



Employed family caregivers in health care: from a logic of care to a logic of reconciliation

Berufstätige Angehörige im Gesundheitswesen: Von der Versorgungslogik zur Vereinbarkeitslogik

Iren Bischofberger, Karin van Holten

*Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Careum Forschung,
Pestalozzistrasse 3, 8032 Zürich, Schweiz,
iren.bischofberger@careum.ch*

Received 21 November 2014, accepted 6 February 2015, available online 20 May 2015

Abstract

Introduction: In the context of illness, disability, and longevity, reconciliation of employment and family caregiving is evolving - in Switzerland termed „work & care“. Due to time, local, and personal restrictions, employed family caregivers need an organizational culture in health care which acknowledges their specific needs for reconciliation in order to remain employed and secure their financial situation.

Aim: To identify how organizational cultures in health care institutions influence reconciliation of employment and family caregiving. **Method:** Within a larger study, case studies in three Swiss health care institutions were conducted within acute, long-term and homecare settings. Data triangulation included document analysis, expert interviews (N=13), field observations, and group discussions (N=5 each with 4-5 participants). The latter are focused in the analysis of this article.

Results: Three core categories are discussed: employed family caregivers providing care and receiving care, and how they are perceived physically present and absent, either employed or not employed. Employment of family caregivers was only marginally identified.

Discussion: Across all core categories, family caregivers are dominated by institutional rules in all care settings. This can foster or hinder reconciliation. Specific approaches, e. g. care coordination, enhance a sense of reconciliation within the health care system. Hence, health professionals can develop strategies that positively affect employment of family caregivers.

Conclusion: Health care institutions focus primarily on patients or residents. Thus, they follow predominantly a logic of care. This primacy should be complemented by a logic of reconciliation, in order to reinforce the lived reality of employed family caregivers.

Abstract

Einleitung: Im Kontext von Krankheit, Behinderung und Hochaltrigkeit eröffnet sich die neue Dimension der Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege, in der Schweiz auch als „work & care“ bekannt. Erwerbstätige Angehörige sind wegen ihrer zeitlichen, örtlichen und personalen Situation auf eine vereinbarkeitsfreundliche Betriebskultur in der Gesundheitsversorgung angewiesen, um ihre Erwerbstätigkeit aufrechterhalten und ihre Existenz sichern zu können.

Ziel: Untersucht wird, wie die Betriebskultur und Organisation von Gesundheitsinstitutionen die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege beeinflussen.

Methodik: Im Rahmen einer grösseren Vereinbarkeitsstudie wurden Case Studies in drei Schweizer Betrieben der akut- und langzeitstationären sowie der häuslichen Versorgung durchgeführt. Die Methodentriangulation umfasste Dokumentenanalysen, Experteninterviews (N=13), Feldbeobachtungen sowie Gruppendiskussionen (N=5 à je 4-5 Teilnehmende). Letztere stehen in der Analyse dieses Artikels im Zentrum.

Ergebnisse: Die zentralen Ergebniskategorien diskutieren Angehörige als Leistungserbringer/-innen und Leistungsempfänger/-innen, und wie sie – berufstätig oder nicht – als physisch anwesend oder abwesend wahrgenommen werden. Dabei wird die Erwerbstätigkeit der Angehörigen allerdings lediglich als Randphänomen sichtbar.

Diskussion: Über alle Ergebniskategorien hinweg wird deutlich, dass Angehörige institutionellen Regeln im jeweiligen der drei Versorgungssettings unterworfen sind. Diese können vereinbarkeitsfördernd oder –hemmend sein. Gezielte Lösungsansätze, etwa das Care Management, fördern die Vereinbarkeitslogik in der Gesundheitsversorgung und damit auch Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsfachpersonen zugunsten von erwerbstätigen Angehörigen.

Schlussfolgerung: Die Institutionen richten ihren Versorgungsauftrag und ihre Arbeitsprozesse primär auf Patienten/-innen oder Bewohner/-innen aus und folgen damit dominant der Versorgungslogik. Dieses Primat sollte durch eine Vereinbarkeitslogik ergänzt werden, damit die lebensweltliche Realität der erwerbstätigen Angehörigen stärker berücksichtigt wird.

Keywords

reconciliation of employment and family caregiving – logic of care – logic of reconciliation – time conflict care coordination – health service research – case study

Keywords

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege – Versorgungslogik – Vereinbarkeitslogik – Zeitkonflikt Care Management – Versorgungsforschung – Fallstudien



EINLEITUNG

Betriebe im Gesundheitswesen wie auch ihre Mitarbeitenden haben nebst der Arbeit mit oder an Patienten/-innen auch mit deren Angehörigen zu tun. Letztere sind in vielerlei Hinsicht wichtige Ansprechpersonen, übernehmen zentrale Aufgaben während unterschiedlichen Krankheitsphasen und gelten generell als wichtige personale Stütze in der Gesundheitsversorgung (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Sind Angehörige erwerbstätig, gilt es nicht nur Beruf und Familie zu vereinbaren, sondern die Vereinbarkeit ist auch im Kontext von Krankheit, Behinderung oder hohem Alter ihrer Nächsten zu leisten. Die Parallelität von Berufs- sowie privater Pflege- und Sorgearbeit eröffnet die Frage, inwiefern beide Lebensbereiche (un)vereinbar sind (Dallinger, 1996). Mitarbeitende, bzw. Betriebe der Gesundheitsversorgung sind unmittelbar in dieses Spannungsfeld eingebunden, denn je nachdem wie gut ihre Arbeits- und Planungsprozesse der Patientenversorgung organisiert und koordiniert sind, können die Angehörigen mehr oder weniger zuverlässig ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen, bzw. ihre Erwerbskontinuität sichern. Ziel dieses Artikels ist zu untersuchen, wie Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung die Erwerbstätigkeit (und damit auch die Existenzsicherung) von Angehörigen als konstituierendes Merkmal von deren Lebenswelt beurteilen und wie die Organisation der Gesundheitsbetriebe diese Situation berücksichtigt.

HINTERGRUND

Im deutschsprachigen Raum wurde der Diskurs über die Vereinbarkeit von Familie und Beruf lange vorrangig zu erwerbstätigen Eltern von gesunden Kindern geführt. Vor zwei Jahrzehnten wurde dieser in Deutschland um den Aspekt der privaten Sorgearbeit bei erkrankten, behinderten oder älteren Angehörigen, die der Pflege und Unterstützung bedürfen, erweitert und wird seither stetig bearbeitet (Keck, 2012; Naegele & Reichert, 1998; Reichert, 2003). In der Schweiz setzte diese Auseinandersetzung zwar deutlich später ein (Bischofberger, Lademann, & Radvanszky, 2009). Die hier als „work & care“ bezeichnete Vereinbarkeit (Bischofberger, Radvanszky, van Holten, & Jähne, 2013) wurde aber inzwischen in die bundesrätliche Legislaturplanung 2011-2015 aufgenommen (Schweizerische Bundeskanzlei, 2013). Zudem wurde anfangs Dezember 2014 vom Schweizerischen Bundesrat ein Aktionsplan mit insgesamt elf Massnahmen in vier Handlungsfeldern verabschiedet (Schweizerische Eidgenossenschaft,

2014), durch den sich die Erwerbstätigkeit von Angehörigen wie ein roter Faden zieht. Obwohl seit vielen Jahren Forschungsliteratur zum Beitrag der Angehörigen in der Gesundheitsversorgung publiziert wird (exemplarisch Baumbusch & Phinney, 2014), ist die spezifische Situation von Erwerbstätigen mit hilfe- und pflegebedürftigen Angehörigen jedoch kaum berücksichtigt. Hier setzt dieser Artikel an. Die folgenden konzeptionellen Überlegungen zu drei Spannungsfeldern dieser Vereinbarkeitsherausforderung führen in die Problematik ein.

Zeit-, Orts- und Ressourcenkonflikte von erwerbstätigen Angehörigen

Wenn Angehörige von Patienten/-innen erwerbstätig sind, geraten sie potentiell in einen Zeitkonflikt. Dieser besteht in einer Konkurrenzsituation zwischen dem erforderlichen Zeitaufwand für die berufliche und die private (Pflege-)Verpflichtung. Die Angehörigen müssen entscheiden, welcher Verpflichtung sie nachkommen (können/wollen). Für das jeweils andere Aufgabenfeld fehlt dann zu diesem Zeitpunkt die entsprechende Zeit. Dies bedeutet, dass im jeweils anderen Bereich ein „Ausfall“ in Kauf genommen werden muss, bzw. eine Verantwortung nicht wahrgenommen werden kann.

Eng mit der Einbusse der zeitlichen Verfügbarkeit für gewisse Aufgaben verknüpft ist der Orts- oder Präsenzkonflikt. Dies gilt spezifisch für Aufgaben, die eine persönliche Anwesenheit erfordern. Konkret kann das bedeuten, dass erwerbstätige Angehörige eingeschränkt verfügbar sind für Hilfe- und Pflegeaufgaben vor Ort, z.B. in der Vorbereitung für einen Pflegeheimaufenthalt, bei Austritten aus dem Spital oder in der dauerhaften häuslichen Versorgung (Lamura et al., 2006). Umgekehrt müssen sie als Erwerbstätige Absenzen bei der Arbeit in Kauf nehmen, um als Angehörige präsent sein zu können. Durch steigende Mobilität kann sich ausserdem die geographische Distanz zwischen dem Arbeitsort und dem Aufenthaltsort der Nächsten über regionale, nationale wie auch internationale Dimensionen erstrecken und damit den Orts- wie den Zeitkonflikt akzentuieren (Bezaitis, 2009).

Von Angehörigen werden im Zuge des steigenden Kostendrucks in der stationären Versorgung sowie der Ambulantisierung, d.h. der Verlagerung von Behandlungen in ambulante Praxen und den Privathaushalt, zukünftig eher mehr als weniger Leistungen erwartet (Levine, Halper, Peist, & Gould, 2010). Damit steigt die personale Bedeutung der Angehörigen in der Gesundheitsversorgung, ganz besonders in der häuslichen Versorgung. Hier eröffnet sich ein grundsätzlicher Ressourcenkonflikt, da die Verfügbarkeit der Angehörigen im Allgemeinen und



der erwerbstätigen Angehörigen im Speziellen weder personell, zeitlich noch örtlich beliebig ausgedehnt werden kann.

Gegenläufige Verhaltensweisen von Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen

Aus Angehörigensicht sind Krankheit, Behinderung oder Hochaltrigkeit und damit verbundener Hilfe- und Pflegebedarf in der Regel zu Beginn eines Versorgungsverlaufs unbekanntes Terrain. Die Konfrontation mit gesundheitlichen Einschränkungen löst emotionale wie auch soziale Prozesse aus, die beängstigend oder gar bedrohlich sein können. Darüber hinaus besteht bei den meisten Angehörigen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Massnahmen, der Krankheitsverlaufsdynamik wie auch dem Gesundheits- und Sozialversicherungssystem meistens Unkenntnis und in Folge Verunsicherung (exemplarisch Harrop, Byrne, & Nelson, 2014). Die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen stellt deutliche Anforderungen an die Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung bezüglich Koordination sowie Behandlungs- und Prozessplanung. Allerdings mangelt es in fragmentierten Gesundheits- und Sozialsystemen an Koordinationskompetenzen oder Anreizen, diese aufzubauen (Bischofberger, 2011a; Ewers & Schaeffer, 2005; Levine, 2014). Für erwerbstätige Angehörige besonders relevant ist ein stabiles und umfassendes Versorgungsarrangement, damit die Erwerbstätigkeit möglichst wenig belastet wird (Bischofberger, 2012). Angesichts der potentiellen Instabilität von Krankheitsverläufen und damit einhergehendem wechselhaftem Pflege- und Hilfebedarf stellt diese Planungsunsicherheit eine grosse Herausforderung dar. Angehörige versuchen – soweit möglich – die Unwägbarkeiten in ihr Privat- und Berufsleben zu integrieren. Informationen von Seiten des professionellen Gesundheitspersonals könnten hier hilfreich/dienlich sein. Oft eröffnet sich hier auch ein Handlungskonflikt zwischen Angehörigen und Gesundheitsprofessionellen (Courtin, Jemai, & Mossialos, 2014): Der Orientierungsrahmen der Angehörigen ist die Familien- oder Paarbiographie, die durch emotionale Nähe, das Gefühl der gegenseitigen Verpflichtung und geteilte lebensweltliche Bezüge geprägt ist, durchaus auch verbunden mit potentiell konflikthafter Phasen oder Beziehungen. Der Orientierungsrahmen der Gesundheitsfachpersonen hingegen besteht in der Empathie als Konzept der dosierten Nähe, bzw. der professionellen Abgrenzung. Sie beziehen ihr Wissen weniger aus der persönlichen Begegnung als aus erlerntem Fachwissen. Sie gehen Arbeitsbeziehungen ein, die einer bestimmten Organisationskultur und Institutionslogik folgen (van Holten & Jahnke, 2014).

Ambivalentes Verständnis zur Position von Angehörigen in der Gesundheitsversorgung

Die Verfügbarkeit von Angehörigen und deren Engagement im Versorgungsgeschehen wird von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen unterschiedlich beurteilt. Hier hat die Zuschreibung von Belastungen durch Gesundheitsfachpersonen eine lange Tradition, v.a. wenn Angehörige physisch umfangreiche und zeitintensive Arbeiten übernehmen (exemplarisch Pinquart & Sörensen, 2007). Dieses Belastungsparadigma kommt z.B. in Erfassungsinstrumenten zur Erhebung der Belastungsintensität zum Ausdruck, etwa in der Häuslichen-Pflege-Skala (Grässel, 2001) oder dem Modified Caregiver Strain Index (Thornton & Travis, 2003). Beide erheben anhand von ausgewählten Belastungskategorien einen Kennwert, mittels dem das Belastungsniveau erfasst wird.

Neuere Ansätze verfolgen vermehrt eine ressourcenorientierte Perspektive, welche den Angehörigen auch Ressourcen und Kompetenzen, die spezifisch erhoben und gefördert werden können, attestiert (Mischke, 2012). Ebenfalls wird die Erwerbstätigkeit als Ressource aufgeführt (Keck, 2012). Die berufliche Tätigkeit bedeutet neben der Pflege- und Sorgearbeit in der Tat nicht zwingend eine Doppel- oder Mehrfachbelastung, sondern erlaubt den Angehörigen, andere soziale Beziehungen zu pflegen, sich sozial akzeptierten Freiraum von der Pflegeverantwortung zu schaffen und darüber hinaus die soziale Sicherheit, die in der Schweiz eng mit der Erwerbstätigkeit gekoppelt ist, zu erhalten (Bischofberger et al., 2009).

Diese drei Spannungsfelder zeigen, dass die Erwerbstätigkeit für Angehörige von pflegebedürftigen Personen auf vielschichtige Art von Bedeutung ist. Wenn Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung auf die Erwerbstätigkeit der Angehörigen Rücksicht nehmen, werden sie den vielfältigen Verschränkungen von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege gerecht.

ZIEL, FRAGESTELLUNG UND FORSCHUNGSSETTING

Eine unserer Studien beschäftigte sich mit der Wahrnehmung von Mitarbeitenden aus der Gesundheitsversorgung, die in ihrem Arbeitsalltag erwerbstätigen Angehörigen begegnen. Ziel war es, Merkmale für eine vereinbarkeitsfördernde oder – hemmende Betriebskultur herauszuarbeiten. Dieser Artikel basiert auf Daten, die im Rahmen einer grösseren „work & care“-Studie im Gesundheitswesen zusammen mit drei Praxispartnern aus unterschiedlichen Versorgungssettings in einer Region der Deutschschweiz erhoben wurden: häuslicher Pflegedienst, Pflegezentrum sowie Akut- und Rehabilitationsklinik. Alle drei Betriebe haben die Grösse eines kleineren und mittleren Unternehmens (KMU, < 500 Mitarbeitende).



Für den vorliegenden Artikel fokussierte die Analyse der im Projekt erhobenen Daten auf folgende Fragen: a) Inwiefern spielt die Erwerbstätigkeit von Angehörigen für Mitarbeitende in den Gesundheitsbetrieben eine Rolle? b) Wie wird die Arbeitsteilung zwischen Mitarbeitenden dieser Betriebe und erwerbstätigen Angehörigen diskutiert? Und c) wie können Gesundheitsbetriebe die Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege unterstützen, und wo sind ihnen auch Grenzen gesetzt?

FORSCHUNGSDESIGN, DATENERHEBUNG UND -ANALYSE

Anhand von Case Studies (Yin, 2014) in drei Schweizer Betrieben der akut- und langzeitstationären sowie der häuslichen Versorgung wurden die Forschungsfragen bearbeitet. Methodisch stützen sich die Fallstudien auf eine Triangulation aus Dokumentenanalyse, Gruppendiskussionen, Experteninterviews sowie Feldbeobachtungen.

Forschungsethische Standards wurden eingehalten (schriftliche Einwilligung der Teilnehmenden der Gruppendiskussionen und der Personen in den Experteninterviews, Freiwilligkeit der Teilnahme, Datenschutzvorgaben, Genehmigung durch die

Betriebsleitungen) und vom Institutional Review Board der Hochschule überprüft. Von den involvierten Mitarbeitenden wurden keine Gesundheitsdaten erhoben.

LIMITATIONEN

Für diesen Artikel waren die in der sozialen Interaktion kollektiv hergestellten Haltungen relevant – dies basierend auf dem Konzept des „konjunktiven Erfahrungsraums einer sozialen Gemeinschaft“ (Bohnsack, 2003). Dieser Erfahrungsraum wurde für die Mitarbeitenden aufgrund der beruflichen Tätigkeit im selben Gesundheitsbetrieb angenommen. Die multiprofessionelle Zusammensetzung förderte teilweise unterschiedliche, disziplinär geprägte Sichtweisen und Erfahrungsräume in Bezug auf den Umgang mit Angehörigen zutage. Auf diese Perspektivenvielfalt wird in diesem Artikel jedoch nur am Rande eingegangen. Die Dynamik der Gruppendiskussionen war ausserdem geprägt durch die Teilnahme von Personen aus verschiedenen Hierarchiestufen. Dies führte teilweise wohl zu einer geringeren diskursiven Offenheit, bspw. wenn von einer Institution sowohl die Abteilungsleitung als auch eine Fachfrau Gesundheit derselben Abteilung an der Diskussion teilnahmen. Der Ansatz der Methodentriangulation lieferte aber eine so vielfältige

Tabelle 1. Methodisches Konzept

Datenerhebung	Datenanalyse
<p>Zunächst wurden zentrale Dokumente der drei Betriebe gesichtet (u. a. Jahresberichte, Leitbilder, Betriebszeitungen).</p>	<p>Durch grobe inhaltsanalytische Kategorien wurde das Tätigkeitsfeld der Betriebe sowie ihre Organisationsstruktur und Schwerpunktsetzung erschlossen.</p>
<p>Anhand von fünf Gruppendiskussionen wurden in multiprofessionell zusammengesetzten Gruppen von Mitarbeitenden die Bedeutung von und Zusammenarbeit mit Angehörigen eruiert. Die Rekrutierung erfolgte über elektronische und postalische Informationsbriefe mit Rückantwortoption, so dass das Forschungsteam die Gruppen anhand der eingegangenen Teilnahmeeinwilligungen zusammenstellen konnte. Die Gruppengrösse variierte von vier bis sechs Diskutierenden aus den Bereichen Pflege, Medizin, Physiotherapie, Sozialarbeit und Theologie, wobei aus der Pflege verschiedene Funktions- und Hierarchiestufen anwesend waren. Die Diskussionen dauerten zwischen einer Stunde und eineinhalb Stunden.</p> <p>Für diesen Artikel stehen die Daten der Gruppendiskussionen im Zentrum, entsprechend beziehen sich auch die oben aufgeführten Limiten auf diesen Datenbestand.</p>	<p>Die Analyse der Gruppendiskussionen orientierte sich an der dokumentarischen Methode (Bohnsack, 2003). Dabei wurde ein Augenmerk auf die Diskursorganisation und auf besonders wichtige Diskurspassagen gelegt, mit dem Ziel, die Konstruktion kollektiver Meinungen und Orientierungsmuster nachzeichnen zu können.</p>
<p>Ergänzend zu den Daten aus den Gruppendiskussionen wurden im Projekt 13 Experteninterviews mit Führungspersonen (obere Führungsstufe) und Fachspezialisten/-innen (z.B. Care Management, Sozialarbeit) aus den drei Betrieben durchgeführt. Damit sollte die Sichtweise der Institutionen zur Angehörigenthematik erhoben werden.</p>	<p>Alle Interviews wurden ad verbatim vollständig transkribiert. Die Experteninterviews wurden mit einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet, wobei die Kategorien sowohl deduktiv wie induktiv gebildet wurden (Mayring, 2010).</p>
<p>Flankierend zur Datenerhebung wurden in den Betrieben Seminare und Abendveranstaltungen für Mitarbeitende und Angehörige zum Thema gehalten, um die Diskurse im Gesamtbetrieb verfolgen zu können, sowie die Ergebnisse der Fallstudien unmittelbar verfügbar zu machen. Damit wurde auch der anwendungsorientierte Charakter des Gesamtprojekts unterstrichen.</p>	<p>Entlang dieser Transferleistungen wurden Beobachtungen als Memos festgehalten, die ebenfalls in diesen Artikel einfließen.</p>



qualitative Datengrundlage, dass die beschriebenen Einbussen in der Güte der Daten mit anderen Daten aus der Beobachtung und aus den Experteninterviews teilweise abgefedert oder zumindest erkannt und kritisch reflektiert werden konnten. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass es sich um Fallanalysen und ein konsequent qualitatives Forschungsdesign handelt. Damit dokumentieren die Erkenntnisse reale Ausprägungen des interessierenden Phänomens, sie können aber nicht auf die Situation in anderen Betrieben hin generalisiert werden.

ERGEBNISSE

Aus diesen qualitativen Datenbeständen lassen sich drei zentrale Ergebniskategorien heraus arbeiten, die eine ambivalente Position der Angehörigen in der Gesundheitsversorgung erkennen lassen. Die Erwerbstätigkeit spielt dabei interessanterweise eher eine untergeordnete Rolle, auch wenn diese im Leitfaden explizit zur Diskussion gestellt wurde. Viel mehr dominieren intergenerationelle Fragen oder das Belastungsspektrum der Angehörigen. Demnach wird die Erwerbstätigkeit – so ein erstes kursorisches Ergebnis – kaum als konstituierendes Merkmal der Lebenswelt von Angehörigen wahrgenommen.

Angehörige als Leistungserbringer und Leistungsempfänger

In den Gruppendiskussionen beschreiben die Mitarbeitenden die Angehörigen mit dualen Rollen: einerseits als Leistungserbringer/-innen und andererseits als Leistungsempfänger/-innen. Leistungen erbringen sie gemäss Mitarbeitenden des stationären Pflegezentrums sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Betriebs. Innerhalb sind es bspw. Spazieren gehen, bei den Mahlzeiten helfen oder emotionale Unterstützung geben. Ausserhalb der Institution sind es z.B. Kleider besorgen oder die Finanzen regeln. Darüber hinaus leisten die Angehörigen auch Schnittstellenarbeit, etwa die Organisation eines Zahnarztbesuches oder die Planung von Aufenthalten übers Wochenende ausserhalb des Pflegezentrums. Eine interessante Feststellung wurde an einem Angehörigenabend ersichtlich, als der Moderator eine Kinästhetikschulung für Angehörige ankündigte. Eine Angehörige fragte nach dem Nutzen, worauf die Antwort lautete, dass die Angehörigen ihre Nächsten z.B. beim Gang zur Toilette unterstützen könnten. Die Angehörige warf ein, dass sie eben dies vom Personal erwarte. Dieses Beispiel illustriert eindrücklich, wie die Erwartungen der Angehörigen und diejenigen der Mitarbeitenden in Bezug auf Leistungs- und Verantwortungsbereiche kollidieren können.

Als besondere Herausforderung für Angehörige formulierten die Mitarbeitenden der Langzeitpflegeinstitution in den Diskussionen, dass

Angehörige die Arbeitsweise der Einrichtung kennen lernen und handhabbar machen müssen: *„Enorm, diese Struktur (...) wie fremd ist es, jemanden der Angst hat, um die Mutter oder um den Partner sich Sorgen macht, selber nicht mehr kann, also ich finde das immer eine enorme Leistung was die erbringen.“* So besteht die „Fremdheit“ auch in der Anforderung an die Angehörigen, dass sie die Pflege für ihre Nächsten nach dem Eintritt in die stationäre Versorgung abgeben müssen, und dass ab jetzt die Qualitätskriterien und Organisationsstandards der Pflegeinstitution gelten. Dies tangiert durchaus direkt auch die Frage der Vereinbarkeit für die Angehörigen, bspw. durch Regelungen der Besuchszeiten (im untersuchten Betrieb 10-19 Uhr) oder über die Erreichbarkeit der Pflegedienstleitung als Ansprechperson für die Angehörigen (Bürozeiten). Nebst der Anpassungsleistung, die Angehörige erbringen müssen, dokumentierten die Gruppendiskussionen ein gewisses Belastungsstereotyp. So wurden Angehörige in allen Versorgungssettings als stark aufopfernd beschrieben, wobei gleichzeitig eine fehlende Kompetenz zur Selbstsorge und Distanzierung mitkommuniziert wurde. Aufgrund der umfangreichen Handreichungen und Aktivitäten für ihren Nächsten, die in Gruppendiskussionen aller Versorgungssettings ersichtlich waren, wurde deshalb zuweilen befürchtet, dass sich die Angehörigen zu viel zumuten und dabei selber krank werden: *“Die bringen zum Teil wirklich Opfer bis auf das Zahnfleisch, indem einfach zum Teil (...) so viel Energie und Ressourcen daheim mit dieser Pflegerei verloren gegangen sind, dass einfach die Arbeitsplatzsituation trotz Teilzeitarbeit unbefriedigend gewesen ist“.*

Als besonders anspruchsvoll oder gar konflikthaft schilderten die Diskutierenden Angehörigensituationen, bei denen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Angehörigen und ihrer Nächsten bestehen, z.B. bezüglich der Behandlungsmassnahmen, der Verlaufsplanung oder im Zusammenhang mit dem Austrittstermin. Trotz Interventionspotential bspw. durch die Care Managerin in Form von Familiengesprächen, konstatierten die Diskutierenden hier deutliche Grenzen der Gesundheitsbetriebe im Umgang mit Belastungssituationen für Angehörige. Jahrelange schwierige familiäre Beziehungen liessen sich v.a. in kurzen akutstationären Aufenthalten nicht auffangen oder gar ändern, so der Tenor. Allerdings zeigte sich hier in den Diskussionen eine hohe Belastung der Gesundheitsprofessionellen, wenn das Ideal einer familienorientierten Pflege nicht erreicht werden konnte. Treten zwischen Patienten/-innen oder Bewohnern/-innen und den Angehörigen Konflikte auf, war dies ein „Kippmoment“, indem die Diskutierenden die Veränderung der Rolle der Angehörigen von Leistungserbringenden zu Leistungsempfangenden wahrnahmen. Hier werden die Angehörigen durch Fachpersonen aktiv auf betriebliche



Angebote aufmerksam gemacht. Diese Angebote können unterschiedliche Inhalte haben: sie können eher beratend sein, z.B. für finanzielle Angelegenheiten, oder sie sind edukativ, z.B. die bereits erwähnte Schulung für Kinästhetik. Auch eher informelle und weniger gezielte Formen wurden erwähnt, z.B. ein tröstendes Wort für Angehörige. Gemäss den Teilnehmenden folgt die Systematik der formalisierten Angebote in der Regel einer disziplinären Logik, etwa Angebote der Sozialberatung, der Seelsorge oder der Physiotherapie. Wie die Vertreter/-innen der jeweiligen Disziplinen konkret in ihren Angeboten vorgehen, bspw. ob sie auf die Angehörigen aktiv zugehen oder eher abwarten, war nicht als systematisch erkennbar. Vielmehr scheinen aufgrund der Analyse Berufserfahrung und individuelle Vorlieben der Mitarbeitenden ausschlaggebend. Weiter beeinflussen auch betriebliche Rahmenbedingungen den Zugang zum Angebot für Angehörige, etwa ob Besprechungsräume vorhanden sind oder ob eher ein ad hoc Gespräch geführt wird. Die Dokumentenanalyse zeigte, dass zum Zeitpunkt der Erhebung keiner der drei Betriebe z.B. über eine formale Regelung zum Umgang mit Angehörigen verfügte, oder Angehörigen einen spezifischen Platz im Leitbild einräumte.

Gemeinsam ist den Angeboten – mit Ausnahme des Care Managements – dass die angebotenen Leistungen vorwiegend als Holschuld konzipiert sind. Eine Diskussionsteilnehmerin schilderte dazu während der Diskussion ein Ereignis von einem Angehörigenabend: *„Die Pflegende hat dann so gesagt ja, dann müssen halt die Angehörigen einfach auf uns zu kommen und fragen (...) und nachher ist eine Angehörige gekommen und hat dann gesagt, da ist kein Stein mehr auf dem anderen. Ich weiss gar nicht, was ich fragen muss.“*

Diese Aussage verdeutlicht, dass von Seiten der Angehörigen Bedarf an gezielter Begleitung und Information durch die Mitarbeitenden besteht, damit deren Verunsicherung und Bedürfnisse überhaupt angemessen erfasst werden. Sie zeigt ausserdem, dass die Betriebe nicht davon ausgehen können, dass keine Fragen auch tatsächlich keine Unklarheiten bedeuten. Vielmehr müsste als angehörigen-orientierte Leistung eine Sensibilisierung für die Verunsicherung und potentielle Desorientierung der Angehörigen stattfinden, damit diesen proaktiv begegnet werden kann.

Anwesende versus abwesende Angehörige

Die Situation von Angehörigen wird durch ein weiteres Phänomen mit zwei Ausprägungen charakterisiert: die anwesenden oder abwesenden Angehörigen in der vor-Ort-Versorgung. Einerseits wurden Angehörige, die im stationären Setting regelmässig anwesend sind, als aufopfernd und symbiotisch zur pflegebedürftigen Person beschrieben. Dies wurde – so der Tenor der Befragten – als nicht wohltuend sowohl für die Angehörigen als auch

die Patienten/-innen beurteilt: *„...so haben wir dann eine kranke, eine pflegebedürftige Mutter und einen Sozialfall Tochter gehabt“*. Im häuslichen Pflegesetting hingegen ist die Anwesenheit von Angehörigen unabdingbar, wie in einer Gruppendiskussion mit einem ambulanten Pflegedienst einhellig betont wurde: *„Das [die Anwesenheit der Angehörigen] ist eine Voraussetzung, ohne pflegende Angehörige – sind wir ziemlich wertlos.“* Andererseits wurde die Abwesenheit der Angehörigen von Mitarbeitenden in den stationären Settings teils so dargestellt, dass sie – besonders während den Feiertagen – ihre Nächsten lieber in der Klinik betreuen lassen als nach Hause zu nehmen: *„Jetzt kommt dann wieder diese heilige Angehörigenzeit. Es ist ein Missbrauch von einem Wort, aber gerade so vor der Weihnachtszeit. Angehörige rufen an, die werden sagen ‚Ich kann dann nicht meinen Vater abholen kommen, ich kann dann nicht meine Mutter abholen, weil wir wollen ja schliesslich auch einmal im Jahr unsere Ferien haben‘.“* Hier kollidiert demnach das Konzept der Ferien und Erholung der Angehörigen mit den Erwartungen des Betriebs nach dem Zusammensein von Familien. Die Aussagen verdeutlichen die ambivalente Wahrnehmung der Angehörigen durch die Fachleute. Sind die Angehörigen abwesend und erlauben sich, ihre Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen, wie in diesem Beispiel zur Weihnachtszeit, wird das negativ gewertet. Ebenfalls verunmöglichen sie mit ihrer Abwesenheit – sei es durch die Wohn- oder Arbeitssituation bedingt – gar ein häusliches Versorgungsarrangement. Sind sie aber (zu) präsent, gelten sie als zu aufopfernd und können sich nicht abgrenzen.

Angehörige mit und ohne Erwerbstätigkeit

Die Erwerbstätigkeit von Angehörigen wurde in den Gruppendiskussionen vor allem in den Einstiegspassagen als Folge des Fragestimulus erwähnt, im Verlauf der Gespräche jedoch wenig thematisiert, sondern stärker von anderen, klinik-, personal- oder versorgungsspezifischen, Themen überlagert. Dabei dominierten Diskussionen zu intergenerationellen Pflegebeziehungen oder zu Finanzierungsfragen der Pflege, bzw. die dafür hohen Kosten bei zeitintensiver Pflege.

Die Erwerbstätigkeit wurde im Wesentlichen als (Ver-)Hinderungsgrund für die Verfügbarkeit von Angehörigen im Versorgungsgeschehen beschrieben. Im Folgenden Beispiel aus der akutstationären Einrichtung wird der Zeitkonflikt erneut sichtbar: *„Eine Frau, die hat sich einfach so gewehrt, diesen Mann wieder nach Hause zu nehmen, und ich habe einfach den Eindruck gehabt, das hängt mit ihrer beruflichen Situation zusammen, dass die einfach nicht weiss, wie sie das unter einen Hut bringt, und ich habe dann mal mit dem Spitalarzt gesprochen und habe gesagt, können Sie diese Frau nicht einmal vierzehn Tage einfach krankschreiben und dann können wir in diesen vierzehn Tagen das organisieren wie diese Betreuung*



von diesem Mann laufen soll.“ Der Übertrittsprozess von der Klinik nach Hause wurde in der Folge während der Krankschreibung der Ehefrau organisiert. Diese Strategie wurde im Gespräch aber kontrovers diskutiert, denn die Lösung der Krankschreibung – so wurde kritisch angemerkt – sei in diesem spezifischen Fall ein Zeichen eines Mangels an Alternativen gewesen, um die häusliche Versorgung in geordneten Bahnen organisieren zu können. Die Erfahrung in einer anderen, palliativen häuslichen Situation zeigte, dass die Zeitressourcen der Angehörigen vorübergehend aufgeteilt wurden zwischen beruflicher und privater Tätigkeit und so eine Vereinbarkeit gezielt ermöglicht wurde. Voraussetzung für diese Lösung war auch ein starkes soziales Netzwerk: *“Ein berufstätiger Mann hat einfach alle Freundinnen [seiner Frau] aufgeboten, und die haben die Woche klar strukturiert gehabt, der Mann ist immer am Morgen zuhause gewesen und am Nachmittag arbeiten gegangen, dann hat er auch jeden Tag so ein bisschen den Verlauf gehabt, das hat so eine gewisse Kontinuität gegeben, und er hat alle Sitzungen und alles wichtige so legen können dass ihm das möglich gewesen ist.“*

Schliesslich zeigte sich, dass die Erwerbstätigkeit der Angehörigen nicht nur situativ, sondern auch systematisch mit gezielten Massnahmen unterstützt werden kann: *„Wenn ich jetzt noch so an die berufstätigen Angehörigen denke, dort bekomme ich (...) die Rückmeldung, dass es für sie ganz wichtig ist, dass sie so wie eine verlässliche Ansprechperson haben. Dass jemand wie den Fall ein bisschen führt.“* Die Fallführung als Methode wird in der hier zitierten Rehabilitationsklinik als Standardangebot, bzw. als Care Management in Ergänzung zur Pflegeprozessplanung geführt. Deutlich wird in dieser Aussage, dass die Systematik von verlässlichen Ansprechpersonen dann besonders wichtig wird, wenn erwerbstätige Angehörige aus zeitlichen oder örtlichen Gründen nicht häufig in der Institution sein können, um ad hoc eine Arbeitsbeziehung zum Behandlungsteam aufzubauen.

DISKUSSION

Um die zentrale Fragestellung – den Einfluss des Gesundheitswesens auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege – zu beantworten, sind zwei Diskussionspunkte wesentlich: Zum einen zeigt sich in den Ergebnissen eine Dominanz der Institutionslogik, d. h. die Betriebe richten den Versorgungsauftrag primär auf die erkrankte, behinderte oder ältere Person aus. Die Lebenswelt der erwerbstätigen Angehörigen bleibt dabei sekundär, bzw. die Angehörigen müssen sich und ihre Erwerbstätigkeit den institutionellen Regeln anpassen. Gleichzeitig zeigt sich eine gewisse Abstufung der Dominanz der Versorgungslogik: sie ist in der Langzeitinstitution

wesentlich ausgeprägter als im ambulanten Pflegedienst. Zum andern sind Lösungsansätze sichtbar, die sich entweder durch förderliche Erfahrungen mit Angehörigen bewährt haben, oder die sich von hemmenden Faktoren ableiten lassen.


Institutionelle Dominanz und „work & care“-Vereinbarkeit

Häusliche Gesundheitsversorgung

Die häusliche Versorgung ist wegen ihrer Verortung im Privathaushalt am nächsten an der Lebensrealität von Patienten/-innen und ihren Angehörigen und damit etwas weniger von einer institutionellen Dominanz betroffen. Im Privathaushalt spiegelt sich dies in der Aussage eines Teilnehmers besonders deutlich, dass die Professionellen ohne die Angehörigen „wertlos“ seien. Wenn die Angehörigen also nicht anwesend sind, macht sich dies in diesem Versorgungssetting unmittelbar bemerkbar. Deshalb gehört hier die Vereinbarkeitslogik – oder zumindest deren Förderung – quasi zum inhärenten Arbeitsprogramm. Am Beispiel des vorübergehend in Teilzeit tätigen Ehemannes in einer palliativen Situation wird dies als Arbeitsbündnis zwischen Professionellen, Freiwilligen und dem erwerbstätigen Ehemann besonders deutlich und zeigt auch eine mögliche Lösung konkret auf. Der an diesem Projekt beteiligte häusliche Pflegedienst kennt auch seit längerem den Standard, dass alle Patienten/-innen je eine Bezugspflegeperson haben. Deshalb können die Angehörigen nicht nur darauf zählen, dass die Erwerbstätigkeit als wichtiges Merkmal ihrer Lebenssituation wahrgenommen wird, sondern darüber hinaus stehen auch die als verlässlich beschriebenen Ansprechpersonen explizit rund um die Uhr zur Verfügung. Dies entlastet besonders die erwerbstätigen Angehörigen von der Koordination der unzähligen Akteure, die sich – ganz besonders in palliativen Situationen – im Privathaushalt von kranken Personen betätigen (Bischofberger, 2010; Jähne & Bischofberger, 2012; Levine, 2014). Entsprechend lässt dies darauf schliessen, dass in der häuslichen Versorgung die Erwerbskontinuität eng mit der Versorgungskontinuität verknüpft ist (Schaeffer, 2000).

Pflegeheime

Weniger nahe an der Lebensrealität der Angehörigen sind Pflegezentren. Hier dominieren die Regeln der Institution und damit die fremde Betriebskultur, die man sich als Angehörige – so eine illustrative Aussage einer Teilnehmerin – mit recht hohem Aufwand erschliessen muss. Dazu gehört beispielsweise die Regelung der Besuchszeitenbeschränkung auf 10-19 Uhr. Diese vorgegebene Taktung der sozialen Kontakte



zwischen Bewohnern/-innen und Angehörigen – ob erwerbstätig oder nicht – wirkt in einer modernen Welt der zunehmend verfügbaren Dienstleistungen rund um die Uhr befremdend. Das Phänomen „Fremde Welt Pflegeheim“ (Koch-Straube, 2003) tritt hier also erneut als Forschungsergebnis auf, und auch die Anpassung an die institutionelle Logik der „totalen sozialen Institutionen“ (Goffman, 1961) scheint festgeschrieben. Dieses Muster können vorhandene Bemühungen, wie etwa Angehörigenabende oder Schulungskurse für Angehörige, kaum wettmachen. Die Lebensrealität der Angehörigen bleibt sozusagen „draussen vor der Tür“. Angehörige, aber auch Mitarbeitende und Führungspersonen müssen in ihrem Berufsalltag angesichts dieses institutionellen Klimas deshalb ein hohes Mass an Kulturwandel aufbringen, um die Institutions- und Versorgungslogik zu überwinden, wenn sie sich proaktiv auf den Weg machen hin zur Anerkennung von (erwerbstätigen) Angehörigen als ebenbürtige Partner/-innen im Versorgungsgeschehen. Für diesen Kulturwandel gibt es durchaus bewährte Konzepte – etwa die international bekannten und langjährig erforschten „green houses“, die eine Politik der De-Institutionalisierung verfolgen und in kleinen überschaubaren Pavillons heimelige Lebenswelten für alte Menschen und deren Angehörige schaffen (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz, & Yu, 2007; Lum, Kane, Cutler, & Yu, 2008). Dieses Konzept ist eng geknüpft an die Verantwortung der Führungsebene für den Kulturwandel in Pflegezentren, um so allmählich angehörigengerechte(re) Institutionen zu schaffen.

Akutversorgung

Sozusagen in der Mitte dieser zwei Pole von institutioneller Logik und Zusammenarbeit mit Angehörigen befindet sich die Akut- und Rehabilitationsklinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt hier zwar – gemäss Auskunft der Diskutierenden – immerhin noch mehrere Wochen, aber der Austritt und damit der Übergang in den nach-institutionellen Lebensraum ist immer bereits beim Eintritt vorgegeben. Diese limitierte Aufenthaltszeit zeigt sich am Beispiel der Krankschreibung der erwerbstätigen Ehefrau. Dieses Beispiel zeigt auch, mit welcher Kontroverse – weil teils nicht rechtskonform aber aus der Not geborenen – Massnahmen man sich behilft, um den Austritt und die häusliche Pflege in komplexen Situationen organisieren zu können. Ein frühzeitiger, möglichst prä-stationärer Hinweis an die Ehefrau, sich freie Arbeitstage zu organisieren und sie dafür in der Aushandlung mit dem Arbeitgeber zu unterstützen, hätte die Situation möglicherweise entschärfen können. Hier kann das Konzept des Care Managements im akutstationären

Setting mit der transmuralen Perspektive nützlich sein. Es reicht je nach Modell von der engmaschigen, innerbetrieblichen Begleitung von Patienten/-innen und Angehörigen vom Eintritt über den Austritt zurück in deren Lebenswelt (Bäbler & Bischofberger, 2014; Naylor, 2002). Trotz dieser lebensweltlichen Optik zeigen sich in diesem Versorgungssetting punktuell gängige Angehörigen-Stereotype an zwei Ergebnisbeispielen: zum einen die Angehörigen als „egoistische Abschieber“ im Beispiel mit der Weihnachtszeit, und zum andern die Angehörigen als „über alle Massen engagierte, aber hilflose Helfende“ im Beispiel der zweiwöchigen Krankschreibung der Ehefrau. In beiden Beispielen spiegeln sich gesellschaftlich-moralische Ideale, mit denen Angehörige unmittelbar konfrontiert sind und in deren Spannungsfeld – zwischen Selbstverantwortung und Aufopferung – sie fortlaufend gefordert sind. Diese Stereotypisierung durch die Fachleute erschwert letztlich den Zugang zu den Angehörigen im Pflege- und Erwerbsalltag. Hilfreicher wäre eine differenzierte Sichtweise auf die vielfältigen Spannungsfelder, in denen sich Angehörige bewegen (müssen).

Diese drei unterschiedlichen Ausprägungen der Institutionslogik und deren Einfluss auf die (erwerbstätigen) Angehörigen zeigen, dass in der Gesundheitsversorgung nicht nur das traditionelle Primat der Versorgung von Patienten/-innen und damit ausschliesslich die *Versorgungslogik* gelten kann. Denn darüber hinaus ist zunehmend auch die *Vereinbarkeitslogik* relevant. Sie umfasst eine Summe von gut koordinierten und optimal kommunizierten Versorgungsprozessen, die den berufstätigen Angehörigen eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit ermöglichen. Voraussetzung dafür ist das Bewusstsein des Gesundheitsbetriebs wie auch der Mitarbeitenden, dass sie zwar primär einen Versorgungsauftrag haben. Als Teil des Gesundheitssystems prägen sie aber immer auch wesentlich die Lebenswelten der Patienten/-innen und deren Angehörigen mit. Die oben erwähnten eingeschränkten Besuchszeiten illustrieren auf einfache Art, wie der Zeitraum für das Zusammensein durch den Gesundheitsbetrieb strukturiert und beschränkt wird. Der Betrieb greift also durch seine Versorgungslogik stark in die Lebenswelt der Patienten/-innen und ihrer Angehörigen ein, indem Zeitfenster für die Pflege sozialer Nahkontakte aufgrund versorgungslogischer Argumente eingeschränkt werden. In besonderer Art trifft dies erwerbstätige Angehörige, die bei den grundsätzlich langen Arbeitszeiten in der Schweiz nur über sehr kurze Zeitfenster für den Besuch verfügen. Angesichts der erwähnten Mobilität und geographischen Distanz ist es teilweise fraglich, ob Angehörige es denn überhaupt schaffen, innerhalb des Zeitfensters, d.h. rechtzeitig in der Versorgungsinstitution anzukommen. Die



Institution akzentuiert damit durch ihre Logik den bereits bestehenden Zeit- und Ortskonflikt für die Angehörigen und erschwert die Vereinbarkeit.

Dies führt zur konkreten Frage, welche Formate die Angehörigen in ihrer Erwerbstätigkeit unterstützen und fördern könnten, bzw. welche Arbeitsweise und Unternehmenskultur den Blick über die Versorgungslogik hinaus auch auf die Vereinbarkeitslogik erweitert und damit die Lebens- und Erwerbsrealität von Angehörigen explizit berücksichtigt.

Unterstützungsformate zur Förderung der Vereinbarkeitslogik

Hier knüpft der zweite Diskussionspunkt an. Er greift Lösungsansätze und Unterstützungsformate auf, anhand derer die Mitarbeitenden erwerbstätige Angehörige spezifisch fördern und darüber hinaus in ihren Betrieben die Vereinbarkeitslogik voranbringen können.

Vereinbarkeit denken

Zunächst ist die Fähigkeit von Gesundheitsfachpersonen zentral, die jeweilige Rolle der erwerbstätigen Angehörigen sowohl systematisch als auch situativ zu erfassen und entsprechend mit den Angehörigen zu interagieren. Ebenso gilt es den Moment zu erfassen, bei welchen Aufgaben oder zu welchem Zeitpunkt die Rolle der Leistungsempfänger/-innen vorübergehend oder dauerhaft sinnvoll ist, um dem Risiko der Erkrankung oder Erschöpfung der Angehörigen sowie der Existenzgefährdung vorzubeugen (Keck, 2012). Anstelle moralischer oder normativer Zuschreibungen sind angehörigen-orientierte Assessment- und Aushandlungskompetenzen gefragt, um so bei den Gesundheitsfachpersonen einen Habitus der abgestimmten Arbeitsteilung und förderlichen Arbeitsbeziehung zu erreichen (Wright & Leahey, 2013). Mit dieser Haltung des „Vereinbarkeit denken“ ist eine Annäherung an eine klarere, institutionalisierte Position der Angehörigen allmählich möglich. In dieser ausgehandelten Position wird es auch einfacher sein, die (beruflich bedingte) An- und Abwesenheit der Angehörigen (besser) zu verstehen. Die Erwerbstätigkeit der Angehörigen kann – so betrachtet – als Katalysator wirken, um die Rolle *aller* Angehöriger, nicht nur der erwerbstätigen, zu modernisieren, bzw. dass sich Gesundheitsfachpersonen von tradierten oder stereotypisierten Rollenzuschreibungen lösen können (Bischofberger, 2011b; Kane et al., 2007).

Kommunikation und Erreichbarkeit

Ein in den Interviews wenig diskutiertes, aber für erwerbstätige Angehörige sehr wichtiges Thema sind moderne und partizipative Kommunikationswege mit

dem Behandlungsteam, um auf Distanz die nötigen Informationen austauschen oder Aushandlungsprozesse führen zu können („distance caregiving“) (Bezaitis, 2009). Dazu gehören systematisierte Informationsvermittlungen via Telefonat (bspw. Follow-up Telefonate nach dem Spitalaustritt), gesicherte E-Mail-Systeme sowie elektronische Patientenakten. Strategien und Prinzipien, gebündelt in einem Angehörigenkonzept, bzw. für die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Orientierung geben könnten für solche Kommunikationswege und -formen, existieren in den drei Betrieben jedoch nicht.

Die Kommunikationswege und das erwähnte Care Management werfen auch die Frage nach der Erreichbarkeit zentraler Ansprechpersonen auf, wie z. B. der Pflegedirektion, der behandelnden ärztlichen Fachperson oder der Care Managerin. Gerade für erwerbstätige Angehörige ist eine klare Regelung von Kontaktzeiten oder Erreichbarkeit ein wichtiger stabilisierender weil planbarer Faktor, der somit die Vereinbarkeit erleichtert. Die Chance auf spontane ad hoc-Gespräche ist für erwerbstätige Angehörige aufgrund der beschriebenen Zeit- und Ortskonflikte wesentlich geringer, nicht aber ihr Informations- und Kommunikationsbedarf.

Case und Care Management

Fehlt eine steuernde Instanz in der Gesundheitsversorgung, wirken Angehörige als „inoffizielle Case Manager“ oder „wandelnde Patientenakte“ (Bischofberger, 2011a; Levine, 2014). Dies kann eine von Angehörigen selbstbestimmt übernommene Rolle sein, weil sie die entsprechenden Aufgaben teils ohne Anwesenheit vor Ort, bzw. mittels Telekommunikation übernehmen können. Allerdings ist diese Rolle auch eine Konsequenz oder Kompensation von (zu) wenig koordinierten Versorgungsverläufen, und fordert den Angehörigen deshalb zeitumfängliche Recherchen im oft unbekanntem Terrain des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems ab. Einer der Lösungsansätze ist das professionelle Case und Care Management spezifisch für erwerbstätige Angehörige (Rosenthal, Martin-Matthews, & Keefe, 2007).

Gesundheitsfachpersonen als Angehörige

Schliesslich könnte in der Gesundheitsversorgung die Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege bei den Mitarbeitenden *selber* erhellende Erkenntnisse generieren. Sie sind in einem erheblichen Masse gleichzeitig beruflich und privat in der Pflege- und Sorgearbeit engagiert, wie eigene Online-Umfragen in Betrieben der Gesundheitsversorgung zeigen (Bischofberger, Jähnke, & Radvanszky, 2012). Dieses international auch als „double-duty caregiving“ bezeichnete Phänomen (Ward-



Griffin, 2004) könnte in hohem Masse zur Sensibilisierung beitragen, was es heisst, erwerbstätige Angehörige von erkrankten, behinderten oder älteren Menschen zu sein.

FAZIT

Die Ausführungen zeigen: Es sind sektorenübergreifende Denkansätze erforderlich, welche die Schnittstellen zwischen der Gesundheitsversorgung und der Lebens-, bzw. Arbeitswelt der Angehörigen anerkennen und entsprechend systematisch berücksichtigen. Als Beispiel kann hier nochmals die Regelung der Besuchszeiten angeführt werden. Dieses illustriert eingängig die Verschränkung der Betriebskultur der Institution mit den Regeln der Arbeitswelt. Es ist von grundlegender Bedeutung, dass die Gesundheitsbetriebe diese Schnittstellen zwischen dem Betriebsalltag und dem (Erwerbs-)Alltag der Angehörigen ihrer Patienten/-innen oder Bewohner/-innen erkennen. Es braucht

deutlich mehr Sensibilisierung für die Tatsache, dass die Institutionslogik und Betriebskultur über das Feld der Gesundheitsversorgung hinaus auf das Leben der Patienten/-innen und ihrer Angehörigen bis hin in die Arbeitswelt einwirken, und dass somit auch die Gesundheitsbetriebe vereinbarkeitshemmende oder -fördernde Rahmenbedingungen schaffen können.

DANK

Den Kontaktpersonen in den Betrieben und den Teilnehmenden an den Case Studies sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Ebenso gebührt Dank den beteiligten Personen an der Transkription sowie Datenerhebung und -analyse.

Es liegen keine Interessenkonflikte vor bezüglich Finanzierung für dieses Manuskript. Das Projekt wurde vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert (2010-2013).

Literatur

- Bäbler, B., & Bischofberger, I. (2014). Case Management im Akutkrankenhaus – Vom Forschungsprojekt zum Dienstleistungsangebot. *Case Management*, 11(1), 49–53.
- Baumbusch, J., & Phinney, A. (2014). Invisible Hands: The role of highly involved families in long-term residential care. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 73–97. doi:10.1177/1074840713507777
- Bezaitis, A. (2009). Meeting the challenges of long-distance caregiving. *Aging Well*, 2(4), 14–19.
- Bischofberger, I. (2010). Case Management – Entlastungspotenzial für erwerbstätige pflegende Angehörige. *Case Management*, 7(1), 31–33.
- Bischofberger, I. (2011a). Angehörige als wandelnde Patientenakte: Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen. *Care Management*, 4(5), 27–29.
- Bischofberger, I. (2011b). Rücksicht nehmen auf pflegende Angehörige: Eine moderne Familienpolitik umfasst auch Familien und Paare mit pflegebedürftigen Personen. *Care Management*, 4(6), 6–9.
- Bischofberger, I. (2012). Erwerbstätige pflegende Angehörige – drei zentrale Handlungsfelder. *Soziale Sicherheit CHSS*, (1), 6–8.
- Bischofberger, I., Jähne, A., & Radvanszky, A. (2012). Neue Herausforderung: berufstätig sein und Angehörige pflegen: Double Duty Caregiving. *Competence*, 76(10), 28–29.
- Bischofberger, I., Lademann, J., & Radvanszky, A. (2009). work & care – Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege. *Pflege*, 22(4), 277–286. doi:10.1024/1012-5302.22.4.277
- Bischofberger, I., Radvanszky, A., van Holten, K., & Jähne, A. (2013). Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.), *Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis. Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft* (pp. 162–184). Zürich: Seismo.
- Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (5th ed.). Opladen: Leske + Budrich.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?: Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD.
- Courtin, E., Jemai, N., & Mossialos, E. (2014). Mapping support policies for informal carers across the European Union. *Health Policy*, 118(1), 84–94. doi:10.1016/j.healthpol.2014.07.013
- Dallinger, U. (1996). Pflege und Beruf – ein neuer Vereinbarungskonflikt in der späten Familienphase: Ein Literatur- und Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Familienforschung*, 8(2), 6–42.
- Ewers, M., & Schaeffer, D. (Eds.). (2005). *Case Management in Theorie und Praxis* (2nd ed.). Bern: Hans Huber.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NY: Doubleday.
- Grässel, E. (2001). *Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen* (2nd ed.). Ebersberg: Vless.
- Harrop, E., Byrne, A., & Nelson, A. (2014). „It's alright to ask for help“: Findings from a qualitative study exploring the information and support needs of family carers at the end of life. *BMC palliative care*, 13, 22. doi:10.1186/1472-684X-13-22
- Jähne, A., & Bischofberger, I. (2012). «work & care»: Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren – zur Situation pflegender Angehöriger im Kontext Onkologie. *palliative-ch*, (4), 29–32.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T.-C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House Program. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 55, 832–839.
- Keck, W. (2012). *Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf*. Bern: Hans Huber.
- Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnologische Studie* (2nd ed.). Bern: Hans Huber.
- Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L., & Döhner, H. (2006). *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen*



- älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 39(6), 429–442. doi:10.1007/s00391-006-0416-0
- Levine, C. (2014). Family caregivers and case managers working together to coordinate care. *Care Management*, 20(4), 12–15.
- Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. A. (2010). Bridging troubled waters: Family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Affairs*, 29(1), 116–124. doi:10.1377/hlthaff.2009.0520
- Lum, T. Y., Kane, R. A., Cutler, L. J., & Yu, T.-C. (2008). Effects of Green House Nursing Homes on residents' families. *Health Care Financing Review*, 30(2), 35–51.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11th ed.). Weinheim: Beltz.
- Mischke, C. (2012). Ressourcen von pflegenden Angehörigen: Entwicklung und Testung eines Assessmentinstruments. Hungen: Hpsmedia.
- Naegele, G., & Reichert, M. (Eds.). (1998). *Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie: Vol. 7. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: Nationale und internationale Perspektiven. Band 1.* Hannover: Vincentz.
- Naylor, M. D. (2002). Transitional care of older adults. *Annual Review of Nursing Research*, 20, 127–147.
- Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege.* Bern: Hans Huber.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *The Journal of Gerontology: Series B*, 62(2), 126–137.
- Reichert, M. (2003). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Ein Überblick zum neuesten Forschungsstand. In M. Reichert, N. Maly-Lucas, & C. Schönknecht (Eds.), *Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituationen* (pp. 123–148). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Rosenthal, C. J., Martin-Matthews, A., & Keefe, J. M. (2007). Care management and care provision for older relatives amongst employed informal care-givers. *Ageing and Society*, 27(5), 755–778. doi:10.1017/S0144686X07005995
- Schaeffer, D. (2000). Versorgungsintegration und -kontinuität: Implikationen für eine prioritär ambulante Versorgung chronisch Kranker. *Pflege & Gesellschaft*, 5(2), 33–60.
- Schweizerische Bundeskanzlei. (2013). *Ziele des Bundesrates 2014: Bundesratsbeschluss vom 30. Oktober 2013. Band I.* Bern. Retrieved from <http://www.bk.admin.ch> (30.10.2014).
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige - Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz - Bericht des Bundesrates.* Bern: Bundeskanzlei. (Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de>, Zugriff am 5.12.2014)
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *The Journal of Gerontology: Series B*, 58(2), 127–132.
- van Holten, K., & Jähne, A. (2014). *Anwendungsmanual Care-Migration und Spitex.* Zürich: Spitex Zürich.
- Ward-Griffin, C. (2004). Nurses as caregivers of elderly relatives: negotiating personal and professional boundaries. *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(1), 92–114.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). Los Angeles: Sage.