

# **Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen**

Manfred Krenn

unter Mitarbeit von Ulrike Papouschek

FORBA-Forschungsbericht 3/2003

Qualitative Studie im Auftrag des  
Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes

im Rahmen des Moduls 6 „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen  
Pflege und Betreuung“ (Wiener Rotes Kreuz in Kooperation mit MA 47) der EQUAL-  
Entwicklungspartnerschaft „AEIOU – Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen,  
Organisationen und Unternehmen“

*Gefördert vom Bundessozialamt im Rahmen der Beschäftigungsoffensive  
der Österreichischen Bundesregierung und des Europäischen Sozialfonds  
sowie aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich.*



Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA)  
A-1020 Wien, Aspernbrückengasse 4/5  
Tel.: 01/21 24 700  
FAX: 01/21 24 700-77  
Email: [office@forba.at](mailto:office@forba.at)  
[www.forba.at](http://www.forba.at)



# INHALT

EINLEITUNG.....	1
1. MOBILE PFLEGE UND BETREUUNG ALS INTERAKTIVE ARBEIT .....	5
1.1. Zum theoretischen Ansatz „interaktive Arbeit“ .....	5
1.2. „Man weiß eigentlich nie, was auf einen zukommt“ – Unwägbarkeiten, situations- und ereignisabhängige Arbeit .....	8
1.3. Arbeit mit dem/der Patienten/in, Klienten/in .....	11
1.4. Eingehen auf den/die Patienten/in, Klienten/in: Bedeutung für die Arbeit.....	12
1.5. „Manchmal ist der Grat halt sehr schmal, auf den man sich begibt.“ – Die Balance zwischen Einfühlung und Abgrenzung, Nähe und Distanz als wesentlichste Anforderung einer interaktionsorientierten Pflege.....	17
2. ARBEITSANFORDERUNGEN UND KOMPETENZEN.....	21
2.1. „Die Generalistin“ – Fachliche Vielseitigkeit aufgrund des großen Spektrums an Problemfällen (Fachgebieten).....	21
2.2. „Man versucht für alles eine Lösung zu finden“ – Umgehen mit ständig neuen (fachlichen) Problemstellungen und Improvisationsfähigkeit.....	22
2.3. „Und dann schauen die Schüler ‚ba, na da bleib ich lieber im Spital!‘.“ – Umgang mit Ausnahmesituationen.....	23
2.4. „... man muss sofort reagieren können“ – zeitkritisches Handeln in unerwarteten Situationen .....	24
2.5. Organisationsfähigkeit, Prioritäten setzen.....	25
2.6. Der/die „einfühlende Altenkommissar/in“ – Detektivischer Spürsinn .....	26
3. KURZE BESCHREIBUNG DER AUFGABEN UND TÄTIGKEITEN .....	27
3.1. Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bei der MA 47.....	27
3.2. Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern beim WRK.....	28
3.3. PflegehelferInnen .....	29
3.4. HeimhelferInnen.....	30

4.	<i>BELASTUNGEN VON HEIMHELFERINNEN (WRK)</i> .....	31
4.1.	<i>Belastungen aus der Arbeit selbst</i> .....	31
4.1.1.	<i>Belastungen durch das Verhalten von KlientInnen</i> .....	31
4.1.2.	<i>Belastungen aus dem körperlich-seelischen Zustand von KlientInnen</i> .....	33
4.1.3.	<i>Belastungen durch das Verhalten von Angehörigen</i> .....	34
4.1.4.	<i>Emotionale Belastungen und der Umgang damit</i> .....	36
4.2.	<i>Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen</i> .....	39
4.2.1.	<i>„Also das ist ein Irrsinn der Druck“ – Zeitdruck</i> .....	39
4.2.2.	<i>Überforderung aufgrund mangelnder Ausbildung – das Beispiel des Umgangs mit psychisch Kranken</i> .....	41
4.2.3.	<i>Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen und das Verhalten von Vorgesetzten</i> .....	42
4.2.4.	<i>Arbeitszeit/Vereinbarkeit</i> .....	44
4.2.5.	<i>Körperliche Belastungen</i> .....	45
4.2.6.	<i>Belastungen durch widersprüchliche Zielvorgaben</i> .....	46
5.	<i>BELASTUNGEN VON PFLEGEHELFERINNEN (WRK)</i> .....	49
5.1.	<i>Belastungen aus der Arbeit selbst</i> .....	49
5.1.1.	<i>Belastungen aus dem Verhalten von KlientInnen</i> .....	49
5.1.2.	<i>Belastungen und Erschwerungen durch das Verhalten von Angehörigen</i> .....	50
5.2.	<i>Erschwerungen und Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen</i> .....	51
5.2.1.	<i>Erschwerungen durch gesetzliche Vorschriften</i> .....	51
5.2.2.	<i>Zeitdruck</i> .....	51
5.2.3.	<i>Belastungen durch zu hohe Arbeitsintensität</i> .....	52
6.	<i>BELASTUNGEN VON DIPLOMIERTEN GESUNDHEITS- UND KRANKENSCHWESTERN (DGKS) BEIM WRK</i> .....	53
6.1.	<i>Belastungen aus der Arbeit selbst</i> .....	53
6.1.1.	<i>Belastungen aus dem Verhalten bzw. dem körperlich-seelischen Zustand von KlientInnen</i> .....	53
6.1.2.	<i>Belastungen aus dem Verhalten von Angehörigen</i> .....	53
6.2.	<i>Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen</i> .....	54
6.2.1.	<i>Erschwernisse und Belastungen durch das Verhalten von Vorgesetzten</i> .....	54
6.2.2.	<i>Erschwerungen durch mangelnde Information</i> .....	56
6.2.3.	<i>Zeitdruck</i> .....	57
6.2.4.	<i>Probleme und Belastungen beim Einstieg ins Berufsfeld</i> .....	58

7.	<i>BELASTUNGEN VON DIPLOMIERTEN GESUNDHEITS- UND KRANKENSCHWESTERN (DGKS) BEI DER MA 47</i> .....	59
7.1.	<i>Belastungen aus der Arbeit selbst</i> .....	59
7.1.1.	<i>Belastungen aus dem Verhalten von PatientInnen</i> .....	59
7.1.2.	<i>Belastungen aus dem körperlich-seelischen Zustand von PatientInnen</i> .....	60
7.1.3.	<i>Die „Idipferltreiter“, die „Gscheitn“ und das „Wurschtigkeitsgefühl“ – Erschwerungen und Belastungen aus dem Verhalten von Angehörigen</i> .....	61
7.1.4.	<i>Emotionale Belastungen</i> .....	63
7.1.5.	<i>Umgang mit emotionalen Belastungen</i> .....	65
7.1.6.	<i>Überforderungen beim Einstieg ins Berufsfeld</i> .....	67
7.2.	<i>Belastungen durch die Organisation der Arbeit</i> .....	67
7.2.1.	<i>„... da rennen Sie wirklich wie ein Nurmi“: Widerspruch zwischen Personalausstattung und steigenden Arbeitsanforderungen – die größte Belastung</i> .....	67
7.2.2.	<i>Erschwerungen durch Informationsmängel an der Schnittstelle zum „Krankenhaus“</i> .....	71
7.2.3.	<i>Erschwerungen und Belastungen durch fehlende Ressourcen</i> .....	73
7.2.4.	<i>Belastung durch Überforderung aufgrund mangelnder Ausbildung – das Beispiel Umgang mit psychisch Kranken</i> .....	74
7.2.5.	<i>Belastungen aus unrealistischen oder widersprüchlichen Zielvorgaben</i> .....	75
8.	<i>DAS PROBLEM FEHLENDER ANERKENNUNG</i> .....	77
8.1.	<i>Heimhelferinnen</i> .....	77
8.2.	<i>Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und Pflegehelferinnen beim WRK</i> .....	81
8.3.	<i>Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bei der MA 47</i> .....	82
9.	<i>BELASTUNGSFAKTOREN IN DER MOBILEN PFLEGE UND BETREUUNG: ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN</i> .....	87
9.1.	<i>Belastungen aus dem interaktiven Charakter der mobilen Pflegearbeit</i> .....	87
9.2.	<i>Belastungen aus den organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit</i> .....	88
9.3.	<i>Emotionale Belastungen</i> .....	89
9.4.	<i>Belastungen aus der Zunahme der Pflege von psychisch Kranken</i> .....	91
9.5.	<i>Fehlende Anerkennung</i> .....	92
9.6.	<i>Kontrolle ist gut – Vertrauen ist besser: Die Zunahme von Dokumentationsaufgaben und der Kontrollaspekt</i> .....	94
9.7.	<i>Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit und die Frage der Effizienz</i> .....	95
	<i>VERWENDETE LITERATUR</i> .....	101



## ***EINLEITUNG***

Die mobile Pflege und Betreuung ist eines jener Arbeitsfelder über die nur sehr spärliches Wissen, und dieses nur auf der Basis quantitativer Befragungen, vorliegt. Diese Studie versteht sich als ein erster Versuch, dieses Informationsdefizit zu verringern und damit gleichzeitig das Verständnis für die Besonderheiten und Charakteristika dieses Arbeitsfeldes zu erhöhen. Denn, soviel kann zu Beginn bereits verraten werden: Es handelt sich dabei um eines der am meisten unterschätzten Arbeitsfelder in unserer Gesellschaft. Kaum irgendwo ist die Kluft zwischen den hohen und vielfältigen Anforderungen, die aus der Arbeit erwachsen, den erforderlichen Kompetenzen und Leistungen der Arbeitskräfte zu deren Bewältigung auf der einen und der niedrigen gesellschaftlichen Bewertung und Anerkennung auf der anderen Seite, so groß, wie in der mobilen Pflege und Betreuung. Anders formuliert könnte man auch sagen, ihre krasse Nicht-Anerkennung steht in diametralem Gegensatz zu ihrer gesellschaftlichen Bedeutung, die sich aus der demographischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen für die Gesellschaft ergibt.

Die niedrige gesellschaftliche Anerkennung hat zum einen damit zu tun, dass es sich dabei um einen Frauenarbeitsbereich handelt, der noch dazu eine inhaltliche Nähe zu den unbezahlten Formen von privater Versorgungsarbeit aufweist. Er fällt damit der allgemeinen Abwertung von Frauenarbeit in unserer Gesellschaft zum Opfer. Zum anderen ist aber auch fehlendes Wissen und Vorstellungskraft über die Arbeit selbst ein wesentlicher Grund für ihre Unterbewertung. Mobile Pflege und Betreuung erfolgt hinter den Mauern der Häuser in den Wohnungen der KlientInnen selbst, ist damit Blicken von außen weitgehend entzogen und bleibt somit unsichtbar. Mit dieser Arbeit soll die darüber gebreitete Decke ein Stück weit gelüftet und etwas Licht ins Dunkel der mobilen Pflegearbeit gebracht werden.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich im Kern mit Erschwerungen und Belastungen der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung. Dieser Fokus ergibt sich daraus, dass diese Erhebung im Rahmen eines größer angelegten Gesundheitsförderungsprojektes – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung, Modul 6 der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „AEIOU – Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen“<sup>1</sup> – durchgeführt wurde. Um allerdings diesen Kern angemessen herauszuschälen und verstehbar zu machen, war es notwendig, ihn in den Zusammenhang der gesamten Anforderungen, die in der mobilen Pflege und Betreuung an die Arbeitskräfte gestellt werden und den spezifischen Eigenheiten, die diese Arbeit auszeichnen, zu stellen.

---

<sup>1</sup> Die Projektleitung und Gesamtkoordination des Moduls 6 liegt beim Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes. Das Modul selbst besteht aus 2 Pilotprojekten in jeweils 2 Organisationen (Wiener Rotes Kreuz, MA 47 – Pflege und Betreuung). Die Pilotprojekte agieren im Rahmen der inhaltlichen und organisatorischen Klammer des Moduls eigenständig hinsichtlich Organisation und Abwicklung.

Die Betrachtung und Erforschung der spezifischen Eigenheiten dieser Arbeitsform erfolgt von einem bestimmten Blickwinkel aus, der dadurch gekennzeichnet ist, dass er Pflegearbeit als interaktive Arbeit begreift. Das bedeutet im Wesentlichen, dass Pflege als ein Interaktionsprozess von PflegerIn und KlientIn begriffen wird, bei dem beide Seiten zum Ergebnis der Arbeit aktiv beitragen. Der/die Klient/in ist somit sowohl EmpfängerIn als auch MitproduzentIn der Dienstleistung. Dieser Ansatz wird im nächsten Kapitel, etwas genauer ausgeführt. Die Beschäftigung damit wird an den Anfang des Berichts gestellt, um ein grundlegendes Verständnis auch für die nachfolgende Herangehensweise in der Erhebung und Darstellung von Anforderungen und Belastungen zu ermöglichen. Gleichzeitig wird in diesem Abschnitt, unter Einbeziehung konkreter Ergebnisse aus den Interviews, gezeigt, dass dieser Ansatz für die Charakterisierung der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung zutrifft. Der Ansatz der „interaktiven Arbeit“ erlaubt es auch, die emotionalen und kommunikativen Aspekte von Pflegearbeit angemessen zu erfassen, die daraus entstehenden Belastungen zu erheben und diese in den inhaltlichen und organisatorischen Gesamtzusammenhang der mobilen Pflege und Betreuung zu stellen.

Um diesen Anspruch zu erfüllen, war es notwendig, Innenansichten über die Arbeit „*der einsamen Wölfe dort draußen*“, wie es eine Gesprächspartnerin formulierte, zu liefern. Diese Innenansichten konnten nur in qualitativer Form gewonnen werden, was im konkreten Fall die Führung von eineinhalb bis zweistündigen, leitfadengestützten Intensivinterviews mit Pflege- und Betreuungskräften bedeutete. Es wurden insgesamt 21 solcher Interviews mit Beschäftigten in zwei Organisationen, dem Wiener Roten Kreuz (Pilotprojekt 1) und der MA 47 – Pflege und Betreuung (Pilotprojekt 2) durchgeführt.

Bei den Interviewten handelte es sich ausschließlich um Frauen, was auch ihrer Dominanz in diesem Pflegebereich entspricht. In 18 Fällen wurden die Interviews von einem männlichen, in 3 von einer weiblichen InterviewerIn durchgeführt. Dieser Umstand hat auf die für qualitative Intensivinterviews notwendige Herstellung einer Vertrauensbasis keine unmittelbaren Auswirkungen gezeitigt. Zumindest sprechen die Offenheit und Ausführlichkeit in der die Gespräche abgelaufen sind, für diese Annahme.

Die 14 Interviews im Pilotprojekt 1 umfassten alle drei Berufsgruppen in proportionalem Ausmaß ihrer quantitativen Bedeutung. Demnach wurden Gespräche mit acht Heimhelferinnen und je drei Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS<sup>2</sup>) und Pflegehelferinnen geführt. Im Pilotprojekt 2 erfolgten die sieben Interviews ausschließlich mit DGKS, da diese dort die einzige Berufsgruppe darstellen. Durch die im Vergleich zu den beiden anderen Berufsgruppen geringe Repräsentation der Pflegehelferinnen (die sich aus der unterschiedlichen Beschäftigtenstruktur der beiden Organisationen ergibt) ist auch ihr Anteil an der Auswertung des Interviewmaterials und an der Darstellung der Ergebnisse geringer. Daraus kann aber keineswegs auf eine im Vergleich zu den anderen beiden Berufsgruppen geringere Bedeutung der Pflegehelferinnen geschlossen werden.

---

<sup>2</sup> In weiterer Folge wird nur mehr die Kurzform DGKS verwendet.



Der Umstand, dass diese Studie im Rahmen eines größeren Gesundheitsförderungsprojektes in zwei Organisationen durchgeführt wurde, wirkt sich auch auf die Form der Präsentation der Ergebnisse und somit auf den Aufbau dieses Berichtes aus. Um mit den Ergebnissen optimal im Projekt weiterarbeiten zu können, wurden vorerst zwei getrennte Berichte für jede Organisation erstellt. Diese Darstellungsweise wurde gewählt, um die jeweiligen organisationsspezifischen Besonderheiten in angemessener Form berücksichtigen zu können. Der vorliegende Forschungsbericht stellt gewissermaßen eine Zusammenführung und Integration dieser beiden organisationsspezifischen Analysen dar.

Allerdings spiegelt sich die organisationsspezifische Darstellungsweise auch in diesem Gesamtbericht wider. Das kommt in der gleichbleibenden Struktur bei der Beschreibung und Analyse der Belastungen für die einzelnen Berufsgruppen in den beiden Organisationen zum Ausdruck. Die Analyse der Belastungen folgt einer durchgängigen Unterscheidung. Zum einen werden Erschwerungen der Arbeit und Belastungen behandelt, die sich aus den Besonderheiten und Charakteristika der mobilen Pflege und Betreuung, also aus der Arbeit selbst, ergeben. Zum anderen solche, die in den organisatorischen Rahmenbedingungen wurzeln. Diese analytische Differenzierung ermöglicht es, die Besonderheiten der Organisationen, d.h. ihrer unterschiedlichen arbeitsorganisatorischen Konzepte sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegekräfte, sichtbar und nachvollziehbar zu machen.

Für bestimmte Kapitel, die sich auf die mobile Pflege und Betreuung im allgemeinen beziehen, wurde das gesamte Interviewmaterial zur Auswertung herangezogen. Konkret bedeutet das, dass die Kapitel über die Beschreibung der Aufgaben und Tätigkeiten der Arbeitskräfte, jene über die Belastungen sowie jene über Anerkennungsprobleme jeweils auf die Besonderheiten der beiden Organisationen abgestimmt sind, während jene Teile, die die Charakterisierung als interaktive Arbeit, die Anforderungen in der Arbeit behandeln sowie die Schlussfolgerungen sich auf die mobile Pflege und Betreuung im allgemeinen beziehen. Insofern basieren die Erkenntnisse in den sich überschneidenden Teilen auf der Analyse des gesamten Interviewmaterials (21), während die organisationsspezifischen Ergebnisse nur aus Interviews mit den jeweils dort Beschäftigten gewonnen wurden.

An dieser Stelle ist es angebracht, unsere Gesprächspartnerinnen in angemessener Weise zu würdigen. Sie haben uns in einer wunderbar offenen und vertrauensvollen Weise tiefe Einblicke in ihre Arbeit, die daraus resultierenden Schwierigkeiten, aber auch ihre Bewältigungsformen und ihre Freude an der Arbeit gewährt. Sie sind damit die eigentlichen „Heldinnen“ und Protagonistinnen dieser Studie und stehen daher auch mit ihren Äußerungen im Mittelpunkt. Denn durch ihre offenen Erzählungen wurde nicht nur ein tieferes Verständnis für ihre Arbeit möglich, sondern sie prägen auch den Charakter dieser Studie, die ihre Lebendigkeit v.a. diesen Schilderungen verdankt. Insofern kommen die Heim- und Pflegehelferinnen sowie die DGKS als „Expertinnen ihrer Arbeit“ auch ausführlich in Form von wörtlichen Zitaten zu Wort. Diese stellen sozusagen das Fleisch am Gerippe der wissenschaftlichen Argumentation dar, die sonst merkwürdig dürr und spröde bleiben würde.

In diesem Zusammenhang muss auch auf Ähnlichkeiten und Überschneidungen dieser Form der Sozialforschung mit der mobilen Pflege und Betreuung verwiesen werden, die in den Interviews deutlich wurde. Ihr Schnittpunkt findet sich in ihrer Charakteristik als interaktive Arbeit. Ebenso wie in der Pflege wäre diese Form der Soziologie ohne ein Einfühlen, ein Sich-Einlassen auf die InterviewpartnerIn als Person nicht möglich, auch wenn eine einmalige Interviewsituation deutliche Unterschiede zu dem kontinuierlichen und daher intensiveren Kontakt zwischen Pflegekräften und KlientInnen aufweist. Außerdem sind auch in diesem Fall die Interviewten nicht Objekte, die befragt werden, sondern im wahrsten Sinne des Wortes MitproduzentInnen des hier als Bericht vorliegenden Produktes. Nicht zuletzt ergaben sich aus der Dynamik der Interviews, die sich in fast allen Fällen von einer gewissen Vorsicht und Zurückhaltung zu Beginn zu einer offenen, angeregten und sehr intensiven Kommunikation entwickelten, positive und interessante Anregungen für beide Beteiligten. Eine Interviewpartnerin hat diese Parallelen von Interviewsituation und eigener Arbeit im Interview auch direkt angesprochen und treffend beschrieben.

*„Z. B. hat mir eine Köchin ein Rezept für Griesnockerl gesagt. Ich hab nie Griesnockerl machen können. Jetzt mach ich die schönsten und die besten Griesnockerl. Die war Köchin am Kobenzel. Also, da saug ich dieses Wissen ein, was die haben, so wie Sie jetzt da sitzen und mir zuhören. Also, die haben eine Freude, dass sie reden, eines ins andere. Da schaut ja dann gar nicht mehr auf die Uhr.“ A6(22) -  
Heimhelferin*

Genau in diesem Sinne sind die meisten der Interviews abgelaufen und das hat auch uns als SozialforscherInnen tiefe Befriedigung in der Arbeit ermöglicht. Diese Studie soll daher v.a. einen ersten Schritt zur Sichtbarmachung eines weithin unbekanntes und zu Unrecht unterschätzten Arbeitsbereichs darstellen und damit gleichzeitig auch als Grundlage für eine Verbesserung der bestehenden, für viele Pflegekräfte unbefriedigenden, Arbeitssituation, nicht zuletzt innerhalb des Gesundheitsförderungsprojektes, dienen.

# 1. **MOBILE PFLEGE UND BETREUUNG ALS INTERAKTIVE ARBEIT**

## 1.1. **Zum theoretischen Ansatz „interaktive Arbeit“**

Die Erhebung wird auf der Basis des Ansatzes der interaktiven Arbeit<sup>3</sup> konzipiert und durchgeführt. Interaktion wird dabei als wechselseitig aneinander orientiertes und aufeinander bezogenes (Arbeits-)Handeln begriffen. Während der Ansatz „interaktive Arbeit“ versucht, einen Begriff zu erarbeiten der nicht auf ein bestimmtes Arbeitsfeld begrenzt ist, sondern vielmehr eine (allgemeine) Dimension des Arbeitshandelns darstellt, existieren zu dem hier behandelten Feld der direkt personenbezogenen Dienstleistungen, im speziellen der Pflege, bereits entsprechende Überlegungen. Büssing/Glaser (1999) sprechen von Interaktionsarbeit und arbeiten dabei v.a. die kommunikations- und emotionsbezogenen Anteile der Arbeit heraus.

„Interaktionsarbeit subsumiert die kommunikativen (Kommunikationsarbeit) und die emotionsbezogenen Anteile (emotionale Arbeit) sowie die unmittelbaren Kontakte (z.B. Körperarbeit) in der Arbeit mit dem Klienten, wobei die individuellen Komponenten der Gefühlsregulierung bzw. des Emotionsmanagements nicht im Mittelpunkt, sondern vielmehr im Dienste der Bewältigung der Anforderungen und Belastungen der Interaktionsaufgaben stehen. Gefühlsregulierung bzw. emotionale Arbeit findet eingebettet in die beobachtbaren interaktiven Bezüge des Arbeitsverlaufs mit Klienten statt. Mit der Interaktionsarbeit werden die bedingungsbezogenen Komponenten der Arbeit mit Klienten in der personenbezogenen Dienstleistung in den Vordergrund gestellt.“ (Büssing/Glaser 1999)

Zu den Besonderheiten von Pflegearbeit zählt aber auch, dass es sich um eine in hohem Maße „ereignis- und situationsabhängige Arbeit“ (Brater/Maurus 1999) handelt. Daraus folgt, dass in der Pflege ein standardisiertes, formalisiertes und rein zweckrationales Arbeitshandeln nicht möglich ist. Notwendig ist vielmehr ein „subjektivierendes Arbeitshandeln“, das die wechselseitige Anerkennung (Pflegekraft – KlientIn) als Subjekt zur Grundlage hat, wie Böhle u.a. am Beispiel der Altenpflege zeigen.

„Für das, was in der Pflege tatsächlich getan wird, spielt nicht der Plan, sondern *die Interaktion und Kommunikation mit den Pflegebedürftigen* (Hervorhebung im Original) die zentrale Rolle. Die nötigen Verrichtungen (Waschen, Hilfe beim Anziehen usw.) werden *nicht* schematisch und routinemäßig „nach Plan“ ausgeführt, sondern in Umfang, Dauer und Art situativ auf die jeweilige Individualität und Befindlichkeit des alten Menschen abgestimmt.“ (Böhle u.a. 1997:19)

<sup>3</sup> Ein umfassender und präziser Begriff „interaktiver Arbeit“ wird zur Zeit im Rahmen des am Institut für sozialwissenschaftliche Forschung in München laufenden Projektes „Kooperationsnetz prospektive Arbeitsforschung – Plattform interaktive Arbeit“ an dem der Autor beteiligt ist, erarbeitet. Es existieren allerdings bereits eine Reihe von Ansätzen zu diesem Problembereich, auf die auch diese Studie aufbaut.

In diesem Ansatz stehen daher Aspekte wie subjektivierendes, erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln, emotionale Arbeit und situatives Handeln im Zentrum. D.h. der Ansatz Pflege als „interaktive Arbeit“ zu fassen, versucht das bislang vorherrschende Verständnis von (Pflege-)Arbeit als zweckrationales, planmäßiges und instrumentelles Handeln um die soziale Dimension zu erweitern und damit auch ihrem ganzheitlichen Charakter gerecht zu werden.

Interaktive Arbeit bedeutet daher, dass eine soziale Abstimmung zwischen den beteiligten Personen (in diesem Fall Pflegekraft und KlientIn) unerlässlich ist, um überhaupt ein Arbeitsergebnis zu erreichen. Im Ansatz der interaktiven Arbeit drückt sich dieser Umstand der Notwendigkeit von Kooperation im Arbeitsprozess im Begriff der sog. „Ko-Produktion“ aus. Im Fall der personenbezogenen Dienstleistungen und damit auch der mobilen Pflege und Betreuung, kommt noch die Besonderheit dazu, dass der/die KlientIn eine Doppelfunktion einnimmt: Er/sie ist gleichzeitig KonsumentIn und Mit-ProduzentIn der Dienstleistung. Die Herstellung einer gelungenen (sozialen) Abstimmung zwischen den beteiligten Personen ist daher bei interaktiver Arbeit der zentrale Faktor für das Erreichen einer hoher Qualität der Dienstleistung.

Allerdings ist mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer solchen Abstimmung noch keineswegs die Form, in der diese erreicht und umgesetzt wird, festgelegt. Dunkel und Rieder verweisen darauf, dass diese sowohl kooperativ, d.h. in einer aktiven gegenseitigen Zusammenarbeit verwirklicht werden kann als auch nicht-kooperativ, etwa in Form von Zwang (Dunkel/Rieder 2003). Wir werden im Verlauf dieser Analyse sehen, dass von den organisatorischen Rahmenbedingungen her in dieser Hinsicht erhebliche Unterschiede zwischen der stationären und der mobilen Alten- bzw. Krankenpflege bestehen. Während, so viel sei hier vorweggenommen, in der stationären Pflege interaktive Arbeit in deutlich höherem Ausmaß in Form von Zwang durch die Einpassung der PatientInnen in die institutionellen Abläufe der Einrichtungen erfolgt, ist das in der mobilen Pflege zum Großteil gar nicht möglich. Von der gestärkten Stellung der KlientInnen geht sogar ein gewisser Druck aus, kooperative Formen der Abstimmung zwischen Pflegekraft und KlientIn als hauptsächlichen Arbeits- und Austauschmodus anzuwenden.

Die in der Ko-Produktionsthese beinhaltete Bedeutung des Handelns der KlientInnen für das Zustandekommen der Dienstleistung bedeutet aber auch, dass aus ihrem Verhalten, etwa im Fall von Misstrauen oder Ablehnung, beträchtliche Belastungen für die Pflegekräfte erwachsen können. Ebenso können organisatorische Rahmenbedingungen das Zustandekommen einer gelungenen Interaktion und Abstimmung fördern und unterstützen aber auch hemmen und erschweren. Insofern spielen diese beiden Aspekte auch in der Analyse der Belastungen eine wichtige Rolle.

Gerade in der mobilen Pflege, in der sich am Arbeitsplatz berufliche und private Bereiche überschneiden, in der sich Aspekte der Lebenswelt und der Berufswelt wie in kaum einem anderen Beruf vermischen, ist der Umgang mit Gefühlen sowohl in der Arbeit mit dem/der Klienten/in als auch mit den Angehörigen von zentraler Bedeutung. Die Frage der erforderlichen Balance zwischen gefühlsmäßiger Involviertheit, ohne die qualitativ hochwertige Pflege nicht gelingen kann, und professioneller Abgrenzung stellt

sich in der ambulanten im Vergleich zur stationären Pflege auf einem anderen, höheren Niveau. Das Gelingen dieses Balanceaktes, wofür die Rahmen(Arbeits-)bedingungen eine wesentliche Voraussetzung darstellen, entscheidet in hohem Maße über entweder langfristig angelegte Erhaltung der Arbeitsfähigkeit oder das Auftreten von Burnout-Erscheinungen im Sinne von „emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit“ (Büssing/Glaser 1998).

Der Ansatz „interaktive Arbeit“ geht davon aus, dass sich diese Kennzeichnung von Pflegearbeit aus den „Nowendigkeiten“ der Arbeit selbst – ihrem Charakter – ergibt. D.h., dass aufgrund der Besonderheiten in einem Arbeitsfeld bestimmte Arbeitsanforderungen entstehen, deren Bewältigung wiederum eine Reihe von spezifischen Kompetenzen, Fähigkeiten und Arbeitsweisen erfordert. Daher wird zu Beginn versucht, die Charakteristika der mobilen Pflegearbeit herauszuarbeiten, da sich davon die Arbeitsanforderungen ableiten. In diesem Zusammenhang werden auch die spezifischen Belastungen deutlich, die zum einen aus der Arbeit selbst und zum anderen aber auch durch die Arbeitsorganisation der mobilen Pflege und Betreuung entstehen. D.h. zum Verständnis der Entstehung und der Bedeutung von Belastungen in diesem Berufsfeld ist dieser Kontext von entscheidender Bedeutung.

Ambulante Pflegekräfte sind einer Fülle unterschiedlicher Belastungen ausgesetzt, die von körperlichen über psychosoziale bis zu organisatorisch-strukturellen Beeinträchtigungen reichen. Die körperlichen Belastungen in der ambulanten Pflege sind in einer Reihe von Untersuchungen bereits gut dokumentiert und lassen sich daher auch mit quantitativen Instrumenten relativ problemlos erheben. Die psychosozialen und organisatorisch-strukturellen Belastungsfaktoren sind hingegen weit schwieriger zu erfassen und zu benennen. Das liegt nicht zuletzt an der inhaltlichen Diffusität von Pflegearbeit, in der sich medizinisch-fachliche, kommunikativ-kooperative und interaktive Anforderungen und Handlungsweisen untrennbar miteinander verbinden.

Der Umstand, dass es sich beim Arbeitsgegenstand in der Pflege, wie in anderen direkt personenbezogenen Dienstleistungen, um Menschen handelt, stellt zum einen hohe Anforderungen an die Pflegekräfte und macht zum anderen den Arbeitsprozess zu einem interaktiven Austausch. Daraus folgt auch, wie bereits ausgeführt, dass Pflege- und Betreuungsarbeit für weitgehende Standardisierung nur in beschränktem Maße zugänglich ist und als zentrale Anforderung „situatives“, auf die jeweilige Person und Situation abgestimmtes, Arbeitshandeln erfordert.

Aus diesem besonderen Charakter von Pflegearbeit und den damit verbundenen Anforderungen ergeben sich aber auch Bündel von spezifischen und gleichzeitig diffusen Belastungen. Spezifisch, da sie sich auf die kommunikativen und emotionsbezogenen Anteile in der Arbeit mit den KlientInnen beziehen. Diffus, da diese Belastungen mit den herkömmlichen Arbeitsbewertungs- und Analyseverfahren nur schwer greifbar und auch den Betroffenen selbst oft nicht unmittelbar bewusst sind. Durch die Diffusität dieser Art von Anforderungen und Belastungen werden diese oftmals von außen nicht wahrgenommen, bei der Arbeitsgestaltung nicht berücksichtigt und finden daher auch in der gesellschaftlich und betrieblichen Anerkennung der Pflegearbeit keinen entsprechenden Niederschlag. Diese fällt sogar oftmals durch ihre inhaltliche

Nähe zur privaten Versorgungsarbeit – im Alltagsverständnis auch als „Hausfrauenarbeit“ bezeichnet – der selben geschlechtsspezifisch konnotierten Abwertung zum Opfer.

Obwohl der qualitative Teil der Erhebungen im Prinzip auf alle mit der ambulanten Pflegearbeit verbundenen Belastungen Bezug nimmt, wird ein Schwerpunkt der Studie auf die kommunikativen, emotionsbezogenen und beziehungsmäßigen Anforderungen und Belastungen gelegt. Da sich der Zugang zu diesen Problemfeldern einer objektivierten und d.h. distanzierten und unpersönlichen Behandlung entzieht, war es notwendig, mit auf die Person der Interviewten eingehenden, narrativen und leitfadengestützten Tiefeninterviews eine von hoher Sensibilität geprägte Annäherung zu unternehmen.

Ziel der Erhebungen ist es daher vorrangig, diese bis jetzt weitgehend „unsichtbaren“ Belastungen in Ausmaß und Tiefe sowie in ihrer Vielfältigkeit wahrnehmbar und damit „von außen“ zugänglich zu machen, um dadurch eine Grundlage für eine Diskussion über geeignete Maßnahmen zu liefern.

Dass die mobile Pflege und Betreuung innerhalb der Pflegeberufe eine besondere Stellung einnimmt, zeigt sich auch deutlich an den subjektiven Empfindungen der Pflegekräfte selbst. V.a. die diplomierten Pflegekräfte erleben den Umstieg und Wechsel von der stationären zur mobilen Pflege als einschneidende Veränderung.

*„Und ich denke mir aber, wenn man zu den mobilen Schwestern kommt, ich habe es bei mir gesehen, es ist anders, ja, ganz anders. Ich habe mir am Anfang gedacht, ich weiß nicht, habe ich gestern diplomiert, das gibt es nicht. Das Umfeld ist verkehrt. Man muss sich komplett umstellen, so, jetzt bin ich da, ich muss entscheiden, ich muss schauen, dass es funktioniert.“ A18(17) - DGKS*

Für die Beschäftigung mit Belastungen in der mobilen Pflege und Betreuung und deren Bewertung ist von entscheidender Bedeutung, worin die Charakteristik dieser Arbeit gesehen wird. Dabei existieren unterschiedliche Herangehensweisen: Man kann die Arbeit in einzelne Tätigkeiten zerlegen und aufspalten, diese bewerten und den Aufwand dafür zeitlich messen, was stark an tayloristische Arbeitsbewertungsmuster erinnert. Oder aber man geht von einem ganzheitlichen Charakter der Pflegearbeit aus, dann stehen die Unwägbarkeiten und die personen- und situationspezifischen Momente im Mittelpunkt der Betrachtung. Die vorliegende Arbeit geht von letzterem Ansatz aus.

## **1.2. „Man weiß eigentlich nie, was auf einen zukommt“ – Unwägbarkeiten, situations- und ereignisabhängige Arbeit**

Ein besonderes Kennzeichen der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung ist die Vielzahl an Unwägbarkeiten, die täglich auftreten können. Dieser Umstand wirkt sich auf die Charakteristik der interaktiven Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung insofern aus, als die erforderliche Abstimmung des beruflichen Handelns der Pflegekräfte nicht nur auf die Persönlichkeit des/der Klienten/in gerichtet werden, sondern darüber hinaus auch die jeweilige Situation, das unerwartet auftretende Ereignis einbeziehen muss. Dies ist eine zentrale Anforderung in der Arbeit. In der Regel macht man sich von außen keine Vorstellung, mit welcher Fülle von solchen Problemen die

mobilen Pflegekräfte konfrontiert sind und welche Auswirkungen das auf ihre Arbeit hat.

*„Ich würde sagen, diese Ausnahmen haben schon eine gewisse Regelmäßigkeit auch, ja. Also jetzt speziell bei sehr alten Leuten, wo ich also immer damit rechnen muss, dass sie mir die Tür nicht aufmachen können, dass sie verschlafen haben, dass ihnen wirklich was passiert ist, dass sie vergessen, dass jetzt jemand kommt, dass weiß ich, Tiere zu versorgen sind von den Klienten natürlich, die aber dann aus irgendwelchen Gründen nicht mehr dazu in der Lage sind. Also es ist auch schon passiert, dass ich mir einen Hund mit heim genommen habe.“ A20(8) - DGKS*

Das beginnt mit Problemen bezüglich des Zugangs zum Arbeitsort, setzt sich fort in unerwartet auftretenden Verschlechterungen im physischen Zustand der PatientInnen/KlientInnen, deren psychischer Tagesverfassung, dem Fehlen von Medikamenten und anderen Behelfen bis zur Störung durch Angehörige. Es ist gerade diese Fülle an möglichen Quellen, aus denen sich Einflüsse auf ihre Arbeit speisen können, die die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung zu einem täglichen Balanceakt werden lässt.

Da ist zum einen der Umstand, dass die Betreuung und Versorgung der PatientInnen in deren Wohnungen erfolgt, der für die Arbeit eine Quelle von Unwägbarkeiten darstellt. Anders als in der stationären Pflege kann dadurch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung und Beobachtung nicht gewährleistet werden, was dazu führt, dass viele PatientInnen über längere Zeiträume auf sich allein gestellt sind. Auch wenn man berücksichtigt, dass der Schweregrad von Erkrankungen in der mobilen Pflege geringer ist, stellt diese fehlende durchgängige Kontrolle einen wichtigen Aspekt für die Ereignisabhängigkeit der Arbeit in der Pflege und Betreuung dar. Der Wohnort als Arbeitsplatz spielt aber auch in dem Sinne eine Rolle, als die Arbeit dadurch an die jeweiligen Bedingungen, die Situation in der Wohnung, angepasst und das Vorgehen darauf abgestimmt werden muss.

Zum anderen ist es auch die Tatsache, dass die zu versorgenden PatientInnen und KlientInnen in der mobilen Pflege und Betreuung zum überwiegenden Teil aus alten Menschen bestehen, die die Arbeit in höherem Maße unberechenbar werden lässt. Werden die Unwägbarkeiten, die sich aus dem Verhalten von alten Menschen im Zusammenhang mit Eigenheiten, Gewohnheiten oder Demenz für die Pflegearbeit ergeben, in stationären Einrichtungen durch deren Eingliederung und Einpassung in die Strukturen des Pflegebetriebs minimiert, so ist das in der mobilen Pflege nicht möglich. Hier treten die daraus entstehenden Unwägbarkeiten voll zu Tage, etwa durch die oben erwähnten Probleme beim Zutritt zur Wohnung, und müssen in die Arbeit integriert werden.

D.h. die Arbeit im Außendienst, in der „Prärie“, wie es eine Gesprächspartnerin formulierte, steckt täglich voller Überraschungen, die im Alltag von stationären Pflegeeinrichtungen nicht vorkommen. Dieser Umstand muss in das Berufsverständnis der Pflegekräfte im Sinne einer mentalen Grundeinstellung einfließen, damit diese reaktions- und handlungsfähig bleiben.

*„Irgendwo musst du damit rechnen, dass was sein könnte. Kann einen Hypo haben, kann eine Parkinsonkrise kriegen, und sitzt so dort. Oder ich komme hin, und sie liegt halb unter dem Bett, weil sie rausgekraxelt ist die Patientin. Es kann alles sein. Es kann der Hund auf einmal im Hof stehen, der einen nicht reinlasst. Mich hat im Dienst ein Hund gebissen, der war vom Nachbarn, ja, da war genau das Gleiche, und ich hab nicht mehr Dienst machen können, ich hab mir müssen alles organisieren, vom Kollegen, bittschön komm du her, über die Chefin anrufen, was passiert ist, überschauen, dass ich mit meinem blutenden Fuß ins Auto hupf, und noch selber ins Spital fahre ... Aber das sind auch so Sachen, ja, im Prinzip bist du auf dich allein gestellt.“ A18(10) - DGKS*

Diese Fülle an möglichen Störquellen führt aber auch dazu, dass die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung nur in sehr eingeschränkten Maße vorab planbar ist. Es muss eben immer damit gerechnet werden, dass etwas dazwischen kommen kann, das den ursprünglichen Plan über den Haufen wirft.

Für die interviewten Pflegekräfte ergibt sich dieser Umstand auch v.a. daraus, dass sie es in ihrer Arbeit mit Menschen zu tun haben, die sich schlecht in starre Schemata pressen lassen. Insofern muss die Arbeit an die wechselnde körperliche Verfassung sowie emotionale Stimmungslage der PatientInnen/KlientInnen angepasst werden. Wie diese tatsächlich beschaffen ist, kann immer erst vor Ort festgestellt werden, was eine vorab getroffene Einschätzung oder Erwartung prinzipiell schwierig macht.

*„Wenn man sich vornimmt, morgen mach ich das und das, ist sicher irgendwas passiert, dass das nicht funktioniert. Also entweder ist er angemacht bis rauf oder so, dass du eh schon einmal eine Stunde brauchst, bist du das Bett überzogen hast und weiß ich was alles. Also man kann nicht immer vorplanen. Das geht nicht immer. Dass man sagt, morgen mach ich eben das, das geht wieder bei Klienten, die noch halbwegs mobil sind. Aber die dann schon zum Pflegen sind, sagen wir, da kann man meistens nicht vorher planen.“ A8(5) - Heimhelferin*

Dass die Arbeit bis zu einem gewissen Grad unberechenbar und unplanbar ist, gilt für die mobile Pflege und Betreuung im Allgemeinen. Das zeigt sich auch daran, dass es für alle Berufsgruppen gleichermaßen Gültigkeit hat. Der Umgang mit diesen Unwägbarkeiten ist für die DGKS ebenso von entscheidender Bedeutung wie für die Pflege- und HeimhelferInnen.

*„Das ist leider oft so, man hat natürlich seinen Plan im Kopf und denkt, pah, das geht jetzt gschwind, und bumm, da kommt irgendwas dazwischen. Entweder gibt es irgendein familiäres Problem, wenn man lange hingeh, man ist auch eine Vertrauensperson, ... oder sie hat Schmerzen, ich muss einen Arzt rufen, oder es kommt überhaupt eine Situation, wo ich Rettung brauche, dann ist natürlich mein Plan geschmissen, weil da können Sie eine Stunde für diese Sache abschreiben.“ A21(3) - DGKS*



### 1.3. Arbeit mit dem/der Patienten/in, Klienten/in

#### „... ohne das Einverständnis des Klienten geht gar nichts“ – Stellung des/der Patienten/in, Klienten/in

Auch aus der im Unterschied zur stationären Pflege besonderen Stellung des/der Patienten/in, Klienten/in erwachsen Anforderungen, die es sinnvoll erscheinen lassen, die mobile Pflege und Betreuung v.a. unter dem Blickwinkel der Interaktionsarbeit zu betrachten und zu analysieren. Die Verwendung des Begriffspaares PatientIn/KlientIn verweist bereits auf die gravierendsten Besonderheiten in der Stellung der Gepflegten. Er/sie taucht v.a. bei den privaten Vereinen als DienstleistungsnehmerIn und Kunde/in auf, der/die für sein/ihr Geld auch eine ordentliche Gegenleistung erwartet. Auch wenn es bei älteren, nicht mehr selbstentscheidungsfähigen Personen oftmals die Angehörigen sind, die die Kundenrolle übernehmen. Bei der mobilen Hauskrankenpflege der Gemeinde hingegen werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen. Dies kommt auch in der unterschiedlichen Sprachregelung bei den Interviewpartnerinnen zum Ausdruck. Während die Interviewpartnerinnen vom Wiener Roten Kreuz von KlientInnen sprachen, verwendeten die DGKS der Gemeinde Wien den Begriff PatientIn.<sup>4</sup>

*„Es ist anders als im Spital. Da hast du die Autorität Arzt, der sagt, das machen wir so und das wird so gemacht oder die Schwester und im Spital sagt jeder, ja ja, natürlich gerne. Zu Hause im gewohnten Umfeld, da ist jeder in seiner Wohnung logischerweise der Chef und verstehe ich auch, weil sie zahlen ja natürlich auch für die Dienstleistung.“ A4(4) - DGKS*

Auch wenn dieser Umstand einen kleinen aber wichtigen Unterschied ausmacht, so kann doch in beiden Fällen von einer im Vergleich zum Krankenhaus gestärkten Position der Gepflegten ausgegangen werden. Das drückt sich auch im Verhalten der KlientInnen aus, die selbstbewusster und gleichberechtigter agieren. Die wichtigere Stellung des/der Klienten/in ist aber nicht nur auf diese formale Ebene zurückzuführen, sie wird auch im Herangehen der Pflegekräfte selbst repräsentiert. Diese fühlen sich dadurch, dass sie in der Privatsphäre der Menschen agieren, eher als „Gast“ in deren Wohnungen, wie es einige im Interview ausdrückten.

#### Arbeit für = Arbeit mit dem/der Klient/in

Die Stellung des/der Klienten/in korrespondiert aber auch mit dem Pflegeverständnis der Befragten, das von einer hohen KlientInnenorientierung geprägt ist. KlientInnen werden stärker als ganzer Mensch wahrgenommen und darauf auch die Pflegeerfordernisse ausgerichtet. Die Einsicht, dass ohne den Klienten/in oder gar gegen seinen/ihren Willen Pflegehandlungen nicht durchzuführen und auch gar nicht zielführend sind, war bei eigentlich allen Interviewten eine selbstverständliche Grundannahme. Die Pflege als

<sup>4</sup> Im Folgenden wird der Einfachheit halber nur der Begriff Klient/in gebraucht, weil er eher den markanten Unterschied zur stationären Pflege widerspiegelt. Ausgenommen davon ist das Kapitel 7, da der Begriff PatientIn von den interviewten DGKS (MA47) selbst verwendet wird.

Dienstleistung wurde von fast allen in dem Sinne beschrieben, dass die Arbeit für die KlientInnen immer nur Arbeit mit den KlientInnen sein kann. Diese zwei Aspekte lassen sich im Selbstverständnis der Interviewten, quer durch alle Berufsgruppen, nicht voneinander trennen. Man kann die KlientInnen nicht bearbeiten wie ein Werkstück, ein Objekt. Das Miteinander, die Zusammenarbeit steht im Vordergrund.

*„Mit dem Patienten. Mit. Miteinander, weil alleine habe ich nicht sehr viel Aussicht, nicht, auf Erfolg.“ A21(8) – DGKS*

*„Ich sag immer gemeinsam sind wir stark, wir machen alles gemeinsam.“ A6(30) - Heimehelferin*

*„Geben und Nehmen. Ich denke mir, es ist wie in einer Partnerschaft.“ A18(30) – DGKS*

Die Pflege wird als interaktive Arbeit verstanden, in der den KlientInnen eine ebenso wichtige Rolle für das Zustandekommen der Dienstleistung zukommt wie den Pflegekräften. Über den Kopf der Betroffenen hinweg oder gegen ihren Willen kann keine Pflege stattfinden. Nicht nur aufgrund der formal stärkeren Stellung, sondern auch im Hinblick auf das Ergebnis der Arbeit. Das Sich-Einbringen der KlientInnen bzw. deren aktive Einbeziehung durch die Pflegekräfte wird nicht als (zusätzliche) Erschwernis der Arbeit betrachtet, sondern im Gegenteil als Erleichterung. Der/die Klient/in wird stärker als gleichberechtigte/r PartnerIn wahrgenommen denn als bedürftige/r PatientIn, zumindest vom prinzipiellen Verständnis her. Dass in einigen Fällen, wo der körperliche und/oder geistige Zustand schon sehr schlecht ist, deren Wahrnehmung als bedürftige PatientIn im Vordergrund steht, ändert nichts an der grundlegenden Herangehensweise.

#### **1.4. Eingehen auf den/die Patienten/in, Klienten/in: Bedeutung für die Arbeit**

##### **„Pflegearbeit ist für mich großteils Vertrauensarbeit“ – Zum Stellenwert von Vertrauensbeziehungen in der Pflegearbeit**

Die Aktivierung der KlientInnen ist ein wesentliches Ziel der mobilen Pflege und Betreuung. Um das zu erreichen, ist es aber von entscheidender Bedeutung eine Vertrauensbasis mit den KlientInnen aufzubauen. Dieser Aufbau einer Vertrauensbeziehung kann v.a. bei älteren Menschen, die vielfach großes Misstrauen ihrer Umgebung gegenüber entwickelt haben, ein mühsamer und anstrengender Prozess sein, der sich über einen längeren Zeitraum hinzieht.

*„Also das braucht alles, bis man Vertrauen fasst und das ist ganz, ganz wichtig, dass man zu den Klienten Vertrauen aufbaut. Mühsame Arbeit, also es braucht manchmal Monate. Es kommt vor, dass man Monate braucht, dass ich ihr Körperpflege machen kann und das versuch' ich auch.“ A6(4) - Heimehelferin*

Dieser Prozess stellt vielfach die Voraussetzung dar, um überhaupt sinnvoll mit bestimmten Menschen arbeiten zu können. Es handelt sich dabei nicht um eine Zugabe, je nach Vorliebe oder persönlichem Arbeitsstil der Pflegekraft, sondern um ein zentrales Erfordernis, um in vielen Fällen überhaupt die Behandlungspflege oder Körperpflege

durchführen zu können. Die Möglichkeit, Widerstände von KlientInnen, wie es zum Teil in stationären Einrichtungen geschieht, durch die Ausübung von (institutionellem) Druck zu überwinden, ist in der mobilen Pflege nicht gegeben und würde auch dem Arbeitsverständnis der Pflegekräfte widersprechen.

Zudem zeigt sich auch, dass der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwar einen beträchtlichen Aufwand an Energie und Zeit erfordert, dann aber die Pflegearbeit wesentlich erleichtert. *„Aber ich denke mir, wenn ich diese Vertrauensbasis einmal geschaffen habe bei einem Hausbesuch, dann ist es für mich viel leichter.“* A18(28) Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses kann also durchaus als direkt funktional für die Pflegearbeit bezeichnet werden. D.h. eine rein sachliche Kundenbeziehung wäre den Erfordernissen der Pflege als interaktiver Arbeit nicht angemessen, da die Qualität der Dienstleistung darunter leiden bzw. die Arbeit in vielen Fällen gar nicht funktionieren würde, wie mehrere Gesprächspartnerinnen betonten.

Das bedeutet aber, dass strikte Vorgaben, keine persönlichen Beziehungen aufzubauen, nichts Persönliches von sich preiszugeben, ein rein sachliches KundInnenverhältnis zu pflegen, kontraproduktiv für die Arbeit wirken, auch unter Effizienzgesichtspunkten. Denn wenn Pflege auf einer grundsätzlichen gegenseitigen Vertrauensbasis erfolgt, fallen nicht nur viele Widerstände der KlientInnen weg, die die Arbeit erschweren und behindern, sondern es können ihre Potentiale und Ressourcen erschlossen und aktiv für den Pflegeprozess genutzt werden.

Zusammenfassend kann daher folgendes gesagt werden: Die Besonderheit der Stellung des/der Klienten/in in der mobilen Pflege und Betreuung hat wesentlichen Einfluss darauf, dass die Arbeit stärker als kooperativ angelegt werden muss. Von den Rahmenbedingungen geht gewissermaßen – im Unterschied zum Krankenhaus - ein bestimmter Zwang in diese Richtung aus. Gleichzeitig üben genau diese Rahmenbedingungen wiederum eine gewisse Anziehungskraft auf Pflegekräfte aus, die von ihrem Arbeitsverständnis her eher eine ganzheitliche Sichtweise und KlientInnenorientierung aufweisen und daher mit diesen Anforderungen zurechtkommen. Andernfalls wäre es auf Dauer auch schwierig, unter diesen Rahmenbedingungen zu bestehen. Darauf weist auch der Umstand hin, dass in den hier durchgeführten Interviews dieses Arbeitsverständnis in unglaublich hohem Ausmaß präsent war.

### ***„Das ist das Wichtigste überhaupt“ – Die Bedeutung von Kommunikation für die Arbeit***

Der stark interaktionsorientierte Charakter der mobilen Pflege und Betreuung spiegelt sich auch in der zentralen Bedeutung der Kommunikation für die Pflegearbeit wider. Es handelt sich dabei um einen jener Aspekte, dem quer durch alle Berufsgruppen höchste Priorität für die Arbeit beigemessen wird. Dieser Aspekt gewinnt durch die Tatsache, dass es sich bei der überwiegenden Mehrheit der KlientInnen um alte Menschen handelt zusätzlich an Bedeutung. Durch die zunehmende soziale Isoliertheit alter Menschen in unserer Gesellschaft, v.a. in den Großstädten, kommt den Pflegekräften oftmals die Rolle der zentralen Ansprechperson zu.

*„Das ist sehr wichtig. Das ist für die alten Leute das Wichtigste oft, weil sie den ganzen Tag niemand haben zum Reden. Die Kommunikation ist das Um und Auf.“*  
A1(8) - Heimehelferin

*„Das ist das Wichtigste überhaupt.“* A9(9) - Pflegehelferin

*„Gespräch, also Kommunikation ist das Non-plus-Ultra. Da ist der Verband weniger wichtig, ...“* A18(11) - DGKS

Die Ganzheitlichkeit der mobilen Pflege und Betreuung wird in diesen Aussagen sichtbar. Kommunikation ist kein Nebenaspekt der Arbeit, den man zusätzlich einbringt, um die KlientInnen bei Laune zu halten, sondern sie ist unmittelbar für das Arbeitsergebnis selbst von entscheidender Bedeutung. Obwohl die mobilen Pflege- und Betreuungskräfte zunehmend unter Zeitdruck geraten, da für Kommunikation eigentlich kein Spielraum vorgesehen ist, und es *„offiziell gar nicht gerne gesehen wird“*, wie eine Interviewpartnerin erwähnt, integrieren sie diesen wichtigen Aspekt in ihre Arbeit. Sie werden durch die Praxis in Form von konkreten Erfolgsergebnissen darin auch bestärkt. Diese direkt aufgabenbezogene Funktion von Kommunikation entfaltet auch eine entsprechende Wirkung.

*„Aber da nehm ich mir dann schon die Zeit. Ich hab’s mir wirklich angewöhnt, ich hab’ auch den Erfolg in den paar Monaten, in denen ich jetzt bei ihr bin. Sie hat sechs Kilo zugenommen, also, das ist irgendwie für mich ein bissl ein Ansporn. Da seh ich, dass ich Recht hab’ mit meiner Methode, dass ich mich zu ihr hinsetz, während sie essen tut.“* A6(3) - Heimehelferin

D.h. die Entscheidung über ihre konkrete Vorgangsweise und das Ausmaß der Kommunikation beim/bei der Klienten/in wird von den Pflegekräften nach eigenem Ermessen getroffen. Wichtig ist dabei v.a. aber der Umstand, dass die Kommunikation immer auf die Bedürfnisse des/der Klienten/in abgestimmt sein muss. Es geht also nicht um Gesprächstechniken, die als Instrument eingesetzt werden, sondern um emphatische Kommunikation, die eine behutsame und einfühlsame Umgangsweise beinhaltet.

*„Ganz wichtig, ja. Wobei man natürlich schon dosiert umgehen muss damit. Also so ein bissl ein, das Tempo bestimmt eh er, ja. ... Ich muss das fühlen, ja, ich muss spüren, also ich muss spüren, ich muss wissen, ja, ich muss das richtig fühlen, ob der quasi seine Ruhe haben will oder ob er reden möchte. Was will der Mensch? Will der Nähe oder will er Distanz? Das muss ich spüren. Nur dann kann ich dieses Werkzeug auch benutzen und sagen, so und heute haben wir aber Zeit, dass wir zusammensitzen oder ich lasse Sie halt ein anderes Mal. Das muss ich fühlen. Und wenn ich, ich denke mir, wenn ich als Heimehilfe zu einem Menschen jeden Tag hingehe, ja, und das über 2, 3 Jahre, dann weiß ich schon, was der fühlt, dann weiß ich auch, was der braucht und da gibt es eine nonverbale Kommunikation, wie es so schön heißt, und wenn das funktioniert, dann funktioniert es.“* A14(12) - DGKS

Das heißt, Kommunikation kann in der Pflege nicht beliebig eingesetzt werden, sondern immer nur bezogen auf das Ziel, zum Wohlbefinden der KlientInnen beizutragen. Es ist eine ganzheitliche Kommunikation im Sinne einer umfassenden Interaktion, die in verschiedenen Formen auf die Bedürfnisse und die aktuelle Situation abgestimmt werden muss. Kommunikation erhält ihren spezifischen Sinn für die Pflegearbeit nur eingebettet in ein umfassendes Eingehen auf den/die Klient/in. Und das kann in

konkreten Situationen auch bedeuten, die vorgeschriebenen Aufgaben zu vernachlässigen.

*„Nein, es gibt Tage, wo man hinkommt zu Leuten und nichts macht - außer Reden. Und ich glaub, das lernt man mit der Zeit. Da werden sich frische Heimhilfen ein bisschen schwerer tun. Aber mit der Zeit kriegt man das Gefühl dafür, ob der das heute braucht. Ich glaub, das kommt mit der Zeit. Das merkt man schon, wenn man reinkommt und es sind auch welche, die sagen, heute machen wir einmal nichts, setzen sie sich nur einmal her, ich will heute nur reden. Na dann setzt man sich hin und da kommen oft Sachen, die können schon lange zurückliegen auch, die halt dann an dem Tag rausmüssen. Da braucht man oft fast gar nichts sagen selber. Das ist nur zuhören.“ – A8(9) - Heimhelferin*

Im Rahmen dieses Pflegeverständnisses ist Kommunikation nicht Beiwerk von Pflege oder haushaltsbezogener Unterstützung, sondern Interaktionsform von zwei relativ gleichberechtigten PartnerInnen. Steht dabei das Wohlbefinden der einen (KlientInnen) als Ziel im Mittelpunkt, so trägt der Prozess gleichzeitig auch zum Wohlbefinden der anderen (langfristige physische und emotionale Stabilität der Pflegekräfte) bei.

### **Bedeutung von Kenntnissen der Lebensgeschichte bzw. der Persönlichkeit der KlientInnen**

Ein hoher Stellenwert kommt auch - über die unmittelbare Kommunikation hinaus - tiefergehenden Kenntnissen über die Lebensgeschichte bzw. die Persönlichkeit von KlientInnen im Rahmen von interaktiver Arbeit zu. Wie bereits deutlich wurde, verstehen viele Pflegekräfte ihre Beziehung zu den KlientInnen als Partnerschaft, als ein gemeinsames Miteinander-Arbeiten. Insofern ist es wichtig - über die aktuelle Situation hinaus - über Hintergrundwissen über die Person, ihre Lebensgeschichte, ihre familiären Verhältnisse zu verfügen. Denn dieses erlaubt es den Pflegekräften, ihre Arbeit noch genauer auf die Person des/der Klienten/in abzustimmen.

*„Ich denke mir, das ist für mich das Wichtigste, was es gibt, weil wenn ich nicht weiß, welchen Mensch ich vor mir habe, was der sein ganzes Leben getan hat, was dem wichtig war im Leben, welcher Religion er angehört, was für einen Berufsstand er gehabt hat, kann ich mit dem Menschen überhaupt nichts anfangen. ... Ich kann mit dem Menschen dann überhaupt nicht arbeiten.“ A9(9) - Pflegehelferin*

Gerade wenn sich Betreuung und Pflege über einen längeren Zeitraum hinziehen, was v.a. bei älteren Personen häufig der Fall ist, bekommt eine genauere Kenntnis der persönlichen und familiären Hintergründe eine entscheidende Bedeutung. Auf die mobile Pflege und Betreuung trifft das aufgrund des hohen Anteils an älteren Menschen in besonderem Maße zu, was sich auch in der hohen Zahl von sog. „StammklientInnen“ ausdrückt. D.h. die Pflege muss in vielen Fällen längerfristig angelegt werden. Der hohe Anteil an geriatrischer Pflege ist in diesem Zusammenhang auch deshalb von Bedeutung, da es bei verwirrten und dementen KlientInnen darum geht, den Sinn ihrer Äußerungen oder Handlungen zu verstehen. Diese stehen häufig in Zusammenhang mit der Vergangenheit und können daher nur in diesem Kontext verstanden werden.

*„Ja insofern als bei den älteren Klienten, die ja zum Großteil, wenn sie dement sind, manchmal Dinge von der Vergangenheit so rausbrechen, wo man dann nicht*

*weiß, was mache ich damit, wo kommt das her, oder warum tut der jetzt die Tätigkeit gerade, oder warum lasst er sich von dem nicht abbringen. Ja und das stammt oft aus der Vergangenheit. Also wenn man da ein bisschen mehr wüsste, wäre es sicher manchmal gut. ... Bei solchen Leuten ist das sehr wichtig .. und wir haben einen großen Klientenanteil an überalterten Patienten, also wie gesagt im Alter von über 70 bis 100 Jahren.“ A17(11) - DGKS*

Obwohl Kenntnissen über Biographie und Persönlichkeit im Umgang mit dementen, verwirrten Personen eine besondere Bedeutung zukommt, spielen diese aber auch prinzipiell eine wichtige Rolle. V.a. wenn es darum geht, Ansatzpunkte für die Entwicklung von Ressourcen der KlientInnen zu finden.

*„Lebensgeschichte ist ja immer schön, wenn man sie erfährt, weil es auch was Vertrauensbildendes ist oder weil sie erzählt wird, wenn ein Vertrauen da ist, manche Ängste klären sich dann auch für mich, bin ich aber auch abhängig von den Patienten, Klienten. ... Natürlich, weil ich weiß dann einfach, was war das überhaupt für eine Person, wie zieht er sich gerne an, wie begegnet er Menschen gerne, nicht, ich meine, hat er gelesen, kann man über Literatur mit ihm sprechen. Hört er gern Musik, geht es über die Musik. Natürlich tue ich mir dann leichter.“ A12(12) - Pflegehelferin*

D.h. Kenntnisse über Lebensgeschichte und Persönlichkeit sind wichtig, um die potentiell vorhandenen Ressourcen der KlientInnen überhaupt einmal erkennen zu können und in der Folge damit zu arbeiten, Aktivierung zu betreiben. In diesem Sinne sind sie unmittelbar funktional für die Arbeit und können die Pflege wesentlich erleichtern. Der darin enthaltene Interaktionscharakter, der ja im Kern die Gegenseitigkeit und prinzipielle Gleichberechtigung der im Rahmen der Pflege einander Begegnenden betont, zeigt sich in diesem Punkt aber auch noch an einem anderen Aspekt. Es handelt sich dabei um jenen der Befriedigung, die die Pflegekräfte aus den Lebensgeschichten ihrer KlientInnen erfahren.

*„Das ist eines der wichtigsten Dinge. Ich muss ja wissen, warum ist die traurig oder depressiv oder warum, es ist ja oft wichtig, wenn du so fragst, haben Sie Kinder, Angehörige. Und oft sagen Sie halt, nein. Und dann kommst du drauf, es gibt ja doch jemanden, und warum ist da kein Kontakt, warum ist der so einsam. Also das ist. Wenn man ein Vertrauensverhältnis hat, erfährst ja sehr viel, und dann kannst du auch Schlüsse ziehen, warum ist er so, und warum funktioniert das nicht. Also ich finde es für mich ganz ganz wichtig, und ich muss sagen, ich nehme aus diesen Lebensgeschichten auch für mich viel mit, gewinne ich dabei, weil ich das irrsinnig gern hör. Da bin ich oft der Beschenkte, wenn mir die so viel erzählen. Ungemein interessante Lebensgeschichten kann man da hören.“ A21(8) - DGKS*

Der darin enthaltene Aspekt der Gegenseitigkeit, der in diesem Zitat so deutlich zum Ausdruck kommt, hat demnach für die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung eine Doppelfunktion. Zum einen erleichtert sie die Pflegearbeit unmittelbar, weil die Pflege besser auf die speziellen Bedürfnisse des/der Klienten/in abgestimmt werden kann. Zum anderen ist dieser wechselseitige Prozess für die Pflegekräfte selbst eine Quelle für Befriedigung und Bereicherung ihrer Persönlichkeit. Das ist v.a. im Hinblick auf die hohen emotionalen Anforderungen und Belastungen und unter dem Gesichtspunkt der

Gesundheitsförderung in der Pflegearbeit, ein wesentlicher Faktor für die Nachhaltigkeit und langfristige emotionale Stabilität der Pflegekräfte.

Anhand der Aspekte Vertrauensarbeit sowie Bedeutung von Kommunikation und Kenntnissen über Lebensgeschichte und Persönlichkeit konnte gezeigt werden, dass das Eingehen auf die KlientInnen ein wesentliches, wenn nicht das bestimmende Moment in der mobilen Pflege und Betreuung darstellt. Es unterstreicht auch die Perspektive, diese als interaktive Arbeit zu begreifen.

### **1.5. *„Manchmal ist der Grat halt sehr schmal, auf den man sich begibt.“ – Die Balance zwischen Einfühlung und Abgrenzung, Nähe und Distanz als wesentlichste Anforderung einer interaktionsorientierten Pflege***

Das Eingehen auf die KlientInnen wird von den interviewten Pflegekräften, wie bereits ausgeführt, als zentrales Moment ihrer Arbeit gesehen. Sie betrachten es nicht nur als funktional adäquate Herangehensweise im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege, sondern schöpfen daraus auch Arbeitsmotivation und –befriedigung. Allerdings handelt es sich dabei keineswegs um einen einfachen, routinisierbaren Prozess. Dieser birgt auch beträchtliche Gefahren für die emotionale Stabilität der Pflegekräfte in sich. Nicht umsonst ist der Aspekt der emotionalen Abgrenzung ein wichtiges Element der Professionalisierung der Pflegeberufe: weg von der Reduzierung auf den fürsorglich-aufopfernden Charakter weiblichen Arbeitsvermögens hin zu fachlicher Kompetenz und professioneller Distanz. Wobei in diesem Zusammenhang auch der Funktion von Abgrenzung für die psychische Stabilität und Gesundheit der Pflegekräfte eine wichtige Rolle zukommt.

Allerdings kann die Forderung nach zunehmender Abgrenzung im Gewande professioneller Erfordernis (Kompetenz) auch zu einer zynischen Rechtfertigung für Kostenreduzierungsstrategien und ökonomische Effizienzberechnungen werden.

Aufgrund ihres ganzheitlichen Pflegeverständnisses ist den meisten der interviewten Pflegekräfte klar, dass eine Pflege ohne ein sich auch gefühlsmäßiges Einlassen auf den/die Klienten/in nicht möglich ist und für ihre Arbeit eine wichtige Funktion hat. D.h., Sich-Einlassen ist zum einen wichtig, um eine gute Qualität von Pflegearbeit im Sinne einer ganzheitlichen Pflege und des Wohlbefindens der KlientInnen erreichen zu können. Zum anderen ist es aber auch eine Quelle der eigenen Befriedigung, da ein positives Feedback der KlientInnen ein wahrnehmbares Signal für die Fruchtbarkeit und Sinnhaftigkeit der eigenen Anstrengungen und Leistungen bedeutet. Es stellt daher ein wichtiges Moment für Arbeitszufriedenheit und langfristige emotionale Stabilität dar.

Gleichzeitig ist es aber immer eine Gratwanderung, um die richtige Balance zu finden: Einerseits sich nicht hineinziehen und von den Bedürfnissen der KlientInnen überschwemmen zu lassen. Denn das führt langfristig gesehen unweigerlich zu emotionaler Erschöpfung und Burnout. Andererseits aber auch keine zu große Distanz aufzubauen, da es Arbeit erschweren kann und dadurch auch Quellen für Erfolgserlebnisse in der Arbeit versiegen.

*„Und, sicher ich hab oft Fälle, die ich einfach mit heimnehme, wo ich dann daheim sitze und darüber nachdenke, was könntest du machen und so. Aber ich denke mir, ich bin einfach mit Herz dabei, es ist manches Mal sicher nicht leichter, aber irgendwie denke ich mir, für mich, für mich persönlich das Schönste, wenn ich reinkomme, die lachen mich an und sagen, Grüß Ihnen Schwester, schön, dass Sie wieder da sind. Und das gibt mir ... ja.“ A18(26) - DGKS*

Diese Balance zu erreichen ist eine der schwierigsten Anforderungen, die sich im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung stellt. Die meisten Pflegekräfte müssen dabei eine schwierige Phase konkreter Erfahrungen und negativer Erlebnisse hinter sich bringen, um den für sich richtigen Umgang damit zu lernen.

*„Ja das ist schwierig, das ist schon schwierig, das muss man lernen. Auf der einen Seite möchtest du Hilfe anbieten, möchtest wirklich helfen und auf der anderen Seite sollst du dich abgrenzen. Das widerspricht sich ja irgendwo. Aber das muss man lernen, so einen Mittelweg zu finden. Das ist nicht leicht. Und vor allem, man hat ja nicht nur einen Klienten.“ A9(21) - Pfleghelferin*

Gerade in der Abstimmung ihrer Arbeit auf die Persönlichkeit des/der Klienten/in ist diese Grenze auch variabel. Es ist ja gerade der Interaktionscharakter der Pflegearbeit, der diese Variabilität hervorruft und die Grenzziehung zu einem ständigen Drahtseilakt in der Arbeit werden lässt. *„Manchmal ist der Grat halt sehr schmal, auf den man sich begibt.“ (A6/29 - Heimhelferin).* Eine gelungene Balance kann jedoch die Gefahr von emotionalen Belastungen, die bei der Bewältigung von schwierigen Situationen drohen, deutlich reduzieren.

*„Da versuche ich mich immer rein zu versetzen in den Klienten, wenn er sagt, ich bin jetzt krank, das man einfühlsam ist zu einem ja, aber dass ich jetzt sag, mich macht das fertig, ich lasse es ganz einfach nicht zu, sondern ich versuche mir ganz einfach zu sagen, ich versuche mit dem Klienten wenigstens die Zeit, die er vielleicht noch lebt, positiv zu gestalten. Ich versuche es in der Richtung. ... ich hab keine Schuld, dass er jetzt krank ist oder ich hab keine Schuldgefühle. ... ich hab auch gewusst bei der Frau K., dass sie sterben muss. Aber aus der Zeit, die sie noch lebt, das bestmögliche mit dem Klienten zu machen. Daher lass' ich es nicht wirklich zu, dass er jetzt eine Belastung für mich ist. Belastung wird es dann, wenn ich seh', es gelingt einem nichts oder die Angehörigen wollen das nicht oder sagen, na für was braucht der die Stunden noch oder wenn man da konfrontiert ist mit den äußeren Dingen noch.“ A7(21) - Heimhelferin*

Ein professioneller Umgang mit der Balance von Nähe und Distanz bedeutet – aus der Sicht der interviewten Pflegekräfte - auf keinen Fall Gewöhnung, Abstumpfung oder Gleichgültigkeit. Es berührt die Pflegekräfte, wenn z.B. jemand stirbt, den sie lange betreut haben, und es beschäftigt sie, aber es stürzt sie nicht in Verzweiflung. Sie verarbeiten es jede auf unterschiedliche Weise. Aber Abgrenzung im Sinne von Professionalität bedeutet für sie nicht Gleichgültigkeit. Sich ein solches Ereignis auf bestimmte Weise nahe gehen zu lassen ist Teil ihres Arbeitsverständnisses und damit gleichzeitig aber auch eine Quelle ihrer Motivation und damit eine Barriere gegen Burnout. Denn darin liegt für sie der subjektive Sinn ihrer Arbeit mit Menschen.

*„Gewöhnen? Man sieht es vielleicht mit anderen Augen. Gewöhnen gibt's da nicht. Überhaupt, wenn das Menschen sind, die man jetzt jahrelang betreut hat. Es*



*trifft einen, auch wenn man gewusst hat, welche Krankheiten er gehabt hat. Aber man kann dann eigentlich nie so richtig gleichgültig werden. Also ich kann es nicht so machen.“ A13(18) - Pflegehelferin*

Ein emphatisches Pflegeverständnis, wie es die meisten der Interviewpartnerinnen verinnerlicht haben – *„Mitgefühl ja, aber mitleiden bringt nichts“* (A3/22 - Heimhelferin) – stellt eine gelungene Form dieses schwierigen Balanceaktes dar und trägt beiden Seiten des Interaktionsprozesses Rechnung. Allerdings kommt es darauf an, die Rahmenbedingungen der mobilen Pflege und Betreuung so zu gestalten, dass ein solches emphatisches Pflegeverständnis nicht in Widerspruch zu den zeitlichen Vorgaben gerät und dieses fragile Gleichgewicht nachhaltig gestört wird. Denn daraus entstehen dann zum einen Belastungen für die Pflegekräfte, zum anderen aber auch negative Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistung und die Effektivität des Prozesses.



## 2. **ARBEITSANFORDERUNGEN UND KOMPETENZEN**

Die Arbeitsanforderungen sind in der mobilen Pflege und Betreuung sehr hoch. Das ergibt sich zum einen aus dem großen Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum, das in diesem Bereich zu bewältigen ist. Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Krankenpflege gibt es hier keine Spezialisierung auf ein bestimmtes Fachgebiet. In der Praxis werden die DGKS mit einer Fülle von Problemsituationen in fachlicher Hinsicht konfrontiert, für die ein Umgang gefunden werden muss. Zum anderen ist es die unmittelbare soziale Einbettung der Pflege und Betreuung in die Lebenssituationen und den Alltag der PatientInnen, die hohe Ansprüche an soziale und kommunikative Kompetenzen stellt. Im folgenden werden die Anforderungen für alle drei Berufsgruppen in der mobilen Pflege und Betreuung gemeinsam dargestellt. Trotz der Unterschiede, auf die bei den einzelnen Anforderungen genauer eingegangen wird, lassen sich eine Reihe von Gemeinsamkeiten erkennen. Diese ergeben sich aus den Besonderheiten und Charakteristika der mobilen Pflege und Betreuung und betreffen somit alle Berufsgruppen.

### 2.1. **„Die Generalistin“ – Fachliche Vielseitigkeit aufgrund des großen Spektrums an Problemfällen (Fachgebieten)**

Diese Anforderung richtet sich in medizinisch-pflegerischer Hinsicht v.a. an die mobile DGKS, die deshalb in hohem Maße gefordert ist, als Generalistin zu agieren. Die Beschränkung auf ein bestimmtes Fachgebiet, wie es die meisten von ihrer Tätigkeit im Krankenhaus gewohnt sind, ist in der mobilen Pflege und Betreuung unmöglich. Die Pflege der PatientInnen zu Hause umfasst ein breites Spektrum an medizinischen Problemfällen, das von der einfachen und komplizierten Wundpflege über die Verabreichung von Injektionen bis zur Betreuung von Krebskranken, psychisch Kranken und dementen Personen reicht. Auch wenn etwa bei psychisch Kranken nicht eine psychologisch-psychiatrische Pflege oder Behandlung im Vordergrund steht, so erfordert der Umgang mit solchen PatientInnen, etwa im Rahmen einer Wundpflege, doch auch Wissen und Kompetenzen in diesem Fachbereich.

*„Ja, Krebskranke, Amputationen, was auch immer. Das ist ein Riesenspektrum. Man kann da nicht sagen, das wird absolut nicht gemacht, also Dinge ..., das ist jetzt vielleicht schwer vorstellbar für einen Nichtmediziner.“ A17(4) - DGKS*

D.h. man muss sich fachlich, wenn auch nicht immer in einer besonderen Tiefe, auf verschiedensten medizinischen Gebieten auskennen. Dazu kommt noch, dass mit der fehlenden Nähe ärztlicher Kompetenz auch eine hohe Entscheidungsverantwortung verbunden ist. Dieser Umstand stellt v.a. in den ersten Berufsjahren eine große Herausforderung für die DGKS dar, aus der Gefühle der Unsicherheit und auch Überforderungen entstehen können. Auf die Frage, ob das eine Belastung in der Arbeit darstellt, streicht eine Gesprächspartnerin die Veränderung mit zunehmender Berufserfahrung heraus:

*„Jetzt nach 11 Jahren nicht mehr, ja. In den ersten Jahren war das eines der größten Probleme einfach zu entscheiden, was geht noch, einzuschätzen, was ist möglich. Ich meine, mit zunehmenden Alter und zwar das hat jetzt wirklich was mit dem Alter zu tun, trau ich dem Menschen auch mehr zu, weil man also wirklich aus dem Krankenhausdenken herauskommt, weil dort ist ja eine Rundum-Versorgung.“ A20(14) - DGKS*

Mit Einschränkungen gilt diese Anforderung auch für Pflege- und Heimhelferinnen. Nicht so stark in unmittelbar medizinischem Sinne, aber doch auch, was die Einschätzung von gesundheitlichen Zuständen von KlientInnen und die Entscheidung über die Hinzuziehung von DGKS oder ÄrztInnen betrifft. Dabei spielt v.a. eine Rolle, dass es vielfach keine einfachen Wenn-dann-Entscheidungen gibt, man sich vielmehr in großen Unsicherheitszonen bewegt, in denen eine relative Offenheit für verschiedene Möglichkeiten und Lösungen besteht. Das erfordert wiederum ein Abschätzen und Abwägen.

## **2.2. „Man versucht für alles eine Lösung zu finden“ – Umgehen mit ständig neuen (fachlichen) Problemstellungen und Improvisationsfähigkeit**

Die Anforderung an eine generalistische Gesundheits- und Krankenpflege, die umfangreiches und vielfältiges pflegerisches Fachwissen erfordert, führt in der Arbeit immer wieder zur Konfrontation mit Problemen, für deren Umgang den DGKS das erforderliche Fachwissen fehlt.

*„... wenn man Patienten übernimmt vom Krankenhaus oder so, das ist so eine spezielle Sache, wo man sich denkt, eigentlich habe ich das noch nie gemacht, muss ich sagen. Oder ich habe das also nur in der Theorie gelernt und noch nie gesehen irgendwo oder so. Aber man arbeitet sich dann ein, kann man sagen. ... Und wir sagen halt von der Gemeinde, wir sagen, wir können es nicht, wir machen es trotzdem. Wir lernen es uns, oder wir schauen nach der Theorie und machen dann die Praxis oder so, ja. Also bei uns gibt es das eigentlich nicht, dass man sagt, nein. Man versucht für alles eine Lösung zu finden.“ A17(18) - DGKS*

D.h. die Arbeit verlangt von den mobilen DGKS nicht nur, sich ständig neues, unmittelbar aus den Problemstellungen der Praxis sich ergebendes Fachwissen anzueignen, sondern dieses auch sofort an die spezifischen Bedingungen des/der Patienten/in in seiner Umgebung anzupassen und praktisch umzusetzen. Die Besonderheit der Anforderung besteht im Kern darin, dass eigenständig eine Lösungsmöglichkeit für eine neues, unbekanntes fachliches Problem und zwar – im Gegensatz zum Krankenhaus - unter den Bedingungen einer fehlenden institutionellen Infrastruktur erarbeitet werden muss, und zwar im Einklang mit den dafür zur Verfügung stehenden, oftmals knappen Zeitressourcen.

Aber auch bei den PflegehelferInnen spielt diese Anforderung eine Rolle, v.a. wenn es darum geht, improvisierte, auf die vorhandenen oft (im Vergleich zum Pflegeheim) mangelhaften Bedingungen abgestimmte Lösungen zu finden.

*„Wir haben dann kein richtiges Antidekubitussystem, sondern wir müssen mit Polstern, Leintüchern, ist egal, was ich zur Hand habe. Und da muss man einfallreich sein, dass man das doch etwas abwenden kann. Was dem Klienten aber an-*

*genehm erscheint und auch wirksam ist. Da müssen wir sehr wohl, weil zum Beispiel schon wieder ein Heilbehelf abgelehnt wurde. ... Und ich muss sagen, das ist im externen schon oft, Gehirnzellen werden aktiviert. Nicht so wie im Pflegeheim ... Hin und wieder wird's dann problematisch, wenn nichts mehr da ist. Dann schrei ich Feuer.“ A13(11) - Pflegehelferin*

D.h. der Umgang mit wechselnden Rahmenbedingungen erfordert auch von den PflegehelferInnen Einfallsreichtum und Improvisationsfähigkeit, um die Qualität der Pflege auch unter solchen Bedingungen sicherzustellen. Aber auch die Heimhelferinnen sind immer wieder mit Situationen konfrontiert, in denen es darauf ankommt, in der Situation selbst eine Lösung parat zu haben, wie eine Gesprächspartnerin anschaulich schildert.

*„Ich dusche eine Klientin. Ich habe sie voll eingeseift, sie sitzt schon in der Duschkabine und ich will sie abspülen und auf einmal habe ich kein Wasser. ... Na ja, was mache ich jetzt, jetzt stehst du da, was machst du jetzt mit ihr. Rennst ins Nebenhaus und holst du Wasser oder was. Da ist in der ganzen Gasse kein Wasser gewesen, weil sie da irgendwelche Arbeiten verrichtet haben. Na ja halt jetzt, was mache ich jetzt, sitzt in der Dusche, kalt wird ihr auch schon. Dann habe ich ein Blumenwasser, in der Kanne habe ich ein Blumenwasser, das geschwind gewärmt, ein bisschen Geduld, geschwind gewärmt das Wasser, so lauwarm und dann mit dem Blumenwasser abgewaschen. Da kommen solche Ideen, ich meine da kommen dir solche dann, in der Notsituation kommen dann solche Gedanken. Das sind die gewissen Probleme, sicher musst du dann schnell schalten, was machst du dann. Kein Tropfen kommt mehr raus, da beutelst du, nichts kommt mehr, also.“ A11(17) - Heimhelferin*

### **2.3. „Und dann schauen die Schüler ,ba, na da bleib ich lieber im Spital‘.“ – Umgang mit Ausnahmesituationen**

Die Rahmenbedingungen und die daraus erwachsenden Anforderungen unterscheiden sich aber nicht nur in fachlicher Hinsicht von der Situation in der stationären Pflege. Durch die Versorgung in den Wohnungen der KlientInnen selbst, fehlen die geregelten und kontrollierten Bedingungen einer stationären Einrichtung, denen sich die PatientInnen anpassen müssen. Dadurch gerät man immer wieder in Ausnahmesituationen, für deren Bewältigung pflegerisches Fachwissen nicht ausreicht.

*„... aber oft ist es so, dass ja gerade ein Alkoholiker, der merkt das ja auch gleich, wenn du ihm schon so entgegenkommst, weil dann wird der auch aggressiv, ich verwende das Wort aggressiv nicht gern, aber ich kann es jetzt anders nicht umschreiben. Und wenn Sie hinkommen und verbinden sollen, weil er z.B. einen offenen Fuß hat, oder wir hatten einen, der hat ein Cholestoma gehabt, der war schon um 7 Uhr veilchenblau, und wenn Sie dort angeläutet haben, die Wohnverhältnisse waren eine Katastrophe, die Lebensgefährtin war mehr blau als er, die wackelt Ihnen dann schon so entgegen, dann müssen Sie einmal schauen, dass die nicht gleich umfällt vor lauter Suff. Er liegt und lallt und plärrt herum, ned, und alles angemacht, alles schmutzig. Dann musst du eben schauen, dass du den in die Dusche reinbringst, zwischendurch kraxelt noch die Perserkatze herum. Das muss man sich einmal vorstellen. Ich meine, manches Mal ist ein etwas rüder Ton ange-*

*bracht. Ich sag, es ist jeder anders. Es gibt die Feinen und es gibt die weniger Feinen. Und das müssen Sie abchecken.“ A18(22) - DGKS*

Die Bewältigung solcher Situationen erfordert soziale Kompetenzen, die den speziellen Erfordernissen und auch der Dynamik und einer eventuellen Eskalation angepasst werden müssen – und zwar unmittelbar in der Aktion, im Handeln. Etwa wenn es wie in der im obigen Zitat geschilderten Situation darum geht, aggressive Handlungen der Lebensgefährtin gegenüber dem zu versorgenden Patienten mit verschiedenen Strategien zu unterbinden, die bei Eskalation bis zur Einschaltung der Polizei und der Überweisung des Patienten in stationäre Behandlung reichen können. Derartige Anforderungen treten in stationären Einrichtungen kaum in dieser Form auf, und wenn doch, kann dort in solchen Ausnahmefällen unmittelbar auf Hilfe durch KollegInnen zurückgegriffen werden. Davon sind alle Berufsgruppen in der mobilen Pflege und Betreuung gleichermaßen betroffen. Die Pflegekräfte sind gefordert, solche Situationen zu bewältigen und bei einer notwendigen Krisenintervention in Ausnahmesituationen auf sich allein gestellt.

#### **2.4. „... man muss sofort reagieren können“ – zeitkritisches Handeln in unerwarteten Situationen**

Neben dem Umgang mit oben erwähnten Ausnahmesituationen stellt die Arbeit auch hohe Anforderungen hinsichtlich des Umgangs mit unerwartet auftretenden Situationen, in denen rasch Entscheidungen getroffen und Lösungen gefunden werden müssen. Es zählt praktisch zum Alltag der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung, dass die Pflegekräfte, wenn sie zum/zur Klienten/in kommen, mit unerwartet aufgetretenen Problemen oder Komplikationen konfrontiert werden. Das spielt v.a. deshalb eine wichtige Rolle, da es sich beim Großteil der zu betreuenden Personen um alte Menschen handelt, die in vielen Fällen alleine leben. D.h., dass keine ständige Kontrolle ihres Gesundheitszustandes und dessen Entwicklung erfolgt und daher auftretende Verschlechterungen sich oftmals bis zum nächsten Eintreffen der DGKS bereits zu einem akuten Problem ausgewachsen haben. Das macht rasches Handeln, ohne die Möglichkeit ausgiebigen Überlegens und Abwägens, notwendig.

*„Und man muss sehr viel in kurzer Zeit rasch entscheiden können, ja. Also sei es vom Fachlichen jetzt oder von anderen Dingen, aber man muss manchmal schon sehr rasch reagieren und auch Verantwortung übernehmen.“ A17(9) - DGKS*

Damit ist aber auch gleichzeitig der Aspekt der Verantwortung, der damit verbunden ist, angesprochen. In der Anforderung zu raschem Handeln und eiligen Entscheidungen ist auch das Eingehen und Tragen von Verantwortung mit eingeschlossen. Bereit zu sein und sich zuzutrauen, diese Verantwortung im Prinzip übernehmen zu können, ist eine entscheidende Voraussetzung, um im Bedarfsfall auch tatsächlich entsprechend rasch und gezielt zu handeln. Gerade der Aspekt der hohen Verantwortung ist es in diesem Zusammenhang auch, der v.a. Heimhelferinnen schwer zu schaffen macht, da sie folgenreiche und schwerwiegende Entscheidungen ohne den notwendigen fachlichen Hintergrund treffen müssen.

*„Also das ist dann immer das: na zum Glück ist es gut gegangen. Also so, und ich hab sie ja nicht gekannt und ich hab mir gedacht, das ist normal, dass sie so müde ist. Weil die haben wir auch erst neu gehabt, die Klientin und so. Und das ist halt das, was halt oft Bauchweh macht. D.h. man hat eine Riesenverantwortung eigentlich. Eben, weil das wird Dir ja eigentlich erst nachher bewusst, wenn du dir denkst, was wäre passiert, wenn ich jetzt nicht das gemacht hätte oder dies gemacht hätte. Also bis jetzt hab ich immer das Richtige gemacht, aber ich mein nur, jeder ist nur ein Mensch, wenn man sich denkt, aber nein, dem geht's eh gut oder die Klienten sagen selber oft: 'Ah mir geht's eh gut, das hab ich immer'. Vertraust du drauf oder denkst du dir, nein da ruf ich jetzt doch den Arzt.“ A5(13) - Heimhelferin*

## 2.5. Organisationsfähigkeit, Prioritäten setzen

Hohe Anforderungen bestehen in der mobilen Pflege und Betreuung auch in Bezug auf Organisationsfähigkeiten. Es sind zum einen die Abstimmungserfordernisse mit unterschiedlichen Institutionen und Personen und deren Einpassung in den Tagesablauf mit verschiedenen KlientInnen, die eine hohe Komplexität erzeugen. Es ist dabei nicht nur die Fülle an unterschiedlichen Kontakten, die hergestellt werden müssen, sondern auch deren zeitliche Asynchronität, die hohe Anforderungen an die Organisationsfähigkeit der Pflegekräfte stellen. ÄrztInnen und andere Institutionen können nur zu bestimmten Zeiten erreicht werden, vieles muss im Voraus bedacht und geplant werden. Diese Anforderung trifft auf alle Berufsgruppen in selbem Maße zu. Für die Heimhelferinnen entstehen in diesem Zusammenhang aufgrund der knappen Wegzeitregelung besondere Anforderungen.

*„Ich fang schon in der Früh an zu überlegen, zu Hause eigentlich, wie mache ich was, dass das am besten koordiniert ist, weil die Wegzeit ja sehr kurz ist. Da schau ich schon, wenn ich zu der einen fahr, dass ich für den anderen vielleicht irgendwas mitnehmen kann, also das Organisieren, das ist das Erste, was ich persönlich mache. Was hab ich heute vor, was muss ich für den machen, für den machen, also das ist der erste Schritt eigentlich.“ A6(2) - Heimhelferin*

In der mobilen Pflege und Betreuung muss von den Arbeitskräften eine Fülle von Aufgaben selbständig organisiert und unter einen Hut gebracht werden. Insofern ist es auch von entscheidender Bedeutung, aus dieser Fülle an Informationen und Anforderungen, die jeden Tag auf sie einströmen, eine Rangreihe nach Wichtigkeit und Dringlichkeit zu bilden.

*„Ja, so ist es mir am Anfang gegangen, aber da habe ich noch nicht gewusst zu sortieren, die Wichtigkeit. Ich habe immer geglaubt, ich muss alles, was mir heute an Informationen und alles, was an Problemen an mich herangetragen worden ist, muss ich heute machen. Und dann war ich irrsinnig im Stress. Inzwischen habe ich gelernt zu sortieren und zu sagen, was ist ganz wichtig, was ist weniger wichtig, und was kann ich überhaupt auf morgen verschieben. Das habe ich in der Zwischenzeit gelernt, und somit ist es kein Problem mehr für mich.“ A2(12) - DGKS*

D.h. es geht um ein Setzen von Prioritäten, eine Fähigkeit, die sich erst mit zunehmender Praxis und Erfahrung herausbildet. Es ist v.a. der Umstand, dass man in der mobilen

Pflege und Betreuung nicht auf eine stabile Struktur und ein institutionelles Setting zurückgreifen kann, der die Anforderungen an die Organisationsfähigkeit in die Höhe schraubt.

## 2.6. *Der/die „einfühlende Altenkommissar/in“ – Detektivischer Spürsinn*

Bei der Charakterisierung der mobilen Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit wurde schon die Bedeutung des Eingehens auf den/die Klienten/in für die Arbeit herausgearbeitet. Kenntnisse über die Persönlichkeit und Lebensgeschichte der KlientInnen sind im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege wichtig, um eine auf die Person abgestimmte Vorgangsweise zu entwickeln. Die Informationen müssen gerade bei alten Menschen, die Außenstehenden oftmals ein hohes Maß an Misstrauen entgegenbringen, behutsam und mühsam entlockt werden. Das erfordert in vielen Fällen einen geradezu detektivischen Spürsinn.

*„Ich bin für ein, das klingt so blöd, weil das klingt wie bei der Polizei, so für einen Lokalausweis, ich sage immer, ein neuer Berufszweig wäre Altenkommissar oder Altenkommissarin aber nicht im negativen, sondern im positiven Sinn. Ich besuche den Menschen und schaue mir seine Ressourcen an. Das merkst du dann ganz schnell, wie der ist, wie der sich befindet. Und ohne dem, ich kann mir alles zusammenreimen, weil wenn ich den Menschen nicht gesehen oder gespürt habe, weiß ich gar nichts, dann weiß ich nichts, ich kann das nicht nachvollziehen, weil er eben so ist.“ A14(15) - DGKS*

Auch dies ist nicht nur für die fachliche Pflegeaufgaben der DGKS und auch der PflegehelferInnen relevant, sondern spielt auch für die HeimhelferInnen eine wichtige Rolle, da diese oft durch ihre häufige Anwesenheit den KlientInnen am Nächsten ist.

*„... also das muss man alles einmal herausfinden, ja und dann es geht um alles. ... Ja die Probleme einmal zu erkennen. Das ist einmal das Wesentliche, dass man sieht, was da vor Ort ist, wenn ich erst einmal hingeh und einmal dort war, weiß nicht eine halbe Stunde, wegen dem weiß ich noch nichts. Da gibt's sehr viele, wo erst mit der Zeit was rauskommt oder man erst was sieht.“ A7(16) - Heimhelferin*

Auch an diesem Aspekt zeigt sich der Charakter von Pflege als interaktiver Arbeit. Diese einführende Detektivarbeit kann nur im Dialog mit dem/der Klienten/in geleistet werden. Und dieser Dialog kann nicht in der Form eines Verhörs geführt werden, sondern muss auf die Bedürfnisse des/der Klienten/in abgestimmt werden, erfordert also jenen schon angesprochenen emphatischen Grundzug.



### 3. **KURZE BESCHREIBUNG DER AUFGABEN UND TÄTIGKEITEN**

#### 3.1. **Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bei der MA 47**

*„Wir sind Einzelgänger, wir sind also wirklich so die einsamen Wölfe dort draußen.“*

Im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung der MA47 werden bei den DGKS zwei Tätigkeitsgruppen unterschieden. Im sog. Case-Management erfolgt ausschließlich eine Pflegebedarfserhebung der PatientInnen. Diese dient als Grundlage für die Auftragsvergabe an private Vereine, die die Pflege übernehmen. Auch die Abwicklung der Übergabe fällt in den Aufgabenbereich der im Case-Management tätigen DGKS. Demgegenüber erfolgt im sog. Care-Management sowohl Pflegebedarfserhebung als auch die Durchführung der Pflege, soweit sie medizinische Fachpflege betrifft. Dabei werden nur PatientInnen betreut, deren Behandlung von der Krankenkasse finanziert wird. Als sog. „GeneralistInnen“<sup>5</sup> werden in der Organisation jene Pflegekräfte bezeichnet, die in beiden Bereichen eingesetzt werden. In diese Untersuchung waren ausschließlich DGKS aus dem Tätigkeitsfeld des Care-Management einbezogen. D.h., die in dieser Studie vorgenommene Analyse der Arbeitsbelastungen (Kap. 7) bezieht sich daher nur auf diesen Tätigkeitsbereich.

Der Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der DGKS im Care-Management umfasst viele verschiedene Aspekte, sie kann daher ganz allgemein als Generalistin charakterisiert werden. Obwohl das Arbeitsprofil auf die medizinische Fachpflege eingeschränkt ist und dadurch grundpflegerische Tätigkeiten wie waschen und lagern der PatientInnen nur im Bedarfsfall ausgeübt werden, beinhaltet die Arbeit der DGKS nicht nur die rein medizinische Pflege der PatientInnen. Dazu gehört die Organisation von Behelfen (wie Krankenbett, Dekubitusmatratzen, ...) und Hilfsmittel, wie Verbandstoffe.

Die Aufgaben lassen sich in Erstversorgung und ständige KlientInnenversorgung unterscheiden. Bei einem Ersteinsatz, wenn also neue KlientInnen in die Betreuung der mobilen Pflege und Betreuung aufgenommen werden, ist die zentrale Aufgabe, sich ein möglichst umfassendes Bild von dem körperlichen und seelischen Zustand des/der Patienten/in zu machen und aus den daraus sich ableitenden Erfordernissen sowie aus den erhobenen Ressourcen (sowohl des/der Klienten/in als auch von Angehörigen) eine Pflegeplanung zu erstellen. D.h. es muss eine Anamnese erstellt, eine Dokumentation angelegt, die notwendige Pflegeversorgung geplant, und eine erforderliche Einbeziehung anderer Pflegeberufe, also von Pflege- oder Heimhelferinnen aber auch anderer

---

<sup>5</sup> Diese organisationsspezifische Bedeutung des Begriffs „Generalistin“ unterscheidet sich von jener von den Interviewten selbst gebrauchten (siehe S. 18), die sich auf die breite Streuung der fachlichen Anforderungen bezieht.

Institutionen, etwa Sozialarbeit, Wäschedienst, Essen auf Rädern abgeschätzt werden. Dieser Aufgabenbereich erfordert sehr viel Aufwand für die Planung der Pflege und ein hohes Maß an Konzentration in der Arbeit. Aufgrund mangelnder oder sogar oftmals falscher Vorinformation kann eine solche Planung immer erst direkt vor Ort aus den tatsächlichen Gegebenheiten heraus entwickelt werden.

Im Rahmen der kontinuierlichen PatientInnenpflege fallen Tätigkeiten wie Verabreichung von Injektionen, vorbeugende prophylaktische Aufgaben, wie z.B. Antithrombosenprophylaxe sowie Wundversorgung und die Versorgung und Kontrolle von künstlichen Darmausgängen an. Der Bereich der Wundversorgung nimmt dabei den größten Umfang ein, da die Verabreichung von Injektionen zunehmend an private Vereine abgegeben wird.

Ebenso breit gestreut wie die zu leistenden Aufgaben und Tätigkeiten ist der dafür erforderliche Zeitaufwand, der von 15 Minuten für die Verabreichung einer Injektion bis zu zwei Stunden bei der Versorgung von oftmals problembehafteten künstlichen Darmausgängen reichen kann. Gleichzeitig ist die mobile Pflege und Betreuung nicht nur auf die rein medizinischen Aspekte zu beschränken, sondern erfordert in hohem Maße eine ganzheitliche Herangehensweise. Dadurch und durch die regelmäßig auftretenden Unwägbarkeiten lassen sich vorab eingeschätzte Zeiteinheiten für bestimmte Tätigkeiten in der Praxis oftmals nicht einhalten.

Der Einsatz innerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Gesundheits- und Sozialzentren (GSZ) ist auf bestimmte Gebiete begrenzt, die wiederum auf einzelne DGKS aufgeteilt werden. Wobei hier große Flexibilität erforderlich ist. Durch den für die mobile Pflege und Betreuung charakteristischen kurzfristigen und gebietsmäßig unregelmäßig verteilt anfallenden Auftragseingang, der durch kurze Informationsfristen (einige Tage) von Krankenhäusern und HausärztInnen entsteht, sowie durch den Ausfall von KollegInnen kann eine Begrenzung auf kleine Gebiete nicht immer durchgehalten werden.

Die Abstimmung mit einer ganzen Reihe unterschiedlicher Institutionen und Personen, wie Spitälern, Ambulanzen, Haus- und FachärztInnen, Angehörigen, Vereinen, Pflege- und HeimhelferInnen, TherapeutInnen oder MasseurInnen, stellt ebenfalls einen für die Organisation und Durchführung der Pflege wichtigen Aufgabenbereich dar. Zweimal in der Woche erfolgt die Arbeit der DGKS hauptsächlich am GSZ, wo eine Fülle von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten zu erledigen ist. In Teamgesprächen erfolgt die Organisation und Dienstenteilung, Informationsaustausch unter den KollegInnen sowie einzelne Fallbesprechungen.

### **3.2. *Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern beim WRK***

Die Aufgabenfelder der DGKS beim Wiener Roten Kreuz sind klar geregelt und sehen – laut Aussagen in den Interviews – eine prozentuale Aufteilung in direkte Pflege der KlientInnen und Administration und Fachaufsicht bzw. -betreuung vor (im Jahr 2002 50% : 50%; im Jahr 2003 60 % : 40 %). Die Aufteilung variiert von Jahr zu Jahr und orientiert sich an den budgetären Rahmenbedingungen. Diese Aufteilung resultiert auch

aus dem existierenden PflegehelferInnen-Mangel, der dafür verantwortlich ist, dass die DGKS vermehrt grundpflegerische Tätigkeiten übernehmen müssen und sich dadurch der Anteil an direkter Pflege entsprechend erhöht.

Die Arbeit direkt an der Klientin/am Klienten umfasst zum einen deren Übernahme von der MA 47, wo man sich vor Ort einen genauen Überblick über die Bedingungen und die Anforderung an Pflege und Betreuung verschaffen muss. Dies erfolgt in Form der Erstellung einer Pflegeanamnese und daraus abgeleitet der Entwicklung einer individuellen Pflegeplanung für den/die Klienten/in sowie deren laufende Aktualisierung und Evaluierung. Den Großteil der Tätigkeiten innerhalb regelmäßiger Pflegeeinsätze nehmen die Verabreichung von Injektionen sowie Wundbehandlung, Verbandswechsel u.ä. ein. Die Fachaufsicht bzw. -betreuung umfasst die kontinuierliche Anleitung und Kontrolle von Pflege- und HeimhelferInnen. In der Regel ist einmal monatlich pro KlientIn ein Fachaufsicht-Hausbesuch vorgesehen sowie einmal jährlich ein Fachbetreuung-Hausbesuch, im Rahmen dessen auch die Kontrolle und Evaluation der Pflege- und Betreuungsdokumentation durchgeführt wird. Zur Fachbetreuung gehört auch die Unterstützung bei akut auftretenden pflegerischen Problemen im Bereich der Heimhilfe.

Die Dauer der einzelnen Pflegeeinsätze variiert je nach Erfordernis von fünfzehn Minuten bis zu eineinhalb Stunden, v.a. bei Pflegehilfeeinsätzen (15 Minuten Wegzeit inkludiert), und viertel- bis halbstündigen Kurzeinsätzen bei reinem Verbandswechsel oder Injektionen.

Zu den administrativen Tätigkeiten zählen das Anlegen und Führen von Pflegedokumentationen, die Organisation von Behelfen und Hilfsmitteln sowie die Abstimmung mit einer Reihe von Institutionen und Personen, wie Krankenhäusern, ÄrztInnen, Krankenkassen, Angehörigen, SachwalterInnen, SozialarbeiterInnen, psychosozialer Dienst und PhysiotherapeutInnen. Einmal pro Woche findet im Rahmen einer Teambesprechung eine interne Abstimmung zwischen DGKS, PflegehelferInnen und Abteilungsleitung statt.

### **3.3. PflegehelferInnen**

Pflegehilfe-Einsätze erfolgen nur, wenn eine pflegerische Indikation dafür vorliegt und unter der Fachaufsicht einer DGKS. Den Schwerpunkt der Tätigkeiten bildet die Körperpflege. Dazu kommt der Bereich der prophylaktischen Pflege aller Art, die Mobilisierung von KlientInnen, Versorgung mit und Wechsel von Bandagen, Unterstützung bei der Nahrungseinnahme, z.B. bei KlientInnen mit Sonden, sowie die Verabreichung von Medikamenten bzw. das Auftragen von medizinischen Salben. Daneben sind administrative und Dokumentations-Aufgaben (Führen von Tagesberichten, Leistungserfassungsblättern, ...) wahrzunehmen, sowie die Teilnahme an den wöchentlichen Teambesprechungen mit DGKS und Abteilungsleitung zu gewährleisten. Obwohl der Schwerpunkt ihrer Arbeit im Bereich der direkt pflegerischen Tätigkeit liegt, gehört die Durchführung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten ebenfalls zu ihrem Aufgabenbereich.

Auch bei den PflegehelferInnen spielt die Abstimmung mit Angehörigen und anderen Institutionen, die für die Pflege des/der Klienten/in notwendig sind, eine wichtige Rolle. Laut Aussagen in den Interviews weisen die Einsätze in der Regel eine Dauer von ein bis eineinhalb Stunden auf. D.h. die Einsatzzeiten der PflegehelferInnen bei den KlientInnen sind nicht einer so großen Schwankung unterworfen, wie etwa jene der DGKS.

### **3.4. *HeimhelferInnen***

Der Aufgabenbereich der HeimhelferInnen bezieht sich auf die Unterstützung von KlientInnen bei der Haushaltsführung sowie bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies umfasst Wohnungsreinigung, Reinigung des Bettes, Wäscheversorgung und Bügeln, Abwasch, Abfallbeseitigung. Des weiteren ist der Einkauf von Lebensmitteln, die Organisation von Heizmaterial und die Versorgung von Haustieren beinhaltet.

Einen weiteren Bereich stellen personenbezogene Tätigkeiten dar, wie Zubereitung von Mahlzeiten und Hilfestellung bei deren Einnahme, Hilfestellungen bei der Körperpflege (Duschen/Baden, Mundhygiene, Haarpflege), Wechsel von Inkontinenzmaterialien sowie Unterstützung bei der Aktivierung von KlientInnen. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Körperpflege von KlientInnen auch dann in diesen Tätigkeitsbereich fällt, wenn der/die KlientIn immobil ist bzw. offene Stellen oder Wunden vorliegen. (Die Heimhelferin darf dann allerdings nicht alles machen, z.B. Wunden versorgen)

Zu den sozialen Aufgaben gehören das Führen von Alltagsgesprächen, die Förderung der Kommunikation mit dem Umfeld (Nachbarn, Angehörige, ...), die Motivation des/der Klienten/in zur Selbsthilfe sowie die Erledigung von Aufgaben, wie Zahlungen, Behördenwege, etc. im Auftrag des/der Klienten/in oder Sachwalters.

Wie bei allen anderen Berufsgruppen ist auch bei den HeimhelferInnen die Durchführung von Dokumentationstätigkeiten Bestandteil ihres Aufgabenspektrums.

## 4. BELASTUNGEN VON HEIMHELFERINNEN (WRK)

*„Die ganze Anforderung, auch die seelische, das ist das ganze Paket, der Druck. ... Also es ist immer ein **Zeitdruck** auch noch dabei. Was dazu kommt sind psychische Belastungen, dadurch dass das alles noch intensiver wird - der **psychische Druck**.“ A7(7)*

### 4.1. Belastungen aus der Arbeit selbst

#### 4.1.1. Belastungen durch das Verhalten von KlientInnen

Wie bereits erwähnt ist die eigenständigere Stellung der KlientInnen ein wesentliches Charakteristikum der mobilen Pflege und Betreuung, das diese auch entscheidend von der Arbeit in stationären Einrichtungen unterscheidet. Dies kommt allein schon im Begriff ‚KlientIn‘ zum Ausdruck, der gegenüber jenem des/der Patienten/in, weniger auf deren Bedürftigkeit als vielmehr auf ihre Stellung als KundInnen Bezug nimmt. Insofern hat das Verhalten der KlientInnen auch einen wesentlich größeren Einfluss auf die Arbeit selbst und damit natürlich auch auf die Arbeitskräfte. Obwohl die meisten der Interviewten diese Rahmenbedingungen in ihrem Arbeitsverständnis reflektieren, das sehr stark klientenorientiert ist und das Eingehen auf die Bedürfnisse der Klienten als wesentliches Moment enthält, entstehen daraus auch Belastungen. Wir werden sehen, dass der Faktor „Verhalten von KlientInnen“, der hier an dieser Stelle als eigenständiger Aspekt behandelt wird, immer wieder im Zusammenspiel mit anderen Faktoren der Arbeitssituation von Heimhelferinnen auftritt und für Belastungsmomente sorgt.

Wenn eine funktionierende Kooperation von Heimhelferinnen und KlientInnen aufgebaut werden kann, dann entstehen eben für die Arbeit günstige Bedingungen. Das ist aber nicht bei jedem Einsatz der Fall, und häufig können Misstrauen, Ablehnung oder Aggressivität nicht überwunden werden. Daraus entstehen dann Erschwerungen der Arbeit, da die Interaktion nicht funktioniert und sich ständig Reibungspunkte entwickeln, die den Ablauf und die Durchführung der Arbeit hemmen.

Das Verhalten von KlientInnen hat aber auch noch eine andere Seite, die sich v.a. in Form von emotionalen Belastungen bei den Heimhelferinnen niederschlägt. In einer Atmosphäre der Ablehnung, des Misstrauens oder offenen Aggressivität arbeiten zu müssen, stellt hohe Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit der Arbeitskräfte.

*„... die Kollegin hat gesagt, tu nur einmal läuten, weil beim zweitemal kommt der Stecken geflogen, gegen die Tür. Na da stellst du dir schon vor, na servas. Dann hab ich geläutet und hab einmal gezählt bis hundert, hab ich mir gedacht, na ja soll ich jetzt noch einmal, na, der schmeißt mit Stecken und so. Also es geht einem schon einiges durch den Kopf. Und ich hab die Tür aufgemacht, ' bist du deppert, schau mal auf die Uhr.' Also das Ärgste und so ist es weitergegangen. Ich bin nur gestanden und hab mich halt beschimpfen lassen von dem Herrn und dann bin ich halt reingegangen und hab meinen Dienst so gut es war gemacht. Aber*

*man hat halt einmal die Bierflaschen erst alle aufheben müssen und so. ... Den hab ich dann zum Glück, drei Wochen hab ich ihn gehabt. Aber das war, es arbeitet einfach. Weil ich dann denk, um Gottes Willen, dann ist man froh, wenn man rausgeh'n kann und dann denkt man, oh Gott, und morgen hast du den wieder.“ A5(8)*

Solche Extremsituationen einer offenen Aggressivität kommen immer wieder vor. Aber auch weniger drastische Ausdrucksformen von Ablehnung und Misstrauen hinterlassen Spuren in der Psyche der Heimhelferinnen. Wenn z.B. trotz des sehr hohen Engagements in der Arbeit die Unzufriedenheit von KlientInnen nicht überwunden werden kann oder, was gar nicht so selten vorkommt, sie mit direkten Beschuldigungen, etwa des Diebstahls, konfrontiert werden.

*„Seelisch belastet einen, manches Mal macht's einem nichts, manchmal trifft's einen, wenn sie so unzufrieden sind die Leute. Wenn du eh schon alles tust und der ist noch immer zwider und grantig und dann denkst du dir schon wenn du rausgehst, phh. Oder einmal hab ich eine Klientin gehabt, der hab ich alles gestohlen, was es nur zum Stehlen gibt. Vom Fetzen bis zur Schrauben hab ich dort alles gestohlen. Eine Zeitlang hat mir das weniger ausgemacht, aber es hat Zeiten gegeben, wo ich rausgegangen bin und geweint hab eigentlich. Wo ich mir dacht hab, hab ich das notwendig, dass ich da noch hergeh?“ A8(19)*

In vielen Fällen können solch schwierige Situationen, die keineswegs eine Ausnahme, sondern aufgrund der Vielzahl von zu betreuenden KlientInnen durchaus die Regel darstellen, durch zunehmende Erfahrung bzw. mit ihrem emphatischen Arbeitsverständnis gemeistert werden. Durch das Eingehen auf KlientInnen, durch Hineinversetzen, durch Relativieren und in Bezug setzen zu früheren Erlebnissen, wird es möglich, ein solches Verhalten nicht auf sich als Person zu beziehen, sondern als Folge von Depression o.ä. wahrzunehmen. Die Bewältigung solcher Situationen, ohne sich selbst alles gefallen zu lassen, aber auf der anderen Seite den/die Klienten/in trotzdem noch menschenwürdig zu behandeln, ist ein entscheidender Punkt dafür, diese Arbeit langfristig durchzuhalten und sich mit ihr in positivem Sinne zu identifizieren. Dies gelingt nur durch einen Balanceakt von Einfühlen und Distanz. Aber, worauf das obige Zitat einer durchaus erfahrenen Heimhelferin hinweist, das gelingt eben nicht immer. D.h. die Bewältigung ständiger und hoher emotionaler Belastungen, die aus dem Verhalten von KlientInnen resultieren, hängt auch von der aktuellen emotionalen Verfassung der Arbeitskräfte ab. Entsprechend den Schwankungen, denen diese unterworfen ist, gelingt auch die Bewältigung dieser Anforderungen nicht immer optimal, woraus sich dann wiederum Belastungen ergeben.

Die Folge dieser Belastungen für einzelne Arbeitskräfte variieren nach Berufserfahrung, Alter und persönlicher Stabilität. Aus den Interviews mit erfahrenen aber auch mit jüngeren Heimhelferinnen geht hervor, dass es in den ersten Jahren nach dem Berufseinstieg besonders schwer ist, mit den emotionalen Belastungen, die aus solchen Situationen entstehen, fertig zu werden. Zum anderen dürfen aber auch bei älteren Arbeitskräften die Auswirkungen dauerhafter, jahrzehntelanger, hoher emotionaler Anforderungen nicht unterschätzt werden.

#### 4.1.2. *Belastungen aus dem körperlich-seelischen Zustand von KlientInnen*

In der Regel lernen Heimhelferinnen mit zunehmender Erfahrung mit den tragischen körperlich-seelischen Zuständen von KlientInnen umzugehen. Das ist bis zu einem gewissen Grad eine essentielle Notwendigkeit, um den Beruf der Heimhelferin überhaupt über längere Zeit ausüben zu können. Da die mobile Pflege und Betreuung, wie mir einige Gesprächspartnerinnen versicherten zu fast 90%, aus der Pflege und Betreuung alter Menschen besteht, ist man häufig mit Verschlechterungen des Gesundheitszustandes von KlientInnen konfrontiert, die in vielen Fällen bis zum Tod reichen.

Wenn sich, wie in den Interviews auch deutlich wurde, viele Heimhelferinnen eine gewisse emotionale Distanz zu den Gebrechen ihrer KlientInnen aufbauen, so führt die gleichzeitig notwendige Einfühlung, ohne die die Arbeit nicht befriedigend geleistet werden könnte, doch immer wieder zu emotionalen Belastungen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn lange betreute KlientInnen, zu denen eine persönliche Beziehung aufgebaut wurde, sterben.

*„Und ihr Zustand hat sich ... mit dem Kreuz ist es dann wieder schlechter geworden, sie hat dann Einbrüche gehabt, Einbrüche der Wirbel, schwere Osteoporose und ich musste zu der Zeit, das waren furchtbare drei Horrormonate für mich, musste ich dort arbeiten. Wenn ich das Bett machte, sie schrie vor Schmerzen, ich musste das in so schneller Zeit erledigen, weil sie konnte ja kaum stehen, sie konnte weder sitzen noch stehen also nur liegend. Und das war also eine furchtbare, eine furchtbare Zeit. ... ihre Schreie und so, das geht einem durch Mark und Bein, das muss man sich einmal vorstellen, ja. ... Man fühlt mit, man kennt sie, wie sie sonst ist und wie sie da ist und es geht immer ein Stück von einem selbst mit, ja.“ A11(12)*

Es treten immer wieder Situationen auf, wo das Leiden der KlientInnen die Heimhelferinnen berührt und beschäftigt. In einem klientenorientierten, menschlichen Pflegeverständnis, wie es eigentlich alle Interviewten aufweisen, können solche Belastungen nie ganz ausgeschlossen werden. Denn eine strikte emotionale Distanz in solchen Situationen würde für die Arbeitskräfte bedeuten, eine gleichgültige, verhärtete, instrumentelle Haltung einzunehmen, was sich aber nicht mit ihrem Verständnis von der Arbeit mit Menschen vereinbaren lässt. Emotionaler Berührung und Trauer kommt deshalb ein ganz wichtiger Stellenwert in der Arbeit mit alten und/oder kranken Menschen zu.

Allerdings können Belastungen auch dadurch entstehen, dass man als Heimhelferin in der Ausbildung nicht auf die Bewältigung der Anforderungen in der Sterbebegleitung vorbereitet wird und sich in der Praxis selbst irgendwie damit zurechtfinden muss. Nehmen Heimhelferinnen die Herausforderungen an, so bringt sie das oftmals in Widerspruch zu den engen Zeitvorgaben und den vorgeschriebenen Aufgaben, was wiederum innere emotionale Konflikte hervorrufen kann.

*„Ja überhaupt jemanden, den man schon längere Zeit betreut, und da kann sicher eine große Belastung kommen, wenn es halt wirklich zum Lebensende geht, und leider kriegt man auch in diesem Maße keine Schule, keine Betreuung, was das Thema Sterben betrifft, und das finde ich eigentlich schade, weil es ist eben manches wirklich nur so ausgerichtet, dass man den Patienten versorgt, aber dass man halt die Versorgung insofern lässt und Sterbebegleitung macht, ist nicht vorgese-*

*hen, ja also. ... also ich für mich habe es wieder so auch gehandhabt, wenn ich das merke, dass jemand zu seinem Lebensende kommt, dann mache ich eben das von mir aus, dass ich Sterbebegleitung mache, und lass die andere Betreuung auf ein Minimum schrumpfen. Ich dokumentiere das dann sehr wohl, aber da ist diese ganze Wohnungsverwaltung oder sonstige Betreuung nimmer mehr relevant, weil für mich steht dann im Vordergrund die Begleitung.“ A3(21)*

An diesem Beispiel wird deutlich, dass Heimhelferinnen diesen Widerspruch zwischen einer reinen Versorgung der KlientInnen, die in ihrem Berufsbild angelegt ist und auch in den engen Zeitvorgaben zum Ausdruck kommt und einer aus der Praxis erwachsenen adäquaten Betreuung oftmals persönlich und ohne Hilfe von außen lösen müssen. Das führt zu belastenden Momenten, die Gewissensbisse verursachen.

Im Großen und Ganzen kann, zumindest aufgrund der Aussagen in den Interviews, festgestellt werden, dass Heimhelferinnen mit zunehmender Erfahrung eigentlich ganz gut mit den Herausforderungen, die aus dem körperlich-seelischen Zustand von KlientInnen entstehen, umgehen können. Allerdings können v.a. bei Todesfällen von StammklientInnen emotional sehr stark belastende Situationen eintreten, für deren Bewältigung geeignete Formen externer Unterstützung gefunden werden sollten.

#### **4.1.3. Belastungen durch das Verhalten von Angehörigen**

In der Pflege und Betreuung im Allgemeinen und in der Arbeit von Heimhelferinnen im Besonderen spielt das Verhalten von Angehörigen und der Umgang damit eine bedeutende Rolle. Es ist eine der zentralen Anforderungen der Arbeit in diesem Feld, dass die Betreuung als Gesamtpaket sowohl mit den Angehörigen als auch mit den KlientInnen abgestimmt werden muss. Im Fall von alten Menschen, die nur mehr bedingt oder kaum selbständig oder allein entscheidungsfähig sind, kommt den Angehörigen oftmals sogar die zentrale Rolle überhaupt zu. Die Abstimmung mit den Angehörigen ist deshalb eine ganz wichtige Aufgabe in der Arbeit von Heimhelferinnen. In den Interviews wurde deutlich, dass das Verhalten von Angehörigen die Betreuung deutlich erleichtern, aber auch entscheidend erschweren kann. Obgleich in der Praxis eine breite Palette von möglichen Einwirkungen von Angehörigen auf ihre Arbeit vorkommt, wurde von den meisten Heimhelferinnen das Verhalten von Angehörigen doch als eine der wichtigsten Störquellen ihrer Arbeit genannt. Die sich daraus ergebenden Belastungen lassen sich wiederum in zwei unterschiedliche Momente trennen. Zum einen in Erschwerungen der Arbeit, die durch das Einmischen von Angehörigen in die Arbeit und aus überzogenen Ansprüchen resultieren. Zum anderen in Belastungen, die sich aus dem inadäquaten Umgang der Angehörigen mit den KlientInnen selbst ergeben.

**„Wir täten uns manchmal viel leichter, wenn die Verwandten sich nicht so viel einmischen täten.“ – Störungen durch Angehörige**

Die Einmischung von Angehörigen in die Arbeit der Heimhelferinnen erfolgt zum einen auf dem Hintergrund fehlender Einsicht in die Anforderungen und Struktur ihrer Arbeit, zum anderen auf dem Hintergrund der familiären Beziehungsstruktur.



Während die Heimhelferinnen in vielen Fällen täglich beim/bei der Klienten/in sind und dem gemäß den/die Klienten/in und seine Entwicklung genau kennen und daher die Arbeit sehr gut darauf abstimmen können, gehen Angehörige zumeist von starren Vorstellungen, wie die Arbeit von Heimhelferinnen zu sein hat, was geleistet werden soll, aus und stellen dadurch inadäquate Forderungen.

*„Meistens hab’ ich mit Angehörigen nur Probleme. Weil’s immer ´was zum Aussetzen haben, wenn vielleicht irgendwo nicht abgestaubt ist, was eigentlich gar nicht das Wesentliche ist, ja. Bei uns ist immer wichtig, wie geht’s dem Klienten, wie schaut’s dort aus. Und da ist, wir haben mit allem zum Kämpfen, also nicht nur zum Kämpfen, auch sich vieles sagen zu lassen.“ A7(3)*

Das heißt, die Kompetenz der Heimhelferinnen wird von jemandem angezweifelt, der nicht über die entsprechenden Informationen und Einsichten verfügt, um ihre Arbeit überhaupt adäquat beurteilen zu können. Stellt die darin zum Ausdruck kommende Nicht-Anerkennung ihrer beruflichen Kompetenz in gewisser Hinsicht eine Kränkung und damit eine emotionale Belastung dar, so hat dieses „Dreinreden“ der Angehörigen aber auch unmittelbare Auswirkungen auf ihre Arbeit und führt häufig zu Erschwerungen.

*„Die können nicht begreifen, dass die Eltern alt geworden sind. ... Meine Mutter muss das noch machen. Kommt aber nur einmal in der Woche, auf drei Stunden oder zwei. Wir sind aber täglich dort. Und wir wissen genau, was geht und was nimmer geht. Und das kann ich dann nimmer verlangen. Das wird nicht akzeptiert. ... man merkt es in der Urlaubszeit z.B. Ja jetzt sind die 3 Wochen auf Urlaub, funktioniert das wunderbar, es geht. Der Klient ist ruhig, ausgeglichener, die kommen retour und es geht wieder an. Weil da werden sie jeden Tag angerufen, jeden Tag wird gesagt, hast du das schon gemacht, hast du das schon gemacht. Und es geht aber nimmer mehr. Und dann sind sie nervös und dann müssen wir das natürlich ausbaden. Das zeigt sich dann eigentlich daran, dass sie anfangen zu bitzeln.“ A8(7)*

In diesem Zusammenhang spielt auch eine Rolle, dass viele Angehörige idealisierte Bilder der KlientInnen im Kopf haben, die nicht mit dem aktuellem Zustand übereinstimmen. Ausgehend von diesen Wunschbildern werden dann aber Forderungen für die Betreuung aufgestellt, die die KlientInnen überfordern bzw. die auch unmöglich umzusetzen sind. Die Heimhelferinnen werden in ihrer Arbeit mit diesen überzogenen Ansprüchen konfrontiert und können aufgrund der dominierenden Stellung von Angehörigen kaum etwas dagegen tun, außer zu versuchen, den Widerspruch im Gespräch auszuräumen. Das führt dazu, dass *„man manchmal mehr Angehörigenarbeit machen muss, als mit den Klienten“* A3(24). Das erschwert die Arbeit insofern, als solche Probleme oft erst mühsam ausgeräumt werden müssen, bevor die eigentliche Arbeit am Klienten adäquat begonnen bzw. fortgesetzt werden kann.

Diese Überforderungen der KlientInnen können aber auch, wie das obige Zitat verdeutlicht, unmittelbar negative Auswirkungen auf die psychische Verfassung der KlientInnen haben, was dann wiederum Teile der Arbeit der Heimhelferinnen mit dem/der Klienten/in zunichte und neuerliche Anstrengungen erforderlich macht.

Dazu kommt noch das Problem, dass Angehörige aus rigidem Kostendenken und Sparzwängen heraus oftmals die Anschaffung notwendiger Mittel verweigern und damit sowohl die Arbeitsbedingungen der Heimhelferinnen als auch das Wohlbefinden der KlientInnen beeinträchtigen. Die Heimhelferinnen werden in diesem Zusammenhang häufig mit unmöglichen Situationen konfrontiert. Eine Heimhelferin schildert im Interview, dass ein Angehöriger von ihr verlangte, nasse Urineinlagen zu trocknen und wiederzuverwenden, obwohl das nicht möglich ist. Eine andere berichtet, „... *leider Gottes, gibt es viele Angehörige, die kommen halt 1x im Monat, kassieren ab und die Heimhilfe steht dann da ohne Geld. Kannst für die Frau gar nichts einkaufen.*“ A10(9) Das führt wiederum zu Abgrenzungsproblemen, die sich oftmals so auswirken, dass Heimhelferinnen in solchen Fällen Nahrungsmittel für den/die Klienten/in privat finanzieren.

### **Herzloser Umgang mit KlientInnen**

Emotionale Belastungen entstehen für viele Heimhelferinnen auch durch einen herzlosen Umgang von Angehörigen mit den KlientInnen. Das kann auch direkte Auswirkungen auf ihre Arbeit haben, wenn sich dadurch der Zustand der KlientInnen verschlechtert. Eine besondere Belastung entsteht, da sie in ihrem mitfühlenden, emphatischen Arbeitsverständnis den zu betreuenden Klienten ja ganzheitlich als Menschen wahrnehmen. Das ist dann besonders belastend, wenn sich die KlientInnen aufgrund des aufgebauten Vertrauensverhältnisses direkt an die Heimhilfen selbst um Hilfe wenden, diese aber nichts gegen die Handlungen der Angehörigen unternehmen können.

*„Wenn einem so die Hände gebunden sind der Familie gegenüber, das hab ich schon ein paar Mal erlebt. Die Verwandten wollen den Klienten jetzt ins Heim geben, der Klient will nicht. Da hab ich auch eine Frau gehabt, die hat mich angefleht, Frau X. helfen Sie mir, ich will nicht ins Heim. Da kannst nichts machen. Kannst einfach nichts machen, weil die Verwandten das eben bestimmen. Also das hat mich immer sehr getroffen.“* A8(19)

In solchen Situationen treten Ohnmachtgefühle auf, die belasten und in irgendeiner Form verarbeitet werden müssen. Mit zunehmender Erfahrung wächst zwar die Einsicht, nicht „die Welt retten zu können“, wie es eine Gesprächspartnerin formulierte, und auch die Fähigkeit eine gewisse Distanz zu solchen nicht beeinflussbaren Entscheidungen aufzubauen. Trotz eines wachsenden professionellen Verständnisses können aber solche Situationen nicht immer einfach wie mit einem Schalter weggeknipst werden und verursachen daher emotionale Belastungen.

#### **4.1.4. Emotionale Belastungen und der Umgang damit**

*„Aber es ist klar, es ist jeder so unter Druck da draußen, es ist wahnsinnig schwer. Und da gibt's auch viele, die auch nimmer so abschalten können oder die schon fertig sind von der Psyche her.“* A7(10)

Die Arbeit in der Pflege und Betreuung ist für die Heimhelferinnen durch eine permanent hohe emotionale Belastung gekennzeichnet, die häufig auch zu einer Beanspruchung wird. Insofern ist der Umgang mit emotionalen Beanspruchungen wesentlich

dafür, ob es zu einer dauerhaften Belastung und damit auch zu emotionaler Erschöpfung und Burnout oder zu einer adäquaten Verarbeitung und einem Abbau kommt.

### **Barrieren und Hindernisse**

Die Rahmenbedingungen der Arbeit und die Unterstützung von außen, spielen dabei eine wichtige Rolle. Obwohl Möglichkeiten der Supervision für solche Zwecke angeboten werden, ist das für viele in der gegenwärtigen Form keine adäquate Unterstützungsmöglichkeit. Dabei spielen v.a. zwei Faktoren eine Rolle. Zum einen wird Supervision nicht als akute Kriseninterventionsmöglichkeit angeboten. D.h. Unterstützung kann oftmals nicht genutzt werden, wenn sie am dringendsten notwendig wäre, nämlich dann, wenn die emotionale Belastung ausgelöst durch ein Ereignis am höchsten ist. Insofern fühlen sich viele Heimhelferinnen mit dieser Situation allein gelassen und müssen individuelle Wege finden, um damit umzugehen, worauf später noch zurück zu kommen sein wird.

Zum anderen existieren aber auch Mechanismen und Bilder, die ein Annehmen der Hilfe von außen erschweren oder sogar verunmöglichen. Dazu gehört v.a. ein in den Interviews immer wieder auftauchendes Bild von der starken Heimhelferin, die alle Probleme im Alleingang schafft, keine Hilfe von außen nötig hat, alleine zurechtkommt. Dieses (Ideal)Bild der starken Einzelkämpferin, hält eine Dynamik in Gang, durch die das Ansprechen und Zugeben von Problemen auch bei hoher psychischer Belastung als Schwäche und als berufliches Defizit angesehen wird. Dadurch verfehlen auch Maßnahmen, wie etwa die Einrichtung einer eigenen Qualitätssicherungsfunktion, die von einer erfahrenen Heimhelferin ausgeübt wird, in dieser Hinsicht teilweise ihre Wirkung, wie eine Heimhelferin im Interview schildert.

*„Aber ich glaub, mehr oder weniger ist es das Alleinsein. Die wollen alle nicht zugeben, dass sie ein Problem haben und dass sie die anderen ..., weil sobald sie sie mit mir in einem Winkl sitz sehen, wissen sie ja, nehmen sie an, das da irgendwas ist.“ A6(25)*

In dieser Passage klingt auch durch, dass dieses Bild auch auf dem realen Hintergrund der Arbeitssituation entsteht, die v.a. von Einzelkämpfertum und der Bewältigung von unzähligen Problemsituationen geprägt ist. D.h. aus der alltäglichen Praxis und der Erfahrung, mit Problem- und Konfliktsituationen zurecht kommen zu müssen, für die man ungenügend vorbereitet und ausgebildet wurde, entwickelt sich (berechtigterweise) ein bestimmter Stolz, sich diese Kompetenzen und Fähigkeiten sozusagen allein angeeignet zu haben. „... überfordert will ich nicht sagen, weil ich mich eigentlich sehr gut auf viele Sachen einstellen kann, aber irgendwie so im Stich gelassen oder so. Überfordert, ja vielleicht, ... ph, wie schaff ich das oder man schafft es dann doch immer wieder, weil der Klient wichtig ist und irgendwer muss ...“ A7(5) Und daraus entsteht, gebildet aus der eigenen Erfahrung und Stärke ein Bild vom Beruf und eine Bewertungsnorm, die wiederum verhindern, dass Maßnahmen, die auf eine Erleichterung solcher Belastungen zielen, überhaupt angenommen werden können.

## Individuelle Verarbeitungsformen

In den Interviews wurden verschiedene individuelle Wege der Verarbeitung deutlich, die sich aber auch nach verschiedenen Formen von emotionalen Belastungen unterscheiden lassen.

Zum einen handelt es sich um eine Form von emotionaler Belastung, die sozusagen tagtäglich z.B. durch das Verhalten von KlientInnen oder Angehörigen entsteht und für die jede/r eine in den Arbeitsprozess integrierte, sozusagen En-passant-Verarbeitung entwickeln muss.

*„Manches Mal wenn ich bei der Tür rausgehe, schimpfe ich halt. Da denk ich mir oft, die Leute müssen mich für nicht ganz normal halten, weil ich mit mir selber rede. Aber das muss einfach raus. ... Ich bin ja so ein Typ Mensch, ich kann das ja nicht sofort loslassen, also beim Klienten, das geht nicht. Das kann ich einfach nicht. Das, ich schlucke das zuerst und dann muss es raus.“ A8(22)*

Zum anderen geht es um tiefergehende emotionale Belastungen, die durch einschneidende Erlebnisse, wie etwa den Tod eines/r Klienten/in, ausgelöst werden und die man so en passant gar nicht bewältigen kann. Das bedeutet in der Situation häufig eine kurzfristige Verdrängungslösung, um trotz dieser Belastung noch den ganzen Tag weiterarbeiten zu können und die Betreuung weiterer KlientInnen zu überstehen. Erst danach können dann Verarbeitungsprozesse stattfinden, die durchaus auch längerfristig angelegt sind.

*„In der Situation ist es manchmal absolut schwierig, weil ich nicht zu einem Klienten das mitnehmen kann und dem das erzählen kann und sagen, es liegt jemand im Sterben. Das ist nicht die Sache, dass man das jemandem anderem noch zuträgt. Man würde es gerne, ja. Also es ist, und dann kommen oft so Sachen, wo Klienten dann sehr banal sind, da denkt man sich, mein Gott, die sind da so pitzeilig jetzt und auf der anderen Seite weiß ich, es ist ein Klient so weit, und das ist ahm, ja, manchmal mit Wut verbunden. Allerdings sage ich immer, ja man sollte sich soweit beherrschen, dass man den Dienst beendet hat, und dann kann man loslegen. Ja also, ich mache das immer so für mich persönlich, ich versuche dann Wellness-Tage z.B. einzulegen für mich oder mit Meditation. Oder **wenn auch die Aggression dann ziemlich stark wird, dass ich einfach in den Wald gehe, irgend-ein Stück Holz nehme, und dann dort auf alles loshaue, was um mich herum ist.**“ A3(22)*

An diesem Beispiel wird eindrucksvoll deutlich, welche starken emotionalen Spannungen Heimhelferinnen mitunter in ihrer Arbeit ausgesetzt sind, deren Bewältigung hohe Anforderungen an die Betroffenen stellt. Es ist durchaus zu vermuten, dass diese individuelle Bewältigung vielen nicht in angemessener Weise gelingt und daraus erhebliche dauerhafte emotionale Belastungen entstehen. D.h., die Anforderungen in diesem Beruf sind in dieser Hinsicht so hoch, dass auch kontinuierliche Formen des Belastungsausgleichs notwendig sind, um sozusagen nachhaltig mit diesen Belastungen fertig zu werden und quasi begleitende Pflege an der eigenen Gesundheit zu betreiben.

*„Und dann gehe ich, für mich ist das fast eine Therapie, ich gehe tanzen. ... Ja, ich tue mir einmal in der Woche was Gutes und das hilft mir schon sehr. Das hat mir in der schlechten Zeit sehr geholfen. Weil es ist dann eine Stunde gewesen, wo ich*

*an nichts gedacht habe, wo ich mich fallen hab lassen können und die Musik und eben das schöne Studio. Ich hab mich selber gesehen im Spiegel und ich habe mir gedacht, na so schlecht schaut gar nicht aus, die anderen sind dicker. Und das hat mir echt, das hat mich aufgebaut. So reagiere ich mich ab.“ A10(21)*

## 4.2. **Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen**

### 4.2.1. **„Also das ist ein Irrsinn der Druck“ – Zeitdruck**

Als das tatsächlich dringlichste Problem und die größte Belastung hat sich durch alle Interviews der Zeitdruck und der damit verbundene Stress in der Arbeit gezogen. Das ist in gesundheitlicher Hinsicht eines der wichtigsten Ergebnisse dieser Studie. Es handelt sich dabei eindeutig um eine Belastung, die aus den Rahmenbedingungen und der Art und Weise der Arbeitsorganisation entsteht. Dabei hat der Zeitdruck mehrere Dimensionen und Aspekte.

Bei den Heimhelferinnen entsteht Zeitdruck v.a. durch unrealistische Zielvorgaben. Im Zentrum steht dabei die Regelung der Wegzeiten, die pauschal nur eine Viertelstunde Wegzeit von einem/r Klienten/in zum/r nächsten vorsieht (bzw. ab 100 Arbeitsstunden eine Pauschale von 6 Stunden Wegzeit). Übereinstimmend haben in den Interviews alle befragten Heimhelferinnen angegeben, dass sich das eigentlich nie ausgeht. Und wenn man es auch nur annähernd schafft, dann nur unter ständigem Hetzen.

*„Das geht sich niemals aus. Das schlucken alles die Heimhelferinnen. Das ist ja, was mich so aufregt, das ist was, was mich irrsinnig aufregt, dass man die Wegzeit wirklich nicht bezahlt. Und was ist, ja die Teamleiterin, die soll halt schauen, dass sie da kürzere Abstände von einem Klienten zum anderen zusammenstellt, aber das geht auch nicht so, das ist alles Theorie. Das ist alles Theorie. Und das ist es, was dich so fertig macht. Wie ich als Heimhelferin die 7 Jahre gearbeitet habe, ich bin nur gerennt, weil wenn ich bei der Kreuzung jetzt bei Grün nicht überkomme, fährt mir die Straßenbahn davon und ich verlier wieder 10 Minuten. Das war eine einzige Hetzerei.“ A10(2)*

Eine Wegzeitenregelung von 15 Minuten geht davon aus, dass die von einer Heimhelferin zu betreuenden KlientInnen in einem bestimmten geographisch eng eingegrenzten Stadtteil liegen. Das ist aber in der Praxis eigentlich nicht zu gewährleisten. Der Koordinations- und Logistikaufwand ist in der mobilen Pflege und Betreuung enorm und durch viele Unwägbarkeiten gekennzeichnet, die eine stabile, langfristige Planung stark einschränken. KlientInnen kommen unvermutet ins Krankenhaus, andere werden wiederum entlassen und deren Betreuung muss dann wieder in kurzer Zeit sichergestellt werden. D.h., der Arbeitsanfall und damit auch der Arbeitseinsatz ist sehr stark von kurzfristigen Entwicklungen mitbestimmt und daher nur schwer am Reißbrett optimierbar. Insofern dürfte eine Wegzeitenregelung von 15 Minuten auf völlig falschen, in der Realität nicht durchgängig einhaltbaren Annahmen und Voraussetzungen basieren.

Davon abgesehen kann eine strikte Wegzeitenoptimierung aber auch zu einer Verringerung der Dienstleistungsqualität in der mobilen Pflege und Betreuung führen. Wie aus

der Beschreibung des Charakters von Pflege und Betreuung als interaktiver Arbeit deutlich wurde, ist ein Eingehen auf die KlientInnen nicht nur ein wesentliches Merkmal einer qualitativvollen Pflege, sondern ist auch unter Effizienzgesichtspunkten relevant. In einer auf gegenseitigem Vertrauen basierenden Beziehung zwischen Pflegekraft und KlientIn werden die Selbstaktivierungs- und Mitwirkungspotentiale der KlientInnen in hohem Maße aktiviert. Im Rahmen einer rigiden Wegzeitenoptimierung, in der immer dem kürzesten Weg zwischen zwei KlientInnen der Vorzug gegeben wird, kann aber keine Rücksicht auf gewachsene Stammbeziehungen genommen werden. Um eine solche Verminderung der Betreuungsqualität zu verhindern, nehmen Heimhelferinnen oft lange, unbezahlte Wegzeiten und den damit verbundenen Zeitdruck in Kauf.

*„Der Zeitdruck ist schlimm. ... also da hab ich bis zu 35/40 Minuten Wegzeit. Und das geht auf die Substanz.“ – „Ich müsste ihn aufgeben. Also die Fr. X. würde ihn mir sofort wegnehmen, das ist selbstverständlich, würde mir einen anderen zuweisen. Aber da verbinden die Jahre wieder und da nehm' ich diesen Stress in Kauf.“*  
A6(26)

In den Interviews mit den älteren Heimhelferinnen wurde aber auch darauf hingewiesen, dass der Zeitdruck ein Phänomen ist, das in den letzten Jahren stark zugenommen hat und von den Heimhelferinnen mit ständigen Kürzungen und der Umorganisation der mobilen Pflege und Betreuung in Zusammenhang gebracht wird.

*„Zeitdruck ist das größte Problem. Jetzt. Wie gesagt, früher haben wir das nicht so gehabt, es wird immer schlimmer. Wie bei allem, das ist eigentlich ein Hetzen, ich sag das oft. Ich hab heute z.B. gehabt, wart wie viel, 4, 5 ½ Stunden, und es ist eine Hetzerei von einem zum andern. ... Wie gesagt, das ist der Stress, das Hin und Her und weil du eben für nichts Zeit hast. Überall hetzen eigentlich. Da muss ich das jetzt schnell machen und dass ich pünktlich rauskomme, weil ich ja zum nächsten wieder pünktlich muss.“* A8(20)

So hat zum Beispiel die Einführung von sog. „geteilten Diensten“, d.h. die Aufteilung der Betreuungszeit bei einem/r Klienten/in von z.B. zwei Stunden auf zwei getrennte Dienste, vormittags/mittags und abends, zu einem Anstieg der Fahr- und Wegzeiten geführt und gleichzeitig das Koordinationsproblem verschärft.

Die knappe Personalbemessung führt wiederum dazu, dass in der Arbeit selbst eigentlich keine zeitlichen Spielräume existieren, die das Ausgleichen von kurzfristig auftretendem Mehraufwand, der häufig vorkommt, erlauben. D.h., die anfallende Arbeit ist in der dafür festgesetzten Zeit oftmals kaum oder nur schwer zu schaffen. Das ständige Hetzen und das Durcharbeiten ohne Pausen, das die meisten Heimhelferinnen beschreiben, ist oftmals der einzige Ausweg, der bleibt, um mit dieser Intensivierung von Arbeit zurecht zu kommen.

Das enge zeitliche Korsett und die strikte Abfolge der einzelnen Hausbesuche bei den KlientInnen führen dazu, dass jede kleinste Abweichung den ganzen Ablauf durcheinander bringt und mehrere Verzögerungen sich im Tagesverlauf im Schneeballeffekt kumulieren. Der einmal eingehandelte Rückstand ist nicht nur nicht mehr aufzuholen, sondern vergrößert sich zunehmend. Eine schwierige Situation bei einem/einer Klienten/Klientin da, eine verpasste Straßenbahn, ein versäumter Autobus oder eine rote Ampel dort – und schon wächst der Rückstand im Plan.

Was den ohnehin schon unerträglichen Zeitdruck noch verschärft, sind die zumeist negativen Reaktionen der wartenden KlientInnen, mit denen die Heimhelferinnen konfrontiert werden.

*„ ... also dieses ewige Rechtfertigen ist für mich persönlich irrsinnig belastend, ... warum komm ich später, warum komm ich früher, warum komm ich an einem anderen Tag. Warum komm ich überhaupt und nicht die andere Heimhilfe. ... Oder wenn man einen Auftrag gibt, bitte man möge den Klienten informieren, man kommt später, das wird im Büro entgegengenommen, wenn ich dann zum Klienten komme, wird man nicht begrüßt mit, Guten Tag oder Grüß Sie, sondern wieso kommen Sie jetzt, oder, das ist ja gar nicht mehr notwendig und jetzt brauch ich keinen, und können Sie wieder gehen. Entschuldigung, aber ich kann nichts dafür, ja. **Also das ist für mich wahnsinnig belastend, weil da wird man permanent immer kleiner gemacht, und ich sage, ich kann nichts dafür. Ich fang bei einem an, das ist der erste, und höre beim letzten auf, und der ist der letzte.**“ A3(19)*

D.h. die Heimhelferinnen laufen dem engen Zeitplan immer hinterher, können ihn nicht einholen und werden von den KlientInnen dafür noch angeschnauzt und zu ständigen Rechtfertigungen gezwungen. Das Bewusstsein, zu spät dran zu sein und die daran geknüpften zu erwartenden Reaktionen der KlientInnen sind aber als ständige Belastung im Kopf präsent. Es ist v.a. auch der Umstand, sich für Probleme rechtfertigen zu müssen, die nicht aus eigenem Verschulden verursacht wurden, sondern vielmehr in den Rahmenbedingungen der Arbeit selbst, den engen unzureichenden Zeitvorgaben, wurzeln.

Der Zeitdruck kann aber auch dazu führen, z.B. in kritischen Situationen, die weniger aufwendigere, aber vielleicht falsche Lösung zu wählen. *„... dem war jetzt nicht so gut, aber er hat gesagt, ich soll keine Rettung anrufen. Jetzt hab ich keine Rettung angerufen. Hätte ich doch eine anrufen sollen?“ A5(22)* Diese auf dem Hintergrund von Zeitdruck gefällten unsicheren Entscheidungen sind dann in Form von Gewissensbissen als Belastung den ganzen Tag über präsent.

Der knappe Personalstand bedeutet aber auch, dass keine personellen Spielräume vorhanden sind, um Arbeitsspitzen abfedern bzw. Ausfälle durch Urlaub oder Krankenstand angemessen ausgleichen zu können. In diesem Zusammenhang klagen die Heimhelferinnen über extreme Belastungen durch noch mehr KlientInnen, die in der selben Zeit betreut werden müssen. *„Es war das Letzte, was man aus uns noch rausgeholt hat, die noch gearbeitet haben. Da waren ziemlich alle fertig.“ A7(11)* Die ohnehin schon hohen Belastungen im normalen Arbeitsalltag verschärfen sich in diesen Zeiten bis an die Grenzen der Erträglichkeit. Durch solche Phasen von extremer Überbeanspruchung steigt die Gefahr von emotionaler Erschöpfung und Burnout.

#### **4.2.2. Überforderung aufgrund mangelnder Ausbildung – das Beispiel des Umgangs mit psychisch Kranken**

Eine Quelle von Belastungen stellt auch die Betreuung psychisch Kranker dar, die in den letzten Jahren nach Einschätzung mehrerer Interviewpartnerinnen im Zunehmen

begriffen ist. Die Heimhelferinnen geraten dadurch zunehmend in Situationen, in denen sie sich überfordert fühlen.

*„... komme ich jetzt hin zu so einem aggressiven schizophrenen Alkoholiker, das war ein Herr, der war ungefähr 1m85 groß, ich bin 1m62, ja, und der hat zu mir gesagt, du schaust meiner G'schiedenen so ähnlich. Also das war schon einmal das Einstiegsgespräch bei ihm, ja. Und da bin ich mit ihm rauf und da hat es geheißen, ich darf nicht mit dem Rücken zu ihm stehen. Also ich muss ihn immer im Blickfeld haben. Also da können Sie sich vorstellen, was für eine gute Situation, was für ein Gefühl ich schon gehabt habe, erstens einmal. Und das musste ich, ich konnte diese Arbeit nicht verweigern, es ist ja noch nichts passiert, wie es so schön heißt, es muss erst immer was geschehen, bis man da irgendwas daran erkennt. So na und dann ist er einmal gekommen mit den Bierflaschen, dann hat er gesagt, ich war schon in Stein und da haben mich 5 Wärter gar nicht bändigen können, na servas prack, na kriegst ja gleich den nächsten Hammerschlag sozusagen. ... Und dann ist er richtig aggressiv geworden und hat gesagt, du trinkst mit mir das Bier oder es passiert was, na.“ A11(6)*

Das führt nicht nur zu einer emotionalen Belastung, sondern auch zu überaus gefährlichen Situationen, wie dieses Beispiel zeigt. Das Problem dabei ist zum einen, dass man Heimhelferinnen ohne eine entsprechende Ausbildung und ohne dass geschultes Fachpersonal dabei anwesend ist, wissentlich zur Betreuung von psychisch Kranken schickt. Die Bewältigung dieser Überforderung wird den Heimhelferinnen selbst aufgebürdet. Aus den Gesprächen wurde auch deutlich, dass Heimhelferinnen die daraus erwachsenden Herausforderungen keineswegs prinzipiell scheuen, solange keine unmittelbare Gefahr für sie selbst besteht, wie im obigen Beispiel. Das kommt deutlich in der folgenden Sequenz zum Ausdruck, in der eine Gesprächspartnerin schildert, wie sie versuchte, sich in Eigeninitiative privat Kenntnisse über die psychische Krankheit eines Klienten anzueignen, um diesen besser betreuen zu können.

*„... der hat mir dann ein bissl eine Fachliteratur, was auch ich als Laie begreif und lesen kann, gegeben. Keine medizinischen Fachbücher, sondern bissel eine Lektüre, dass ich mich da durchwurschteln kann. Was eigentlich Schizophrenie ist, was das aussagt. Das hab ich in meiner Freizeit gemacht, damit ich weiß, wie ich mit denen zum Umgehen hab.“ A6(4)*

An diesem Beispiel wird zwar das besondere Engagement und das stark klientenorientierte Arbeitsverständnis, das eigentlich bei allen Gesprächspartnerinnen durchklang, deutlich. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Probleme und Belastungen, die aus dem Umgang mit psychisch Kranken für die Arbeit von Heimhelferinnen entstehen, auf diese Weise gelöst werden können.

#### **4.2.3. Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen und das Verhalten von Vorgesetzten**

Wie bereits deutlich wurde, stellt die Bewältigung der Herausforderungen in der Arbeit permanent hohe körperliche und psychische Anforderungen an Heimhelferinnen. Insofern reagieren sie auch sehr sensibel auf zusätzliche Erschwerungen ihrer Arbeit, die durch organisatorische Rahmenbedingungen im Betrieb bzw. durch das Verhalten von



Vorgesetzten verursacht werden. Die Arbeit „draußen“, wie es die Heimhelferinnen nennen, verlangt sehr viel Improvisationsfähigkeit und Belastbarkeit. In diesem Zusammenhang ist es v.a. der Umgang mit dem Widerspruch zwischen bürokratischen Vorgaben von außen, in Form von strikten Regeln und Vorschriften, und der Realität und den Erfordernissen „vor Ort“, der Heimhelferinnen immer wieder in einen Zwiespalt bringt. D.h., es entstehen immer wieder Situationen, wo das Abwägen zwischen der besten Lösung für den/die Klienten/in und den Vorschriften, Heimhelferinnen vor das Dilemma stellt, sich zum Wohl des/der Klienten/in „mit einem Fuß im Kriminal zu bewegen“.

Obwohl die Heimhelferinnen – und das wurde in den Interviews deutlich – Regeln und Vorschriften nicht prinzipiell ablehnen und diese auch als Schutz gegen überzogene Forderungen von KlientInnen bzw. vor negativen rechtlichen Auswirkungen verstehen, führt die Starrheit von Vorschriften zu Erschwerungen in ihrer Arbeit. Etwa wenn es z.B. darum geht, am Freitag Abend bei einem/r alleinstehenden Klienten/in eine Glühbirne auszuwechseln, was im Widerspruch zur Unfallverhütung steht. Die strikte Einhaltung hätte aber zur Folge, dass der/die KlientIn das ganze Wochenende mit kaputter Glühbirne zurechtkommen müsste, was die Gefahr eines Unfalls drastisch erhöhen würde. Das ist nur ein Beispiel von vielen. D.h., hier braucht es aus der Sicht der Heimhelferinnen einen gewissen Spielraum zur Auslegung von Regeln im Sinne praktischer Handhabbarkeit.

Zusätzliche Belastungen entstehen dann, wenn solche Improvisationsleistungen unter Umgehung von Vorschriften, die in der Regel zum Wohle von KlientInnen, d.h. zur Steigerung der Dienstleistungsqualität bzw. auch zur Unterstützung von Kolleginnen erfolgen, auf das Unverständnis von Vorgesetzten stoßen und in manchen Fällen sogar mit negativen Sanktionen gedroht wird. So schildert eine Gesprächspartnerin, wie sie dafür zur Verantwortung gezogen wurde, dass sie einen durch eine Einsparung von Wegzeiten entstandenen Spielraum, der sich aus günstigen Streckenlagen und Tagesverläufen ergeben hatte, dazu nutzte, überlastete Kolleginnen am Sprengel bei der Arbeit zu unterstützen. Es folgte eine Beanstandung - mit Drohung von Versetzung und Kündigung - durch die Vorgesetzte, da die auf den Arbeitsscheinen eingetragenen Arbeitszeiten bei den KlientInnen und die Tätigkeiten nicht übereinstimmten. An diesem Beispiel, das letztlich gut ausgegangen ist, zeigen sich Defizite im Führungsverhalten von mittleren Vorgesetzten, die vielfach auf einer fehlenden Einsicht in die tatsächlichen Arbeitsbedingungen von Heimhelferinnen „vor Ort“ und ihrem Arbeitsverständnis beruhen.

Es ist ein Beispiel dafür, wie der Einsatz und das Engagement von Heimhelferinnen für ihre Arbeit, ohne die vieles in der mobilen Pflege und Betreuung gar nicht oder nur schlecht funktionieren würde, unter rein bürokratischen Gesichtspunkten als grober Verstoß behandelt wird. Diese grobe Missachtung der Einsatzbereitschaft von Heimhelferinnen, die sich in ihrer Arbeit mit dem Widerspruch zwischen engem bürokratischen Korsett und tatsächlichen Erfordernissen herumschlagen müssen, wirft die Frage in welchem Ausmaß Vertrauen in Heimhelferinnen und ihr Arbeitsverständnis gesetzt wird auf.

Das Gefühl, das einige Heimhelferinnen im Interview geäußert haben, im Betrieb kein offenes Ohr für ihre mit der Arbeit zusammenhängenden Probleme und kein Verständnis für die Belastungen, denen sie tagtäglich ausgesetzt sind, zu finden, führt bei vielen zu tiefen Kränkungen, Frustrationen und psychischen Belastungen.

*„Gut, ich bin ja überhaupt schon total verbraucht, bei mir wird es eh schon Zeit, dass ich in Pension gehe, weil, es freut mich nicht mehr. Gott sei Dank habe ich noch nette Klienten, muss ich sagen. Aber das ganze Drum und Dran, der Betrieb. Bis daher steht es mir. Na unmenschlich. ... Wir treffen uns ja regelmäßig unter den Kolleginnen. Ja, du brauchst ja das Gespräch, weil das haltet man ja sonst nicht aus.“ A10(20)*

Die Formen des Leidens unter dem Verhalten von Vorgesetzten bzw. dem betrieblichen Klima insgesamt sind vielfältig und reichen von Fällen ungerechter Klientenzuteilung (mit überlangen Wegzeiten) über Nicht-Wahrnehmung von Verbesserungsvorschlägen und Vorwürfen wegen zu hoher Krankenstandszeiten bis hin zu extremem Mobbing. Auch wenn einzelne Fälle aus der Vergangenheit stammen, so scheint es in diesem Zusammenhang angebracht, die Aufmerksamkeit auf die Wurzel des Problems zu richten, welche in der fehlenden Anerkennung und dem fehlenden Verständnis für die Arbeitssituation und die damit zusammenhängenden Probleme von Heimhelferinnen im Betrieb liegen. Das Gefühl, dass die eigene Leistung im Betrieb nicht gebührend anerkannt wird bzw. Engagement in einzelnen Fällen sogar bestraft wird, stellt eine enorme emotionale Belastung dar, die noch zu dem ohnehin schon hohen Belastungspegel aus der Arbeit selbst dazukommt. Was ein Absinken der Arbeitsqualität, die in vielen anderen Berufsfeldern eine unweigerliche Folge wäre, bis zu einem gewissen Grad verhindert, ist die Verantwortung der Heimhelferinnen gegenüber „ihren“ KlientInnen und die emotionale Befriedigung, die sie trotz der schweren Bedingungen aus deren positiven Rückmeldungen immer noch ziehen können.

#### **4.2.4. Arbeitszeit/Vereinbarkeit**

Was die Arbeitszeit betrifft, ergeben sich bei den Heimhelferinnen v.a. Probleme aus immer wieder entstehenden zeitlichen Löchern in der Arbeit, die aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses auch nicht entlohnt werden. Der Tag ist dadurch völlig zerrissen und die freien Stunden zwischendurch können kaum für private Erledigungen genutzt werden.

*„Aber wie gesagt, es ist schwer mit diesen Diensten. Ich hab manchmal zwei Stunden in der Früh, dann Leerlauf, dann zwei Stunden mittags und zwei Stunden am Abend. Da bist 6 Stunden arbeiten und 12 Stunden bin ich unterwegs. Also das ärgert mich dann schon. Da bin ich sehr sauer. Weil der ganze Tag weg ist und du verdienst aber an dem Tag nicht viel mehr als wie sonst. Um das geht's nämlich, weil das zahlt mir keiner die anderen 6 Stunden, die ich unterwegs bin.“ A8(15)*

Als Heimhelferin muss man seine Arbeitszeit in hohem Maße den Anforderungen des Betriebes bzw. der KundInnen unterordnen. Daher ist die Vereinbarkeit mit privaten Bedürfnissen bzw. der Versorgung von Kleinkindern kaum gegeben. Das ist aber eine Si-

tuation, die sich nach Aussagen in den Interviews erst in den letzten Jahren so entwickelt hat.

Während es früher noch möglich war, den Beruf als Heimhelferin mit Kindererziehung zu vereinbaren, was nicht zuletzt für einige auch ein wichtiger Grund war, nach der Kinderpause etwa vom Handel in die mobile Pflege und Betreuung zu wechseln, haben sich inzwischen die Rahmenbedingungen diesbezüglich völlig verändert. Durch die geteilten Dienste, Abend- und Wochenenddienste hat die Familienfreundlichkeit des Berufsfeldes drastisch abgenommen. Heute ist es nach Aussagen von Interviewpartnerinnen eigentlich fast unmöglich, beides unter einen Hut zu bringen.

*„... Und ohne einen verständnisvollen Partner, der mitspielt, würde ich sagen, geht's fast gar nicht. Also man braucht schon einen sehr kooperativen Partner. Sonst würde man von der familiären Seite noch mehr unter Druck stehen. Und ich denke, das führt wirklich zur Auspowerung. Da und dort alles recht zu machen, also das gelingt nicht, ...“ A3(19)*

D.h., die Flexibilitätserfordernisse der Arbeit haben eindeutig zugenommen. Wenn etliche Gesprächspartnerinnen dies nicht als allzu große Belastung empfinden, dann v.a. deshalb, weil sie von ihren privaten Verpflichtungen her relativ flexibel reagieren können. *„Ja ich teil' es mir einfach so ein, das Privatleben nach die Dienstzeiten.“ A1(10)* Für all jene, die aufgrund privater Verpflichtungen stabile Arbeitszeitarrangements brauchen, ist es sehr schwer, deren Vereinbarkeit mit den Arbeitszeiten herzustellen. Denn im Prinzip können Heimhelferinnen im Zeitraum von sechs Uhr morgens bis zwanzig Uhr abends eingesetzt werden und durch kurzfristige Erfordernisse, etwa wenn jemand aus dem Krankenhaus entlassen wird, kann es immer wieder zu unvorhergesehenen Einsätzen kommen.

#### **4.2.5. Körperliche Belastungen**

Körperliche Belastungen wurden in den Interviews auch angesprochen, wenngleich dieser Aspekt nicht bei allen Interviewten im Vordergrund stand. Es sind v.a. die älteren Heimhelferinnen, die über körperliche Beschwerden als Folge ihrer Arbeit klagen. Bei ihnen macht sich die dauerhafte körperliche Beanspruchung über die Jahrzehnte, die in der mobilen Pflege und Betreuung v.a. aus häufig fehlenden Hilfsmitteln und –behelfen entstehen, bereits in deutlichen Abnutzungserscheinungen (Bandscheibenvorfall, Cerebralsyndrom, ...) bemerkbar.

Es ist zum einen das Heben und Tragen von KlientInnen, etwa vom Bett in den Rollstuhl, oder in die Badewanne und zurück, das v.a. Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule verursacht. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Wohnungen (niedrige Betten, enge Gänge, ...) sowie fehlende Hilfsmittel und Hebevorrichtungen, wie sie in stationären Einrichtungen vorhanden sind, führen dazu, dass nicht immer Wirbelsäulen-schonend gehoben und getragen werden kann.

Es ist zum anderen aber auch das Einkaufen für die KlientInnen, das zumeist ein „Schleppen“ ist, wie es eine Gesprächspartnerin formulierte. Dazu kommt noch, dass in

vielen Altbauten keine Liftanlagen vorhanden sind, und daher mit diesen Lasten etliche Höhenmeter zu überwinden sind.

In Summe wirken sich diese täglichen Beanspruchungen kumulativ aus und schlagen sich dann mit den Jahren als Abnutzungserscheinungen nieder, was bei den älteren Gesprächspartnerinnen teilweise schon der Fall ist.

#### **4.2.6. Belastungen durch widersprüchliche Zielvorgaben**

In diesem Abschnitt sollen noch einmal fokussiert Erschwerungen und Belastungen angesprochen werden, die sich aus widersprüchlichen Zielvorgaben ergeben. Einige davon wurden bereits unter anderen Punkten erwähnt, werden aber hier nochmals in diesen konkreten Zusammenhang gestellt.

#### **Widerspruch zwischen steigenden Arbeitsanforderungen und Zeitvorgaben/ Ressourcen**

Ein immer wieder auftauchender Aspekt in den Interviews bezieht sich auf den Zusammenhang von steigenden Arbeitsanforderungen und den dafür zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, der sich in einer scherenförmigen Entwicklung auseinander bewegt. Viele Heimhelferinnen haben erzählt, dass die Betreuung von KlientInnen in den letzten Jahren aufwändiger geworden ist. Das hängt ihrer Meinung nach damit zusammen, dass immer mehr ältere Menschen immer länger zu Hause betreut werden, was den Betreuungsaufwand pro KlientIn steigert. Begleitend dazu nimmt, wie bereits erwähnt, die Zahl psychisch Kranker in der Pflege und Betreuung zu, die ebenfalls schwieriger zu betreuen sind. Gleichzeitig werden im Empfinden der Heimhelferinnen aber die Zeitvorgaben nicht nur nicht entsprechend erweitert, sondern immer enger gesteckt. Daraus ergibt sich die schon angesprochene Intensivierung der Arbeit.

Ein weiterer Faktor, der zur Ausweitung der Arbeitsanforderungen führt, ist die Zunahme von Dokumentationsaufgaben, die ebenfalls keine Entsprechung in einer Ausweitung der Zeitvorgaben findet.

*„Ich meine, es gibt sicher einige, wo das tadellos funktioniert. Aber in der Regel ist es so, dass die MA 47 Zeiten stellt, wo ich sage, ich komme nicht einmal mit den normalen Arbeiten zurecht und dann auch noch dokumentieren. Also es läuft sehr viel in der Freizeit. Indem man einfach seine persönliche Freizeit heranzieht, ja, weil man sich eben oder weil es von der Organisation so gehandhabt wird, alles, was dokumentiert wird, ist gemacht, und alles, was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht. ... Und auch wenn ich es nicht aufschreibe, dann heißt es, was haben Sie eigentlich dort gemacht, ich habe nichts gelesen drüber, ich habe nichts gesehen darüber. Waren Sie überhaupt dort? Also ich muss mir die Zeit einfach nehmen, wenn das auch meine Privatzeit ist.“ A3(14)*

Indem die Dokumentation als Arbeitsnachweis und Entlohnungsgrundlage herangezogen wird, entsteht ein unmittelbarer Zwang diese Aufgaben genauestens zu erledigen. Die Heimhelferinnen werden dadurch in ein Dilemma gestürzt, sich zwischen den Erfordernissen einer klientenorientierten Pflege und den Zwängen ihrer Arbeitszeit zu

entscheiden. Die im Zitat angesprochene Lösung der Investition von privater Zeit ist kein Einzelfall, sondern eine übliche Umgangsform, die sich eigentlich durch alle Interviews gezogen hat.

Das bedeutet, dass zunehmend restriktivere Rahmenbedingungen den Druck mit diesen unlösbaren Widersprüchen umzugehen bei den Arbeitenden selbst abladen, und Kosteneinsparungen in der mobilen Pflege und Betreuung auf dem Rücken der Heimhelferinnen erfolgen. Diese investieren aufgrund ihres klientenorientierten Arbeitsverständnisses laufend private unbezahlte Zeit, um selbst unter diesen Rahmenbedingungen eine v.a. für die KlientInnen akzeptable Dienstleistungsqualität aufrecht zu erhalten.

*„Aber irgendwie geht's ja doch immer, irgendwie. Auf Lasten von uns Heimhilfen oder von Pflegepersonal, aber irgendwo glaubt man gar nicht, geht's immer wieder. Ja, wie gesagt und das ist natürlich, die Qualität muss trotzdem erhalten bleiben, weil der Patient muss versorgt werden ...“ A7(27)*

### **Widerspruch zwischen dem Ziel der Eigenaktivierung der KlientInnen und den Zeitressourcen**

Ebenfalls in diesen Zusammenhang gehört der Widerspruch zwischen dem prinzipiellen Ziel einer möglichst hohen Eigenaktivierung der KlientInnen und den dafür zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen. Das Erreichen einer möglichst hohen Eigenaktivierung erfordert ein intensives Eingehen auf den/die jeweilige/n Klienten/in. Und v.a. lässt sich eine solche Eigenaktivierung, wie vieles in der mobilen Pflege und Betreuung, nur schwer zeitlich standardisieren, da die Ausgangspunkte der einzelnen KlientInnen zu unterschiedlich sind und Eigenaktivierung bei jedem/r etwas anderes bedeutet und demzufolge einen anderen Arbeitsaufwand erforderlich macht.

*„Im Kurs lernt man, die Leute sollen selber machen, was sie noch können. Aber für das ist gar keine Zeit. Weil sie braucht halt 20 Minuten, um die Knöpfe zu machen. Und dann natürlich verlernt sie das. Aber das ist einfach wenn man wahrscheinlich zwei Stunden hätte, könnte sie sie selber zumachen, weil da haben wir ja die Zeit. Aber da wir noch fünf andere Sachen machen müssen, machen wir das schnell. Wartens kommen's her, schnell durchfrisieren. Also man nimmt ihm alles ab, das er eigentlich nichts mehr machen braucht. Und das ist natürlich das Schlechte.“ A5(28)*

Hier können also Ziele, die auch in der Ausbildung vermittelt werden, aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit nicht umgesetzt werden. Dabei sollte selbst unter Kostengesichtspunkten der Frage nachgegangen werden, ob nicht eine großzügigere und flexiblere Gestaltung der zeitlichen Spielräume in der mobilen Pflege und Betreuung, die die Erreichung eines höheren Eigenaktivierungsanteils erlaubt, auf längere Sicht effizientere und produktivere Arbeitsergebnisse zeitigt.

Betrachtet man die Gesamtheit der in den Interviews geäußerten Belastungen, so wird deutlich, dass Heimhelferinnen zwischen den vorgegebenen Arbeitsstrukturen, unrealistischen Zeitvorgaben und den Ansprüchen der KlientInnen als KundInnen einer Dienstleistung aufgerieben werden. Zu diesem ständigen Balanceakt, der ihnen nicht nur körperlich sondern v.a. auch psychisch und emotional alles abverlangt, kommt noch der

in den letzten Jahren steigende Arbeitsdruck und eine damit einhergehende Veränderung des Betriebsklimas, das sich in fehlender Anerkennung und Misstrauen von Vorgesetzten niederschlägt.

*„Also bei 16 Jahren da kommt schon was zusammen. Ich kann es Ihnen sagen. Und dann fragt dich keiner, hören Sie, wieso sind Sie so viel in Krankenstand, wie geht es Ihnen und so. Passt was nicht? Nichts. Das wird totgeschwiegen. Und das ist es, was sich sehr verändert hat, sehr zum Nachteil der Kolleginnen, das war früher nicht so ...“ A10(20)*

## 5. BELASTUNGEN VON PFLEGEHELFERINNEN (WRK)

### 5.1. Belastungen aus der Arbeit selbst

#### 5.1.1. Belastungen aus dem Verhalten von KlientInnen

Auch bei den Pflegehelferinnen entstehen Belastungen in der Arbeit durch das Verhalten von KlientInnen. Das bezieht sich zum einen auf direkt aggressives Verhalten gegen die Pflegehelferin selbst, das auch unmittelbare körperliche Attacken beinhalten kann.

*„Wenn Klienten schlagen, beißen, zwicken und kratzen. Mir ist es passiert. Da war ich zweimal dann dort und dann war es eigentlich soweit, dass ich gesagt habe, aus. Psychiatrie. Ich geh nicht mehr hin. Weil ich war zerkratzt, ich hab blaue Flecken gehabt ... Und ich hab auch gesagt, ihr könnt's Arbeitsverweigerung eintragen, ist mir wurscht, nur da schreib ich eine Fehlermeldung, weil Beweise hab ich am Körper. Ja und ich bin dann auch nicht mehr gegangen. Also das muss ich sagen, das ist eine große Belastung dann.“ A12(20)*

Man trifft in der mobilen Pflege und Betreuung immer wieder auf KlientInnen, die aufgrund psychischer Erkrankungen einen Kontrollverlust aufweisen, der sich dann in offenem Widerstand gegen die Pflege äußert und auch die Form unmittelbarer körperlicher Aggressivität gegen die Pflegekraft annehmen kann. Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen sind die Pflegehelferinnen in einer solchen Situation zumeist auf sich allein gestellt und können keine Unterstützung oder unmittelbare Hilfe durch KollegInnen in Anspruch nehmen.

Aber selbst wenn der Widerstand der KlientInnen nicht so drastische Formen annimmt, so führt er eben doch zu Erschwerungen in der Arbeit, da diese nicht gegen den Willen der KlientInnen durchgeführt werden kann, was wiederum manchmal dazu führt, dass bei davon betroffenen Pflegehelferinnen Zweifel an ihrer eigenen Kompetenzen bis hin zu Versagensängsten entstehen.

*„... sicher wird es erschwert, weil wenn Sie den Auftrag haben, Sie müssen dort hin gehen zur Frau Soundso, müssen eine Körperpflege durchführen und die Frau Soundso sagt nein, das mag ich nicht, wird es sicher erschwert. Sie denken sich, ich versage oder, es ist mir was vorgeschrieben, was ich nicht erfüllen kann. Was bin ich für eine schlechte Krankenpflegerin. Und Sie versuchen es den 2. Tag und der sagt Ihnen dann dasselbe. Ja dann fangen Sie wahrscheinlich zum Zweifeln an.“ A9(19)*

Solche Probleme und daraus resultierende Selbstzweifel treten v.a. in den Anfangsjahren der Berufsausübung gehäuft auf. In der Ausbildung werden die Pflegehelferinnen nicht auf solche schwierigen Situationen vorbereitet. Es ist sicherlich auch schwierig in der Theorie das Handeln in unvorhergesehen Situationen quasi als Trockenübung zu simulieren. Was allerdings schon vermittelt werden kann, ist, dass man in der mobilen Pflege und Betreuung mit solchen Situationen zu rechnen hat und es daher in vielen

Situationen hoher sozialer und kommunikativer Kompetenzen bedarf, um zum eigentlichen Kern der Arbeit, der Pflgetätigkeit selbst vordringen zu können.

In den Interviews wurde auch deutlich, dass die erforderlichen Kompetenzen zur Lösung solcher Problemsituationen in und durch die Praxis erworben werden. Die zunehmende Erfahrung im Umgang mit solchen Situationen führt daher zu mehr Sicherheit im professionellen Handeln und reduziert damit auch sukzessive die zu Beginn auftretenden Selbstzweifel und Versagensängste. Erfahrung fungiert also hier als Faktor der Belastungsreduktion.

### **5.1.2. Belastungen und Erschwerungen durch das Verhalten von Angehörigen**

Im Gleichklang mit den Heimhelferinnen beurteilen auch die Pflegehelferinnen das Verhalten von Angehörigen als einen der wichtigsten Störfaktoren, die Erschwerungen und Belastungen in der Arbeit mit sich bringen.

*„... also Angehörige sind schlimmer als die Klienten selbst. Es ist so in meinen ganzen Jahren, wenn ich da nachdenke, es sind immer wieder die Angehörigen, die Stress machen. Das ist wahrscheinlich auch Unwissenheit, sie wissen nicht, wie es funktioniert.“ A9(17)*

Obwohl bei den Pflegehelferinnen im Vergleich zu den Heimhelferinnen weniger das Problem einer direkten Einmischung in die Art und Weise, wie die Arbeit durchgeführt werden soll, eine Rolle spielt, haben die Vorstellungen und Wünsche, was für den/die verwandte/n Klienten/in gut ist, doch störende Auswirkungen auf ihre Arbeit. Es stört oder konterkariert die Bemühungen und Strategien von Pflegehelferinnen, die diese abgestimmt auf den/die Klienten/in zur Verbesserung seines/ihres Gesundheitszustandes entwickelt haben. Hintergrund dafür ist eine Mischung aus Unwissenheit, familiären Beziehungsstrukturen und Überforderung durch langjährige Pflege des Angehörigen.

*„... weil bei Angehörigen vermischt sich das doch dann, das ist dann die Mutti oder sonst irgendwer, dem dieser Zugang fehlt zu schauen, was möchte der überhaupt noch und dann wird er so überlagert. Oder Angehörige, die einfach schon so erschöpft sind von der Pflege und nicht mehr davon loslassen können und es dann zu einer wirklichen aggressiven Pflege, teilweise fast gefährlichen Pflege wird.“ A12(20)*

Deshalb ist auch die Arbeit mit Angehörigen ein zentraler Faktor der Arbeit von Pflegehelferinnen. Denn die Auseinandersetzung mit den Angehörigen entscheidet oft darüber, ob diese ihre Arbeit erschweren oder aber als zusätzliche Ressource genutzt werden können. Dazu sind sehr hohe soziale Kompetenzen notwendig, die ein Gespür für den richtigen Moment, in dem heikle Punkte angesprochen werden können, ebenso umfassen wie die Art und Weise, in der man sie anspricht.



## 5.2. *Erschwerungen und Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen*

### 5.2.1. *Erschwerungen durch gesetzliche Vorschriften*

Erschwerungen in der Arbeit werden auch durch zu enge gesetzliche Vorschriften verursacht, die in der Praxis in vielen Situationen zu einem zusätzlichen Aufwand führen, der nicht immer nötig wäre. Es handelt sich dabei v.a. darum, dass Pflegehelferinnen eigentlich nur auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung sowie Anordnung und Anleitung durch eine DGKS arbeiten dürfen. Was in vielen Fällen seine Berechtigung hat, ist aber in anderen wieder nicht angemessen. Es ist zum einen die Beschneidung der Kompetenzen von Pflegehelferinnen, die sich mit zunehmender Erfahrung und Praxis im Feld durchaus Kompetenzen, etwa in der Wundversorgung, aneignen, die an jene von ÄrztInnen heranreicht. Trotzdem muss für jede noch so kleine Änderung eine Bewilligung des Hausarztes/der Hausärztin eingeholt werden.

Zum anderen entstehen aber gerade daraus auch Erschwerungen in der Arbeit, da, nach Aussagen in den Interviews, ÄrztInnen oftmals auch nicht gewillt sind, entsprechende Verordnungen auszustellen. Das bedeutet wiederum Auseinandersetzungen und Kämpfe mit den ÄrztInnen, um überhaupt eine entsprechende Grundlage für die Arbeit zu schaffen. D.h., auch hier wird in vielen Fällen die Expertise von Pflegehelferinnen, die nicht zuletzt durch den ständigen und engen Kontakt mit den KlientInnen entsteht, nicht anerkannt. Das führt zu Behinderungen in der Arbeit, aber auch zu emotionalen Belastungen, da ihre fachlichen Kompetenzen von außen nicht wahrgenommen werden. Das betrifft nicht nur den Kontakt mit HausärztInnen und die Änderungen von Therapien, sondern auch die Bewilligung von Behelfen und Hilfsmitteln durch Krankenkassen.

*„Und auch Behelfe, die für uns eine Erleichterung wären oder für den Klienten besser wären, ohne Begründung abgelehnt. Und das ist, nein, ich frag mich nur, die Leute oder die Ärzte sollen bitte einmal arbeiten, sollen nur ein zwei Tage mitgehn und sich das anschauen. Dann werden sie vielleicht eine andere Einstellung haben. Einen direkten Kontakt mit diesen Ärzten haben wir ja nicht.“ A13(11)*

An diesem Beispiel zeigt sich eine prinzipielle Schwierigkeit in der mobilen Pflege und Betreuung. Die Unsichtbarkeit der Pflege und Betreuung, die dadurch entsteht, dass die Arbeit in den eigenen vier Wänden der PatientInnen erfolgt, verursacht Probleme, da EntscheidungsträgerInnen keinen Einblick in die tatsächliche Situation vor Ort haben und deshalb oft inadäquate Entscheidungen treffen, die aber wiederum die Arbeit beträchtlich erschweren. Für die betroffenen Pflegekräfte stellt dieser Umstand eine dauerhafte und strukturelle Belastung dar.

### 5.2.2. *Zeitdruck*

Der Zeitdruck spielt bei den interviewten Pflegehelferinnen eine weit geringere Rolle als bei den Heimhelferinnen, wo er die zentrale Belastung überhaupt darstellt. Das hängt v.a. auch mit den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen der beiden Berufsgruppen zusammen. Pflegehelferinnen befinden sich in einem Angestelltenverhältnis ohne Stundenregelung und sind daher nicht so direkt und unmittelbar von Wegzeitenregelungen

betroffen. Auch wenn natürlich an die Aufgaben von Pflegehelferinnen bestimmte Zeitvorgaben gestellt werden, so berichten eigentlich alle Gesprächspartnerinnen, dass die Abgeltung eines situativ entstandenen zeitlichen Mehraufwands in der Regel kein Problem ist. Auch der Zeitrahmen, der für die Pflege von KlientInnen zur Verfügung steht, wird im Großen und Ganzen als ausreichend empfunden.

Zeitdruck entsteht aber auch in der Arbeit von Pflegehelferinnen durch das Auftreten von unvorhersehbaren Krisensituation insofern, als dadurch Auswirkungen auf den gesamten nachfolgenden Dienstplan entstehen. „... sollten wir mehr Zeit brauchen, müssen wir das aufschreiben. Aber der nächste Klient wartet. Und der Zeitdruck ist schon ein wichtiger Faktor in der Pflege und Betreuung.“ A9(18)

### **5.2.3. Belastungen durch zu hohe Arbeitsintensität**

Was von den Pflegehelferinnen ebenfalls angesprochen wird, ist die hohe Arbeitsintensität in Verbindung mit zu geringen zeitlichen Freiräumen zur Erholung. Die Anzahl der Dienste inklusive Wochenende führt zu starken und dauerhaften Belastungen, die sich auch in zunehmenden körperlichen Beschwerden und Erkrankungen niederschlagen, wie eine Gesprächspartnerin berichtet.

*„Es ist einfach diese Arbeitsstruktur mit diesen 2 Wochen. Ich denke, es ist einfach für uns Pflegehelfer hier jetzt so wenig, dass sich unser Körper kaum mehr erholen kann mit diesem jedem 2. Wochenende Dienst und dann nur 1 Tag frei. Das ist einfach tatsächlich zuwenig. Also nicht jetzt von der psychischen sondern von der körperlichen Seite. Das haben wir seit Februar ca. und da sind die Krankenstände drastisch angestiegen. Und zwar jetzt nicht nur Gelenksbeschwerden und so, sondern auch Schnupfen und all die Dinge. Und ich denke, dass das eigentlich wirklich direkt zusammenhängt. ... Ja, weil wenn ich ständig erschöpft bin, körperlich erschöpft, dann ist es einfach so, dass mein Abwehrsystem zusammenbricht oder reduziert wird.“ A12(29)*

Hintergrund für diese Entwicklung scheint eine zu geringe Personalausstattung zu sein, die einen derart dichten und auf Dauer überfordernden Arbeitseinsatz von Pflegehelferinnen notwendig macht. Ein ausreichender Personalstand zur adäquaten Bewältigung des hohen Arbeitsfalls im Normalfall, aber auch um Spielräume für das Abfedern von Arbeitsspitzen bzw. die Kompensation von krankenstands- oder urlaubsbedingten Ausfällen, ist notwendig, um langfristig die psychische und körperliche Gesundheit der Arbeitskräfte zu gewährleisten. Langandauernder und kontinuierlicher Arbeitsdruck kann nicht nur körperliche Beschwerden nach sich ziehen, sondern erhöht auch die Gefahr von emotionaler Erschöpfung und Burnout. Dabei sollten v.a. auch die ohnehin hohen körperlichen und psychischen Anforderungen, die die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung an die Arbeitskräfte stellt, entsprechend berücksichtigt werden. Neben den gesundheitlichen Gefährdungen für die Arbeitskräfte hat eine solche Entwicklung, gerade in personenbezogenen Dienstleistungen, negative Auswirkungen auf die Arbeitsqualität. Eine klientenorientierte Pflege und Betreuung, die sich durch größtmögliches Eingehen auf die individuelle Situation von KlientInnen auszeichnet, erfordert das ständige Einbringen hoher fachlicher, sozialer und persönlicher Kompetenzen, was wiederum die körperliche als auch geistige Frische und Stabilität der Pflegekräfte zur Voraussetzung hat.

## 6. ***BELASTUNGEN VON DIPLOMIERTEN GESUNDHEITS- UND KRANKENSCHWESTERN (DGKS) BEIM WRK***

### 6.1. ***Belastungen aus der Arbeit selbst***

#### 6.1.1. ***Belastungen aus dem Verhalten bzw. dem körperlich-seelischen Zustand von KlientInnen***

Belastungen, die, wie wir bei den Heimhelferinnen gesehen haben, aus dem Verhalten bzw. dem körperlich-seelischen Zustand von KlientInnen entstehen, spielen bei den DGKS, zumindest nach den Aussagen in den Interviews, kaum eine Rolle. Das ist zum einen dadurch bedingt, dass bei DGKS das Abgrenzen vom Leid der PatientInnen Teil ihrer professionellen Rolle ist und bereits in ihrer Ausbildung und später auch in ihrer Tätigkeit im Krankenhaus eingeübt bzw. entwickelt wird. Aufgrund ihrer durch Ausbildung und medizinische Fachkenntnisse höheren Autorität sind sie störenden Verhaltensweisen von KlientInnen doch weniger ausgesetzt bzw. können sie auch besser abblocken.

Zum anderen spielt aber auch eine Rolle, dass die DGKS im Vergleich zu den Heimhelferinnen, sowohl vom Umfang als auch von der Intensität her einen deutlich weniger tiefen Kontakt zu den KlientInnen aufweisen. Sie werden, wie auch die Pflegehelferinnen, vom Klienten gänzlich anders wahrgenommen, wie eine Gesprächspartnerin erzählt.

*„Der Klient verhält sich anders zu einer Heimhilfe als zu einer DGKS oder zu einer Pflegehelferin. ... Die Heimhilfe hat doch mehr Intimsphäre zu ihm, die kommt täglich, sie kommt jeden Tag zu dem Patienten, mit dem bespricht er auch die Sorgen und die privaten Nöte, das tun sie nicht immer bei Pflegehelferinnen und DGKS. Da steht eigentlich mehr das Medizinische im Vordergrund und so private Sorgen lernt man nicht immer kennen.“ A9(3)*

Das bedeutet, dass sich die Beziehungen Pflegekraft – KlientIn nicht so intensiv und ausgeprägt entwickeln. Die medizinisch-pflegerische Betreuung steht im Vordergrund, wenn auch im Rahmen ganzheitlicher Pflege durchaus soziale und persönliche Aspekte der KlientInnen in der Arbeit von DGKS und Pflegehelferinnen eine Rolle spielen, wie die Interviews eindrucksvoll belegen. Durch diese geringere Einbeziehung in den Alltag der KlientInnen, gelingt es den DGKS auch leichter, sich emotional abzugrenzen, was wiederum weniger starke Belastungen nach sich zieht.

#### 6.1.2. ***Belastungen aus dem Verhalten von Angehörigen***

Der Einfluss des Verhaltens von Angehörigen auf ihre Arbeit wird von den interviewten DGKS differenziert eingeschätzt. Zum einen zeigt sich, dass Diplomierete aufgrund ihrer

fachlichen Autorität einen anderen Status den Angehörigen gegenüber genießen als Pflege- und Heimhelferinnen. Dadurch sind sie nicht so häufig mit direkter Einmischung konfrontiert, da es in ihrem Fall ja zumeist auch um unmittelbare fachpflegerische oder behandlungspflegerische Fragen geht. Und sie können sich dadurch auch besser gegen solche „Übergriffe“ auf ihr Berufsgebiet wehren.

Zum anderen macht auch hier die jahrelange Erfahrung in der Praxis einen deutlichen Unterschied im Erleben und im Umgang mit Angehörigen aus. Es kann davon ausgegangen werden, dass jüngere DGKS das Verhalten und die Widerstände von Angehörigen v.a. als massive Erschwerung ihrer Arbeit begreifen. Während ältere, erfahrene DGKS zum einen über profunde Erfahrungen im Abbau von Widerständen bei Angehörigen und in der Umwandlung von Skepsis in Unterstützung verfügen und andererseits in Fällen, in denen solche Strategien nicht greifen, in der Lage sind, eine professionelle Bestimmtheit an den Tag zu legen.

Emotionale Belastungen und Erschwerungen in der Arbeit entstehen auch durch das Verhalten von Angehörigen dem/der Klienten/in gegenüber, v.a. dann, wenn dadurch die eigene berufliche Anstrengung zunichte gemacht wird, das Leiden des/der Klienten/in nicht gemildert werden kann. So berichtet eine DGKS im Interview vom Fall einer Frau, bei der sich herausstellt, dass ihre Hautkrankheit eine psychosomatische Reaktion – als Ausdruck ihres Leidens – auf ihren despotischen Mann ist. Dies hat zur Folge, dass die symptomatische Behandlung des Ausschlags mittels Salbe nutzlos wird. Die eigentliche Ursache kann aber weder angesprochen noch verändert werden, was zu Ohnmachtgefühlen führt und in der Folge zur emotionalen Belastung wird.

*„Weil es ist auch eine Belastung in dem Fall, weil du weißt, wie arm sie ist in der Konstellation und dass man ihr nicht helfen kann. Und eben die einzige Hilfe ist, dass du hingehen kannst und dich in der Zeit bestmöglichst mit ihr unterhältst. Du machst zwar bei dieser Klientin Körperpflege, aber vordergründig ist bei ihr halt psychische Betreuung, mit ihr reden.“ A4(11)*

Die einzige Möglichkeit besteht, wie die Interviewpartnerin anführt, darin, die Betreuung darauf abzustimmen und im Rahmen des Machbaren das Bestmögliche herauszuholen, was in diesem Fall bedeutet, den Schwerpunkt auf psychische Betreuung und Gespräche zu verlegen.

## **6.2. Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen**

### **6.2.1. Erschwernisse und Belastungen durch das Verhalten von Vorgesetzten**

Als eine der gravierendsten Belastungen wurden von den interviewten DGKS Erschwernungen ihrer Arbeit und emotionale Belastungen durch das Verhalten von Vorgesetzten genannt. Die Arbeit draußen vor Ort sowie auch im Sprengel stellt hohe Anforderungen an die DGKS und die prinzipielle Fragilität des Dienstplans, dessen Einhaltung ständig durch eine Vielzahl von Unwägbarkeiten bedroht ist, macht eine größtmögliche Unterstützung durch die übergeordneten Leitungsebenen erforderlich. Denn nur in einer

reibungslosen Abstimmung zwischen dem Pflegepersonal draußen und den Administrations- und Organisationskräften drinnen lässt sich jene Flexibilität herstellen, die notwendig ist, um den komplexen Erfordernissen der mobilen Pflege und Betreuung gerecht zu werden. Das ist mitunter ein täglicher Balanceakt. Insofern werden an untere und mittlere Leitungsfunktionen hohe Anforderungen v.a. in Bezug auf Koordinations- und Organisationsfähigkeit gestellt. Werden diese sehr komplexen und umfangreichen Leitungsaufgaben nicht in entsprechendem Maße wahrgenommen, dann schlägt das unmittelbar negativ auf die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals durch, was auch in den Interviews als ein wichtiger Kritikpunkt angeführt wurde.

*„... weil wir haben jemanden im Team von den Schwestern, die sehr viel Arbeit übernimmt von der Abteilungsleitung, weil sonst, so traurig es ist, der Laden einfach wirklich nicht rennen würde, ... die Unzufriedenheit in der Teamleitung ist natürlich sehr groß, weil die haben eh sehr viel um die Ohren. ... Jetzt kommt aber auch noch dazu, dass die eben auch noch Aufgaben und Tätigkeiten mitmachen, es ist leichter gesagt als getan zu sagen: 'Na ja macht's es nicht, es ist nicht deine Arbeit, ja'. Na ja dann heißt es: 'Was soll ich machen, wer macht es dann nachher, wenn ich es nicht mache, du weißt, dann seid's ihr die Armen, weil dann ist kein Dienstplan da, wenn ich es nicht mache. So rennt das dann halt ab und da haben wir halt dann wieder den großen Punkt der Unzufriedenheit bei der Arbeit, weil eben zusätzlich noch Arbeiten gemacht werden, die mich überhaupt nichts angehen ...“ A4(13)*

Im Kern geht es in dieser Kritik darum, dass durch die Nicht-Wahrnehmung von Aufgaben durch mittlere Führungskräfte, diese auf den unteren Ebenen teilweise von anderen zusätzlich übernommen werden, was wiederum zu Überlastung und großer Unzufriedenheit führt. Wie bereits bei der Analyse der Belastungen von Heim- und Pflegehelferinnen deutlich wurde, ist die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung von sehr geringen personellen, zeitlichen und organisatorischen Spielräumen geprägt, die den Umgang mit den täglichen Unwägbarkeiten zu einer permanenten Gratwanderung machen. In einem derart engen Rahmen, wirkt sich jeder Fehler und jedes Versäumnis doppelt aus und das v.a. für jene, die im unmittelbaren Pflegeeinsatz stehen. Im Zusammenhang mit der hier relevanten Kritik an Versäumnissen bezüglich Dienstplaneinteilung bedeutet das, dass DGKS, Pflege- und Heimhelferinnen kurzfristig einspringen müssen, wenn Dienstbesetzungen fehlen.

Ein Ziel der vorliegenden Studie über Belastungsfaktoren ist, Sichtweisen und Unzufriedenheiten der in der mobilen Pflege und Betreuung Beschäftigten wiederzugeben, v.a. dann, wenn dadurch Belastungen für die Pflegekräfte entstehen. Zudem haben solche Wahrnehmungen und Stimmungen einen wichtigen Einfluss auf Arbeitsmotivation und MitarbeiterInnenzufriedenheit, Faktoren, die gerade in der mobilen Pflege und Betreuung von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Dienstleistung sind. Schon allein aus diesem Grund sollten die eben beschriebenen Problemlagen und die daraus resultierende Unzufriedenheiten ernst genommen werden und eine Auseinandersetzung darüber stattfinden.

Durch diesen ständig notwendigen Abstimmungsprozess zur Bewältigung kurzfristig auftretender Abweichungen und Schwierigkeiten sind es neben unmittelbar fachlichen

Aufgaben v.a. MitarbeiterInnenführung, soziale und kommunikative Kompetenzen, die für die unteren und mittleren Leitungsfunktionen von besonderer Bedeutung sind. Obwohl die Pflegekräfte aufgrund ihrer Tätigkeit „Einzelkämpferinnen“ sind, wurde immer wieder betont, dass die komplexen Herausforderungen in der Arbeit und die damit einhergehenden ständigen hohen Belastungen nur bewältigt werden können, wenn ein eingespieltes Team von „drinnen und draußen“ am Werk ist. Oder anders formuliert: gerade weil die größten Herausforderungen von den Pflegekräften vor Ort allein bewältigt werden müssen, sind sie in besonderem Maße auf eine stabile und gleichzeitig flexible Unterstützung und Rückendeckung durch die Organisation angewiesen. Wenn Sand in dieses Getriebe gerät, etwa durch fehlende soziale Kompetenzen bei Führungskräften, dann ist das für das Pflegepersonal ein gravierender Belastungsfaktor.

*„Wenn der Mensch, der eine Abteilung leitet auch keine soziale Kompetenz hat, dann hat er in dem Beruf nichts verloren, weil wenn sich die soziale Kompetenz ausschließlich nach den eigenen Bedürfnissen richtet und nicht auf die Bedürfnisse, die die Mitarbeiter haben, dann kann das nicht gut gehen. Das war der Fall, ja, aber jetzt ist das Problem weg und wir haben eine neue Führung und da wird man auch gedeckt und das ist alles O.K. und es ist alles möglich. Das war eine Arbeiterschwernis allerersten Ranges.“ A14(18)*

Auch wenn in diesem geschilderten Fall das Problem gelöst ist, so taucht dieser Problemkreis doch in verschiedenen Gesprächen immer wieder auf. Für die Betroffenen resultiert daraus eine bis an ihre Grenzen gehende Belastung. Unabhängig von konkreten, akuten Fällen sollte daher diesem Aspekt prinzipiell stärkere Aufmerksamkeit in der Organisation gewidmet werden. Die beruflichen Anforderungen (in fachlicher wie in sozialer Hinsicht) sind in der mobilen Pflege und Betreuung auf allen Ebenen vielfältig und hoch. Dementsprechend sorgsam und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet sollte mit den Humanressourcen, v.a. jener, die direkt vor Ort die Hauptlast der Arbeit tragen, umgegangen werden.

### **6.2.2. Erschwerungen durch mangelnde Information**

Ein Faktor, der immer wieder zu Erschwerungen in der Arbeit von DGKS führt, ist der Umstand mangelnder Information. Das beginnt bei der Durchgabe der richtigen Adresse, eine unabdingbare Voraussetzung, um überhaupt zum Arbeitsort zu gelangen, und erfordert oftmals eine gehörige Portion detektivisches Geschick, wie es eine Gesprächspartnerin formulierte.

*„Nein. Es fangt oft schon einmal, dass nicht einmal die Gasse oder die Nummer oder irgendwas oder das Telefon stimmt. Was eigentlich ja wieder für mich eine Herausforderung ist, obwohl ich bin nicht der Sherlock Holmes, ja, ich habe leider keinen Watson. Aber es ist manchmal schon wirklich sehr kurios, gell. 1 – 3, dann ist das vergessen, dann ist 13, man kommt vor Ort, es ist nichts da, es gibt keine Post, es gibt kein Licht, es gibt keinen Nachbar, es ist überhaupt, ich weiß nicht, wo bin ich da eigentlich. Telefonnummer ist besetzt, es ist auf Fax geschaltet, es hebt niemand ab, es gibt eine Gartentür, die sich nicht öffnet. Ich könnte Ihnen sofort 2.000 Beispiele aus dem Stegreif aufzählen, wenn ich will, ja.“ A14(6)*

Aus dieser Schilderung erhält man einen sehr plastischen Eindruck von den Problemen, die sich in der mobilen Pflege und Betreuung stellen. Es handelt sich dabei um ein

Charakteristikum dieses Berufsfeldes und zeigt, dass neben hohen fachlichen Kenntnissen eine Reihe anderer Kompetenzen vom Pflegepersonal gefordert sind, um solche Situationen zu bewältigen und in diesem Arbeitsfeld auf längere Sicht bestehen zu können.

Der Faktor mangelnder Information spielt aber auch im Hinblick auf den Zustand des/der Klienten/in eine Rolle. Dieser kann oftmals erst vor Ort festgestellt werden, und unterscheidet sich häufig von den Vorinformationen, die man erhalten hat. D.h., auch in diesen Fällen ist ein hohes Maß an Flexibilität seitens der DGKS erforderlich. Probleme entstehen v.a. auch durch die Fülle der für die Arbeit notwendigen Informationen.

*„Und vor allem so viele Informationen, man braucht so viele Informationen, wo man am Anfang gar nicht weiß, wo kriegt man sie her. Ja ich habe gelernt den Mund aufzumachen und zu fragen. Das ist das einzig wichtige.“ A2(12)*

Das heißt für die DGKS ist es v.a. wichtig zu lernen, sich die notwendigen Informationen von den richtigen Stellen zu besorgen und aus der Fülle an Informationen die aktuell wichtigsten heraus zu filtern und in eine Prioritätenliste umzuwandeln. Auch dies ist eine Kompetenz, die nur in und durch praktische Tätigkeit erworben werden kann.

### 6.2.3. Zeitdruck

Das Problem von zu geringen Zeitressourcen und das Gefühl unter Zeitdruck zu geraten spielt auch bei den DGKS eine Rolle, wenn auch im Vergleich zu den Heimhelferinnen eine weitaus geringere. Auch hier hängt dies v.a. damit zusammen, dass unterschiedliche Tagesverfassungen von KlientInnen bzw. Entwicklungen im Krankheitsverlauf einen unterschiedlich hohen Zeitaufwand für die Versorgungstätigkeiten und –aufgaben mit sich bringen. Dieser Umstand ist aber in den Zeitvorgaben nicht berücksichtigt.

*„Knapp bemessene Zeit, aber es geht eben nicht anders, weil die größte Einheit eben diese 1 ½ Stunden sind für diesen Patienten. Und da ist dann eben so die Schwierigkeit, wenn er sich so verschlechtert, trotzdem zu schauen, wie schaffe ich das, wie kann ich das lösen, wie mache ich das trotzdem, weil ich muss es ja schaffen, es geht ja nicht anders, ja.“ A4(3)*

D.h., auch hier sind die DGKS gefordert mit enger werdenden Zeitrahmen umzugehen und in der Situation Lösungsmöglichkeiten dafür zu finden. Das kann v.a. bei jüngeren, noch nicht so lange im Beruf tätigen DGKS zu Belastungen und Überforderungen führen. Denn in solchen Fällen müssen flexibel und rasch Entscheidungen getroffen werden - nicht zuletzt unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf den nachfolgenden Tagesablauf und die Versorgung der übrigen KlientInnen. Erfahrung mindert auch in diesem Zusammenhang Belastungen und führt zu einem zunehmend souveräneren Umgang mit Problemsituationen, wie beispielsweise aus dem folgenden Zitat einer erfahrenen DGKS hervorgeht.

*„Ich würde manchmal mehr Zeit brauchen. Ich versuche, es gut auf einen Nenner zu bekommen. Und wenn nicht möglich, wo ich sag, das macht mir ein ungutes Gefühl, dann tu ich nachsetzen, halt portionieren, das Ganze verteilen, ja. Aber wie gesagt 40 Stunden sind 40 Stunden, aber ja, das ist halt so. Aber brauchen tut man manchmal wirklich mehr. ... dass man ganzheitlich betreuen kann, ja. ... aber ja, zu 50 % oder sagen wir zu 80 % stimmt das Zeitangebot.“ A14(19)*

Es geht also dabei nicht nur um eine Einschätzung und Lösung der unmittelbaren konkreten Situation bei dem/der betreffenden Klienten/in, sondern auch um ein Abwägen im Gesamtzusammenhang der Arbeit im Tagesverlauf, um das Setzen von Prioritäten – und das macht die ganze Sache enorm schwierig und mitunter belastend. Das Zitat zeigt, dass Zeitdruck v.a. im Zusammenhang mit den Erfordernissen einer ganzheitlichen Pflege, wie es die Gesprächspartnerin ausdrückt, entsteht. D.h., auch wenn im Großen und Ganzen die zeitlichen Spielräume für die DGKS um einiges größer sind als für die Heimhelferinnen und daher insgesamt in der Arbeit deutlich weniger Belastungen aufgrund von Zeitdruck entstehen, so werden doch auch hier Diskrepanzen zwischen dem Ziel einer möglichst hohen Dienstleistungsqualität im Sinne einer ganzheitlichen Pflege und den zur Verfügung gestellten Zeitressourcen deutlich.

#### **6.2.4. Probleme und Belastungen beim Einstieg ins Berufsfeld**

In diesem Zusammenhang spielt v.a. der Umstand eine Rolle, dass zu Beginn der Berufstätigkeit, die Umstellung von der Arbeit im Krankenhaus auf die Bedingungen in der mobilen Pflege und Betreuung für fast alle DGKS ein großes Problem darstellt. Sie werden mit Anforderungen konfrontiert, die sich im Krankenhaus überhaupt nicht gestellt haben und erleben den Unterschied als schwer bewältigbar. „*Du kannst nicht normal arbeiten*“, wie es eine Gesprächspartnerin formuliert. Man muss unter erschwerten Bedingungen arbeiten, hat nicht die volle Kontrolle über die Arbeitssituation, wie z.B. im Krankenhaus, wo stabile Rahmenbedingungen von der Institution bestimmt werden und auf den Ablauf und die Arbeitsgänge ausgerichtet sind. In der mobilen Pflege und Betreuung hat man mit vielen Einflussfaktoren zu kämpfen, die nicht im Vorhinein abgeschätzt werden können, da sie nicht dem Einfluss der Arbeitskräfte unterliegen. Der Umstellungsprozess von der stationären auf die mobile Pflege zieht sich über eine längere Phase und verursacht immer wieder Belastungen und Überforderungen. Und das selbst in Bereichen, die man aufgrund der Berufspraxis im Krankenhaus schon überwunden glaubte, etwa im Bereich emotionaler Abgrenzung.

*„Jetzt nicht mehr. Am Anfang schon. Also ich bin die erste Zeit mit allen Klienten am Buckl heimgegangen, weil den Klienten alleine zu Hause zu lassen, das ist für eine Krankenschwester schlimm, weil man ist gewohnt, dass Leute rund um die Uhr betreut sind. ... Und dann gehe ich da arbeiten, und dann lass ich einen fast Sterbenden, sage ich einmal, auf'd Nacht allein und gehe heim. Also das war die Hölle für mich. Und das zu lernen, dass die Leute das selber haben wollen, und sich selber dazu entschieden haben, dass sie daheim sind und allein sind, also da habe ich lange gebraucht. Aber heute ist es keine Belastung mehr für mich.“*  
A2(16/17)

Das heißt, gerade in der ersten Phase nach dem Einstieg in das verwandte, aber doch so fremde und neue Berufsfeld ergeben sich für die DGKS eine Reihe von Problemen und Belastungen. Es ist für viele eine Phase großer Herausforderungen und intensiver Lernprozesse, die je nach Vorerfahrung unterschiedlich lange dauert, aber sich in jedem Fall über einen längeren Zeitraum hinzieht, bis man einigermaßen sicher und souverän mit den alltäglichen Unwägbarkeiten in der mobilen Pflege und Betreuung umzugehen gelernt hat.



## 7. **BELASTUNGEN VON DIPLOMIERTEN GESUNDHEITS- UND KRANKENSCHWESTERN (DGKS) BEI DER MA 47**

*„... man hetzt und rennt und rennt und hat dann eben schon eine nervliche Belastung, weil, der wartet schon ... Und dann ist man innerlich vielleicht schon ein bissl nervös und dann, ja, kann es passieren, dass man auch gleich über die Stiege runterrutscht vor lauter Hetzen, hab ich alles schon erlebt.“ A21(2)*

### 7.1. **Belastungen aus der Arbeit selbst**

#### 7.1.1. **Belastungen aus dem Verhalten von PatientInnen**

Erschwerungen und Belastungen in der Arbeit von mobilen DGKS entstehen auch aus dem Verhalten von PatientInnen. Das kann an der Art der Erkrankung des/der Patienten/in liegen, aus der sich Erschwerungen der Arbeit ergeben, etwa im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten.

*„Na schon, wenn Sie jetzt einen psychisch Kranken haben, jetzt musst du ja natürlich reden, bis der überhaupt zulässt, dass du irgend etwas an ihm machst, ned. Bis du an ihn rankommst, normalerweise hast du, wenn der jetzt was zum Verbinden hat, bei einem anderen das schon erledigt, und bei dem, bis du endlich einmal soweit bist ...“ A21(16)*

D.h. in solchen Fällen muss erst ein Zugang zum/r Patienten/in geschaffen werden, um die im engeren Sinne eigentliche Arbeit, nämlich die medizinisch-pflegerische Versorgung von Wunden, überhaupt in Angriff nehmen zu können. Das bedeutet natürlich einen zeitlichen Mehraufwand, der in den meisten Fällen nicht vorgesehen ist und wiederum zu Zeitdruck in der Arbeit führen kann. Besonders belastend sind Situationen, in denen die DGKS mit offen aggressivem Verhalten von PatientInnen konfrontiert sind.

*„Und das war eigentlich meine einzige aggressive Handlung von einem Patienten an einer mobile Schwester. Aber von Kolleginnen weiß ich, dass öfters Gewalt oder Aggressivität im Spiel ist. Man darf aber auch nicht die verbale Aggressivität vergessen. Die kommt natürlich öfters vor. Ja so wie Schimpfereien, ja ich will es gar nicht erwähnen, was da alles gesagt wird.“ A15(9)*

Das tritt wiederum v.a. im Umgang mit psychisch Kranken und AlkoholikerInnen auf. Belastend wirkt in diesem Zusammenhang auch, dass man in solchen Situationen vor Ort in den meisten Fällen auf sich allein gestellt ist, unmittelbar auf keine Hilfe von außen zurückgreifen kann und zumeist auch über keine entsprechenden Ausbildungserfahrungen verfügt. Es bedarf in solchen Fällen eines besonderen Fingerspitzengefühls um deeskalierend und konfliktlösend zu handeln und das stellt hohe Anforderungen an die DGKS.

Belastend kann das Verhalten von PatientInnen auch wirken, wenn von diesen zum ohnehin schon vollgestopften Tagesplan noch zusätzlich Zeitdruck auf die DGKS

ausgeübt wird. „Denen ist das wurscht, die will um 10, dass Sie da sind. Und ich muss auch sagen, der Zeitdruck vom Klienten her ist extrem belastend, ... Ich habe eine gehabt, die ist mit der Uhr dort gesessen, und hat zu mir gesagt, es waren 5 Minuten nach, ja, ich mein. Das ist schon ein guter Dienstbeginn.“ A16(6) In diesen Fällen ist es von Seiten der PatientInnen fehlende Einsicht in und mangelndes Verständnis für die Zwänge und Unwägbarkeiten, denen die DGKS in ihrer Arbeit unterworfen sind, die Belastungen im Sinne von Stress und Rechtfertigungsdruck entstehen lassen. Belastend ist in diesem Zusammenhang v.a. auch, dass die Arbeit bei solchen PatientInnen in einer angespannten und negativ aufgeladenen Atmosphäre durchgeführt werden muss.

Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die häufigsten Erschwerungen und Belastungen im Zusammenhang mit dem Verhalten von KlientInnen, nach Aussagen in den Interviews, durch den steigenden Umfang der Betreuung psychisch Kranker oder dementer PatientInnen verursacht werden. Es ist v.a. die in solchen Fällen fehlende Kooperationsbereitschaft der PatientInnen, die zu Erschwerungen in der Arbeit führt. Wenn die Krankheitseinsicht fehlt, kein Eigeninteresse an einer Gesundung besteht und dagegen gearbeitet wird oder offene Ablehnung bis hin zur Verweigerung des Wohnungszutritts auftritt, dann entstehen dadurch nicht nur Erschwerungen für die Durchführung der Arbeit, es wird von den DGKS auch als unmittelbare Belastung empfunden.

### **7.1.2. Belastungen aus dem körperlich-seelischen Zustand von PatientInnen**

Die Abgrenzung von den körperlichen und seelischen Leiden der PatientInnen ist eine Grundanforderung in allen Pflegeberufen und Teil der professionellen Rolle von DGKS. Dieser Aspekt wird auch bereits in der Ausbildung berücksichtigt. Insofern haben auch die meisten Gesprächspartnerinnen im Großen und Ganzen gelernt damit umzugehen und in der Regel keine Schwierigkeiten das auch umzusetzen. Es ist bis zu einem gewissen Grad eine Grundbedingung, um diesen Beruf überhaupt über längere Zeiträume ausüben zu können. Dennoch treten immer wieder Situationen auf, in denen eine solche Abgrenzung nicht vollständig gelingt und daraus dann Belastungen entstehen.

*„Sicher nimmt man das mit. Das ist ganz logisch, ned. Ich meine, besonders wenn man eine Beziehung aufgebaut hat zu jemanden. Das ist schwieriger vielleicht, wenn man einen innigeren Kontakt gehabt hat oder denjenigen gut leiden konnte oder so, das auf gegenseitiger Basis, das ist ja meistens der Fall, dann tut einem das schon weh. Aber insofern, man hat in unserem Beruf hat man natürlich auch zu lernen, mit solchen Dingen umzugehen.“ A17(23)*

Diese Passage deutet darauf hin, dass emotionale Abgrenzung nicht als objektive Methode aus dem Werkzeugkasten professioneller Krankenpflege fungiert und einfach in verschiedenen Situationen abgerufen und angewendet werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine grundsätzliche Herangehensweise, die immer wieder auf spezifische Situationen und v.a. auf unterschiedliche Menschen abgestimmt werden muss. V.a. ein emphatisches Pflegeverständnis, wie es bei den meisten Gesprächspartnerinnen vorherrscht, orientiert sich am Interaktionscharakter von Pflegearbeit und stimmt daher den Balanceakt von Nähe und Distanz individuell auf den jeweiligen Interaktionsprozess ab. Selbst wenn man im Laufe seiner Berufspraxis gelernt hat mit solchen

Situationen im Prinzip umzugehen, kann es immer wieder vorkommen, dass einen der körperlich-seelische Zustand bzw. der Tod von bestimmten PatientInnen besonders nahe geht und daraus auch emotionale Belastungen entstehen. Es ist v.a. der Tod und der Prozess des Sterbens von PatientInnen – unter bestimmten Bedingungen - die zumeist solche besonderen Belastungen auslösen.

*„Was mich belastet sind die Krebskranken und wenn es Jüngere sind, also wenn man junge Krebskranke hat. Menschen, wo man halt weiß, das Leben geht zu Ende, und die sehr am Leben hängen oder Familie da ist. Also das belastet mich sehr, sehr.“ A21(17)*

Während obiges Zitat von einer jüngeren DGKS ist, stammt diese Aussage von der erfahrensten und – davon kann man ausgehen - mit allen Wassern der mobilen Pflege und Betreuung gewaschenen Kollegin. Es zeigt, dass zunehmende Erfahrung ohne Zweifel einen wichtigen Faktor im Umgang mit emotional belastenden Situationen darstellt, solche aber trotzdem nicht völlig ausgeschlossen werden können.

Um die Bedeutung dieser Belastungsquelle in die richtige Relation zu bringen, kann folgendes festgehalten werden: Die interviewten DGKS können im Großen und Ganzen mit dem aus körperlichen und seelischen Erkrankungen resultierenden Leid ihrer PatientInnen durchaus professionell distanziert umgehen, können aber daraus entstehende emotionale Belastungen in besonderen Situationen, die v.a. mit dem Tod von PatientInnen zusammenhängen, nicht gänzlich vermeiden. Ich werde auf diesen Aspekt nochmals unter dem Punkt der emotionalen Belastungen zurückkommen.

### **7.1.3. Die „Idipferltreiter“, die „Gscheitn“ und das „Wurschtigkeitsgefühl“ – Erschwerungen und Belastungen aus dem Verhalten von Angehörigen**

In der mobilen Pflege und Betreuung spielen die Angehörigen der PatientInnen eine entscheidende Rolle im Pflegeprozess. Obwohl sie in vielen Fällen eine für die Arbeit positive und unterstützende Rolle spielen, sind sie auf der anderen Seite aber auch eine Quelle bedeutender Störungen für die DGKS. Das Verhalten von Angehörigen kann dabei in mehrfacher Hinsicht Erschwerungen und Belastungen verursachen.

Zum einen ist es die direkte Einmischung in die Art und Weise der Durchführung der Pflegearbeit, die zu massiven Problemen für die Arbeit der DGKS führt. Das kann in einem übertriebenen und starren Festhalten an bestimmten Vorstellungen über die Pflege zum Ausdruck kommen. Jede kleine Abweichung davon im Handeln der DGKS führt zu Unmutsäußerungen und Beanstandungen, mit denen sich die DGKS in einem oftmals mühsamen Prozess auseinandersetzen müssen. Sog. „Idipferltreiter“, wie sie eine Gesprächspartnerin charakterisierte. Eine weitere eng damit in Zusammenhang stehende Form der Einmischung stellt die Anzweiflung und Infragestellung der fachlichen Kompetenz der DGKS durch Angehörige dar, wobei dabei oftmals eine Überforderung im Umgang mit der gesamten Situation dahintersteckt.

*„... die sind oft wirklich schwieriger als die Patienten selber, überfordert, wirklich teilweise, ich kann wirklich sagen zu 80 % überfordert. Und dadurch werden sie dann auch so, sekkant und wissen alles besser und machen sowieso alles besser,*

*und die Schwester macht eh nichts gut oder die Heimhilfe, Pflegehelfer, es kommen dann alle rein in den Topf, da kann man noch so viel organisieren.“ A15(22)*

Im Umgang mit solchen oftmals von Überforderung, Unsicherheit und Ängsten bestimmten Einmischungen von Angehörigen berichten erfahrene DGKS, dass man dabei sehr viel Fingerspitzengefühl an den Tag legen muss, um in einem Überzeugungsprozess das Vertrauen der Angehörigen zu gewinnen und auf diese Weise den anfänglichen Widerstand in eine Unterstützung umzuwandeln. Das gelingt natürlich nicht immer und deshalb muss man sich auch sehr flexibel darauf einstellen und die Vorgangsweise auf die Personen abstimmen. D.h. der Umgang damit hängt zum Großteil mit Erfahrung zusammen, es kommt darauf an ein Gespür zu entwickeln, welcher Umgang für welche Personen adäquat ist. Dabei wird ein ganzes Repertoire ausgepackt, das den guten Schmäh ebenso beinhaltet wie freundliches Eingehen aber auch ein resches, bestimmtes und selbstbewusstes Auftreten bei anhaltendem Störverhalten einschließt. Inwieweit ein solcher in vielen Fällen heikler und schwieriger Abstimmungsprozess gelingt, hängt aber auch mit den Ressourcen der Pflegekräfte zusammen. Wenn sie aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen unter Arbeits- und Zeitdruck stehen, gestresst und abgehetzt in eine solche Situation geraten, dann verfügen sie über geringere Ressourcen, um mit Schmäh, Geduld usw. auf schwierige Angehörige einzugehen. Die Aufgabe wird unter diesen Umständen auch nicht so sehr als Herausforderung gesehen, sondern als zusätzliche Belastung empfunden, was der Qualität der Dienstleistung ebenso abträglich ist, wie der Gesundheit der DGKS.

Neben der direkten Einmischung spielen Formen der passiven Resistenz im Verhalten von Angehörigen ebenfalls eine Rolle. Das hat in der mobilen Pflege und Betreuung insofern eine besondere Bedeutung, weil man, was die Herstellung adäquater Rahmenbedingungen für die Pflege zu Hause, etwa, Besorgung von Verbänden, Medikamenten, Hilfsmittel und Behelfen betrifft, häufig auf die Mithilfe von Angehörigen angewiesen ist.

*„... wenn sie dorthin kommen, die Wohnung völlig verdreckt ist, und Sie sagen, hören Sie, kann man da nicht einmal einen Reinigungsdienst. Und dann werden Sie auch angeschnauzt: ‚Was geht Ihnen das an?‘ Wissen Sie, das sind so Sachen, die Leute sind oft eigenartig. Oder auch, es gibt ja auch sehr viele, die besachwaltet sind, wo dann kein Geld da ist, dass die Heimhilfe die Spritze aus der Apotheke holt oder so was, oder die Medikationen holt, ja. Dann müssen Sie dort anrufen, ja warum ist nichts da? ‚Na, i wer schon kommen‘, also dieses Wurschtigkeitsgefühl oft. Ich weiß nicht, man sieht oft schon wirklich schlimme Situationen mit Angehörigen. ... Es gibt natürlich auch ganz liebe, da darf man eh nichts sagen, die wirklich bemüht sind, die sich um alles kümmern, die schauen, ob alles passt. Aber die unangenehm sind, die sind schwierig, also das ist belastend.“ A19(19)*

Aus dieser Gleichgültigkeit resultieren unmittelbare Erschwerungen für die Arbeit, wenn dadurch die nötigen Arbeitsmittel fehlen und adäquate Bedingungen nicht geschaffen werden können bzw. deren Organisation einen zusätzlichen Aufwand durch die DGKS erforderlich macht, und dadurch Zeitdruck entsteht. Diese Gleichgültigkeit von Angehörigen den PatientInnen gegenüber bzw. ein herzloser oder sogar aggressiver Umgang hat aber für die DGKS auch noch eine Dimension emotionaler Belastung. Mit-

erleben zu müssen, wie PatientInnen, bei denen es sich ja vorwiegend um alte Menschen handelt, von Angehörigen beschimpft, finanziell ausgenutzt oder sogar gegen deren Willen in ein Pflegeheim gebracht werden, gehen den DGKS emotional oftmals sehr nahe und werden als sehr belastend empfunden. Wobei natürlich dabei die körperliche und psychische Tagesverfassung der Pflegekräfte selbst eine wesentliche Rolle spielt. „... ja es kommt natürlich darauf an, wenn sie gefestigt sind in Ihrer Person und selbst psychisch gefestigt sind an dem Tag, dann wird Sie das vielleicht nicht so belasten. Man hat wie gesagt auch schlechtere Tage, und dann belastet einen das mehr.“ A17(10/11) Da alle Menschen solchen Schwankungen in der emotionalen Verfassung unterworfen sind, wird diese Form der Belastung auch weiterhin in der mobilen Pflege und Betreuung von Bedeutung sein.

#### 7.1.4. Emotionale Belastungen

Emotionale Belastungen wurden bereits mehrfach als Teilaspekte unter einzelnen Punkten thematisiert. Hier soll noch einmal genauer und fokussiert auf diesen Problemkomplex eingegangen werden. Im Pflegebereich wird das Problem des emotionalen Involvement und daraus entstehender Belastungen oftmals sehr verkürzt als Frage der emotionalen Abgrenzung und damit als Aspekt von Professionalität diskutiert. Es ist bereits angeklungen, dass damit bestenfalls ein Teilaspekt des gesamten Problems erfasst wird und wichtige Charakteristika von Pflegearbeit als interaktiver Arbeit außer acht gelassen werden.

Dazu kommt noch, dass in der mobilen Pflege und Betreuung aufgrund der Rahmenbedingungen eine Vielzahl von Situationen auftreten können, in denen das Entstehen von emotionalen Belastungen nicht einfach als Frage von Professionalität behandelt, d.h. durch Abgrenzung vermieden werden kann. Das betrifft Situationen, in denen man unvorbereitet durch die Wucht der Ereignisse getroffen wird und eine schockartige Belastung erlebt.

*„Oder mir ist einmal passiert, dass ich eine gefunden habe in der Wohnung, die gestürzt ist, da hat man gesehen, die hat einen Kampf gehabt in der Wohnung, und muss tagelang schon tot gewesen sein. Also das sind so Situationen, das ist ein Bild auch gewesen, was mich 14 Tage verfolgt hat, ja, wo ich mit niemandem reden habe können, dass ich das jetzt für mich verarbeite. Weil am nächsten Tag bin ich ja wieder draußen. Also ich hab gar nicht die Zeit, dass ich jetzt sage, ich muss mich da jetzt irgendwo hinsetzen, und ich muss das jetzt einmal ..., dass ich einmal eine Pause mache kurz, und dass ich dann zum Nächsten fahre.“ A16(4)*

Dadurch, dass die mobile Pflege und Betreuung eine Form aufsuchender Pflegearbeit ist, spielen die sozialen Verhältnisse der PatientInnen und ihr Umfeld eine weitaus größere Rolle als in stationären Einrichtungen. Mobile DGKS werden mit der Gesamtheit an sozialen Problemen der PatientInnen konfrontiert, die neben den medizinischen und pflegerischen auch unmittelbar menschliche Aspekte aufwerfen, die entweder die Arbeit direkt betreffen aber auch als indirekte Faktoren von den DGKS nicht immer einfach beiseite geschoben werden können. Etwa Fälle von materieller Armut, „dass sich manche Leute wirklich überlegen, leiste ich mir jetzt die Rezeptgebühr oder kaufe ich

mir jetzt die dringend notwendigen Schuhe“, wie eine Gesprächspartnerin berichtet. Oder Situationen von Vereinsamung alter Menschen, was v.a. zu Weihnachten oder anderen Feiertagen besonders nahe geht. Es sind v.a. diese Aspekte, die der mobilen Pflege und Betreuung mehr als anderen Pflegeberufen den Charakter eines ganzheitlichen Sozialberufs verleihen und die Frage der professionellen Abgrenzung zu einer ständigen Gratwanderung machen.

*„Ich meine, ich kann das mittlerweile, es berührt mich noch, aber es ist nicht mehr so, dass ich sage, ich muss die Welt jetzt retten. Aber das ist, ich denke mir, gerade im Sozialberuf sowieso ein ewiges Thema, wir sind ja nicht umsonst dort gelandet, ja. Und da ist also die Grenze zwischen dem, was ich tun kann, und zwischen dem, was mich eigentlich total überfordert, sehr sehr eng, ja. Bleibt natürlich auch wieder bei der jeweiligen Person, wie sie damit umgeht.“ A20(5)*

Wie bereits erwähnt, spielt in der mobilen Pflege und Betreuung die Arbeit mit den Angehörigen eine wesentliche Rolle. Dieser Umstand gewinnt im Zusammenhang mit heiklen, tabuisierten Krankheiten, wie Krebs, eine besondere Bedeutung, da die DGKS in eine hohe Sensibilität erfordernde und manchmal eben auch überfordernde Vermittlerrolle zwischen Patient/in und Angehörigen geraten kann, woraus emotional stark belastende Momente entstehen können.

*„Na ja wenn ich z.B. einen Patienten habe, der ein Karzinom hat, der chemotherapiert ist, der nach Hause kommt zur Gattin, immer weniger wird, ..., dass dann so ein Ehepaar heillos überfordert ist. Sie hat Angst, er wird sterben, er weiß, dass er sterben muss, und das sind immer diese Hin- und Hersprünge, und ich stehe in der Mitte. Das sind dann schon manchmal Situationen, wo es mir dann manches Mal nicht so gut geht, weil ich kann Sie verstehen, wie es ihr geht, aber ihn auch. Aber du musst Vermittler sein zwischen beiden Seiten.“ A18(27)*

Emotionale Belastungen, die einen auch nach Arbeitsende nicht loslassen, entstehen aber auch aus dem Umstand, dass häufig Entscheidungen in unsicheren Situationen getroffen werden müssen, über deren Folgen man sich nicht im Klaren ist. Diese treten dann in Form von Gewissensbissen auf, ob man bei heiklen, unklaren Situationen die richtige Entscheidung getroffen hat. Denn bei einer falschen Entscheidung können die Auswirkungen für den/die Patienten/in bedrohliche Ausmaße annehmen. Das Treffen von Entscheidungen in unsicheren Situationen und die fehlende Kontrolle ist ein struktureller Grundzug der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung. Im Unterschied zum Krankenhaus, stehen die PatientInnen danach nicht unter Beobachtung und somit können fehlerhafte Entscheidungen fataler enden, da bei auftretenden Problemen Hilfe nicht sofort zur Stelle ist.

D.h. in der mobilen Pflege und Betreuung treten immer wieder emotional sehr stark fordernde Situationen auf, für die es keine einfachen Lösungen gibt. Solche Momente beschäftigen einen dann auch zu Hause noch, selbst wenn es sich um erfahrene DGKS handelt, die im Normalfall keine Probleme mit emotionalen Grenzziehungen haben. Sie können allerdings aufgrund ihres emphatischen Arbeitsverständnisses nicht jede erlebte Situation einfach wie einen Lichtschalter ausknipsen. Das funktioniert nicht so einfach und kann auch pauschal nicht mit fehlender Professionalität bezeichnet werden. Manche Situationen berühren sie einfach, weil sie menschenorientiert arbeiten. Es handelt sich

dabei um durchaus emotional starke und selbstbewusste DGKS, die eine Vielzahl von schwierigen Situationen souverän meistern, aber sich eben auch berühren lassen, nicht „überschwemmen“, sondern berühren. Emphatische Pflege ist ohne solche Momente eines emotionalen Sich-Einlassens, aus dem aber auch Belastungen erwachsen können, nicht möglich.

### 7.1.5. *Umgang mit emotionalen Belastungen*

In Zusammenhang mit dem Umgang mit und der Bewältigung von emotionalen Belastungen wirkt sich erschwerend aus, dass in der Organisation der Arbeit kaum Spielräume bestehen, um solche Erlebnisse zu verarbeiten bzw. unmittelbar Hilfe und Unterstützung zu organisieren. Am Beispiel der Gesprächspartnerin, die das Bild der toten Frau mehrere Wochen verfolgte und trotzdem weiter arbeitete, zeigt sich, dass die engen Rahmenbedingungen einen gewissen Druck in diese Richtung ausüben. Durch die geringe Personalbemessung geht jeder Ausfall zu Lasten der Kolleginnen, was den Druck auf die Einzelne erhöht, selbst nach einem solchen Schockerlebnis noch weiter zu arbeiten. Das erhöht und verstärkt wiederum die emotionale Belastung, da sie nicht nur nicht abgebaut werden kann, sondern gleichzeitig die ohnehin anspruchsvolle und dichte Arbeit mit weiteren PatientInnen geleistet werden muss. Wenn erfahrene DGKS im Gespräch erzählen, dass sie sich mittlerweile kleinere Pausen nach hohen emotionalen Belastungssituationen aus Selbstschutz herausnehmen und diese im Nachhinein vertreten, so verweist das darauf, dass solche kleineren Spielräume gegen die Struktur und Organisation der Arbeit durchgesetzt werden müssen, was wiederum ein starkes Selbstbewusstsein und die notwendigen Energien erfordert.

Es existiert zwar die Möglichkeit einer Supervision, aber deren Inanspruchnahme ist aus Zeitgründen in einer Situation, in der akuter Bedarf besteht, nicht möglich und muss dann durch individuelle Bewältigungsformen mehr schlecht als recht ersetzt werden. Fehlende zeitliche Spielräume sind auch der Grund, warum ein Austausch mit Kolleginnen oftmals nicht als Entlastungs- und Verarbeitungsform genutzt werden kann.

*„Die Zeit ist nicht dafür da. Wir sind zwei mal die Woche fix herinnen, das ist Montag und Donnerstag, und am Donnerstag z.B. geht es kaum, da müssen die Kolleginnen, die eine Woche drauf Urlaub haben, die Leute vergeben, es muss das Wochenende vorgelesen werden. Da ist dann immer so eine Hektik, so ein Stress, also ich sehe auch selten, dass du jetzt sagst, komm, jetzt setz' ma uns da her, und jetzt muss ich dir schildern, was mir passiert ist. ... Ich hab schon die Möglichkeit, aber manchmal geht es halt nicht, und dann musst du halt irgendwie alleine fertig werden.“ A16(4)*

Der Austausch mit Kolleginnen ist auch deshalb oftmals schwierig, weil diese selbst bereits an ihren Grenzen, gewissermaßen „voll“ sind und dadurch wenig Freiraum und Energien für die Beschäftigung mit den Problemen anderer Kolleginnen haben. Es laufen schon immer wieder Gespräche, - wenn etwas wirklich Akutes auftritt, dann verweigert man sich nicht, schon allein aus Kollegialität, aber es ist keine dauerhafte, nachhaltige Lösung. Die Möglichkeit zur Supervision einmal in 2 Monaten stellt auch

keine wirkliche Lösung dar, da man sie häufig auch als Interventionsmöglichkeit für akute Krisen bräuchte.

Das bedeutet, dass beim Auftreten von emotionalen Belastungen in vielen Fällen individuelle Verarbeitungs- und Bewältigungsformen von den betroffenen DGKS gefunden werden müssen. Dabei gibt es Unterschiede nach Persönlichkeit und Ressourcen im persönlichen Umfeld sowie nach dem Ziel der Bewältigung (problemorientierte Bewältigung oder dauerhafte Entlastung). Eine Gesprächspartnerin berichtet, dass sie auftretende Probleme mit ihrem Partner besprechen kann, während eine andere gezielt regelmäßig entlastende Aktivitäten in der Freizeit (Laufen, Schwimmen) zum Ausgleich der kontinuierlich hohen emotionalen Belastung in der Arbeit setzt.

Charakteristisch ist aber auch, dass die Verantwortung für die Bewältigung und Verarbeitung der aus der Arbeit entstehenden emotionalen Belastungen zum Großteil von den Betroffenen selbst getragen werden muss. Ein Kennzeichen von individuellen Bewältigungsformen ist, dass sie zum einen je nach Persönlichkeit Unterschiede aufweisen, zum anderen abhängig sind von Schwankungen in der psychischen Verfassung und dadurch nicht immer gelingen.

*„Ja, also man hat so Tage, da will man einfach was loswerden, und sucht sich irgend jemanden, der bereit ist. Und andere Zeiten wieder, da braucht man es nicht, also da, ich glaub' es muss jeder für sich selbst abwägen, ob er jetzt so überfordert ist, dass er sich jemanden zu Hilfe nehmen muss. ... ich kann schlecht abschalten, muss ich zugeben, aber ich bin dann so, ich sitz zu Hause und sitz und sitz, und da rennt der Fernseher.“*

Interviewer: Und bei Ihnen rennt ein anderer Film.

*„Bei mir rennt ein anderer Film genau. Sie haben das sehr schön gesagt jetzt, genau. Bei mir rennt komplett ein anderer Film, und das sehr lange Zeit. Und ich kann nicht gut abschalten, das muss ich zugeben, aber das ist vielleicht meine Eigenschaft, aber ich komme ganz gut zurecht. Ich hab auch sicherlich oft genug Schlafstörungen, weil ich mir schon Sorgen mache, was ist morgen und was ist übermorgen, und ich denke halt leider an sehr viele Dinge gleichzeitig. Oder zu lang nachher noch an verschiedene Dinge. Oder was wird morgen sein.“ A17(23)*

Obwohl die meisten DGKS mit ihrer Verantwortung eigentlich ganz gut umgehen können und diese auch nicht scheuen, kommen immer wieder Situationen zustande, in denen solche Gewissensbisse auftreten. Etwa bei Entscheidungen, PatientInnen nicht sofort ins Krankenhaus einliefern zu lassen, sondern so weit es eben geht in der gewohnten Umgebung zu belassen, im Sinne und zum Wohle des/der Patienten/in oder auf Drängen der Angehörigen. Aber die bohrende Frage, war das richtig, passiert da nichts, lässt die DGKS oft nicht los. Auch wenn sich das Entstehen von Gewissensbissen nie gänzlich vermeiden lässt, so kann doch vermutet werden, dass zunehmende berufliche Erfahrung eine positive Wirkung entfaltet. Zum einen im Hinblick auf größere Sicherheit beim Treffen von heiklen Entscheidungen, zum anderen aber auch bei der Verarbeitung solcher Situationen.



### 7.1.6. *Überforderungen beim Einstieg ins Berufsfeld*

Eine besondere Form von Belastung, die aus dem Charakter der Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung erwächst, sind verschiedene Formen der Überforderung, die gehäuft in der Phase nach dem Berufseinstieg auftreten. Auf die hohen und vielfältigen Anforderungen in der mobilen Pflege und Betreuung im Allgemeinen und auf das auf sich allein gestellte Umgehen mit Situationen, die so gar nichts mit der kontrollierten und dadurch bis zu einem gewissen Grad geschützten Atmosphäre des Krankenhauses zu tun haben, im Besonderen, sind viele angehende DGKS nicht ausreichend vorbereitet. Auch nicht durch mehrjährige Praxis im Krankenhaus.

*„Sicher, wenn man jetzt hinkommt, bei meinem ersten Toten zu Hause habe ich auch geweint, weil ich ganz einfach, ich war mit der Situation plötzlich überfordert, weil ich alleine war mit dem Verstorbenen mit der Heimhilfe, die hat geweint, ich habe geweint. Der Verstorbene ist da gelegen, wir haben beide nicht gewusst, was wir machen sollen, weil ich war gerade einmal 2 oder 3 Monate dabei bei den mobilen. Ich habe nicht gewusst, was ich jetzt tun soll. Und, ja, da war ich ein bisschen überfordert. Aber jetzt geht es schon besser, mit so was umzugehen.“*  
A15(16)

Es sind zum einen solche außergewöhnlichen Situationen von Tod aber auch Umgang mit AlkoholikerInnen u.ä., die überfordern, zum anderen aber auch die Fülle der Anforderungen und Aufgaben, die auf einen zukommen. Anders als im Krankenhaus kann man die sozialen Aspekte der Krankenpflege in der mobilen Pflege und Betreuung nicht aus der Arbeit ausblenden. Da deren Vermittlung aber auch in der Ausbildung zu kurz kommt, fehlen für einen adäquaten Umgang damit in der Anfangsphase vielfach die erforderlichen Kompetenzen. *„Was das Soziale betrifft, man ist sehr überfordert.“* A19(5) Diese können daher oft nur mit der Zeit durch die zunehmende Praxis erworben werden. Auch wenn in den Interviews deutlich wurde, dass je nach Vorerfahrung und Pflegeverständnis die Bedeutung dieser Belastungsaspekte unterschiedlich groß sind, d.h. manche DGKS sich von Anfang an besser und schneller mit den Herausforderungen zurecht finden als andere, kann man doch davon ausgehen, dass es sich um ein verallgemeinerbares Problem handelt, das sich aus den hohen und speziellen Anforderungen in der mobilen Pflege und Betreuung ergibt.

## 7.2. *Belastungen durch die Organisation der Arbeit*

### 7.2.1. *„... da rennen Sie wirklich wie ein Nurmi“: Widerspruch zwischen Personalausstattung und steigenden Arbeitsanforderungen – die größte Belastung*

Das Hauptproblem und damit verbunden die Hauptbelastung, die von den interviewten DGKS geäußert wurde, ist der zunehmende Arbeits- und Zeitdruck. Dieser kommt v.a. dadurch zustande, dass in den letzten Jahren die Schere zwischen steigenden Arbeitsanforderungen und der zur Bewältigung dieser Anforderungen notwendigen Personalausstattung immer weiter auseinander geht. Das führt insgesamt zu einer ungeheuren Intensivierung der Arbeit, die sich bei den DGKS als Dauerbelastung und in der Folge

als Frustration und Demotivierung niederschlägt. Es gibt in den Interviews kein Thema, das sich derart klar und eindeutig durch alle Interviews zieht, wie das Problem des Arbeits- und Zeitdruckes.

Aus den Gesprächen mit den DGKS lassen sich folgende Ursachen für gestiegene Arbeitsanforderungen - hinsichtlich Umfang und Intensität - benennen:

- Es ist in den letzten Jahren zu einer Zunahme von schwereren - im Sinne von pflegeaufwändigeren - Fällen gekommen. Dabei gerät die mobile Pflege und Betreuung von zwei Seiten unter Druck. Zum einen verbleiben PatientInnen, die vor Jahren bereits in einem früheren Stadium ins Pflegeheim kamen, heute weitaus länger zu Hause, zum anderen werden PatientInnen früher aus der stationären Betreuung entlassen. Zudem hat die Zahl der zu betreuenden psychisch Kranken sowie jene dementer PatientInnen zugenommen.

*„... in den letzten paar Jahren werden die schwierigeren Fälle bzw. die arbeitsintensiveren oder lang dauernden Fälle viel mehr. Und unsere Chefin ist von Anfang dabei, seit es die mobilen gegeben hat, und sie sagt auch, also es ist ein Wahnsinn geworden, wie das explodiert ist.“ A17(6)*

- Gleichzeitig werden die PatientInnen immer kritischer, was einen zusätzlichen Zeitaufwand durch anfallende Überzeugungsarbeit erforderlich macht.
- Der Arbeitsaufwand für Administration und Dokumentation ist drastisch angestiegen.
- Für einen damit im Zusammenhang stehenden steigenden Abstimmungsbedarf mit anderen Kolleginnen sind zu wenig Zeitressourcen vorhanden.

Dieser steigende Arbeitsaufwand findet aber keine Entsprechung in einer Aufstockung des diplomierten Pflegepersonals. Das bedeutet, dass mit dem selben bzw. dort, wo keine Nachbesetzungen stattgefunden haben, sogar mit niedrigerem Personalstand ein weitaus größerer Aufgabenumfang bewältigt werden muss. Das ist die Hauptquelle für den in den Interviews geäußerten massiven Arbeits- und Zeitdruck, unter dem die DGKS leiden.

*„Und wir haben im Großteil kein Personal bzw. weniger Personal bekommen, als wir gebraucht hätten. Ja, es sind mehr Bezirke geworden, die auf dem Stützpunkt zusammengekommen sind. Und es ist vom Personal nichts dazugekommen, wenn nicht was abgezogen worden. ... Wir haben eine Fluktuation eine sehr starke in letzter Zeit, und es ist, es kommt einem immer so vor, es fehlen ständig 1 oder 2 Leute, ja, also einfach von der Menge der Arbeit, und das ist schon, also dass das schon seit längerem ist eigentlich, weil es sind bei uns viele weggegangen.“ A17(6)*

Die Personaldecke ist in vielen GSZ so dünn, dass sie unter optimalen Bedingungen gerade noch ausreicht, um die Anforderungen zu bewältigen. Allerdings sind diese optimalen Bedingungen kaum gegeben. Allein schon durch den kurzfristig auftretenden Arbeitsanfall, der dadurch entsteht, dass immer wieder in Schüben PatientInnen aus den Krankenhäusern in die mobile Pflege entlassen werden, entstehen Arbeitsspitzen, zu deren Abdeckung der Personalstand nicht ausreicht. Auch die regelmäßig auftretenden krankheits- oder urlaubsbedingten Ausfälle, die eigentlich zum normalen Rahmen jedes

Berufsfeldes gehören, können mit dem bestehenden Personal nicht kompensiert werden und verursachen Überlastungen.

*„Das ist bei uns halt natürlich auch immer so, dass jemand auf Urlaub ist, auf Fortbildung ist, krank wird. Es gibt ja keine Springerinnen, es gibt auch keinen Ersatz, wir müssen alles untereinander auffangen. Aber Sie müssen so rechnen zwischen 15 und 20 Patienten kommen Sie schon hin. Und das ist halt dann natürlich schon ein Stress, da rennen Sie wirklich wie ein Nurmi.“ A19(2)*

Längere Krankenstände bzw. Abgänge werden nicht in allen Fällen nachbesetzt, was zu einer dauerhaften Reduzierung des Personals führt. Besondere Belastungen treten zusätzlich durch den geringen Personalstand v.a. bei den Wochenenddiensten auf, in denen die hohe Anzahl an zu betreuenden PatientInnen und die durch den wegfallenden Grätzelbezug längeren Wegzeiten den Arbeitstag besonders dicht machen.

Die geringe Personalbemessung führt aber nicht nur zu einer Intensivierung der Arbeit, sondern oft auch zu einer Ausdehnung des Arbeitstages. Die Vielzahl an zu betreuenden PatientInnen kann einfach in acht Stunden nicht bewältigt werden. Da die Anforderungen in der mobilen Pflege und Betreuung durch die Arbeitsintensivierung bei einem Acht-Stunden-Tag ohnehin schon an die Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit gehen, wirkt jede Ausdehnung doppelt und dreifach belastend, wie es eine Gesprächspartnerin formulierte. Dazu kommt noch, dass diese Überstunden, wiederum aufgrund der angespannten Personalsituation, nur schwer als Zeitausgleich konsumiert werden können, was eine entlastungswirksame Kompensation verhindert.

Alle diese Faktoren ergeben schließlich das sich in den Interviews klar herauskristallisierende Bild einer dauerhaften Überlastung vieler DGKS. Dass diese Überlastung bisher keine größeren Auswirkungen auf die Arbeitsqualität bzw. überhaupt auf das Funktionieren des gesamten Systems gezeitigt hat, ist darauf zurückzuführen, dass viele DGKS aufgrund ihres Arbeitsverständnisses die Last dieser Arbeitsbedingungen auf sich nehmen und die Misere dadurch von außen unbemerkt bleibt.

*„... irgendwo, sag ich, pfeifen wir alle aus dem letzten Loch, weil es einfach keine Personalressourcen gibt. D.h. also auch, wenn wir dringend Hilfe brauchen, wir kriegen keine. ... Ja, und wir, sag ich einmal, als Gruppe sind einfach so blöd, sag ich jetzt wirklich, wir sind alle miteinander so blöd und schaffen das trotzdem immer noch, und deshalb wird sich vielleicht auch nicht wirklich was ändern. ... Ja, ja, ich mein, es ist eine zweischneidige Geschichte, es ist uns total bewusst, dass wir also aufgrund unseres Engagements uns eigentlich auch selber belügen, und uns damit selber schaden, ja, weil wir es immer wieder schaffen dann doch durchzukommen.“ A20(12)*

Die niedrige bzw. eigentlich ungenügende Personalbemessung wird durch ein überdurchschnittliches Engagement der DGKS kompensiert, das von Professionalität, Verantwortung den PatientInnen und den Kolleginnen gegenüber und „Liebe zum Beruf“ gespeist wird. Das erfordert aber gleichzeitig ein gut eingespieltes und zusammengeschweißtes Team der DGKS, in dem durch Kenntnis der persönlichen Arbeitsweisen und Belastbarkeitsgrenzen ein flexibles gegenseitiges Aushelfen und Einspringen erst ermöglicht wird. Ohne ein funktionierendes Team könnte die Dienst-

leistungsqualität unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht aufrecht erhalten werden.

Dieses Engagement, die gegenseitige Unterstützung und das Verantwortungsbewusstsein gegenüber den PatientInnen führen aber auch dazu, dass außen, und das heißt v.a. beim verantwortlichen Personalmanagement, der Eindruck entsteht, „der Laden läuft“ auch mit diesem verringerten Personalstand. Aber dieser Schein trägt, denn auf Dauer sind solche Überbeanspruchungen nicht durchzuhalten und es besteht die Gefahr dauerhafter Überforderung, des Ausbrennens, der emotionalen Erschöpfung. Anzeichen davon sind in den Interviews bereits spürbar geworden.

*„Tja, wenn man sehr lange Zeit überbelastet wird, dann vergeht einem die Lust am Beruf, sag ich. Also wenn die Belastung nicht nachlässt, und das dauerhaft immer mehr wird, oder sich einfach nur aufstaut durch das ständige Überbelasten, dann hat man irgendwann, ja, verliert man es, macht es einem keinen Spaß mehr. ... Und wenn man sieht, es sind eigentlich alle so, ... Und sie sind alle so demotiviert, es schweben alle so irgendwie eher so im unteren Bereich als im oberen. Und man kann sich dann nicht so rausholen, was einen dann irgendwie zermürbt ein bisschen, weil man sich denkt, ich habe eigentlich gehofft, dass es den anderen besser geht, und denen geht es aber auch so wie mir. Also uns geht es gleichbleibend so, und es ist kein Lichtblick da am Ende des Tunnels irgendwo.“ A17(30)*

„Im Zweifel für den/die PatientIn“ ist das Leitmotiv, an dem sich die meisten mobilen DGKS in ihrer Arbeit orientieren, damit gleichzeitig Schwächen des Systems auf ihre Kosten kaschieren und so den Widerspruch zwischen steigenden Anforderungen und ungenügender Personalausstattung auf in langfristiger Hinsicht selbstschädigende Weise lösen.

### **„Wir machen schon fast Zettelpflege statt Patientenpflege“ – Widerspruch zwischen Dokumentationsaufgaben und Pflege der PatientInnen**

Die Zunahme von Dokumentationsaufgaben wird von den DGKS als großes Problem und als Widerspruch in ihrer Arbeit erlebt. Diese haben nach übereinstimmenden Aussagen in den letzten Jahren enorm zugenommen, ohne dass dem eine entsprechende Ausweitung der Ressourcen zur Bewältigung dieses gestiegenen Aufwands gegenüber steht. Und zwar weder in personeller noch in zeitlicher Hinsicht.

*„... aber ich denke einmal Administration und das Drumherum ist so enorm gestiegen, ... die Zeit, die uns für Administration zur Verfügung steht, nein, die ist in Wirklichkeit nicht mehr geworden. Die ist in Wirklichkeit nicht mehr geworden. .. und es ist auch für die Klienten manchmal nicht so ganz einsehbar, warum sitzt die Schwester jetzt da und schreibt eigentlich stundenlang, wo es doch eigentlich darum geht, jetzt einen Verband zu machen oder eine Spritze zu verabreichen oder sonstige pflegerische Tätigkeiten zu machen. Also da kommt man dann manchmal schon ein bissl in den Argumentationsnotstand.“ A20(6)*

Für die DGKS stellt sich in diesem Zusammenhang also nicht nur das Problem einer Intensivierung der Arbeit, die sie bewältigen müssen, sondern es bringt sie in einen Zwiespalt zur pflegerischen Tätigkeit, die in manchen Fällen aus zeitlichen Gründen nicht mehr in ausreichendem Maße - im Sinne einer ganzheitlichen Pflege - durchge-

führt werden kann. Durch den Kontrollaspekt der Dokumentation, „weil es heißt ja, was nicht geschrieben ist, ist nicht getan“ A18(36) –, entsteht ein gewisser Zwang diesen Aufgaben Vorrang einzuräumen. Obwohl Umstellungsmaßnahmen ergriffen wurden, hat sich dem Empfinden der DGKS nach die Belastung nicht wirklich reduziert. Auch die Ankündigung einer weitgehenden Vereinfachung im Zuge der Umstellung der Dokumentation auf elektronische Medien stößt auf eine verbreitete, von vielfältigen Erfahrungen gespeiste Skepsis, v.a. was die konkrete Umsetzung betrifft. Eine nachhaltige Änderung dieser Situation wird in einer Aufstockung des Personalstandes gesehen, was aber als unrealistisch eingeschätzt wird.

*„Also vor Zetteln, vor lauter Zetteln, da wirst du noch narrisch. Das ist das, was mich am meisten stört. Ja. Also ich kann mir nicht vorstellen, dass sie sich ändern. Es würde sich nur ändern, wenn wirklich einfach mehr Personal da wäre. Das ist aber nicht geplant. Es ist wieder gesagt worden, ihr braucht's gar nicht glauben, es wird überall gespart auch bei uns. Also was soll sich da ändern.“ A19(3)*

Dabei sehen die DGKS einen Teil der Dokumentation durchaus als sinnvoll für ihre eigene Arbeit an, als Schutz vor etwaigen Vorwürfen an ihrer Arbeit und daraus resultierenden gerichtlichen Konsequenzen. Gleichzeitig ist für sie aber eine 100% Qualitätssicherung „zuviel des Guten“, da man sich ohnehin nicht gegen alles absichern kann. Der in der Dokumentation enthaltene Kontrollaspekt wird von den DGKS aber auch als Zeichen des Misstrauens ihrer Arbeit und ihren Kompetenzen gegenüber wahrgenommen.

### **7.2.2. Erschwerungen durch Informationsmängel an der Schnittstelle zum „Krankenhaus“**

Erschwerungen in der Arbeit der DGKS entstehen auch aufgrund mangelnder bzw. falscher Informationen. Dieses Problem wurde von fast allen Interviewpartnerinnen angesprochen und bezieht sich v.a. auf die zum Teil gravierenden Mängel in der Kommunikation und Kooperation mit den Krankenhäusern. Da die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung zu einem großen Teil aus Nachbehandlungen von aus stationärer Betreuung entlassenen PatientInnen besteht, ist eine gut funktionierende Kooperation und Kommunikation mit den entlassenden Krankenhäusern eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate und möglichst reibungslose Übernahme der PatientInnen.

Dies um so mehr, als die Ankündigung einer solchen Entlassung in der mobilen Pflege und Betreuung in der Regel sehr kurzfristig, innerhalb von 1-2 Tagen erfolgt und der ohnehin komplizierte Arbeitseinsatz der DGKS daher sehr flexibel darauf abgestimmt werden muss. Insofern ist ein möglichst nahtloser Übergang nicht nur ein Gebot, das sich aus der Aufrechterhaltung größtmöglicher Kontinuität in der Pflege und Versorgung der PatientInnen mit ihrer jeweiligen Erkrankung ergibt, sondern auch aus den Arbeitsbedingungen der mobilen Pflege und Betreuung.

Die Mängel in der Information beziehen sich zum einen auf sehr banale, aber in ihren Auswirkungen auf die Arbeit der mobilen DGKS sehr weitreichende Aspekte, wie Angabe falscher Adressen, oder auch falsche Informationen bezüglich der Mobilität

des/der Patienten/in, die dann dazu führen, dass die DGKS vor der Tür stehen und der/die PatientIn nicht öffnet, weil er/sie doch bettlägerig ist. Das verursacht für die DGKS, v.a. wenn der Tagesdienstplan ohnehin schon sehr dicht gedrängt ist, einen unnötigen zusätzlichen Aufwand, der mit hohem Stress verbunden ist.

*„Informationen, ja, das sind große Probleme. ... das ärgste Problem ist wirklich, wenn ich wo nicht rein kann. Oder ich eine falsche Adresse habe, weil das ist ein Problem für mich. Das sind die ersten Instrumente, die man in der Hand hat für die Patientenbetreuung, und wenn die nicht stimmen, dann ist das ein sehr großes Problem, dann hapert es schon einmal da.“ A15(18)*

Ein weiteres Problem, das aus den Schnittstellenmängeln mit den Krankenhäusern resultiert, ist die ungenügende oder fehlende Versorgung mit für die Behandlung notwendigen Mitteln und Medikamenten für die Überbrückungszeit. Ein häufiges Problem entsteht, wenn bei Diabetikern kein Insulin mitgegeben wird. Da die Versorgung von DiabetikerInnen in der Regel sehr früh am Morgen erfolgt, Apotheken daher noch nicht geöffnet haben, ohne Rezept das nötige Insulin auch schwer zu bekommen ist, entsteht daraus für die DGKS ein Wust an Problemen. In dem Dilemma, den/die PatientIn wieder zurück ins Krankenhaus zu schicken, was die einfachste Lösung wäre, oder die Bürde des zusätzlichen Aufwandes auf sich zu nehmen, entscheiden sich die meisten, nicht zuletzt aus ihrer PatientInnenorientierung heraus, für die zweite Variante.

Zusätzlichen Aufwand verursachen auch ungenaue oder sogar falsche Angaben über den Zustand bzw. die Erkrankung des/der Patienten/in. Das kann sich auf die Dosierung der Medikation oder den Zustand bzw. das Vorhandensein von Wunden beziehen.

*„Da gibt es phasenweise ganz großen Mangel, es wird zwar zunehmend besser, ja, aber was also immer wieder von den Krankenhäusern schamhaft verschwiegen wird, das sind also irgendwelche Druckgeschwüre, die man dann halt erst vor Ort sieht ... oder dass Patienten übergeben werden, wo ich also mit der Erwartung hingeh, das ist jetzt ein ganz kurzer Besuch, und dann tut sich dort ein Riesensproblem auf, weil ich einfach von vornherein nicht weiß, was wirklich los ist,“ A20(13)*

Für die mobilen DGKS treten dadurch Erschwerungen und Probleme auf, da ihre Planung und Tageseinteilung auf falschen Prognosen und Annahmen beruhen und sich erst durch das Bild vor Ort das tatsächliche Ausmaß der Betreuung abschätzen lässt und Korrekturen vorgenommen werden müssen.

Es ist daher notwendig, solche Prozesse genauer zu beschreiben, denn nur dadurch wird deutlich, wie sich solche von außen betrachtet scheinbaren Kleinigkeiten zu ernststen Problemen für die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung auswachsen und beträchtliche Schwierigkeiten für die Arbeitskräfte produzieren. V.a. müssen diese „Kleinigkeiten“ in den Gesamtzusammenhang der Arbeit von mobilen DGKS gestellt werden, da erst dann sichtbar wird, welche kumulative und störende Wirkung sie im fragilen und dichten Arbeitsalltag entfalten. Obwohl mobile DGKS aufgrund ihrer Kompetenzen im Prinzip in der Lage sind, mit solchen Unwägbarkeiten umzugehen und sich flexibel auf unerwartete Situationen einzustellen, erschwert es die Arbeit unnötig. Diese Probleme hängen nach Ansicht einiger Gesprächspartnerinnen v.a. damit zusammen, dass in den Krankenhäusern ein völlig falsches und unrealistisches Bild über die Anforderungen,

Möglichkeiten, Ressourcen und Aufgaben der mobilen Pflege und Betreuung besteht. Obwohl die Zusammenarbeit mit verschiedenen Krankenhäusern unterschiedlich gut funktioniert und inzwischen auch ein Projekt zur Verbesserung des Schnittstellenmanagement zwischen Krankenhaus und mobiler Pflege eingerichtet wurde, zählt dieses Problem, zumindest nach den Aussagen in den Interviews, quer durch die einzelnen Gebiete nach wie vor zu einem wichtigen Störfaktor in der Arbeit.

### 7.2.3. *Erschwerungen und Belastungen durch fehlende Ressourcen*

Ein weiteres Problem, das auch in einigen Interviews angesprochen wurde, ist jenes fehlender Ressourcen im Sinne von unterstützenden, die Arbeit erleichternden Hilfsmittel bzw. Rahmenbedingungen. Das Fehlen dieser Ressourcen erschwert zum einen unmittelbar die Arbeit und wird zum andern durch private Ressourcen der DGKS kompensiert. Auch wenn es sich dabei auf den ersten Blick um scheinbare Kleinigkeiten oder Nebensächlichkeiten handelt, so zeigt die nähere Betrachtung und die Zusammenschau, dass damit gravierende Erschwerungen verbunden sind.

Das beginnt damit, dass die DGKS über kein dienstliches Mobiltelefon verfügen. Dabei gibt es gerade in der mobilen Pflege und Betreuung aufgrund der Besonderheiten der Arbeitssituation, die durch das Auftreten täglicher Unberechenbarkeiten gekennzeichnet ist, einen hohen situationsspezifischen und manchmal auch zeitkritischen Abstimmungs- und Klärungsbedarf. Es treten fast täglich Situationen und Probleme auf, die eine rasche und flexible Abstimmung bzw. Erreichbarkeit notwendig machen. Abgesehen von kritischen, rasch zu lösenden Problemen können Abstimmungen, die aus der Situation heraus getroffen werden, den dafür erforderlichen Aufwand entscheidend minimieren und zu einer wesentlichen Vereinfachung beitragen: Etwa wenn bestimmte Stellen und Institutionen zu günstigen Zeiten erreicht werden können und nicht erst nach der Arbeit oder zu den ohnehin dicht gedrängten Zeiten am GSZ.

Die derzeitige Regelung, dass ein Teil der Grundgebühr des Festnetzes von der Dienststelle bezahlt wird, ist kein adäquates Mittel, um dieses Problem zu minimieren oder zu lösen, worauf eine Gesprächspartnerin hinweist: *„Was nutzt mir daheim ein Festnetz, wenn ich im Außendienst bin. Ich kann mir das Telefon nicht mitnehmen, und es nutzt nichts.“* A18(4) Die informelle Bewältigungsform schaut derzeit so aus, dass die DGKS in vielen Fällen ihr privates Handy benutzen, um sich in solchen Fällen die Arbeit zu erleichtern oder kritische Situationen zu entschärfen.

Ein weiterer Punkt, der immer wieder Schwierigkeiten verursacht, sind Parkprobleme mit dem Auto. Für viele DGKS ist das Auto ein wichtiges Arbeitsmittel, v.a. wenn in ihrem räumlichen Einsatzgebiet das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel Flexibilitätsnachteile mit sich bringt, wobei die aktuelle Regelung die Benutzung von Privat-PKW's und die Erstattung von Kilometergeld vorsieht. Parkprobleme entstehen v.a. im Zusammenhang mit Kurzparkzonen in den Einsatzgebieten. Die Tafel mit der Kennzeichnung als mobile Schwester wird in vielen Fällen nicht anerkannt und Strafmandate sind die Folge. Diese können dann zwar ausgeräumt werden, verursachen aber wiederum einen nervenbelastenden und zeitintensiven Mehraufwand bei der Klärung mit

den entsprechenden Stellen. In der Praxis gehen die DGKS mit dem Problem so um, dass sie entweder Kurzparkscheine aus ihrer privaten Tasche bezahlen oder sich unter zusätzlichem Aufwand einen gebührenfreien Parkplatz suchen.

Wie bereits erwähnt, könnte man diese Faktoren als Kleinigkeiten abtun. In Summe (Privathandys, Privatauto, Parkscheine) betrachtet wird aber klar, dass den DGKS zur reibungslosen Ausführung ihrer Arbeit bestimmte Ressourcen fehlen, die von ihnen selbst eingebracht werden müssen. Das stellt v.a. im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Engagement der DGKS und ihrer Überlastung zweifellos einen weiteren wichtigen Minuspunkt in den Arbeitsbedingungen dar. Es bedeutet, dass notwendige Arbeitsmittel nicht in erforderlichem Ausmaß zur Verfügung gestellt werden und vieles von dem, was von den DGKS fast selbstverständlich aufgrund ihrer Klientenorientierung an Privatressourcen in die Arbeit eingebracht wird, eigentlich Aufgabe des Arbeitgebers wäre.

#### **7.2.4. Belastung durch Überforderung aufgrund mangelnder Ausbildung – das Beispiel Umgang mit psychisch Kranken**

Ein Faktor für die gestiegenen Arbeitsanforderungen ist, wie bereits erwähnt, die Zunahme der Betreuung von psychisch Kranken in der mobilen Pflege und Betreuung. Obwohl die mobilen DGKS über sehr breit gefächerte Kompetenzen verfügen und sich in vielen Fachgebieten der medizinischen Pflege, nicht zuletzt aufgrund ihrer Erfahrung, profunde Kenntnisse angeeignet haben, fehlt ihnen auf bestimmten Spezialgebieten doch das nötige Fachwissen. Dieser Umstand kommt v.a. bei der Pflege psychisch Kranker zum Tragen. *„Die sagen oft nur, ja, der Patient ist schizophran, oder der Patient ist manisch oder wie auch immer. Auf der Psychiatrie haben sie die Ausbildung, ich muss alles wissen.“* A18(21) Auf diesem sehr breit gefächerten Fachgebiet wirkt sich die fehlende Ausbildung auch im Empfinden und Erleben der DGKS besonders negativ aus. Denn verschärfend kommt in diesem Fall noch hinzu, dass die DGKS im Gegensatz zu stationären psychiatrischen Einrichtungen in der mobilen Pflege und Betreuung völlig auf sich allein gestellt sind, was immer wieder zu Situationen führt, in denen Unsicherheits-, Bedrohungs- und Angstgefühle aufkommen.

*„Also ich muss sagen, das sind die psychisch Kranken. Also ich war einmal in einer Situation, wo ich mich wirklich gefürchtet habe, ... das war einer mit so einem Rauschebart und so ein riesiger, tapsiger Mann. Ich komm dort hin und stell mich vor, und er brummt mmm jaja. Ich geh hinein, ich war vor ihm, er war hinter mir, er sperrt die Tür zu und zieht den Schlüssel ab. Mhm. ... Mmmmmm, und der hat da herumgemurmelt, und ich hab dann doch den Schlüssel gekriegt. ... Er hat mir nichts gemacht, aber die Situation mit diesem Bären da, also ich muss Ihnen sagen, da war mir schon sehr. Da hab ich innerlich geflippt.“* A21(10/11)

Es ist v.a. die Unberechenbarkeit der Situation, das Gefühl des Ausgeliefert-Seins und die fehlenden Möglichkeiten zur Einschätzung des psychischen Krankheitsbildes und -zustandes solcher PatientInnen, die emotionalen Stress bei den DGKS hervorrufen. Je häufiger solche unsicheren Situationen durch die Zunahme psychisch kranker PatientInnen auftreten, desto virulenter werden die daraus entstehenden Belastungen, desto



brennender wird die Diskrepanz zwischen fehlender Ausbildung, ungenügenden Kompetenzen und adäquater Bewältigung der Situation empfunden.

*„Also das ist auch immer so eine Situation, die ich als sehr belastend empfinde, weil einerseits sage ich, ich bin keine psychiatrische Schwester muss aber trotzdem mit dieser Situation zurecht kommen. ... Ja ich würde sagen, es nimmt eher zu, also Verwahrloste nehmen zu, psychische Erkrankungen nehmen zu, also vor allen Dingen Depressionen nehmen zu, also ich hab relativ viele schizoide Patienten oder paranoide Patienten, das also auch so in Richtung Bedrohung der Pflegepersonen geht, also wo es manchmal wirklich auch um den eigenen körperlichen Schutz geht.“ A20(22)*

Extreme Situationen, in denen es zu körperlicher Bedrohung und Gefährdung kommt, sind dabei nur die, wenn auch extrem belastende, Spitze dieses Problemkomplexes. Auch unter weniger gefährlichen Bedingungen stellt die Betreuung psychisch Kranker ungleich höhere Anforderungen an die DGKS, was vor dem Hintergrund einer ohnehin zunehmenden Arbeitsverdichtung, die daraus entstehenden Belastungen deutlich erhöht. Im gedrängten und verdichteten Arbeitsalltag fehlen vielfach die Spielräume, um die Anstrengungen, die daraus entstehen, entsprechend zu verarbeiten, auszugleichen, abzubauen.

#### **7.2.5. Belastungen aus unrealistischen oder widersprüchlichen Zielvorgaben**

Belastungen ergeben sich für die DGKS aber auch aus widersprüchlichen Zielvorgaben. D.h. die angestrebten Ziele sind mit den zur Verfügung stehenden Mitteln und Ressourcen nicht zu erreichen. Das bezieht sich zum einen auf die auch im Leitbild enthaltene ganzheitliche Pflege, die großteils mit dem Arbeits- und Berufsverständnis der mobilen DGKS übereinstimmt. Allerdings können die Ansprüche an eine solche Ganzheitlichkeit der Betreuung und Pflege v.a. aufgrund der zur Verfügung stehenden, engen zeitlichen Ressourcen oftmals nicht erfüllt werden.

*„Na ja, also rein aus Zeitgründen schon nicht. Also wenn ich, wenn ich das umsetzen möchte, was groß propagiert wird, immer und überall das Ganzheitliche am Menschen zu sehen, also das kann man in vielen Fällen vergessen, weil einfach die Zeit fehlt. Also, wie gesagt, man würde vielleicht mehr und umfassender und vielleicht auch mehr erfahren wollen von familiären Dingen oder so vom Klienten selbst, aber eben die Zeit ist nicht drinnen manchmal.“ A17(15)*

Ein anderes Problem ist die Umsetzung des Ziels, in und durch die mobile Pflege zur Eigenaktivierung und größtmöglichen Selbständigkeit der PatientInnen beizutragen. Obwohl dieser Aspekt in der Wertigkeit der DGKS selbst einen sehr hohen Stellenwert einnimmt, lassen die engen zeitlichen Vorgaben häufig nicht zu, dass ernsthafte Schritte gesetzt und damit Erfolge erzielt werden können.

*„Das ist wichtig, das ist eines der wichtigsten Dinge überhaupt. Ich meine, da sagen sie immer, man soll die Patienten, ja, alle sollen selbständig gehalten werden. Ja, da gehört aber auch wirklich dazu, dass man auch diese Zeit sich nehmen kann, um sie selbständig zu machen. Ja, weil wenn sie aus dem Spital rauskommen, sind sie völlig entmündigt, weil da haben sie ihren routinierten Tagesablauf, so und so geschieht das, und dann sind sie wieder zu Hause, und dann sollen sie*

*auf einmal selber was machen. Im Spital ist oft gar keine Zeit, dass sie das den Leuten erklären oder einmal zeigen.“ A19(9)*

Dabei spielt auch eine Rolle, wie in dem Zitat ausgeführt, dass durch Krankenhausaufenthalte von PatientInnen bereits erreichte Erfolge in diese Richtung wieder zunichte gemacht werden können und Rückschläge auftreten, was wiederum einen Mehraufwand für die mobilen DGKS bedeutet. D.h. hier kommen auch Einflüsse zum Tragen, die nicht im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung selbst liegen, sondern in den Bedingungen der stationären Pflege, wo PatientInnen durch ihre „Einpassung“ in die Strukturen und Erfordernisse des Systems „Krankenhaus“ vielfach nicht als mündige PatientInnen behandelt werden. V.a. bei alten Menschen kann das sehr leicht zum Verlernen von mühselig „Erlernem“ führen. Etwa wenn DiabetikerInnen, wie eine Gesprächspartnerin berichtet, die sich ihre täglichen Insulininjektionen zu Hause selbst verabreichen, das im Krankenhaus wieder aus der Hand genommen wird. Gerade bei älteren Menschen, die oftmals ein im Abbau befindliches und geringes Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten aufweisen, zeitigt dies besonders negative Folgen.

Beide Aspekte von widersprüchlichen Zielvorgaben (Ganzheitlichkeit und Eigenaktivierung einerseits und Zeitressourcen andererseits) führen jedoch dazu, dass sich die Nichterreichung von fest im eigenen Arbeitsverständnis verankerten Zielen der mobilen Pflege und Betreuung bei den DGKS als Frustration und Demotivierung niederschlägt, was auch emotionale Belastungen zur Folge hat. Man möchte sich oftmals mehr Zeit nehmen können, intensiver und ganzheitlicher um die PatientInnen kümmern, nicht zuletzt weil die DGKS darin vielfach Vereinfachungen für ihre Arbeit sehen, „... *vielleicht wären viele Aufgaben einfacher zu lösen, wenn man sich mehr Zeit nehmen könnte.*“ A17(16) Gleichzeitig könnte auf diesem Wege eine hohe Qualität der Dienstleistung mit hoher Produktivität der Arbeit verbunden werden.

## 8. DAS PROBLEM FEHLENDER ANERKENNUNG

Fehlende Anerkennung stellt sich für alle drei Berufsgruppen als Problem - zum Teil in ähnlicher zum Teil aber auch in spezifischer Form. D.h. sie bezieht sich zum einen auf verschiedene Ebenen (Berufsgruppen, Betrieb, Fachbereich Pflege und Medizin, Gesellschaft) und findet zum anderen in verschiedenen Formen ihren Ausdruck.

### 8.1. *Heimhelferinnen*

Viele Heimhelferinnen kamen im Interview auf die fehlende Anerkennung ihrer Arbeit und Leistung zu sprechen. Eines der Hauptprobleme in diesem Zusammenhang ist der Umstand, dass ihre Arbeit, dadurch dass sie in den Wohnungen der KlientInnen stattfindet, von außen unsichtbar bleibt und viele sich deshalb nicht wirklich ein realistisches Bild von den Anforderungen und den Leistungen der Heimhelferinnen machen können.

#### **„Wir sind ja nur die Heimhilfen“ – fehlende Anerkennung im Betrieb**

Die fehlende Anerkennung und die darin zum Ausdruck kommende Diskrepanz zwischen ihrem Engagement und ihrer Leistung und deren Wahrnehmung und Wertschätzung im Betrieb drückt sich für die interviewten Heimhelferinnen in unterschiedlichen Formen aus.

Anerkennung und innerbetrieblicher Status finden ihren Ausdruck in den Ausstattungen und vom Betrieb zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln. Die Heimhelferinnen sind in der mobilen Pflege und Betreuung jene Berufsgruppe mit den höchsten Anteilen an Außendiensten und dadurch auch die den Witterungsverhältnissen am meisten ausgesetzte Gruppe. Zwischen diesem Umstand und der zur Verfügung gestellten Arbeitskleidung wird eine große Diskrepanz wahrgenommen.

*„Dann haben wir so einen komischen Arbeitsmantel, der steif ist, aus Baumwolle. Wo du im Sommer schwitzt als wie, weil's einfach ein Wahnsinn ist. Und das ist find ich, die sind auch im sozialen Dienst. Die kriegen ihr Arbeitsgewand, ihre Arbeitsschuhe, Jacken, was ich was. Und wir kriegen eigentlich nichts. Obwohl wir ja eigentlich mehr draußen sind, weil wir gehen von einem zum andern, von einem zum anderen. Und dass man da, wir haben es schon probiert und so, aber es funktioniert nicht, dass wir so eine schöne warme Jacken kriegen. Oder die Schuhe, wir hackeln den ganzen Tag, es ist ein Wahnsinn. Ich hab im Sommer eine Sehnen-scheidenentzündung vom Fuß her gehabt. Da hat man mir im Spital gesagt, das haben normalerweise nur die Soldaten. Also das sind so Sachen warum klappt das bei der Heimhilfe nicht, aber beim Rettungsdienst ... ich mein da geht's nur ums Prinzip eigentlich. Warum das bei den Heimhilfen, weil sie eh nur die Heimhilfen sind, nicht funktioniert. Und das ärgert uns schon. Weil du musst deine private Jacken jetzt nehmen und wenns schmutzig wird, weil ich hab eine private Jacke und eine Arbeitsjacke. Weil mir grausts dann wenn ich heim komm und dann hängen die Bakterien so auf die Art. Und die kriegen eben die Jacken vom Roten Kreuz.*

*Und wir müssen unsere Privatschuhe und alles private Dings halt. Und das ist irgendwo gemein. Das find ich gemein.“ A5(30)*

Obwohl in diesem Fall die angesprochene Arbeitskleidung auch tatsächlich eine Erfordernis für die Arbeit darstellt, geht es im Kern um die symbolische Bedeutung. Die Heimhelferinnen haben im Betrieb einen geringen sozialen Status und erhalten deshalb keine adäquate Arbeitskleidung. Ihre Arbeit und Leistung ist ihrem Gefühl nach für den Betrieb weniger wert als jene im Rettungsdienst. Dabei geht es nicht um besondere soziale Vergünstigungen, sondern im Kern um eine den Arbeitsbedingungen entsprechende und angemessene Ausstattung.

Defizite in der innerbetrieblichen Anerkennung werden aber auch an fehlendem Verständnis für private Bedürfnisse festgemacht. Etwa wenn, wie im folgenden Beispiel, rechtzeitig angekündigte Veränderungswünsche in der Dienstplaneinteilung nicht berücksichtigt werden.

*„Und dann wollte ich in den Urlaub fahren, habe ich gesagt, bitte nehmt’s mir die letzte Klientin weg, dass ich rechtzeitig zum Flughafen komme, sonst habe ich so viel Stress. Habe ich schon 3 Monate vorher gemeldet. Weggenommen haben sie mir es nicht, haben gesagt, ja sie haben jetzt keine Zeit. Wissen Sie, wie ich hingehetzt bin, dann habe ich müssen zum Schalter rennen ganz vor und habe gesagt, bitte da, habe gleich mein Ticket gezeigt, dass sie mich gleich vornehmen, weil sonst hätte ich das verpasst mein Flugzeug. Und das sind lauter so Situationen, wissen Sie, die mich dann wurmen. ... **man wird nicht richtig ernst genommen.** Ich will nicht sagen, dass das zu Fleiß war, aber wenn man das vorher schon meldet, also da müsste schon ein bissl eingegangen werden.“ A11(19)*

Die Heimhelferinnen haben in diesen Situationen das Gefühl, dass sie als Personen im Betrieb nicht wahr- und ernstgenommen werden. Der Einsatz und das Engagement in der Arbeit unter sehr belastenden Bedingungen, die Flexibilität, die vielfach an den Tag gelegt wird, wird nicht entsprechend honoriert. Sie erfährt keine Entsprechung in einem Entgegenkommen für eigene Bedürfnisse. Der langfristige soziale Tausch, der aus einem gegenseitigen Geben und Nehmen besteht, funktioniert in ihren Augen nicht, sondern es herrscht ein einseitiges Fordern. Man fühlt sich nur als zu funktionierende Arbeitskraft wahrgenommen und nicht als Mensch und Person mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen. Es sind nicht die Einzelbeispiele, sondern die Vielzahl ähnlicher Erlebnisse im Arbeitsalltag, die sich für die Heimhelferinnen zu einem konsistenten Puzzle zusammensetzen und sich im Bild vom „Nicht-ernst-genommen-Werden“ verdichten.

### **„...depperte Heimhilfe, was erzählt mir die“ – Missachtung der erfahrungsbasierten Kompetenzen durch medizinisches Fachpersonal**

Nicht ernst genommen und abgewertet werden die Kompetenzen und das Wissen der Heimhelferinnen über einzelne KlientInnen vom fachlich-professionellen medizinischen Personal, v.a. von Haus- und FachärztInnen, mit denen sie in ihrer Arbeit unmittelbar konfrontiert sind. Eine Gesprächspartnerin schildert, wie sie Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Betreuung eines psychisch Kranken an den betreuenden Facharzt vom psychosozialen Dienst weitergeleitet hat.

*„Und das ist mir dann komisch vorgekommen. Da hab ich die vom PSD darauf aufmerksam gemacht. ... Und ich hab dem Arzt das auch gesagt, er fühlt sich nicht wohl, er sagt, er ist nicht zuhause. Er will wieder in seine Wohnung zurück. Und der hat das immer so, weißt so wie, depperte Heimhilfe, was erzählt mir die. Er ist Psychologe. Das Gefühl hat er mir immer vermittelt. Und ich hab aber meine Aufzeichnungen gehabt und da hab ich wirklich gemerkt, dass das immer Frühjahr, Mai war das wo er eine Woche weg war. Und das war dann der zweite Urlaub, da hab ich dann die Sachwalterin angerufen und hab gesagt, ich hab ja die Meldung dem Arzt schon wochenlang vorher gemacht. Es hätte gar nicht so weit kommen müssen und weil er auch die Sachwalterin angegangen ist.“ A6(5)*

In diesem Fall wurden Kompetenzen, die die Heimhelferin aus der praktischen Erfahrung im alltäglichen Umgang mit dem Klienten gewonnen hatte und ihrer daraus resultierenden Kenntnis seiner Eigenheiten nicht als solche wahr- und ernstgenommen. In der Folge ist es zu aggressiven Handlungen des Klienten gegenüber einer Sachwalterin und ihr selbst gekommen. Was sich hier am Beispiel der Haltung eines Facharztes zeigt, ist ein grundsätzliches Problem, unter dem Heimhelferinnen leiden: ihre in langjähriger Praxis erworbenen und auf Erfahrung basierenden Kompetenzen werden nicht anerkannt. Diese Missachtung wird zumeist aus ihrem geringen Ausbildungsgrad abgeleitet. Aufgrund dessen werden ihnen keine Kenntnisse zugetraut und ihre Äußerungen und Einschätzungen kaum ernst genommen.

### **Dequalifizierung und Entlastung der Heimhilfe-Tätigkeit durch gesetzliche Neuregelung – die Problematik der Professionalisierung**

Durch gesetzliche Veränderungen ist es zu einer Neuregelung der Aufgaben und Tätigkeitsfelder<sup>6</sup> gekommen. Der Einsatz von Pflegehelferinnen kann als Versuch einer stärkeren Professionalisierung der mobilen Pflege und Betreuung gesehen werden. Dabei werden allerdings die durch langjährige Tätigkeit erworbenen erfahrungsgeleiteten Kompetenzen von Heimhelferinnen nicht berücksichtigt. Die stärkere Formalisierung über gesetzliche Regelungen führt zu einer Nicht-Anerkennung bzw. Abwertung erworbener informeller Kompetenzen. Das ist für die Heimhelferinnen um so schmerzlicher, als gerade in der mobilen Pflege und Betreuung aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen praxisrelevante Kompetenzen im Sinne von Erfahrung einen herausragenden Stellenwert einnehmen.

Die Heimhelferinnen bewerten diese Neuregelung durchaus zwiespältig. Auf der einen Seite empfinden sie die Neuregelung als Entlastung, im Sinne einer Reduktion von Verantwortung - Ausüben einer Tätigkeit ohne die entsprechende Ausbildung - und gewissermaßen als Schutz vor Überforderung. Auf der anderen Seite erleben v.a. erfahrene, ältere Heimhelferinnen die gesetzliche Neuregelung als Abwertung ihrer Tätigkeit: als nochmals gesetzlich fest geschriebene Reduzierung auf Putz- und Haushaltstätigkeiten (Imageverlust), als noch stärkere Trennung medizinisch-pflegerischer Tätigkeiten im engeren Sinn und sozialer Aspekte der Arbeit, als Abgehen von der Ganzheitlichkeit der Pflege hin zu einer Reduktion auf Resttätigkeiten (obwohl auch diese keine sind),

<sup>6</sup> Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997; Wiener Heimhilfegesetz 1997.

als Entwertung ihrer in der Praxis erworbenen Fähigkeiten und Kompetenzen (z.B. Dekubituspflege) und damit auch als Verlust einer wichtigen Quelle beruflicher Erfolgserlebnisse und von Befriedigung durch die eigene Tätigkeit, die wichtig sind für die langfristige Bewältigung dieser anstrengenden Arbeit.

*„Ah ich würde sagen in der heutigen Zeit, wenn ich das alles noch machen müsste, noch dazu machen müsste, würde mir die Zeit noch weniger reichen. Also es ist eine Entlastung. Andererseits dieses Erlebnis, was ich hatte, das hatte ich, Gott sei Dank hatte ich das damals und das war für mich ein wunderbares Gefühl, dass ich was machen durfte, was einem Menschen geholfen hat. Also ich würde das heute so betrachten, was ich heute nicht mehr machen darf und auch die anderen haben gesagt, ja das was ich so treffe die Alteingesessenen möchte ich sagen, wenn man sich da so zusammensprechen und über damals, die damalige Zeit beim Roten Kreuz sprechen, da kommen schon einige Sachen auch von anderen Kolleginnen, die sagen, ja das haben wir früher wirklich alles gemacht und das ist wunderbar gegangen.“ A11(11)*

**„Die hilft ein bissl im Haushalt, ned“, „... bleder Putzfetzn sogn’s immer alle“ –  
Fehlende gesellschaftliche Anerkennung**

Auf der gesellschaftlichen Ebene leiden die Heimhelferinnen unter dem geringen Image ihres Berufsbildes, das vielfach von überkommenen Klischees, geschlechtsspezifischen Stereotypen und Abwertungen geprägt ist. Die gesellschaftliche Bewertung der Pflege alter Menschen ist ohnehin gering und je geringer die konkrete Erfahrung damit ist, desto größer ist die Unwissenheit über das, was in diesem Beruf eigentlich geleistet wird. Das trifft die mobile Pflege und Betreuung stärker als den übrigen Pflegebereich und hier wiederum jene, die rangmäßig auf der untersten Stufe stehen.

*„Also ich würde einmal sagen, das Image so einer Heimhilfe ist sehr gering. Sowohl von den verschiedenen anderen Berufsgruppen als auch von der Öffentlichkeit. Also die Öffentlichkeit hat überhaupt keine Ahnung, eben was eine Heimhilfe leistet. Und das wird eben so als Dienstverhältnis angesehen, na ja die tut zusammenräumen und das war es dann. Und eine Frau macht das sowieso, und einer Frau steht das sowieso zu, dass die mehr für Familien und so Sachen zuständig ist, ja, das ist leider das Problem.“ A3(25)*

Die gesellschaftliche Abwertung von professioneller Pflege- und Haushaltsarbeit korrespondiert mit jener der unbezahlten Formen und verknüpft sich in beiden Bereichen mit dem weiblichen Geschlecht. Den Heimhelferinnen schlägt diese Abwertung in den Reaktionen auf ihre beruflichen Tätigkeit entgegen. Wobei hier durchaus Differenzierungen vorgenommen werden. Personen, die selbst bereits über Erfahrungen mit der Tätigkeit von Heimhelferinnen verfügen, etwa weil Angehörige betreut wurden, weisen eine durchaus der tatsächlichen Leistung angemessene Wertschätzung ihrer Arbeit gegenüber auf.

## 8.2. *Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und Pflegehelferinnen beim WRK*

Für die DGKS spielt das Problem fehlender Anerkennung nicht so eine große Rolle wie für die Heimhelferinnen, v.a. was die innerbetriebliche Ebene anlangt. Ihr sozialer Status im Betrieb ist aufgrund der fachlichen Ausbildung von vornherein höher. Probleme kann allerdings die unterschiedliche Bewertung der verschiedenen Aspekte ihrer Arbeit verursachen. Während die direkt medizinisch-fachlichen Aspekte der Arbeit als eigentlicher Kern der Pflege angesehen werden und hohe Bewertung im Rahmen des Professionalisierungsdiskurses erfahren, wird der kommunikativen Seite wenig Bedeutung beigemessen und dadurch auch wenig Anerkennung zuteil.

*„Was vielleicht zu kurz kommt, ist dann eben die psychische Betreuung, du gehst dann hin, zack, zack, machst alles, es ist zwar alles picobello sauber, aber du hast dann eben den Aspekt der psychischen Betreuung ja, dass du mit dem redest oder. Das kannst du vergessen, also das bleibt dann hintennach. Aber ich meine, das ist ganz klar, weil ich meine für Reden, Reden ist ja auch keine Arbeit, nicht, ich meine, das ist ja auch nicht ... Von der Außensicht: sich mit dem zu unterhalten oder mit dem zu reden ist ja auch keine Arbeit, ja, das wird weder im Spital oder sonst irgendwo als Arbeit angesehen, wenn ich mich mit dem auseinandersetze oder der mir sein Problem ... und ich rede mit dem und dem geht es dann besser oder auch nicht, ja, was auch immer. Das ist ja auch keine Arbeit und als solches auch nicht anerkannt. Arbeit ist, wenn ich dort den und den Handgriff mache.“*  
A4(24)

„Reden ist keine Arbeit“ und wird bestenfalls als Nebensächlichkei gesehen. Das bedeutet für die DGKS eine Reduzierung ihrer Arbeit auf den unmittelbar technischen Aspekt im medizinischen Sinne und darüber hinaus, dass ihr Arbeitsverständnis, das vielfach der Herangehensweise einer emphatischen Pflege entspricht, bis zu einem gewissen Grad negiert wird. „Das Nicht-Erkennen um was es eigentlich geht“, wie es eine Gesprächspartnerin ausdrückt, hinterlässt Wunden in ihrem Selbstverständnis, weil daran auch ihre sehr stark ausgeprägte berufliche Identität gebunden ist. Außerdem führt es unter den finanziellen Rahmenbedingungen, denen die mobile Pflege und Betreuung unterworfen ist, immer wieder zu Rechtfertigungsdruck und Argumentationszwängen gegenüber Vorgesetzten, was den dafür notwendigen zeitlichen Aufwand für die Pflege betrifft.

Über die betriebliche Ebene hinaus spielt fehlende Anerkennung zum einen im Zusammenhang mit dem Kontakt zu ÄrztInnen eine gewisse Rolle, und zwar in Form von Nichtanerkennung ihrer fachlichen Kompetenzen. Obwohl das nicht auf alle (Haus-)ärztInnen zutrifft, ist das Bild von den ‚Schwestern, die sich nicht auskennen‘ doch noch einigermaßen verbreitet. Das drückt sich in Widerständen gegen fachliche Vorschläge der DGKS in bezug auf die Pflege bzw. die Änderung von Therapien aus. Auch hier werden den erfahrungsgeleiteten Kompetenzen, die sich DGKS durch jahrelangen Umgang z.B. in der Versorgung von Wunden angeeignet haben, von ÄrztInnen oftmals wenig Bedeutung beigemessen. Das kann durchaus auch zu einer emotionalen Belastung werden, wenn zum einen eigene Kompetenzen (die man aufgrund von Erfahrung und der ständigen Nähe hat) aufgrund von Statusunterschieden nicht wahrgenommen und

anerkannt werden (ein Arzt kann sich von einer Schwester nichts sagen lassen, keine Fehler zugeben), zum anderen, dass man zuschauen muss, wie mit falschen Therapien die eigene Arbeit erschwert wird und sich kein Erfolg einstellt.

Zudem haben einige DGKS auch das Gefühl, dass die Gesellschaft kein wirklich realistisches Gesamtbild davon hat, was in der mobilen Pflege und Betreuung geleistet wird: „*die tut eh nur Füße waschen, oder was weiß ich*“. In diesem Zusammenhang wird v.a. eine fehlende gesellschaftliche Anerkennung aufgrund von Unkenntnis und Unwissenheit über die tatsächlichen Anforderungen und Leistungen angesprochen.

Dasselbe trifft auf die Pflegehelferinnen zu, die ebenfalls das Gefühl haben, dass ihre Arbeit, die sich innerhalb der vier Wände der KlientInnen abspielt, von der Gesellschaft außen, krass unterschätzt wird. „*Ja weil einfach die Freunde nicht viel anfangen können damit. Die denken sich, na dein Job ist sicher nicht schwierig. Du gehst dorthin, tust ein bissl waschen und dann gehst wieder.*“ (A9 22) Auch bei den Pflegehelferinnen spielt der Umstand eine Rolle, dass nicht die gesamte Bandbreite ihrer Arbeit in allen wichtigen Dimensionen wahrgenommen wird.

*„... dass es überhaupt einmal geklärt wird und transparent gemacht wird, dass es das gibt und dass das was Eigenständiges wird, würde ich mir wünschen, also dass das nicht diese Hilfsschwester bleibt, sondern dass das auch ein eigener Tätigkeitsbereich ist, der zwar angeleitet wird aber trotzdem, ja. ... Insgesamt, wenn ich jetzt die Berufsgruppe des Pflegehelfers hernehme, ist es vielleicht nicht ganz klar, wieweit jetzt die psychische Betreuung und die Gespräche hineinfließen und wie wichtig das eigentlich ist und wie belastend das manchmal auch sein kann.“*  
A12(24)

D.h., aus der Sicht der Pflegehelferinnen werden die aus der Arbeit entstehenden Anforderungen und die zu deren Bewältigung notwendigen Kompetenzen nicht im realen Ausmaß wahrgenommen. Darüber hinaus zeigt sich aber auch, dass die Pflegehelferinnen, deren Berufsbild erst seit relativ kurzer Zeit existiert, auch Probleme mit der Bestimmung und Anerkennung dieses Berufsbildes als eigenständiger und qualifizierter Pflegeberuf haben.

### **8.3. *Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bei der MA 47***

Die Frage der Anerkennung der mobilen Pflege und Betreuung und der darin beschäftigten Pflegekräfte in der Gesellschaft aber auch im gesamten Berufsfeld der Krankenpflege wird von den interviewten DGKS zum überwiegenden Teil negativ beurteilt. Dabei spielt v.a. der Umstand eine Rolle, dass die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung von außen kaum wirklich beurteilt werden kann und vielfach Unwissenheit über die tatsächlichen Anforderungen, die benötigten Kompetenzen und Fähigkeiten und die auftretenden Belastungen vorherrscht. Daraus resultieren sehr starre, klischeehafte und abwertende Vorstellungen und Bilder über die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung.

*„Ich glaube, das wird nicht wirklich gesehen, das ist für die meisten so was Diffuses. ... Also so die Anerkennung von außen ist eher nicht sehr groß. Das ist so. Na*



*ja dass es immer noch so eine Hilfsarbeit ist, so etwas, das halt gemacht wird, so ein Opferdienst, also ich ärgere mich immer, wenn jemand sagt, ach, du bist so mitfühlend, oder du bist bereit so viele Opfer zu bringen. Das ist etwas, das ich überhaupt nicht sehe, es ist meine Arbeit, die einfach sehr viel Wissen und sehr viel Kompetenz und sehr viel Erfahrung braucht. Es wird also von, ich glaub, von der Qualität her nicht sehr gesehen oder anerkannt. Die Leute haben teilweise auch keine Vorstellung, was da wirklich passiert. Also wenn ich sage, ich arbeite in der Hauskrankenpflege, ist die erste Frage, musst du auch kochen und einkaufen? Weil Heimhilfen das kennt man, aber so einen Pflegedienst zu Hause, das ist doch eher etwas, obwohl es uns schon 25 Jahre gibt noch immer nicht etwas, was die Bevölkerung kennt oder damit umgehen kann.“ A20(25)*

Dieses Zitat stammt von einer erfahrenen DGKS, die sich im Interview v.a. durch ihr ganzheitliches und emphatisches Pflegeverständnis auszeichnete. Obwohl also für sie soziale und medizinisch-pflegerische Aspekte in ihrer Arbeit wie selbstverständlich eine Einheit bilden und die eigentliche Qualität der Pflege ausmachen, wehrt sie sich gegen eine Reduzierung auf das rein Soziale und Fürsorgliche und die damit verbundenen Abwertung. Es ist die Nicht-Anerkennung ihrer pflegerischen Professionalität, die in solchen Bildern zum Ausdruck kommt, die die DGKS v.a. in ihrer fest verankerten beruflichen Identität ins Mark trifft. Es ist die hohe Qualität der Arbeit und die damit verbundenen Leistungen und deren Funktion für die Gesellschaft im Allgemeinen, die von außen nicht gesehen und auch nicht gebührend anerkannt werden.

Auf der anderen Seite findet sich – v.a. innerhalb des Berufsfeldes – wiederum eine ins Gegenteil verzerrte Wahrnehmung ihrer Arbeit. Diese bezieht sich auf eine Reduktion bzw. Dominanz von medizinisch-pflegerischen Aspekten bei der Bewertung der Arbeit und ihrer Qualität. D.h. in diesem Fall sind es gerade die kommunikativen und sozialen Aspekte, die eine niedrige Bewertung erfahren.

*„Ja, das ist sehr wichtig, aber eigentlich für uns. Für den Dienstgeber da zählt, ich habe die Wunde versorgt, die ist bandagiert, und die Wunde schaut so aus, und die Wunde wird so, aber das andere rundherum, das ist eine zusätzliche Arbeit, die glaube ich da gar nicht so bewertet wird. Also bei der Statistik zählt nur wieviel Füße haben wir verbunden, wieviel Bäuche haben wir verbunden, wieviel Katheter haben wir gewechselt, wieviel Insulin haben wir gespritzt, aber das andere ist nicht, wird eigentlich kaum bewertet, eigentlich nicht.“ A21(20)*

Auch in diesem umgekehrten Fall einer Verzerrung durch Reduktion auf medizinische Aspekte fühlen sich die DGKS in ihrem Pflegeverständnis nicht anerkannt. Diese Nicht-Anerkennung von sozialen und kommunikativen Elementen in ihrer Arbeit hat aber auch unmittelbar negative Auswirkungen auf ihre Arbeit in Form von Zeitvorgaben, in denen die Erfordernisse einer ganzheitlichen Pflege nicht berücksichtigt werden. Die DGKS werden dadurch in ihrer Arbeit unter Druck gesetzt, den Widerspruch zwischen ihrem ganzheitlichen Pflegeverständnis und den von Reduktion auf medizinische Aspekte bestimmten Rahmenbedingungen auszubalancieren.

Wobei die Nichtwahrnehmung der in der Arbeit enthaltenen sozialen Aspekte von den DGKS durchaus auch in ihrer gesellschaftlichen Dimension gesehen wird, in der die Beschäftigung mit Randgruppen und deren sozialen Problemen verdrängt und ausgeblendet wird.

*„Die Leute verstehen es nicht, sie interessiert es auch gar nicht, weil mit so was will man ja nichts zu tun haben. Sie wissen eh, so eben wie Einsamkeit und Armut, das mag man ja gar nicht hören, mit dem will man ja nichts zu tun haben. ... Teilweise schon, aber die sehen auch eher die medizinische Komponente, die soziale Komponente, da wird auch nicht gern hingehorcht, das wird kaum gesehen.“*  
A19(21)

Dieser Faktor der Unterschätzung sozialer und kommunikativer Faktoren in der Pflegearbeit bestimmt auch die Abwertung, der die mobile Pflege und Betreuung innerhalb des engeren Berufsfeldes unterliegt. Die Anerkennung unter Berufskolleginnen aus Krankenhäusern ist in der Regel äußerst gering.

*„... wie ich gesagt hab, im Krankenhaus, ich gehe zu den mobilen Schwestern, gerade dass sie nicht gesagt haben, da bist du ja nichts anderes als eine Bedienerin. Weil die überhaupt keine Ahnung gehabt haben, hatte ich ja auch nicht, wie das Berufsbild heraußen überhaupt aussieht, ja. ... Von den Kollegen im Krankenhaus werden Sie angeschaut wie ein Döderl nach wie vor, nicht alle, aber viele. Also Prestige haben Sie keines, das ist überhaupt so ein Trend, dass Sie in der Altenpflege als Schwester überhaupt wenig Prestige haben. Am Anfang hat es mich gestört, heute ist es mir wurscht, weil ich weiß, was ich tu. ... Weil die Altenpflege überhaupt, früher war es so, wer ist ins Pflegeheim gegangen, entweder bist du strafversetzt worden oder warst ein Hilfspersonal. Es gibt ja innerhalb des Krankenhauses eine gewisse Hierarchie. Die normale Schwester, dann kommt die Intensivschwester, die Anästhesieschwester und oben steht die heilige OP-Schwester, so, und jetzt gehen Sie in die Altenpflege, und das ist heraußen, es ist im Grund genommen Altenpflege. Wer geht denn dort schon hin, so unter dem Motto.“* A19(16)

Auch innerhalb der medizinischen Hierarchie wird die Betreuung von alten Menschen als „niedriges“ Fach angesehen. Hohe Anerkennung erhalten komplizierte medizinische Fächer, innere Medizin, u.ä. Die Zuerkennung von Anerkennung hängt demnach v.a. mit den Krankheiten, der technischen Ausstattung im Fachgebiet usw. zusammen und nicht mit der Pflege und medizinischen Betreuung von Menschen an sich. Je mehr soziale Aspekte im pflegerischen Berufsfeld eine Rolle spielen und je weiter weg sich dieses von ausschließlich technischem und medizinischem Wissen entfernt, desto niedriger ist die (fachliche) Anerkennung. Darin offenbaren sich stark männlich dominierte Perspektiven und Bewertungsmuster, in denen männlich konnotierte Technik und akademisches Wissen hoch und Fürsorge, soziale und kommunikative Aspekte - als weiblich konnotiert - niedrig bewertet werden.

Dazu kommt noch der Umstand, dass die mobile Pflege und Betreuung ein Feld ist, das sich aufgrund seiner Struktur durch eine größtmögliche Nähe zum/zur Klienten/in (der/die auch eine eigenständigere Position einnimmt) und sich gleichzeitig durch eine erhebliche Ferne von unmittelbarer ärztlicher Kontrolle auszeichnet. Das heißt, man könnte auch vermuten, dass der Status von Krankenschwestern sehr stark durch ihre räumliche und sachliche Nähe zum Arztberuf bestimmt ist und dabei sozusagen der hohe soziale Status von ÄrztInnen auch auf Krankenschwestern abfärbt. Während sich die DGKS in der mobilen Pflege und Betreuung in einer großen räumlichen Distanz zu ÄrztInnen bewegen und nicht zuletzt dadurch auch einen hohen Grad an Eigenständigkeit und Selbstverantwortung in ihrer Arbeit aufweisen, der im Gegensatz zu den hierar-

chischen Ordnungen im Krankenhaus steht. Auch dieser Aspekt könnte bei der Unter- und Abwertung der mobilen Pflege und Betreuung innerhalb der Pflegeberufe eine Rolle spielen.

Während man, wie vorher angedeutet, im Krankenhaus davon sprechen kann, dass Krankenschwestern in kleineren Dosen an der Bewertung des medizinischen Fachbereichs mitpartizipieren, so kann auf der anderen Seite gesagt werden, dass der niedrige soziale Status von alten Menschen ebenfalls auf jene, die sie pflegen und betreuen, abfärbt.

*„Aber der alte Mensch, der behinderte Mensch, der psychiatrische, der ist im Gros irgendwo letzte Schublade, und das tut mir weh, weil ich denke mir, wir sind überaltert, wir werden immer älter, ja, und das Verständnis ... Warum wird ein alter Mensch behandelt wie ein kleines Kind?“ A18(28)*

Es drängt sich daher der begründete Verdacht auf, dass sich der niedrige soziale Status von alten, gebrechlichen, verwirrten Menschen in unserer von Leistung, Produktivität und Marktmechanismen dominierten Gesellschaft auch auf die Arbeitskräfte, die mit dieser Gruppe von Menschen arbeitet, überträgt. Von außen wird diese Arbeit als wenig anspruchsvoll, mäßig interessant und kaum herausfordernd betrachtet und bewertet. Das steht allerdings in diametralem Gegensatz zu den tatsächlichen Arbeitsanforderungen und den dafür notwendigen Kompetenzen und Fähigkeiten.



## **9. BELASTUNGSFAKTOREN IN DER MOBILEN PFLEGE UND BETREUUNG: ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN**

In diesem Abschnitt werden abschließend die wichtigsten Belastungen noch einmal zusammengefasst. Dabei wird versucht, die mobile Pflege und Betreuung als gesamtes Feld in den Blick zu nehmen und gleichzeitig in einer vergleichenden Perspektive, die unterschiedliche Betroffenheit der einzelnen Berufsgruppen, sowie Unterschiede, die sich aus spezifischen Problemstellungen der beiden Organisationen erklären, herauszuarbeiten. Darüber hinaus werden zu einigen Aspekten auch Schlussfolgerungen gezogen, die sich auf grundsätzlichere Überlegungen zur mobilen Pflege und Betreuung beziehen.

### **9.1. Belastungen aus dem interaktiven Charakter der mobilen Pflegearbeit**

Für alle drei Berufsgruppen entstehen Erschwerungen und Belastungen in der Arbeit, die sich aus den Charakteristika der mobilen Pflege und Betreuung selbst ergeben. Das ist zum einen das Verhalten von KlientInnen, die im Gegensatz zu stationären Einrichtungen weniger eine unterwürfige PatientInnenhaltung als vielmehr selbstsichere KundInnenhaltung an den Tag legen. Obwohl die Pflegekräfte im Prinzip sehr gut mit dieser eigenständigeren Stellung der KlientInnen umgehen können, entstehen daraus Belastungen. V.a. im Zusammenhang mit abweisenden Reaktionen bzw. dem Verhalten von Problemfällen, wie AlkoholikerInnen und psychisch Kranken, wo Pflegekräfte mit direkt aggressivem Verhalten konfrontiert werden.

Die hauptsächlichste Störquelle für ihre Arbeit aus diesem Bereich, ist, über alle drei Berufsgruppen hinweg, das Verhalten von Angehörigen. Das bedeutet nicht, dass Angehörige prinzipiell ein Erschwernis darstellen. Diese können durchaus auch als Ressource und Unterstützung fungieren. Aber es kommt eben durchaus häufig vor, dass aus dem Verhalten von Angehörigen Belastungen resultieren. Die Palette reicht dabei von direkter Einmischung in die Arbeit in Verbindung mit unrealistischen, überzogenen Vorstellungen und Ansprüchen und der darin zum Ausdruck kommenden Nicht-Anerkennung ihrer (Fach-)Kompetenz. Sie setzt sich fort in Problemen bei der Bereitstellung von notwendigen Behelfen und Materialien aufgrund von rigidem Kostendenken. Und sie endet beim Umgang mit dem/der Klienten/in, der bei den Pflegekräften zum einen emotionale Belastungen durch herzlose Behandlung hervorrufen zum anderen aber auch negative Auswirkungen auf das Verhalten des/der Klienten/selbst und somit auf ihre Arbeit haben kann. Das Ausmaß, das diese Störungen annehmen können, sind bei den HeimhelferInnen am größten, da diese in der Regel auch mehr Zeit als die anderen beiden Berufsgruppen bei einem/r Klienten/in verbringen.

## 9.2. *Belastungen aus den organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit*

Neben den Belastungen aus der Arbeit selbst, spielen in der mobilen Pflege und Betreuung solche, die aus der Organisation und den Rahmenbedingungen der Arbeit entstehen, eine wesentliche Rolle.

Für die DGKS bei der MA 47 ist der Widerspruch zwischen den steigenden Arbeitsanforderungen und der personellen Besetzung das brennendste Problem und der daraus resultierende Arbeits- und Zeitdruck die größte Belastung. Der Zunahme von pflegeaufwändigeren Fällen und dem gestiegenem Arbeitsaufwand für Dokumentation stehen gleichbleibende oder sogar geringere zeitliche und personelle Ressourcen gegenüber. Ist die Personaldecke in vielen GSZ so dünn, dass der (unregelmäßig anfallende) Arbeitsaufwand unter normalen Bedingungen bereits hohe Anforderungen stellt, so treten durch krankheits- oder urlaubsbedingte Ausfälle kaum mehr verkraftbare Überlastungen auf. Diese Entwicklung führt nicht nur zu einer Intensivierung der Arbeit der DGKS sondern auch immer wieder zu einer Ausdehnung des Arbeitstages. Wobei zu beachten ist, dass jede Überstunde nach einem Acht-Stunden-Tag hoher Anforderungen und Arbeitsdichte doppelt belastend wirkt. Die Aussage einer Gesprächspartnerin „*wir pfeifen alle aus dem letzten Loch,*“ ist nur ein Ausdruck davon, dass diese Entwicklung bereits in vielen Fällen zu einer dauerhaften Belastung und Überforderung geworden ist und emotionale Erschöpfung und Burnout als reale Gefahr in sich birgt. Dazu trägt auch der Umstand bei, dass viele DGKS aus Verantwortung den KlientInnen gegenüber und aufgrund der starken Identifizierung mit ihrem Beruf diese Defizite durch überdurchschnittliches Engagement kompensieren, was ebenfalls nicht auf Dauer durchzuhalten ist. V.a. hat dies auch die problemverdeckende Wirkung, dass von außen der Eindruck entsteht, „der Laden läuft ohnehin auch mit reduzierter Belegschaft“.

Auch bei den Heimhelferinnen ist es der Zeitdruck, der die größten Belastungen verursacht. Es handelt sich dabei eindeutig um eine Belastung, die aus den Rahmenbedingungen der Arbeit und der Art und Weise der Arbeitsorganisation entsteht. Der Zeitdruck weist mehrere Dimensionen auf: Er ist zum einen direkte Folge der unrealistischen, pauschalisierten Wegzeitenregelung von fünfzehn Minuten von einem/r Klienten/in zum/r nächsten und wird durch die Einführung geteilter Dienste, die wiederum zu einem Anstieg der Fahr- und Wegzeiten geführt hat, verschärft. Verzögerungen im Tagesablauf kumulieren durch das enge zeitliche Korsett und die strikte Abfolge der einzelnen Hausbesuche im Schneeballeffekt zu größeren Rückständen im Zeitplan, was wiederum Beschwerden von KlientInnen nach sich zieht und ständige Rechtfertigungen erforderlich macht.

Auch klagen die HeimhelferInnen, ähnlich den DGKS bei der MA47, über fehlende personelle Spielräume zum Abfedern von Arbeitsspitzen oder die Kompensation von krankheits- und urlaubsbedingten Ausfällen, was Phasen extremer Belastungen nach sich zieht. Ein Aspekt, der auch von den Pflegehelferinnen als wichtiges Problem genannt wurde. Auch in diesem Zusammenhang kann von dauerhaft hoher Belastung mit Tendenz zur Burnout-Gefährdung gesprochen werden. Dies ist v.a. im Zusammen-

hang mit den ohnehin hohen körperlichen und psychischen Anforderungen, die die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung an die Arbeitskräfte stellt, zu sehen.

Neben den gesundheitlichen Gefährdungen für die Arbeitskräfte hat eine solche Entwicklung, gerade in personenbezogenen Dienstleistungen, negative Auswirkungen auf die Arbeitsqualität. Eine klientInnenorientierte Pflege und Betreuung, die sich durch größtmögliches Eingehen auf die individuelle Situation von KlientInnen auszeichnet, erfordert das ständige Einbringen hoher fachlicher, sozialer und persönlicher Kompetenzen, was wiederum die körperliche und geistige Frische und Stabilität der Pflegekräfte zur Voraussetzung hat.

Außerdem muss an dieser Stelle noch darauf aufmerksam gemacht werden, dass eine in der Praxis von vielen Heimhelferinnen angewendete „Lösung“ des Zeitdruckdilemmas in der Leistung von unbezahlten Überstunden liegt. Insofern kann auch davon gesprochen werden, dass ein Teil der mobilen Pflege und Betreuung unter den derzeitigen Bedingungen auf dem Einbringen privater (Zeit-)Ressourcen beruht - und damit wiederum auf dem Rücken von weiblichen Beschäftigten erfolgt.

Von den beim Wiener Roten Kreuz beschäftigten DGKS wurden v.a. solche aus den organisatorischen Rahmenbedingungen entstehende Belastungen genannt, die sich aus einer fehlenden Unterstützung und Rückendeckung durch Vorgesetzte ergeben. Fehlende soziale und kommunikative Kompetenzen bei mittleren Vorgesetzten, sowie ein Abwälzen von Aufgaben auf untere Ebenen führen zu Erschwerungen in der Arbeit und zu Belastungen.

Die Organisation und Koordination der mobilen Pflege und Betreuung ist ein höchst komplexer logistischer Prozess, der hohen Abstimmungsbedarf zwischen unterschiedlichsten Gruppen erfordert. Das stellt hohe Anforderungen an alle beteiligten Personen und Positionen. Wenn übergeordnete Stellen Aufgaben nicht in adäquaten Ausmaß wahrnehmen, hat das im Vergleich zu anderen Berufszweigen in der mobilen Pflege und Betreuung unmittelbar drastische Auswirkungen. Durch das Auffangen auf unteren Ebenen, was dort allerdings zu Mehrbelastungen führt, werden diese Schwächen oft kompensiert und daher nicht sichtbar. Es stellt sich allerdings die Frage, ob eine solche permanente Überforderung auf lange Sicht gut gehen kann. Im Sinne nachhaltiger Organisationsstrukturen und im Zusammenhang mit steigendem Personalbedarf in diesem Sektor handelt es sich dabei um ein dringliches und zugleich heikles Problem.

### **9.3. Emotionale Belastungen**

Aufgrund der hohen Anforderungen in der mobilen Pflege und Betreuung ergeben sich emotionale Belastungen aus den Besonderheiten der Arbeit selbst. Ein Teil davon entsteht allerdings in Verbindung mit organisatorischen Rahmenbedingungen und Ressourcen. D.h. der Bereich der emotionalen Belastungen bezieht sich gewissermaßen auf beide analytisch getrennten Bereiche (Belastungen aus der Arbeit selbst – Belastungen aus der Organisation der Arbeit), wobei deren Verschränkung oftmals eine Verstärkung bestimmter Probleme bewirkt.

Im Kern geht es dabei darum, den mehrfach erwähnten Balanceakt zwischen Empathie und Abgrenzung, zwischen Nähe und Distanz zu bewältigen. Eine Leistung, die von den betroffenen Pflegekräften selbst erbracht werden muss. Allerdings können organisatorische Rahmenbedingungen diese ohnehin schwierige und anspruchsvolle Aufgabe erleichtern oder aber zusätzlich erschweren. Von dieser Anforderung und den bei der Bewältigung auftretenden Problemen sind DGKS ebenso wie Pflege- und HeimhelferInnen betroffen.

Aus der, von nahezu allen Interviewten angesprochenen, Notwendigkeit der Einfühlung, des emotionalen Sich-Einlassens auf den/die Klienten/in im Sinne einer unerlässlichen Voraussetzung für die Arbeit, ergibt sich gleichzeitig die permanente Gefahr einer emotionalen Überbeanspruchung. „*Der Grat ist sehr schmal, auf den man sich begibt*“, wie es eine Gesprächspartnerin charakterisiert. Die möglichen, im Arbeitsalltag der Pflege- und Betreuungskräfte angelegten Quellen dafür sind vielfältig: besondere Umstände beim Tod von KlientInnen und damit verbundene Schockerlebnisse; Armut und triste Wohnverhältnisse und in diesem Zusammenhang auftretende Ohnmachtgefühle; Verhalten von Angehörigen KlientInnen gegenüber; offen oder versteckte Aggressionen von KlientInnen; fehlende Zeitressourcen für eine emphatische auf die Bedürfnisse des/der Klienten/in abgestimmte Pflege und Betreuung; etc.

Obwohl die Gefahr emotionaler Überbeanspruchung für alle Berufsgruppen besteht, sind die HeimhelferInnen doch jene Gruppe, die am meisten davon betroffen ist. Das hängt zum einen damit zusammen, dass bei DGKS und PflegehelferInnen der Problembereich „emotionale Abgrenzung“ in der Ausbildung enthalten ist und dadurch Kompetenzen in diesem Bereich aufgebaut werden. Zum anderen sind es jedoch die Rahmenbedingungen der Arbeit von HeimhelferInnen, aus denen höhere emotionale Belastungen erwachsen. Einerseits sind sie jene Berufsgruppe, die aufgrund des zeitlichen Ausmaßes der Betreuung (in vielen Fällen täglich) den intensivsten Kontakt zu KlientInnen aufweisen und dadurch einen Großteil der sozialen und emotionalen Dimension der Pflege- und Betreuungsarbeit übernehmen müssen. Andererseits geraten sie durch aus ihrem Beschäftigungsverhältnis (Arbeiterdienstverhältnis mit Entlohnung nach Stunden) und den knappen Zeitvorgaben erwachsenden Problemen unter großen Druck. Dies produziert zusätzlichen Stress und reduziert gleichzeitig die notwendigen Spielräume für die Verarbeitung emotionaler Beanspruchung. Da diese Verarbeitung hauptsächlich in die individuelle Verantwortung der Pflege- und Betreuungskräfte gelegt wird, wirkt sich die „zangenförmige“ Belastungssituation (aus der Arbeit selbst und durch organisatorische Rahmenbedingungen) bei den HeimhelferInnen besonders negativ aus. Wenn dann auch noch private Probleme dazukommen, ist der Problembereich kaum noch bewältigbar, worauf auch eine DGKS im Interview hinweist.

*„Weil auch, glaub ich, die Heimhilfen diejenigen sind, die wirklich an der Front sind. Die sitzen voll drinnen, ja. Ich bin ja vielen begegnet, die dann in Tränen ausgebrochen sind, mein Mann ist gestorben oder mein, ich weiß, was immer schon alles, ja. Die eh schon kurz vor dem Nicht-Mehr-Können sind. Und dann kommt noch irgendwas von dem Klienten dazu und: ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr. Na wann fangt dann der Mensch an, Mensch zu sein. Das ist die Frage. Da glaube ich, dass manches Mal das fehlt, dass sie sich*



*auch ausweinen können. Und das ist mir auch zuviel, das glaube ich schon, davon bin ich eigentlich überzeugt, dass man da noch einen Ansatz finden müsste. ... Weil eben diese Nähe da ist auch zu den Klienten. Und ein Mensch, den du länger als ein Jahr betreust, ein chronisch Kranker, egal wie, das ist wie dein Kind, deine Tochter, dein, alles ist möglich. Das ist ein chronisch Kranker, den hast du in dir aufgenommen, du hast dir erlaubt, dem nahe zu sein und der ist dir nahe, weil das ist Empathie, das entsteht einmal so. ... Und je näher das Verhältnis zu dem Klienten ist, umso mehr ist die Verletzung auch für den anderen spürbar und das gibt dann entsprechend die Reaktionen.“ A14(28) - DGKS*

D.h. die HeimhelferInnen sind aufgrund des intimen Betreuungsverhältnisses größten emotionalen Belastungen ausgesetzt, können private Probleme in ihrer Arbeit nicht einfach wegschieben, wenn sie auf empathischer Ebene mit KlientInnen arbeiten. Sie erhalten jedoch von allen Berufsgruppen über die Ausbildung am wenigsten Ressourcen, um damit fertig zu werden. Neben der Umgestaltung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen muss sich jede Lösung dieses Problems auf zwei Aspekte beziehen: zum einen auf das Anbieten einer konkreten Form der Unterstützung von außen, zum anderen darauf, wie HeimhelferInnen selbst motiviert werden können, eine solche Unterstützung auch anzunehmen.

Notwendig ist daher ein adäquates Angebot, das ein Sich-Hineinversetzen in die Arbeitssituation der HeimhelferInnen zur Voraussetzung hat. Eine häufig angewandte negativ-kritische Herangehensweise - „Ihr müsst euch besser abgrenzen, eure Gefühle besser unter Kontrolle haben, ...“ – wird von den HeimhelferInnen als Abwertung ihrer Arbeitsweise verstanden. Insofern geht es weniger um gute Ratschläge von außen, als vielmehr um die Anerkennung der realen Probleme und das Aufbringen von Verständnis für die Belastungen und die schwierige Arbeitssituation von HeimhelferInnen. Davon ausgehend sollten dann gemeinsam mit Ihnen Lösungen erarbeitet werden. Dies kann aber nur gelingen, wenn auch die dafür notwendige Zeit zur Verfügung gestellt wird.

Im Kern geht es also darum, Probleme und Schwierigkeiten anzuerkennen, die aus dem besonderen Charakter und den institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflege und Betreuung entstehen und nicht darum, die Verantwortung auf die einzelnen Beschäftigten abzuwälzen. In einem solchen Prozess werden strukturelle Probleme des Arbeitsfeldes individualisiert und personalisiert, was auch eine Ursache für Burnout darstellen kann.

DGKS und PflegehelferInnen, die stark diesem emphatischen und ganzheitlichen Pflegeverständnis verpflichtet sind, sehen auch die besonderen Schwierigkeiten des Heimhilfe-Berufes und können daher angemessen darauf eingehen – im Gegensatz zu vielen Vorgesetzten, wie die Interviews mit Betroffenen zeigen.

#### **9.4. Belastungen aus der Zunahme der Pflege von psychisch Kranken**

Ein wachsendes Problem in der mobilen Pflege und Betreuung stellt die in den letzten Jahren erfolgte Zunahme von Pflege- und Betreuungsfällen von psychisch Kranken dar. Es handelt sich dabei ebenfalls um ein Problem, von dem alle drei Berufsgruppen

betroffen sind. Obwohl die mobilen DGKS in der Regel über ein breit gefächertes Fachwissen auf vielen Gebieten verfügen, reicht das für die Anforderungen, die sich aus der Pflege und Betreuung von psychisch Kranken ergeben, nicht aus. Es geht dabei nicht um ein Fachwissen für eine psychiatrische Pflege am/an der Klienten/in an sich, sondern um Kenntnisse für den Umgang mit solchen PatientInnen, die für die Durchführung von Wundpflege oder anderen Pflege- und Heimhilfe-Aufgaben, erforderlich sind.

Die Pflegekräfte sind in der mobilen Pflege und Betreuung auf sich allein gestellt und können beim Auftreten von Problemen nicht auf (fachliche) Hilfe zurückgreifen. Die daraus resultierende Unsicherheit und die Unberechenbarkeit der Situation verursachen emotionalen Stress, und zwar auch in Situationen, in denen sie nicht mit direkter körperlicher Bedrohung und Gefährdung konfrontiert sind. Allein die Unterdrückung von Unsicherheits-, Bedrohungs- und Angstgefühlen erfordert emotionale Energien. V.a. im Zusammenhang mit dem ohnehin verdichteten Arbeitsalltag und den hohen Anforderungen der Arbeit fehlen auch vielfach die Spielräume, um diese Belastungen entsprechend zu verarbeiten, auszugleichen und abzubauen.

Für die Heimhelferinnen entstehen daraus noch größere Belastungen, da sie zum einen im Vergleich zu DGKS und Pflegehelferinnen in der Regel mehr Zeit direkt beim/bei der Klienten/in verbringen und zum anderen aber über die weitaus geringste Ausbildung verfügen. Diese Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen, die bei den Heimhelferinnen am größten ist, führt in vielen Fällen zu Überforderung. Überlegungen zu adäquaten Formen der Unterstützung und zur Verbesserung dieser belastenden Arbeitssituation müssen jedoch für alle drei Berufsgruppen gleichermaßen angestellt und umgesetzt werden.

### **9.5. *Fehlende Anerkennung***

Die Pflegearbeit im Allgemeinen und die mobile Pflege und Betreuung im Besondern haben mit dem Problem fehlender gesellschaftlicher Anerkennung zu kämpfen, wobei es auch innerhalb der Pflegeberufe Unterbewertungen und Abwertungen gibt. Dies schlägt sich auch bei den darin beschäftigten Pflegekräften nieder, wenn auch für die einzelnen Berufsgruppen nach Form und Ausmaß unterschiedlich.

Enthält die Bewertung der fachlichen Tätigkeit von DGKS von außerhalb des Berufsfeldes eine Abwertung durch die Reduzierung ihrer Arbeit auf soziale und fürsorgliche Aspekte, so ist es innerhalb des Berufsfeldes die umgekehrte Reduktion auf die unmittelbar medizinisch-pflegerischen Aufgaben und die damit verbundene Negierung der sozialen und kommunikativen Aspekte. In beiden Fällen wird ein elementarer Teil des ganzheitlichen Pflegeverständnisses negiert oder niedrig bewertet. Dazu kommen noch die Ferne zum medizinischen Betrieb und die weitgehende fachliche Selbständigkeit der DGKS, „... weil die Ärzte es also teilweise auch nicht gewöhnt sind, dass wir jetzt doch eine ziemlich emanzipierte Pflege betreiben“ A20(26), sowie der geringe gesellschaftliche Status alter Menschen, die ebenfalls abwertend wirken.

Insgesamt kann daher gesagt werden, dass die mobile Pflege und Betreuung einer vierfachen Abwertung unterliegt: zum ersten durch ihre Nähe zu alten Menschen und der Übertragung von deren gesellschaftlich niedrigem Status auf die Pflegekräfte; zum zweiten durch den niedrigen Stellenwert von Geriatrie in der medizinischen (Fach-) Hierarchie; zum dritten durch ihre Ferne vom medizinischen Betrieb und schließlich zum vierten durch den geschlechtsspezifischen Aspekt, der die in diesem Feld unerlässliche Integration von sozialen und kommunikativen Aspekten als weiblich abwertet. Die einzelnen Faktoren und Dimensionen der geringen Anerkennung verstärken sich gegenseitig.

Im besonderen Ausmaß sind die Heimhelferinnen von fehlender Anerkennung und Abwertung betroffen. Neben den oben beschriebenen Faktoren sind sie auch innerhalb des Berufsfeldes bzw. innerhalb des Betriebes mit fehlender Anerkennung bzw. Missachtung konfrontiert. Dies drückt sich symbolisch in der Diskrepanz zwischen einer den Erfordernissen ihres (den Unbilden des Wetters ausgesetzten) Arbeitsalltags adäquaten und der tatsächlich zur Verfügung gestellten mangelhaften Arbeitskleidung aus. Es ist v.a. die Benachteiligung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in der Organisation, in der in diesem Beispiel die geringe Wertschätzung ihrer Arbeit und auch ihrer Person gegenüber zum Ausdruck kommt. Darüber hinaus ist es auch der allgemeine Umgang mit den Heimhelferinnen und ihre Behandlung im Betrieb, die vielfach von einem Nicht-Ernstnehmen ihrer Bedürfnisse geprägt ist und von ihnen als völlig unangemessen ihrem Engagement und ihrer Arbeitsmotivation gegenüber empfunden wird.

Durch fehlende Anerkennung und Missachtung hervorgerufene und erlittene Kränkungen stellen eine besondere Form emotionaler Belastung dar, die langfristig zu chronischen gesundheitlichen Schäden führen kann. Insofern ist das Problem der beruflichen Anerkennung, sowohl was die gesellschaftliche Ebene als auch was die fachlich-medizinische und die innerbetriebliche betrifft, ein wichtiges Handlungsfeld für eine prophylaktisch ausgerichtete Gesundheitsförderung für die und mit den Arbeitskräfte/n in der mobilen Pflege und Betreuung, die eine nachhaltige Erhaltung der Arbeitsfähigkeit zum Ziel hat.

Es sind bei allen Berufsgruppen, bei den Heimhelferinnen wiederum am stärksten, die sozialen und kommunikativen Kompetenzen, die in der mobilen Pflege und Betreuung zu Recht eine so bedeutende Rolle einnehmen, die zum einen von außen nicht wahrgenommen und zum anderen vielfach gar nicht als solche bewertet werden, die zu fehlender Anerkennung ihrer (Arbeits-)Leistung führen. Dies ist insofern ein Paradoxon, als gerade das in der mobilen Pflege und Betreuung zu einem Großteil umgesetzte ganzheitliche Pflegeverständnis als Vorbild für andere Pflegebereiche dient und eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung hin zu einer menschengerechten, klientenorientierten Pflege und Betreuung spielen könnte. Statt dessen fristet dieses Pflegefeld - völlig zu Unrecht - ein im Vergleich zu seiner tatsächlichen gesellschaftlichen Bedeutung unterschätztes und unterbewertetes Außenseiter- und Stiefmütterchensein.

### **9.6. Kontrolle ist gut – Vertrauen ist besser: Die Zunahme von Dokumentationsaufgaben und der Kontrollaspekt**

Administrative Aufgaben im Rahmen der Pflegedokumentation haben in der mobilen Pflege und Betreuung in den letzten Jahren stark zugenommen. Diese Zunahme resultiert zum einen aus der Veränderung gesetzlicher Vorschriften und zum anderen aus gestiegenen Kontrollbedürfnissen der jeweiligen Auftrag- bzw. Arbeitgeber im Zusammenhang mit erhöhtem Kostendruck. Dazu kommt noch, dass die Pflegedokumentation auch in der Fachdiskussion in den Pflegeberufen selbst eine Rolle spielt. In diesem Zusammenhang wird v.a. die aufgrund der Diffusität von Pflegearbeit besonders wichtige Funktion der Sichtbarmachung und Nachvollziehbarkeit professioneller Pflegeleistungen betont.

Sowohl DGKS als auch Heimhelferinnen haben aber die Entwicklung der Zunahme von Dokumentationsaufgaben ohne entsprechender Ausweitung der Zeitvorgaben als Intensivierung der Arbeit und als Belastung genannt. Durch die Funktion der Dokumentation als Arbeitsnachweis entsteht ein unmittelbarer Zwang, diesen Aufgaben in vollem Umfang und mit großer Genauigkeit nachzukommen, was einen großen Zeitaufwand für diese Tätigkeiten erforderlich macht. Auch wenn die Pflegekräfte Teile dieser Dokumentationsaufgaben durchaus als sinnvoll und zweckmäßig für ihre Arbeit beurteilen, geht der Tenor der Aussagen doch in die Richtung, dass sie in ihrer Gesamtheit als „übermäßig“ empfunden werden. Es bringt die Pflegekräfte v.a. in Verbindung mit den geringen Zeitressourcen in ein Dilemma hinsichtlich der Umsetzung ihres ganzheitlichen Pflegeverständnisses. Für die so wichtigen Gespräche und die soziale Betreuung fehlt oftmals die nötige Zeit.

Es sind v.a. jene Teile der Dokumentation, die sich auf die lückenlose Kontrolle ihrer Arbeit beziehen, die in ihrem Ausmaß als störend und kontraproduktiv gesehen werden. Diese werden nämlich gleichzeitig auch als Ausdruck höchsten Misstrauens ihrer Arbeit, ihrer beruflichen Identifikation und ihrer Person gegenüber wahrgenommen. Gerade wenn man das in den Interviews zum Ausdruck kommende ganzheitliche Pflegeverständnis, das hohe Engagement der Pflegekräfte für ihre Arbeit, das bis zum Einbringen privater (Zeit-) Ressourcen reicht, ihre hohe Verantwortung den KlientInnen gegenüber sowie ihre eigenen Ansprüche an eine hohe Qualität der Dienstleistung in Rechnung stellt, wird das ganze Ausmaß der darin zum Ausdruck kommenden Kränkung deutlich.

Es ist aber nicht nur ein Problem der Missachtung der Pflegekräfte, sondern wirft auch die gegenwärtig so zentrale Frage der Kosteneffizienz auf. Der hohe arbeitsmäßige, zeitliche und letztlich kostenmäßige Aufwand für das Funktionieren bürokratischer Kontrollsysteme ist in der Industrie recht gut dokumentiert. Misstrauen gegenüber den Arbeitskräften hat auch einen hohen Preis und muss deshalb auch unter Effizienzgesichtspunkten betrachtet werden.

Wenn man sich das den KlientInnen gegenüber höchst verantwortungsvolle und von innerer Motivation erfüllte Arbeitsverständnis der interviewten Pflegekräfte vor Augen führt, dann stellt sich die Frage, warum so wenig Vertrauen in die Selbstregulati-

onskräfte eines klientInnenorientierten Arbeitsverständnisses gesetzt wird. Ein solches würde den Pflegekräften mehr Flexibilität und Entscheidungsspielräume in ihrer Arbeit einräumen und damit die Bewältigung der Unwägbarkeiten der mobilen Pflege und Betreuung bedeutend erleichtern. Gleichzeitig könnten dadurch die Kosten für die bürokratischen Kontroll- und Dokumentationsmechanismen gesenkt werden. Die hohe KlientInnenorientierung der Pflegekräfte könnte damit selbst als bestes Korrektiv für eine effiziente und gleichzeitig flexible Form der Arbeitsorganisation bei Beibehaltung hoher Dienstleistungsqualität fungieren. Aus den Ergebnissen dieser Studie lassen sich eindrucksvoll die vielfältigen Bemühungen und Anstrengungen der Pflegekräfte zur Aufrechterhaltung einer hohen Pflegequalität, selbst unter restriktiven Rahmenbedingungen, herauslesen.

Man kann bis zu einem gewissen Grad sogar sagen, dass die mobile Pflege und Betreuung ohne die menschliche Professionalität der Pflegekräfte, ihre Improvisationsfähigkeit mitunter sogar unter Einbeziehung privater Ressourcen und ihr persönliches Engagement unter den derzeitigen Rahmenbedingungen teilweise nicht funktionieren würde, zumindest nur unter deutlichen Abstrichen bei der Dienstleistungsqualität. Der außergewöhnliche Einsatz der Pflegekräfte, in der überwiegenden Mehrheit Frauen, hat neben der KlientInnenorientierung und der Aufrechterhaltung menschlicher Würde den Effekt, dass die Unangemessenheit der Rahmenbedingungen nicht sichtbar wird.

Unter Berücksichtigung dieses Zusammenhangs wirkt die Aufrechterhaltung eines detaillierten bürokratischen Kontrollsystems nicht nur als Erschwerung der Arbeit, sondern auch als Verschwendung von Mitteln. Es sollte daher im Zusammenhang mit den umfassenden Dokumentationsaufgaben ernsthaft geprüft werden, was davon zur Erleichterung der Arbeit und auch zur Absicherung der Pflegekräfte unbedingt notwendig ist und was davon als reiner Kontrollmechanismus eingeschränkt werden kann. Die interviewten Pflegekräfte stehen Dokumentationsaufgaben keineswegs prinzipiell ablehnend gegenüber. Diese haben für sie durchaus auch positive Seiten. Deren Bewertung durch die ExpertInnen ihrer Arbeit, die sie sind, erfolgt aber unter dem Gesichtspunkt, was davon erleichternd und sinnvoll für ihre Arbeit ist, und was hemmend oder erschwerend wirkt.

### **9.7. *Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit und die Frage der Effizienz***

In den Gesprächen mit den DGKS, den Pflege- und Heimhelferinnen wurde deutlich, dass das Eingehen auf den/die Klienten/in, die Abstimmung ihrer Arbeit auf die einzelne Person auch einen bestimmten zeitlichen Aufwand erfordert. Das wirft wiederum die Frage der Effizienz im Sinne des optimalen Einsatzes knapper finanzieller Ressourcen auf. Unter rein ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet, könnte der zusätzliche Aufwand, den das umfassende Eingehen auf die KlientInnen erfordert, als nicht unmittelbar notwendig und daher bis zu einem gewissen Grad als Verschwendung betrachtet werden. Dass eine solche Betrachtung und Bewertung in der mobilen Pflege und Be-

betreuung unmittelbare Relevanz hat, kommt in den knappen zeitlichen Vorgaben für die Durchführung bestimmter Tätigkeiten zum Ausdruck.

*„Weil ein Gespräch mit einem alten Menschen, der das ganz notwendig braucht, wie sollen sie das wirtschaftlich einstufen? Das ist wirtschaftlich wertlos. Sind wir ehrlich ... es wird die Zeit vom Magistrat für so was irgendwo ja gar nicht in Betracht gezogen. Also es wird gar nicht eingeplant.“ A1(15) - Heimhelferin*

Die Frage der Effizienz kann aber zum einen nur im Hinblick auf die zu erreichenden Ziele und zum anderen in Abhängigkeit von den Bedingungen und Anforderungen, die sich aus der Arbeit selbst ergeben, bestimmt werden. Ziel kann in der Pflege allgemein nur das umfassende Wohlbefinden der zu versorgenden KlientInnen sein. Was die Rahmenbedingungen der Arbeit und die daraus entstehenden Anforderungen betrifft, wird klar, dass in der mobilen Pflege und Betreuung eine Trennung in rein medizinische Pflege und soziale Aspekte nicht möglich ist. Darauf weisen alle Interviews hin: *„Darum sage ich ja, das kann man nicht trennen. Das ist unmöglich. Das können Sie im Spital sicher trennen, nur heraußen geht es nicht, das geht nicht“ (A19/23 – DGKS)*. Es ist deshalb nicht möglich, weil ohne ein Eingehen auf den/die Klienten/in die Ziele nicht erreicht und in vielen Fällen die Arbeit selbst gar nicht durchgeführt werden kann.

*„Aber je mehr Motivation, Selbstmotivation da ist, desto mehr geht auch zu machen. Aber manchmal ist es mühsam, weil so alte Leute festgefahrene Bahnen und Angst haben. Da müssen Sie halt sehr viel reden, da gehört sehr viel Arbeit dazu, nicht manuell, sondern wirklich Überzeugungsarbeit und da setzt man sich halt hin, und das kostet die Zeit jetzt. ... Ja, genau, aber das ist der Punkt, der aber nirgends aufscheint, weil wenn Sie da schauen, da haben Sie 100.000 Kreuzerlzetteln, das scheint aber nicht auf, wie lange Sie dort hocken und dem sagen, na bitte, schauen Sie, probieren Sie einmal, und schauen Sie, das machen Sie so und so und irgendwann wird es schon. ... Nein, aber das ist ja gut, weil das sind ja Kosten, die dadurch erspart werden. Vielleicht könnte man das einmal von der Seite sehen, aber ich weiß nicht. Weil, wenn der selbständig ist und der kennt sich aus, der wird nicht alle 14 Tage ins Spital kommen, weil er sich nicht auskennt oder weil er wieder einen Hypo hat. Das ist unsere Arbeit eigentlich ...“ A19(9) - DGKS*

Das heißt, die Frage der Effizienz kann nur im Kontext der konkreten Bedingungen und Anforderungen in der Arbeit selbst und v.a. in einem längerfristigen, zeitlichen Horizont, beantwortet werden. Denn ein zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erforderlicher, hoher zeitlicher Aufwand zu Beginn der Betreuung, kann, über den Verlauf des gesamten Pflegeprozesses gesehen, durchaus auch unter ökonomischen Gesichtspunkten effizient sein. Auf lange Sicht wird dadurch der Grundstein für ein aktives Mitwirken der KlientInnen gelegt, was wiederum den Aufwand entscheidend reduziert.

Aus den Besonderheiten der mobilen Pflege und Betreuung und den daraus resultierenden Charakteristika ergibt sich aber auch, dass eine standardisierte Messung und Bewertung von Aufgaben und Tätigkeiten eigentlich nicht möglich ist. Das würde bedeuten, den hochgradig ereignis- und situationsspezifischen Charakter der Arbeit und die damit verbundene Notwendigkeit des Eingehens auf die KlientInnen zu negieren.

*„Und dann steht man wieder alleine und der Druck ist wieder, und man will ihm ja das ja trotzdem machen und es geht sich nicht anders aus. Und man kann ja nicht*

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

Den Pflegekräften ist dieser Widerspruch zwischen den Anforderungen einer ganzheitlichen Pflege und den standardisierten Zeitvorgaben sehr wohl bewusst. Sie leiden, wie bei den Belastungen bereits deutlich wurde, auch sehr stark unter der sich zunehmend öffnenden Schere zwischen diesen beiden Faktoren.

Das Eingehen auf KlientInnen ist das Bestimmende in der mobilen Pflege und Betreuung. Dabei kommen mehrere Faktoren zusammen: Zum einen die Stellung des/der Klienten/in, der/die in den eigenen vier Wänden einen anderen Status hat – mehr (zahlende/r) Kunde/in als unmündige/r PatientIn ist - und dadurch auch mehr Selbstvertrauen im Auftreten gegenüber dem Pflegepersonal an den Tag legt und Forderungen stellt. Es ist aber auch sehr stark vom Pflegeverständnis der Arbeitskräfte bestimmt, die ein Eingehen auf den/die Klienten/in als zentral für ihre Arbeit begreifen, sowohl was Würde und Respekt ihm/ihr gegenüber betrifft, als auch was die Arbeit selbst angeht. Das Eingehen auf den/die Klienten/in erleichtert die Pflegearbeit, weil Ressourcen und Potentiale bei KlientInnen freigemacht werden und diese ihre Funktion als MitproduzentInnen der Dienstleistung stärker wahrnehmen können. In diesem Punkt fließen hohe Dienstleistungsqualität und Effizienz zusammen, da sich die KlientInnen wohlfühlen, und keine Widerstände überwunden werden müssen, die ja vielfach zu Mehraufwand in der Pflege führen.

Eine Ausrichtung auf ökonomische Effizienz allein, wie sie im Produktions- und Dienstleistungsbereich verstanden und zunehmend auch auf die Pflege angewendet wird, ist dem Charakter dieser Arbeit nicht angemessen. Sie negiert v.a. den Interaktionscharakter von Pflegearbeit, indem sie das Gegenüber, den/die zu Pflegenden/n als Objekt definiert und damit dessen Reaktionen und deren Auswirkungen auf den Pflegeprozess nicht berücksichtigt. Das lässt sich recht gut an einer längeren Passage aus einem Interview mit einer DGKS verdeutlichen, die den Unterschied zum Krankenhaus und dort vorherrschender Logiken zum Inhalt hat.

*„... du musst immer daran denken, der Patient ist in einer Ausnahmesituation, er ist krank, er hat Schmerzen, er leidet. Ich meine, das heißt jetzt nicht, dass ich für ihn die Mama bin, aber ich nehm ihn ernst, so wie er ist mit seinen Schwächen und seinen Stärken. Genauso muss er es mit mir machen, weil wir sind ja wie eine Symbiose, wir sind aufeinander angewiesen. Er, weil ich komme, und quasi wir sind beide, weil wenn ich ihn nicht hätte, hätte ich keine Arbeit. Gegenseitiges Nehmen und Geben. ... Und die Leute tun aber auch mehr, weil manche werden ja entmündigt, sag ich einmal, die werden rein ins Bett geknallt, und da bleibst du liegen, und du kriegst deine Schüssel und deine Hose, und du hast dich nicht mehr zu rühren. Wehe du läutest. So ist der Alltag, ... Wieso darf er nicht läuten um*

*Gottes Willen. Und dann entstehen aber genau diese typischen Rachegefühle vom Patienten, der läutet dann alle 2 Minuten. Und jetzt gib ich es der Schwester, genau das ist es. Und die hat dann schon so die Haare stehen und sagt, wieso läutet der alleweil, der soll endlich eine Ruhe geben. Und dass sie sich vielleicht dann einmal 10 Minuten zum Bett setzt und fragt, was los ist. Ja, meistens sind es oft nur die Vereinsamungen, dass sie halt läutet, dass irgendwer kommt, weil es ist nie wer da. ... Am Anfang ist es viel Arbeit, das ist gar keine Frage. Aber dann rennt die Sache ganz normal, und der Patient sagt, Jesus, die Schwester versteht mich, die weiß warum.“ A18(34) - DGKS*

In der mobilen Pflege und Betreuung ist eine solche Missachtung der KlientInnen durch Unterordnung in vorgegebene Strukturen nicht möglich, da es diese Strukturen nicht gibt. Die interviewten Pflegekräfte erfassen zudem recht schnell, dass die sture Anwendung und das Abspulen von verordneten Maßnahmen kontraproduktiv ist und richten sich in ihrer Arbeit danach. Dass ein fehlendes Eingehen auf Bedürfnisse des/der Klienten/in aber auch hier Reaktionen und Handlungen mit empfindlichen Auswirkungen auf den Ablauf hervorrufen kann, verdeutlicht das folgende Beispiel einer Pflegehelferin aus ihrer Anfangszeit als Heimhelferin.

*„Also man lernt, also ich habe einmal eine Klientin gehabt, da war ich noch relativ jung und die schickte mich 2x in der Woche einkaufen mit so einem großen Einkaufszettel. Und jedes Mal, als ich zurückkam, ist die Waschmaschine übergegangen und das Wasser stand im Bad einen halben Meter hoch. Und ich musste dann, - ich musste eigentlich schon weggehen- dieses ganze Badezimmer trockenlegen. Bis ich draufgekommen bin, die Klientin wollte nicht alleine sein und mit diesem Waschmaschine-Übergehen hat sie mich aufgehalten. Und bis wir einmal darüber gesprochen haben, mir ist das lange nicht klar geworden, warum immer die Waschmaschine übergeht, wenn ich einkaufen gehe. Bis wir einmal darüber gesprochen haben, sie macht das absichtlich, damit ich noch länger bei ihr bleibe.“ A9(12) - Pflegehelferin*

Durch Eingehen auf ihre Bedürfnisse und Kenntnis der Person der KlientInnen ist eine Flexibilität in der Vorgangsweise möglich, die eine Abstimmung der Maßnahmen, maßgeschneidert auf die Persönlichkeit des/der Klienten/in zulässt. So führt die Entscheidung, den/die Klienten/in nicht jeden Tag zu waschen, sondern nach Bedarf, nicht zu einer Reduktion der Pflegequalität, sondern im Gegenteil zu einer Erhöhung, da in ihrer ganzheitlichen Betrachtungsweise das Wohlbefinden des/der Klienten/in im Mittelpunkt steht und nicht das pure Abarbeiten von Vorschriften.

Eingehen auf die KlientInnen kann auch heißen „vom Klienten lernen“, d.h. es handelt sich um eine gegenseitige Bereicherung. Den/die Klienten/in als relativ gleichwertige/n PartnerIn zu sehen, ist daher v.a. auch wichtig für die langfristige Arbeitsmotivation der Pflegekräfte.

Bei dieser anstrengenden Arbeit stellt das (positive) Feedback von KlientInnen eine der wichtigsten Quellen für langfristige emotionale Stabilität und eine entscheidende Barriere gegen Burnout dar. Das hat in der mobilen Pflege und Betreuung eine noch höhere Bedeutung, da durch den Einzelkämpfer-Charakter der Arbeit und die Unsichtbarkeit der geleisteten Arbeit von außen positive Bestätigungen ohnehin rar sind.



*„... wenn meine Arbeit konstruktiv ist und Zufriedenheit bringt und in dem Fall aber nicht nur Kundenzufriedenheit, ich bin auch zufrieden, weil das ist ja, wir sitzen ja in einem Boot. ... da kannst du dann spüren, wie der Klient sagt, na, ich bin zufrieden. Das ist in Ordnung. Und das macht dann für uns auch eine Zufriedenheit, weil es fallen die Faktoren wie Stress, Unzufriedenheit, das fällt alles weg. Das hast du damit in den Wind gesetzt.“ A14(9) - DGKS*

Wenn die Ökonomisierung der Pflege und Betreuung weiter vorangetrieben wird – und am härtesten sind davon die Heimhelferinnen betroffen – und dadurch die Bedingungen für persönliche Beziehungen in der Arbeit einschränkt werden, gefährdet man damit langfristig die Nachhaltigkeit der mobilen Pflegearbeit, da Identifikation untergraben, Erfolgserlebnisse reduziert und die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit für die Pflegekräfte nicht mehr sichtbar und erfahrbar wird. Das heißt, Effizienz ist in langfristiger, nachhaltiger Perspektive auch unter dem Gesichtspunkt eines pfleglichen, sorgsamem Umgangs mit den Humanressourcen der Pflegekräfte zu sehen. Dieser Aspekt gewinnt vor dem Hintergrund eines allgemeinen Fachkräftemangels im Pflegebereich und durch die außerordentlich hohe Bedeutung von aus praktischer Erfahrung erworbenen Kompetenzen in der mobilen Pflege und Betreuung eine besonderer Brisanz und Bedeutung.



## **VERWENDETE LITERATUR**

- Böhle, F./Brater, M./Maurus, A. (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln – Ein zukunftsweisendes Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz in der Altenpflege; in: Zeitschrift Pflege, Heft 10, S.18-22
- Böhle, F./Weishaupt, S.(2001): Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nicht standardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Arbeitshandeln
- Brater, M., Maurus, A. (1999): Das schlanke Heim. Lean Managmeent in der stationären Altenpflege, Hannover
- Büssing, A./Glaser, J. (1998): Arbeitsbelastungen als Bedingungen von Emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation im Burnoutprozeß; in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 42, S. 76-88
- Büssing, A./Glaser, J. (1999): Interaktionsarbeit: Konzept und Methoden der Erfassung im Krankenhaus; in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (Themenheft: Personenbezogene Dienstleistung – Arbeit der Zukunft), Heft 53
- Büssing, A. et al. (2000): Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen in der ambulanten Pflege, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Nr. 55
- Büssing, A. et al. (2001): Erfassung von Interaktionsarbeit in der Altenpflege: Ergebnisse der Ist-Analyse einer Längsschnittstudie in einem Altenheim, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Nr. 60
- Dunkel, W./Rieder, K. (2001): Interaktionsarbeit zwischen Konflikt und Kooperation; in: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.), Qualität des Arbeitslebens und Dienstleistungsqualität im Krankenhaus, Schriftenreihe „Organisation und Medizin“, Göttingen
- Dunkel, W./Rieder, K. (2003): „Working Gender“ – Doing Gender als Dimension interaktiver Arbeit, Vortrag im Rahmen der Tagung 1. Marburger Arbeitsgespräche – Der andere Blick: Gender Kompetenz in der Arbeitsforschung. 20.-21. Februar 2003 in Marburg, vervielfältigtes Manuskript
- Rieder, K. (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege, Juventa, Weinheim