Rudolph / Schmidt (Hrsg.)
Interessenvertretung und Care

ARBEIT – DEMOKRATIE – GESCHLECHT

herausgegeben von Ingrid Kurz-Scherf, Lena Correll, Stefanie Janczyk, Tina Jung, Julia Lepperhoff, Clarissa Rudolph, Alexandra Scheele und Diana Auth

Band 26

Clarissa Rudolph, Dr. habil., Professorin für Politikwissenschaft und Soziologie an der Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der OTH Regensburg. Arbeitsschwerpunkte: Arbeit und Geschlecht, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Frauen- und Gleichstellungspolitik, Gender und Care, Rechtsextremismus, Bildungspolitik.

Katja Schmidt, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund ForGenderCare, forscht zu „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern" an der OTH Regensburg, Fakultät für Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Sozialpolitik, Frauen- und Geschlechterforschung, Macht- und Ungleichheitsverhältnisse.

Clarissa Rudolph / Katja Schmidt (Hrsg.)

Interessenvertretung und Care

Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

Gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

1. Auflage Münster 2019
© 2019 Verlag Westfälisches Dampfboot
Alle Rechte vorbehalten
Umschlag: Lütke Fahle Seifert AGD, Münster
Druck: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier
ISBN 978-3-89691-270-1

Inhalt

Editorial 7

Clarissa Rudolph / Katja Schmidt
Einleitung: Ein bisschen Aufbruch, wenig Widerstand – die Kollektivierung und Vertretung von Interessen im Pflegesektor 10

1. Care-Arbeit und Geschlechterverhältnisse im Wohlfahrtsstaat

Alexandra Scheele
Abwertung von Care-Arbeit durch Vergeschlechtlichung 24

Annette Meussling-Sentpali
Professionalisierung und Geschlechterverhältnisse in der Pflege 37

Diana Auth
Der Wandel der Arbeitsbedingungen in der Pflege im Kontext von Ökonomisierungsprozessen 54

Clarissa Rudolph / Katja Schmidt
Politikfeld Pflege – kollektives Handeln und Interessenvertretung von Pflegekräften 72

2. Arbeitspolitik und Interessenvertretungen

Judith Holland
Gewerkschaften und Geschlechter(un)gleichheit: Historische Einblicke, aktuelle Befunde und Handlungsperspektiven 94

Wolfgang Schroeder
Altenpflege in Deutschland: Wachsender Markt und schwache Selbstorganisation der Beschäftigten 110

Clarissa Rudolph
„Das hat ja schon immer ein bisschen was mit Macht zu tun" – Interessenvertretung von Beschäftigten in kirchlichen Pflegeeinrichtungen 127

3. Care-Arbeit in Migrations- und Geschlechterregimen

Aranka Vanessa Benazha / Helma Lutz
Intersektionale Perspektiven auf die Pflege: Geschlechterverhältnisse und Migrationsprozesse 146

Hildegard Theobald
Politiken in der Altenpflege und die Entwicklung von Stratifikationen in Wechselwirkung von Geschlecht, sozialer Schicht und Migration: Eine internationale Perspektive 161

Christiane Bomert
Ansätze und Herausforderung der (unterstützten) Organisierung von Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege durch freie Träger*innen und Gewerkschaften 177

Eva Kocher
Der rechtliche Rahmen der 24-Stunden-Pflege in Deutschland 195

4. Kollektives Handeln in und durch Care-Arbeit

Nausikaa Schirilla
Unterstützungsstrukturen für mittel- und osteuropäische Betreuungskräfte in Privathaushalten zur Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen 214

Matthias Neumann / Gabriele Winker
Handlungsfähigkeit im Care-Bereich erweitern. Care-Räte vor Ort als erster Schritt? 231

Katja Schmidt
Kollektive Auseinandersetzungen um Pflege. Formen und Praxen pflege- und carepolitischer Interessenartikulation 248

Autorinnen und Autoren 264

Editorial

Schon seit einiger Zeit ist die dramatische Situation in der Pflege in aller Munde. Sowohl hinsichtlich der Anerkennung dieser Situation als ein Pflegenotstand wie auch hinsichtlich der Dringlichkeit und der Komponenten seiner Beseitigung herrscht ein breites Einverständnis in der Politik ebenso wie in der Forschung und im medialen Diskurs. Dabei geht es nicht nur um die Bereitstellung einer angemessenen Infrastruktur von Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung der Pflegebedürftigen und um die Gewährleistung einer hinlänglichen Qualität der Pflegeleistungen, sondern auch um die Verbesserung der Arbeits- und Lebenssituation derjenigen, die diese Pflegeleistungen erbringen – und zwar nicht nur in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten, sondern auch in den privaten Haushalten.

Im Pflegediskurs der Bundesrepublik Deutschland hat die familiäre Versorgung pflegebedürftiger Personen immer noch den ethisch-moralischen Vorrang gegenüber ihrer professionellen Betreuung. Dabei sind es immer noch weit überwiegend Frauen, die die häusliche Pflege ihrer Angehörigen und Nachbarn übernehmen. In zunehmendem Maße werden ausländische Pflegekräfte in die häusliche Pflege einbezogen – ebenfalls überwiegend weiblichen Geschlechts und unter oftmals äußerst problematischen Konditionen hierzulande und mit teilweise dramatischen Konsequenzen in den Herkunftsländern. Insgesamt verzeichnete die sog. Pflegewirtschaft allein im Zeitraum zwischen 2007 und 2017 einen Beschäftigungszuwachs von 42 %. 2017 waren 84 % des Personals in Pflegeheimen und 87 % der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten weiblich. Nach allen Prognosen wird sich der Personalbedarf in der professionellen Pflege bis auf absehbare Zeit in vergleichbaren Größenordnungen wie in der Vergangenheit weiter erhöhen. Angesichts des bereits heutzutage vielfach beklagten akuten Personalmangels in Pflegeeinrichtungen ist allerdings einigermaßen ungewiss, ob dieser Bedarf gedeckt werden kann, oder ob sich der aktuelle Pflegenotstand nicht schon demnächst zu einer Pflegekatastrophe verdichtet.

Vor diesem Hintergrund gilt die Behebung des Pflegenotstands nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland sondern auch im europäischen und globalen Maßstab als eine der dringlichsten Herausforderungen der modernen Gesellschaften des 21. Jahrhunderts, an deren Bewältigung sich deren humanitäre und demokratische Qualität erst noch erweisen muss. Dieser durch viele Studien belegte und weithin geteilte Befund hat mittlerweile auch praktische Konsequenzen – allerdings mit bislang noch einigermaßen unzulänglichen und zum Teil auch problematischen Ergebnissen. Zwar werden auf unterschiedlichen Ebenen

z.T. auch durchaus einschneidende Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege ergriffen – sie ändern allerdings bisher nur wenig an den düsteren Aussichten für die wachsende Anzahl der Pflegebedürftigen und auch nicht an der Misere derjenigen, die sie unterstützen, betreuen und versorgen – sei es im familiären, nachbarschaftlichen oder ehrenamtlichen Kontext oder sei es in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.

Der vorliegende Sammelband stellt die Dynamik und die Komplexität der Pflege in den Zusammenhang eines umfassenden gesellschaftlichen Wandels und einer grundlegenden Transformation des Wohlfahrtsstaats. Das Elend der Pflege wird als Teil und Symptom einer umfassenden Krise der Reproduktion moderner Gesellschaften und der Sorge für und um andere analysiert. Es wird gezeigt, dass den Geschlechterverhältnissen und deren Wandel eine Schlüsselbedeutung – auch für neue Konstellationen und Herausforderungen der Care-Ökonomie und der Care-Arbeit im Allgemeinen und der Pflege im Besonderen zukommt. Der Wandel der Geschlechterverhältnisse – so wird deutlich – überlagert sich mit Migrationsbewegungen neuen Ausmaßes und neuer Qualität sowie mit einer neuen Dynamik der zunehmenden sozialen Ungleichheit mit deutlichen Tendenzen zu einer sich vertiefenden sozialen Spaltung. Die darin enthaltene Brisanz wird – so eine durchgehende These der einzelnen Beiträge zu dem Sammelband – auch aufgrund eines eklatanten Mangels an Genderkompetenz in den dominanten Strömungen des Pflegediskurse gravierend unterschätzt.

Gegenüber der im aktuellen Pflegediskurs dominierenden Fokussierung auf die Belange der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen vollzieht der Sammelband einen weiteren Perspektivwechsel, indem darin die Sicht der Pflegenden eingenommen und dabei vor allem nach den Formen, Möglichkeiten und Barrieren der Artikulation, Organisation und Wahrnehmung ihrer spezifischen Interessen in unterschiedlichen Pflegekonstellationen und -arrangements gefragt wird. Auch hier geht es wiederum um die Entfaltung einer intersektionalen und interdisziplinären Perspektive auf das Problem einer bislang nur sehr schwachen Vertretung der Interessen des Pflegepersonals von Altenheimen, Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten oder von 24-Stunden-Pflegekäften in den Privathaushalten. Gleichzeitig fragt der Sammelband nach den Angeboten und Konzepten von Gewerkschaften, Verbänden, staatlichen Institutionen und zivilgesellschaftlichen Initiativen im Hinblick auf die Mobilisierung von Pflegekräften und die Wahrnehmung ihrer Belange und Interessen.

Auf den ersten Blick verträgt sich der Fokus „Interessenvertretung“ und „Interessenpolitik“ nicht gut mit dem Gegenstand der „Sorge für andere“, weil

für diese Sorge traditionell eine überwiegend caritative Motivation unterstellt wird. Genau diese Zuschreibung verdeckt aber seit jeher die Machtverhältnisse, unter denen die „Sorge für andere" traditionell als zwanghafte Pflicht an das „andere Geschlecht" delegiert wurde, und die sich nun – da dies nicht mehr so ohne weiteres und in den alten Formen möglich ist – als Behinderung der (Selbst-)Organisation des eigenen Interesses in der „Sorge für andere" zur Geltung bringen. Nicht nur aber auch in der Pflege muss sich erst noch erweisen, ob die modernen Arbeitsgesellschaften in der Lage sind, die zu ihrer Reproduktion und Entwicklung notwendige Arbeit jenseits der in diesem Feld nicht nur traditionell, sondern immer noch wirksamen Zwangsmechanismen unter Wahrung der Interessen derjenigen, die sie verrichten, dauerhaft zu gewährleisten. Der vorliegende Sammelband illustriert sehr eindringlich, dass der Frage nach der Zukunft der Arbeit – und gerade auch der Care-Arbeit – eine Schlüsselbedeutung für die Frage nach der Zukunft der Demokratie zukommt. Und dass es dabei auch und v.a. um die Mobilisierung und Organisierung bislang nur schwach vertretener Interessen ankommt.

Für die Herausgeberinnen: Ingrid Kurz-Scherf

Clarissa Rudolph / Katja Schmidt

Einleitung: Ein bisschen Aufbruch, wenig Widerstand – die Kollektivierung und Vertretung von Interessen im Pflegesektor

Gemessen an den öffentlichen Debatten, Diskussionsrunden und sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekten scheint der deutsche Pflegenotstand in all seinen Facetten mittlerweile wahr- und ernstgenommen zu werden. Auch in das pflegepolitische Handeln ist Bewegung gekommen, sei es in Bezug auf die Situation der Pflegebedürftigen (Differenzierung der Pflegebedürftigkeit mit Berücksichtigung dementieller Erkrankungen – Pflegestärkungsgesetz II) oder den Mangel an Pflegekräften in stationären Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten (13.000 neue Stellen in stationären Einrichtungen der Altenpflege durch das 'Sofortprogramm Pflege'). Gleichwohl sind sich Expert*innen und Praktiker*innen darin einig, dass damit die Grundprobleme in der Pflege nicht behoben worden sind: In fast jeder Pflegesituation werden die Folgen prekärer Arbeitsbedingungen und von Ökonomisierungszwängen sichtbar. Diese Bedingungen haben zur Folge, dass sich Pflegebedürftige schlecht versorgt fühlen und dass Pflegekräfte *exit*-Strategien aus dem Beruf wählen.

Was also sind die Grundprobleme der Pflege? Jenseits dessen, dass wir ungern über Krankheiten oder das Sterben reden, erweist sich die wohlfahrtsstaatliche Verortung von Pflege als strukturelles Hindernis für bessere Pflegebedingungen. So hat der konservative Wohlfahrtsstaat die Betreuung und Pflege kranker und alter Menschen zur Privatangelegenheit erklärt; Pflege wird in der Familie verortet und damit Frauen als private Care-Aufgabe zugewiesen. In der Folge des demografischen Wandels kommt es aber zu einer Ausweitung des Pflegebedarfs, der sich „mit einem grundlegenden Strukturwandel unseres Erwerbs- und Familiensystems und nicht zuletzt mit einer kulturellen Revolution in den Geschlechterverhältnissen" kreuzt (Gerhard 2010: 222) und dazu führt, dass die Betreuung und Pflege von alten und kranken Menschen immer weniger im privaten Bereich durch Frauen erfolgt bzw. dass Betreuungsanforderungen und -situationen immer komplexer werden. Heute findet Pflege und Unterstützung vielfach in einem spezifischen Pflegemix professioneller, halb-professioneller

und privater Arbeit statt. Diesen veränderten Bedingungen hat sich aber die wohlfahrtsstaatliche Rahmung der Pflege nur unzureichend angepasst, indem Pflege trotz der Einführung der Pflegeversicherung und einem zunehmenden wettbewerbsorientierten Pflegemarkt immer noch hauptverantwortlich durch die Familie organisiert und/oder durchgeführt wird. Kein Wunder, dass die Situation in der Pflege bzw. die Angst vor einer Pflegebedürftigkeit im Alter mittlerweile in den entsprechenden Bevölkerungsumfragen eine immer wichtigere Rolle spielt[1]. Umso wichtiger wäre es die Pflegebedingungen kontinuierlich zu verändern und zu verbessern – stattdessen formulieren die Pflegekräfte: „Die Pflege wird nicht laut, die Pflege wird krank".

Das Arbeits- und Politikfeld Pflege

Das Arbeitsfeld „Pflege" stellt sich gleichwohl für die meisten Beschäftigten als sinngebender, aber oftmals prekärer Arbeitszusammenhang dar. Sinngebend insofern, als sowohl im direkten Kontakt mit den Patient*innen als auch durch die gesellschaftliche Notwendigkeit der Versorgung von alten und kranken Menschen der unmittelbare Bedarf dieser Arbeit sicht- und erfahrbar wird. Dass trotzdem die Arbeitskontexte vielfach prekär sind und die Arbeit unzureichend entlohnt wird, obwohl in den letzten Jahren die Anforderungen an die Tätigkeiten und an die Flexibilität der Pflegekräfte überproportional gestiegen sind, erscheint kaum erklärbar. Auf Seiten der Beschäftigten führt dies zu einer hohen Arbeitsunzufriedenheit, die sich in vergleichsweise häufigen Berufswechseln und hohen Krankenständen äußert. Auf Seiten der Gesellschaft bedeutet dies, dass der wachsende Bedarf an Pflege und Betreuung unter diesen Bedingungen nur schwer zu bewältigen ist. Trotzdem halten sich die Strategien zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs in engen Grenzen. Zudem generieren die unterschiedlichen Beschäftigungsfelder, Träger und rechtlichen Vorgaben unterschiedliche Arbeitsbedingungen und unterschiedliche Interessenslagen. Die daraus entstehenden Arbeitskonflikte lassen sich allerdings nicht wie in anderen Arbeitsbereichen austragen: die besondere Angewiesenheit der Pflegebedürftigen und die emotionalen Aspekte der Pflegebeziehungen erschweren die Umsetzung von z.B. Arbeitsniederlegungen und (längerfristigen) Streiks. Interessenvertretungen und

1 Vgl. z.B. die R+V-Studie: Die Ängste der Deutschen 2018 (https://www.ruv.de/presse/aengste-der-deutschen/grafiken-die-aengste-der-deutschen; Zugriff 15.4.2019) oder die Befragung zur Bundestagswahl 2017 (https://interaktiv.morgenpost.de/probleme-bundestagswahl-2017/; Zugriff 15.4.2019).

Berufsverbände stoßen hier an arbeitsspezifische und gesellschaftliche Grenzen, und kollektives Handeln für bessere Pflegebedingungen lässt sich bislang eher als *ein bisschen Aufruhr* und *wenig Widerstand* zusammenfassen.

Die Aushandlung von Arbeitsbedingungen (Löhne, Arbeitszeit etc.) ist aus der Perspektive der Arbeitnehmer*innen an die Gewerkschaften delegiert. Im Bereich der Pflegeberufe mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Trägern sind darüber hinaus kirchliche Interessenvertretungen von Bedeutung. Zudem bemühen sich unterschiedliche Berufsverbände um eine verbesserte gesellschaftliche Anerkennung von Pflegearbeit. Die Interessen von Pfleger*innen in der privaten Pflege können bisher aufgrund der rechtlichen Lage kaum vertreten werden. Es gibt einige Studien zu ihrer Situation (vgl. z.B. Emunds/Schacher 2010; Lutz 2009), aber wenig konkrete Handlungsansätze. Hier sind marginal Gewerkschaften und NGOs aktiv. Es scheint, dass die Interessenvertretungen bisher kaum die Vergeschlechtlichungsmuster der Pflegearbeit und die zunehmende Ökonomisierung durchbrechen und den sich kontinuierlich verschlechterten Arbeitsbedingungen wenig entgegensetzen konnten.

Fragestellungen

Hatte Kurz-Scherf (2013) noch konstatiert, dass die Arbeitsforschung und die Arbeitspolitik schon immer und weiterhin einem gender code folgten, indem sie ihre Analysen und Tätigkeiten v.a. auf die männlich konnotierten Arbeitswelten (Automobilindustrie!) richteten, scheint hier ein gravierender Wandel stattgefunden zu haben. Zumindest in der sozialwissenschaftlichen Arbeitsforschung konnten sich mittlerweile zahlreiche Projekte zu den Arbeitsbeziehungen in der Care-Arbeit etablieren[2].

Viele dieser Projekte und Studien haben sich zunächst mit einer Bestandsaufnahme der Arbeitssituation von Pflegekräften beschäftigt: So befassen sich Hipp/Kelle (2015) mit der Entlohnung von Care-Arbeit, die gerade in Deutschland vergleichsweise gering ist und als Ergebnis der Geringschätzung von Fürsorgearbeit einzuordnen ist. Infolgedessen erstaunt die Charakterisierung der Situation von Pflegekräften in der Altenpflege als „(e)rschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby" (Kümmerling 2016) nicht wirklich. Becka u.a. (2016) kommen zu dem Schluss,

2 Vgl. die Tagung „Arbeitskonflikte und Geschlecht" an der FAU Erlangen-Nürnberg im März 2019 und die dort präsentierten Projekte (https://www.soziologie.phil.fau.de/files/2018/12/Arbeitskonflikte_Gender_Folder_03.pdf; Zugriff: 6.4.2019) oder auch Artus u.a. 2017.

dass die hohe Teilzeitquote in der Pflege als eine Reaktion auf die schwierigen Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu interpretieren ist. Im DGB-Index Gute Arbeit (2018), der sich explizit mit der Situation in der Alten- und Krankenpflege befasst, werden sowohl die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen seitens der Pflegekräfte deutlich als auch der positive gesellschaftliche Nutzen, den die Pfleger*innen für ihre Arbeit wahrnehmen. Ausgehend von diesen Situationsbeschreibungen, die auch für viele weitere Care-Berufe ähnlich gelten, haben sich eine Reihe von Forscher*innen insbesondere mit der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Kontextualisierung von Care befasst, um die Hintergründe für die Abwertung und Prekarisierung von Fürsorge erfassen zu können. So analysiert bspw. Diana Auth (2017) die Ausdifferenzierung unterschiedlicher nationaler Fürsorge-, genauer Pflegepolitiken und forderte deren geschlechtergerechte Veränderungen, um sowohl ein Recht auf Caring als auch auf Care angemessen umsetzen zu können. Fraser (2017) ordnet die Sorgekrise als Teil der Krise der Kapitalismus ein und sieht die Notwendigkeit der Veränderung nicht nur bei der wirtschaftlichen, sondern auch bei der Geschlechterordnung. Ähnlich formuliert Gabriele Winker (2015) ebenfalls die Dringlichkeit einer Care-Revolution hin zu einer solidarischen Gesellschaft, die Sorge für sich und andere ermöglicht. Inwieweit Pflegekräfte selbst Akteur*innen eines solchen Wandels, einer Care-Revolution sind bzw. sein können, steht im Zentrum der Studien, die sich mit den arbeitspolitischen Handlungsoptionen von Pflegenden befassen. Evans (2016) hält eine Stärkung der Arbeitsbeziehung in der Care-Arbeit für dringend geboten, um die Attraktivität der Care-Berufe zu erhöhen und damit dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Allerdings, dies zeigt Schroeder (2018), gibt es Bedingungen des Arbeitsfeldes, die eine wirkungsvolle Interessenvertretung erschweren, seien es die eher klein-betrieblichen Strukturen (in der Altenpflege) oder auch die Einstellungen der Beschäftigten zu kollektivem Handeln. Stattdessen, so Schmidt (2017), beschränken sich Pflegekräfte eher darauf, die unzureichenden Arbeitsbedingungen auf unterschiedliche Weise (individuell und im Team) zu kompensieren, so dass daraus eine Hürde für die kollektive Organisierung und Veränderung wird. Die Notwendigkeit der Verknüpfung von Geschlechter-, Care- und Migrationsregimen zeigt sich zumindest ansatzweise in vielen dieser Studien, wird aber besonders deutlich, wenn es um die Situation von migrantischen Pflegekräften geht, insbesondere wenn diese in Privathaushalten tätig sind. Lutz/Palenga-Möllenbeck (2010) haben nachdrücklich aufgezeigt, wie das Zusammenwirken dieser Regimes dazu führt, dass die Situation dieser Pflegekräfte kaum als gesellschaftliches und politisches Problem wahrgenommen wird und Schilliger/Schilling (2017) zeigen, dass

dies die Interessenvertretung der sog. 24h-Pflegekräfte ungleich komplizierter macht – aber auch, dass es, wie das Schweizer Beispiel zeigt, durchaus positive Ansatzpunkte gibt.

Diese Befunde nehmen wir als Ausgangspunkt der hier vorgestellten Analysen zu den Voraussetzungen, Akteuren und Handlungsebenen von Interessenvertretungen in der Care-Arbeit am Beispiel der Pflege. Obwohl *die Pflege* zwischen Politisierung und Marginalisierung schwankt und obwohl die Arbeitsbedingungen in der Pflege anhaltend prekär sind, melden sich die Pflegekräfte immer noch nur selten zu Wort und fordern in nur geringem Maße die Durchsetzung ihrer Interessen für bessere Arbeitsbedingungen ein. Dabei herrscht überwiegend Einigkeit darüber, was verändert werden müsste. Der Organisierungsgrad bei den Pflegekräften ist aber gering (und liegt z.B. bei ca. 10 % Gewerkschaftsmitgliedschaft) und sie sind für Protestaktionen nur schwer mobilisierbar.

Um die Hintergründe dafür erfassen zu können, führen wir einen Perspektivwechsel durch, indem wir die Sicht der Pflegenden aufnehmen. Diese Sicht integrieren wir in die wohlfahrtsstaatlichen und arbeitspolitischen Analysen der Voraussetzungen, Barrieren und Hürden der Wahrnehmung von Interessen: Wie nehmen die Pflegenden selbst ihre Arbeitsbedingungen wahr und wie kann es aus ihrer Sicht zu einer Kollektivierung dieser Wahrnehmung bzw. der damit verbundenen Interessen kommen – und warum ist diese Kollektivierung so schwierig? Hier gilt es gleichermaßen die Beweggründe der Pflegenden, wie auch die Angebote und Barrieren der verschiedenen Interessenvertretungen zu thematisieren. Damit liegen die hier behandelten Fragestellungen an einer Schnittstelle von Arbeits-, Geschlechter- und Careforschung.

Ziel des Bandes ist es, durch die Zusammenführung theoretischer und konzeptioneller Befunde sowie politischer und praktischer Handlungsperspektiven die Debatte zur Pflege und vor allem zu den dort vorfindlichen Arbeitsbedingungen in einen gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen, d.h. insbesondere den Blick auf ökonomische und Geschlechterverhältnisse, sowie Migrationsprozesse und deren Auswirkungen zu lenken. Wir gehen davon aus, dass sich die derzeitige Situation in der Pflege nicht allein durch eine Analyse des Pflegesektors erklären lässt, sondern dass hier der Wandel der Geschlechterverhältnisse, die Ökonomisierung des Sozialen bzw. der Pflege sowie die transnationale Arbeitsmigration wirksam werden. Deshalb betten wir die konkreten Analysen von Interessenvertretung in der Kranken- und Altenpflege (Teil 2) und die Arbeits- und Politikbedingungen in der migrantischen Pflege im Privathaushalt (Teil 3) in die wohlfahrtsstaatliche Analyse von Care und Care-Arbeit ein (Teil 1).

Abschließend präsentieren wir Ansätze für konkrete Handlungsoptionen in und durch Care-Arbeit (Teil 4).

Zu den Beiträgen

Im ersten Teil *Care-Arbeit und Geschlechterverhältnisse im Wohlfahrtsstaat* bearbeiten die Autorinnen einige grundlegende Fragestellungen zur wohlfahrtsstaatlichen Verankerung von Care im Kontext vergeschlechtlichter Arbeits- und Pflegeverhältnisse.

Alexandra Scheele geht in ihrem Beitrag von dem Befund aus, dass Care-Arbeit in den letzten Jahren im Fokus zahlreicher sozial- und familienpolitischer Reformen stand, wodurch Selbst- und Fürsorge(verhältnisse) mehr Anerkennung und mehr Gestaltungsmöglichkeiten erhielten. Da aber Care-Arbeit sich weiterhin der kapitalistischen Produktionslogik entzieht, unterliegen diese Tätigkeiten und die Arbeitsverhältnisse im Kontext anhaltend geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung weiterhin Abwertungsprozessen, was zu prekären Arbeitsbedingungen jenseits des sog. Normalarbeitsverhältnisses führt – geschlechtliche Ungleichheiten werden reproduziert. Positive Veränderungen könnten v.a. durch eine Vergesellschaftung von Care erzielt werden. Ob es aber eher zu einer Verschärfung der Unterordnung von Care unter die Bedingungen von Erwerbsarbeit kommt, hängt, so Scheele, auch von der Konfliktbereitschaft der verschiedenen politischen Akteure ab.

Auch *Annette Meussling-Sentpali* lenkt ihren Blick auf die Vergeschlechtlichung von Care, insbesondere von Pflege. Dabei macht sie darauf aufmerksam, dass Pflege nicht schon immer ein 'Frauenberuf' war. Vor allem durch die Biologisierung und die Ökonomisierung von Care hat eine Vergeschlechtlichung stattgefunden, die dann in der Verberuflichung von Fürsorge dazu geführt hat, dass Pflege fast ausschließlich durch Frauen erbracht wird. Dieses 'Erbe der Verberuflichung' führt auch heute dazu, dass in den Prozessen der Professionalisierung und Akademisierung immer noch ungleiche Geschlechterverhältnisse vorzufinden sind und die Berufsautonomie stark durch (Geschlechter)Hierarchien und Machtverhältnisse geprägt ist. Pflegearbeit und Pflegewissenschaft erfordern mithin weitere Emanzipationsprozesse in und durch Pflege, wobei das Spezifische von Fürsorge – und das scheint die große Herausforderung zu sein – erhalten bleiben muss.

Dass die Ökonomisierungsprozesse im Gesundheits- und Pflegesektor entscheidend für die Arbeitsbedingungen in der Pflege und für den sog. Pflegenotstand sind, stellt *Diana Auth* ins Zentrum ihrer Überlegungen. Pflege soll nicht nur effektiv und effizient, sondern auch möglichst billig sein. Entsprechend ist

die Pflegeversicherung in Deutschland konzipiert und entsprechend lassen sich auch die aktuellen Reformen im Pflegesektor analysieren. Die Folge davon sind die gesellschaftliche Anerkennung von und Verantwortung für Pflege, allerdings zu Lasten der Arbeitskräfte in der Pflege, insbesondere im Hinblick auf die Lohn- und Arbeitszeitentwicklung.

Die daraus resultierende Unzufriedenheit der Beschäftigten, so die Ausgangsüberlegungen von *Clarissa Rudolph* und *Katja Schmidt*, müssten nun eigentlich dazu führen, dass die Pflegekräfte auf die Barrikaden gehen und für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen eintreten. Die Gründe dafür, dass sich Unzufriedenheit nicht unmittelbar in arbeitspolitische Kämpfe in der Pflege übersetzen lässt, stand im Mittelpunkt des Forschungsprojekts „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern", dessen Ergebnisse die beiden Forscherinnen in ihrem Beitrag vorstellen. Das Politikfeld Pflege, die kollektiv-verbandlichen Handlungsmöglichkeiten und die individuelle Ebene der Pflegekräfte werden dabei in Beziehung gesetzt. Dabei diskutieren Rudolph und Schmidt sowohl die individuellen Bewältigungsmuster und Organisierungshürden der Beschäftigten als auch die spezifischen Bedingungen von Arbeitspolitik und Interessenvertretung im Politikfeld Pflege.

Insgesamt, so zeigt sich in diesem ersten Teil des Sammelbandes, greifen verschiedene gesellschaftliche Prozesse wie die wirtschaftliche Organisierung und Vergeschlechtlichung eng ineinander und prägen das Arbeits- und Politikfeld der Pflege. Hieran schließen die Beiträge des zweiten Teils *Arbeitspolitik und Interessenvertretungen* direkt an, die sich alle mit Formen und Erfahrungen von Interessenvertretungen in verschiedenen Feldern der Care- und Pflegearbeit befassen.

Die Interessenvertretung von Arbeitnehmer*innen schlechthin sind die Gewerkschaften, die in den korporativen Arbeitsbeziehungen die Gegenspieler zu den Verbänden der Arbeitgeber darstellen. Entstanden während der Ausdifferenzierung männlicher Industriearbeit sind Gewerkschaften heute nicht nur mit einem Wandel von Arbeit und Arbeitsverhältnissen, sondern auch von Geschlechterverhältnissen konfrontiert. *Judith Holland* untersucht, wie Gewerkschaften mit diesen Transformationsprozessen umgehen und wie sich gewerkschaftliche Geschlechterpolitik zu gewerkschaftlicher Klassenpolitik verhält. Anschließend an das Konzept des Geschlechterwissens von Angelika Wetterer kann Holland feststellen, dass es in den Gewerkschaften eine gewisse Konkurrenz zwischen Frauen- und Genderpolitik gibt; infolgedessen könnte die Aufnahme intersektionaler Perspektiven die Möglichkeit der Verknüpfung von frauenpolitischen, klassen- sowie migrationspolitischen Themen und Interessen sein.

Wie stellen sich nun Konzepte und Bedingungen der Interessenvertretung in der Pflege dar? *Wolfgang Schroeder* analysiert die Bedingungen, die die schwache Selbstorganisation einer Mehrheit der Beschäftigten in der Altenpflege prägen. Dabei geht er davon aus, dass eine bessere Selbstorganisation der Beschäftigten nicht nur konkret die Arbeitsbedingungen verbessern, sondern darüber hinaus die Qualität und Attraktivität der Berufsfeldes deutlich steigern könnte. Er beleuchtet dabei Handlungsspielräume und Hindernisse für verbesserte Bedingungen in der Altenpflege durch kollektives Handeln und Interessenvertretung und zeigt, dass sowohl auf Seiten der Beschäftigten als auch auf Seiten der Gewerkschaften Defizite bei den Erfahrungen, der Kommunikation und der Angebotsgestaltung ausgeglichen werden müssen.

Ähnlichen Fragen geht *Clarissa Rudolph* in ihrem Beitrag nach, in dem sie sich noch mal spezifischer mit den Bedingungen bei kirchlichen Pflegeeinrichtungen beschäftigt – schließlich sind die Kirchen die größten Anbieter von Pflege bei den gemeinnützigen Trägern. In diesen Einrichtungen gilt das kirchliche Arbeitsrecht, somit entfallen Organe der Interessenvertretungen wie z.B. Betriebsräte. Der sog. Dritte Weg setzt nicht nur auf konsensuale Wege des Interessenausgleichs, sondern verpflichtet die Beschäftigten als Teil einer Dienstgemeinschaft zu einer Orientierung an christlichen Werten der Fürsorge. Objektiv führt dies zu weniger Rechten bei der Interessenvertretung in den Betrieben, subjektiv werden diese Regelungen von den Beschäftigten durchaus ambivalent wahrgenommen. Insbesondere bei größeren Konflikten, so fasst Rudolph zusammen, wirken kirchlich-patriarchale Machtverhältnisse, die nicht nur das Ungleichgewicht zwischen Arbeitnehmer*innen und Arbeitgebern, sondern auch geschlechtsspezifische Ungleichheiten verfestigen.

Die Arbeitsbedingungen in öffentlichen Pflegeeinrichtung sind – jenseits von der Trägerschaft und vom Pflegesektor – unzureichend und nicht nur die Situation der Pflegekräfte, sondern auch die der zu Pflegenden ist stark verbesserungsbedürftig. Ist also private Pflege die bessere Pflege? Und wie stellen sich Arbeits- und Pflegebedingungen in Privathaushalten dar? In den Privathaushalten existiert oftmals ein Pflegemix aus Angehörigenpflege, Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, sowie zunehmend aus der Übertragung von Pflegearbeit auf migrantische Pflegekräfte, den sog. 24h-Pfleger*innen. Mit deren *Arbeitsbedingungen unter den aktuellen Migrations- und Geschlechterregimen* befasst sich der dritte Teil des Sammelbandes. Sowohl *Aranka Benazha* und *Helma Lutz* als auch Hildegard Theobald bedienen sich intersektionaler Ansätze zur Analyse dieses komplizierten Arbeitsbereichs. Benazha und Lutz fokussieren dabei auf eine bisher wenig beachtete Akteursgruppe, nämlich die

Vermittlungsagenturen. Diese Agenturen vermitteln nicht nur zwischen den Bedarfen der Haushalte und den Pflegekräften aus Osteuropa beim Zustandekommen eines Pflegeverhältnisses, sondern dienen oftmals auch als Arbeitgeber in diesem internationalen Kontext. Dabei werden die Arbeits- und Lebensbedingungen der migrantischen Pflegekräfte oft unsichtbar: die Agenturen sind rechtlich die Arbeitgeber und die Haushalte können die Arbeitsbedingungen familiarisieren – eine hilfreiche Legitimation für eine unbegrenzte Arbeitszeit und einen sehr geringen Lohn.

Auch *Hildegard Theobald* fragt nach den Hintergründen der Arbeitsbedingungen der professionellen Pflegekräfte in Privathaushalten und fokussiert in einer international vergleichende Analyse die sich verändernden zentralen Politikfelder im Bereich der Altenpflege: Pflege-, Professionalisierungs- und Migrationspolitiken erweisen sich hier als notwendige Analyseperspektiven, um die Ungleichheitslagen der Pflegekräfte intersektional identifizieren und analysieren zu können. Dabei werden auch Muster von Stratifikationen innerhalb der Gruppe der migrantischen Pflegekräfte entlang der Herkunftsländer und der (nicht) vorhandenen Qualifikationen sichtbar. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass diese Ungleichheiten in Deutschland auch von den politischen Rahmenbedingungen für Pflege beeinflusst werden.

Die Arbeitsbedingungen der sog. 24h-Pflegekräften fallen v.a. aufgrund des Ortes ihrer Tätigkeiten aus der klassischen Interessenvertretung weitgehend heraus. Es gibt aber erste Ansätze dazu, diese Marginalisierung zu verändern. *Christine Bomert* richtet deshalb ihren Blick in ihrem Beitrag auf die Ansätze und Herausforderungen der unterstützten Organisierung von Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege. Auf Grundlage ihrer qualitativen Studie fokussiert sie dabei die Rolle der freien Träger und Gewerkschaften anhand konkreter Unterstützungsangebote für die Initiierung von Begegnungskontexten osteuropäischer Care-Arbeiterinnen. Dabei zeigt sich, dass Organisierung in diesem Kontext v.a. informelle Selbst-Organisierung bedeutet und dass die wenigen darüber hinausgehenden (zivilgesellschaftlichen) Ansätze einer besseren Vernetzung bedürfen, um längerfristig und systematischer wirken zu können.

Eva Kocher schließlich fasst die rechtlichen Rahmenbedingungen der migrantischen Pflege in Privathaushalten zusammen. So wurde in Deutschland zwar das ILO-Abkommen zur menschenwürdigen Arbeit ratifiziert, allerdings haben die dafür benannten Ausnahmen unmittelbar Auswirkungen auf die Arbeitsverhältnisse privater Pflege. Die Ermöglichung formaler Beschäftigungsverhältnisse hat den Schutz der sog. 24h-Kräfte nicht verbessert, wie die Bezeichnung *24h-Kräfte* schon deutlich macht. So stellt die Regulierung der Arbeitszeit eines der größten

Probleme in diesem Arbeitsfeld dar. Kocher fordert deshalb weitere Regelungen, die insbesondere die Arbeitszeit, aber auch Fragen der Qualität der Arbeit und der Arbeitsbedingungen zum Inhalt haben und somit die Schutzpflicht des Staates für Arbeitnehmer*innen verwirklicht.

Im vierten Teil wenden sich die Autor*innen – ausgehend von den bis hierher vorgenommenen Analysen aus wohlfahrtsstaatlichen, migrationspolitischen, arbeits- und interessenpolitischen Perspektiven – jeweils *konkreten Handlungspraxen und -möglichkeiten in und durch Care-Arbeit* zu. *Nausikaa Schirilla* befasst sich mit den Bedarfen und Unterstützungsmöglichkeiten für mittel- und osteuropäische Betreuungskräfte in Privathaushalten zur Verbesserung ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen. Sie nimmt dabei vorhandene bereits institutionalisierte und selbstorganisierte Strukturen wie auch Perspektiven und Handlungsempfehlungen in den Blick. Neben der Verbesserung der rechtlichen Situation, wie sie auch Eva Kocher gefordert hat, konzentriert sich Schirilla v.a. auf sehr konkrete Unterstützungsangebote wie Informationen und Beratung für die migrantischen Pfleger*innen.

Auch *Gabriele Winker* und *Matthias Neumann* beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit konkreten politischen Handlungspraxen, insbesondere auf lokaler Ebene. Politisches Handeln, das menschliche Bedürfnisse ins Zentrum stellt, darf Sorgebeziehungen und die in ihnen angesprochenen Bedürfnisse nicht außer Acht lassen. Da Handlungsfähigkeit für die Autor*innen ein zentrales menschliches Bedürfnis darstellt, sollte bedürfnisorientierte Politik gleichermaßen auf Solidarität als gemeinsame Erweiterung der Handlungsfähigkeit, wie auf eine Demokratisierung des Sorgebereichs, die erst Teilhabe ermöglicht, ausgerichtet sein. Solidarisches Handeln wird hier als verbindende Care-Politik gedacht, in der Menschen in unterschiedlichen Sorgepositionen sich gemeinsam für einen gesellschaftlichen Rahmen einsetzen, der die Bedürfnisse aller berücksichtigt. Einen Versuch einer solchen verbindenden Care-Politik auf lokaler Ebene stellen Winker und Neumann anhand des Care-Rats in Freiburg dar.

Daran anschließend und abschließend beleuchtet *Katja Schmidt* aktuelle Formen und Praxen der Auseinandersetzung mit Pflegebedingungen seitens korporativer und zivilgesellschaftlicher Akteure. Zugrunde gelegt wird hierbei ein gesamtgesellschaftliches Anliegen um Sorgebedingungen, das gegenwärtig nicht nur über gewerkschaftliche Arbeitskämpfe, sondern auch über politische Kämpfe organisiert und sichtbar gemacht wird. Dies, so argumentiert Katja Schmidt auf Basis der Forschungsarbeit zu „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften", ermöglicht eine Perspektive auf Sorgearbeit, wie aus den unzureichenden wohlfahrtsstaatlichen Rahmen- und Arbeitsbedingungen und daraus

resultierenden Ohnmachtsgefühlen von Pflegekräften, eine zentrale gestalt- und veränderbare gesellschaftliche Machtressource werden kann.

Allen Beiträgen dieses Sammelbands ist gemeinsam, dass sie Care und Carearbeit als Grundlage gesellschaftlichen Zusammenlebens betrachten und deshalb die gesellschaftliche Verantwortung für dieses Lebens-, Arbeits- und Politikfeld stärken wollen. Um dies erreichen zu können, ist die Verknüpfung vieler unterschiedlicher Politik- und Handlungsoptionen notwendig. Nicht ganz unwichtig sollten bei der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen die Interessen der dort Beschäftigten sein – zu oft erleben wir aber die Fremdbestimmung in der Pflege. Welche Faktoren und gesellschaftlichen Verhältnisse dazu führen, dass die Pflege oft nicht laut ist oder nicht gehört wird, haben die Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Perspektiven und Disziplinen deutlich gemacht. In einem nächsten Schritt – oder in einem nächsten Forschungsprojekt – sollte dann noch stärker den Pflegebedürftigen Gehör verschafft werden.

Bedankt!

Der Sammelband stellt den Abschluss unseres Forschungsprozesses im Rahmen des Forschungsprojektes „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern“ dar, das wir an der OTH Regensburg an der Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften durchgeführt haben. Im Laufe der letzten vier Jahre haben wir so viel gelesen, gehört, diskutiert und formuliert, dass wir das Bedürfnis hatten, die vielen verschiedenen Stimmen in einem Buch zusammenzuführen. Allen Beteiligten an diesem Publikationsprojekt zum Ende des Forschungsprojektes sei gedankt, insbesondere den Autorinnen und Autoren des Bandes, die zügig und mit viel Geduld ihre Beiträge erstellt und unsere Überarbeitungsvorschläge verarbeitet haben.

Eine ganz besondere Unterstützung fanden wir in unseren studentischen Hilfskräften, die uns im Laufe des Projektes begleitet haben: Veronika Rösch, Annika Hrubesch, Wolfgang Keim und Felicia Franke haben Literatur recherchiert, Statistiken ausgewertet, Interviewpartner*innen gesucht, Transkriptionen überarbeitet, Auswertungen unterstützt. Zur Fertigstellung des Bandes hat uns dann schließlich noch Barbara Steidl ihre Kompetenzen akribischer Korrektur und Durchsicht von Literaturverzeichnissen zur Verfügung gestellt. Anke Raue hat die Transkriptionen der Interviews sorgfältig verfasst. Euch allen sei herzlich gedankt.

Ohne die Interviewpartner*innen aus der Pflege, die ja aus vielerlei Gründen immer ungenannt bleiben, hätten wir das Projekt nicht durchführen können.

Die Einblicke in die Pflegealltage unter deutschen Dächern gehen weit über das hinaus, was hier sichtbar wird. Auch die Expert*innen aus den verschiedenen Verbänden und Organisationen, mit denen wir sprechen durften, haben unser Wissen und unsere Perspektiven auf Pflegepolitik erweitert. Danke an alle für ihre Offenheit und Kooperationsbereitschaft.

Das Projekt war angesiedelt im bayerischen Forschungsverbund „ForGenderCare", der in zwölf Teilprojekten von 2015–2019 den Zusammenhang von Gender und Care theoretisch wie empirisch vor einem interdisziplinären Horizont untersuchte. Wir bedanken uns bei der Geschäftsführerin des Verbundes, Dr. Susanne Schmitt, für ihr engagierte Unterstützung, sowie den Sprecherinnen des Verbundes Prof. Dr. Barbara Thiessen und Prof. Dr. Paula-Irena Villa und den Kolleg*innen aus den anderen Teilprojekten für die spannende und konstruktive Zusammenarbeit im Verbund. Dem Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst gilt der Dank für die Finanzierung.

Literatur

Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.), 2017: Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg.

Auth, Diana, 2017: Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Münster.

Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret, 2016: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. IAT Forschung aktuell 4-2016. Gelsenkirchen.

Emunds, Bernhard/Schacher, Uwe, 2012: Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten. Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung, Heft 61 (http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2009-253-4-1.pdf, Zugriff 17. Februar 2014).

Evans, Michaela, 2016: Über den Schatten springen. Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit. Wiso-direkt, hg. von der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Evans, Michaela/Ludwig, Christine unter Mitarbeit von Jens Hermann, 2019: Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung. Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie" in der Altenpflege. Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 128. Düsseldorf.

Fraser, Nancy, 2017: Who cares? Die Ausbeutung der Sorgearbeit und ihre Krise. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. Teil 1: 4/2017, 105-113, Teil 2: 5/2017, 91-100.

Gerhard, Ute, 2010: Geschlechterverhältnisse im Wandel: Anforderungen unter globalem Anpassungsdruck am Beispiel fürsorglicher Praxis/Care. In: Becke, Guido (Hg.): Decent Work – arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden, 221-230.

Hipp, Lena/Kelle, Nadiya, 2015: Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich. Hg. von der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin.

Kümmerling, Angelika, 2016: Erschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby. Beschäftigte in der Altenpflege. In: Haipeter, Thomas/Latniak, Erich/Lehndorff, Steffen (Hg.): Arbeit und Arbeitsregulierung im Finanzmarktkapitalismus. Wiesbaden, 141-167.

Kurz-Scherf, Ingrid, 2013: Arbeitspolitik und Geschlecht. In: Arbeit, 22. Jg., H. 23, 167-186.

Lutz, Helma, 2009: Who Cares? Migrantinnen in der Pflegearbeit in deutschen Privathaushalten. In: Larsen, Christa/Joost, Angela/Heid, Sabine (Hg.): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München/Mering, 41-52.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa, 2010: Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, 143-161.

Schilliger, Sarah/Schilling, Katharina, 2017: Care-Arbeit politisieren: Herausforderungen der (Selbst-)Organisierung von migrantischen 24h-Betreuerinnen. In: In: Auth, Diana/Rudolph, Clarissa (Hg.): Care im (sozialinvestiven) Wohlfahrtsstaat. Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft (2), 101-116.

Schmidt, Katja, 2017: Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege. Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. In: Diana Auth/Clarissa Rudolph (Hg.): Care im (sozialinvestiven) Wohlfahrtsstaat. Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft (2), 89-101.

Schroeder, Wolfgang, 2018: Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation. Wiesbaden.

Winker, Gabriele, 2015: Care-Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld.

1. Care-Arbeit und Geschlechterverhältnisse im Wohlfahrtsstaat

Alexandra Scheele

Abwertung von Care-Arbeit durch Vergeschlechtlichung

Es ist Bewegung in ein Thema gekommen, das noch vor 20 Jahren als „Gedöns" abgetan wurde. Ausbau der Kindertagesbetreuung, Elternzeit, Brückenteilzeit, (Familien-)Pflegezeit, Reform der Pflegeberufe etc. – die Anzahl der politischen Maßnahmen der letzten Jahre sind beachtlich. Auf den ersten Blick entsteht der Eindruck, als habe in Deutschland ein politisches Umdenken stattgefunden. Care-Arbeit scheint nicht mehr nur als lästiges, gerne den Frauen überlassenes Feld wahrgenommen zu werden, sondern als notwendige Aufgabe, die Staat und Wirtschaft aktiv unterstützen müssen. Damit ist jedoch nur ein Teil der Geschichte erzählt, denn bei einer genaueren Betrachtung gleicht das Thema „Care" einem Vexierbild: Auf der einen Seite sehen wir zahlreiche sozial- und familienpolitische Reformen, mit denen Problemlagen im Bereich der Care-Arbeit adressiert werden sollen. Auf der anderen Seite verändert sich damit jedoch die zugrunde liegende Problematik nicht: Die Zentralität der Erwerbsarbeit ist ungebrochen und die Marktökonomie spaltet weiterhin den Bereich der Sorge ab.

In diesem Beitrag wird deshalb die These vertreten, dass die bisherigen Reformen zwar durchaus mit Verbesserungen für die praktische Vereinbarkeit von Erwerbs- und Sorgearbeit verbunden sind, dass sie aber zugleich dazu beitragen, das strukturelle Problem der Unvereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit und damit die Ursachen für die „Reproduktionskrise" (Jürgens 2010) zu verdecken. Die politischen Reformen und gesetzlichen Neuregelungen lassen sich damit als ein Schritt hin zu einem gesellschaftlichen Kulturwandel begreifen, sind aber nicht ausreichend, um eine geschlechtergerechte Arbeitsteilung herbeizuführen und Care-Arbeit in seiner umfassenden Bedeutung anzuerkennen. Es wird argumentiert, dass es vielmehr einer umfassenden gesellschaftlichen Transformation bedarf, die den Vorrang kapitalistischen Wirtschaftens in Frage stellt und Care zum Ausgangspunkt für politisches und wirtschaftliches Handeln macht.

Die Kritik an der geschlechtlichen Arbeitsteilung und an der Geringschätzung der Care-Arbeit ist alles andere als neu. Sie ist mit unterschiedlichen Akzentuierungen zentraler Gegenstand von Frauenbewegungen und Frauen- und Geschlechterforschung gewesen. Die entsprechenden Debatten wurden bis vor

einigen Jahren noch unter den Bezeichnungen „Hausarbeit", „Kindererziehung", „unbezahlte Arbeit" oder „Reproduktionsarbeit" geführt. Indem sie jedoch als „Frauenthema" markiert wurde, blieb sie vor dem Hintergrund der androzentrisch geprägten gesellschaftlichen Verhältnisse lange Zeit im öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskurs ein Randthema. Erst mit dem englischen Begriff „Care" – übersetzt als Sorge, Pflege und Umsicht – konnten zwei Engführungen überwunden werden: *Erstens* wurde deutlich, dass es nicht nur ein „Frauenthema" ist – auch wenn Frauen mehrheitlich die Verantwortung für Care-Arbeit übernehmen. *Zweitens* konnte der Gegenstand selbst inhaltlich erweitert werden, indem die Tätigkeiten aus den Begriffspaaren „Produktion – Reproduktion" „bezahlt – unbezahlt" oder „Berufsarbeit – Hausarbeit" herausgelöst wurden. Im Ergebnis können Selbst- und Fürsorge als elementare Bestandteile der modernen Gesellschaft betrachtet und auch Inhalt, Organisation und Wert von Care-Arbeit breiter in den Blick genommen werden. Zugleich gerät allerdings mit dem Begriff „Care" aus dem Blick, dass es sich dabei um die heimliche Voraussetzung der Erwerbsarbeit und des Produktionsprozesses handelt und somit um einen Bereich, der hochgradig vergeschlechtlicht ist. Insofern geht es in der Auseinandersetzung mit Care nicht nur darum, „die Kontingenz des Lebens zu bearbeiten, und zwar als individuelle wie gesellschaftliche Herausforderung" (Aulenbacher et al. 2014, 6), sondern diese zugleich in einer kritischen Perspektive in ihrer Bedeutung für die Geschlechterverhältnisse zu analysieren.

Der Beitrag ist folgendermaßen aufgebaut: Zunächst werde ich zeigen, wie Care-Arbeit im Zuge der Trennung von Produktion und Reproduktion vergeschlechtlicht und zu einem Nebenschauplatz kapitalistischer Produktionsverhältnisse wurde. Anschließend zeige ich, wie diese geschlechtliche Arbeitsteilung zur Norm und institutionell verfestigt wurde, sodass die derzeitigen sozial- und arbeitspolitischen Reformen voller Widersprüche sind und nur begrenzt dazu taugen, die derzeitige Reproduktionskrise zu lösen. Abschließend skizziere ich in einem Ausblick zwei mögliche Entwicklungspfade.

Abspaltung und Vergeschlechtlichung von Care-Arbeit

Den Ausgangspunkt für die Abwertung von Care-Arbeit bildet die Industrialisierung und Urbanisierung ab Ende des 18. Jahrhunderts in Europa und Nordamerika. In diesem Prozess wurde die bereits zuvor in einigen vorindustrialisierten-gewerblichen Bereichen vorzufindende kapitalistische Produktionsweise zum allgemeinen Prinzip des wirtschaftlichen Lebens. Zentrales Merkmal des Industriekapitalismus ist die massenhafte Verbreitung von Lohnarbeit auf ver-

traglicher Grundlage (vgl. Kocka 2017, 82). Arbeit wird nun gleichgesetzt mit marktvermittelter Arbeit, die von der Arbeit in den privaten Haushalten bzw. in der Familie getrennt wird. Der Bereich der Reproduktion, also jener Bereich der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Arbeitskraft, wird sukzessiv abgespalten und in die Privatsphäre verlagert. Diese Sphärentrennung wird weitgehend über die geschlechtliche Arbeitsteilung vollzogen.

Damit verbunden ist eine deutliche Hierarchisierung beider Sphären: Die Marktökonomie hat Vorrang vor anderen Formen ökonomischen Handelns und der Tätigkeit in den Haushalten; die Kapitalverwertung hat Vorrang vor den grundlegenden Anforderungen der Existenzsicherung. In den Worten Klingers (2014, 22): „Die westliche Moderne imaginiert eine Gesellschaft, in der niemand Fürsorge vollbringt und zugleich niemand der Fürsorge bedarf." Allerdings, und darin besteht ein innerer Widerspruch, bleibt die kapitalistische Wirtschaftsweise „auf andere Ressourcen und Leistungen angewiesen" (Aulenbacher 2015, 22), also auf die Natur und die immer wieder neu reproduzierte Arbeitskraft. Im Kapitalismus wird die Privatheit und damit der Bereich der „Lebenssorge" (Klinger 2013) den „Belangen der ihm eigenen Wirtschaftsweise" (Aulenbacher 2015, 21) allerdings nicht nur untergeordnet, sondern auch daraufhin zugerichtet (vgl. ebd.). Die Menschen werden dort physisch und psychisch zu den Arbeitskräften, die das kapitalistische System am Leben erhalten (Klinger 2013, 87).

Die Abwertung von Sorge und Fürsorge verläuft auf vielfältige Weise: Die überwiegend von Frauen geleistete Arbeit in privaten Haushalten wird zunächst nicht als „Arbeit" betrachtet, sondern gilt als Freizeit und als unproduktive Tätigkeit. Sie erzeugt zwar Arbeitskräfte, aber keinen Mehrwert und ihre Struktur ergibt sich aus den *Notwendigkeiten des Lebens*. Cornelia Klinger bringt mit dem Begriff der „Lebenssorge" die Bandbreite der Sorgetätigkeiten auf den Punkt und zeigt, dass Lebenssorge nicht nur unvermeidlich, sondern existenzielle Bedingung des Menschseins ist.

Anknüpfend an die „ontology of relationality" (Müller 2016, 40) hat Joan Tronto das Konzept einer feministisch-demokratischen Care-Ethik entwickelt, deren Zentrum die „fundamentale Angewiesenheit der Menschen aufeinander" (ebd., 41) bildet. Aufbauend auf die Arbeiten u.a. von Carol Gilligan geht es Tronto dabei um eine Präzisierung des Care-Konzeptes, die sie über eine Unterscheidung von vier Phasen von Care entwickelt. So ginge es zunächst darum, die Bedürfnisse von anderen überhaupt wahrzunehmen („care about"), wozu es die normative Dimension der *Aufmerksamkeit* benötige. Anschließend müsse diesen Bedürfnissen entsprechend die passende Form der Sorge gefunden werde, was *Verantwortlichkeit* erfordere. Das anschließende Versorgen erfordere *Kompetenz*,

das Empfangen von Sorge schließlich erfordere *Responsivität* auf beiden Seiten der Care-Beziehung. Es handelt sich damit bei Care-Arbeit um wechselseitige Angewiesenheit und um eine notwendige und komplexe Beziehungsarbeit (ebd., 52). Sie ist zudem als relational-leibliche Arbeit zu begreifen, die immer auch eine leiblich-affektive Anteilnahme beinhaltet (ebd.). Damit ist Care-Arbeit nur begrenzt zur Produktion von Mehrwert geeignet und deshalb auch für den kapitalistischen Produktionsprozess nur mittelbar von Interesse und Bedeutung. Vielmehr wird diese leibliche Abhängigkeit an Frauen, häufig auch rassistisch markierte Frauen, delegiert und verworfen (Müller 2018, 96).

Beides, die Zuschreibung der Sorgearbeit als weibliche Tätigkeit und ihre Abwertung, sind offensichtlich nicht voneinander zu trennen und verstärken sich wechselseitig – auch dann, wenn diese Tätigkeiten in einen Prozess der Kommodifizierung kommen und sowohl in den privaten Haushalten als auch in Pflege- und Betreuungseinrichtungen bezahlt geleistet werden.

Übernehmen Frauen Care-Arbeit als bezahlte Tätigkeit, ändert das nichts daran, dass diese Arbeit, die scheinbar ohne berufliche Qualifikation erfolgen kann, weiterhin gering bezahlt wird – da die dort geleisteten Dienste am Menschen weiterhin als Arbeit gesehen werden, die ja „eigentlich" jede und jeder selbst machen könnte. Es wird zudem aufgrund der hohen Zahl an Teilzeitbeschäftigten in diesem Bereich antizipiert, dass es sich bei den dort tätigen Pflegekräften oder Erzieherinnen um Frauen handelt, die diesen Beruf als „Zuverdienst" ausüben mit der Folge, dass die gezahlten Löhne und Gehälter weit unter denen in anderen Berufen bleiben. Die soziale und ökonomische Abwertung der noch immer überwiegend von Frauen geleisteten Care-Arbeit ist damit eine Ursache für die Unterordnung von Frauen. Deshalb lautet eine zentrale Frage, wie diese Arbeiten aufgewertet werden können (vgl. Mulvaney 2013, 27).

Zusammenfassend drückt sich die „Sorglosigkeit" (Aulenbacher 2015, 32) der kapitalistischen Ökonomie darin aus, dass von jenen Ressourcen und Leistungen der „Reproduktion der Arbeitskraft" abstrahiert wird, die nicht profitabel in Wert gesetzt werden können. Diese Abspaltung von allen Care-Tätigkeiten, die weit über den „privaten" Bereich hinausweisen, wird seit der Sphärentrennung der industrialisierten Moderne über die Geschlechtertrennung und die geschlechtliche Arbeitsteilung realisiert. Durch die entsprechende ideologische Überformung, gemäß der Frauen ihrem Wesen nach besser für Care-Tätigkeit und für Haushaltstätigkeiten geeignet sind, wurde diese geschlechtliche Arbeitsteilung gesellschaftliche Norm – und vielfach auch Normalität.

Normen und Normalität im Wandel

Im bundesdeutschen Sozialstaat zeigen sich diese Norm und Normalität[1] in Form des männlichen Familienernährers und im Normalarbeitsverhältnis als Basisinstitution des Arbeitsmarktes, das die Grundlage sozialer Rechte und Leistungsansprüche bildet (Lepperhoff/Scheele 2017, 89). Es handelt sich um eine unbefristete, sozialversicherungspflichtige, tariflich entlohnte Vollzeitbeschäftigung (Mückenberger 1985). Da das Normalarbeitsverhältnis nur von einer von Haus- und Familienarbeit weitestgehend befreiten Arbeitskraft realisierbar ist, setzt es implizit – besonders dort, wo Kinder oder ältere oder kranke Angehörige zum Haushalt gehören – die nicht- oder nur teilzeiterwerbstätige Hausfrau und Mutter voraus. Das Normalarbeitsverhältnis ist damit der institutionelle Ausdruck einer strukturellen Verknüpfung von Produktions- und Reproduktionssphäre auf der Basis der geschlechtlichen Arbeitsteilung.

Auch wenn die Beteiligung von Männern an Care-Arbeit, insbesondere in der Kinderbetreuung und der Pflege von Ehefrauen, in Deutschland etwas zugenommen hat, verwenden Frauen weiterhin deutlich mehr Zeit für unbezahlte Care-Arbeit als Männer. Der zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung führt auf der Basis der aktuellen Zeitbudgetstudie des Statistischen Bundesamtes aus, dass „erwachsene Frauen in Deutschland im Durchschnitt täglich 87 Minuten mehr Care-Arbeit verrichten als Männer, was einem Gender Care Gap von 52,4 % entspricht; Frauen wenden also gut anderthalbmal so viel Zeit für Care-Arbeit auf wie Männer“ (BMFSFJ 2017, 96). An dieser Verteilung hat sich innerhalb der letzten Dekade nur wenig verändert (Statistisches Bundesamt 2015, Statistisches Bundesamt 2003). Jedoch war zu erkennen, dass 2012/2013 Frauen und Männer mehr Zeit mit der Kinderbetreuung verbringen als 2001/2002, aber Frauen weniger Zeit für die direkten Haushaltstätigkeiten (waschen, putzen, kochen) aufwenden. Ob diese Arbeiten nun durch veränderte Ansprüche oder Convenience Food weggefallen sind oder als Dienstleistung an Dritte ausgelagert wurden, muss weiter untersucht werden. Die Zeitstudien zeigen des Weiteren deutlich, dass die Erwerbszeiten von Männern weiter zugenommen haben, während Frauen zwar häufiger erwerbstätig sind, aber durchschnittlich geringere Erwerbsarbeitszeiten haben als Männer. Dies trifft besonders für Mütter zu. Ein

1 Derzeit arbeiten ca. 60 % aller Erwerbstätigen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in Deutschland in einem Vollzeit-Normalarbeitsverhältnis (Statistisches Bundesamt 2018). Da das Statistische Bundesamt auch Teilzeitbeschäftigte mit über 20 Wochenstunden in seine Definition von Normalarbeitsverhältnis einbezieht, wurden diese wieder herausgerechnet.

Großteil der Frauen ist ab dem Moment der Familiengründung – wenn überhaupt – nur noch in Teilzeitbeschäftigung tätig oder übernimmt über einen Mini-Job die Rolle der Zuverdienerin. Diese prekäre Erwerbsintegration von Frauen – i.S. einer vom Normalarbeitsverhältnis abweichenden Erwerbsarbeit – ist Ausdruck eines Vereinbarkeitsdilemmas. Dabei handelt es sich um ein strukturelles Problem, das jedoch in der Regel individuell gelöst werden muss und häufig mit einer Überforderung derjenigen verbunden ist, die dieses Dilemma täglich in den Griff bekommen müssen. In einer aktuellen Studie gaben 17 % der vollzeitbeschäftigten Männer und 16 % der vollzeitbeschäftigten Frauen an, dass ihr Familienleben regelmäßig durch den Beruf beeinträchtigt werde (Bünning 2018).

Die auf der individuellen Ebene erlebten Konflikte und Widersprüche zwischen den Anforderungen und Wünschen, die sich aus den unterschiedlichen Logiken und Organisationsprinzipien von Erwerbsarbeit und Care-Arbeit ergeben, spiegeln sich dann auch in den sozialstaatlichen Regelungen und Normierungen wider:

So folgt die Modernisierung des Sozialstaates bislang widersprüchlichen Leitbildern: Einerseits hat der deutsche Sozialstaat seine Verantwortung für ehemals private Anliegen ausgeweitet, indem z.B. Kinderbetreuung nicht mehr als eine allein privat zu lösende Frage angesehen, sondern das Angebot öffentlicher Kindertagesbetreuung ausgebaut wird. Auch werden Zeiten für Care – im Bereich von Elternschaft und Pflege – anerkannt und erfahren einen finanziellen und zeitlichen Ausgleich. Zugleich werden diese Maßnahmen mit einer Aufwertung von und einer erhöhten Verpflichtung zur Erwerbsarbeit verknüpft: So sollen die gegenwärtigen sozial- und familienpolitischen Maßnahmen die Verschiebung von einem *male breadwinner model* (Ernährermodell) hin zu einem *adult worker model* fördern. Das *adult worker model* – also die Übernahme von Erwerbsarbeit durch alle erwerbsfähigen Erwachsenen eines Haushalts – steht allerdings teilweise in Konflikt mit einer „erstaunlich hohen Beharrungskraft der geschlechtlichen Arbeitsteilung […], insbesondere der bis heute anhaltenden, geringen Beteiligung von Männern an der Haus- und Carearbeit" (Funder 2014, 186). Zudem kann der damit verbundene Anspruch, die Eigenverantwortung zu fördern und die Abhängigkeit von staatlichen Leistungen zu reduzieren, nicht immer umgesetzt werden. Dies liegt u.a. daran, dass – trotz niedriger Erwerbslosigkeit – Stellenangebote und die Arbeitsplatznachfrage mitunter nicht zueinander passen. Darüber hinaus führt der gewachsene Niedriglohnsektor dazu, dass die verfügbaren Arbeitsplätze häufig kein ausreichendes Einkommen und damit auch keine ausreichende soziale Absicherung bieten.

Weitere Widersprüche zeigen sich an anderer Stelle: Das Ehegattensplitting belohnt die Nicht- bzw. nur geringfügige Erwerbstätigkeit von Ehepartner_innen

durch geringere Steuerzahlungen und unterstützt damit gewissermaßen eine Fortsetzung des (männlichen) Familienernährermodells. Gleichzeitig basiert die Neuregelung der Unterhaltspflicht nach Scheidungen aber auf dem *adult worker model*. Es verfolgt die Aktivierung von geschiedenen Ehepartner_innen, also die Aufnahme einer existenzsichernden Erwerbsarbeit, selbst wenn diese Kinder ab drei Jahren zu versorgen haben (vgl. Auth/Klenner/Leitner 2015, 44). Damit verfolgen familienpolitische Regulierungen unterschiedliche Familienmodelle, in denen eine gleichzeitige Erwerbstätigkeit der Partner_innen marginalisiert oder gefordert wird, mit der Folge einer sozialen Verunsicherung von Lebensformen.

Die geschlechtliche Arbeitsteilung führt damit nicht nur zu ungleichen Lebenschancen zwischen den Geschlechtern, sondern mit ihr ist zugleich eine In-Wert-Setzung und eine Abwertung des gesamten Bereichs der Sorge und Fürsorge verbunden. „Care" ist damit, wie Ute Gerhard (2014, 79) ausführt, „nicht nur ein deskriptiver Sammelbegriff für eine soziale Praxis der Arbeitsteilung [...], sondern zugleich ein analytisches Konzept zur Kritik gesellschaftlicher Verhältnisse".

Chancen für eine Aufwertung von Care?

Die Arbeitsteilung und die selbstverständliche Übernahme von Care-Arbeit durch Frauen werden allerdings seit einigen Jahren zunehmend in Frage gestellt, ohne dass ein alternatives Modell an diese Stelle getreten ist. Frauen sind aus „der Enge des Hauses" ausgebrochen und haben die verbesserten Möglichkeiten zum Bildungserwerb und zur Berufswahl genutzt. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist in Deutschland deutlich gestiegen, für viele Frauen ist Erwerbsarbeit eine ökonomische Notwendigkeit, für viele Frauen gehört die Ausübung eines Berufes zu einem selbstverständlichen Teil ihrer Identität. Die am Wissenschaftszentrum Berlin durchgeführten Studien (vgl. Allmendinger 2017) zeigen, dass die Mehrheit der befragten Frauen ein Modell wollen, in dem sie einen Beruf ausüben und Familie und Partnerschaft leben wollen – „ein Leben mit Kindern, aber ohne Erwerbstätigkeit können sich nur sehr wenige Frauen vorstellen" (Allmendinger 2017, 135).

Diese Entwicklung ist zum Teil Ergebnis von Emanzipationsbewegungen, sie ist aber auch zum Teil einem politischen Programm geschuldet, das den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel bewältigen, die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen verbessern und den Sozialstaat reformieren will. Zu diesem Zweck sollen die Qualifikationen aller erwerbsfähigen Personen besser genutzt werden und ihre Eigenverantwortung aktiviert werden. Angestrebt wird der bereits angesprochene Wandel vom fordistischen männlichen Familienernährer-

modell zum postfordistischen Doppelversorgermodell, bei dem die universelle Erwerbstätigkeit für Frauen und Männer zum Leitbild wird (vgl. Auth/Klenner/Leitner 2015, 42; BMFSF 2017; Auth/Rudolph 2017). Dieses Modell zielt zwar auf die gleichberechtigte Erwerbsteilhabe von Frauen, gibt aber keine Antwort auf die Frage, wie und von wem die Care-Arbeit übernommen werden kann. Vielmehr zeigt sich bereits jetzt, dass durch die rechtliche Gleichstellung der Geschlechter, die Emanzipation von Frauen und ihre verstärkte Teilhabe an marktvermittelter Erwerbsarbeit im Bereich von Care ein Vakuum, eine „Reproduktionslücke" (Funder 2014, 186) entstanden ist, die Kerstin Jürgens (2010) und Brigitte Aulenbacher (2013) als „Reproduktionskrise" bezeichnen. Auch mit vergleichbaren Diagnosen, dass wir es mit einer „Krise der sozialen Reproduktion" (Winker 2015) oder einer „verwahrlosten Fürsorge" (Becker-Schmidt 2011) zu tun haben, wird deutlich gemacht, dass hinter der alltäglichen Überforderung einzelner ein strukturelles Problem besteht. Die „Krise" besteht in der „Zuspitzung des Widerspruchs zwischen Profitmaximierung und Reproduktion der Arbeitskraft", durch den die „quantitative und qualitative Verfügbarkeit der Arbeitskräfte so beeinträchtigt [wird], dass dies perspektivisch eine deutliche Verschlechterung der Bedingungen der Kapitalverwertung nach sich zieht" (Winker 2018, 108). Dies äußert sich im Fachkräftemangel, in der Zunahme psychischer Erkrankungen, einer sinkenden Arbeitsmotivation und zugleich steigenden Kosten für die Reproduktion der Arbeitskräfte z.B. im Gesundheitsbereich (Winker 2015). Es überrascht von daher nicht, dass die Aufwertung der unbezahlten und der bezahlten Care-Arbeit seit einigen Jahren auch auf der politischen Agenda steht und als wichtiger gleichstellungspolitischer Ansatz gesehen wird.

Ausblick

Wie die derzeitige „Reproduktionskrise" gelöst werden kann, ist von daher offen. In einer optimistischen Variante findet ein politisches und ökonomisches Umdenken statt: Nicht mehr wird die Logik einer möglichst günstigen und effizienten Produktion auf alle anderen gesellschaftlichen Bereiche inklusive der Sorge- und Pflegetätigkeiten ausgeweitet, sondern im Zentrum steht die Bedürftigkeit des Menschen, die Angewiesenheit auf Sorge und Pflege.

In diesem Sinne hat das Sachverständigengutachten für den zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung unter dem Titel „Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten" (BMFSFJ 2017) die Themen Pflege und Kinderbetreuung ins Zentrum gestellt. Für den Bereich der Pflege wird problematisiert, dass in Deutschland die informelle Pflege in der Familie Vorrang hat vor der

Pflege in Einrichtungen, was jedoch mit zusätzlichen zeitlichen Belastungen der Pflegenden – in der Mehrheit Frauen – verbunden ist und zu den bereits angesprochenen Momenten der Überforderung führen kann. Die Bundesregierung plant deshalb über die Errichtung von Pflegestützpunkten und die Förderung von Projekten und Initiativen zur Ermöglichung von neuen Pflegeformen (z.B. in Wohngemeinschaften) eine verbesserte Unterstützung der informellen Pflege. Darüber hinaus soll aber auch über die Pflegestärkegesetze und die Reform der Pflegeberufe die Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und Beruf verbessert und die Pflegeberufe selbst durch die berufliche Qualifikation aufgewertet werden. Damit soll dem Fachkräftemangel im Arbeitsfeld Pflege begegnet werden. In Deutschland besteht seit langem ein Mangel an Pflegekräften[2], was in Anbetracht der häufig belastenden Arbeitsbedingungen und der vergleichsweise schlechten Bezahlung wenig überrascht.

Das Netzwerk „Care-Revolution" (Winker 2015) entwickelt seit einigen Jahren eine weitergehende Agenda, die Leitbild für die Entwicklung weiterer politischer Reformen sein soll. Es handelt sich um ein Bündnis, das durch Aktionstage und Konferenzen auf die Krise der sozialen Reproduktion hinweist. Zur Überwindung dieser Krise fordert das Netzwerk den Ausbau und die Verbesserung der sozialen Infrastruktur und der Löhne sowie ein Grundeinkommen, das die Existenz der Menschen sichern kann, eine Reduzierung der Arbeitszeiten und mehr Zeit für Qualifizierung. Das Ziel sei eine Vergesellschaftung des Care-Bereichs, eine Demokratisierung aller Lebensbereiche und mehr Solidarität (vgl. Winker 2015).

In einer ähnlichen Form hat Nancy Fraser (1996) vor vielen Jahren die Vision eines Modells der „universellen Betreuungsarbeit" entworfen. Mit diesem Modell sollte das Anliegen verfolgt werden, die Bürgerrechte für Erwachsene, „Erwerbsarbeit, Betreuungsarbeit, Aktivitäten für die Gemeinschaft, Mitwirkung am politischen Leben und Engagement in der Zivilgesellschaft miteinander [zu] verbinden – und noch Zeit für vergnügliche Dinge ermöglichen" (Fraser 1996, 493). Mit diesem Modell wäre auch die Gleichheit der Geschlechter realisierbar, da durch eine generelle Verkürzung der Wochenarbeitszeiten, die mit diesem Modell verbunden ist, die derzeitige Geschlechterungleichheit hinsichtlich der Verteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit überwunden werden könnte. Wenn die gegenwärtig als „Teilzeitarbeit" bezeichneten kürzeren Wochenarbeitszeiten die Basis für ein neues „Normalarbeitsverhältnis" bilden würden,

2 In Deutschland wurde die Zahl der fehlenden Pflegekräfte im Jahresdurchschnitt 2017 auf 35.000 geschätzt, davon 23.000 Personen in der Altenpflege und 12.000 in der Krankenpflege (Deutscher Bundestag 2018).

dann könnten darüber bestehende Benachteiligungen von Frauen im Bereich der beruflichen Entwicklung und Karriereplanung ebenso abgebaut werden wie auch die Nachteile im Rentensystem oder in der Arbeitslosenversicherung.

In einer eher pessimistischen Variante verschärft sich die Nach- und Unterordnung von Care-Arbeit, von Für- und Selbstsorge weiter. Die Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen, die stetigen Leistungserwartungen oder das Leitbild einer Rund-um-die-Uhr-Gesellschaft ignorieren die Sorge für sich, für andere und das gesellschaftliche Zusammenleben.

Derzeit kann man den Eindruck gewinnen, dass auch die Entwicklungen von digitalen Technologien im Pflege- und Sorgebereich dazu tendieren, diesen Bereich noch weiter abzuspalten. Geht es zunächst darum, Kosten beim Einsatz menschlicher Arbeitskraft einzusparen, so kann jedoch im zweiten Schritt gefragt werden, inwieweit der Bereich der Lebenssorge – um noch einmal den Begriff von Cornelia Klinger aufzurufen – noch weiter auf die kapitalistische Wirtschaftsweise zugerichtet wird. Die Baby-Überwachungsapp für den sicheren Schlaf inklusive mechanischer Schaukelvorrichtung, der Pflegeroboter oder auch die vorprogrammierte Mikrowelle scheinen auf den ersten Blick eine Erleichterung im immer stärker durchgetakteten Alltag zu sein und eine Entlastung in der Sorge für Andere. Auf den zweiten Blick jedoch scheinen sie gleichsam einer kapitalistischen Logik nach einer besseren Verfügbarkeit der Ware Arbeitskraft zu gehorchen. Um mehr Freiheit und Flexibilität zu ermöglichen, werden die Notwendigkeiten des Lebens, die immer auch mit Unfreiheit und Kontinuität verbunden sind, ausgelagert und automatisiert. Es handelt sich auch hier wieder nicht um ein individuelles Versagen oder eine individuelle Bequemlichkeit, sondern um die weitreichenden Folgen einer kapitalistischen Durchdringung aller Lebensbereiche.

Tatsächlich lässt sich die weitere Entwicklung derzeit nicht vorhersagen. Der Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen, die flexiblen Elternzeitmodelle, die verschiedenen politischen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von privat geleisteter Care-Arbeit und Erwerbsarbeit, wie z.B. die Brückenteilzeit oder die Pflegezeit oder auch die derzeitigen Diskussionen über die Abschaffung von Hartz IV und die Einführung einer Mindestsicherung bieten Anknüpfungspunkte, sich der Totalität der Erwerbslogik zu entziehen und anderen Lebensbereichen und Bedürfnissen mehr Raum einzuräumen. Selbst in der Privatwirtschaft und im Öffentlichen Dienst findet ein Umdenken statt. Dieses ist in erster Linie dem angesprochenen Fachkräftemangel zu verdanken.

Der Tarifabschluss der IG Metall für die Beschäftigten der Metall- und Elektroindustrie im Jahr 2018 und der Tarifabschluss für den Öffentlichen Dienst im

Jahr 2019 können in diese Richtung interpretiert werden. Während der Tarifvertrag für die Metall- und Elektroindustrie den Beschäftigten eine zeitweise (bis zu 24 Monaten) Reduzierung ihrer Arbeitszeit eröffnet sowie die Option, statt eines tariflichen Zusatzgeldes acht freie Arbeitstage zur Kinderziehung, Pflege von Angehörigen oder auch zur eigenen Erholung (bei Schichtarbeit) zu wählen, zielt der Tarifvertrag im Öffentlichen Dienst auf eine bessere finanzielle Anerkennung einzelner Berufsgruppen. Im Ergebnis profitieren alle Beschäftigten von deutlichen Lohnsteigerungen, die Gehälter von Pflegekräften werden jedoch zusätzlich erhöht und auch die Arbeit von Erzieherinnen_innen, Lehrer_innen, Polizei und Rettungskräften[3] wird besser bezahlt. Vielleicht ist es also am Ende die pure Notwendigkeit, Arbeitskräfte zu gewinnen, die die Versorgung und Pflege von Menschen erbringen, die einen neuen Möglichkeits- und Handlungsraum für arbeitspolitische Akteure schafft. Und zwar in dem Sinne, dass seitens der Beschäftigten die nötige Konfliktbereitschaft und Streikfähigkeit vorhanden ist, um für eine Aufwertung ihrer Tätigkeiten zu kämpfen – und diese zugleich seitens der Öffentlichkeit breit unterstützt werden, auch wenn dadurch die gewünschten Dienstleistungen im Bereich von Kinderbetreuung oder Pflege für einige Tage nicht erbracht werden.

In diesem Kontext könnte dann auch die notwendige Auseinandersetzung darüber stattfinden, was überhaupt als Arbeit anerkannt wird – und was nicht. Und darüber, wie die notwendige Care-Arbeit bewertet und bezahlt wird. Und schließlich ließe sich vielleicht doch langsam dem Ziel näherkommen, eine alternative, geschlechterpolitisch konturierte arbeitspolitische Agenda zu entwickeln, die von einem Arbeitsbegriff ausgeht, in den der Bereich der größtenteils privat und unbezahlt geleisteten Sorgetätigkeiten systematisch integriert ist oder sogar zum Ausgangspunkt genommen wird.

Literatur

Allmendinger, Jutta, 2017: Geschlechtergerechtigkeit: Zur Teilhabe von Frauen und Männern in Deutschland. In: Diehl, Elke (Hg.): Teilhabe für Alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation. Bonn, 130-157.

3 Nach mehreren Warnstreiks haben sich die Arbeitgeber und Gewerkschaften in der Nacht vom zweiten auf den dritten März 2019 darauf geeinigt, dass die Löhne der Angestellten der Länder über einen Zeitraum von 33 Monaten durch insgesamt drei stufenweise Erhöhungen bis zum 1. Januar 2021 um insgesamt acht Prozent steigen sollen, darüber hinaus erhalten Pflegekräfte ein Plus von 120 Euro monatlich und Auszubildende zum 1. Januar 2019 und 2020 jeweils 50 Euro mehr (ver.di 2019).

Aulenbacher, Brigitte, 2015: Kapitalismus als Herrschaftszusammenhang und die Unterordnung des Lebens. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Völker, Susanne (Hg.): Feministische Kapitalismuskritik. Münster, 13-53.

–, 2013: Reproduktionskrise, Geschlechterverhältnis und Herrschaftswandel. Von der Frage nach den Krisenherden über die Gesellschaftskritik zum Problem der Allianzen. In: Nickel, Hildegard M./Heilmann, Andreas (Hg.): Krise, Kritik, Allianzen. Arbeits- und geschlechtersoziologische Perspektiven. Weinheim, Basel, 14-29.

Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard, 2014: Sorge und Sorgearbeit – Neuvermessungen eines traditionsreichen Forschungsfelds. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Einleitung. Soziale Welt Sonderband 20, 5-20.

Auth, Diana/Klenner, Christina/Leitner, Sigrid, 2015: Neue Sorgekonflikte: Die Zumutungen des Adult Worker Model. In: Völker, Susanne/Amacker, Michèle (Hg.): Prekarisierungen. Arbeit, Sorge und Politik. Weinheim, Basel, 42-58.

Becker-Schmidt, Regina, 2011: „Verwahrloste Fürsorge" – ein Krisenherd gesellschaftlicher Reproduktion. Zivilisationskritische Anmerkungen zur ökonomischen, sozialstaatlichen und sozialkulturellen Vernachlässigung von Praxen im Feld „care work". In: Gender. 3. Jg. H. 3, 9-23.

BMFSFJ, 2017: Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Berlin.

–, 2011: Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Berlin.

Bünning, Mareike, 2018: Konflikte bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Bundeszentrale für politische Bildung, Datenreport. (http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/arbeitsmarkt-und-verdienste/278162/konflikte-bei-der-vereinbarkeit-von-familie-und-beruf; Zugriff: 13.03.2019)

Deutscher Bundestag, 2018: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/1550. Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege.

Fraser, Nancy, 1996: Die Gleichheit der Geschlechter und das Wohlfahrtssystem: Ein postindustrielles Gedankenexperiment. In: Nagl-Docekal, Herta/Pauer-Studer, Herlinde (Hg.): Politische Theorie. Differenz und Lebensqualität. Frankfurt am Main, 469-498.

Gerhard, Ute, 2014: Care als sozialpolitische Herausforderung moderner Gesellschaften – Das Konzept fürsorglicher Praxis in der europäischen Geschlechterforschung. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Soziale Welt Sonderband 20, 67-88.

Jürgens, Kerstin, 2010: Deutschland in der Reproduktionskrise. In: Leviathan. 38 Jg. H. 4, 559-587.

Klinger, Cornelia, 2014: Selbst- und Lebenssorge als Gegenstand sozialphilosophischer Reflexionen auf die Moderne. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald,

Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Soziale Welt, Sonderband 20, 21-39.

–, 2013: Krise war immer…Lebenssorge und geschlechtliche Arbeitsteilung in sozialphilosophischer und kapitalismuskritischer Perspektive. In: Appelt, Erna/Aulenbacher, Brigitte/Wetterer, Angelika (Hg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster, 82-104.

–, 2000: Die Ordnung der Geschlechter und die Ambivalenz der Moderne. In: Becker, Sybille/Kleinschmidt, Gesine/Nord, Ilona/Schneider-Ludorff, Gury (Hg.): Das Geschlecht der Zukunft. Zwischen Frauenemanzipation und Geschlechtervielfalt. Stuttgart, 29-63.

Kocka, Jürgen, 2017: Die Geschichte des Kapitalismus (3. Auflage). München.

Lepperhoff, Julia/Scheele, Alexandra, 2017: Geschlechterverhältnisse – Machtverhältnisse: Ein- und Ausschlüsse durch Arbeits- und Sozialpolitik. In: Femina Politica. 26. Jg. H.1, 88-102.

Mückenberger, Ulrich, 1985: Die Krise des Normalarbeitsverhältnisses. Hat das Arbeitsrecht noch Zukunft? In: Zeitschrift für Sozialreform. 31 (7-8), 415-475.

Müller, Beatrice, 2018: Die sorgenfreie Gesellschaft. Wert-Abjektion als strukturelle Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus. In: Scheele, Alexandra/Wöhl, Stefanie (Hg.): Feminismus und Marxismus. Weinheim und Basel, 84-101.

–, 2016: Wert-Abjektion. Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus – am Beispiel der ambulanten Pflege. Münster.

Mulvaney, Kelly, 2013: For what it's worth: an examination of the persistent devaluation of „women's work" in capitalism and considerations for feminist politics. In: GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 5(2), 27-44.

Statistisches Bundesamt, 2018: Anteil der Normalarbeitsverhältnisse blieb 2017 stabil. Pressemitteilung Nr. 318 vom 27.08.2018.

Ver.di 2019 (https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++112a0460-3d38-11e9-92ba-525400b665de; Zugriff: 05.03.2019).

Wanger, Susanne, 2015: Traditionelle Erwerbs- und Arbeitszeitmuster sind nach wie vor verbreitet. IAB Kurzbericht 4 (http://doku.iab.de/kurzber/2015/kb0415.pdf; Zugriff: 09.03.2016).

Winker, Gabriele, 2018: Das Ganze der Arbeit revolutionieren! In: Scheele, Alexandra/Wöhl, Stefanie (Hg.): Feminismus und Marxismus. Weinheim/Basel, 102-114.

–, 2015: Care-Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld.

Annette Meussling-Sentpali

Professionalisierung und Geschlechterverhältnisse in der Pflege

Wenn in Politik und Medien über Pflege gesprochen wird, sind zumeist Pflegeversicherung und Altenpflege gemeint. Sollen Pflegende[1] in Weiterbildungen Assoziationen zu Pflege nennen, fallen Begriffe wie „anstrengend", „kommunikativ", „schlechtes Image", „empathisch" und „unterbezahlt". Wenn Pflegestudierende definieren, was Pflege ist, entwickeln sie euphemistische Beschreibungen mit Worten wie „ganzheitlich", „aktivierend", „umfassend", „ressourcenorientiert", „bedürfnisgerecht", „gesundheitsfördernd" oder „in allen Lebenslagen". Werden bei Google Bilder zu Pflege gesucht, erscheinen Fotos von Händen, von Herzen und vom Bundesgesundheitsminister. Gibt man „Krankenschwester" ein, bekommt man als Textmeldung „In aller Freundschaft" – den Titel einer Krankenhausserie des öffentlich-rechtlichen Fernsehens, Bilder von fröhlichen jungen Frauen und Männern mit Stethoskop, die eher wie Ärztinnen und Ärzte wirken, es lassen sich historische Fotos von Diakonissen finden und Angebote für mehr oder weniger freizügige Krankenschwesternkostüme. Mit dem Pflege-Begriff ist eine Vielzahl an Implikationen verbunden und selbst aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Perspektive scheint es nicht einfach zu sein, Pflege zu charakterisieren und Pflegetätigkeiten eindeutig zu definieren.

In der Schwierigkeit der Begrifflichkeiten zeichnen sich – wie ich im Folgenden zeigen werde – die Ambivalenzen der „Profession Pflege" ab, wie sie sich durch die Vergeschlechtlichung sowohl der Tätigkeiten als auch des Berufes entwickelt haben. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ist die Auseinandersetzung mit dem Pflegebegriff und den ihm zugrundeliegenden Geschlechterverhältnissen aber wichtig, weil dadurch die anhaltenden Schwierigkeiten für eine Professionalisierung des Berufs erklärbar werden. Entsprechend werde ich in diesem Beitrag in drei Schritten vorgehen: zunächst diskutiere ich verschiedene Aspekte des Begriffs „Pflege". Im zweiten Schritt zeichne ich dann Verberuflichung und

1 Mit „Pflegenden" sind beruflich pflegende Personen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege gemeint.

Vergeschlechtlichung von Pflege im Kontext eines widersprüchlichen Professionalisierungsprozesses nach, der – dies zeige ich im dritten Teil – bis in die Gegenwart anhält und dazu beiträgt, dass noch heute Professionalität und Wissenschaftlichkeit von Pflege und Pflegewissenschaft in Frage gestellt werden.

Pflege – was ist das eigentlich?

Zur Auseinandersetzung mit dem Begriff der professionellen Pflege greife ich zunächst auf einige pflegetheoretische Grundlagen zurück. Mit der Verwendung des Adjektivs „professionell" bediene ich mich der üblichen Formulierung, mit der berufliche Pflegetätigkeit durch entsprechend ausgebildete Personen von Angehörigenpflege oder Laienpflege abgegrenzt wird. „Professionell" sagt in diesem Kontext weder etwas über die Pflegequalität, noch über den Status der Berufsgruppe als Profession oder Semiprofession aus.

Die in der Pflegeausbildung gelehrten Pflegedefinitionen wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in den USA formuliert und stehen im Kontext der sehr unterschiedlich akzentuierten Pflegetheorien (Moers und Schaeffer 2014, 38). In ihren Theorien versuchten die Pflegewissenschaftlerinnen vor allem eine Neubestimmung des Pflegeverständnisses und des Aufgabenzuschnitts vorzunehmen und bedienten sich in ihren Überlegungen der Theoreme anderer Disziplinen, da die Pflegewissenschaft in dieser Zeit kaum eine eigene Wissenschaftsentwicklung vorweisen konnte. Diese Begriffsbestimmungen sind daher von der Absicht gekennzeichnet, die Pflege(-wissenschaft) von der Medizin und anderen Disziplinen, denen sie unterworfen war, loszulösen, das originär Pflegerische zu beschreiben, die Emanzipation der Pflege zu forcieren und einen Wandel der Pflegepraxis herbeizuführen – also normativ zu wirken (ebd. 49).

Zur Gegenstandsbestimmung ziehe ich beispielhaft die von Spichiger et al. entwickelte, aktuellere und zusammenfassende Definition heran:

> „Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse, sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen" (Spichiger et al. 2006, 51).[2]

2 Weitere Definitionen finden sich z.B. im ICN-Ethikkodex für Pflegende oder bei Brandenburg und Dorschner 2008.

Die bisherigen Überlegungen beziehen sich auf Definitionsprobleme, die aus den theoretischen Ansätzen resultieren. Allerdings ist auch in der pflegerischen Praxis nicht klar, was Pflege ist, und was demzufolge das pflegerische Aufgabenspektrum umfasst. Ist die Vorbereitung der Tablettendispenser Aufgabe der Pflegekräfte? Ist die Assistenz bei Operationen, Narkosen und Endoskopien eine pflegerische Tätigkeit? Warum ist an Wochentagen das sog. „Wasch-Anzieh-Training" zur Wiedererlangung der Fähigkeiten in Körperpflege und Kleiden eine ergotherapeutische Leistung, die abrechenbar ist und am Wochenende ist es (bestenfalls aktivierende) Pflege? Entspricht das Mitschreiben bei ärztlichen Visiten der Pflegedefinition und kann das „Ausarbeiten" danach, d.h. die Bearbeitung der ärztlichen Anordnungen wie Anmeldung von Laboruntersuchungen oder anderer Diagnostik, Medikamentenänderungen, usw. nicht auch eine Medizinisch-technische Assistentin oder die Stationsassistenz übernehmen? Soll für soziale Angebote bei Menschen mit Demenz im Pflegeheim die Alltagsbegleitung verantwortlich sein oder gehören sie in die Pflegeplanung und werden durch die Gerontopsychiatrische Pflegefachkraft durchgeführt? Diese Fragen sind nicht einfach zu beantworten, da eine intuitive Bejahung oder Verneinung über die Komplexität hinwegtäuscht.

Bei der Frage nach den originär pflegerischen Aufgaben drängt sich der Verdacht auf, dass die Berufsgruppe den Kern ihres Arbeitsgebietes nicht selber für sich geklärt hat, sondern dass andere Disziplinen entweder als „Leitdisziplin" fungieren, wie es bei der Medizin der Fall ist, oder dass die Pflegenden ohne theoretische oder fachliche Begründung die Lücken in der Versorgung einfach füllen. Davon sind vor allem die Aufgaben betroffen, die andere Berufsgruppen nicht für sich reklamieren oder für die es keinen Vorbehalt gibt.

Ein weiterer Aspekt im Pflegeverständnis und im Verhältnis der Pflege zu anderen Berufsgruppen wird in ihrer Positionierung am Ende der Versorgungskette deutlich. In unserem durch eine Hochleistungsmedizin gekennzeichneten Gesundheitssystem, das auf Kuration ausgerichtet ist, steht die Pflege in der Reihenfolge „Gesundheitsförderung – Prävention – Kuration – Rehabilitation – Pflege" an letzter Stelle (Brieskorn-Zinke 2008, 167). Eine damit verbundene Implikation ist die Annahme, dass Pflege in den anderen Bereichen nicht inbegriffen ist und hauptsächlich dort stattfindet, wo durch Spezialistinnen und Spezialisten nichts mehr getan werden kann – in der Langzeitpflege und am Ende des Lebens.

Mit dem Verständnis von Pflege geht auch die Bewertung von Pflege einher. Einen wesentlichen Beitrag zur aktuellen Bewertung leistete die Einführung der Pflegeversicherung mit der Übernahme der Begriffe Grundpflege und Be-

handlungspflege. Diese Unterteilung pflegerischer Tätigkeiten wird verwendet, um pflegerische Leistungen dem entsprechenden Sozialgesetzbuch und damit den jeweiligen Kostenträgern (Krankenversicherung oder Pflegeversicherung) zuzuordnen. Die Begriffe gehen ursprünglich auf eine englische Arbeitsstudie zurück, in der „Basic Nursing" und „Technical Nursing" mit Grund- und Behandlungspflege falsch ins Deutsche übersetzt wurden (Friesacher 2008, S. 193). Dieses Begriffspaar wurde dann von Eichhorn in seinem Standardwerk „Krankenhausbetriebslehre" (1967) übernommen und die Grundpflege als „schlichte, leicht erlernbare und weitgehend auf körperliche Bedürfnisse eingegrenzte Tätigkeit" (Eichhorn 1967 in: ebd.) bezeichnet, die durch Ungelernte und Berufsanfänger übernommen werden kann. Dies beinhaltet z.B. Unterstützung bei der Körperpflege, Hilfe bei der Mobilität, beim Essen und Trinken, bei Teilhabe und Kommunikation, u.v.m. Behandlungspflege hingegen umfasst die 'qualifiziertere' medizinisch-therapeutische Assistenz wie Injektionen, Verbände und das Verabreichen von Medikamenten, die nur examinierte Pflegekräfte übernehmen (Friesacher 2008, 193). Die durch diese Dichotomie entstandene 'Zerlegung' und Hierarchisierung pflegerischer Arbeit hatte trotz ihrer völlig fehlenden fachlichen und pflegewissenschaftlichen Basis weitreichende Folgen und ist bis heute äußerst wirksam. Dieser Nomenklatur folgt die Pflegedokumentation, sie bestimmt Finanzierung und Abrechnung pflegerischer Leistungen, dient zur Aufgabenzuweisung an Fach- und Hilfskräfte und steuert in der ambulanten Pflege die Tourenplanung. In der unreflektierten Verwendung dieser Kategorien zeigt sich ein reduktionistisches und mechanistisches Menschenbild und es werden gleichzeitig implizit vergeschlechtlichte Botschaften transportiert, die das Selbstverständnis von Pflegekräften beeinflussen. Die Behandlungspflege ist medizinischer, also „arztnaher" und wird damit als höherwertig angesehen. Gleichzeitig ist sie Ausdruck einer Unterordnung der Pflege unter die ärztliche Profession. Die Grundpflege hingegen vermittelt den Eindruck einer Hausfrauentätigkeit, die jede/r ausführen kann und für die keine Ausbildung benötigt wird. Abgesehen davon, dass die Behandlungspflege trivial, regelorientiert und einfach zu erlernen ist (Böhme 2015, 90) und die Grundpflege Fallverstehen, eine geschulte Wahrnehmung, Erfahrung, situative und kommunikative Kompetenzen und eine ethische Reflexionsfähigkeit erfordert (Friesacher 2015), geht diese Einteilung mit einer geschlechtsspezifischen Abwertung und einer 'Hausfrauisierung' professioneller Arbeit einher[3]. Es fehlt diesen Kategorisierungsversuchen jede

3 Entsprechungen finden sich im Krankenhausbereich in der Pflegepersonalregelung, die zwischen „Allgemeiner" und „Spezieller" Pflege unterscheidet oder im Begriffs-

pflegewissenschaftliche Begründung und die Geringschätzung von Beziehungs- und Zuwendungsarbeit als das originär Pflegerische wird manifestiert.

Aus der Schwierigkeit, das Arbeitsgebiet professionell Pflegender abzugrenzen und zu beschreiben, resultiert ein weiteres, auch anderen Sorge-Tätigkeiten innewohnendes Problem: welche Inhalte werden als 'berufseigen' definiert und wie grenzt sich die berufliche Fürsorge gegenüber der Angehörigenfürsorge ab? Gelingt es, bzw. ist es gewollt, dem Beruf einen exklusiven Tätigkeitszuschnitt zu geben und damit gesellschaftliche Legitimation (und Anerkennung) zu erlangen oder werden Tätigkeiten und die dazu erforderlichen Kompetenzen denen der nicht beruflich geleisteten Angehörigentätigkeit gleichgesetzt und werden Professionelle damit von außen und in der Selbstwahrnehmung nur als 'verberuflichte Laien' wahrgenommen? Hinweise auf die Entstehung dieser vielfältigen Problemlagen lassen sich in der Pflegegeschichte und insbesondere im Wandlungsprozess von gemeinschaftlicher und familiärer Sorgearbeit zum Pflegeberuf finden.

Pflege – vom Liebesdienst zum (Frauen)-Beruf

Es wird davon ausgegangen, dass sich in den verschiedenen Epochen und Kulturen vorwiegend Frauen um Gebärende, Neugeborene, Sterbende, Kranke und Verstorbene 'gekümmert' haben. Laut Heller geht die Zuständigkeit von Frauen für den Anfang und das Ende des Lebens u.A. auf eine „Lebens- und Todeskompetenz" zurück, die aus biologisch bestimmten existenziellen Erfahrungen, soziokulturellen Rollenzuweisungen und einer daraus folgenden und damit verbundenen Selbstartikulation gebildet wird, und die sich im Kompetenzerwerb durch Annehmen, Ausfüllen und Weitergeben dieser Rollen ausdrückt (Heller 2015, 40). Dadurch werden Frauen einerseits als für „care"-Aufgaben besonders kompetent hervorgehoben, gleichzeitig führt es aber durch asymmetrische Geschlechterverhältnisse in patriarchal geprägten Gesellschaften zu Abwertung und geringer gesellschaftlicher Wertschätzung, auf die im Weiteren noch eingegangen wird.

Abwertung geschieht beispielsweise dadurch, dass der biologische Vorgang des 'Lebengebens' genauso wie die Nähe zum Sterben tabuisiert und alles, was damit in Verbindung steht, als unrein angesehen wird. Dazu gehören die Versorgung des Leichnams, die Menstruation und die Zeit nach der Geburt, also Zeiten oder

---

paar „Care und Cure", was. z.B. von Hoberg et al. zur Differenzierung pflegerischer Tätigkeiten vorgeschlagen wird (Hoberg et al. 2013).

Zyklen, in denen der weibliche Körper unverfügbar für den Mann ist und die Funktionen nur auf die Frau selbst und das Kind, bzw. diese Einheit von beiden bezogen sind (ebd.). Diese Muster finden wir auch in unserer Zeit: Indem mit dem medizinischen Fortschritt natürliche Übergänge menschlichen Lebens als etwas „unnormales", krankes angesehen werden und Aufwertung durch technische Innovationen erhalten, setzt sich diese kulturhistorisch tradierte Sichtweise und Bewertung fort – Schwangerschaft wird zur Krankheit, Entbindung zu einem medizinisch-ärztlichen Eingriff, Sterben ist zu institutionalisieren und zu professionalisieren und Erziehung zu verstaatlichen. Dies könnte auch als männlich-medizinischer Machtanspruch über Leben und Tod bezeichnet und mit dem, was Foucault „Biomacht" nennt, in Verbindung gebracht werden (Graefe 2012).

In der Geschichte der Pflege gab es allerdings auch Zeiträume, in der die Pflege von Kranken (auch) eine Aufgabe von Männern war. Wenn davon ausgegangen wird, dass nicht nur Frauen über Pflegekompetenz verfügen, stellt sich die Frage, wie es dazu kam, dass Pflegeberufe bis heute überwiegend von Frauen ausgeübt werden und welche Konsequenzen für das Berufsbild und die Professionalisierung damit einhergehen.

Im frühen Christentum wurde Fürsorge als Angelegenheit aller Gemeindemitglieder angesehen und man sorgte sich umeinander – womit sich die christlichen Gemeinden innerhalb der Gesellschaft deutlich abhoben. Sorgearbeit, insbesondere Pflege, wurde sowohl von Frauen als auch von Männern erbracht (Bischoff 1994, 18). Mit dem Wachsen des Christentums und der Etablierung von Strukturen wurden Fürsorgetätigkeiten auf das Diakonat übertragen, was als früheste systematische Armen- und Krankenfürsorge bezeichnet wird und sich nicht nur auf körperliche Unterstützung, sondern auch auf seelsorgerliche Aufgaben erstreckte. So gehörten zu den karitativen Pflichten der Diakone und Diakoninnen neben dem Waschen Kranker und Gelähmter, der Salbung und der Totensorge auch die Unterstützung bei der Liturgie, z.B. bei der Eucharistie und bei Taufen (Dorschner und Meussling-Sentpali 2007, 63).

Adelaide Nutting (1910) bezeichnet in ihrem Buch der Pflegegeschichte die Diakoninnen nicht nur Männern allgemein, sondern auch den Geistlichen gegenüber als gleichgestellt. Es kann als neuer, revolutionärer Gedanke des Christentums gesehen werden, dass in der Religionsausübung dieser Urgemeinden der (männliche) Ritus der (weiblichen) Diakonie/Nächstenliebe gleichgestellt wird.[4] Unklar bleibt, ob Frauen und Männer auch die gleichen Sorgetätigkeiten

4 Die Diakonie wird bis heute als Ausdruck und Wesensmerkmal der christlichen Kirchen gesehen, gleichberechtigt neben der Liturgie, was sich z.B. im Leitbild des

ausführten. So ist beschrieben, dass sich vor allem alleinstehende Frauen um Kranke kümmerten und die Mitwirkung von Frauen bei der Taufe an Bedeutung verlor, als nicht mehr der ganze (weibliche) Körper gesalbt wurde (ebd.).

Institutionalisierung von Pflege im Kontext von Ökonomie und Medizin

Ab dem 5. Jh. übernahmen Klöster Fürsorgeaufgaben, wobei nicht zwischen medizinischer Versorgung, Pflege, Sozialfürsorge und Seelsorge unterschieden wurde, sondern Kräuterkunde, antike und arabische Medizin, Wundversorgung, Pflege, Hilfe durch Lebensmittel, Kleidung und Sorge ums Seelenheil miteinander verbunden waren. Das wichtigste medizinische Lehrbuch des Mittelalters stammt von der Kloster-Frau Hildegard von Bingen (*1099) und besonders Ordensfrauen genossen wegen ihrer Kenntnisse ein hohes Ansehen. Ab dem 12. Jh. entstanden Hospitäler mit Pflegeorden, deren Mitglieder Ordensangehörige, Arme, Alte, Witwen, Waisen, Findelkinder, Wanderer und sogar Kriminelle versorgten (Bischoff 1994, 21). Nach der Reformation 1517 entstand in protestantischen Regionen zusätzlich das sog. *Lohnwartsystem*, in dem bezahlte Pflege durch Männer und Frauen erbracht wurde, die meist aus den ärmeren und ungebildeten Schichten kamen. *Krankenwärter*[5] hatten keine oder eine sehr kurze 'Ausbildung' und es wurde von ihnen nur gefordert, dass sie zumindest „die Fähigkeit besitzen müssen, Geschriebenes lesen zu können" (Schweikardt 2008, 53). In den Krankenanstalten (außer Haus) waren nur ärmere Frauen tätig, für bürgerliche Frauen kam eine Tätigkeit im Lohnwartsystem nicht in Frage, da in diesem Milieu die Krankenversorgung hauptsächlich im Privaten vollzogen wurde. Mit dem geringen Bildungsniveau und der ungenügenden Entlohnung der Krankenwärter gingen eine schlechte Pflegequalität, ein niedriges Ansehen und ein Pflegekräftemangel einher (ebd.).

Das 17. und 18. Jh. wird als Zeit beschrieben, in der Frauen aus der öffentlichen Pflege und Fürsorge in die Privatsphäre abgedrängt wurden. Dazu hat vermutlich auch die Hexenverfolgung[6] beigetragen, in der die Deutungshoheit über Krankheit oder Hexenwerk bei den Ärzten (und Geistlichen) lag, und das,

---

Diakonischen Werkes oder in der Enzyklika „Deus Caritas est" wiederfindet. Fraglich ist, in wie weit diese Grundannahmen patriarchale Strukturen in der Kirche wirklich beeinflussen.

5 Als 'Krankenwärter' wurden sowohl Männer wie auch Frauen bezeichnet (z.B. im Krankenwärtereid von Franz May von 1784)

6 Z.B. fand in Franken der letzte Hexenprozess erst 1749 statt.

was sie nicht heilen konnten, gleichsam vom Teufel sein musste. In der Konsequenz manifestierte sich die (männliche) ärztliche Macht und Ärzte verdrängten heilkundige Frauen, so z.B. die Hebammen aus der Geburtshilfe, was Ärzten die vollständige (männliche) Kontrolle über den weiblichen Körper erlaubte (Bischoff 1994, 42f).

Verberuflichung von Pflege

Im 19. Jh. kam es zu gravierenden Veränderungen, die zu einer Neuorganisation von Pflege und Fürsorge führten. Mit der rasanten Entwicklung der beginnenden Industrialisierung, der Notwendigkeit, die Arbeitsfähigkeit der 'labouring poor' wiederherzustellen und einem neuen Ausmaß von sozialer Ungleichheit und Armut konnte das bestehende Gesundheits- und Sozialwesen nicht Schritt halten und es kommt zur Geburtsstunde der „neuzeitlichen" Krankenpflege mit der Folge der Verberuflichung (Stollberg 2010, 74). Als Reaktion auf die Notsituation gründeten sich katholische Frauenkongregationen, die ihre Aufgabe in der Bildung von Mädchen und Frauen, in der Armenfürsorge und der Krankenpflege sahen[7]. Das Armenhaus, Siechenhaus, Hospiz wurde zur arztzentrierten Krankenanstalt – mit Ausbildungsaufgaben für Ärzte, Forschung (z.B. in der Charité), neuen Machtverhältnissen und fehlenden Arbeitskräften.

1836 gründeten Theodor und Friederike Fliedner die evangelische Diakonissenanstalt in Kaiserswerth (heute Düsseldorf) nach dem Mutterhausprinzip der Barmherzigen Schwestern und es entstand die erste Ausbildungsstätte für Krankenschwestern.

Inzwischen herrschte mit der Entstehung der spezifisch bürgerlichen Produktionsverhältnisse immer mehr die Überzeugung, dass die Sorgetätigkeit eine Domäne der Frau sei, da sie eine naturgegebene Veranlagung dafür habe. Auch die protestantischen Mutterhausgründungen waren ausschließlich für Frauen vorgesehen, wobei die Intention Fliedners war, einerseits die Not zu lindern, die in der Gesellschaft nicht mehr aufgefangen werden konnte und andererseits nicht verheiratete Frauen, z.B. Mägde zu integrieren, denen damit Bildung, Aufgaben, eine soziale Absicherung und eine Statusverbesserung gegeben wurde (Sticker 1963, 155f). Sie kamen mit Eintritt in das Mutterhaus im direkten Wortsinn „unter die Haube" und erfuhren trotz ihres ledig Seins eine deutliche

7 Hierzu gehören z.B. die heute noch bekannten Franziskanerinnen von Dillingen, Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul in München oder die Borromäerinnen von Trier.

Aufwertung. Gleichzeitig stieg allerdings die Abhängigkeit von der Medizin und die Krankenpflegerin wurde zur persönlichen Gehilfin des Arztes. Durch die Weiterentwicklung der bis dahin rein männlich vertretenen Medizin wurden für die alltägliche Versorgung der Kranken, die Ausführung der Anordnungen und die Arztassistenz „zuverlässige, disziplinierte und ausgebildete" Helferinnen benötigt, die sich in diesen Frauen fanden (Bischoff 1994, 99).

1897 gab es bereits 80 Mutterhäuser mit 14.000 Diakonissen, es war eine Pflegeausbildung vorhanden, die zu einem respektierten Beruf führte und die Krankenpflege erreichte ein neues Qualitätsniveau. Auch jenseits des Mutterhausprinzips entstanden Organisationsformen und nicht-konfessionsgebundene Berufsorganisationen, so z.B. 1903 die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen", gegründet durch Agnes Karll. Die weibliche Krankenpflege nahm zahlenmäßig massiv zu und überflügelte die männliche bei weitem. Es gab sogar Bestrebungen, Männer ganz aus dem Bereich zu verdrängen – Pflege war zum Beruf und zum Frauenberuf geworden. Stollberg bezeichnet deshalb das 19. Jahrhundert als das der „Feminisierung" des Berufs (Stollberg 2010, 77). Bischoff hingegen argumentiert, dass dies nur für die bürgerliche Frau der Neuzeit gilt und Zielgruppe nicht Proletarierinnen, sondern die 'höheren Töchter' waren. Ärmere Frauen hatten nämlich schon immer auch außerhalb ihrer Familie gearbeitet (Bischoff 1994, 78). Bürgerliche Frauen, für die eine Berufstätigkeit bis dahin nicht denkbar war, für eine Tätigkeit mit schlechtem Ansehen zu gewinnen, war nur möglich durch die ideologische Überhöhung der Pflege als „Liebesdienst, der dem Wesen der Frau entspricht und in dem sie sich verwirklichen kann". Nur durch die „Nutzbarmachung der bürgerlichen Frauenrolle" (ebd. 80) und die Rekrutierung und Ausbildung von Frauen mit niedriger Bildung und geringen Perspektiven (Sticker 1963, 156) konnte der Bedarf an Pflegerinnen gedeckt werden.

Zusammenfassend lässt sich aufgrund dieses historischen Exkurses sagen, dass die Pflege weder als typisch weiblich, noch als typisch männlich bezeichnet werden kann, nie nur einem Geschlecht vorbehalten war und sowohl Frauen wie Männer nie ganz aus diesem Bereich verdrängt wurden. Allerdings steigt im 19. Jh. die Anzahl der Frauen sprunghaft an und der Frauenberuf Krankenschwester ist erfunden.

Dies geschieht aufgrund spezifischer gesellschaftlicher Entwicklungen wie Industrialisierung, Entwicklung der bürgerlichen patriarchalen Familie, Verelendung ganzer Bevölkerungsschichten, Entstehung von Krankenhäusern einer neuen Generation wie z.B. der Charité und einem Mangel an Pflegenden, der auch dadurch entstand, dass zunehmend mehr Frauen in Fabriken arbeiteten.

Dieses Muster wird sich wiederholen, denn die Vernachlässigung von Gesundheits- und Sozialwesen durch den Staat, das Fehlen von finanziellen Ressourcen, ein steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen und ein Mangel an verfügbaren care-givers führen später zur Entwicklung der Altenpflege als Frauenberuf, der trotz des Mangels an Arbeitskräften durch im Vergleich schlechtere Arbeitsbedingungen, eine geringe Wertschätzung und niedrige Löhne gekennzeichnet ist. Die Lösungsansätze sind gleichgeblieben: inhumane Strukturen und Defizite werden durch Frauenarbeit ausgeglichen, bzw. mit dem Mantel von Liebestätigkeit bedeckt, die nach wie vor den Merkmalen und Prinzipien der bürgerlichen Gesellschaft im 19. und 20. Jh. entspricht – un(ter)bezahlt und unbezahlbar.

Als Reaktion auf die demografische Entwicklung, einen zunehmenden Pflegebedarf, die übermäßige Belastung der Sozialkassen, Pflegebedürftigkeit als Armutsrisiko und eine abnehmende Pflegebereitschaft wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt (Klie 2005). Ziel war es u.A. das familiäre Pflegepotenzial zu stärken, die häusliche Pflege zu unterstützen und den Heimeinzug zu verhindern. In der Folge wurden mehrheitlich Frauen, nämlich Töchter, Schwiegertöchter und Ehefrauen zu Pflegepersonen, für die der Pflegebedürftige Pflegegeld erhalten konnte. Diese Leistung entsprach einem Bruchteil der Kosten für professionelle Pflegedienste oder stationäre Langzeitpflege und machte so die Angehörigen zum größten und billigsten Pflegedienst der Nation. Zusätzlich sollte die Pflegeinfrastruktur gestärkt werden, es entstanden Pflegedienste und Heime, Personal wurde benötigt und die Altenpflegeausbildung konzipiert. Naheliegend wäre gewesen, den Bedarf in der Altenpflege, wie bisher üblich, mit Pflegepersonen aus der Krankenpflege zu decken. Diese waren allerdings nicht verfügbar und in Verbindung mit der Einführung der Pflegeversicherung wäre es zu einer enormen Kostensteigerung gekommen. Der Bedarf wurde deshalb aus 'Wiedereinsteigerinnen', 'Umschülerinnen' und 'Dazuverdienerinnen' gedeckt, die sonst keine oder eher geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt hatten. Es wurde angenommen, dass diese Personen bereits ein hohes alltagspraktisches Wissen mitbringen und damit auch den beruflichen Anforderungen gerecht werden. D.h. es wurde davon ausgegangen, dass Frauen durch ihre Sozialisation im familiären Kontext für die Altenpflege gut geeignet, günstig auszubilden und für den Arbeitsmarkt wegen mangelnder Alternativen leicht verfügbar sind (Klement 2006, 37).

Ein Berufsbild, das auf Liebestätigkeit, sowie auf die Rekrutierung von Frauen mit gesellschaftlich eingeschränkten Möglichkeiten gegründet ist und das den aktuellen Herausforderungen der Berufspraxis und den damit verbundenen hohen Anforderungen an die Qualifikation weder in der Altenpflege noch in der Krankenpflege entspricht, ist demzufolge als Erbe der Verberuflichung von

Pflege anzusehen. Abschließend wird aufgezeigt, dass diese Auswirkungen nicht nur im Berufsbild, sondern auch im Professionalisierungsprozess und in den Debatten um die generalistische Ausbildung und die Akademisierung der Pflege zu finden sind.

Professionalisierung, Akademisierung und Geschlecht

Die Professionalisierung der Pflege und die Frage, ob oder in wie weit der Pflege*beruf* als Profession bezeichnet werden kann, wird innerhalb der Pflegewissenschaft seit über zwanzig Jahren diskutiert (z.B. Weidner 1999). Üblicherweise wird die Pflege in diesem Kontext als Semi-Profession bezeichnet. Weidner führt die gängigen Kennzeichen, durch die Professionalität beschrieben werden kann, zusammen und nennt vier Kriterien: Wissenschaftlichkeit, Zentralwertbezogenheit, Autonomie und Handlungsorientierung (ebd.). Im Folgenden soll ausschließlich auf die beiden Aspekte Wissenschaftlichkeit und Autonomie eingegangen werden.

Während in den Vereinigten Staaten bereits 1907 die erste Pflegeprofessorin berufen wurde, stieß die Akademisierung der Pflege hier auf erhebliche Widerstände (Stollberg 2010, 77) und es kann in Deutschland erst seit den 1990er Jahren Pflege studiert werden[8]. Die Studienangebote sind inzwischen vielfältig und die Anzahl der Studiengänge hat sich enorm erhöht. Geblieben ist die vornehmliche Ansiedlung an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften und die Besonderheit, dass allein mit dem akademischen Abschluss keine Berufserlaubnis erlangt werden kann, sondern das pflegerische Examen abgelegt werden muss. Von Vertreterinnen und Vertretern aus der Berufspraxis wurde am Pflegemanagement- und Pflegepädagogikstudium kritisiert, dass „vom Bett weg studiert" würde und mit dem Studium eine Nische gefunden sei, um dem als belastend wahrgenommenen Pflegealltag zu entkommen. Seit mit 'Pflege dual' Studiengänge eingerichtet wurden, in denen gleichzeitig mit der Berufsausbildung ein Bachelorabschluss erworben wird, und die sich explizit auf die pflegeklinische Expertise beziehen, wird befürchtet, dass eine akademische Bildung für die Pflege zu theorielastig sei, keine Handlungskompetenzen vermittle und am Pflegeberuf Interessierte abschrecke. So konstatieren die Arbeitgeberverbände, dass bereits die Anforderungen in der Berufsausbildung zur dreijährig ausgebildeten Pflegekraft „völlig überzogen" seien (AOK 2018) und vermitteln das Bild eines Berufes, der

8 Eine Ausnahme bilden die Studiengänge „Diplomkrankenschwester" und „Medizinpädagogik" in der DDR.

den Weiblichkeitsideologien des 19. Jh. entspricht und für den „Herzenswärme" statt des international üblichen Bachelorabschlusses nötig sei.

Trotzdem: die Zahl der explizit pflegewissenschaftlichen Studiengänge hat zugenommen, eine erste pflegewissenschaftliche[9] Fakultät wurde an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar gegründet und mittlerweile sind Promotionsmöglichkeiten vorhanden. Bereits 2012 empfahl der Wissenschaftsrat, 10 bis 20 % der Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis sollten einen Bachelorabschluss haben. Simon schätzte den Anteil an akademisch ausgebildeten Pflegepersonen im Jahr 2014 allerdings auf nur 0,5 % (Simon 2016), was sich inzwischen nur geringfügig verändert haben dürfte. Eine Karriere in der Pflege, die (über Weiterbildung oder Studium) zu erweiterten Aufgaben und einer höheren Entlohnung führt, war bisher vorrangig über den Weg ins Management möglich. Allerdings entspricht die Geschlechterverteilung im Pflegemanagement nicht der Pflegepraxis, wenn z.B. ca. 15 % aller Pflegefachkräfte in der Altenpflege männlich sind, der Männeranteil in Leitungsfunktionen in der Untersuchung von Borutta und Giesler aber bei 60 % liegt (Borutta und Giesler 2006, 80). Aus der jüngsten Pflegestatistik geht hervor, dass sich bisher der Anteil männlicher Altenpflegekräfte weiterhin zwischen 13 % und 16 % bewegt. Bei den Pflegepersonen mit Studium sind zwischen 27 % und 30 % männlich, eine Aussage zur Geschlechterverteilung in der Führungsebene lässt sich anhand dieser Daten nicht treffen (Statistisches Bundesamt 2017).

Zwar leistet die Akademisierung einen wichtigen Beitrag auf dem Weg der Professionalisierung der Pflege und unterstützt die wissenschaftliche Fundierung pflegerischen Handelns, um allerdings das Kriterium der Wissenschaftlichkeit zu erfüllen und um diese zu sichern, wird eine stärkere (wissenschaftliche) Schwerpunktsetzung auf die Pflegepraxis, die Erweiterung des Studienangebotes und weiterhin eine intensive und umfangreiche Forschungsarbeit benötigt.

Als weiteres Merkmal einer Profession soll das Kriterium 'Autonomie' in den Blick genommen werden. Unter Autonomie kann das Vorhandenseins eines Berufskodex mit von allen Berufsmitgliedern einzuhaltenden berufsspezifischen Verhaltensregeln, die Existenz eines gesetzlich geschützten beruflichen Handlungsraumes, die Existenz einer berufseigenen Interessenvertretung, sowie die (inhaltlich) eigenverantwortliche Fortbildung der Berufsangehörigen verstanden werden (Dorschner und Meussling-Sentpali 2007, 27). Diese Kriterien können für die Berufsgruppe nur z.T. als erfüllt angesehen werden.

---

9 Bisher waren die Studiengänge an den Hochschulen überwiegend bei den Sozialwissenschaften und an den Universitäten bei der Medizin angesiedelt.

Wie bereits dargestellt, fällt es den Berufsangehörigen schwer, ihre originären Aufgaben (autonom) zu definieren, was Überschneidungen im Aufgabenspektrum mit anderen Berufsgruppen und Abgrenzungsprobleme zu Folge hat. Die Berufsgruppe überlässt die Definitionsmacht über den Kern des Pflegerischen und das dafür nötige Wissen und Können berufsfremden Akteuren und ordnet sich anderen Disziplinen, insbesondere Ärztinnen und Ärzten, sowie scheinbaren Notwendigkeiten wie dem ökonomischen Diktat und der 'Verrechtlichung' unter. Bestimmend für die Arbeitsabläufe in der Pflege sind nicht in erster Linie die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, sondern die Notwendigkeit, anderen Berufsgruppen, vornehmlich der Medizin 'zuzuarbeiten'.

Diejenigen Bereiche der Pflege, die am stärksten durch die Medizin geprägt, und häufig männlich dominiert werden[10], einen hohen Technikeinsatz verlangen oder Managementaufgaben betreffen, genießen sowohl in der Gesellschaft, wie auch innerhalb der Berufsgruppe das höchste Ansehen. Dazu zählen z.B. Anästhesie und Intensivstationen, Funktionsbereiche oder die Unfallchirurgie, wohingegen Bereiche wie Geriatrie, Langzeitpflege oder ambulante Pflege ein weniger gutes Image haben.

Professionalisierung und eine berufliche wie wissenschaftliche Autonomie konnte bisher und kann auch zukünftig nicht durch die Orientierung an anderen Disziplinen oder die Übernahme scheinbar „höherwertiger" Tätigkeiten anderer Berufsgruppen erreicht werden. Hanna Mayer führt aus, dass auch in der Pflegewissenschaft die Orientierung an den naturwissenschaftlichen und funktionalistischen Denkmustern, denen die Medizin folgt (und damit einen hohen Wert hat), nicht zur Emanzipation führen kann, da „man danach trachtet, genauso zu sein, wie der, von dem man sich emanzipieren will und (...) dadurch neuerlich in dessen Abhängigkeit gerät. (...) man überlässt die Definitionsmacht über den Gegenstandsbereich und dessen wissenschaftliche Betrachtungsweise den anderen, (...) z.B. der Medizin" (Mayer 2010, 47). Die Pflegewissenschaft orientierte sich (zwangsläufig) zunächst an Konzepten und Methoden anderer Disziplinen und übernahm naturwissenschaftliche, z.T. positivistisch geprägte Maßstäbe und vernachlässigte darüber die Auseinandersetzung mit dem, was Pflege i.S. von Care – pflegerischer Sorgearbeit ausmacht und welche wissen-

10 Während der Anteil der männlichen Pflegekräfte im gesamten Krankenhaus, ähnlich wie in der Altenpflege bei durchschnittlich 15,8 % liegt, ist der Anteil in den Funktionsbereichen (OP, Anästhesie, Endoskopie und Funktionsdiagnostik) mit ca. 20 % höher.(Statistisches Bundesamt 2018, 51).

schaftlichen Methoden zur Erforschung komplexer pflegerischer Phänomene geeignet sind.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Schwierigkeiten im Professionalisierungsprozess der Pflege maßgeblich mit der Entstehung und Bewertung eines Frauenberufs in Verbindung zu bringen sind. Besonders in der Altenpflege ist es für die Rollen- und Identitätsfindung schwierig, den Mehrwert der Tätigkeit gegenüber der von Laien ausgeführten Pflege darzustellen und zu kommunizieren. Es ist ein Beruf entstanden, der über die vielfach beschriebenen Kennzeichen typischer Frauenberufe verfügt: ein unterdurchschnittliches Lohnniveau, ein niedriger Marktwert und geringe Aufstiegschancen innerhalb der beruflichen Praxis. Die Zuschreibung als Frauenberuf ist allerdings nicht nur geschlechtsspezifisch, sondern auch geschlechtshierarchisch: je höher der Anteil an Männern, desto besser sind Ansehen, Verdienst und Karrieremöglichkeiten. Innerhalb des Pflegeberufs führt die horizontale Segregation damit zusätzlich zu einer vertikalen Segregation: die in der Hierarchie höherstehenden Positionen werden (bei gleicher Ausbildung) überproportional von Männern besetzt (Klement 2006, 39).

Auch die Erwartungen, die mit dem Pflegeberufereformgesetz von 2017 verbunden waren, sind aus Sicht vieler Berufsvertreterinnen und -vertreter aus Pflegepolitik, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft nur ungenügend erfüllt worden. In der Diskussion um ein grundständiges Pflegestudium und eine generalistische Ausbildung wiederholt sich, was sich im 19. Jahrhundert bei der Entstehung des Berufes und im 20. Jahrhundert bei der Entwicklung der Altenpflegeausbildung vollzogen hat. Das gesellschaftliche Care-Potenzial ist unzureichend (durch das sog. 'sinkende Töchter-Pflegepotenzial' und einen Mangel an beruflich Pflegenden), gesellschaftliche Veränderungen und technischer Fortschritt generieren neue Herausforderungen, die Ressourcen sind knapp und das Berufsbild ist nicht attraktiv. Eine Attraktivitätssteigerung würde u.A. durch die generalistische Ausbildung erreicht werden, da eine gemeinsame Ausbildung auf gleichem Niveau mit einer einheitlichen Berufsbezeichnung zu einer Verringerung der Differenz in Bewertung und Ansehen der Berufsbilder und zu einer Reduktion der Gehaltsunterschiede zwischen Kranken- und Altenpflege führen könnte. Mit der Einführung der gemeinsamen Ausbildung wäre allerdings eine Kostensteigerung verbunden, da vorhersehbar ist, dass generalistisch ausgebildete Pflegekräfte vorrangig dort arbeiten werden, wo die

Arbeitsbedingungen besser sind und ihr Gehalt höher ist. Folglich wurde die Änderung nur teilweise im Gesetz verankert und die Möglichkeit einer weniger anspruchsvollen Altenpflegeausbildung wurde erhalten – hier hat sich die Lobby der Arbeitgeber und Träger in der Altenpflege erkennbar durchgesetzt. Aus Sicht des Berufsverbandes DBfK soll damit „ein Beruf deutlich unterhalb der Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/Pflegefachmann geschaffen werden, der (...) auf die Fachkraftquote in der stationären Langzeitpflege angerechnet werden kann" (DBfK 25.06.2018). Auch die Erwartungen in Bezug auf eine grundständige akademische Ausbildung haben sich nicht erfüllt, da neben weiteren Umsetzungsproblemen beispielsweise die Finanzierung des Pflegestudiums bis heute nicht geklärt ist und sich der Verdacht aufdrängt, man wolle die Akademisierung eher bremsen, als sie voranzutreiben.

Die Pflege als Wissenschaft und Praxis muss sich einerseits den alten Professionen, insbesondere der Medizin, durch eine generalistische akademische Ausbildung und wissenschaftliches Wissen angleichen, um gemeinsam und gleichberechtigt Menschen mit gesundheitlichen Problemen gut versorgen zu können. Andererseits bedarf es einer Abgrenzung und Emanzipation, verbunden mit einer pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem originär Pflegerischen als Zuwendungsarbeit mit eigenen Herangehensweisen und Methoden, sowohl im pflegerischen Handeln, wie auch im Erkenntnisgewinn. Der Frauenberuf Pflege eröffnet dabei die Möglichkeit, Frauenarbeit und „weibliches Wissen" (Mayer 2010, 49) sichtbar zu machen, kritisch zu hinterfragen und mit gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen und Prozessen in Verbindung zu bringen.

Literatur

AOK, 2018: Arbeitgeber warnen: Neue Pflegeausbildung überfordert Berufsanfänger. (https://aok-bv.de/presse/dpa-ticker/index_20351.html; Zugriff: 28.12.2018).

Bischoff, Claudia, 1994: Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 3. Aufl., Frankfurt am Main.

Böhme, Hans, 2015: Altenpflegehelfer in der Behandlungspflege? In: Die Schwester. Der Pfleger (4), 90.

Borutta, Manfred; Giesler, Christiane, 2006: Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. Wiesbaden.

Brandenburger, Hermann; Dorschner, Stephan, 2008: Pflegewissenschaft 1. Bern.

Brieskorn-Zinke, Marianne, 2008: Gesundheit in der Pflege. In: Ilona Biendarra (Hg.): Gesundheit – Gesundheiten? Eine Orientierungshilfe. Würzburg, 167-180.

DBfK, 2018: Kritische Bewertung zum Kabinettsentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. (https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2018/7192662741.php; Zugriff: 28.12.2018).

Deutscher Bundestag, 2017: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Fundstelle: Bundesanzeiger Verlag GmbH Köln. In: Drucksache 511/17, 8.

Dorschner, Stephan; Meussling-Sentpali, Annette, 2007: Christlich pflegen. Eine Annäherung. Jena.

Friesacher, Heiner, 2015: Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. In: *intensiv* 23 (04), 200-214. DOI: 10.1055/s-0035-1556893.

–, 2008: Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück.

Graefe, Stefanie, 2012: Leben machen und Sterben lassen. Biopolitik als schillernder Begriff (https://www.prager-fruehling-magazin.de/de/article/872.leben-machen-und-sterben-lassen.html; Zugriff: 15.8.2019).

Heller, Birgit, 2015: Der Tod und die Trauer – Genderaspekte. In: Andreas Heller (Hg.): Das Jahresheft. Trauer leben. Hannover, 39-43.

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd, 2013: Strukturreform Pflege und Teilhabe. [Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe]. Freiburg.

Klement, Carmen, 2006: Von der Laienarbeit zur Profession? Opladen.

Klie, Thomas, 2005: Pflegeversicherung. Einführung, Lexikon, Gesetzestext SGB XI mit Begründungen, Ausschussempfehlungen und Rundschreiben der Pflegekassen, Nebengesetze, Materialien. 7., neubearb., erw. Aufl. Hannover.

Mayer, Hanna, 2010: „Verwissenschaftlichung" der Pflege – Chance zur Emanzipation? Ein Diskurs aktueller Entwicklungen unter professionsspezifischem und feministischem Blickwinkel. In: Erna Appelt, Maria Heidegger, Max Preglau und Maria Wolf (Hg.): Who cares? Betreuung und Pflege in Österreich; eine geschlechterkritische Perspektive. Innsbruck, 41-51.

Moers, Martin; Schaeffer, Doris, 2014: Pflegetheorien. In: Doris Schaeffer und Klaus Wingenfeld (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim, 37-66.

Schweikardt, Christoph Johannes, 2008: Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik. Bochum.

Simon, Michael, 2016: Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. In: DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hg.): Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. Tagungsdokumentation. Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pflegender. Berlin, 39-42.

Spichiger, Elisabeth; Kesselring, Annemarie; Spirig, Rebecca; Geest, Sabina de, 2006: Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: Pflege (19), 45-51.

Statistisches Bundesamt (Hg.), 2018: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

– 2017: Pflegestatistik 2015. Wiesbaden. (www.destatis.de; Zugriff: 28.12.2018)

Sticker, Anna, 1963: Friedericke Fliedner und die Anfänge der Frauendiakonie. Ein Quellenbuch. 2. Aufl. Neukirchen.

Stollberg, Gunnar, 2010: Sozialer Wandel in der Krankenversorgung seit dem 19. Jahrhundert. In: Susanne Kreutzer (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 5): Göttingen, 67-86.

Weidner, Frank, 1999: Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Annäherung an einen strapazierten Begriff. In: Dorothea Sauter und Dirk Richter (Hg.): Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Köln, 18-38.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), 2008: Pflegeausbildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf; Zugriff: 31.12.2018).

Diana Auth

Der Wandel der Arbeitsbedingungen in der Pflege im Kontext von Ökonomisierungsprozessen

1. Einleitung

Blickt man im Jahr 2019 auf den Bereich der (Alten-)Pflege, so zeigt sich ein düsteres Bild: schlecht versorgte Pflegebedürftige, erschöpfte pflegende Angehörige und ausgebrannte Pflege(fach)kräfte. In der Öffentlichkeit ist mittlerweile angekommen, dass wir uns in einer „Care-Krise" befinden – ein Befund, den Arlie R. Hochschild (1995) schon Mitte der 1990er Jahre konstatierte – allerdings für den liberalen Wohlfahrtsstaat USA. Aber wie kommen 'amerikanische Verhältnisse' hierher? Ein Blick zurück in die Entstehungsphase der Pflegeversicherung hilft hier weiter. Mit ihrer Einführung im Jahr 1995 wurde die Versorgung von Pflegebedürftigen zu einer gesellschaftlichen Aufgabe gemacht. Die Bedingungen allerdings, unter denen das Risiko der Pflegebedürftigkeit 'kollektiviert' wurde, machen die Zeichen der damaligen Zeit deutlich. Im Kontext von Globalisierung, Standortwettbewerb und Lohnnebenkostendiskussionen dominierten ökonomische Aspekte die gesellschaftspolitische Debatte. Die neue Sozialversicherung sollte möglichst kostengünstig sein und vor allem die Unternehmen finanziell nicht belasten. Herausgekommen ist eine nicht indexierte Grundabsicherung im Pflegefall mit Kostendeckelung und eine Pflegebranche, in der die privaten und freigemeinnützigen Träger im Wettbewerb zueinander stehen. Dieser Gründungskonsens zwischen CDU und FDP (Regierungskoalition) sowie der SPD (Mehrheit im Bundesrat) prägt die Pflege in Deutschland bis heute – mit den oben dargestellten Folgen.

Über die Öffentlichkeit ist das Problem des 'Pflegenotstands' auch in der Politik angekommen, spätestens als der Altenpflegeauszubildende Alexander Jorge Angela Merkel im Wahlkampf 2017 in der „ARD Wahlarena" mit den katastrophalen Arbeitsbedingungen in der Altenpflege konfrontiert hat und dadurch zu einer medialen Berühmtheit geworden ist.

Es bilden sich auch die ersten Gegenbewegungen: Care-Forscher/innen haben 2013 das „Care-Manifest" (http://care-macht-mehr.com/) initiiert, und Ga-

briele Winkers (2015) Aufruf zur „Care-Revolution" hat zur Gründung eines bundesweiten Netzwerks geführt (https://care-revolution.org/)[1]. Des Weiteren thematisieren die professionell Pflegenden seit 2015 im CareSlam (https://www.careslam.org/) ihre Arbeitsbedingungen auf der Bühne, und der Verein „Pflege in Bewegung" motiviert beruflich Pflegende, durch Gefährdungsanzeigen auf ihre Situation aufmerksam zu machen (https://www.pflegeinbewegung.de/).

Aufgeschreckt durch die öffentliche Aufmerksamkeit reagiert die Politik nun (erneut): Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition wurde 2018 vereinbart, 8.000 neue Pflegefachkräfte einzustellen. Die Zahl wurde im Sofortprogramm dann auf 13.000 erhöht. Geplant sind zudem unter dem Label „Konzertierte Aktion Pflege" die höhere Bezahlung von Pflegekräften, ein besserer Personalschlüssel und eine Ausbildungsoffensive. Es bleibt abzuwarten, ob und wie CDU-Gesundheitsminister Jens Spahn diese Aufgabe bewältigen wird. Liest man den Koalitionsvertrag, ist allerdings nicht zu erwarten, dass grundlegende Veränderungen an der Struktur der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgenommen werden. Weder ist eine kontinuierliche Dynamisierung der Leistungen noch eine Reform des Teilkaskoprinzips in Richtung einer Vollversicherung mit Selbstbeteiligung geplant (Rothgang/Kalwitzki 2018). Auch die Problemfelder „24-Stunden-Pflege" und Vereinbarkeit von Beruf und Pflege werden nicht angegangen. Dass dies so ist, hat mit den Kosten zu tun, die die entsprechenden Reformen mit sich bringen würden. Hier schließt sich der Kreis zur Phase der Einführung der Pflegeversicherung, die ebenfalls möglichst billig sein sollte. Daher wird im Folgenden zunächst der Prozess der Ökonomisierung der Pflegebranche dargestellt, der mit der Einführung der Pflegeversicherung begann. Im Anschluss daran werden die Auswirkungen dieser Politik auf die beruflich Pflegenden in den Blick genommen, vor allem im Hinblick auf die Entwicklung der Qualifikationsstrukturen, der Löhne und der Beschäftigungsverhältnisse. Im Fazit werden die Argumentationen im Hinblick auf die Veränderungen der Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche zusammengefasst.

2. Ökonomisierungsprozesse im Pflegebereich

2.1 Ökonomisierung

Unter Ökonomisierung versteht man die Übertragung betriebswirtschaftlicher Prinzipien aus dem privatwirtschaftlichen Bereich in gesellschaftliche Institu-

1 Vgl. Winker/Neumann in diesem Band

tionen oder Politikfelder. Diese Ökonomisierungsprozesse, zu denen insbesondere die Einführung effizienzorientierter Maßnahmen und die Schaffung von Marktstrukturen zählen, sollen gleichzeitig der Kostensenkung und der Qualitätssteigerung dienen (Becke/Bleses 2016, 111f.; Manzeschke 2005, 130f.; Pfau-Effinger u.a. 2008, 83f.; Rothgang/Preuss 2008, 32). Bezogen sich diese Prozesse zunächst auf staatsnahe Sektoren, wie die Telekommunikation oder die Post, so sind seit den 1990er Jahren auch wohlfahrtsstaatliche Bereiche davon betroffen (Bode 2010). Ziel der Maßnahmen, die im Kontext neoliberaler Restrukturierungsprozesse eingeführt wurden, waren in erster Linie Kostensenkungen im Bereich des sozialen Sicherungssystems und der personenbezogenen sozialen Dienste sowie – allerdings deutlich nachrangig – leistungsbezogene Qualitätssteigerungen (Becke/Bleses 2016, 111f.; Pfau-Effinger u.a. 2008, 83f.; Pierson 2001, 456). Damit gerät der Wohlfahrtsstaat, der im 19. Jahrhundert entstanden war, um die Risiken des Marktes zu kompensieren, nun selbst ins Visier kapitalistischer Verwertungsmechanismen (Nullmeier 2004, 495; Rüb 2003, 257).

Im Hinblick auf die Ökonomisierung wohlfahrtsstaatlicher Bereiche, zu denen die Pflege zählt, werden in der Literatur unterschiedliche Prozesse in den Blick genommen. Dazu zählen erstens die Integration effizienzorientierter Maßnahmen und ökonomischer Anreizstrukturen in die Organisation wohlfahrtsstaatlicher Leistungen (Pfau-Effinger u.a. 2008, 85; Rüb 2003, 261), zweitens die Vermarktlichung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen oder Tätigkeiten, z.B. durch deren Auslagerung auf frei-gemeinnützige und/oder private Anbieter (Pfau-Effinger u.a. 2008, 85) und die Schaffung von Wohlfahrtsmärkten durch Privatisierungen (Nullmeier 2004, 495). Der Staat tritt nun nicht mehr als Produzent pflegerischer Leistungen bzw. Dienste auf, sondern nur noch als Nachfrager. Die „Verschiebung vom Leistungsstaat zum Regulierungsstaat", so Jaehrling, bedeutet die „Ausweitung der staatlichen *Regulierung* des privaten Angebots bestimmter Leistungen anstelle von oder in Ergänzung zu staatlichen Aktivitäten bei der *Bereitstellung* dieser Leistungen." (Jaehrling 2004, 618, Herv. i. O.). Es entstehen Wohlfahrtsmärkte, da die Anbieter sozialer Dienste in Konkurrenz zueinander treten. Der Anbieterwettbewerb wiederum soll zu einer Pluralisierung sozialer Dienste und Träger führen. Das Ziel des Anbieterwettbewerbs ist – ähnlich wie bei der Effizienzsteigerung – die Senkung der Kosten – und möglichst auch die Steigerung der Qualität. Des Weiteren umfasst die Ökonomisierung drittens Prozesse der Individualisierung wohlfahrtsstaatlicher Risiken bzw. die Privatisierung von Leistungen. Darunter versteht man die Auslagerung staatlicher Leistungen auf private Anbieter, die nun in keinerlei Beziehung mehr zum Staat stehen (Nullmeier 2004, 495; Pfau-Effinger u.a. 2008, 85). In diesem Fall kaufen die Konsument/innen die

Leistungen auf dem Markt zu Marktpreisen ein. Soziale Risiken werden auf diese Weise individualisiert. Der vierte Ökonomisierungsprozess ist die Förderung der Marktausweitung (Ewert 2013, 41; Rüb 2003, 262). Darunter wird die politische Förderung der Ausweitung wohlfahrtsstaatlicher Dienste verstanden, z.B. durch steuerliche Vergünstigungen oder andere Anreizstrukturen.

Effizienzorientierung im Sinne eines kostenbewussten Handelns und zielgenauen Mitteleinsatzes – das sei hier ausdrücklich betont – ist dabei kein negativer Prozess, sondern – angesichts knapper Ressourcen – eine materielle und ethische Notwendigkeit (Rothgang/Preuss 2008, 44; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, 70). Wenn jedoch Aspekte der Nutzenoptimierung und der Gewinnmaximierung Vorrang erhalten vor professionellen Qualitätsstandards und sozialen Orientierungen, dann ist das ein „berechtigter Gegenstand von Sorge und Angst" (Evers 2008, 235; vgl. auch Manzeschke 2005, 138; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, 70).

2.2 Ökonomisierungsprozesse in der Pflege

Überträgt man nun die beschriebenen Ökonomisierungsprozesse auf die Pflege, so lassen sich seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre einige dazu passsende Aspekte erkennen. Die neu eingeführte Pflegeversicherung, die 'fünfte Säule des Sozialversicherungsstaates', ist erstens gekennzeichnet durch eine paritätische Beitragsfinanzierung, für die allerdings ein Feiertag gestrichen wurde. Sie bietet den Pflegebedürftigen zweitens Wahlmöglichkeiten zwischen Pflegegeld, Pflegesachleistungen und stationärer Pflege, doch sie stellt drittens – anders als die gesetzliche Krankenversicherung – nur eine Grundabsicherung im Pflegefall dar, die Zuzahlungen und/oder familiäre Eigenleistungen erforderlich macht. Die Einführung der Pflegeversicherung fällt in die Zeit der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung, die generell durch einen Abbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen sowie die Einführung von Marktelementen geprägt ist. Die Pflegeversicherung stellt im Gegensatz dazu zunächst einmal die Kollektivierung eines gesellschaftlichen Risikos dar und widerspricht damit diesem Trend. Ursache hierfür war zum einen der politische Druck der Kommunen als Sozialhilfeträger, deren Ausgaben für stationär versorgte Pflegebedürftige (Hilfe zur Pflege) enorm angestiegen waren. Zum anderen war der quantitative und qualitative Ausbau der ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur dringend notwendig, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflege-

bedürftigen zu gewährleisten. Der in den 1990er Jahren initiierte pflegebezogene Vergesellschaftungsprozess enthält aber gleichzeitig Merkmale, die sich in den wohlfahrtsstaatlichen Ökonomisierungstrend einfügen. Die Pflegeversicherung ist sozusagen im Spannungsfeld zwischen sozialpolitischen Notwendigkeiten und ökonomischen Restriktionen eingeführt worden. Der Wandel der Pflegepolitiken wird im Folgenden anhand der vier Ökonomisierungsprozesse dargestellt.

(1) Effizienzorientierung in der Organisation der Pflegeversorgung[2]

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden die ambulanten und stationären Sachleistungen zunächst einmal ausgedehnt. Dasselbe gilt auch für die Zahlung eines Pflegegeldes für die häusliche Pflege. Dennoch spielt die Effizienzorientierung in der Leistungsgewährung eine wichtige Rolle. Sie zeigt sich in Form der Einführung des Budgetprinzips. Danach bestimmt nicht der pflegerische Bedarf die Ausgaben, sondern die Einnahmen der Pflegeversicherung. Die Beschränkung der Leistungen im Pflegefall auf eine Grundversorgung, die stark einnahmeorientiert ist, wurde als Alternative zu einer Vollversicherung institutionalisiert. Letztere gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung, an deren Regelungen sich die Pflegeversicherung vielfach orientiert hat. Die Beschränkung auf eine Grundversorgung ('Teilkaskoprinzip') sorgt für einen niedrig(er)en Beitragssatz, und die Versicherten und ihre Familien stehen in der Verantwortung, darüber hinausgehende Bedarfe selbst zu decken oder zuzukaufen. Des Weiteren diente die Standardisierung und Pauschalierung der Leistungen dem Ziel der Schaffung effizienterer und damit kostengünstigerer Strukturen und Verhandlungsmuster.

(2) Vermarktlichung der Leistungserbringung

Auch die Vermarktlichung der Leistungserbringung im Sinne der Auslagerung von Pflegeleistungen auf nicht-staatliche Träger hat mit der Einführung der Pflegeversicherung begonnen – und zwar durch die Gleichstellung der privaten mit den freigemeinnützigen Anbietern sozialer Dienste und stationärer Einrichtungen. Dies geschah vor dem Hintergrund des gesetzlichen Vorrangs und Vorherrschens freigemeinnütziger Träger in der Pflegebranche. Die Gleichstellung

2 Die Effizienzorientierung kann sich auch auf das Verwaltungs- bzw. Organisationshandeln beziehen, das hier nicht im Vordergrund steht. Im Sinne von *New Public Management* versteht man unter Effizienzorientierung beispielsweise die Einführung betriebswirtschaftlicher Arbeitsweisen und Managementformen im öffentlichen Sektor bzw. den Organisationsstrukturen der Anbieter pflegerischer Leistungen.

bedeutet, dass nun beide Trägertypen gegenüber öffentlichen Trägern bevorzugt behandelt werden. Die damals regierende konservativ-liberale Regierung hat sich davon einen Anbieterwettbewerb versprochen, der mit niedrigeren Preisen und einer verbesserten Qualität pflegerischer Leistungen einhergeht. Die Pflegekassen müssen zudem mit allen Anbietern pflegerischer Dienstleistungen, die die Zulassungsbedingungen erfüllen, Verträge abschließen. Anders als im Gesundheitswesen wird auf eine Bedarfsplanung verzichtet, so dass der Markt über die Zahl der Anbieter entscheidet.

Heute stellen die privaten Anbieter die Mehrheit der ambulanten Dienste, die freigemeinnützigen Träger nehmen nur noch den zweiten Platz ein. Denselben Prozess kann man bei den stationären Einrichtungen beobachten. Auch hier hat der Anteil der privaten Träger deutlich zugenommen. Öffentliche Anbieter sind im Bereich der Pflege marginal (Auth 2013, 415; Auth 2017, 314ff.).

(3) Individualisierung pflegerischer Risiken

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde zunächst einmal kein Individualisierungsprozess vollzogen, sondern – im Gegenteil – eine (Teil-)Kollektivierung pflegerischer Risiken vorgenommen. Es wird zwar nur die pflegerische Grundversorgung öffentlich über die soziale Pflegeversicherung finanziert, aber verglichen mit der Situation vor der Einführung der Pflegeversicherung handelt es sich zunächst um eine De-Individualisierung, um eine neue kollektive Form der sozialen Sicherheit (Auth 2017, 271ff.).

Der private Zukauf von Leistungen, insbesondere im stationären Bereich, wird in Deutschland seit der Einführung der Pflegeversicherung allerdings vorausgesetzt. Im ambulanten Bereich besteht auch die Möglichkeit, den Teil der Pflege, der über den Grundbedarf hinausgeht, familiär zu erbringen. Aufgrund der fehlenden automatischen Dynamisierung der Leistungen nimmt die Individualisierung der Pflege seitdem wieder zu. Wenn die Kaufkraft der Pflegeleistungen sinkt, müssen die Pflegebedürftigen und ihre Familien von Jahr zu Jahr mehr Pflegeleistungen selbst zahlen oder familiär erbringen.

(4) Förderung der Marktausweitung

Die Förderung der Marktausweitung spielt in den Pflegereformen der 1990er Jahre noch keine Rolle. Erst nach der Jahrtausendwende werden monetäre Anreize im Pflegebereich eingeführt. Seit 2003 werden Steuerermäßigungen für haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen gewährt. Die rot-grüne Regierung, die derartige Steuerermäßigungen im Jahr 2001 zunächst als „Dienstmädchen-Privileg" abgeschafft hatte, führte die steuerlichen Anreize im Rahmen

der Agenda 2010 und der Politik der Aktivierung wieder ein.[3] Darauf aufbauend hat die Große Koalition 2006 im Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz den steuerlichen Absetzbetrag für Pflege- und Betreuungsleistungen erhöht.[4]

Zudem wurde von der konservativ-liberalen Koalition die private Absicherung im Pflegefall staatlich gefördert. Im Jahr 2012 trat das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in Kraft, dessen Kern die staatliche Förderung der privaten Vorsorge im Pflegefall ist. Konkret wird der Abschluss von Pflegetagegeld-Versicherungen staatlich subventioniert, der sog. „Pflege-Bahr", benannt nach dem damaligen FDP-Gesundheitsminister Daniel Bahr. Die Versicherungen unterliegen dem Kontrahierungszwang, d.h., es gibt keine Risikoprüfungen, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die Leistungen im Pflegefall durch die Einführung der Pflegeversicherung zwar deutlich ausgedehnt wurden, doch gleichzeitig gingen damit erhebliche Ökonomisierungsprozesse einher, die die Pflegebranche bis heute prägen.

2. Auswirkungen der Ökonomisierungsprozesse auf die beruflich Pflegenden

Im Folgenden wird in den Blick genommen, welche Auswirkungen die oben beschriebenen Ökonomisierungsprozesse auf die beruflich Pflegenden haben.

2.1 Die Entwicklung der Qualifikationsstrukturen

Seit der Einführung der Pflegeversicherung steigt die Zahl der beruflich Pflegenden stetig an (vgl. Tab. 1). Heute arbeiten über 390.000 Beschäftigte in ambulanten Diensten, und gut 760.000 Personen sind in Pflegeheimen beruflich tätig. Das entspricht im ambulanten Bereich einer Verdopplung zwischen 1999 und 2017, im stationären Bereich einer Steigerung um drei Viertel. Doch nicht alle Beschäftigen

3 So können 10 % der Kosten für Mini-Jobber/innen in Privathaushalten (seit 2008: 20 %) und 20 % der Kosten für haushaltsnahe Dienstleistungen, z.B. für Reinigungskräfte, im Rahmen bestimmter Obergrenzen bei der Einkommenssteuererklärung steuerlich geltend gemacht werden.

4 Seitdem sind 20 % der Ausgaben bis 6.000 Euro steuerabzugsfähig. Die steuerliche Abzugsfähigkeit bezieht sich auf ambulante Pflegedienstleistungen und soziale Betreuungsleistungen. Damit können pro Jahr insgesamt 20 % der Kosten für haushaltsnahe Dienstleistungen, max. 4.000 Euro, steuerlich geltend gemacht werden.

in der Pflegebranche weisen eine pflegebezogene Qualifikation auf. Infolge der Einführung der Pflegeversicherung zeichnete sich zunächst ein Professionalisierungstrend ab. Das gilt bis heute, wenn man die Zahl der Pflegefachkräfte[5] betrachtet. Ein anderes Bild zeigt sich, wenn man den Anteil der Pflegefachkräfte in den Blick nimmt. Dieser stieg in den ambulanten Diensten von 48 % (1999) auf 52 % (2011). In den Folgejahren sank er leicht und liegt aktuell wieder bei knapp 47 %. Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich im stationären Bereich ab. Auch hier stieg die Pflegefachkraftquote zunächst an und zwar von 31 % auf 32,4 % (2015). Seitdem sinkt sie auch hier wieder leicht (auf 31,2 % im Jahr 2017) (vgl. Tab. 1). Diese Entwicklung ist zunächst einmal verwunderlich, denn das Aufgabenspektrum, das Altenpflegekräfte seit der Einführung der Pflegeversicherung in der Grund- und Behandlungspflege zu absolvieren haben, ist eher umfangreicher geworden (Burau u.a. 2007, 148; Theobald u.a. 2013, 73f.). Auch die Festlegung von Personalrichtwerten in den Rahmenverträgen zwischen den Pflegekassen und den ambulanten Diensten auf Landesebene, die der Qualitätssicherung dienen, lassen eine hohe Fachkraftquote erwarten. Ähnliches gilt für die Pflegeheime, für die bereits seit 1993 eine Fachkraftquote von 50 % vorgeschrieben ist (Gerlinger/Röber 2009; Landenberger 1998, 92; Theobald 2004, 43ff.). Es ist zu vermuten, dass sich in diesen Entwicklungen bereits der Fachkräftemangel zahlenmäßig niederschlägt (Auth 2017, 419, 2019).

In den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten arbeiten aktuell auch Fachkräfte mit einem Hochschulabschluss. Waren im Jahr 1999 gut 400 Akademiker/-innen in ambulanten Diensten und gut 800 in den Pflegeheimen tätig, so ist die Zahl mittlerweile auf gut 1.300 (ambulante Dienste) bzw. knapp 3.500 (Pflegeheime) angestiegen. Die Zahl der Akademiker/innen hat sich in diesem Zeitraum damit mehr als verdreifacht. Dennoch ist der Anteil der Beschäftigten mit einem pflegewissenschaftlichen (Fach-)Hochschulabschluss nach wie vor niedrig. Er beträgt im Jahr 2017 unter 1 % (vgl. Tab. 1). Liegt der Frauenanteil an den Pflegefachkräften bei ca. 85 %, so liegt er bei den Pflege-Akademiker/innen bei ca. 70 % und damit 15 Prozentpunkte niedriger (Auth 2019), d.h., selbst in einem hochgradig weiblich geprägten Berufsfeld zeigen sich noch Elemente vertikaler Arbeitsmarktsegregation.

---

5 Dazu zählen nach § 71 Abs. 3 SGB XI Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie Altenpfleger/innen und Heilerziehungspfleger/innen oder Heilerzieher/innen. Dazu kommen noch die Beschäftigten mit einem pflegewissenschaftlichen Studium.

Tab. 1: Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen nach Berufsabschluss (1999–2017)

	1999		*2013*		*2017*		*Veränderung (1999–2017)*	
	Anzahl	*Anteil*	*Anzahl*	*Anteil*	*Anzahl*	*Anteil*	*Anzahl in %*	*Anteil in %*
Ambulante Dienste								
Pflegefachkraft*	88.840	48,3%	160.373	50,1%	182.758	46,8%	105,7%	-3,1%
... davon mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung (FH/Uni)	420		1.094		1.306	0,3%	211,0%	
Sonstige pflegerische, sozialpädagogische oder hauswirtschaftliche Qualifikation**	41.933	22,8%	67.126	21,0%	79.415	20,3%	89,4%	-10,8%
Sonstige oder keine Qualifikation***	53.009	28,8%	92.578	28,9%	128.149	32,8%	141,7%	13,8%
Gesamt	183.782	100,0%	320.077	100,0%	390.322	100,0%	112,4%	
Pflegeheime								
Pflegefachkraft*	136.252	30,9%	222.269	32,4%	238.207	31,2%	74,8%	0,8%
... davon mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung (FH/Uni)	808		3.061		3.444	0,5%	326,2%	
Sonstige pflegerische, sozialpädagogische oder hauswirtschaftliche Qualifikation**	91.011	20,6%	160.756	23,5%	199.989	26,2%	119,7%	26,7%
Sonstige oder keine Qualifikation***	213.677	48,5%	302.422	44,1%	326.452	42,7%	52,8%	-11,9%
Gesamt	440.940	100,0%	685.447	100,0%	764.648	100,0%	73,4%	

* Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Heilerzieher/innen und Heilerziehungspfleger/innen, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer FH oder Universität.

** Krankenpflegehelfer/innen, Altenpflegehelfer/innen, Heilerziehungspflegehelfer/innen, Heilpädagoge/in, Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in, sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe, sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss, Familienpfleger/in, Dorfhelfer/in, sonstiger pflegerischer Beruf, Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen, sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss.

*** sonstiger Berufsabschluss, ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2015, 2018, eigene Berechnungen

2.3 Die Entwicklung der Löhne

Die Einführung eines Pflegemarktes und damit eines Wettbewerbs zwischen den Trägern von Pflegedienstleistungen ging in dieser personalintensiven Branche mit einem Druck auf die Löhne der Pflegenden einher. Die Beschäftigten bei den privaten Trägern arbeiten entweder unter individualvertraglichen Bedingungen oder – seit 2018 – auf der Basis der (Mantel-)Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des bpa Arbeitgeberverbands (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.) – nicht jedoch unter den Bedingungen von Tarifverträgen. Ähnlich sieht es bei den christlichen Trägern aus, bei denen die Löhne im Rahmen des sog. Dritten Weges durch arbeitsrechtliche Kommissionen, die paritätisch mit Arbeitnehmer/innen und Dienstgebern besetzt sind, festgelegt werden. Die in den AVR der frei-gemeinnützigen Träger ausgehandelten Löhne, die sich bis in die 1990er Jahre am Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD, bis 2005: Bundesangestelltentarif/BAT) orientiert hatten, mussten sich nun infolge der neuen Konkurrenzsituation der Lohnentwicklung bei den kontinuierlich zunehmenden privaten Trägern anpassen. Die Löhne und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten der Wohlfahrtsverbände verschlechterten sich durch die Anwendung von Öffnungsklauseln und Abweichungen von den AVR sowie durch die Gründung von Tochtergesellschaften und durch zunehmende Leiharbeit, denn die Löhne der Beschäftigen der privaten Träger waren deutlich niedriger als im Rest der Pflegebranche (Auth 2013, 415ff.; Kümmerling 2009).

Vergleicht man die Lohnentwicklung in der Altenpflege (hier: TVöD-B und AVR der Caritas) zwischen 2008 und 2017, so zeigt sich, dass die Löhne der Altenpfleger/innen im Verhältnis zur Gesamtwirtschaft unterdurchschnittlich gestiegen sind (Auth 2013, 416, 2019). Im Jahr 2010 gelang es auf Initiative der Gewerkschaft ver.di und der AWO immerhin, einen Branchenmindestlohn für die Pflege auszuhandeln, der dann vom Bundesarbeitsministerium nach dem Entsendegesetz für allgemeinverbindlich erklärt wurde. Auf diese Weise wurde dem Lohnsenkungswettbewerb zumindest am unteren Ende Einhalt geboten (Auth 2013, 416f.). Der regelmäßig steigende Branchenmindestlohn liegt im Jahr 2019 in Westdeutschland bei 11,05 € und in den östlichen Bundesländern bei 10,55 € (Bundesregierung 2018).

Betrachtet man die aktuellen Bruttolöhne der beruflich Pflegenden, so zeigt sich, dass Altenpflegefach- und Altenpflegehilfskräfte deutlich weniger verdienen als der Median der sozialversicherungspflichtig (Vollzeit-)Beschäftigten. So liegt beispielsweise der Bruttolohn einer vollzeitbeschäftigten Altenpflegerin im Westen im Jahr 2017 bei 2.826 €, während der Median der vollzeitbeschäftigen westdeutschen Frauen um 164 € oder um 5,5 % höher liegt. Nochmal deutlich

Tab. 2: Bruttomonats-Entgelte (Median) in Altenpflegeberufen (Vollzeit) in West- und Ostdeutschland (2017) im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte, Median)

	Männer		*Frauen*		*Gesamt*	
Altenpfleger/innen						
Westdeutschland	2.944 €		2.826 €		2.855 €	
Ostdeutschland	2.436 €		2.335 €		2.356 €	
Gesamtdeutschland	2.844 €		2.711 €		2.744 €	
Altenpflegehelfer/innen						
Westdeutschland	2.061 €		2.017 €		2.026 €	
Ostdeutschland	1.819 €		1.745 €		1.759 €	
Gesamtdeutschland	1.986 €		1.933 €		1.944 €	
Gesamtwirtschaft						
Westdeutschland	3.529 €		2.990 €		3.339 €	
Ostdeutschland	2.581 €		2.637 €		2.600 €	
Gesamtdeutschland	3.372 €		2.920 €		3.209 €	
Differenz		*in %*		*in %*		*in %*
Gesamtwirtschaft – Altenpfleger/innen						
Westdeutschland	-585 €	-16,6 %	-164 €	-5,5 %	-484 €	-14,5 %
Ostdeutschland	-145 €	-5,6 %	-302 €	-11,5 %	-244 €	-9,4 %
Gesamtdeutschland	-528 €	-15,7 %	-209 €	-7,2 %	-465 €	-14,5 %
Gesamtwirtschaft – Altenpflegehelfer/innen						
Westdeutschland	-1.468 €	-41,6 %	-973 €	-32,5 %	-1.313 €	-39,3 %
Ostdeutschland	-762 €	-29,5 %	-892 €	-33,8 %	-841 €	-32,3 %
Gesamtdeutschland	-1.386 €	-41,1 %	-987 €	-33,8 %	-1.265 €	-39,4 %

Quelle: vgl. auch Auth 2019; Bundesagentur für Arbeit 2018, eigene Berechnungen

niedriger ist das Gehalt einer Altenpflegehelferin in Ostdeutschland, denn sie erhält lediglich 1.745 €. Verglichen mit dem Median der vollzeitbeschäftigen ostdeutschen Frauen sind dies fast 900 € oder 34 % weniger. Generell sind zudem die Löhne der Frauen in beiden Teilen Deutschland niedriger als die der männlichen Pflegenden (vgl. Tab. 2). Die Zahlen zeigen insgesamt deutlich, dass (weiblich konnotierte) Sorgearbeit, hier im Hinblick auf alte, pflegebedürftige Menschen, unterdurchschnittlich entlohnt wird (vgl. auch Auth 2019).

2.3 Die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse

Die zunehmende Wettbewerbs- und Effizienzorientierung hat auch Einfluss auf die Art der Beschäftigungsverhältnisse in der Pflegebranche. Es zeigt sich deutlich eine Tendenz zum Rückgang von Vollzeit- und zur Zunahme von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen. Das ist insofern problematisch, als dass Teilzeitarbeit als atypische, u.U. prekäre Beschäftigungsform mit einer schlechteren sozialen Absicherung einhergeht, vor allem im Hinblick auf die Absicherung im Alter. Zwischen 1999 und 2017 hat sich die Zahl der Teilzeitbeschäftigten in den ambulanten Diensten mehr als verdoppelt, in den Pflegeheimen ist sie sogar um 140 % angestiegen. Auch der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hat in den ambulanten Diensten im selben Zeitraum von 64 % auf 69 % zugenommen, in den Pflegeheimen sogar von 45 % auf 63 % (vgl. Tab. 3). Der Frauenanteil an den Teilzeitbeschäftigen liegt bei 90 % (Auth 2019).

Betrachtet man die Teilzeitbeschäftigten in den ambulanten Diensten genauer, fällt auf, dass knapp 18 % in Mini-Jobs arbeiten. In den Pflegeheimen liegt der Anteil bei 8 %. Positiv ist festzuhalten, dass der Anteil seit 1999 um 18 % (ambulante Dienste) bzw. 16 % (Pflegeheime) zurückgegangen ist (vgl. Tab. 3).

Teilzeitarbeit gilt aus Unternehmensperspektive als Flexibilisierungsinstrument, weil man mit ihrer Hilfe die täglichen Schwankungen des Arbeitsanfalls, vor allem im Kontext knapper Personalschlüssel, besser auffangen kann (Becke/Bleses 2016, 116; Theobald u.a. 2013, 63f.). Die Verteilung der Arbeit auf mehr Beschäftigte schafft bessere Möglichkeiten, Spitzenzeiten, Wochenenddienste und krankheitsbedingte Ausfälle zu kompensieren (Joost 2013, 1117).

Im Hinblick auf den zunehmenden Fachkräftemangel in der Altenpflege rät man Unternehmen mittlerweile allerdings, die beruflich pflegenden Teilzeitbeschäftigten zu motivieren, ihre Stundenzahl zu erhöhen (Joost 2013, 1117f.; Schulz 2012, 15f.). Dass diese Strategie bislang nicht gut greift, hat mit den Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche zu tun. Viele Beschäftigte arbeiten Teilzeit, um die Belastungen, die mit der pflegerischen Tätigkeit einhergehen, z.B. Stress sowie daraus resultierende Gesundheitsprobleme, bewältigen zu können (Becka u.a. 2016, 12).

In der Pflegebranche ist nicht nur der Anteil der Teilzeitbeschäftigten, sondern auch der Anteil der Befristungen hoch. Eine Befragung von Beschäftigen in der Pflegebranche, die das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) durchgeführt hat, ergab, dass ca. ein Viertel der Altenpfleger/innen und knapp ein Drittel der Altenpflegehelfer/innen befristet beschäftigt sind (vgl. Bispinck u.a. 2012, 15). Der Anteil ist damit höher als der

Tab. 3: Entwicklung der Voll- und Teilzeitbeschäftigung in der Pflegebranche (1999–2017)

	1999		*2017*		*Veränderung (1999–2017)*	
	Anzahl	*Anteil*	*Anzahl*	*Anteil*	*Anzahl in %*	*Anteil in %*
Ambulante Dienste						
Vollzeitbeschäftigte	56.914	31,0 %	109.657	28,1 %	92,7 %	-9,3 %
Teilzeitbeschäftigte	117.069	63,7 %	267.586	68,6 %	128,6 %	7,6 %
- über 50 %	49.149	26,7 %	143.050	36,6 %	191,1 %	37,0 %
- 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	28.794	15,7 %	56.028	14,4 %	94,6 %	-8,4 %
- geringfügig	39.126	21,3 %	68.508	17,6 %	75,1 %	-17,6 %
Sonstige*	9.799	5,3 %	13.079	3,4 %	33,5 %	-37,2 %
Personal insgesamt	183.782		390.322		112,4 %	
Pflegeheime						
Vollzeitbeschäftigte	211.544	48,0 %	220.958	28,9 %	4,5 %	-39,8 %
Teilzeitbeschäftigte	198.441	45,0 %	485.083	63,4 %	144,4 %	41,0 %
- über 50 %	100.897	22,9 %	313.444	41,0 %	210,7 %	79,1 %
- 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	54.749	12,4 %	109.120	14,3 %	99,3 %	14,9 %
- geringfügig	42.795	9,7 %	62.519	8,2 %	46,1 %	-15,8 %
Sonstige*	30.955	7,0 %	58.607	7,7 %	89,3 %	9,2 %
Personal insgesamt	440.940		764.648		73,4 %	

* Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r, Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2018, eigene Berechnungen

gesamtwirtschaftliche Anteil der Befristungen, der aktuell bei knapp 5 % liegt (www.sozialpolitik-aktuell.de).

3. Fazit

Die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre erfolgte unter den Bedingungen der Ökonomisierung. Einerseits wurde das Risiko der Pflegebedürftigkeit kollektiv abgesichert, andererseits übernimmt die Pflegeversicherung nur eine Grundversorgung. Zudem wurde bewusst ein Trägerwettbewerb initiiert, in dessen Folge die freigemeinnützigen Träger deutliche Marktanteile an die privaten Träger als neue, gleichgestellte Pflegemarktakteure abgeben mussten. Die

Konkurrenzsituation hatte vor allem negative Auswirkungen auf die beruflich Pflegenden. Die Löhne in der Pflegebranche stiegen in geringerem Umfang als in der Gesamtwirtschaft. Aktuell liegen die Löhne von Pflegekräften um 15 % (Pflegefachkräfte) bzw. knapp 40 % (Pflegehilfekräfte) unter dem bundesdeutschen Median (Tab. 2). Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist zudem der Anteil der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse zurückgegangen, wohingegen der Anteil der Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse in den Pflegeheimen in den letzten 15 Jahren um über 40 % angestiegen ist (Tab. 3). Auch der Anteil der Befristungen ist hoch und hat zugenommen.

Infolge der Ökonomisierungsprozesse, insbesondere der Effizienzorientierung, haben sich zudem die Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche verschlechtert. Ursachen sind vor allem der Trägerwettbewerb, die Anpassung der Strategien der freigemeinnützigen an die privaten Träger und die „[r]igide[n] Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Pflegekassen" (Gerlinger 2008). Im Ländervergleich ist die Arbeitszufriedenheit deutscher Pflegekräfte besonders niedrig (Simon/Hasselhorn 2005). Die Unzufriedenheit bezieht sich unterschiedlichen Studien zufolge auf die Bezahlung, die hohen körperlichen und emotionalen Belastungen, die sozialen Spannungen und Konflikte in den Diensten und Einrichtungen, die schlechte Arbeitszeitorganisation, unzureichende Entwicklungsmöglichkeiten und die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Im internationalen Vergleich sind das Arbeitsaufkommen und die zeitliche Belastung der Beschäftigten, insbesondere in den stationären Einrichtungen, sehr hoch (Bispinck u.a. 2012, 25ff.; Gerlinger 2008; Gerlinger/Röber 2009, 64; Simon u.a. 2005, 46ff.; Theobald u.a. 2013). Die Fokussierung auf Effizienz, Rationalisierung und Kostensenkung hat insgesamt zu einer zu knappen Personalbemessung geführt (Gerlinger 2008; Senghaas-Knobloch 2008, 2010, 94), die mit einem „Bedeutungsverlust persönlicher Zuwendung" (Gerlinger 2008) einhergeht. Die Pflege wird aus ihrem sozialen Kontext herausgerissen, es kommt zu Mängeln in der elementaren Versorgung, die sich z.B. in fehlenden Zeiten für Gespräche und im Wundliegen zeigen.

Die negativen Entwicklungen im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen, die Löhne und die Beschäftigungsverhältnisse erfolgten dabei im Kontext einer voranschreitenden Professionalisierung. Die Zahl und der Anteil der Pflegefachkräfte haben bis 2011 zugenommen, was auf die gestiegene Verantwortungsübertragung und auf zunehmende Qualitätsstandards zurückzuführen ist. Seitdem nimmt die Zahl der Pflegefachkräfte weiter zu, der Anteil geht allerdings leicht zurück, was vermutlich auf den beginnenden Fachkräftemangel zurückzuführen ist (Tab. 1).

Dass sich die Löhne und die Beschäftigungsstrukturen trotz der Professionalisierung gegenläufig entwickelt haben, lässt sich wohl nur mit den Spezifika der

Branche und des Berufs erklären: Es handelt sich bei der Altenpflege um einen Bereich der Sorgearbeit, der hochgradig weiblich geprägt ist. Lediglich im Kontext des einsetzenden Fachkräftemangels zeigen sich nun die ersten Ansätze eines Wandels im Sinne der Aufwertung dieses Care-Sektors, wobei bislang unklar ist, ob und inwiefern dies gelingen wird. Der Wandel der regierungspolitischen Wortwahl von „Wir werden die Arbeitsbedingungen und die *Bezahlung* in der Alten- und Krankenpflege *sofort und spürbar verbessern*" (Koalitionsvertrag 2018, 96, Herv. D.A.) hin zur „Konzertierte[n] Aktion Pflege – für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und *gerechte Bezahlung*" (BMG 2018, Herv. D.A.) lässt bereits vermuten, dass den politischen Akteuren der Großen Koalition mittlerweile deutlich geworden ist, dass eine Erhöhung der Löhne in der Pflegebranche angesichts eines fehlenden Tarifvertrags, den man für allgemeinverbindlich erklären kann, und angesichts eines privaten Arbeitgeberverbands in der Pflege, der wenig Bereitschaft zeigt, bundeseinheitliche Lohnstrukturen zu verhandeln, ein schwieriges Unterfangen sein wird.

Literatur

Auth, Diana, 2019: Prekarisierung der Pflege(arbeit) = Armut der Pflegenden? In: Dackweiler, Regina-Maria/Rau, Alexandra/Schäfer, Reinhild (Hg.): Frauen und Armut. Feministische Perspektiven. Berlin, Toronto, i.E.

–, 2017: Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Münster.

–, 2013: Ökonomisierung von Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. WSI-Mitteilungen. 66. Jg. Heft 6, 412-422.

Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret, 2016: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich.

Becke, Guido/Bleses, Peter, 2016: Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften. 57. Jg., 105-126.

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Holger/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn, 2012: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Düsseldorf.

BMG, 2018: Konzertierte Aktion Pflege – für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html; Zugriff: 21.12.2018).

Bode, Ingo, 2010: Die Malaise der Krankenhäuser. Leviathan. 28. Jg. Heft 2, 189-211.

Bundesagentur für Arbeit, 2018: Entgeltatlas. (https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index.jspx;jsessionid=jl2mX-E1mCVwoi716x9nZ-Ysx-Arf4wEt-0KiN4nDDbWj28MeHvlK!-2064427543?_afrLoop=7258564921810669&_

afrWindowMode=0&_afrWindowId=null&_adf.ctrl-state=17qks7vavr_1; Zugriff: 28.05.2018).

Bundesregierung, 2018: Mindestlöhne in der Pflege steigen. (https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mindestloehne-in-der-pflege-steigen-392506; Zugriff: 14.12.2018).

Burau, Viola/Theobald, Hildegard/Blank, Robert H., 2007: Governing Home Care. Cheltenham.

Evers, Adalbert, 2008: Investiv und aktivierend oder ökonomistisch und bevormundend? Zur Auseinandersetzung mit einer neuen Politik von Sozialleistungen. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 229-249.

Ewert, Benjamin, 2013: Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen. Wiesbaden.

Gerlinger, Thomas, 2008: Pflege ist mehr wert. Pflegearbeit und Pflegeberufe im Blickpunkt der Gesundheitspolitik. Magdeburg.

Gerlinger, Thomas/Röber, Michaela, 2009: Die Pflegeversicherung. Bern.

Hochschild, Arlie Russel, 1995: The culture of politics: traditional, post-modern, cold-modern and warm-modern ideals of care. Social Politics. 2. Jg. Heft 3, 333-346.

Jaehrling, Karen, 2004: Die politische Regulierung des Arbeitsmarktes Privathaushalt. Marktregulative Politik im deutsch-französischen Vergleich. Zeitschrift für Sozialreform. 50. Jg. Heft 6, 617-645.

Joost, Angela, 2013: Altenpflegekräfte länger im Beruf halten. Chancen, Potenziale und strategische Ansätze. Bundesgesundheitsblatt. 56. Jg., 1112-1118.

Koalitionsvertrag, 2018: Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode.

Kümmerling, Angelika, 2009: Der lange Weg zur Professionalisierung der Altenpflege und seine (nicht?)-intendierten Folgen. In: Lehndorff, Steffen (Hg.): Abriss, Umbau, Renovierung? Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells. Hamburg, 136-165.

Landenberger, Margarete, 1998: Innovatoren des Gesundheitssystems. Dezentrale Handlungspotentiale von Pflegeorganisationen und Pflegeberufen durch die Gesundheitsreformgesetzgebung. Bern.

Manzeschke, Arne, 2005: Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Berlin, 129-149.

Nullmeier, Frank, 2004: Vermarktlichung des Sozialstaats. WSI-Mitteilungen. 57. Jg. Heft 9, 495-500.

Pfau-Effinger, Birgit/Och, Ralf/Eichler, Melanie, 2008: Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 83-98.

Pierson, Paul, 2001: Coping with Permanent Austarity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 410-456.

Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas, 2018: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Bremen/Stuttgart.

Rothgang, Heinz/Preuss, Maike, 2008: Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 31-48.

Rüb, Friedbert W., 2003: Vom Wohlfahrtsstaat zum „manageriellen Staat"? Zum Wandel des Verhältnisses von Markt und Staat in der deutschen Sozialpolitik. In: Czada, Roland M./Zintl, Reinhard (Hg.): Politik und Markt. Wiesbaden, 256-299.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. (BT-Drs. 16/6339; http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf; Zugriff: 20.5.2019).

Schulz, Erika, 2012: Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. DIW-Wochenbericht 51-52, 3-17.

Senghaas-Knobloch, Eva, 2010: Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege. In: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.): Unsichtbare Pflegearbeit – Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 2. Münster, 85–105.

–, 2008: Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. Berliner Journal für Soziologie. 32. Jg. Heft 2, 221–243.

Simon, Michael/Hasselhorn, Hans-Martin, 2005: Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie im Pflegeberuf. In: Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund/Berlin/Dresden, 82–87.

Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/Büscher, Andreas/Müller, Bernd Hans, 2005: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland.

Statistisches Bundesamt, 2018: Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

–, 2013: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

–, 2001: Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn.

Theobald, Hildegard, 2004: Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups. Berlin.

Theobald, Hildegard/Szebehely, Marta/Preuß, Maren, 2013: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin.

Winker, Gabriele, 2015: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld.

Clarissa Rudolph / Katja Schmidt

Politikfeld Pflege – kollektives Handeln und Interessenvertretung von Pflegekräften

1. Einleitung

Wenngleich der Sozialstaat im Grundgesetz garantiert ist, ist dessen Ausgestaltung die Aufgabe politischer und gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse. Dies macht auch Sinn, weil sich die Rahmenbedingungen des Sozialstaates und damit auch die Anforderungen an eine zukunftsfähige Sozialpolitik verändern. Damit konstituiert die Sozialpolitik die Art und Weise, wie soziale Problemlagen vermieden oder ausgeglichen werden können, aber auch, wie die Arbeitsbedingungen insbesondere im Bereich der sozialen Dienstleistungen und der Care Arbeit gestaltet werden (Böhle/Lessenich 2018; Aulenbacher u.a. 2018), z.B. durch die Adressat*innen und die Finanzierung der Sozialversicherungen. Das System der Bundesrepublik Deutschland sieht nun unterschiedliche Wege für die Aushandlungsprozesse sowohl auf politischer und gesellschaftlicher Ebene vor – sowie vielfältige Verknüpfungen und Überkreuzungen dieser Ebenen. Dies wird auch im Bereich der Pflege sichtbar.

Die Pflege ist ein Teil der sozialstaatlichen Leistungen, der verschiedene Gesetzgebungsbereiche, vielfältige Akteure und Träger und zahlreiche, ganz unterschiedlich Betroffene umfasst. Überblicksmäßig lassen sich Unterschiede finden hinsichtlich der Betreuungsformen und -orte (stationäre Einrichtungen, ambulante Dienste und Privathaushalte), hinsichtlich der Träger der Pflege (staatlich/kommunal, gemeinnützig und privat), hinsichtlich der von Pflege Betroffenen (Pflegefachkräfte, Pflegebedürftige, Angehörige) und schließlich hinsichtlich der Akteure (individuell Betroffene sowie kollektive Akteure wie Parteien, Verbände, Gewerkschaften, Selbsthilfegruppen).

Die derzeitige Situation in der Pflege ließe erwarten, dass sich die vom Pflegenotstand Betroffenen zusammenschließen und gemeinsam für eine Verbesserung der Situation für alle eintreten. Dass dies oft nicht geschieht, hat viele Gründe, denen wir in diesem Beitrag nachgehen wollen. Die vielen Akteure der Pflegepolitik haben nicht nur unterschiedliche, sich teilweise widersprechende, Interessen,

sondern auch unterschiedliche Chancen, diese Interessen durchzusetzen. Dafür sind einerseits die zunehmende Ökonomisierung dieses Sektors verantwortlich, die Zielsetzungen und Machtpotentiale verschoben hat und andererseits die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, wie sie sich z.B. mit der Marginalisierung und Vergeschlechtlichung von Care oder mit den Arbeitsbeziehungen in der Pflege benennen lassen.

Die Frage nach den (Durchsetzungsmöglichkeiten von) Interessen in den Arbeitsbeziehungen im Kontext staatlicher Regulierungsprozesse stellt einen zentralen Aspekt der Arbeitspolitik dar, wie sie konzeptionell u.a. im Wissenschaftszentrum Berlin entwickelt wurde (Jürgens u.a. 1984; Kurz-Scherf 2013): Das Konzept „verbindet praktisch und theoretisch den Fokus auf die staatliche Regulierung von Arbeit mit dem auf die Arena der betrieblichen Arbeitsgestaltung und -konflikte unter Einbeziehung der intermediären Ebene von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden wie aber auch von anderen arbeitspolitisch relevanten sozialen Beziehungen, Bewegungen und Institutionen" (ebd.: 169). Diesen Fokus nehmen wir im Folgenden ebenfalls ein, wenn wir danach fragen, welche Möglichkeiten und Hürden der Interessenvertretung der Pflegekräfte im Politikfeld 'Pflege' wirksam werden und welche Rolle dabei einerseits die wohlfahrtsstaatlichen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen spielen und andererseits die Ausgestaltung der Interessenvertretungen und ihr Verhältnis zueinander. Wir skizzieren deshalb im ersten Schritt ganz kurz, wie Carearbeit im modernen (konservativ-liberalen) Wohlfahrtsstaat angesiedelt und politisch reguliert wird und wie daraus der Pflegenotstand entstanden ist (Kap. 2). Im dritten und vierten Kapitel stellen wir die Ergebnisse unseres Forschungsprojekts „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern" vor, die wir im Hinblick auf den individuellen Umgang mit unzureichenden Arbeitsbedingungen und der Wahrnehmung von Interessen sowie die (Aus) Gestaltung der Interessen(vertretungen) gewonnen haben. Wir schließen mit einem Blick auf Pflegekammern (5. Kapitel) und offenen Fragen im Fazit ab.

Weil es uns um die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen durch die Pflegekräfte und die Möglichkeit der Kollektivierung ihrer Interessen geht und weil die Interessenorganisationen vorwiegend sektorübergreifend organisiert sind, fassen wir die Pflegekräfte des stationären Sektors (vorwiegend Krankenpflege) und des ambulanten Sektors (vorwiegend Altenpflege) zusammen, wohlwissend, dass hier die Bedingungen durchaus unterschiedlich sind, wie wir kurz darstellen werden[1].

1 Im Rahmen des genannten Forschungsprojekts hatten wir uns ursprünglich auch mit den Möglichkeiten der Interessenvertretung von (migrantischen) Pflegekräften in

2. Grundlagen sozialwissenschaftlicher Perspektiven auf Pflege

Im konservativen Wohlfahrtsstaat, als dessen Prototyp die Bundesrepublik Deutschland lange Zeit galt, wird Pflege traditionell sowohl öffentlich als auch privat wahrgenommen: Die Versorgung von kranken Menschen erfolgt im Kontext der öffentlichen Kranken- und Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, während alte Menschen überwiegend in den Familien versorgt werden. Diese Unterscheidung kann zum Teil mit der *gesellschaftlichen Relevanz* der Betroffenen erklärt werden: Während Kranke durch Pflege wieder für den Arbeitsmarkt fit gemacht werden sollen, gibt es für ältere und alte Menschen keine 'Verwendung' mehr. Beide Arbeitsbereiche werden von Frauen besetzt; Care und Pflege sind vergeschlechtlichte Perspektiven und Tätigkeiten. Der Wohlfahrtsstaat hat dies in Form des Alleinernährer-Hausfrauen-Modells institutionalisiert, indem seine Angebote und Versorgungsmöglichkeiten sowie der Zugang zum Arbeitsmarkt entsprechend reglementiert wurden (Scheele und Meussling-Sentpali i.d.B.).

Im Bereich der Pflege haben in den letzten 25 Jahren einschneidende Veränderungen stattgefunden, die zwar nicht die Vergeschlechtlichung verändert, aber die wohlfahrts- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen mit Elementen eines liberalen Wohlfahrtsstaates neu konturiert haben. Der aktivierende Wohlfahrtsstaat fordert nun von allen Erwachsenen ihren Beitrag zur Existenzsicherung durch Erwerbsarbeit und implementiert dieses adult-worker-Modell in der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik (Rudolph 2012). Allerdings ist die Übernahme der Care-Arbeit bei dieser Umgestaltung teilweise 'vergessen' worden. Während es einen kontinuierlichen Ausbau an Kinderbetreuungsangeboten gab und gibt, sind die Angebote und Absicherungen in der Altenbetreuung mit der Einführung der Pflegeversicherung und der Pflege- und Familienpflegezeit nur halbherzig vollzogen worden (Auth i.d.B.). Und auch die menschenwürdige Ausgestaltung der formellen und professionalisierten Care-Arbeit war kein Anliegen der Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik, mit der Folge, dass die überwiegend weiblichen Beschäftigen mit zu wenig Lohn, atypischen Arbeitszeiten, hoher Arbeitszeitverdichtung und geringer gesellschaftlicher Anerkennung konfrontiert sind. Anders als bei der anderen großen Beschäftigtengruppe des

---

Privathaushalten beschäftigt, sog. 24h-Kräften. Allerdings sind hier die Unterschiede zwischen den Sektoren so groß (öffentlich – privat, professionalisierter Beruf – informelle Tätigkeit, Gewerkschaften und Verbände – virtuelle Netzwerke, Pflege- und Geschlechterregime – Migrationsregime), dass eine gemeinsame Darstellung keinen Sinn macht. Wir verweisen deshalb auf die entsprechenden Beiträge i.d.B.

Gesundheitswesens, den Ärzt*innen, formierte sich trotzdem kein nennenswerter sichtbarer Widerstand gegen die Marginalisierung von bezahlter Pflege und gegen die unzureichenden Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der Kranken- und Altenpflege.

Der Pflegenotstand ist nun allgegenwärtig: In den Krankenhäusern sind seit der Einführung des Fallpauschalensystems im Pflegedienst Stellen abgebaut und im ärztlichen Dienst ausgebaut worden, wodurch die Arbeitsintensität für die Pflegekräfte deutlich zugenommen hat (Braun 2014, 93). Viele ausgebildete Pflegefachkräfte reduzieren ihre Arbeitszeit, steigen deutlich vor dem Renteneintrittsalter aus der Pflegearbeit aus oder wechseln in die ambulante Versorgung, weil sie sich davon mehr Flexibilität und Autonomie versprechen (Schmidt 2017). Letzteres kann in der ambulanten Pflegearbeit teilweise umgesetzt werden, allerdings unter den Bedingungen von sehr unregelmäßigen Arbeitszeiten (geteilten Diensten) und häufig geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. Drei Viertel der pflegebedürftigen alten und älteren Menschen werden in der Familie versorgt (DeStatis 2017), teilweise unterstützt von den ambulanten Pflegediensten oder durch migrantische Betreuungskräfte (sog. 24h-Betreuung). Die Etablierung der bestmöglichen Versorgung für die (Schwieger)Eltern ist oftmals ein komplizierter Balanceakt, der individuell von den Familien installiert und permanent an die veränderten Möglichkeiten ihrer Angehörigen angepasst werden muss. Beides – sowohl die Beschäftigungsverhältnisse in der professionellen Pflege, als auch die *private* Pflege zuhause – setzt noch immer auf den unterschiedlichen Erwerbsverhältnissen von Frauen und Männern auf, weil sowohl die Verdienstmöglichkeiten von Teilzeitarbeit in der Pflege, als auch die Übernahme von Care-Arbeit zuhause einen vollzeiterwerbstätigen Partner erfordert, um die Existenz von Paaren und Familien zu gewährleisten.

2.1 Das Politikfeld 'Pflege'

Professionelle Pflegearbeit findet in einem komplexen Setting statt (Gerlinger/Reiter 2017a; 2017b). Sie beruht einerseits auf der Krankenversicherung (Krankenpflege) und andererseits auf der Pflegeversicherung (ambulante und stationäre Altenpflege). Im Bereich der stationären Krankenpflege sind sowohl der Bund als auch die Länder für die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen verantwortlich. Die Finanzierung des Krankheits- und Gesundheitssystems erfolgt vorwiegend über die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen, während über die Ausgestaltung der Systems vorwiegend der G-BA, der

Gemeinsame Bundesausschuss, als Akteur der Selbstverwaltung entscheidet. Verantwortlich für den Krankenhausbau sind die Bundesländer; die Träger von Krankenhäusern verteilen sich entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Kommunen, gemeinnützige und private Träger. Die Vergütung für Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, regelt das Klassifikationssystem der Diagnosis Related Groups (DRG). Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden im Rahmen korporativer Verhandlungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften vereinbart, wobei die kirchlichen Einrichtungen Sonderbedingungen unterliegen (Rudolph i.d.B.). Auch die Zunahme privater Träger hat die Anzahl tarifgebundener Einrichtungen deutlich verringert.

Der ambulante Sektor, in dem v.a. die Unterstützung der häuslichen (Alten) Pflege angesiedelt ist, wird über die Pflegeversicherung finanziert. Diese 'Teilkaskoversicherung' finanziert seit 1995 erstmals Aufwendungen für die Pflege (stationär oder häuslich), allerdings nur teilweise bzw. ergänzend zu den Leistungen, die die Pflegebedürftigen bzw. ihre Familien selbst erbringen müssen; die Pflegeversicherung folgt dem Grundsatz *ambulant vor stationär*. Die Leistungen der Pflegeversicherungen bestimmen damit auch die Kosten der Pflege und damit (indirekt) die Höhe der Einkommen der Pflegekräfte. In den Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften führte der Umstand, dass zwischen 1995 und 2008 die Geld- und Sachleistungen in der Pflegeversicherung nicht angehoben worden waren (Gerlinger/Reiter 2017b, 282), dazu, dass es keine Grundlage für die Erhöhung der Gehälter der Beschäftigten gab. Zudem hat die Wettbewerbsorientierung der Pflegeversicherung bewirkt, dass sehr viele private Träger auf den Pflegemarkt gedrängt sind, die mit Pflege Gewinne erwirtschaften wollen, was sich ebenfalls unmittelbar auf das Gehalt, aber auch z.B. auf den Personalschlüssel ausgewirkt hat.

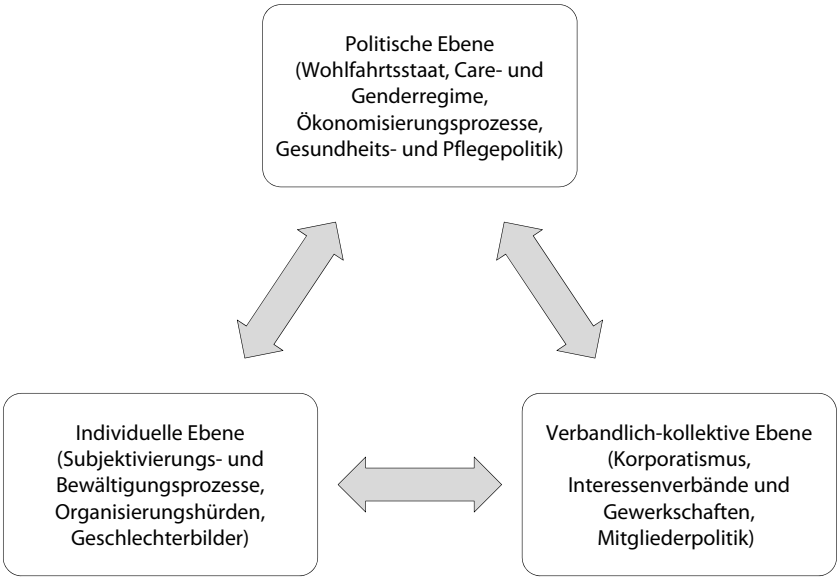
Der Zersplitterung der Trägerlandschaft entspricht auch die Zersplitterung der Verbändelandschaft. Verbände und Interessengruppen organisieren sich nach ihren unterschiedlichen Positionen und Funktionen in der Pflege (Träger, Arbeitgeber, Beschäftigte, Angehörige etc.), nach Statusgruppen oder Konfessionen o.ä. Diese Ausdifferenzierungen und Interessenwidersprüche erschweren die gemeinsame Positionierung in der Pflegepolitik.

2.2 Das Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern"

Vor diesem Hintergrund haben wir 2015 das Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern" aufgesetzt

und gestartet[2]. Orientiert an der Überlegung, dass die „gesellschaftliche Auseinandersetzung um Care als Herzstück des Sozialen das Ringen um soziale Gerechtigkeit im Geschlechterverhältnis ebenso einbeziehen [muss] wie Fragen der Anerkennung und Teilhabe für Sorgeleistende und Sorgeempfangende" (Brückner 2011: 119), haben wir Pflegekräfte, Vertreter*innen für Interessenverbände und Gewerkschaften und Expert*innen des Pflegesektors befragt. Anders als in der 'klassischen Arbeitspolitik' (Keller 2008) haben wir nicht nur die kollektiven, sondern auch die individuellen Akteur*innen in den Blick genommen. Dabei legen wir dem Politikfeld 'Pflege' eine Dreiecksstruktur zugrunde, die die politisch-wohlfahrtsstaatliche Ebene, die verbandlich-kollektive und die individuelle Ebene umfasst.

Abb.1: Dreieck der Arbeitsbeziehungen Pflege



Quelle: eigene Darstellung[3]

2 Das Projekt war angesiedelt im bayerischen Forschungsverbund „ForGenderCare", vgl. die Einleitung i.d.B.

3 Das von uns entwickelte Dreieck weist Überschneidungen zur Übersicht der „Idealtypischen Ordnung kollektiven Handelns in der Altenpflege" von Schroeder (2018, 34)

Die Analyse der politischen Rahmenbedingungen ist bei der Frage nach den Hürden und Chancen der Interessenvertretung wichtig, um die Kontexte von Pflegepolitik und Pflegearrangements als intervenierende Variable erfassen zu können. So erweist sich – wie gezeigt – gerade das Genderregime im Zusammenspiel mit der Ausgestaltung des Wohlfahrtsstaates als zentrale Rahmung von Pflegearbeit und haben bspw. die Ökonomisierungsprozesse gravierende Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Für viele Pflegekräfte ergeben sich bereits aus diesen Bedingungen Widersprüche, die sie meist hindern, sich für ihre Interessen zu engagieren. Darüber hinaus spielt auch die verbandlich-kollektive Ebene eine Rolle, da hier die verschiedenen Möglichkeiten und Organisationen zusammengefasst werden, die für die Durchsetzung von Interessen im Bereich Pflege relevant sind. Hierfür maßgeblich sind sowohl die korporativen als auch mitgliederpolitischen Strukturen, um schließlich sowohl auf der individuellen als auch der politischen Ebene die notwendigen Prozesse zur Umsetzung 'guter Arbeit' und 'guter Sorge' wirksam werden zu lassen. Da die Ebenen stark miteinander verflochten sind, ist nicht nur die Analyse schwierig, sondern auch die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, was ebenfalls Ziel des Forschungsprojektes war.

Inhalte der Interviews waren bei den Pflegekräften infolgedessen die Arbeitsbedingungen in der Pflege, ihre Bewältigungsstrategien und die (Nicht-) Teilhabe an unterschiedlichen Formen von Interessenvertretungen. Die Organisationsvertreter*innen und die Expert*innen haben wir in Einzelinterviews und in einer Gruppendiskussion[4] nach den Zielen ihrer Organisationen, nach den Geschlechterverhältnissen in der Pflege und in den Interessenvertretungen sowie nach den Rahmenbedingungen und Kooperationen der Pflegepolitik befragt. Das Ziel des Projektes bestand darin, ausgehend von den prekären Arbeitsbedingungen die Möglichkeiten und Hürden von Interessenvertretungen im Kontext von pflege- und arbeitspolitischen Strukturen und von Geschlechterverhältnissen zu analysieren und Perspektiven für konstruktive Interessenvertretungen zu diskutieren. Da während der Projektlaufzeit nicht nur die Debatte über die Einführung einer Pflegekammer in Bayern entbrannte, sondern auch negativ entschieden wurde, lag ein weiterer Fokus auch auf dieser Entwicklung.

---

auf. Die Komplexität des Politikfeldes wird aber durch die Aufnahme von Leitbildern, Regimeperspektiven, Transformationsprozessen etc. erst wirklich deutlich.

4 Insgesamt haben wir 32 Einzelinterviews und eine Gruppendiskussion durchgeführt. Alle Aufnahmen wurden extern transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch mithilfe von MAXQDA ausgewertet.

Im Folgenden stellen wir die wichtigsten Ergebnisse des Projekts im Hinblick auf die individuellen Bewältigungsstrategien, ausgehend von den spezifischen Berufsbedingungen, sowie die Möglichkeiten und Hürden der Organisierung und Interessenvertretung in der Pflege vor.

3. Bewältigungsmuster und Organisierungshürden auf Ebene der Beschäftigten

Die vielfach konstatierte steigende physische und psychische Arbeitsbelastung der Pflegekräfte durch Zeitdruck und Verdichtung des pflegerischen Alltags ist zugleich Voraussetzung und Hürde für eine kollektive Organisierung der Beschäftigten. Hinzu kommt, dass Pflegearbeit nicht nur durch die gesundheits-, pflege- und arbeitspolitischen Rahmenbedingungen bestimmt wird, sondern auch durch das direkte Beziehungsgefüge zu den zu betreuenden Personen. Damit bewegen sich Pflegekräfte in einem fast unauflösbaren Spannungsverhältnis zwischen einer Zweckrationalität und einer Fürsorgerationalität (Kumbruck 2010, 189f.), in dem sie gleichzeitig geringen Zeitaufwand und geringe Kosten und größtmögliche emotionale Zuwendung zu den Pflegebedürftigen gewährleisten sollen.

Aus diesem Gegenstand der Tätigkeit ergibt sich ein berufsspezifisches Verantwortungsgefühl, das innerhalb personennaher sozialer Dienstleistungen oft als „Zuneigungsgefangenschaft" konstatiert wird (Hipp/Kelle 2016). Die Gefangenschaft kann darin gesehen werden, dass die zu pflegenden Personen in einer gewissen Abhängigkeit zu den Pflegekräften stehen und sich daraus, im Unterschied zu produktionsnaher Arbeit, ein spezifischer „arbeitsinhaltlicher Anspruch" der Beschäftigten an ihre Arbeit ergibt (Nies 2015). Dieser zentrale inhaltliche Ausgangspunkt steht in unmittelbarer Wechselwirkung zur Ökonomisierung der Pflege in den letzten Jahren. De Facto erleben Pflegekräfte durch die ökonomische Steuerung der Pflege eine Abwertung ihrer Professionalität und Kompetenzen, denn professionelle Pflegearbeit beinhaltet sowohl medizinisch-fachliche wie emotional-situative Aspekte als Voraussetzung der Tätigkeiten. Die Austeritätspolitik und ihre Auswirkungen auf die Ausgestaltung der gegenwärtigen Pflegeinfrastruktur verursachen jedoch eine 'Rationalisierung von Sorgearbeit', da die tatsächliche Finanzierung über rein funktionale, minutiös getaktete Pflegetätigkeiten im ambulanten Bereich sowie der Abrechnung ausschließlich medizinischer Behandlungen im stationären Bereich erfolgt (Aulenbacher/Dammayr 2014).

Verstetigt wird diese strukturelle Herabwürdigung professioneller Pflegearbeit im Speziellen – und weiblich konnotierter Sorgearbeit im Allgemeinen – durch

das Outsourcen der situativ-emotionalen Aspekte an angelernte Hilfskräfte im Niedriglohnsektor entlang traditioneller Ungleichheitsphänomene hinsichtlich sex, race und gender (Lutz/Palenga-Möllenbeck 2015). Diese permanente Abwertung von Pflege als Arbeit und Profession ist insofern relevant, als sie Auswirkungen auf die Kompensierungsleistung in der praktischen Arbeit und somit auch auf die kollektive Handlungsfähigkeit der Beschäftigten hat. Denn die strukturelle Widersprüchlichkeit ihrer Arbeit bewältigen Pflegekräfte durch ein hohes Maß an Subjektivierung von Arbeit (Schmidt 2017). Die Strategien variieren dabei individuell und reichen von unbezahlter Mehrarbeit und Bereichs- oder Trägerwechsel über Krankschreibungen bis hin zur Arbeitszeitverkürzung und zum Berufsausstieg (#Pflexit). Darüber hinaus werden dem Team und dem kollegialen Zusammenhalt eine zentrale Ressource zur Arbeitsbewältigung zugeschrieben. Es herrscht – insbesondere im stationären Bereich – eine gegenseitige Erwartungshaltung der Unterstützung und Kompensierung, wohingegen der ambulante Bereich stärker durch Einzelkämpfer*innen geprägt ist, die sich häufig bewusst für die (team-)unabhängige Pflege vor Ort entscheiden. Die dritte zentrale Bewältigungsebene stellen die Vorgesetzten dar und zwar als maßgeblich Verantwortliche für die Ausgestaltung der Dienstpläne und Verlässlichkeit der Arbeitszeiten. Anhand dieser drei Bewältigungsebenen wird ein betrieblicher Mikrokosmos erkennbar, innerhalb dessen Individuum, Team und Vorgesetzte als ineinander verschränkte, voneinander abhängige und füreinander verantwortliche Einzelsysteme funktionieren. Die – sowohl für die Beschäftigten, als auch für die Pflegebedürftigen – strukturell notwendige Kompensierung der unzureichenden Berufs- und Pflegebedingungen kann somit als ein elementarer Grund für die bislang schwache Organisierung der Beschäftigten gesehen werden.

Anhand der weitergehenden empirischen Analyse des Interviewmaterials wurden darüber hinaus weitere Gründe sichtbar, warum die Beeinflussung dieser Bedingungen selten als ein kollektiv zu veränderndes Thema bzw. als Gegenstand traditioneller Interessenvertretung gesehen wird. Unter vielen Befragten herrschte mangelnde Informiertheit über die grundsätzlichen arbeitsrechtlichen Möglichkeiten auf betrieblicher Ebene, aber auch in Bezug auf die vorhandenen kollektiven Organisierungsmöglichkeiten und den jeweiligen unterschiedlichen Aufgabenbereichen von Verbänden und Gewerkschaften. Daraus resultiert u.a. eine Vermischung der Aufgabenbereiche der existierenden Organisationen und Institutionen, die zu einer gewissen Skepsis im Hinblick auf die Erfüllung ihrer Aufgaben und auf ihre Durchsetzungsstärke führt.

> Es ist ja schon so lang bekannt, dass wir einen Pflegenotstand haben und dass unterbezahlt ist und dass die Bedingungen schlecht sind und ver.di gibt es jetzt auch

> schon länger und es passiert nichts, also sind die Stellschrauben woanders, nicht bei ver.di. Ja und ver.di vereint ja alles Mögliche, ja. Bei der IG Metall ist es wieder was anderes, weil da sind dann die ganzen Metaller drin (...) ich bin Mitglied beim DBfK[5], weil ich mir gedacht habe, die können eher noch die Interessen vertreten als ver.di (PKAw4[6]).

Neben der Frage, welche Akteure, welche Einflussmöglichkeiten haben, wird anhand dieser Aussage auch ein grundsätzliches Legitimitätsproblem der Gewerkschaften gegenüber der Beschäftigten sichtbar. Angesichts der spezifischen beruflichen Voraussetzungen fühlen sich viele der von uns befragten Beschäftigten gar nicht von ver.di vertreten in ihren berufsspezifischen Ansprüchen. Dies liegt weniger an der konkreten gewerkschaftlichen Arbeit, sondern daran, dass Beschäftigte, deren Tätigkeiten auf die Bereitstellung öffentlicher Güter abzielen, „deutlich weniger als andere Beschäftigte mit ihren eigenen Interessen und Ansprüchen als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer [argumentieren], vielmehr ist die fachlich untermauerte Fürsorgeorientierung im Sinne einer Orientierung an den Lebensbedürfnissen anderer zentrales Anspruchsprinzip" (Kratzer et al. 2015, 217). Zentraler Anspruchsgegenstand der befragten Pflegekräfte ist zweifelsohne die Umsetzung 'guter Pflege'. Notwendige Umsetzungskriterien für gute Pflege werden hierbei in der Bereitstellung zeitlicher und personeller Ressourcen sowie in der Schaffung berufsbezogener Mitbestimmungsräume gesehen.

Gleichwohl gelingt es bislang kaum konkrete Mitbestimmungsräume in der Praxis zu gestalten, in der (Vertretungen der) Pflegekräfte gleichberechtigt neben anderen gesundheits- und pflegepolitischen Akteuren Einfluss auf die berufspolitischen Rahmenbedingungen nehmen können. Dies liegt einerseits an den Pflegekräften selbst, die wirkmächtige Hierarchisierungsprozesse innerhalb der unterschiedlichen Pflegeberufe und -gebiete reproduzieren und dabei insbesondere im Verhältnis zur Medizin und Ärzteschaft eine marginalisierte Rolle konturieren (Schmidt 2017). Diese Marginalisierung und die Unterscheidung von Einsatz- und Kompetenzbereichen der Pflege führen zu einer Verstetigung der traditionellen Ungleichgewichtung und Fremdbestimmung seitens der Medizin.

Andererseits, so die zentrale Erkenntnis aus den Interviews, sind es die berufspolitischen Rahmenbedingungen, die die traditionelle berufliche und verge-

---

5 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.

6 Das Kürzel verweist auf die Interviews, die wir im Rahmen des Forschungsprojektes durchgeführt haben. PK steht für Pflegekraft, S für den stationären Bereich und A für den ambulanten. Exp steht für Expert*in, m=männlich und w=weiblich. Die Zitate sind wg. der Lesbarkeit teilweise sprachlich geglättet.

schlechtlichte Hierarchie der Berufe im Gesundheitswesen stabil halten. Während in Deutschland die Pflege weisungsgebunden gegenüber den Ärzt*innen und strukturell entsprechend nicht eigenständig verankert ist, verweist eine Pflegekraft auf Holland, wo eine gleichberechtigte Angebotsstruktur existiert:

> Zum Beispiel glaube ich, ist das in Holland ganz gut mit diesen Tandempraxen, dass man halt eine Pflegepraxis neben dem Hausarzt hat. (...) Das sind strukturelle Sachen, wo die Pflege einfach ernstgenommen wird. Bei uns läuft das, finde ich, immer so nebenbei. Also es ist nichts eigenständiges, wo es aber doch eigenständige Bereiche gäbe (PKAw4).

Mehr Eigenständigkeit könnte entscheidend auf die Ausbildung einer eigenen Berufsautonomie wirken und zu mehr Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten führen: *„... [D]er Pflege generell mal eine Chance geben mitzubestimmen, weil das ist ja ein ganz großes Problem, dass die überhaupt nicht politisch vertreten ist in dem Sinne oder gleichberechtigt ist mit den anderen Instanzen im Gesundheitssystem“* (PKSw1). Die Fremdbestimmung und fehlende fachliche Sichtbarkeit der Berufsgruppe wird auch im Kontext öffentlicher Diskurse und Veranstaltungen sichtbar und Berufsvertreterinnen wundern sich, „*wer da plötzlich alles Experte für Pflege ist, wenn es um die Profession und die berufliche Pflege geht“* (GDw3).

Institutionelle und öffentliche Repräsentationsdefizite sind jedoch nicht nur eine Frage kaum vorhandener Mandate der beruflichen Mitbestimmung. Die traditionellen gesellschaftlichen Arbeitsteilungsmuster wirken schließlich im unbezahlten, wie bezahlten Sorgebereich und haben Auswirkungen auf Fragen der praktischen politischen Mitbestimmungsressourcen, denn „*Frauen haben sehr häufig ja dann doch auch eben diese Doppelbelastung mit Familie und dann einfach auch faktisch häufig die Zeit nicht, sich noch politisch zu engagieren. Also das ist das, was wir sehr häufig hören“* (Expw5).

Zudem lässt sich ein Zusammenhang zwischen atypischen Beschäftigungsverhältnissen und geringer Organisierung von Beschäftigten feststellen (Gerlach und Ahrens 2015), so dass ein mangelndes politisches Engagement in Pflegeberufen anhand mehrfach in sich verschränkter Benachteiligungsmuster analysiert und begründet werden kann. Weitere Vergeschlechtlichungsmuster lassen sich in der Selbstwahrnehmung der Beschäftigten identifizieren, wenn es um die Frage nach widerständigem Verhalten geht. Notwendige Verhaltensweisen, um sich im (Berufs-)Alltag zu widersetzen, Forderungen zu stellen und Standpunkte zu vertreten, werden dabei nämlich nicht Frauen zugeschrieben, da „*Frauen, es gewohnt [sind], dass sie alles machen. Möglichst für nichts. Ja, es ist so“* (PKAw1). In der Konsequenz führt das u.a. dazu, dass auch die Vertretungen der Pflege-

verbände und Gewerkschaften überwiegend von Männern besetzt sind, obwohl ihr Anteil an den Beschäftigten zwischen 15 und 20 Prozent liegt.

Es wird deutlich, dass professionelle Pflege in einem komplexen Zusammenspiel aus berufs-, arbeits- und sozialpolitischen sowie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stattfindet. Pflegekräfte kompensieren die unzureichenden und widersprüchlichen Bedingungen einerseits, reflektieren andererseits aber auch Parameter, die bislang zu Ungunsten einer stärkeren Selbstvertretung der Berufsgruppe führen. Diese betreffen vor allem berufs- und pflegepolitische Gestaltungsebenen, angefangen bei klaren Kompetenzbereichen, einer Auflösung starrer Hierarchisierungsprozesse entlang von Beruf und Geschlecht, über mehr Berufsautonomie bis hin zu einer Akademisierung des Berufsfeldes (Meussling-Sentpali i.d.B.). Hierfür sehen sie sich selbst ebenso in der Verantwortung, wie Politik, Gesellschaft und Verbände.

4. Voraussetzungen und Hürden der Interessenvertretung

Traditionell hat die kollektive Organisierung von 'Arbeitermacht' Potenzial, Einfluss auf betriebliche Arbeitsbedingungen und institutionalisierte Rechte zu nehmen (Keller 2008; Schmalz/Dörre 2014). Die Voraussetzungen zur Einflussnahme auf die Arbeitsbedingungen in der öffentlichen Daseinsvorsorge unterscheiden sich jedoch aufgrund der Aushandlungsräume und politischen Entscheidungsarenen. Die Arbeitsbeziehungen im Bereich der Pflege sind von sehr unterschiedlichen Trägerstrukturen, einer teils zersplitterten Interessen- und Verbandslandschaft und einer „strukturellen Ungleichheit" geprägt (Evans 2016). Infolge der massiven Veränderungen auf der Trägerseite vollziehen sich parallel dazu Veränderungen in Bezug auf die Stellung der Sozialpartner in den industriellen Beziehungen und somit des Einflussgrades korporativer Akteure. „In den sozialpolitischen Feldern von Gesundheit, Rente und Arbeitsmarkt vollzog sich die korporatistische Einbindung auf drei Ebenen: der Tarifautonomie, der betrieblichen Interessenvertretung und der Selbstverwaltung" (Speth 2013, 520). Kritisch reflektiert wird die gegenwärtige Umsetzung der Selbstverwaltung und ihrer Akteure auch seitens der Pflegeverbände, wie eine Vertreterin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) folgendermaßen zusammenfasst.

> Wo wir einfach jetzt auch als Verband noch Verbesserungspotenzial sehen, ist vor allen Dingen auch auf Bundesebene dort in Gremien reinzukommen, die doch sehr stark über die Entwicklung im Gesundheitsbereich entscheiden. Also da ist der Gemeinsame Bundesausschuss, der in den letzten Jahren deutlich an Macht zuge-

> nommen hat. Also die Entscheidungen haben einfach doch eine sehr gravierende Bedeutung für den Gesundheitsbereich. Und da ist zwar die Pflege vertreten, aber nicht stimmberechtigt vertreten. Also da sehen wir an der Stelle schon auch noch Verbesserungsbedarf. Und auch das ist etwas, was sich nur politisch ändern lässt. Also da braucht es einfach mal eine politische Entscheidung, also der politischen Vertreter, eine Entscheidung zu sagen: 'Ja, wir wollen die Pflege aufwerten und wir setzen die jetzt auch stimmberechtigt in solchen Gremien rein' (Expw5).

Die von den Beschäftigten wahrgenommene Stellvertretungsproblematik der Profession Pflege wiederholt sich somit auch auf Seiten der kollektiv-verbandlichen Möglichkeiten von Interessenvertretung. So unterliegen auch die korporativen Partner asymmetrischen Machtverhältnissen, die sich aufgrund der Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheits- und Pflegesektors weiter verschärfen.

Auch die zweite – tarifpolitische – Ebene der Einflussnahme ist hiervon beeinflusst, da Tarifverhandlungen nur bedingt und unter sehr unterschiedlichen arbeitsrechtlichen Voraussetzungen stattfinden. In der Folge arbeiten lediglich 39 % der Altenpflegefachkräfte innerhalb tarifgebundener Arbeitsverträge. Die größte Gruppe der Pflegekräfte arbeitet in privater Trägerschaft ohne Tarifbindung (Bispinck et al. 2012, 12). Ver.di sieht sich indessen in der Frage nach kollektiven und verbandlichen Möglichkeiten der Einflussnahme und der Verbesserung der Arbeits- und Pflegebedingungen als zentralen Akteur. Denn, so fasst ein Fachbereichsleiter zusammen, *„Tarifpolitik ist schon maßgeblich, weil wir damit ja die Rahmenbedingungen setzen und auch einklagbare Rechte für die Kollegen und Kolleginnen setzen, beispielsweise was die Überstundendimensionen angeht. Aber natürlich auch mit Blick auf geregelte Arbeitszeiten und auch einen ressourcenschonenden Arbeitseinsatz"* (Expm3). Tatsächlich sind die Machtverschiebungen zwischen Kapital und Arbeit im Pflege- und Gesundheitssektor und die Erfolge hinsichtlich besserer Arbeits- und Pflegebedingungen für die Beschäftigten bislang jedoch marginal und der Gestaltungsraum von Gewerkschaften konzentriert sich auf vereinzelte betriebsbezogene Verbesserungen durch Haustarifkämpfe (Dribbusch 2019).

Die dritte Ebene – die betriebliche Interessenvertretung – erweist sich jedoch insofern als schwierige Verhandlungsarena, als sie von den branchenmäßig vergleichsweise geringen Mitgliedszahlen in der Pflege tangiert wird. Der geringe Organisierungsgrad ist einerseits durch einen erheblichen Zusammenhang von Trägerschaft und Tarifbindung begründet: Insbesondere private Träger und jene ohne Tarifbindung weisen einen geringen Anteil an Mitarbeiterbeteiligung auf und konnten gleichzeitig ihren Anteil an den Pflegeinrichtungen deutlich

steigern (Conrads et al. 2016). Andererseits werden hier auch mitgliederpolitische Fragen und die berufsspezifischen Passungsprobleme zwischen Verbänden und Pflegekräften relevant, denn *„der soziale Bereich, das ist ja ein Oberbegriff, in dem es verschiedenste berufsfachliche Qualifikationen, Identifikationen, Träger, Kulturen, betriebliche Konstellationen gibt. Also da muss man immer ein bisschen vorsichtig sein; man ist da immer schnell dabei, da alles über einen Kamm zu scheren. (...) Und das ist komplizierter als in der IG Metall, wo die erklären, dass sie eben einen Streik führen und dann den Laden dichtmachen"* (Expm3).

Verdeutlicht werden in der Aussage die spezifischen Voraussetzungen in Sorgeberufen, die sich hinsichtlich der Tätigkeit, der Beschäftigungsverhältnisse, der Professionslogik und Ansprüche an Arbeit und der betrieblichen Strukturen vom Industrie- und Produktionsbereich unterscheiden. Beispielsweise arbeiten Pflegekräfte in ambulanten Diensten häufig in kleinteiligen Betrieben (bewusst) isoliert und haben dadurch andere Erschließungsvoraussetzungen, was sich z.B. am Organisationsgrad der Beschäftigten niederschlägt (Nowak et al. 2012; Schroeder 2018). Gewerkschaftliche Mitgliederpolitik hat sich jedoch aus ihrer Historie an produktionsnahen, männlich geprägten Erwerbsbedingungen orientiert.

So konstatieren die von uns befragten Vertreter*innen von Gewerkschaft und Verbänden gleichwohl auch einen kritischen Blick auf die eigenen Passungsprobleme mit und die Legitimität gegenüber ihren Mitgliedern. Gewerkschaft und Verbände stehen im Interessenfeld der Pflegepolitik und dessen Aushandlungsarenen vor spezifischen Herausforderungen aufgrund strukturell-institutioneller, aber auch branchen- und beschäftigtenbezogener Besonderheiten. Auf der kollektivverbandlichen Ebene bedarf es somit spezifischer Erschließungsstrategien für personennahe Dienstleistungsberufe. Ein traditionell defizitorientierter Blick auf das berufsethische Verantwortungsbewusstsein der Beschäftigten in Sorge- und Pflegeberufen wird den zukünftigen Herausforderungen hinsichtlich einer notwendigen Verschiebung von Machtverhältnissen und Normen innerhalb der Arbeitsbeziehungen im Bereich öffentlicher Daseinsvorsorge nicht gerecht. Vielmehr sollte hier an kritische Diskurse über die Ökonomisierung, Hierarchisierung und Vergeschlechtlichung von Sorge- und Pflegeberufen angeknüpft und neue Bündnisse angestrebt und ermöglicht werden. So zeigen sich seit einigen Jahren neue gewerkschaftliche und zivilgesellschaftliche Konfliktstrategien und Bündnisse zur Politisierung und Sichtbarmachung gegenwärtiger Bedingungen in der Pflege- und Sorgearbeit (Winker/Neumann und Schmidt i.d.B.). Notwendige Voraussetzung ist hierfür auch die selbstkritische Reflektion eigener widersprüchlicher verbandspolitischer Positionen und die Öffnung für neue Formen der Interessenvertretung und -durchsetzung. Gegenwärtige Beispiele dieser

durchaus schwierigen Entwicklung werden anhand der zahlreichen Diskussionen um die Einführung und Gestaltung einer generalistischen Ausbildung oder die Implementierung der berufsständigen Pflegekammern sichtbar.

5. Die Debatte zur Pflegekammer (in Bayern)

In der Debatte zu den Pflegekammern zeigt sich die Uneinigkeit der pflegepolitischen Verbände über die bestmögliche Form der Interessenvertretung und -durchsetzung von Pflegekräften. Pflegekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, in denen alle Pflegefachkräfte Pflichtmitglieder sind. Ziel ist die Sicherstellung guter Pflege durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der beruflichen Qualität von Pflege und die Vertretung der Interessen der Pflegekräfte in der beruflichen und gesellschaftlichen Öffentlichkeit[7]. Die Befürworter*innen dieses Selbstverwaltungsorgans versprechen sich davon, dass sie *„den Berufsstand professionalisieren, in der Akademisierung zumindest vorangehen und die offen sind, etwas zu verändern"* (Expm1). Zudem erhoffen sie sich mit einer Vertretung, die alle Pflegekräfte umfasst, eine größere Durchschlagskraft gegenüber den anderen Interessenverbänden, insb. der Träger und Arbeitgeber. Kritiker*innen der Pflegekammern setzen v.a. an der Zwangsmitgliedschaft an, sowie an einer möglichen Konkurrenz zu den Gewerkschaften: *„... warum braucht es eigentlich Pflegekammern, wenn es Gewerkschaften gibt?"* (Expw4)

Da Pflegekammern sich länderspezifisch organisieren, stellt sich die Situation derzeit (2019) sehr unterschiedlich dar: In Rheinland-Pfalz, in Niedersachsen und in Schleswig-Holstein gibt es eine Pflegekammer; in anderen Bundesländern gibt und gab es entweder parlamentarische Initiativen oder eine Befragung der Pflegekräfte. Infolgedessen sind weitere Einrichtungen in der Diskussion oder in Planung (z.B. Baden-Württemberg, NRW), in einigen Bundesländern gibt es Entscheidungen dagegen (Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt). Einen eigenen Weg ist Bayern gegangen: Nachdem der damalige Gesundheitsminister Söder die Gründung einer Pflegekammer angekündigt hatte, widersprach seine Nachfolgerin Huml dieser Institutionalisierungsform. Stattdessen wurde die *Vereinigung der bayerischen Pflegenden* gegründet, deren Mitgliedschaft freiwillig ist. Mitglieder können nicht nur Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, sondern auch Berufsverbände werden, dazu gibt es einen Beirat, in dem auch Vertreter*innen von Pflegeinrichtungen vertreten sind und dessen Vorsitz vom Gesundheitsministerium bestimmt wird. „Die CSU im Landtag steht hinter dem Entwurf, ebenso die SPD. Auf beide wirkten Kräfte

7 www.pflegekammer-rlp.de

ein: die Gewerkschaft ver.di auf SPD-Seite, die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft auf CSU-Seite. Sozusagen die große Koalition der Tarifparteien, die sich ausnahmsweise einig sind: 'Bayern braucht keine Pflegekammer!'" (Mittler 2016). Auch die Vereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Finanzierung erfolgt über das Bundesland Bayern, woran sich auch die Kritik entzündet, weil damit eine *„Abhängigkeit vom Ministerium und Wirkungslosigkeit [besteht]. Also im Gesetz steht ja auch drin, dass die Regierung oder das Staatsministerium die Fachaufsicht hat, also sowohl die inhaltliche wie die organisatorische Fachaufsicht hat über das Konstrukt, also über die Vereinigung. Das heißt, das Ministerium gibt Geld"* (Expw8). Ob sich diese Befürchtungen bewahrheiten, kann derzeit noch nicht beurteilt werden; seit der Gründung der Vereinigung 2017 haben sich die Aktivitäten auf den Aufbau der Organisation beschränkt.

Sichtbar wurde bei der Auseinandersetzung über die Einrichtung einer Pflegekammer allerdings die starke Zersplitterung und Uneinigkeit der Interessenvertretungen der Pflegekräfte, so dass das Zusammenwirken insbesondere zwischen den Vertretungen der Träger bzw. Arbeitgeber und dem Gesundheitsministerium bzw. der CSU, aber auch seitens ver.di, die Pflegekammer in Bayern verhindert hat. Tatsächlich können bislang weder die Argumente der Befürworter*innen oder der Kritiker*innen einer Pflegekammer noch die der Vereinigung der Pflegenden bestätigt werden. Welches Modell letztlich mehr Veränderungs- und Mobilisierungspotenzial hinsichtlich der arbeits-, berufs-, oder pflegepolitischen Landschaft haben wird, bleibt noch abzuwarten. In der rechtswissenschaftlichen Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Pflege und Gesundheit im bayerischen Ministerium zur Einrichtung einer Pflegekammer wird zumindest eine deutliche Kritik an der bayerischen Variante geübt:

> Somit stellt sich die Vereinigung der Pflege in Bayern geradezu als kontraproduktiv dar, schreibt die Fremdbestimmung der Pflege fort und wird dazu führen, dass die Ziele nicht erreicht werden können (...) da [der Gesetzesentwurf] weder auf die dringend notwendigen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen und Versorgungsanforderungen an die Pflege eingeht, noch wirksam die Gegenwarts- sowie die Zukunftsaufgaben und -potenziale der Profession Pflege behandelt (...) (Hanika 2016, 112; 116).

Ebenso fraglich ist die zukünftige Positionierung und Rolle der Vereinigung, wenn es um die Bestrebungen geht, die landesweiten Pflegekammern zu einer bundesweiten Spitzenorganisation zusammen zu schließen.

Angesichts der dargelegten asymmetrischen institutionellen Machtverhältnisse und fehlenden Mitbestimmungsmöglichkeiten der Berufsgruppe und der Verbände wäre eine berufspolitische Instanz zur Sicherung und Vertretung der

qualitativen und pflegerischen Versorgung und zwar gegenüber der Gesellschaft, dem Gesetzgeber und der eigenen Profession zweifelsohne notwendig – und könnte vermutlich sowohl zur Ausbildung von mehr Berufsautonomie als auch zu mehr gesellschaftlicher Anerkennung der professionellen Pflege beitragen.

6. Fazit und offene Fragen

Die Befunde unseres Forschungsprojektes zeigen, dass sich die derzeitige Situation in der Pflege nicht allein durch eine arbeitspolitische Analyse erklären lässt, sondern die vorzufindenden Arbeitsbedingungen in einen gesellschaftspolitischen Kontext gestellt werden müssen. Hierzu gehören insbesondere der Wandel der Geschlechterverhältnisse, die Ökonomisierung des Sozialen bzw. der Pflege sowie die transnationale Arbeitsmigration.

Eingebettet in diesen Kontext wurden die Fragen nach kollektivem Handeln und Interessenvertretung im Politikfeld Pflege in einem ersten Schritt anhand einer gegenwärtigen Analyse der Bedingungen untersucht. Hierbei konnten wir aufzeigen, dass die Veränderung von Arbeitsbedingungen sowohl durch individuelle und berufsspezifische Organisierungshürden, aber auch durch institutionelle Hürden der Durchsetzungskraft von Interessenvertretung erschwert wird. Angesichts dieser interessenpolitischen Schieflage und der überwiegend weiblichen Berufsgruppe lassen sich hierbei die Wirkungen und Ursachen struktureller Ungleichheitsverhältnisse entlang von Macht und Geschlecht erklären (Rudolph 2015). In einem zweiten Schritt können kollektive Veränderungsmöglichkeiten daran anknüpfend und in Hinblick auf perspektivische Handlungsfelder analysiert werden. Entlang der von uns zugrunde gelegten Dreiecksstruktur betonen wir abschließend drei zentrale Blickwinkel einer zukünftigen gelingenden Interessenpolitik im Politikfeld Pflege.

Seitens der Verbände und Gewerkschaften wird die Herausforderung in der Legitimierung ihrer Gestaltungsfähigkeit und zwar in Hinblick auf die notwendige spezifische Mitgliederpolitik in personennahen Dienstleistungsberufen bestehen. Die Berücksichtigung professionsspezifischer und betriebsspezifischer Voraussetzungen und Machtressourcen können hierbei richtungsweisend sein und als Anhaltspunkte für neue Erschließungsstrategien dienen. Die Analysen des spezifischen Arbeitsfeldes und des Interessenfeldes weiblich geprägter sozialer Dienstleistungsberufe sowie deren Mobilisierungsressourcen haben gerade erst begonnen (Artus et al. 2017, Artus 2019, Kutlu 2013, Nowak 2017).

Zudem müssen Antworten darauf gefunden werden, wie kollektiv-verbandliche Akteure auf die Pluralisierung von Arbeitsverhältnissen reagieren, insbe-

sondere weil sich immer deutlicher zeigt, dass die Organisierung von atypisch Beschäftigten schwierig ist und selten gelingt. Hieran anschließend bedarf es der Debatten um das zukünftige Rollenverständnis korporativer Partner bei der Gestaltung und Möglichkeit der sozialpolitischen Einflussnahme in Zeiten der Ökonomisierung des Sozialen. Das strukturell-institutionell aufgezeigte Verhandlungs- und Mitbestimmungsdefizit der Berufsgruppe und die Debatten um die Pflegekammer deuten auf notwendige neue institutionalisierte Formen und Möglichkeiten der Mitgestaltung hin. Die Ansprüche und Expertise der Pflegefachkräfte sollten dabei als wichtige Eckpfeiler und Ressource für die Antworten auf berufs- aber auch pflegepolitische Herausforderungen sein.

In Anbetracht des deutschen Pflegenotstands bieten auch gesellschaftspolitische und zivilgesellschaftliche Perspektiven eine relevante interessenpolitische Option. Die sozialpolitische Organisation von Pflege, jenseits struktureller Ungleichheiten und traditioneller Geschlechterbilder und ebenso jenseits marktgesteuerter Rationalisierungsprozesse, bedarf einer Neujustierung zugunsten grundlegender Sorgeansprüche von Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden. Die Übernahme der öffentlichen Verantwortung für Pflege kann dabei auch seitens zivilgesellschaftlicher und korporativer AkteurInnen mobilisiert und politisiert werden. 'Gute Sorge' und 'gute Arbeit' als gesellschaftliche Interessenfelder und wohlfahrtsstaatliche Kriterien gewähren zweifelsohne sowohl relevante gesellschafts- und handlungspolitische, als auch wissenschaftliche Ressourcen, um sozialpolitische Rahmenbedingungen und Perspektiven gerecht zu gestalten.

Literatur

Arbeitskreis Strategic Unionism, 2013: Jenaer Machtressourcenansatz 2.0. In: Stefan Schmalz und Klaus Dörre (Hg.): Comeback der Gewerkschaften? Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven. Frankfurt am Main, 345-375.

Artus, Ingrid, 2019: Frauen*-Streik. Zur Feminsierung von Arbeitskämpfen. Analysen Nr. 54, hg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Berlin.

Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.), 2017: Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. VSA-Verlag für das Studium der Arbeiterbewegung. Hamburg.

Aulenbacher, Brigitte/Dammayr, Maria (Hg.), 2014: Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim.

Aulenbacher, Brigitte/Dammayr, Maria/Riegraf, Birgit, 2018: Care und Care Work. In: Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler, Günther (Hg.): Handbuch Arbeitssoziologie Bd. 1. Wiesbaden, 2. Aufl. 747-766.

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn, 2012: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-

Lohnspiegel-Datenbank. Projekt LohnSpiegel. Hg. v. Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf.

Böhle, Fritz/Lessenich, Stephan, 2018: Arbeit und Sozialpolitik. In: Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler, Günther (Hg.): Handbuch Arbeitssoziologie Bd. 1. Wiesbaden, 2. Aufl. 701-743.

Braun, Bernard, 2014: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden, 91-113.

Brückner, Margrit, 2011: Zwischenmenschliche Interdependenzen – Sich Sorgen als familiale, soziale und staatliche Aufgabe, in: Böllert, Karin/Heite, Catrin (Hg.): Sozialpolitik als Geschlechterpolitik. Wiesbaden, 105-122.

Conrads, Ralph/Holler, Markus/Kistler, Ernst/Kühn, Daniel/Schneider, Daniela, 2016: Das Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Branchenanalyse. Hg. v. Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf.

DeStatis (Statistisches Bundesamt), 2017: Pflegestatistik 2015. Wiesbaden.

Dribbusch, Rainer (Hg.) (2019): WSI-Arbeitskampfbilanz. Deutlicher Anstieg des Arbeitskampfvolumens. Policy Brief WSI (31). Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.

Evans, Michaela, 2016: Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel. Friedrich-Ebert-Stiftung (Wiso Diskurs, 23). Bonn.

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

Gerlinger, Thomas/Reiter, Renate, 2017a: Gesundheitspolitik. In: Reiter, Renate (Hg.): Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Wiesbaden, 221-274.

–, 2017b: Pflegepolitik. In: Reiter, Renate (Hg.): Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Wiesbaden, 275-296.

Hanika, Heinrich, 2016: Rechtswissenschaftliche Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Pflege und Gesundheit. Gesetzesentwurf der Bayerischen Staatsregierung zur Errichtung einer Vereinigung der bayerischen Pflege. Anlage 5 zum Wortprotokoll: Bayerischer Landtag. München, 87-117.

Hipp, Lena/Kelle, Nadiya, 2016: Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich. Expertise. Hg. von der Friedrich Ebert Stiftung. Berlin.

Jürgens, Ulrich/Frieder Naschold/Niels Beckenbach (Hg.), 1984: Arbeitspolitik: Materialien zum Zusammenhang von politischer Macht, Kontrolle und betrieblicher Organisation der Arbeit. Leviathan: Sonderheft 5/1983. Opladen.

Keller, Berndt, 2008: Einführung in die Arbeitspolitik. Arbeitsbeziehungen und Arbeitsmarkt in sozialwissenschaftlicher Perspektive. München.

Kratzer, Nick/Menz, Wolfgang/Tullius, Knut/Wolf, Harald, 2015: Legitimationsprobleme in der Erwerbsarbeit. Gerechtigkeitsansprüche und Handlungsorientierungen in Arbeit und Betrieb. Baden-Baden.

Kumbruck, Christel, 2010: Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit, in: Becke, Guido (Hg.): Decent Work – arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden, 187-207.

Kurz-Scherf, Ingrid, 2013: Arbeitspolitik und Geschlecht. In: Arbeit, 22. Jg. H. 23, 167-186.

Kutlu, Yalcin, 2013: Partizipative Streikführung: Der Erzieherinnenstreik. In: Stefan Schmalz und Klaus Dörre (Hg.): Comeback der Gewerkschaften? Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven. Frankfurt am Main, 226-241.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa, 2015: Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Meier-Gräwe, Uta (Hg.): Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation und Umverteilung. Wiesbaden, 181-199.

Mittler, Dietrich, 2016: Keine Lobby. Süddeutsche Zeitung. (https://www.sueddeutsche.de/bayern/pflegekammer-keine-lobby-1.3210551; Zugriff: 11.7.2019).

Nies, Sarah, 2015: Nützlichkeit und Nutzung von Arbeit. Beschäftigte im Konflikt zwischen Unternehmenszielen und eigenen Ansprüchen. Baden-Baden.

Nowak, Iris, 2017: Perspektiven von Arbeitskonflikten in der Altenpflege. In: Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg, 182-199.

Nowak, Iris/Hausotter, Jette/Winker, Gabriele, 2012: Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen. Subjektkonstruktionen von Beschäftigten in Industrie und Altenpflege. Forschungsgruppe Arbeit–Gender–Technik TU Hamburg-Harburg.

Rudolph, Clarissa, 2015: Geschlechterverhältnisse in der Politik. Eine genderorientierte Einführung in Grundfragen der Politikwissenschaft. Opladen/Toronto.

–, 2012: Aktivierung im Spannungsfeld von Normierung, Disziplinierung und Geschlecht. In: Bütow, Birgit/Munsch, Chantal (Hg.): Soziale Probleme, Soziale Arbeit und Geschlecht. Herausforderungen jenseits von Universalisierung und Essentialisierung. Münster, 160-176.

Schmalz, Stefan/Dörre, Klaus 2014: Der Machtressourcenansatz: Ein Instrument zur Analyse gewerkschaftlichen Handlungsvermögens. In: Industrielle Beziehungen, 21(3), 217-237.

Schmidt, Katja, 2017: Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege. Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. In: Diana Auth/Clarissa Rudolph (Hg.): Care im (sozialinvestiven) Wohlfahrtsstaat. Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft (2), 89-101.

Schroeder, Wolfgang, 2018: Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation. Wiesbaden.

Speth, Rudolf, 2013: Arbeitgeberverbände: Interessenvertretung und Lobbying. In: WSI-Mitteilungen (7), 519-525.

2. Arbeitspolitik und Interessenvertretungen

Judith Holland

Gewerkschaften und Geschlechter(un)gleichheit: Historische Einblicke, aktuelle Befunde und Handlungsperspektiven

Einleitung

Gewerkschaften sind in Deutschland während der Industrialisierung entstanden, so dass sie historisch in ihrer Interessenvertretung an der männlich geprägten Industriearbeit ausgerichtet waren und zum Teil immer noch sind. Parallel zur Industrialisierung sowie zur Verbreitung der Lohnarbeit erfolgte die Trennung von Produktions- und Reproduktionsbereich, wobei Frauen gesellschaftlich einseitig dem Reproduktionsbereich zugewiesen wurden. Während die Arbeitssphären von Frauen und Männern in vorkapitalistischen Gesellschaften noch symmetrischer und gleichwertiger in ihrer sozialen Anerkennung waren (Pfau-Effinger 2000), differenzierten sie sich im Kapitalismus geschlechtsspezifisch sowie -hierarchisch aus.

Seither ist die entlohnte Frauenerwerbstätigkeit fast kontinuierlich gestiegen, wobei sich der Arbeitsmarkt geschlechtsspezifisch weiter ausdifferenziert hat. Gerade im feminisierten Dienstleistungsbereich herrschen nach wie vor oft schlechtere Erwerbsbedingungen als in gewerkschaftlichen Stammbereichen. Trotz der Erosion des männlich geprägten Alleinverdiener-Modells kommt in die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung nur langsam Bewegung: Haus- und Reproduktionsarbeiten werden weiterhin mehrheitlich von Frauen geleistet, sowohl in der Privat- als auch in der Erwerbssphäre. Diese Ungleichheit im Geschlechterverhältnis ist zunehmend mit einer strukturellen Diskriminierung nach *race* intersektional verknüpft, denn seit mehr Frauen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, werden für *Care*-Arbeiten immer öfter Frauen mit Migrationshintergrund angestellt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Gewerkschaften historisch sowie aktuell mit diesen Entwicklungen umgehen. Wie gestaltet sich die Repräsentanz der Geschlechter, sowohl in Hinblick auf die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Organisationen als auch bezüglich der Inhalte und Ziele geschlechterpolitischer Maßnahmen? Und welche Bedeutung hat die Geschlechterpolitik demnach heute *in* Gewerkschaften, wo man sich gemäß dem

eigenen Selbstverständnis traditionell an der Klassenungleichheit orientiert? Es wird davon ausgegangen, dass die Frauen- und Gleichstellungspolitik im gewerkschaftlichen Kontext schon immer randständig war und immer noch keine organisationsübergreifende Aufgabe darstellt. Deswegen kann die Bedeutung der Geschlechterpolitik für die Organisationsmitglieder auf der Handlungsebene keine einheitliche sein. Vielmehr variiert das Verständnis davon, welche gleichstellungspolitischen Forderungen verfolgt werden sollten und wie sich diese in die praktische Interessenvertretung integrieren lassen.

Dieser These soll im vorliegenden Beitrag nach einer einleitenden Klärung zentraler Begriffe sowie der theoretischen Verortung des gewählten Ansatzes (Abschnitt 2.1) nachgegangen werden. Im Großen und Ganzen lassen sich drei Denktraditionen ausmachen, die die gewerkschaftliche Geschlechterpolitik seit ihrer Entstehung beeinflussen (Abschnitt 2.2). Für die aktuelle Situation zeigt die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Gewerkschaftsorganisationen, dass Frauen dort meist immer noch unterrepräsentiert sind, vor allem in den entscheidenden Positionen, obwohl die Frauen- und Gleichstellungspolitik mittlerweile programmatisch institutionalisiert worden ist (Abschnitt 2.3). Was demnach in Gewerkschaften unter 'Geschlechtergleichstellung' verstanden wird, wird in Abschnitt 2.4 untersucht, bevor der Blick abschließend auf daraus resultierende Handlungsoptionen in die Zukunft gerichtet wird.

Die gewählte, recht offen gehaltene Fragestellung lässt sich mit dem mangelhaften Forschungsstand zum Thema gewerkschaftliche Geschlechterpolitik rechtfertigen. Gewerkschafts- und Geschlechterforschung wurden bisher selten verknüpft und wenn, dann wird der Fokus meist auf die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Organisationen sowie die formale Ausgestaltung ihrer Frauen- und Gleichstellungspolitik gerichtet. Beispielhaft hierfür lassen sich die organisationssoziologische Studie von Sabine Blaschke (2008a; Kirsch/Blaschke 2014) anführen sowie einige Studien, die von Gewerkschaften im Zuge des *Gender Mainstreaming* selbst in Auftrag gegeben oder von europäischer Ebene angestoßen worden sind (z.B. Banos 2010; ETUI 2017; IG Metall 2011). Untersuchungen zu Inhalt und praktischer Umsetzung gewerkschaftlicher Geschlechterpolitik in ihrer konkreten Bedeutung für unterschiedliche Gewerkschaftsrepräsentant*innen finden sich hingegen seltener (z.B. Blaschke 2008b; Derichs-Kunstmann 2012; Podann 2012). Dieser Perspektive lässt sich der vorliegende Beitrag zuordnen, wobei ein empirisch gestützter sowie konstruktivistischer Ansatz verfolgt wird.

Die empirische Grundlage bilden die Erhebung sowie Analyse gewerkschaftlicher Materialien sowie von Interviews mit Gewerkschaftssekretär*innen, die im Rahmen meines Promotionsprojekts durchgeführt worden sind (Holland 2019).

Für die Herausarbeitung von typischen Deutungsmustern gewerkschaftlicher Geschlechterpolitik wurde das Forschungsfeld vorab pragmatisch auf diejenigen Gewerkschaften begrenzt, deren Organisationsbereich in den zugleich feminisierten und prekarisierten Bereichen des Einzelhandels und Reinigungsgewerbes liegt. Somit wurden im Erhebungszeitraum in den Jahren 2014 und 2015 in Deutschland insgesamt zehn qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Gewerkschaftssekretär*innen der ver.di, der IG BAU sowie, zur Erhöhung des Kontrasts, der IG Metall geführt.[1]

Gewerkschaften und Geschlechter(un)gleichheit: Historische Einblicke, aktuelle Befunde und Handlungsperspektiven

1. Zentrale Begrifflichkeiten und theoretische Verortung

Seit Beatrice und Sidney Webbs für die *Industrial Relations*-Forschung grundlegendem Werk über die Geschichte des britischen *Trade Unionism* (1894) werden *Gewerkschaften* definiert als „freiwillige Zusammenschlüsse abhängig Erwerbstätiger, um ihre kollektiven Interessen als Arbeitskräfte zu befördern" (Trinczek 2017, 148). Drei Funktionen werden ihnen dabei zugewiesen: Sie nehmen politischen Einfluss, handeln Tarifverträge aus und sorgen für ihre Mitglieder im Betrieb durch gewerkschaftliche Dienstleistungen wie Bildungsarbeit, Beratung oder Rechtsschutz (Trinczek 2017). Da sich Gewerkschaften ihrem Anspruch nach als Interessenvertretung *aller* Lohnabhängigen verstehen, stellt sich die Frage, inwiefern dies für die Repräsentation von Interessen jenseits des sogenannten 'männlichen Normalarbeitsverhältnisses' zutrifft.

Denn der *Arbeits*begriff der Gewerkschaften ist ursprünglich an der produktiven und damit männlich geprägten, entlohnten Industriearbeit orientiert. Insbesondere die Frauen- und Geschlechterforschung hat Arbeit weiter gefasst und als vergeschlechtlicht gedeutet. Gemäß dieser Definition bezeichnet Arbeit nicht nur bezahlte, sondern auch unbezahlte und damit oft unsichtbare, reproduktive Tätigkeiten. Gleichzeitig wird die vorherrschende geschlechtsspezifische Arbeitsteilung kritisiert, da sie meist hierarchisch angelegt ist und dabei zu Ungunsten von Frauen ausfällt (z.B. Aulenbacher 2017).

---

1 Die Auswertung der Dokumente sowie die Interpretation der Interviews erfolgten inhaltsanalytisch (Mayring 2015) und bei der Rekonstruktion typischer Deutungen in Anlehnung an die Deutungsmusteranalyse (Oevermann 2001) sowie die dokumentarische Methode (Bohnsack 2007).

Parallel dazu entwickelte sich eine professionalisierte Genderpolitik in gesellschaftlichen Organisationen, so auch in Unternehmen und Gewerkschaften (Wiechmann 2016). Unter dem Begriff der *gewerkschaftlichen Geschlechterpolitik* lassen sich somit deren verschiedene Ausprägungen als Frauen- und Gleichstellungspolitik sowie als *Gender Mainstreaming* fassen.

Für die Rekonstruktion dessen, was gewerkschaftliche Geschlechterpolitik jenseits ihrer formal ausgestalteten „Oberfläche" (Ideler 2014, 181) für Organisationsmitglieder bedeutet, wird an die wissenssoziologische Typologie von Geschlechterwissen bei Angelika Wetterer (2008, 2009) als theoretische Grundlage angeschlossen. Im Anschluss an Irene Dölling (2003)[2] unterscheidet Wetterer drei typische Formen des Geschlechterwissens. Den Ausgangspunkt bildet ihre Beobachtung, dass die Gesellschaftsmitglieder heute recht Unterschiedliches über die Geschlechter wissen, worin die Ausdifferenzierung dieses Wissens zum Ausdruck kommt. Wie sich in der Analyse des Geschlechterwissens in Gewerkschaften im Folgenden zeigen lässt, gilt dies z.B. für den Blick auf die binäre Geschlechterordnung unterschiedlicher Akteur*innen. Dabei ist entscheidend – so Wetterer – in welchem Kontext sich das jeweilige Wissen bewegt.

Wetterer begreift Wissen und Handeln als reflexiv aufeinander bezogen, so dass verschiedene Wirklichkeitskonstruktionen miteinander konkurrieren, je nachdem auf welche Anerkennung diese zielen und welches Handeln sie ermöglichen sollen: So wird im alltagsweltlichen Geschlechterwissen diskursiv von der Gleichheit der Geschlechter ausgegangen, während es zugleich geprägt ist von einer Praxis der Differenzierung und Hierarchisierung der Geschlechter. Da dieses *doing gender* weitgehend vorreflexiv abläuft, wird gerade dadurch Handlungsfähigkeit gewährleistet. Dies ist beim wissenschaftlichen Geschlechterwissen nicht der Fall, denn diese Form des Geschlechterwissens zielt auf Anerkennung im akademischen Diskurs. Dort herrscht heute weitgehend Konsens, dass die Geschlechterunterscheidung sowie -ungleichheit sozial konstruiert ist und durch das ständige *doing difference* reproduziert wird, aber zugleich ist diese Einsicht „in einer Weise unpraktisch und praxisuntauglich, die sich in kein Genderkompetenztraining unvermittelt integrieren lässt" (Wetterer 2009, 55). Gerade weil ihre formale Anerkennung noch in den Kinderschuhen steckt, ist schließlich die Gender-Expertise professioneller Gleichstellungspolitiker*innen darauf angewiesen, den Anwendungsbezug ihres Wissens unter Beweis zu stellen.

2 Auf Döllings Konzeption von Geschlechterwissen baut wiederum Sabine Blaschke (2008b) auf, die sie erstmals auf den gewerkschaftlichen Kontext angewandt hat.

> „In der Konstellation sozialer Praxis, in der Gender-ExpertInnen tätig sind, ist die Messlatte für 'gutes Wissen' nicht einfach und schon gar nicht unvermittelt den Einsichten der Geschlechterforschung zu entnehmen. Als Messlatte fungieren vielmehr die Ziel- und Problemdefinitionen, die für die 'AbnehmerInnen' ihres Wissens handlungsleitend sind, und die [...] orientieren sich an ökonomischen Rationalitätskalkülen, in Zeiten des *New Public Management* auch im öffentlichen Sektor. Und sie orientieren sich in Sachen Gender an der uns allen geläufigen „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit"." (Wetterer 2009, 51)

In der Übertragung von Wetterers Idealtypen auf Gewerkschaften wird sich herausstellen, ob und inwieweit diese dort ihre Entsprechungen finden. Als Analysekonzept, das verschiedene Wissensformen aus den jeweiligen Kontexten heraus erklärt, anstatt sie zu bewerten, wird es empirisch auf die gewerkschaftliche Geschlechterpolitik angewandt, wobei vermutet wird, dass dies einige Anpassungen erforderlich macht, weil in Gewerkschaften der Geschlechter- auf den Klassendiskurs trifft. Bestenfalls ergeben sich dabei Erkenntnisse, wie die Frauen- und Gleichstellungspolitik anschlussfähiger gemacht werden kann für deren organisationsübergreifende Verankerung.

2. *Historischer Blick auf die Entstehung einer gewerkschaftlichen Geschlechterpolitik*

Gewerkschaften waren und sind keine Vorreiterinnen in Sachen Geschlechtergleichstellung, so dass deren Integration in ihre Organisationen im Großen und Ganzen von drei Denktraditionen begleitet wird, die sich keinesfalls so kohärent gestalten, wie die folgende Darstellung suggerieren mag: Sie wurden getragen von der Arbeiterbewegung und den Frauenbewegung(en), wobei sich bei letzterer zumindest in ihren Ursprüngen differenzieren lässt zwischen bürgerlicher und proletarischer Frauenbewegung.

Die ersten gewerkschaftsähnlichen Zusammenschlüsse, wie die der Gesellenbrüderschaften, waren geprägt von einem ständischen Exklusivitätsdenken. Wegen ihrer sozialen und politischen Isolation und der Marginalisierung ihrer Tätigkeiten blieben die, vor allem in Haus- und Landwirtschaft als 'mithelfende Familienangehörige' arbeitenden, verheirateten Frauen auch aus den Arbeitervereinen ausgeschlossen. Als sich durch die zunehmende Industrialisierung insbesondere die sozialistischen, sogenannten 'freien' *Gewerkschaften* als Massenorganisationen herausbildeten, kam es durch einzelne Persönlichkeiten, wie zum Beispiel August Bebel,[3] zu einer Phase der relativen Nähe zwischen Arbeiter- und

3 Bebel verfasste im Jahr 1878 das Buch „Die Frau und der Sozialismus".

Frauenbewegung. In der Folge wurde aber ein zunehmend reformorientierter Weg eingeschlagen, mit dem man auf die gesellschaftliche Anerkennung der Gewerkschaften zielte. Das bürgerliche Frauenideal gewann in der Arbeiterbewegung an Einfluss und der Ruf nach dem Verbot der Frauenerwerbstätigkeit wurde wieder lauter, viele Arbeiter sahen in den Arbeiterinnen eine 'Schmutzkonkurrenz', warfen ihnen 'Organisationsunfähigkeit' vor und lehnten ihre Mitgliedschaft in Gewerkschaften ab (Losseff-Tillmanns 1978). In der Weimarer Republik erfuhren die Frauen hingegen breitere Anerkennung, als 1918 das Frauenwahlrecht eingeführt und in der Weimarer Reichsverfassung (WRV) von 1919 das gleiche Recht auf Erwerbsarbeit und öffentliche Anstellung für beide Geschlechter festgeschrieben wurde.

Nach dem Zweiten Weltkrieg prägte das Ideal der Hausfrau und Mutter die katholisch-konservativen Regierung Adenauers, als die Erwerbstätigkeit insbesondere verheirateter Frauen zwar zunahm, aber von Erwerbsunterbrechungen und der Rückkehr in Teilzeit geprägt war. Da man sich von der staatlichen Kindererziehung und dem Zwei-Verdiener-Haushalt im sozialistischen System der DDR abgrenzen wollte, wurde die Abhängigkeit der Ehefrauen von ihren Ehemännern zum Beispiel durch die Ehegattensubsidiarität gefördert (Veil 2005). Die Einheitsgewerkschaften beschränkten sich im System des 'Rheinischen Kapitalismus' auf den Arbeitsmarkt als Sozialpartner der Unternehmerverbände (Hoffmann 2006) und blieben wegen ihrer Ausrichtung am sogenannten 'Normalarbeitsverhältnis' für viele Frauen unattraktiv. Abgesehen von den 1960er Jahren stieg die weibliche Mitgliedschaft in den DGB-Gewerkschaften zwar kontinuierlich, erreichte aber erst Anfang der 1990er Jahre (durch die Integration ostdeutscher Frauen) mit rund 25 Prozent (Blaschke 2008a, 199) wieder den vorläufigen Höchststand vom Ende des Ersten Weltkriegs (Losseff-Tillmanns 1978, 383).

Die Forderung, Arbeiter und Arbeiterinnen gemeinsam zu organisieren, geht vor allem auf den *sozialistischen Feminismus* zurück, als sich zum Ende des 19. Jahrhunderts die Erste Frauenbewegung spaltete in einen bürgerlichen und einen proletarischen Flügel. Aufbauend auf ihrer proletarischen Frauenemanzipationstheorie trat Clara Zetkin für das gleiche Recht auf Erwerbsarbeit von Frauen und Männern sowie gleichen Lohn für gleiche Arbeit ein. In Abgrenzung zum bürgerlichen Feminismus stellte sie im Zuge ihrer umfassenden Gesellschaftskritik die Einheit der Arbeiterbewegung über die klassenübergreifende Solidarität der Frauen (Nave-Herz 1997). Dabei teilte sie die in der sozialistischen Arbeiterbewegung verbreitete Annahme, die Überwindung des Kapitalismus brächte quasi automatisch die Überwindung der Frauenunterdrückung mit sich (Knapp 1984). Mit einer ihrer Mitstreiterinnen Emma Ihrer gelangte 1890 das erste weibliche

Mitglied in den Vorstand der Generalkommission, dem Dachverband der freien Gewerkschaften (Notz 2011), auf deren erstem Gewerkschaftskongress (1892) die Frauenerwerbsarbeit zum ersten Mal anerkannt wurde.

Diese Betonung der Gleichheit gegenüber der Differenz der Genossin*innen sowie die Kapitalismuskritik wurden von Teilen der Zweiten Frauen- sowie der Studentenbewegung aufgegriffen, wobei dem sogenannten 'Hauptwiderspruch' zwischen Arbeit und Kapital Vorrang gegeben wurde gegenüber dem sogenannten 'Nebenwiderspruch' der Geschlechterungleichheit. Der Ansatz, beide Geschlechter statt allein 'die Frauen' zu fokussieren, spiegelt sich auch in der Entwicklung der Frauen- zur Geschlechterforschung wider. Seit den 1990er Jahren wurden aus der Konzeption der *Gender Studies* eines sozial konstruierten Geschlechterverhältnisses Instrumente wie das *Gender Mainstreaming* (wissenschaftlich) entwickelt, was wiederum Eingang in die Gewerkschaften fand. Von europäischer Ebene wurde diese professionalisierte (hauptamtliche) Gleichstellungspolitik gefördert, die maßgeblich über den DGB-Frauenausschuss in die Einzelgewerkschaften getragen wird: Über systematisches *Monitoring* soll die organisationsübergreifende Geschlechtergleichheit erreicht werden. Als *top down*-Ansatz kommt dieses Instrument in Gewerkschaften bisher eher marginal zum Einsatz. Als zum Beispiel nach der ver.di-Fusion (2001) eine Abteilung 'Gender' eingeführt wurde, führte dies aufgrund knapper Ressourcen zu Abgrenzungsstreitigkeiten mit der Frauenpolitik.

Letztere hat in deutschen Gewerkschaften bei der Geschlechterfrage einen vergleichsweise größeren Einfluss und reicht in ihren Ursprüngen bis zum *bürgerlichen Feminismus* zurück. Aufgrund des Preußischen Vereinsrechts (1850–1908) war es Frauen lange Zeit verboten, Mitglied in Vereinigungen zu sein, die der 'Erörterung politischer Gegenstände' dienten. So waren es hauptsächlich bürgerliche Frauen, die Frauenbildungs- und Arbeiterinnenvereine initiierten. Auch wegen einer 'anderen weiblichen Wesensart' plädierten sie für die getrennte Organisierung der Arbeiterinnen. Als Ida Altmann als erste Arbeiterinnensekretärin in die Generalkommission gewählt wurde (1905), fand sie bis auf wenige Ausnahmen, wie Carl Legien, auf Gewerkschaftskongressen nur wenig Unterstützung für ihre Forderungen nach zum Beispiel eigenen Agitationskampagnen für Frauen (Losseff-Tillmanns 1978). Im bürgerlichen Feminismus standen neben dem Recht der Frauen auf Bildung und eigenen Erwerb vor allem deren bürgerlich-freiheitlichen Rechte, wie das Frauenstimmrecht, im Fokus – die Emanzipation wurde im geltenden Gesellschaftssystem angestrebt.

Als sich nach dem Zweiten Weltkrieg die Gewerkschaften neu konstituierten als weltanschaulich neutrale Einheitsgewerkschaften, hatten sich bereits vor der

Gründung des DGB (1949) die Gewerkschaftsfrauen organisiert, um sich für die Neuformulierung des Gleichstellungsparagraphen einzusetzen. Nachdem der DGB-Frauenausschuss gegründet wurde (1951), war dessen Leitung, trotz des Protests sozialdemokratischer Frauen, jahrelang in den Händen von konservativen Frauen (Plogstedt 2013). In der Folge professionalisierte sich die gewerkschaftliche Frauenpolitik als Frauenförderpolitik mit haupt- und ehrenamtlichen Frauenstrukturen sowie Frauen-Quoten, wie sich an den Beispielen von ver.di, der IG BAU und der IG Metall zeigt:

Während im hauptamtlichen Bereich der ver.di ein Bundesvorstandsmitglied sowie Gewerkschaftssekretär*innen auf allen drei örtlichen Ebenen für Frauen- und Gleichstellungspolitik zuständig sind, beschränkt sich dies bei der IG Metall und der IG BAU auf die Bundesebene. Diese Frauensekretärinnen betreuen exklusive Frauengremien, die mehr (ver.di) oder weniger (IG BAU) programmatisch festgelegt sind. Dort werden ehrenamtliche weibliche Gewerkschaftsmitglieder in die politische Willensbildung eingebunden. Bei ver.di sind Frauenräte sowie -konferenzen auf allen drei örtlichen Ebenen und entsprechend in den 13 Fachbereichen vorgesehen, aber insbesondere in den Fachbereichen hängt ihre Aktivität vom Einsatz einzelner Personen ab. In der IG Metall und der IG BAU gibt es Frauenkonferenzen nur auf Bundesebene, während die IG Metall-Frauenausschüsse auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene tagen. Die Frauenarbeitskreise der IG BAU existieren nur teilweise auf regionaler Ebene, wobei deren Schwerpunkt weniger auf politischer Willensbildung liegt, für die auf den DGB-Frauenausschuss verwiesen wird, sondern vergleichsweise stärker auf Frauenbildungsarbeit.

Um der mangelhaften Präsenz von Frauen insbesondere in gewerkschaftlichen Führungspositionen zu begegnen, wird Frauenförderpolitik in die eigene Organisation hinein betrieben: Bei ver.di wurde eine starke Form der Frauenmindestquote, die nur die Repräsentation von Frauen schützt, im Zuge ihrer Fusion von den Vorläuferorganisationen ÖTV und HBV in die Satzung übernommen (ver.di 2015, 15). In der IG Metall wurde eine entsprechende Frauenquote satzungsgemäß im Jahr 1999 eingeführt, während in der IG BAU eine 30-Prozent-Frauenquote[4] erst beim Gewerkschaftstag im Jahr 2013 beschlossen wurde.[5] In regionalen sowie bei ver.di auch in fachlichen Führungspositionen sind Frauen aber nach wie

4 Beim Gewerkschaftstag im Jahr 2017 wurde dies geändert, so dass die 30-Prozent-Quote neben dem Frauenanteil nun auch den Anteil an Männern schützt.

5 Diese Frauenquoten werden auf den höchsten hauptamtlichen Führungsebenen, das heißt in den Gewerkschaftsvorständen, eingehalten.

vor meist unterrepräsentiert, so dass weitere Maßnahmen der Frauenförderung ergriffen werden, wie beispielweise bei ver.di, wo weibliche Verwaltungsangestellte zu Gewerkschaftssekretärinnen weiterqualifiziert werden.

3. Geschlechterverhältnisse in Gewerkschaften

Der Anteil weiblicher Mitglieder im DGB ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, was auch daran liegt, dass die Anzahl der Gewerkschaftsmitglieder insgesamt seit den 1990er Jahren rückläufig ist. Die meisten weiblichen Mitglieder zählt im Jahr 2015 ver.di mit über einer Million, während ihr Frauenanteil von ca. 52 Prozent von der GEW mit ca. 71 Prozent übertroffen wird. Den geringsten Anteil an weiblichen Mitgliedern hat die IG Metall mit ca. 17 Prozent.

Tabelle: Weibliche Gewerkschaftsmitglieder im Jahr 2015

Gewerkschaft	*Mitglieder insgesamt*	*Weibliche Mitglieder*	*Anteil weiblicher Mitglieder (in %)*
IG BAU	ca. 273.000	ca. 69.000	ca. 25
IG BCE	ca. 651.000	ca. 137.000	ca. 21
GEW	ca. 281.000	ca. 201.000	ca. 71
IG Metall	ca. 2.274.000	ca. 406.000	ca. 17
NGG	ca. 204.000	ca. 85.000	ca. 41
GdP	ca. 177.000	ca. 42.000	ca. 23
EVG	ca. 197.000	ca. 43.000	ca. 21
ver.di	ca. 2.039.000	ca. 1.061.000	ca. 52
DGB gesamt	ca. 6.096.000	ca. 2.044.000	ca. 33

Quelle: Eigene Darstellung nach DGB 2018

Im Geschlechteranteil in der Mitgliedschaft der Einzelgewerkschaften bildet sich die geschlechtsspezifische horizontale Arbeitsmarktsegregation ab (Dressel/Wanger 2010). Die Doppelbelastung vieler Frauen mit Haus- und Erwerbsarbeit lässt sich zudem schwer mit gewerkschaftlichem Engagement vereinbaren, weil dies dann einer Dreifachbelastung gleichkommen würde. Dies wird auch an den arbeitspolitischen Themen der gewerkschaftlichen Frauenabteilungen deutlich: Da unentgeltliche Reproduktionsarbeiten, wie die Kindererziehung und Pflege Angehöriger, mehrheitlich von Frauen geleistet werden, führt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie die frauenpolitische Agenda an (z.B. Ausbau der staatlichen Kinderbetreuung, Elterngeld plus). Damit verbunden ist die Kritik an der

mangelnden sozialen Absicherung der Teilzeitbeschäftigung,[6] vor allem, wenn sie unfreiwillig ausgeübt wird und anderen geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (z.B. Mini- und Midijobs) nahekommt. Eine weitere wichtige Forderung, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht, ist die nach gleichem Lohn für gleiche Arbeit (z.B. Gesetze zu Mindestlohn und jüngst zur Lohntransparenz). Neben familienbedingten Erwerbsunterbrechungen mit Wiedereinstieg in Teilzeit resultiert die Lohnungleichheit[7] aus der vertikalen und horizontalen Arbeitsmarktsegregation. Deswegen wird versucht, sowohl mehr Frauen in Führungspositionen (z.B. Frauenquote in Aufsichtsräten) als auch mehr Frauen in 'Männerberufe' zu integrieren.

Vor allem die Bundesfrauensekretärinnen der Einzelgewerkschaften können über den DGB-Frauenausschuss Einfluss auf die Regierungspolitik nehmen, so dass ihre Arbeit an der politischen Funktion der Gewerkschaften ausgerichtet ist. Während im hauptamtlichen Bereich vor allem der ver.di sowie der IG Metall auch Ansätze des *Gender Mainstreaming* (z.B. *Work-Life-Balance*, Väterpolitik) vorhanden sind, beschränkt man sich jenseits der Bundesebene sowie in kleineren Gewerkschaften eher auf Bildungsarbeit (z.B. Themen wie sexuelle Belästigung, Karrierecoaching) und damit die gewerkschaftliche Dienstleistungsfunktion. Da die haupt- und ehrenamtlichen Frauenstrukturen in den strategisch wichtigen Fachbereichen, wo regelmäßig Lohnerhöhungen und weitere branchenspezifische Interessen verhandelt werden, eher schwach verankert sind, sind die Frauenpolitik und ihre Themen oft isoliert und zu wenig verbunden mit der Tarifpolitik.

4. Geschlechterverhältnisse im gewerkschaftlichen Diskurs

Diese Denktraditionen sowie organisationalen Voraussetzungen finden in den Deutungen gewerkschaftlicher Geschlechterpolitik ihren Ausdruck, die aus den Interviews mit sechs Frauensekretärinnen sowie weiteren vier Gewerkschaftssekretär*innen aus den Bereichen Einzelhandel (ver.di) und Gebäudereinigung (IG BAU) rekonstruiert wurden.

Die meisten der befragten Frauensekretärinnen setzen in Hinblick auf die Situation von Frauen innerhalb der eigenen Organisation auf bewährte Instrumente der Frauenförderung, die darauf abzielen, den quantitativen Anteil von

6 Bei einer Frauenerwerbsquote von 73,1 Prozent im Jahr 2015 (Männer: 82,1 Prozent; Eurostat 2017a) macht die Teilzeitbeschäftigung unter Frauen 46,6 Prozent aus (Männer: 9,3 Prozent; Eurostat 2017c).

7 Der geschlechtsspezifische Lohnunterschied beläuft sich im Jahr 2015 auf 22 Prozent (Eurostat 2017b).

Frauen zu erhöhen: An Frauen adressierte Mitgliederwerbung, Frauenquoten und exklusive Frauenräume. Wie Bettina Glück,[8] ehemalige Bezirksfrauensekretärin der IG BAU, zum Thema Frauenquote ausführt, ist die höhere Anzahl von Frauen mit einer qualitativen Veränderung thematisierter Inhalte verbunden:

> „Seit eben dieses Gremium Betriebsrat auch weiblicher geworden ist, kommen da auch andere Themen rein. Wird in Betriebsratssitzungen auch anders miteinander umgegangen. [...] Ich bin immer noch der Meinung, wenn Frauen mit drin sind, in Sitzungen oder Entscheidungsgremien, kommen auch Frauenthemen mit rein oder sagen wir mal, nicht nur Frauenthemen, sondern auch die weibliche Sicht."

Der Forderungskatalog wird meist angeführt vom Thema 'Vereinbarkeit von Beruf und Familie', während die ungleiche geschlechtsspezifische Arbeitsteilung seltener kritisiert wird:

> „Ja, ich glaube, dass Frauen einfach einen bisschen weiteren Blick haben. Also dass sie mehr alle Arbeit im Blick haben. Und dass wir einen anderen Blick dann auch auf gesamtgesellschaftliche Themen haben, also zum Beispiel auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben." (Beate Fischer, Frauensekretärin der IG BAU)

Verena Bauer, die nicht nur für Frauen-, sondern auch für Genderpolitik bei ver.di zuständig ist, bestätigt, dass in ihrer Gewerkschaft das Vereinbarkeitsthema „wirklich nur mit Blick auf die Frauen definiert" worden ist. Auch wenn die Kindererziehung und Pflege Angehöriger hauptsächlich der Verantwortung von Frauen obliegt, trägt diese Gleichsetzung von Frauen mit Müttern kaum zur Veränderung traditioneller Rollenbilder und Aufgabenteilung bei. Insgesamt fällt auf, dass die befragten Frauensekretärinnen häufig und typischerweise Formulierungen wie „anders", „weibliche Sicht", „Frauenthemen" oder auch „Frauenbrille" verwenden. In Verbindung mit geschlechterstereotypen Darstellungen (z.B. Frauen seien weniger selbstbewusst; vgl. auch Blaschke 2008b) werden die Unterschiede zwischen Frauen und Männern hervorgehoben. Es entsteht der Eindruck, dass die Ursachen für deren Ungleichheit weniger gesellschaftlich begründet, sondern vielmehr an einer vermeintlichen 'Wesensart' von Frauen (und Männern) festgemacht werden. Das zugrunde liegende Geschlechterwissen kommt der bei Wetterer (2008, 2009) beschriebenen Gender-Expertise sehr nahe, weil die professionalisierten Gleichstellungspolitiker*innen hauptsächlich Frauenpolitik in diesem Sinne betreiben, auch wenn durch die Betonung geschlechtsspezifischer Besonderheiten die binäre Geschlechterordnung reproduziert wird.[9]

---

8 Alle Namen der Interviewpartner*innen wurden anonymisiert.

9 Dabei stehen sie vor dem Dilemma, die Ungleichheit der Geschlechter nur kritisieren zu können, wenn sie zwischen den Geschlechtern differenzieren.

Jenseits der frauenpolitischen Abteilungen herrscht hingegen ein Geschlechterwissen vor, das der Gender-Expertise diametral gegenübersteht, so dass dies an die historische Distanz von Arbeiter- und (bürgerlicher) Frauenbewegung erinnert. Unabhängig von der eigenen Praxis des Differenzierens nach Geschlecht, orientiert sich dieses alltagsweltliche Geschlechterwissen diskursiv an der Idee der Gleichheit (Wetterer 2009) und entspricht zugleich dem gewerkschaftlichen *Mainstream*, der traditionell von der Gleichheit von Kolleginnen und Kollegen ausgeht: „Also für mich ist das kein Unterschied" entgegnet Bernhard Igel, Gewerkschaftssekretär für den Bereich Gebäudereinigung bei der IG BAU auf Bezirksebene, als es um die Bedeutung von Geschlecht bei der Mitgliederwerbung geht.

> „Die Frau, die ich antreffe, also in der Gebäudereinigung, die ist traditionell geprägt. Dann haben die oftmals nicht die Verhältnisse, sage ich mal, wo die auf gleicher Ebene mit ihrem Mann stehen. Die himmeln einen danach an, wenn man die einfach nur was fragt. [...] Weil die werden um ihre Meinung gefragt, das kennen die sonst gar nicht. Die kriegen einfach Anweisungen und funktionieren nach Anweisungen. Wahrscheinlich im Elternhaus genauso wie in der Gebäudereinigung."

Für ihn sind die Geschlechterunterschiede weit weniger relevant als die Klassen- und Kulturunterschiede zwischen seiner traditionellen Gewerkschaftsklientel im Baugewerbe, die selbstbewusst ihre Rechte kennt und einfordert, und den prekär beschäftigten Reinigungskräften, die oft über einen Migrationshintergrund verfügen und sich von skrupellosen Vorgesetzten ausbeuten lassen. Hingegen ist er überzeugt, dass in der eigenen Gewerkschaft Frauen und Männer gleichgestellt sind. Entsprechend wird keine auf Frauen fokussierte Mitgliederwerbung betrieben und über Frauenquoten sowie die Arbeit der frauenpolitischen Gremien herrscht Unwissenheit, worin auch deren Irrelevanz für die eigene Tätigkeit zum Ausdruck kommt. Bei den Forderungen bleibt das Thema der Lohnerhöhung zentral und der Betrieb stellt den wichtigsten Ort der Interessenvertretung dar. Dort sollen auch neue Mitglieder gewonnen werden, wobei die Organisierung von Geringverdiener*innen skeptisch gesehen wird und deren Interessen als prekär Beschäftigte unter die traditionelle Interessenvertretung im Stammbereich subsumiert werden.

Das wissenschaftliche Geschlechterwissen findet in Gewerkschaften insofern eine Entsprechung, dass sich die Frauensekretärinnen durchaus bewusst sind, dass sie bei ihren Forderungen zwischen den Geschlechtern vermitteln müssen, um auf die Solidarität der Kollegen zählen zu können. Außerdem schlägt es sich in der Kritik an der (z.T. eigenen) Frauenpolitik nieder: Die sozialen Ungleichheiten *zwischen* Frauen blieben oft unberücksichtigt, während im intersektionalen Ver-

ständnis nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen anderen 'sozialen Gruppen' vermittelt werden müsste. Trotz ihrer programmatischen Festschreibung und ihrem Rückhalt gerade auch in den Vorständen sei die Frauenpolitik in den Gesamtorganisationen mangelhaft verankert und bilde keine „Querschnittsaufgabe", wie es sich zum Beispiel die ver.di-Bezirksfrauensekretärin Veronika Carstens wünscht und im *Gender Mainstreaming* vorgesehen ist. So werden tarifpolitische Interessen in den Fachbereichen meist unabhängig von der Geschlechterfrage verhandelt, weil gerade dort kaum Austausch mit den Frauenstrukturen stattfindet. „Und deswegen kriegst du auch von der Frauenarbeit so nicht viel mit. Weil die nicht stark genug sind, die sind nicht in den Fachbereichen verankert," kritisiert die (ehemalige) Einzelhandelssekretärin auf Bezirksebene der ver.di, Vanessa Decker.

Fazit und Ausblick: Arbeitspolitische Handlungsoptionen

Wetterers Typologie des Geschlechterwissens erweist sich als anschlussfähig für die Untersuchung gewerkschaftlicher Geschlechterpolitik. Die ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschiede auf dem deutschen Arbeitsmarkt spiegeln sich in den Unterschieden gewerkschaftlicher Geschlechterverhältnisse sowie im Geschlechterwissen relevanter Akteure wider. In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass gerade die befragten Gewerkschaftssekretär*innen mit fachlicher Zuständigkeit eine Unterscheidung aufmachen zwischen „Interessen" und „Themen". Zum Beispiel antwortet Viola Engel, ver.di-Bezirkshandelssekretärin, als sie gefragt wird, was sie unter gewerkschaftlicher Interessenvertretung von Frauen oder gewerkschaftlicher Frauenpolitik versteht:

> „[D]as sind für mich zwei verschiedene Sachen. [...] Ich schau immer auf den Betrieb als erstes. Was nutzt denen das? [...] Befristungen, diese Minijobs. [...] Und auch die Arbeitszeitgestaltung, seien es Tarifverträge und so weiter. Zuschläge im Handel gibt's nach wie vor immer nur für Vollzeit. [...] Völlig vorbei an der Realität, ja? Also auch in unseren eigenen Reihen das immer wieder anzusprechen und nicht müde zu werden. Das ist für mich Interessenvertretung. Und Frauenpolitik sind die politischen Aspekte von bezahlter Arbeitszeit und Pflegezeiten, Familienzeiten, ist für mich auch eine Frage der Quote.
> – Also Interessenvertretung beziehst du auf die Betriebsebene? [J.H.]
> – Genau, genau. Weil in erster Linie leben wir von Mitgliedsbeiträgen. Und als erstes muss es denen zu Gute kommen. Das ist unser Hauptzweck eigentlich."

Während Interessen, wie die klassische Forderung nach höheren Löhnen oder auch die Bekämpfung prekärer Beschäftigung, als von der Basis kommend und dabei unabhängig von Geschlecht verstanden werden, wird Geschlechterpolitik

oft reduziert auf Themen, wie eben die Vereinbarkeitsfrage. Die Einzelhandelssekretärin Decker nennt es ein „ordnungspolitisches Thema, was *wir* [betont] besetzen. Und deswegen nenne ich es nicht direkt Interesse." Interessen könne man nicht einfach so voraussetzen oder *top down* durchsetzen, sondern man müsse zunächst Prozesse einleiten, „in denen Interessen erstmal artikuliert werden können", damit auf Betriebsebene dafür mobilisiert werden kann.

Um die Frauenpolitik innerhalb der Gewerkschaften anschlussfähiger zu machen für die Arbeit in den Fachbereichen, müsste sie sich vor allem in zweierlei Hinsicht öffnen, die im alltagsweltlichen sowie wissenschaftlichen Geschlechterwissen zum Tragen kommt: Zum einen sollte neben *gender* im intersektionalen Sinne vor allem die Dimension *class* im Gewerkschaftskontext wieder gestärkt werden. Die Ausbreitung prekärer Beschäftigung betrifft Frauen in erhöhtem Maße, so dass sich auch die Geschlechterpolitik stärker dagegen positionieren könnte. Zum anderen sollten frauenpolitische Themen unter Einbezug der Basis als geschlechterübergreifende Interessen stärker in die Tarifpolitik einbezogen werden. Wenn es gelingt, dass die dort verhandelten Interessen verknüpft werden mit ihrer jeweils geschlechtsspezifischen Dimension, könnte dies dazu beitragen, dass noch mehr Gewerkschaftsmitglieder für die herrschende Geschlechterungleichheit sensibilisiert werden und Gleichstellungspolitik tatsächlich als Angelegenheit verstanden wird, die alle betrifft.[10] Zu beiden Aspekten finden sich aktuelle Beispiele: So wurde beim ver.di-Streik im Sozial- und Erziehungsdienst (2015) bei der Aufwertung sozialer Berufe angesetzt, auch wenn dieses hoch gesteckte Ziel letztendlich verfehlt wurde. Und beim jüngsten Tarifabschluss der IG Metall (2018) wurden nicht nur (klassischerweise) Entgeltsteigerung durchgesetzt, sondern auch selbstbestimmtere Arbeitszeiten, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für alle Geschlechter erleichtern und somit zur egalitäreren Gestaltung geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung beitragen könnten.

Literatur

Aulenbacher, Brigitte, 2017: Arbeit und Geschlecht. In: Hirsch-Kreinsen, Hartmut, Minssen, Heiner (Hg.): Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie. Baden-Baden, 29-32.

Banos, Sissi, 2010: Frauen in Fach- und Führungspositionen der IG Metall. Eine empirische Befragung. Hg. v. IG Metall Vorstand. Frankfurt am Main.

10 Dasselbe gilt für die Betriebsebene, wo die systematische Integration von Gleichstellungsarbeit und Diskriminierungsschutz in die Betriebsrätearbeit ebenfalls noch aussteht (Ranftl 2016).

Blaschke, Sabine, 2008a: Frauen in Gewerkschaften. Zur Situation in Österreich und Deutschland aus organisationssoziologischer Perspektive. Mering.

–, 2008b: Geschlechterwissen in Organisationen: Gewerkschaften in Österreich und Deutschland. In: Wetterer, Angelika (Hg.): Geschlechterwissen und soziale Praxis. Sulzbach/Taunus. 264-282.

Bohnsack, Ralf, 2007: Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie. In: Schützeichel, Rainer (Hg.): Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung. Konstanz. 180-190.

Derichs-Kunstmann, Karin, 2012: 6. Zur Architektur von Gleichstellungspolitik in den deutschen Gewerkschaften. WISO Diskurs Januar 2012, 54-65.

DGB-Bundesvorstand, 2018: DGB-Bundesvorstand | DGB-Mitgliederzahlen. (http://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/mitgliederzahlen; Zugriff: 20.11.2018).

Dölling, Irene, 2003: Das Geschlechter-Wissen der Akteur/e/innen. In: Andresen, Sünne, Dölling, Irene, Kimmerle, Christoph (Hg.): Verwaltungsmodernisierung als soziale Praxis. Geschlechter-Wissen und Organisationsverständnis von Reformakteuren. Wiesbaden. 113-165.

Dressel, Kathrin, Wanger, Susanne, 2010: Erwerbsarbeit: Zur Situation von Frauen auf dem Arbeitsmarkt. In: Becker, Ruth, Kortendieck, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden. 489-498.

ETUI, 2017: Gender Equality Survey 2017. ETUC Annual Gender Equality Survey 2017 – 10th edition. (https://www.etuc.org/documents/etuc-annual-gender-equality-survey-2017; Zugriff: 16.11.2018).

Eurostat, 2017a: Erwerbsquoten nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit (1995–2016). (http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsa_argan; Zugriff: 30.08.2017).

–, 2017b: Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen. (http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=de&pcode=tsdsc340; Zugriff: 10.08.2017).

–, 2017c: Teilzeitbeschäftigung als Prozentsatz der gesamten Beschäftigung, nach Geschlecht und Alter (%). (http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsa_eppga; Zugriff: 30.08.2017).

Hoffmann, Jürgen, 2006: Arbeitsbeziehungen im Rheinischen Kapitalismus. Zwischen Modernisierung und Globalisierung. Münster.

Holland, Judith, 2019: Gewerkschaftliche Geschlechterpolitik. Ein deutsch-französischer Vergleich. Baden-Baden, i.E.

Ideler, Kristin, 2014: Die gendered organization als Auslaufmodell? Eine empirisch geleitete Reflexion zu Gender Mainstreaming in Gewerkschaften. In: Brand, Ortrun, Dierkes, Mirjam, Jung, Tina (Hg.): In Arbeit: Demokratie. Feministische Perspektiven auf Emanzipation und Demokratisierung. Münster. 167-184.

IG Metall, 2011: Frauen und Männer in der IG Metall. Genderbericht der IG Metall 2011. Hg. v. IG Metall Vorstand. Frankfurt am Main.

Kirsch, Anja, Blaschke, Sabine, 2014: Women's quotas and their effects: A comparison of Austrian and German trade unions. European Journal of Industrial Relations 20. Heft 3, 201-217.

Pfau-Effinger, Birgit, 2000: Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs. Opladen.

Podann, Audrey-Catherine, 2012: Im Dienste des Arbeitsethos – hegemoniale Männlichkeit in Gewerkschaften. Opladen, Berlin, Toronto.

Knapp, Ulla, 1984: Frauenarbeit in Deutschland. Band 2. Hausarbeit und geschlechtsspezifischer Arbeitsmarkt im deutschen Industrialisierungsprozess. Frauenpolitik und proletarischer Frauenalltag zwischen 1800 und 1933. München.

Losseff-Tillmanns, Gisela, 1978: Frauenemanzipation und Gewerkschaften. Wuppertal.

Mayring, Philipp, 2015: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim.

Nave-Herz, Rosemarie, 1997: Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland. Hg. v. der Niedersächsischen Landeszentrale für politische Bildung. Hannover.

Notz, Gisela, 2011: Der Internationale Frauentag und die Gewerkschaften: Geschichte(n) – Tradition und Aktualität. Hg. v. ver.di Bundesverwaltung. Berlin.

Oevermann, Ulrich, 2001: Die Struktur sozialer Deutungsmuster. Versuch einer Aktualisierung. In: Sozialer Sinn 2. Heft 1, 35-81.

Plogstedt, Sibylle, 2013: „Wir haben Geschichte geschrieben". Zur Arbeit der DGB-Frauen (1945–1990). Gießen.

Ranftl, Edeltraud, 2016: Entgeltpolitik aus einer Gender-Perspektive. In: Wiechmann, Elke (Hg.): Genderpolitik. Konzepte, Analysen und Befunde aus Wirtschaft und Politik. Baden-Baden. 79-105.

Trinczek, Rainer, 2017: Gewerkschaften. In: Hirsch-Kreinsen, Hartmut, Minssen, Heiner (Hg.): Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie. Baden-Baden. 148-152.

Veil, Mechthild, 2005: Geschlechterbeziehungen im deutsch-französischen Vergleich – ein Blick auf die Familien- und Arbeitsmarktpolitik. In: Achcar, Gilbert, Simon, Dagmar, Veil, Mechthild (Hg.): Arbeitsmarkt, Wohlfahrtsstaat, Familienpolitik und die Geschlechterfrage deutsch-französische Konvergenzen und Divergenzen. Berlin. 89-100.

ver.di, 2015: Satzung. ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Zuletzt geändert durch den 4. Ordentlichen ver.di-Bundeskongress vom 20. bis. 26. September 2015 in Leipzig. (https://www.verdi.de/++file++5073a207deb5011af9001810/download/ver.di-Satzung.pdf; Zugriff: 16.11.2018).

Wetterer, Angelika (Hg.), 2009: Gleichstellungspolitik im Spannungsfeld unterschiedlicher Spielarten von Geschlechterwissen. Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 1. Heft 2, 45-60.

–, 2008: Geschlechterwissen und soziale Praxis. Sulzbach/Taunus.

Wiechmann, Elke (Hg.), 2016: Genderpolitik. Konzepte, Analysen und Befunde aus Wirtschaft und Politik. Baden-Baden.

Wolfgang Schroeder

Altenpflege in Deutschland: Wachsender Markt und schwache Selbstorganisation der Beschäftigten

I. Einleitung

Die Kritik an den zuweilen defizitären Arbeitsbedingungen der Altenpflege[1], die mittlerweile mit über einer Million Beschäftigten eine wohlfahrtsstaatliche Wachstumsbranche par excellence darstellt, ist weitgehend bekannt[2]. Lange Zeit schien es so, dass Gesellschaft und Politik trotz steigender Bedarfe kaum etwas unternehmen, um den Beruf der Pflege aufzuwerten. Dabei ist es offensichtlich, dass qualitativ bessere Pflegebedingungen flächendeckend nur zu erreichen sind, wenn zwei strukturell limitierende Faktoren beseitigt werden: Erstens, wenn die für eine quantitativ und qualitativ umfassende Pflege notwendigen finanziellen Mittel aufgebracht werden. Und zweitens, wenn die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert wird. Hinter den scheinbar einfachen Limitierungen für ein qualitatives Wachstum der Altenpflege stehen jedoch durchaus lange wirkende Strukturen, die nur mühsam und mit außerordentlichen strategischen Anstrengungen relativiert und überwunden werden können. Denn letztlich geht es darum, die Strukturen eines konservativen Sozialstaates zu überwinden, der auf un- oder schlecht bezahlter Arbeit von Frauen gründet. Im europäischen Vergleich gelten „servicebasierte Pflegesysteme" nach skandinavischem Vorbild als eine wichtige Reformperspektive für das deutsche „familienbasierte Pflegesystem" (Heintze 2015) mit seinen vielfältigen Problemlagen. Obwohl die Grundlagen dieses deutschen, konservativen Sozialstaatsmodells erodieren, ist der Weg zu einem serviceorientierten Sozialstaat jedoch keineswegs ein Selbstläufer.

Trotz der nach wie vor starken strukturellen Prägung durch die Ligaturen des konservativen Wohlfahrtstaatsregimes lassen sich mittlerweile auch eine Reihe innovativer Reformbemühungen identifizieren. So konnten bspw. die

1 Für die Beruflichkeit der Altenpflege und deren Voraussetzungen hat Voges (2002) die bis heute grundlegende Studie vorgelegt.

2 Vgl. Theobald u.a. 2013; Dammert 2009; Hielscher u.a. 2013.

Pflegestärkungsgesetze I-III den traditionell engen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Deutschland (u.a. auf demenziell Erkrankte) erweitern. Auch mit dem 2018 verabschiedeten Koalitionsvertrag, der mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (13.000 neue Arbeitskräfte in der stationären Altenpflege) sowie mit der Einrichtung der Konzertierten Aktion Pflege reüssierte, signalisierten die verantwortlichen politischen Akteure, dass die deutsche Pflegepolitik zu neuen Ufern aufbrechen muss. In diesem Beitrag wird die These vertreten, dass ohne eine starke Selbstorganisationsfähigkeit auf Seiten der Pflegekräfte die Neukonstituierung der Pflegebranche aufgrund des pfadabhängigen Erbes des konservativen Sozialstaates kaum zu erreichen ist.

Der Ausgangspunkt meiner Argumentation ist das in Deutschland bestehende System der Arbeitsbeziehungen, das derzeit in verschiedene Welten getrennt ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass kollektive Arbeitsbeziehungen, basierend auf mitgliederstarken sowie verpflichtungsfähigen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, in Deutschland zu keinem Zeitpunkt flächendeckend existierten. Was in den exportorientierten, großbetrieblichen männerdominierten Industriestrukturen stark verankert ist, kommt in den kleinbetrieblichen, dienstleistungs-, frauen- und binnenmarktdominierten Strukturen häufig nur rudimentär vor, so auch in der zunehmend bedeutsamer werdenden und durch weibliche Beschäftigte dominierten Care-Arbeit. Deshalb ist es auch wenig sinnvoll, sich auf einen Typus der Arbeitsbeziehungen im Sinne einer Referenzarchitektur zu beziehen, sondern es spricht viel dafür, von verschiedenen Welten der Arbeitsbeziehungen zu sprechen (Schroeder 2014). Idealtypisch können in Deutschland drei divergierenden Konstellationen identifiziert werden (Schroeder/Weßels 2003, 20): Die „erste Welt" der Großindustrie und des öffentlichen Dienstes ist durch starke Sozialpartner gekennzeichnet. In der „zweiten Welt" der verarbeitenden Industrie und des Dienstleistungssektors ist gewerkschaftliche Stärke nicht so ausgeprägt und abgesichert, dass sie grundlegenden Einfluss allseits garantiert, sondern regional, branchenspezifisch und nach Betriebsgröße sehr unterschiedlich und häufig nur situativ herstellbar ist. In der „dritten Welt" sind Gewerkschaften schwach oder gar nicht vertreten, obwohl gerade dort starke ökonomische Wachstumskräfte vorhanden sind, wie bspw. in der IT-Industrie oder im Care-Sektor. Auch wenn die Handlungsfähigkeit der kollektiven, überbetrieblichen Akteure sich zwischen den Welten fundamental unterscheidet, besteht eine übergreifende Gemeinsamkeit darin, dass in allen Bereichen das Streben nach Selbstorganisationsfähigkeit jenseits von Staat und Markt eine referentielle Orientierungsgröße ist. Durch eine kollektive Selbstorganisationsfähigkeit kann das verfassungsrechtlich verbürgte Institut der Tarifautonomie, als

einer demokratischen Arena in der Wirtschaft, nicht nur formal, sondern auch machtpolitisch am ehesten abgebildet werden. In diesem Beitrag geht es um die Einstellungen der Beschäftigten in der Altenpflege zu kollektivem Handeln und wie sich dies auf die spezifische Selbstorganisationsfähigkeit in diesem Sektor auswirkt. Dieser Text, der auf einer zwischen Februar und April 2015 von TNS Infratest[3] durchgeführten Befragung von 749 Beschäftigten in der Altenpflege beruht, setzt sich mit den Bedingungen auseinander, die das organisationsferne Verhalten einer überwältigenden Mehrheit der Beschäftigten in der Altenpflege prägen. Es geht darum zu verstehen, warum es bisher nicht gelungen ist, ein selbstorganisiertes System mobilisierungs- und verpflichtungsfähiger Arbeitsbeziehungen in der Altenpflege zu entwickeln.

Was hindert die Beschäftigen in der Altenpflege etwa im Gegensatz zu den Beschäftigten in kommunalen Kindertagesstätten (vgl. Kerber-Clasen 2014) daran, betriebliche und gewerkschaftliche Interessenvertretungen zu nutzen, um in einer Art „Konfliktpartnerschaft" (Müller-Jentsch 1993) mit den Arbeitgebern eine attraktive Selbstorganisation in dieser Teilbranche der sozialen Dienste zu erreichen? Das Erkenntnisinteresse dieses Beitrags zielt auf die Voraussetzungen, Potentiale und Hindernisse für kollektives Handeln. Die Ergebnisse erlauben Schlussfolgerungen darüber, welcher Handlungsspielraum und welche Hindernisse für verbesserte Bedingungen der Altenpflege durch kollektives Handeln bestehen und welche Strategien einer zeitgemäßen Interessenvertretung der Beschäftigten angesichts der besonderen Voraussetzungen im Feld Altenpflege angezeigt sind. Indikatoren, an denen sich die stärkere Handlungsfähigkeit der Kollektivakteure im Bereich der Altenpflege messen lassen, sind die Verbreitung von betrieblichen Interessenvertretungen, Ergebnisse betrieblicher Aktivitäten, beispielsweise in Gestalt von Betriebsvereinbarungen, gewerkschaftlicher Organisationsgrad, Organisationsgrad der Arbeitgeberverbände, Zahl und Inhalte von Tarifverträgen etc. Die Auswahl der Indikatoren soll unterstreichen, dass es um die Verbindung zwischen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren

3 Bei der genutzten Befragung handelt es sich um eine standardisierte quantitative Erhebung, in der 749 Altenpflegekräfte persönlich-mündlich und telefonisch mit Computerunterstützung (CAPI) befragt wurden. Der Fragebogen umfasste 49 Fragen nach den sozialstrukturellen Merkmalen der Beschäftigten, ihren Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnissen, ihrer Motivation für die Berufsausübung, dem Handlungsbedarf im Altenpflegebereich sowie ihren Erfahrungen mit und Einschätzungen zu kollektivem Handeln und kollektiven Akteuren. Die Auswahl der zu Befragenden erfolgte durch die Interviewenden nach Quotenvorgaben des Projektteams.

sowie zwischen organisierten Arbeitnehmer- und Arbeitgeberaktivitäten geht, um die Selbstorganisation in der Pflege ins Blickfeld zu rücken. Arbeitshypothese ist die Annahme, dass eine Stärkung kollektiver Akteure im Sinne der Selbstorganisationsfähigkeit nicht nur zu verbesserten Arbeitsbedingungen und zur Professionalisierung der Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen beiträgt, sondern insgesamt die Qualität und Attraktivität des Berufsfeldes der Altenpflege fördert.

Die kollektiven Arbeitsbeziehungen in der Sozialwirtschaft, der Care-Arbeit, vor allem der Altenpflege, sind in Deutschland untererforscht (Evans u.a. 2013; Theobald u.a. 2013; Nowak u.a. 2012). Bis heute fehlen belastbare Daten und Erkenntnisse, etwa zu den kollektiven Handlungspotentialen in diesem historisch konfigurierten Teilarbeitsmarkt. Die Altenpflegekräfte sind der Gruppe der „schwachen Interessen"[4] zuzurechnen (vgl. von Winter/Willems 2000, 14). Die scheinbare Homogenität dieser Teilbranche der Sozialwirtschaft differenziert sich bei genauerer Analyse in einen regelrechten Flickenteppich eigentumsrechtlicher, unternehmenspolitischer, verbandlicher, arbeitsplatzbezogener (ambulant/stationär) und vor allem qualifikatorischer Differenzen (Fachkräfte versus Hilfs- und angelernte Kräfte)[5]. Indem die vorliegende Studie sowohl die Beschäftigten- als auch die Interessenvertretungsebene betrachtet und dazu eine repräsentative Beschäftigtenbefragung durchführte, gelingt es ihr, über die bisher vorliegenden Erkenntnisse hinaus zu gehen.

II. Struktur des Teilarbeitsmarkts Altenpflege

Im Bereich Altenpflege des Arbeitsmarktes Pflege lassen sich drei grundlegende Wandlungstendenzen identifizieren: Das erste Merkmal umfasst das enorme Wachstum sowie die zunehmende Heterogenität der Betriebs- und Unternehmensstrukturen, die mit einem erhöhten Marktanteil privater Anbieter und einer wettbewerblich transformierten Situation der freigemeinnützigen Verbände

4 Winter/Willems (2000, 14) definieren „schwache Interessen" entlang der Beobachtung, dass den Akteuren die Einsicht und die Motivation für kollektives Handeln zur Realisierung von Zielen fehlt und sie nur über eine Minderausstattung an Artikulations-, Organisations-, Mobilisierungs- und Durchsetzungsfähigkeit verfügen.

5 31,2 % der Beschäftigten waren im Jahr 2013 examinierte Altenpflegekräfte, 18,6 % Gesundheits- und Krankenpfleger, 7,5 % Altenhilfskräfte und 4,2 % Krankenpflegehilfskräfte. Die restlichen Prozent entfallen auf Personen mit (Fach)Hochschulabschluss, sonstigem Berufsabschluss und ohne Berufsabschluss bzw. in Ausbildung (Deutscher Bundestag 2016, 184f.).

einhergeht. Zwischen 1999 und 2015 ist der Anteil der privatwirtschaftlichen Betriebe in der Altenpflege von 43,7 % auf 52,3 % gestiegen, während die Anteile der freigemeinnützigen (von 51,4 % auf 44,6 %) und öffentlichen Betriebe (von 4,9 % auf 3,1 %) zurückgegangen sind. Die im Bereich der Altenpflege tätigen Trägerorganisationen können in private, freigemeinnützige, konfessionelle und öffentlich-rechtliche Träger differenziert werden, die mit unterschiedlichen Mitbestimmungspraxen sowie Unternehmensphilosophien agieren. Mit Blick auf die konkrete Arbeitsgestaltung liegen zudem beachtliche Unterschiede zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten vor. Während im Segment ambulanter Dienste die privatwirtschaftlichen Träger dominieren (63,9 % der Betriebe), sind es im stationären Bereich die freigemeinnützigen Träger (54,2 %). Öffentliche Träger spielen nur eine untergeordnete Rolle. Insgesamt dominiert in der Altenpflege eine mittel- bis kleinbetriebliche Struktur: So sind vier von fünf Fachkräften bzw. Hilfskräften in Betrieben mit unter 100 Beschäftigten tätig. Nur jede zwanzigste Beschäftigte arbeitet in einem Betrieb mit mehr als 500 Mitarbeitern (Bispinck et al. 2013, 10). Der Großteil (68,2 %) der Beschäftigten in der Altenpflege ist in stationären Heimen tätig, etwa ein Drittel (31,8 %) in ambulanten Diensten (Statistisches Bundesamt 2015, 12 ff.).

Das zweite Merkmal ist, dass die Altenpflege als personennahe Dienstleistung in Deutschland insbesondere von Frauen (85,7 %) ausgeübt wird, die zu zwei Dritteln auf Teilzeitbasis arbeiten. Das dritte Merkmal besteht darin, dass es im Zuge des wettbewerbsorientierten Umbaus der Altenpflege zu einer weiteren Heterogenisierung der Belegschaften gekommen ist, wobei die Mehrzahl der im Altenpflegesektor Erwerbstätigen atypisch[6] beschäftigt ist. In den vergangenen Jahrzehnten kam es in der Altenpflege sogar zu einer Zunahme der atypischen Beschäftigung. Auf Grundlage der erworbenen Qualifikationen werden zudem drei Beschäftigtengruppen unterschieden: Fachkräfte (mit Ausbildung), Hilfskräfte (verkürzte Ausbildung) und Angelernte. 64,3 % aller Befragten geben an, dass sie vor der Arbeit in der Altenpflege in einem anderen Bereich tätig waren (Schroeder 2018)[7].

Neben der Differenzierung innerhalb der Altenpflege gibt es eine solche zwischen den Pflegeberufen, wobei sich die Altenpflege traditionell als schwächstes Glied in der Kette sieht. Dies schlägt sich auch in der Entlohnungssituation

6 Unter atypischer Beschäftigung werden folgende vier Formen von Tätigkeiten verstanden: Teilzeitarbeit, geringfügige Beschäftigung, Befristungen und Leiharbeit.

7 Alle Zahlenangaben, bei denen nicht explizit auf eine Quelle verwiesen wird, beziehen sich auf Schroeder 2018.

nieder, nach der Fachkräfte und Hilfskräfte der Altenpflege zum Teil deutlich weniger als der Durchschnitt der Pflegeberufe im Bereich der Kranken- und Kinderkrankenpflege verdienen (Bispinck et al. 2013, 6). Beschäftige in Pflegeberufen, die in tarifgebundenen Betrieben arbeiten, verdienen laut Lohnspiegel deutlich mehr als die in Betrieben ohne Tarifbindung (Bispinck et al. 2013, 17; Conrads et al. 2015, 72).

Kollektives Handeln in der Pflege ist maßgeblich durch strukturelle Pfadabhängigkeiten geprägt. Auf der individuellen Ebene stellen sich Fragen nach der historischen Entwicklung des Pflegeberufes und seiner Deutung als unbezahlter „Liebesdienst" (Kreutzer 2005, 8), und der daraus erwachsenden Motivation der Pflegekräfte und ihrer Berufsmentalität. Im Rahmen der in diesem Beitrag zugrunde gelegten Studie wurden vier forschungsleitende Annahmen formuliert:

1. *Berufshistorische Pfadabhängigkeit*: Die historische Entwicklung der Pflegetätigkeit als caritative Arbeit sowie die späte Professionalisierung der Altenpflege bei gleichzeitiger Ausdifferenzierung der Arbeitstätigkeiten beeinflussen bis heute die Beschäftigungsbedingungen, indem kollektives Handeln, um die Arbeitsbedingungen und Entlohnung zu verbessern, vielfach als berufsfremd wahrgenommen wird.
2. *Berufsmentalität der Altenpflegekräfte*: Es wird angenommen, dass die in einer personennahen sozialen Dienstleistungstätigkeit vorhandenen engen Verbindungen zu den Pflegebedürftigen dazu beitragen, dass Altenpflegekräfte angesichts intrinsischer Motivationen und Hilfsbereitschaft ihre Interessen als Beschäftigte hinter das Patienten-/Klientenwohl zurückstellen.
3. *Strukturen und Charakteristika des Pflegesektors*: Mit dem hohen Anteil an Frauen, Teilzeitbeschäftigten und gering Qualifizierten im Zweit- oder Drittjob, der kleinteiligen Betriebsstruktur sowie der vielfältigen Trägerlandschaft liegen einige strukturelle Dimensionen vor, auf die das deutsche Modell der Arbeitsbeziehungen bislang keine tragfähigen Antworten geben konnte.
4. *Fragmentierte Akteurslandschaft auf Arbeitgeber- wie Arbeitnehmerseite*: Auf der Seite der kollektiven Akteure sind betriebliche Interessenvertretungen, Gewerkschaften und Berufsverbände Adressaten für die Interessen der Pflegekräfte. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren Pflegekammern als Zwangseinrichtungen für alle initiiert, die bislang aber nur in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen existieren. Bei der Einführung der Pflegekammern zeigten sich die kollidierenden Interessen zwischen Berufsverbänden und den Gewerkschaften (Schmidt 2017, 92). Kurzum: Es fehlt nicht nur eine schlagkräftige Interessenvertretung der Beschäftigten,

sondern auch eine verpflichtungswillige und -fähige Organisation auf Arbeitgeberseite.

III. Potentiale und Hindernisse kollektiven Handelns

Hinsichtlich der Arbeitsbeziehungen in der Altenpflege besteht also eine besondere Situation, die eng mit pfadabhängigen Strukturen, aber auch mit der Dynamik der aktuellen Vermarktlichung zusammenhängt. Gleichwohl fallen die Zufriedenheitswerte keinesfalls so negativ aus, wie dies angesichts der aufgezeigten Belastungen zu erwarten wäre. Die Beschäftigtenbefragung zeigt im Hinblick auf die Frage nach der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Betrieb, dass 72,4 % mit sehr zufrieden oder zufrieden antworten (ähnlich: Theobald et al. 2013, 67; Bispinck et al. 2013, 24). Tabelle 1 zeigt, dass Beschäftigte mit unbefristeten Arbeitsverhältnissen zufriedener sind als befristete Pflegekräfte.

Gewerkschaftsmitglieder, Pflegekräfte in Ostdeutschland und Beschäftigte im stationären Bereich sind unzufriedener als die Vergleichsgruppe. Was die Arbeitszufriedenheit betrifft, zeigt sich auch das in der Literatur als „Zufriedenheitsparadoxon" (Voges 2008, 77) bezeichnete Phänomen der subjektiv relativ hohen Zufriedenheit trotz objektiv defizitärer Bedingungen. Diese paradoxe Situation entsteht zumeist dann, wenn die Verbesserung der Lebenslage nicht als realistisch betrachtet wird und stattdessen die eigenen Ansprüche verringert werden. Dies geschieht beispielsweise durch den Vergleich mit den Lebenslagen anderer Personen (Voges 2008, 77). Dass die Beschäftigten gleichwohl den Status quo auch kritisch reflektieren, spiegelt sich in den Antworten der Beschäftigtenbefragung darin wider, dass sie sich mehrheitlich der Notwendigkeit von Verbesserungen im Pflegebereich bewusst sind. Nur eine Minderheit von 34,1 % der Befragten sieht es nicht als notwendig an, sich bei Problemen in ihrem Tätigkeitsbereich aktiv oder aktiver einzubringen.

Worin nun sehen die Pflegekräfte den größten Handlungsbedarf hinsichtlich ihrer Arbeits- und Beschäftigungssituation? Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zeigen, dass die Befragten den größten Handlungsbedarf in ihrem Arbeitsumfeld bei dem Thema Entlohnung (57,8 %) und Personalausstattung (50,8 %) sehen. Wird die Fragestellung jedoch auf die individuelle Arbeitssituation heruntergebrochen, sehen die Beschäftigten mehrheitlich den hohen Zeitdruck als wichtigsten Veränderungsbedarf (67,8 %), während die Frage des Entgelts mit Abstand nur (48,8 %) als zweitwichtigstes Thema rangiert.

Bei der Beurteilung des Handlungsbedarfs zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten in stationären Einrichtungen und ambulanten Diens-

Tabelle 1: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Beschäftigungsverhältnisses in Prozent

	Ausprägung	*1) Sehr zufrieden*	*2) Zufrieden*	*3) Weniger zufrieden*	*4) Unzufrieden*	*1)+2)*
Arbeitsverhältnis	Befristet	4,4	49,1	31,6	14,9	53,5
	Unbefristet	12,5	56,5	25,4	5,6	69,0
Gewerkschaftsmitgliedschaft	Ja	2,2	46,2	34,1	17,6	48,4
	Nein	12,7	56,5	35,2	5,5	69,2
Ost/West	Ost	7,4	54,1	32,3	6,2	61,5
	West	13,6	56	23	7,3	69,6
Arbeitsbereich	Ambulant	16,7	54	23	6,3	70,7
	Stationär	9	55,9	27,8	7,7	64,9

Quelle: eigene Darstellung

ten: So geben 71,5 % der Befragten in stationären Einrichtungen und 60 % im ambulanten Dienst „weniger Zeitdruck" als wichtigste Veränderung bezüglich ihrer Arbeit an. Ähnlich verhält es sich hinsichtlich der Frage nach dem größten Handlungsbedarf. Hier sehen Beschäftigte in stationären Einrichtungen mit 83,3 % deutlich häufiger als im ambulanten Dienst (68,4 %) großen oder mittleren Handlungsbedarf bei der Personalausstattung.

Angesichts der politischen Steuerung des Pflegemarktes und einer starken finanziellen Vermachtung in zunehmend weniger Eigentümerhänden ist offensichtlich, dass sich viele drängende Probleme der Branche auf betrieblicher Ebene kaum oder gar nicht lösen lassen. Vielmehr fordern die betrieblichen Interessenvertretungen die Unterstützung durch überbetriebliche Akteure, wie etwa den Staat oder die Verbände ein. Der Fehler liegt, so die häufig von den Pflegekräften in den Interviews vertretene Ansicht, im „System". Dieses System könne nur von „ganz oben" geändert werden, wobei zugleich auch die Verantwortung der Arbeitgeber relativiert wird.

In der Beschäftigtenbefragung wird ersichtlich, dass die Mehrheit der Beschäftigten „den Staat" (86,7 %) in der Verantwortung sieht, Verbesserungen im Pflegebereich durchzusetzen. Auffallend ist dabei die nachrangige Verantwortungsadresse gegenüber den Arbeitgebern, womit zugleich aber auch die üblicherweise unterstellte primäre Arbeit-Kapital-Beziehung relativiert ist. In der soziologischen Forschung ist deshalb verschiedentlich von einem „unvollständigen Lohnarbeitsverhältnis" die Rede (Volkholz 1973). Allerdings sehen immerhin 45,9 % der Befragten die Arbeitnehmervertretungen und 40,1 % die Beschäftigten in einer großen Verantwortung. Insofern wird keinem der

Akteure mehrheitlich eine geringe oder keine Verantwortung zugeschrieben. Die insgesamt starke Staatszentrierung der Beschäftigten, spiegelt sich auch in der nahezu vollständigen Zustimmung zur Aussage „Die Politik muss endlich handeln!" wider.

IV. Interessenvertretung: Einschätzung der Beschäftigten

Auch wenn der Staat als zentraler Forderungsadressat gesehen wird, zeigt sich bei den befragten Beschäftigten das Bewusstsein dafür, dass es notwendig ist, dass die Pflegekräfte selbst aktiv werden (39% der Befragten stimmen dem zu). Im Folgenden werden die Ebenen der betrieblichen und gewerkschaftlichen Interessenvertretung betrachtet.

a. Betriebliche Interessenvertretung

Gerade in schwach gewerkschaftlich organisierten und tariflich gebundenen Bereichen wie in der Altenpflege bildet die betriebliche Ebene für die Beschäftigten das Zentrum der Arbeitsbeziehungen. Dabei bestehen für die kirchlichen wie auch die privatwirtschaftlichen bzw. öffentlichen Träger unterschiedliche Rechtsinstitute in Gestalt des Betriebsverfassungsgesetzes (Betriebsräte, BRs), der Personalvertretungsgesetze (Personalräte, PRs) und des sogenannten Dritten Weges der kirchlichen Träger (Mitarbeitervertretungen, MAVen). Insgesamt geben rund 24 % der Befragten an, in Betrieben zu arbeiten, in denen eine dieser Vertretungsformen besteht. Dabei sind es 7 % der Befragten, die selbst aktiv in einem dieser Gremien mitwirken. Auffallend ist, dass die Existenz einer betrieblichen Interessenvertretung zwischen den Trägern der Altenpflege sehr unterschiedlich verteilt ist. So geben 38,5 % der Teilnehmer der Beschäftigtenbefragung aus kirchlichen Einrichtungen an, dass es in ihrem Betrieb eine MAV gibt, während dieser Wert für Betriebsräte in den privatwirtschaftlichen Einrichtungen lediglich bei 10,6 % liegt. Bei den freigemeinnützigen (außer kirchlichen) Trägern beträgt der Anteil 36,4 % und bei den öffentlichen 29,9 %.

Die Mehrheit der Altenpflegeeinrichtungen hat vergleichsweise wenig Beschäftigte, so dass dort in der Regel auch keine freigestellten Interessenvertreter aktiv sein können[8]. Hinzu kommt die Sondersituation der MAVen in konfessionell

8 In Betrieben ab 200 Beschäftigten ist mindestens ein BR-Mitglied von der Arbeit freigestellt. Freigestellte Mitglieder können sich ihrer BR-Arbeit voll widmen und sich entsprechend spezialisieren (Kißler et al. 2011, 62).

gebundenen Einrichtungen, die von den befragten Interessenvertretern und Interessenvertreterinnen aufgrund schwächerer Mitbestimmungsrechte gegenüber den BRs als zuweilen weniger einflussreich eingeschätzt werden (vgl. Rudolph i.d.B.).

Als Schwerpunkte der Interessenvertretung auf betrieblicher Ebene nannten die Interviewten in erster Linie den Bereich Dienstzeiten und Dienstpläne. Als zweiten Bereich führen sie gesundheitliche Aspekte an, dazu zählen Instrumente und Maßnahmen, um der Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken, den Arbeitsdruck zu reduzieren, alter(n)sgerechtes Arbeiten zu fördern sowie körperliche und psychische Belastungen zu mindern. Dabei wird deutlich, dass Entlohnung und Personalausstattung, die die Beschäftigten auf der kollektiven Ebene als größte Probleme ansehen (vgl. Kap. III), nicht genannt werden. Das könnte darin begründet liegen, dass man die Punkte der Entlohnung und Personalausstattung als politisch vorgelagerte Vereinbarungen betrachtet, auf die die betrieblichen Akteure kaum Einfluss nehmen können. Ein Hinweis auf diese Argumentation liefert auch der Befund, dass nur 24 % der Befragten die betriebliche Interessenvertretung als wichtigste Gruppe zur Vertretung ihrer Interessen ansehen.

Von Seiten der Beschäftigten sind die betrieblichen Interessenvertretungen insgesamt mit unterschiedlichen Einstellungen und Anforderungen aus der Belegschaft konfrontiert. Diese reichen von Gleichgültigkeit und einer geringen Bereitschaft zur eigenen Aktivität bis hin zu anlassbezogen überhöhten Erwartungshaltungen. Diese unrealistischen bis diffusen Einstellungen sind nicht zuletzt auch durch geringe Erfahrungswerte der Pflegekräfte mit betrieblichen Interessenvertretungen bedingt. Dies hängt einerseits mit ihrem nur geringen Verbreitungsgrad zusammen. Andererseits wurde in den Interviews berichtet, dass auch von Seiten der Interessenvertreter der Kontakt zur Belegschaft nur schwer herzustellen ist. Dies gilt insbesondere für größere stationäre und generell für ambulante Einrichtungen.

b. Gewerkschaften

Neben den beiden auf Pflegekräfte spezialisierten Berufsverbänden, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Deutscher Berufsverband für Altenpflege (DBVA), die aber für die tarifpolitische Interessenvertretung kein Mandat haben, ist ver.di als für den Sektor zuständige DGB-Gewerkschaft ein potenzieller verbandlicher Akteur. Lediglich 10,5 % der Befragten ist ver.di nicht bekannt; wobei 66,1 % der Befragten eine positive oder eher positive Einschätzung zur Gewerkschaft angeben. Dabei gibt es augenfällige Unterschiede: Während in öffentlichen, konfessionellen und freien Einrichtungen ver.di zu über 70 % positiv

oder eher positiv eingeschätzt wird, trifft dies in privaten Betrieben nur bei 59,4 % der Beschäftigten zu. Von den BR-Mitgliedern geben 41,7 % an, Mitglied in einer Gewerkschaft zu sein. Bei den MAVen sind es lediglich 16,7 %, bei den PRen 20 %. Das heißt, dass es selbst bei den betrieblichen Interessenvertretern noch erhebliches Organisationspotential für die Gewerkschaft gibt.

Insgesamt ist das Organisationsbewusstsein unter Pflegekräften nur schwach ausgeprägt, was in starkem Maße auf einem Mangel an entsprechenden Erfahrungen beruht. So geben 52,1 % an, noch nie darüber nachgedacht zu haben, einer Gewerkschaft beizutreten und 49,4 % erwarten sich nichts davon. Dies verdeutlicht, dass es den kollektiven Akteuren bislang unzureichend gelungen ist, die Vorteile einer Mitgliedschaft deutlich zu machen. Es gibt also durchaus ein Potential an Beschäftigten, das schon einmal über einen Beitritt nachgedacht hat und das durch eine adäquate Ansprache vom Beitritt überzeugt werden könnte.

In der Beschäftigtenbefragung gaben 12,3 % der Befragten an, Gewerkschaftsmitglied zu sein. Voges (2002, 312) schätzte den Organisationsgrad der Gewerkschaften in allen Pflegeberufen 2002 auf 9 % bis 12 %. Er führt die sich verfestigte, geringe Bindungskraft von Berufsverbänden und Gewerkschaften in der Altenpflege einerseits auf den Anstieg privater, nicht tarifgebundener Einrichtungen zurück, welche unter den Beschäftigten die Annahme verstärken, Verbesserungen nicht mittels kollektiver Akteure, sondern eher individuell umsetzen zu können (Voges 2002, 314). Andererseits begründet er den geringen Organisationsgrad in der Altenpflege auch damit, dass die aufgrund des Fachkräftemangels weiterhin guten Bedingungen für den Berufseinstieg und den Berufswechsel in die Altenpflege sich in einem geringeren individuellen Zusatznutzen von Interessenorganisationen niederschlagen (Voges 2002, 315).

Welche Gründe für eine Nichtmitgliedschaft geben jedoch die Befragten an? Die meisten Pflegekräfte hatten in ihrem beruflichen Werdegang anscheinend kaum Berührungspunkte mit gewerkschaftlichen Akteuren. 80,3 % der nicht gewerkschaftlich organisierten Pflegekräfte wurden noch nie von einem Gewerkschaftsvertreter angesprochen. Darüber hinaus zeigen sich in der Befragung wiederum Unterschiede je nach Qualifikation der Beschäftigten. Angelernten (65,5 %) und Hilfskräfte (62,5 %) fehlt häufiger der Anlass für die Mitgliedschaft als Fachkräften (51,4 %), obwohl sie Gewerkschaften generell positiv einschätzen.

Der Zusammenhang zwischen kirchlicher Prägung des Bereichs der Altenpflege und der gefühlten Abwesenheit der Gewerkschaft wurde in den Beschäftigteninterviews mehrfach angeführt. Dies zeigt sich auch in der Beschäftigtenbefragung. So gaben Altenpflegekräfte, die für kirchliche Träger arbeiten, seltener an, dass sie Gewerkschaften als eine gute Sache einschätzen (47,1 %).

Am geringsten ist die Erwartungshaltung gegenüber Gewerkschaften in privaten Einrichtungen (56,6 %).

Während etwa 40 % der Beschäftigten in der Privatwirtschaft in einem Betrieb mit Betriebsrat arbeiten, sind dies in der Pflegebranche nur etwa 24 %. Dies führt auch dazu, dass nur wenige Kontaktmöglichkeiten mit Repräsentanten der Gewerkschaften bestehen. Aufgrund fehlender konkreter Erfahrungen ist es auch den meisten Beschäftigten nie in den Sinn gekommen, selbst Mitglied in einer Gewerkschaft zu werden. Die Mehrheit der Befragten begründet ihre Nichtmitgliedschaft in einer Gewerkschaft damit, dass sich diese mit Themen beschäftigen, die für die Altenpflegekräfte nur wenig relevant sind (75,4 %) und zudem nicht genügend Zusatznutzen bieten (58,3 %). Letzteres trifft auch auf die Mehrheit (52 %) derjenigen Altenpflegekräfte zu, die sich grundsätzlich eine Gewerkschaftsmitgliedschaft vorstellen können. Bei denjenigen, die noch nie durch Gewerkschafter angesprochen wurden, handelt es sich häufiger um Teilzeitbeschäftigte (83,3 % bzw. 87,7 % bei Teilzeit unter bzw. über 50%; 73,9 % bei Vollzeit). Darüber hinaus werden Männer deutlich häufiger angesprochen als Frauen (65,4 % zu 82,4 %).

Schließlich ist die finanzielle Situation der Pflegekräfte ein weiterer Hinderungsgrund für eine Gewerkschaftsmitgliedschaft. So geben in der Beschäftigtenbefragung immerhin 31,3 % der Interviewten an, sich den Mitgliedsbeitrag nicht leisten zu können oder zu wollen. Hierbei wird deutlich, dass deren Anteil unter den Geringqualifizierten, den befristet Angestellten, den Alleinlebenden und den Alleinerziehenden höher ist.

Es zeigt sich, dass die Mobilisierungsfähigkeit der Gewerkschaften auch unter der kleinteiligen betrieblichen Struktur des Pflegesektors leidet. Darüber hinaus fehlt es bislang sowohl auf der betrieblichen Ebene wie auch bei Verdi selbst an Personal und weiteren materiellen sowie ideellen Ressourcen, um mehr Beschäftigte zu erreichen und zu organisieren. Insgesamt verfügt Verdi im Bereich der Altenpflege also nur über eine schwache Organisationsmacht. Diese Schwäche zu überwinden ist eine Kernaufgabe, die auch mit Unterstützung öffentlicher Aufwertungsstrategien angegangen werden kann. Schließlich bedarf es aber auch einer systematischen Mitgliederpolitik, um die eigenen Organisationschancen zu verbessern (Schroeder/Fuchs 2019).

V. Einschätzung von Spielräumen und Hindernissen

Obwohl viele der Befragten auf der betrieblichen Ebene nur geringe Gestaltungsspielräume für grundlegendere Veränderungen sehen und deshalb auch

skeptisch sind, ihre jeweiligen Arbeitgeber unter Druck zu setzen, lässt sich doch ein gewisses Aktivitätspotential identifizieren. So vertreten in der Beschäftigtenbefragung immerhin 46,8 % die Auffassung, sie könnten persönlich etwas tun, um die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zu verändern. Knapp die Hälfte dieser Beschäftigten meint, diese Veränderungen seien auch über den betrieblichen Rahmen hinaus möglich. Allerdings halten 78,1 % dabei eine Unterstützung für nötig. Dabei wird bei konkreten Problemen von den Pflegekräften offenbar zuerst die betriebliche Ebene in Anspruch genommen, erst in zweiter Instanz wenden sie sich an außerbetriebliche Akteure.

Bei den Beschäftigten, die sich bereits aktiv für Verbesserungen eingesetzt haben, dominiert die Erfahrung, dass angefragte Unterstützung auch gewährt wurde. Mit Blick auf die Qualifikation zeigt sich, dass gerade Fachkräfte häufiger auf der betrieblicher Ebene Unterstützung suchen und erhalten, etwa von der Pflegedienstleitung (56,5 %), der Team- und Wohnbereichsleitung (57,1 %) und der Einrichtungsleitung (47,9 %). Demgegenüber haben Hilfskräfte, Angelernte und Teilzeitbeschäftigte deutlich seltener Unterstützung bei diesen Akteuren angefragt.

Wird nach den tatsächlichen Erfahrungen mit Interessenvertretungsaktivitäten gefragt, dominiert als präferierte Maßnahme „Das Gespräch mit Vorgesetzten suchen" (61,4 %). Es sind in erster Linie allerdings Fachkräfte, welche bereits das Gespräch mit dem Vorgesetzten gesucht haben, während diese Werte bei Hilfskräften und Angelernten niedriger ausfallen. Öffentliche Interessensbekundungen wurden dagegen kaum gewählt (9,6 % Demonstration, 2,4 % Streik).

Werden die Pflegekräfte gefragt, was sie daran hindert, aktiv zu werden, zeigt sich, dass sich viele ein zusätzliches soziales Engagement neben ihrer Arbeit nicht vorstellen können. Die Beschäftigten antworten mehrheitlich mit, „berufliche Verpflichtungen" (48,5 %) und mit „ich bin meist zu erschöpft" (43,3%). Der für die Beschäftigten hohe Stellenwert ihrer beruflichen Pflichten zeigt sich auch in dem Ergebnis, dass für 77,2 % kollektive Aktivitäten, wie etwa Streiks, bedeuten würden, ihre Patienten und Patientinnen im Stich zu lassen. Das Instrument des Streiks ist für die meisten Pflegenden ein Tabuthema.

Aufschlussreich ist demgegenüber die Differenzierung der Aktivitätshindernisse nach der Qualifikation und Bildung. Während 40,1 % der Befragten ein Hindernis für ihre allgemeine Aktivität darin sehen, dass sie nicht wissen, wie sie es angehen sollen, trifft dieses Hindernis lediglich auf 32,1 % der Fachkräfte, aber auf 46,8 % der Hilfskräfte und 51,4 % der Angelernten zu. Auch der Anteil derjenigen, die sich nicht trauen, bei Problemen aktiv zu werden, liegt unter den Angelernten und Hilfskräften höher als bei den Fachkräften. Ein ähnliches Bild

ergibt sich wiederum vor dem Bildungshintergrund der Altenpflegekräfte: unter Beschäftigten mit Volks- oder Hauptschulabschluss trauen sich 39,7 % nicht, eine Aktivität auszuüben, während dies unter den Abiturienten und Abiturientinnen nur 19,8 % sind.

VI. Fazit: Ansatzpunkte für Selbstorganisation

Eine qualitativ anspruchsvolle Altenpflege ist für die Daseinsvorsorge in einer alternden Gesellschaft von herausragender Bedeutung. Dies drückt sich auch in einem mittlerweile gewachsenen gesellschaftlichen Ansehen des Altenpflegeberufes aus (Fowid 2017). Gleichwohl, die Altenpflege ist eine traditionelle, sich erst spät professionalisierende Teilbranche innerhalb des Sozial- und Gesundheitssektors, die sich dadurch auszeichnet, dass dort nur eine schwach ausgeprägte Primär- und Organisationsmacht vorliegt, die auch nicht durch eine starke institutionelle Macht (Staat, Arbeitgeberverbände, Tarifautonomie) kompensiert wird. Dass die Gewerkschaften nur geringen Zulauf haben, liegt auf Seiten der Beschäftigten an eklatanten Erfahrungsdefiziten, wahrgenommener geringer Unterstützung, fehlender Zeit, geringer Erwartungshaltung – also insgesamt einem fehlenden Zusatznutzen. Auffallend ist auch, dass viele Befragte den Eindruck haben, dass die Gewerkschaft nicht ihre Themen präferieren und fördern. Auf Seiten der Gewerkschaften ist sicherlich das größte Defizit, dass sie nur über wenige aktive Mitglieder und Ansprechpartner auf betrieblicher Ebene verfügen sowie selbst nur unzureichendes Personal und Mittel zur Verfügung haben, um diese Defizite zu kompensieren. Selbst dann, wenn der Staat die Bedingungen für die Beschäftigten verbessert, werden solche gesetzlichen Fortschritte angesichts der schwachen Primärmacht nicht unbedingt auf der betrieblichen Ebene umgesetzt. In diesem Sinne haben wir es bei den Interessen der Altenpflegekräfte trotz vielfältiger Reputationsgewinne und staatlicher Unterstützungsleistungen nach wie vor mit sogenannten „schwachen Interessen" zu tun.

Die Ergebnisse dieser Studie legen im Anschluss an Theobald et al. (2013) nahe, dass die mehrfache Differenzierung anhand von Qualifikation (Fach- versus Hilfskräfte), Trägerorganisation (privat, öffentlich, konfessionell, freigemeinnützig) sowie ambulanter oder stationärer Arbeitskontexte eine hochgradig heterogene Betriebs- und Klientelstruktur erzeugt, die, kombiniert mit tradierten Berufsmentalitäten personennaher Dienstleistungen, eine gewisse Skepsis gegenüber kollektivem Handeln und der Aktivitäten der Verbände erzeugt. Divergierende Einstellungen von Fachkräften und angelernten Kräften hinsichtlich der Möglichkeit kollektiven Handelns bedeuten, dass gewerkschaftliche Aktivitäten

diese Differenzen sensibel beachten müssen, um die dort Beschäftigten angemessen adressieren zu können.

Die Teilbranche Altenpflege ist strukturell durch den Staat gerahmt und wird von vier unterschiedlichen Trägerphilosophien geprägt, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie sich alle unter wettbewerblichen Bedingungen behaupten müssen. Dabei sehen die Beschäftigten die Politik und nicht die Arbeitgeber in der primären Verantwortung für die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen. In der Befragung kristallisiert sich eine quasi etatistische Perspektive heraus, die den Arbeitgeber entlastet und die Politik belastet. Da weder die Arbeitnehmer noch die Arbeitgeber – wenngleich aus unterschiedlichen Gründen – in der Lage bzw. willens sind, die Bedingungen in der Altenpflege strukturell zu verbessern, müssen vermutlich zunächst entscheidende Anstöße und Anreize von Politik und Staat ausgehen, um eine handlungsfähige Institutionenordnung der Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Beziehungen in der Altenpflege zu schaffen. Das wäre eine wichtige Basis, um die im Zentrum des konservativen Sozialstaates stehende Geschlechterteilung aufzubrechen und auch eine materielle Attraktivitätsstärkung der Altenpflege zu befördern. Denn dadurch, dass der Sorgebereich marktförmig strukturiert ist, wird eine institutionell-kollektive Antwort benötigt, die den sorgsamen Umgang mit der menschlichen Arbeitskraft sichert und die Attraktivität der Sorge-Arbeit gesellschaftlich fördert. Es geht also darum, organisationsferne Verhaltensweisen sowohl bei der Erbringung von Pflegearbeit als auch deren Rezeption im Sorgebereich auf eine professionelle Arbeitnehmerperspektive hin zu orientieren.

Offensichtlich ist auch, dass eine positive staatliche Rahmung dann an ihre Grenzen stößt, wenn es keine kollektiven betrieblichen und überbetrieblichen Akteure gibt, die dafür Sorge tragen, dass die vorhandenen Normen angewandt und umgesetzt werden. Insofern ist eine ausschließlich staatsbezogene Orientierung nicht nur unzureichend, sondern letztlich kontraproduktiv. Denn ohne eine auch auf Selbstorganisation zielende Perspektive ist es schwerlich vorstellbar, wie die Ergebnisse eines verbesserten staatlichen Handelns bei den Beschäftigten ankommen können. Dazu gehört auch, dass die vorhandenen Arbeitgeberverbände sich als Akteure begreifen, die die Strukturen in der Branche so gestalten, dass dort eine höhere Attraktivität für Fachkräfte entsteht. Das bedeutet aber auch, dass sie ein Interesse an verhandlungsstarken Gewerkschaften haben könnten. Da den Beschäftigten häufig Erfahrungen mit Gewerkschaften fehlen, sie sich aber zugleich Unterstützung wünschen, wäre eine geplante Assistenz beim Aufbau betrieblicher Strukturen möglich und notwendig, um auf diesem Wege organisiertes Empowerment zu betreiben. Das könnte ein Schlüssel zur

Selbstorganisation sein, damit die Altenpflege dem Beispiel der Erzieher und Erzieherinnen folgt und den Aufstieg in eine besser organisierte Welt der Arbeitsbeziehungen beginnt.

Literatur

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn, 2013: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Arbeitspapier 21 des Projekts Lohnspiegel. (www.lohnspiegel.de/dateien/pflegeberufe-update; Zugriff: 11.12.2015).

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

Dammert, Matthias, 2009: Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wiesbaden.

Deutscher Bundestag, 2016: Sechster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

Evans, Michaela/Galtschenko, Viacheslav/Hilbert, Josef, 2013: Befund Sociosclerose. Sozialwirtschaft in der Interessensblockade? In: Sozialer Fortschritt 8-9, 209-216.

–, 2012: Projekt PESSIS: Promoting employers' social services organisations in social dialogue. Befund „Sociosclerose": Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen in der Sozialwirtschaft in Deutschland in Modernisierungsverantwortung. (www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/aktuelles_und_presse/Presse_Downloads/PESSIS_Endbericht_deutsche_Fassung_fin_5.pdf; Zugriff: 8.12.2015).

Fowid (= Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland), 2017: Berufsprestige 2013–2016. (https://fowid.de/meldung/berufsprestige-2013-2016-node3302; Zugriff: 20.03.2019).

Heintze, Cornelia, 2015: Auf der High-road – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. 2. Aufl. Bonn.

Hielscher, Volker/Nock, Lukas/Kirchen-Peters, Sabine/Blass, Kerstin, 2013: Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden.

Kerber-Clasen, Stefan, 2014: Gewerkschaftliches Interessenhandeln im Bereich kommunaler Kindertagesstätten – Voraussetzungen, Formen, Ergebnisse. In: Industrielle Beziehungen 3, 238-256.

Kißler, Leo/Greifenstein, Ralph/Schneider, Karsten, 2011: Die Mitbestimmung in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.

Kreutzer, Susanne, 2005: Vom „Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main.

Müller-Jentsch, Walther (Hg.), 1993: Konfliktpartnerschaft. Akteure und Institutionen der industriellen Beziehungen. 2. Aufl. München.

Nowak, Iris/Hausotter, Jette/Winker, Gabriele, 2012: Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen. Subjektkonstruktionen von Beschäftigten in Industrie und Altenpflege. Abschlussbericht. Hamburg.

Schmidt, Katja, 2017: Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege – Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. Femina Politica. 20. Jg. 2, 89-100.

Schroeder, Wolfgang/Weßels, Bernhard, 2003: Das deutsche Gewerkschaftsmodell im Transformationsprozess: Die neue deutsche Gewerkschaftslandschaft. In: Wolfgang Schroeder und Bernhard Weßels (Hg.): Die Gewerkschaften in Politik und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland. Ein Handbuch. Wiesbaden, 11-37.

Schroeder, Wolfgang, 2018: Bedingungen und Potentiale kollektiven Handelns in der Altenpflege. Strategien der Beschäftigteninteressenvertretung in Zeiten des Fachkräftemangels. Wiesbaden.

–, 2014: Gewerkschaften im Transformationsprozess: Herausforderungen, Strategien und Machtressourcen. In: Ders. (Hg.): Handbuch Gewerkschaften in Deutschland. Wiesbaden, 13-45.

Schroeder, Wolfgang/Fuchs, Stefan, 2019: Neue Mitglieder für die Gewerkschaften. Mitgliederpolitik als neues Politikfeld der IG Metall. Frankfurt am Main: Otto Brenner Stiftung (OBS-Arbeitsheft, 97).

Statistisches Bundesamt, 2015: Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse (www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf; Zugriff: 16.11.2015).

Theobald, Hildegard/Szebehely, Marta/Preuß, Maren, 2013: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin.

TK, 2015: Depressionsatlas. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen (www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/139128/Depressionsatlas_2015.pdf; Zugriff: 20.11.2015).

Voges, Wolfgang, 2008: Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie. Augsburg.

–, 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes, Wiesbaden.

Volkholz, Volker, 1973: Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem. Stuttgart.

Von Winter, Thomas/Willems, Ullrich, 2000: Die politische Repräsentation schwacher Interessen: Anmerkungen zum Stand und zu den Perspektiven der Forschung. In: Willems, U./von Winter, T. (Hg.): Politische Repräsentation schwacher Interessen. Opladen, 9-36.

Clarissa Rudolph

„Das hat ja schon immer ein bisschen was mit Macht zu tun“[1] – Interessenvertretung von Beschäftigten in kirchlichen Pflegeeinrichtungen

1. Einleitung

Ein entscheidendes Merkmal der deutschen Sozialpolitik ist die Subsidiarität. Damit wird zum einen auf die Eigenverantwortung der einzelnen Gesellschaftsmitglieder für die individuelle Fürsorge und das eigene Wohlergehen verwiesen, und wenn dies nicht gewährleistet ist, auf die Zuständigkeit der nächsthöheren Instanz: die Familie, Verwandte, die Gemeinde. Zum anderen besagt das Konzept der Subsidiarität, dass nicht zwingend der Staat die gemeinschaftliche Verantwortung für die Verwirklichung der Wohlfahrt seiner Mitglieder übernehmen muss, sondern dass die freigemeinnützige und private Wohlfahrtspflege, gesellschaftliche Verbände u.a. hier tätig werden sollen. Das Subsidiaritätsprinzip gilt auch im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Pflege, mit der Folge, dass viele Pflegeeinrichtungen von konfessionellen Organisationen getragen werden. In der stationären Altenpflege in Bayern waren z.B. 2016 von den 1.362 Einrichtungen 380 und damit knapp 28 % in den Händen der Diakonie und der Caritas; im Bereich der freigemeinnützigen Träger bilden die beiden kirchlichen Träger mit Abstand die größten Anbieter sozialer Dienstleistungen (Merchel 2011). Allerdings wurde das Subsidiaritätsprinzip in der Pflege mit der Einführung der Pflegeversicherung – je nach Lesart – eingeschränkt oder ergänzt, indem privaten Trägern der gleiche Zugang zum *Pflegemarkt* eröffnet wurde.

---

1 PKSm11 – Das Kürzel verweist auf die Interviews, die wir im Rahmen des Forschungsprojektes „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern“ von 2015–2019 an der OTH Regensburg durchgeführt haben (vgl. Einleitung). PK steht für Pflegekraft, S für den stationären Bereich und A für den ambulanten. Exp steht für Expert*in, m=männlich und w=weiblich. Die Zitate sind wg. der Lesbarkeit teilweise sprachlich geglättet.

Die Träger der konfessionellen Einrichtungen[2] und die dort Beschäftigten sind im gleichen Maße von den Rahmenbedingungen und den Strukturproblemen der öffentlichen und der privaten Pflege abhängig. D.h. Ökonomisierungsprozesse, Fachkräftemangel und Anerkennungsprobleme finden sich auch in den konfessionellen Pflegeeinrichtungen wieder. Unterschiedlich aus Sicht der Beschäftigten sind allerdings die rechtlichen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit, da für sie das kirchliche Arbeitsrecht gilt, was u.a. Auswirkungen auf die Bedingungen und Möglichkeiten der Interessenvertretung hat. Welche Auswirkungen dies sind und wie sich die Interessenvertretung gestaltet, steht im Mittelpunkt dieses Beitrages. Dabei werde ich in einem ersten Schritt die Rahmenbedingungen kirchlicher Pflegeeinrichtungen skizzieren und die daraus resultierenden Arbeitsbedingungen für die dort Beschäftigten zusammenfassen. Im zweiten Schritt diskutiere ich die Möglichkeiten und Begrenzungen der Interessenvertretung in und für kirchliche Einrichtungen – als Grundlage dafür dienen mir neben den wissenschaftlichen Studien und der Literatur[3] auch Interviews, die im Rahmen des Forschungsprojektes „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern" durchgeführt wurden (vgl. FN 1). Abschließend werden die Ergebnisse der Diskussion in den Kontext der Geschlechterverhältnisse gesetzt, um Zusammenhänge zwischen Interessen(vertretung), kirchlichen Rahmenbedingungen und Geschlechterhierarchien sichtbar zu machen.

2. Die Kirche als Arbeitsgeber in der Pflege

Neben gesellschaftlichen Veränderungen wie dem demographischen Wandel und dem Wandel der Geschlechterverhältnisse bezeichnet Diana Auth (2017) insbesondere die Einführung der Pflegeversicherung als entscheidende politische Neu-Regulierung im Bereich der Pflege in Deutschland. „Die zentralen Merkmale der sozialen Pflegeversicherung sind die Unterteilung in eine gesetzliche und eine private Versicherung, die Gewährung einer Grundabsicherung bei Pfle-

2 Konfessionelle Einrichtungen meint hier christliche Einrichtungen – es gibt auch vermehrt, insbesondere in der Betreuung und Pflege von alten Menschen, Einrichtungen anderer Konfessionen; allerdings spielen diese zahlenmäßig keine große Rolle, was auch die schlechte Datenlage für diesen Bereich erklärt (als Ausnahme für die muslimische Wohlfahrtspflege vgl. Ceylan/Kiefer 2016; für die jüdische Wohlfahrt www.juedische-pflegegeschichte.de).

3 Für ihre ausgezeichnete Recherche und Vorarbeiten zu diesem Beitrag danke ich Veronika Rösch, Annika Hrubesch und Felicia Franke, die im Projekt als studentische Hilfskräfte tätig waren.

gebedürftigkeit, die Etablierung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik sowie die Gleichstellung privater mit freigemeinnützigen Trägern, wodurch ein Anbieterwettbewerb und der Steuerungsmodus 'Wettbewerb' initiiert wurden" (ebd., 442). Der finanzielle Druck, der durch den zunehmenden Wettbewerb v.a. im Bereich der ambulanten Pflege entstanden ist, wurde ergänzt durch die Einführung des DRG-Systems für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen im Jahre 2003 (Braun 2014). Beide Konzepte – Wettbewerbsausrichtung und Fallpauschalen-Finanzierung – führen zu einem anhaltenden Ökonomisierungsdruck, der bei allen Einrichtungsträgern wirksam ist und die Arbeits- und Pflegebedingungen in diesem Sektor maßgeblich prägt. Wie unterschiedliche aktuelle Studien[4] zeigen, lässt sich der Arbeitsmarkt im Pflegesektor v.a. durch atypische und prekäre Arbeitsbedingungen charakterisieren.

Dies gilt auch für die Situation der Beschäftigten in kirchlichen Einrichtungen. Die Diakonie und die Caritas, die beiden Wohlfahrtsverbände der evangelischen und katholischen Kirche, betonen vielfach, dass ihre Arbeitsbedingungen besser seien als die in privaten und teilweise auch in öffentlichen Einrichtungen: „Wer den Beruf als Pflegefachkraft bei Caritas-Dienstgebern ergreift, kann mit attraktiven Arbeitsbedingungen, einem sicheren Job und guten Berufsperspektiven rechnen" (Dienstgeberseite ARK 2019). Dies gelte insbesondere beim Gehalt im Vergleich zu Pflegeeinrichtungen, die nicht tariflich gebunden sind. Allerdings trifft dies nicht auf alle Bereiche, insbesondere nicht auf die kleinen konfessionellen Träger, Stiftungen etc. zu, die nicht an die Tarifstruktur von Diakonie und Caritas gebunden sind, zudem gibt es auch innerhalb der beiden großen Verbände vielfältige Abweichungen. Darüber hinaus zeigt die Analyse weiterer Aspekte der Arbeitsbedingungen, dass die Beschäftigungsverhältnisse oft ebenfalls atypisch, nicht existenzsichernd und belastend sind. So weist bspw. die Einrichtungsstatistik der Diakonie in den stationären Einrichtungen der *Krankenhilfe* für 2016 knapp 107.500 Beschäftigte aus, davon sind ca. 54 % in Vollzeit und 45 % in Teilzeit tätig (Diakonie Deutschland 2017, 8), für ambulante Dienste und Beratungsstellen werden 38.400 Beschäftigte angegeben, von denen fast 83 % in Teilzeit arbeiten (ebd., 33). Der Frauenanteil betrug 2008 in der Krankenhilfe ca. 75 % und in der Altenhilfe fast 87 % (Diakonisches Werk 2011, 12). Anders stellt sich das Geschlechterverhältnis im Einkommensgefüge dar: in der höchsten Vergütungsgruppe sind Männer zu 42 % vertreten, in der niedrigsten liegt ihr Anteil bei 13 % (ebd., 40). Bei der Caritas arbeiteten 2016 660.000

4 Vgl. z.B. Becka u.a. 2016; Bispinck u.a. 2013; Institut DGB-Index 2018; Kümmerling 2016; Roth 2011.

Beschäftigte, von denen 82 % weiblich waren. In der *Gesundheitshilfe* waren 273.000 Personen (VZ: 46 %; Frauenanteil: 79 %) und in der Altenhilfe knapp 120.000 (24 % VZ, Frauenanteil: 87 %) beschäftigt (Deutscher Caritasverband 2018). Die Geschlechterverhältnisse in den Leitungsgremien sind ebenfalls sehr unausgeglichen (ebd., 1). In einer Befragung von Mitarbeiter*innen in Kirche, Diakonie und Caritas – in der nicht nach Einsatzbereich differenziert wurde – haben lediglich 68 % der Befragten ihre Arbeitsbedingungen als gut bis erträglich bezeichnet, ca. ein Drittel denkt über einen Arbeitgeberwechsel nach oder strebt ihn an (Baumann-Czichon/Czichon 2015, 117/118). 9 % der Befragten sind befristet beschäftigt, die meisten sachgrundlos, was die Arbeitsplatzsicherheit und die Lebensplanung der Beschäftigten stark einschränkt. Insgesamt sind Jüngere und Frauen überdurchschnittlich öfter von Befristungen betroffen. Auch von der Teilzeitbeschäftigung sind Frauen überdurchschnittlich oft betroffen und damit werden sie auch gehäuft für die Mehrarbeit und Überstunden eingesetzt; zudem ist ihr Einkommen dadurch geringer und sie sind stärker von Altersarmut bedroht (ebd., 119ff.). Gesundheitliche Probleme kommen in der Altenhilfe laut der Befragung häufiger vor als im Krankenhaus; für alle Befragten gilt, dass etwa ein Drittel von ihnen davon ausgeht, dass sie eher nicht oder auf keinen Fall das Rentenalter in ihrem Beruf erreichen werden (ebd., 123). Auch Behruzi (2016, 137) konstatiert, dass „fehlende Wertschätzung, Holen aus dem Frei, miserable Arbeitszeiten, geteilte Dienste, Personalmangel und Überlastung" im Alltag der Beschäftigten in kirchlichen Einrichtungen an der Tagesordnung seien.

Im Zuge der Wachstumsentwicklung der Einrichtungen der Diakonie und Caritas (Deutscher Caritasverband o.J.; Schroeder 2017) in den letzten Jahrzehnten sind nicht nur die Einrichtungen größer geworden, sondern auch die Zusammensetzung des Personals veränderte sich merklich. Waren die bei konfessionellen Trägern Beschäftigten bis in die 1980er Jahre hinein zu einem großen Anteil Ordenszugehörige oder zumindest durch die Kirchenzugehörigkeit den Trägern in der christlichen Orientierung eng verbunden, sind die Beschäftigten mittlerweile ganz überwiegend arbeitsvertraglich gebunden (Lührs 2010, 62ff.) und unterliegen dem kirchlichen Arbeitsrecht. Davon sind aber nicht nur Fragen der Beschäftigungsverhältnisse und der Tarifbindung betroffen, sondern auch die Möglichkeiten der Mitarbeiter*innenvertretungen.

3. Möglichkeiten und Begrenzungen der Interessenvertretung

Obwohl die Arbeitsbedingungen in weiten Teilen der Pflegearbeit auch in konfessionellen Einrichtungen i.w.S. als prekär zu bewerten sind, ist die Interessen-

vertretung als eher schwach einzuschätzen: Der Organisierungsgrad der Pflegekräfte ist gering und viele – v.a. kleinere – Einrichtungen haben kein Organ der Interessenvertretung[5]. Zudem gilt in den Kirchen und den ihnen angegliederten Wohlfahrtsverbänden der sog. *Dritte Weg* der Arbeitsbeziehungen.

Die Besonderheiten des kirchlichen Arbeitsrechtes ergeben sich aus der verfassungsmäßigen Sonderstellung der Kirchen und aus den arbeitsrechtlichen Regelungen für Tendenzbetriebe. So gilt nach Art. 140 GG i.V.m. Art 137 Abs. 3 WRV, dass Religionsgemeinschaften ihre eigenen Angelegenheiten, also auch Fragen der Beschäftigungsverhältnisse und der Mitarbeitervertretung, selbst regeln können. Zudem regelt § 118 Abs. 2 BetrVG (Betriebsverfassungsgesetz), dass „dieses Gesetz […] keine Anwendung auf Religionsgemeinschaften und ihre karitativen und erzieherischen Einrichtungen unbeschadet deren Rechtsform" findet (vgl. WD 2012, 5; Baumann-Czichon/Gathmann 2014). Diese Regelungen haben Folgen für die Arbeitsbeziehungen und für die Möglichkeiten der Interessenvertretungen.

3.1 Arbeitsbeziehungen in konfessionellen Einrichtungen – der Dritte Weg

Der 'Dritte Weg' bezeichnet die Regulierung von Arbeitsvertragsregelungen in den Kirchen und den ihnen angegliederten Einrichtungen in Form von Arbeitsrechtlichen Kommissionen (ARK) und ist Mitte der 1970er Jahre entstanden. Die jeweiligen Arbeitsrechtlichen Kommissionen der beiden christlichen Kirchen sind formal paritätisch mit Vertreter*innen der Arbeitgeber und der Mitarbeiter*innen besetzt. „Sie verhandeln die Rechtsnormen über den Inhalt, den Abschluss und die Beendigung von Arbeitsverhältnissen sowie die Vergütungsstrukturen" (Jacobi 2007, 73f.). Bei der Caritas sind eine zentrale und sechs regionale Kommissionen angesiedelt, in der Diakonie ist die Kommissionslandschaft noch heterogener (Lührs 2010, 18). Während die Vertreter*innen der Arbeitgeberseite von den Kirchen- und Verbandsleitungen bzw. den Bischöfen und den Diözesancaritasverbänden eingesetzt werden, werden die Vertreter*innen der Mitarbeiter*innen durch Wahlen oder durch Delegation aus Mitarbeitervertretungen bzw. Verbänden bestimmt (ebd.: 226ff.). Die Verhandlungsbedingungen der ARK werden

5 Im Vergleich zwischen unterschiedlichen Trägern zeigt sich aber, dass der Verbreitungsgrad betrieblicher Interessenvertretungen z.B. in Altenpflege-Einrichtungen der Diakonie und der Caritas etwas höher (38,5 %) ist als bei privaten, sonstigen freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern. Am seltensten finden sich Betriebsräte bei privaten Trägern (10,6 %; Schroeder 2018, 85).

von den Leitungsgremien der Wohlfahrtsverbände bzw. der Kirchen geregelt. In den ARK[6] wird eine konsensuale Einigung der Mitglieder angestrebt; ist diese nicht möglich, erfolgt ein Mehrheitsentscheid. Sofern keine Entscheidung der ARK erfolgen kann, muss ein Schlichtungsverfahren in Gang gesetzt werden. Der Vorsitz der Schlichtungskommission soll per Mehrheitsbeschluss der ARK bestimmt werden; gelingt dies nicht, entscheidet z.B. in der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck der oder die Vorsitzende des Landeskirchengerichts.

Wie Lührs herausgearbeitet hat, unterscheiden sich die ARK und deren Verhandlungsergebnisse im Vergleich zu den Aushandlungsprozessen zu Tarifverträgen v.a. in zweierlei Hinsicht: Zum Ersten arbeitspolitisch, weil hier nicht kollektive Akteure mit einem Verhandlungsmandat ihrer Organisationen und legitimierten Mitteln der Konfliktaustragung in Verhandlungen treten, sondern individuelle Akteure ohne Mittel des Arbeitskampfes. Zum Zweiten unterscheiden sie sich arbeitsrechtlich, indem die Verhandlungsergebnisse, anders als Tarifverträge, keine normative Kraft für alle Beschäftigten haben, sondern bei denen strittig ist, wieweit die Bindungswirkung der Beschlüsse ist (Lührs 2006). Damit stellt sich aber ein anderes Kräfteverhältnis zwischen den Verhandlungsparteien dar, als es traditionell im Verhältnis von Gewerkschaften und Arbeitgebern zu finden ist. Dieses Verhältnis hat Neumann in der Charakterisierung der Funktionen der Gewerkschaften „als Markt- oder als Kartellfunktion (bezeichnet) (...). Sie sind primär Kampfverbände und zielen auf eine Beherrschung des Arbeitsmarktes ab. Sie stellen der monopolistischen Gewalt des Privateigentums die kollektive Macht der organisierten Arbeit gegenüber (...). Das wichtigste Mittel für die Regelung der Lohn- und Arbeitsbedingungen ist der Tarifvertrag, dessen Bestimmungen den ungünstigeren Regelungen des individuellen Arbeitsvertrages vorgehen. Zur Erreichung ihres Zieles benutzen sie friedliche Mittel (Verhandlungen, Untersuchungen, Überredung), aber auch Kampfmittel wie den Streik, den Boykott und manchmal die passive Resistenz“ (Neumann 1978, 151, in: Esser 2014, 87). All dies ist im Dritten Weg nicht gegeben.

Der Streit über die Legitimität und die Notwendigkeit des Dritten Weges wird in erster Linie zwischen der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und Vertreter*innen von Diakonie und Caritas geführt. Ver.di kritisiert neben dem Streikverbot den dritten Weg generell (vgl. ver.di 2013) und konstatiert, dass die

6 Der folgenden Darstellung liegt als Beispiel die „Ordnung über das kirchengemäße Verfahren zur Regelung der Arbeitsverhältnisse in der Diakonie Hessen durch eine Arbeitsrechtliche Kommission –Arbeitsrechtsregelungsordnung Diakonie Hessen (ARRO.DH)“ i.d.F.v. 20.12.2017 zugrunde.

Kirchen selbst von den Grundprinzipien ihres Dritten Weges abgekommen seien, indem sie Strategien wie normale Arbeitgeber (wie beispielsweise die Beschäftigung von Leiharbeiter*innen oder die Ausgliederung einzelner Arbeitsbereiche) nutzen würden, um ihre Lohnausgaben möglichst niedrig zu halten (Nowak 2017, 189). Die Kirchen betonen aber, dass sie den dritten Weg beibehalten wollen, weil ein „partnerschaftlicher Umgang" miteinander dem kirchlichen Verständnis entspräche (Sichelschmidt 2014; vgl. auch Die deutschen Bischöfe 2015). Diese Auffassung wird innerkirchlich aber nicht von allen geteilt. Der Gesamtausschuss der Mitarbeitervertretungen in Baden kritisiert den Dritten Weg scharf, weil es in den Gremien ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten gebe, mit dem Ergebnis, dass gerade bei der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen keine Gegenwehr der Beschäftigten möglich sei und kommt zu dem Schluss: „Der dritte Weg entmündigt die Beschäftigten" (Wenk 2018, 84).

Die spezifische Form betrieblicher Aushandlungsprozesse wird mit dem „Sendungsauftrag der Kirche" gerechtfertigt (Die deutschen Bischöfe 2011, 10), der eine Dienstgemeinschaft begründet und kein Arbeitsverhältnis.

3.2 Die Dienstgemeinschaft

Ganz grundsätzlich soll der Begriff Dienstgemeinschaft „das ausdrücken, was den kirchlichen Dienst von weltlichen sozialen Diensten unterscheidet" (Neuhoff 2013, 1). Das Leitbild der Dienstgemeinschaft appelliert in beiden Kirchen an Motivation, Moral und Glaube und begründet die Übernahme von Fürsorgearbeit außerhalb des familiären Umfelds (vgl. Nowak 2017, 182). Sowohl für die katholische als auch für die evangelische Kirche ist das Betreiben wohltätiger Einrichtungen Teil des christlichen Selbstverständnisses (Wagner 2008).

Beiden Kirchen gemein ist der Grundgedanke, dass „in der kirchlichen Dienstgemeinschaft Dienstgeber und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsame Verantwortung für den Dienst an der Verkündigung des Evangeliums Jesu Christi in Wort und Tat tragen" (Evangelische Landeskirche o.J.). Diesen Positionen steht die Vorstellung von Arbeitskämpfen, die gegeneinander ausgetragen werden, entgegen. „Das Tarifvertragssystem mit dem zu seinen Funktionsvoraussetzungen gehörenden Arbeitskampf sichert nicht die Eigenart des kirchlichen Dienstes. Tarifverträge kirchlicher Einrichtungen mit verschiedenen Gewerkschaften sind mit der Einheit des kirchlichen Dienstes unvereinbar. [...] Für die Einrichtungen der Glaubensverkündigung und die Werke der Nächstenliebe gäbe daher die Kirche ihren Sendungsauftrag preis, wenn sie ihren Dienst den Funktionsvo-

raussetzungen des Tarifvertragssystems unterordnen würde“ (Die Deutschen Bischöfe 2011, 15).

Dürr (2016) weist in seiner Studie, in der er Mitarbeiter*innen der Diakonie befragte, darauf hin, dass die Begrifflichkeit der christlichen Dienstgemeinschaft keine Verankerung mehr bei den Mitarbeitenden habe. Beschäftigte konstatieren zudem, dass sie dann eine niedrige Identifikation mit der Diakonie als Arbeitgeberin empfinden, wenn sie bei Führungskräften einen starken Unterschied zwischen „ideellem Anspruch und realem Handeln“ (ebd., 89) empfinden. Gleichwohl findet sich bei den Beschäftigten auch jenseits des Dienstgemeinschafts-Begriffs eine Vorstellung davon, dass sich christliche Vorstellungen von Nächstenliebe und Zuwendung in der Art des Umgangs mit den Patient*innen widerspiegeln sollte:

> „Man lebt ja auch die Werte, was die Ordensschwestern und der Ordensgründer gegründet haben. Das fängt ja mit Barmherzigkeit und Liebe sei Tat an, das waren seine Sprüche, die bis heute noch Bestand haben. Und das lebe ich dann auch vor“ (PKSw11; ähnlich auch Dürr 2016, 54ff.).

Dass dies auch im Umgang des Arbeitgebers mit den Beschäftigten gelten sollte, erwarten die Pflegekräfte nur teilweise, bzw. machen sie auch die Erfahrung, dass der Dienst aus Nächstenliebe „vom Arbeitgeber teilweise auch so genutzt/ausgenutzt wurde“ (Expm9)[7].

Zusammenfassend wird zunächst deutlich, dass die Legitimität des kirchlichen Arbeitsrechts nicht unstrittig ist. Dabei wird nicht grundsätzlich angezweifelt, dass in Tendenzbetrieben[8] die Gewährleistung einer besonderen Loyalität, insbesondere in leitenden Funktionen bzw. in Funktionen, die Einfluss auf die Tendenzentwicklung haben, notwendig erscheint. Das Subsidiaritätsprinzip des deutschen Sozialstaats hat allerdings dazu geführt, dass freigemeinnützige Organisationen in einem immer größer werdenden Umfang Aufgaben dieses Sozialstaates übernommen haben und damit zu einer gesellschaftlich und arbeitsrechtlich relevanten Branche geworden sind; sie selbst bezeichnen sich als ‘dritte Sozialpartner’ (Heinze 2011, 171). Der überwiegende Zweck dieser Einrichtungen ist somit auch nicht die Verkündigung des christlichen Glaubens, sondern die

---

7 Dies gilt teilweise auch aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die gerade von Pflegekräften kirchlicher Einrichtungen Leistungen für ‘Gotteslohn’ erwarten: „Da kommen die Patienten manchmal: ‘Das ist doch Caritas. Ja, wieso kann man das nicht machen?’ Umsonst“ (PKAw1).

8 Die Gewerkschaften gehören selbst zu den Tendenzbetrieben, ebenso bspw. auch Parteien, parteinahe Stiftungen und Arbeitgeberverbände (§ 118 BetrVG).

Bereitstellung sozialstaatlicher Dienstleistungen, die sich im Rahmen der Wettbewerbsausrichtung der Sozialwirtschaft immer stärker an Kriterien der Effizienz und Effektivität ausrichten. Durch den damit einhergehenden „Rückgang des Ordenspersonals und der verstärkten Rekrutierung konfessionell nicht gebundener Fachkräfte steht auch die Dienstgemeinschaft zur Disposition. Damit wird die Vertretung von Mitarbeiterinteressen, sei es in Form von Berufsverbänden und gewerkschaftlichen Interessenvertretungen, zu einer vorrangigen Aufgabe" (Heinze 2011, 178). Wie sehen also derzeit die Möglichkeiten insbesondere betrieblicher Interessenvertretungen in kirchlichen Einrichtungen aus?

3.3 Interessenvertretung aktuell: Die Mitarbeitervertretung, die Gewerkschaften und die Verbände

Die innerbetriebliche Interessenvertretung von Beschäftigten in kirchlichen Einrichtungen übernehmen die Mitarbeitervertretungen (MAV), die durch das Mitarbeitervertretungsgesetz der Evangelischen Kirche Deutschland (MVG. EKD)[9] bzw. die katholische Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO) geregelt werden. Im Vergleich der Regelungen mit dem Betriebsverfassungsgesetz bzgl. der Beteiligungsrechte und -praxis lässt sich feststellen, „dass die Kirchen mit dem von ihnen geschaffenen Mitarbeitervertretungsrecht im Wesentlichen alle Gegenstände geregelt haben wie im BetrVG" (Baumann-Czichon/Gathmann 2014, 52; ähnlich WD 2012, 23). In der Praxis betrieblicher Mitbestimmung zeigen sich jenseits spezifischer Differenzierungen viele Ähnlichkeiten. Problematischer wird es allerdings in Krisensituationen, z.B. bei Betriebsänderungen, bei denen das Kirchenrecht weder Verpflichtungen zum Interessenausgleich vorsieht, noch die Aufstellung von Sozialplänen (Baumann-Czichon/Gathmann 2014, 53). Auch bei den Konflikten, die vor Schiedskommissionen landen, bestehen bei anhaltenden Uneinigkeiten deutliche Unterschiede: bei den konfessionellen Einrichtungen entscheidet im Zweifelsfall die Kirchengerichtsbarkeit, während im Rahmen des BetrVG eine Weiterleitung an das Arbeitsgericht und den folgenden Instanzen erfolgt. Hinzu kommt ein institutionelles Machtverhältnis, das aus der Hierarchie der Kirche herrührt:

---

9 Die 20 eigenständigen Landeskirchen der evangelischen Kirchen müssen allerdings die MVG.EKD nicht in ihren Rechtskreis übernehmen, sondern können eigenständige Ordnungen schaffen, was sie z.T. auch getan haben (Baumann-Czichon/Gathmann 2014).

> „… aber hier zum Beispiel ist ja auch ein Diakon, ein Dienststellenleiter. Wenn da so einer kommt – Du bist nur eine Pflegekraft […] und er ist Diakon in diesem Gebilde Kirche, das hat ja schon immer ein bisschen was mit Macht zu tun. Kirche war ja schon immer […] so ganz streng und das kann schon sein, dass das damals so gelebt wurde und dann halt von Generation zu Generation so weiter übertragen wurde" (Expm9).

Erwähnt werden müssen auch bessere Freistellungsregelungen für Betriebsratsmitglieder und die Einbeziehungen von Leiharbeitnehmer*innen in das aktive Wahlrecht zum Betriebsrat. Zudem sehen die Mitarbeitervertretungsregeln keinen spezifischen Zugang und keine garantierten Beteiligungsmöglichkeiten der Gewerkschaften vor, was dazu führt, dass sich die MAV-Mitglieder mitunter schlecht beraten fühlen hinsichtlich ihrer Rechte und Einflussmöglichkeiten, weil ihnen die entsprechenden gewerkschaftlichen Schulungen fehlen. Die Zugehörigkeit zu einer Gewerkschaft ist allerdings für alle Mitarbeiter*innen unbenommen[10], wobei die in einem Interview geäußert Skepsis „ver.di ist so groß, ob das speziell für Pflegeberufe passt? Da habe ich mir gedacht: nein" (PKAw1) nicht untypisch ist (vgl. Dürr 2016, 83ff.). Gleichwohl hat das Bundesarbeitsgericht das freie Zugangs*recht* für Gewerkschaften auch in konfessionellen Einrichtungen zuerkannt, ebenso ist das Streikrecht nicht grundsätzlich ausgeschlossen, sondern nur dann, „wenn a) die Gewerkschaften an dem Regelungsverfahren angemessen beteiligt werden, b) an die Stelle des Arbeitskampfes ein neutrales Schlichtungsverfahren tritt, das auf ähnliche Weise Einigungsdruck erzeugt, weil das Ergebnis der Schlichtung nicht vorhersehbar ist und c) die kirchlichen Regelungen zu verbindlichen Mindestbedingungen führen" (Sczepanski 2015, 91). Zudem können Mitarbeiter*innen konfessioneller Einrichtungen außerhalb der Dienstzeit streiken, wobei damit das Druckmittel der Arbeitsniederlegung stark minimiert wird. Angesichts der tatsächlichen Regulierungen und den unterschiedlichen Umsetzungsformen der MAV variieren die Einschätzungen zu ihren Möglichkeiten deutlich. So bewertet ein Mitarbeitervertreter einer Altenpflegeeinrichtung der Diakonie die kirchlichen Vertretungsformen positiv:

> „Ich in meiner aktiven Zeit jetzt, wo es jetzt acht Jahre werden, habe jetzt keinerlei negative Eigenschaften an dem Dritten Weg oder an dem kirchlichen Weg gefunden. Überhaupt nicht, ich habe bis jetzt immer das, was uns wichtig war, was für die Mitarbeiter gut war, durchgekriegt, in dem wir im Dialog standen. Kontrovers im Dialog, respektvoll, so habe ich die Kirche erlebt" (Expm9).

10 Allerdings ist die Gewerkschaftszugehörigkeit bei Mitgliedern der MAV deutlich geringer (16,7 %) als bei Betriebsratsmitgliedern (41,7 %; Schroeder 2018, 86).

Anders eine Pflegekraft, die neun Jahre Mitglied in einer MAV der Caritas war:

> „Wie gesagt, ich bin jemand, der sich dann schon für was einsetzt und auch was sagt, was vielleicht jemandem dann nicht so passt und das hat mich zu viele Nerven gekostet. Ich habe immer gesagt, das ist eine Farce; für mich war es eine Farce. Manche sehen das vielleicht anders, aber tja…" (PKAw1).

Eher ähnlich sehen das die von Schroeder befragten MAV-Mitglieder, die insbesondere ihre mangelnde Durchsetzungskraft und Einflussmöglichkeiten, fehlende Klagemöglichkeiten sowie die geringere Größe des Gremiums, weniger Freistellungskontingente und eine mangelnde Ausstattung beklagen (Schroeder 2018, 86ff.). Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Ausgestaltung der kirchlichen Arbeitsbeziehungen sich von Betrieb zu Betrieb sehr unterschiedlich zeigt. Diese Individualisierung von Arbeitsbeziehungen kann im Einzelfall nützlich sein, steht aber dem Anspruch auf Verallgemeinerung konstruktiver Arbeitsbeziehungen und Aushandlungsprozessen entgegen.

Insgesamt formulieren die von uns Befragten neben der Kritik an den kirchenrechtlichen Formen der Interessenvertretung eine besondere Verantwortung der Pflegepolitik für die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften (ähnlich Schroeder i.d.B.):

> „Ich glaube, dass also Sozialpolitik im weitesten Sinne immer noch nicht die tragende Rolle spielt in unserer Gesellschaft, in der Politik, ja, und Pflege gehört einfach mit dazu. Das ist etwas, damit kann ich nicht viel Renommee erlangen, ich kann nicht viel Produktionsgelder erwirtschaften. Ja. Das zählt einfach nicht. Also das ist jetzt so dieses Care-Thema eigentlich ja, Care- und Gender-Thema. Das betrifft jetzt ja nicht nur die Pflege, das betrifft ja die anderen Care-Berufe ebenso" (Expw8).

Auf der überbetrieblichen Ebene ist die Verbändelandschaft im Bereich der Pflege stark ausdifferenziert (vgl. auch Rudolph/Schmidt i.d.B.). Es finden sich sowohl Verbände, die insgesamt die Interessen der Pflege und der Pflegekräfte vertreten (z.B. den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK), Gewerkschaften (ver.di, Fachbereich Gesundheit & Soziales) oder auch konfessionelle Verbände (z.B. den Katholischen Pflegeverband). Hinzu zählen auch die Verbände der Träger und der Arbeitgeber.

Konfessionelle Verbände organisieren v.a. Beschäftigte, die in den entsprechenden Pflegeeinrichtungen arbeiten; inhaltlich geht es ihnen um die Weiterentwicklung des Berufsbildes, Weiterbildungsangebote für Beschäftigte sowie die Beteiligung an den gesellschaftlichen Debatten zur Situation und den Perspektiven der Pflege in Deutschland. Der konfessionelle Bezug besteht aber nicht nur in institutioneller Hinsicht, sondern auch inhaltlich, indem die christlichen Werte als Maßstab und Orientierung für die Situation der Pflegebedürftigen

und der Pflegenden gelten: „…das ist schon der Hintergrund auch von uns, dass wir sagen, Moment mal, dass es den Pflegenden und den Pflegebedürftigen gut geht, dass es denen auch von den Werten her gut geht, dass wir auch gut pflegen können. Wir müssen ja auch bestimmte ethische Richtlinien ganz stark mit im Auge haben" (Expw8).

Der Zuspruch Seitens der Beschäftigten hält sich – wie auch sonst im Pflegesektor – allerdings in Grenzen: so werden für den Katholischen Pflegeverband für ganz Deutschland zwischen 3.000 (www.pflegemarkt.com) und 5.000 Mitglieder (Schroeder 2018, 108) angegeben. Die Mitgliederzahl des Evangelischen Fach- und Berufsverbands für Pflege und Gesundheit liegt bei knapp 400 (www.pflegemarkt.com). Die geringe Organisierungsbereitschaft trifft hier also nicht nur die Gewerkschaften, sondern auch Berufsverbände, was ihre Durchsetzungsmacht deutlich schmälert.

4. Geschlechterverhältnisse, Kirche und Interessenvertretung

Folgt man der Funktionsbeschreibung von Neumann, dass Gewerkschaften die „kollektive Macht der organisierten Arbeit" (Neumann 1978, 151, in: Esser 2014, 87) darstellen, wird deutlich, dass es bei der Ausgestaltung von Arbeitsbeziehungen um Machtfragen geht. Das kirchliche Arbeitsrecht hingegen definiert das Verhältnis von Arbeitgebern und Arbeitnehmer*innen als eine „Dienstgemeinschaft", in der sich die beiden Akteur*innen zusammenfinden, um eine spezifische Form des christlichen Selbstverständnisses umzusetzen. Angesichts der Ergebnisse der zitierten Studien und der eigenen Befragungen muss allerdings konstatiert werden, dass die Beschäftigten in den kirchlichen Pflegeeinrichtungen die Idee der Dienstgemeinschaft entweder nicht kennen oder für nicht relevant halten – oder im schlechtesten Fall als Quelle für ausbeuterische Arbeitsverhältnisse erfahren. Infolgedessen kritisiert Hengsbach, dass der „Begriff ein arbeits- und kirchenpolitischer Kampfbegriff ist und vom Gesetzgeber zu einer religiös-spirituellen Tünche verwendet wird (Hengsbach o.J., 10), insbesondere weil er die bestehenden Machtverhältnisse in der Kirche negiere. Macht an sich sei auch nicht verwerflich, wenn „unabhängige Kontrollmechanismen und Beteiligungsformen legaler Ausübung von Macht" (ebd.) vorhanden wären, was aber im kirchlichen Arbeitsrecht nicht vorgesehen sei. Die institutionelle Negation von Machtverhältnissen bedeutet aber nicht, dass keine da sind.

Aus geschlechteranalytischer Perspektive muss die Analyse dahingehend erweitert werden, dass sich die Beschäftigten in der Pflege in weiteren Machtverhältnissen befinden, die in engem Bezug zu den arbeitspolitischen Machtverhältnissen

stehen: Das Pflegesystem unterliegt geschlechtshierarchischen Prinzipien, die sich in der Berufshierarchie und in den Führungspositionen abbilden. Der „Frauenberuf Pflege" ist auch deshalb von prekären Arbeitsbedingungen gekennzeichnet, weil er in Verberuflichungsprozessen weiblicher Sorgearbeit entstanden ist, die von Emanzipationsprozessen, medizinischer Fremdbestimmung, Professionalisierungserfordernissen und der Naturalisierung und Vergeschlechtlichung von Care gleichermaßen beeinflusst waren (vgl. Meussling-Sentpali i.d.B.; Krampe 2009). Pflege wird in diesem Sinne als ausführende, von (lange Zeit) vorwiegend männlichen Ärzten angeordnete dienende Tätigkeit verstanden, die naturgemäß – weil dem 'weiblichen Naturell' entsprechend – besonders gut von Frauen ausgeübt werden kann. Dieses gesellschaftlich-patriarchale Verhältnis wird in den kirchlichen Einrichtungen ergänzt durch das kirchlich-patriarchale Verhältnis, wie es sich anhaltend in der katholischen Kirche durch ihre hierarchischen Strukturen und den Ausschluss von Frauen aus kirchlichen Verkündungsämtern und in der evangelischen Kirche durch geringere Frauenanteile in den Leitungsfunktionen zeigt[11]. D.h. die kirchliche Verankerung der Interessenvertretung in Form von Mitarbeitervertretungen entspringt nicht nur der vermeintlichen Logik der Dienstgemeinschaft, sondern spiegelt auch die patriarchale Geschichte und Gegenwart der Kirchen wider. Zudem ist es nahezu ohne Brüche gelungen, 'das Besondere' kirchlicher Liebesdienste am Menschen umstandslos auf die Werteprinzipien und Logiken von Fürsorgearbeit zu übertragen – hier korrespondieren Naturalisierungs- und Ökonomisierungsprozesse vortrefflich. Das führt z.B. dazu, dass die Pflegekräfte früher zur Arbeit kommen, ohne dies als Überstunden aufzuschreiben oder Überlastungsanzeigen zu stellen:

> „Manche fangen auch früher an, weil sie diesen Druck für sich so spüren ... Also, das ist völlig irrsinnig, sich eine Stunde früher hier reinzustellen, Medikamente zu stellen, damit alles passt. Damit ich wenn es 06:00 Uhr ist, dann schon in Ruhe anfangen kann, das ist Wahnsinn, was die Leute machen" (Expm9).

Auch durch kirchliche Kontexte bleibt die für Care-Arbeit unverzichtbare Ethik des Fürsorgens (Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008) als Prinzip der Ausbeutung erhalten und wird zum Gegenpart von möglichen Arbeitskämpfen, „weil das um das Menschliche geht, da kann man nicht so sagen, man lässt alles liegen; den Hammer lass ich liegen, das geht in der Pflege eben nicht" (Expm9).

Hinzu kommt, dass auch die Geschichte von arbeitspolitischen Interessenvertretungen und Arbeitskämpfen eine männlich geprägte ist (vgl. Holland i.d.B.;

11 Wobei sich hier die Situation der Repräsentation von Frauen in der einzelnen Kirchenkreisen und Regionen z.T. deutlich unterscheidet (EKD 2015).

Artus 2019). Gewerkschaften sind im Kontext 'männlicher' Industriearbeit entstanden und waren dominiert von Arbeitskämpfen in diesen Industrien; Frauen hatten oft die Rolle der unterstützenden Familienangehörigen. Zudem sind Frauen weiterhin von Mehrfachbelastungen betroffen, die auch Einfluss auf ihr pflegepolitisches Engagement haben:

> „... es sind überwiegend Frauen, die wenig Zeit haben; die so müde nach Hause kommen, die kein Interesse für so was haben. Die wollen nur nach Hause und Ruhe haben von der Arbeit. In einem männlichen Beruf ist das anders: Die Männer, die stärken sich gegenseitig (...). Bei den Frauen ist das selten" (PKAw2).

Frauen waren und sind unterrepräsentiert in den Interessenvertretungen, selbst in sog. Frauenberufen, das gilt sowohl für die Gewerkschaften als für auch andere Organisationen: Beispielsweise sind im Katholischen Pflegeverband von sechs Vorstandsmitgliedern vier männlich, den 1. Vorsitz hat ein Mann inne. Auch der Vorsitz des Gesamtausschusses Mitarbeitervertretung (GA MAV) der Diakonie Bayern wird von einem Mann wahrgenommen, von den vierzehn Ansprechpersonen sind wiederum nur vier weiblich[12]. Obwohl Pflege in jeglicher Hinsicht ein weiblich dominierter Beruf ist, bildet sich dies weder bei ihren Anteilen in den Führungspositionen noch in den Interessenvertretungen angemessen ab. Zwar diskutierte die Deutsche Bischofskonferenz im März 2019 über die Erhöhung des Frauenanteils in Führungspositionen und in einzelnen Landeskirchen der EKD existieren Gleichstellungsgesetze; diese sehen aber, anders als im Betriebsverfassungsgesetz (§ 15, Abs. 2), keine Mindestquote für das benachteiligte Geschlecht in den Mitarbeitervertretungen vor. Dies liegt auch an der Konstruktion der MAV-Wahlen, da hier nur Individual- und keine Listenwahlen vorgesehen sind, was eine Quotierung schwerer möglich macht. Hieraus resultiert nicht nur ein Repräsentationsdefizit, sondern auch ein inhaltliches, weil die Kritik an geschlechtsspezifischen Strukturen und Ungleichheiten erfahrungsgemäß selten von Männern vertreten wird.

Mithilfe der Verortung von Pflege in mehrfach hierarchischen Strukturen lässt sich die Perspektive vom individuellen Versagen der (weiblichen) Pflegekräfte in Bezug auf ihr mangelndes Engagement für eine kraftvolle Interessenvertretung verlagern auf die strukturellen Bedingungen, die das Berufsfeld und die Interessenorganisationen implizieren. So gilt es zwar immer wieder zu fragen, warum

12 http://www.gamav-diakonie-bayern.de/diakonie/seite/ansprechpersonen; Zugriff 8.3.2019. Ähnlich sind die Geschlechterverhältnisse auch in den Gesamt-MAVen der anderen Landeskirchen und in den DiAG (Diözesane Arbeitsgemeinschaften der Mitarbeitervertretungen) der Caritas.

sich Pflegekräfte so wenig organisieren und engagieren für ihre eigenen Interessen und welche 'alternativen' Bewältigungsmuster sie stattdessen einsetzen (Schmidt 2017). Allerdings führen nicht nur die prekären Arbeitsbedingungen, sondern auch die arbeits- und interessenpolitischen Rahmenbedingungen im Kontext geschlechtsspezifischer Ungleichheitslagen und Zuschreibungen zu strukturellen Hürden, die nicht individuell, sondern durch einen professionalisierten Blick auf Pflege, Pflege- und Arbeitsverhältnisse und eine auf soziale Dienstleistungsarbeit ausgerichtete Interessenvertretung verändert werden müssen.

5. Fazit

Auseinandersetzungen um Arbeitsbedingungen und Gehälter sind in kapitalistischen Verhältnissen immer (auch) Machtfragen – auch in Branchen, deren sozialstaatliche Aufgabe eigentlich zuvörderst die Fürsorge für kranke, alte und pflegebedürftige Menschen ist. Die kirchlichen Träger von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten proklamieren für sich spezifische ethische Ansprüche bei der Durchführung von Pflege und unterwerfen sich gleichzeitig den Ökonomisierungsprozessen des Pflegemarktes. Dieser Spagat zeigt sich nicht nur in den teilweise prekären Arbeitsbedingungen, sondern auch in der mangelnden institutionellen Verankerung von Mitbestimmungsrechten. Das bedeutet nicht, dass die Arbeitsbedingungen in kirchlichen Einrichtungen zwangsläufig schlechter sind, sondern dass sich gerade in Konfliktfällen die Machtverhältnisse zuungunsten der Beschäftigten zeigen können, ohne dass diese ein angemessenes Gegengewicht entfalten können. Der vermeintlich gleichberechtigte Dialog ist nicht gleichberechtigt.

Die bisherigen Debatten zur Interessenvertretung in kirchlichen Einrichtungen werden zudem ohne Perspektive auf die Geschlechterverhältnisse geführt. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten in den Arbeitsverhältnissen in der Pflege werden durch die geschlechtliche Naturalisierung der Pflege als Frauenberuf unsichtbar, legitimiert und als Teil christlicher Verkündigung immer wieder re-produziert. Das patriarchale Erbe der Kirchen und der Zwiespalt zwischen christlichen Werten in der Pflege und der Ökonomisierung verfestigt Arbeitsbedingungen, die die Situation in der Pflege teilweise 'unerträglich' für alle Beteiligten macht: „Also wenn es den Pflegenden nicht gut geht, dann geht es auch den Pflegebedürftigen nicht gut" (Expw8).

In diesem Konglomerat gesellschaftlicher Verhältnisse verfestigen sich sowohl arbeitspolitische Ungleichgewichte zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmer*innen als auch Geschlechterhierarchien. Eine gesellschaftliche Neubestim-

mung von Pflege kann damit nicht erfolgen. Dass dies nicht nur ein innerkirchliches Problem ist, zeigt sich in der Abwanderung der Arbeitskräfte aus der Pflege, aber auch darin, dass sich die unterschiedlichen Institutionen und Interessenvertretungen der Pflege mitunter gegenseitig bekämpfen, anstatt gemeinsam eine starke Position für die gesellschaftliche Verantwortung für Pflege einzunehmen. Ob in diesem Kontext das Konstrukt der Subsidiarität neu bestimmt werden müsste, bedarf weiterer wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Debatten.

Literatur

Artus, Ingrid, 2019: Frauen*-Streik. Zur Feminisierung von Arbeitskämpfen. Berlin.

Auth, Diana, 2017: Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Münster.

Baumann-Czichon, Bernhard/Czichon, Lisa, 2015: Arbeitsbedingungen in Kirche, Diakonie und Caritas. In: Arbeitsrecht und Kirche. Zeitschrift für Mitarbeitervertretungen. 4/2015, 116-125.

Baumann-Czichon, Bernhard/Gathmann, Mira, 2014: Kirchliche Mitbestimmung im Vergleich. Hg. von ver.di. Berlin.

Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret, 2016: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Gelsenkirchen.

Behruzi, Daniel, 2016: Bessere Arbeitsbedingungen in Diakonie und Caritas gefordert. In: Arbeitsrecht und Kirche. Zeitschrift für Mitarbeitervertretungen. 4/2016, 137-140.

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn, 2013: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank (https://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_2013_21_pflegeberufe.pdf; Zugriff 26.2.2019).

Braun, Bernard, 2014: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Wiesbaden, 91-113.

Ceylan, Rauf/Kiefer, Michael, 2016: Muslimische Wohlfahrtspflege in Deutschland. Wiesbaden.

Deutscher Caritasverband o.J.: Unternehmen Caritas. Fact sheet. Freiburg

–, 2018: Die katholischen sozialen Einrichtungen und Dienste der Caritas. Einrichtungsstatistik.

Diakonie Deutschland, 2017: Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016. Berlin.

Diakonisches Werk der evangelischen Kirche 2011: Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008. Stuttgart.

Die Deutschen Bischöfe, 2015: Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse. 4., völlig überarb. Neuaufl. Bonn.

Die Deutschen Bischöfe, 2011: Kirchliches Arbeitsrecht. Bonn.

Dienstgeberseite der Arbeitsrechtlichen Kommission (ARK) des Deutschen Caritasverbandes e.V. 2019: Vorurteile widerlegt: Caritas-Altenhilfe bietet hohe Arbeitsplatzattraktivität und lange Beschäftigungsverhältnisse. Pressemitteilung 3/2019 vom 27.3.2019. Berlin

Dürr, Malte, 2016: Dienstgemeinschaft sagt mir nichts. Glaubenseinstellungen, Motivationen und Mobilisierungspotenziale diakonisch Beschäftigter. Berlin.

EKD Evangelische Kirche Deutschland, 2015: Atlas zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der evangelischen Kirche in Deutschland. Hannover.

Esser, Josef, 2014: Funktionen und Funktionswandel der Gewerkschaften in Deutschland. In: Schroeder, Wolfgang (Hg.): Handbuch Gewerkschaften in Deutschland. Wiesbaden, 85-105.

Evangelische Landeskirche in Baden o.J.: Dritter Weg – Kirche und Diakonie als Arbeitgeber (https://www.ekiba.de/html/content/dritter_weg.html; Zugriff 1.3.2019).

Heinze, Rolf G. 2011: Soziale Dienste und Beschäftigung. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden, 168-186.

Hengsbach, Friedhelm o.J.: Die Interessenvertretung der MAV im kirchlichen Dienst – erfolgreich, abgeleitet, riskant. Frankfurt am Main.

Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018: Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin.

Jacobi, Tobias, 2007: Konfessionelle Mitbestimmungspolitik. Arbeitsbeziehungen bei Caritas und Diakonie am Beispiel des Krankenhaussektors. Berlin.

Krampe, Eva-Maria, 2009: Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen. Frankfurt am Main.

Kümmerling, Angelika, 2016: Erschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby – Beschäftigte in der Altenpflege. In: Haipeter, Thomas/Latniak, Erich/Lehndorff, Stephan (Hg.): Arbeit und Arbeitsmarktregulierung im Finanzmarktkapitalismus. Wiesbaden, 141-167.

Lührs, Hermann, 2010: Die Zukunft der Arbeitsrechtlichen Kommissionen. Arbeitsbeziehungen in den Kirchen und ihren Wohlfahrtsverbänden Diakonie und Caritas zwischen Kontinuität, Wandel und Umbruch. Baden-Baden.

–, 2006: Kirchliche Arbeitsbeziehungen – die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse in den beiden großen Kirchen und ihren Wohlfahrtsverbänden. Working paper Wirtschaft & Politik 33. Tübingen.

Merchel, Joachim, 2011: Wohlfahrtsverbände, Dritter Sektor und Zivilgesellschaft. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden, 245-264.

Neuhoff, Ursula, 2013: Die Dienstgemeinschaft als Grund und Grenze des kirchlichen Arbeitsrechts. Bonn.

Nowak, Iris, 2017: Perspektiven von Arbeitskonflikten in der Altenpflege. In: Artus, Ingrid; Birke, Peter; Kerber-Clasen, Stefan; Menz, Wolfgang (Hg.): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg, 183-199.

Pflegemarkt.com, 2015: Ein Überblick über Verbände für Pflegedienste und Pflegeheime (https://www.pflegemarkt.com/2015/06/24/ein-ueberblick-ueber-verbaende-fuer-pflegedienste-und-pflegeheime/; Zugriff: 6.3.2018).

Roth, Ines, 2011: Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Betroffenen. Hg. von Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin.

Schmidt, Katja, 2017: Who cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege – Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. In: Femina Politica 2/2017, 26. Jg., 89-101.

Schroeder, Wolfgang, 2018: Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation. Wiesbaden.

–, 2017: Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Wiesbaden.

Sichelschmidt, Karla, 2014: Streit um den Streik. Warum die Kirche keinen Tarifvertrag braucht. Interview (https://www.bayern-evangelisch.de/downloads/ELKB-Jahresbericht-2011-streik-neu-2014-korr-2015.pdf; Zugriff: 5.3.2019).

Sczepanski, Erich, 2015: ver.di kämpft für Streikrecht: vor dem BAG gewonnen, vor dem BVerfG verloren? In: Arbeitsrecht und Kirche. Zeitschrift für Mitarbeitervertretungen. Ausgabe 03/2015, 91-93.

Senghaas-Knobloch, Eva/Kumbruck, Christel, 2008: Das Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis in der modernen Dienstleistungsgesellschaft. In: Jahrbuch Sozialer Protestantismus Bd. 2. Von der 'Barmherzigkeit' zum 'Sozialmarkt'. Gütersloh, 88-110.

Ver.di, 2013: Dienstgemeinschaft – Idee und Wirklichkeit (http://caritas-verdi.blogspot.com/2013/10/dienstgemeinschaft-idee-und-wirklichkeit.html; Zugriff 5.3.2019).

Wagner, Gerhard, 2008: Ent-täuschte Begeisterung. Diakonie-/Sozialstationen im Spannungsfeld christlicher Nächstenliebe und sozialpolitischer Entwicklungen. In: Jahrbuch Sozialer Protestantismus Bd. 2. Von der 'Barmherzigkeit' zum 'Sozialmarkt'. Gütersloh, 111-132.

WD Wissenschaftliche Dienste – Deutscher Bundestag, 2012: Die Beteiligungsrechte der Mitarbeitervertretungen nach kirchlichem Arbeitsrecht und Betriebsverfassungsrecht. Berlin.

Wenk, Daniel, 2018: Der Dritte Weg ist in der Diakonie gescheitert – eine Betrachtung aus Sicht der Arbeitnehmer. In: Badische Pfarrvereinsblätter, 3-4/2018, 84-87.

3. Care-Arbeit in Migrations- und Geschlechterregimen

Aranka Vanessa Benazha / Helma Lutz

Intersektionale Perspektiven auf die Pflege: Geschlechterverhältnisse und Migrationsprozesse

Einleitung

Die Pflege ist 'in Bewegung'. Dies ist nicht nur die Selbstbezeichnung eines 2016 gegründeten Vereins, der das Ziel verfolgt, die Situation pflegebedürftiger Menschen, pflegender Angehöriger und beruflich Pflegender in Deutschland zu verbessern[1], sondern gilt auch sinnbildlich für den Zustand der Pflege als Ganzes.

In der professionalisierten, institutionalisierten Pflege stellt sich – angesichts des doppelten demographischen Wandels – die Frage, wie die Versorgung der wachsenden Gruppe (hoch-)betagter und pflegebedürftiger Personen bei einer gleichzeitig schrumpfenden Arbeitsbevölkerung sichergestellt werden kann: So wird bis zum Jahr 2060 ein Anstieg der Pflegebedürftigen von derzeit ca. 2,9 Millionen auf etwa 4,7 Millionen erwartet (BiB 2016, 18), während der Anteil der Erwerbsbevölkerung im selben Zeitraum von etwa 50 Millionen auf voraussichtlich 38 bis 34 Millionen Menschen sinken wird (Statistisches Bundesamt 2015, 6). Darüber hinaus entgrenzen sich die Übergänge zwischen Familien- und Erwerbsleben (Jurczyk/Rerrich 2015) und die Geschlechterverhältnisse im fordistischen 'Reproduktionspakt' werden zunehmend brüchig. Mit knapp zwei Dritteln häuslich versorgter Pflegebedürftiger (Statistisches Bundesamt 2017, 5) ist die Familie zwar nach wie vor der zentrale Ort, an dem Care-Arbeit (vorrangig von Frauen) geleistet wird, allerdings steht dieses Arrangement unter massivem Druck.

Obwohl Care – verstanden als „the provision of daily social, psychological, emotional, and physical attention for people" (Knijn/Kremer 1997, 330) – zu einer immer knapperen Ressource wird, geht damit weder eine gesellschaftliche Aufwertung der Tätigkeit an sich noch der sie erbringenden Personen einher. Vielmehr wird Care im 'aktivierenden Wohlfahrtsstaat' danach bemessen, inwieweit es die „Schaffung, Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung von 'employability'

1 Vgl. www.pflegeinbewegung.de

[...] sowie de[n] Aufbau von sog. Humankapital" (Auth 2017, 39) befördert. In dieser produktivistischen Logik erscheinen Investitionen in Bildungs- und Familienpolitik als wertvoll, Ausgaben in pflegepolitische Maßnahmen hingegen als eher wertlos, da sie keinen wirtschaftlichen Nutzen generieren. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den Bedingungen wider, unter denen Pflegearbeit geleistet wird. Atypische Beschäftigungsverhältnisse, unterdurchschnittliche Lohnentwicklungen, Schichtdienste, Zeitdruck aufgrund zu knapp bemessener Personalschlüssel und rationalisierter Arbeitsabläufe, körperliche und emotionale Schwerstarbeit sind kennzeichnend für den formellen Pflegesektor. Dementsprechend kann sich nur etwa ein Fünftel der Pflegebeschäftigten vorstellen, ihren Beruf bis zum Renteneintrittsalter auszuüben – womit ihr Anteil 26 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt für die Beschäftigten aller Branchen liegt (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, 22). Wenngleich sich die Situation familial pflegender Angehöriger durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 zwar strukturell verbessert hat, bleibt auch sie für die Mehrheit der Hauptpflegepersonen weiterhin eher stark bis sehr stark belastend (BMG 2011, 29).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die neuen normativen Staats- und Steuerungsvorstellungen nicht dazu geführt haben, dem spezifischen Charakter von Care mehr Geltung zu verleihen, geschweige denn Reproduktionsarbeit als gleichwertig zu klassischer Produktionsarbeit anzuerkennen. Vielmehr wird versucht, Care-Arbeit an eine androzentrisch geprägte Erwerbskultur anzupassen bzw. zu ökonomisieren, während ihre vergeschlechtlichte Codierung paradoxerweise erhalten bleibt. Es handelt sich demnach um eine „rhetorische Modernisierung" (Wetterer 2005), infolge derer sich bestehende gesellschaftliche Asymmetrien nicht auflösen, sondern entlang der Kategorien Geschlecht, Nationalität/Ethnizität[2] und Klasse neu konfiguriert werden.

Einerseits geht mit der verstärkten Einbindung von Frauen in den Arbeitsmarkt keine grundlegende Neuordnung der Geschlechter einher, denn die „doppelte Vergesellschaftung von Frauen" (Becker-Schmidt 1987) korrespondiert keinesfalls automatisch mit einer doppelten Vergesellschaftung von Männern. Unabhängig davon, ob Care formell oder informell, bezahlt oder unbezahlt geleistet wird, bleibt die Analogie zwischen dem Geschlecht der Arbeit und dem Geschlecht der Arbeitenden (Lutz 2008, 30) weitgehend fortbestehen, wie sich am Beispiel der Pflege eindrücklich zeigen lässt: So sind über 80 Prozent der in der ambulanten und stationären Pflege Beschäftigten weiblich (Statistisches Bundesamt 2017, 10

2 Unter 'Ethnizität' verstehen wir die durch Selbst- und Fremdzuschreibung definierte Zugehörigkeit zu einer nationalen, sprachlichen und/oder kulturellen Gruppe.

& 19) und auch die häusliche Pflege übernehmen mit 72 Prozent überwiegend Frauen (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 27).[3]

Ebenso wenig wie der sich vollziehende Wandel in den Geschlechterverhältnissen also als eine 'Ent-Traditionalisierung' darstellt, kann er andererseits als eine 'Re-Traditionalisierung' (Knapp 2009, 36f.) bezeichnet werden. Trotz aller Widersprüchlichkeiten und Ungleichzeitigkeiten bieten sich Frauen im postfordistischen Wohlfahrtsstaat neue Handlungsspielräume und Autonomiechancen; die Möglichkeiten, diese emanzipatorisch für sich nutzen zu können, sind jedoch höchst ungleich verteilt. Das Erwerbsprimat und die sich daran orientierenden wohlfahrtsstaatlichen Regelungen haben demnach nicht nur unterschiedliche Auswirkungen *zwischen* den, sondern auch *innerhalb* der Genus-Gruppen. Dies ist kein neuartiges Phänomen: Bereits die Spaltung der Ersten Frauenbewegung in eine bürgerliche und eine proletarische und die sich daraus entspinnenden Debatten über kategoriale Haupt- bzw. Nebenwidersprüche (Geschlecht versus Klasse) verdeutlichen, dass Differenzlinien als soziale Platzanweiser nie isoliert, sondern stets in Kombination wirken und dementsprechend stets relational und kontextual in den Blick genommen werden müssen. Wie Geschlecht, Klasse und Nationalität/Ethnizität strukturell miteinander verwoben sind, zeigt sich am Beispiel der Pflege besonders augenfällig: In der institutionalisierten Alten- und Krankenpflege setzt die Politik zur Reduzierung des bundesweiten Fachkräftemangels verstärkt auf die Rekrutierung ausländischen Personals[4] und auch in der häuslichen Pflege sind es zunehmend transnational pendelnde Migrantinnen[5] aus Mittel- und Osteuropa, die die Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen als sogenannte Live-ins[6] übernehmen. In beiden Sektoren erweist sich

3 Während sich diese Zahlen für den professionalisierten Pflegesektor über die letzten 15 Jahre kaum verändert haben, vollzieht sich im familialen Bereich allerdings ein zaghafter Wandel: Waren 1998 ein Fünftel der Hauptpflegepersonen männlich, betrug ihr Anteil im Jahr 2010 mehr als ein Viertel (BMG 2011, 27).

4 Seit 2013 hat sich die Zahl der Pflegefachkräfte aus dem Ausland fast verdoppelt (Bundesregierung 2018, 3) und auch die von den Bundesministerien für Gesundheit, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Arbeit und Soziales initiierte „Konzertierte Aktion Pflege" weist auf die zunehmende Bedeutung qualifizierter Zuwanderung für diesen Bereich hin.

5 Da es hauptsächlich Migrant*innen* sind, die für diese Form der Arbeit in Privathaushalten rekrutiert werden, haben wir uns hier für die Einhaltung der weiblichen Form entschieden.

6 Unter 'Live-ins' werden Beschäftigte verstanden, die in den Häuslichkeiten ihrer Auftraggeber*innen (bzw. der ihnen überantworteten Personen) arbeiten als auch leben.

der Rückgriff auf migrantische Arbeitskräfte somit als eine Strategie, bestehende Versorgungsengpässe zu schließen (Lutz 2017a, 357). Dabei bleibt auch diese vergeschlechtlicht: Care Work liegt weiterhin in weiblichen Händen, nun aber vermehrt in denen (ethnisch und sozial) anderer Frauen (Lutz 2008, 23).

Daran anknüpfend werden wir im Folgenden zunächst einen Blick werfen auf Intersektionalität als Konzept zur Analyse der wechselseitigen Abhängigkeit und Durchdringung verschiedenster Macht- und Ungleichheitsverhältnisse. Ausgehend von einem kurzen historischen Rückblick auf das Dienstmädchenphänomen werden wir am Beispiel der häuslichen '24-Stunden-Betreuung'[7] dann die sich prekarisierenden Verschränkungen von Geschlecht und Migration diskutieren, wobei unser Fokus auf der Mesoebene transnational agierender Vermittlungsagenturen liegt.[8] Ein abschließendes Fazit rundet unsere Ausführungen ab.

Intersektionale Perspektiven auf migrantische '24-Stunden-Betreuung'

Wie aus den vorangehenden Ausführungen deutlich wurde, ist das Geschlechterverhältnis gekennzeichnet durch eine „endless variety and monotonous similarity" (Rubin 1975, 160).

Welche Analogien und Differenzen, Kontinuitäten und Diskontinuitäten sich diesbezüglich in der Organisation von Care vollziehen, kann mithilfe der Intersektionalitätsanalyse fass- und analysierbar gemacht werden. Im Gegensatz zu eindimensionalen, additiven Modellen sozialer Ungleichheit eröffnet sie den Blick auf die wechselseitigen Verschränkungen gesellschaftlicher Differenz- und Machtverhältnisse. Für die Untersuchung der Arbeitsmigration im Pflegebereich entfaltet sie in zweifacher Hinsicht erkenntnistheoretisches Potential: Intersektionalität bietet die Chance, die Makroebene gesellschaftlicher

7 Vermittlungsagenturen werben nahezu ausnahmslos mit Slogans wie „24h Betreuung", „24 Stunden am Tag und in der Nacht" oder „24 Stunden Rufbereitschaft" und perpetuieren damit aufseiten der Nutzer*innen entsprechende Erwartungshaltungen. Darüber hinaus weist der Begriff auf die Aushöhlung geltender Arbeitszeitschutzbestimmungen (die Nichteinhaltung der gesetzlichen Ruhezeit sowie bestehender Regelungen zu Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst) in diesem Setting hin. Wir haben den Begriff in Anführungszeichen gesetzt, um darauf hinzuweisen, dass 24-Stunden-Arbeit menschlich nicht leistbar ist.

8 Dabei stützen wir uns auf erste Ergebnisse des laufenden D-A-CH-Forschungsprojekts „Gute Sorgearbeit? Transnationale Home Care Arrangements". Für weitere Informationen siehe www.decentcarework.net.

Institutionen, die Mesoebene der sozialen Netzwerke und Organisationen sowie die Mikroebene der Individuen auf ihre Wechselverhältnisse hin zu untersuchen, ohne von der Eigensinnigkeit sozialer Praktiken und deren Akteur*innen abzusehen sowie den nationalstaatlichen Container als einzigen Referenzrahmen zu verlassen und um transnationale Dimensionen zu erweitern. Ein solches „Mehrebenenmodell der transnationalen Care-Migration" (Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010) ermöglicht darüber hinaus, die Ambivalenzen und Friktionen zwischen und innerhalb der verschiedenen Ebenen, ebenso aber auch auf der Subjektebene selbst zutage zu bringen.

Als Analysezugang fruchtbar erweist sich für die Makroebene der von Gøsta Esping-Andersen (1990) eingeführte und (vor allem) durch die Geschlechterforschung kritisch weiterentwickelte Regime-Ansatz. So zeigt die Intersektion von Gender-, Care-/Wohlfahrtsstaats- und Migrationsregimes am Beispiel des deutschen Pflegesystems, dass die im Zuge der Pflegeversicherung eingeführten de-kommodifizierenden Maßnahmen aufgrund der Unangemessenheit der Leistungssätze und der sich daraus ergebenden finanziellen Deckungslücke zu einer Stärkung der privaten Sphäre *sowie* des privaten Sektors geführt haben. Im Bereich der häuslich erbrachten '24-Stunden-Betreuung' äußert sich dieser „dialektische[n] Prozeß des Rückbaus im Ausbau" (Lessenich 2003, 248) in einer Stratifizierung von Care-Arbeit Leistenden unter neuen Vorzeichen. Befördert durch die Öffnung der EU nach Mittel- und Osteuropa hat sich ein stark prekarisierter, transnationaler Niedriglohnsektor etabliert, dessen Arbeitskräftebedarf weitestgehend von Pendelmigrantinnen der neuen Mitgliedsstaaten gedeckt wird. Das EU-Migrationsregime fungiert in diesem Sinne als 'Quick Fix', auf das je nach Bedarf flexibel zurückgegriffen wird (Lutz 2017a, 362), ohne die wohlfahrtsstaatliche Organisation von Care grundlegend in Frage stellen zu müssen.

Auf der Mikroebene eignen sich die ethnomethodologischen Ansätze des 'Doing Gender'[9] und des 'Doing Ethnicity', um sich im Privaten vollziehende Prozesse des 'Boundary Making' und damit einhergehende Legitimationen von Ungleichheitslagen nachzuvollziehen (Faist u.a. 2011, 207f.). Intersektionale Differenzlinien wie Geschlecht, Ethnizität, Klasse und Alter stellen dabei *sowohl* Diskriminierungs- *als auch* Aktionsressourcen dar, die allerdings über

9 Das Konzept des 'Doing Gender' wurde von Candace West und Don H. Zimmerman (1987) geprägt und betont – im Gegensatz zu biologistischen Definitionen – den konstruktiven, performativen Charakter von Geschlecht. Im Mittelpunkt der Analyse stehen nicht die Geschlechterunterschiede an sich, sondern die Art ihrer Herstellung. Damit verlagert sich der Fokus vom individuellen Handlungsträger hin zu dem System sozialer Praktiken, die Geschlecht erst hervorbringen.

verschiedene Akteurskategorien unterschiedlich verteilt sind. Als kategoriale Kodierungen sind sie hierarchisch strukturiert und habitualisiert; gleichzeitig dienen sie im Bourdieuschen Sinne als transkulturelles Kapital. Deutlich wird daran ebenfalls die Dialektik von Struktur und Handlung: Ist die Entstehung dieses Arbeitsarrangements zwar durch die strukturellen Rahmungen bedingt, wird es doch erst in den interpersonellen Aushandlungsprozessen konstituiert und perpetuiert.

Das Bindeglied zwischen der Makro- und der Mikroebene bilden (informelle und formelle) transnationale Netzwerke auf der Mesoebene (Faist 1996). Insbesondere Vermittlungsagenturen nehmen als 'Broker' grenzüberschreitender Betreuungsdienstleistungen in diesem Zusammenhang eine immer bedeutendere Schlüsselrolle ein. Sie bilden die Schnittstelle zwischen Angebots- und Nachfrageseite und kontrollieren durch ihre intermediäre Position die Ressourcen- und Informationsflüsse zwischen beiden (Burt 1992, 33f.). Eben diese Brückenposition eröffnet ihnen strategische Vorteile und die Chance auf ökonomische Wertschöpfung. Bislang kommt Vermittlungsagenturen in Untersuchungen zu transnational erbrachter Care-Arbeit meist eine Randstellung zu – zwar werden sie als Akteur*innen benannt, ihre wachsende Relevanz und Netzwerkfunktion wird aber nur selten näher in den Blick genommen (Krawietz 2014, 16; http://decent-care-work.net/).

Die Dienstmädchenfrage revisited: Kontinuitäten und Wandel

Erwerbsförmig erbrachte Care-Arbeit in Privathaushalten ist weder spezifisch für das 21. Jahrhundert noch ein genuin europäisches Phänomen. Während die Verfügbarkeit über Hauspersonal in den USA und den europäischen Kolonien in eine lange Tradition der Sklaverei eingebettet ist, avancierte sie im Europa des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts zu einem zentralen Merkmal bürgerlichen Lebensstils. Die „dienstbaren Geister"[10] von damals waren hauptsächlich junge, ledige Frauen ab etwa 14 Jahren aus der ländlichen Unterschicht, die den häuslichen Dienst in der Stadt als gut bezahlte Übergangsphase bis zur Heirat betrachteten (Lutz 2008, 24). Niedrige Löhne (zum Teil in Naturalien bzw. in Kost und Logis ausbezahlt), lang ausgedehnte, nicht festgelegte Arbeitszeiten sowie ein ausgeprägtes Abhängigkeitsverhältnis zu den Arbeitgeber*innen ge-

10 'Geister' wurden sie genannt, weil die Arbeit für die Herrschaftsfamilie möglichst unsichtbar, unhörbar und unbemerkbar ausgeführt werden sollte (Wierling 1987, 120).

hörten zu den zentralen Charakteristika des Berufsstandes, woran sich bis in die Gegenwart nichts geändert hat. Laut der International Labour Organization (ILO) haben 90 Prozent der heutigen Hausangestellten keine soziale Absicherung, ihr Einkommen beträgt meist weniger als die Hälfte des je nationalen Durchschnittlohns (teils sogar unter 20 Prozent) und etwa 45 Prozent haben keinen Anspruch auf Gewährung wöchentlicher Mindestruhezeiten (ILO 2018, 192ff.). Mit einem Frauenanteil von mehr als zwei Dritteln der ca. 70 Millionen Hausangestellten weltweit[11] (ebd., 190) handelt es sich um einen weiterhin stark feminisierten Bereich. Heute wie früher sind es in der Regel zudem 'Fremde', die in Haushalten Anderer ihr Einkommen suchen. Allerdings migrieren sie nicht mehr nur vorwiegend national, von ländlichen Gebieten in urbane Zentren, sondern zunehmend transnational. Wie ihre Vorgängerinnen beabsichtigen sie keine lebenslange Emigration; nein, sie verlassen ihr Zuhause gerade, „um Zuhause bleiben zu können" (Morokvašic 1994, 185). Da sie ihr Migrationsprojekt häufig erst nach der Familiengründung realisieren, sind sie aber meist älter sowie besser gebildet. Bei vielen von ihnen vollzieht sich in der Folge eine diachrone, widersprüchliche Klassenmobilität: Einerseits gelingt es ihnen nicht, ihr erworbenes Bildungskapital über die Staatsgrenzen hinweg zu transferieren, da in den Einwanderungsländern häufig eine Anerkennungspraxis für ihre erlernten Berufe fehlt, andererseits erlauben die Wohlstandsgefälle und Kaufkraftdifferenzen der Währungen ihnen den Erhalt ihres Status' in den Herkunftsländern (Lutz 2018). Migrantisch erbrachte Arbeit im Privaten steht damit exemplarisch für die Transnationalisierung sozialer Ungleichheiten mit neuen räumlichen, zeitlichen und dimensionalen Ausdifferenzierungen (Pries 2008).

Sinnbildlich für dieses Phänomen ist in Deutschland die transnational erbrachte häusliche '24-Stunden-Betreuung' hilfs- und pflegebedürftiger Menschen. Wie vor über 100 Jahren handelt es sich dabei um einen Bereich, der staatlich weitgehend unreguliert und unkontrolliert ist. Die Erhebung verlässlicher Zahlen ist dementsprechend schwierig, was auch die disparate Datenlage erklärt. So beschäftigen einer aktuellen Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung zufolge etwa acht Prozent der deutschen Pflegehaushalte eine mittel- oder osteuropäische Live-in (Hielscher u.a. 2017, 10). Da sich in diesem Feld ein Rotationssystem im Zwei- bis Dreimonatsrhythmus etabliert hat, entspräche dies ca. 300.000 Be-

11 Damit machen Hausangestellte 18 Prozent der Beschäftigten im gesamten Care-Bereich aus (ILO 2018, 190). Allerdings räumt die ILO selbst ein, dass diese Zahlen wohl zu niedrig gegriffen sind: So ist häusliche Kinderarbeit in dem Report bspw. nicht erfasst (ebd., 168).

treuungskräften, wovon auch die Gewerkschaft ver.di ausgeht (Steffen 2015, 22). Überträgt man aber die österreichischen Zahlen nach der dortigen Legalisierung des Sektors auf Deutschland, könnte es sich gar um rund 500.000[12] Migrantinnen handeln. In jedem Falle wird deutlich, dass es sich um eine durchaus relevante Beschäftigungsgruppe handelt. Die gesetzgeberische Realität trägt diesem Umstand allerdings keine Rechnung (vgl. Kocher i.d.B.). Vielmehr begegnet der deutsche Staat dieser Entwicklung komplizenhaft-mitwissend (Lutz 2017b: 117): Einerseits profitiert er von dieser Form migrantischer Arbeitskraft, insofern sie dazu beiträgt, die Kosten der sozialen Sicherungssysteme möglichst gering zu halten, andererseits überlässt er dieses Arbeitssegment der Selbstregulation des Marktes, ohne steuernd darin einzugreifen. In diesen luftleeren Raum drängen intermediäre Akteur*innen, die die rechtlichen Lücken für sich nutzen und zu instrumentalisieren suchen.

Legitimität durch Vermittlungsagenturen

Was ursprünglich im Irregulären stattfand und durch informelle lokale Netzwerke organisiert wurde, übernehmen seit der EU-Osterweiterung und der damit verbundenen Liberalisierung des grenzüberschreitenden Personen- und Dienstleistungsverkehrs in steigendem Maße grenzüberschreitend agierende Agenturen in den Empfänger- und Sendeländern. Identifizierte die Stiftung Warentest (2017, 88) im Jahr 2009 noch ungefähr 60 Agenturen, betrug die Zahl sieben Jahre später bereits 266 (ebd.). Ende 2017 recherchierten wir demgegenüber über 400 in Deutschland sowie 140 in Polen ansässige Agenturen, die im Internet eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung bewarben. Dabei dient ihnen der Verweis auf die Legalität ihrer Angebote als zentraler Bezugspunkt für die Herstellung von Legitimität (Steiner u.a. 2019, 12). Dem wohnt nicht nur ein formalistischer Rechtspositivismus inne, auch wird dieses Legalitätsnarrativ durch die Vielzahl der praktizierten Beschäftigungsmodelle konterkariert: So ist das, unserer Erhebung zufolge, dominante Modell mit über 70 Prozent das

12 In Österreich wurden im Jahr 2016 455.354 Personen als pflegebedürftig eingestuft, sodass sie Anspruch auf Pflegegeld besaßen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2016, 124); gleichzeitig waren 82.646 selbständige Personenbetreuerinnen bei den Wirtschaftskammern Österreichs als Mitglieder registriert (WIFO 2017, 28). Auf Deutschland umgerechnet, entspräche dies bei aktuell 2,9 Millionen pflegebedürftigen Personen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes etwa 526.345 migrantischen Betreuungskräften.

der Entsendung[13], gefolgt von dem Selbständigen-Modell (7 Prozent) oder einer Kombination von beiden (10 Prozent). Daneben treten (in weitaus geringerer Zahl) andere Varianten wie die Festanstellung über eine deutsche Agentur oder die Direktanstellung durch den Pflegehaushalt selbst auf. Die Diversität der rechtlichen Bezugsrahmen sind Spiegelbild der uneindeutigen Rechtslage und der daraus resultierenden juristischen Fallstricke; eine entsprechend wichtige Rolle spielen auf diesem Feld die Beratung durch Anwaltskanzleien sowie politische und rechtliche Lobbyarbeit (wofür auf EU-Ebene der in Krakau ansässige Thinktank „Labour Mobility Initiative" beispielhaft ist).

Vermittelt wird nicht nur zwischen den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen und den Migrantinnen, es werden auch die Interessen der Pflegehaushalte von der Mikroebene auf die politische Bühne der Makroebene gehoben. So ist das erklärte Ziel eines 2014 gegründeten Unternehmensverbandes von Vermittlungsagenturen die „Mitgestaltung entsprechender Gesetzgebung auf inter-/nationaler Ebene" (VHBP 2014), auf dessen Agenda die Akzeptanz der '24-Stunden-Betreuung' als „reguläre dritte Säule der Versorgung alter und kranker Menschen im Pflegeversicherungsgesetz" (ebd.) und damit die Anerkennung als legitimer Akteur im wohlfahrtsstaatlichen Gefüge steht. Als Vorbild dient Österreich, wo die (selbständige oder unselbständige[14]) Beschäftigung von '24-Stunden-Betreuungskräften' seit der Einführung des Hausbetreuungsgesetzes im Jahr 2007 legalisiert ist und (unter bestimmten Umständen) finanziell und steuerlich gefördert wird. Über die Mesoebene vollzieht sich somit eine schleichende Institutionalisierung des Arrangements 'von unten'. Anzuzweifeln bleibt, ob mit der angestrebten Verrechtlichung auch eine Stärkung der sozialen Rechte der transnationalen Arbeiterinnenschaft einhergeht. Das österreichi-

13 Bei Entsendungen werden Beschäftigte von ihren Arbeitgeber*innen in ein anderes EU-Land geschickt, um dort während eines begrenzten Zeitraums eine Dienstleistung zu erbringen. Obwohl sie bei dem entsendenden Unternehmen angestellt bleiben und somit das Recht dessen Mitgliedstaats maßgebend für sie ist, legen EU-Rechtsvorschriften fest, dass sie sich während der Zeit ihres Arbeitseinsatzes in den betreffenden Aufnahmemitgliedstaaten auf eine Reihe von zentralen, dort geltenden, Rechten berufen können (wie z. B. Mindestlohnregelungen, Arbeitszeitschutzgesetze).

14 Für die Pflegehaushalte besteht die Wahl, eine Betreuungskraft als Arbeitnehmerin zu beschäftigen, eine, bei einem Dienstleister angestellte, Betreuungskraft zu engagieren oder eine selbständige Betreuungskraft unter Vertrag zu nehmen. In der Praxis wird mit 99,8 Prozent jedoch nahezu ausschließlich das selbständige Modell gewählt (WIFO 2017, 24). Zurückzuführen ist dies vor allem auf die beim Selbständigen-Modell erheblich niedrigeren Kosten (ebd., 34).

sche Beispiel zeigt stattdessen, dass durch die Regulierung der '24-Stunden-Betreuung' als Gewerbe ein spezielles Niedriglohnsegment geschaffen wurde mit einer „bedenkliche[n] Aufweichung arbeits- und sozialrechtlicher Normen" (Bachinger 2010, 411).

Verunsichtbarmachung der Arbeitsbedingungen

Obwohl sich die durch Agenturen vermittelte '24-Stunden-Betreuung' in Deutschland noch in einem rechtlichen Graubereich bewegt, sind auch hier vergleichbare Entwicklungen feststellbar. Ein Grund ist ein allgemein strukturelles Problem: der vergeschlechtlichte Charakter von Care, der auch im Augenblick der Kommodifizierung erhalten bleibt. So haftet professionalisierter Care-Arbeit nach wie vor das Etikett eines 'Halbberufs' an, zu dem jedefrau quasi natürlich befähigt ist. Überdeutlich wird dies in den Internetauftritten der Vermittlungsagenturen, die diese Zuschreibung reproduzieren und perpetuieren. So wird das Aufgabenprofil der Betreuungskräfte beispielhaft beschrieben als Tätigkeiten „zu denen jedermann ohne Ausbildung in der Lage ist und die von Angehörigen wie selbstverständlich erwartet werden" (vij o.J.). Der hier unausgesprochene, vermeintliche 'weibliche Mehrwert' wird an anderen Stellen durch ein 'ethnisch-kulturelles Surplus' angereichert, wie etwa: „Zum anderen schätzen unsere Kunden die Mentalität unserer Pflegekräfte aus Osteuropa, die sich um ein Vielfaches von der deutschen Mentalität unterscheidet" (Seniorenhilfe 24 Agentur Ost-West Spólka o.J.). Damit wird symbolisch ein Differenzverhältnis markiert, das als impliziter Legitimationspunkt für prekäre Arbeitsarrangements dient. Vordergründig werden Egalitätsvorstellungen einer liberalen Gesellschaft dabei nicht unterlaufen, vielmehr findet eine positive Umdeutung statt. Transnationale Ungleichheitslagen werden auf der Mesoebene ökonomisch in Wert gesetzt und als 'Win-Win' verkauft: „Was für deutsche Arbeitnehmer oftmals anstrengende und schlecht bezahlte Arbeit ist, stellt für viele Polinnen den einzigen Weg dar, um einen guten Lebensstandard für die ganze Familie zu erreichen" (Gatzke & Kiziok GmbH o.J.). Ein solches Narrativ verunsichtbart die Lebenslagen der Migrantinnen, sowohl was ihre – mit der geographischen Entgrenzung einhergehende – familiäre Situation betrifft als auch die – durch das Live-in-Setting bedingte – Entgrenzung der Arbeit selbst. Denn obzwar der Ort des Privaten als Sphäre der Familie in diesem Modell gleichsam zu einer Sphäre der Erwerbsarbeit wird, wirken familiale Logiken weiterhin stark handlungsleitend. Aufseiten der Pflegehaushalte spiegelt sich dies in der Erwartung einer angehörigenähnlichen Zuwendung und Verfügbarkeit wider: Eingekauft wird ein 'Ersatz-

Familienmitglied'. „Die Kategorie des Rechtssubjekts, welches als Individuum Anspruch auf geregelte Arbeitszeiten, Freizeit und genügend Ruhezeiten sowie den Schutz der eigenen Privatsphäre hat" (Schilliger/Schilling 2017, 106) wird damit quasi ausgehebelt, so dass sich die Trennung von Arbeit und Leben für die Betreuungskräfte fast zur Unkenntlichkeit auflöst. Dies betreffen zeitliche, räumliche, inhaltliche und sozialorganisatorische Dimensionen von Arbeit (Voss 1998, 480) sowie damit verbundenen Fragen wie: Was gilt als Arbeitszeit, was als Freizeit? Wie kann in einem Setting, in dem Arbeits- und Lebensort ineinander fallen, mit Formen der Deprivation umgegangen werden? Welche Aufgaben- und Qualitätsanforderungen sind zu erfüllen? In welchen Subjektpositionierungen befinden sich die Akteur*innen zueinander (fiktives Verwandtschaftsverhältnis vs. Arbeitsverhältnis)? All dies wird von den Vermittlungsagenturen externalisiert – die faktische Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses sind den Akteur*innen auf der Mikroebene überlassen und dementsprechend diffus. Überwiegend kurze Vertragslaufzeiten/sehr geringe Kündigungsfristen und/oder 'Geld-zurück-Garantien' stützen – unter dem Primat der Kund*inneninteressen – die dem Arrangement innenwohnenden Asymmetrien. In dieser marktvermittelten Form migrantisch erbrachter häuslicher Betreuung bewegen sich Formalität und Informalität zusammenfassend also „more on a continuum than at opposite ends of the scale" (Tsikata 2011, 229). Zugespitzter formuliert: Es handelt sich um eine 'formalisierte Informalität', bei der die Bedingungen und Verantwortlichkeiten von Arbeit individualisiert werden/bleiben.

Fazit

Der neoliberale Umbau des Wohlfahrtsstaats zielt „gleichzeitig auf die Auslöschung der und die Neu-Einsetzung von Frauen als hauptsächliches Subjekt sozialstaatlicher Reformen" (Brodie 2004, 20). Einerseits wird die Integration in den Arbeitsmarkt nun für beide Geschlechter zur gesellschaftlichen Norm. Dieser wird jedoch weiterhin als geschlechtslos verhandelt, womit die Stoßrichtung klar festgelegt ist: Care-Arbeit soll den Anforderungen der Erwerbsarbeit angepasst werden, nicht umgekehrt. Andererseits wird der, für das deutsche Wohlfahrtsregime charakteristische, Familialismus nicht aufgehoben, sondern weiter aufrechterhalten. Besonders augenfällig wird dies am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung: Zwar stellte ihre Einführung eine (Teil-)Kollektivierung pflegerischer Risiken dar, mit dem in § 3 SGB XI festgelegten Prinzip 'häuslich vor ambulant vor stationär' erfolgte diese jedoch 'pfadabhängig' (Auth 2017). Dementsprechend verbleibt Pflegearbeit primär in der Sphäre des Privaten, außerhalb

der offiziellen Zuständigkeit des Staates. Offengelassen wird, wer und wie die überwiegend weiblich erbrachte Haus- und Familienarbeit zukünftig leisten soll. An die Stelle kollektiver Antworten auf dieses strukturelle Dilemma treten individuelle Kompensationsversuche. Gefördert durch Cash-for-Care-Politiken werden Pflegeleistungen zunehmend hinzugekauft und der private Sektor gestärkt. Im Bereich der häuslichen Betreuung haben der Wegfall des Ost-West-Konflikts sowie die EU-Osterweiterungen zur Schaffung eines ethnisierten Arbeitsfeldes beigetragen, dessen Organisation mittlerweile von intermediären, transnationalen Vermittlungsagenturen auf der Mesoebene dominiert wird. Damit wird eine zuvor allgemein akzeptierte, aber tabuisierte Praxis in den öffentlichen Raum getragen und erfährt in der Konsequenz eine *Normalisierung*. Gleichzeitig verdecken vergeschlechtlichte kulturelle Zuschreibungen den Blick auf die Bedingungen, unter denen diese Arbeit geleistet wird. Angesichts des staatlich-strategischen Schweigens sind die migrantischen Betreuungskräfte gezwungen, ihre Arbeitskraft ungeschützt nach Marktprinzipien zu verkaufen; auch die Risiken haben sie und ihre Familien in den Herkunftsländern weitestgehend selbst zu tragen. Individualistisch konzipierte Vereinbarkeitspolitiken ändern an der dichotomen Bewertung sogenannter produktiver und reproduktiver Arbeit folglich nichts, vielmehr verstärken sie bestehende Ungleichheiten unter Frauen auf nationaler wie auf transnationaler Ebene.

Literatur

Auth, Diana, 2017: Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Münster.

Bachinger, Almut, 2010: 24-Stunden-Betreuung. Gelungenes Legalisierungsprojekt oder prekäre Arbeitsmarktintegration? SWS-Rundschau. 50. Jg. Heft 4, 399-412. (http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/SWS_2010_4_Bachinger.pdf, Zugriff: 14.01.19).

Becker-Schmidt, Regina, 1987: Die doppelte Vergesellschaftung – die doppelte Unterdrückung. Besonderheiten der Frauenforschung in den Sozialwissenschaften. In: Unterkircher, Lilo/Wagner, Ina (Hg.): Die andere Hälfte der Gesellschaft. Wien, 10-25.

Brodie, Janine, 2004: Die Re-Formierung des Geschlechterverhältnisses. Neoliberalismus und die Regulierung des Sozialen. Widerspruch. 46. Jg. Heft 24, 19-32.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), 2016: Bevölkerungsentwicklung. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. Wiesbaden, 1-77. (https://www.bib.bund.de/Publikation/2016/pdf/Bevoelkerungsentwicklung-2016-Daten-Fakten-Trends-zum-demografischen-Wandel.pdf?__blob=publicationFile&v=3; Zugriff: 30.09.18).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016: Österreichischer Pflegevorsorgebericht. Wien, 1-202. (https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=449; Zugriff: 13.01.19).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, 1-178. (https://www.kantartns.de/sofo/_pdf/2011_abschlussbericht_wirkungen_des_pflege-weiterentwicklungsgesetzes.pdf, Zugriff: 02.01.19).

Bundesregierung, 2018: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Stephan Brandner und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/2183 –. Ausländische Pflegekräfte in Deutschland. (http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/024/1902455.pdf; Zugriff: 30.09.18).

Burt, Ronald S., 1992: Structural Holes. The Social Structure of Competition. Cambridge.

Esping-Andersen, Gøsta, 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton.

Faist, Thomas, 1996: Soziologische Theorien internationaler Migration. Das vernachlässigte Meso-Bindeglied. In: Faist, Thomas/Felicitas Hillmann/Klaus Zühlke-Robinet (Hg): Neue Migrationsprozesse: politisch-institutionelle Regulierung und Wechselbeziehung zum Arbeitsmarkt. Bremen, 12-19.

Faist, Thomas/Fauser, Margit/Reisenauer, Eveline, 2011: Perspektiven der Migrationsforschung: Vom Transnationalismus zur Transnationalität. Kommentar zum Beitrag „Warum pendeln Migranten häufig zwischen Herkunfts- und Ankunftsregion" von Ludger Pries in Heft 1/2010 der Sozialen Welt. Soziale Welt. 62. Jg. Heft 2, 203-220.

Gatzke & Kiziok GmbH, o. J.: Osteuropäische Hilfskräfte für 24h Seniorenbetreuung. (https://www.24stunden-seniorenbetreuung.de/osteuropaeische-hilfskraefte-fuer-24h-seniorenbetreuung/; Zugriff: 26.02.19).

Hielscher, Volker/Kirchen-Petres, Sabine/Nock, Lukas (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden. Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf, 1-118. (https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf; Zugriff: 13.01.19).

Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018: Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin, 1-24. (https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada; Zugriff: 02.01.19).

International Labour Organization (ILO), 2018: Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work. Genf, 1-526. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf; Zugriff: 12.01.19).

Jurczyk, Karin/Rerrich, Maria S., 2015: Die Arbeit des Alltags 2015. Entgrenzungsprozesse und Impulse für die Neuorganisation von Care. In: Papsdorf, Christian (Hg.): Gastbeiträge zur Public Sociology anlässlich der Emeritierung von Prof. Dr. G. Günter

Voß. (http://ggv-webinfo.de/wp-content/uploads/2015/09/Public-Sociology-Karin-Jurczyk-Maria-S-Rerrich.pdf; Zugriff: 31.12.18).

Knapp, Gudrun-Axeli, 2009: „Fort-Da". Geschlecht in ungleichzeitigen Konstellationen. In: Binswanger, Christa/Bridges, Margaret/Schnegg, Brigitte/Wastl-Walter, Doris (Hg.): Gender Scripts. Widerspenstige Aneignungen von Geschlechternormen. New York/Frankfurt am Main, 23-40.

Knijn, Trudie/Kremer, Monique, 1997: Gender and the Caring Dimension of Welfare States. Towards Inclusive Citizenship. Social Politics. International Studies in Gender, State and Society. Heft 4/3, 328-361.

Krawietz, Johanna, 2014: Pflege grenzüberschreitend organisieren. Eine Studie zur transnationalen Vermittlung von Care-Arbeit. Frankfurt am Main.

Lessenich, Stephan, 2003: Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell. Frankfurt am Main.

Lutz, Helma, 2018: Die Hinterbühne der Care-Arbeit. Transnationale Perspektiven auf Care-Migration im geteilten Europa. Weinheim.

–, 2017a: Care as a Fictitious Commodity. Reflections on the Intersections of Migration, Gender and Care Regimes. Migration Studies. Vol. 5. Nr. 3, 356-368.

–, 2017b: Care. Eine intersektionelle Analyse transnationaler Care-Arbeit und transnationaler Familien. In: Lutz, Helma/Amelina, Anna (Hg.): Gender, Migration, Transnationalisierung. Eine intersektionelle Einführung. Bielefeld, 91-120.

–, 2008: Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Opladen/Farmington Hills.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa, 2010: Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, 143-161.

Morokvašic, Mirjana, 1994: Pendeln statt Auswandern. Das Beispiel der Polen. In: Morokvašic, Mirjana/Rudolph, Hedwig (Hg.): Wanderungsraum Europa. Menschen und Grenzen in Bewegung. Berlin, 166-187.

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), 2017: Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich. Wien, 1-51. (www.daheimbetreut.at/WIFO-Studie.pdf; Zugriff: 13.01.19).

Pries, Ludger, 2008: Transnationalisierung und soziale Ungleichheit. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde aus der Migrationsforschung. In: Berger, Peter A./Weiß, Anja (Hg.): Transnationalisierung sozialer Ungleichheit. Wiesbaden, 41-64.

Rubin, Gayle, 1975: The Traffic in Women. Notes on the 'Political Economy' of Sex. In: Reiter, Rayna (Hg.): Toward an Anthropology of Women. New York.

Schilliger, Sarah/Schilling, Katharina, 2017: Care-Arbeit politisieren. Herausforderungen der (Selbst-)Organisierung von migrantischen 24h-Betreuerinnen. Femina Politica. Heft 2-2017, 101-116. (https://www.budrich-journals.de/index.php/feminapolitica/article/view/29638/25623; Zugriff: 15.01.19).

Senioren 24 Agentur Ost-West Spólka z o.O., o. J.: Unsere Pflegekräfte aus Osteuropa. (https://www.seniorenhilfe24.org/pflegekraefte-aus-osteuropa.php; Zugriff: 26.02.19).

Statistisches Bundesamt, 2015: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 1-66. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile; Zugriff: 30.09.18).

–, 2017: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, 1-32. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile; Zugriff: 01.10.18).

Steffen, Margret, 2015: ... raus aus der Schwarzarbeit. Gute Arbeit in Privathaushalten. Europäische Erfahrungen und mögliche Gestaltungsansätze der Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen und Pflegekräfte. Berlin, 1-40. (https://arbeitsmarkt-und-sozialpolitik.verdi.de/++file++5582c6cdba949b58e3002ce3/download/15-01%20-%20Gute%20Arbeit%20in%20Privathaushalten.pdf; Zugriff: 13.01.19).

Steiner, Jennifer/Prieler, Veronika/Leiblfinger, Michael/Benazha, Aranka, 2019: Ganz legal!? Legalitätsnarrative in der 24h-Betreuung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 44. Jg. Heft 1, 1-19. (https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11614-019-00337-4.pdf; Zugriff: 18.04.19).

Stiftung Warentest, 2017: Trautes Heim, da will ich sein. Heft 5, 86-95.

Tsikata, Dzodzi, 2011: Employment Agencies and the Regulation of Domestic Workers in Ghana. Institutionalizing Informality? Canadian Journal of Women and the Law. Vol. 23. Nr. 1, 213-233.

Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V. (VHBP), 2014: Ziele. http://www.vhbp.de/ziele (Download: 26.02.19).

Verein für Internationale Jugendarbeit Landesverein Württemberg e. V. (vij), o. J.: Für Bewerber. Arbeitsbedingungen. http://www.vij-faircare.de/fuer-bewerber/arbeitsbedingungen/(Zugriff: 26.02.19).

Voss, G. Günter, 1998: Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB). Heft 3, 473-487. (http://doku.iab.de/mittab/1998/1998_3_MittAB_Voss.pdf; Zugriff: 08.11.18).

West, Candace/Zimmermann, Don H., 1987: Doing Gender. Gender & Society. Vol. 1, Nr. 2, 125-151.

Wetterer, Angelika, 2005: Rhetorische Modernisierung und institutionelle Reflexivität. Die Diskrepanz zwischen Alltagswissen und Alltagspraxis in arbeitsteiligen Geschlechterarrangements. Freiburger FrauenStudien. 11. Jg. Heft 16, 75-96.

Wierling, Dorothee, 1987: Mädchen für alles. Arbeitsalltag und Lebensgeschichte städtischer Dienstmädchen um die Jahrhundertwende, Berlin/Bonn.

Hildegard Theobald

Politiken in der Altenpflege und die Entwicklung von Stratifikationen in Wechselwirkung von Geschlecht, sozialer Schicht und Migration: Eine internationale Perspektive

Der demographische und soziale Wandel führte in westlichen Ländern zu grundlegenden Reformen der vorhandenen Politiken im Bereich der Pflege älterer Menschen. Dies betraf zum einen die Etablierung universeller, d.h. die Bevölkerung insgesamt ohne Einkommensprüfung einschließender Pflegesicherungen, insbesondere in Mitteleuropa oder Ostasien, oder eine Re-definition und damit zumeist eine Begrenzung universeller Politiken in den Vorreiterländern in Skandinavien mit schon etablierten umfassenden Altenpflegesystemen (vgl. Ranci/Pavolini Hg. 2013). Mit dem Ziel der Kontrolle öffentlicher Kosten wurden diese Politiken oft mit Maßnahmen einer marktorientierten Restrukturierung der ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur verbunden. Nationale und internationale Forschungen zeigen übereinstimmend, dass die marktorientierten Reformen, eingebettet in restriktive öffentliche Finanzierung, zu einer Verschlechterung der Beschäftigungs-, und Arbeitssituation der Pflegekräfte geführt hat (vgl. Williams/Brennan Hg. 2012; Slotala 2011; Hussein 2018). Die Restrukturierungen werden von Prozessen der (De-)Professionalisierung der Pflegetätigkeit begleitet, die mit einer Ausdifferenzierung der Situation von unterschiedlich qualifizierten Pflegekräften einhergeht (vgl. Theobald u.a. 2018; Dahl 2017; Kuhlmann/Larsen 2014). Dem zunehmenden Bedarf an Pflegekräften und den Schwierigkeiten der Rekrutierung und dauerhaften Beschäftigung von Pflegekräften in dem unattraktiven Berufsfeld wurde in westlichen Ländern mit der Anstellung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund begegnet. Bezog sich dies längere Zeit auf Migrant*innen, die als Angehörige der ersten oder zweiten Generation schon im Lande lebten, werden beispielsweise in Deutschland zunehmend Pflegekräfte im Ausland gezielt rekrutiert.

Ein Vergleich der Entwicklungen in der professionellen Altenpflege in verschiedenen Ländern lässt in dem generellen Trend unterschiedliche Entwicklungsmuster erkennen, deren länderspezifische Ausformung mit dem Zusammenspiel von Pflege-, Beschäftigungs-, und Migrationspolitiken erklärt wird (vgl.

Williams 2012). Ländervergleiche verweisen zudem auf den relevanten Einfluss der Professionalisierungspolitiken (Theobald 2017). Im Fokus des Beitrags steht daher die Analyse des Einflusses unterschiedlich ausgestalteter Politiken auf die Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungssituation in der professionellen Altenpflege im Vergleich ausgewählter, für grundlegende Entwickungspfade repräsentativer Länder. Gefragt wird hier insbesondere nach dem Einfluss der Politiken – Pflege-, Professionalisierungs- und Migratonspolitiken – auf eine mögliche Ausdifferenzierung der Situation von Pflegekräften, abhängig vom Migrationsstatus und Qualifikationsniveau und damit der Entwicklung von ungleichheitsrelevanten Mustern in zentralen Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation. In einer Intersektionalitätsperspektive werden dabei die Wechselwirkungen der Qualifikation als Indikator für soziale Schicht und des Migrationsstatus' in dem weiblich dominierten Tätigkeitsfeld aufgezeigt. Dazu werden zunächst im ersten Kapitel die für einen internationalen Vergleich zentralen konzeptionellen Ansätze zur Analyse der drei Politikfelder im Bereich der Altenpflege diskutiert. Anschließend wird ein eigener Mehrebenenansatz der Intersektionalität entwickelt, der den Zusammenhang der Politiken auf der Makro-Ebene und der Entwicklung von ungleichheitsrelevanten Mustern auf der Meso- und Mikro-Ebene der Pflegeorganisation nachvollziehen lässt. Im zweiten Kapitel werden anhand des Beispiels der Integration von Migrant*innen in die professionelle Pflege in Deutschland die sich entwickelnden Muster empirisch untersucht. Ein Resümee im dritten Kapitel fasst zentrale Ergebnisse zusammen und diskutiert weitere Entwicklungen.

1. Konzeptionelle Basis – Politiken und die Entwicklung von Ungleichheiten

1.1 Politiken im Feld der Altenpflege

Der Ansatz von Daly (2000) zur Analyse der Bedeutung von Pflege- und Beschäftigungspolitiken für die Konstruktion von Pflegetätigkeiten und ihre ungleichheitsrelevanten Konsequenzen aus der Perspektive von Geschlecht und sozialer Schicht für Pflegende liefert den konzeptionellen Ausgangspunkt für eine systematische internationale Untersuchung des Zusammenhangs zwischen (sich verändernden) Politiken und der Entwicklung der Situation in der Altenpflegearbeit aus einer (Un)gleichheitsperspektive. Daly (2000) unterscheidet in ihrem Ansatz zwischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Unter Strukturen versteht sie die institutionellen Dimensionen der Politiken und die ihnen zugrundeliegenden

kulturellen Wertvorstellungen. Als Prozess definiert sie die Konstruktion von Pflegetätigkeiten zwischen der privaten Sphäre der Familie und den öffentlichen gesellschaftlichen Sphären – Staat, Markt, Dritter Sektor – sowie die Konstruktion der Pflegetätigkeiten innerhalb der Sphären. Als Ergebnisse schließlich versteht sie die ungleichheitsrelevanten Konsequenzen in Wechselwirkung von Geschlecht und sozialer Schicht, die sich in Stratifikationen, d.h. Mustern einer Hierarchisierung zwischen verschiedenen Gruppen von Pflegenden, zeigen.

Nach Daly (2000) ist die Verknüpfung von Pflege- und Beschäftigungspolitiken zentral für die Analyse der Konstruktion von Pflegetätigkeiten und ihre ungleichheitsrelevanten Konsequenzen. Die zunehmende Beschäftigung von Migrant*innen in der Altenpflege fordert die Erweiterung der Ungleichheitsdimensionen um die Frage der Migration und die Einbeziehung von Migrationspolitiken. Die Frage des Einflusses der Beschäftigungspolitiken wird auf Professionalisierungspolitiken zugespitzt. Im Hintergrund steht die Annahme, dass Professionalisierungspolitiken mit der Definition von Qualifikationsanforderungen und der darauf bezogenen Verteilung von Arbeitstätigkeiten einen zentralen Einfluss auf die ungleichheitsbezogene Entwicklung zwischen Pflegekräften auf der Basis der Qualifikation ausüben. Dieser Analyserahmen wird durch Ansätze zu Pflegeregimen angereichert, die zur Definition zentraler Dimensionen von Pflegepolitiken im Bereich der Altenpflege und ihrer ungleichheitsrelevanten Konsquenzen herangezogen und darauf aufbauend mit Ansätzen der Professionalisierungs-, und Migrationspolitiken verbunden werden. Abschließend liefern Annahmen des Intersektionalitätsparadigmas grundlegende Dimensionen zur Analyse des Zusammenspiels von Politiken und sich entwickelnden Stratifikationen (Überblick zu zentralen Dimensionen der Politiken siehe Tabelle unten).

Pflegepolitiken

Die international vergleichende Forschung zu Pflegeregimen entzündete sich an der genderorientierten Kritik an der internationalen Wohlfahrtsstaatsforschung. Sie setzte mit dem Fokus auf Pflegepolitiken einen bis dahin in der Forschung vernachlässigten, aber aus einer Frauenperspektive zentralen wohlfahrtsstaatlichen Bereich ins Zentrum. Pflegeregimetypologien definieren zentrale Dimensionen der Politiken und deren zugrundeliegende Wertvorstellungen eingebettet in länderspezifische Verteilungen der Pflegeverantwortlichkeiten zwischen Staat und Familie. Sie beziehen zudem die sich entwickelnden sozialen Praktiken der Pflege und ihre ungleichheitsrelevanten Ergebnisse mit ein (vgl. Theobald/Luppi 2018).

In der ersten Typologie zu Pflegeregimen identifizierten Anttonen und Sipilä (1996) zentrale Dimensionen von Altenpflegepolitiken und zugrundeliegende

Wertvorstellungen: Das Zusammenspiel staatlicher und familiärer Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Finanzierung und Ausführung von Pflegearbeit, die Definition der Zugänglichkeit öffentlicher Unterstützung und den Umfang öffentlicher Leistungen. Während im Fokus der Analyse von Anttonen und Sipilä (1996) die staatliche Unterstützung auf der Basis von Dienstleistungen stand, erweiterten Knijn und Kremer (1997) diese Perspektive, indem sie basierend auf dem 'Recht, zu pflegen' die Unterstützung familiär Pflegender auf der Basis von Geldleistungen und Freistellungsregelungen hinzufügten. Bettio und Plantenga (2004) schließlich verknüpften die verschiedenen Formen öffentlicher Unterstützung – Dienste, Zeit (Freistellungen) und Geldleistungen – mit der Definition von familiären und staatlichen Pflegeverantwortlichkeiten. Dabei stellten sie drei Cluster gegenüber: ein familienorientiertes Cluster in Südeuropa, das Cluster der öffentlichen Unterstützung privater Pflegearbeit in Deutschland und Österreich und das Cluster in Skandinavien, bei dem die Familie durch umfangreiche öffentliche Dienste unterstützt wird.

Die Typologien verweisen auf zentrale länderspezifische Wertvorstellungen zu Pflegeverantwortlichkeiten, die sich in zentralen Dimensionen der Politiken reflektieren. Dazu gehören die Definition der Zugangskriterien – universell, einkommensgeprüft, familienorientiert – sowie der Umfang und die unterschiedlichen Formen öffentlicher Unterstützung. Geschlechterkulturelle Modelle verknüpfen die Wertvorstellungen zur Rolle von familiärer und dienstleistungsbasierter Betreuungsarbeit mit Leitbildern zur geschlechtlichen Arbeitsteilung in der Gesellschaft, d.h. der Zuordnung von Männern und Frauen zu Arbeitsmarkt und Familie und, darin eingebettet, Leitbilder zur Verteilung der Betreuungsarbeit (vgl. Pfau-Effinger 2000). Darauf aufbauend haben Burau und Kolleg*innen (2007) in einem Ländervergleich für den Bereich der Altenpflege unterschiedliche Modelle mit dem Ausgangspunkt des männlichen Familienernährermodells bzw. des Zweiverdienermodells ausdifferenziert. Charakteristisch für die Forschung zu Pflegeregimen ist die Verknüpfung der Politiken mit Mustern der (Un)-gleichheit zwischen den Geschlechtern in den sozialen Praktiken. Generell zeigt sich, dass die De-Familialisierung der Altenpflegearbeit, d.h. die Einbeziehung von Dienstleistern, zu einer stärkeren geschlechteregalitären Verteilung familiärer Pflegearbeit führt und damit die Arbeitsmarktintegration von Frauen fördert, wobei diese Pflegearbeit als weiblich dominiertes Segment auf dem Arbeitsmarkt etabliert wird (Anttonen/Sipilä 1996; Schmidt u.a. 2012).

Die zunehmende Vermarktlichung pflegerischer Dienstleistungen im Bereich der Versorgung Älterer erforderte eine Integration solcher ökonomischer Konzepte in die Debatte um die Pflegeregime. In der international vergleichenden For-

schung wird dabei grundsätzlich zwischen zwei Ausformungen eines Pflegemarkts unterschieden: Ein Pflegemarkt professioneller Dienstleistungen und ein häufig grauer Markt pflegerischer und haushaltsorientierter Unterstützung, der sich im familiären Rahmen gebildet hat. Die Etablierung eines Markts im familiären Rahmen wird durch Pflegepolitiken gefördert, die keine ausreichende öffentliche Absicherung einer bedarfsgerechten Pflegearbeit bieten und gleichzeitig

Tabelle: Zentrale Dimensionen der Politiken im Feld der Altenpflege

Zentrale Dimensionen	
Pflegepolitiken	
– Gesellschaftliche Organisation	Verteilung von Pflegeverantwortlichkeiten (Pflegearbeit, Finanzierung, Regulierung) zwischen Familie, Staat, Markt, Drittem Sektor
– Institutionelle Dimensionen	Zugangsregeln: universell, einkommensgeprüft, familienorientiert Großzügigkeit: Umfang öffentlicher Unterstützung Leistungsformen: Geld-, Dienstleistungen, Freistellungen (Zugrundeliegende Wertvorstellungen)
– Geschlechterkulturelle Dimensionen	Wertvorstellungen zur geschlechtlichen Arbeitsteilung: zu den zentralen gesellschaftlichen Sphären – Familie und Arbeitsmarkt – und zur Verteilung von Pflegearbeit zwischen Frauen und Männern
Professionspolitiken	
– Pfad der Professionalisierung	Gedeckelte Professionalisierung: Betonung auf qualifizierte Berufsausbildung Elitäre Professionalisierung: Betonung auf Akademisierung Integrative Professionalisierung: Professionalisierung auf unterschiedlichen Ebenen
– Verknüpfung mit den Pflegestrukturen	Muster der (De-)Professionalisierung einzelner Tätigkeiten eingebettet in die (Neu)gestaltung der Pflegeinfrastruktur und geschlechterkulturelle Vorstellungen
Migrationspolitiken	
– Regulierungsformen, -ebene	National, EU, allgemeine Regulierungen, spezifische Politiken für Pflegekräfte, unterschiedliche Rechtssituationen
– Managed-, Non-managed migration regime	Steuerung der Migration (Zeitpunkt, Umfang) Professionelle Infrastruktur oder Pflegehaushalt Einbezogene Gruppen (Qualifikation und Geschlecht)

Quelle: eigene Zusammenstellung

durch die Gewährung von Geldleistungen, deren Verwendung kaum kontrolliert wird, finanzielle Spielräume für den privaten Kauf von regulären und irregulären Dienstleistungen bieten. Hinzu kommen kulturelle Wertvorstellungen, die die Verantwortung der Familie betonen (Simonazzi 2009).

Zur Analyse der Etablierung von Pflegemärkten im professionellen Dienstleistungsbereich wird in der internationalen Debatte auf das Konzept des New Public Management zurückgegriffen, das, basierend auf neo-liberalen Vorstellungen, durch grundlegende, doch länderspezifisch ausgestaltete Dimensionen gekennzeichnet ist (vgl. Theobald 2015). Zu diesen grundlegenden Dimensionen gehören: (1) die Betonung und die Definition von Formen des Wettbewerbs zwischen Dienstleistern auf einem Pflegemarkt, (2) der Transfer von Organisationsprinzipien des privaten Dienstleistungsbereichs in den öffentlich finanzierten Bereich, 3) die Re-Definition der Rolle des Staats als Regulator und 4) die Re-Definition der Leistungsempfänger*innen als Kund*innen einer Dienstleistung. Die Etablierung der Pflegemärkte hat generell zu prekären Beschäftigungsformen, einer Standardisierung der Pflegearbeit und einer Begrenzung des Entscheidungsspielraums der Pflegekräfte geführt, was in den Einrichtungen vorhandene und von Pflegekräften getragene Wertvorstellungen infrage gestellt hat (Dahl 2017; Theobald 2018).

Professionalisierungspolitiken

Die Reformen und darauf aufbauende Restrukturierungen haben nicht nur die Pflegeregime in der Altenbetreuung verändert, sondern auch zu einer Expansion der Anzahl von Pflegekräften und zu länderspezifischen Transformationen der Ansätze zur Professionalisierung der Pflegeberufe geführt (Burau u.a. 2007; Kuhlmann/Larsen 2014). Professionalisierungpolitiken definieren u.a. Kompetenzen und Ausbildungsstandards, damit verbundene Verteilungen der Arbeitsaufgaben und Autonomiespielräume sowie darauf aufbauende professionelle Entwicklungspfade. Kuhlmann und Larsen (2014) haben in einem Vergleich europäischer Länder drei grundlegende Professionalisierungspfade unterschieden. Für Deutschland beschreiben sie einen Pfad einer 'gedeckelten Professionalisierung', der durch den Fokus auf eine qualifizierte Berufsausbildung in der Pflege gekennzeichnet ist, wobei die Etablierung von Hochschulstudiengängen sowie von aufeinander aufbauenden Ausbildungsgängen für die Hilfs- und Assistenzkräfte in den Anfängen steckt. Für Großbritannien identifizieren sie einen Pfad 'elitärer Professionsentwicklung', der die Akademisierung der stärker medizinisch-pflegerischen Facetten der Pflegetätigkeit betont. Vernachlässigt wird die Entwicklung von Pflegeausbildungen für die direkten, d.h. grundpflegerischen

und haushaltsorientierten Tätigkeiten im Pflegealltag. Für Finnland schließlich beschreiben sie einen 'integrativen Pfad der Professionsentwicklung', der die Professionalisierung der Pflegetätigkeit auf unterschiedlichen Ebenen einschließt: d.h. eine Hochschulausbildung für die stärker medizinisch-pflegerischen Facetten der Pflegetätigkeit und eine Berufsausbildung für die direkte Pflegearbeit.

Ansätze der Professionalisierung und Entwicklungspfade können mit den sich verändernden Verhältnissen zwischen Staat, Markt und Wohlfahrtsorganisationen in der professionellen Pflege und der damit einhergehenden Re-Strukturierung der professionellen Pflegeinfrastruktur verknüpft werden. Dabei lassen sich unterschiedliche Entwicklungsmuster identifizieren. Die Etablierung eines universellen öffentlichen Systems der Altenbetreuung in Skandinavien zielt mit dem Ansatz des demokratischen Professionalismus – wie die Skandinavier*innen selbst den integrativen Pfad der Professionsentwicklung bezeichnen – nicht nur auf eine Akademisierung der Pflegeberufe, sondern auch auf eine professionelle Entwicklung, basierend auf Qualifizierung, sozialrechtlich abgesicherter Beschäftigungsverhältnisse und Entscheidungsspielräume der Pflegekräfte, auf unterschiedlichen Ebenen in der Pflegearbeit. Marktorientierte Reformen des Pflegesektors erschweren zunehmend die Professionalisierung für weniger qualifizierte Pflegekräfte. In dem Prozess der De-Professionalisierung werden sie wieder als 'Dienstleistungskräfte' definiert, die vorgegebene Pflegeaufgaben ausführen und nicht mehr als professionelle Pflegekräfte, die als Expert*innen über Entscheidungsspielräume in der alltäglichen Pflege verfügen (Wrede 2008; Henriksson u.a. 2006). Dahl (2017) verbindet dies mit Prozessen der Vergeschlechtlichung der Pflegearbeit, d.h. einer Verknüpfung mit dem vor-professionellen Image traditionell weiblicher Pflegearbeit. Sie benennt drei geschlechtstypische Prozesse – die Definition von Pflegearbeit als 'Hausarbeit', die Erwartung traditionell weiblicher 'Selbstaufopferung' im Dienste der zu Pflegenden, sowie die Forderung nach 'Entgegenkommen oder Kulanz', in dem sie sich im Sinne des neoliberalen Modells den Wünschen der Kund*innen unterordnen. Dieser De-Professionalisierung alltäglicher Pflegearbeit steht die Professionalisierung im Rahmen der zunehmenden medizinisch-pflegerischen Orientierung der ambulanten Versorgung gegenüber.

Prozesse der (De-)Professionalisierung im Rahmen von Vermarktlichungsprozessen zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung in verschiedenen Ländern. Im Rahmen der Orientierung an einem elitären Pfad der Professionalisierung in England hat sich ein deutlicher Kontrast zwischen dem hochprofessionellen Status der akademisch ausgebildeten Pflegekraft und den Pflegekräften entwickelt, die die alltägliche Pflegearbeit durchführen. Letztere wird als wenig qualifizierte, gering zu bezahlende und prekäre Tätigkeit definiert. Die seit den 1980er Jahren

durchgeführte Vermarktlichung der vormals öffentlichen ambulanten und stationären Dienste hat diesen Trend verstärkt (Simonazzi 2009; Hussein 2018). Die schwierigen Bedingungen gelten für Pflegekräfte in der alltäglichen Pflegearbeit unabhängig von der Beschäftigung unter öffentlicher oder privater Regie bzw. im privaten Haushalt, wobei die Bedingungen im öffentlichen Dienst im Vergleich zu privaten Trägern günstiger sind (Cangiano u.a. 2009).

In Deutschland und Frankreich, wo traditionellerweise die Wohlfahrtsorganisationen einen bedeutenden Anteil der sozialen Dienstleistungen erbringen, wurden unterschiedliche Ansätze der Vermarktlichung der Altenpflege gewählt. Basierend auf dem Borloo Plan (2005) werden in Frankreich ambulante grundpflegerische Tätigkeiten in der Altenpflege und haushaltsorientierte Tätigkeiten gemeinsam als persönliche, haushaltsorientierte Dienstleistungen über einen privaten Markt angeboten (vgl. Le Bihan/Sopadzhiyan 2018). Dabei ist ein Markt entstanden, der durch eine Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Arbeitgebern – Privathaushalten, öffentlichen, gemeinnützigen und kommerziellen Anbietern – mit jeweils spezifischen Regelwerken und einer Konkurrenz zwischen ausgebildeten und unausgebildeten Kräften gekennzeichnet ist. Gerade diese Verknüpfung von Hausarbeit und Grundpflege auf der Basis der genannten Konkurrenzen erschwert die Professionalisierung der alltäglichen Pflegearbeit.

In Deutschland wurde ein Pflegemarkt für die öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Anbieter ambulanter und stationärer Versorgung mit dem Fokus auf Pflegeleistungen unter einem Regelwerk etabliert. In den vermarktlichten Einrichtungen treten ebenfalls Prozesse der De-Professionalisierung, wie beispielsweise die zunehmende Beschäftigung von Hilfs- und Assistenzkräften, eine Begrenzung der Autonomie durch eine Standardisierung von Tätigkeiten oder ein Trend zu Teilzeit bis hin zu prekärer Beschäftigung hervor (Slotala 2011). Der Fokus auf eine integrierte Versorgung von Behandlungs- und Grundpflege und die Trennung vom Sektor der Haushaltsdienstleistungen in der ambulanten Pflege gibt der Tätigkeit einen höheren Status und gestattet auch Prozesse der Professionalisierung, beispielsweise durch die Einführung einer generalisierten dreijährigen Pflegeausbildung sowie entsprechenden Pflegestudiengängen ab 2020 (Theobald u.a. 2018).

Migrationspolitiken

Gemeinsam mit Pflege- und Professionalisierungspolitiken bestimmen Migrationspolitiken mögliche Muster einer Hierarchisierung zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. Migrationspolitiken bestimmen die Regeln für den (befristeten oder permanenten) Aufenthalt, die Beschäftigung am

Arbeitsmarkt und den Zugang zu weiteren politischen und zivilen Rechten von Personen anderer Nationalitäten. In ihrem Vergleich von Migrationspolitiken in der Pflege in ausgewählten alten EU-Ländern klassifiziert van Hooren (2012) verschiedene grundlegende Regulierungsebenen und -formen. Charakteristisch für die EU-Mitgliedsländer ist ein Zusammenspiel von gültigen Regeln für die (Arbeits)migration innerhalb der EU-Mitgliedsländer und darüber hinaus länderspezifischen Gesetzen und Herangehensweisen in den individuellen Mitgliedsländern. So fordern die EU-Regulierungen die generelle Öffnung eines gemeinsamen Arbeitsmarkts mittlerweile für alle EU-Mitgliedsländer. Von diesen für Arbeitskräfte in allen Bereichen des Arbeitsmarkts gültigen Regulierungen unterscheidet van Hooren (2012) gruppenspezifische Regulierungen bezogen auf Drittstaaten, auf deren Basis gezielt Arbeitskräfte für Pflegetätigkeiten im professionellen Bereich oder im Privathaushalt befristet oder auch dauerhaft angeworben werden können. Diesen Regulierungen, die die Bedingungen des Zugangs vor der Einreise definieren, stehen Verfahren der Regularisierung gegenüber, die schon illegal im Lande lebenden Personen nachträglich den Zugang zu einer Aufenthalts- oder Arbeitserlaubnis gestatten.

Auf der Basis der Grundlagen der Migrationspolitiken lassen sich unterschiedlich ausgeformte Migrationsregime bestimmen, die eng mit den grundlegenden Strukturen der Pflegeregime verknüpft sind. Dienstleistungsorientierte Pflegeregime fördern die Beschäftigung der Migrant*innen in der professionellen Pflegeinfrastruktur, während familienorientierte Regime die Anstellung von Migrant*innen im Privathaushalt oder in beiden Bereichen unterstützen (vgl. Simonazzi 2009). Vor diesem Hintergrund wird zwischen einem 'managed migration regime' und einem 'unmanaged migration regime' unterschieden (vgl. Lamura u.a. 2013). 'Managed migration regimes' gelten als typisch für Länder in Nord-, und Westeuropa, wo die stark regulierten und kontrollierenden Migrationspolitiken auf die Rekrutierung qualifizierter Pflegekräfte für die professionelle Infrastruktur fokussieren. Im Gegensatz dazu tolerieren weniger regulierte und kontrollierende 'unmanaged migration regimes' in Südeuropa die (ir)reguläre Migration von zumeist weiblichen Pflegenden ohne Pflegeausbildung, die unter prekären Bedingungen im Privathaushalt tätig sind. Wesentlich wird dabei die Vorstellung von weiblich konnotierten Pflegequalifikationen. In Deutschland wird ein Mix beider Regime in der unregulierten Migration im Rahmen der 24h-Betreuung im Privathaushalt und der regulierten Migration für den professionellen Sektor erkennbar.

1.2 Politiken und Stratifikationen: Konzept der Intersektionalität

Die Analyse der Bedeutung der Politiken für die Entwicklung von Stratifikationen, d.h. zusammenhängender Muster der Hierarchisierung zwischen verschiedenen Gruppen von Pflegekräften, erfordert eine Mehrebenenbetrachtung, die den Einfluss der zentralen Dimensionen der Politiken auf der Makro-Ebene auf die ungleichheitsrelevanten Entwicklungen auf der Meso- und Mikro-Ebene in den Pflegeorganisationen konzeptionell erfassen kann. Basierend auf grundlegenden Annahmen des Intersektionalitätskonzepts betrachtet Becker-Schmidt (2007) entstehende Muster von Stratifikationen als Ergebnisse von kontextbezogenen sozialen Prozessen auf der Makro- und Mikro-Ebene, in dem die für sie relevanten Dimensionen – Geschlecht, Klasse, Ethnizität – in einer spezifischen Konstellation zusammentreffen. Trotz der wechselseitigen Beziehung unterscheiden sich die Konstruktionsprozesse auf beiden Ebenen fundamental voneinander. Auf der Makro-Ebene werden Prozesse der Statusallokationen zentral, d.h. unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen wird ein Status innerhalb einer Hierarchie unabhängig von ihrer individuellen Situation zugewiesen. Relevante Bereiche für diese Statusallokationen auf der Makro-Ebene sind für Becker-Schmidt Felder der Sozialpolitik, Arbeitsmarktstrukturen oder das Bildungswesen. Auf der Mikro-Ebene entstehen im Verlauf von sozialen Praktiken Ungleichheiten durch Prozesse der Zuschreibung spezifischer Charakteristika (Kompetenzen, Defizite etc.) an ausgewählte soziale Gruppen. Die Prozesse auf der Mikro-Ebene werden durch institutionelle Rahmenbedingungen und dominante Normen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern oder Organisationen auf der Meso-Ebene gerahmt.

Der Ansatz von Acker (2006) zu Ungleichheitsregimen in Organisationen, d.h. zu ungleichheitsrelevanten Prozessen und Strukturen in Arbeitsorganisationen, fasst relevante Facetten zusammen. Nach Acker (2006) verfügen alle Arbeitsorganisationen über Ungleichheitsregime „defined as loosely interrelated practices, processes, actions, and meanings that result in and maintain social class, gender, and racial inequalities within particular organisations" (Acker 2006, 443). Sie benennt bedeutsame organisationale Praktiken, die für die Entwicklung der Stratifikatonen eine hohe Relevanz gewinnen. Diese umfassen die Definition der Beschäftigungsbedingungen, die Arbeitsorganisation der Tätigkeitsbeschreibungen sowie Führungspraktiken und Formen der Kommunikation im beruflichen Alltag. Die Stratifikationen reflektieren sich in der Beschäftigungssituation und zentralen Facetten der Arbeitssituation.

2. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege – Neue Muster der Stratifikation

Die zunehmende Integration von Migrant*innen in der professionellen Pflege in Deutschland wird exemplarisch zur Analyse der Veränderung von Stratifikationen in der professionellen Pflege herangezogen. Die Grundlage für die Bestimmung der Stratifikationen sind systematische Ungleichheiten zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund, die sich in Facetten der Beschäftigungs- und Arbeitssituationen finden. Die Stratifikationen werden vor dem Hintergrund der Ausformung der relevanten Politikfelder, den Strukturen im Feld der Pflege und den Entwicklungen in den Pflegeorganisationan im abschließenden Resümee betrachtet. Die empirische Grundlage für die Untersuchung liefern Daten aus einer eigenen landesweiten, nahezu repräsentativen Fragebogenbefragung mit Pflegekräften in der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland 2010.[1] Im Rahmen der Untersuchung wurden 1.517 Teilnehmer*innen angefragt, wobei bei einer Rücklaufquote von 43 % 637 der Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden konnte (vgl. Theobald 2018)[2].

In der Stichprobe weisen 10 % der Pflegekräfte in der ambulanten und 14 % in der stationären Versorgung einen Migrationshintergrund auf, d.h. sie sind entweder selbst migriert bzw. zumindest ein Elternteil ist migriert. Während der Anteil im ambulanten Sektor mit repräsentativen Schätzungen für das Jahr 2010 übereinstimmt, lässt sich für den stationären Sektor im Vergleich zu den Schätzungen von 15 % bis 23 % eine Unterrepräsentation vermuten (zu den Schätzungen vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2011). Der überwiegende Teil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der Stichprobe – 79 % – sind selbst migriert. Mit einem Anteil von 66 % kam die Mehrheit aus Ländern Osteuropas, Russland oder Kasachstan zumeist als (Spät)Aussiedler*innen nach Deutschland. Die weiteren Pflegekräfte nannten Länder aus Europa – häufig alte EU-Mitgliedsländer – als Herkunftsländer, während weitere (außer)europäische Länder nur selten angegeben wurden. Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit

---

1 Wir bedanken uns bei der Hans-Böckler-Stiftung Düsseldorf für die Finanzierung der beiden Forschungsprojekte, die der Forschung zugrundeliegen.

2 Trotz der vergleichsweise hohen Rücklaufquote ergeben Vergleiche mit der Pflegestatistik, dass Pflegekräfte in einer prekären Arbeitssituation, d.h. eingebunden in zeitlich weniger umfangreiche und weniger sozialrechtlich abgesicherten Teilzeittätigkeiten, unterrepräsentiert sind. Die statistischen Berechnungen wurden auf der Basis des Programms SPSS durchgeführt (ausführliche Darstellung der Untersuchung und ihrer Ergebnisse siehe Theobald 2018).

der migrierten Pflegekräfte als (Spät)Aussiedler*innen, Bürger*innen der alten EU-Länder oder Angehörige der zweiten Migrationsgeneration zumindest auf eine permanente Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis zurückgreifen kann. Der Migrationsstatus beeinflusst nicht die Frauendominanz, die übereinstimmend für Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund im ambulanten und stationären Sektor bei ca. 90 % liegt. Die befragten Pflegekräfte können unabhängig vom Migrationsstatus vergleichbar häufig auf eine dreijährige Qualifikation in der Kranken- oder Altenpflege zurückgreifen.

Muster von Stratifikationen basierend auf dem Migrationsstatus werden erkennbar in der Bedeutung der Qualifikation für den Zugang zu einer Vollzeittätigkeit und in zentralen Facetten des pflegerischen Alltags in der stationären Versorgung. Grundsätzlich sind Pflegekräfte mit Migrationshintergrund signifikant häufiger als ihre Kolleg*innen ohne Migrationshintergrund auf der Basis einer Vollzeit- oder einer zeitlich umfangreichen Teilzeittätigkeit von mehr als 20 Wochenstunden angestellt. Eine vertiefende Analyse der Gründe für eine Beschäftigung in zeitlich weniger umfangreichen, oft prekären Teilzzeitätigkeiten bis zu 20 Stunden pro Woche lässt für die beiden Vergleichsgruppen zwei signifikant unterschiedliche Entwicklungen erkennen. Während für Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zentral für die Aufnahme dieser Teilzeittätigkeiten wird, ist die nicht-vorhandene Pflegeausbildung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund die entscheidende Ursache, wobei dies insbesondere die stationäre Versorgung betrifft.

Signifikante ungleichheitsrelevante Unterschiede in der Arbeitssituation – der Arbeitsorganisation und Facetten der sozialen Interaktion und Kommunikation – die sich zu Stratifikationen zusammenfassen lassen, werden im stationären Sektor erkennbar. Hinsichtlich der Arbeitsorganisation zeigt sich, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund signifikant häufiger unbezahlte Überstunden übernehmen, täglich die Bewohnerzimmer reinigen, sich am Ende eines Arbeitstags stärker belastet fühlen oder seltener die tägliche Planung ihrer Arbeit beeinflussen können. Generell zeigt sich als Trend, dass sich die Differenzen für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ohne Pflegeausbildung signifikant verstärken. Dies gilt ebenso für diejenigen unter ihnen, die auf der Basis eines kurzen Teilzeitarrangements beschäftigt sind. Dieser verstärkende Einfluss des Qualifikationsniveaus oder der Arbeitszeit findet sich nur sehr begrenzt bei einheimischen Pflegekräften. Auch in der Kommunikation mit Kolleg*innen und den direkten Vorgesetzten sowie in der sozialen Interaktion mit Pflegebedürftigen und deren Familienangehörigen lassen sich signifikante Unterschiede erkennen. Mit Ausnahme der Krankenpflegefachkräfte werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund seltener in Fachgespräche

im Kolleg*innenkreis eingebunden. Unabhängig vom Qualifikationsniveau berichten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund seltener über tägliche Besprechungen mit den direkten Vorgesetzten. Zudem fühlen sie sich weniger von den Familien der Pflegebedürftigen wertgeschätzt; sie berichten, dass sie häufiger täglich von den Pflegebedürftigen selbst sowie deren Familien kritisiert werden, dass sie häufiger täglich körperlicher Gewalt ausgesetzt sind, und dass sie häufiger mit ausländerfeindlichen Kommentaren konfrontiert werden. Entscheidend für die Fülle der schwierigen sozialen Interaktionen mit Pflegebedürftigen und ihren Familien ist das Herkunftsland. Betroffen von den negativen Handlungsweisen sind Pflegekräfte aus Polen, Kasachstan, Russland oder Angehörige der zweiten Generation aus dem ehemaligen Jugoslawien (vgl. Theobald 2017, 2018).

3. Resümee: Politiken und die Entwicklung von Stratifikationen in der Pflege

Der internationale Vergleich der Politiken im Feld der Pflege zeigt die Verwobenheit der Ansätze in den ausgewählten Ländern und gleichzeitig die deutlichen Länderdifferenzen auf. Pflegepolitiken bilden die Grundlage für die Zuordnung der Pflegetätigkeiten zu den verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren – Familie, Staat, Markt, Dritter Sektor. Die sich anschließenden Professionspolitiken, die sich zu grundlegenden Pfaden der Professionalisierung – gedeckelt, elitär, integrativ – zusammenfassen lassen, definieren Qualifikationsanforderungen und -strukturen und damit Formen der Arbeitsteilung. Damit bilden sie einen Ausgangspunkt für eine Ausdifferenzierung zwischen Pflegekräften.

Die zunehmende Bedeutung des Markts für die Erbringung der Pflegedienstleistungen und die restriktive Finanzierung erschwert die Professionalisierung der grundpflegerischen und haushaltsorientierten Tätigkeiten, die in dem Prozess zunehmend als 'traditionell weibliche Tätigkeiten' betrachtet werden. Allerdings werden, abhängig vom Pfad der Professionalisierung, deutliche Differenzen erkennbar. Eine zentrale Bedeutung kommt dabei der Verknüpfung von behandlungs-, grundpflegerischen und haushaltsorientierten Tätigkeiten im pflegerischen Alltag zu, die die Wahrnehmung professioneller Kompetenz fördert.

Die vertiefende Analyse der Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland erbrachte widersprüchliche Ergebnisse. Das Zusammenspiel von Pflege- und Professionspolitiken hat zu einer Nachfrage von Pflegekräften mit einer dreijährigen Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege geführt, die aufgrund des hohen Bedarfs den Zugang von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in qualifizierte Bereiche und zu zeitlich umfangreichen

Arbeitszeitarrangements fördert. Muster von Benachteiligungen, die zu Stratifikationen zusammengefasst werden können, treten insbesondere in Facetten der Arbeitssituation im stationären Sektor hervor, wobei mangelnde formale Pflegequalifikationen, die Beschäftigung auf der Basis von zeitlich wenig umfassenden Arbeitszeitarrangements und die Herkunft aus einem osteuropäischen Land negativ wirken. In den hervortretenden Benachteiligungen verknüpfen sich die generellen Probleme von Pflegekräften ohne formale Pflegequalifikation im deutschen Pflegesystem mit den Schwierigkeiten der Arbeitsmarktintegration von Migrant*innen ohne formale Qualifikation und dem Einfluss von migrationsspezifischen stereotypen Vorstellungen im Alltag.

Der internationale Vergleich ergibt, dass auch in Ländern, die dem integrativen Pfad der Professionalisierung folgen, wie Schweden oder Dänemark, Pflegekräfte mit Migrationshintergrund einen Zugang zu umfassenden Qualifikationen und regulären Beschäftigungsbedingungen finden können. Während die bisher vorliegende Forschung für Skandinavien nur wenig Hinweise auf Benachteiligungen im Arbeitsalltag fand, verweisen die Forschungen für Großbritannien oder Irland zur Situation von Pflegekräften in der direkten Pflege auf mit den deutschen Ergebnissen vergleichbaren Ausformungen von Benachteiligungen im Arbeitsalltag, wobei hier ein unsicherer Migrationsstatus erschwerend hinzukommt (vgl. Theobald 2018).

Professionalisierungs- und Migrationspolitiken in Deutschland verändern sich zunehmend. Gerade der internationale Vergleich erbringt, dass die Etablierung von Studiengängen in der Pflege und die damit einhergehende Trennung zwischen (komplexen) medizinisch-behandlungspflegerischen und grundpflegerischen/haushaltsorientierten Tätigkeiten insbesondere in einem marktorientierten Pflegesystem das Risiko birgt, dass letztgenannte Tätigkeiten abgewertet und verstärkt an Hilfs- und Assistenzkräfte verteilt werden. Dem kann entgegengewirkt werden durch die Betonung des anspruchsvollen Charakters der direkten Pflege, die eine individuenorientierte, integrierte Versorgung basierend auf Grundpflege und Tätigkeiten der Behandlungspflege, eingebettet in den Aufbau einer Pflegebeziehung, beinhaltet und damit auch eine umfassende Qualifizierung und Autonomie in der alltäglichen Arbeit voraussetzt. Ansprüche an die Qualifikation sind auch in der zunehmenden internationalen Rekrutierung von Pflegekräften eine zentrale Voraussetzung, denn das Zusammenspiel von Migrationshintergrund und niedrigem formalen Qualifikationsniveau in der Pflege schafft besonders prekäre Arbeits- und Beschäftigungssituationen. Die nationalen und internationalen Ergebnisse verdeutlichen zudem die Grenzen der Politiken, denn der Etablierung benachteiligender Formen in der Arbeitsorganisation oder

schwieriger sozialer Interaktionen muss auch auf Einrichtungsebene durch die Personal- und Interessenspolitik entgegengewirkt werden.

Literatur

Acker, Joan, 2006: Inequality Regimes: Gender, Class, and Race in Organizations. Gender & Society. 20. Jg. Heft 4, 441-464.

Anttonen, Anneli/Sipilä, Jorma, 1996: European social care services: Is it possible to identify models? Journal of European Social Policy. 6. Jg. Heft 2, 87-100.

Becker-Schmidt, Regina, 2007: „Class", „gender", „ethnicity", „race": Logiken der Differenzsetzung, Verschränkung von Ungleichheitslagen und gesellschaftliche Strukturierung. In: Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun.-Axeli/Sauer, Birgit (Hg.): Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität. Frankfurt am Main, 56-83.

Bettio, Francesca/Plantenga, Janneke, 2004: Comparing care regimes in Europe. Feminist Economics. 10. Jg. Heft 1, 85-113.

Burau, Viola/Theobald, Hildegard/Blank, Robert H., 2007: Governing home care: A cross-national comparison. Chelterham.

Cangiano, Alessio/Shutes, Isabel/Spencer, Sarah/Leeson, George, 2009: Migrant Care Workers in Ageing Society. Research Findings in the United Kingdom. Report University of Oxford. Oxford.

Dahl, Hanne Marlene, 2017: Struggles in (Elderly) Care. A Feminist View. London.

Daly, Mary, 2000: The gender division of welfare. Cambridge.

Henriksson, Lea/Wrede, Sirpa/Burau, Viola, 2006: Understandings Professional Projects in Welfare Service Work. Revival of Old Professionalism?'. Gender, Work, Organization. 13. Jg. Heft 2, 175-192.

van Hooren, Franca, 2012: Varieties of migrant care work: Comparing patterns of migrant labour in social care. European Journal of Social Policy. 22. Jg. Heft 2, 133-147.

Hussein, Shereen, 2018: The English social care workforce: the vexed question of low wages and stress. In: Christensen, Karen/Pilling, Doria (Hg.) The Routledge Handbook of Social Care Around the World. Milton Park, Abingdon, Oxon, 74-87.

Knijn, Trudie/Kremer, Monique, 1997: Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship. Social Politics: International Studies. Gender, State & Society. 4. Jg. Heft 3, 328-361.

Kuhlmann, Ellen/Larsen, Christa, 2014: Care, Governance und Professionsentwicklung im europäischen Vergleich. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: Work, Relations, Regime. Sonderband. Soziale Welt, 235-251.

Lamura, Giovani/Chiatti,C./Barbabella,Francesco/Di Rosa, Mirko, 2013: Filling the gap in long term professional care through systematic migration policies. Synthesisreport. Luxembourg.

Le Bihan, Blanche/Sopadzhiyan, Alis, 2018: The development of an ambiguous care work sector in France: between professionalization and fragmentation. In: Christensen, Karen/Pilling, Doria (Hg.): The Routledge Handbook of Social Care Around the World. Milton Park, Abingdon, Oxon, 102-115.

Pfau-Effinger, Birgit, 2000: Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs. Opladen.

Ranci, Costanzo/Pavolini, Emmanuele (Hg.) 2013: Reforms in long term care policies in Europe. Heidelberg, New York.

Schmidt, Tina/Brandt, Martina/Haberkern, Klaus, 2012: Gendered support to older parents: do welfare states matter. European Journal of Ageing. 9. Jg., 39-50.

Simonazzi, Annamaria, 2009: Care regimes and national employment models. Cambridge Journal of Economics. 33. Jg., 211-232.

Slotala, Lukas, 2011: Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Wiesbaden.

Theobald, Hildegard, 2018: Pflegearbeit in Deutschland, Schweden und Japan. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? Hans-Böckler Study Nr. 383. Düsseldorf.

–, 2017: Care workers with migrant backgrounds in formal care services in Germany: A multi-level intersectional analysis. International Journal of Care and Caring. 1. Jg. Heft 2, 209-226.

–, 2015: Marketization and managerialization of long-term care policies in a comparative perspective. In: Pavolini, Emmanuele/Klenk, Tanja (Hg.): Restructuring welfare governance: Marketization, managerialism, and welfare state professionalism. Aldershot, 27-45.

Theobald, Hildegard/Luppi, Matteo, 2018: Elderly care in changing societies: Concurrences in divergent care regimes – a comparison of Germany, Sweden and Italy. Current Sociology Monograph. 66. Jg. Heft 4, 629-643.

Theobald, Hildegard/Szebehely, Marta/Saito, Yayoi/Ishiguro, Nobu, 2018: Marketisation policies in different contexts: Consequences for home care workers in Germany, Japan and Sweden. International Journal of Social Welfare. 27. Jg. Heft 3, 215-225.

TNS Infratest Sozialforschung, 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Berlin.

Williams, Fiona, 2012: Converging variations in migrant work in Europe. Journal of European Social Policy. 22. Jg. Heft 4, 363-376.

Williams, Fiona/Brennan, Deborah (Hg.), 2012: Care, markets and migration in a globalising world: Introduction to the Special Issue. Journal of European Social Policy. 22. Jg. Heft 4, 355-362.

Wrede, Sirpa, 2008: Educating generalists: Flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. In: Kuhlmann, Ellen/Saks, Mike (Hg.): Rethinking professional governance. Bristol, 127-140.

Christiane Bomert

Ansätze und Herausforderung der (unterstützten) Organisierung von Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege durch freie Träger*innen und Gewerkschaften

1. Einleitung

Werden (Schwieger-)Eltern oder andere Angehörige pflegebedürftig und brauchen von heute auf morgen eine umfängliche Betreuung, übernehmen immer häufiger Personen aus anderen Ländern diese Aufgaben. Sie sorgen für den Haushalt und die Versorgung der Pflegebedürftigen und fungieren als Ansprechperson (vgl. Schirilla/Waldhausen 2012, 23). Für die sich darin abzeichnende Versorgungslücke sind verschiedene, wechselseitig wirkende Faktoren ursächlich: die gesteigerte Erwerbsbeteiligung von Frauen, der demographische Wandel, der Umbau des Wohlfahrtsstaates, die Flexibilisierung der Erwerbsarbeit sowie veränderte Lebensformen und sozialräumliche Entwicklungen (vgl. Haubner 2014, 10). Auch der Zuwachs an Vermittlungsagenturen, die mit Slogans wie „Betreuung mit Herz" (Prosenior) oder „24h-Betreuung – Fürsorgliche Zuwendung und Rundum-Versorgung" (Hausengel) insbesondere für die Einstellung osteuropäischer Frauen werben, verweist auf eine kontinuierliche Zunahme entsprechender privater Pflegearrangements. Aktuelle Studien zeigen, dass heute jeder zwölfte Pflegehaushalt in Deutschland eine meist aus Osteuropa stammende Care-Arbeiterin[1] beschäftigt, die mit im Haus der zu Pflegenden lebt (vgl. Hielscher u.a. 2017). Aufgrund der geographischen Nähe kommen die meisten Care-Arbeiterinnen aus Polen, gefolgt von Migrantinnen aus Tschechien, der Slowakei und Ungarn (vgl. Haubner 2014, 13; Rodrigues u.a. 2013, 80). Begleitet wird dieser Anstieg von einer zunehmend positiv konnotierten medialen Debatte, die die Beschäftigung der Care-Arbeiterinnen – einst als bedrohliche Konkurrenz für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und -dienste

1 Um auf die hohe Anzahl an weiblichen Beschäftigten in der Care-Arbeit und die vergeschlechtlichten Aspekte dieser Arbeit hinzuweisen, wird durchgängig die weibliche Form *Care-Arbeiterin* benutzt.

betrachtet – heute auf moralischer, gesellschaftlicher und professioneller Ebene grundlegend legitimiert (vgl. ausführlich dazu Bomert i. B.).

Mit dieser klassen- und ethnienspezifischen Umverteilung von Betreuungsarbeit im Privathaushalt geht jedoch ein nicht mehr zu ignorierendes Problem einher: Um eine „preiswerte Alternative zum Pflegeheim" (Agentur Vitalassist) zu sein und eine durch die Vermittlungsagenturen versprochene Rundumversorgung gewährleisten zu können, wird in Deutschland immer wieder gegen das Arbeitszeitgesetz und gegen die Bestimmungen zum gesetzlichen Mindestlohn verstoßen. Da zuständige Behörden zudem kaum kontrollieren, wird die Einhaltung der grundsätzlich bestehenden gesetzlichen Regelungen, wie Kündigungsschutz und Urlaubsgeld, weitestgehend ignoriert (vgl. Emunds 2016; Hielscher u.a. 2017). Auch treten bisher nur wenige gesellschaftliche Akteur*innen für die geltenden Bestimmungen und die Interessen der Frauen ein und unterstützen diese (vgl. Schilliger/Schilling 2017, 107f.).

Anders als etwa in der Schweiz, wo 2013 polnische Migrantinnen das basisgewerkschaftliche Netzwerk Respekt@vpod gründeten, mit dem sie seither öffentlichkeitswirksam auf die Beschäftigungsverhältnisse in der 24h-Pflege aufmerksam machen und für die eigenen Rechte eintreten,[2] gibt es in Deutschland keine vergleichbare Interessenvertretung (vgl. Schilliger 2015). Dieser relevante Unterschied wirft Fragen nach den Hintergründen jener divergierenden Entwicklungen auf: Warum zeigen sich entsprechende Unterschiede in der Selbstorganisierung und öffentlich sichtbaren Interessenvertretung zwischen Deutschland und der Schweiz? Warum überschreiten die vorhandenen Netzwerkstrukturen nicht ihren informellen Charakter und verbleiben hierzulande vielmehr in einer öffentlichen Unsichtbarkeit? Wie also sind die Rahmenbedingungen für Organisierungsprozesse von osteuropäischen Care-Arbeiterinnen in der privaten Pflege- und Betreuungsarbeit? Und, welche Rolle spielen Unterstützungsangebote freier Träger*innen und Gewerkschaften in diesem Kontext? Zur Beantwortung dieser drängenden Fragen wurden institutionelle Unterstützungsstrukturen im Rahmen des Forschungs- und Dissertationsprojekt „Bezahlte Care-Arbeit im

2 Das Netzwerk arbeitet von Beginn an mit strategischen Gerichtsverfahren, die von den Mitgliedern des Netzwerkes begleitet werden. Ziel ist es, individuelles Recht durchzusetzen, idealerweise Präzedenzfälle zu schaffen und einen sozialen Wandel herbeizuführen. Dem Netzwerk geht es darum, die Öffentlichkeit zu erreichen und weitere Care-Arbeiterinnen in der privaten Pflege zu animieren, gleichermaßen ihre Rechte einzufordern (vgl. Schilliger/Schilling 2017, 109).

Schnittfeld von Transnationalität, Agency und Unterstützung“[3] befragt und deren Strategien und Bestrebungen, etwa zur Initiierung von Begegnungs- und Organisierungskontexten für osteuropäische Care-Arbeiterinnen, erhoben. Einzelne Ergebnisse dieser Interviewbefragung werden im vorliegenden Beitrag präsentiert. Vorangestellt ist diesen Erläuterungen zunächst eine einführende Beschreibung der bezahlten Arbeitsverhältnisse in der 24h-Pflege in Deutschland (2.) sowie der weitreichenden Funktionen informeller Netzwerke dieser Personengruppe (3.). Daran schließt sich ein Überblick über die in Deutschland vorhandenen Unterstützungsstrukturen für osteuropäische Care-Arbeiterinnen in Pflegehaushalten an. Die Ergebnisse der Befragung jener Angebote werden sodann erläutert, insbesondere mit Bezug auf ihre handlungspraktischen Strategien zur Unterstützung von Organisierungs- und Begegnungskontexten (4.). Im fünften Teil werden dann die Herausforderungen der (unterstützten) Selbstorganisierung von osteuropäischen Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege beleuchtet. Im abschließenden Resümee wird für eine erweiterte Perspektive auf unterstützte Organisierungsprozesse geworben und die Relevanz hierfür notwendiger breiter Bündnispartnerschaften betont (6.).

2. Bezahlte Care-Arbeitsverhältnisse in Pflegehaushalten in Deutschland

Die Ursachen und Hintergründe für das Zustandekommen bezahlter Care-Arrangements in der privaten Pflege und Betreuung sind vielfältig. Als ein Hauptmotiv der Beschäftigung *von Seiten der Pflegehaushalte* gilt die zeitliche Flexibilität und die permanente Anwesenheit der migrantischen Care-Arbeiterinnen. Aus Sicht der Pflegehaushalte scheinen sie in Folge des transnationalen Arbeitseinsatzes frei von eigenen Care-Verpflichtungen in ihren eigenen Familien zu sein und damit nahezu ständig zur Verfügung zu stehen (vgl. Karakayali 2010, 156). Wesentlich ist auch der finanzielle Unterschied zu ambulanten und stationären Pflegeangeboten. Die Differenz in der Entlohnung ergibt sich aus den zumeist mangelnden Beschäftigungsalternativen zur bezahlten Care-Arbeit für Migrantinnen, die sie dazu zwingen, ihre Arbeitskraft besonders günstig anzubieten (vgl. Haidinger 2013, 139). Hinzu kommt, dass in der stationären Pflege der herrschende Kostenwettbewerb und der Fachkräftemangel dazu führen, dass Pflegeheime den Pflegebedarf nicht abdecken können. Aktuelle Studien zeigen, dass

3 Das Dissertationsprojekt wurde an der Universität Münster eingereicht und befindet sich derzeit im Veröffentlichungsprozess.

derzeit 83 Prozent der befragten stationären Pflegeeinrichtungen entsprechende Anfragen aufgrund fehlender Kapazitäten ablehnen müssen (vgl. Isfort u.a. 2018).

Auf Seiten der Osteuropäerinnen lassen sich neben ökonomischen Migrationsmotiven auch berufliche und persönliche Gründe identifizieren. So wird etwa eine Verbesserung der eigenen Berufsbiographie angestrebt, indem entsprechende Arbeitserfahrung im Ausland zu einer langfristigen Statuserhöhung oder zu einem biographischen Neuanfang führen (vgl. Karakayali 2010, 127ff.). Strategischer Hintergrund der Migration auf persönlicher Ebene kann jedoch auch die „Überwindung von Ruhestandskrisen und Bewältigung des Empty-Nest-Syndroms" (Kniejska 2016, 159) sein, oder sie soll der Lösung problembehafteter Familiensituationen dienen. Die häufig temporär gestaltete Migration nach Deutschland lässt sich darüber hinaus als eine Strategie begreifen, um „die mit der Systemtransformation [in Mittel- und Osteuropa] einhergehende Verschlechterung der Situation von Frauen durch informelle Beschäftigungsarrangements abzumildern" (Karakayali 2010, 37).

Für viele der in Deutschland beschäftigten Care-Arbeiterinnen bedeutet die Tätigkeit im Privathaushalt allerdings eine Dequalifizierung, da sie „nach der Entwertung ihrer Bildungsabschlüsse ihrer Heimat" (Rerrich 2008, 25) zumeist *unter* ihrem Qualifikationsniveau beschäftigt sind (vgl. Karakayali 2010, 176; Schirilla/Waldhausen 2012, 23). Ihre Arbeitseinsätze erfolgen in einem – teils selbstorganisierten – Rotationssystem (siehe dazu Teil 3) im Abstand von einigen Wochen bis mehreren Monaten zwischen dem Herkunfts- und Zielland, dauern insgesamt meist jedoch nicht länger als fünf Jahre. Je nach vorhandenen Sprachkenntnissen, Erwartungen der zu pflegenden Person, Wünschen der Care-Arbeiterinnen (gesundheitlicher Zustand oder Geschlecht des zu Pflegenden) und Anstellungsform liegt der monatliche Nettolohn zwischen 850 und 1.500 Euro (vgl. Kniejska 2016, 123).

Die Arbeitsverhältnisse in den Pflegehaushalten sind häufig von prekären, belastenden und ausbeuterischen Arbeitssituationen für die Beschäftigten geprägt. Neben den körperlichen und psychischen Anstrengungen in der Arbeit mit Pflegebedürftigen wird von den Migrantinnen eine permanente Anwesenheit erwartet. Freizeit und Räume der Privatsphäre müssen immer wieder ausgehandelt werden, ebenso die Balance zwischen Nähe und Distanz (vgl. Englert 2007, 91; Metz-Göckel 2010, 44; Schilliger/Schilling 2017, 104). Darin zeigen sich Ungleichheitsverhältnisse, die auch sprachlich sichtbar werden, wie das nachfolgende Zitat einer Care-Arbeiterin in der FAZ eindrücklich zeigt: „Mich duzen alle, aber ich muss alle siezen" (FAZ, 17.06.2017, Abs. 1.42). Ebenso wird die vergeschlechtlichte Grundstruktur der Care-Arbeit in der Befragung der

Arbeitgeber*innen in entsprechenden Pflegehaushalten deutlich: So ist es für einen Großteil der Befragten das wichtigste Auswahlkriterium, dass es sich bei der einzustellenden Kraft um eine Frau handelt (vgl. Neuhaus u.a. 2009, 62). Die Care-Arbeiterinnen werden als Familienersatz und nicht als Pflegerinnen oder Betreuerinnen eingestellt, „sie sollen mit dem Pflegebedürftigen den Alltag verbringen (Putzen, Fernsehen, Kochen etc.), wozu auch die Gewährung der Hilfen gehört, die auch Familienangehörige ohne Ausbildung übernehmen würden (Hilfe beim Waschen und Anziehen, Essen reichen usw.)" (Karakayali 2011, 25). Bezahlte Care-Arbeit wird so „in die Nähe zur unbezahlten und familiarisierten Arbeit gerückt" (Bachinger 2016, 40) und damit als Erwerbsarbeit unsichtbar. Dies hat zur Folge, dass an transnationale Care-Arbeit keinesfalls die üblichen Normen und Kriterien wie an die reguläre Erwerbsarbeit angelegt werden (vgl. Bomert 2018, 26).

Die Handlungsfähigkeit bzw. *Agency* der migrantischen Care-Arbeiterinnen findet vor dem Hintergrund der zumeist prekären Arbeitsverhältnisse häufig wenig Beachtung. So machen nur wenige mediale und wissenschaftliche Berichte die Alltagsstrategien und widerständigen Praktiken gegen Ausbeutung und Schikanen in der bezahlten Care-Arbeit sichtbar. Zu den individuellen Handlungsstrategien im Arbeitshandeln der migrantischen Care-Arbeiterinnen, die bisher qualitativ-rekonstruktiv herausgearbeitet wurden, gehören das Herstellen familiärer Bezüge in der Arbeitsbeziehung zu den zu Pflegenden oder die Entfaltung zunehmend selbstständiger und kreativer Kompetenzen in Abhängigkeit der individuellen Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Personen (temporäre Professionalisierung), um der im Privathaushalt erlebten Ungleichheit zu begegnen oder eigene Handlungsspielräume zu erweitern (vgl. Kniejska 2016, 213ff.; Satola 2014, 255). Auch die Verweigerung bestimmter Tätigkeiten oder die Kündigung einer Arbeitsstelle sind Strategien, um sich schlechten Arbeitsbedingungen zu widersetzen und die Arbeitgeber*innen „indirekt (...) zueinander in Konkurrenz [zu] setzen" (Knoll u.a. 2012, 96). Darüber hinaus wird *kollektives* Handeln von Care-Arbeiterinnen aus Osteuropa insbesondere in Form von informellen, grenzüberschreitenden Netzwerkstrukturen beschrieben.

3. Informelle Netzwerke als Unterstützungs- und Rotationssysteme

In der gegenwärtigen Forschungsliteratur wird die alltägliche Unterstützungsstruktur migrantischer Care-Arbeiterinnen in Form von informellen Netzwerken zunehmend thematisiert und ihre vielfältigen Funktionen dargestellt. Die Ergebnisse der Analysen zeigen, dass die Netzwerke genutzt werden, „um die

Migration und sich untereinander" (Heck/Spindler 2004, 150) zu organisieren. Den sog. „transnational communities" (Homfeldt u.a. 2008, 227) kommt dabei eine zentrale Rolle bei der Arbeitsorganisation zu. Demnach unterstützen neben Vermittlungsagenturen auch Verwandte, Bekannte, andere oder ehemalige Care-Arbeiterinnen die Suche nach neuen Beschäftigungsverhältnissen in Deutschland und bahnen diese – ggf. gegen eine Geldleistung – an (vgl. Heck/Spindler 2004, 150; Krawietz/Visel 2014, 8). Arrangierte Rotationssysteme ermöglichen es, eine Arbeitsstelle unter mehreren Migrantinnen aufzuteilen, und gewährleisten so eine durchgehende Betreuung der zu Pflegenden (vgl. Karakayali 2010, 113). Für polnische Frauen, die irregulär in der Haushalts- und Pflegearbeit beschäftigt sind, konnte Angieszka Satola (2011) darüber hinaus zeigen, dass entsprechende Beschäftigungssysteme flexible Arbeitsteilungen, die sich aus den finanziellen Interessen und Urlaubsbedürfnissen der Beteiligten ergeben, eigene Standards für die Arbeit und die Rekrutierung neuer Einsatzkräfte – zumeist innerhalb familiärer Strukturen – ermöglichen (vgl. auch Karakayali 2010, 113). Die Mitglieder solcher Systeme versuchen, diese „halbwegs geschlossen zu halten" (Karakayali 2010, 78) und vor Zugriffen von außen oder vor Personen, die die aufgestellten Standards nicht gewährleisten, zu schützen. Deutlich wird hier, dass die Netzwerke sowohl einen privaten als auch einen kommerziellen Charakter haben können, der sich im Alltag nicht immer eindeutig trennen lässt (vgl. Schwenken 2006, 91f.).

Die Netzwerke dienen darüber hinaus aber auch der Freizeitgestaltung und der Regeneration vom belastenden Arbeitsalltag im Pflegehaushalt. Dazu treffen sich die Migrantinnen an bestimmten Orten, wie in der (katholischen) Kirche, im Discounter-Supermarkt oder im Park, um über ihre Erfahrungen zu sprechen und Erlebnisse auszutauschen (vgl. Ignatzi 2014, 377f.; Karakayali 2010, 113; Kniejska 2016, 137; Münst 2010, 263). Für die Kommunikation innerhalb der Netzwerke spielen auch digitale Medien eine bedeutende Rolle. Neben Nachrichtendiensten wie WhatsApp oder Skype werden soziale Netzwerke wie Facebook genutzt. In den zumeist „geschlossenen" Facebook-Gruppen berichten die Mitglieder über Alltagserfahrungen, beschreiben und kommentieren belastende Arbeitssituationen, debattieren über Löhne und Arbeits- bzw. Lebensstandards oder teilen Informationen des täglichen Lebens mit.

Verschiedene Studien belegen neben den vielfältigen Schutz- und Hilfefunktionen, die ethnische und religiöse Communitys bieten können, jedoch auch eine gewisse zwischenmenschliche Distanz, Neid oder Konkurrenz innerhalb der Gemeinschaft aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen oder finanzieller Verpflichtungen (vgl. Haidinger 2013). Dies kann dazu führen, dass manche

Themen wie „die Gehaltshöhe oder auch (attraktive) Arbeitsbedingungen auf der Pflegestelle" (Kniejska 2016, 137) in den Gesprächen bewusst ausgeklammert werden. Juliane Krakayali verweist darauf, dass die Communitys insofern als „Zwangs- und Notgemeinschaften zu verstehen [sind], innerhalb derer auch Missbräuche stattfinden" (Karakayali 2010, 113), beispielsweise bei der Vermittlung von Beschäftigungsverhältnissen.

4. Unterstützte Organisierung? Ansätze und erste Bestrebungen der Organisierung von osteuropäischen Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege

Trotz dieser verschiedenartigen Funktionen informeller Netzwerkstrukturen weisen unterschiedliche empirische Analysen zu den Lebens- und Arbeitsverhältnissen migrantischer Care-Arbeiterinnen in Pflegehaushalten in Deutschland übereinstimmend konkrete Unterstützungsbedarfe nach. Diese beziehen sich auf „Hilfen bei Ausgestaltung der Arbeitsverträge; Unterstützung zu Arbeitsbedingungen; Sozial- und Qualitätsstandards; Hilfe bei Bewältigungsstrategien, um den Kontakt zur Familie zu halten; Hilfe beim Tod der zu pflegenden Person (Trauer, neue Stellensuche u.a.); [oder auch] Unterstützung bei plötzlichem Wechsel vom/von der Pflegebedürftigen oder plötzlicher Heimreise" (Schirilla 2014, 8). Tatsächlich lassen sich in Deutschland einige Angebote unterschiedlicher Institutionen identifizieren, die osteuropäische Care-Arbeiterinnen in ihren jeweiligen Arbeits- und Lebensverhältnissen unterstützen. Dazu gehören spezialisierte Vermittlungs-, Anlauf- und Beratungsprojekte freier Träger*innen sowie gewerkschaftliche und gewerkschaftsnahe Beratungsangebote für mobile Beschäftigte. Zudem gibt es (Fach-)Beratungsstellen und ehrenamtliche Projekte.

Zu den Vermittlungs-, Anlauf- und Beratungsprojekten kirchlicher Wohlfahrtsverbände gehören die Projekte *CariFair* des Caritasverbandes und *FairCare* des Diakonischen Werks[4]. Während *CariFair* schwerpunktmäßig auf die Vermittlung polnischer Arbeitnehmerinnen zielt, bietet *FairCare* darüber hinaus psychosoziale Beratung für Frauen aus Osteuropa im Fraueninformationszentrum (FIZ) in Stuttgart an. Beide Projekte pflegen Partnerschaften in den Herkunftsländern der Care-Arbeiterinnen und betreiben Öffentlichkeitsarbeit in Deutschland. Ein weiteres Projekt, das Vernetzungs- und Beratungsangebot *Cosmobile Haushalts-*

4 FairCare ist ein Kooperationsprojekt des Diakonischen Werks Württemberg (DWW), der Evangelischen Frauen in Württemberg (EFW) und des Vereins für Internationale Jugendarbeit (vij).

hilfen (CoHa), ist in der Bahnhofmission Karlsruhe angesiedelt. Dieses wurde 2009 durch IN VIA Katholischer Verband für Mädchen- und Frauensozialarbeit in der Erzdiözese Freiburg e. V. initiiert (vgl. IN VIA 2014, 2). Diese Erstanlaufstelle leitet Ratsuchende an entsprechende Fachberatungsstellen weiter und bietet einen regelmäßigen Frauentreff für Migrantinnen an, an dem auch 24h-Care-Arbeiterinnen teilnehmen, die sich so vernetzen. Weniger bekannt als die genannten Angebote sind die (Arbeitsmarkt-)Integrationsprojekte der Bremer Heimstiftung, Bremens größte Trägerin in der Alten- und Behindertenhilfe. Die Bremer Heimstiftung bietet – neben vereinzelter, bedarfsabhängiger informeller Beratung – den beschäftigten Frauen u.a. die Möglichkeit, in der stationären Altenhilfe zu arbeiten und in mehrwöchigen Abständen zwischen Polen und Deutschland zu pendeln.

Neben diesen vier Projekten finden sich auch gewerkschaftliche und gewerkschaftsnahe Beratungsangebote für mobile Beschäftigte, die sich dezidiert mit der Beschäftigung mittel- und osteuropäischer Arbeitskräfte auseinandersetzen und bereits Beratungserfahrung mit Beschäftigten des (privaten) Pflegesektors haben. Dazu zählen die Beratungsstellen des DGB-Projekts *Faire Mobilität*, das Projekt *Arbeitnehmerfreizügigkeit fair gestalten* sowie die Beratungsstellen für Mobile Beschäftigte. Sie sind deutschlandweit vertreten. Im DGB-Projekt *Faire Mobilität* gibt es für den Pflegebereich eine Schwerpunktberaterin in Berlin, die in polnischer Sprache berät (vgl. DGB o.J.).

Tendenziell können auch Migrations- und andere Frauen- und Fachberatungsstellen aufgrund ihrer Zielgruppenorientierung osteuropäischen Care-Arbeiterinnen Unterstützung bieten. Ob und inwiefern davon Gebrauch gemacht wird, ist bislang jedoch nicht empirisch erhoben worden. Schließlich gibt es eine Reihe von ehrenamtlich oder kirchlich organisierten Begegnungsforen für osteuropäische Care-Arbeiterinnen, zu denen jedoch ebenfalls keine Übersicht vorliegt. Eines dieser Unterstützungsprojekte heißt „Gelebte Solidarität". Im Jahr 2013 von Gerda Dilger (Vorstandsmitglied der Caritas-Konferenzen Deutschlands, Diözesanverband Freiburg e. V.) initiiert, ist es das Ziel des Projekts, Begegnungsmöglichkeiten für osteuropäische Care-Arbeiterinnen zu schaffen, „um diese Frauen untereinander in Verbindung zu bringen" (Dilger o. J.) und so „einen wichtigen Ausgleich zum fordernden Pflegealltag" (Dilger 2016) zu ermöglichen.

Im folgenden Schritt soll es darum gehen, zu klären, inwiefern vorhandene institutionelle Angebote, die osteuropäische Care-Arbeiterinnen durch eine individuelle Beratung unterstützen, ebenfalls die Selbstorganisierung dieser Gruppe und damit die Politisierung und Sichtbarmachung ihrer Interessen fördern. Formen dieser *unterstützten Organisierung* können etwa die Schaffung von Orten der

Begegnung und des Austauschs für die migrantischen Care-Arbeiterinnen sein, um „daran zu arbeiten, dass möglichst immer mehr Menschen daran beteiligt sind, Wissen über Rechte und (politische) Handlungsfähigkeit weiterzugeben und öffentlichkeitswirksam zu arbeiten" (Nowak 2007). Im Fokus steht damit das Verhältnis zwischen individueller Beratung und kollektiver Organisierung osteuropäischer Care-Arbeiterinnen. Mithilfe einer Interviewbefragung von Vertreter*innen der zuvor beschriebenen Unterstützungsangebote freier Träger*innen und Gewerkschaften[5] kann dieses Verhältnis beschrieben werden. Hierbei zeigt sich, dass Organisierungsprozesse migrantischer Care-Arbeiterinnen nicht ausschließlich in den Bereich gewerkschaftlicher bzw. gewerkschaftsnaher Beratungs- und Vernetzungsarbeit fallen. Vielmehr ist, wie der nachstehend beschriebene Initiierungsversuch eines Begegnungskontextes für osteuropäische Care-Arbeiterinnen durch Mitarbeitende einer psychosozialen Beratungsstelle eines freien Trägers verdeutlicht, eine unterstützte Organisierung grundsätzlich auch losgelöst von gewerkschaftlichen Strukturen möglich.

Die Interviewbefragung konnte grundsätzlich drei verschiedene Perspektiven der Befragten auf die unterstützte Organisierung von osteuropäischen Care-Arbeiterinnen sichtbar machen: In der *ersten* Perspektive wird die institutionelle Förderung bzw. Initiierung von Austauschangeboten nicht als Tätigkeitsbereich der jeweiligen Vertreter*innen anerkannt. Zudem wird konstatiert, dass vorhandene Angebote der Gruppe und ihren besonderen Bedürfnissen in der Organisierung nicht gerecht werden.

> „Dass es auch nicht unsere Aufgabe ist, diese (...) Frauen zu organisieren. (...) wir weisen sie natürlich auf die (...) Gewerkschaften, (...) auf die Möglichkeit der Mitgliedschaft bei den Gewerkschaften. (...) aber muss man sagen einfach, (...) es gibt keine auch passenden Angebote bei den Gewerkschaften, die auf sie zugeschnitten worden, auf diese Gruppe. Da (...) passiert vielleicht zu wenig" (CB, I4, Abs. 110).

Personen der *zweiten* Perspektive verweisen darauf, dass seitens der Institutionen zwar Interesse bestehe, jedoch keine interessierten Care-Arbeiterinnen zu finden seien bzw. entsprechende Kapazitäten seitens der Mitarbeitenden fehlten. Dies beschreibt exemplarisch der nachfolgende Interviewauszug:

---

5 Im Zeitraum von August bis Dezember 2017 wurden zehn qualitative Interviews mit Vertreter*innen von *FairCare, CariFair* und des FIZ, der Bahnhofsmission Karlsruhe, der Bremer Heimstiftung sowie der Beratungsstellen des DGB-Projekts *Faire Mobilität,* des Projekts *Arbeitnehmerfreizügigkeit fair gestalten* sowie der Beratungsstellen für Mobile Beschäftigte geführt und anschließend ausgewertet.

> „(...) ich habe keine Frauen gefunden, die strukturell an dem Thema arbeiten wollen. Und Interessenvertretung wäre eine strukturelle Arbeit, also strukturell sich mit dem Thema zu beschäftigen. (...) Mensch, das ist schade. Das ist wirklich schade, dass wir [keine] (...) Leute haben, die für sich, (...) insgesamt, sagen: 'Ich will mich da organisieren oder so'" (CB, I6, Abs. 110 u. 116).

In der *dritten* Perspektive wird von konkreten Aktivitäten bzw. von verschiedenen Versuchen, entsprechende Formate zu initiieren, berichtet *oder* es wird die besondere Relevanz entsprechender Angebote betont. Dieser Perspektive sind auch die Bestrebungen des FIZ zuzuordnen, einen Begegnungskontext zu schaffen. Ziel der Mitarbeiterin der psychosozialen Beratungsstelle FIZ, die gemeinsam mit Projektpraktikant*innen dazu gearbeitet hat, war es, einen regelmäßigen, in einem Abstand von vier bis sechs Wochen stattfindenden *Stammtisch* für osteuropäische Care-Arbeiterinnen ins Leben zu rufen. In die Planung wurden die Care-Arbeiterinnen nach Angaben der initiierenden Beraterin miteinbezogen. Aufgrund mangelnder Resonanz sei später jedoch die Entscheidung getroffen worden, das Projekt vor seinem eigentlichen Beginn nicht weiter zu verfolgen. Die Beraterin äußert sich zu den Gründen wie folgt:

> „Es klappt nicht. Und es klappt nicht deswegen, weil sie nämlich fremdbestimmt sind und immer da sein müssen. Und es klappt auch nicht, weil nicht alle auf einem Haufen wohnen. Es wohnen immer verschieden. Und es klappt nicht, auch weil die meisten, die arbeiten nicht irgendwie hier in Stuttgart und sind an dem öffentlichen Netz, Verkehrsnetz gebunden, sondern sind irgendwo in der Pampa, auf dem Land und sind nicht so mobil. Es hat nie so was stattgefunden, wir haben es probiert. (...) Die, die sind, wenn wir so ein Treffen machen, dann ist das so, dass es um die Mittagszeit ist. Dann braucht man eine Anfahrt, dann braucht man... >Pause< Es ist nicht möglich gewesen. (...) Und wir hätten auch Unterstützung gehabt, Ehrenamtliche hätten wir genug gehabt, um so ein Treffen zu organisieren, aber die Frauen, die, ja, die haben keine Zeit für so was" (CB, I5, Abs. 106-114).

Als ursächlich für das Scheitern werden also die verlängerte und erschwerte Anfahrt der Care-Arbeiterinnen aus ländlichen Regionen, die mangelnde Freizeit sowie die Fremdbestimmtheit der Frauen im Arbeitsalltag gesehen.

Die hier aufgezeigten Perspektiven und Initiativen machen verschiedene Aspekte im Kontext der unterstützten Organisierung von Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege deutlich. Zum einen zeigt sich, dass eine Unterstützung in der Organisierung von migrantischen Care-Arbeiterinnen in privaten Pflegearrangements durch die Befragten durchaus thematisiert und reflektiert wird. Zwar sehr vereinzelt und bisher ausschließlich punktuell, versuchen bzw. haben einige der Befragten bereits versucht, Aktionen der Vernetzung umzusetzen. Das bisher einzige bekannte Vernetzungsangebot, an dem regelmäßig auch Care-Arbeite-

rinnen, die in der 24h-Pflege beschäftigt sind, teilnehmen, ist der Frauentreff für Migrantinnen der Bahnhofsmission Karlsruhe. Weitere – bisher erfolglose – Bestrebungen durch Gewerkschaften, aber auch durch freie Träger*innen der Wohlfahrtspflege konnten in drei weiteren Großstädten in Deutschland ausfindig gemacht werden. Deutlich wurde zum anderen, dass – entgegen der vorherrschenden Auffassung, es bestehe grundsätzlich ein Mangel an entsprechenden Möglichkeiten – für einen Teil der Befragten durchaus, wenn auch begrenzt, Ressourcen für diesen Zweck bereitstehen bzw. mobilisiert werden können. So konnte im obigen Beispiel die Beraterin gemeinsam mit Projektpraktikant*innen und Ehrenamtlichen an der Umsetzung der Initiative arbeiten und dabei etwa auf räumliche Ressourcen zurückgreifen. Diese Initiativen wurden jedoch entweder bereits vor dem eigentlichen Beginn oder nach einer längeren Phase des Angebots eingestellt. Nach Aussagen der Initiator*innen haben verschiedene Herausforderungen – auf die nachfolgend vertiefend eingegangen wird – dazu geführt, dass die Versuche einer unterstützten Organisierung fehlgeschlagen sind.

5. Herausforderungen der (unterstützten) Selbstorganisierung

Die vorangegangenen Ausführungen haben verschiedene institutionelle Angebote freier Träger*innen und Gewerkschaften vorgestellt, die dezidiert auf die Unterstützung osteuropäischer Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege zielen. Ein großer Teil dieser Angebote berät die Frauen zu arbeits- und sozialrechtlichen Fragen, zu psychosozialen Problemen sowie zu Themen der allgemeinen sozialen Beratung (vgl. Bomert i. B.). Darüber hinaus wird die Initiierung von Begegnungs- und Organisierungskontexten von einem Großteil der beschriebenen Angebote durchaus als Aufgabenbereich thematisiert und in Erwägung gezogen, die Erfahrungen sind allerdings, wie gezeigt, nicht ermutigend. Darin zeigt sich, dass den (unterstützten) Organisierungsprozessen von privat beschäftigten Care-Arbeiterinnen, die über einen rein informellen Charakter hinausgehen, eine Reihe von Herausforderungen gegenüberstehen. Sie ergeben sich sowohl aus der Spezifik des Arbeitsplatzes Privathaushalt, den politisch-institutionellen Rahmenbedingungen als auch aus der Ausrichtung der bestehenden Unterstützungsstrukturen. Diese werden nun abschließend skizziert.

Die Besonderheit des Privathaushaltes als Arbeitsplatzes zeigt sich auf verschiedenen Ebenen: So sind, vergleichbar mit der ambulanten Pflege, die im Pflegehaushalt Beschäftigten räumlich von ihren Kolleg*innen getrennt. Das führt zu einem erschwerten Zugang zu den Beschäftigten von außen, z. B. durch Gewerkschaften oder andere aufsuchende Angebote, und durch „den mangelnden

Kontakt der Beschäftigten untereinander zu einer Individualisierung bestehender Probleme" (Kümmerling 2016, 157). Auch die zu Beginn erläuterten ökonomischen Migrationsmotive der Migrantinnen, die zumeist ein- bis dreimonatigen Pendelbewegungen zwischen Deutschland und dem Herkunftsland, die räumliche Entgrenzungen des Arbeits- und Privatraumes, die stark personalisierte Arbeitsbeziehung und die sehr begrenzte Freizeit lassen „wenig zeitliche und emotionale Kapazitäten für Mobilisierungs- und Vernetzungsarbeit zu" (Schilliger/Schilling 2017: 105). Hinzu kommen die teilweise geringen Deutschkenntnisse der Migrantinnen, das Fehlen kollektiver Aushandlungsprozesse, ein oft wenig klares Arbeitgeber*innen-Arbeitnehmer*innen-Verhältnis und ein häufiger Wechsel der Beschäftigungsverhältnisse bzw. Arbeitgeber*innen (vgl. Heubach 2008, 176; Schilliger/Schilling 2017, 105ff.). Darüber hinaus identifizieren sich die Care-Arbeiterinnen kaum mit ihrem beruflichen Status und sehen die zumeist dequalifizierende Care-Arbeit als eine Übergangs- oder Zwangslösung an, was es ihnen weiter erschwert, „sich auf eine gewerkschaftliche Identität als Pflegerin einzulassen" (Schilliger 2015, 33; vgl. auch Heimeshoff 2014, 166).

Auch die bestehenden politisch-institutionellen Rahmenbedingungen laufen Unterstützungs- und Organisierungsprozessen zuwider: Denn obwohl entsprechende EU-Richtlinien und Gesetze des deutschen Arbeitsrechtes vorhanden sind, findet bezahlte Care-Arbeit durch osteuropäische Migrantinnen in Privathaushalten häufig weiterhin in einer rechtlichen Grauzone statt.[6] Deren Probleme ergeben sich dadurch, dass in der Praxis „die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen teilweise auf problematische Weise interpretiert werden" (Ignatzi 2014, 59). So besteht nicht selten eine zumeist unfreiwillig gewählte und unter Strafandrohung gestellte (Schein-)Selbstständigkeit oder Schwarzarbeit der Care-Arbeiterinnen, die sie von der Suche nach Hilfe abhält (vgl. Böning/Steffen 2014, 23) und Organisierungsbestrebungen verhindert. Hinzu kommen eine bürokratische und an Mitgliedsbeiträge geknüpfte Grundstruktur der Gewerkschaften, die sich ebenfalls als Organisierungshürden für die hier in den Blick genommenen Arbeitnehmerinnen identifiziert lassen (vgl. Pape 2017).

Nicht zuletzt trägt die fehlende überinstitutionelle und vornehmlich nationalstaatliche Ausrichtung der derzeit bestehenden Unterstützungsstruktur für

6 Auch auf internationaler Ebene wird im Rahmen der von Deutschland 2013 ratifizierten ILO-Konvention, die Sicherstellung menschenwürdiger Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Entlohnung nach Mindestlohn sowie die Bereitstellung von Unterstützungsmaßnahmen seitens der Mitgliedsländer gefordert (vgl. Internationale Arbeitskonferenz 2011a, 2011b und Kocher i.d.B.).

osteuropäische Care-Arbeiterinnen dazu bei, dass individuelle wie kollektive Unterstützungsbedarfe nur erschwert aufgegriffen und gedeckt werden können. So werden zunächst der Zugang und die Inanspruchnahme dieser Angebote dadurch behindert, dass keine institutionenübergreifende Übersicht vorliegt bzw. keine überinstitutionelle Anlaufstelle vorhanden ist. Hilfesuchende müssen eine eigene (Internet-)Recherche vornehmen oder sind auf die Informationen Dritter angewiesen. Bis auf das *Bündnis faire Arbeitsmigration* in Baden-Württemberg, in dem verschiedene der zuvor genannten institutionellen Angebote zusammenarbeiten, agieren die Angebote darüber hinaus fast ausschließlich innerhalb ihrer Institution bzw. ihres Sektors. Hinzu kommt, dass die institutionellen Unterstützungsstrukturen – mit Ausnahme der Partnerschaften der kirchlichen Wohlfahrtsverbände – nationalstaatlich organisiert sind. Damit widersprechen sie in ihrer Grundausrichtung den Alltags- und Lebensrealitäten der transnationalen Care-Arbeiterinnen.

Weitere wesentliche Herausforderungen in der (unterstützten) Organisierung von osteuropäischen Care-Arbeiterinnen in der 24h-Pflege sind das mangelnde Wissen der befragten Vertreter*innen über entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten kollektiver Handlungsfähigkeit sowie über die Rahmen- und Gelingensbedingungen von Best-Practice-Beispielen (wie dem Netzwerk Respekt@vpod aus der Schweiz). Zwar besteht Konsens bei den befragten Vertreter*innen der Unterstützungsangebote hinsichtlich *hemmender* Faktoren, etwa in Bezug auf die zuvor skizzierten Besonderheiten des Arbeitsplatzes Privathaushaltes, nicht jedoch in Bezug auf *fördernde* Faktoren für eine Organisierung und damit etwa für eine öffentlich wirksame Interessenvertretung. Dies führt dazu, dass die Befragten nicht über konkrete handlungspraktische Strategien verfügen, um gelingende Unterstützungsarbeit für Organisierungsprozesse von migrantischen Care-Arbeiterinnen anzubieten. Diesbezüglich wird ein drängender Forschungsbedarf erkennbar, der sich von einer zunehmend wahrnehmbaren empirischen Fokussierung *individueller* Handlungskompetenzen der migrantischen Care-Arbeiterinnen auf eine *kollektive* und *partizipative* Ebene erweitern muss. Der Transfer entsprechender Erkenntnisse in die Unterstützungsarbeit gewerkschaftlicher und freier Träger*innen ist dabei unerlässlich.

Auch wenn die vorgestellten, konkreten Angebote an den spezifischen Hürden der Organisierung von Personen in der bezahlten Care-Arbeit scheiterten, machen sie deutlich, dass Begegnungs- und Organisierungskontexte von Care-Arbeiterinnen auch außerhalb von gewerkschaftlichen Strukturen prinzipiell möglich sind. Es konnte gezeigt werden, dass auch nicht-gewerkschaftliche Akteur*innen ein Interesse an der Vernetzung von osteuropäischen Care-Arbeiterinnen haben

und diese zum Teil versuchen, entsprechende Begegnungskontexte zu schaffen und entsprechende Ressourcen dafür (zumindest teilweise) zur Verfügung stehen. Zwar bedeutet nicht jede Vernetzung eine politische Mobilisierung, dennoch bilden solche „Orte der Reflexivität" (Blättler 2001, 124) eine Grundvoraussetzung dafür: Sie bieten die Möglichkeit, nicht zuletzt vergeschlechtlichte, ethnisierte und abwertende Zuschreibungen sowie Diskriminierungserfahrungen und Barrieren im Alltag in einem geschützten Raum zu erkennen, zu artikulieren und zu objektivieren.

6. Resümee

Trotz steigender Anzahl privater Care-Arrangements in Deutschland haben sich die in diesem Bereich vorherrschenden Beschäftigungsverhältnisse in den vergangenen Jahren nicht verbessert. Weiterhin dominieren, was die Bezahlung und die zu leistende Arbeitszeit der zumeist aus Osteuropa stammenden Care-Arbeiterinnen betrifft, ausbeuterische Bedingungen. Im Gegensatz zu Organisierungs- und Politisierungsprozessen von polnischen Care-Arbeiterinnen in der Schweiz, die entsprechende Arbeitsverhältnisse nicht länger akzeptieren, ihre Stimme erheben und die ihnen zustehenden Rechte einfordern, können in Deutschland keine vergleichbaren *formellen bzw. formalisierten* Strukturen von Osteuropäerinnen – der größten Gruppe der im privaten 24-h-Pflegebreich Beschäftigten – ausgemacht werden. Empirisch rekonstruiert wurden bislang vielmehr *informelle* Netzwerkstrukturen der Migrantinnen in ihren vielfältigen Formen der gegenseitigen Hilfe und der Arbeitsorganisation. Die hier vorgestellten Unterstützungsangebote und ihre Initiativen und Angebote für osteuropäische Care-Arbeiterinnen machen darüber hinaus deutlich, dass die (unterstützte) Organisierung dieser Personengruppe auch losgelöst von rein gewerkschaftlicher Vernetzungsarbeit zu denken ist und – aufgrund ihrer Herausforderungen – auch besonderer, neuer und kooperativer Ansätze bedarf. Notwendig ist etwa eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener zivilgesellschaftlicher Akteur*innen. Denn solange der Zusammenschluss – das zeigen die hier vorgestellten Bestrebungen – „nur durch kleine Organisationen isoliert verfolgt (...) und nicht in Netzwerk-Kooperationen von Einzelgewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden und staatlichen Stellen konsequent und systematisch umgesetzt wird, so lange wird auch seine Wirkung punktuell und beschränkt [oder gar aus]bleiben" (Cyrus 2008, 92). Mögliche Bündnispartner*innen können in diesem Zusammenhang Selbsthilfeinitiativen, muttersprachliche Gemeinden, (Fach-)Beratungsstellen und kommunale Anlaufstellen (vgl. Schirilla 2015, 370), aber auch Kirchen,

Gewerkschaften, Frauen- und Migrant*innenorganisationen, Bewegungen oder ehrenamtliche Projekte sein. Um die Hürden in der Organisierung von bezahlten Care-Arbeiterinnen in Privathaushalten zu überwinden, ist eine unterstützende Zusammenarbeit mit verschiedenen Partner*innen bzw. in „breiten Bündnissen" (Bonner u.a. 2012) unerlässlich.

Literatur

Bachinger, Almut, 2016: 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Die Nutzung migrantischer Arbeitskraft. Vorzeigemodell oder Arbeitsausbeutung? Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft Heft 1, 39-51.

Blättler, Sidonia, 2001: Feministische Politik und Hannah Arendts Konzeption der Pluralität. In: Kahlert, Heike/Lenz, Claudia (Hg.): Die Neubestimmung des Politischen. Denkbewegungen im Dialog mit Hannah Arendt. Königstein/Taunus, 106-135.

Bomert, Christiane, i. B.: Bezahlte Care-Arbeit im Schnittfeld von Transnationalität, Agency und Unterstützung. Bisher unveröffentlichte Dissertation. Eingereicht an der Universität Münster im Dezember 2018.

–, 2018: „Pflege mit Herz" – Zur diskursiven Sichtbarkeit migrantischer Hausarbeiterinnen im Kontext der Hausarbeitsdebatte. In: Breitenbach, Eva/Rieske, Thomas Viola/Toppe, Sabine (Hg.): Migration, Geschlecht und Religion. Praktiken der Differenzierung. Opladen, Berlin, Toronto, 17-32.

Böning, Marta/Steffen, Margret, 2014: Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen. Berlin.

Bonner, Christine/Budin, Barbro/Pape, Karin, 2012: Die Ilo-Konvention. Gute Arbeit für Hausarbeiterinnen. (https://www.zeitschrift-luxemburg.de/die-ilo-konvention-gute-arbeit-fuer-hausarbeiterinnen/; Zugriff: 17.12.2018).

Cyrus, Nobert, 2008: Soziale Unterstützung für Wanderarbeiterinnen und Wanderarbeiter. Eine Aufgabe der Sozialen Arbeit in Deutschland. In: Homfeldt, Hans Günther/Schröer, Wolfgang/Schweppe, Cornelia (Hg.): Soziale Arbeit und Transnationalität. Herausforderungen eines spannungsreichen Bezugs. Weinheim, München, 81-96.

DGB, o. J.: Faire Mobilität. (http://www.faire-mobilitaet.de/; Zugriff: 22.09.2018).

Dilger, Gerda, o. J.: Gelebte Solidarität mit Haushaltshilfen/Pflegehelferinnen aus Osteuropa. (http://www.laendlicher-raum.info/gute-praxisprojekte/gelebte-solidaritaet/; Zugriff: 01.12.2018).

–, 2016: Gelebte Solidarität mit osteuropäischen Pflegehelferinnen. (https://www.caritas.de/magazin/kampagne/stadt-land-zukunft/plattform/gelebte-solidaritaet-mit-osteuropaeische; Zugriff: 01.12.2018).

Emunds, Bernhard, 2016: Damit es Oma gutgeht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden. Frankfurt am Main.

Englert, Kathrin, 2007: Globalisierte Hausarbeiterinnen in Deutschland. In: Gross, Melanie/Winker, Gabriele (Hg.): Queer-, feministische Kritiken neoliberaler Verhältnisse. Münster, 79-101.

Germis, Carsten, 2007: Pflegerin gesucht – rund um die Uhr für 1000 Euro. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 17.06.07, o.A.

Haidinger, Bettina, 2013: „Hausfrau für zwei Länder sein". Zur Reproduktion des transnationalen Haushalts. Münster.

Haubner, Tine, 2014: Osteuropäische Care-Workers im Licht der neueren Sozialwissenschaftlichen Forschung und Theoriebildung. Zeitschrift für Gerontologie und Ethik. Heft 2, 9-27.

Heck, Gerda/Spindler, Susanne, 2004: „Wir wissen, dass das Ausbeutung ist, aber ..." Geschlecht im Migrationsprozess: Konstruktionen, Widersprüche und Bewegungen. In: Hertzfeldt, Hella/Schäfgen, Kathrin/Veth, Silke (Hg.): GeschlechterVerhältnisse. Analysen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. Berlin, 139-155.

Heimeshoff, Lisa-Marie, 2014: Prekäre Organisierung – Hausangestellte in der Tschechisches Republik. In: Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie (Hg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster, 159-177.

Heubach, Renate, 2008: Migrantinnen in der Haushaltsarbeit – Ansätze zur Verbesserung ihrer sozialen und rechtlichen Situation. In: Gather, Claudia/Geissler, Birgit/Rerrich, Maria (Hg.): Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel. Münster, 167-182.

Hielscher, Volker/Kirchen-Peters, Sabine/Nock, Lukas, 2017: Pflege in den eigenen vier Wänden. Zeitaufwand und Kosten: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf.

Homfeldt, Hans Günther/Schröer, Wolfgang/Schweppe, Cornelia, 2008: Transnationalität, soziale Unterstützung und agency. In: Homfeldt, Hans Günther/Schröer, Wolfgang/Schweppe, Cornelia (Hg.): Soziale Arbeit und Transnationalität. Herausforderungen eines spannungsreichen Bezugs. Weinheim, München, 219-234.

Ignatzi, Helene, 2014: Häusliche Altenpflege zwischen Legalität und Illegalität. Dargestellt am Beispiel polnischer Arbeitskräfte in deutschen Privathaushalten. Berlin.

IN VIA Katholischer Verband für Mädchen- und Frauensozialarbeit in der Erzdiözese Freiburg e.V., 2014: Cosmobile Haushaltshilfen. Ein Bericht über das Projekt Cosmobile Haushaltshilfen von INVIA Diözese Freiburg in der Bahnhofsmission Karlsruhe (2011–2013) und Möglichkeiten der Übertragung auf andere Städte.

Internationale Arbeitskonferenz, 2011a: Empfehlung 201. Empfehlung betreffend menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_r201_de.pdf; Zugriff: 29.11.2018).

–, 2011b: Übereinkommen 189. Übereinkommen über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_c189_de.pdf; Zugriff: 29.11.2018).

Isfort, Michael/Rottländer, Ruth/Weidner, Frank/Gehlen, Danny/Hylla, Jonas/Tucman, Daniel, 2018: Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Köln.

Karakayali, Juliane, 2011: Prekäre Perlen, Personal? Über die zunehmende Beschäftigung von Migrantinnen als Haushaltsarbeiterinnen. In: Reuschling, Felicita (Hg.): Beyond re/production. Mothering : Katalog zur Ausstellung, 25. Februar – 25. April 2011, Kunstraum Kreuzberg/Bethanien. Berlin, 22-28.

–, 2010: Transnational haushalten. Biographische Interviews mit care workers aus Osteuropa. Wiesbaden.

Kniejska, Patrycja, 2016: Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz. Wiesbaden.

Knoll, Alex/Schilliger, Sarah/Schwager, Bea, 2012: Wisch und weg! Sans-Papiers-Hausarbeiterinnen zwischen Prekarität und Selbstbestimmung. Zürich.

Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie, 2014: Einleitung: Domestic Workers und Nurse Migration – Dynamiken transnationaler Carearbeit. In: Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie (Hg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster, 7-17.

Kümmerling, Angelika, 2016: Erschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby – Beschäftigte in der Altenpflege. In: Haipeter, Thomas/Latniak, Erich/Lehndorff, Steffen (Hg.): Arbeit und Arbeitsregulierung im Finanzmarktkapitalismus. Chancen und Grenzen eines soziologischen Analysekonzepts. Wiesbaden, 141-167.

Metz-Göckel, Sigrid, 2010: Arbeitspendeln und Lebensarbeit. In: Metz-Göckel, Sigrid/Münst, Agnes Senganata/Kalwa, Dobrochna (Hg.): Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik. Opladen, 27-59.

Münst, Agnes Senganata, 2010: Migration von Polinnen ins Ruhrgebiet. In: Metz-Göckel, Sigrid/Münst, Agnes Senganata/Kalwa, Dobrochna (Hg.): Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik. Opladen, 177-359.

Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank, 2009: Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln.

Nowak, Iris, 2007: Die Hürden der Organisierung – Workshop zu kollektiven Handlungsmöglichkeiten migrantischer Hausarbeiterinnen. (www.feministisches-institut.de/hausarbeit/; Zugriff: 17.12.2017).

Pape, Karin, 2017: (Migrant) Domestic Workers' Agency at the international and national level. Hamburg.

Rerrich, Maria, 2008: Von der Utopie der partnerschaftlichen Gleichverteilung zur Realität der Globalisierung von Hausarbeit. In: Gather, Claudia/Geissler, Birgit/Rerrich, Maria (Hg.): Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel. Münster, 16-29.

Rodrigues, Ricardo/Huber, Manfred/Lamura, Giovanni, 2013: Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America. (https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/facts-and-figures-healthy-ageing-and-long-term-care_en; Zugriff: 17.12.2018).

Satola, Agnieszka, 2014: Selbstprofessionalisierungsprozesse in der dirty work. Polnische Frauen in der irregulären Pflege in deutschen Haushalten. Migration und Soziale Arbeit. 36. Jg. Heft 3, 252-260.

–, 2011: „Live-in-Szene" – die soziale Welt der älteren polnischen Haushaltshilfen und Pflegekräfte in Deutschland. In: Albert, Elfie/Bala, Elisabeth/Cyprian, Gudrun/Franger, Gaby (Hg.): La Bonne – vom Dienstmädchen zur globalen Dienstleisterin, 75-84.

Schilliger, Sarah, 2015: „Wir sind doch keine Sklavinnen!". (Selbst-)Organisierung von polnischen Care-Arbeiterinnen in der Schweiz. In: Fried, Barbara/Schurian, Hannah (Hg.): Um-Care. Gesundheit und Pflege neu organisieren, 32-40.

Schilliger, Sarah/Schilling, Katharina, 2017: Care-Arbeit politisieren: Herausforderungen der (Selbst-)Organisierung von migrantischen 24h-Betreuerinnen. Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft. 26. Jg. Heft 2, 101-116.

Schirilla, Nausikaa, 2015: Die Arbeit von MigrantInnen in Haushalten Pflegebedürftiger zwischen Prekariat und Autonomie. In: Geisen, Thomas/Otterbach, Markus (Hg.): Arbeit, Migration und Soziale Arbeit. Prozesse der Marginalisierung in modernen Arbeitsgesellschaften. Wiesbaden, 361-374.

–, 2014: Cosmobile Haushaltshilfen. Frauen aus dem östlichen Europa in der Arbeit im Privathaushalt und auf Arbeitssuche. Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung durch die Bahnhofsmission. Ein Bericht über das Projekt Cosmobile Haushaltshilfen von INVIA Diözese Freiburg in der Bahnhofsmission Karlsruhe (2011–2013) und Möglichkeiten der Übertragung auf andere Städte. (www.bahnhofsmission-karlsruhe.de/files/FUNDUS/CoHA/Transferbroschuere.pdf; Zugriff: 07.12.2018).

Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna, 2012: Einleitung. In: Strübind, Andrea/Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna (Hg.): Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis. Freiburg, 21-28.

Schwenken, Helen, 2006: Rechtlos, aber nicht ohne Stimme. Politische Mobilisierungen um irreguläre Migration in die Europäische Union. Bielefeld.

Eva Kocher

Der rechtliche Rahmen der 24-Stunden-Pflege in Deutschland

Am 12. November 2018 jährte sich ein wichtiges Ereignis im deutschen Recht: An diesem Tag des Jahres 1918 erließ der Rat der Volksbeauftragten einen Aufruf an das deutsche Volk, der die Gesindeordnungen außer Kraft setzte[1] – und zwar endgültig, denn der Aufruf wurde durch ein Gesetz der verfassunggebenden Deutschen Nationalversammlung vom 4.3.1919 bestätigt.[2] Damit war ein wichtiger Schritt zur Gleichstellung von Hausangestellten mit anderen Arbeitnehmer*innen getan. Denn zuvor war die Arbeit von Hausangestellten außerhalb des allgemeinen Arbeitsrechts in diesen Gesindeordnungen geregelt – „feudale Ruinen", in denen die Rechtsverhältnisse des Gesindes als Mitglieder einer „häuslichen Gesellschaft" und damit teils ähnlich wie im Familienrecht modelliert waren (Vormbaum 1979, 116, 146; Scheiwe/Schwach 2012, 328; genauer auch Vormbaum 2014, 32, 35ff.; Meder 2014). Als das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) Ende des 19. Jahrhunderts im Reichstag und seinen Ausschüssen verhandelt wurde, war es eins der wichtigsten Anliegen der damaligen Sozialdemokratischen Partei gewesen, diese Sonderregelungen abzuschaffen. Dies gelang jedoch erst mit der Revolution von 1918.

Seither gibt es im deutschen Recht kaum noch Sonderregelungen für die Erwerbsarbeit in Privathaushalten. Dies erleichterte es der Bundesrepublik Deutschland, das Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte (Domestic Workers Convention 2011, C-189) zu ratifizieren. Bereits bevor die Europäische Union ihre Mitgliedstaaten zur Ratifikation ermächtigte,[3] hatte Deutschland 2013 mit Unterstützung aller politischen Parteien als neunter Staat weltweit und als zweiter europäischer

1 RGBl. 1918, Nr. 153, 1303.

2 RGBl. 1919, Nr. 55, 285f.

3 Beschluss des Rates 2014/51/EU vom 28. Januar 2014 zur Ermächtigung der Mitgliedstaaten, das Übereinkommen über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte der Internationalen Arbeitsorganisation von 2011 (Übereinkommen Nr. 189) im Interesse der Europäischen Union zu ratifizieren, ABl. L 32 vom 1.2.2014, 32.

Staat[4] das Abkommen als geltendes deutsches Recht akzeptiert; im September 2014 wurde es wirksam (ausführlich zur Ratifikation Trebilcock 2018, 152).

Ein wichtiges Argument für die Ratifikation war die Einschätzung, dass das deutsche Arbeitsrecht bereits weitgehend konform mit dem Übereinkommen sei (Bundestag 2013, 2; vgl. Kocher 2012; Kocher 2013a). Darüber hinaus war man jedoch nicht bereit, sich mit den besonderen Herausforderungen von Erwerbsarbeit in Haushalten zu beschäftigen, insbesondere der 24-h-Betreuung in Privathaushalten.

Vor dem Hintergrund dieses Übereinkommens (1.) werden deshalb im Folgenden die rechtlichen Gestaltungsformen für die 24-h-Betreuung dargestellt (2.) und die damit einhergehenden Rechts- und Anwendungsfragen identifiziert (3.). Angesichts der sich hieraus ergebenden Probleme der Transparenz und der Rechtsdurchsetzung werden abschließend Regelungsoptionen dargestellt, die diesen Problemen begegnen und darüber hinaus Grundlage einer Architektur von Anreizmechanismen für gute/bessere Arbeit bei Hausangestelltentätigkeit sein könnten (4.).

Übereinkommen 189 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte

Die doppelte Zielrichtung: Gleichbehandlung und besondere Regeln

Die Verabschiedung des Übereinkommens 189 im Jahre 2011 durch die Arbeitskonferenz der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) war ein großer Erfolg der transnationalen Bewegung von Hausarbeiterinnen. Seit den 1930ern wurde inner- und außerhalb der ILO an diesem Thema gearbeitet, angestoßen und vorangetrieben durch Hausarbeiterinnen und ihre Organisationen, zuletzt vor allem der „International Domestic Workers Federation", die aus einer Kooperation von Gewerkschaften und NGOs entstand (Scheiwe/Schwach 2012, 317; Blackett 2011; Bonner u.a. 2018, 176ff.; Scheiwe/Artner 2018, 92; Pape 2016).

Im Rahmen der ILO war dieses Übereinkommen ein Baustein der Fokussierung auf informale Arbeit, die vor allem in Ländern des Südens große Teile der Arbeitsmärkte bestimmt (ILO 2012; Bonner u.a. 2018). Ein wichtiges Vorbild war das südafrikanische Recht – das Recht eines Landes, in dem 8,7% der Bevölkerung in diesem Sektor arbeitet (Blackett 2015, 801ff.).

4 Bis heute haben nur 6 Mitgliedstaaten der EU ratifiziert.

Das Übereinkommen betont zunächst vor allem die Notwendigkeit der „Normalisierung" dieser Art der Arbeit; Hausangestellten sollen die gleichen Rechte wie anderen Arbeitnehmer*innen zustehen. Daneben soll es aber auch gegen die besonderen Gefahren von Misshandlungen, Belästigungen und Gewalt schützen, die sich aus der Privatheit des Haushalts und der damit einhergehenden Unsichtbarkeit dieser Arbeit ergeben (Anderson 2000, 135ff.; vgl. Boni 2011, 581ff.). Weitere besondere Gefahren für die Privatsphäre und den Schutz der Freizeit bestehen, wenn Hausangestellte in dem Haushalt leben, in dem sie arbeiten („live-in"). Über diese hinaus werden in einer Reihe von weiteren Sondervorschriften die spezifischen Gefährdungslagen berücksichtigt, die sich aus der Tatsache ergeben, dass die Arbeit oft von Migrantinnen geleistet wird, die auch rassistischer Diskriminierung begegnen (vgl. Blackett 2015).

Dabei enthält die Konvention eine Reihe von Öffnungsklauseln für die ratifizierenden Staaten. Vor allem in Hinblick auf Arbeitszeit, Arbeitsschutz und soziale Sicherung erlaubt sie die „gebührende Berücksichtigung" der „Besonderheiten der Hausarbeit". Teilweise wird dies als Übergangsproblem definiert; in diesen Fällen wird von den ratifizierenden Staaten eine schrittweise Anpassung an den Grundsatz der Gleichbehandlung erwartet. Hier können sich gefährliche Einfallstore öffnen. Denn in den meisten Mitgliedstaaten der ILO wird die Arbeit in Privathaushalten im Vergleich zu sonstiger abhängiger Beschäftigung in vielen rechtlichen Hinsichten noch als Erwerbsarbeit zweiter Klasse behandelt (vgl. Scheiwe/Schwach 2012, 322).

Die Bedeutung der ILO-Konvention für Deutschland

Das Abkommen gilt für alle „Hausangestellten", d.h. alle Personen, die im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses hauswirtschaftliche Arbeit verrichten. Art. 1 des Übereinkommens verwendet hierfür einen weiten Begriff der „hauswirtschaftlichen Arbeit" (domestic work). Entscheidend ist dabei allein der Arbeitsort „Haushalt". Das Abkommen gilt also für Tätigkeiten der Haushaltsführung im engeren Sinn (einkaufen, kochen, reinigen, aufräumen), aber auch für haushaltsnahe Dienstleistungen wie Gartenarbeiten, Fahrdienste oder die Tätigkeit von Hauslehrer*innen oder „Diener*innen". Auch pflegerische Tätigkeiten oder Aufgaben der Betreuung von Kindern, älteren oder behinderten Personen fallen darunter.

Dabei ergeben sich für unterschiedliche sozio-ökonomische Systeme und Rechtsordnungen spezifische Umsetzungsprobleme und -schwerpunkte. In west- und mitteleuropäischen Industriestaaten kommen typische Haushalts-

führungstätigkeiten vergleichsweise selten in „live-in"-Verhältnissen vor; das heißt aber nicht, dass die damit verbundenen Gewaltverhältnisse nicht auch hier schon beobachtet worden wären. Die Misshandlung einer indonesischen Hausangestellten in einem saudi-arabischen Diplomatenhaushalt in Berlin war vor einigen Jahren vor den deutschen Arbeitsgerichten.[5] Angesichts des engen Zusammenhangs dieser Rechtsverhältnisse zu „Menschenhandel", illegalem Aufenthalt und den damit zusammenhängenden prekären und diskriminierenden Verhältnissen (für UK: Mantouvalou 2012; vgl. FRA 2011; Triandafyllidou 2013), stellen sich weitreichende Fragen des Zusammenhangs von Migrationsregimes und Rechtsdurchsetzungssystemen (vgl. Fischer-Lescano u.a. 2012).

Was die Zahl der Fälle angeht, so steht für die Anwendung der Konvention in Deutschland eine Fallgruppe im Vordergrund, die auch komplexe materiellrechtliche Fragen aufwirft: Viele Live-In-Hausangestellte werden durch Agenturen als Beschäftigte oder Auftragnehmerinnen ausländischer Partnerunternehmen in deutsche Privathaushalte entsandt oder als Selbständige vermittelt. Damit sind sowohl ausländische als auch deutsche „Vermittlungsagenturen" involviert (Bundesregierung 2017: 171 ff).

Für die vertragliche Gestaltung, insbesondere die Frage, wer Vertragspartner*in der Hausangestellten wird, lassen sich auf der Grundlage von Barbara Buchers Unterscheidung (Bucher 2018, 27 ff, passim) fünf Modelle unterscheiden:

- Die Hausangestellte ist vertraglich direkt an den Haushalt gebunden, dessen Mitglieder ihre Vertragspartner*innen in einem selbstständigen Dienstvertrag werden.
- Die Hausangestellte ist durch einen Arbeitsvertrag direkt an Mitglieder des Haushalts gebunden.
- Die Agentur verpflichtet sich zur Übernahme der Dienstleistung; die Pflegekraft erfüllt in ihrer Funktion als Arbeitnehmer*in die vertraglichen Pflichten der Agentur gegenüber dem Haushalt.
- Für den Fall, dass es sich um eine Agentur aus dem Ausland handelt, die eine Arbeitgeberstellung übernimmt, handelt es sich dann um Arbeitnehmerentsendung.
- Die Tätigkeit einer Hausangestellten als Arbeitnehmerin der Agentur kann auch in Form der Arbeitnehmerüberlassung („Leiharbeit") vertraglich orga-

5 Siehe BAG, NZA 2013, 343, das nach der zeitlichen Beendigung der Immunität des Beklagten an das Arbeitsgericht zurückverwiesen hat. Im anschließenden Vergleich (ArbG Berlin 36 Ca 3627/11) verpflichtete sich der Arbeitgeber zur Zahlung von 35.000 Euro.

nisiert werden. Agentur und Haushaltsmitglieder sind dann Verleiher*in bzw. Entleiher*in, die Hausangestellte ist Leiharbeitnehmer*in.

Agenturen bieten häufig mehrere, einige sogar alle dieser Gestaltungsformen an. Zahlen dazu, welcher Vertragstypus empirisch am häufigsten angewendet wird, liegen derzeit nicht vor. Einige Hinweise auf die Nutzung geben aber die Verbraucherinformationen, die Barbara Bucher ausgewertet hat (Bucher 2018, 27 ff: Finanztest 2011; Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz 2017; Stiftung Warentest 2009). Danach wird den Haushalten von dem Selbstständigenmodell wegen des Risikos der „Scheinselbstständigkeit" (s.u.) abgeraten. Auch vor der Arbeitnehmerüberlassung werde (wegen der Gefahr, dass die Agentur hierfür keine Erlaubnis habe) häufig gewarnt. Das Entsendemodell scheint in der Beratungspraxis als das für die Haushalte am einfachsten handhabbare und rechtlich unbedenklich einzustufende Modell behandelt zu werden (Frings 2010, 57, 67).

Rechtsfragen: Klassifizierung und Rechtsfolgen

Selbstständigkeit oder „Scheinselbstständigkeit"

Für die Rechtsstellung der Betroffenen ist es von entscheidender Bedeutung, ob überhaupt ein Arbeitsverhältnis vorliegt – unabhängig davon, wer im konkreten Fall die Arbeitgeberpflichten übernommen hat. Auch für die Anwendung der ILO-Hausangestelltenkonvention kommt es nicht darauf an, ob die Tätigkeit im Privathaushalt des Arbeitgebers oder im Privathaushalt einer dritten Person ausgeübt wird; sie erfasst auch Tätigkeiten für Dienstleister im Haushalt (insbesondere Wohnungsreinigungsunternehmen oder ambulante Pflegedienste) (so auch Scheiwe/Schwach 2012, 330). Das ILO-Abkommen setzt allerdings voraus, dass der*die Hausangestellte in einem Arbeitsverhältnis tätig wird, d.h. dass es eine*n Arbeitgeber*in gibt, der*die rechtlichen Pflichten übernimmt. Ähnliches gilt nach deutschem Recht für fast alle arbeits- und sozialrechtlichen Ansprüche und Rechte.

Bei der Frage, ob und wie ein Pflegearrangement tatsächlich als Selbstständigenmodell ausgestaltet sein kann, bestehen erhebliche rechtliche Unsicherheiten. Denn für die Frage, ob ein Arbeitsverhältnis vorliegt, ist nicht die Benennung im Vertrag entscheidend, sondern die wirtschaftliche Ausgestaltung, also die Frage, ob nach dem Gesamteindruck, den die Durchführung des Vertrags macht, persönliche Abhängigkeit, Fremdbestimmung bzw. Weisungsrechte und Einbindung in die Organisation des Unternehmens bestehen (§ 611a BGB) (Kocher 2012; Kocher 2013a).

Bei der Auseinandersetzung mit der bisherigen Rechtsprechung wird in der Praxis immer wieder die Behauptung des Bundessozialgerichts (BSG) wiederholt, häusliche 24-h-Pflege könne grundsätzlich „sowohl als Beschäftigung als auch im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses" ausgeübt werden.[6] Viele Agenturen tragen diese Entscheidung des BSG aus dem Jahre 2011 mit großem Nachdruck vor sich her. Entscheidend sei das „Gesamtbild der Arbeitsleistung"; danach unterlagen die damaligen Familienbetreuer*innen nach Meinung des BSG „keiner arbeitnehmertypischen Leistungspflicht, weil sich für sie bei ihrer Tätigkeit für einen Arbeitnehmer uncharakteristische Handlungsspielräume ergaben" – und dies, obwohl die Agentur durch Qualifizierung, Qualitätskontrolle und Dokumentationspflichten die Tätigkeit nach engen eigenen Vorgaben einband. Es muss trotz der vorliegenden Urteile höchst zweifelhaft bleiben, ob sich solche Pflegearrangements tatsächlich in persönlicher Unabhängigkeit und ohne Fremdbestimmung durch die Agenturen ausgestalten lassen, ob also das Selbstständigenmodell rechtlich tragfähig ist (Bucher 2018, 200 ff).

Entsendung und Arbeitnehmerüberlassung

Solche Rechtsunsicherheiten und Probleme werden vermieden, wenn die Agenturen selbst die Arbeitgeberstellung übernehmen – entweder als Dienstleister, im Entsendemodell oder im Überlassungsmodell.

Beim Entsendemodell bestehen offene Fragen allenfalls im Hinblick darauf, welches Arbeitsrecht anzuwenden ist; hinsichtlich der Zuordnung zum System der sozialen Sicherheit kann mit Hilfe der A1-Bescheinigung[7] eine gewisse Rechtssicherheit erreicht werden. In Bezug auf das Arbeitsrecht kommt es nach Art. 8 Abs. 2-4 der Rom I-Verordnung jedoch darauf an, wo der „gewöhnliche Arbeitsort" der Betreuerinnen liegt – werden sie ausschließlich für Tätigkeiten in Deutschland angestellt, so zieht dies die Anwendung deutschen Arbeitsrechts nach sich.

Beim Arbeitnehmerüberlassungsmodell ist das Erfordernis der Verleiherlaubnis zu beachten (§ 1 Abs. 1 S. 1 AÜG). Fehlt diese, so kommt es zu einem Arbeitsverhältnis zwischen Betreuten und Pflegekraft, es sei denn, die Pflegekraft

---

6 BSG, 28.9.2011 – B 12 R 17/09 R; vgl. auch BAG, 11.8.2015 – 9 AZR 98/14 (Todesrad).

7 Darin bescheinigt der zuständige Sozialversicherungsträger, welches Sozialsystem in der EU für einen Versicherten zuständig ist (Art. 19 Abs. 2 VO 987/2009 iVm VO 883/2004.

gibt form- und fristgerecht eine Festhaltenserklärung bei der zuständigen Agentur für Arbeit ab (§ 9 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2, 3, § 10 Abs. 1 AÜG).

Konkrete Anwendungsfragen in Deutschland

Sowohl bei Arbeitgeberstellung der Haushalte als auch bei Arbeitgeberstellung der Agenturen ergeben sich rechtliche Folgeprobleme, die mit den Grenzen arbeitsrechtlich zulässiger Gestaltungen zu tun haben. Zentrale Probleme liegen in der Vereinbarkeit mit dem Arbeitszeitrecht. Dieser Aspekt ist es auch, für den das ILO-Expert*innenkomitee (Committee of Experts on the Application of Conventions and Recommendations, CEACR) im Jahre 2017 von Deutschland Antworten erbeten hat (Trebilcock 2018).[8]

Deutsches Arbeitszeitrecht, insbesondere die „Kinderdorfklausel"

Das deutsche Arbeitszeitrecht ist geprägt durch den europarechtlichen Rahmen. Im Gegensatz zu Art. 3a) der europäischen Richtlinie zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (Arbeitsschutz-Rahmen-Richtlinie 89/391/EWG), die nicht auf Hausangestellte anwendbar ist, leistet das deutsche Recht jedenfalls im Arbeitszeitrecht aber bereits eine deutlich weitergehende Gleichstellung von Hausangestellten und 24-h-Betreuer*innen als das Unionsrecht: Anders als die bis 1994 geltende deutsche Arbeitszeitordnung (§ 1 AZO) erfasst das heutige deutsche Arbeitszeitgesetz grundsätzlich Hausangestellte.

Allerdings ist keineswegs schon abschließend geklärt, ob Hausangestellte im Unionsrecht tatsächlich nicht auch der europäischen Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG (einer speziellen Arbeitsschutzrichtlinie) unterfallen (vgl. kritisch Novitz/Syrpis 2015, 122; Pavlou 2016). Sollte auch die Arbeitszeit-Richtlinie grundsätzlich auf Hausangestellte anwendbar sein, so wäre jedenfalls zu beachten, dass Ausnahmen bzw. Abweichungsmöglichkeiten (z.B. Art. 17 Abs. 1 Richtlinie

8 Report of the Committee of Experts on the Application of Conventions and Recommendation, International Labour Conference, 106th session, 2017, Report III (Part 1A) (ILO 2017): direct request to Germany about its application of the Decent Work for Domestic Workers Convention, 2011 (No. 189), 662, 665 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_543646.pdf) (Abfrage 18.1.2019) .

2003/88/EG) angesichts der grundrechtlichen Vorgaben (Art. 31 Abs. 2 EU-GRC) eng auszulegen sind.[9]

Im deutschen Recht lässt zwar § 10 Abs. 1 ArbZG Ausnahmen vom Sonntagsarbeitsverbot zu, wenn es um „Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen" (Nr. 3) geht oder um Tätigkeiten „im Haushalt", „soweit die Arbeiten nicht an Werktagen vorgenommen werden können" (Nr. 4). Auch in diesen Fällen ist jedoch ein freier Tag pro Woche zu gewährleisten, sodass den Vorgaben des Art. 10 Abs. 2 der ILO-Konvention Genüge getan ist. Auch für Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftszeit gelten hinsichtlich der Hausangestellten die allgemeinen Regeln (zur Entwicklung auf europäischer Ebene vgl. Wank 2019, § 2 ArbZG, Rn. 23ff.).

Die frühere arbeitszeitrechtliche Ausnahme für Hausangestellte wurde jedoch in § 18 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG fortgeschrieben, wenn auch beschränkt auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die „in häuslicher Gemeinschaft mit den ihnen anvertrauten Personen zusammenleben und diese eigenverantwortlich erziehen, pflegen oder betreuen" (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung 1993, 10f., 32).[10] Der Gesetzgeber wollte damit einer Petition der SOS-Kinderdörfer Rechnung tragen, hatte also Personen vor Augen, die als „Eltern" in derartigen Einrichtungen oder in betreuten Wohngruppen tätig sind; hier ließen sich Arbeitszeit und Freizeit nicht so voneinander trennen, wie es für die Kontrolle erforderlich sei (Wank 2019, § 18 ArbZG, Rn. 5; Bundestag 2013, 44).

Die Bundesregierung bezog sich bei Ratifikation der ILO-Konvention 189 auf diese Vorschrift. Für die in § 18 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG genannte Fallgruppe werde von der Ausnahmemöglichkeit für „begrenzte Gruppen von Arbeitnehmern, bei denen besondere Probleme von erheblicher Bedeutung auftreten" (Art. 2 Nr. 2b) der Konvention) Gebrauch gemacht (Bundesregierung 2013, 18; Bundesregierung 2018, 4). Dass hiermit insbesondere die Fälle der 24-Stunden-Pflege gemeint waren, konnte man aus früheren Äußerungen der Bundesregierung gegenüber dem Bundestag (Bundesregierung 2012, 4) schließen. Das in der Konvention hierfür vorgesehene Verfahren, das Verbandsanhörungen vorsieht (Art. 2 Abs. 1), wurde jedoch nicht eingeleitet.

Im Bericht gegenüber der ILO über die Durchführung des Abkommens von Juni 2015 bis Mai 2018 rückt die aktuelle Bundesregierung nun jedoch ausdrücklich von dieser Auslegung ab und weist darauf hin, dass die Ausnahme nicht generell auf die 24-h-Pflege anwendbar sei; vielmehr könne dies nur bei

9 EuGH 26.7.2017 – C-175/16 (Hälvä u.a.).

10 Im Gegensatz dazu schlug der Oppositionsentwurf der SPD die Einbeziehung der Hausangestellten vor (SPD 1993, § 2 Abs. 1).

besonderen Umständen des Einzelfalls der Fall sein (Bundesregierung 2018, 4f.). Dies ist auch zutreffend: Unabhängig davon, ob § 18 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG selbst in der Ursprungsanwendung auf SOS-Kinderdörfer europarechtskonform ist (dagegen Steinke 2018, 243), passt die Norm nicht auf die 24-h-Pflege. Eigenverantwortlichkeit im Sinne dieser Norm würde voraussetzen, dass den Betreuenden keine weiteren sachkundigen Personen vorgesetzt sind, sie die Betreuung demzufolge nach einer Einführung und allgemeinen Rahmenweisungen ohne konkrete Einzelweisungen vollständig selbst gestalten. Dies kann allenfalls und nur dann der Fall sein, wenn nicht eine Pflegeeinrichtung, sondern Angehörige der Pflegebedürftigen Arbeitgeberfunktionen wahrnehmen. Aber selbst dann leben diese Arbeitnehmer*innen nicht schon deshalb „in häuslicher Gemeinschaft mit den ihnen anvertrauten Personen zusammen […]" (§ 18 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG), weil sie in deren Haushalt leben (vgl. Scheiwe/Schwach 2012, 338). Erforderlich wäre vielmehr, dass nicht nur gemeinsam gewohnt, sondern auch gemeinsam gewirtschaftet bzw. ein gemeinsamer Lebensalltag organisiert wird.

Eine andere Auslegung wäre auch schwerlich verfassungsgemäß. Denn der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass die Gesundheit und Sicherheit der Hausangestellten gesetzlich in gleicher Weise wie bei anderen Arbeitnehmer*innen geschützt wird. Als Begründung für die Ausnahmeregelung in § 18 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG wird angeführt, die besondere Ausgestaltung des Beschäftigungsverhältnisses mache eine Trennung von Arbeitszeit und Freizeit unmöglich, und ein angepasster Schutz der Hausangestellten lasse sich über die allgemeine Fürsorgepflicht (§ 618 Abs. 2 BGB) erreichen. Für diejenigen Einrichtungen, die der Gesetzgeber dabei vor Augen hatte, mag dies insofern zutreffen, als jedenfalls der „SOS-Kinderdorf e.V." als große sozialpädagogische Institution durchaus in der Lage zu sein scheint, selbst einen angemessenen Arbeitsschutz zu entwickeln; man hat dort mittlerweile für die Kinderdorfeltern Arbeitszeit und Freizeit trennbar gestaltet (Scheiwe 2014, 70f.). Für die typischen Fallgestaltungen der 24-h-Pflege ist ein solches Vertrauen aber bislang noch in keiner Weise gerechtfertigt. Der Gesetzgeber kann insofern seiner Schutzpflicht für die Gesundheit der Hausangestellten nicht mit Hilfe einer unbestimmten Fürsorgepflicht des Arbeitgebers erfüllen; wenn § 18 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG diese Fallgruppe erfassen sollte, wäre die Norm verfassungswidrig (Kocher 2014, 101ff.).

Sonstige Rechte und Ansprüche, insbesondere Betriebsbegriff

Im Übrigen gilt das deutsche allgemeine Arbeitsrecht einschließlich des Diskriminierungs- und Gewaltschutzes auch für Hausangestellte (anders im Verei-

nigten Königreich: Mantouvalou 2012; zum spanischen Recht León 2013; zum deutschen Koalitions- und Tarifrecht siehe ausführlich Kocher 2013b, 166ff.).

Hausangestellte sind jedoch bislang noch explizit aus dem Anwendungsbereich des deutschen Arbeitsschutzgesetzes ausgeschlossen (§ 1 Abs. 2 S. 1 ArbSchG). Dies ist eine Konsequenz der entsprechenden Ausnahme in der europarechtlichen Rahmenrichtlinie, die aber selbst grundrechtlich problematisch ist (Novitz/Syrpis 2015, 122).

Eine spezifische Frage des deutschen Arbeitsrechts ergibt sich im Hinblick auf den Betriebsbegriff. Einige arbeitsrechtliche Ansprüche setzen voraus, dass die Arbeitnehmer*innen in einem „Betrieb" beschäftigt sind; dies gilt insbesondere für die Anwendung des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG: Wahl und Tätigkeit von Betriebsräten), die Anwendung des Kündigungsschutzgesetzes (§§ 1, 23 KSchG) und die Verlängerung von Kündigungsfristen abhängig von der Betriebszugehörigkeit (§ 622 Abs. 2 BGB). Soweit Betreuer*innen in der 24-h-Pflege bei Agenturen angestellt sind, liegt unzweifelhaft ein Betrieb vor. Umstritten ist jedoch, ob diese Vorschriften auch für die Beschäftigung in Privathaushalten gelten. Dagegen wird angeführt, dass kein Betrieb vorliegen könne, wo nicht für einen externen Markt produziert oder Dienstleistungen erbracht werden (siehe z.B. Steinke 2018, 236). So hat das LAG Düsseldorf die Anwendung des Kündigungsschutzgesetzes im Fall eines 7-köpfigen Haushalts verneint, in dem insgesamt 15 Personen als Hausdame, im Housekeeping, für die Wäsche, als Fahrer, Koch, Gärtner, Nanny oder im Service dauerhaft tätig waren.[11] Dies überzeugt nicht (Kocher 2013a; differenzierend auch Bucher 2016); zuzustimmen ist den gegenläufigen Entscheidungen, z.B. des LAG Baden-Württemberg für die Anwendung der verlängerten Kündigungsfristen (§ 622 Abs. 2 BGB) auch auf Arbeitgeberkündigungen in privaten Haushalten.[12]

Handlungsoptionen

Die Live-In-Pflege ist ein fester Bestandteil des deutschen Pflegesystems. Selbst bei vorsichtiger Schätzung leisten die mittel- und osteuropäischen Live-Ins etwa ein Viertel der bezahlten Pflegearbeit in Deutschland. Schon aufgrund des Umfangs besteht ein gravierendes sozialpolitisches Interesse an einer Formalisierung und gerechteren Regelung dieser Erwerbstätigkeit. Hierfür kann nicht auf Kollektivverhandlungen und Tarifverträge vertraut werden – auch wenn es jetzt in

11 LAG Düsseldorf, 10.5.2016 – 14 Sa 82/16: Nichtanwendung des KSchG.

12 LAG Baden-Württemberg, 26.6.2015 – 8 Sa 5/15.

Dänemark bereits einen ersten Tarifvertrag zwischen der Gewerkschaft „3F" und der Plattform „Hilfr.dk" gibt. Selbst solche Kollektivverträge sind auf einen „Schatten des Rechts" angewiesen, in dem sie effektiven Schutz konkretisieren könnten – soweit es tatsächlich zu einer gewissen Form der Selbstorganisation in Gewerkschaften kommen sollte/könnte.

Transparenz und Effektivität: Notwendigkeit spezieller Regelungen

Die Zielrichtung einer Regelung muss dabei zunächst in der Erhöhung der Transparenz und Effektivität bestehender gesetzlicher Regelungen bestehen. Bereits Vilhelm Aubert hatte in seiner Studie zur Wirksamkeit des norwegischen Hausangestelltengesetzes von 1948 (Aubert 1971) die Kenntnis eines Gesetzes als entscheidenden Faktor für dessen Wirksamkeit identifiziert. Für die Kenntnis, insbesondere auf Seiten der Hausangestellten, wäre es von großer Bedeutung, dass ein spezifisches Gesetz die Arbeitsbedingungen der Hausangestellten regelte (McCann 2012; für eine südafrikanische Regelungsinnovation in der Konfliktlösung: Blackett/Tiemeni 2018).[13]

Zu kurz greift der Ansatz, mit dem der österreichische Gesetzgeber in den Jahren 2006 bis 2009 die 24-h-Pflege durch (meist slowakische) Pflegekräfte regelte. Er legalisierte Praxen, die zuvor als „irreguläre" sehr verbreitet, sozialversicherungs-, steuer-, aufenthalts- und arbeitsrechtlich aber weitgehend rechtswidrig waren. Mit dieser Regularisierung („emersione" = Auftauchen in die Legalität) waren von Anfang an keine Veränderungs-, sondern ausschließlich Legalisierungsperspektiven verbunden (Kretschmann 2016, 51ff.).

Angesichts der Arbeitsbedingungen, der Rechtsunsicherheiten und der Schwierigkeiten in der Rechtsdurchsetzung müsste eine gesetzliche Regelung in Deutschland weitergehende Ziele anstreben – insbesondere die effektive Durchsetzung von Mindeststandards für Live-in-Arbeitskräfte in 24-Stunden-Konstellationen.

Auch die aktuelle Bundesregierung ist der Meinung, „eine Klärung des Tätigkeitsprofils der Betreuungs- und Pflegekräfte in privaten Haushalten, eindeutige rechtliche Rahmenbedingungen (etwa zu Bereitschaftszeiten, Arbeitsperioden etc.) und eine Verbesserung der Informationslage wären wünschenswert" (Bundesregierung 2019, 3f.). Mindestens erforderlich wäre eine Klarstellung zur Anwendbarkeit des Arbeitszeitgesetzes sowie eine spezifische Regelung zur Frage,

13 Die ILO hat hierzu ein Handbuch mit Regelungsbeispielen aus unterschiedlichen Rechtsordnungen entwickelt (ILO 2012).

welche Mindestbedingungen gegeben sein müssen, damit das Rechtsverhältnis als „selbstständige Erwerbsarbeit" anzuerkennen ist. Auch ein Musterarbeitsvertrag könnte hilfreich sein (Trebilcock 2018, 175).

Die Problematik der Rechtsdurchsetzung betonte bereits der Gemeinsame Aufruf „Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte!", den Forscher*innen und Beratungseinrichtungen 2014 anlässlich der Ratifikation der ILO-Konvention veröffentlichten: Es bedarf nicht nur einer Verbesserung der Beratung und Unterstützung für Hausangestellte. Behördliche Überwachung kann in diesem gesellschaftlichen Bereich geringer Sichtbarkeit nicht effektiv wirken (Trebilcock 2018, 175; Bundesregierung 2018, 9). Auch eine Auftraggeberhaftung für Rechtsverstöße, wie sie z.B. in Israel eingeführt wurde (Trebilcock 2018, 175; Davidov 2015, 229ff.), passt eher für die gewerbliche Reinigung als für Privathaushalte. Die Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung insbesondere für irregulär beschäftigte Migrantinnen in Pflegehaushalten müssten deshalb auch durch formale Instrumente wie einen Rechtshilfefonds oder ein Verbandsklagerecht für Hausangestelltenorganisationen verbessert werden.

Entwicklung von Qualitätsstandards

Der erwähnte Aufruf von 2014 verfolgte darüber hinaus eine weitergehende Stoßrichtung in Richtung auf die Arbeitsmarkt- und Nachfragestrukturen, die aktuell die nachhaltige Entwicklung guter Arbeitsbedingungen eher erschweren. Der Gemeinsame Aufruf fordert deshalb u.a. die „Förderung von Dienstleistungspools oder Agenturen, die qualifizierte Haushaltsdienstleistungen bei gleichzeitig fairen Beschäftigungsbedingungen bieten".

Tatsächlich entwickeln sich, wie der Zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung feststellt, ganz unterschiedliche Beschäftigungs- und Organisationsmodelle für die Pflege im häuslichen Bereich., Während einige Dienstleister die Übernahme jeder eigenen sozialen Verantwortung, zum Teil sogar für die Qualität der Dienstleistung, ablehnen, entwickeln andere Anbieter Unterstützungsmodelle für die Beschäftigten, einschließlich Aus- und Weiterbildung, Beratung sowie Konfliktlösungsmodelle (Bundesregierung 2017, 172f.). Die Sachverständigenkommission empfahl deshalb, aufbauend auf den Empfehlungen, die es für die häusliche Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung und für die ambulante Pflege in der Pflegeversicherung gibt, je ein Zertifikat für haushaltsnahe Dienstleistungen im engeren Sinne und für die häusliche Betreuung zu entwickeln, die neben Standards für Information, Beratung und Vermittlung auch Standards für die Qualität der Dienstleistung und der Beschäftigung

enthalten sollten – diese Standards könnten und sollten über die gesetzlichen Mindeststandards deutlich hinausgehen.

Anreizsysteme und Förderung der Nachfragestrukturen

Um solche Qualitätsstandards und entsprechende Nachfrage zu fördern, wird es entsprechender Anreizmodelle bedürfen (Hensel/Kocher 2016).

Einige Anreize für Schritte aus der irregulären Beschäftigung heraus gibt es bereits heute. So können private Haushalte ein vereinfachtes Verfahren der sozialversicherungsrechtlichen Anmeldung und Abrechnung nutzen („Haushaltsscheckverfahren", § 28a Abs. 7 und 8 SGB IV). Haushalte mit überdurchschnittlich hohen Einkommen können nach § 35a Einkommenssteuergesetz (EStG) von einer Steuererleichterung profitieren. Beide Instrumente erzielen Erfolge bei der Verhinderung „irregulärer Beschäftigung" (im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung, SchwarzArbG) (Bundesregierung 2017, 173). Höhere Beschäftigungsqualität könnten sie jedoch nur fördern, wenn die Steuererleichterung an bestimmte Mindestanforderungen der Dienstleistung gebunden würde.

In der rechtspolitischen Diskussion steht hierfür aktuell ein anderes Instrument im Fokus: Der aktuelle Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD verspricht „Zuschüsse für die Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen". Dabei wird davon ausgegangen, dass haushaltsnahe Dienstleistungen mit ihren Entlastungsfunktionen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern können. Der Koalitionsvertrag will die Zuschüsse deshalb „erwerbstätigen Eltern, Alleinerziehenden, älteren Menschen und pflegenden Angehörigen" sowie „Eltern in der unternehmerischen Gründungsphase" anbieten (Koalitionsvertrag, 25, 42; vgl. Bundesregierung 2017, 174). Soll damit gleichzeitig legale, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, insbesondere von Frauen gefördert werden (Koalitionsvertrag, 25), müssten die Zuschüsse an die Inanspruchnahme bestimmter, zertifizierter Dienstleistungen gebunden werden. Das Gutachten zum Zweiten Gleichstellungsbericht empfiehlt insofern konkret die Einführung subventionierter Gutscheine nach belgischem Vorbild (Bundesregierung 2017, 174).

Fazit

Der Gesetzgeber ist in der Pflicht, seiner verfassungsrechtlichen Schutzpflicht für Haushaltsarbeiterinnen und Haushaltsarbeiter insbesondere bei der 24-Stunden-Pflege/-Betreuung im Haushalt wirksam nachzukommen. So wären die

anwendbaren arbeitsrechtlichen Bestimmungen, insbesondere zur Arbeitszeit, transparent zu regeln. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung von Qualitätsstandards für professionelle Dienstleistungsunternehmen, die durch entsprechende Anreizsysteme gefördert werden könnten. Wobei alle rein arbeits- und sozialrechtlichen Instrumente dort unzureichend bleiben müssen, wo das Migrationsregime Ausbeutungsverhältnisse erleichtert oder sogar ermöglicht (vgl. Fischer-Lescano u.a. 2012).

Literatur

Anderson, Bridget, 2000: Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour. London.

Aubert, Vilhelm, 1971: Einige Soziale Funktionen der Gesetzgebung. In: Hirsch, Ernst E./Rehbinder, Manfred (Hg.): Studien und Materialien zur Rechtssoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 11, 284-309.

Blackett, Adelle, 2015: Exploited, Undevalued – Domestic Workers and the Realisation of their Rights. Law & Society Review. Vol. 49. Issue 3, 801-804.

–, 2011: Introduction; Regulating Decent Work for Domestic Workers. Canadian Journal of Women and the Law (CJWL/RFD), 23. Jg. Heft 1, 1-46.

Blackett, Adelle/Galani Tiemeni, Thierry, 2018: Regulatory Innovation in the Governance of Decent Work for Domestic Workers in South Africa. Access to Justice and the Commission on Conciliation, Mediation and Arbitration. International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations. Vol. 34. Issue 2, 203-230.

Boni, Guido, 2011: The 189th ILO Convention: a new era for domestic workers? Transfer, 17. Jg. Heft 4, 581-584.

Bonner, Chris/Horn, Cat/Jhabvala, Renana, 2018: Informal Women Workers open ILO doors through transnational organizing 1980s–2010s. In: Boris, Eileen/Hoethken, Dorothea/Zimmermann, Susan (Hg.): Women's ILO. Transnational Networks, Global Labour Standards, and Gender Equity, 1919 to Present. Amsterdam, 176-200.

Bucher, Barbara, 2018: Rechtliche Ausgestaltungen der 24-h-Betreuung durch ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten – Eine kritische Analyse. Diss. Frankfurt (Oder) (i.E., zitiert nach der Manuskriptfassung).

–, 2016: Keine Anwendbarkeit des KSchG auf Privathaushalt. Anmerkung zu dem Urteil des Arbeitsgerichts Essen vom 17. Dezember 2015 – 1 Ca 2808/14. Arbeit und Recht, 515-516.

Bundesregierung, 2.1.2019: Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke. BT-Drucks. 19/6792.

–, 2018: Bericht gemäß Art. 22 der Verfassung der Internationalen Arbeitsorganisation über die Durchführung des Übereinkommens 189 für die Zeit vom 1. Juni 2015 bis 31. Mai 2018.

–, 21.6.2017: Zweiter Gleichstellungsbericht. Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten, mit Stellungnahme der Bundesregierung. BT-Drucks. 18/12840.

–, 28.3.2013: Denkschrift zum Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen Nr. 189 der Internationalen Arbeitsorganisation vom 16. Juni 2011 über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte. BT-Drucks. 17/12951.

–, 18.1.2012: Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der Linken über „Arbeitnehmerrechte ausländischer Pflegehilfskräfte im grauen Pflegemarkt". BT-Drucks. 17/8373.

–, 13.10.1993: Entwurf für ein Arbeitszeitrechtsgesetz, BT-Drucks. 12/5888.

Bundestag, 25.4.2013: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales, BT-Drucks. 17/13303.

CDU, CSU und SPD, 7.2.2018: Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag.

Davidov, Guy, 2015: Special Protection for Cleaners: A Case of Justified Selectivity? Comparative Labour Law & Policy Journal, Vol. 36, Issue 2, 219-240.

Fischer-Lescano, Andreas/Kocher, Eva/Nassibi, Ghazaleh (Hg.), 2012: Arbeit in der Illegalität. Die Rechte von Menschen ohne Aufenthaltspapiere. Frankfurt am Main und New York.

FRA (European Agency for Fundamental Rights), 2011: Migrants in an Irregular Situation Employed in Domestic Work: Fundamental Right's Challenges for the European Union and its Member States. Luxemburg.

Frings, Dorothee, 2010: Die Entwicklung haushaltsnaher Dienstleistungen im Kontext der begrenzten Arbeitnehmerfreizügigkeit für Neu-Unionsbürgerinnen. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit – Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 57-80.

ILO, 2012: Effective Protection for Domestic Workers: A Guide to Designing Labour Laws.

Kocher, Eva, 2014: Die Ungleichbehandlung von Hausangestellten in der 24-Stunden-Pflege gegenüber anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern – eine Frage des Verfassungsrechts. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): (K)Eine Arbeit wie jede andere? Die Regulierung von Arbeit im Privathaushalt. Berlin/Boston, 85-107.

–, 2013a: Hausangestellte im deutschen Arbeitsrecht: Ratifikation der ILO-Konvention 189, Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht, 929-934.

–, 2013b: Tariffähigkeit ohne Streikbereitschaft? – Funktionale Alternativen zur Arbeitskampfbereitschaft im Fall von Hausangestelltenvereinigungen. In: Jens M. Schubert (Hg.): Anforderungen an ein modernes kollektives Arbeitsrecht. Festschrift für Otto Ernst Kempen. Baden-Baden, 166-178.

–, 2012: Rechtsgutachten „Hausarbeit als Erwerbsarbeit". (http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2012-524-3-1.pdf; Zugriff: 13.11.2013).

Kretschmann, Andrea, 2016: Regulierung des Irregulären. Carework und die symbolische Qualität des Rechts. Weilerswist.

León, Margarita, 2013: A real job? Regulating household work – The case of Spain. European Journal of Women's Studies, Vol. 20, Issue 2, 170-188.

McCann, Deirdre, 2012: New Frontiers of Regulation: Domestic Work, Working Conditions, and the Holistic Assessment of Nonstandard Work Norms. Comparative Labor Law & Policy Journal. Vol. 34, 167-192.

Meder, Stephan, 2014: Gesinderecht als Familienrecht: 'Versorgung gegen Gehorsam' statt 'Lohn gegen Arbeit', In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): (K)Eine Arbeit wie jede andere? Die Regulierung von Arbeit im Privathaushalt. Berlin/Boston, 41-59.

Mantouvalou, Virginia, 2012: Human Rights for Precarious Workers: The Legislative Precariousness of Domestic Labor. Comparative Labor Law and Policy Journal. Vol. 34, 133.

Novitz, Tonia/Syrpis, Phil, 2015: The Place of Domestic Work in Europe. European Labour Law Journal. Vol. 6. Issue 2, 104-127.

Pape, Karin, 2016: ILO Convention C189 – a good start for the protection of domestic workers: An insider's view. Progress in Development Studies. Vol. 16, Issue 2, 189-202.

Pavlou, Vera, 2016: Domestic work in EU law – the relevance of EU employment law in challenging domestic workers' vulnerability. European Law Review. Vol. 41, 379-398.

Scheiwe, Kirsten, 2014: Arbeitszeitregulierung für Beschäftigte in Privathaushalten – entgrenzte Arbeit, ungenügendes Recht? In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): (K)Eine Arbeit wie jede andere? Die Regulierung von Arbeit im Privathaushalt. Berlin/Boston, 60-84.

Scheiwe, Kirsten/Artner, Lucia, 2018: International Networking in the Interwar Years: Gertrud Hanna, Alice Salomon and Erna Magnus. In: Boris, Eileen/Hoehtker, Dorothea/Zimmermann, Susan (Hg.): Women's ILO – Transnational Networks, Global Labour Standards and Gender Equity, 1919 to Present. Genf, 75-96.

Scheiwe, Kirsten/Schwach, Verena, 2012: „Decent work for domestic workers" – das Übereinkommen 189 der Internationalen Arbeitsorganisation. Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS), 317-349.

SPD-Fraktion im Bundestag, 28.6.1993: Entwurf eines Arbeitszeitgesetzes, BT-Drucks. 12/5282.

Steinke, Viktoria, 2018: Wie privat ist privat? – Betrachtungen zur Beschäftigung im Privathaushalt, Recht der Arbeit, 232-241.

Trebilcock, Anne, 2018: Challenges in Germany's Implementation of the ILO Decent Work for Domestic Workers Convention, International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations. Vol. 34, No. 2, 149-176.

Triandafyllidou, Anna (Hg.), 2013: Irregular Migrant Domestic Workers in Europe: Who Cares? Aldershot.

Vormbaum, Thomas, 1979: Politik und Gesinderecht im 19. Jahrhundert (vorn. in Preußen 1810–1918). Berlin.

–, 2014: Gesinderecht und Politik im 19. Jahrhundert. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): (K)Eine Arbeit wie jede andere? Die Regulierung von Arbeit im Privathaushalt, 23-40

Wank, Rolf, 2019: Kommentierung zu §§ 2 und 18 ArbZG. In: Müller-Glöge, Rudi/Preis, Ulrich/Ingrid, Schmidt (Hg.): Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht. München.

4. Kollektives Handeln in und durch Care-Arbeit

Nausikaa Schirilla

Unterstützungsstrukturen für mittel- und osteuropäische Betreuungskräfte in Privathaushalten zur Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen

1. Einleitung

Von den mittlerweile ca. 3,5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland wird die große Mehrheit (knapp 2,6 Millionen) zu Hause gepflegt. Viele Angehörige, die die Versorgung und Pflege im häuslichen Umfeld nicht mehr mit der Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes leisten können, stellen Migrant*innen aus Mittel- und Osteuropa ein, die im Haushalt der zu pflegenden Person leben, verschiedene Betreuungsleistungen erbringen und grundpflegerische Aufgaben erfüllen. Damit entsteht ein Pflegesetting aus Angehörigen, Betreuungskräften und einer reduzierten Präsenz der Pflegedienste (oder auch gänzlich ohne diese), das in Deutschland zu einem neuen Markt der Vermittlung von 24-Stunden-Betreuung geführt hat (Rossow/Leiber 2017). Aktuell arbeiten Schätzungen zufolge über 300.000 Betreuungskräfte in Deutschland (Kniejska 2016, 83). Eine vergleichbare Entwicklung ist in Österreich, der Schweiz, Italien und anderen west- und südeuropäischen Staaten zu beobachten; wegen der unterschiedlichen rechtlichen Konstellationen bezieht sich dieser Beitrag nur auf Deutschland. Die Betroffenen werden im Folgenden als Live-Ins, Betreuungskräfte oder care workerinnen bezeichnet. In diesem Beitrag wird es um die Unterstützungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe gehen.

Die mittel- und osteuropäischen Betreuungskräfte – es handelt sich überwiegend, aber nicht nur, um Frauen – die in den Haushalten der Pflegebedürftigen in Deutschland arbeiten, migrieren in der Regel nicht mit ihren Familien, sondern wohnen an ihrem Arbeitsort als Live-In und pendeln regelmäßig in ihr Herkunftsland. Dabei wechseln sie sich mit anderen Pendelmigrantinnen ab. Sie organisieren den kompletten Haushalt, versorgen die Pflegebedürftigen, leisten Gesellschaft und sind als Betreuung und Ansprechpartnerin rund um die Uhr für die Pflegebedürftigen da. Teilweise übernehmen sie auch medizinische pfle-

gerische Tätigkeiten (Karakayali 2010). Die bisherigen Studien zeigen, dass die meisten care workerinnen sehr unterschiedlich qualifiziert sind – die Bandbreite geht von der Hochschulabsolventin bis zur Facharbeiterin. Die wenigsten sind für pflegerische Tätigkeiten qualifiziert (Apitzsch u.a. 2010, Satola 2015) und eignen sich pflegerische Kompetenzen während ihres Einsatzes an. Autorinnen wie Patrycja Kniejska argumentieren, dass die Betreuungskräfte eine eigene pflegerische Kompetenz ausbilden (Kniejska 2016).

Bisherigen Studien zufolge kommt die Mehrheit der Live-Ins immer noch aus Polen, viele kommen aber auch aus anderen mittel-, ost- und südosteuropäischen Ländern (ver.di 2014). Was die rechtliche Seite der Arbeitsverhältnisse betrifft, so sind die meisten Live-Ins, sofern sie aus EU-Mitgliedsstaaten kommen, aufenthaltsrechtlich legal in Deutschland, sie arbeiten aber arbeitsrechtlich illegal beziehungsweise in einer Grauzone (vgl. Kocher i.d.B.). Die legale Beschäftigung mit Festanstellung in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis in einem Privathaushalt wird wenig genutzt (Scheiwe/Krawietz 2014). Ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis kann über die Vermittlung der Arbeitsagentur zustande kommen oder über die begleitete und qualifizierte Rekrutierung, wie sie von den Wohlfahrtsverbänden in den Projekten *carifair* (https://carifair.de) oder faircare (http://www.vij-faircare.de/) angeboten werden.

Eine andere wesentlich mehr genutzte Option ist die Niederlassungsfreiheit: Alle EU Bürger*innen können sich in Deutschland in allen Bereichen selbstständig niederlassen, aber hier ergibt sich aus der Struktur der Haushalts- und Pflegearbeit ganz klar die Gefahr der Scheinselbstständigkeit. (Husman 2010, Scheiwe/Krawietz 2014).

Andererseits können im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit EU Bürger*innen in allen Mitgliedsstaaten verschiedene Leistungen selbstständig erbringen oder als Firmen Arbeitnehmer*innen zur Erbringung von Dienstleistungen entsenden. Mit diesen Modellen, vor allem aber mit der Entsendemöglichkeit, arbeiten die unzähligen Vermittlungsagenturen, die Betreuungskräfte in die Familien vermitteln und den Markt umkämpfen (vgl. Benazha/Lutz i.d.B.).

Die Relevanz der Dienstleistungsfreiheit ist allerdings umstritten, da diese nur Tätigkeiten umfasst, die vom Anbieter vorübergehend erbracht werden. Die von einer Vermittlungsagentur „entsandten" Betreuungskräfte sind aber in der Regel längerfristig in einem Haushalt beschäftigt, selbst wenn sie sich in einem bestimmten Rhythmus mit einer anderen Person abwechseln (Tießler-Marenda 2012).

Es gibt aber auch Betreuungskräfte, die selbstorganisiert arbeiten, sie kommen ohne Vermittlungsagentur, organisieren Arbeitgeber*innen über Netzwerke und

andere Kontakte (Kniejska 2016) und arbeiten ohne Arbeitsvertrag. Ihre Anzahl ist aber schwer zu schätzen.

Für alle Arbeitsverhältnisse ist zu beachten, dass Elemente des deutschen Arbeitsrechts, beispielsweise das Arbeitszeitrecht, eingehalten werden müssen (vgl. Kocher i.d.B.). Im Arbeitsrecht ist eine 24-Stunden-Tätigkeit nicht möglich, daher sind Vertragsgestaltungen so angelegt, dass zwischen Arbeits- und Freizeit unterschieden wird und die Freizeit Bereitschaftszeit darstellt, was nach Meinung der meisten Jurist*innen rechtlich nicht korrekt ist (Scheiwe/Krawietz 2014). Unabhängig vom rechtlichen Status sind die Arbeits- und Lebensbedingungen der Betreuungskräfte ausgesprochen heterogen, aber tendenziell prekär, rechtlich problematisch und belastend.

Im Folgenden soll daher ausgehend von den im Forschungs- und Entwicklungsprojekt *EUMIP* an der KH Freiburg 2014–2017 erhobenen Daten der Unterstützungsbedarf für die Migrantinnen benannt werden. Anschließend werden über das Projekt hinausgehend verschiedene Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen dargestellt.

2. Forschungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen und Unterstützungsbedarfen der Betreuung

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt *EUMIP* (Entwicklung von Unterstützungsstrukturen für mittel-und osteuropäische Migrantinnen in Privathaushalten) wurde an der KH Freiburg 2014–2017 mit dem Ziel durchgeführt, die Lebens- und Arbeitssituation für Migrantinnen in häuslichen Pflegearrangements zu erforschen, Unterstützungsstrukturen zu entwickeln und zu erproben (Kiekert/Schirilla 2018). Der Zugang zu den Betreuungskräften sollte über die ambulanten Pflegedienste erfolgen, da die Zielgruppe schwer erreichbar ist und aus einem Lehrforschungsprojekt bekannt war, dass die ambulanten Pflegedienste Kontakt zu ihnen bzw. zu vielen Haushalten haben, in denen sie tätig sind (Kiekert/Schirilla 2016). Daher wurde das Projekt in Kooperation mit Wissenschaft-Praxispartnern aus dem Bereich der ambulanten Pflege an zwei Modellstandorten umgesetzt, in Frankfurt am Main und in Freiburg bzw. dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald. In einer Forschungsphase wurden verschiedene Teilstudien durchgeführt, die multiperspektivisch die Sichtweisen des Pflegesettings und Bedarfe von Migrantinnen mittels problemzentrierter Interviews erfassen. Die Rolle möglicher Anlaufstellen und der Vermittlungsdienste wurden in quantitativen Studien untersucht. Qualitative Teilstudien zielten auf die ambulanten Pflegedienste, die Angehörigen und die Live-Ins selbst. Im

Folgenden beziehe ich mich nur auf die Teilstudie mit den Live-Ins. Mit ihnen wurden elf qualitative Leitfaden-gestützte Interviews in den beiden Modellregionen durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. In der Forschungsphase erfolgte das Sampling der Migrantinnen in einem Schneeballsystem über persönliche Kontakte der zeitweilig im Projekt beschäftigten polnischsprachigen Mitarbeiterin. Bei den Interviewpartnerinnen handelte es sich um Frauen aus Polen, die fast alle undokumentiert beschäftigt waren und die ihre Stellen über eigene Netzwerke organisiert hatten. Die Daten wurden von den Projektmitarbeiterinnen Jasmin Kiekert und Patrycja Kniejska erhoben und ausgewertet[1].

Die hier vorgestellten Ergebnisse fassen zusammen, wie die Live-Ins ihre Arbeits- und Lebensbedingungen schildern und was sie selbst als Unterstützungsbedarf benennen.

2.1 Arbeitsbedingungen

Die Organisation der transnationalisierten häuslichen Pflegearrangements gestaltet sich ausgesprochen facettenreich und individuell, aber es zeigen sich in den einzelnen Organisationsprozessen Tätigkeiten, die sich wiederholen und zu festen Bestandteilen der Arbeit in der Betreuung von Pflegebedürftigen im Privathaushalt gehören. Allgemein kann festgestellt werden, dass die Arbeit als sehr belastend empfunden wird.

Eine zentrale Erkenntnis der Live-In-Teilstudie besteht darin, dass sich die Arbeitszeit und die Arbeitsaufgaben nicht nach offiziellen Vorschriften oder Gesetzen richten, sondern an die Bedarfe und Wünsche der Pflegebedürftigen angepasst sind. Freizeit wird abhängig vom Rhythmus der Pflegebedürftigen gewährt und ist oft mit weiteren Aufgaben wie Botengängen etc. ausgefüllt und damit nicht immer reale Freizeit.

Jede neue Stelle benötigt deswegen eine Einweisung, diese übernimmt meistens eine andere Live-In, manchmal auch Angehörige, Pflegedienste oder die pflegebedürftige Person selbst. Da die Frauen zwar auf Rotationsbasis arbeiten, aber doch mehrere Wochen in der Wohnung ihrer Klienten verbringen, sind ihnen gute Wohnbedingungen und das Vorhandensein von Kommunikationsmedien, um mit der eigenen Familie in Verbindung zu bleiben, von großer Wichtigkeit.

---

1 Eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse sowie der im Projekt erarbeiteten Produkte sind auf der Homepage der KH Freiburg abrufbar (https://www.kh-freiburg.de/de/forschung/forschungsprojekte/abgeschlossene-forschungsprojekte/eumip)

Die Live-Ins unterscheiden sich z.T. deutlich im Niveau der Deutschkenntnisse und der pflegerischen Kenntnisse. Bis auf eine Interviewpartnerin ist keine der interviewten Frauen fachpflegerisch ausgebildet. Die meisten sammelten das Pflegewissen Zuhause, über das Internet oder direkt im Pflegehaushalt (learning by doing). Nur einzelne Personen nahmen an kurzen Schulungen der Vermittlungsagentur teil.

Die meisten der interviewten Live-ins arbeiten schwarz und wollen es auch so. Ein Grund für diese Entscheidung hängt mit dem Misstrauen gegenüber den Vermittlungsagenturen zusammen. Ein weiterer Grund ist das Streben nach Autonomie; alle Live-ins haben bestimmte Vorstellungen von ihrer Arbeit in häuslicher Pflege, der Organisation und ihren Rahmenbedingungen und versuchen, diese Ansprüche durchzusetzen.

Die Arbeitszufriedenheit der meisten Frauen hängt von dem Wohlbefinden, der Leistungsfähigkeit und dem Lebensstil ihrer Klient*innen ab. Sehr viele Live-Ins sind allerdings in Haushalten von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung tätig, was oft erschwerte Arbeitsbedingungen bedeutet.

Die Arbeit in der häuslichen Pflege zeichnet sich durch Unsicherheit und Instabilität aus. Sie ist mit vielen internen, d.h. im Pflegesetting verorteten, sowie externen Belastungen und Problemen verbunden. Zur ersten Gruppe der Probleme gehören die schwierigen Arbeitsbedingungen, wie volle Verfügbarkeit (24-Stunden-Betreuung), unzureichende Unterkunft oder Verpflegung. Als belastend wird auch die mangelnde Unterstützung seitens der Angehörigen, fehlende Mitbestimmung im Haushalt oder der (ungewollte) Einbezug in interfamiliäre Konflikte benannt. Das alles erschwert den alltäglichen Umgang mit den Pflegebedürftigen (vor allem mit Demenzkranken) und führt zur Überlastung. Eine besondere Belastung stellt der Tod der Pflegebedürftigen dar, denn er impliziert sowohl berufliche (Suche nach neuer Stelle), als auch emotionale Folgen (körperliche Beschwerden, Trauer). Es wird auch vom Rückzug der Angehörigen und vom Alleinsein mit der sterbenden Person berichtet.

Zu externen Herausforderungen gehört die eigene Erkrankung im Einsatz und die Notwendigkeit, die damit zusammenhängenden Handlungsstrategien zu entwickeln, seien es die Inanspruchnahme einer privaten Reiseversicherung oder die Rückreise nach Polen, um mit dem vertrauten Arzt in der Muttersprache kommunizieren zu können. Eine große Belastung stellen auch Heimweh, Abwesenheit der Familie und das Gefühl 'entwurzelt zu sein' dar. Sie führen zur Entwicklung von Lösungen, um in Verbindung mit dem eigenen Zuhause zu bleiben. Dazu gehören z.B. Formen der virtuellen Kommunikation, Rationalisierungen oder Besuche der Angehörigen in Deutschland.

Wenn Konflikte auftreten, werden unterschiedliche Strategien benutzt, um mit diesen umzugehen. Auseinandersetzungen der Live-ins mit den Pflegebedürftigen oder Angehörigen werden entweder durch offene und transparente Formulierung der Grenzen, durch Kompromisse, Austausch mit anderen Live-ins oder Rückzug gelöst. In Extremfällen, falls es z.B. zu Missbräuchen kommt, kann die Stelle abrupt gekündigt werden. Die Kommunikation bei Konflikten mit dem Pflegedienst erfolgt mit oder ohne Einbezug der Angehörigen und ihr Ergebnis hängt von den Sprachkenntnissen ab. Es gibt auch Live-ins, die sich unsicher und ungeschützt fühlen und deswegen Auseinandersetzungen mit den professionellen Pflegekräften meiden bzw. sich zurückziehen.

2.2 Unterstützungsbedarf

Den größten Unterstützungsbedarf sehen die Live-ins in besseren Arbeitsbedingungen, auch dann, wenn sie über eine Vermittlungsagentur beschäftigt werden. Häufig geht es hier um vertragliche und rechtliche Regelungen. Zu den Regelungsbedarfen zählen:

- Unterbringung und Verpflegung,
- Regulierung von Arbeits- und Freizeit
- Klare Arbeitsaufgaben (im Gegensatz zu einer Allzuständigkeit)
- offene und ehrliche Kommunikation mit anderen Akteuren im Setting,
- Zugang zu Kommunikationsmedien, die Kontaktpflege mit der Familie im Herkunftsland ermöglichen,
- transparentes Vorgehen bei der Gehaltsauszahlung und Bezahlung von Steuern.

Der Unterstützungsbedarf der Live-ins bezieht sich vor allem auf die Regulierung ihrer Arbeits- und Urlaubszeiten. Viele wünschen sich, dass vor allem die Ruhezeiten genau geklärt und eingehalten werden können. Die geschilderten Ansprüche sind nicht selten sehr niedrig und bleiben unter den gesetzlichen Regelungen zur Arbeits- und Freizeit. Einige Befragte beklagen zu lange Einsatzzeiten und fordern ihren Anspruch auf Urlaub, den sie seit ein paar Jahren nicht hatten. Vereinzelt wird auch der Bedarf nach rechtlichen Ansprechpartner*innen für Konfliktsituationen geäußert. Interessanterweise werden in den Interviews Lohnforderungen selten erwähnt. Auf die Frage, was ein ideales Arbeitsverhältnis ausmache, nannten die meisten Live-Ins vor allem Respekt und Anerkennung, aber auch angemessene Entlohnung, Zusatzzahlungen an Feiertagen, Zuschüsse für die An- und Abreise und Übernahme von Weiterbildungen.

Aber auch die persönliche Situation der Klient*innen ist für die Arbeitszufriedenheit der Live-ins ausschlaggebend, d.h. sie fordern, dass sich die Kinder der

Pflegebedürftigen mehr für sie und ihre Klienten interessieren und Rücksicht auf letztere nehmen. Das gute Verhältnis mit den Angehörigen und die Möglichkeit, sie als Ansprechpartner*innen wahrnehmen zu dürfen, ist für die Arbeitszufriedenheit der Live-Ins wichtig.

In den Interviews wurden auch Unterstützungsbedarfe nach einer Ansprechperson bei Problemen, vor allem bei stressigen Situationen sowie Krisen geäußert. Als Krisenfälle wurden genannt: Tod der Pflegebedürftigen, schwere Krankheit von Kindern oder anderen Anvertrauten im Herkunftsland, Enthaltung von Lohn, schlechte Unterkunft und Essen, Gewalt (vgl. auch INVIA 2014).

Genannt wurde auch das Bedürfnis nach kollegialem Austausch und Wissenstransfer bzw. Bildungsmaßnahmen zum rechtlichen Rahmen und zu Informationen rund um Pflege, Umgang mit Demenz und nach Sprachkursen. Diese Beratungs- und Fortbildungsangebote sollten jedoch am besten einen niederschwelligen Charakter haben und in der Muttersprache organisiert werden. Eine der Frauen sprach den Bedarf an, einen Blog zu schreiben, wo sie ihre Erlebnisse und Erfahrungen in der häuslichen Pflege schriftlich darstellen und teilen könnte. Neben den sprachlichen und medizinisch-pflegerischen Aspekten benannten einige Live-ins auch den Wunsch nach dem Erwerb rechtlicher bzw. psychologischer/interpersonaler Kompetenzen, die sie 'empowern'/aufbauen und ihre Position stärken könnten. Auch die Setzung von Grenzen, um sich selbst zu schützen und für sich selbst einzustehen, wurde als Unterstützungsmöglichkeit formuliert.

Die Betreuungsarbeit wird vor allem als ein ungeschützter Arbeitsplatz wahrgenommen, wobei das Arbeitsverhältnis jeder Zeit beendet werden kann. Gewünscht wird auch die Wertschätzung der Live-ins für ihre Arbeit sowie die Kommunikation mit ihnen 'auf Augenhöhe' und nicht 'im Kommandoton'. Den Frauen ist wichtig, dass die Pflegebedürftigen Respekt und Ruhe erfahren, weil es einen unmittelbaren Einfluss auf ihre alltägliche Arbeit hat. Je ruhiger und zufriedener die Pflegebedürftigen sind, umso höher ist das Wohlbefinden der Frauen. Schlechte Erfahrungen und Respektlosigkeit seitens der Angehörigen können im Extremfall zur Kündigung der Stelle führen.

Ein immer wieder genannter Unterstützungsbedarf ist das Schaffen von Treffpunkten für Live-ins und der Einbezug sozialer Institutionen in Deutschland, die direkte Unterstützung leisten könnten. Die Möglichkeit, sich mit anderen zu treffen, hängt hauptsächlich mit der Möglichkeit, das Haus zu verlassen, zusammen. Der Austausch untereinander ist sehr wichtig für die Live-ins und wird online oder in sozialen Medien organisiert, vor allem, wenn es in einem öffentlichen Raum nicht möglich ist.

3. Perspektiven und Handlungsoptionen

Bisher wurden die im EUMIP Projekt erhobenen Belastungen und Unterstützungsforderungen für die Betreuungskräfte aus deren subjektiven Sicht dargestellt. Die hier wiedergegebenen Anforderungen an Verbesserungen entsprechen größtenteils den arbeitsbezogenen objektiven Vorgaben, die in dem internationalen menschenrechtsbasierten Regelwerk zum Schutz von Haushaltsarbeiter*innen, der ILO Konvention 189, gemacht werden. Das von der internationalen Arbeitsorganisation ausgehandelte und 2011 verabschiedete Übereinkommen über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte wurde 2013 von Deutschland ratifiziert. Die ILO Konvention 189 legt unabhängig von spezifischen Beschäftigungsverhältnissen Mindeststandards für die Arbeit im Privathaushalt fest. Sie erkennt hauswirtschaftliche oder bezahlte Hausarbeit als Arbeit an und nennt Standards wie ein Mindestalter, Verbot der Zwangsarbeit etc. und beschreibt darüber hinaus Anforderungen an das Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis, das auch mit dem von der ILO propagierten Konzept von „decent work" bezeichnet werden kann (ILO Konvention §§ 5-18):

- Möglichkeiten, sich zu organisieren und eine Interessenvertretung zu wählen
- Schutz vor Missbrauch, Belästigung und Gewalt
- faire Beschäftigungsbedingungen, menschenwürdige Arbeitsbedingungen und, wenn die Beschäftigten im Haushalt wohnen, menschenwürdige Lebensbedingungen
- transparente und faire Aufklärung über Beschäftigungsbedingungen, vorzugsweise durch schriftliche Verträge, insbesondere zu Entlohnung, Arbeitsaufgaben, Verpflegung und Unterkunft; Bedingungen für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses – dies gilt insbesondere für migrantische Hausangestellte, die für die Arbeit angeworben wurden
- Gleichbehandlung von Hausangestellten und Arbeitnehmer*innen allgemein in Bezug auf die Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen, besonders tägliche und wöchentlichen Ruhezeiten, Urlaub etc.
- Gültigkeit des Mindestlohngesetzes

Diese Vorschriften werden im Folgenden als objektive Legitimierung der subjektiv geäußerten Bedarfe der care workerinnen betrachtet, da sie unabhängig von Nationalität, Arbeitsverhältnis. Aufenthaltsstatus etc. gelten[2]. Sie bilden die Basis für die Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die die Arbeits- und

2 Vgl. https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm; Zugriff: 28.8.2018

Lebensbedingungen der care workerinnen in den Privathaushalten verbessern könnten.

Perspektiven für Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für diese Gruppe sind aus verschiedenen Gründen nicht leicht zu benennen. Zum einen handelt es sich um ein letztlich rechtswidriges oder zumindest rechtlich problematisches Arbeitsverhältnis und um ein Ausbeutungsverhältnis, das auf internationalen Ungleichheiten beruht. Eine alleinige Legalisierung im Sinne eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses löst nicht alle Probleme, beispielsweise nicht die Frage der Bereitschafts- und Arbeitszeit. Zudem entsteht durch den *Arbeitsort Privathaushalt* eine Gemengelage von personaler Bindung und formalem Arbeitsverhältnis, das die Durchsetzung formaler Rechte und die Kontrolle der Arbeitsbedingungen erschwert. Angesichts dessen, dass die angedeuteten Arbeitsbedingungen menschenrechtswidrig, ausbeuterisch und ethnisch konnotiert sind, lässt sich argumentieren, dass mit diesem Pflegesetting ein zentrales Problem dieser Gesellschaft – nämlich eine menschenwürdige Pflege bereit zu halten – auf Kosten schwächerer Anderer scheinbar gelöst wird.

Aus diesen Einschätzungen ließe sich wiederum schlussfolgern, dass derartige Arbeitsverhältnisse generell abgeschafft und überwunden und nicht durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen abgemildert werden sollten. Derartige Forderungen tragen jedoch den Migrations- und Autonomiebestrebungen der Frauen, die diese Arbeitsverhältnisse eingehen, keinesfalls Rechnung und ignorieren deren subjektive Aspirationen. Dass durch diese Form der Migration mögliche Pflegearrangement älterer Menschen hilft diesen zudem, möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld zu bleiben und wird zunehmend gesellschaftlich nachgefragt (Isfort 2009). Im vorliegenden Kontext wird von Migration als einem Menschenrecht ausgegangen und daher im Zusammenspiel von erforschtem Unterstützungsbedarf und Handlungsanforderungen aufgrund der ILO Konvention nach Unterstützungsmöglichkeiten für die betroffenen care workerinnen gesucht. Die betroffenen Betreuungskräfte werden so als Pflegearbeiterinnen betrachtet und es wird gefragt, wie Bezahlung, Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen verbessert werden können.

Es ist aber zu betonen, wenngleich empirisch schwer nachzuweisen bzw. zu quantifizieren, dass eine wichtige Unterstützung für die Betreuungskräfte von ihnen selbst kommt. Über Netzwerke aller Art (regional im Entsende- oder im Zielland), Kommunikation in sozialen Netzwerken, Zusammenarbeit am Arbeitsplatz, Kirchengemeinden etc. finden ein reger Austausch, Informationsfluss und informelle Beratungen statt.

3.1 Information und Transparenz

Die eingangs dargestellten Beschäftigungsmodelle und rechtlichen Verwicklungen sind aber gewiss nicht allen an der Pflege älterer Menschen im Privathaushalt beteiligten Personen bekannt. Auch wurde in der Beschreibung der Arbeitsorganisation deutlich, dass diese den Bedarfen der Pflegebedürftigen untergeordnet ist und die Betreuungskräfte als Subjekte gar nicht im Vordergrund stehen. Daher stellt die erste Handlungsmöglichkeit die Herstellung von Transparenz dar und die klare rechtliche Aufklärung über Fragen wie beispielsweise: Welche Anstellungsverhältnisse sind wirklich legal, welche nicht, welches Arbeitszeitrecht gilt? Was bedeutet es für Pflegebedürftige wie auch für Angehörige, wenn plötzlich eine neue Person im Haushalt lebt? Was kann eine Betreuungskraft leisten, was nicht? Etc. Für die Angehörigen besteht die Möglichkeit, über die Pflegestützpunkte neutrale Informationen zu erhalten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben das Recht, sich bei den von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative des jeweiligen Bundeslandes eingerichteten Pflegestützpunkten beraten zu lassen. Die Pflegestützpunkte sind meist bei den Kommunen angesiedelt. Auch die Pflegekassen bieten Beratung durch Pflegeberater*innen an. Im Pflegestützpunkt kann auf Wunsch der Betroffenen auch ein gesamtes Pflegearrangement entwickelt und das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert werden.

Daher müssen die Pflegestützpunkte entsprechende Informationen über die Versorgung durch eine Betreuungskraft auch bereithalten – und zwar von neutraler Seite und nicht als Werbung von Vermittlungsagenturen oder als interessengeleitete Informationen der Verbände, in denen die Vermittlungsagenturen zusammengeschlossen sind. Im Rahmen des Projekts EUMIP an der KH Freiburg wurden entsprechende Info-Flyer entwickelt, viele Pflegestützpunkte haben mittlerweile Kurzbroschüren erstellt und die Wohlfahrtsverbände verfügen über Informationsmaterialien. Als neutrale und sehr umfassende Informationsmöglichkeit mit Checklisten und vielen Praxisbeispielen ist eine Broschüre der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen 2018) zu erwähnen. Pflegestützpunkte sollten auch darüber informieren, was es für Möglichkeiten gibt (von der Tagespflege hin zur Unterstützung von Ehrenamtlichen), die erforderlichen Ruhe- und Freizeitphasen für die Live Ins einzuhalten und welche Möglichkeiten zur Finanzierung der Einarbeitung der Live Ins durch einen Pflegedienst bestehen.

Perspektivisch müssen die Pflegestützpunkte eine kritische und transparente Informations- und Beratungsarbeit über diese Form der Unterstützung der häus-

lichen Pflege leisten. Forschungs- und Entwicklungsprojekte oder neue Initiativen in diesem Feld sollten die Pflegestützpunkte auch als Kooperationspartner und Multiplikatoren sehen. Was die Live-Ins betrifft, so können diese sich über verschiedene Kanäle (z.B. gewerkschaftliche Infoseiten, Wohlfahrtsverbände) bereits in dem Entsendeland und in der Muttersprache informieren – diese Strategien sollten in transnationaler Kooperation zwischen Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfeorganisationen entwickelt und weiter ausgebaut werden.

3.2 Beratungsmöglichkeiten

Als zentrale Handlungsmöglichkeit ist die Inanspruchnahme von Stellen zur rechtlichen Beratung zu nennen. Die wichtigsten rechtlichen Anlaufstellen sind die Beratungsstellen des Projektes *Faire Mobilität* des DGB (https://www.faire-mobilitaet.de/) und entsprechender Kooperationspartner. Das Projekt zielt darauf, in Deutschland gerechte Löhne und faire Arbeitsbedingungen für Arbeitnehmer*innen aus den mittel- und osteuropäischen EU-Staaten durchzusetzen und es informiert über grundlegende Rechtsfragen bezüglich der Entsenderichtlinie der EU, Mindestlohn, Arbeitnehmerschutz etc. auch vor der Migration nach Deutschland. Es handelt sich um ein Projekt des DGB-Bundesvorstands und von DGB-Gewerkschaften. Im Fokus steht die Beratung von Arbeitnehmer*innen in acht Beratungsstellen in der ganzen Bundesrepublik, aber auch die Erstellung von Studien zu regelmäßig auftauchenden Problemen und rechtlichen und politischen Veränderungsstrategien und zu Bedarfen an sozialrechtlicher und arbeitsrechtlicher Beratung. Ein weiterer Arbeitsbereich von Faire Mobilität stellen Fortbildungs- und Informationskampagnen für Arbeitnehmervertretungen und anderen Verantwortlichen zur Situation von mobilen Arbeitnehmer*innen und die Entwicklung transnationaler Netzwerke dar.

Die Beratungsstellen von Faire Mobilität sind wiederum mit regionalen Netzwerken, Beratungsstellen und Projekten zur Bekämpfung von Ausbeutung in der EU Mobilität und gegen Menschenhandel und Zwangsarbeit vernetzt, an denen auch Einzelgewerkschaften und Initiativen zur Durchsetzung von Arbeitnehmerinteressen anderer Träger (z.B. kirchlicher Träger) beteiligt sind (siehe zum Beispiel das Projekt 'Arbeitnehmerfreizügigkeit fair gestalten'[3]). Aus den Publikationen des Projekts geht hervor, dass Arbeiterinnen in der häuslichen Pflege sowohl als Entsendete als auch als Selbstständige Beratung suchen (DGB

3 https://www.aulnrw.de/de/projekte/projekte/arbeitnehmerfreizuegigkeit-fair-gestalten/

Bundesvorstand 2015). Als typische Problemkomplexe der Beratung werden genannt:

- Kein Lohn oder zu niedriger Lohn
- Kündigung durch Arbeitgeber
- Arbeitsunfähigkeit ohne Lohnfortzahlung
- Unsicherer Krankenversicherungsstatus
- (Unbezahlte) Überstunden
- Schlechte Wohnbedingungen
- Unklarer Status: Arbeitnehmer/in oder Selbstständig/e

(DGB Bundesvorstand 2015)

Beraterinnen von Faire Mobilität für den Bereich der häuslichen Pflege berichten entsprechend über menschenunwürdige Unterbringung, unzumutbare Arbeitsbedingungen sowie Lohnverweigerung und unrechtmäßige Kündigungen durch Vermittlungsagenturen und über vertragliche Unklarheiten beziehungsweise bewusste Täuschung bezüglich der Scheinselbstständigkeit.

In dem Feld EU-Mobilität und Menschenhandel sind verschiedene Träger aktiv. Kirchliche Träger wie Bahnhofsmissionen und kirchliche Arbeitnehmerdienste, gewerkschaftsnahe oder gewerkschaftliche Organisationen und aus der Frauenrechtsbewegung hervorgegangene Träger bilden regionale oder landesweite Netzwerke wie zum Beispiel das Bündnis 'Faire Arbeitsmigration'[4] in Baden-Württemberg und unterstützen entsprechende Beratungsstellen. Weitere Beratungsstellen, die den Schwerpunkt Menschenhandel und Zwangsarbeit haben, bieten auch Beratung für Hausangestellte und Betreuungskräfte an, wie beispielsweise die Mitternachtsmission Heilbronn. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass alle diese Initiativen längerfristig stärker mit den in der Pflege tätigen Akteuren vernetzt werden müssen. Diese Vernetzung steht erst am Anfang.

Perspektivisch ist eine weitere Vernetzung auch mit den Migrationsberatungsstellen notwendig. In allen Fragen des Alltags und des Zusammenlebens in Deutschland können Migrant*innen – unabhängig davon ob sie EU Bürger*innen oder Drittstaatler*innen sind – die vom Bund geförderten Migrationsberatungsstellen für Erwachsene (MBE) in Anspruch nehmen, die über das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) abfragbar sind. Diese können dann zu weiteren Beratungsstellen, beispielsweise zur psychosozialen Beratung oder Krisenintervention, vermitteln. EU Bürger*innen können auch die durch das BAMF subventionierten Deutschkurse, die sogenannten Integrationskurse, in

4 http://faire-arbeitsmigration.de/

Anspruch nehmen. Die Migrationsberatungsstellen sind auch für die Vermittlung und Begleitung dieser Kurse zuständig.

Es gibt aus den Publikationen der genannten Beratungsstellen Hinweise darauf, dass sie von den Betreuungskräften in Anspruch genommen werden, aber es gibt insgesamt keinerlei belastbare Zahlen dazu. Forschungsergebnisse zur Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen, wie zuvor geschildert, legen nahe, dass Handlungsstrategien der Betreuungskräfte eher auf Kommunikation, Stellenwechsel und interne Vernetzung setzen, denn auf formalrechtliche Veränderungen. Eine wichtige Handlungsperspektive bezüglich der care workerinnen besteht daher darin, in deren sozialen Netzwerke über rechtliche Beratungsmöglichkeiten und vor allem über die erfolgreiche Durchsetzung von Arbeitnehmer*innenrechten zu informieren.

3.3 Selbstorganisation und Interessenvertretung

Damit treten weitere Möglichkeiten der Selbstorganisation und des Austausches in den Fokus. Dies wird von den Betroffenen, wie bereits erwähnt, auch praktiziert und ausdrücklich gewünscht, ist aber angesichts der Arbeitsbedingungen und heterogenen Arbeitszeiten schwer zu realisieren. Im EUMIP-Projekt wurde versucht, ein Begleitkonzept für Live-ins zu erproben und einen Treffpunkt mit Informationsvermittlung und Schulungen für Live Ins aufzubauen. Dies ist nur an einem Modellstandort gelungen. Im anderen Modellstandort konnte mangels eines Zugangs zur Zielgruppe weder das Begleitkonzept umgesetzt noch ein Treffpunkt aufgebaut werden. Das realisierte Modell zeichnet sich durch einen persönlichen und sehr niedrigschwelligen Zugang aus und war vermutlich deshalb erfolgreich. Über eine Mittelsperson wurde der Zugang zur polnischen katholischen Gemeinde hergestellt und nach dem Gottesdienst über eine polnischsprachige Mitarbeiterin zu einem Treff eingeladen. Auch andere Versuche, Treffpunkte aufzubauen, knüpften an vorhandene Vernetzung und Kontakte der Betreuungskräfte untereinander an, wie z.B. im Gottesdienst (IN VIA 2014) und nahmen ihren Ausgangspunkt in den *communities* der Betreuungskräfte, von Schlüsselpersonen oder von in den *communities* bekannten Persönlichkeiten. Es wird zu klären sein, ob sich für die anderen Herkunftsländer, die religiös und teilweise auch ethnisch wesentlich heterogener sind, ähnliche oder andere Netzwerke nutzen lassen.

Hervorzuheben ist, dass sich eine Gruppe von Betreuungskräften in der Schweiz aktiv im Netzwerk *Respekt* selbst organisiert. Die Selbsthilfegruppe Respekt wurde in Basel gegründet und unterstützt Betreuungskräfte in der

24-Stunden-Betreuung dabei, bessere Entlohnung und Arbeitsbedingungen durchzusetzen (Schilliger 2015). Respekt ist mittlerweile mit Unterstützung der Gewerkschaft für die öffentlichen Dienste aktiv. Damit bot der Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) den care workerinnen eine eigene Plattform. Der VPOD unterstützte eine Musterklage zur rechtlichen Klärung, wie die Abrufbereitschaft rund um die Uhr bei der 24-Stunden-Betreuung entschädigt werden muss. Sowohl die Gründerin als auch andere Mitglieder konnten Lohnforderungen – meist nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses – gerichtlich durchsetzen und so Standards für die auch in der Schweiz verbreitete 24-Stunden-Betreuung verbessern. Die bei Respekt organisierten Pflegemigrantinnen vernetzen sich, bieten Beratung an und kämpfen dafür, rechtlich abgesicherte Anstellungsbedingungen durchzusetzen. Das Netzwerk Respekt soll auch auf andere Regionen ausgedehnt werden und Frauen aller Nationalitäten organisieren.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Zielgruppe am Austausch, an Weiterbildung und Veränderung der Arbeitsbedingungen interessiert ist, aber sehr schwer erreichbar ist (Bomert i.d.B.). Zugänge müssen sehr niederschwellig und möglichst über persönliche Kontakte erfolgen. Ansatzmöglichkeiten stellen bereits bestehende informelle Zusammenschlüsse über soziale Netzwerke oder ethnische Gruppen wie beispielsweise im Rahmen von Kirchengemeinden dar. Multiplikatorinnen aus der eigenen *community* oder muttersprachliche Berater*innen bilden wichtige Brücken beim Aufsuchen von Beratungsangeboten oder bei der Selbstorganisation. Erfolge – wie erfolgreiche Beratungen oder gerichtliche Durchsetzung von Ansprüchen – befördern die Bildung von Netzwerken und erhöhen das Selbstorganisationspotential. Wie das Schweizer Beispiel zeigt, können solche Prozesse von einheimischen Trägern befördert werden, wenn diese ihnen innerhalb ihrer Organisation eine eigene Plattform bieten. Insgesamt müssen in dem Feld auf Arbeitnehmerrechte bezogene Organisationen, migrationsspezifische Unterstützungsstrukturen, kirchliche und wohlfahrtsstaatliche Träger, migrantische Initiativen und professionelle Einrichtungen und Verbände der Pflege besser vernetzt werden und längerfristig kooperieren.

4. Möglichkeiten der Perspektivenübernahme und längerfristige Veränderungen

Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts EUMIP wurde deutlich, dass – wie bereits auch Emunds und Schacher gezeigt haben (Emunds/Schacher 2012) – bei den Beteiligten in Pflegearrangements die care workerinnen

nicht als eigenständige Subjekte wahrgenommen werden. Die Organisation des Pflegesettings sowie das Handeln der Beteiligten ist nicht durch Reziprozität gekennzeichnet, sondern auf die Bedarfe der Pflegebedürftigen ausgerichtet; die migrantischen Akteurinnen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Deshalb fordern die Befragten fast alle vor allem Respekt und Anerkennung für ihre Arbeit sowohl von Pflegediensten als auch von Angehörigen. Daher wäre es notwendig, über Informationen, Kampagnen und Fort- und Weiterbildungen deren Perspektiven stärker zu artikulieren, sowohl was ihre Migrationsmotive, Bewältigungsstrategien als auch ihr Pflegeverständnis betrifft. Hier sind aber noch keine praktischen Beispiele bekannt. Auch sollten die sozialen Realitäten der Herkunftsländer und die Folgen des Pendelns für Familien und Pflegesysteme stärker in der öffentlichen Debatte dargestellt werden (Lutz 2018).

Wie bereits angedeutet, ist diese Form der Care-Erbringung in mehrfacher Hinsicht problematisch, aber aus der Perspektive der betroffenen Frauen sollte es nicht darum gehen, diese Arbeitsmöglichkeit abzuschaffen, sondern die Arbeitsbedingungen und Bezahlung zu verändern. So wäre es beispielsweise längerfristig denkbar, die Betreuung in mehreren Schichten zu organisieren und für mehrere Haushalte zu bündeln oder wohnortnahe und sozialraumorientierte Entlastungen zu schaffen, die die Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Vorgaben ermöglichen. Auch könnten Übergänge der Betreuungskräfte in andere, sozialversicherungspflichtige und reglementierte Berufstätigkeiten beispielsweise in der ambulanten Pflege gefördert werden. Um Pflege anders zu organisieren, müsste aber letztlich das hiesige auf der familialen Pflege von Angehörigen ausgerichtete soziapolitische Modell zugunsten eines steuerfinanzierten öffentlichen Modells verändert werden.

Literatur

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

DGB Bundesvorstand (Hg.) 2015: Faire Mobilität? Zur Situation von mobilen Beschäftigten aus den mittel- und osteuropäischen Staaten von Michaela Dälken, Expertise im Auftrag des Projektes Faire Mobilität. Berlin.

Emunds, Bernhard/Schacher, Ulrich 2012: Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten. Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung. Heft 61, Frankfurt am Main.

Frings, Dorothea, 2010: Die Entwicklung haushaltsnaher Dienstleistungen im Kontext der begrenzten Arbeitnehmerfreizügigkeit für Neu-Unionsbürgerinnen. In: Scheiwe,

Kirsten/Krawietz, Johanna. (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 57-80.

Husmann, Manfred, 2010: Rechtliche Rahmenbedingungen bei grenzüberschreitender Haushalts- und Pflegearbeit. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna. (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 29-56.

INVIA Diözese Freiburg (Hg.): Frauen aus dem östlichen Europa in der Arbeit im Privathaushalt und auf Arbeitssuche. Bericht über das Projekt Cosmobile Haushaltshilfen von INVIA in der Erzdiözese Freiburg bei der Bahnhofsmission Karlsruhe. (www.invia-freiburg.de; Zugriff: 26.8.2015)

Karakayali, Juliane, 2010: Transnational Haushalten. Biographische Interviews mit care workers aus Osteuropa. Wiesbaden.

Kiekert, Jasmin/Schirilla, Nausikaa, 2018: Was Migrantinnen brauchen, die in Privathaushalten pflegen. In: Neue Caritas. 7, 46-50.

–, 2016: Osteuropäische Betreuungskräfte: Ende des Pflegenotstands? In: Neue Caritas 03/2016, 23-26.

Kniejska, Patrycja, 2016: Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz. Wiesbaden.

Lutz, Helma, 2018: Die Hinterbühne der care Arbeit. Weinheim/Basel.

Rossow, Verena/Leiber, Simone, 2017: Zwischen Vermarktlichung und Europäisierung: Die wachsende Bedeutung transnational agierender Vermittlungsagenturen in der häuslichen Pflege in Deutschland. Sozialer Fortschritt. 66, 285-302.

Satola, Agnieszka, 2015: Migration und irreguläre Pflegearbeit in Deutschland. Stuttgart.

Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.), 2014: (K)Eine Arbeit wie jede andere? Die Regulierung von Arbeit im Privathaushalt. Berlin.

–, 2010: Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden.

Schilliger, Sarah, 2015: Polnische Care-Arbeiterinnen in der Schweiz organisieren sich selbst. Staat und Res Publicae. 164-169.

Tießler-Marenda, Elke, 2012: Rahmenbedingungen für die Arbeit in Pflegehaushalten in Deutschland. In: Hitzemann, Andrea/Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna (Hg.): Pflege und Migration in Europa. Freiburg.

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hg.), 2018: Ausländische Haushalts- und Bertreuungskräfte in Privathaushalten. Pflegewegqweiser NRW für Pflegebedürftige und Angehörige (https://www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/gesundheit-pflege/ausl%C3%A4ndische-haushalts-und-betreuungskr%C3%A4fte-in-privathaushalten-46008893; Zugriff: 6.2.2019)

ver.di Bundesverwaltung Gesundheitspolitik (Hg.), 2014: Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Berlin.

Internetseiten mit Hinweisen zur Unterstützung

Arbeitnehmerfreizügigkeit fair gestalten: https://www.aulnrw.de/de/projekte/projekte/arbeitnehmerfreizuegigkeit-fair-gestalten/

Faire Mobilität: www.faire-mobilitaet.de; https://www.faire-mobilitaet.de/faelle/++co++d2241d9e-134a-11e9-8132-52540088cada

Migrationsberatung BAMF: http://www.bamf.de/DE/Willkommen/InformationBeratung/ErwachseneBeratung/erwachseneberatung-node.html

Respekt: https://respekt-vpod.ch/campa/netzwerk-respekt/#netzwerk

Verbraucherzentrale: https://www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/gesundheit-pflege/ausl%C3%A4ndische-haushalts-und-betreuungskr%C3%A4fte-in-privathaushalten-46008893

Matthias Neumann / Gabriele Winker

Handlungsfähigkeit im Care-Bereich erweitern
Care-Räte vor Ort als erster Schritt?

Von einem „guten Leben für alle" träumen viele Menschen, die sich in sozialen Bewegungen engagieren. Dieser Wunsch motiviert zugleich ein Nachdenken über grundlegende gesellschaftliche Alternativen, denn wir erfahren alltäglich, dass im Rahmen der kapitalistischen Produktionsweise dieses gute Leben für die allermeisten Menschen nicht erreichbar ist. Denn solange Zweck der Produktion von Gütern und Dienstleistungen die Verwertung des eingesetzten Kapitals ist, lassen sich viele Bedürfnisse nicht oder nur in dem Maß realisieren, wie sie sich als zahlungsfähige Nachfrage äußern. Ebenso ist überall dort, wo Privateigentümer_innen über das Was, Wie und Wieviel der Produktion entscheiden, den meisten von diesen Entscheidungen betroffenen Menschen eine demokratische Teilhabe nicht möglich. Schließlich sind wir in einer Gesellschaft, die durch individuelle Konkurrenz um notwendige Güter, Reproduktionszeit oder einigermaßen befriedigende Arbeitsplätze geprägt ist, selbst auf konkurrierendes Verhalten trainiert: Die Befriedigung der Bedürfnisse, die wir miteinander durch Kooperation erfüllen, leidet darunter.

Alle diese Beschränkungen, die direkt aus der Logik der kapitalistischen Produktionsweise folgen, gelten in besonderem Maß für Sorgebeziehungen. Diese bleiben jedoch, ebenso wie die großenteils unentlohnte Sorgearbeit, die in ihnen geleistet wird, im politischen Raum weitgehend unberücksichtigt. Wir wollen im Gegensatz hierzu der Sorge für sich selbst und füreinander einen zentralen Platz in den gegenwärtigen politischen Auseinandersetzungen einräumen. Dies begründen wir insbesondere damit, dass Sorge im Leben aller Menschen von existenzieller Bedeutung ist und daher jeder Ansatz, der das 'gute Leben', also die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse, als Ausgangspunkt nimmt, Sorge berücksichtigen muss – nicht nur als Bereich, in dem Bedürfnisse befriedigt werden müssen, sondern auch als Haltung, die der im Kapitalismus erlernten Konkurrenz und Instrumentalisierung entgegengesetzt ist.

Diese existenzielle Bedeutung der Sorge ergibt sich daraus, dass wir zu jedem Zeitpunkt unseres Lebens darauf angewiesen sind, dass auch andere Menschen

sich um unsere körperlichen, psychischen und Lernbedürfnisse kümmern. Dies gilt nicht nur bei der Geburt, im Kinder- und Jugendalter und in der Krankheit. Auch als erwachsene, körperlich nicht eingeschränkte Menschen können wir nicht leben, ohne dass wir für uns selbst sorgen, aber auch – ganz entscheidend – Trost, Rat und Anregungen von anderen erhalten. Dass wir verletzliche Wesen sind, zieht sich durch unser Leben.

In diesem Aufsatz wollen wir der Frage nachgehen, welche gesellschaftliche Teilhabe im Sorgebereich anzustreben ist und wie wir die Bedingungen, unter denen wir Sorgearbeit leisten, in gemeinsam geführten Auseinandersetzungen verbessern können. Gleichzeitig wollen wir zeigen, dass wir auf diesem Weg dem guten Leben für alle mehr Bedeutung als Bezugspunkt unserer Politik geben können. In Kapitel 1 stellen wir zunächst dar, weshalb Sorge füreinander ein grundlegendes Bedürfnis ist, und wir begründen, dass es gemeinsamen, solidarischen Handelns bedarf, dieses Bedürfnis zu befriedigen. Im zweiten Kapitel skizzieren wir, wie wir mit der Transformationsstrategie der Care Revolution auch unter den gegenwärtigen Bedingungen Schritte in Richtung einer solidarischen Gesellschaft gehen wollen. Dabei fokussieren wir hier auf die Demokratisierung des Care-Bereichs. Mit dem Care-Rat Freiburg stellen wir ein Beispiel vor, wie wir kleine Schritte, die auf das große Ziel einer solidarischen Gesellschaft hinführen sollen, zu gehen versuchen. Den Abschluss bildet ein Ausblick, der für eine verbindende Care-Politik plädiert, die Menschen in unterschiedlichen Care-Positionen zusammenbringt.

1. Sorge und Solidarität als Handlungsperspektive

1.1 Sorge für sich und andere als menschliches Bedürfnis

Viele Akteur_innen in sozialen Bewegungen orientieren sich am Primat der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse. Dabei wird jedoch allzu selten definiert oder genauer beschrieben, was mit dem Begriff des Bedürfnisses eigentlich gemeint ist. Insbesondere die Bedürfnisbefriedigung in Sorgebeziehungen wird häufig nicht mitgedacht. Was also meinen wir, wenn wir von Bedürfnissen sprechen?

Das Konzept des Bedürfnisses ist nicht leicht eingängig, weil es negativ definiert ist: Ein Bedürfnis ist das, dessen Realisierung ein Subjekt anstrebt, wenn es ihm fehlt. In diesem Sinn sprechen wir beispielsweise von einem Bedürfnis nach Nahrung oder nach Geborgenheit. Bedürfnisse können sich auf Verschiedenstes richten: Es können Gegenstände, soziale Interaktionen oder Erfahrungen sein, die Menschen zu ihrem Wohlbefinden benötigen. Entsprechend kann ein Bedürfnis

erfüllt oder nicht erfüllt sein. Schon aus diesem Ausgangspunkt – ein Bedürfnis ist ein individuell erfahrener Mangel – ergibt sich, dass außer der jeweiligen Person selbst niemand entscheiden kann, ob und in welchem Maß ein Bedürfnis befriedigt ist. Werden Bedürfnisse nicht befriedigt, löst dies den Handlungsimpuls aus, etwas an dieser Situation zu ändern. „Solange das Bedürfnis des Menschen nicht befriedigt ist, ist er im Unfrieden mit seinen Bedürfnissen, also mit sich selbst" (Marx 1962/1880, 363).

Neben dem Versuch, allgemein zu bestimmen, was ein Bedürfnis ausmacht, ist es auch möglich, einzelne Bedürfnisse aufzuzählen. Hier gibt es verschiedenste Versuche. Einer ist der von Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde und Martin Hopenhayn (1990), die folgende neun Kategorien menschlicher Bedürfnisse vorschlagen: Subsistenz, Schutz, Zuneigung, Verständnis (im Sinne aktiven Verstehens), Partizipation, Muße, Kreativität, Identität und Freiheit (ebd., 24). Solche Listen können nie komplett und nie eindeutig sein. Dennoch wird an einer solchen Aufzählung deutlich, dass Bedürfnisbefriedigung nicht auf die materielle Versorgung mit Nahrung, Wasser oder Wohnung reduzierbar ist, sondern in vielfacher Hinsicht nur im Bezug auf andere Menschen möglich ist.

Menschen als soziale Wesen zeichnet aus, dass sie zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zusammenwirken müssen. Denn auch wenn Menschen Wissen teilen und anhäufen und ihre Fähigkeiten entwickeln können, kann jeder einzelne Mensch nur einen Teil menschlicher Potenzen ausbilden. Zudem ist vieles nicht als individuelle Anstrengung zu erledigen, auch wenn die nötigen Fähigkeiten vorhanden sind: Selbst die beste Handwerkerin kann eine Schule nicht alleine bauen, und kein Mensch kann sich unter Narkose selbst operieren. Eine umfassende Bedürfnisbefriedigung erfordert also einen arbeitsteiligen und kooperativen gesellschaftlichen Zusammenhang.

Dabei ist es ein grundlegendes menschliches Bedürfnis, Sorge zu erfahren. Dies ist wohl ohne weiteres eingängig: Da Menschen alltäglich auf andere angewiesen sind, ist es ein wesentliches Kriterium für ein gutes Leben, in einer schwierigen Situation Hilfe und Unterstützung zu erfahren. Nicht so einfach beantwortbar ist die Frage, ob dies auch für die andere Seite der Care-Beziehung gilt: Gibt es auch ein Bedürfnis, für andere zu sorgen? Gibt es ein Bedürfnis, sich um die Bedürfnisse anderer zu kümmern? Eine Begründung hierfür finden wir bei Ute Holzkamp-Osterkamp (1976, 20ff.). Da Menschen für ihr Überleben auf eine gelingende Kooperation mit anderen angewiesen sind, berührt das Wohlbefinden anderer in dieser Kooperation die eigene Lebensqualität. So wird, argumentiert sie, das Streben nach wechselseitigen guten Beziehungen – also auch nach guten Sorgebeziehungen – zum menschlichen Bedürfnis.

Menschen sind also nicht nur aufeinander angewiesen, in diesem notwendigen Bezug aufeinander werden auch menschliche Bedürfnisse befriedigt. Dabei ist bedenkenswert, dass zum Gelingen einer Sorgebeziehung alle Beteiligten beitragen, so dass auch hier eine wechselseitige Angewiesenheit aufeinander existiert. Auch wenn etwa in der Pflege oder der Assistenz Sorgebeziehungen asymmetrisch sind, gerät der schlichte „Gegensatz zwischen einer Autonomie der Sorgeleistenden und einer Abhängigkeit der Umsorgten ins Wanken" (Precarias a la deriva 2014, 65). Insbesondere Feminist_innen betonen diesen Zusammenhang immer wieder: „But given how fundamentally we are all connected through relationships of care, none of us is ever completely independent of others. We are all, always, interdependent" (Tronto 2014, 42). Diese Position steht in direktem Gegensatz zu der Vorstellung von einem autonomen, seinen individuellen Nutzen maximierenden Individuum, die das bürgerliche Menschenbild bestimmt. Dieses Individuum kümmert sich primär um sich selbst; seine Beziehungen sind demgemäß insbesondere Konkurrenzbeziehungen.[1]

Diese Betonung der Interdependenz von Sorgebeziehungen hat auch analytische und politische Konsequenzen. Insbesondere können wir, wenn wir über Sorge sprechen, den Blick nicht nur auf die entlohnte Sorgearbeit richten. Denn wenn in Sorgebeziehungen Bedürfnisse aller beteiligten Personen befriedigt werden, muss ein politisches Handeln, das Bedürfnisse ins Zentrum stellt, auch alle diese Sorgepositionen berücksichtigen. Und Sorgearbeit wird zum ganz überwiegenden Teil unentlohnt geleistet: Die unentlohnte Sorgearbeit, die in der bundesdeutschen Statistik Haushalts-, Erziehungs-, Pflege- und ehrenamtliche Arbeit umfasst, macht ca. 55 % der gesamten Arbeit aus (Statistisches Bundesamt 2015). Wenn wir diesen riesigen Bereich ausblenden, ist nicht nur eine adäquate Analyse der Produktionsweise unmöglich, sondern auch ein erfolgreiches Nachdenken über die Bedingungen umfassender Bedürfnisbefriedigung. Desgleichen blieben mit einer solchen verkürzten Betrachtung Akteur_innen gesellschaftlicher Veränderung und Möglichkeiten zu Bündnissen in Konflikten um die Gestaltung von Sorgearbeit ungesehen. Diesen Aspekt werden wir zu Ende unseres Textes wieder aufgreifen.

---

1 Dass diesem vorgestellten autonomen Individuum ein selbstloser, aufopfernder weiblicher Gegenpart zur Seite gestellt wird und dieser in den als gesellschaftslos gedachten Raum der Intimbeziehung und der Familie verwiesen wird, ist in der feministischen Theoriebildung in unterschiedlichen Konzepten immer wieder formuliert worden (vgl. u.a.: Neusüß 1985; Klinger 2012).

Ein weiterer Aspekt ist wichtig, wenn wir unsere politischen Ziele von Bedürfnissen ausgehend bestimmen wollen: Nach Klaus Holzkamp – hier schließen wir uns an – ist zur umfassenden Bedürfnisbefriedigung nicht nur die aktuelle Beseitigung unmittelbarer Mangelzustände erforderlich, sondern gleichzeitig die Verfügung über die eigenen relevanten Lebensumstände. Holzkamp (1983, 246f.) illustriert dies am Beispiel des Hungers und argumentiert, dass die Ernährung hungernder Menschen nicht hinreicht, sondern dass deren Bedürfnis erst dann umfassend gestillt ist, wenn das Leben von der allgegenwärtigen Bedrohung durch Hunger befreit ist. So wird Handlungsfähigkeit, verstanden als eigener Einfluss auf die Voraussetzungen der Bedürfnisbefriedigung, selbst zum menschlichen Bedürfnis. Diese Teilhabe geschieht zum einen durch die Beteiligung am gesellschaftlichen Arbeitsprozess[2]. Jedoch ist die gesellschaftliche Arbeitsteilung ein viel umfassenderer Zusammenhang als der, in dem einzelne Menschen tätig sein können. Zudem gibt es auch jenseits der Arbeit viele Entscheidungen zu treffen, die für das Zusammenleben relevant sind. Deswegen bedarf die „Verfügung des Individuums über seine eigenen Lebensbedingungen in Teilhabe an der Verfügung über den gesellschaftlichen Prozess" (ebd., 241) auch der Teilhabe an demokratischen Entscheidungen in allen Lebensbereichen. Hier ist nochmals in Erinnerung zu rufen, dass ein Bedürfnis etwas subjektiv Empfundenes ist, so dass unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung die Möglichkeit, tatsächlich selbst an Entscheidungen teilzuhaben, wichtig ist. Erst wenn eine solche Teilhabe gewährleistet ist, lässt sich von umfassender Handlungsfähigkeit sprechen. Diese ist für Holzkamp so zentral, dass er sie als „das *erste* menschliche Lebensbedürfnis" ansieht (ebd., 243). Dies begründet er damit, dass „Handlungsfähigkeit die allgemeinste Rahmenqualität eines menschlichen und menschenwürdigen Daseins ist, und Handlungsunfähigkeit die allgemeinste Qualität menschlichen Elends der Ausgeliefertheit an die Verhältnisse, Angst, Unfreiheit und Erniedrigung" (ebd.).

Eben diese, für Menschen so entscheidende, Handlungsfähigkeit stößt allerdings im Kapitalismus schnell an Grenzen, wenn einzelne Personen versuchen, ihren Handlungsrahmen in Konfrontation mit staatlichen, ökonomischen und auch familiären Regulierungen zu erweitern. Im Wissen um das Risiko zu scheitern finden sich Subjekte häufig mit den gesellschaftlichen Verhältnissen ab und erhalten damit diejenigen Lebensbedingungen aufrecht, unter denen sie leiden. Wenn Menschen sich damit nicht mehr zufriedengeben und die Grenzen des bislang Möglichen verschieben möchten, wenn sie also umfassend handlungsfähig

2 Gerade in diesem Zusammenhang sei erneut betont, dass unter Arbeit nicht nur Erwerbsarbeit zu verstehen ist.

werden wollen, lässt sich dies nur kollektiv umsetzen. Das bedeutet, dass Menschen mit ihnen gemeinsam Handelnde benötigen, die sich solidarisch auf sie beziehen. Deswegen befassen wir uns im Folgenden mit dem Begriff der Solidarität.

1.2 Solidarisches Handeln als Bedingung für Veränderung

Auf dem Weg zu einer umfassenderen Bedürfnisbefriedigung, so lernen wir von der Kritischen Psychologie, ist die Erweiterung der Handlungsfähigkeit unabdingbar. Um sich nun aber auch tatsächlich in der gesellschaftlichen Realität gegen Ausbeutung, Erniedrigung, Diskriminierung und Unterdrückung wehren zu können, bedürfen Menschen der Unterstützung anderer – der Solidarität. Solidarisch zu handeln bedeutet demnach, zusammen mit anderen aktiv für eine Erweiterung des Handlungsrahmens einzutreten (Holzkamp 1983, 372f.). In einer durch Herrschaftsverhältnisse strukturierten Gesellschaft ist dies in der Regel damit verbunden, für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse einzutreten. Insofern fassen wir Solidarität als gegenseitige Unterstützung von Menschen, die danach streben, ihre Handlungsfähigkeit durch die Überschreitung des ihnen gegebenen Handlungsrahmens zu erweitern.

Solidarität geschieht vielfach auf Augenhöhe; aber auch in Situationen, in denen es auf den ersten Blick Solidarität Übende und Menschen gibt, die Solidarität erfahren, ist sie für beide Seiten bedeutsam.[3] Sie hilft einerseits den Unterstützten, die Rahmenbedingungen zu verbessern, unter denen sie ihre Bedürfnisse befriedigen können. Andererseits hilft jede positive Verschiebung der Kräfteverhältnisse, jede Einübung solidarischer Praxen auch den Unterstützer_innen, die eigene Handlungsfähigkeit zu erweitern. Denn die gesellschaftlichen Strukturen und diskriminierenden Abwertungen, die die Notlage des oder der Anderen zur Folge haben, beeinflussen auch den eigenen Lebenszusammenhang.

Wir sind der Meinung, dass Solidarität – dem Gedanken von Seyla Benhabib (1989) folgend – sowohl mit dem Konzept des verallgemeinerten als auch mit dem des konkreten Anderen zu denken ist: Solidarität lässt sich zum einen über allgemeine menschliche Bedürfnisse und einen Anspruch auf Würde begründen, die allen Menschen unterschiedslos zukommen. Die Unterstützung von geflüchteten Menschen, streikenden Arbeiter_innen oder von Zwangsräumung bedrohten Mieter_innen setzt keinen emotionalen Bezug zu den einzelnen Personen und keine persönliche Bekanntschaft mit ihnen voraus. Zum anderen lässt sich Solidarität aber auch über den Blick auf die konkrete Bedürfnislage und das

3 Hier ist die Parallele zu Sorgebeziehungen bemerkenswert.

Gewordensein der jeweils einzelnen Personen begründen. Menschen können ein Bedürfnis haben, einzelne bei der Erweiterung ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen, gerade weil sie zu ihnen eine persönliche Beziehung aufgebaut haben.

Solidarität in einem umfassenden, nicht ausschließenden Sinn steht ferner nicht im Widerspruch dazu, die Differenz zwischen Menschen anzuerkennen. Wir müssen nicht alle gleiche Vorstellungen von einem guten Leben haben, um miteinander solidarisch zu sein. Anknüpfend an die idealtypische Rolle des Fremden bei Zygmunt Bauman kommt etwa Rainer Zoll (2007) zur „Ambiguität von Differenz und Gleichheit: Der Fremde ist different, weil er aus einer anderen Kultur kommt, ist aber auch gleich, weil er Mensch ist. Die Differenz wird wahrgenommen, ja ausdrücklich thematisiert, und zugleich wird die Gleichheit gesehen und die Schlussfolgerung gezogen: Diese abstrakte Gleichheit ist ein hinreichender Grund für Solidarität" (ebd., 228).

Es ist dabei durchaus denkbar, dass Menschen innerhalb einer begrenzten Gruppe solidarisch handeln, beispielsweise Bewohner_innen eines Stadtteils oder Beschäftigte eines Krankenhauses. Solidarität zu praktizieren erfordert allerdings, dass berücksichtigt wird, wie sich das eigene Handeln auf die Handlungsfähigkeit und die Bedürfnisse Anderer, hier nicht Beteiligter auswirkt. Solidarität muss sich also „stets auf der Suche befinden nach den noch Unsichtbaren, noch Ungedachten; jenen, welche in keiner Weise an der Hegemonie partizipieren und deren Zustimmung für die Aufrechterhaltung der Machtverhältnisse von keinerlei Bedeutung ist: den Subalternen" (Habermann 2011, 16).

Wie ist nun das Verhältnis von Solidarität und Sorge zu denken? Die beiden Begriffe sind in dem, was sie bezeichnen, nicht klar voneinander abgrenzbar oder gar gegensätzlich. In zweifacher Hinsicht lassen sich jedoch Unterschiede festhalten: Zunächst bezeichnet ein Sorgeverhältnis in jedem Fall eine persönliche Beziehung. Solidarität kann dagegen, wie oben bereits ausgeführt, sowohl bekannten Menschen wie weitgehend anonymen Personengruppen entgegengebracht werden.

Der zweite Unterschied zwischen den Begriffen der Sorge und der Solidarität ist, dass im Mittelpunkt der Sorge konkrete Bedürfnisse der auf Sorge Angewiesenen stehen, die direkt durch die Sorgebeziehung befriedigt werden sollen. Krankenpflege, Trost oder die Betreuung von Kindern beispielsweise richten sich auf unmittelbar vorliegende Bedürfnisse von Menschen. Bei Solidarität dagegen steht die Unterstützung bei der Erweiterung der Handlungsfähigkeit im Mittelpunkt.

In jedem Fall sind Sorge und Solidarität nicht synonym, aber durchaus als komplementär zu verstehen. Denn letztlich geht es sowohl in Sorge- wie auch in solidarischen Beziehungen darum, dass Menschen in Beziehungen Bedürf-

nisse befriedigen. Auch dort, wo diese Beziehungen asymmetrisch sind, werden Bedürfnisse aller Beteiligten tangiert. Darüber hinaus sehen wir Bedingungen für gutes Leben besonders dort erfüllt, wo die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Sorge- wie solidarische Beziehungen unterstützen, statt ihnen, wie unter kapitalistischen Bedingungen, hinderlich zu sein. Eine solche Gesellschaft bezeichnen wir als solidarische Gesellschaft.[4]

2. Demokratisierung des Care-Bereichs

Oben haben wir argumentiert, dass darüber, ob ein Bedürfnis befriedigt ist, nur die jeweilige Person entscheiden kann, eben weil ein Bedürfnis individuell erfahren wird. Bedürfnisorientierung entspricht also der Möglichkeit, selbst über die hierfür benötigten Mittel zu entscheiden. Gleichzeitig werden menschliche Bedürfnisse auch im Tätigsein, im gemeinschaftlichen Handeln, im Bezug aufeinander befriedigt. Bezogen auf Sorgebeziehungen bedeutet dies zum einen, dass Sorgebedürftige in Entscheidungen über Ausgestaltung und Umfang von Sorge einbezogen werden müssen. Zum anderen dürfen Menschen nicht dazu gezwungen werden, für andere zu sorgen und beispielsweise Angehörige zu pflegen. Vielmehr muss es den Einzelnen freistehen, die Sorgeaufgaben zu übernehmen, die sie für wichtig und für sich angemessen halten und zwar in einem Maß, das ihnen entspricht und das ihnen die Zeit zur Muße lässt, derer sie bedürfen.

Voraussetzung dafür ist, dass alle Sorgeaufgaben, auch die unentlohnten, als Teil des gesellschaftlichen Arbeitsprozesses anerkannt werden und nicht aufgrund von Geschlechter- und Familiennormen in die Verantwortung Einzelner, insbesondere Frauen, geschoben werden. Sich um Kinder, pflege- oder unterstützungsbedürftige Menschen zu kümmern, ist gesellschaftlich notwendige Arbeit wie Brot backen, Gütertransport oder Softwareentwicklung. Bleiben Aufgaben unerledigt – und beispielsweise Pflege ist nicht aufschiebbar –, ist dies ein kollektives Problem, für das auf gesellschaftlicher Ebene Lösungen gefunden werden müssen und das nicht in den scheinbar ungesellschaftlichen Raum der Familie abgeschoben werden kann.

Mit der Kritischen Psychologie haben wir argumentiert, dass umfassende Bedürfnisbefriedigung mehr bedeutet, als die unmittelbare Beseitigung des erfahrenen Mangels, beispielsweise also zu essen, wenn ich Hunger habe. Es geht vielmehr auch um die Befreiung von der allgegenwärtigen Gefahr, ein solches Bedürfnis nicht befriedigen zu können. Eine solche Verfügung über die eigenen

4 Vgl. Winker 2015; Neumann/Winker 2018.

relevanten Lebensumstände bedarf zwingend der Teilhabe an den gesellschaftlichen Entscheidungen, die den Rahmen herstellen, in dem wir unser Leben führen. Wo immer also Menschen tätig sind und zueinander in Beziehung treten, müssen alle gleichermaßen Einfluss auf diesen Prozess haben. Als soziale Wesen, die ihre Bedürfnisse nur im gemeinsamen, kooperierenden Handeln befriedigen können, benötigen Menschen demokratische Strukturen.

2.1 Anforderungen an Demokratie im Care-Bereich

Im Zusammenhang mit Sorge wird Demokratie allerdings kaum diskutiert. Dies sollte insofern nicht allzu sehr verwundern, als Sorgebedürftigkeit und Sorgeaufgaben nach wie vor häufig als individuelle Schicksale, private Situationen und familiäre Aufgaben behandelt werden. Jedoch ist gerade die Tatsache, dass Care nicht als gesellschaftliche und deshalb gesellschaftlich zu organisierende Aufgabe gesehen wird, ein wesentlicher Teil des Problems. Sorge braucht Zeit, finanzielle Ressourcen, Unterstützung durch professionelle Einrichtungen und die Möglichkeit, Arbeit an diese abzugeben. Es ist von grundlegender Bedeutung, die Rahmenbedingungen für Sorgearbeit zu verbessern, um nicht die Bedürfnisse Sorgearbeitender und auf Sorge Angewiesener zueinander in Gegensatz zu stellen. Das war und ist ein zentrales Thema von *Care Revolution* (Winker 2015). Wer über welche dieser Rahmenbedingungen entscheiden kann, ist mit der Frage der Demokratie unmittelbar verbunden.

Entsprechend ist es dringend erforderlich, die Demokratisierung des Care-Bereichs voranzubringen. Die Aufgabenfelder und Einrichtungen, in denen Sorgearbeit geleistet wird, stellen jedoch Anforderungen an die Form, wie demokratische Teilhabe gestaltet wird. Diese ergeben sich aus der Besonderheit von Sorgebeziehungen selbst:

Zum einen werden in der Sorgearbeit Beziehungen gestaltet, die häufig existenziell oder intim sind. Offensichtlich ist dies etwa bei der Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen im Pflegeheim oder zu Hause oder in der Behindertenassistenz. In solchen für das jeweils eigene Leben einschneidenden Situationen ist nicht nur wichtig, dass akzeptable Rahmenbedingungen geschaffen werden, sondern es ist der eigene Einfluss auf die je eigenen Sorgebeziehungen wichtig. Daraus wird schon deutlich, dass Privatunternehmen im Sorgebereich mit einer bedürfnisgerechten Ausgestaltung nicht vereinbar sind, da in diesem Fall Eigentümer_innen über den Umfang und die konkrete Art der Dienstleistungen entscheiden und Sorgenden oder auf Sorge Angewiesenen kein umfassendes Mitspracherecht ermöglicht wird. Der Vorrang der Eigentümer_innen,

die besonders bei Kapitalgesellschaften nicht einmal an den Sorgebeziehungen beteiligt sind, ist in die Form des Privateigentums eingeschrieben. Dies ist der Grund, warum Care Revolution für eine Rückführung von Care-Unternehmen in die gesamtgesellschaftliche Verantwortung eintritt.

Eine Teilhabe, mittels derer tatsächlich Einfluss genommen werden kann und die damit die Verfügung über die eigenen Lebensumstände ermöglicht, kann allerdings auch nicht zentralisiert und repräsentativ organisiert und dann von Expert_innen exekutiert werden. Stattdessen sind Formen direkter Demokratie und dezentrale Entscheidungsstrukturen erforderlich. Denn vor Ort können Menschen miteinander sprechen und mitentscheiden, da sich viele Sorgeaufgaben kleinräumig organisieren lassen, ob sie nun von Care-Beschäftigten oder als unentlohnte Sorgearbeit ausgeführt werden. Hier können sie sich auch die für eine Selbstverwaltung nötigen Kompetenzen aneignen. Diese Aneignung von Kompetenzen bedeutet eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit. Auch können hier unterschiedliche Formen beispielsweise des Lernens oder Heilens ausprobiert werden, zumal sich Menschen vor Ort als Expert_innen ihrer selbst einbringen können.

Zum anderen ist zu betonen, dass Lösungen, die die Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigen, nur zustande kommen werden, wenn Menschen in den verschiedenen Sorgepositionen beteiligt sind: Entlohnt und unentlohnt Sorgearbeitende, die gleichermaßen diese gesellschaftlich notwendige Arbeit leisten, ebenso wie Sorgebedürftige. Im Care-Bereich ist Demokratie also nur im Zusammenwirken aller Beteiligten denkbar, indem sie ihre – sicherlich auch widersprüchlichen – Wünsche in die Gestaltung von Care einbringen.

Von all diesen formulierten Voraussetzungen für eine an Bedürfnissen orientierte demokratische Teilhabe im Care-Bereich sind wir jedoch in der gesellschaftlichen Realität weit entfernt, solange Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime zum Feld der Kapitalverwertung werden, solange Care-Aufgaben als zu minimierender Kostenfaktor in der globalen Konkurrenz angesehen werden und solange beides als alternativlos dargestellt wird. So bleibt uns derzeit nur, als Care-Bewegung möglichst weitgehende Verbesserungen der Rahmenbedingungen von Sorgearbeit durchzusetzen und in diesem Prozess demokratische Strukturen zu verankern.

2.2 Demokratisierung durch Care-Bündnisse voranbringen

Gerade im Care-Bereich sehen wir gute Chancen für erste Schritte auf dem Weg zu einer grundlegenden Demokratisierung. Denn in der Sorge werden nicht nur

unmittelbar lebensnotwendige Bedürfnisse angesprochen; gleichzeitig wird hier die Absurdität besonders offensichtlich, Menschen nach dem Prinzip maximaler Rentabilität heilen, lehren, beraten oder pflegen zu wollen. Es gibt entsprechend eine weitverbreitete Kritik an einem System, das alle Aspekte des Lebens ökonomisiert, da immer mehr Menschen die Auswirkungen einer solchen Politik tagtäglich am eigenen Leib erfahren. Sie leiden auf unterschiedliche Weise unter Stress und Überforderung. Existenzsicherheit, Selbstsorge, Zeit, sich um nahe Menschen zu kümmern – etwas kommt immer zu kurz. Während Care-Beschäftigte mit immer neuen Anforderungen und dem damit verbundenen Zeitdruck konfrontiert sind, müssen die Umsorgten mit Minutenpflege, hohen Infektionsraten im Krankenhaus, ungenügender öffentlicher Kinderbetreuung oder Lehrer_innenmangel in Schulen klarkommen. Es sind dann meist Frauen in den Familien, die neben der eigenen Berufstätigkeit die zusätzlichen Sorgeaufgaben übernehmen. So kommen Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen und in verschiedenartigen Lebenssituationen zu der Erkenntnis, dass Gesellschaft zumindest im Bereich Care völlig neu gestaltet werden muss.

Allerdings sind Menschen in Sorgebeziehungen oft wenig durchsetzungsfähig. Das hat mehrere Gründe: Erstens haben Menschen mit hohen Sorgeaufgaben wenig Zeit für politisches Engagement. Zweitens gibt es aber auch keinen öffentlichen Raum, wo sich Sorgearbeitende treffen, sich austauschen und politisch engagieren können. Drittens bleiben Aktivitäten, wenn sie stattfinden, beispielsweise auf Krankenhäuser oder Kitas beschränkt. Eine umfassende Care-Bewegung gibt es nicht. Und viertens arbeiten Care-Beschäftigte nur selten politisch mit denen zusammen, für die ihre Sorgearbeit wichtig und bedeutsam ist.

Nicht hoch genug sind deswegen Ansätze einer solchen Zusammenarbeit von Menschen in unterschiedlichen Sorgepositionen einzuschätzen, wie sie derzeit beispielsweise im Krankenhausbereich sichtbar werden. Nach dem erfolgreichen Arbeitskampf in der Charité Berlin um einen Tarifvertrag zur Mindestbesetzung auf den Pflegestationen versucht ver.di derzeit, Tarifverträge für eine Mindestbesetzung flächendeckend durchzusetzen. Wie bereits in Berlin gibt es inzwischen Unterstützungsbündnisse zum Thema ‘mehr Personal in Krankenhäusern’ in vielen Städten[5]. Diese Bündnisse agieren explizit auch aus der Position potenzieller

5 Diese von Bündnissen begleiteten Arbeitskämpfe haben mittlerweile zu weiteren Abschlüssen geführt, an den Unikliniken in Gießen und Marburg, im Verbund der baden-württembergischen Unikliniken (Freiburg, Heidelberg, Tübingen, Ulm), an den Unikliniken in Duisburg und Essen, in Homburg sowie am SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach (Stand: 1.10.2018).

Patient_innen und sorgender Angehöriger, die mit der Unterstützung der Arbeitskämpfe auch eigene Interessen verfolgen. Und auch seitens der Gewerkschaft werden öfters neben den deutlich zu verbessernden Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte auch die Bedürfnisse der Patient_innen und die der Angehörigen, die vorzeitig Entlassene zu versorgen haben, thematisiert. Ein weiteres Beispiel einer Zusammenarbeit über Care-Positionen hinweg stellen die Bündnisse dar, die mittels Volksbegehren auf der Ebene von Bundesländern eine gesetzliche Regelung der Personalbemessung im Krankenhausbereich und teils auch der Investitionsfinanzierung durch das Land regeln wollen. In diesen Bündnissen, die gegenwärtig in Berlin, Bremen, Hamburg und Bayern existieren, arbeiten neben Parteien und politischen Organisationen auch unterschiedliche Interessenvertretungen, die Patient_innen-Rechte einfordern, zusammen.

Dennoch verlieren diese umfassend angelegten Auseinandersetzungen immer wieder an politischer Dynamik. Nachdem ein Streik beendet ist, wird die Kooperation der beteiligten Gruppen, die aus unterschiedlichen Sorgepositionen heraus politisch tätig werden, nicht weitergeführt. Dies ist ein Grund, warum die Regionalgruppen des Netzwerks *Care Revolution* (www.care-revolution.org), die es inzwischen in zehn Städten und Regionen gibt, nach Formen dauerhafter, handlungsfähiger Kooperationen suchen. Ein erster Schritt in diese Richtung war in Freiburg die Durchführung einer regionalen Aktionskonferenz, die wir 2017 unter dem Slogan „Sorge ins Zentrum – Care Revolution als Perspektive" zusammen mit 33 Initiativen und Organisationen aus Freiburg und Südbaden durchgeführt haben.

2.3 Kommunaler Care-Rat in Freiburg

Um diese Zusammenarbeit weiterzuführen, brachte ein Vorbereitungsteam auf dieser Aktionskonferenz den Vorschlag ein, einen Care-Rat zu gründen, der allen Interessierten offensteht – seien sie Care-Beschäftigte, familiär oder ehrenamtlich Sorgearbeitende, aber auch Personen, die etwa wegen Krankheit oder körperlicher Beeinträchtigung besonders umfangreich auf Sorge durch andere angewiesen sind. Dieser Care-Rat soll explizit nicht als Bündnis von Organisationen aufgestellt sein, sondern als Ort, an dem interessierte Einzelpersonen zusammenkommen. Der Vorschlag erhielt viel Zuspruch und so gibt es seit Oktober 2017 den *Care-Rat Freiburg* (www.carerat-freiburg.de). Er trifft sich sechswöchentlich mit 10 bis 20 Teilnehmer_innen. Zwischen den Treffen sind Arbeitsgruppen aktiv. Die Treffen werden durch ein Koordinationsteam vorbereitet, alle inhaltlichen Entscheidungen werden gemeinsam im Care-Rat getroffen.

Wir haben vor, im Care-Rat wechselnde Themen zu bearbeiten, gegenwärtig sind wir noch mit dem ersten Thema Altenpflege befasst[6]. Beim ersten Care-Rat-Treffen, auf dem dieses Thema entschieden wurde, stellten gerade auch Teilnehmer_innen, die weder beruflich noch familiär in einer Pflegesituation sind, fest, dass schon das Nachdenken über Pflegebedürftigkeit angesichts der Rahmenbedingungen mit Angst oder Unsicherheit einhergeht. Insofern wird das Thema Altenpflege gleichermaßen als persönliches wie als gesellschaftliches verstanden. In der Folge sprachen wir jedoch gezielt direkt Betroffene an. So teilten etwa in der ambulanten und stationären Pflege Beschäftigte und Alltagsbegleiter_innen ihre Erfahrungen. Weiter führen wir eigene Recherchen durch, gerade auch zur lokalen Situation. Auf diese Weise erarbeiten wir uns einen gemeinsamen Informationsstand. Auf dieser Grundlage möchten wir punktuell und exemplarisch Missstände skandalisieren, politische Alternativen diskutieren und dort, wo es sich anbietet, auch Konflikte führen oder unterstützen. Eben für diese Konfliktführung ist auch die Sammlung von Informationen über die Freiburger Situation und das Angebot, selbst Erfahrenes zum Thema zu machen, bedeutsam.

Inzwischen ist beinahe ein Jahr vergangen und wir sind jetzt in der Phase, die Informationen in politisches Handeln umzusetzen. So verabschiedeten wir eine *Agenda Altenpflege*[7], in der unsere Positionen und Forderungen zusammengefasst sind und die wir in die öffentliche Debatte hineintragen. Wir haben in einer Freiburger Altenpflegeschule eine Fragebogenaktion gestartet, mit der wir die Einschätzungen der Schüler_innen zu den Arbeitsanforderungen in der Praxisphase und die Zufriedenheit mit der gewählten Berufsausbildung erfahren wollen. Die Ergebnisse haben wir ausgewertet und wir werden sie gemeinsam mit den Schüler_innen diskutieren. Diese Feedback-Runde soll zugleich die gewonnenen Erkenntnisse absichern, den 70 Teilnehmer_innen die Informationen, zu deren Gewinnung sie beigetragen haben, zugänglich machen und insbesondere soll ein Diskussionsprozess zu Handlungsperspektiven angestoßen werden. Diesen halten wir wiederum politisch für relevant. Denn viele Ergebnisse sind für sich genommen nicht überraschend und finden sich so auch in umfangreicheren Studien (z.B. Schroeder 2018): Altenpflege ist ein Beruf, der als sinnvoll und potenziell befriedigend angesehen wird. Die Rahmenbedingungen, insbesondere Arbeitsbelastung und Lohn, führen jedoch dazu, dass viele Befragte ihn nicht

6 Stand: 1.12.2018

7 http://carerat-freiburg.de/wp-content/uploads/2018/07/agenda-altenpflege-care-rat-freiburg.pdf, Zugriff: 23.12.18

oder nur in Teilzeit ergreifen möchten. Auch wenn die Beziehungen im Team als positiv wahrgenommen werden, werden die dringend nötigen Veränderungen kaum von kollektivem Handeln, sondern vor allem vom Staat und den Einrichtungsbetreibern erwartet. Diese Schlussfolgerung kann und sollte unserer Auffassung nach in einer politischen Diskussion in Frage gestellt werden, die wir mit den Altenpflegeschüler_innen führen.

Ferner versuchen wir von den stationären Freiburger Pflegeheimen in Erfahrung zu bringen, inwiefern es dort einen Tarifvertrag gibt, wie die Entlohnung einer Pflegefach- und einer Pflegehilfskraft aussieht und welcher Pflegeschlüssel gilt, also in welchem Verhältnis die Zahl der Pflegekräfte zu jener der zu betreuenden Personen steht. Diese Informationen wollen wir sammeln und öffentlich machen. Dabei erweist es sich als ausgesprochen schwierig, von den Einrichtungen und Unternehmen, die Pflegeheime betreiben, die notwendigen Angaben zu erhalten. Sie ziehen sich auf das Argument zurück, dass sie untereinander in Konkurrenz stehen und die Daten schützenswerte Betriebsgeheimnisse darstellen. Teilhabe hat jedoch als erste Voraussetzung hinreichenden Zugang zu Informationen, die eine detaillierte Kritik und Vorschläge zur Veränderung erst ermöglichen. Der Kampf für mehr Demokratie fängt also schon damit an, dass wir von den Betreibern Fakten zur gegenwärtigen Situation einfordern. Dabei versuchen wir auch, die im Gemeinderat vertretenen Politiker_innen in die Verantwortung zu nehmen. In dieser sehen wir sie gerade in Freiburg, denn hier betreibt die kommunale Heiliggeistspital-Stiftung, in deren Stiftungsrat Vertreter_innen der Gemeinderatsfraktionen sitzen, vier Pflegeheime.

3. Ausblick: Verbindende Care-Politik für eine solidarische Gesellschaft

Auch wenn diese Schritte sehr langsam vorangehen, lernen die Beteiligten eine Menge über das, was notwendig ist, damit eines Tages viele Menschen in Sorgebeziehungen sich an einem Tisch gegenüber sitzen, sich tatsächlich zuhören, Vorschläge entwickeln, die niemanden ausgrenzen, und diese dann auch gegenüber der Stadt oder Care-Institutionen durchsetzen. Um allerdings tatsächlich Einfluss auf die Entscheidungsprozesse in einer Kommune nehmen zu können, bedarf es des Engagements vieler Menschen. Und vor allem bedarf es einer Kultur des Zuhörens und der Empathie. Gerade in der Frage, wie wir umsorgt werden und wie und um wen wir uns jeweils kümmern möchten, gibt es sehr unterschiedliche Vorstellungen. Wir müssen lernen, diese wahrzunehmen. Darüber hinaus gilt es, die unterschiedlichen Vorstellungen so zusammenzuführen, dass

wir gemeinsam für die Befriedigung der jeweils verschiedenartigen Bedürfnisse kämpfen können. Barbara Fried und Hannah Schurian (2016) nennen dies eine „verbindende Care-Politik". Auch sie betonen: „Entscheidend ist eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, in der sich die Parteien nicht instrumentell begegnen. Nur wenn alle Beteiligten ihre eigenen Anliegen berücksichtigt wissen, werden sie langfristig für gemeinsame streiten" (ebd., 104).

Diese Berücksichtigung der Bedürfnisse und Interessen[8] von Menschen aller Care-Positionen bedarf jedoch nicht nur einer Kultur, die sich selbst als sorgsam und solidarisch bezeichnen lässt. Sie erfordert auch eine Politik, die Pflegebedürftigkeit nicht als Privatsache, sondern als gesellschaftliche, solidarisch zu tragende Aufgabe betrachtet. Hierfür werden allerdings mehr finanzielle Ressourcen benötigt, als dies in der jetzigen Konstruktion der Pflegeversicherung der Fall ist, die noch nicht einmal eine Teilkaskoversicherung darstellt: Sie übernimmt nur einen festen Pflegesatz, der die vollständigen Kosten der Pflege nicht abdeckt; die Differenz soll von den einzelnen getragen werden. Deswegen setzt sich der Care-Rat in seiner *Agenda Altenpflege* für eine Bürger_innenversicherung ein, in die alle Einwohner_innen entsprechend ihren gesamten Einkünften einzahlen und die die tatsächlichen Kosten der Pflege trägt.

Gleichzeitig plädiert der Care-Rat dafür, dass gewinnorientierte Privatunternehmen in der Pflege in staatliches oder genossenschaftliches Eigentum überführt werden. Nur auf diese Weise lässt sich gewährleisten, dass diese Einrichtungen demokratischer Kontrolle und Teilhabe unterliegen. Diese gibt es auch in staatlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen noch nicht, hier steht bisher das Primat der Kostensenkung einer Demokratisierung entgegen. Hier sehen wir jedoch eher politische Eingriffsmöglichkeiten als gegenüber Privatunternehmen. Dabei haben wir nicht die Erwartung, dass ein demokratisierter, der Kapitalverwertung entzogener Care-Bereich in einer im Übrigen kapitalistischen Produktionsweise eine stabile Konstellation darstellen könnte[9]. Er wäre schon deshalb ein Fremdkörper, weil Sorgearbeit in einer auf Kapitalverwertung und Lohnarbeit basierenden Produktionsweise darauf ausgerichtet ist, die Reproduktion dieser Arbeitskraft zu möglichst geringen Kosten wiederherzustellen. Selbst wenn eine bessere Gesundheitsversorgung oder Pflege alter Menschen als gegenwärtig auch unter kapitalistischen Bedingungen denkbar ist, besteht

8 Kurz gesagt verstehen wir Interessen als Konkretisierung von Bedürfnissen, die auf diese Weise zu einem Handlungsziel werden können, das mit einer bestimmten Strategie verfolgt werden kann.

9 Ausführlicher hierzu: Winker 2015, 170ff.

ein permanenter Zielkonflikt zwischen kostengünstiger Wiederherstellung der Arbeitskraft einerseits und nach menschlichen Bedürfnissen gestalteten Sorgebeziehungen andererseits.

Entsprechend erfordert ein Nachdenken über bedürfnisgerechte Gestaltung der Altenpflege und des Care-Bereichs ein Nachdenken über eine solidarische Gesellschaft (vgl. Neumann/Winker 2018). Dieses Nachdenken sollte vorzugsweise nicht folgenlos sein; dafür ist das Thema zu wichtig und die Situation zu ernst. Eben dies spricht unserer Auffassung nach nochmals für eine verbindende Care-Politik, in der sich Aktive aller Care-Positionen gemeinsam in Auseinandersetzungen begeben und einen Rahmen finden müssen, in dem die Bedürfnisse aller aufgehoben sind. Wo ließe sich die Diskussion um eine solidarische und Sorge unterstützende Gesellschaft besser und folgenreicher führen als in solchen Bündnissen?

Literatur

Benhabib, Seyla, 1989: Der verallgemeinerte und der konkrete Andere – Ansätze zu einer feministischen Moraltheorie. In: List, Elisabeth; Studer, Herlinde (Hg.): Denkverhältnisse, Feminismus und Kritik. Frankfurt am Main, 454-487.

Fried, Barbara/Schurian, Hannah, 2016: Nicht im Gleichschritt, aber Hand in Hand. In: Zeitschrift Luxemburg 01/2016. (https://www.zeitschrift-luxemburg.de/nicht-im-gleichschritt-aber-hand-in-hand-verbindende-care-politiken-in-pflege-und-gesundheit/; Zugriff: 25.11.18).

Habermann, Friederike, 2011: Solidarität wär' eine prima Alternative. Oder: Brot, Schoki und Freiheit für alle. RLS Papers. (https://www.rosalux.de/publikation/id/4857/solidaritaet-waer-eine-prima-alternative/; Zugriff: 25.11.18).

Holzkamp, Klaus, 1983: Grundlegung der Psychologie. Frankfurt im Main.

Holzkamp-Osterkamp, Ute, 1976: Motivationsforschung 2. Die Besonderheit menschlicher Bedürfnisse – Problematik und Erkenntnisgehalt der Psychoanalyse. Frankfurt am Main.

Klinger, Cornelia, 2012: Leibdienst – Liebesdienst –Dienstleistung. In: Dörre, Klaus/Sauer, Dieter/Wittke, Volker (Hg.): Kapitalismustheorie und Arbeit. Neue Ansätze soziologischer Kritik. Frankfurt am Main, 258-272.

Marx, Karl, 1962/1880: Randglossen zu Adolph Wagners „Lehrbuch der politischen Ökonomie". MEW Band 19. Berlin, 355-383.

Max-Neef, Manfred/Elizalde, Antonio/Hopenhayn, Martin, 1990: Entwicklung nach menschlichem Maß. Eine Option für die Zukunft. Kassel.

Neumann, Matthias/Winker, Gabriele, 2018: Solidarische Gesellschaft als Ziel – Care Revolution als Strategie. In: Neupert-Doppler, Alexander (Hg.): Konkrete Utopien. Stuttgart, 112-129.

Neusüß, Christel, 1985: Die Kopfgeburten der Arbeiterbewegung oder Die Genossin Luxemburg bringt alles durcheinander. Hamburg.

Precarias a la deriva, 2014: Was ist dein Streik? Wien.

Schroeder, Wolfgang, 2018: Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2015: Wie die Zeit vergeht. Ergebnisse zur Zeitverwendung in Deutschland 2012/2013. (https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/zeitverwendung/Pressebroschuere_zeitverwendung.pdf?__blob=publicationFile; Zugriff: 25.11.18).

Tronto, Joan, 2014: The Ethics of Care, Democracy and Social Inequalities. An Interview. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Baden-Baden, 41-47.

Winker, Gabriele, 2015: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld.

Zoll, Rainer, 2007: Was bedeutet Solidarität in der modernen Gesellschaft? In: Caritas Schweiz (Hg.): Sozialalmanach 2008. Luzern, 221-232.

Katja Schmidt

Kollektive Auseinandersetzungen um Pflege
Formen und Praxen pflege- und carepolitischer Interessenartikulation

1. Einleitung

Die konstatierte Care-Krise ist auch eine Krise der sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Am Beispiel erwerbsförmiger Pflegearbeit werden die Verwerfungen einer Ökonomisierung des Sozialen sichtbar. Die Bedingungen derzeitiger ambulanter und stationärer Pflege sind geprägt von pauschalierten Behandlungsstandards und minutiös getakteten Pflegeleistungen, von prekären Beschäftigungsverhältnissen und einer Ausweitung des Niedriglohnsektors. Angesichts der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften steigt der Personal- und Nachwuchsbedarf bei gleichzeitigem eklatantem Fachkräftemangel. Die Herausforderungen im Feld der Pflege sind zweifelsohne Querschnittsthemen, die pflegepolitische Fragen genauso betreffen wie arbeits- und professionspolitische Fragen, sowie zentrale gesellschafts- und geschlechterpolitische Bereiche (vgl. Theobald; Auth; Lutz; Scheele i.d.B.).

Die Verdichtung und prekären Bedingungen der Arbeit sowie die mangelnden Ressourcen werden seitens der Pflegekräfte bislang meist noch auf subjektiver Ebene kompensiert (vgl. Schmidt 2017). Begründen lässt sich dies durch ein spezifisches Professionsverständnis der Berufsgruppe, welches durch zwischenmenschliche Interaktionen und die Angewiesenheit von Menschen im Pflege- und Krankheitsfall beeinflusst wird und neben der medizinisch-fachlichen Pflegetätigkeit immer auch fürsorglich-betreuende Aspekte durch situative individuelle Bedürfnisse beinhaltet. Aus dieser Verflechtung heraus gelten Beschäftigte im weiblich konnotierten, sozialen Dienstleistungsbereich als schwer mobilisierbar, zumindest im Sinne traditioneller arbeitspolitischer Kämpfe innerhalb eines korporativen Systems von Arbeitsbeziehungen (vgl. Voges 2002). Außerdem sind industrielle Beziehungen traditionell von männlich besetzten Normalarbeitsverhältnissen in der Industrie geprägt. Gewerkschaften berücksichtigen in ihren mitgliederpolitischen Erschließungspraxen bislang kaum

die berufsspezifischen Voraussetzungen und die damit verbundenen strategischen Handlungsmöglichkeiten.

Gleichwohl ist in der Arbeitsforschung seit Ende der 2000er Jahre von einer 'Tertiarisierung von Arbeitskonflikten' die Rede, die eine aktivere Streikentwicklung im sozialen Dienstleistungsbereich beinhaltet (vgl. Bewernitz/Dribbusch 2014; Dribbusch 2017). Mit Beginn des ErzieherInnen-Streiks 2009 und dem Streik an der Berliner Charité 2011 weiten sich die Auseinandersetzungen mehr auf den sozialen Dienstleistungsbereich aus und widerlegen damit die traditionelle Annahme, dass Beschäftigte außerhalb groß und gut organisierter Industriebetriebe nicht mobilisierbar sind. Gleichzeitig lässt sich unter der Berufsgruppe eine diskursive Verschiebung erkennen, die aus einer individualisierten Verantwortung für Pflegebedingungen zunehmend in eine politische Verantwortung überführt wird. Knapp 87 % der Altenpflegekräfte sehen die Politik in der Verantwortung, die Arbeits- und Pflegebedingungen zu verändern (vgl. Schroeder 2018 und i.d.B). Der zweite Care-Klima-Index 2018 verdeutlicht die negative Tendenz zur Einschätzung der Pflegesituation in Deutschland.[1] So halten 60 % der Befragten die Arbeitsbedingungen in der Pflege für schlecht. Dies äußert sich sowohl in Bezug auf den gesellschaftlichen Stellenwert der Pflege, den nahezu 40 % der Befragten als geringwertiger im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ansehen. Auch die politische Relevanz von Pflegethemen halten 74 % der Befragten für zu niedrig. Fast jede dritte befragte Person bewertet die Pflegeversorgung als qualitativ mangelhaft und die Hälfte der Befragten hält die PatientInnensicherheit für nur teilweise gewährleistet (vgl. Deutscher Pflegetag 2019). Die wachsende pessimistische Einschätzung zur Pflegesituation in Deutschland kann dann trotzdem als positiv begriffen werden, weil hierin zunehmend eine kritische und öffentliche Reflexion der strukturellen Verhältnisse stattfindet und somit eine Form normativer Verschiebung und Sichtbarmachung erkennbar wird. In der Vergesellschaftung gegenwärtiger sozialstaatlicher Herausforderungen liegen Ressourcen für eine Re-Vitalisierung von arbeits- und sozialpolitischen Protestformen.

Der vorliegende Beitrag fokussiert deshalb die neuen Formen der Interessenartikulation im sozialen Dienstleistungsbereich am Beispiel der Pflege. Die Ausgangsthese des Beitrags lautet, dass angesichts der spezifischen Voraussetzungen und Problemlagen in der Pflege neue Machtressourcen für Interessenvertretung

1 Befragt wurden über 2.200 Personen, schwerpunktmäßig aus der professionellen Pflege, aber auch Pflegende Angehörige, Pflegebedürftige, ÄrztInnen, Kommunen, VertreterInnen von Kommunen, Kostenträgerstellen und Verbänden (https://www.psyma-care.com/de/deutscher_care_klima-index; Zugriff: 30.01.2019.

und in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um gute Sorge und Pflege notwendig sind, und hierdurch Handlungs- und Aktivierungspotenziale zur Politisierung und Transformation von Sorgebedingungen entstehen. Den neuen Formen der Interessenorganisation gelingt es zunehmend, die individuellen Mobilisierungshemmnisse der Branche, genauso wie die politisch-strukturellen Herausforderungen des Themenkomplexes Pflege aufzugreifen und in kollektive Handlungsstrategien zu überführen.

So wird zunächst auf Grundlage von empirischen Forschungsergebnissen[2] argumentiert, warum der soziale Dienstleistungsbereich spezifische interessenpolitische Voraussetzungen aufweist und diese, aus einer geschlechtersensiblen Arbeits- und Sozialforschung analysierend, in Bezug zu institutionellen und politischen Machtverhältnissen gesetzt werden müssen. Darauf aufbauend werden aktuelle Formen und Akteure interessenpolitischer Organisierung außerhalb und innerhalb der klassischen korporativen Strukturen vorgestellt und schließlich danach gefragt, welche Akteure welche Diskurse, Interventionen und Strategien nutzen, um kollektive pflegepolitische Auseinandersetzungen zu führen und Veränderungen zu bewirken.

2. Spezifische Voraussetzungen für Interessenvertretung in der Pflege

Um die neuen Auseinandersetzungen und Formen von Interessenvertretung in Bezug auf Pflege einordnen zu können, werden im Folgenden die spezifischen Voraussetzungen und Handlungsbedingungen dafür skizziert. Diese lassen sich anhand der Dimensionen Arbeitsbeziehungen und Korporatismus im Gesundheits- und Pflegewesen sowie der Professionslogik in der Pflege und der gewerkschaftlichen Mitgliederpolitik aufzeigen.

Anders als in Industriebetrieben sind die Arbeitsbeziehungen in sozialen Berufen nicht nur von Gewerkschafts- und ArbeitgeberInnenseite geprägt, sondern von einer Vielzahl von Akteuren, durch die eine korporative Interessenorganisation und die Auseinandersetzung um gute Arbeit erschwert werden. Die heterogene Trägerlandschaft wird angeführt von privaten, öffentlichen und kirchlichen Einrichtungen sowie Trägern der freien Wohlfahrtspflege und verfügt dadurch über unterschiedliche arbeits- und tarifrechtliche Grundlagen. Der stetige Anstieg der

2 Das Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern" war angesiedelt im bayernweiten Forschungsverbund *ForGenderCare*; vgl. Einleitung.

privaten Träger führt zu geringeren tariflich gebundenen Beschäftigungsverhältnissen im vormals öffentlichen Sektor staatlich organisierter Daseinsvorsorge. Eine Vielzahl unterschiedlicher Verbands- und Interessenkonstellationen führt dazu, dass das System der Arbeitsbeziehungen in Care-Berufen zusammengenommen eine strukturell-institutionelle Ungleichheit aufweist (vgl. Evans 2016). Sozialpartnerschaftliche Aushandlungsprozesse werden durch diese pflegepolitischen Bedingungen institutionell-strukturell erschwert. Dies gilt sowohl für den Bereich der Tarifautonomie als auch für den Bereich der betrieblichen Interessenvertretung aufgrund der sehr unterschiedlichen Trägerstrukturen im ambulanten wie stationären Bereich und einer zersplitterten Interessenverbandslandschaft. Verstärkt wird diese Entwicklung durch das Selbstverwaltungsprinzip im Gesundheitswesen und die damit geltende spezifische Eingebundenheit der Kosten- und Leistungsträger. Die hierin veranlagte Rücknahme sozialstaatlicher Eingriffsbereiche hat Auswirkungen auf die Stellung traditioneller korporativer Interessengruppen und führt zu einer Verschiebung der Durchsetzungsfähigkeit der korporativen Akteure und ihrer jeweiligen Machtverhältnisse zur politischen Beeinflussung (vgl. Rudolph/Schmidt i.d.B.).

Aus der besonderen Verknüpfung institutioneller und politischer Bedingungen zeigen sich auch betriebs- und professionsspezifische Besonderheiten. So unterscheiden sich die Voraussetzungen in Pflegeberufen hinsichtlich der Tätigkeitsinhalte, der Beschäftigungsverhältnisse, der Professionslogik und der Ansprüche an Arbeit sowie der betrieblichen Strukturen. Angesichts der Entwicklung und Ursprünge von Gewerkschaften innerhalb von männlich orientierten Normalarbeitsverhältnissen im Industrie- und Produktionsbereich stehen Gewerkschaften vor Herausforderungen in Bezug auf die spezifischen Erschließungsstrategien und Arbeitskampfmittel im Sorgearbeitsbereich (vgl. Artus 2019). Die daraus entstandenen Passungsprobleme zwischen den Beschäftigten und den Interessenvertretungen führten bislang zu Organisierungshemmnissen und schwacher verbandlicher Kollektivierung seitens der Beschäftigten. Pflegekräfte fühlen sich in ihrem Professionsverständnis weder betrieblich noch institutionell, politisch oder gesellschaftlich anerkannt. Aus unserer Studie wurden die zentralen Organisierungshemmnisse der Pflegekräfte sowie deren Ansprüche an Arbeit und Interessenvertretung sichtbar. Der Fürsorgeanspruch zugunsten der PatientInnen ‘gute Pflege’ trotz der Verdichtung und Prekarisierung der Arbeit leisten zu wollen, führt zu subjektiven Bewältigungspraxen und einem Ohnmachtsgefühl in Bezug auf die interessenpolitischen Handlungsmöglichkeiten der Beschäftigten. Gleichwohl artikulieren diese ihre marginalen Handlungs- und Beteiligungsräume zur Beeinflussung oder Veränderung der Arbeitsbedingungen und

formulieren einen Anspruch auf eine selbstständige Vertretung ihrer Profession. Sie beklagen die Fremdbestimmung durch berufsferne Akteure und fehlende betriebliche und institutionelle Selbstbestimmung und -vertretung ihrer Berufsgruppe. Die Beschäftigten fühlen sich angesichts ihres Berufsverständnisses weder vertreten durch Gewerkschaften noch werden diese angesichts der politischen Herausforderungen als Instanz ihrer Interessendurchsetzung legitimiert. Die historisch verwurzelte Fremdbestimmung der Berufsgruppe manifestiert somit eine strukturell vorzufindende Sprachlosigkeit unter den Pflegekräften. Darüber hinaus wirken gesellschaftliche Zuschreibungen an Pflegekräfte hinsichtlich geringschätzender Fachlichkeit als auch weiblich konnotierter Eigenschaften, verbunden mit einer gleichzeitigen gesellschaftlichen Tabuisierung von Alter und Krankheit, als verstetigende Mobilisierungshürden (vgl. Schmidt 2017).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Auseinandersetzungen um gute Pflege- und Arbeitsbedingungen nicht nur im Kontext der Organisierungshürden der Beschäftigten gedacht werden müssen, sondern auch eine Analyse über die spezifischen Voraussetzungen, Machtverhältnisse und Akteure erfordern. „Indem Institutionen in das Zentrum der Betrachtung gerückt werden, bleibt die Bedeutung des Handelns konkreter Akteure, von sozialen Interessengruppen und sozialen Bewegungen unterbelichtet" (Benz 2014, 236). Dies ermöglicht eine Perspektive, wie aus den unzureichenden wohlfahrtsstaatlichen Rahmen- und Arbeitsbedingungen und daraus resultierenden Ohnmachtsgefühlen von Pflegekräften eine zentrale gestalt- und veränderbare Machtressource werden kann.

3. Transformative Machtressourcen

Die Einflussmöglichkeiten auf gegenwärtige Machtverhältnisse, die in Kapital, Arbeit und Geschlecht verstetigt und angesichts der vielschichtigen politischen, verbandlich-kollektiven, berufsspezifischen und auch gesellschaftlichen Voraussetzungen manifestiert werden, sind zugleich zentrale Frage und Herausforderung korporativer und zivilgesellschaftlicher Akteure. Somit müssen Analysen einer geschlechtersensiblen und bewegungsorientierten Forschung „diese Probleme in den Kontext einer Analyse von Produktion, Reproduktion und der jeweiligen Ausprägung des Wohlfahrtsstaates stellen" (Marx Ferree/Roth 1999, 140). Die in dieser Struktur angelegte Komplexität stellt in einem nächsten Schritt den Ausgangspunkt für die Suche nach Möglichkeiten und Dimensionen gewerkschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Transformationsmöglichkeiten dar. Die Analyse interessenpolitischer Organisierungsformen „kann sich dabei nicht mehr allein auf die Verbände und auf formalisierte staatlich-verbandliche Koopera-

tionsmuster konzentrieren, sondern muss die zunehmende Artenvielfalt der Akteure und die Pluralität der Strategien berücksichtigen" (Winter 2003, 43). Dies beinhaltet in der Frage der Durchsetzung und Formierung von Sorge(-arbeits)interessen verschiedene Akteursebenen: die Politik als Gesetzgeber, die Gewerkschaften als Tarifparteien, sowie die Beschäftigten und einzelne Gesellschaftsmitglieder. Zudem bedarf die Durchsetzung und Formierung unterschiedlicher Interessen einer aktiven Herstellung systematischer Ressourcen und Handlungspotenziale. Der aus der gewerkschaftlichen Mobilisierungsforschung stammende Machtressourcenansatz (vgl. Arbeitskreis Strategic Unionism 2013) dient hierbei als strategisches Analysemittel für Organisationen, denn „mit Hilfe dieses Instruments können sie feststellen, wo ihre Machtressourcen liegen und wie sie diese wirksam einsetzen können, um ihre Organisationen zu revitalisieren, erfolgreich Kampagnen durchzuführen und Einfluss auf die Politik zu gewinnen" (Fichter u.a. 2018, 13). Im Zentrum des Ansatzes steht die Frage, wie Lohnabhängigenmacht zur Durchsetzung von Interessen entsteht und angewendet werden kann. Grundlegend wird hierbei unterschieden in *strukturelle* und *institutionelle Macht* sowie *Organisationsmacht*, die sich jedoch in ihren Ausprägungen, aufgrund der genannten spezifischen Voraussetzungen im Feld der Sorgearbeit, als labil erweisen. So zeichnet sich aufgrund der Verschiebung genannter gewerkschaftlicher Machtressourcen sowie der öffentlichen Relevanz von Sorgearbeit die *gesellschaftliche Macht* als neue Ressource und Chance ab, um mit Hilfe erweiterter Bündnis- und Akteurskonstellationen neue Arenen und Inhalte der interessenpolitischen Auseinandersetzung zu finden (vgl. Becker u.a. 2017, Dück 2018). In Anlehnung an Transformationsdiskurse der feministischen Sozialstaatsforschung liegt hier zugleich eine wesentliche Chance, strukturellpolitische und hegemonial-kulturelle Machtverhältnisse mit emanzipatorischen politischen Praxen sozialer Gruppen und Akteure zu verbinden (Fraser 2006, 222). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden ausgewählte Mobilisierungs- und Organisierungsformen interessenpolitischer Auseinandersetzungen durch Pflegeakteure vorgestellt.

4. Organisationsgrenzen überwinden: neue Formen und Akteure kollektiver Interessen in der Pflege

In den letzten Jahren gab es durchaus Auseinandersetzungen im Feld von Sorgearbeit, was zu der Frage führt, wie dabei kollektive Auseinandersetzungen im Pflegebereich gelingen und Organisationsgrenzen überwunden werden. Beginnend mit den bundesweiten Streiks im Sozial- und Erziehungsbereich (SuE) im Jahr 2009

haben sich im Verlauf der letzten 10 Jahre kontinuierlich öffentlichkeitswirksame Kollektivierungsbestrebungen und soziale Protestformen im Hinblick auf die Ausgestaltung öffentlicher Daseinsvorsorge im Allgemeinen und der Pflege im Speziellen gebildet. Ein Blick auf die folgende Chronologie verdeutlicht die vielfältigen Akteure und Strategien neu gebildeter Konfliktformationen:

2009 Gewerkschaftlich: ErzieherInnen Streik bundesweit – *2011* Gewerkschaftlich: Charité Streik in Berlin – *2013* Gewerkschaftlich und zivilgesellschaftlich: „BürgerInnen-Bündnisse für mehr Personal in Krankenhäusern" in Berlin und weiteren Städten – *2013* Berufsspezifisch und zivilgesellschaftlich: „Pflege am Boden" bundesweit – *2014* Zivilgesellschaftlich: „Care Revolution" bundesweit – *2015* Berufsspezifisch: „Care Slam", Berlin – *2016* Berufsspezifisch: „Walk of Care" Berlin – *2017* Berufsspezifisch: „Pflege in Bewegung e.V." Eschborn – *2018* Gewerkschaftlich, berufsspezifisch, zivilgesellschaftlich: Volksentscheide für „mehr Personal und gute Versorgung in Krankenhäusern" in Bayern, Berlin und Hamburg – *2019* Zivilgesellschaftlich: Frauen*streiktag, bundesweite Bündnisse.

Insbesondere die Tarifauseinandersetzungen an der Charité in Berlin seit 2011 sind für den Pflegebereich ein historischer Anstoß gewesen, der seitdem bundesweit in verschiedenen Städten Nachahmung gefunden hat. Interessant dabei ist, dass diese Entwicklung durch zahlreiche neue kollektive und korporative Bündnisse, berufsbezogene Zusammenschlüsse und kommunale care-politische Initiativen begleitet wurde. Die neuen Aktionsformen und Zusammenschlüsse verdeutlichen dabei Strategien der Vernetzung und Politisierung jenseits der klassischen Stellvertreterpolitik und jenseits klassischer arbeitspolitischer Konfliktformationen. Die Pluralität kollektiven Handelns und die Formen nichtnormierter Auseinandersetzungen werden im Folgenden anhand gewerkschaftlicher, berufsbezogener sowie zivilgesellschaftlicher Akteure aufgezeigt und in einen strukturell-emanzipatorischen Kontext gesetzt.

4.1 Gewerkschaftliche Akteure

Anhand der Tarifauseinandersetzungen an der Berliner Charité werden exemplarisch neue Forderungen, Akteure und Strategien der gewerkschaftlichen und betrieblichen Interessendurchsetzung sichtbar. Erstens ging es dabei inhaltlich nicht um höhere Gehaltsforderungen seitens der Beschäftigten. Zentraler Ausgangspunkt zur Mobilisierung der Beschäftigten war ihr Anspruch an Arbeit, 'gute Pflege' leisten zu können. Inhalt der Tarifauseinandersetzung war die Forde-

rung nach einer tariflich festgelegten Personalbesetzungsquote für Pflegekräfte. Der Mobilisierungserfolg der Beschäftigten gelang somit aus berufsethischen Handlungsbegründungen (vgl. Wolf 2015).

Zweitens wurden die Auseinandersetzungen nicht nur auf betrieblicher Ebene seitens der Beschäftigten geführt, sondern durch solidarische Bündnisse von BürgerInnen unterstützt. Mittlerweile haben sich bundesweit 20 „Bündnisse für mehr Personal im Krankenhaus" gebildet. Unter dem Motto „Mehr von uns ist besser für alle" wird implizit die Strategie verfolgt, 'gute Pflege' als ein öffentliches Allgemeingut und eine gesellschaftliche Machtressource zu thematisieren. Gleichzeitig gelingt es somit, neue Akteure wie politische Gruppen, kritische BürgerInnen, aber auch Vereinigungen von ÄrztInnen und Angehörige für kollektives politisches Handeln im Bereich öffentlicher Daseinsvorsorge zu mobilisieren und in die regionalen Auseinandersetzungen einzubinden.

Drittens wurde im Januar 2018 ausgehend vom „Berliner Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus" ein Volksbegehren für gesunde Krankenhäuser[3] initiiert. Dabei können BürgerInnen durch ein direktes demokratisches Mittel Einfluss auf die Landesgesetze nehmen und eigene Gesetzesvorlagen einreichen. Ausgehend von den dargestellten institutionellen Machtverschiebungen wird somit versucht, die Landesregierungen in die Verantwortung zu nehmen. Im weiteren Verlauf des Jahres wurden in drei weiteren Bundesländern (Hamburg, Bremen und Bayern) Volksbegehren initiiert, jeweils unter Mitwirkung verschiedener zivilgesellschaftlicher, politischer und berufsspezifischer Gruppierungen, wie z.B. Gewerkschaften, PatientInnenvertretungen, Parteien und ÄrztInnen- und Pflegeverbände. Derzeit werden die Volksbegehren in den jeweiligen Landesregierungen geprüft. Die eingereichten Gesetzesvorlagen betreffen die Festsetzung fester Personalschlüssel, aber auch die Hygienebestimmungen und Arbeitsbedingungen von Reinigungskräften sowie die stärkere Beteiligung der Berufsgruppe in Ausschüssen.

Trotz der föderalen Strukturen und regionalen Besonderheiten verstetigen sich anhand der aufgezeigten Entwicklungen neue Strategien der kollektiven Organisierung, und zwar hinsichtlich einer öffentlichen Sichtbarmachung und Thematisierung der politischen Rahmenbedingungen. Die traditionelle Strategie von Gewerkschaften, ökonomischen Druck auf betrieblicher Ebene auszuüben, wird erweitert durch Unterstützungsbestrebungen aus der Gesellschaft und weiteren BündnispartnerInnen. Die Durchsetzung von Forderungen und Durchführung von Arbeitskämpfen in Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge verlangt

3 https://volksentscheid-gesunde-krankenhaeuser.de/; Zugriff: 12.03.2019.

von Gewerkschaften institutionelle Öffnungsprozesse jenseits traditioneller und mitgliederpolitischer Kerngeschäfte. Anknüpfend an das arbeitssoziologische Konzept der Machtressourcen wird somit eine Ressourcenverschiebung zugunsten der Nutzung von gesellschaftlichen Ressourcen sichtbar (vgl. Arbeitskreis Strategic Unionism 2013). Übergreifende Netzwerke und Allianzen und das Nutzen gesellschaftlich relevanter und legitimierter Diskurse vermögen in Zeiten sozialer Austeritätspolitik und institutioneller Machtverschiebung zu einer Rückgewinnung gewerkschaftlicher Ver-Handlungsmacht führen.

4.2 Berufspolitische Initiativen

Auch auf Seiten der Beschäftigten verlagern sich vermeintlich zementierte Organisierungshürden zugunsten neuer selbstorganisierter Initiativen und Formen der Kollektivierung. Die vielschichtige Diskursverlagerung hin zu berufsbezogenen und politischen Handlungsräumen und -akteuren wird hierbei anhand jeweils unterschiedlicher Strategien und Interventionen sichtbar.

Pflege am Boden

Die InitiatorInnen von „Pflege am Boden" organisieren seit Ende 2013 Menschenaufläufe auf öffentlichen Plätzen, um auf die gegenwärtigen unzureichenden Pflegebedingungen aufmerksam machen. Die Initiative ging dabei von Pflegekräften aus, richtet sich jedoch an BürgerInnen und Öffentlichkeit. Die Aktionen werden dabei sowohl über persönliche Kontakte als auch über soziale Netzwerke verbreitet. In über 150 Städten und Regionen Deutschlands haben sich seitdem lokale Netzwerkplattformen gebildet, die zu den monatlichen Protestaktionen in Form von Smart Mobs aufrufen. Dies verdeutlicht auch die zunehmende Bedeutung von sozialen Netzwerken zur kollektiven Vernetzung, Mobilisierung und Sichtbarmachung von pflegepolitischen Rahmenbedingungen. Die InitiatorInnen agieren dabei bewusst unabhängig von Parteien, Gewerkschaften und Berufsverbänden oder anderen Vereinigungen mit dem Ziel, Politik und Gesellschaft auf die Missstände der derzeitigen Pflegesituation in Deutschland aufmerksam zu machen[4]. Hierdurch soll eine gesellschaftliche Breitenwirksamkeit ohne hegemoniale StellvertreterInnen der Pflege- oder Arbeitspolitik angestoßen und der Fokus auf die Politisierung der Öffentlichkeit gerichtet werden.

4 http://www.pflege-am-boden.de und https://www.facebook.com/pflege.am.boden; Zugriff: 09.03.2019.

Pflege in Bewegung e.V.

Knapp vier Jahre nach der ersten Initiierung erfolgte im Sommer 2017 die Gründung des Vereins „Pflege in Bewegung" mit folgender Intention: „Wir haben 'Pflege in Bewegung' (PiB) gegründet, um die Netzwerkarbeit innerhalb der Pflegeszene auszubauen und unsere Expertise 'für bessere Pflege' und deren Rahmenbedingungen auch innerhalb der Politik bundesweit und aktiv einzubringen"[5]. Zu den Netzwerkpartnern zählen neben der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und der Initiative Pflegekammer Berlin und Brandenburg, die Stiftung „Wir! Vereinigung Pflegender Angehöriger e.V., die Online-Pflegezeitschrift Lazarus, sowie die Poetry AktivistInnen von Care Slam[6]. Während „Pflege am Boden" gezielt offene Aktionen zur lokalen Sichtbarmachung und die freie Ausgestaltung auf regionaler Ebene fokussiert, geht es bei der Vereinsgründung um ein institutionalisiertes Sprachrohr der Profession zur Einmischung in professionspolitische Debatten. Als gemeinsame Aktion haben die InitiatorInnen z.B. 2017 zum Internationalen Tag der Pflege 10.000 gesammelte Unterschriften an VertreterInnen des Bundesgesundheitsministeriums übergeben. Die Aktion unter dem Motto „Bundesweite Gefährdungsanzeige" spielt dabei auf die auf betrieblicher Ebene gewählte Möglichkeit seitens der Beschäftigten an, auf pflegerische Missstände im Alltag aufmerksam zu machen. Als Satzungsziel hat der Verein die „Sicherstellung einer hochwertigen pflegerischen Versorgung für alle BürgerInnen" formuliert, deren Umsetzung an berufs- und pflegepolitischen Reformen hängt und in einem Strategiepapier über 12 Forderungen konkretisiert wird. Interessenvertretung wird hier bewusst distanziert von vorhandenen Parteien, Gewerkschaften oder Verbänden umgesetzt. Als Akteure und ExpertInnen sollen vielmehr explizit die Beschäftigten selbst auftreten und zwar innerhalb eigenständiger und neu gegründeter Institutionen.

Walk of Care/Pflegekultur ankurbeln e.V.

Darüber hinaus haben sich im Oktober 2016 zum ersten Mal Auszubildende verschiedener Berliner Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zu einem „Berliner Stammtisch" organisiert. Aus diesem Stammtisch ist inzwischen eine

5 https://www.pflegeinbewegung.de/; Zugriff: 09.03.2019.

6 Seit 2015 wird „Care Slam" in Anlehnung an „PoetrySlam" und „ScienceSlam" viermal jährlich als Bühne für Pflegekräfte organisiert. Auf der Seite der InitiatorInnen heißt es: *„Wir müssen reden. Miteinander und zu allen anderen, denn wir haben etwas zu sagen! Diesmal wird auch nicht mehr nur über uns geredet, denn jetzt ergreifen wir Betroffene selbst das Wort. Es wird Zeit!"* (https://www.careslam.org/; Zugriff: 09.03.2019).

Plattform für den gemeinsamen Austausch über verschiedene Ideen und Ansätze entstanden, um das Thema Pflege öffentlich sichtbar, kollektiv und kreativ zu thematisieren. Seit 2017 organisiert die Gruppe jedes Jahr zum 12. Mai, dem internationalen Tag der Pflegenden, den „Walk of Care". Pflegeauszubildende, Pflegende und VertreterInnen anderer Gesundheitsberufe, GewerkschaftsvertreterInnen, Interessierte, Engagierte und Musikbegeisterte gehen gemeinsam auf die Straße. Durch diese neuen Kollektivierungs- und Protestformen werden nicht nur zentrale Prozesse der Selbstbestimmung seitens der Berufsgruppe sichtbar, sondern soll auch das veränderte Selbstbild einer neuen Berufsgeneration verdeutlicht werden, das sich abhebt vom traditionellen Bild der fürsorglichen, aufopfernden Pflegekraft. Die InitiatorInnen möchte explizit eine berlinweite und schulenübergreifende Plattform für Austausch und Inspiration sein, um eine neue Pflegekultur anzukurbeln.

Die verschiedenen Formen und Interventionen berufsspezifischer Initiativen und Vereine veranschaulichen einerseits das Kontinuum an kreativen Protestformen, Möglichkeiten der Interessenartikulation und Organisierung. Strategisch geht es dabei um konkretes politisches Handeln wie am Beispiel von „Pflege in Bewegung e.V." ersichtlich wird. Es geht aber auch darum, neue Bühnen und Formen öffentlichkeitswirksamer Aktionen zu finden. Zentrale Motivationsmomente sind die Schaffung eigenständiger und selbstbestimmter Organisationsformen, das Initiieren von Austausch- und Empowermentprozessen für die Pflegekräfte sowie die öffentliche Skandalisierung gegenwärtiger Pflegebedingungen. Gleichzeitig greifen die verschiedenen Organisationsformen auch die inhaltlichen Passungsprobleme zwischen Pflegekräften und traditioneller Interessenvertretung auf. Es entstehen gezielt eigene unabhängige Plattformen über lokale und dezentrale Räume, die eine selbstbestimmte Vertretung der Berufsgruppe fokussieren und somit eine neue Berufskultur fördern wollen. Die Kooperation und Bündnisarbeit mit weiteren PflegeaktivistInnen wird dabei explizit als Strategie der Kollektivierung angewendet. Die institutionalisierten AktivistInnen agieren dabei mit strategischer Distanzierung zu gewerkschaftlichen Bündnissen, begründet aus einer Kritik gegenüber der berufsfernen Mitgliederpolitik. In allen Fällen wird die Forderung nach 'guter Pflege' als gesellschaftlich relevanter Anspruch formuliert und als politisierende Machtressource zur Sichtbarmachung und Interessendurchsetzung genutzt.

4.3 Zivilgesellschaftlich-feministische Bewegungen

In den feministischen Bewegungen und Aktionen zeigt sich viel deutlicher als bei den anderen Akteursgruppen eine Thematisierung von Care- und Geschlechterverhältnissen und eine Orientierung an dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit, zu dessen Erreichung die Umverteilung von Für/-Sorge unabdingbar ist.

Care-Revolution

Eine an der Tradition feministischer Ökonomie ausgerichtete ganzheitliche Kritik gesellschaftspolitischer Verhältnisse formiert sich im Netzwerk „Care Revolution"[7]. Seit 2013 bündeln sich bundesweit 80 Initiativen und Einzelpersonen mit verschiedenen politischen und ideologischen Hintergründen unter dem Motto „Her mit dem guten Leben! Für alle weltweit!". Übergeordnetes Thema ist die solidarische Anerkennung und Neuverteilung von bezahlter und unbezahlter Sorge-Arbeit, einschließlich der Frage nach Sorge-Gerechtigkeit mit Blick auf eine Kritik der prekären Beschäftigungsverhältnisse sowie des gesellschaftspolitischen Systems der Abwertung von Reproduktionsarbeit. Konkrete gesellschaftspolitische Lösungsansätze werden in der Reduktion der Erwerbsarbeitszeit, der Aufwertung von Care-Arbeit und der Demokratisierung öffentlicher Daseinsvorsorge durch den Ausbau staatlicher und genossenschaftlicher Infrastruktur beschrieben (vgl. Winker 2015). Im Netzwerk organisieren sich Menschen aus Wissenschaft, Gewerkschaft, Praxis, Selbsthilfegruppen und Vereinen, um sich in regelmäßigen Abständen regional zu vernetzen und auszutauschen. In den mittlerweile 12 Regionalgruppen werden unterschiedliche inhaltliche und strategische Schwerpunkte gesetzt, wobei nicht nur die Sichtbarmachung und Politisierung gegenwärtiger Rahmenbedingungen von Sorgearbeit im Mittelpunkt steht, sondern auch konkrete politische Handlungs- und Einflusspraxen. Konkretes politisches Handeln entsteht dabei einerseits in Form bundesweiter öffentlichkeitswirksamer Aktionen z.B. zum Tag der Arbeit am 1. Mai sowie zum Internationalen Frauentag am 8. März und der Organisation von regelmäßigen bundesweiten Netzwerktreffen. Darüber hinaus wird der regionale und kommunale Raum als wichtige Interventionsebene angesehen, um politisches Handeln und politische Proteste anzustoßen. Bündnisarbeit wird in der Netzwerkarbeit der Care Revolution als wichtige Strategie gesehen, so wurden die Krankenhausbündnisse im Rahmen der Tarifauseinandersetzungen vielerorts maßgeblich durch Regionalgruppen begleitet und unterstützt.

---

7 https://care-revolution.org; Zugriff: 09.03.2019.

*Frauen*streiktag*

Die neuen politischen Bündnisse und die zunehmende gesellschaftspolitische Brisanz des Themas bezahlter und unbezahlter Sorgearbeit wurden zudem an der Mobilisierungsfähigkeit zum bundesweiten Frauen*streiktag sichtbar. Unter dem Motto „Wenn wir streiken, steht die Welt still" sind am 8. März 2019 bundesweit mehrere zehntausende Frauen in Form eines politischen Streiks auf die Straße gegangen. Inhaltlich ging es dabei nicht ausschließlich um den ökonomischen Druck auf ArbeitgeberInnen zur Durchsetzung von bestimmten Forderungen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen. Der politische Frauen*streiktag thematisierte vielmehr die strukturell-politisch und hegemonial-kulturell angelegte Benachteiligung von Frauen in der Gesellschaft. Hierin eingeschlossen ist jede Form von Arbeit – bezahlte und unbezahlte – als strukturgebende Kategorie in kapitalistischen Gesellschaften. Die öffentliche und diskursive Politisierung und Sichtbarmachung einer sozialstaatlichen Transformation der Umverteilung und Anerkennung von Erwerbs- und Sorgearbeit wird hierbei als Folie verwendet, um daraus resultierende intersektional angelegte Ungleichheiten von Frauen zu thematisieren. Aufgerufen wurde zu verschiedenen Formen des zivilen Ungehorsams z.B. durch Konsumstreik, Lächelstreik, dem Bestreiken von Schönheitsnormen, dem Umbenennen von Straßennamen, über spontane Kundgebungen, Kunst- und Theateraktionen, Flash Mobs etc. Mobilisiert wurden die Aktionen und Proteste von verschiedenen Bündnissen aus politischen, konfessionellen, feministischen Gruppen und Gewerkschaften sowie zahlreichen unabhängigen Einzelpersonen und den im Beitrag beschriebenen Bündnissen und Initiativen. Sorgearbeit findet somit zunehmend Eingang in die hegemonialen Diskurse – politisch, wissenschaftlich und gesellschaftlich.

5. Fazit

Zweifelsohne ist es in den letzten Jahren mithilfe gewerkschaftlicher, berufsbezogener und zivilgesellschaftlicher Organisierung gelungen, Fürsorge- und Pflegebedingungen als öffentliche Themen sichtbar zu machen und zu verhandeln. Die neuen Einlassungen reichen dabei von konkreten arbeitspolitischen Forderungen über Pflegearbeit als Teil einer öffentlichen Daseinsvorsorge bis hin zur Verhandlung des allgemeinen Wertes von Sorgearbeit als transformative Strategie zu Veränderung struktureller Voraussetzungen. Gleichzeitig lassen sich hierbei verschiedene Strategien im Hinblick auf die Auseinandersetzungen um die Arbeits- und Pflegebedingungen feststellen, die in unterschiedlichem Maße auf die eingangs geschilderten Organisierungshemmnisse reagieren. Neue

gewerkschaftliche Handlungsstrategien in der Pflegebranche setzen dabei sowohl stärker auf diskursive und kooperative gesellschaftliche Machtressourcen als auch auf die gesetzliche Ebene als Beeinflussungsmöglichkeit. So erweist sich die *gesellschaftliche Macht* im Verhältnis zu den gewohnten gewerkschaftlichen Machtressourcen insofern als zielführende interessenpolitische Perspektive, als sie die sozialen Kräfteverhältnisse einer sorgenden Gesellschaft als hegemonialen Diskurs aktiv herstellt und somit systematisch korporative und zivilgesellschaftliche Handlungspotenziale freisetzt. Weiterhin formieren sich neue Initiativen seitens der Berufsgruppe 'Pflege', die in ihren Interventionen und Zielen ihre eigenen Anspruchsverletzungen aufgreifen. Dabei werden Strategien deutlich, die auf die Förderung eines politischen Bewusstseins der Beschäftigten und der Gesellschaftsmitglieder setzen. Seitens berufspolitischer Akteure stehen dabei Bildungsprozesse und die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen und Handlungsmöglichkeiten im Vordergrund ihrer Aktivierungsbestrebungen. Auch zeigen sich Bestrebungen hinsichtlich formalisierter Institutionalisierungsmöglichkeiten für konkretes politisches Handeln, die schließlich auf die seitens der Beschäftigten geäußerten Forderung nach berufsständigen Selbstvertretungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten reagieren.

Ziel dieses Beitrages war es die vielfältigen Akteure, Interventionen und Diskurse, wie sie sich in den letzten Jahren zugunsten interessenpolitischer Auseinandersetzungen um Pflege- und Arbeitsbedingungen formiert haben, aufzuzeigen. Gegenstand und Erfolg der Auseinandersetzungen sind dabei zunehmend die breitenwirksame Thematisierung des Wertes 'guter Pflege' und die Verknüpfung der gegenwärtigen Care-Krise mit strukturell-politischen und hegemonial-kulturellen Ungleichheitsbedingungen. Die gegenseitige und grundlegende Angewiesenheit von Menschen und der Bedarf nach 'guter Sorge und Pflege' zeigen sich dabei als anschlussfähig für neue politische Protestformen. Insofern schließen die aktuellen Protestformationen auch an transformative Forderungen aus der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung an, die Symptome einer Care-Krise in Verbindung mit gesellschaftlicher Macht- und Herrschaftsverhältnisse zu analysieren (vgl. Fraser 2006). Angesichts der vielschichtigen Herausforderungen – professionspolitisch, sozialpolitisch, arbeitspolitisch und geschlechterpolitisch – sind Auseinandersetzungen um gute Arbeit und gute (Daseinsvor-)Sorge folglich in Form von politischen Kämpfen und Arbeitskämpfen zu führen. Hierin angelegt sind notwendigerweise unterschiedliche Strategien und Interventionen, die einerseits politisierend auf individueller Ebene wirken und andererseits auf der Ebene der Gesetzgebung konkrete neue Mittel der Mitbestimmung und Interessendurchsetzung verfol-

gen. Der unterschiedliche Institutionalisierungsgrad sowie die unterschiedliche korporative Einbindung der Akteure können dabei als Chance und Herausforderung zugleich konstatiert werden. Denn in wie weit sich gewerkschaftliche und zivilgesellschaftliche Handlungsbedingungen ergänzen und als Impulse für kooperative Lern- und Mobilisierungsprozesse genutzt werden, wird schließlich auch von der jeweiligen diskursiven und strategischen Offenheit der Beteiligten abhängen. Funktionsfähige Kooperationen und Bündnisse werden sich zukünftig als interessenpolitisch relevant erweisen, wenn sie über punktuelle Kooperationen hinausgehen. Für die dauerhafte Vernetzung der Akteure auf institutioneller, öffentlicher und lokaler Ebene können neben Gewerkschaften auch Berufs- und Wohlfahrtsverbände durch ihre personellen, organisatorischen, räumlichen und nicht zuletzt institutionellen Netzwerkressourcen wichtige Unterstützung bieten. Dieser pluralistische Ansatz setzt auf demokratische Netzwerk-Strukturen, auf selbstbestimmte und emanzipatorische Methoden und Handlungsräume, die politische Mündigkeit ermöglichen. Insofern stehen Interessenpolitik und Care in einem direkten und perspektivisch gewinnbringenden Zusammenhang, um gesellschaftlichen Wandel und eine grundlegende Transformation des Wohlfahrtsstaats anzustoßen.

Literatur

Arbeitskreis Strategic Unionism, 2013: Jenaer Machtressourcenansatz 2.0. In: Schmalz, Stefan/Dörre, Klaus (Hg.): Comeback der Gewerkschaften? Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven. Frankfurt am Main, 345-375.

Artus, Ingrid, 2019: Frauen*-Streik! Zur Feminisierung von Arbeitskämpfen. In: Rosa Luxemburg Analysen. 54.

Becker, Karina/Kutlu, Yalcin/Schmalz, Stefan, 2017: Die mobilisierende Rolle des Berufsethos. Kollektive Machtressourcen im Care-Bereich. In: Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg, 255-277.

Benz, Benjamin, 2014: Wohlfahrtsstaatlichkeit und Soziale Arbeit in machtressourcentheoretischer Perspektive. In: Kraus, Björn/Krieger, Wolfgang (Hg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Lage, 231-262.

Bewernitz, Torsten/Dribbusch, Heiner, 2014: „Kein Tag ohne Streik". Arbeitskampfentwicklung im Dienstleistungssektor. In: WSI-Mitteilungen Heft 5, 393-401.

Deutscher Pflegetag, 14.01.2019: Pressemitteilung CAREKlimaIndex. „Die Stimmung in der Pflege wird frostiger". Ergebnisse des CARE Klima-Index 2018 (https://deutscher-pflegetag.de/presse/pressemitteilungen/die-stimmung-der-pflege-wird-frostiger; Zugriff: 20.01.2019).

Dribbusch, Heiner, 2017: Arbeitskämpfe in schwierigen Zeiten – zur Streikentwicklung im Dienstleistungsbereich. In: Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg, 306-331.

Dück, Julia, 2018: Feministische Klassenpolitiken in Kämpfen um soziale Reproduktion. Zu den Auseinandersetzungen an der Berliner Charité für mehr Personal im Krankenhaus. In: sub\urban. Zeitschrift für kritische Stadtforschung Heft 1, 129-140.

Evans, Michaela, 2016: Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel. Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiso Diskurs, 23.

Ferree, Myra Marx /Roth, Silke, 1999: Kollektive Identität und Organisationskulturen. In: Klein, Ansgar/Legrand, Hans-Josef/Leif, Thomas (Hg.): Neue soziale Bewegungen. Impulse, Bilanzen und Perspektiven. Wiesbaden, 131-143.

Fichter, Michael/Ludwig, Carmen/Schmalz, Stefan/Schulz, Bastian/Steinfeldt, Hannah, 2018: Die Macht organisierter Arbeitnehmer_innen. Gewerkschaften im Kapitalismus des 21. Jahrhunderts. Hg. v. Friedrich Ebert Stiftung. Berlin.

Fraser, Nancy, 2006: Die halbierte Gerechtigkeit. Schlüsselbegriffe des postindustriellen Sozialstaats. Frankfurt am Main.

Schmidt, Katja, 2017: Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege. Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. In: Auth, Diana/Rudolph, Clarissa (Hg.): Care im (sozialinvestiven) Wohlfahrtsstaat. Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft Heft 2, 89-101.

Schroeder, Wolfgang, 2018: Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation. Wiesbaden.

Voges, Wolfgang, 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden.

Winker, Gabriele, 2015: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld.

Winter, Thomas von, 2003: Vom Korporatismus zum Lobbyismus. In: Forschungsjournal Soziale Bewegungen Heft 3, 37-44.

Wolf, Luigi, 2015: Mehr von uns ist besser für Alle! Die Streiks an der Berliner Charité und ihre Bedeutung für die Aufwertung von Care-Arbeit. In: Fried, Barbara/Schurian, Hannah (Hg.): UmCare. Gesundheit und Pflege neu organisieren. Rosa Luxemburg Stiftung (Materialien Nr. 13). Berlin, 23-31.

Autorinnen und Autoren

Auth, Diana, Dr. habil., Professorin für Politikwissenschaft mit dem Schwerpunkt Sozialpolitik an der FH Bielefeld. Forschungsschwerpunkte: vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, Gender Studies, Pflegeforschung und soziale Gerontologie sowie Policy-Forschung: Arbeits-, Sozial- und Familienpolitik. E-Mail: diana.auth@fh-bielefeld.de

Benazha, Aranka Vanessa, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (im Rahmen des DFG-finanzierten Forschungsprojekts „Gute Sorgearbeit? Transnationale Home Care Arrangements"). Arbeitsschwerpunkte: Frauen- und Geschlechterforschung, Migrationsforschung, Qualitative Forschung, Wohlfahrtsstaatenforschung. E-Mail: benazha@soz.uni-frankfurt.de

Bomert, Christiane, M.A., Wissenschaftliche Angestellte am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Geschlechterforschung, Macht- und Ungleichheitsverhältnisse, Transnationale Care-Arbeit und Organisierung, Diskurstheorie und -analyse. E-Mail: Christiane.Bomert@uni-tuebingen.de

Holland, Judith, Dr., hat am Institut für Soziologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg promoviert und ist Mitarbeiterin im Büro für Gender und Diversity der FAU. Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Industriesoziologie, Geschlechterforschung, vergleichende Gesellschaftsanalyse sowie rekonstruktive Sozialforschung. E-Mail: judith.holland@fau.de

Kocher, Eva, Dr., Professorin für Bürgerliches Recht und Arbeitsrecht, Juristische Fakultät, Europa-Universität Viadrina, Frankfurt (Oder). Arbeitsschwerpunkte: Interdisziplinäre Arbeitsrechtsforschung, Europäisches Arbeitsrecht, Grenzen und Arbeitsrecht, Antidiskriminierungsrecht und feministische Rechtsforschung.

Lutz, Helma, Dr., Professorin für Frauen- und Geschlechterforschung und Geschäftsführende Direktorin des Cornelia Goethe Centrums. Arbeitsschwerpunkte: Frauen- und Geschlechterforschung, Migrationsforschung, Intersektionalitätsforschung, Rassismus- und Ethnizitätsforschung, Qualitative Forschungsmethoden/Biographieforschung. E-Mail: lutz@soz.uni-frankfurt.de

Meussling-Sentpali, Annette, Dr. rer. cur., Krankenschwester, Dipl.-Pflegewirtin MScN, Professorin für Pflegewissenschaft an der Ostbayerischen Technischen Hochschule. Arbeitsschwerpunkte: Pflegeorganisation, Professionalisierung

und Pflegepolitik, Ethik, Klinische Pflegeforschung insbesondere zu Technikeinsatz, Palliative Care und Alter. E-Mail: annette.meussling-sentpali@oth-regensburg.de

Neumann, Matthias, als Sozialwissenschaftler und Verkäufer im Einzelhandel tätig, im Netzwerk Care Revolution aktiv. E-Mail: matthias.nn@web.de

Rudolph, Clarissa, Dr. habil., Professorin für Politikwissenschaft und Soziologie an der Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der OTH Regensburg. Arbeitsschwerpunkte: Arbeit und Geschlecht, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Frauen- und Gleichstellungspolitik, Gender und Care, Rechtsextremismus, Bildungspolitik. E-Mail: clarissa.rudolph@oth-regensburg.de

Scheele, Alexandra, PD Dr., derzeit Vertretungsprofessur für Arbeits- und Wirtschaftssoziologie an der Fakultät für Soziologie an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: Soziologie der Arbeit und Geschlechterverhältnisse, Gender Pay Gap, Krisendynamiken und soziale Ungleichheiten in Europa. Mitherausgeberin der Femina Politica. E-Mail: alexandra.scheele@uni-bielefeld.de

Schirilla, Nausikaa, Dr., Professorin für Soziale Arbeit, Migration und interkulturelle Kompetenz an der Kath. Hochschule Freiburg, Schwerpunkte: Soziale Arbeit, Flucht und Migration, Pflege und Migration, Migration und Ethik. E-Mail: nausikaa.schirilla@kh-freiburg.de

Schmidt, Katja, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund ForGenderCare, forscht zu „Arbeitsbedingungen und Interessenvertretung von Pflegekräften in Bayern" an der OTH Regensburg, Fakultät für Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Sozialpolitik, Frauen- und Geschlechterforschung, Macht- und Ungleichheitsverhältnisse. E-Mail: sch.katja@web.de

Schroeder, Wolfgang, Dr., Professur für „Das Politische System der BRD – Staatlichkeit im Wandel" an der Universität Kassel und Fellow am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Abteilung „Demokratie und Demokratisierung". Forschungsgebiete: Politisches System Deutschlands; Arbeitsbeziehungen; Arbeitsgeber-, Gewerkschafts- und Verbändeforschung; Wohlfahrtsstaatsforschung und Sozialpolitik; Parteien und Wahlen. E-Mail: wolfgang.schroeder@uni-kassel.de

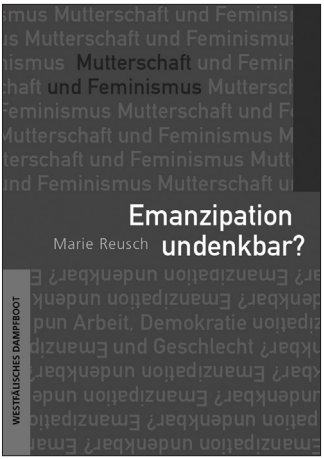
Theobald, Hildegard, Dr., Professorin für Organisationelle Gerontologie an der Universität Vechta, Forschungsschwerpunkte: International vergleichende Forschung zu Politiken in der Pflege, zur Situation der formell und informell

Pflegenden, Professionalisierung und Organisation, Intersektionalität. E-Mail: Hildegard.Theobald@uni-vechta.de

Winker, Gabriele, Dr., Professorin für Arbeitswissenschaft und Gender Studies an der TU Hamburg, Mitbegründerin des Feministischen Instituts Hamburg, Mitbegründerin des Netzwerks Care Revolution, Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Geschlechterforschung, Soziale Ungleichheit und Intersektionalitätsforschung. E-Mail: winker@tuhh.de

Arbeit – Demokratie – Geschlecht

Die Reihe „Arbeit – Demokratie – Geschlecht“ ist hervorgegangen aus dem Projekt „GendA – Netzwerk feministische Arbeitsforschung“. Im Fokus der Einzelbände stehen die Entfaltung feministischer und genderkompetenter Forschungs- und Politikkonzepte sowie der Dialog und die kritische Reflexion über emanzipatorische Gestaltungsmöglichkeiten des aktuellen Wandels von Arbeit, Demokratie und Geschlecht.



Band 25
Marie Reusch
Emanzipation undenkbar?
Mutterschaft und Feminismus
2018 – 206 Seiten – 25,00 €
ISBN 978-3-89691-291-6

Band 24
Beatrice Müller
Wert-Abjektion
Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus – am Beispiel der ambulanten Pflege
2016 – 232 Seiten – 27,90 €
ISBN 978-3-89691-856-7

Band 23
Diana Auth
Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung
Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland
2016 – 500 Seiten – 44,00 €
zzt. vergriffen

Band 22
Tina Jung
Kritik als demokratische Praxis
Kritik und Politik in Kritischer Theorie und feministischer Theorie
2016 – 296 Seiten – 29,90 €
ISBN 978-389691-729-4

Band 21
Roman George
Die geschlechtsspezifische Strukturierung des Niedriglohnsektors
Eine vergleichender Perspektive auf Frankreich, Großbritannien, Schweden und Deutschland
2015 – 278 Seiten – 27,90 €
ISBN 978-3-89691-971-7