GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Migrant_innen in der häuslichen Pflege in Deutschland

Geschke, Janis; Mederer, Silas

2016

https://doi.org/10.25595/3449

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Geschke, Janis; Mederer, Silas: *Migrant_innen in der häuslichen Pflege in Deutschland*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 25 (2016) Nr: 1, 141–144. DOI: https://doi.org/10.25595/3449.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v25i1.23418

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Migrant*innen in der häuslichen Pflege in Deutschland

JANIS GESCHKE. SILAS MEDERER

Mit den Pflegestärkungsgesetzen kündigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe einen grundlegenden Wandel innerhalb der Pflegeversicherung durch die Einführung eines neuen Pflegebegriffes an. In diesem Kommentar diskutieren wir, ob dieser Wandel auch auf eine Entlastung des unter starkem Personalmangel leidenden ambulanten Pflegemarkts abzielt. Besonderes Augenmerk legen wir auf die Rolle irregulärer Migrant*innen in der häuslichen Pflege sowie auf ihr Verhältnis zu ambulanten Pflegekräften. Dabei greifen wir auch auf Ergebnisse unserer kürzlich durchgeführten qualitativen Studie zur Bedeutung von Migrant*innen für den Erhalt des Vorrangs der häuslichen Pflege in einer Beispielregion zurück (Geschke/Mederer 2015). Zentrales Ergebnis war, dass die Akzeptanz neuer Ausbeutungsverhältnisse irregulärer Migrant*innen von Seiten regulärer ambulanter Pflegekräfte nicht zuletzt durch einen generell erhöhten Arbeitsdruck im Pflegebereich herbeigeführt wurde.

Der Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung beschreibt den eindeutigen Vorrang der häuslichen Pflege vor stationärem Aufenthalt im elften Sozialgesetzbuch. Demnach sollen Patient*innen so lange wie möglich zuhause durch ambulante Pflegekräfte versorgt werden. Der Hilfe- bzw. Pflegebedarf wird durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) im Zuge einer Visitation festgestellt, und auf Basis dieser Einschätzung wird ein Pflegevertrag zwischen einem ambulanten Pflegedienst und dem*r Patient*in geschlossen. Die Pflegeversicherung ist dabei wie eine Teilkasko-Versicherung konzipiert und deckt nur den grundsätzlichen, nicht jedoch den vollständigen Bedarf des*r Patient*in ab. Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass in erster Linie die Familie für das Erbringen häuslicher Pflege zuständig sei. Bundesgesundheitsminister Gröhe untermauerte dies unlängst durch die Erhöhung des Leistungsanspruchs im Bereich der ambulanten Pflege um 1,4 Milliarden Euro, während der Betrag für stationäre Versorgung auf dem Status quo belassen wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2014).
Doch bereits vor der anstehenden Erhöhung des Leistungsanspruchs war der ambulante Pflegemarkt unterversorgt. Bis 2025 wird von 135.000 bis zu 214.000 fehlenden Pflegevollkräften ausgegangen (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Auch angesichts der fehlenden Arbeitskräfte werden ambulante Pflegeleistungen dennoch verstärkt nachgefragt, was den Druck auf ambulante Kräfte sowie Familien weiter erhöht und die Arbeitsbedingungen noch prekärer gestaltet. Die Annahme, dass häusliche und familiäre Netzwerke allzeit bereit stehen und die ausstehenden Pflegeleistungen erbringen, muss ebenfalls einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Aufgrund demografischer Dynamiken, zunehmender Distanz zwischen Ge-

burts- und Lebensraum sowie der wachsenden Zahl Alleinerziehender und Singles sind räumliche familiäre Bindungen nicht mehr flächendeckend gegeben und nehmen weiter ab (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, 14-21, 71-73; Eckhard 2014, 38-53). Ein damit einhergehendes Problem sind überholte Geschlechternormen, nach welchen Frauen in der Familie dafür verantwortlich sind, sich um andere Mitglieder zu sorgen. Dem liegt die tiefgehende Auffassung zu Grunde, dass ‚der Frau' das vermeintlich ‚angeborene' Potenzial häuslicher Kompetenz zugeschrieben wird, was mit dazu beiträgt, dass fast ausschließlich Frauen Aufgaben der Pflege übernehmen (müssen) – eine auf Dauer nicht tragbare Belastung (Metz-Göckel/Münst/Kalwa 2010, 124; Waldhausen 2012, 148).

Die Rolle von Migrant*innen im ambulanten Pflegemarkt

Viele Frauen lagern in Folge dessen die Care-Arbeit an eine ‚fremde' Frau aus. Wie viele es sind, ist schwer zu beziffern, da die Übergänge zwischen regulären und irregulären Arrangements fließend sind. Das Institut der Deutschen Wirtschaft ging 2009 davon aus, dass 4,5 Millionen Haushalte in Deutschland eine Haushaltshilfe in Anspruch nahmen, wovon 95% nicht angemeldet waren. Im Bereich der nicht angemeldeten Verhältnisse wird davon ausgegangen, dass es sich vermehrt um Migrant*innen handelt, welche insbesondere als ‚Live-In' Pflegeleistungen erbringen (Institut der Deutschen Wirtschaft Köln, 2009). Dies ist ein Mechanismus, der die Geschlechterhierarchie stärkt und weitergibt, indem ein asymmetrisches Machtverhältnis zwischen einheimischen und migrantischen Frauen geschaffen wird. Letztere sind häufig von einer Beschneidung staatsbürgerlicher Rechte betroffen (Brückner 2010, 44; Metz-Göckel/Münst/Kalwa 2010, 35).
In unserer Studie wurde von den interviewten Pflegekräften auch ein Wandel im eigenen Verständnis beschrieben: weg von einer Ablehnung migrantischer Pflegekräfte von Seiten regulärer Pflegekräfte und hin zu einer Akzeptanz und Kooperation. So formuliert eine Pflegekraft:

> Also am Anfang, ich weiß als das so los ging, da haben wir noch demonstriert und haben noch dagegen uns aufgelehnt und haben das kritisch begleitet und so. Und mittlerweile ist es aber so, dass es ganz schwer zu handeln ist, weil gerade die vielen dementen Patienten mit einer 24-Stunden-Betreuung zuhause, das ist so über regulär fast schon nicht mehr leistbar und es gibt auch gar nicht genug Leute, die das machen letztendlich. Und da hat sich das jetzt mittlerweile etabliert und ich meine es gibt ja auch schon Dienste, die auch anmelden. (Geschke/Mederer 2015, 46)

Anhand dieses Zitats werden einige durch die Pflegeversicherung hervorgerufene Probleme deutlich sichtbar. Ein Punkt ist die Akzeptanz, mit welcher reguläre ambulante Pflegekräfte der Ausbeutung irregulärer Arbeitsmigrant*innen mittlerweile begegnen. In unserer Studie beschrieben viele interviewte Pflegekräfte, dass manche Aufgaben in der vorgegebenen Zeit alleine kaum machbar sind. Angehörige oder auch zunehmend irreguläre Migrant*innen müssen dann unterstützend eingreifen.

Der verstärkt erfahrene Druck führt also dazu, dass von regulären Pflegekräften die ausbeuterischen Arbeitsverhältnisse von Migrant*innen (z.B. Löhne unter Tarif, deutlich verlängerte Arbeitszeiten, kein Arbeitnehmer*innenschutz) weithin akzeptiert werden. Zudem verlangt eine 24-Stunden-Versorgung ein stabiles Pflegearrangement. Dies ist aber durch ambulante Dienste nicht umzusetzen und auch finanziell für die meisten Familien nicht bezahlbar. Ein Rückgriff auf irreguläre Pflegemigrant*innen ist daher eine zunehmend genutzte Option (Kösler 2011, 144; Metz-Göckel/Münst/Kalwa 2010, 49) – und zwar eine höchst bedenkliche Option, weil sie in sozial nicht oder nur schlecht abgesicherte Arbeitsverhältnisse mündet und nicht zuletzt unterschiedliche prekarisierte Arbeitskräfte – wie reguläre und irreguläre Pflegekräfte – gegeneinander ausspielt (Waldhausen 2012, 147).

Die Pflegestärkungsgesetze

Erklärte Ziele der zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetze sind ein einfacherer Zugang zu Leistungen, eine Entlastung der Angehörigen sowie eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung. Als weitere Schritte sind ein neues Qualitätsmanagement und zum 1. Januar 2017 die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geplant. Im Zuge dessen kündigte Bundesgesundheitsminister Gröhe an, die Pflegestufen von momentan drei auf fünf auszuweiten. Ob dies zu einer besseren Versorgung der Patient*innen führt, ist mehr als fraglich, da es die grundlegende Problematik, einen Umgang mit wegbrechenden familiären Unterstützungsnetzwerken zu finden, nicht angeht, und gleichzeitig einer egalitären Verteilung der Aufgaben zwischen den Geschlechtern entgegensteht. Außerdem wird die zunehmende Ausbeutung in irregulären Arbeitsverhältnissen komplett ignoriert. Dies schafft weitere Anreize, irreguläre Migrant*innen anstelle von regulären Pflegediensten zu beschäftigen, wodurch eine massive De-Regularisierung eines ganzen Sektors stattfindet. Irreguläre Care-Arbeiter*innen werden in einem rechtsfreien Raum gelassen und haben keinen arbeitsrechtlichen Schutz, der gerichtlich durchsetzbar wäre.

Ausblick

Vor diesem Hintergrund gehen wir davon aus, dass die Pflegeversicherung selbst in ihrem Konzept überarbeitet werden muss, und zwar hin zu einem ganzheitlichen Verständnis von Care-Arbeit, da sonst weiter Anreize geschaffen werden, auf irreguläre Arbeitsverhältnisse zurückzugreifen. Zu einem solchen erweiterten Verständnis von Care-Arbeit gehören neben materiell-körperlichen Bedürfnissen auch die emotionale und kognitive Sorge für andere und sich selbst (Jurczyk 2010, 61). Erst wenn die Pflegeversicherung auch diese als legitimen Bedarf im gesetzlichen Sinne anerkennt, kann ein Paradigmenwechsel stattfinden. Andernfalls bleibt es den Familien überlassen, den umfassenden Care-Bedarf abzudecken. Ist das nicht möglich, wird der ausstehende Bedarf zunehmend durch irreguläre Migrant*innen (oder gar

nicht) gedeckt. Ein Mechanismus, der verschleiert, dass die scheinbar ‚natürliche' Ressource der Familie nicht als gegeben gesehen werden kann und dass konkrete Alternativen fehlen sowie neue Hürden aufgebaut werden, die einer Legalisierung irregulärer Arbeitsverhältnisse entgegenstehen (Apitzsch/Schmidbaur 2010, 12; Brückner 2010, 54).

Der Vorrang, der in Deutschland der häuslichen Pflege gegenwärtig zukommt, wird vorwiegend durch Migrant*innen abgesichert und auch ambulante Pflegedienste sind teilweise auf deren Zuarbeiten angewiesen. Dieser Vorrang kann somit nur durch neue Ausbeutungsverhältnisse und auf dem Rücken von Pflegemigrant*innen aufrechterhalten werden. Auch der Blick auf die neuen Pflegestärkungsgesetze zeigt, dass sich dies in absehbarer Zeit nicht verändern wird. Diesem Trend muss politisch entgegengewirkt werden, da die Pflegelücke in den nächsten Jahren massiv wachsen wird. Zudem entbindet die Reproduktion der traditionellen Rollenverteilung Männer von ihrer Verantwortung und schafft eine ethnisierte Hierarchie unter Frauen. Diese Konstellation ist für keine Seite von Vorteil: Sie führt dazu, dass irreguläre Migrant*innen in einem Raum ohne Rechtsschutz verortet werden, ebenso wie sie einem egalitären Verhältnis zwischen den Geschlechtern und einem ganzheitlichen Verständnis von Care-Arbeit im Wege steht.

Literatur

Apitzsch, Ursula/**Schmidbaur**, Marianne, 2010: Care und Reproduktion. Einleitung. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, 11-22.

Brückner, Margit, 2010: Entwicklungen der Care-Debatte. Wurzeln und Begrifflichkeiten. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, 43-58.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht (16/1360). Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit, 2014: Fragen und Antworten. Internet: http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/alles-zum-pflegestaerkungsgesetz/fragen-und-antworten/ (6.9.2015).

Bundesministerium für Gesundheit, 2015: Pflegefachkräftemangel. Internet: http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html/ (18.1.2016).

Eckhard, Jan, 2014: Abnehmende Bindungsquoten in Deutschland. Ausmaß und Bedeutung eines historischen Trends. Wiesbaden.

Geschke, Janis/**Mederer**, Silas, 2015: Migrant*innen sichern den Vorrang der häuslichen Pflege in Deutschland. Unveröffentlichte Projektarbeit. Philipps-Universität Marburg.

Institut der Deutschen Wirtschaft Köln, 2009: Arbeitsplatz Privathaushalt. Ein Weg aus der Schwarzarbeit. Pressekonferenz, 24. Februar 2009, Berlin. Internet: www.iwkoeln.de/ (18.1.2016).

Jurczyk, Karin, 2010: Care in der Krise? Neue Fragen zu familialer Arbeit. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, 59-76.

Kösler, Edgar, 2012: Pflegebedarf in Deutschland. Aktuelle Situation und Prognosen. In: Hitzemann, Andrea/Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna (Hg.): Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis. Freiburg, 37-39.

Metz-Göckel, Sigrid/**Münst**, Senganata/**Kalwa**, Dobrochna, 2010: Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik. Opladen.

Waldhausen, Anna, 2012: Politische Zurückhaltung in der Gestaltung von Pflegemigration in Deutschland. In: Hitzemann, Andrea/Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna (Hg.): Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis. Freiburg, 141-150.

Die schneckenartige Feminisierung der Bundesgremien. Zur Novellierung des Bundesgremiengesetzes

SOPHIE ROUAULT

Schon 1990 war der Deutsche Bundestag zu der Ansicht gelangt, dass „das Bild der weitgehenden Einflusslosigkeit von Frauen auf gesellschaftlich bedeutsame Entscheidungen und Entwicklungen dringend in absehbarer Zeit korrigiert werden muss“ (Deutscher Bundestag 2010, 5). In diesem Zusammenhang hatte er die Bundesregierung aufgefordert, einen Bericht über die Benennung von Frauen in Ämter und Funktionen vorzulegen, für welche die Bundesregierung das Vorschlagsrecht hat. 1991 folgte der erste Gremienbericht und 1994 das Gesetz über die Berufung und Entsendung von Frauen und Männern in Gremien im Einflussbereich des Bundes (Bundesgremienbesetzungsgesetz – BGremBG – vom 24. Juni 1994) – erlassen parallel zum Frauenförderungsgesetz (FFG)[1], das die erste Formalisierung einer Gleichstellungspolitik für die Bundesverwaltung darstellt (Rouault 2016).

Im BGremBG verpflichtete sich der Bund darauf hinzuwirken, dass „eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern“ in diesen Gremien, z.B. im Vorstand der Bundesagentur für Arbeit, im Hauptausschuss des Bundesinstituts für berufliche Bildung oder in der Monopolkommission, geschaffen oder erhalten wird. Damit wurde ein starkes politisches Zeichen gesetzt, indem (obwohl nicht ganz explizit) auf Bundesebene eine paritätische Besetzung dieser politisch relevanten Gremien angestrebt wurde. Für diesen Zweck wurde eine Prozedur der Doppelbenennung für solche Berufungen eingeführt – für jede zu besetzende Position sollten jeweils eine Frau und ein Mann vorgeschlagen werden.

Zwanzig Jahre später zeigt sich eine gleichberechtigte Teilhabe aber nur in einer Minderheit der relevanten Gremien und zwar in 18% der gemeldeten Gremien (BMFSFJ/Kienbaum 2014, 6); zudem sind 10% der Gremien noch immer lediglich von Männern besetzt; nur ein Ressort, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), hat die paritätische Besetzung in den in seinen Geschäftsbereich fallenden Gremien umgesetzt – und sogar überschritten. Diese enttäuschenden Fortschritte waren nicht zuletzt ein Auslöser, dass 2015 das BGremBG im Zug der Novellierung des Bundesgleichstellungsgesetzes geändert wurde – im