

**Projekt:
Entgrenzung von Arbeit und Chancen zur Partizipation
(EAP)**

EAP-Diskussionspapier 5:

***Soziale Dienste (Mobile Pflege) in
Österreich – Skizze eines Sektors***

Manfred Krenn, Ulrike Papouschek, Ruth Simsa

Auszug aus dem EAP-Zwischenbericht, Februar 2004

INHALT

1.	<i>EINLEITUNG</i>	<i>1</i>
2.	<i>WAS SIND SOZIALE DIENSTE? EIN DEFINITIONSVERSUCH.....</i>	<i>2</i>
3.	<i>PFLEGEARBEIT ALS FRAUENBERUF</i>	<i>6</i>
4.	<i>ARBEITSBEDINGUNGEN IN DER MOBILEN PFLEGE.....</i>	<i>8</i>
5.	<i>„TRADITIONELL“ ENTGRENZTER FRAUENARBEITS-BEREICH UNTER BEGRENZUNGSDRUCK: AUSWIRKUNGEN AUF PARTIZIPATION UND MITBESTIMMUNG</i>	<i>11</i>
	<i>VERWENDETE LITERATUR.....</i>	<i>15</i>

1. EINLEITUNG

Bei den sozialen Diensten handelt es sich um einen expandierenden Sektor mit besonders hohen Frauenbeschäftigungsanteilen sowie mit hohen Anteilen atypischer Beschäftigung und mobiler Arbeit. Gerade in den mobilen Pflegediensten spielen Aspekte von Entgrenzung (etwa jene von Arbeitsort/Betrieb, Person/Arbeitskraft, Arbeitszeit, Beschäftigungsverhältnis, Arbeitsrolle und Leistungsanforderungen) eine große Rolle. Außerdem stehen die stark wachsenden und personalintensiven Pflegedienste (Simsa 2000) gegenwärtig unter starkem Effizienzdruck. Die Schere zwischen Anforderungen und Ressourcen sowohl auf gesellschaftlicher Ebene als auch auf der Ebene des Arbeitsplatzes stellt sich als europäisches Problem in vielen Ländern (Lehndorff 2001). Für die Untersuchung sind mobile Pflegedienste des weiteren deshalb besonders interessant, weil sie fast ausschließlich von Nonprofit-Organisationen angeboten werden.

Die Sozialen Dienste zählen zu jenen Branchen, die in den letzten Jahren am meisten zum gesamtwirtschaftlichen europäischen Nettobeschäftigungsanstieg beigetragen haben (Bosch et al. 2001). Angesichts demographischer Entwicklungen ist davon auszugehen, dass dieser Bereich in Zukunft noch stärker an Bedeutung gewinnen wird. Bis zum Jahr 2030 wird ein Anstieg der Zahl betreuungsbedürftiger Menschen in Österreich von derzeit 550.000 auf über 800.000 Personen prognostiziert (Badelt et al. 1997). Während gegenwärtig die Betreuung pflegebedürftiger Erwachsener zu ca. 80% unbezahlt in privaten Haushalten geleistet wird (Ebenda, Wiedenhofer 1999:741-748), ist gleichzeitig aufgrund von demographischen und sozialen Entwicklungen ein drastischer Rückgang dieser informellen, unbezahlten Pflegeleistungen zu erwarten (Schneider/Österle 2003:225-245).

Häusliche Altenpflege war traditionell „unbezahlte“ private Versorgungsarbeit (care-work) von Frauen (insbesondere Ehefrauen und Töchtern). Externe Hilfe hatte dabei oft nur ergänzenden Charakter. Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen in den letzten Jahrzehnten führt nun dazu, dass Frauen für diese Versorgungsarbeit nur mehr begrenzt zur Verfügung stehen. Die Folge: Der Bedarf an professioneller, institutioneller Pflege wird damit stark steigen.

Generell kann im Bereich der sozialen Dienste davon ausgegangen werden, dass hier hohe Arbeitsbelastungen mit tendenziell schlechten Arbeitsbedingungen gekoppelt sind. Die Situation wird verschärft durch die gegenwärtig, angesichts von Budgetkonsolidierung beobachtbare Doppelstrategie der öffentlichen Hand im Sozialbereich (Badelt 2001): Zum einen wird Druck auf die Organisationen ausgeübt, effizienter, professioneller und letztlich billiger zu arbeiten. Den finanziellen Kürzungen stehen zum anderen aber Ansprüche an mehr Leistungen gegenüber. Hier ist die Gefahr von Überforderung, noch höheren Arbeitsbelastungen und in der Folge Qualitätsverschlechterungen gegeben (vgl. Krenn 2003).

Lehndorff (2001) ortet in diesem Zusammenhang die Entwicklung eines fundamentalen Konflikts, der daraus resultiert, dass sich angesichts zunehmender Gleichstellungsansprüche von Frauen in der Erwerbsarbeit, Gesellschaften immer weniger darauf verlassen können, „zu bisherigen Preisen ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot für

ihren wachsenden Bedarf an sozialen Dienstleistungen zu bekommen.“ (Lehndorff 2001:28)¹ Dieser Konflikt, so Lehndorff weiter, wird Konsequenzen für die Staatshaushalte, für die Steuer- und Sozialversicherungssysteme haben. Und:

„Auch eine verstärkte Privatisierung der sozialen Dienstleistungen wird dieses Problem nicht lösen können, wenn an hohen Qualitäts- und Qualifikationsstandards festgehalten werden soll.“ (Lehndorff 2001:28)

Das quantitative Ausmaß der Beschäftigung in Sozialorganisationen ist mittlerweile relativ gut dokumentiert (Salamon/Anheier 1999). Qualitative Aspekte sind vergleichsweise weniger erfasst. Sie liegen v. a. in hohen emotionalen und körperlichen Belastungen (Krenn 2003), in tendenziell niedrigeren Einkommen und in der für MitarbeiterInnen belastenden Problematik der Erfolgsmessung.

2. WAS SIND SOZIALE DIENSTE? EIN DEFINITIONSVERSUCH

Es existiert keine allgemein akzeptierte Definition der sozialen Dienste. Vielfach wird darunter der gesamte Bereich sozialer Arbeit verstanden. Aber auch ein weitergehendes Begriffsverständnis von sozialen Diensten, das allgemein Leistungen nicht-monetärer Art umfasst, lässt sich finden.

Nach Huster (2000:15) zeichnen sich soziale Dienstleistungen im engeren Sinn dadurch aus,

„dass sie nicht zur Abdeckung von sozialversicherungsrechtlichen Lebensrisiken dienen, dass sie nicht durch staatlich kontrollierte und bereitgestellte Versorgungsangebote abgedeckt werden (z.B. Schulen) und dass sie zumeist nicht marktfähig produziert werden.“ (Huster 2000:15)

Damit wird zunächst eine Abgrenzung der sozialen Dienste vom ersten sozialen Netz, den Leistungen der Sozialversicherung, erreicht. Ein weiteres Merkmal, das häufig als kennzeichnend für soziale Dienstleistungen betrachtet wird, ist ihre Personenbezogenheit oder Personengebundenheit. Demnach zählen Leistungen, die unmittelbar an Personen vorgenommen werden und mit persönlicher Hilfe zu tun haben, zu den sozialen Dienstleistungen (vgl. Bachstein 2000:11). Im Englischen hat sich dafür der Begriff der ‚personal social services‘ etabliert, im Deutschen wird manchmal von persönlichen sozialen Dienstleistungen gesprochen.

Alternativ wird eine Abgrenzung der sozialen Dienste vorgenommen, indem Zielgruppen sozialer Dienste taxativ aufgezählt werden (Bachstein 2000:10ff, Badelt 1997a:186ff). Soziale Dienstleistungen umfassen demnach u.a. Leistungen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, Familien, AusländerInnen, Personen mit

¹ Krampe (2003) kommt in ihrer Analyse der Auswirkungen der Reformen im deutschen Gesundheitswesen zum Schluss, dass im Bereich der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund niedrig angesetzter Geldleistungen ein informeller Arbeitsmarkt entsteht, der durch einen hohen Beschäftigungsanteil von Migrantinnen charakterisiert ist. Gleichzeitig finden sich in Deutschland groß angelegte Kampagnen zur Aufwertung des Ehrenamtes in der Betreuung Pflegebedürftiger. (vgl. auch Mairhuber/Papouschek 2002)

psychischen oder sonstigen gesundheitlichen Problemen, Menschen mit Behinderungen, Straffällige etc. Auch der Bereich der Gemeinwesenarbeit wird vielfach den sozialen Dienstleistungen zugerechnet (Klicpera/Gasteiger-Klicpera 1997). Bachstein (2002:13)² definiert demgemäss soziale Dienstleistungen als personenbezogene Dienstleistungen, die „der Befriedigung von Bedürfnissen im Bereich der Betreuung, der Beratung, der Behandlung und der Pflege“ dienen.

Eine taxative Aufzählung der sozialen Dienste wird auch in der internationalen ICNPO-Klassifikation angewendet, welcher einer Reihe von länderübergreifenden Untersuchungen des Nonprofit Sektors zu Grunde liegt. Hier wird der Bereich Soziale Dienste (Social Services) in drei Teilbereiche gegliedert: Soziale Dienste (Social services), Katastrophen- und Notfallhilfe (Emergency and Relief) und Einkommensunterstützung (Income Support and Maintenance) (Salamon/Anheier et al. 1999:463). Der erste Teilbereich Soziale Dienste (Social Services) umfasst alle Arten von Kinderbetreuungseinrichtungen, Jugendarbeit, Familiendienste, Behindertendienste, Pflege- und Betreuungsdienste, Selbsthilfe und andere persönliche soziale Dienste. Im Bereich der Behindertendienste sind allerdings Krisenintervention und Betreuung psychisch behinderter Menschen ausgeschlossen. Der zweite Teilbereich Katastrophen- und Notfallhilfe umfasst Katastrophen- und Notfallvorbeugung und Hilfe bei Eintritt von diversen Notfällen und Katastrophen. Insbesondere Rettungsdienste und Feuerwehren fallen hier herein. Weiters umfasst dieser Bereich vorübergehende Unterbringung Unterstandsloser und die gesamte Flüchtlingsbetreuung. Der dritte Teilbereich umfasst sowohl finanzielle Hilfe als auch Hilfe in der Form von Sachgütern für Personen, die nicht in der Lage sind ihr Leben selbst zu finanzieren.

Besonderheiten des Angebots und der Leistungserstellung im Sozialen Dienstleistungsbereich

Zwischen wirtschaftlichen und sozialen Dienstleistungen bestehen bedeutsame Unterschiede. Erstens fallen Produktion und Konsum der Dienstleistung zeitlich zusammen. Das bedeutet, dass der/die LeistungsempfängerIn bei der Leistungserstellung präsent sein muss; die Dienstleistung wird am/an der Konsumenten/Konsumentin erbracht (Uno Actu-Prinzip). Aus dieser Besonderheit ergeben sich Spezifika der sozialen Dienstleistung, die im Hinblick auf (i) das Produkt, (ii) die Produkterstellung und (iii) die KonsumentInnen des Produktes entstehen (Bachstein 2000:19ff).

Im Hinblick auf die Eigenschaften des Produktes „soziale Dienste“ gilt es zunächst darauf hinzuweisen, dass die Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen sehr plötzlich und unerwartet auftreten kann. Ein Unfall oder eine plötzliche soziale Notlage, etwa der Tod eines Familienmitglieds, verlangen nach schneller Hilfe. Dies führt zu einem zu

² Bachstein (2000) hat für das Jahr 1995 quantitative Eckdaten zur Beschäftigung, der Ehrenamtlichkeit, zur Einnahmen- und Ausgabenstruktur sowie zum Beitrag der sozialen Nonprofit Dienstleistungsorganisationen zum Bruttoinlandsprodukt für Österreich errechnet.

einer äußert geringen Preiselastizität der Nachfrage³, aber auch zu einer Einschränkung von Wahlmöglichkeiten für die KonsumentInnen. Sie befinden sich oft in einer Lage (z.B. nach einem Unfall), in der sie keine Zeit haben, zwischen unterschiedlichen Leistungsangeboten auszuwählen, sondern sich für das erstbeste Angebot entscheiden müssen – so sie sich überhaupt selbst entscheiden können. Ihre Konsumentensouveränität ist beeinträchtigt (Badelt 1997a:190).

Soziale Dienstleistungen sind vielfach durch asymmetrische Information gekennzeichnet. Häufig werden soziale Dienstleistungen daher auch als „Erfahrungsgüter“ (Badelt 1997a:190) bezeichnet. Eine weitere Besonderheit von sozialen Dienstleistungen ist die Schwierigkeit, das Ergebnis der Leistung bzw. ihren Output zu messen.

Ein weiteres Merkmal von sozialen Dienstleistungen betrifft ihre Finanzierung. In der Regel tragen die EmpfängerInnen von sozialen Dienstleistungen keine oder nur einen Teil der angefallenen Kosten der Leistung; diese werden vielmehr von anderen Institutionen erbracht. Die den Markt bestimmende duale Tauschbeziehung zwischen ProduzentInnen und KonsumentInnen entfällt und wird durch die Dreiecksbeziehung ProduzentIn – Financier – KonsumentIn ersetzt. Die Implikationen dieser Dreiecksbeziehungen sind vielfältig: Neben der Einschränkung der Souveränität der KonsumentInnen stimmen die Erwartungen der KonsumentInnen und der Financiers oft nicht überein. Der öffentlichen Hand, als einer der wichtigsten Financiers von sozialen Dienstleistungen, geht es um eine „schnelle“ und/oder „sparsame“ Problemlösung, auch wenn sie auf Kosten der Qualität der Leistung geht und den Wünschen der KundInnen widerspricht. Die sozialen DienstleisterInnen haben dann abzuwägen, welchen der unterschiedlichen und vielfach widersprüchlichen Wünsche sie nachkommen sollen bzw. müssen.

Eine wesentliche Besonderheit im Rahmen des Produktionsprozesses von sozialen Dienstleistungen ist zunächst ihre Personalintensität. Als personenbezogene Dienstleistung können soziale Dienste nur durch und mit Menschen erstellt werden – und sind dementsprechend teuer. Die Spezifika des Produktes „soziale Dienste“ verlangen eine Mitwirkung der KonsumentInnen an der Leistungserstellung. Dies führt in vielen Fällen zu einem sehr persönlichen, emotional behafteten Verhältnis zwischen ProduzentIn und KonsumentIn der Dienstleistung. ProduzentInnen sozialer Dienstleistungen haben zudem in ihrer Arbeit vielfältige Spannungen zu lösen (vgl. Bachstein 2000: 31ff), etwa im Hinblick auf die oben erwähnte Ambivalenz - Qualität der Dienstleistung versus sparsames Wirken. Das Erbringen der Dienstleistung und die damit verbundenen Spannungen erfordern nicht nur viel Zeit, sie sind mitunter auch psychisch äußerst belastend für die LeistungserstellerInnen.

Besonderheiten hinsichtlich der Klientel von sozialen Dienstleistungen liegen in deren meist benachteiligten Positionen bzw. Notlagen. Dies erklärt auch, warum etliche soziale Dienstleistungen in der Gesellschaft nach wie vor tabuisiert werden. Zusätzlich

³ Eine geringe Preiselastizität der Nachfrage impliziert, dass ein Produkt auch dann gekauft werden würde, wenn sich der Preis deutlich erhöhen würde.

sind – wie bereits angeführt - KundInnen von sozialen Dienstleistungen häufig in ihrer KonsumentInnensouveränität eingeschränkt.

Non-Profit-Organisationen als Anbieter Sozialer Dienste

In Österreich wird ein großer Teil des sozialen Dienstleistungsangebots vom öffentlichen und vom Non-Profit Sektor angeboten. Kommerzielle Betriebe spielen (noch) eine untergeordnete Rolle. Dabei lässt sich sowohl ein Nebeneinander als auch ein Miteinander von öffentlichen und Non-Profit Organisationen im Dienstleistungsbereich konstatieren (vgl. Bachstein 2000).

Gekennzeichnet sind Non-Profit-Organisationen durch ein Mindestmaß an formaler Organisation, das Verbot der Gewinnausschüttung und privater Trägerschaft, durch ein Minimum an Selbstverwaltung im juristischen Sinn sowie ein Mindestmaß an Freiwilligkeit, das sich in unbezahlter Arbeit, Spenden oder freiwilliger Mitgliedschaft ausdrücken kann (vgl. Badelt 2002).

In Österreich sind 9,4% aller im Dienstleistungsbereich erwerbstätigen Personen in Non-Profit-Organisationen beschäftigt. 64 % aller Beschäftigten in Non-Profit-Organisationen arbeiten in sozialen Diensten und 11,6% im Gesundheitsbereich. Betrachtet man beispielhaft die Marktanteile von Non-Profit-Organisationen in verschiedenen Tätigkeitsbereichen in Österreich, wird deutlich, welche Bedeutung die Dienstleistungen von Non-Profit-Organisationen im Alltagsleben haben: So beträgt in der Vorschulerziehung der Marktanteil von Non-Profit-Organisationen knapp ein Viertel, noch größer ist er im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenbetreuung. Im Bereich der Senioren- und Pflegeheime liegt der NPO-Anteil zwischen 26% und 45%. Mehr als 90% der ambulanten sozialen Dienste (Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, ...) werden von Non-Profit-Organisationen angeboten, und immerhin ca. 20% aller Krankenanstalten werden als Non-Profit-Organisationen geführt (vgl. Simsa et al. 2003).

Mobile Pflegedienste – ein Teilsegment der Sozialen Dienste

Bund und Länder haben sich in Österreich bereits 1994 im Artikel 15a B-VG u. a. auf die Sicherung eines flächendeckenden, qualitäts- und bedarfsgerechten Angebotes für pflegebedürftige Personen festgelegt (Schaffenberger u.a. 1999). Dabei wird dem Ausbau der ambulanten Versorgung klare Priorität gegenüber stationären Einrichtungen gegeben.

Abgesehen vom Wunsch vieler KlientInnen, möglichst lange zu Hause bleiben zu können, wird diese Entwicklung von der Politik häufig als die kostengünstigere Pflegevariante gesehen. Erstens ersetzen die angebotenen Dienste im Regelfall die Pflege durch Angehörige oder andere Personen nur teilweise. Somit verbleibt ein Teil der Kosten im Bereich der informellen Pflege. Schneider und Österle (Schneider/Österle 2003) zeigen beispielsweise, dass die 1997 geleistete unbezahlte informelle Pflegezeit etwa 261.075 fiktiven Vollzeitarbeitsplätzen entspricht. Zweitens kann mittels mobiler Dienste auf Bedarfe flexibler reagiert werden. Das Personal kann

regional flexibler eingesetzt und bei sinkendem Bedarf auch leichter abgebaut werden. Leerstehende Pflegebetten in Heimen verursachen im Gegensatz dazu höhere Kosten.

Ambulante Versorgung wird – wie bereits angeführt - etwa zu 90% von Non-Profit-Organisationen erbracht. Von 1997 bis 2000 ist die Inanspruchnahme ambulanter Dienste um ca. 17 % gestiegen (Rubisch/Philipp et al. 2001). Nach wie vor bestehen in Österreich große regionale Unterschiede in Organisationsform, Qualität, Ausbaugrad und Koordination der Dienste.

In der zweiten Hälfte der 90er Jahre gab es rund 5.770 Vollzeitäquivalenzstellen im Bereich der mobilen Dienste (ohne Diplomierte und Pflegehelfer in Wien). Der überwiegende Teil der beschäftigten Personen, rund 70%, fallen in die Berufsgruppe „HeimhelferInnen“. Bundesweit zeigte sich eine starke regionale Ungleichverteilung der Versorgungssituation. Wien wies die höchste Versorgungsdichte auf. In Niederösterreich gab es deutliche Unterschiede innerhalb der Bezirke (Schaffenberger/Juraszovich et al. 1999). Für das Jahr 2010 wird geschätzt, dass für alle Bundesländer außer Wien und Vorarlberg, insgesamt etwa 6.700 Vollzeitäquivalenzstellen benötigt werden (Diplomiertes Pflegepersonal, Alten/PflegehelferInnen, HeimhelferInnen). Dies entspricht auf der Basis der Jahre 1996 und 1997 einem zusätzlichen Bedarf von 3500 Personen und einer Steigerung um über 100%. Der größte Bedarf (1.300 Personen) wird für Niederösterreich prognostiziert (Schaffenberger/Juraszovich et al. 1999). Insgesamt ist allerdings anzumerken, dass es keine wirklich verlässlichen Daten zum künftigen Pflegebedarf gibt. Es fehlt eine überregionale und aktuelle Erfassung von Bedarfsplänen, Stellenplänen, Personalstand, offenen Stellen und damit auch ein systematisches Monitoring der Situation (vgl. Krajcic et al. 2003).

Zu verweisen bleibt noch auf die zunehmende Praxis, Pflegepersonal über Leiharbeitsfirmen (Pflegepools) zu vermitteln. Nach Streissler (2002) liegen für den Raum Wien Schätzungen vor, dass mittlerweile ca. 36.000 Arbeitsstunden im Monat durch atypisch beschäftigte Diplomkrankenschwestern und PflegehelferInnen geleistet werden.

3. PFLEGEARBEIT ALS FRAUENBERUF

Frauen und Männer sind nach aller rechtlichen Gleichstellung der Frauen immer noch in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, Berufen und Branchen sowie in verschiedenen Hierarchieebenen zu finden. Die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes und die damit verbundenen Benachteiligungen von Frauen zeigen eine beachtliche Hartnäckigkeit, was durch eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen dokumentiert wird. Segregation ist nicht auf eine einzige Dimension zu reduzieren. Sie zeigt sich auf verschiedenen Ebenen des Arbeitsmarkts, in der Ausbildung, bei den Berufen, in den Branchen und schließlich innerhalb der Betriebe in der Zuordnung zu verschiedenen Arbeitsplätzen.

Die Bestimmungskriterien, nach denen ein Beruf als Frauenberuf gilt, sind international nicht einheitlich, sie schwanken zwischen 50% und 70% Frauenanteil im Beruf.

Ungeachtet dessen zählt allerdings der Pflegeberuf auch im internationalen Vergleich – trotz unterschiedlicher Verfasstheit der Arbeitsmärkte – zu den sogenannten Frauenberufen. Dies gilt sowohl für die eher gesundheitsbezogenen Pflegeberufe (nursing), als auch für die eher sozialpflegerischen und/oder sozialpädagogisch ausgerichteten Pflegeberufe des sogenannten „Care-Sektors“.

Nun ist aber die Geschlechtsspezifität eines Berufes, d.h. ob ein Beruf mehrheitlich von Frauen oder Männern ausgeübt wird, alleine wenig aussagefähig, wenn sie sich nicht mit anderen berufsrelevanten Merkmalen verbindet. Für die Einteilung in Frauen- und Männerberufe sind sowohl quantitative als auch qualitative Kriterien ausschlaggebend. Die qualitative Bestimmung von Männer- und Frauenberufen enthält eine Typisierung nach der Art der verrichteten Tätigkeit und nach der Positionierung im Geschlechterverhältnis – und damit Merkmalen wie Einkommen, Berufsprestige, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen etc. Zu den arbeitsinhaltlichen Unterschieden zwischen Frauen- und Männerberufen gehören jene nach Personen- und Sachbezügen, wofür in einer groben Typisierung jeweils die sozialen und technischen Berufe stehen. Diese knüpfen an Geschlechterstereotypen an und konstituieren sie gleichzeitig immer wieder neu.

Die Pflegeberufe gelten – wie die Sozialberufe insgesamt – als „das Herzstück“ von Frauenberufen (vgl. Metz-Göckel 1990) und gehen im

„Kern auf die ehrenamtliche soziale Arbeit von Frauen zurück, die zunächst von der zeitgenössischen Frauenbewegung organisiert und ausgeübt wurde und deren Professionalisierung seit der Jahrhundertwende vor allem bürgerliche Frauen vorangetrieben haben.“ (Willms-Herget 1985:244)

Diese Herkunft aus der ehrenamtlichen Arbeit und die Typisierung als „Frauenberuf“ spiegelt sich bis heute in den Ausbildungs- und Berufsstrukturen, in der gesellschaftlichen Anerkennung und in der Bezahlung der Pflegeberufe.

Die historische Konzipierung der Pflegearbeit als „Dienst am Nächsten“, die Verknüpfung von Weiblichkeitsideologie und beruflicher Tätigkeit, von Liebesdienst und (schlecht) bezahlter Arbeit sowie die inhaltliche Diffusität der pflegerischen Arbeit verhindern zudem bis heute, dass „weibliche“ Fähigkeiten als erworbene und zu erlernende Qualifikationen anerkannt, im Berufsbild abgesichert und entsprechend bezahlt werden und dass Pflegeberufe zu Berufen mit anerkannten Qualifikationsprofilen und beruflichen Aufstiegsleitern wurden. Ohne Zweifel erinnert die Arbeit in diesem Bereich an die ganzheitliche Familienarbeit von Müttern, aber sie wird unter spezifischen Arbeitsbedingungen als Berufsarbeit erbracht. Inhaltlich diffus sind die Anforderungen, nur schwer berechenbar ist das Ergebnis, das Ziel der Arbeit: Geduld, Bedürfnis- und Personenorientierung, Fürsorge und Empathie verbinden sich mit medizinischen, technischen und psychologischen Anforderungen (vgl. Lemmermöhle-Thüsing 1993).

Dienstleistungsberufe, so Rabe-Kleberg (1991),

„... in der Kranken- und Altenpflege, der Kindererziehung und angrenzender Bereiche, die in der Statistik als personenorientiert gekennzeichnet sind, sind eingebunden in eine doppelte gesellschaftliche Verpflichtung, zum einen für den Men-

schen (pro Person) umfassende Dienste zu erbringen, die dessen Existenz – physisch, psychisch, aber auch als gesellschaftliches Wesen – betreffen, im weitesten Sinne garantieren; zum anderen wird von den TrägerInnen der Berufe abverlangt, dass sie diese existentiellen Dienste für die Gesellschaft wie für die Individuen unter Bedingungen erbringen, die durch ökonomische Rationalität bestimmt sind, oder einfacher ausgedrückt, unter Einsparungsdruck (pro Person).“ (Rabe-Kleberg 1991:15)

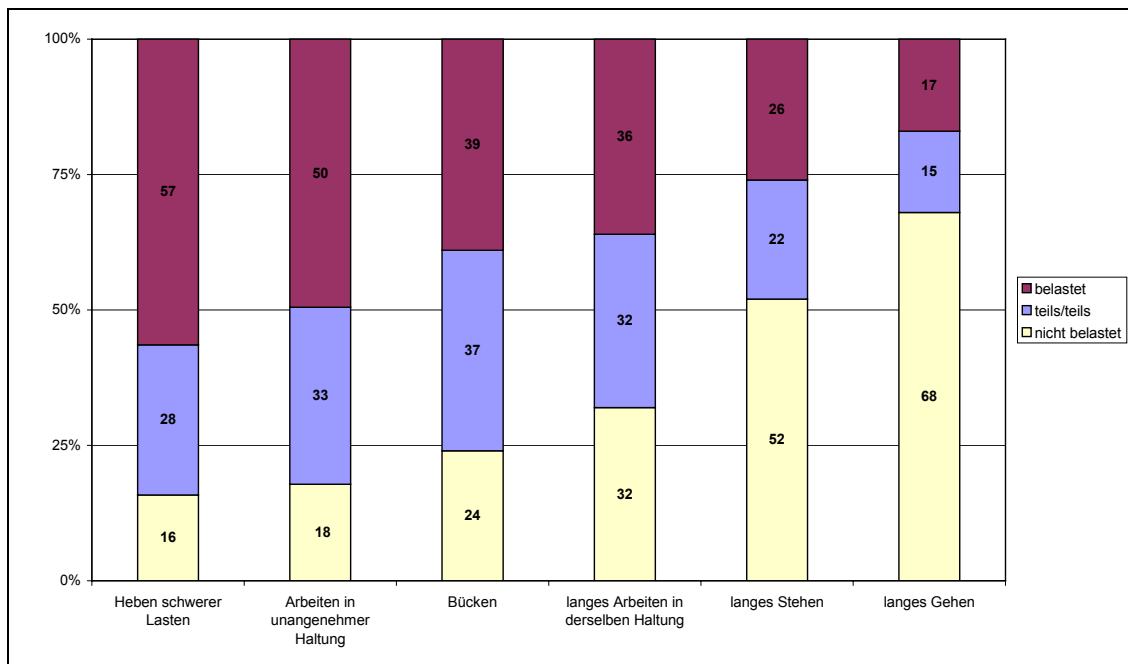
Aus frauenpolitischer Perspektive verdient die Pflegearbeit in zweifacher Hinsicht besondere Aufmerksamkeit. Zum einen handelt es sich unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten um einen Bereich, in dem eine Ausweitung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen in den nächsten Jahren realistisch erscheint.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

4. ARBEITSBEDINGUNGEN IN DER MOBILEN PFLEGE

Eine Untersuchung zu Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten in Deutschland⁴ weist sehr hohe Belastungen für die Pflegekräfte aus. 57% der mobilen Pflegekräfte sind durchgängig durch „Heben und Tragen“ belastet, 50% durch „Arbeiten in unangenehmer Haltung“, 39% durch Bücken und 36% durch langes Arbeiten in derselben Haltung (BGW 2002:11).

⁴ Die quantitative schriftliche Befragung basiert auf einer Untersuchung von 28 ambulanten Pflegeeinrichtungen im Rhein-Neckar-Raum mit insgesamt 273 Befragten.

Diagramm 1: Körperliche Belastungen im Rahmen ambulanter Tätigkeiten (in %)



Quelle: BGW-DAK Stress-Monitoring (BGW 2002:11).

Was die Folgen dieser körperlichen Belastungen betrifft, geben knapp die Hälfte der Befragten an, „ziemlich“ bzw. „sehr stark“ unter Kreuzschmerzen zu leiden, was sich auch bereits in eingetretenen Wirbelsäulenleiden niederschlägt, während nur 19% nie von solchen Auswirkungen betroffen sind. Ein Drittel der Befragten klagt über „ziemliche“ Muskelschmerzen (Ebenda:13). Im Unterschied zur stationären Pflege ist in den ambulanten Diensten der Einsatz von technischen Hebehilfen kaum möglich und die Rahmenbedingungen sind in vielen Privatwohnungen in ergonomischer Hinsicht unzureichend. Auch die Möglichkeit der unmittelbaren Hilfe durch KollegInnen beim schweren Tragen und Heben von PatientInnen ist aufgrund der Einzelarbeitssituation nicht gegeben. Diese Umstände wirken sich erschwerend auf die körperliche Belastung von ambulanten Pflegekräften aus.

Gleichzeitig ist die psychische Beanspruchung in diesem Berufsfeld ebenfalls sehr hoch. Das bezieht sich zum einen auf hohen Zeitdruck, auf mangelnde gesellschaftliche Anerkennung sowie auf den Umgang mit zum Großteil aussichtslos kranken Menschen und der Konfrontation mit Sterben und Tod. Diese Mischung verschiedenster psychischer und emotionaler Belastungen schlägt sich auch in psychischen Folgeerscheinungen nieder. So geben 54% der Befragten an, dass sie sich am Schichtende oft sehr erschöpft fühlen, und auch „Zerschlagenheit nach dem Aufstehen“ tritt bei den meisten Befragten zwei- bis dreimal die Woche auf (Ebenda:12).

Damit übereinstimmende Befunde lassen sich aus einer österreichischen Studie über Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit, in der auch Belastungen in der Arbeit

erhoben wurden, gewinnen⁵ (Simsa u.a. o.J.). Im Rahmen dieser Befragung (körperliche Belastungen wurden nicht abgefragt) wird Zeitdruck als größte Belastung angegeben: 62% der Befragten fühlen sich durch Zeitdruck „stark belastet“ bzw. „belastet“. Dahinter folgen „seelisch belastende und aufreibende Arbeit“ (45%) und „Umgang mit schwierigen Patienten, Angehörigen oder sonstigen Partnern“ mit 41% (Ebenda:56). Die Belastung wird bei allen abgefragten Kriterien in den mobilen Pflegediensten höher als von MitarbeiterInnen in Heimen empfunden. Besonders groß ist der Unterschied bei den Kriterien „Belastung durch Zeitdruck“ und „Belastung durch ständigen Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen“. In den mobilen Pflegediensten zeigt sich zudem eine Altersabhängigkeit der empfundenen Belastungen, d.h. mit zunehmendem Alter nimmt v. a. die Belastung durch seelisch belastende und aufreibende Arbeit, schlechte Gesundheitsbedingungen, ständigen Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen sowie Zeitdruck zu. Das Betriebsklima, der Informationsfluss im Arbeitsbereich sowie die Führung durch die Vorgesetzten wird dagegen in mobilen sozialen Diensten signifikant besser beurteilt als in Alten- und Pflegeheimen. Unzufrieden sind die Beschäftigten allerdings mit dem Einkommen sowie mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten.

Diese quantitativ gewonnenen Ergebnisse lassen sich auch durch qualitative Studien bestätigen. So beschreiben Buchinger, Gödl, Gschwandtner (2001) die steigende Arbeitsverdichtung im Pflegebereich. Immer mehr Leistungen bleiben unbezahlt: so verlangt beispielsweise das Land Salzburg immer mehr Leistungen von den Pflegekräften, wie etwa die Dokumentation der Pflegeleistungen – ohne die damit zusammenhängenden höheren Kosten zu bezahlen. Dies wird als besonders problematisch erlebt, da gerade diese Dokumentationen als wichtiger Professionalisierungsfaktor gesehen werden, wodurch es zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung kommen könnte. Unter gegebenen Rahmenbedingungen ist jedoch dieser positive Effekt kaum zu realisieren. Da die Zeit bei KlientInnen ohnedies knapp ist, fehlt oftmals jegliches Verständnis dafür „den Papierkram“ erledigen zu müssen. Daher werden Dokumentationen oft in der Freizeit geschrieben.

Aber nicht nur Dokumentation verschlingt Freizeit, oftmals findet auch die Kommunikation unter den Beschäftigten in der Freizeit statt, da es mit Ausnahme maximal einer Teambesprechung pro Woche keine gemeinsamen Zusammenkünfte gibt. Neben der Arbeitsintensivierung und der körperlich anstrengenden Arbeit sind nach Buchinger, Gödl, Gschwandtner (2001) auch die psychischen Anforderungen durch die alltägliche Konfrontation mit Einsamkeit, Sterben, Hoffnungslosigkeit etc. sehr hoch. Oftmals sind die Pflegekräfte die einzigen Kontakt- und Ansprechpersonen der betreuten KlientInnen. Dabei zeigen sich auch noch Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. HeimhelferInnen sind in der mobilen Pflege den höchsten Belastungen ausgesetzt. Bei dieser Berufsgruppe kumulieren hohe körperliche und psychisch-emotionale Belastungen mit hohem Zeitdruck und geringer beruflicher Anerkennung (vgl. Krenn

⁵ In einer nichtrepräsentativen Stichprobe mobiler sozialer Dienste (mehrstufige Klumpenauswahl – 6 große Non-Profit-Organisationen in Wien und Niederösterreich) wurde dabei 918 Beschäftigte befragt.

2003). Insofern belegen diese Ergebnisse, dass die Gefahr von Burnout-Erscheinungen im Sinne von „emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit“ (Büssing/Glaser 1998) in diesem Berufsfeld besonders hoch sind.

5. „TRADITIONELL“ ENTGRENZTER FRAUENARBEITS- BEREICH UNTER BEGRENZUNGSDRUCK: AUSWIRKUNGEN AUF PARTIZIPATION UND MITBESTIMMUNG

Bei der mobilen Pflege handelt es sich unseres Erachtens um einen Frauenarbeitsbereich – mit all den typischen Attributen, wie geringeres Einkommen, geringere Berufsprestige, etc. –, der im Vergleich zum „männlich-dominierten“ Normalarbeitsverhältnis schon immer „Entgrenzungen“ aufwies.

Entgrenzung hat in diesem Berufsfeld zum einen sehr stark mit dem Charakter der Arbeit selbst zu tun. Pflegearbeit ist durch ihre inhaltliche Nähe zu den unbezahlten Formen privater Alltags- und Versorgungsarbeit und die für die herkömmlichen Kriterien zur Bewertung von Erwerbsarbeit diffusen Inhalte, in denen sich medizinisch-fachliche, kommunikativ-kooperative und emotional-interaktive Anforderungen und Handlungsweisen untrennbar miteinander verbinden, schwer zu bestimmen. Sie entzog sich damit bis zu einem gewissen Grad den herkömmlichen auf Rationalität und Verwissenschaftlichung ausgerichteten Bewertungsmaßstäben. Diese Diffusität machte die Eingrenzung der Pflegearbeit als verberuflichte Erwerbsarbeitsform von Beginn an schwierig, was sich im Kampf um die Ausdeutung ihrer Professionalisierung niederschlägt.

Gleichzeitig wurde in der Pflege immer schon der erweiterte Zugriff auf die Arbeitskraft im Sinne der Nutzung der Subjektivität der Arbeitskräfte praktiziert. Bilder der Aufopferung und des „Liebesdienstes“ waren in das Berufsbild integriert und die emotionalen Kompetenzen der fast ausschließlich weiblichen Arbeitskräfte wurden als nicht zertifizierte Fähigkeitsanteile stillschweigend und unentgeltlich genutzt. Allerdings handelt es sich bei dem Zugriff auf die Subjektivität der Pflegekräfte zum Großteil um eine auf weibliche Rollenzuschreibungen begrenzte und eingeeengte Subjektivität, die als scheinbare natürliche Ressource mitgenutzt wurde. Andererseits erfordert der interaktive Charakter personenbezogener Dienstleistungsarbeit selbst ein im Vergleich zu anderen Arbeits- und Tätigkeitsfeldern verstärktes Einbringen der eigenen Subjektivität.

Entgrenzungen der besonderen Art ergeben sich in der mobilen Pflege auch hinsichtlich des Arbeitsortes. Dieser ist nicht nur, wie etwa bei den IT-Dienstleistungen, außerhalb des eigenen Betriebes, sondern darüber hinaus unmittelbar in der Privatsphäre der KlientInnen angesiedelt. D.h. während etwa in den IT-Dienstleistungen die Überschreitung der Grenzen des eigenen Betriebes bedeutet, in betriebsförmigen Umgebungen der Kunden zu arbeiten, wird in der mobilen Pflege auch die Grenze der Arbeitswelt

überschritten, wenn die Privatwohnung zum Arbeitsort wird. Daraus ergeben sich für die Arbeitskräfte spezifische Anforderungen an eine ständige aktive Wiederherstellung erwerbsarbeitsförmiger Begrenzungen der über die Arbeit hinausgehenden „Übergriffe“ und Zumutungen durch KlientInnen bzw. durch deren Angehörige. Die sog. unqualifizierten Berufsgruppen, d.h. die Heimhelferinnen, sind dieser Form der Entgrenzung am stärksten ausgesetzt. Zum einen ist ihr beruflicher und gesellschaftlicher Status am geringsten. Zum anderen überschneidet sich ihr Aufgabenspektrum – zumindest von der „offiziellen“ Arbeitsplatzbeschreibung her – sehr stark mit privater Alltagsarbeit bzw. Hausarbeit. Das führt wiederum dazu, dass sich viele Klientinnen auf diesem Gebiet ebenfalls als Expertinnen mit eigenen Standards und Anforderungen fühlen und daher Eingriffe in die Arbeitsweise von Heimhelferinnen als legitim und berechtigt betrachten.

Das Problem des Balanceaktes von Nähe und Distanz, der zu einer der wesentlichsten Anforderungen dieser Arbeit zählt, verdeutlicht in diesem Zusammenhang auch die tendenziell immer schon vorhandene Verwischung der Grenze zwischen Arbeitskraft und Person.

Gleichzeitig enthalten neuere Strategien zur Kostenminimierung Versuche der „Begrenzung“, die stark an tayloristische Konzepte aus der Industrie erinnern. Zum einen werden striktere Arbeitsteilungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen forciert, zum anderen kommen auch Konzepte der Zerlegung von Aufgaben in einzelne Tätigkeiten sowie deren Standardisierung auf der Grundlage von Messung und Bewertung zur Anwendung. Damit einher gehen Leistungsintensivierung und die Vorgabe unrealistischer Ziele, die, wenn überhaupt, nur unter Negierung des interaktiven Charakters der Arbeit sowie von KlientInnenbedürfnissen und eigenen Ansprüchen an die Arbeit, erfüllt werden können. Diese Tendenzen einer Objektivierung führen zu einer zweifachen Negierung von Subjektivität: jener der Pflegekräfte und jener der KlientInnen.

Auf der Ebene der Betriebsorganisation ist die in anderen Bereichen als neue Entgrenzungsentwicklung festgestellte Auflösung des Betriebs als räumlich-soziale Einheit im Fall der mobilen Pflege traditionell ein konstitutives Merkmal. Dadurch, dass die Pflege- und Betreuungsarbeit vollständig im Außendienst stattfindet, ist eine starke Zersplitterung der Belegschaft, die der Arbeit gleichzeitig den Stempel der Eigenständigkeit wie auch der Vereinzelung aufdrückt, charakteristisch. Dies erschwert die Ausbildung von stabilen – auf ständiger und kontinuierlicher Kooperation gründenden – sozialen Beziehungen in der Organisation. Auf der anderen Seite gewinnen gerade durch den Vereinzelungscharakter der mobilen Pflegearbeit gemeinsame Treffen und Austauschmöglichkeiten sowie (emotionale) Bindungen an die Organisation an Bedeutung. Im Zuge der Tendenzen einer verstärkten Ökonomisierung der mobilen Pflege, die sich in knapper Personalbemessung und verschärftem Zeitdruck ausdrücken, werden aber gerade die ohnehin schwach ausgeprägten Möglichkeiten zum sozialen Austausch zwischen den Pflegekräften und der Kontakt mit Vorgesetzten minimiert.

Entgrenzungsphänomene bezüglich der Arbeitszeit zeigen sich in der mobilen Pflege v.a. in Form von Tendenzen zur Ausdehnung des Arbeitstages aufgrund knapper Personalbemessung. Personalmangel führt gleichzeitig zu einer Intensivierung der

Arbeit. Dabei treten auch immer wieder Fälle auf, in denen von den Pflegekräften die - aufgrund unrealistischer Zielvorgaben nicht in der zur Verfügung stehenden Zeit zu erfüllenden - Anforderungen nur durch unbezahlte Mehrarbeit und Überstunden zu bewältigen sind. Im Zweifelsfall entscheiden sich viele Pflegekräfte dagegen, die Ansprüche der KlientInnen zu negieren (womit wir wieder bei der Abgrenzung zwischen Arbeitskraft und Person wären). Bei den Heimhelferinnen kommt noch dazu, dass diese (mit Ausnahme eines Bundeslandes) in einem Beschäftigungsverhältnis als ArbeiterInnen stehen, was wiederum unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitszeitregelungen hat. Anders als Angestellte werden sie nur nach tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden entlohnt, was aufgrund variierender Auftragslagen schwankende monatliche Einkommen zur Folge hat. Zum anderen hat diese Regelung auch den Nachteil, dass abhängig von der Einteilung der Einsätze immer wieder mehr oder weniger große Leerzeiten während des Arbeitstages auftreten können, was zu einer zeitlichen Fragmentierung und Zersplitterung der Arbeitszeiten führt.

Auswirkungen auf Partizipation

Die Pflegekräfte haben in der Regel eine relativ hohe Autonomie bei der Arbeitsdurchführung, die aber durch die KlientInnen eingeschränkt werden kann. Allerdings spielen in diesem Zusammenhang gesellschaftliche Statusunterschiede und Machtbalancen zwischen Pflegekräften und KlientInnen eine große Rolle. Diese variieren zum einen je nach Berufsgruppe (Diplomierte – PflegehelferInnen – HeimhelferInnen) und zum anderen nach körperlichem und geistigem Zustand der KlientInnen. Die Betriebsleitungen versuchen, diese Autonomie durch eine Standardisierung und Objektivierung der Arbeit einzuschränken und durch enge Vorgaben ihre Kontrolle über die Arbeit zu erhöhen.

Die repräsentative Mitbestimmung weist insofern traditionellerweise defiziente Züge auf, als die gesellschaftliche Anerkennung von Pflege im allgemeinen und jene der Arbeit der sog. unqualifizierten Gruppe (HeimhelferInnen) im besonderen niedrig ist, was ihre innerbetriebliche Machtposition unterminiert (vgl. Buchinger/Gödl/Gschwandtner 2001). Das wirkt sich v.a. auf die Wahrnehmung von Beschäftigtengruppen und ihrer legitimen Interessen aus. Des weiteren erschwert die individualisierte Form der Arbeitsorganisation in der mobilen Pflege die Formierung gemeinsamer Interessen, legitimer Ausdrucksformen und die Organisierung repräsentativer Vertretung. Vereinzelung in der Arbeit durch räumliche Entgrenzung erschwert nicht nur den Kontakt der Pflegekräfte untereinander, sondern darüber hinaus auch die Beziehungen zum Betriebsrat.

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

eingeschränkte Verhandlungsmacht verfügen, da die öffentliche Hand als Auftraggeberin miteinbezogen werden müsste.

Die aktuellen Rationalisierungsstrategien, die auch als klassische Begrenzungsstrategien im tayloristischen Sinne verstanden werden können, werfen die Frage auf, was dies für die betriebliche Mitbestimmung bedeutet. Können in diesem Zusammenhang bewährte Muster der Schutzfunktion nun auch in verstärktem Maße auf die bisher schwer zugängliche Pflege angewandt werden und auf diese Weise sogar Verbesserungen für die Beschäftigten erreicht werden? Oder sind diese Strategien dem interaktiven Charakter von Pflegearbeit derart unangemessen, dass Mitbestimmung, die auf quantitative Begrenzung in Sinne eines Schutzes für die Beschäftigten zielt, nicht greifen kann?

VERWENDETE LITERATUR

- Bachstein, Werner (2000): Nonprofit Organisationen im Bereich Sozialer Dienste: Beschäftigung und sozialpolitische Implikationen, unveröffentlichte Dissertation, Wien
- Badelt, Ch. (2001): Die Rolle von NPOs im Rahmen der sozialen Sicherung; in: Simsa, R. (Hg.), Management der Nonprofit-Organisation: gesellschaftliche Herausforderungen und organisationale Antworten, Stuttgart, S. 23-41
- Badelt, Ch./Holzmann-Jenkins, A./Matul, Ch./Österle, A. (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Wien
- Barker, D.G. (1993): Values and Volunteering; in: Smith, J. D. (Hg.), 2 Volunteering in Europe 10, 24, zitiert in: Anheier, H.K./Salamon, L. M. (1999)
- BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) (Hg) (2002): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. Information zu Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Hamburg
- Bosch, Gerhard/Haipeter, Thomas/Lehndorff, Steffen/Voss-Dahm, Dorothea/Wagner, Alexandra (2001): Beschäftigungswandel in Dienstleistungen, ETUI Bericht 71, Brüssel
- Buchinger, Birgit/Gödl, Doris/Gschwandtner, Ulrike (2001): Atypische Beschäftigungsverhältnisse erfordern eine atypische Interessensvertretung, Salzburg
- 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
- Eckardstein, D. v. (2002): Personalmanagement in NPOs; in: Badelt, Ch. (Hg.), Handbuch der Non-Profit-Organisation, Stuttgart, S. 227-246
- Hofinger, C./Michenthaler, G. (1998): Der Arbeitsklima-Index. Ein mikrobasiertes Meßinstrument für die Entwicklung der Arbeitswelt; in: Diskurs Sozial 1/1998, S. 17-38
- Huster, Ernst-Ulrich (2000): Soziale Polarisierung – Wieviel Abstand zwischen Arm und Reich verträgt die Gesellschaft?; in: Schui, Herbert/Spoo, Eckhart, Geld ist genug da. Reichtum in Deutschland, Heilbronn
- Krajic, Karl et.al. (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB, Wien 2003
- Krampe, Eva Maria (2003): Arbeit im Gesundheitswesen: „Reformen“ auf Kosten der Beschäftigten; in: PROKLA, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 33. Jg., Heft 132, S. 389-410
- Krenn, Manfred (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit. Anforderungen und Belastungen, FORBA-Forschungsbericht 3/2003
- Lehndorff, S. (2001): Soziale Dienstleistungen – Stiefkind der Dienstleistungsgesellschaft? Anregungen aus einem europäische Forschungsprojekt; in: IAT-Jahrbuch 2001/2002
- Lemmeröhle-Thüsing, D. (1993): Mädchen und Berufsfindung, unpublizierter Forschungsbericht, Bielefeld
- Metz-Göckel, Sigrid/Nyssen E. (1990): Frauen leben Widersprüche. Zwischenbilanz der Frauenforschung. Weinheim, Basel

- Rabe-Kleberg, U. (Hg.) (1991): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person, Bielefeld
- Rubisch, M./Philipp, S./Wotzel, W./Enge, I. (2001): Pflegevorsorge in Österreich, Wien
- Salamon, L./Anheier, H.K. (1999): The Emerging Sector Revisited, Baltimore
- Schaffenberger, E./Juraszovich, B./Pochobradsky, E. (1999): Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, Wien
- Schneider, U./Österle, A. (2003): Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive; in: Rosenmayr, L./Böhmer, F., Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. Wien, S. 225-245
- Schrems, Bärbel (1994): Zeitorganisation in der Krankenpflege, Frankfurt am Main
- Simsa, R./Schober, Ch./Schober, D. (2003): Arbeit in Sozialorganisationen der Altenpflege: Personalmanagement, Belastung, Zufriedenheit und Motivation von MitarbeiterInnen. Projektbericht, Wien
- Simsa, Ruth (2001): Gesellschaftliche Funktionen und Einflussformen von Nonprofit-Organisationen. Eine systemtheoretische Analyse. Frankfurt/Main, Berlin, Bern, Brüssel, New York, Wien
- Simsa, Ruth (2000): Der Dritte Sektor als Lösung arbeits- und beschäftigungspolitischer Problemlagen? in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 2, S. 24-41
- Streissler, Agnes (2003): Frauen als Leistungsträgerinnen im Gesundheitswesen; in: Wirtschaft und Gesellschaft 2, S. 247-285
- Voß, G.G. (1998): Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit; in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 31 (3), S. 473-487
- Wiedenhofer, B. (1999): Senioren: Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Soziale Dienste. Ergebnisse des Mikrozensus-Sonderprogramms, Juni 1998; in: Statistische Nachrichten 9/1999, S. 741-748
- Willms-Herget, Angelika (1985): Frauenarbeit. Zur Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt. Frankfurt a.M., New York