GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege - Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften

Schmidt, Katja

2017

https://doi.org/10.25595/3580

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schmidt, Katja: *Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege - Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 26 (2017) Nr: 2, 89–101. DOI: https://doi.org/10.25595/3580.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v26i2.07

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege – Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften

KATJA SCHMIDT

Einleitung

„Pflegen bis der Arzt kommt" (Dietl 2017) versus „Die Pflege wird laut"[1] – in welchem Spannungsfeld sich beruflich Pflegende bewegen, wird anhand dieser Titel exemplarisch verdeutlicht. Anhand der Pflege- und Gesundheitspolitik in Deutschland werden nicht nur strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen von Pflegekräften, sondern auch Dynamiken vergeschlechtlichter Arbeitsteilung deutlich. Erneuten Aufschluss über die täglichen Kompensierungsleistungen der Beschäftigten liefert der Gesundheitsatlas 2017 des Dachverbands der Betriebskrankenkassen (Kliner/Rennert/Richter 2017). Gleichzeitig liegt die interessenpolitische Organisierung der Pflegekräfte bei unter 10%. Professionelle Pflege findet in einem komplexen Spannungsfeld wohlfahrtsstaatlicher, institutioneller und berufspolitischer Rahmenbedingungen sowie gesellschaftlicher Erwartungen und traditioneller Geschlechterbilder statt. Welche Wechselwirkungen zeigen sich anhand der wohlfahrtsstaatlichen, berufspolitischen und institutionellen Rahmungen? Welche Bedingungen liegen der bisher eher defensiven Interessenpolitik zugrunde? Welche Deutungs- und Bewältigungsmuster lassen sich in diesem Kontext seitens der Beschäftigten erkennen? Diesen Fragen wird aktuell im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern"[2] nachgegangen. Die Studie setzt mittels leitfadengestützter Interviews an der Perspektive der PflegerInnen an, wobei die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die Bedürfnisse der zu Pflegenden korrespondierende Variablen darstellen, die auf die Interessen und die Möglichkeiten der Interessenvertretung einwirken bzw. in einem Wechselverhältnis stehen. Hierbei werden auch die Bedingungen der Vergeschlechtlichung bezahlter Pflegearbeit zum Ausgangspunkt der Analyse gemacht, denn Pflegearbeit wird überwiegend von Frauen verrichtet und gilt nach wie vor als weiblich konnotierte Tätigkeit.

Einerseits, so die These, manifestieren die politischen Rahmenbedingungen strukturelle Ungleichheiten in den Arbeitsbeziehungen und traditionelle Geschlechterbilder in der Pflege. Andererseits kompensieren Pflegekräfte die mangelnden Ressourcen und zementieren somit ihre prekären Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen. Diese Thesen werden im Folgenden beleuchtet, indem 1. die (care-)politische Ökonomie der Pflege- und Gesundheitsversorgung, 2. der Zusammenhang von prekären Beschäftigungsverhältnissen und arbeitspolitischer Interessenvertretung und 3. die

https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v26i2.07

berufspolitischen Rahmungen aufgezeigt werden. In diesen Kontext werden die empirischen Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern der Pflegekräfte eingebettet, um daran anschließend einen bewegungstheoretischen Blick auf die Organisierung und Mobilisierung von Interessen zu werfen.

Die (care-)politische Ökonomie der Pflege- und Gesundheitsversorgung

Als Antriebskräfte eines pflege- und gesundheitspolitischen Wandels gelten neben sozialen und demografischen Veränderungsprozessen die steigenden Ausgaben für die Versorgung älterer und kranker Menschen. Auf die Herausforderungen wurde Mitte der 1990er-Jahre mit einschneidenden historischen Veränderungen des Pflege- und Gesundheitssystems reagiert. Die „Rationalisierung der Sorgearbeit" zeigt sich in der wohlfahrtsstaatlichen Rahmung, die Entscheidungsmacht zur Ausgestaltung der Pflege- und Gesundheitsversorgung den Kosten- und Leistungsträgern unter marktökonomischen Kalkül zu überlassen (Aulenbacher/Dammayr 2014). Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995, als fünfte Säule im Sozialversicherungssystem, wird Pflegebedürftigkeit über eine beitragsfinanzierte Pflichtversicherung abgesichert, deren sozialstaatliches Leitbild sich im „Vorrang der häuslichen Pflege" (§ 3 SGB XI) und dem Grundsatz „ambulant vor stationär" (§ 43 SGB XI) zeigt. Die kostengünstige Sicherstellung der Versorgung Pflegebedürftiger erfolgt somit durch den Rückgriff auf familiäre oder ehrenamtliche Netzwerke und auf prekär beschäftigte Pflegekräfte. Anders als beispielsweise in Schweden, wo Pflege als Bürgerrecht verankert ist und die professionelle Beruflichkeit gefördert wird, hat in Deutschland „die Abwertung Sozialer Dienstleistungsprofessionalität (…) Geschichte und Methode" (Bauer 2001, 203). Sozialstaatlich produzierte Leitbilder manifestieren somit traditionalistische private und öffentliche Arbeitsteilungsmuster, die am Beispiel der Pflegepolitik durch einen „expliziten Familialismus" gekennzeichnet sind, indem die Familie als zentraler Ort der Wohlfahrtsproduktion gilt (Leitner 2010, 228ff). Dies bestätigt ein Blick auf die Versorgungsarrangements pflegebedürftiger Menschen. So werden von den 2,6 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) mehr als 70% zu Hause und zu über 60% von weiblichen Hauptpflegepersonen versorgt (Hielscher/Kirchen-Peters/Nock 2017). Als Ergänzung zur häuslichen Versorgung wurde zusätzlich der Ausbau ambulanter Pflegedienste fokussiert, die sich mit wachsendem Anteil zu 65% in privater Trägerschaft befinden (Statistisches Bundesamt 2017). Die Finanzierung wird über variable Pflegesätze zwischen den jeweiligen Leistungs- und Kostenträgern für jede Einrichtung gesondert verhandelt. Dabei können sich die einzelnen VerhandlungspartnerInnen in den Bundesländern und in Abhängigkeit des Standortes unterschiedlich starken Druck machen. Stehen Pflegedienste in ländlichen Gebieten aufgrund ihres großen Versorgungsradius unter besonderem Erfüllungsdruck, so äußern sich die ungleichen Bedingungen im urbanen Raum durch einen starken AnbieterInnenwettbewerb. Unabhängig davon finanzieren Pflegekassen

nur bestimmte Pflegeleistungen, jedoch nicht die tatsächlich entstandenen Kosten des pflegerischen Aufwands. Zudem zeigen bisherige Analysen zur Ökonomisierung der Pflegepolitik zwei Trends hinsichtlich formeller Pflegearbeit: einerseits die Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse und andererseits die Formalisierung von Pflegearbeit durch den Ausbau von Versorgungsangeboten (Backes/Wolfinger/Amrhein 2011; Auth 2013).

Auch die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1992 verdeutlicht die politische Ökonomisierung[3] der öffentlichen Daseinsvorsorge im Gesundheitssystem. Mit Blick auf die Versorgungslogik von Krankenhäusern lassen sich die voranschreitende Privatisierung der Trägerlandschaft und die Umstellung des Finanzierungssystems auf festgesetzte Fallpauschalen als Indikatoren feststellen. De facto stieg der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft seit 1991 kontinuierlich an. Im Jahr 2014 war jedes dritte Krankenhaus (35%, 1991: 15%) in privater Trägerschaft. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46% auf 30%. Gleichzeitig führt der Kostendeckungsdruck der Krankenhäuser durch diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) unabhängig vom individuellen Versorgungsbedarf der PatientInnen zu einer höheren Fallzahl und kürzeren Verweildauer von PatientInnen. Lag die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 1991 noch bei 14 Tagen, liegt sie im Jahr 2014 bei nur noch 7,4 Tagen (Statistisches Bundesamt 2015). Stationäre Versorgungseinrichtungen agieren folglich wie Wirtschaftsunternehmen, wobei die Gewinnmaximierung über die knappen Personalschlüssel und demzufolge auf Kosten der Pflegekräfte und der Pflegequalität reguliert werden. Professionelle Pflegearbeit wird somit zu einem Dienstleistungsprodukt, welches über ein Minuten- oder Baukastensystem abgerechnet wird und nicht den tatsächlichen Pflegeaufwand widerspiegelt. Infolge der Vermarktlichung von Pflege kann von einer Abwertung professionellen Pflegehandelns gesprochen werden, denn professionelles und ganzheitliches Pflegehandeln beinhaltet neben der notwendigen Grund- und Behandlungspflege auch immer emotional-situative Aspekte (Kumbruck 2010). Die politische Ökonomie sozialer Dienstleistungsversorgung führt gleichzeitig zu einer Stärkung der Machtverhältnisse von Kosten- und Leistungsträgern und einer Abkehr der kollektiven Sorge. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für öffentliche und private Pflegearbeit wird in dieser Logik individualisiert. Darüber hinaus findet die skizzierte Vermarktung öffentlicher Daseinsvorsorge innerhalb der letzten 20 Jahre mittels Schaffung prekärer, atypischer Arbeitsverhältnisse statt, die von überwiegend weiblich Beschäftigten getragen werden.

Der Zusammenhang von prekären Beschäftigungsverhältnissen und arbeitspolitischer Interessenvertretung

Die Ökonomisierung des Gesundheits- und Pflegesystems und der damit einhergehende Wandel der Trägerstruktur haben enorme Auswirkungen auf die Beschäftigungsverhältnisse in der Pflegebranche. Lediglich 39% der Altenpflegefachkräfte

arbeiten innerhalb tarifgebundener Arbeitsverträge. Die größte Gruppe der Pflegekräfte ist bei privaten Trägern ohne Tarifbindung angestellt. In der Berufsgruppe der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen dreht sich das Verhältnis mit 61% tarifgebundenen Beschäftigungsverhältnissen um (Bispinck et al. 2012, 12). So verdienen „Fachkräfte der Kranken- bzw. Altenpflege (…) bei ambulanten Pflegediensten bis zu einem Drittel weniger als in Krankenhäusern" (Bogai et al. 2015, 25). Dies erklärt sich durch das hohe Beschäftigungsvolumen in öffentlichen Krankenhäusern, denn private, kirchliche oder sonstige freigemeinnützige Träger sind nicht an Tarifverträge gebunden. Da in der Pflegebranche kein flächendeckender Branchentarifvertrag existiert, ist der Pflegemarkt von einer Vielzahl an trägerspezifischen Vergütungssystemen geprägt. Wohlfahrtsverbände und kirchliche Träger wählen den so genannten „Dritten Weg". Danach werden die Arbeitsvertragsbedingungen weder einseitig durch den Dienstgeber („Erster Weg") noch durch Tarifverträge für öffentliche Träger („Zweiter Weg") festgelegt, sondern durch die weitgehend unabhängigen Arbeitsrechtlichen Kommissionen der Verbände. Im Unterschied zu Wohlfahrtsverbänden gelten die Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirche allerdings nicht als Tarifverträge im rechtlichen Sinn, da sie nicht mit Gewerkschaften[4] geschlossen werden. So manifestiert das System der Arbeitsbeziehungen eine „strukturell-institutionelle Ungleichheit von Care-Arbeit" (Evans 2016, 44), die im Gegensatz zum industriellen Sektor nicht nur von arbeitspolitischen, sondern vielmehr von sozialpolitischen Rahmenbedingungen abhängig ist.

Zudem dämpft die heterogene Trägerlandschaft das System der arbeitspolitischen Interessenorganisation der Beschäftigten. Die verschiedenen Interessenkonstellationen seitens kommunaler, privater, kirchlicher und wohlfahrtsverbandlicher Träger führen zu einer Vielzahl an ArbeitgeberInnenverbänden. Schließlich kollidieren auch die Interessen zwischen Berufsverbänden und den Gewerkschaften, wie die auf Bundesländerebene geführten Diskussionen zur Einführung einer berufsmäßig selbstverwalteten Pflegekammer zeigen. Gleichzeitig steht der Grad der Mitbestimmung durch Interessenvertretung in einem erheblichen Zusammenhang mit der Trägerschaft und Tarifbindung. Dabei verzeichnen private Träger und jene ohne Tarifbindung einen geringen Anteil an MitarbeiterInnenbeteiligung (Conrads et al. 2015, 121).

Insbesondere der ambulante Pflegebereich ist von atypischen Beschäftigungsverhältnissen geprägt, wovon hauptsächlich Frauen mit einer Beschäftigungsquote von 87%, betroffen sind. Die Teilzeitquote liegt bei knapp 70%, wobei hiervon fast jedes fünfte Beschäftigungsverhältnis lediglich auf geringfügiger Basis vereinbart ist (Statistisches Bundesamt 2017). Ein folgenschwerer Zusammenhang zeigt sich dabei zwischen atypischer Beschäftigung und Interessenorganisierung, denn „je größer die Abweichung der Beschäftigungsmerkmale (Befristung, Arbeitsvolumen, soziale Absicherung etc.) vom Normalarbeitsverhältnis ist, desto geringer ist die Mitgliedschaftsbeteiligung der Beschäftigten" (Gerlach/Ahrens 2015, 5). Dies bestätigt auch eine Studie aus Österreich zu Partizipationschancen von entgrenzt

Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten. „Die geringe Planbarkeit der Arbeitszeit erschwert die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erheblich. Für ein Engagement gemeinsam mit den KollegInnen oder im Betriebsrat bleiben weder Zeit noch Energie (…). Offizielle Partizipationsformen führen so eher zu Resignation als zu stärkerem demokratischem Engagement“ (Krenn et al. 2005, 53f.). Hier macht sich die Persistenz des Verhältnisses von öffentlichen und privaten, bezahlten und unbezahlten Gesellschaftssphären bemerkbar, das sich in weiten Teilen entlang der Geschlechter verstetigt.
Prekäre Arbeitsbedingungen von Frauen im Allgemeinen und in der Pflege im Besonderen lassen sich immer noch auf Geschlechterverhältnisse zurückführen, die nicht nur Stereotypen von Weiblichkeit und Männlichkeit beinhalten, sondern auch zu unterschiedlichen Anerkennungsmustern von Arbeit führen. Der gender pay gap, eine hohe Teilzeitquote unter den weiblichen Erwerbstätigen und ein hoher Anteil an geringfügig Beschäftigten charakterisieren auch die Arbeits- und Geschlechterverhältnisse in der Krankenpflege. Lag der Anteil an Teilzeitbeschäftigung in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2000 noch bei 35%, so stieg er bis zum Jahr 2008 auf 46% an. Der Anteil der Frauen unter den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen liegt bei 85% und der Anteil der Frauen in Teilzeit- oder geringfügiger Beschäftigung bei knapp 94% (Statistisches Bundesamt 2015). Laut einer Umfrage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung liegen die Gründe dafür auch in der Überlastung des Personals. „Jede vierte im Pflege-Thermometer 2009 befragte Pflegekraft gab an, eine Reduzierung der Arbeitszeit aufgrund von Überforderung anzustreben“ (Isfort et al. 2010, 6). Diese Tatsache deutet nicht nur auf eine individuelle Form der Bewältigung hin, sondern unterstützt gleichzeitig die ArbeitgeberInnen in der flexiblen Einsatzplanung der MitarbeiterInnen. Hierbei werden die komplexen Wechselwirkungen zwischen politischen Rahmenbedingungen, strukturellen Ungleichheiten in den Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen sowie verfestigter traditioneller Geschlechterbilder deutlich.

Berufspolitische Rahmungen und Deutungsmuster der Pflegekräfte

Die geschlechtsspezifische Verteilung von Fürsorge spiegelt sich insgesamt in einem segregierten Arbeitsmarkt wider: durch die Aufspaltung in Frauen- und Männerberufe, durch den geringeren Anteil von Frauen in Führungspositionen und die geschlechtsspezifisch hierarchisierte Arbeitsteilung innerhalb der Gesundheits- und Pflegeberufe. Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung zum Arbeitsalltag in Krankenhäusern kommt zu dem Ergebnis, dass „insbesondere Leitungsaufgaben in Pflege und Medizin für Männer im Krankenhaus derzeit von höherer Relevanz als für Frauen sind (…) demgegenüber sind Assistenztätigkeiten in Medizin und Pflege, hauswirtschaftliche Aufgaben, Reinigungsaufgaben wie auch Dokumentationsaufgaben in höherem Maße durch weibliche Erwerbsarbeit geprägt“ (Bräutigam et al. 2014, 46). Gesundheits- und Sozialberufe sind zentral mit Geschlechterzuschrei-

bungen versehen. Vor allem Pflege wurde historisch als ein dem weiblichen Geschlecht „von Natur aus“ zugeschriebenes Arbeitsvermögen angesehen. Pflege als berufliche Tätigkeit gilt bis heute noch als weiblicher „Halbberuf“, für den Mensch eher Berufung, eine positive Motivation und Einstellung braucht (Bellmann et al. 2012).

Zudem werden Pflegeberufe aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich ihrer Berufshistorie und der wohlfahrtsstaatlichen Finanzierungsgrundlage nicht als homogene Berufsgruppe gefasst, sondern nach der bundesdeutschen Klassifikation (KldB 2010) in medizinische Berufe (Bsp. Gesundheits- und Krankenpflege) und nicht-medizinische Berufe (Bsp. Altenpflege) unterteilt. In der Ausbildung von Pflegekräften geht Deutschland bisher[5] insofern einen einzigartigen Weg, dass die Berufsgruppen nach den zu behandelnden Altersgruppen unterschieden werden. Die Ausbildungen zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn sowie zur AltenpflegerIn sind auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelt. Beides sind Heilberufe und finden keine Anwendung im Berufsbildungsgesetz. Hierfür gilt das eigens geschaffene Krankenpflegegesetz (§ 22 KrPflG) und Altenpflegegesetz (§ 28 AltPfG). Erst mit Einführung des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege des Bundes Altenpflegegesetz – AltPflG, das am 1. August 2003[6] in Kraft getreten ist, führte der Ausbildungsberuf überhaupt zu einem bundeseinheitlichen Abschluss. Das Krankenpflegegesetz trat hingegen bereits 1985 in Kraft. Die noch heute gebräuchliche Berufsbezeichnung Krankenschwester bzw. Krankenpfleger wurde bereits 2004 abgeschafft und durch die Bezeichnung Gesundheits- und KrankenpflegerIn ersetzt. Auch an dieser Stelle lassen sich unterschiedliche Qualifizierungs- und somit Anerkennungsinstrumente erkennen, die für eine strukturelle Benachteiligung hinsichtlich der Gesundheits- und Pflegeberufe sprechen.

Besonders interessant sind in diesem Kontext die empirischen Ergebnisse hinsichtlich der Deutungsmuster der Pflegekräfte. Der vertikal segregierte Arbeitsmarkt zeigt sich hierbei auch anhand einer Hierarchisierung innerhalb der Berufsgruppe. Die Abgrenzung und Unterscheidung der unterschiedlichen Tätigkeitsspektren personenbezogener Dienstleistungsarbeit der Pflegekräfte verdeutlicht die in kapitalistischen Gesellschaften geltende Logik einer scheinbar defizitären Wertschöpfung von Pflege-Arbeit. So betont eine Gesundheits- und Krankenpflegerin insbesondere ihre fachliche Expertise, in dem sie sagt:

> Also ich fühle mich jetzt nicht so direkt nur als Pflegekraft, also das ist bei mir glaube ich, auch so eine gute Mischung aus Pflege, aber auch so technischen Sachen, was mich interessiert. Also die Patienten brauchen natürlich komplette Pflege, weil die gar nichts selber können, aber das ist eher so nebensächlich (PKS3[7]).

Gleichzeitig erfolgt die Abgrenzung und mangelnde Anerkennung auch seitens der AltenpflegerInnen.

> Wir sehen das in der Altenpflege, dass es schwierig ist, zum Teil mit vielen Krankenschwestern zu arbeiten. Die sind eher für die Behandlungspflege sehr gut, aber für die

> Betreuung, die anderen Leistungen, das wollen sie nicht; das ist für sie unter ihrem Wert. Die Altenpflegerin, die macht gerne Betreuung, auch in der Betreuungsgruppe. Die ist mehr kreativ, individuell, die kann viel improvisieren. Die kann natürlich auch, wenn sie eingearbeitet ist, sehr gute Wundverbände machen, aber stellt es nicht so überbewertet hier im Vergleich zu den Krankenschwestern, die das unterbewerten, also dieses Pflegerische, die Altenpflege (PKA2).

Möglicherweise wird die aufgezeigte Hierarchisierung zusätzlich durch die enge Zusammenarbeit mit MedizinerInnen und der zunehmenden technisierten Ausstattungen der Krankenhäuser erzeugt.

> Ja, die Krankenschwestern haben es ja so gut im Krankenhaus, die haben ja so wenig Pflege. Da wird halt nicht gesehen, dass der medizinische Faktor natürlich ganz im Vordergrund steht. Also die ganzen Infusionen und die ganzen Automaten und diese ganzen Sachen. Gleichzeitig sagen die Krankenschwestern natürlich: Ach, die im Altenheim, die können ja nichts, die waschen ja bloß ein bisschen. Was natürlich auch nicht stimmt, weil die Anforderungen gerade auch in der Behandlungspflege in den Altenheimen extrem sind, mit den multimorbiden Patienten heutzutage (PKA8).

Obwohl sich die fachlichen Anforderungen beider Arbeitsbereiche aufgrund der alternden Gesellschaft, den technischen Fortschritten und den gesundheits- und pflegepolitischen Rahmenbedingungen gewandelt haben, erschweren bisherige berufspolitische Regularien die Aufwertung professioneller Care-Arbeit. Verstärkt wird die mangelnde fachliche Anerkennung durch den Einsatz von Hilfskräften denn, „wenn den Job genauso gut jemand machen kann, der keine Ausbildung hat, dann finde ich, ist das keine Wertschätzung“ (PKA4). Gerade in der Altenpflege wird der Einsatz von angelernten Hilfskräften im Niedriglohnbereich politisch forciert, um den strukturell verursachten Fachkräftemangel und damit einhergehenden Versorgungsmangel aufzufangen. Zu einer notwendigen Anerkennung der Fachlichkeit und Aufwertung der Pflegeberufe führen diese Maßnahmen sicherlich nicht. In wie weit das im Juli 2017 verabschiedete Pflegeberufereformgesetz zu verbesserten Rahmenbedingungen in der Pflege und zu einer Aufwertung des sozialen Berufsfelds führt, wie es in der Pressemitteilung des Gesundheitsministeriums heißt, wird sich zeigen.[8] Auf die politische Ökonomie sozialer Dienste und den verdichteten Arbeitsalltag von Pflegekräften hat das Gesetz jedenfalls keinen Einfluss. Bestenfalls führt die Generalisierung dazu, die Hierarchisierungen und defizitären Zuschreibungen innerhalb der Berufsgruppe zugunsten einer kollektiven Berufsidentität – und wichtigen Mobilisierungsressource – aufzulösen.

Subjektive und kollegiale Bewältigungsmuster seitens der Pflegekräfte

Angesichts der aufgezeigten komplexen Rahmenbedingungen und Wechselwirkungen berufs- und sozialpolitischer Leitbilder stellt sich die Frage, auf welche Weise Pflegekräfte diese Spannungsverhältnisse bewältigen. Wie eingangs bereits erwähnt, spielt die kollektive interessenpolitische Organisierung eine geringe Rolle,

vielmehr zeigt sich ein grundlegendes Bewältigungsmuster zunächst einmal in der Subjektivierung von Arbeit:

> Man braucht viel Freude an der Arbeit, viel Bereitschaft auch über das Soll hinaus, was man mitbringen muss. Man muss viel Geduld aufbringen können und Liebe zu den Menschen. Und man muss auch viel Nerven haben, das Ganze zu ertragen. Ich denke, die Wirtschaftlichkeit, die macht ein bisschen die Pflege kaputt, weil die Arbeitsbedingungen immer schneller werden. Man arbeitet nach Minuten, nach bestimmten Vorgaben und der Mensch ist einfach keine Maschine, den man so vorprogrammieren kann und bei Knopfdruck irgendwelche Tätigkeiten ausüben kann (PKA2).

Die Spezifik personennaher Dienstleistungsberufe und das Dilemma unter den strukturellen Rahmenbedingungen noch gute Pflege leisten zu können, wird durch den Einsatz unbezahlter Arbeit sichtbar.

> Ich gebe dann auch, manchmal ein bisschen Freizeit mit rein. Gebe ich ehrlich zu. Also um sechs fangen wir an…Aber ich bin dann schon immer halb sechs da…Aber strahle dann auch Ruhe beim Kunden aus und das ist mir wichtig…Und deswegen macht mir das Spaß und das mache ich halt. Das sollte ich nicht (PKA3).

Ad absurdum wird der Einsatz unbezahlter Arbeit angesichts der hohen Anzahl an Teilzeitbeschäftigungen im Pflegesektor geführt, die wiederum häufig aus Gründen der Überbelastung gewählt wird und zugleich den ArbeitgeberInnen mehr Spielraum in der Personalplanung lässt. An dieser Stelle ist es nicht unerheblich zu erwähnen, dass Pflegekräfte unter Umständen persönlich zur Haftung gezogen werden können. Die geringen personellen Ressourcen führen zu einer alltäglichen Prioritätensetzung, „klar ist das immer ein Abwägen“ (PKA4), hinsichtlich der Versorgungsnotwendigkeit.
Neben subjektiven Bewältigungsformen und der Notwendigkeit angesichts der mangelnden Ressourcen unter Druck hohen persönlichen Einsatz zu leisten, werden insbesondere dem Team besondere Bewältigungsressourcen zugeschrieben. So antwortet eine Pflegekraft:

> Dass du auf der Station oder in dem Bereich wo du arbeitest, gut mit deinen Kollegen zusammenarbeiten kannst. Also im kleinen Kreis musst du schauen, dass du einigermaßen gut arbeiten kannst und auch noch einigermaßen anständig Patienten/Bewohner betreuen kannst (PKS6).

Zunächst scheint es in Arbeitskontexten nicht verwunderlich, Wert auf gute Teamzusammenarbeit zu legen. Die tatsächliche Tragweite der Kompensierungsfunktion mangelnder personeller und finanzieller Ressourcen verdeutlicht allerdings die folgende Aussage:

> Die Stationsleitung hat so schön gebettelt und sie hat gesagt, ich kriege einen Fresskorb dafür, als Entschädigung aus ihrem eigenen Geld. Und dann hat sie mich halt überzeugt und dafür kriege ich nächste Woche auch mal einen Tag frei vielleicht (PKA8).

Der Ausgleich des alltäglichen Pflegenotstands und der prekären Arbeitsbedingungen findet somit über persönliche Wertschätzung und emotionale Ansprache statt. Zudem zeigt sich der Rückgriff auf kollegiale Fürsorglichkeit sogar als Grundlage pflegerischen Alltags:

> In der Pflege darf man nicht laut werden: Die Mitarbeiter sind sofort krank. Also in der Pflege habe ich gelernt: Wenn man was durchsetzen möchte, dass das ein langer Prozess ist…sondern man muss betteln und versuchen, von einer emotionalen Seite den Mitarbeiter zu erreichen, um etwas von ihm bekommen zu können (PKA2).

Hierbei wird auch deutlich, dass Krankschreibungen eine Praxis der Bewältigung darstellen. Fraglich ist, ob dieses Muster tatsächlich als ein Druckmittel gegenüber ArbeitgeberInnen oder als Zeichen der persönlichen Erschöpfung gesehen werden kann. Ersteres kann zumindest als ein Anzeichen einer widerständigen Praxis gedeutet werden.
Angesichts der exemplarisch aufgezeigten Bewältigungsmuster ist es kaum fraglich, dass die unzureichenden wohlfahrtsstaatlichen Rahmenbedingungen durch Pflegekräfte ausgeglichen werden. Diese kompensatorische Praxis ist dabei durchaus kritisch anzusehen – zumal das hohe Maß an notwendiger kollegialer Fürsorge und subjektivierter Verantwortung im Falle von Widerständigkeit innerhalb des Teams zu Entsolidarisierungsprozessen führen kann: „Aber wenn man da im Team dann auch noch als Motzer dargestellt wird, ein Kollege hat mir gesagt, mit deinem ewigen Motzen spaltest du unser Team“ (PKS4). Dieser Befund verfestigt sich durch die Erfahrung einer weiteren Pflegekraft, die sich außerhalb des Betriebs aktiv für bessere Pflegebedingungen einsetzt: „Also ich muss sagen, ich habe nahezu 90% der Kolleginnen und Kollegen meiner letzten anderthalb Jahrzehnte durch mein Engagement bei ‚Pflege am Boden‘ verloren“ (PKA8). Möglicherweise zeigt sich hier auch die Wirkungsmacht berufshistorischer Leitbilder und geschlechtlicher Zuschreibungen, die im Kontext widerständiger Praxen als mangelnde Kollegialität gewertet werden. Die notwendige Politisierung der Rahmenbedingungen oder gemeinsame Organisierung ist jedenfalls selten ein Thema. Darüber hinaus zeigt sich vielmehr, dass trotz gemeinsamer Problembeschreibungen, wie körperliche und psychische Belastung, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und fehlende Personalschlüssel, keine Rückführung auf die strukturellen Ursachen und politische Gesetzgebung erfolgt. Vielmehr wird die kollektive Kompensierung sogar weiblichen Geschlechtsstereotypen zugeschrieben. „Das liegt an der Art Frau, denke ich mal. Also die Frauen, die sind es gewohnt, dass sie alles machen. Möglichst für nichts. Ja, es ist so“ (PKA1). Eine weitere Pflegekraft beschreibt ihre Erfahrung in der MitarbeiterInnenvertretung wie folgt: „Ich habe das bei den Mitarbeitern auch erlebt, als ich als Mitarbeitervorsitzende in die Schlichtungsstelle gegangen bin, dass wir Stärkung brauchen aus dem Team. Keiner wollte sich präsentieren, das wollen die Frauen einfach nicht.“ (PKA2) Ein besonders bezeichnendes Zitat zur Annahme über die „spezifisch weiblichen Verhaltensweisen“ spiegeln sich dann auch im Berufsbild und in den Arbeitsplatzbe-

schreibungen wider, wie eine Pflegekraft selbst bei der Agentur für Arbeit erfahren musste: „‚So kriegen wir Sie nicht vermittelt. Weil Sie passen nicht zum Arbeitgeberbild, das von der Pflege besteht. Nämlich dem Dienenden, der alles mit sich machen lässt'. Das war die knallharte - das war eine Argumentation von der Agentur für Arbeit." (PKA8)
Geschlechtliche und berufsbedingte Zuschreibungen und Erwartungen werden also sowohl von Pflegekräften selbst formuliert als auch von außen an sie herangetragen. Schließlich finden personennahe Dienstleistungen immer in spezifischen Dimensionen statt, nämlich den staatlichen Leitbildern und Rahmungen, der Ausgestaltungsmacht der Träger, den Erwartungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen und der professionell Pflegenden selbst (Bauer 2001, 80). Umso wichtiger ist die aufgezeigte Analyse der komplexen Rahmenbedingungen und Auswirkungen, unter denen professionelle Pflegearbeit stattfinden muss. Die skizzierten Ergebnisse verdeutlichen, dass hierbei Konzepte von Machtressourcen, Organisations- und Interessenkonflikten verknüpft werden müssen mit sozial- und geschlechterpolitischen Ansätzen, da das Spezifische von Care-Arbeit in traditionellen Politikkonzepten nicht abgebildet wird.

Zusammenfassender Ausblick auf die Organisierung und Mobilisierung von Interessen

Die qualitative Erfassung der Deutungs- und Bewältigungsmuster von Pflegekräften leistet einen wichtigen Beitrag zu der Frage, welche Voraussetzungen, Ressourcen und Hürden der Organisation und Mobilisierung von Interessen zugrunde liegen. Bislang sind die traditionellen Formen der Interessenvertretung wenig geeignet für Dienstleistungsberufe im Gesundheits- und Pflegebereich. Die gegenwärtige Organisationsmacht der Interessenverbände ist angesichts der geringen Mitgliederzahlen, der ungleichen Machtverhältnisse in den Arbeitsbeziehungen und der fehlenden Legitimität einer Stellvertreterpolitik als gering einzuschätzen. Schließlich sind nur rund 10% der Pflegenden verbandsmäßig oder gewerkschaftlich organisiert, teilweise aus mangelnder Überzeugung der Wirkungsmächtigkeit oder mangelnder Informiertheit. Gleichzeitig ist die berufs- und arbeitspolitische Interessenvertretung von Pflegeberufen nicht nur sehr zersplittert, sondern auch von funktionalen Interessenkonflikten und organisationspolitischen Spannungsverhältnissen geprägt. Zwar gewinnt die Mobilisierung über niedrigschwellige „Organizing"-Ansätze (Dörre 2008) in der Gewerkschaftsarbeit zunehmend an Bedeutung. In Anbetracht des hierfür notwendigen hohen personellen Ressourcenaufwands sowie der spezifischen Voraussetzungen von Care-Arbeit und den Deutungs- und Bewältigungsmustern der Pflegebeschäftigten zeigt sich der Bedarf an neuen Vernetzungs- und Mobilisierungsformen.
Interessant ist hierbei der Ansatz der New Social Movement-Forschung, Interessenmobilisierung aus einer Mikroperspektive zu beleuchten. Eine zentrale Voraus-

setzung für Mobilisierung wird dabei der kollektiven Identität zugeschrieben, die sich über diskursive gemeinsame Problembeschreibungen, Handlungs- und Umsetzungsstrategien der AkteurInnen herausbildet (Snow/Benford 2000). Hinsichtlich der aufgezeigten Deutungs- und Bewältigungsmuster zeigen sich einerseits die Hürden (z.B. Hierarchisierung, Entsolidarisierung, Subjektivierung), die wichtige Erkenntnisse zur Erklärbarkeit mangelnder Organisierung liefern. Gleichzeitig können dabei auch Aktivierungspotenziale über die Anspruchsmuster der Beschäftigten sichtbar gemacht werden (Menz/Nies 2016). Dieser Kontext und die daran anknüpfenden Handlungsstrategien werden im zweiten Forschungsteil des Projekts näher beleuchtet. In der Analyse müssen strukturelle Machtverhältnisse und -ressourcen auf gesellschaftlicher, ökonomischer, geschlechterpolitischer und organisationeller Ebene betrachtet werden. Nicht zuletzt betrifft die Kommodifizierung der öffentlichen Gesundheits- und Pflegeversorgung eine Vielzahl an Menschen, die als potenzielle NutznießerInnen und AkteurInnen einer menschenwürdigen Pflege zu sehen sind: Pflegebedürftige und PatientInnen, Angehörige und BürgerInnen, Sozialstaat, Träger und Wohlfahrtsverbände, Länder und Kommunen und die Pflegekräfte selbst. Demzufolge gibt es in jüngerer Zeit bereits Bestrebungen zugunsten von Organisierungsformen jenseits der klassischen Interessenvertretungen. Initiativen wie z.B. „Pflege am Boden“, „Berliner Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus“, „Pflege in Bewegung“ und „Care Revolution“ begreifen Mobilisierung nicht nur niedrigschwellig, sondern auch hinsichtlich einer größeren Zielgruppe. Das Ziel sollte schließlich eine gesamtgesellschaftliche Kritik der politischen Ökonomie sein, innerhalb derer alle Dimensionen und AkteurInnen, wie BürgerInnen, Pflegebedürftige, Pflegende Angehörige und Pflegekräfte, als kollektive Ressource begriffen werden. Hierin liegt die Chance eines politischen Paradigmenwechsels, der Care-Arbeit als gesellschaftliches Grundbedürfnis versteht, wider einer traditionell weiblich konnotierten Fürsorgeverantwortung.

Anmerkungen

1 Unter diesem Motto fand im Oktober 2015 eine gemeinsame Demonstration des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) und dem Bayerischen Landespflegerat (BAY.ARGE) in München statt.

2 Das Projekt findet im Rahmen des bayernweiten Forschungsverbunds ForGenderCare (Juni 2015-Mai 2019) statt und ist an der OTH Regensburg, Fakultät für angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften, angesiedelt. Internet: http://www.forgendercare.de/forschung/forschungscluster/organisation-und-arbeit/arbeitsbedingungen-und-interessenvertretung-von-pflegekraeften-in-bayern/ (15.7.2017)

3 „Mit dem Begriff der ‚Ökonomisierung' ist in diesem Kontext gemeint, dass das patientenbezogene Denken und Handeln in Krankenhäusern zunehmend durch eine betriebswirtschaftliche Handlungslogik beeinflusst wird, medizinisch-pflegerische Versorgungsziele werden durch wirtschaftliche Kalküle und Ziele überformt" (Marrs 2007, 502).

4 Die von Verdi eingereichte Verfassungsbeschwerde wurde am 15. Juni 2015 vom Verfassungsgericht wegen fehlender Beschwerdebefugnis abgelehnt. „Um beschwerdebefugt zu sein, muss ein Beschwerdeführer behaupten können, selbst, gegenwärtig und unmittelbar in einem Grundrecht oder gleichgestellten Recht verletzt zu sein" Internet: http://www.

bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2015/bvg15-064.html (15.7.2017).

5 Der Bundesrat hat dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe im Juli 2017 zugestimmt. Die getrennt geregelten Pflegeausbildungen werden in einem neuen Pflegeberufegesetz zusammengeführt. Der erste Ausbildungsjahrgang soll 2020 beginnen.

6 Versuche einer Vereinheitlichung scheiterten seit Mitte der 1980er Jahre am Widerstand des Bundeslandes Bayern: Das Bundesverfassungsgericht hatte am 24. Oktober 2002 zugunsten der Regelungskompetenz des Bundes für das Berufsbild der Altenpflege entschieden und den Beruf der AltenpflegerInnen im Gegensatz zu dem der AltenpflegehelferInnen erstmals den Heilberufen zugeordnet.

7 Die verwendeten Kürzel dienen der Anonymisierung der Interviewten nach folgender Verschlüsselungslogik: PKS=Pflegekraft stationär, PKA=Pflegekraft ambulant.

8 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/3-quartal/pflegeberufereformgesetz-bundesrat.html (15.7.2017)

Literaturverzeichnis

Aulenbacher, Brigitte/**Dammayr**, Maria, 2014: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt Sonderband 20. Baden-Baden, 125-140.

Auth, Diana, 2013: Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: WSI-Mitteilungen. 66 (6), 412-422.

Backes, Gertrud M./**Wolfinger**, Martina/**Amrhein**, Ludwig, 2011: Geschlechterpolitik zu Pflege/Care. Anregungen aus europäischen Ländern; Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Bauer, Rudolph, 2001: Personenbezogene Soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft. Wiesbaden.

Bellmann, Lutz/**Grunau**, Philipp/**Maier**, Friederike/**Thiele**, Günter, 2012: Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008. In: WSI-Diskussionspapier. Düsseldorf.

Bispinck, Reinhard/**Dribbusch**, Heiner/**Öz**, Fikret/**Stoll**, Evelyn, 2012: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. In: Arbeitspapier (7). Düsseldorf.

Bogai, Dieter/**Carstensen**, Jeanette/**Seibert**, Holger/**Wiethölter**, Doris/**Hell**, Stefan/**Ludewig**, Oliver, 2015: Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. In: IAB-Reihe. Berlin.

Bräutigam, Christoph/**Evans**, Michaela/**Hilbert**, Josef/**Öz**, Fikret, 2014: Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. In: Hans Böckler Stiftung. Arbeitspapier Arbeit und Soziales (306). Düsseldorf.

Conrads, Ralph/**Holler**, Markus/**Kistler**, Ernst/**Kühn**, Daniel/**Schneider**, Daniela, 2015: Das Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Branchenanalyse. Bericht an die Hans Böckler Stiftung. Hg. v. Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie. Düsseldorf.

Dietl, Stefan, 2017: Pflegen bis der Arzt kommt. In: Jungle World, 06.07.2017, 27.

Dörre, Klaus, 2008: Die strategische Wahl der Gewerkschaften – Erneuerung durch Organizing? In: WSI-Mitteilungen. 61 (1), 3-9.

Evans, Michaela, 2016: Über den Schatten springen! Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit. In: WISO direkt (9). Bonn.

Gerlach, Irene/**Ahrens**, Regina, 2015: Die Bedeutung atypischer Beschäftigung für zentrale Lebensbereiche. Policy Brief. In: Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik. Düsseldorf.

Hielscher, Volker/**Kirchen**-Peters, Sabine/**Nock**, Lukas, 2017: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Hans-Böckler-Stiftung (Study Nr. 363). Düsseldorf.

Isfort, Michael/**Weidner**, Frank/**Neuhaus**, Andreas/**Kraus**, Sebastian/**Köster**, Veit-Henning/**Gehlen**, Danny, 2010: Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln.
Kliner, Karin/**Rennert**, Dirk/**Richter**, Matthias, 2017: BKK Gesundheitsatlas 2017. Berlin.
Krenn, Manfred/**Flecker**, Jörg/**Eichmann**, Hubert/**Hermann**, Christoph/**Papouschek**, Ulrike, 2005: Partizipation oder Delegation von Unsicherheit? Partizipationschancen in entgrenzten Arbeitsfeldern – IT-Dienstleistungen und mobile Pflege. In: FORBA-Forschungsbericht. Wien.
Kumbruck, Christel, 2010: Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke, Guido/Bleses, Peter/Ritter, Wolfgang/Schmidt, Sandra (Hg.): „Decent Work". Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden, 187-207.
Leitner, Sigrid, 2010: Familialismus in konservativen Wohlfahrtsstaaten. Zum Wandel des Geschlechterleitbilds in der Kinderbetreuungs- und Alltenpflegepolitik. In: Auth, Diana/Buchholz, Eva/Janczyk, Stefanie (Hg.): Selektive Emanzipation. Analysen zur Gleichstellungs- und Familienpolitik. Opladen, 219-238.
Marrs, Kira, 2007: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen 60 (9). Düsseldorf, 502-507.
Menz, Wolfgang/**Nies**, Sarah, 2016: Gerechtigkeit und Rationalität – Motive interessenpolitischer Aktivierung. In: WSI-Mitteilungen. 69 (7), 530-539.
Snow, David/**Benford**, Robert, 2000: Framing Processes and Social Movements. An Overview and Assessment. In: Annual Review Of Sociology. 26, 611-639.
Statistisches Bundesamt, 2015: Grunddaten der Krankenhäuser. In: Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
Statistisches Bundesamt, 2017: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Care-Arbeit politisieren: Herausforderungen der (Selbst-) Organisierung von migrantischen 24h-Betreuerinnen

SARAH SCHILLIGER. KATHARINA SCHILLING

Einleitung

In Deutschland und der Schweiz ist in den letzten Jahren der Markt für 24h-Betreuung durch Pendelmigrantinnen[1] expandiert. Mit ein paar Mausklicks kann heute ein transnationales Care-Arrangement organisiert werden, bei dem eine osteuropäische Pendelmigrantin als Live-in[2] im Rotationssystem die Betreuung einer pflegebedürftigen Person im eigenen Haushalt rund um die Uhr übernimmt. Die ‚maßgeschneiderten Care-Lösungen', die je nach Kaufkraft auf dem Dienstleistungsmarkt eingekauft werden können, sollen Versorgungslücken und Zeitnöte im Haushalt kompensieren, welche im ‚adult-worker-model' zunehmend virulent werden. In Privathaushalten etabliert sich damit ein Niedriglohnsektor, der stark vergeschlechtlicht und ethnisiert ist. Bei dieser kommodifizierten Care-Arbeit bleibt weiterhin die Logik der privaten häuslichen Sphäre dominant, in der familiäre Normen wie die uneingeschränkte Ver-