

Nils Becker

---

## Arbeitsregulation in der ambulanten Pflege Handlungsfelder kollektiver Interessenvertretung

Die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland ist ein boomendes Geschäft, während die Arbeitsbedingungen in der Branche als prekär – im Sinn einer multiplen Unsicherheit u.a. in Bezug auf Vergütung, Arbeitszeit, soziale, psychische und physische Unversehrtheit – gelten. Der Beitrag setzt sich mit den spezifischen Bedingungen der ambulanten Pflege auseinander, diskutiert strukturelle und organisatorische Ursachen sowie Interventionsmöglichkeiten der zuständigen Gewerkschaft ver.di.

Die Pflege ist in Deutschland in den letzten Jahren einem grundlegenden Strukturwandel unterworfen, der mit Stichworten wie „Ökonomisierung“ und „Flexibilisierung“ treffend beschrieben wird (z.B. Klie 2002). Dieser Wandel ist mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 politisch initiiert und durch Pflegereformen verfeinert worden. Im Zentrum der Reformbemühungen liegen Kostenersparnisse, die sich einerseits aus der Übernahme marktwirtschaftlicher Prinzipien ergeben sollen (sog. „Leistungsgerechte Vergütung“) und andererseits die Ersetzung stationärer (Voll-)Versorgung durch ambulante (Teil-)Versorgung zum Ziel haben. Während der Trend „ambulant vor stationär“ durchaus pflegfachlich begründbar ist, überwiegt auch hier der ökonomische Nutzen. Pflegebedürftige sollen nicht nur länger bzw. schneller (Stichwort „Verweildauer“) zuhause gepflegt werden, sondern vor allem kosteneffizienter. Auch komplizierte Pflegefälle werden somit an ein dezentrales „Versorgungssetting“ ausgelagert das räumlich und ökonomisch verteilt ist. Es bezieht Angehörige, NachbarInnen, Einrichtungen des Gemeinwesens und eben auch ambulante Pflegedienste in einer Art „Co-Produktion“ (Schmidt 2002) der Pflegeleistung mit ein. Diese doppelte Verlagerung der Pflegearbeit (örtlich und personell), die getrost als gelungene Rationalisierung sozialer Dienstleistungen (Klatetzki 2010) bezeichnet werden kann, hat die professionelle Pflegearbeit und die Bedingungen unter denen sie als Lohnarbeit stattfindet, maßgeblich verändert. Denn für mindestens 20 Prozent aller Pflegekräfte liegt die dauerhafte Jobperspektive nicht mehr im Kranken-

haus oder Pflegeheim, sondern in kleinen und mittelständischen Betrieben der ambulanten Versorgung<sup>1</sup>.

Während also immer mehr Pflegekräfte in der Häuslichkeit der PatientInnen eingesetzt werden, scheint sich keine nennenswerte Interessenvertretung herauszubilden, die auf die spezifischen Bedarfe und Arbeitsbelastungen eingeht. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad in der Branche liegt denn auch weit unter dem der stationären Pflege<sup>2</sup>. Die faktische Abwesenheit kollektiver Interessenvertretung hat in Verbindung mit den Veränderungen der Pflegegesetze zu besonderen Formen prekärer Arbeitsbedingungen geführt. Der folgende Beitrag nimmt eine organisationssoziologische Betrachtung der Arbeitsregulation in der ambulanten Pflege vor, die auf einer umfangreiche Materialsammlung und sechs qualitativen Interviews mit MitarbeiterInnen von drei Berliner Pflegediensten, einer Psychologin und einem Gewerkschaftssekretär beruht. Nach einem kurzen Einblick in den ambulanten Pflegemarkt sollen die veränderten Bedingungen unter denen Pflegearbeit stattfindet, grob skizziert werden. Die erörterten Arbeitsbelastungen verweisen auf Regulationsbedarfe<sup>3</sup>, die sich in der ambulanten Pflege stellen und durch Interessenvertretungen bisher wenig Beachtung finden. Anhand eines strukturellen Blicks auf die Akteurskonstellation auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene (Windeler/Wirth 2005), lassen sich zum Schluss politische Gelegenheitsstrukturen (Nachtwey/Wolf 2013) auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen und Handlungsspielräume für Gewerkschaften diskutieren.

## Ausdifferenzierung des Pflegemarkts

Mittlerweile werden mehr als ein Fünftel aller Pflegebedürftigen zuhause mit Hilfe von Pflegediensten betreut. Die Dienste sind überwiegend privatwirtschaftlich

---

1 Alle Zahlen Statistisches Bundesamt und Deutscher Pflegerat.

2 Ver.di kann dazu keine Zahlen liefern. Fakt ist aber, dass von rund 20.000 Pflegekräften in Berlin (ambulant und stationär) etwa 3.000 ver.di-Mitglieder sind. Von 600 in der Hauptstadt aktiven ambulanten Pflegediensten haben gerade mal 30 einen Betriebsrat gewählt (Quelle: Eigene Befragung).

3 Unter „Arbeitsregulation“ ist schlicht die Aushandlung von „Anwendungsbedingungen von Arbeitskraft“ (Müller-Jentsch 1997) zu verstehen. Mit formellen und informellen Regelungen sollen die teils antagonistischen Interessen zwischen Arbeit und Kapital in der „regulierten“ Arbeitsbeziehung in Einklang gebracht werden. Entscheidend ist aber, wer an der Aushandlung mit welcher Macht beteiligt ist, auf welchen gesellschaftlichen Ebenen die Verhandlungen stattfinden und welche kulturellen Normen darüber hinaus „regulierend“ wirken.

organisiert und finanzieren sich durch einen Leistungsmix. Der wesentliche Anteil entfällt auf Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Weitere Finanziers sind die Krankenkassen (Hauskrankenpflege), die Sozialämter und die privaten Zukäufe der PatientInnen. Die Pflegekassen gruppieren die PatientInnen in drei Pflegestufen, welche die Pflegebedürftigkeit abbilden. Die Pflegestufe gibt wiederum einen Budgetrahmen vor, mit dem bestimmte Leistungskomplexe bei den Kostenträgern abgerechnet werden können, wobei für einzelne Pflegehandlungen die benötigte Zeit, die Personalqualifikation und Kostenkalkulation vordefiniert sind. Erstattet wird nicht der Aufwand, sondern pauschal anhand eines Leistungskatalogs. Diese neue Form der Abrechnung von Pflegeleistungen erfordert eine genaue Dokumentation, Qualitätskontrolle und Standardisierung der Pflegehandlungen, die meist schwer mit den realen Bedingungen bzw. den tatsächlich geleisteten Einzelhandlungen vereinbar ist. In diesem Spannungsverhältnis zwischen dokumentierten und abrechenbaren bzw. undokumentierten und pflegerisch notwendigen Leistungen befinden sich die Pflegedienste, die den ökonomischen Druck direkt an die Pflegekräfte weitergeben. Trotz der Sachzwänge sind vor allem private Pflegedienste in der Lage, sich „Möglichkeitüberschüsse“ zu erarbeiten und sich an diesem neu geschaffenen Markt zu behaupten.

Gemeinnützige und konfessionelle Träger ziehen sich aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs mehr und mehr aus der ambulanten Pflege zurück. Ein Evaluationsbericht zur Pflegeversicherung benennt dafür mehrere Gründe. Diese sind in der flexiblen Struktur der Privaten hinsichtlich der Personalstruktur und des Leistungsangebots gegenüber den Beharrungskräften in gemeinnützigen Pflegediensten zu suchen (Infratest 2011). Während sich gemeinnützige Träger durch ein hohes Personalaufkommen mit klaren Verantwortungsbereichen und großem Leistungsspektrum auszeichnen, sind Private in der Lage, die Personaldecke durch ein geringeres Maß an Arbeitsteilung<sup>4</sup> bei gleichzeitiger Spezialisierung (z.B. für Demenzkranke) und durch die Auslagerung nicht einträglicher Pflege an das ehrenamtliche „Versorgungssetting“, dünn zu halten und ihr temporäres Leistungsspektrum je nach Markterfordernis anzupassen. Der Siegeszug solch flexibler Strukturen hat zum massiven Ausbau von Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in der Branche geführt<sup>5</sup>. Die so entstandenen kleinen

---

4 Bspw. werden die nicht-pflegerischen Tätigkeiten in der Verwaltung von Pflegefachkräften miterledigt

5 Der Personalzuwachs in den letzten zehn Jahren lässt sich nicht aus den attraktiven Arbeitsverhältnissen ableiten, sondern resultiert größtenteils aus der Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitarbeitsverhältnisse. Auch der Einsatz von Leiharbeitern nimmt überdurchschnittlich stark zu (Bräutigam 2010)

(Teilzeit-)Belegschaften erschweren die Etablierung klassischer Mitbestimmung im Betrieb.

Ein weiteres Hindernis, das sich aus der unsicheren Marktlage und den Leistungskomplexen ergibt, lässt sich in der Fragmentierung der Belegschaften ausmachen. Denn aus den unterschiedlichen Leistungsangeboten der Pflegedienste ergeben sich differenzierte Qualifikationsanforderungen, die in der Praxis zu einer klaren Aufgabenteilung in Behandlungspflege (hochvergütet, hoch qualifizierte Pflegefachkräfte) und Grundpflege/Hauswirtschaft (gering vergütet, gering qualifizierte Pflegehilfskräfte) führen<sup>6</sup>. Der 2010 eingeführte Mindestlohn (jetzt 8 bzw. 9 Euro) in der Pflege gilt deshalb hauptsächlich für die Pflegehilfskräfte. Die Pflegefachkräfte haben sich schon lange einen Stundenlohn oberhalb der 12 Euro „herausgearbeitet“.

## Arbeitsbelastungen und Handlungsregulation

Aus arbeitsmedizinischer Perspektiven lassen sich die bekannten Belastungen der Pflegearbeit im Krankenhaus auch auf die ambulante Pflege übertragen: Bewegen von Lasten; Exposition gegenüber unterschiedlichen Infektionserregern; unfallträchtige Situationen im Einsatz und auf dem Weg dorthin. Besondere Belastungen ergeben sich darüber hinaus aus dem Arbeitsort (die Ausstattung in den Wohnungen ist sehr unterschiedlich), aus der Anreise (Autounfälle, Staus usw.), der Arbeitsorganisation und der sozialen Situation zwischen Pflegenden und PatientInnen. Die Tätigkeit findet ausschließlich vereinzelt statt. Der (medizinische) Verantwortungsdruck lastet allein auf den Pflegekräften, die sozial und fachlich nicht durch ein Team (wie z.B. im Krankenhaus) unterstützt werden. Gleichzeitig werden an sie hohe Flexibilitäts-Anforderungen gestellt, um einerseits die Rahmenbedingungen der Kostenträger einzuhalten und andererseits die Zufriedenheit der KlientInnen auch außerhalb der Leistungskomplexe sicherzustellen.

An dieser Stelle ist zu fragen, was sich aus der Kennzeichnung der ambulanten Pflege als personenbezogene soziale Dienstleistung, als Hybrid aus Gesundheits- und sozialer Arbeit, ergibt. Noch viel stärker als in der stationären Pflege bauen Pflegekräfte soziale Bindungen zu ihren PatientInnen auf und betreuen sie meist bis zur eigenen Belastungsgrenze. Auch das Konzept der „Bezugspflege“ (Pflegekräfte sollen möglichst immer die gleichen KlientInnen anfahren), das als Leitbild der ambulanten Pflege gilt, sorgt für dieses besondere Verhältnis.

---

6 Anders als in der stationären Pflege sind examinierte Pflegekräfte von der körperlich anstrengenden Grundpflege im ambulanten Einsatz nahezu befreit. Ihre Beschäftigung auf Grundlage der Leistungskomplexe zur Grundpflege ist wirtschaftlich nicht geboten.

Um Arbeitsbedingungen und Chancen für kollektive Regulation erörtern zu können, braucht es einen kurzen Exkurs zu Problemen der Rationalisierung sozialer Dienstleistungen.

Laut Klatetzki (2010) steht die Regulation der Arbeit am und mit dem Menschen vor spezifischen Problemen, die sich unter marktwirtschaftlichen Bedingungen verschärfen. Die Subjektbezogenheit (im Gegensatz zur Produktbezogenheit) der Arbeit bringt sechs konfliktreiche Kriterien mit sich, die sich einer Rationalisierung, so wie sie in den Leistungskomplexen angelegt sind, versperren. (1) Der Mensch ist das Arbeitsmaterial, was hohe ethische Ansprüche (zum Beispiel Beschränkungen der Mittel und Ziele) an die Arbeit setzt. (2) Die Methoden zur Erreichung der Ziele sind weitgehend unbestimmt, weil sich Kausalzusammenhänge von Ursache und Wirkung oft ausschließen. (3) Die Ziele der Arbeit, also die gewünschten Zustände der KlientInnen, die durch die soziale Arbeit realisiert werden sollen, sind kontingent. Die enge Verknüpfung der Arbeit mit gesellschaftlichen Werten reflektiert die Diskurse (bspw. in der Gegenüberstellung von Gesundheit und Selbstständigkeit) und interpretiert sie auf der Handlungsebene immer wieder neu. Daher wirken sich (4) die Einflüsse aus der institutionellen (z.B. die der Kostenträger) und der kulturellen Umwelten (die sich wandelnden Wohlfahrtskulturen von Sozialstaaten) stark auf die Arbeit aus. (5) Die Interaktionen zwischen Personal und KlientInnen sind immer konfliktbeladen, weil die Leistung nicht nur KlientInneninteressen, sondern auch das Gemeinwohl (gesellschaftliche Konformitäts- bzw. Normalitätserwartungen) fokussiert. Die Interaktionen sind zudem unzugänglich für äußere Interventionen, vor allem dann, wenn das Personal allein mit den KlientInnen ist. (6) Da die gewünschten Ergebnisse nicht eindeutig formuliert sind und es kein Wissen über Ursache und Wirkung gibt, ist ein Effektivitätsbeweis unmöglich. Notdürftig wird die Effizienz zwar über die eingesetzten Mittel legitimiert. Doch diese Form der Selbstevaluation hat zur Folge, dass die Erfolgskriterien sozialer Dienstleistungen leicht in Zweifel gezogen werden können.

Mit einigen Einschränkungen können diese Befunde auch auf die ambulante Pflege übertragen werden. In vielen empirischen Untersuchungen von ambulanten Pflegekräften, finden sich starke psychosoziale Stressoren bspw. in der Anteilnahme bei Sterbefällen und den unzureichenden Möglichkeiten tatsächliche Pflegebedarfe der KlientInnen (ungeäußerte, wie auch die tatsächlich eingeforderten) zu befriedigen wieder. Büssing et al. haben 2005 mit umfangreichen Belastungsscreenings festgestellt, dass ein Gros der Arbeitsbelastung aus diesen Problemen eigenständiger Handlungsregulation resultiert. Die Pflegehandlungen sind von außen in Dauer und Umfang so sehr reglementiert, dass die Arbeitsziele – etwa die in der Ausbildung erlernte Form „guter Pflege“ oder auch die konkrete menschliche Situation im Einzelfall – strukturell im Widerspruch zu den realen

Bedingungen stehen. Kompensiert werden diese alltäglichen Widersprüche im Arbeitshandeln durch eine flexible Ausrichtung der Pfl egetätigkeit und „Anpassungsfähigkeit durch Kompromissbereitschaft“ (ebd.: 33), die die Pflegekräfte mit sich allein „subjektiv“, je nach Erfahrungsschatz ausmachen.

Anders als in Krankenhäusern sind die organisatorischen Strukturen der ambulanten Pflegedienste nicht in der Lage, die arbeitsmedizinischen wie arbeitspsychologischen Belastungen zu bearbeiten. Zum einen sind kleinere Betriebe vom Arbeits- und Gesundheitsschutz (der laut Definition auch psychische Unversehrtheit umfasst) teilweise befreit, zum anderen beschränken sich die von Pflegediensten und Berufsgenossenschaften initiierten Maßnahmen ausschließlich auf die körperzentrierte Belastungen (Rückenprobleme usw.). Die „subjektive Regulation“ von Situationen, die nicht dem Normalfall entsprechen (was in der ambulanten Pflege ständig vorkommt), wird mit den durchgeführten Schulungen nicht verbessert.

Relativ wenig beschäftigt sich die Pflegewissenschaft damit, wie die Beschäftigten mit den offenkundigen Belastungen umgehen. Obgleich es eine hohe Fluktuation in den Betrieben gibt, findet ambulante Pflege ja dennoch ziemlich erfolgreich statt. Offensichtlich gibt es Formen, die widersprüchlichen Anforderungen und Arbeitsbelastungen auf Subjektebene auszugleichen. Neuere Theorien zu subjektiver Arbeitsregulation, wie bspw. der Ansatz des Projektverbunds „Gesellschaftlicher Wandel und neue Regulierungsmuster von Arbeit“ (Reihert 2007) können hier weiterhelfen, die besonderen Umstände des „Hybrids“ ambulante Pflege nachzuvollziehen.

Ansprüche der Beschäftigten an die Regulation der Arbeit finden demnach im Spannungsfeld Erwerbsarbeit (Bedürfnisse als ArbeitnehmerIn nach Regulation von Arbeitszeiten, Gehalt, Mitbestimmung), Wissensarbeit (als kompetente Akteure, die selbst den Einsatz bestimmter Methoden planen können, Fort- und Weiterbildung organisieren, und berufliche Weiterentwicklung fokussieren) und Gefühlsarbeit (selbstverantwortliche Handhabung der Arbeitszeiten und Arbeitsabläufe; Freiräume für die Beziehungen zu den KlientInnen) statt. Meist gelingt die Vereinbarkeit der prinzipiell gleichberechtigten Ebenen nicht, was zu Arbeitsbelastungen führt. Interessant für die Arbeitsregulation ist also, wie die Abwägung zwischen den unterschiedlichen Anforderungen subjektiv gelingt. Beeinflusst wird die Abwägung (wie gehandelt wird), nicht nur durch die persönlichen Präferenzen der Beschäftigten. Vielmehr werden die Realisierungschancen in der jeweiligen Arbeitsorganisation und der zunehmende Druck, die Arbeitsansprüche an neuen Paradigmen der Betriebswirtschaftlichkeit auszurichten, mit in die Handlungsentscheidung einbezogen.

Vor dem Hintergrund der Reformen der Pflegeversicherung kann konstatiert werden, dass zu dem ohnehin in Entscheidungssituationen abverlangten

„klinischen Urteilsvermögen“ weitere Entscheidungsgrundlagen hinzutreten, die den Pflegekräften andauernd die Abwägung zwischen ethisch Gebotenem und ökonomisch Sinnvollem abverlangt. Die Prinzipien verschieben sich zunehmend in Richtung Rationalisierung und geraten so in Konflikt mit den erlernten Arbeitszielen. Mehrere Studien weisen denn auch auf die Ursache von prekärer Beschäftigung in dem Bereich hin: Die Ansprüche an die Gefühlsarbeit und die selbstbestimmte Arbeit werden sehr spät relativiert, meist erst, nachdem enorme Einschränkungen bei anderen Ansprüchen in Kauf genommen wurden (Reihert 2007).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Forschungsgruppe Arbeit-Gender-Technik 2012, die in all ihren Interviews in der stationären Pflege „Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen [...] oft als Randbemerkung“ (Nowak/Hausotter/Winkler 2012: 57) gefunden hat. Daraus leiten die Autorinnen das Prekär-Werden der Selbstsorge ab, das sich, unbeeindruckt von physischen und psychischen Erkrankungen, Beschränkungen der Familienplanung, Freizeitaktivitäten und sozialen Begegnungen, in einer dennoch grundsätzlichen Arbeitszufriedenheit der Befragten widerspiegelt. Dabei werden die Arbeitsverhältnisse oft nicht als gesellschaftliche Zwänge, sondern als Ausdruck „persönlicher Vorlieben und Wünsche“ beschrieben. Die beschränkte Handlungsfähigkeit die Arbeitsbedingungen zu verbessern, hängt also auch damit zusammen, „dass die Befragten mit ihren Subjektkonstruktionen die vorgefundenen entgrenzten Verhältnisse insofern verfestigen, als sie diese mit positiven Bedeutungen versehen oder die Einschränkungen, die damit einhergehen, marginalisieren.“ (ebd.: 97).

Die ökonomischen Beschränkungen der Pflegearbeit werden durch subjektiv entschiedene Erweiterungen des Leistungsspektrums (z.B. durch inoffizielle und undokumentierte Arbeit) ausgeglichen. Hierfür begünstigend wirkt das vereinzelte Arbeiten und die Bindung an die Bedürfnisse der KlientInnen. Die konkrete Definition und Ausgestaltung der Pflegearbeit obliegt also, je nach persönlichen Ressourcen, vor allem in der vereinzelt ambulanten Pflege, den Beschäftigten selbst.

## Akteurskonstellation ambulante Pflege

Ambulante Pflege entsteht im Wechselspiel aus betrieblichen, überbetrieblichen und gesellschaftlich/politischen Strukturen. Wenn alle Rahmenbedingungen mit einbezogen werden sollen, tut sich ein „Flickenteppich“ rechtlicher und institutioneller Verantwortungsbereiche auf, der kaum überschaubar ist, aber mehr oder weniger Einfluss auf den Vollzug ambulanter Pflege entfaltet. All jene kleinen und großen Kontexte müssten Handlungsfelder ernstzunehmender

Interessenvertretung sein, um den oben beschriebenen Tendenzen subjektiver Regulation zu begegnen.

Auf drei Handlungs- bzw. Akteursebenen werden Fragen der Arbeitsregulation verhandelt, was sie auch zu Beobachtungs- und Interventionsfelder von Gewerkschaften macht. (1) Die direkte betriebliche bzw. Ebene des dezentralen Versorgungssettings. Hier findet sich die bereits beschriebene dominante Praxis der subjektiven Regulation der Pflegekräfte, die aufgrund ihres Erfahrungsschatzes ihren Handlungsorizont bis zu einem bestimmten Maß „teilautonom“ selbst verantworten, was vor allem auf die Pflegefachkräfte zutrifft, die u.a. die Pflegeprozessplanung mitbestimmen können. Die Arbeit der Pflegekräfte wird durch die Pflegedienstleitung (PDL) vorstrukturiert, kontrolliert und evaluiert. Je nach vorgegebenen finanziellen und personellen Ressourcen entscheidet die PDL über das grobe Konzept der Pflegesystematik (z.B. Bezugspflege), plant die Touren/Intervalle und hat damit Einfluss auf die Arbeitsverdichtung und Qualität der Pflege. Sie ist darüber hinaus auch für die Koordinierung von Weiterbildungen, für Teambildungsprozesse und die Kompensation sozialer Belastungen zuständig<sup>7</sup>. Ebenfalls auf der direkten Ebene angesiedelt sind Betriebsräte – wenn es sie denn gibt. Sie haben oft ein geringes Durchsetzungsvermögen, was vor allem an den unterschiedlichen Interessen der Beschäftigten liegt. Daher nehmen sie überwiegend advokatorische Funktion in Einzelfällen und bei Betriebskrisen wahr. Auf der gleichen Ebene zu verorten sind die „Versorgungshaushalte“ und die PatientInnen selber. Sie können Einfluss auf die Arbeitsbedingungen nehmen, wenn sich z.B. aufgrund langjähriger Bezugspflege Koalitionen zwischen Pflegepersonal und Angehörigen entwickeln. (2) Auf der zweiten Ebene lassen sich die Akteure einordnen, die zwar nur indirekten Einfluss auf die Dienste ausüben, der sich aber direkt entfaltet. Hierzu gehören der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), der mit der Pflegestufe die durchführbaren Leistungen vorgibt und gleichzeitig für die Qualitätskontrolle zuständig ist. Die MDK-Prüfungen sind im Feld (nicht unbedingt begründet) gefürchtet, da die Handlungsempfehlungen an den Betrieb nahezu verpflichtend sind. Als verlängerter Arm der Kostenträger ist der MDK allerdings weder KlientInnen- noch ArbeitnehmerInnenvertretung. Mit fortschreitendem Wettbewerb haben sich zudem private Zertifizierungsunternehmen gebildet, um gegen schlechte MDK-Beurteilungen anzukämpfen. Je nach Ernsthaftigkeit der Prüfung hat die private Zertifizierung einen gewissen Einfluss auf Arbeitsroutinen und betriebsinterne

---

7 Diesen Umstand haben Fachverbände erkannt und überschütten Pflegefachkräfte in der Weiterbildung zur PDL mit Managementpraktiken zur betriebswirtschaftlichen Ausrichtung der Dienste. In einer Studie zur Ökonomisierung der ambulanten Pflege (Slotala 2011) wurden deshalb die Leitungspositionen als Träger der Ökonomisierung klassifiziert.



Standards. Neben dem MDK haben die Kostenträger den größten Einfluss auf Art und Umfang der Pflegeleistung. Sie sind nicht nur für die Versorgungsverträge mit den Pflegediensten und die Bewilligung von Leistungen zuständig, sondern sind maßgeblich an den Gremien der Selbstverwaltung (z.B. G-BA, aber auch Landespflegeausschüsse usw.) beteiligt. Sie haben damit hohen Einfluss auf die Standards (z.B. auch Ausbildungsinhalte<sup>8</sup>) und nehmen darüber hinaus aktiv an der öffentlichen Meinungsbildung zum Thema Pflege teil. Geringen Einfluss auf die Lage im Betrieb kann den Berufsgenossenschaften zugesprochen werden, die bei Arbeitsunfällen tätig werden und bestimmte Schulungen initiieren. (3) Auf einer dritten, eher übergeordneten, indirekten Ebene lassen sich all jene Akteure zusammenfassen, die zwar von der Pflegepraxis entkoppelt sind, aber durchaus einen formellen wie informellen Anteil an der Arbeitsregulation entfalten. Zu nennen sind hier die große Anzahl an Lobbyverbänden (ArbeitgeberInnen, aber auch Verbände von PatientInnen), die sog. Stakeholder (z.B. Konfessionen, SpenderInnen, Selbsthilfegruppen, soziale Bewegungen) und staatliche Institutionen, die durch Gesetzgebung und Überwachung der Gremien der Selbstverwaltung den höchsten Einfluss auf die Rahmenbedingungen haben<sup>9</sup>. Ver.di ist vor allem auf dieser übergeordneten Ebene beratend präsent.

In der Zusammenstellung wird deutlich, dass kollektive Akteure, die im Sinne der ArbeitnehmerInnen auftreten, auf allen Ebenen eine untergeordnete Rolle spielen und zudem wenig durchsetzungsstark sind. Im folgenden Abschnitt sollen die empirisch vorgefundenen Praktiken eingehender untersucht werden.

## Gewerkschaftsarbeit: Strategische Bündnisse und Kampagnen

Die oben genannten Ebenen lassen sich auf die traditionellen Tätigkeitsschwerpunkte von Gewerkschaftsarbeit übertragen: (1) Die Selbsthilfe und Organisation der Beschäftigten. (2) Tarifverträge abschließen und auf die Einhaltung achten. (3) Einfluss auf die Politik nehmen, um die Rahmenbedingungen günstiger zu gestalten. Auf Letzterem liegt die Hauptaktivität von ver.di in der ambulanten Pflege. Warum beschränkt sich die zweitgrößte Gewerkschaft im DGB auf diese Handlungsebene?

---

8 Der Einfluss von Berufsstandseinrichtungen in Aus- und Weiterbildung wird meist unterschätzt. Hier werden die konkreten Inhalte der Pflege festgelegt, das Berufsbild und Berufsethos geschärft und Grundlagen für den späteren Abgleich des eigenen Arbeitshandelns gelegt.

9 Die Bundesländer und die Kommunen treten zudem auch häufig als Auftraggeber und Kostenträger von ambulanter Pflege auf, was den Einfluss auf die einzelnen Betriebe zumindest theoretisch erheblich erweitert.

Ver.di steht in der ambulanten Pflege vor spezifischen Problemen, die sich aus dem häuslichen Setting (außerhalb großer Einrichtungen), der meist geringen Größe der Anbieter, den vorherrschenden Teilzeitarbeitsverhältnissen und der Verquickung von Gemeinwohl- und Marktorientierung<sup>10</sup> ergeben. Der geringe gewerkschaftliche Organisationsgrad in der ambulanten Pflege ist offensichtlich Ausdruck der mangelnden Passung der Branche in die Strukturen des dualen Systems industrieller Beziehungen. Hier lassen sich keine (stabilen) Belegschaften mobilisieren und „Arbeitermacht“ als Drohpotential für Verhandlungen strategisch nutzen. Die grundsätzliche Hinwendung gewerkschaftlicher Bemühungen in Richtung Staat und Regulation übergeordneter Rahmenbedingungen kompensiert einerseits die fehlenden gewerkschaftlichen „Statthalter“ und andererseits die reduzierten Kampfformen (PatientInnen werden nicht „bestreikt“) auf Betriebsebene. Die klassischen Forderungen an die ArbeitgeberInnen wie sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, unbefristete Arbeitsverträge, Gesundheits- bzw. Fürsorgepflicht, Förderung kollegialen Austauschs und die Qualifizierung auf Kosten der ArbeitgeberInnen finden sich zwar in den Publikationen von ver.di, werden aber strategisch über andere, dem Arbeitsprozess entkoppelte und übergeordnete, Akteure geleitet. Denn es fehlen meist verrechtlichte betriebliche und überbetriebliche Ebenen, auf denen mit den ArbeitgeberInnen über Arbeitsbedingungen verhandelt werden könnte.

Unter diesen Vorzeichen sind die empirisch wahrgenommenen Netzwerkbemühungen von ver.di in Berlin zu betrachten. Diese fokussieren die Rahmenbedingungen der Pflege und fordern dazu auf, die anfänglich konstatierte Abwesenheit der Gewerkschaft in der ambulanten Pflege teilweise zu revidieren. So organisiert der Fachbereich 03 (Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen) die jährliche Veranstaltung „Pflegetag“, um mit anderen Akteuren der ArbeitnehmerInneninteressen ins Gespräch zu kommen. Es finden regelmäßige Treffen mit kirchlichen MitarbeiterInnenvertretungen statt, um branchenweite Standards (unabhängig von der Organisationsform der Anbieter) zu erzielen. Hinzu kommen enge Partnerschaften mit den Berufsgenossenschaften (bzw. Unfallkassen) sowie den Landesbehörden für Arbeitsschutz. Der zuständige Sekretär ist zudem auf nahezu allen Veranstaltungen und Tagungen der Pfl-

---

10 Auf die widersprüchlichen Anforderungen an die Pflege wurde schon weiter oben eingegangen. Seinen konsequenten Ausdruck findet diese Konstruktion in den sog. Tendenzbetrieben (gemeinnützige und in verschärfter Form konfessionelle Träger). Deren organisationskulturelles Korsett beschränkt betriebliche Mitbestimmung und ist angelehnt an das christlich geprägte Moralmodell. Mit Tendenzbetrieben soll vorrangig kein Geld erwirtschaftet, sondern es sollen „unmittelbar und überwiegend“ geistig-ideelle Ziele verfolgt werden. Diese Besonderheit sorgte schon früh für prekäre Arbeitsverhältnisse in den Sozialunternehmen (dazu Pankoke 1995).

gebranche und in den Sozialausschüssen der Parteien als Ansprechpartner mit pflegefachlicher Kompetenz präsent.

Ein Element der (Mit-)Gestaltung des Pflegediskurses sind eigene Erhebungen zu Ausbildungs- und Qualifizierungsbedingungen (Dielmann/Lauerand/Wehrheim 2013) und Fachtagungen, welche enge Bezüge zur aktuellen subjektorientierten Pflege- und Arbeitswissenschaft herstellen<sup>11</sup>. Obwohl die Analyse der Probleme der Arbeitsregulation in der Pflege bei ver.di dem wissenschaftlichen Kenntnisstand entspricht, sind diese fachlichen Interventionen in Umfang und Reichweite nicht mit denen der ArbeitgeberInnenverbände und Kostenträger zu vergleichen, die weitaus kraftvoller in der Öffentlichkeit als Lobbygruppen präsent sind<sup>12</sup>.

Die Anknüpfungspunkte der öffentlichen Stellungnahmen sind breit gefächert und zeigen, dass ver.di die relevanten Kontexte der Pflege im Blick hat. So werden Gesetzesinitiativen, Richtlinien des G-BA, neue Studien und die Arbeit anderer Akteure (zum Beispiel des MDK) kommentiert und mit den Forderungen der Beschäftigten in Verbindung gebracht. Auf Bundes- und Landesebene tritt ver.di in Anhörungen und als beratendes Mitglied in Gremien auf. Auch advokatorische Funktion wird von ver.di im Einzelfall ausgeübt.

Das Kernelement der Gewerkschaftsarbeit scheinen aber appellative Kampagnen zu sein. Diese Imagekampagnen thematisieren die Arbeitsbedingungen als Teilaspekt der Pflegeversorgung unter dem Motto „Gute Pflege – Nur unter guten Bedingungen“. Explizit wird die Nähe zu PatientInnenvertretungen gesucht und Forderungen werden gegenseitig unterstützt (bspw. im „Bündnis für Gute Pflege“). Die Kooperation liegt nahe, da über die Koppelung mit den Interessen der PflegeklientInnen mehr (legitimer) Druck für die Arbeitsregulation erzeugt werden kann. Allerdings verdeckt die Breite der Forderungen der unterschiedlichen Kampagnenträger zunehmend die ArbeitnehmerInnenperspektive und bedient stärker die Interessen anderer Gruppen (vor allem die der pflegenden Angehörigen).

## Kein Ersatz: Probleme individueller und kollektiver Praktiken

Wenn die herkömmlichen Mittel der Arbeitsregulation versagen, obliegt es den Arbeitssubjekten selbst, ihre Ansprüche gegenüber anderen Ansprüchen zu verteidigen und Realisierungschancen für „Gute Pflege“ zu vergrößern. In der Erhebung

---

11 Eine Tagung unter dem Motto „Betreust Du schon oder dokumentierst Du nur?“ beschäftigte sich bspw. mit dem unternehmerischen Selbst in der (ambulanten) Pflege.

12 Auch scheint es so, als ob die Thematisierung subjektiver Regulation nicht Einzug in die tatsächliche Vertretungs- und Organisationspraxis findet.

konnte, wenig überraschend, nachgewiesen werden, dass die Chancen sich durchzusetzen, mit dem Grad der Qualifizierung und der sozialen Einbindung in das Unternehmen steigen. Die so verbesserte Position im Betrieb wird durchaus in Einzelverhandlungen mit der Geschäftsführung genutzt, um bspw. Doppeldienste oder die Arbeit mit bestimmten KlientInnen für sich selbst zu vermeiden. Die dazugehörigen „stillen“ Praktiken der examinierten Pflegekräfte umfassen subtile Arbeitsverweigerungen, die aktive Verschlechterung des Betriebsklimas oder die Verweigerung unbezahlter Mehrarbeit bei den PflegeklientInnen (was eine Drohung darstellt, die dem eigenen Berufsbild widerspricht und deshalb in der Praxis sehr selten vorkommt).

Abgesehen von den subjektiven Praktiken ist aus nicht-institutionalisierter Perspektive zu fragen, an welcher Stelle sich überhaupt Möglichkeiten ergeben, subjektive Interessen auf Betriebsebene zu vergemeinschaften, sie vorzutragen und für ihre Durchsetzung Ressourcen zu mobilisieren. Ein Beispiel für solche Praktiken kollektiver Arbeitsregulation ist die gemeinsam kritisierte Tourenplanung auf Teamsitzungen und Solidarisierungen der examinierten Pflegekräfte mit den weniger durchsetzungsfähigen Pflegehilfskräften. Die meist monatlichen Teamsitzungen sind offenbar die einzige „Arena“, wo über das individuelle Arbeitsverhältnis hinaus, Bedingungen diskursiv geregelt werden. Aufgrund der Dominanz der Pflegedienstleitung sind Teamsitzungen aber nicht vergleichbar mit Versammlungen, die bspw. ein Betriebsrat einberuft. Zu vorherigen Absprachen, strategischen Koalitionen oder anderen Elementen einer irgendwie organisierten und auf Dauer gerichteten kollektiven Arbeitsregulation kann hierbei keine Rede sein. Vielmehr wurde festgestellt, dass die vorgebrachten Klagen zwar Verbesserungen (z.B. bei der Tourenplanung) bewirken können, diese allerdings nach einer gewissen Zeit widerspruchslös wieder aufgegeben werden.

Die Gründe für das Ausbleiben einer kollektiven Verfolgung von Interessen auf Betriebsebene sind vielfältig. Beispielsweise sind die Räumlichkeiten der Dienste hinsichtlich der Möglichkeiten zum Ausleben von Kollegialität und sozialer Unterstützung nicht zu unterschätzen. Die Gestaltung und Lage der Aufenthaltsräume (z.B. unter ständiger Kontrolle der Geschäftsführung) kann den sozialen Austausch „Gleicher unter Gleichen“ begünstigen oder auch behindern. Hinzu kommt, dass die Situationen, in denen Beschäftigte aufeinander treffen und sich austauschen, ohnehin rar sind. So finden Pausen meist allein (während der Fahrtzeit) statt und die Übergaben im Büro sind auf wenige Minuten beschränkt. Das grundsätzliche Element für kollektive Regulation, der Interessenabgleich, kommt also nur unter besonderen Umständen (Privatkontakte, Betriebsausflüge, Teamsitzungen) zustande.

In den Interviews wurden unterschiedliche Gründe genannt, warum es keinen Kontakt zur Gewerkschaft oder sogar einen Betriebsrat gibt. Dominant war eine

„Vertrauensbasis“ die durch ein offenes Verhältnis mit der Geschäftsführung herrscht. Zudem wird eine kritische Haltung gegenüber den Gewerkschaften nahezu kultiviert. Von den Bemühungen ver.di's auf überbetrieblicher Ebene (bspw. in der Pflegekommission oder in Kampagnen für „Gute Pflege“) ist bei den nicht gewerkschaftlich organisierten Pflegekräften nichts bekannt<sup>13</sup>.

Dabei wären die möglichen Vorteile für gewerkschaftlich organisierte Pflegekräfte durchaus hoch, wenn sie denn in Auseinandersetzungen mit den ArbeitgeberInnen treten wollen. Da diese Schwelle in den meisten Betrieben selten überschritten wird, erübrigt sich die Gewerkschaft als Ansprechpartner. Auch ist der Markt für Pflegekräfte gerade so günstig, dass eher der Arbeitsplatz gewechselt wird, als dass Auseinandersetzungen durchgehalten werden.

Interessant ist der Wunsch der Pflegekräfte nach einem eigenständigen Lobbyverband. Obwohl es durchaus Berufsstandsvertretungen examinierter Pflegekräfte gibt, die als beratende Mitglieder an den Gremien der Selbstverwaltung teilnehmen und an öffentlichkeitswirksamen Kampagnen mitwirken, scheint dennoch eine Grundstimmung des Nicht-Vertreten-Werdens vorzuherrschen. Auch dass ver.di zum Teil als Berufsstandsvertretung der Pflege auftritt, wird nicht wahrgenommen. Das hängt einerseits mit der Fülle der Verbände in dem Bereich zusammen, andererseits liegt es an den wenigen alltäglichen Berührungspunkten, die diese Interessenvertretungen anbieten. Die Pflegekräfte versprechen sich von der Einführung von Pflegekammern eine Aufwertung des Berufsbildes und die Standardisierung der Verfahren. Allerdings scheint die Diskussion noch nicht genügend fortgeschritten zu sein und die Einrichtung einer Kammer bildet vielmehr einen symbolischen Anker zur Lösung von Problemen, die angeblich nur durch neue Institutionen und nicht in naher Zukunft eintreten. So führt der Wunsch nach Pflegekammern und das Verschieben von Arbeitsregulation auf die Zukunft wiederum zur dauerhaften Einrichtung in Missständen, ohne dass vorhandene Strukturen kollektiver Arbeitsregulation ihre Geltung entfalten können.

Der Durchsetzung von Interessen der Pflegekräfte steht außerdem ein Einstellungsmuster entgegen, das in fast allen Interviews zur Sprache kam: Die Selbstwahrnehmung als defizitär, als eine Branche, die eine Belastung für den Sozialstaat sei und sich deshalb mit Ansprüchen zurückhalten müsse. Die Antizipation (neuer) gesellschaftlicher Anforderungen, führt nicht nur zur Leugnung des erbrachten gesellschaftlichen „Mehrerts“ (im Sinne von nötiger Care-Arbeit), sondern steht auch der kollektiven Arbeitsregulation nachhaltig im Weg. Die Kampagnen von ver.di zur Aufwertung des Berufsbildes scheinen also selbst bei den Betroffenen ins Leere zu laufen.

---

13 Für alle Interessierten bietet ver.di einen monatlichen Pflegestammtisch an. Die Runden sind aber klein und eher etwas für Betriebsräte.

## Fazit: Für eine Erneuerung der Gewerkschaftsarbeit

Die Pflegeversicherung mit ihren Prämissen der Teilfinanzierung, Pflegestufen und Leistungskomplexen forciert ein ambulantes und prekäres Versorgungsetting, das die Folgen demografischer Entwicklung und des postfordistischen Strukturwandels auf dem Rücken der Pflegenden (professionellen, wie familiären) bewältigt (Chorus 2012). Die Fragmentierung der Pflegearbeit fordert zudem einen Qualifizierungsmix, der im ambulanten Bereich zu einer starken Segregation der Belegschaften in Behandlungspflege, Grundpflege und Hauswirtschaft führt. Empirisch nachweisbar ist, dass Pflege vor allem deshalb zustande kommt, weil sich die Pflegekräfte entsprechend kompromissbereit zeigen. Das schlägt sich in der defizitären Beschäftigungsstruktur der Pflegedienste nieder, die weder „vollständige Pflege“ (Glaser 2006) im Sinne eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs leisten noch Ressourcen bereitstellen, um typischen Belastungen im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Pflege zu begegnen.

Die ambulante Pflege ist durch übergeordnete Strukturen stark reguliert. Die Beauftragungs- und Vergütungsstruktur kommt im Geflecht staatlich moderierter korporatistischer Gesundheitsversorgung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zustande. Die vorgesehenen Kontrollinstanzen wie der MDK sowie die Standardisierungen entfalten nur geringe Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege. Einerseits, weil die Instrumente nicht auf die Evaluation der Arbeitsbedingungen ausgerichtet sind, und andererseits, weil die Interessen der AuftraggeberInnen gerade nicht die Standardisierung der Arbeitsbedingungen, sondern die der Leistungen umfassen. Ähnliche Einschränkungen müssen für staatliche Institutionen gemacht werden, die trotz ihres Status (oft als Kostenträger und Auftraggeber) noch weniger Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und Belastungsverhütung ausüben.

Die Selbstverwaltung der Gesundheitsversorgung schafft Rahmenbedingungen, die den Vollzug der Pflegearbeit stark vorstrukturiert. Konstitutiv für die Entscheidungen auf dieser gesundheitspolitischen Ebene sind die beratende Pflegewissenschaft und politische bzw. ökonomische Vorgaben. In diesen Prozessen der Festlegung der Rahmenbedingungen sind die Akteure (ArbeitgeberInnen wie ArbeitnehmerInnen) der ambulanten Pflege, im Vergleich zu ihren stationären KollegInnen, nicht oder nur sehr schwach vertreten.

Gewerkschaftliches Engagement in der ambulanten Pflege ist nicht ausgeschlossen, obwohl der Zugang zu den Pflegekräften und die Arbeit mit den meist defensiven Betriebsräten schwierig ist. Vielmehr beschränkt sich die zuständige Gewerkschaft ver.di notgedrungen auf den Teilbereich der Beeinflussung politischer EntscheidungsträgerInnen durch Kampagnen und Partizipation an der Meinungsbildung. Hierfür werden strategische Allianzen mit anderen, mehr

oder weniger machtvollen Akteuren gebildet, die sprunghaft und im Sinne der branchenweiten Arbeitsregulation wenig ergiebig sind.

Die Stärke der Gewerkschaften in Branchen, die übergeordnet streng reguliert sind, zeigt sich allerdings nicht am Organisationsgrad oder an der Anzahl von Betriebsräten, sondern an der Präsenz und dem Durchsetzungsvermögen in den übergeordneten Strukturen bzw. auf der Diskursebene. Diese hängen aber mit der Stärke an der Basis dialektisch zusammen, weshalb ver.di auch auf der übergeordneten Ebene schwach ist. Das Gefühl des „Nicht-Vertreten-Werdens“ hat sich in der ambulanten Pflege breit gemacht und lässt zumindest die höher qualifizierten Pflegekräfte auf die Pflegekammern hoffen, statt sich gewerkschaftlich zu organisieren. Diese Herangehensweise mag angesichts der guten fachlichen Durchdringung der Pflege durch ver.di irrational erscheinen – ist aber gleichwohl Realität, derer sich gewerkschaftliche Akteure mit einer Reinterpretation der Regulierungsbedarfe in sozialen Dienstleistungen sowie mit einer Neuordnung der Konfliktfähigkeit stellen müssen.

Dass ver.di auf die dominanten Regulationsinhalte der Branche nur bedingt eingeht, verweist auch auf ein Kulturproblem gewerkschaftlicher Organisation. In Bereichen, in denen das Erwerbsmotiv bei den Beschäftigten unterliegt, können Gewerkschaften dieses nicht ausschließlich zum Gegenstand der Auseinandersetzungen machen. Vielmehr wäre es also angebracht Arbeitsbedingungen weniger ökonomistisch zu betrachten und den dominanten Arbeitsinhalt der ambulanten Pflege, die subjektivierte Bearbeitung von menschlichen Bedürfnissen, in den Fokus zu rücken. Denkbare Themen sind hier das nicht durchgehaltene Konzept der Bezugspflege, das Entscheidungsdilemma zwischen Effizienz und „Guter Pflege“ und die (leider von niemandem geforderte) Abkehr vom System der Leistungskomplexe hin zu pauschalen Zeitbudgets, wie sie z.B. in der persönlichen Assistenz für behinderte Menschen schon lange üblich sind. Auch die Inhalte der Pflicht-Erhaltungsförderungen für examinierte Pflegekräfte bieten praktische Anknüpfungspunkte zwischen gewerkschaftlicher Kampagnenarbeit und Beschäftigten. Ver.di könnte sich so als legitime Berufsstandsvertretung gegenüber dubiosen Lobbyorganisationen, Zertifizierungsunternehmen und pseudowissenschaftlichen Gefälligkeitsgutachten aus dem G-BA profilieren und jeweils ebenenspezifische Forderungen (z.B. bei den Standards, in der Ausbildung und Gesundheitspolitik) sowie langfristige ebenenübergreifende Durchsetzungsstrategien daraus erarbeiten. Bezugnehmend auf Schroth (2009) müssten dafür aber ambulante Pflegekräfte in die gewerkschaftliche Strategieplanung integriert werden<sup>14</sup>. Der alltägliche

---

14 Hier fehlt es an verbindlichen Strukturen. Denn bisher scheinen noch nicht einmal die hauptamtlichen ver.di-SekretärInnen auf Bezirks- mit denen auf Bundesebene genügend vernetzt zu sein.

Modus sollte sich vom Service (Rechtsschutzversicherung für Mitglieder) zur Mitgliedermobilisierung und von der Repräsentation zur Partizipation wandeln. Die in Organizing-Konzepten vorgeschlagene „mobilisierende Beteiligung“ über „aktivierende Befragungen“ von Beschäftigten könnte dazu beitragen sich über kollektive Regulationsinhalte zu verständigen. Der gemeinsame Reflexionsprozess würde nicht nur die individuell erfahrenden Belastungen diskutierbar machen, sondern auch einen Zusammenhang mit den oft undurchsichtigen Rahmenbedingungen herstellen, gesundheitspolitische Entscheidungen also diskutierbar und damit, sozusagen bottom-up, „intervenierbar“ machen. Diesen Prozess sollte ver.di, neben den eigenen „Pflegestammtischen“, auch in den Betrieben z.B. durch die Etablierung von Räumen (zeitlich, örtlich) für kollegiales Sozialleben in der Breite ermöglichen. Der Konflikt um eine relativ einfache Forderung nach autonomen Pausenräumen, deren Regulation eben nicht an betriebsexterne „Sachzwänge“ gebunden ist, könnte exemplarisch die angebliche Vertrauensbasis zwischen Geschäftsführung/PDL und Beschäftigten stören.

Auch vorgefundene narrative Bezugspunkte zur Stations-Pflege könnten für Konflikte in beiden Branchen im solidarischen Austausch nutzbar gemacht werden. Um den faktischen Streikverzicht der Pflege zu überwinden, hat ver.di im stationären Kontext bereits eine Lösung gefunden (Nachtwey/Wolf 2013: 190f.), die sich auch auf die ambulante Pflege übertragen ließe. Um das ethische Dilemma zu umgehen, PatientInnen bestreiken zu müssen, wurde mit der Geschäftsführung eine Notdienstvereinbarung abgeschlossen, die vorsah, bestreikte Stationen nach einer gewissen Zeit zu räumen und die PatientInnen frühzeitig an andere Kliniken auszulagern. Der Druck, dass eine Pflegedienstleitung ihre KlientInnen aus Sorge vor Unterversorgung im Streikfall an einen Konkurrenten temporär abgibt, könnte im ambulanten Kontext durch gezielte Inszenierungen mit langjährigen BezugspatientInnen (die z.T. offen für Koalitionen mit ihren BezugspflegerInnen gegen ArbeitgeberInnen, MDK usw. sind) und deren kompensierenden Angehörigen exemplarisch hergestellt werden. Die Arbeitsethik könnte hier nicht als Streikrestriktion, sondern als Ressource gegen die PDL (die ja auch moralisch-ethisch an „guter Pflege“ interessiert ist) wahrgenommen werden. An ver.di wäre es dann, solche gelungenen Beispiele für innovative Konfliktfähigkeit den BündnispartnerInnen (z.B. die PatientInnenverbände) zu vermitteln und in anderen Kontexten bekannt zu machen. Dabei kommt es nicht auf die Betriebsgröße des Beispiels an, sondern darauf eine „Siegperspektive“ im Konflikt einzunehmen und diese Erfahrung zu konservieren.



## Literatur

- Bode, Ingo/Graf, Achim (2000): Im Trend, aber auf eigenen Wegen. Arbeit und Organisation im Dritten Sektor, in: Bode, I./Graf, A. (Hrsg.), *Die Reorganisation der Arbeitsgesellschaft*, Frankfurt/Main, Campus: 139-179.
- Bräutigam, Christoph/Dahlbeck, Elke/Enste, Peter/Evans, Michaela/Hilbert, Josef (2010): *Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege*, Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- Büssing, André/Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): *Belastungsscreening in der ambulanten Pflege*, Frankfurt/Main, Verlag für neue Wissenschaft.
- Chorus, Silke (2012): *Care-Ökonomie im Postfordismus*, Münster, Westfälisches Dampfboot.
- Dielmann, Gerd/Gembus, Mario/Lauerand, Judith/Wehrheim, Melanie (2013): *Ausbildungsreport Pflege 2012*, Berlin, ver.di.
- Glaser, Jürgen (2006): Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflege – arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege, in: Böhle F./Glaser, J. (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit*, Wiesbaden, VS Verlag: 43-58.
- Infratest (2011): *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“*, Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Klatetzki, Thomas (2010): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen*, Wiesbaden, VS Verlag.
- Klie, Thomas/Buhl, Anke/Entzian, Hildegard/Schmidt, Roland (2002): *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen*, Frankfurt/Main, Mabuse Verlag.
- Müller-Jentsch, Walther (1997): *Soziologie der industriellen Beziehungen*, Frankfurt/Main, Campus
- Nachtwey, Oliver/Wolf Luigi (2013): Strategisches Handlungsvermögen und gewerkschaftliche Erneuerung im Dienstleistungssektor, in: Dörre, K./Schmalz, S., *Comeback der Gewerkschaften*, Frankfurt/Main, Campus: 179-199.
- Nowak, Iris/Hausotter, Jette/Winker, Gabriele (2012): *Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen Subjektkonstruktionen von Beschäftigten in Industrie und Altenpflege*, Forschungsgruppe Arbeit-Gender-Technik, Technische Universität Hamburg-Harburg.
- Pankoke, Eckart (1995): Subsidiäre Solidarität und freies Engagement: Zur „anderen“ Modernität der Wohlfahrtsverbände, in: Rauschenbach, T./Olk, T./Sachße, C. (Hrsg.), *Von der Wertegemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Wohlfahrts- und Jugendverbände im Umbruch*, Frankfurt/Main, Suhrkamp: 54-83.
- Reihert, Claudia (2007): Soziale Dienstleistungsarbeit zwischen Individualvertrag und Kollektivvereinbarung, in: *Gesellschaftliche Modernisierung und Regulierung von Arbeit*, IAW Forschungsbericht 13, Bremen: 16-30.
- Schmidt, Roland (2002): Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung in: Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hrsg.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen*, Frankfurt/Main, Mabuse Verlag: 289-328.
- Schroth, Heidi (2009): *Klinken putzen!?! Strategien gewerkschaftlicher Mitgliederaktivierung in Deutschland und den USA*, Hamburg, VSA Verlag.
- Slotala, Lukas (2011): *Ökonomisierung der ambulanten Pflege*, Wiesbaden, VS Verlag.
- Windeler, Arnold/Wirth, Carsten (2005): Strukturierung von Arbeitsregulation: eine relationale Mehrebenenperspektive. in: Faust, M./Funder, M./Moldaschl, M. (Hrsg.), *Arbeitssoziologie – Die Organisation der Arbeit*, Mering, Hampp: 165-194.