angehörigen, die sich bezahlte Arbeit nicht leisten können. Mit der politischen und medialen Debatte und in der Folge der Legalisierung und Institutionalisierung der 24-Stunden-Pflege wurde dieses Ideal bestätigt und zu seiner Reproduktion diskursiv und institutionell beigetragen. Die institutionelle Pflege (z.B. Heim) wird zur schlechtesten Alternative und Angehörige, die Sorgepflichten nicht nachkommen

tendenziell stigmatisiert. Ein Großteil der Pflege (75%) wird nach wie vor familiär erbracht. Die Gestaltung der Pflegevorsorge insgesamt fördert die familiäre Pflege insbesondere in den niedrigeren Einkommensgruppen. Diese sind nachweislich besonders von Sorgeverpflichtungen betroffen und haben tendenziell das geringste soziale Kapital um die Pflegelast abzufedern (vgl. Pochobradsky et al. 2005). Insgesamt ist weniger die Widersprüchlichkeit des Genderregimes zu konstatieren als seine Differenzierung. Politiken, Strukturen und soziale Leitbilder konfigurieren Geschlechterverhältnisse neu. Die unbezahlte, familiäre Arbeit wird gefördert und auf der anderen Seite ein differenzierter Arbeitsmarkt, zu dessen besserbezahlten Segmenten die Zugangshürden erhöht werden, geschaffen, während der Niedriglohnarbeitsmarkt prekariert wird und daher die Opportunitätskosten der familiären Arbeit gering gehalten werden. Im Sinne der Förderung und stärkeren Institutionalisierung der Angehörigenpflege ist es nur eine konsistente Strategie, die bezahlte Arbeitskraft von Frauen möglichst prekär in die Sphäre der Erwerbsarbeit zu inkludieren und ihre Nähe zur unbezahlten Arbeitskraft aufrechtzuerhalten. Entsprechend rudimentär ist sowohl die Absicherung der familiären Pflege wie auch der bislang illegalisierten Pflege und nunmehr legalisierten, bezahlten Pflegearbeit. Das impliziert, dass Pflegende über andere Sicherungssysteme versorgt sein müssen, also beispielsweise die Ehe. Diese Institutionalisierung der familiären oder der informellen und irregulären Arbeit ist eine konsistente Weiterführung von Sozial-, Familien- und Steuerpolitiken, die ebenso den Verbleib von Haus- und Sorgearbeit im Privaten fördern und nicht deren Vergesellschaftung (vgl. Biffl 2006, 21f). Daneben werden aber auch kleine Gruppen von Privilegierten gefördert, deren Interessen im öffentlichen Diskurs mächtig vertreten sind und ein hohes Maß an medialer und politischer Aufmerksamkeit bekommen.

Der Bedarf an professionellen Pflegediensten wird in den nächsten Jahren stark steigen, einer Attraktivierung und Professionalisierung von Altenpflegeberufen stehen zu erwartende Budgetrestriktionen entgegen. Bleiben die privaten Kosten (Selbstbehalte) für institutionelle Leistungen weiterhin hoch, wird der Anreiz für familiäre Versorgung stark bleiben und die Nachfrage nach institutioneller Pflege entsprechend geringer sein. Damit wird ein Arbeitsmarktsegment, das durchaus auch attraktive Arbeitsplätze - nicht zuletzt für geringer qualifizierte Frauen - bieten könnte, beschnitten. Aufgrund der demographischen Alterung wird in jedem Fall auf migrantische Arbeitskräfte zurückgegriffen werden müssen, wobei es nicht abschätzbar ist, inwieweit dieses Potential aus den Nachbarländern kommen kann, oder möglicherweise aus weiter entfernten Ländern *importiert* werden muss. Die Gestaltung der Arbeitsmigration und der Arbeitsplätze in der Pflege bestimmen die Pflegequalität für eine wachsende Zahl von Pflegebedürftigen. Bei zunehmender Verknappung der Arbeitskräfte wird es auch fragwürdig, inwieweit es ethisch vertretbar ist, dass eine relativ kleine Gruppe von Pflegebedürftigen ein so großes Arbeitskräftepotential absorbiert, noch dazu unter möglicherweise immer prekärer werdenden Arbeitsbedingungen (aufgrund der zunehmenden Pflegeintensität, Demenz, Übergewicht, aber auch weil die Pflegekräfte FernmigrantInnen sind usw.). Klarerweise sind diese Entwicklungen heute schwer abschätzbar. So kam die Rücksendung vieler MigrantInnen im Zuge der Wirtschaftskrise im Jahr 2009 einigermassen unvorhergesehen.

Mühlberger et al. prognostizieren einen jährlichen Rückgang der Angehörigenpflege um 0,5%, ergo müssten rund 1.300 Vollzeit Arbeitsplätze jährlich geschaffen werden, um den Ausfall durch

institutionelle Pflegedienste zu kompensieren (Mühlberger et al. 2008, 22). Trotz aller Unsicherheiten und Unwägbarkeiten sollten Vorkehrungen getroffen werden, die für in der Pflege Beschäftigte attraktive oder zumindest würdevolle Arbeitsbedingungen garantieren. Mit dem derzeitigen 24-Stunden-Pflege-Modell sowie der Ausgestaltung der Pflegevorsorge ist das absehbar nicht der Fall. Hinsichtlich der illegalen Arbeit in der Pflege wurde in den letzten 20 Jahren eine Laissez-faire-Politik betrieben, wie sie in vergleichbarer Weise in den südeuropäischen Ländern (z.B. Italien) zu finden ist. Die Erfahrungen anderer Länder mit Amnestien und Legalisierungsprogrammen zeigen, dass solchen Maßnahmen neue Migrationsschübe folgen, das bedeutet, die Legalisierung zieht wieder neue Illegalisierung bzw. Irregularität nach sich. Die Löhne und Arbeitsbedingungen sind in diesem neuen illegalisierten Arbeitsmarktsegment tendenziell noch schlechter als im zuvor bestehenden. Ob mit einem solchen Modell ein ausreichendes Arbeitskräftepotential gewährleistet ist und ob auch die Pflegequalität dann noch genügend ist, bleibt fragwürdig. Allerdings kommen Missstände kaum ans Licht. Es wäre also sehr wohl eine öffentliche Aufgabe solche Entwicklungen zu verhindern, das könnte am besten gelingen indem ein qualitativ hochwertiges öffentliches und ohne Restriktionen zugängliches Pflegesystem entwickelt würde.

11 Anhang

11.1 Tabellen und Abbildungen

Tabelle 14: Öffentliche Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege EU-14

Total public expenditure on health and long-term care as percentage of GDP for the year 2000						
	Total health and longterm care		Health care		Longterm care	
	2000	Increase in % GDP 2000 - 2050	2000	Increase in % GDP 2000 - 2050	2000	Increase in % GDP 2000 - 2050
Belgium	6,1	2,2	5,3	1,4	0,8	0,8
Denmark	8,0	3,1	5,1	0,9	3,0	2,3
Germany			5,7	1,7		
Greece			4,8	1,6		
Spain			5,0	1,6		
France	6,9	2,1	6,2	1,6	0,7	0,5
Ireland	6,6	2,5	5,9	2,3	0,7	0,2
Italy	5,5	2,0	4,9	1,6	0,6	0,4
Netherlands	7,2	3,5	4,7	1,2	2,5	2,4
Austria	5,8	3,0	5,1	1,9	0,7	1,1
Finland	6,2	3,5	4,6	1,5	1,6	1,9
Sweden	8,8	3,2	6,0	1,1	2,8	2,1
UK	6,3	2,2	4,6	1,2	1,7	0,9
EU-14	6,6	2,5	5,3	1,5	1,3	1,0

Private expenditure differs between countries, ranging from 1,3% of GDP in UK and Sweden to 2,5% in Austria and Belgium, 2,7% in Germany and 3,3% in The Netherlands.

Quelle: Driest 2004, European Centre Vienna.

Tabelle 15: Maximaler Kostenbeitrag pro Einsatzstunde bzw. Kostenbeitrag für SelbstzahlerInnen für mobile Dienste nach Bundesländern

Bundesland	Dipl. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	Alten- u. PflegehelferInnen	Heimhilfen
BGL	24,80 €	19,70 €	max. 14,20 € bis dahin kalkulieren die Organisationen selbst
KTN	29,1 € inkl. 5,82 € Pflegegeldanteil HKP	29,1 € inkl. 5,82 € Pflegegeldanteil	18,66 €
NÖ	27,00 € inkl. 5,45 € Pflegegeldanteil	22 € inkl. Pflegegeldanteil	19 € inkl. Pflegegeldanteil
OÖ	22,41 € inkl. 3,85 € Pflegegeldanteil für Personen, mit über 1.743,19 € bzw. Ehepaare oder Lebensgemeinschaften, über 2.105 € monatliches Einkommen		
SGB	23,98 €	23,98 €	k.A.
STM (in Graz etwas andere Sätze)	42,26 inkl. 6 € Pflegegeldanteil	31,28 inkl. 4,90 € Pflegegeldanteil	20,30 € inkl. 3,80 € Pflegegeldanteil
TIR	k.A.	k.A.	k.A.
VBG	k.A.	k.A.	k.A.
W	22,13 €	22,13 €	16,86 €

Quelle: Simsa et al. 2004, 229f (Stand 2003, 2004)

Tabelle 16: Betreuungsdichte: Leistungsstunden pro Person und Jahr nach Bundesland und Berufsgruppen

Bundesland	Leistungsstunden pro Person/Jahr	Leistungsstunden pro über 65-jähriger Person/Jahr	Leistungsstunden pro über 75-jähriger Person/Jahr
BLD 2002	0,81 0,31 PP; 0,55 HH	4,7 1,7 PP; 3 HH	10,3 3,7 PP; 6,6 HH
KTN Mai 2002	1,18 0,71 PP, 0,47 HH	7,2 4,3 PP; 2,9 HH	15 9 PP; 6 HH
NÖ von 9/2003 hochgerechnet	1,83 0,72 PP; 1,11 HH	11,3 4,5 PP; 6,9 HH	24,4 9,6 PP; 14,8 HH
OÖ 2003	0,61 0,61 PP+HH	4,1 4,1 PP+HH	8,7 8,7 PP+HH
SBG 2002	1,31 0,61 PP; 0,7 HH	9,7 4,5 PP; 5,2 HH	20,6 9,6 PP; 11 HH
STM 2002	0,75 0,39 PP; 0,36HH	4,5 2,4 PP; 2,1 HH	9,5 5 PP; 4,5 HH
TIR 2002	0,78 0,51 PP; 0,27 HH	5,8 3,8 PP; 2 HH	12,6 8,6 PP; 4,3 HH
W 2002	2,63 0,41 PP; 2,22 HH	16,7 2,6 PP; 14 HH	31,6 4,9 PP; 26,7 HH
VBG 2003, ohne HKP	0,93 k.A. PP; 0,93 HH	7,4 k.A. PP; 7,4 HH	16,8 k.A. PP; 16,8 HH
Österreich ohne VBG	1,40 0,55 PP; 0,85 HH	8,9 3,5 PP; 5,4 HH	18,6 7,3 PP; 11,3 HH

Die Betreuungsdichte gibt an, wie viele Leistungsstunden pro EinwohnerIn bzw. EinwohnerIn über 65 bzw. über 75 Jahren jährlich geleistet werden.

Abkürzungen

PP Pflegepersonal: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Altenhilfen, Pflegehilfen

HH Heimhilfen

Quelle: Simsa et al. 2004, 190

Tabelle 17: Anzahl der Leistungsstunden von mobilen Diensten

Bundesland	Betreuungsstunden DGKP	Betreuungsstunden AH/PH	Betreuungsstunden HH	Summe Bundesland
BGL 2002	50.323 21%	34.274 14%	153.580 64%	238.177 100%
KTN Mai 2002	114.907 18%	279.682 43%	262.000 40%	656.589 100%
NÖ von 9/2007 hochgerechnet	621.168 22%	501.588 18%	1.719.444 60%	2.842.200 100%
OÖ 2003	228.394 27%	608.584 73%	erst seit 2002 HH, bei AH/PH dabei	836.978 100%
SBG 2002	318.180 47%	bei DGKP dabei	362.088 53%	680.268 100%
STM 2001	200.871 23%	266.441 30%	420.466 47%	887.778 100%
TIR 2002	346.287 66%	bei DGKP dabei auf Basis 2001 etwa 45% PH-Stunden	182.281 34%	528.568 100%
W 2002	215.450 5%	422.717 10%	3.438.270 85%	4.076.437
VBG 2003	k.A.	k.A.	328108	k.A.
Österreich ohne VBG	2.095.580 19%	2.113.286 20%	6.538.129 61%	10.746.995 100%

Abkürzungen

DGKP diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

AH Altenhilfe

PH Pflegehilfe

HH Heimhilfe

Quelle: Simsa et al. 2004, 191

Tabelle 18: Mobile Dienste in Österreich – Ist-Stand an Pflege- und Betreuungspersonen 2002

Bundesland	EW 75+ 2001*	Pflege- und Betreuungspersonen gesamt**		Qualifikationsstruktur		
		VZÄ absolut	VZÄ pro 1.000 EW 75+	DGKP in %	AH/AFB/PH in %	HH in %
BGL	22.271	187,0	8,4	26	14	60
KTN	42.367	400,8	9,5	22	47	31
NÖ	113.509	1.926,0	17,0	26	16	58
OÖ	93.114	569,0	6,1	31	69	0
SBG	32.267	540,0	16,7	31	19	50
STM	91.612	791,0	8,6	32	30	38
TIR	40.909	373,8	9,1	36	40	24
VBG	18.794	328,5	17,5	35	4	61
W	128.278	2.694,5	21,0	10	9	81
Österreich	583.121	7.810,6	113,9	22	22	56

Abkürzungen

EW 75+ Einwohner mit 75 und mehr Jahren

VZÄ Vollzeitäquivalente (Basis: 40 Stunden Beschäftigung)

DGKP diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

AH Altenhilfe

PH Pflegehilfe

HH Heimhilfe

* Basis: Statistik Austria 2001, Volkszählung

** Stichtag 31.12.2002

Quelle: Schaffenberger/Pochobradsky 2004, 10, Tabelle 2.1., Auskünfte der Landesregierungen, ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 20: Fragebogen der Südböhmischen Volkspflege



**Stiftung
Südböhmische Volkshilfe**
in Österreich: Südböhmische Volkspflege

Nadace Jihočeská lidová pomoc
Sídlo: Rožnový Novýdův 74/752,
370 01 Čestlá Budejovice
Rep. Tschechien

Kranken- und Senioren-Betreuung
ZWEIGBEREICH: HAUSKRANKENPFLEGE
„RUND um die UHR“

Aktion: „Nachbar hilf mir“

AUFNAHMEANTRAG und ERHEBUNGSBOGEN

Ich stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme in die obengenannte Stiftung.
Ich bin betreuungsbedürftig und ersuche um eine Stiftungshilfe.
Zweigbereich: Hauskrankenpflege „RUND um die UHR“, als freiwillige und einmalig unterstützende Person als Pflegepatient in der Stiftung.

Zu meiner Person gebe ich an:

Titel/Vorname/Familienname:

Geburtsdatum: (Tag, Monat, Jahr) Staatsbürgerschaft:

Straße/Platz: Hausnummer: Türnummer:

Postleitzahl: Wohnort: Land:

Telefon mit Vorwahl:

Fax mit Vorwahl:

Email:

Die Richtlinien der Südböhmischen Stiftung, laut beiliegenden Stiftungsinformationsblatt Nr.: XV, nehme ich zur Kenntnis.

Die vorgegebenen Richtlinien der Stiftung im Zweigbereich Hauskrankenpflege „Rund um die Uhr“ sind für alle freiwilligen und einmalig unterstützenden Personen in der Pflege der Stiftung gleich und verbindlich.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden.

Zeitliche Angaben zu meinem Betreuungsbedarf:

Mein Pflege- und Betreuungsbedarf besteht ab:

Voraussichtlich bis: (Unbestimmte Zeit)?

Welche Person (Institution, Amt, Behörde oder Krankenhaus) hat uns Ihnen empfohlen?

P. L. Z., Ort und Datum

.....
Unterschrift-Bewerber/In



Ärztlicher Fragebogen

(Dieser ärztliche Fragebogen ist vom behandelnden Arzt oder vom Krankenhaus auszufüllen)
Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen!

- 1.) Ist der Patient gehfähig? ☐ Ja ☐ Nein
- 2.) Ist der Patient ständig bettlägrig? ☐ Ja ☐ Nein
- 3.) Ist der Patient häufig bettlägrig? ☐ Ja ☐ Nein
- 4.) Ist der Patient in der Lage, die Mahlzeiten bei Tisch einzunehmen
☐ Ja ☐ Nein
- 5.) Müssen die Speisen eingegeben werden? ☐ Ja ☐ Nein
- 6.) Braucht der Patient fremde Hilfe?
☐ Beim Ankleiden ☐ Beim Waschen
☐ Beim Frisieren/Rasieren ☐ Beim Aufstehen aus dem Bett
☐ Beim Zubettgehen ☐ Beim Essen
☐ Beim Aufsuchen der Toilette
☐ Beim
☐ Patient benötigt keine fremde Hilfe.
- 7.) Ist der Patient inkontinent?

Urin?	☐ Ja ☐ Nein
Stuhl?	☐ Ja ☐ Nein
Dauerkatheter?	☐ Ja ☐ Nein
- 8.) Ist der Patient örtlich orientiert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- 9.) Ist der Patient zeitlich orientiert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- 10.) Ist der Patient nachts ruhig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- 11.) Neigt der Patient zu übermäßigem Alkoholkonsum? ☐ Ja ☐ Nein
- 12.) Ist der Patient

☐ geordnet?
☐ reizbar?
☐ unverträglich?
☐ gewalttätig?
☐

Aktion: „Nachbar hilf mir“

13.) Benötigt der Patient Diät?

- ☐ Ja ☐ Zuckerdiät ☐ Magenschonkost
☐ Gallenschonkost ☐ Sonden-Ernährung: Art d. Sonde
☐
☐ Patient benötigt keine Diät

14.) Leidet der Patient an einer infektiösen Krankheit?

- ☐ Ja ☐ Nein
☐

15.) Welche Krankheiten oder Gebrechen liegen vor? >>

16.) Zustand der Lunge

- ☐ Es liegt eine TBC-Erkrankung vor
☐ Patient war früher schon an TBC erkrankt
☐ Es liegt keine TBC-Erkrankung vor.

17.) Liegen psychische Störungen vor? >>

18.) Welche Medikamente werden derzeit eingenommen? >>

19.) Derzeitige Pflegestufe des Patienten? >>

- ☐ derzeit noch keine Einstufung erfolgt



Wichtige Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

>>

Ärztliches Gutachten

+ Empfehlung über den Bedarf einer Hauskrankenpflege
„Rund um die Uhr“ im eigenen Zuhause.

>>

Ihre gemachten Angaben und Mitteilungen unterliegen den bestehenden Stiftungsschutzgesetz in Tschechien und werden keiner weiteren Person, Amt oder Behörde, im In- oder Ausland zur Verfügung gestellt.

P. L. Z., Ort und Datum

.....
Unterschrift-Bewerber/In

Bitte nicht ausfüllen!

Eingelangt am: (Tag, Monat, Jahr) Staat:

CODE-NUMMER: Kontrollorgan:

Überprüft und zur Vermittlung an
„DAS etwas ANDERE“, „Das Beste“ Privat, s.r.o., freigegeben am:

Interne Mitteilungen:

Stiftung
Südböhmische Volkshilfe
in Österreich Südböhmische Volkshilfe
(C) Copyright 2004 Stiftung Südböhmische Volkshilfe

Aktion: „Nachbar hilf mir“

Abbildung 21: Arbeitszeit/Freizeit der BetreuerInnen

Arbeitszeit/Freizeit der BetreuerInnen

Kein Mensch kann 24 Stunden am Tag arbeiten, schon gar nicht Betreuungskräfte in der 24-Stunden Betreuung. Eine tägliche Arbeitszeit von 8 Stunden sollte daher, allein aus Gründen der Psycho-Hygiene, nicht wesentlich überschritten werden!

Die Betreuungstätigkeit umfasst die üblichen Aufgaben eines Haushaltes wie Wohnungsreinigung, Wäsche waschen und bügeln, Einkäufe, Zubereiten von Mahlzeiten, Geschirr abwaschen, Aufräumen ect. sowie die Unterstützung bei der Körperhygiene, beim Aufstehen, Zubettgehen, beim An- und Ausziehen, beim Essen und Trinken, beim Gehen, Stehen, Treppensteigen und besonders die emotionale Begleitung durch Zuwendung und einfühlsame Gespräche.

Ausgeschlossen sind alle Tätigkeiten, die gesetzlich bedingt einer Pflegefachkraft vorbehalten sind wie Verbände wechseln, Verabreichung von Injektionen oder ähnliches. Diese werden bei Bedarf durch Fachkräfte mit der erforderlichen Qualifikation ausgeführt.

Beispiel eines Tagesablaufes:

07:00 – 11:00 Hilfe beim Aufstehen, Begleitung ins Badezimmer, Unterstützung bei der Körperhygiene, Ankleiden, Tisch decken, Zubereiten und Reichen des Frühstücks, Abwaschen des Geschirrs, Betten machen
Unterstützung beim Aufsuchen/Verlassen der Toilette
Konversation, Unterstützung bei Freizeitgestaltung

11:00 – 12:30 Einkauf, Zubereiten des Mittagessens

12:30 – 13:00 Unterstützung beim Einnehmen der Mahlzeit

13:00 – 15:00 Mittagsruhe für Klient und BetreuerIn

15:00 – 18:00 Haushaltsarbeiten (Waschen, Bügeln, Putzen, etc.)
Konversation, Unterstützung bei der Freizeitgestaltung

18:00 – 19:00 Zubereiten des Abendessens, Unterstützung beim Einnehmen

19:00 - ... Kleine Abendtoilette, Unterstützung beim Umkleiden

Während der Nachtruhe werden auch 2-3mal pro Nacht z.B. Unterstützungen beim Toilettengang oder ähnliches geleistet.

Die restliche Zeit ist eine Anwesenheit der Betreuungskraft mit Rufbereitschaft bzw. Freizeit. Eine Abwesenheit von etwa 2 Stunden täglich als Freizeit sollte ermöglicht werden.

Natürlich wird der Tagesablauf eines jeden Kunden weitgehend an seine jeweiligen Bedürfnisse und Gewohnheiten angepasst.

Tabelle 19: Gründe für Nichtinanspruchnahme mobiler Dienste in Österreich

Grund für Nichtinanspruchnahme von mobilen Diensten (MD)	Absolut	Prozent
MD regional nicht ausreichend vorhanden	84	10,3
Unzufriedenheit mit der Leistung der MD	31	3,8
MD scheitert an Finanzierbarkeit	342	42,0
grundsätzlich ablehnende Handlung gegen MD	392	48,1
keine Information über Angebote der MD	110	13,5

Quelle: Pochobradsky et al. 2005, Anhang, 18, Tabelle 60, n = 815, Mehrfachnennungen möglich

11.2 Primärquellen

Gesetzestexte und Begutachtungsverfahren

1955

Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz ASVG.), BGBl. Nr. 189/1955

1962

Bundesgesetz vom 23. Juli 1962 über die Regelung des Dienstverhältnisses der Hausgehilfen und Hausangestellten (Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz), BGBl. Nr. 235/1962

1975

Bundesgesetz vom 20. März 1975, mit dem die Beschäftigung von Ausländern geregelt wird (Ausländerbeschäftigungsgesetz - AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975

1993

Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz - BPGG) und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Notarversicherungsgesetz 1972, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Strafvollzugsgesetz, das Pensionsgesetz 1965, das Bezügegesetz, die Salinenarbeiter-Pensionsordnung 1967, das Post- und Telegraphen-Pensionsgesetz 1967, das Bundesgesetz vom 1. Juli 1967 über die Pensionsansprüche der Zivilbediensteten der ehemaligen k. u. k. Heeresverwaltung und ihrer Hinterbliebenen, das Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, das Heeresversorgungsgesetz, das Opferfürsorgegesetz, das Verbrechensopfergesetz und das Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz geändert werden, BGBl. Nr. 110/1993

1993

Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, LZB. 1993/43

1997

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden, BGBl. I Nr. 108/1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 57/2008

2005

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005

2006

Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit, mit der die Ausländerbeschäftigungsverordnung geändert wird, BGBl. II Nr. 405/2006

2006

Bundesgesetz, mit dem Übergangsbestimmungen bis zur Neuregelung der Pflege erlassen werden (Pflege-Übergangsgesetz), BGBl. I Nr. 164/2006

2007

Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (Hausbetreuungsgesetz - HBeG) und mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird BGBl. I Nr. 33/2007

2008

Bundesverfassungsgesetz, mit dem Übergangsbestimmungen zur Förderung der Legalisierung der Pflege und Betreuung in Privathaushalten erlassen werden (Pflege-Verfassungsgesetz) (Jahrgang 2008 Ausgegeben am 26. Februar 2008 Teil I)

2008

Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Kardiotechnikergesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das MTD-Gesetz, das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das Sanitätsgesetz, das Zahnärztegesetz, das Zahnärztekammergesetz, das Ärztegesetz 1998, das Hausbetreuungsgesetz, die Gewerbeordnung 1994 und das

Bundespflegegeldgesetz geändert werden (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007), BGBl. I Nr. 57/2008

Im Text sind die Gesetze mit dem Kurztitel bzw. der Abkürzung angeführt, zitierte Gesetze in chronologischer Reihenfolge nach ihrem Inkrafttreten

Stellungnahmen zu Ministerialentwürfen

40/ME (XXIII. GP)

Hausbetreuungsgesetz; Gewerbeordnung, Änderung

Ministerialentwurf betreffend ein Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (Hausbetreuungsgesetz - HBeG) und mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird

226/ME (XXII. GP)

Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz

Ministerialentwurf betreffend ein Bundesgesetz über die Etablierung von Fachhochschul-Bakkalaureatstudiengängen für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste für Hebammen sowie die Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz)

Zeitungen

Kurier

Profil

Die Presse, Die Presse Online

Salzburger Nachrichten

Der Standard, Der Standard Online

Wiener Zeitung

Erhebung Vermittlungsorganisationen: Internet- und Medienanalyse:

Krone

Kurier

regionale Zeitung:

Niederösterreichische Nachrichten (Online-Anzeigen), <http://www.noen.at>

Oberösterreichische Nachrichten (OÖN),

Online-Anzeigenportale:

Bazar, <http://www.bazar.at>

Flohmarkt, <http://www.flohmarkt.at>

Kijiji, <http://www.kijiji.at>

11.3 Teilnehmende Beobachtung

- Erstgespräch eines Agenturleiters mit Angehörigen einer zukünftigen Klientin Besichtigung der Wohnung der Klientin am 02.12.2005
- Arbeitstag mit einer Heimhilfe, Einsätze bei vier Personen in vier Haushalten am 12.02.2007 in Wien
- Informationsveranstaltung der Wirtschaftskammer Österreich: Infoveranstaltung Personenbetreuung am 02.12. 2008 in Niederösterreich

11.4 Interviews

Überblick Interviews

Datum des Interviews	Interview-nummer	Bezeichnung im Text	Institution/Funktion der befragten Person
04.05.2005	E 13		Politikerin einer Bürgerliste
04.05.2005	E14		AK
12.05.2005	E9		Fonds Soziales Wien (FSW) Behörde
27.08.2005	V9		Vermittlungsagentur, private Pflegefirma
29.08.2005	V8		Vermittlungsagentur, private Pflegefirma
21.09.2005	V11		Vermittlungsagentur, private Pflegefirma
26.09.2005	V5	Herr J.	24-Stunden-Pfleger (ohne Qualifikation) und als Vermittler tätig
29.09.2005	V3		Vermittlungsagentur
10.10.2005	E6		Berufsverband
13.10.2005	E11		Magistratsabteilung/Wien
17.10.2005	V12		Vermittlerin, Angehörige einer verstorbenen Klientin einer 24-Stunden-Pflegerin und nun als österreichische Vermittlungsperson für eine slowakische Vermittlerin tätig, inseriert in der Kronenzeitung
18.10.2005	K1	Frau A./Frau I.	KlientIn/ interviewte Person: Pflegerin
18.10.2005	K1, P1	Frau I.	Pflegerin von Frau A.
21.10.2005	V7		Mitarbeiterin einer Vermittlungsagentur
02.11.2005	V10		Geschäftsführerin einer Vermittlungsagentur
03.11.2005	V4		Mitarbeiter einer Vermittlungsagentur
16.11.2005	V2		Vereinsobmann und Leiter einer Vermittlungsagentur
16.11.2005	V1		Geschäftsführer einer privaten Pflegefirma und Vermittlungsagentur
16.11.2005	P2	Frau C.	Pflegerin
02.12.2005	P3	Frau N.	Pflegerin
12.12.2005	V6		Geschäftsführer einer Vermittlungsagentur
12.12.2005	P4	Frau E.	Pflegerin
28.02.2006	K2	Herr B./Frau B.	Klient/ interviewte Person: Angehörige (Ehefrau)
21.04.2006	K3	Frau K.	Klientin

13.07.2006	K4	Frau D./Frau W.	Klientin/interviewte Person: Angehörige (Tochter)
21.09.2006	E10		BMWA
25.09.2006	E7		Gewerkschaft
04.10.2006	E5		Heimhilfegewerkschaft
07.10.2006	K5	Frau O./Frau M.	Klientin/interviewte Person: Angehörige (Tochter)
13.10.2006	E8		ÖGB Beratungszentrum
25.10.2006	E12		BMF/KIAB
23.11.2006	E1		Wohlfahrtsträger, Leiterin Soziale Dienste
30.11.2006	E3		Wohlfahrtsträger, Leiterin Soziale Dienste
05.02.2007	E2		Wohlfahrtsträger, Geschäftsführer
07.03.2007	E4		Wohlfahrtsträger, Geschäftsführer
18.04.2007	K6	Herr F.	Klient
18.04.2007		Frau J.	Pflegerin von Herrn F.
18.04.2007	K7	Frau P./Frau S.	Klientin/interviewte Person: Angehörige (Tochter)
18.04.2007	K8	Frau H., Frau L.	Klientin/interviewte Person: Angehörige (Nichte)
05.09.2007	K9	Frau R.	Klientin
05.09.2007	P5/K9	Frau G.	Pflegerin von Frau R.

Abbildung 22: Rechtsform der Vermittlungsorganisation

Rechtsform	alle Organisationen	Anteil in %	befragte Organisationen	Anteil in %
Firma	8	42	6	60
Verein	4	21	3	30
Privatperson	1	5	1	10
gesamt Nennungen	13	68	10	100
keine Angabe	6	32	0	0
gesamt	19	100	10	100

Quelle: eigene Erhebung, Analyse der Anzeigeportale und Websites von Organisationen, Interviews mit AgenturleiterInnen und -mitarbeiterInnen

Abbildung 23: Befragte Organisationen

	alle Organisationen	Anteil in%	befragte Organisationen	Anteil in%
W	5	26	4	40
NÖ	1	5	1	10
OÖ	4	21	2	20
SBG	1	5	1	10
TIR	1	5	1	10
SK	6	33	1	10
CZ	1	5	0	0
gesamt	19	100	10	100

Quelle: eigene Erhebung, Analyse der Anzeigeportale und Websites von Organisationen, Interviews mit AgenturleiterInnen und -mitarbeiterInnen

Abbildung 24: Qualifikation der vermittelten Betreuungskräfte

Qualifikation	Anteil in%
KrankenpflegerInnen mit Diplom	26,4
Pflegehilfen, AltenfachbetreuerInnen	21
Heimhilfen, Personen mit Erfahrung	24,4
Personen ohne Ausbildung	28,2

Quelle: Ergebnisse laut Fragebogen und Interviews

Abbildung 25: Art der Pflege/Betreuung und Qualifikation

Organisation	Intensivpflege	ausdrücklich keine Intensivpflege	ausschließlich qualifiziertes Personal	Haushaltshilfen und qualifiziertes Personal	ausschließlich Haushaltshilfen	überwiegend Haushalts- hilfen
V1				x		
V2	x		x			
V3				x		
V4	x		x			
V5				x		x
V6		x		x		x
V7				x		
V8		x		x		x
V9					x	x
V10		x			x	x
Anzahl	2	3	2	6	2	5

Quelle: eigene Erhebung, Interviews mit AgenturleiterInnen und -mitarbeiterInnen

Abbildung 26: Bereits in Anspruch genommene soziale Dienste – KlientInnen von 24-Stunden-Pflege

	Essen auf Rädern	Heimhilfe	Pflegehilfe, Altenhilfe	DGKP	Notruf	Altenheim	Pflegeheim	semi-station. Einrichtung
Hr. F.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Fr. R.	ja	ja	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Fr. K.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Fr. D.	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	nein
Fr. P.	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja	nein
Hr. B.	k.a.	ja	nein	nein	k.a.	nein	ja	nein
Fr. O.	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Fr. H.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	ja	k.a.
Fr. A.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.	k.a.
in Anspruch genommen	3	4	0	2	2	0	5	0
nicht in Anspruch gen.	3	3	7	5	4	6	3	7
nicht zutreffend	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	3	2	2	2	3	2	1	2
Summe	9	9	9	9	9	9	9	9

Quelle: eigene Erhebung, Interviews mit KlientInnen (Pflegebedürftige und Angehörige)

Interviewleitfaden und Fragebogen

Interviewleitfaden Agenturen und VermittlerInnen

Vermittlung / Personal

- 1 Welches Personal wird vermittelt? (Fachkräfte, Hilfskräfte, welche Qualifikation)
- 2 Wie wird das Personal rekrutiert? Kann die Nachfrage gedeckt werden? Wie kann das Personal so schnell bereitgestellt werden?
- 3 Wie erfolgt die Personalauswahl? Nach welchen Kriterien?
- 4 Wohin wird Personal vermittelt? (Länder, Bundesländer)
- 5 Wie viele PflegerInnen sind (derzeit) im Einsatz? Wie viele wurden schon (insgesamt) vermittelt? (Ziel: Quantifizierung)

Arbeitsverhältnis

- Wie wird das Arbeitsverhältnis legalisiert? (Au-Pair-Vertrag, Nachbarschaftshilfe, Arbeitskräfteüberlassung ...)
- Welche Funktionen übernimmt die Agentur? Was wird geregelt bzw. organisiert? Inwieweit gestalten die Agenturen die Arbeitsbedingungen
 - Vermittlung, Gebühren
 - Fahrt
 - Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, Entgelt, Entgeltfortzahlung usw.
 - Tätigkeiten, Anforderungen, Leistungen

Agentur

- Wie ist der rechtliche Rahmen der Agentur? (Verein, Unternehmen)
- Wie viele MitarbeiterInnen, Niederlassungen, Umsatz usw. hat die Agentur?
- Wird mit den etablierten Trägerorganisationen oder anderen Institutionen (Gemeinde, Sozialsprengel, Krankenanstalten, ÄrztInnen usw.) zusammengearbeitet oder ist eine Zusammenarbeit geplant? Gibt es Konflikte mit diesen Institutionen?
- Zukunftsperspektive (auch im Hinblick auf Veränderungen durch die EU-Mitgliedschaft)

Fragebogen Agenturen

Datum

1. Welche Rechtsform hat Ihre Organisation?

2. Seit wann besteht Ihre Organisation?

3. Wie viele MitarbeiterInnen sind in Ihrer Organisation beschäftigt?

MitarbeiterInnen	Anzahl
angestellt	
freiberuflich, selbständig, freie DienstnehmerInnen	
ehrenamtlich	
Vereinsmitglieder (die mitarbeiten)	

4. Wie viele Personen sind in der Administration tätig:

5. Welche Geschäfts- oder Vereinstätigkeit übt Ihre Organisation in welchem Verhältnis aus?

Tätigkeit	Anteil in Prozent
Vermittlung von Rund um die Uhr Betreuung	
mobile Hauskrankenpflege (stundenweise)	
Pooldienst für Krankenanstalten, Pflegeheime etc.	
anderes (bitte angeben):	

6. Falls ihre Organisation ein Verein ist, wie viele Vereinsmitglieder gibt es aktuell?

	Anzahl
Vereinsmitglieder, die BetreuerInnen/PflegerInnen sind	
Vereinsmitglieder, die KlientInnen sind	
andere Vereinsmitglieder	

7a. Wie viele Personen, die Rund-um-die-Uhr-Betreuung machen, vermitteln Sie durchschnittlich pro Monat?

(Erklärung: In den meisten Fällen arbeiten Rund-um-die-Uhr-BetreuerInnen in einem Turnus, d.h. dass z.B. auf einen Haushalt zwei Betreuungspersonen kommen. Es kann aber auch vorkommen, dass in einem Haushalt zwei Betreuungspersonen gleichzeitig, also insgesamt vier Betreuungspersonen notwendig sind. Die Fragen 7a und b, 8 a und b, 9 a, b, c sollen das klären.)

--

7b. An wie viele Haushalte?

--

8. Wie viele Personen sind derzeit in der Rund um die Uhr Betreuung im Einsatz?

--

8b. Wie viele Haushalte werden derzeit betreut?

9a. Wie viele Personen wurden insgesamt bis jetzt vermittelt?

9b. An wie viele Haushalte?

9c. In welchem Zeitraum?

10. Wie viele Betreuungspersonen haben Sie in den letzten Jahren an wie viele Privathaushalte vermittelt?

Jahr	Betreuungs- personen	Haushalte	Jahr	Betreuungs- personen	Haushalte
2005			1999		
2004			1998		
2003			1997		
2002			1996		
2001			1995		
2000			1994		

10. Welche Qualifikation haben die von Ihnen vermittelten Personen in der Rund um die Uhr Betreuung und wie hoch ist in etwa der jeweilige der Anteil an der Gesamtzahl?

Qualifikation	ja	nein	Anteil in Prozent
diplomierte Krankenpflegeperson			
PflegehelferInnen, AltenhelferInnen, Alten(fach)betreuerInnen			
HeimhelferInnen			
Personen ohne Ausbildung in einem Gesundheits-/ Pflegeberuf			

11. Aus welchen Ländern kommen die Betreuungspersonen ?

Land	ja	nein	Anteil in Prozent
PL			
SK			
CZ			
HU			
A			
andere Länder, wenn ja welche:			

12. In welche Bundesländer vermitteln Sie Rund um die Uhr BetreuerInnen und wie hoch ist in etwa der Anteil an der Gesamtzahl?

Bundesland	ja	nein	Anteil in%
W			
NÖ			
BLD			
OÖ			
SBG			
TIR			
VBG			
STK			
KTN			

13. Vermitteln Sie auch in andere Länder Rund um die Uhr Betreuungskräfte, wenn ja, in welche Länder?

Land	Anzahl pro Monat im Durchschnitt
D	
CH	
andere Länder (bitte angeben):	

14. Vermitteln Sie auch stundenweise Hauskrankenpflegerinnen bzw. Betreuungspersonen, die nicht in Österreich wohnhaft sind?

Wenn ja, aus welchen Ländern kommen diese?

Land	Anzahl / Monat im Durchschnitt
SK	
CZ	
HU	
andere Länder (bitte angeben):	

15. Arbeiten Sie mit einer anderen Person, einer Organisation, Agentur oder Firma zusammen, um Betreuungspersonen bereitstellen zu können?

Name der Person/Organisation/ Agentur/Firma	Adresse	Telefonnummer

16. Wie hoch sind die Vermittlungsgebühren (zutreffendes ausfüllen)?

	einmalig	pro Vermittlung	pro Monat	pro Jahr
für die BetreuerInnen				
für die KlientInnen				

17. Wie hoch sind etwaige andere Beiträge und Kosten, die an Ihre Organisation bezahlt werden? (bitte zutreffendes ausfüllen, bitte geben Sie an, um welche Art von Beiträgen oder Kosten es sich handelt)

	einmalig	pro Monat	pro Jahr
für die BetreuerInnen			
für die KlientInnen			

18. Welche Kosten fallen zusätzlich für die KlientInnen an?

Art	Höhe	
Kosten für die BetreuerIn (z.B. Taschengeld)		
a) diplomierte Krankenpflegepersonen		
b) PflegehelferInnen, AltenhelferInnen, Alten(fach)betreuerInnen		
c) Heimhilfe		
d) Betreuungsperson ohne Ausbildung in einem Gesundheits-/Pflegeberuf		
Fahrtkosten (zutreffendes ankreuzen)	ja	nein
Verpflegung (zutreffendes ankreuzen)	ja	nein

19. Innerhalb welcher rechtlichen Rahmenbedingungen sind die Betreuerinnen hier tätig?

Anmerkungen:

11.5 Zeitungsartikel

Standard Printausgabe (09.08.2006). Ombudsmann Vogt: Es kracht vor hanebüchenen Ungerechtigkeiten. Wiener Mediziner fordert EU-weite Lösungen und neue Berufsbilder.

Grimm, Oliver, Presse (07.08.2006). Kommentar von Oliver Grimm: Pflege-Krise: Ein Lösungsvorschlag, Kommentar

Tóth, Barbara, Standard Printausgabe (11.08.2006). Sozialkriminalität - Berufsbilder entstehen unter diesen Bedingungen nicht, Kommentar

Waiglein, Harald, Wiener Zeitung (12.08.2006). Kommentar von Harald Waiglein: Pflege wem Pflege gebührt.

Rauscher, Hans, Standard Printausgabe (12./13. August 2006). "Ausländer-Politik" überdenken, Kolumne

Friedl, Wolfgang, Standard (19./20.08.2006). Weg mit den Altenheimen! Die gegenwärtig praktizierte stationäre Altenpflege ist menschenunwürdig, Gastkommentar

Nimmervoll, Lisa, Standard Printausgabe (24.8.2006). Das verborgene Pflegeheer. Pflege als "Strafjob" ist Unsinn, echten Pflegesnotstand verhindern (noch) die Frauen, Kommentar

Wolner, Ernst, Standard Printausgabe (29.08.2006). Gesund alt werden, sachlich diskutieren. Wie praxisnah sind die Reformrezepte der Politik? Stimmen die Horrorszenarien der Demoskopen? Ein Kommentar der anderen von Ernst Wolner, Gastkommentar

Schulmeister, Stephan, Standard Printausgabe (30.8.2006). Gastkommentar von Stephan Schulmeister. Pflegeregeln - ein "Sozialstaatsmonster"? Das Marktprinzip funktioniert nur bei Transparenz - Kommentar der anderen: Stephan Schulmeister repliziert auf Hans Weiss, Gastkommentar

Zulehner, Paul, Presse (14.09.2006). Zwischen Gesetz und Menschlichkeit, Gastkommentar

Einödhofer, Manfred, Kronen Zeitung (24.09.2006). Leserbrief

Weiss, Hans, Standard (26./27.08.2006). Der Pflege-Kanzler und ich. Kommentar der anderen von Hans Weiss, Gastkommentar

Spiegel (11/2006). „Vom Straps zur Schnabeltasse“
<http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=46236994&aref=2006/03/13/ROSP200601100590059.PDF&thumb=false>

Standard Online-Ausgabe (29.01.2007). Demenzen: Herausforderung für Europa

Welt Online (16.04.2007). Neue Chance für Prostituierte.
http://www.welt.de/vermishtes/article812779/Eine_neue_Chance_fuer_Prostituierte.html
(27.09.2009)

Donadio, Rachel/Tabuchi, Hiroko/Schwartz D. Nelson. The New York Times, Beilage im Standard
(04.05.2009). The Painful Journey Home. A Reverse Exodus Upends the Lives Of Many Migrants

11.6 Literatur

Albert, Martin (1998). Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge an der Katholischen Fachhochschule Freiburg „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“, Dissertation, Bühl/Baden

Allmendinger, Jutta (2003). Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002, Teil 1, Leske + Budrich, Opladen

Altwater, Elmar/Mahnkopf, Birgit (2002). Globalisierung der Unsicherheit. Arbeit im Schatten, schmutziges Geld und informelle Politik, Münster, Westfälisches Dampfboot

Altwater, Elmar/Mahnkopf, Birgit (Hg.). Frieden und Ökonomie. Die Ökonomie eines friedlichen Europa. Burgschlaining 2000, 269-281

Anderson, Benedict (2005). Die Erfindung der Nation. Zur Karriere eines erfolgreichen Konzepts, Frankfurt, New York, Campus Verlag

Anderson, Bridget (2006). Doing the Dirty Work? Migrantinnen in der bezahlten Hausarbeit in Europa, Assoziation A, Berlin

Arber, Sara/Ginn, Jay (1997). Informal Care-givers for Elderly People, in: Ungerson, Clare/Kember, Mary (Ed.). Women and Social Policy. A Reader. (2nd ed.), London, Macmillan (347-359)

Badelt, Christoph (1996) (Hg.). Kosten der Pflegesicherung, Wien, Manz

Badelt, Christoph/Holzmann-Jenkins, Andrea/Matul, Christian/Österle, August (1997). Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Barbic Ana/Inga Miklavcic-Brezigar (1999). Domestic work abroad: a necessity and an opportunity for rural women from the Goriska borderland of Slovenia, in: Henshall Momsen, Janet (Ed.) (1999). Gender, Migration and Domestic Service, London, New York, Routledge, 164-179

Bauböck, Rainer (1994). Gibt es ein Recht auf Einwanderung? IHS Reihe Politikwissenschaft No. 18

Becker, Gary, S. (1993). Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, Tübingen, Mohr

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1981). Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt: zur Ideologie und Realität von Frauenberufen, Frankfurt/Main, Campus-Verlag

Beck, Ulrich (1983). Jenseits von Stand und Klasse? In: Kreckel, Reinhard (Hg.). Soziale Ungleichheiten, Göttingen, Schwartz, 35-74

Beer, Christian/Mooslechner, Peter/Schürz, Martin/Wagner, Karin (2006). Das Geldvermögen privater Haushalte in Österreich: eine Analyse auf Basis von Mikrodaten. Geldpolitik & Wirtschaft Q2/06, OeNB, 101-119

Behning, Ute (Hg.) (1997). Das Private ist ökonomisch: Widersprüche der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Berlin, Ed. Sigma

Beigewum, Beirat für gesellschafts- wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen (Hg.) (2005). Mythen der Ökonomie. Anleitung zur geistigen Selbstverteidigung in Wirtschaftsfragen, Wien, VSA

Berger-Schmitt, Regina (2003). Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der europäischen Union. Perspektiven zur Rolle familialer Netzwerke.

http://www.social-science-geis.de/Dauerbeobachtung/Sozialindikatoren/Publikationen/pdf-dateien/Berger-Schmitt_2003.pdf

Bettio, Francesca/Simonazzi, Annamaria/Villa, Paola (2004). The State and Future Care of Work: International Migration as a Solution for Labour Shortage? The 'Care Drain' in the Mediterranean: Notes on the Italian Experience

Biffel, Gudrun (2006). Maßnahmen zur Erhöhung der Frauenbeschäftigung in Österreich. Beitrag beim Workshop: Strategien für Wachstum und Beschäftigung in Österreich, am 3. März 2006, Nationalbank

Birkner, Martin/Knittler, Käthe (2002). Ehekrise - zur Geschichte feministischer Marxkritik, grundrisse zeitschrift für linke theorie und debatte, 2/2002, <http://www.unet.univie.ac.at/~a9709070/grundrisse02/2ehekrise.htm> (02.02.2007)

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Henz, Wolfgang (2005). Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden; VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhmer, Franz/Rosenmayr, Leopold (Hg.) (2003). Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis, Wien, WUV Universitätsverlag

Bourdieu, Pierre (1993). La misère du monde, Paris, Editions du Seuil

Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) (2000). Ältere Menschen - Neue Perspektiven. Seniorenbericht 2000. Zur Lebenssituation älterer Menschen.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) (2004). Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) (2007). Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005

Caixeta, Luzenir/Haas, Barbara/Heidinger, Bettina/Rappold, Sonja/Rechling, Daniela/Ripota, Pamela (2004). Hausarbeit und Pflege: Strategien der Vereinbarkeit in unterschiedlichen Haushalten unter Berücksichtigung von Gender, Klasse und Ethnizität. Österreichbericht im Rahmen des EU-Projektes, MAIZ, Linz

Candeias, Mario (2004). Erziehung der Arbeitskräfte. Rekommodifizierung der Arbeit im neoliberalen Workfare-Staat, in: Utopiekreativ, www.linksnet.de

Carls, Kristin (2003). Informelle Ökonomie. Prekäre Hoffnungsträger Überlebensökonomien des Südens, in: iz3w - Info.zentrum 3. Welt, <http://www.linksnet.de/de/artikel/18346>

Castel, Robert (2000). Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit, Konstanz, UVK Verlagsgesellschaft Konstanz mbH

Castles, Stephen (2006). Guestworkers in Europe: A Resurrection?, IMR Volume 40 Number 4 (Winter 2006), 741-766

Cerna, Lucie (2008). Towards an EU Blue Card? The delegation of National High Skilled Immigration Policies to the EU level, Working Paper No. 65, University of Oxford, ESRC Centre on Migration, Policy and Society

Cyrus, Norbert (2000). Mobile Migrationsmuster. Zuwanderung aus Polen in die Bundesrepublik Deutschland, Berliner Debatte INITIAL 11 (2000) 5/6, 95-103

Cyrus, Norbert (2005). Menschenhandel und Arbeitsausbeutung in Deutschland. Sonderprogramm zur Bekämpfung der Zwangsarbeit, Internationale Arbeitsorganisation (IAO)

Dackweiler, Regina-Maria (2003). Wohlfahrtsstaatliche Geschlechterpolitik am Beispiel Österreichs, Leske + Budrich, Opladen

Demel, Katharina/Stacher, Irene (2000): Migrationspolitik in Europa: EU-BürgerInnen vs. Drittstaatsangehöriger, in: Altvater, Elmar/Mahnkopf, Birgit (Hg.). Frieden und Ökonomie. Die Ökonomie eines friedlichen Europa. Burgschlaining 2000, 269-281

Dienel, Christiane (2005). Familienpolitische Unterstützung privater Dienstleistungen im europäischen Vergleich, in: „Lokale Märkte“ Potentiale und Entwicklungsperspektiven von Bedarfen und Angeboten familienunterstützender Dienstleistungen (FUD), Dokumentation Expertenworkshop, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 20-51, http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/FUD_PotenzialeundEntwicklungsperspektiven.pdf

Dimmel, Nikolaus (2004). Riskante Informalität. Entwicklung und Rechtsgrundlagen sozialer Dienste in Österreich. in: Kurswechsel, Heft 4/2004, 44-59

Dimmel, Nikolaus/Riesenfelder, Andreas/Simsa, Ruth (2004). Sozialwirtschaft - eine einleitende Diskussion. in: Kurswechsel, Heft 4/2004, 7-17

Doeringer, Peter, B./Piore, Michael, J. (1971). Internal Labor Markets and Manpower Analysis, D.C. Heath and Company, Lexington, Massachusetts

Donat, Elisabeth/Spicker, Ingrid (2005). Sozialkapital in Organisationen im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung, Working Paper erstellt im Rahmen des Moduls „PS: Potenzial Sozialkapital“, Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien

Donhauser, Karin (Hg.) (1994). Frauen-fragen, Frauen-perspektiven, Dettlebach, Röll

Driest, Piet (2006). Long-Term Care in Europe, in: Hassink, Jan/van Dijk, Majken (eds.) (2006). Farming for Health, 101-106. Springer, http://library.wur.nl/frontis/farming_for_health/08_driest.pdf

Ehrenreich, Barbara/Hochschild, R., Arlie (Ed.) (2000). Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy, London, Granta Books

Elwert, Georg (2003). Schwarzarbeit: informelle Märkte und Institutionalisierung. Über unternehmerische Illegale, die Organisation illegaler Einwanderung und Institutionen. In: Allmendinger, Jutta (2003). Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002, Teil 1, Leske + Budrich, Opladen

Enzenhofer, Edith/Kessler, Irene/Lechner, Ferdinand/Riesenfelder, Andreas/Reiter, Walter/Wetzel, Petra (2007). Ethnische Ökonomien – Bestand und Chancen für Wien. Kurzfassung des Endberichts. L&R Sozialforschung
[http://www.lrsocialresearch.at/files/Kurzfassung_EB_LR_Sozialforschung_Ethnische_Oekonomien_\(V2\).pdf](http://www.lrsocialresearch.at/files/Kurzfassung_EB_LR_Sozialforschung_Ethnische_Oekonomien_(V2).pdf)

Erdem, Esra (2003). Hausarbeit in der ethnischen Ökonomie, in: Castro Varela, Maria do Mar (2003). Migration, gender, Arbeitsmarkt. Neue Beiträge zu Frauen und Globalisierung (223-236)

Escrivá, Angeles (2004). Securing Care and Welfare of Dependents Transnationally: Peruvians and Spaniards in Spain. Working Paper Number WP404, Oxford Institute of Ageing Working Papers, Oxford Institute of Ageing

Esping-Andersen, Gosta (1998). Die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Zur Politischen Ökonomie des Wohlfahrtsstaates, in: Lessenich, Stephan/Ostner, Ilona (Hg.). Welten des Wohlfahrtskapitalismus: der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt/Main, New York, Campus Verlag, 19-59

Eurofamcare (2006): Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report
<http://uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php?abs=8>

Evers, Adalbert (2002). Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft. In: BAS (Hg.). Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit, Verlag Peter Wiehl, Stuttgart, 85-100

Folbre, Nancy (2005). Caring Labor, in: Kurswechsel, 1/2005, 21-25

Foltin, Robert (2002). Immaterielle Arbeit, Empire, Multitude, neue Begrifflichkeiten in der linken Diskussion. Zu Hardt/Negris "Empire", in: grundrisse zeitschrift für linke theorie und debatte 2/2002, <http://www.grundrisse.net/grundrisse02/2multitude.htm> (25.07.2007)
<http://www.unet.univie.ac.at/~a9709070/grundrisse02/2multitude.htm> (02.02.2007)

Fourastié, Jean (1954). Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts, Deutz, Köln

Fraad, Harriet/Resnick, Stephen/Wolff, Richard (1994). Bringing it all Back Home. Class, Gender & Power in the Modern Household, London, Pluto Press

Fraad, Harriet/Resnick, Stephen/Wolff, Richard (1994). For Every Knight in Shining Armor, There's a Castle Waiting to be Cleaned: A Marxist-Feminist Analysis of the Household, in: Fraad, Harriet; Resnick, Stephen; Wolff, Richard: Bringing it all Back Home. Class, Gender & Power in the Modern Household, London, Pluto Press, 1-42

Fraser, Nancy (2001). Die halbierte Gerechtigkeit. Schlüsselbegriffe des postindustriellen Sozialstaates, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Gather, Claudia/Geissler, Birgit/Rerrich, Maria, S. (Hg.) (2002). Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel, Münster, Westfälisches Dampfboot

Geissler, Birgit (2002). Die Dienstleistungslücke im Haushalt. Der neue Bedarf nach Dienstleistungen und die Handlungslogik der privaten Arbeit, in: Gather, Claudia/Geissler, Birgit/Rerrich, Maria, S. (Hg.). Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel, Münster, Westfälisches Dampfboot, 30 - 49

Geissler, Birgit (Hg.) (1998). FrauenArbeitsMarkt: der Beitrag der Frauenforschung zur sozio-ökonomischen Theoriebildung, Berlin, Ed. Sigma

Gendera, Sandra (2007). "Transnational care space" Zentraleuropa. Arbeits- und Lebensbedingungen von irregulär beschäftigten Migrantinnen in der häuslichen Pflege, Diplomarbeit, Wien

Gerhard, Ute (1988). Sozialstaat auf Kosten der Frauen. Einleitung, in: Gerhard, Ute/Schwarzer, Alice/Slupik, Vera (Hg.) Auf Kosten der Frauen: Frauenrechte im Sozialstaat, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Gerhard, Ute/Schwarzer, Alice/Slupik, Vera (Hg.) (1988). Auf Kosten der Frauen: Frauenrechte im Sozialstaat, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Gottschall, Karin/Pfau-Effinger, Birgit (2002). Einleitung: Zur Dynamik von Arbeit und Geschlechterordnung, in: Gottschall, Karin/Pfau-Effinger, Birgit (Hg.). Zukunft der Arbeit und Geschlecht. Diskurse, Entwicklungspfade und Reformoptionen im internationalen Vergleich, Opladen, Leske + Budrich

Gottschall, Karin/Pfau-Effinger, Birgit (Hg.) (2002). Zukunft der Arbeit und Geschlecht. Diskurse, Entwicklungspfade und Reformoptionen im internationalen Vergleich, Opladen, Leske + Budrich

Granato, Mona (2004). Feminisierung der Migration - Chancengleichheit für (junge) Frauen mit Migrationshintergrund in Ausbildung und Beruf, Expertise für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration

http://www.bibb.de/dokumente/pdf/expertise_granato.pdf (14.02.2008)

Guger, Alois/Mayrhuber, Christine (2001). Erwerbsbeteiligung und Alterssicherung. Auswirkungen der Arbeitsmarktentwicklung auf die Pensionsquote, Wifo Monatsberichte 2/2001

Hammer, Elisabeth/Österle, August (2001a). Neoliberale Gouvernementalität im österreichischen Wohlfahrtsstaat. Von der Reform der Pflegevorsorge 1993 zum Kinderbetreuungsgeld 2002, in: Kurswechsel 4/2001, 60-69

Hammer, Elisabeth/Österle, August (2001b). Welfare State Policy and Informal Long-Term Care Giving in Austria: Old Gender Divisions and New Stratification Processes Among Women, Working Paper No. 7, Wirtschaftsuniversität Wien

Hanika, Alexandra (2001). Bevölkerungsvorausschätzung 2001 bis 2050 für Österreich und die Bundesländer. Statistische Nachrichten 9/2001

Hardt, Michael (2002). Affektive Arbeit. Immaterielle Produktion, Biomacht und Potenziale der Befreiung, in: Subtropen #9/01
http://www.nadir.org/nadir/periodika/jungle_world/_2002/02/sub01a.htm (27.09.2009)

Hardt, Michael/Negri, Antonio (2003). Empire. Die neue Weltordnung, Frankfurt, New York, Campus Verlag

Haug, Frigga (2002). Zur Theorie der Geschlechterverhältnisse, in: Das Argument
<http://www.linksnet.de/artikel.php?id=552>

Heitzmann, Karin (2001). Dimensionen, Strukturen und Bedeutung des Nonprofit Sektors. Eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Analyse für Österreich, Wien, Facultas

Henshall Momsen, Janet (Ed.) (1999). Gender, Migration and Domestic Service, London, New York, Routledge

Hess, Sabine (2005). Globalisierte Hausarbeit. Au-pair als Migrationsstrategie von Frauen aus Osteuropa, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hochschild, R., Arlie (1990). Das gekaufte Herz: zur Kommerzialisierung der Gefühle, New York, Campus Verlag

Hochschild, R., Arlie (2000). Love and Gold, in: Ehrenreich, Barbara/Hochschild, R., Arlie (Ed.) (2000). Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy, London, Granta Books, 15-31

Hochschild, R., Arlie (2001). Globale Betreuungsketten und emotionaler Mehrwert, in: Hutton, Will/Giddens, Anthony (Hg.). Die Zukunft des globalen Kapitalismus, Frankfurt/Main, Campus

Hofmarcher, Maria, M./Riedel, Monika (2002). Gesundheitszustand in der EU. Ab dem 70. Lebensjahr wird's beschwerlich. Schwerpunktthema: Gesünder bleiben dämpft Kostenanstieg, Health System Watch, Beilage zur Zeitschrift soziale Sicherheit. IV, Winter 2002/2003, http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw02_4d.pdf (16.08.2006)

Höglinger, Andrea/Berka, Gerhard (1994). Arbeit in Privathaushalten. Alte Probleme in neuer Zeit. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien.

Human Rights Watch (2006). Swept Under the Rug. Abuses against Domestic Workers Around the World, Human Rights Watch Volume 18, Number 7 (C)

Humphries, Jane/Rubery, Jill (1994). Zur Angebotsseite des Arbeitsmarktes. Die relative Autonomie der sozialen Reproduktion, in: Regenhart, Ulla/Maier, Friederike/Carl, Andrea-Hilla, (Hg.). Ökonomische Theorien und Geschlechterverhältnis: der männliche Blick der Wirtschaftswissenschaft, Berlin, Ed. Sigma, 67-91

Hutton, Will/Giddens, Anthony (Hg.) (2001). Die Zukunft des globalen Kapitalismus, Frankfurt/Main, Campus

Irek, Malgorzata (1998). Der Schmugglerzug: Warschau-Berlin-Warschau. Materialien einer Feldforschung

Jessop, Bob (1993). Towards a Schumpeterian Workfare State? Preliminary Remarks on Post-Fordist Political Economy. in: Studies in Political Economy (40), 7-40

Katschnig, Heinz/Ladinsger, Edwin/Scherer, Michael/Sonneck, Gernot/Wancata Johannes (2001). Österreichischer Psychiatriebericht 2001, Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien

Klasnic, Waltraud (2006). Arbeitskreis Zukunft denken – Pflege und Altenbetreuung

Klenner, Christina/Stolz-Willig, Brigitte (1997). Arbeitsplatz Privathaushalt - Rückkehr zur Dienstbotengesellschaft oder Emanzipationschance. Eine Replik auf Claudia Weinkopf, in: Behning, Ute (Hg.). Das Private ist ökonomisch: Widersprüche der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Berlin, Ed. Sigma, 153-169

Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli (2005). Achsen der Ungleichheit - Achsen der Differenz, in: Transit Europäische Revue Nr. 29/2005, 72-95

http://www.iwm.at/index.php?option=com_content&task=view&id=232&Itemid=230 (27.09.2009)

Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli/Sauer, Birgit (Hg) (2007). Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität, Frankfurt, New York, Campus

Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hg.) (2007). Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2. Münster, Westfälisches Dampfboot

Krajcic, Karl/Nowak, Peter/Vysloulzil, Monika (2003). Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien, http://www.univie.ac.at/lbimsgs/berichte/pnoe_gutachten.pdf (23.01.2005)

Krajic, Karl/Nowak, Peter/Rappold, Elisabeth (2005a). Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Zusammenfassung, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien

Krajic, Karl/Nowak, Peter/Rappold, Elisabeth (2005b). Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Endbericht, Wien
http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf (13.06.2005)

Kranewitter, Helga/Stelzer-Orthofer, Christine/Gerich, Joachim/Sonnleitner, Nicole (2008). Berufsverläufe und Tragfähigkeit in der Altenfachbetreuung, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW), Linz

Kreimer, Margareta/Hartl, Katja (2004). Am Rande des Arbeitsmarktes. Haushaltsnahe Dienstleistungen. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft, Nr. 90, Herausgeberin: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Abt. Wirtschaftswissenschaft und Statistik, Verlegerin: AK-Wien

Krenn, Manfred (2004). "... und dann fall ich über den Menschen her." Die Gefährdung des doppelten Subjektcharakters interaktiver Arbeit in der mobilen Pflege durch Ökonomisierung und Standardisierung. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2/2004, Forba Schriftenreihe 2/2004

Krenn, Manfred/Haidinger, Bettina (2009). Un(der)documented migrant labour - characteristics, conditions and labour market impacts. Thematic report prepared under the theme 'Migration flows and labour market impacts'. Forba Research Report 2/2009

Krenn, Manfred/Papouschek, Ulrike (2003). Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen, FORBA-Forschungsbericht 3/2003, Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes

Krenn, Manfred/Papouschek, Ulrike/Simsa, Ruth (2004). Soziale Dienste (Mobile Pflege) in Österreich – Skizze eines Sektors, Auszug aus dem EAP-Zwischenbericht, Februar 2004
<http://www.node-research.at/dokumente/upload/0009/05EAP%20%20Diskussionspapier%205%20Papouschek-Krenn-Simsa.pdf>

Kulawik, Teresa (2005). Wohlfahrtsstaaten und Geschlechterregime im internationalen Vergleich
http://web.fu-berlin.de/gpo/teresa_kulawik.htm

Kuss, Barbara/Schopf, Anna (2007). Breaking the Taboo, A study of domestic violence against older people in care relations from the perspective of health and care services in Austria, Research Institute of the Viennese Red Cross
http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/National_Report_Austria.pdf (27.09.2009)

Kytir, Josef (2003). Die demographische Revolution und die Langlebigkeit, in: Böhmer, Franz/Rosenmayr, Leopold (Hg.). Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis, Wien, WUV Universitätsverlag, 131 - 145

Lamplmayr, Eveline (2003). Familienhospizkarenz, in: Wiso 2/2003, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Linz
http://www.isw-linz.at/media/files/1_2003/LF_lamplmayr_1_03.pdf (23.10.2007)

Latcheva, Rossalina/Obermann, Judith (2006). SiM-Social Integration of Migrants. Between Equal Opportunity and Marginalization. A Longitudinal Perspective on the Social Integration of Migrants. Final Research Report
http://www.equi.at/dateien/3Endbericht_SiM.pdf (12.08.2009)

Leichsenring, K., Stadler M. (2000): Persönliche soziale Dienstleistungen: Qualität der Dienstleistung und Qualität der Arbeitsbedingungen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien, <http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/esl/00/ef0083de.pdf> (12.08.2009)

Leicht, René/Humpert, Andreas/Leiss, Markus/Zimmer-Müller, Michael/Lauxen-Ulrich, Maria/Fehrenbach, Silke (2005): Die Bedeutung der ethnischen Ökonomie in Deutschland. Push- und Pull-Faktoren für Unternehmensgründungen ausländischer und ausländischstämmiger Mitbürger. Studie im Auftrag des Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Kurzfassung, Institut für Mittelstandsforschung (ifm), Universität Mannheim
http://www.ifm.uni-mannheim.de/unter/fsb/pdf/Ethnische_Oekonomie_Kurzfassung.pdf (12.08.2009)

Leitner, Sigrid/Ostner, Ilona/Schatzenstaller Margit (Hg.) (2003). Wohlfahrtsstaat und Geschlechterverhältnis im Umbruch. Was kommt nach dem Ernährermodell? Jahrbuch für Europa- und Nordamerika-Studien, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 177-207

Lenhart, Maureen (2007). Die Migration von weiblichen Pflegekräften, in: Kurswechsel 2/2007, 28-35

Lessenich, Stephan/Ostner, Ilona (Hg.) (1998). Welten des Wohlfahrtskapitalismus: der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt/Main, New York, Campus Verlag

Lutz, Helma (2002). Transnationalität im Haushalt. in: Gather, Claudia/Geissler, Birgit/Rerrich, Maria, S., (Hg.). Weltmarkt Privathaushalt: Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel, Münster, Westfälisches Dampfboot, 87 - 101

Lutz, Helma (2003). Ethnizität. Profession. Geschlecht. Die neue Dienstmädchenfrage als Herausforderung für die Migrations- und Frauenforschung. 2. vollständig überarbeitete Auflage, Münster

http://www.uni-muenster.de/InterkulturPaedagogik/Publikation/iks_querformat/IKS_Querpdf/IKSLutz.pdf

Lutz, Helma (2007a). Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Opladen & Farmington Hills, Verlag Barbara Budrich

Lutz, Helma (2007b). "Die 24-Stunden-Polin" - Eine intersektionelle Analyse transnationaler Dienstleistungen, in: Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli/Sauer, Birgit (Hg.). Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität, Frankfurt, New York, Campus

Maier, Friederike (1994). Das Wirtschaftssubjekt hat (k)ein Geschlecht! in: Regenhard, Ulla/Maier, Friederike/Carl, Andrea-Hilla (Hg.). Ökonomische Theorien und Geschlechterverhältnis: der männliche Blick der Wirtschaftswissenschaft, Berlin, Ed. Sigma, 15-39

Maier, Friederike (2004). Volkswirtschaftliche Arbeitsmarktanalysen und -theorien der Frauenarbeit. Expertise im Auftrag des vom BMBF geförderten Projektes Genda – Netzwerk Feministische Arbeitsforschung, Discussion Papers 10/2004

Mairhuber, Ingrid (2000). Die Regulierung des Geschlechterverhältnisses im Sozialstaat Österreich: Traditionen, Wandel und feministische Umbauoptionen, Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bruxelles, New York, Wien; zugl. Dissertation Universität Wien 1998

Mestheneos, Elizabeth/Triantafillou, Judy (2005): Supporting Family Carers of Older People in Europe – the Pan-European Background, Eurofamcare

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2005). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Bogner/Alexander/Littig, Beate/Henz, Wolfgang (2005). Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden; VS Verlag für Sozialwissenschaften.

MEW 23, Marx, Karl/Engels, Friedrich (1968). Das Kapital, Bd. I, Siebenter Abschnitt, S. 589 - 604 Dietz Verlag, Berlin/DDR, MEW 23, 597f

Meyer, Traute (1997). Wider "Selbstbedienungsökonomie" und "Brotverdienermodell"? Beschäftigungspolitische Chancen der Subventionierung haushaltsnaher Dienstleistungen, in: Behning, Ute (Hg.). Das Private ist ökonomisch: Widersprüche der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Berlin, Ed. Sigma, 189-205

Moise, Pierre/Schwarzinger; Michael/Um, Myung-Yong (2004). Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis, OECD Health Working Papers, No. 13, OECD Publishing. doi:10.1787/485700737071, <http://www.oecd.org/dataoecd/10/52/33661491.pdf>

Morokvasic, Mirjana (1994). Pendeln statt Auswandern. Das Beispiel der Polen, in: Morokvasic, Mirjana/Rudolph, Hedwig (Hg.). Wanderungsraum Europa: Menschen und Grenzen in Bewegung, Berlin (Ed. Sigma)

Morokvasic, Mirjana/Rudolph, Hedwig (Hg.) (1994). Wanderungsraum Europa: Menschen und Grenzen in Bewegung, Berlin (Ed. Sigma)

Mortensen, Jorgen/Tsolova, Svetla (2006). The Cross-Atlantic Exchange to Advance Long-Term Care, Special CEPS Report, Background Paper Prepared for the European Commission and AARP Joint Conference on Long-Term Care 13 September 2006, Brussels
<http://www.euractiv.com/en/health/analysis-cross-atlantic-exchange-advance-long-term-care/article-158862>

Mühlberger, Ulrike/Guger, Alois/Knittler, Käthe (2008). Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz

Nam, Hyun-Joo (2003). Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung, Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor“, Wirtschaftsuniversität Wien, Abteilung für Sozialpolitik, Wien
http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/3/4/0/CH0364/CMS1080562153893/referate_schneider.pdf

Nemeth, Claudia/Bermann, Franz/Hlava, Anton/Pochobradsky, Elisabeth (2005). Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Ministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Nemeth, Claudia/Pochobradsky, Elisabeth (2004). Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung. Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Ministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Odierna, Simone (2000). Die heimliche Rückkehr der Dienstmädchen. Bezahlte Arbeit im privaten Haushalt, Opladen, Leske + Budrich

Odman, E. Asli (2002). "Die unsichtbare Hand" und die unsichtbare Frau. Informalisierung und Migrantinnen auf dem Arbeitsmarkt, in: Stimme von und für Minderheiten 43/II 2002, <http://minderheiten.at/stimme/stimme43c.htm> (dl: 08.2006)

OECD (2008). International Migration Outlook: SOPEMI, 2008 Edition, Summary in German, Internationaler Migrationsausblick: Sopemi Ausgabe 2008, Zusammenfassung in Deutsch. <http://www.oecd.org/dataoecd/30/61/41275501.pdf> (08.07.2009)

Offe, Claus (1984). Arbeitsgesellschaft. Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Frankfurt am Main, Campus

Oppen, Maria/Simon, Dagmar (Hg.). (2004). Verharrender Wandel. Institutionen und Geschlechterverhältnisse, Berlin, edition sigma

Österle, August/Hammer, Elisabeth (2004). Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen - Politikansätze - Entwicklungsperspektiven. Im Auftrag der Caritas Österreich.

Ostner, Ilona (1979). Beruf und Hausarbeit: die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft, Frankfurt/Main, Campus Verlag

Ostner, Ilona (1983). Kapitalismus, Patriarchat und die Konstruktion der Besonderheit "Frau", in: Kreckel, Reinhard (Hg.) Soziale Ungleichheiten, Schwartz, Göttingen, 277-299

Ott, Notburga/Rinne, Karin (1994): Was können ökonomische Theorien zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung beitragen? in: Donhauser, Karin (Hg.). Frauen-fragen, Frauenperspektiven, Dettelbach, Röhl, 141-183

Pacolet, Josef/Bouten, Ria/Lanoye, Hilde/Viersieck, Katia (1999). Sozialschutz bei Pflegebedürftigkeit im Alter in den 15 EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen. Zusammenfassung im Auftrag der Europäischen Kommission und des belgischen Ministers für soziale Angelegenheiten. Europäische Gemeinschaften

Parreñas, Rhacel Salazar (2000). The Care Crisis in the Philippines: Children and Transnational Families in the New Global Economy. in: Ehrenreich, Barbara/Hochschild, R., Arlie (Ed.) (2000). Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy, London, Granta Books, 39-55

Parreñas, Rhacel Salazar (2001). Servants of Globalization. Woman, Migration and Domestic Work, Stanford, Stanford University Press, 164-179

Pfau-Effinger, Birgit (2000). Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa, Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs, Opladen, Leske + Budrich

Pochobradsky, Elisabeth/Bergmann, Franz/Brix-Samoylenko, Harald/Erkamp, Henning/Laub, Renate (2005). Situation pflegender Angehöriger, Endbericht, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Ministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Pongratz, Hans, J./Voß, Günter, G. (2001). Erwerbstätige als "Arbeitskraftunternehmer" Unternehmer ihrer eigenen Arbeitskraft? , in: SOWI Sozialwissenschaftliche Informationen, 30. Jh./Heft 4, 2001, 42 - 52

Pries, Ludger (1997). Neue Migration im transnationalen Raum. Soziale Welt, Sonderband 12, Baden Baden, Nomos , 15-46

Pristl, Karl (2002). Abschätzung des künftigen Pflegebedarfs. Pflegebedürftige – Aktuelle Situation und Projektion bis 2020, Statistisch-prognostischer Bericht, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, http://www.statistik-portal.de/Veroeffentl/StatProg03_03.pdf, (28.08.2006)

Quack, Sigrid (1992). Dynamik der Teilzeitarbeit: Implikation für die soziale Sicherung von Frauen, Berlin, Ed. Sigma, zugl. Dissertation Universität Berlin, 1992

Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH (2007). Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt, Wien, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK)

Regenhard, Ulla/Maier, Friederike/Carl, Andrea-Hilla, (Hg.) (1994). Ökonomische Theorien und Geschlechterverhältnis: der männliche Blick der Wirtschaftswissenschaft, Berlin, Ed. Sigma,

Regina Becker-Schmidt (2007). "class", "gender", "ethnicity", "race": Logiken der Differenzsetzung, Verschränkungen von Ungleichheitslagen und gesellschaftliche Strukturierung. In: Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hg.). Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2. Münster, Westfälisches Dampfboot, S.56-83

Reidl, Sybille/Schaffer, Nicole/Woitech, Birgit (2006). Chancengleichheit im Pflegebereich, Gender Mainstreaming in Niederösterreich, gender now, Forschungsprojekt „Chancengleichheit im Pflegebereich“ im Rahmen des NÖ Beschäftigungspaktes, Wien, http://www.gendernow.at/downloads/Zusammenfassung_Studie.pdf, <http://www.gendernow.at/downloads/Bericht%20Chancengleichheit%20im%20Pflegebereich.pdf> (13.04.2009)

Rerrich, Maria, S. (2006). Cosmobilen Putzfrauen in privaten Haushalten. Hamburger Edition

Resch, Katharina/Rainer, Karin/Böhm, Sophie (2007). Lebenswerte Arbeit. Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Trends in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisse einer qualitativen Befragung mit ausgewählten Trägerorganisationen in Ostösterreich. Wien, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes.
http://www.equal-blickwechsel.at/doc/Studie_Lebenswerte_Arbeit.pdf (13.04.2009)

Riess, Erwin (2000). Der Kampf ums Pflegegeld Geschichte einer bürgerrechtlichen Auseinandersetzung, in: Stimme von und für Minderheiten # 46

<http://minderheiten.at/stimme/stimme46a.htm>

Rose, Nikolas (2000). Das Regieren von unternehmerischen Individuen, in: Kurswechsel 2/2000

Rosenberger, Sieglinde, K./Sauer, Birgit (Hg.) (2004). Politikwissenschaft und Geschlecht. Konzepte - Verknüpfungen - Perspektiven, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV

Rupp, Bernhard/Schmid, Tom (2008). Die Förderung nach §21b BPGG, Ergebnisse einer ersten Evaluierung, SFS (Sozialökonomische Forschungsstelle)

Sassen, Saskia (2000). Migranten, Siedler, Flüchtlinge. Von der Massenauswanderung zur Festung Europa, Frankfurt am Main, Fischer

Sassen, Saskia (2002). Global Cities and Survival Circuits, in: in: Ehrenreich, Barbara/Hochschild, R., Arlie (Ed.). Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy, London, Granta Books, 254 -275

Sauer, Birgit (2004). Staat - Institution - Governance, in: Rosenberger, Sieglinde, K./Sauer, Birgit (Hg.). Politikwissenschaft und Geschlecht. Konzepte - Verknüpfungen - Perspektiven, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV, 107-127

Schaffenberger, Eva/Juraszovich, Brigitte/Pochobradsky, Elisabeth (1999). Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien

Schaffenberger, Eva/Pochobradsky, Elisabeth (2004). Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich - Zwischenbilanz, Endbericht, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Schierup, Carl-Ulrik/Hansen, Peo/Castles, Stephen (2006). Migration, Citizenship, and the European Welfare State. A European Dilemma, Oxford University Press

Schlager, Christa (2000). Unternehmen Haushalt. Aschenbrödels neue Kleider, in: Kurswechsel 2/2000, 100-107

Schmid, Tom/Prochazkova, Lucie (2006). Pflege und Betreuung im Spannungsfeld zwischen Nötigem, Wünschenswertem und Finanzierbarem. In: Soziale Sicherheit 11/2006, 454-464,
http://www.aurora-austria.eu/folder/337/SozialeSicherheit%2011-06_Pflege&Betreuung.pdf
(27.09.2009)

Schneider, Ulrike/Österle, August (2003). Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive, in: Böhmer, Franz; Rosenmayr, Leopold (Hg.). Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis, Wien, WUV Universitätsverlag, 225 - 245

Schneider, Ulrike/Österle, August/Schober, Doris/Schober, Christian (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich, Forschungsbericht 02/2006, Expertise im Auftrag der S-Versicherung, Wien

Schneider, Ulrike/Trukeschitz, Birgit/Gude, Stefanie (Wirtschaftsuniversität Wien, 2004). Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor. Ergebnisse im Überblick.

Sengenberger, Werner (1978). Der gesplittete Arbeitsmarkt: Probleme der Arbeitsmarktsegmentation, Frankfurt/Main, New York, Campus, 43-55

Simsa, Ruth (2004). Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen - Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, 2/2004, Linz

Simsa, Ruth/ Schober, Christian/Schober, Doris (2003). Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenpflege und -beratung. Teilbericht des Forschungsprojektes "Beschäftigung im Nonprofit Sektor". Wien: NPO-Institut
<http://www.wu-wien.ac.at/wwwu/institute/Sozialpolitik/StudieSimsa.pdf> (31.08.2006)

Simsa, Ruth/Schober, Christian/Schober, Doris (2004). Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven, Studie im Auftrag der BAG „Freie Wohlfahrt“, Gekürzte überarbeitete Version, Studienendbericht. Wien
<http://www.npo.or.at/downloads/texte/freiestudien/NPOs%20im%20sozialen%20Dienstleistungsbereich.pdf> (31.08.2006)

Springler, Elisabeth (2006). Wohnen im Alter: Vermögensakkumulation als Notwendigkeit für selbstbestimmtes Wohnen? In: Kurswechsel 3/2006, 59-67

Statistik Austria (2002). Geschlechtsspezifische Disparitäten, im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien 2002

Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2006

Stelzer-Orthofer, Christine/Jenner, Elisabeth (2004). Informelle Pflegeleistungen und Erwerbsarbeit - Eine empirische Erhebung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen. Auszug aus WISO 4/2004, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Streissler, Agnes (2004). Geriatriische Langzeitpflege, Situation und Entwicklungsperspektiven. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft, (Bd. 87) Herausgeberin: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Abt. Wirtschaftswissenschaft und Statistik, Verlegerin: AK-Wien

Theobald, Hildegard (2004). Wandel wohlfahrtsstaatlicher Regulierung und die Frage der Gleichheit: Das Beispiel der Altenbetreuung in Deutschland und Schweden, in: Oppen, Maria/Simon, Dagmar (Hg.) Verharrender Wandel. Institutionen und Geschlechterverhältnisse, Berlin, edition sigma, 169-194

Tichy, Gunther (2005). Altern ist Leben – Ist es auch finanzierbar? in: Intervention, Zeitschrift für Ökonomie/Journal of Economics (2005) Heft 2, 107-130

http://www.exabis.com/cm362/fileadmin/wage/pdf/4_Tichy_Altern_ist_Leben.pdf (27.09.2009)

Tichy, Gunther (2006). Demografie-Prognoseschwäche, Arbeitsmarkt und Pensionsfinanzierung, Wirtschaft und Gesellschaft, Heft 2 (2006)

Ungerson, Clare/Kember, Mary (Ed.). Women and Social Policy. A Reader. (2nd edn), London, Macmillan

Wagner, Gerhard (2005). Evaluierung Familienhospizkarenz, Kurzfassung, im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, Soffi-Institut, Innsbruck

<http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/1EAD34ED-5DDC-48A9-83D4-310A1361150D/0/EvaluierungFHKKurzfassung.pdf> (27.09.2009)

Weinkopf, Claudia (1997). Beschäftigungsförderung im Bereich haushaltbezogener Dienstleistungen. in: Behning, Ute (Hg.). Das Private ist ökonomisch: Widersprüche der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen, Berlin, Ed. Sigma, 133-151

Weinzirl, Rupert (2004). Is there an Alternative? Das politische Potenzial der Sozialwirtschaft. in: Kurswechsel, Heft 4/2004, 25-31

Werlhof, Claudia (1983). Der Proletarier ist tot, es lebe die Hausfrau? in: v. Werlhof, Claudia/Mies, Maria/Bennhold-Thomsen, Veronika (1983). Frauen, die letzte Kolonie. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

Werlhof, Claudia (1983). Geschlecht und Arbeit. Frauenarbeit als zentraler Bestandteil der kapitalistischen Produktionsweise. in: v. Werlhof, Claudia/Mies, Maria/Bennhold-Thomsen, Veronika (1983). Frauen, die letzte Kolonie. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 83 - 86

Werlhof, Claudia/Mies, Maria/Bennhold-Thomsen, Veronika (1983). Frauen, die letzte Kolonie. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

Winkler, Petra/Rottenhofer, Ingrid/Pochobradsky, Elisabeth/Riess, Gabriele (2006). Österreichischer Pflegebericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien

http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/8/6/8/CH0083/CMS1148477680157/pflegebericht_publication_2.pdf (31.08.2006)

Wörister, Karl (2003). Sozialschutzsysteme in Österreich. Ein Überblick. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Young, Brigitte (1998). Globalisierung und Gender, Editorial, Prokla 111, <http://www.prokla.de/archiv/archiv111.htm>

Literaturnachweise: Internet u.a. Nachweise

Amann, Anton (2007): Pflege im Alter: Vielfalt der Aufgaben und Mangel an Ressourcen, Manuskript des Vortrages, gehalten am 09.05.2007 im Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie

<http://lbimngs-archiv.lbg.ac.at/present/jf09052007.pdf>

Bachinger, Almut (2007). Altenpflege. Österreichische Pflegevorsorge und europäische Langzeitpflege im Vergleich (2007), unveröffentlichte Studie im Auftrag der AK Wien

Bundeseinigungsamt beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Mindestlohnstarif für im Haushalt Beschäftigte/Burgenland

<http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/1929A05C-0409-460E-9164-4652D66D1806/0/hgbgld.pdf>

Bundesministerium für Finanzen (2007). Budgetprogramm 2007 – 2010, Programm der Bundesregierung gemäß § 12 BHG

Bundesministerium für Finanzen (BMF) (2007a). KIAB, Kontrolle illegaler Arbeitnehmerbeschäftigung

http://www.bmf.gv.at/Betrugsbekaempfung/Steuer/KIAB/_start.htm (27.09.2009)

Bundesministerium für Gesundheit (BMGFJ). Berufszulassung Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/artikel.pdf?channel=CH0941&doc=CMS1203514667340>

(27.09.2009)

Bundesministerium für Gesundheit (BMGFJ). Information betreffend Zulassung zur Berufsausübung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege aus dem Herkunftsstaat Republik Polen

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/9/3/CH0941/CMS1203514667340/republik_polen_gesundheits-_und_krankenpflege_berufszulassung_-_information.pdf (27.09.2009)

Bundesministerium für Gesundheit (BMGFJ).

Information über verkürzte Berufszulassungsverfahren (One-Stop)

[http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/3/2/CH0941/CMS1203514419148/verkuerztes_berufszulassungsverfahren_\(one-stop\).pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/3/2/CH0941/CMS1203514419148/verkuerztes_berufszulassungsverfahren_(one-stop).pdf) (27.09.2009)

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) (2006). Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, Präsentation der Studie des WIFO, Presseunterlage, Bundesminister Dr. Erwin Buchinger, Pressekonferenz, Wien, 18. März 2008

http://www.erwin-buchinger.at/cms/buchinger/attachments/5/7/4/CH0764/CMS1206017691501/080318_presseunterlage_wifo_studie.pdf

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) (2008). Buchinger Erwin, Pflege und Betreuung. Service und Angebote

http://www.erwin-buchinger.at/cms/buchinger/attachments/0/4/9/CH0764/CMS1208159603904/080407_presseunterlage_24_stundenbetr_tirol.pdf

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) (2007). Familienhospizkarenz. Folder, <http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/E730F709-5148-4210-8D12-AF85E5CA0134/0/FHKFolder2007.pdf> (27.09.2009)

Der Österreichische Patient (2006). Österreich und seine Demenzkranken (Thema des Monats April 2006)

<http://www.oesterreichischerpatient.at/index.php?SID&sb=4&id=11&sub1=30&sub2=35>
(27.09.2009)

Destatis (2004). Bevölkerung Deutschland 2004

http://www.destatis.de/download/d/bevoe/bevoe_nach_bundeslaendern04.pdf (27.09.2009)

Eu-Netz. Was tun, wenn das Pflegeheim Ersparnisse und Erbschaft auffrisst?

<http://www.eu-netz.com/Seniorenheime%20in%20der%20Slowakei.html> (27.09.2009)

Filkins, Jacqueline (2005). Entwicklungen der Pflege in Europa, 7. ENDA Kongress, Wien, 5.-7.10.2005

<http://www.oegkv.at/uploads/media/Filkins.pdf> (27.09.2009)

Freunde alter Menschen e.V. (2007)

<http://www.wg-qualitaet.de> (04.12.2007)

<http://www.alzheimerwgs.de> (04.12.2007)

Gagel, Detlev (2007). Entwicklung von Wohnformen für Demenzkranke in Berlin, FSW-ExpertInnen Forum am 18. Jänner 2007, Wohnen mit Demenz

http://pflege.fsw.at/export/sites/fsw/pflege/dokumente/Abstract_Gagel.pdf

Gendera, Sandra (2006). Paper zum Vortrag, „MigrantInnen in der irregulären Pflege“, gehalten 25.10.2006, Frauen Solidarität, Framework Gender V

Gonzaga, Ruth, C. (2006). Overseas Filipino workers' (OFWs) remittances: compilation practices and future challenges, IFC Bulletin No 27, IFC's contribution to the IAOS Conference, 6-8 September, Bank for International Settlements, 2006
<http://www.bis.org/ifc/publ/ifcb27a.pdf> (27.09.2009)

Hanika, Alexander (2006a). Aktualisierung der regionalisierten ÖROK Bevölkerungs- Erwerbstätigen und Haushaltsprognose 2001 – 2031, erstellt von der Statistik Austria im Auftrag der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK), Teil 2, Haushalte, Arbeitsbericht
http://www.oerok.gv.at/aktuelles/Prognosen_2005_2031/OEROK_HH_Progn_Aktualisierung2006.pdf#search=%22%C3%B6rok%20statistik%20austria%20haushaltsprognose%22, (28.08.2006)

Hanika, Alexander (2006b). Belastungsquote historisch

Hess, Sabine (2004). "Suche nettes, fleißiges Au Pair Mädchen ..." Au Pairs als informalisierte Hausarbeiterinnen - Flexibilisierung und Ethnisierung der Versorgungsarbeiten
www.expertbase.net/forum/reader/shess1.html (23.04.2004)

Hilfswerk Österreich (2008). Kostenberechnungen
<http://www.hilfswerk.at/b2464> (14.07.2008)

<http://www.dasbeste.sk>

<http://www.seniorenheim.at>. Verflissenes Erbe im Altersheim, Tabelle Gewinn (9/2005) Kosten Alten-, Pflegeheim
<http://www.seniorenheim.at/pflegeheime/start7/info/kosten.htm> (27.09.2009)

Ihre Pflege EU
<http://www.ihrepflege.eu> (27.09.2009)

IMAD (2004). Pflege in der Familie. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Tirol
http://www.ak-tirol.com/pictures/d16/pflegestudie2004_pflege-in-der-familie.pdf, (11.03.2005)

Institut für Höhere Studien (IHS) (2006). Berechnung öffentlicher Gesundheitsausgaben und sogenannter „Sterbekosten“ für Österreich nach Alter und Geschlecht, Presseinformation

Knittelfeld "Betreutes Wohnen" für Seniorinnen und Senioren nun auch in Knittelfeld!
http://www.knittelfeld.at/soziales/betreutes_wohnen (04.12.2007)

Kozon, Vlastimil (2005) Die aktuellsten Entwicklungen der beruflichen Pflege in den neuen EU-Ländern am Beispiel von Slowakei, Tschechien und Ungarn (2005). Pflegekongress des ÖGKV, 24. Juni 2005, Salzburg

<http://www.oegkv.at/uploads/media/Kozon.pdf> (27.09.2009)

Land Oberösterreich (2007).

http://www.wohnbaufoerderung-neu.at/BW_Fachbroschuere.pdf,.. \Stationär u.
Wohnen\BW_Fachbroschuere.pdf (04.12.2007)

Magistratsabteilung 15 (2008). Ausbildung Heimhilfe in Wien. Stand 29.07.2008,
<http://www.wien.gv.at/ma15/pdf/heimhilfe.pdf> (27.09.2009)

Meifort, Barbara (2000): Ursachen und Probleme der Vergeschlechtlichung von Berufsarbeit und Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zum Sichtbarmachen der weichen Komponenten der Dienstleistungsarbeit im Berufsfeld Altenpflege, Statement bei einem Hearing der Friedrich-Ebert-Stiftung und ÖTV zur Aufwertung von Frauenberufen am 14. Juli 2000 in Berlin, 63-71

National Statistical Coordination Board, Makati City, Philippines (2007). Population of the Philippines Census Years 1799 to 2007, http://www.nscb.gov.ph/secstat/d_popn.asp (27.09.2009)

OECD (2007). Österreichs Pensionen bleiben auch nach Reformen auf hohem Niveau
http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_38731027_1_1_1_1,00.html
(27.09.2009)

OECD Observer (2008) Importing low skills
http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/2766/Importing_low_skills.html (27.09.2009)

ORF ON Science, Zahl der Demenzkranken steigt stark an.
<http://science.orf.at/science/news/9564> (27.09.2009)

ÖROK, Österreichische Raumordnungskonferenz (2005). Haushaltszuwächse in nahezu allen Regionen Österreichs, Pressekonferenz am 31.01.2005
http://www.oerok.gv.at/Raum_Region/PK_Prognose_HH_WB/4_%20Haushaltsprognose_Regional_final.pdf#search=%22%C3%B6rok%20statistik%20austria%20haushaltsprognose%22,
<http://www.oerok.gv.at/raum-region/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/2pressekonferenz.html>
(27.09.2009)

Paal Gabor (2007). Die weltweite Migration aus der Vogelperspektive - Brunson McKinley im Interview von Gabor Paal, am 10. April 2007, <http://migrationsblog.swr.de/2007/04/10/die-weltweite-migration-aus-der-vogelperspektive-brunson-mckinley-im-interview> (27.09.2009)

Philippines National Statistics Office (2005). Income and Employment Statistics Division, Survey on Overseas Filipinos, Household Statistics Department
<http://www.census.gov.ph/data/sectordata/2005/of0401.htm>, 27.09.2009

Philippines National Statistics Office (2007). Index of Overseas Filipino Workers Statistics, <http://www.census.gov.ph/data/sectordata/datasof.html> (27.09.2009)

Rechnungshof (2007). Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes, Berichte Bund, 2007/12
<http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/kernaussagen/kernaussagen/detail/pflegegeld-zweck-pruefung-der-verwendung.html>,
http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/Teilberichte/Bund/Bund_2007_12/Bund_2007_12_3.pdf

Regierungsprogramm für die XXI Gesetzgebungsperiode 2000, Österreich neu regieren

Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode, 2007 – 2010

Republik Österreich, Parlament (2007). 40/ME (XXIII. GP) Hausbetreuungsgesetz; Gewerbeordnung, Änderung
http://www.parlinkom.gv.at/portal/page?_pageid=908,4020648&_dad=portal&_schema=PORTAL,
(27.09.2009)

Schader Stiftung (2005). Einwandererökonomie
http://www.schader-stiftung.de/wohn_wandel/472.php (27.09.2009)

Schneider, Viktor (2004). Auswirkungen der "Pfle gemigration" auf den Pflege- und Gesundheitsbereich in ausgewählten neuen EU-Mitgliedsstaaten, Referat gehalten auf der Fachtagung Grenzenlose Pflege im Museum Arbeitswelt Steyr am 02. 12.2004

Slowakisch Österreichische Handelskammer (2007)
http://www.sohk.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=238&Itemid=155) (06.12.2007)

Sozial- und Gesundheitsinformationsservice (Sogis). Hinweise zur Unterbringung in einem Wohn- bzw. Pflegeheim
<http://sogis.i-med.ac.at/themen/waskostetdasheim.cfm> (18.02.2008)

SPÖ (2006). Dr. Alfred Gusenbauer, Bundesparteivorsitzender der SPÖ, Die Lösung für den Pflegenotstand, Pressekonferenz, Montag, 28. August 2006, Pflege und Betreuung – legal und leistbar
http://www.spoe.at/bilder/d253/pflege_pk_28_08_2006.pdf (11/2008)

Stadt Wien (2006). Archivmeldung der Rathauskorrespondenz vom 28.3.2006: Brauner präsentiert neues Konzept für Geriatriezentrum Baumgarten
<http://www.magwien.gv.at/vtx/vtx-rk-xlink?SEITE=020060328014> (27.09.2009)

Statistik Austria (2005). Lohnsteuerstatistik, Sozialstatistische Auswertungen

Statistik Austria (2006a). Haushaltsprognose

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushaltsprognosen/index.html

Statistik Austria (2006b). Gesundheitsausgaben in Österreich

http://www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheit_ausgaben.shtml#3

Statistik Austria (2006c). Erwerbsprognose

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognose/023485.html

Statistik Austria (2007a). Bevölkerungsprognosen

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Statistik Austria (2007b). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation

Statistik Austria (2007c). Lebenserwartung in Gesundheit

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html

Statistik Austria (2007d). Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktion 2005

http://www.statistik.at/web_de/static/ausgaben_fuer_sozialleistungen_nach_funktionen_2005_025108.pdf,

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/sozialhilfe/index.html

Statistik Austria (2008a). Sterbetafeln

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafeln/index.html

Statistik Austria (2008b). Sozialhilfe

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/sozialhilfe/index.html (20.08.2009)

Statistik Austria (2008c). Statistik des Bevölkerungsstandes, erstellt am: 19.05.2008

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2005). Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich

http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/pflegestatistik_kreisvergleich.pdf (27.09.2009)

Südböhmische Volkshilfe (2004). Aufnahmeantrag
<http://www.volkspflege.com/aufnahmeantrag.pdf> (10.11.2008)

Südböhmische Volkshilfe (2008). Information zur Legalisierung der Südböhmischen Volkshilfe
www.volkspflege.com (22.08.2008)

Verein Seniorenhilfe (2008). Arbeitszeit/Freizeit der Betreuerinnen
<http://www.seniorenhilfe.at/24%20Std%20Betreuung%2008.pdf> (02.02.2008)

Volkshilfe Österreich (2007a). Preisrechner Volkshilfe Österreich
<http://www.preisrechner.at/index.php> (27.09.2009)

Volkshilfe Österreich (2007b). Forderungen der Volkshilfe im Bereich Gesundheit
http://www.volkshilfe.at/folder/46/Volkshilfe_ForderungenGesundheit_0207.pdf (27.09.2009)

Wiener Krankenanstaltenverbund, Stadt Wien (2006). Geriatriezentrum Baumgarten, Betriebs- und Leistungsbeschreibung
http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Betriebs-%20und%20Leistungsbeschreibung_17086.pdf,
(27.09.2009)

Wiener Sozialdienste (2007) Seniorenwohngemeinschaften ... gemeinsam wohnen - gemeinsam leben
http://www.wiso.or.at/pdf/Senioren_WG.pdf (04.12.2007)

Young, Brigitte (1999). Die Herrin und die Magd. Globalisierung und die neue internationale Arbeitsteilung im Haushalt, Vortrag von Prof. Dr. Brigitte F. Young (Institut der Politikwissenschaft Westfälische Wilhelms-Universität Münster), gehalten im Rahmen der Abendveranstaltung des Renner-Instituts am 8. September 1999 in Wien

11.7 Zusammenfassung

Seit dem Fall des Eisernen Vorhangs vor nunmehr 20 Jahren entwickelte sich in Österreich ein wachsender irregulärer Pflegearbeitsmarkt. Vermittlungsagenturen und informelle Netzwerke etablierten mit der sogenannten 24-Stunden-Pflege ein Modell der häuslichen Pflege, das immer weitere Verbreitung fand. Im Zuge des Nationalratswahlkampfes 2006 kam zu einer breiten öffentlichen Debatte, die bis dahin jahrelang praktizierte Laissez-Faire-Politik konnte nicht länger aufrechterhalten werden. In der folgenden XXIII. Gesetzgebungsperiode stand die Problematik der irregulären Pflege an oberster Stelle der politischen Agenda der Regierungsparteien SPÖ und ÖVP. Zwei Jahre lang wurde versucht gesetzliche Rahmenbedingungen und sogar ein öffentliches Fördermodell zu schaffen, um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, 24-Stunden-Pflege legal in Anspruch nehmen zu können. Mittlerweile wurde durch die gesetzliche Regulierung ein prekäres Arbeitsmarktsegment, oder zumindest die Möglichkeit eines solchen, etabliert. Die Gesetzeskonformität ist selbst unter ExpertInnen umstritten.

Diese Politik der Förderung von prekärer Arbeit im Bereich der Pflege und Betreuung steht im Kontrast zu Professionalisierungsbestrebungen der Pflegeberufe und der sozialen Dienste und damit auch im Gegensatz zu einer Aufwertung von traditionell feminisierten Berufen. Andererseits füllt die 24-Stunden-Pflege eine Lücke, die die aufgrund demographischer Faktoren und des sozialen Wandels zurückgehende Angehörigenarbeit hinterlässt, die aber bisher nicht von institutionellen Pflegediensten geschlossen wurde. Zugleich steht die Verrechtlichung eines bestimmten Arbeitsmarktsegmentes, in dem MigrantInnen aus den neuen EU-Ländern, aber auch aus Drittstaaten arbeiten, in einem besonderen Spannungsfeld der Europäisierung und Flexibilisierung von Arbeitsmärkten, der Inklusion und Exklusion von sozialen Rechten und der Migrations- und Einwanderungspolitik.

Die Pflege und Betreuung von älteren Menschen wurde bislang zum allergrößten Teil durch die Familie bzw. von Frauen erbracht. Das abnehmende Potential an familiärer Pflege führt zur Neuverteilung von Sorgearbeit und damit zur Reorganisation und Neuregulierung der privaten und der öffentlichen Sphäre, der hierarchischen Arbeitsteilung der Geschlechter und zur Herausbildung neuer Arbeitsteilungen nach Klasse und Ethnie. Diese Entwicklungen führen zu neuen Fragmentierungen der Arbeitsmärkte sowie zur Ausdifferenzierung der Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen und damit auch zur Differenzierung des Zugangs zu sozialen Rechten.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist, in welchem Kontext sich Transformationsprozesse von unbezahlter in bezahlte Arbeit vollziehen und wie sozialstaatliche Strukturen und gesetzliche Regulierungen, Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit, der Arbeitsverhältnisse und auf die Reorganisation und Neuverteilung von Arbeit und die damit verbundenen sozialen Rechte haben. Im Sinne einer ganzheitlichen Analyse, wie sie theoretische Konzepte der Transmigrationsforschung und des Intersektionalitätsansatzes nahelegen, werden deshalb das wohlfahrtsstaatliche Regime, also im Wesentlichen das System der Pflegevorsorge sowie das Arbeitsmarkt- und das Migrationsregime, auf

Effekte und Wechselwirkungen auf die Gestaltung, Reorganisation, Rekonfiguration und Neuverteilung von Arbeit analysiert. Insbesondere gilt es, die Funktionen der Regime hinsichtlich der Verteilung von sozialen Rechten, die mit der Arbeit verbunden sind, zu identifizieren.

11.8 Lebenslauf

Almut Bachinger

geboren: 08.01.1969 in Linz

zwei Söhne geboren 1988 und 1993

Studium

seit Oktober 2008	postgradualer Lehrgang SOQUA – Sozialwissenschaftliche Berufsqualifizierung der außeruniversitären Institute Sora, Forba und ZSI
2004-2009	Doktor-Studium der Philosophie/Politikwissenschaft
2003	Abschluss Studium der Politikwissenschaft an der Universität Wien mit ausgezeichnetem Erfolg
2002-2003	Diplomarbeit zum Thema: Flexibilisierung und Segregation – Auswirkungen von Flexibilisierung auf Frauenarbeit
2000-2002	Studium an der Universität Wien. Hauptfach: Politikwissenschaft; Fächerkombination: Philosophie und Zeitgeschichte
1997-2000	Studium Politikwissenschaft und gewählte Fächer (Zeitgeschichte, Geschichte und Philosophie, Anglistik) an der Universität Innsbruck

Schulbildung

1991-1992	Handelsakademie Wr. Neustadt, abgeschlossen mit Matura
1984-1988	Handelsakademie Mödling
1979-1984	Bundesgymnasium Mödling neusprachlicher Zweig
1975-1979	Volksschule Maria Enzersdorf/Südstadt