



DAS BISSCHEN PFLEGE

WAS FALSCH LÄUFT UND WIE ES ANDERS GEHEN KÖNNTE

INHALT

Einleitung	3
Was läuft falsch und warum?	7
1 Häusliche Pflege: prekäre Privatsache	7
2 Pflege als Markt: Beschäftigte unter Druck	13
3 Ausbeutung statt Aufwertung: Wie die Lücken gestopft werden	21
Forderungen und Alternativen: Wie es anders gehen könnte	27
1 Gute Pflege für alle absichern	28
2 Pflegende Angehörige entlasten	30
3 Arbeitsrechte statt Ausbeutung	33
4 Für Aufwertung kämpfen	35
5 Qualität statt Kostendruck	37
6 Rundum gut versorgt: Pflegeinfrastrukturen	40
7 Mehr Zeit für Sorge	45
Ausblick: Gemeinsam für gute Pflege	47
Literatur zum Nach- und Weiterlesen	49

EINLEITUNG

Fast alle von uns sind irgendwann in ihrem Leben darauf angewiesen, gepflegt zu werden: sei es durch Krankheiten, körperliche Einschränkungen oder einfach nur aufgrund des Alters. Dann brauchen wir Menschen, die uns beim Aufstehen und Anziehen helfen, die uns waschen und Medikamente geben, die uns zuhören, Aufmerksamkeit und Zeit schenken. In dieser Situation möchten wir würdevoll behandelt werden und selbst entscheiden, wer uns wie und wo pflegt – unabhängig von Herkunft, Wohnort oder Geldbeutel.

Die Realität sieht leider anders aus. In einem reichen Land wie Deutschland hetzen Krankenpfleger*innen über unterbesetzte Stationen, tragen Menschen im Pflegeheim Windeln, weil die Zeit fehlt für den Toilettengang, sind Krankheit und Alter ein Armutsrisiko. Tausende Überlastungsanzeigen von Pfleger*innen belegen die miserable Situation in den Krankenhäusern. In den Pflegeheimen sieht es nicht besser aus. Der «Pflegenotstand» ist zum medialen Schlagwort geworden. Viele Menschen machen sich Sorgen, dass sie oder ihre Angehörigen in Armut leben müssen, wenn sie Pflege benötigen.

Und viele haben Angst, allein zu bleiben, wenn sie auf Unterstützung angewiesen sind. Diese Ängste sind auch Ausdruck eines löchrigen und sozial ungerechten Pflegesystems.

Denn der Notstand ist politisch gemacht. Der Kostendruck in der Pflege ist eine direkte Folge der Spar- und Privatisierungspolitik der letzten Jahrzehnte. Es ist ein «Pflegemarkt» entstanden, auf dem die Anbieter um knappe Pflegesätze konkurrieren. Um Kosten zu drücken, wird am Personal gespart. Unter Zeitstress ist gute Pflege aber kaum möglich. Darunter leiden die Menschen mit Pflegebedarf ebenso wie die Beschäftigten, nicht nur in der Alten-, sondern auch in der Krankenpflege, im stationären wie im ambulanten Bereich.

Zugleich wird die Verantwortung für Pflege weiterhin auf die Einzelnen abgewälzt. Die Menschen sollen selbst vorsorgen. Die Pflegeversicherung deckt die Kosten nicht. Wenn es nicht reicht, sind es meist Frauen, die einspringen: Freundinnen, Ehefrauen, Schwieger-töchter, Mütter, Nachbarinnen, die ohne Lohn und oft auf Kosten ihrer eigenen Berufstätigkeit

EINLEITUNG

Angehörige versorgen. Ihre Arbeit gilt immer noch vielen als Selbstverständlichkeit, als Liebesdienst. Ein Liebesdienst, der Pflegekassen, Arbeitgebern und dem Staat Milliarden spart – und die Pflegenden nicht selten selbst in Armut und Krankheit führt.

Dass das so ist, hat Geschichte. Mit der kapitalistischen Industriegesellschaft entstand eine neue Form der Arbeitsteilung: Die Lohnarbeit wurde in der Öffentlichkeit angesiedelt und als das Terrain von Männern angesehen; Haushalt, Sorge und Pflege wurden hingegen zur «Privatsache» und zur ausschließlichen Aufgabe von Frauen. Diese Trennung wurde mit der Zeit so selbstverständlich, dass Fürsorge als eine scheinbar natürliche Eigenschaft von Frauen gilt, auch deshalb, weil Alte und Kranke schon seit Jahrhunderten überwiegend von christlichen Ordensschwestern betreut und gepflegt wurden – als ein selbstloser «Dienst am Nächsten». Der Kampf um berufliche Anerkennung und der Ausbau von Pflegeeinrichtungen begannen erst spät und sind längst noch nicht abgeschlossen: Im Vergleich zu anderen Facharbeiter*innen verdienen Pfleger*innen noch immer deutlich weniger. Damit wird nicht nur die Arbeit von Frauen abgewertet, sondern allgemein die Arbeit, die auf menschliches Wohlergehen zielt und nicht auf Profite. Zudem kom-

men die gepflegten Menschen in diesem Bild von Pflege als «Liebesdienst» zu kurz. Gut gepflegt zu werden ist keine milde Gabe, sondern ein Anspruch, ein Menschenrecht und die Voraussetzung, um trotz Beeinträchtigungen an der Gesellschaft teilhaben zu können. Wenn das Pflegesystem dies nicht leistet, ist die Menschenwürde in Gefahr.

Inzwischen regt sich zunehmend Kritik an den Zuständen in der Pflege und Proteste und Arbeitskämpfe nehmen zu. In den Krankenhäusern gab es in den letzten Jahren selbstbewusste Streiks, in denen nicht nur mehr Geld, sondern mehr Personal und gute Versorgung gefordert wurde. Viele Protestaktionen, Petitionen und Klagen wenden sich gegen den Pflegenotstand. Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen schließen sich in Initiativen und Selbsthilfeorganisationen zusammen. Sie alle wollen sich nicht länger aufreiben und fordern Lösungen: eine bedarfsdeckende Finanzierung, einen Ausbau der Versorgungsstrukturen, ausreichend Bezahlung und Personal, kurz: die Möglichkeit, so zu pflegen und gepflegt zu werden, wie es ihren Bedürfnissen entspricht.

Dazu sind grundlegende Veränderungen nötig: Es muss Geld in die öffentliche Daseinsvor-

sorge fließen, wo es allen zugutekommt. Nur so wird es möglich, die Arbeit gesellschaftlich gerecht zu verteilen und angemessen zu entlohnen. Um die Pflege aufzuwerten, muss sie raus aus der Sphäre des Unsichtbaren und Privaten. Bis heute gelten Pflegearmut und Überlastung oft als individuelle Probleme oder gar als persönliches Versagen. Langfristig braucht es Pflegeinfrastrukturen, die von den Beteiligten selbst mitgestaltet werden und die gute Arbeits- und Versorgungsbedingungen für alle bieten. Das ist unvereinbar mit dem Kostendruck und der Konkurrenz auf dem «Pflegemarkt». Pflege muss eine öffentliche Angelegenheit sein und keine, die auf Kosten der Beschäftigten und zu Pflegenden Profite abwirft.

Die Forderungen stehen im Raum. Aber wie und von wem werden sie durchgesetzt? Pflegekräfte, Betroffene und Angehörige müssen sich noch stärker für ihre Belange organisieren und darin von anderen unterstützt werden. Arbeitskämpfe und kommunale politische Bündnisse spielen eine wichtige Rolle im Kampf für bessere Bedingungen in der Pflege. Dabei geht es nicht nur um den Pflegebereich, sondern um das Gemeingut einer funktionierenden und bedürfnisgerechten sozialen Infrastruktur.

Diese Broschüre zeigt die Probleme und deren Ursachen im heutigen Pflegesystem in Deutschland auf, nennt Forderungen und Alternativen und sucht schließlich nach Ansätzen, wie sich diese durchsetzen lassen könnten.



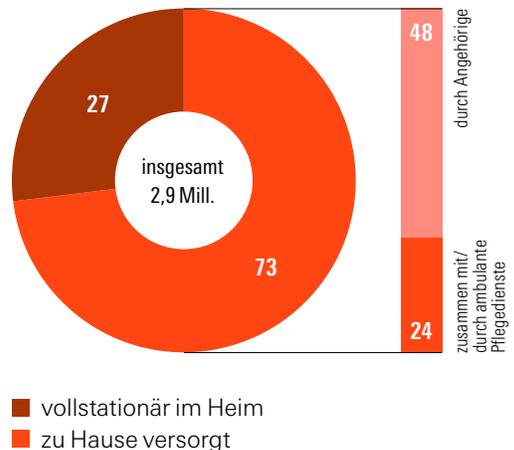
WAS LÄUFT FALSCH UND WARUM?

1 HÄUSLICHE PFLEGE: PREKÄRE PRIVATSACHE

Familienangelegenheit

In Deutschland wird die überwiegende Mehrheit der Menschen mit Pflegebedarf ganz oder teilweise von Angehörigen betreut. Von den rund 2,9 Millionen offiziell pflegebedürftigen Menschen werden 73 Prozent zu Hause versorgt. Davon erhält die große Mehrheit, rund zwei Drittel, Unterstützung ausschließlich von Angehörigen, ein Drittel wird zusätzlich durch ambulante Pflegedienste versorgt.¹ Die Angehörigen sind der «Pflegedienst der Nation». Zwar entspricht die Pflege im vertrauten Umfeld häufig dem Wunsch der Menschen. Doch die Umstände sind meist nicht selbstgewählt: Ausreichend professionelle Unterstützung ist oft nicht bezahlbar. Angehörige oder andere Laien sind für die Aufgaben nicht ausreichend qualifiziert. Zudem bedeutet die Pflegeverantwortung häufig Überlastung, Stress und (Alters-)Armut. Dennoch bleibt die Angehörigenpflege das vorherrschende Modell und das ist kein Zufall: Im deutschen Wohlfahrtsstaat wird Pflege gezielt als Familienangelegenheit organisiert.

Abb. 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2015
Angaben in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

¹ Hier nicht mitgerechnet ist die Zahl der Haushaltshilfen, die ältere Menschen in Privathaushalten betreuen und deren Arbeitsverhältnisse zum Teil nicht angemeldet sind.

System mit Lücken

Als 1995 in Deutschland die gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) eingeführt wurde, setzte man bewusst auf das Modell «Teilkaskoversicherung», bei dem nur ein fixer Anteil der Kosten abgedeckt ist.² Das bedeutet, dass Menschen mit Pflegebedarf und ihre Familien die Kosten zu einem hohen Maße selbst tragen oder Angehörige die Pflege unentlohnt erledigen müssen. Wer zu Hause gepflegt wird, kann wählen zwischen «Pflegesachleistungen», «Pflegegeld» oder einer Kombination aus beidem. Pflegesachleistungen gehen an die ambulanten Pflegedienste, die die Menschen zu Hause pflegen. Das häusliche Pflegegeld wird dagegen direkt an die Betroffenen ausgezahlt und ist ein wesentlich geringerer Betrag.

Die Lücken entstehen an verschiedenen Stellen: Einerseits erfasst der Begriff von «Pflegebedürftigkeit», auf dem die Versicherung basiert, noch immer nicht den realistischen Bedarf an Unterstützung. Zwar werden seit 2017 bei der Einstufung in die sogenannten Pflegegrade (vorher: Pflegestufen) endlich auch geistige Beeinträchtigungen wie etwa Demenz berücksichtigt. Doch obwohl der Grad der Selbständigkeit im Alltag und die soziale Teilhabe in die Begutachtung mit einfließen, gibt es dafür am Ende keine zusätzlichen Mittel. Unterstützung im Haushalt oder Aktivitäten außer Haus sind

nach wie vor nicht abgedeckt. Für Menschen mit Behinderungen, die zugleich pflegebedürftig sind, ist dieses Modell besonders problematisch. Ihnen stehen nur direkte Pflegeleistungen zu, obgleich sie viel mehr und andere Unterstützung im Alltag benötigen, um gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben zu können. In Heimen der Behindertenhilfe stehen noch nicht einmal die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es viele Menschen mit chronischen Krankheiten, die durch das Raster der «Pflegebedürftigkeit» fallen. Vor allem ist aber die Leistungshöhe insgesamt viel zu niedrig. Sie wurde über die Jahre kaum an die steigenden Kosten angepasst und deckt nicht annähernd den Bedarf.

Für die Betroffenen ist das ein Dilemma: Ein Pflegeheim können oder wollen sich viele aus Angst vor Zuzahlungen oder schlechter Versorgung nicht leisten. Ein ambulanter Pflegedienst übernimmt ebenfalls nur einen Teil der notwendigen Arbeit und führt zudem dazu, dass das Pflegegeld wegfällt. Für die meisten Menschen geht die Rechnung nur auf, wenn sie privat dazuzahlen und/oder wenn ihre Angehörigen kostenlos einspringen.

² Originalwortlaut des § 3 SGB XI: Ziel der Pflegeversicherung ist es, «vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn [zu] unterstützen».

Zwei-Klassen-Pflege

Die Versorgung in einem Pflegeheim steht nicht allen offen. Menschen, denen nur ein niedriger Pflegegrad zugestanden wird, rechnen sich für die Heime nicht mehr und bedeuten besonders hohe Zuzahlungen. Grundsätzlich übernehmen die Pflegekassen nur einen Teil der Heimkosten. Im bundesweiten Durchschnitt müssen für einen Heimplatz monatlich rund 1.700 Euro aus eigener Tasche zugezahlt werden.³ Bei einer Pflegezeit von durchschnittlich acht Jahren wären das über 160.000 Euro, die eine Person mit Pflegebedarf oder ihre Familie selbst aufbringen müssen. Für immer mehr Menschen ist das unmöglich, sodass sie Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege nach Sozialgesetzbuch XII) beantragen müssen – aktuell sind es mehr als 350.000, überwiegend Frauen. Die Kosten übernehmen dann die Sozialhilfeträger, also die Kommunen, die sich aber von der wachsenden Zahl der AntragstellerInnen überfordert fühlen. Sie sind angehalten, einen Heimaufenthalt möglichst zu verhindern und darauf einzuwirken, dass möglichst die Familie oder jemand in der Nachbarschaft die Pflege übernimmt. Wenn das nicht gelingt, wird immer wieder versucht, Betroffenen den Aufenthalt in einem besonders günstigen Heim vorzuschreiben. Auf diese Weise werden mit öffentlichem Geld unter Umständen diejenigen (häufig privat geführten) Heime

gefördert, die die schlechtesten Arbeits- und Versorgungsbedingungen bieten. Diese Praxis ist inzwischen gerichtlich verboten worden, weil sie die Wahlfreiheit der Betroffenen verletzt. Mit den neuen Pflegestärkungsgesetzen (vgl. hierzu S. 26) wurden für SozialhilfeempfängerInnen aber erneut einzelne Leistungen eingeschränkt: Das verstärkt die Tendenz zur Zwei-Klassen-Pflege.

Soziale Ungleichheit in der Pflege fängt aber lange vorher an. Das Risiko, überhaupt auf Pflege angewiesen zu sein, hängt wie der allgemeine Gesundheitszustand auch von sozialen Faktoren ab: Arbeits- und Umweltbedingungen, Armut und Stress, aber auch der Zugang zu medizinischer Versorgung. Bei den zumeist älteren Menschen mit Pflegebedarf (zwischen 75 und 80 Jahren) überwiegen Frauen und solche mit geringem Einkommen. Frauen leisten mehr familiäre Sorgearbeit und leiden häufiger unter den physischen und finanziellen Belastungen, die damit einhergehen. Umgekehrt erfahren sie selbst auch aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung seltener Unterstützung durch den (Ehe-)Partner und müssen häufiger selbst bei der Pflege zuzahlen.

³ Vgl. www.pkv.de/presse/meldungen/pflegeluecke-bundeslaender/

Unbezahlte Arbeit

Bei einer nur lückenhaften Grundversorgung durch die Pflegeversicherung kann von Wahlfreiheit keine Rede sein. Zu oft sind Angehörige ein unfreiwilliger Ersatz-Pflegedienst. Das Pflegegeld, das die gepflegten Personen oft an ihre Angehörigen weitergeben, ist nicht mehr als eine Aufwandsentschädigung, kann den Einkommensverlust durch Jobverzicht oder Teilzeitarbeit nicht wettmachen und reicht schon gar nicht zum Leben. Wenn etwa eine Frau ihren dementen Ehemann (Pflegegrad 2) in Vollzeit pflegt, werden nur 316 Euro Pflegegeld ausgezahlt. Wenn ein Rentner für seine schwerbehinderte Partnerin (Pflegegrad 5) rund um die Uhr da ist, sind es 901 Euro Pflegegeld.⁴ Wer den vollen Pflegegeldsatz in Anspruch nimmt, hat keinerlei Anspruch mehr auf zusätzliche Unterstützung. Besserverdienende und Vermögende lösen das Problem, indem sie Unterstützung hinzukaufen. Wer das Geld dafür nicht hat und den Knochenjob nicht selbst machen kann, muss für die Pflege die Ersparnisse aufbrauchen oder sich, was immer häufiger vorkommt, verschulden.

Prekär und weiblich

Prekäre und stressige Arbeitsverhältnisse lassen vielen Menschen auch ohne Pflegeverantwortung zu wenig Zeit, um sich um ande-

re oder um sich selbst zu kümmern. Kommt noch die zeitintensive Pflege eines nahestehenden Menschen hinzu, ist das unter den heutigen Bedingungen oft nicht vereinbar mit dem Job und führt zum Ausstieg aus der Erwerbsarbeit. Das damit verbundene Armutsrisiko trifft vor allem Frauen: Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind weiblich, zu einem überwiegenden Teil im erwerbsfähigen Alter. Viele von ihnen arbeiten in Teilzeit, rund 60 Prozent sind nicht erwerbstätig, 27 Prozent haben die Erwerbsarbeit für die Pflege aufgegeben.⁵ Wer aufgrund der Pflege seinen Beruf aufgibt, muss häufig in der Folge Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen. Wer Angehörige mit einem Pflegegrad unterhalb von Stufe 2 pflegt, gilt im Hartz-IV-System als voll erwerbsfähig, als quasi «arbeitslos» und muss nicht selten Sanktionen fürchten, wenn er oder sie dem Arbeitsmarkt nicht voll zur Verfügung stehen kann. Längere Pflegezeiten führen außerdem zu niedrigeren Rentenansprüchen und verschärfen die Gefahr der Altersarmut. «Pflegearmut» hat damit in der Mehrzahl ein weibliches Gesicht. Zum einen,

⁴ Vgl. www.pflegestaerkungsgesetz.de/finanzielle-leistungen/alle-leistungen-ab-2017-im-ueberblick/ ⁵ Kesselheim, Hermann et al.: Pflege zwischen Familie, Markt und Staat – Wie Pflegearbeit in Zukunft organisiert werden kann, WISO Diskurs, Berlin 2013, S. 10, unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10414.pdf>

weil von Frauen noch immer erwartet wird, sich besonders verantwortlich für die Pflege zu fühlen. Zum anderen, weil sie immer noch im Schnitt weniger verdienen als Männer und ihr Beitrag zum Haushaltseinkommen eher als «verzichtbar» gilt.

Alltäglicher Stress

Zu den finanziellen Sorgen kommen andere Belastungen: rund um die Uhr verfügbar und an das Haus gefesselt zu sein, keine Zeit für Muße und für Ausgleich zu haben. In einer Befragung bewerteten rund 58 Prozent der privat Pflegenden die Aufgabe als «sehr belastend», rund 38 Prozent gaben an, kaum noch Kontakt zu anderen Menschen zu haben.⁶ Zugleich

steht man permanent in einer engen Beziehung zu der gepflegten Person, was es erschweren kann, ausreichend Pausen einzulegen und einen «gesunden Abstand» zur Arbeit zu finden. Der andauernde Zeitstress und das Jonglieren mit unlösbaren Anforderungen führen oft zu Erschöpfung: Die psychischen Belastungen und das Risiko, selbst zu erkranken, sind für pflegende Angehörige überdurchschnittlich hoch, das gilt insbesondere für psychische oder psychosomatische Erkrankungen. Da Pflege als «Privatsache» gilt, wird eine Überforderung oft als individuelles Versagen gedeutet. Obgleich Millionen Menschen in einer ganz ähnlichen Zwangslage stecken, bleibt ihr Leid weitgehend unsichtbar.

⁶ Runde, Volker et al.: AOK-Trendbericht Pflege – Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Hamburg 2009, S. 29, unter: www.wir-pflegen.net/wp-content/medien/AOK-Trendbericht-Pflege-111.pdf

SCHON WIEDER
BEWERBUNGEN
SCHREIBEN - WANN
SOLL ICH DENN
BITTE SCHÖN NOCH
ARBEITEN GEHEN?



2 PFLEGE ALS MARKT: BESCHÄFTIGTE UNTER DRUCK⁷

Auch wenn den Löwenanteil der Versorgung nach wie vor Angehörige stemmen, bröckelt dieses Modell der Familienpflege – nicht zuletzt, weil immer weniger Frauen längere Zeit unbezahlt zu Hause pflegen können oder wollen. Die Bedeutung professioneller Fachpflege wächst – auch weil es immer mehr ältere Menschen mit (immer komplexerem) Pflegebedarf gibt. Insgesamt arbeiten heute über eine Million Menschen in Pflegeberufen: deutlich mehr als in der Automobilindustrie. Die Löhne und Arbeitsbedingungen spiegeln diese Realität nicht wider. Sie sind noch immer durch die besondere Geschichte des Pflegeberufs geprägt. Die Alten- und Krankenpflege lag in Deutschland lange in kirchlicher Hand. Die Ordenschwestern in Krankenhäusern arbeiteten rund um die Uhr und wurden kaum oder gar nicht entlohnt. Pflege galt als christlicher Dienst am Nächsten, für den es (angeblich) weder besondere Qualifikationen noch gute Bezahlung brauchte: nur ein weibliches «gutes Herz». Ab den 1950er und 1960er Jahren wurden die Alten- und Krankenpflege in West- wie auch Ostdeutschland als professionelle Berufe anerkannt und nach und nach finanziell aufgewertet.⁸ Noch immer spielen die kirchlichen Wohlfahrtsverbände als sogenannte freie-

meinnützige (also nicht profitorientierte, aber nichtstaatliche) Träger von Pflegediensten, Pflegeheimen und Krankenhäusern eine große Rolle. Auch der Frauenanteil ist nach wie vor sehr hoch: In der Altenpflege liegt er bei rund 85 Prozent, in der Krankenpflege bei rund 81 Prozent.⁹

Auch wenn die Situation in der Pflege noch nie wirklich gut war, spitzen sich die Missstände seit den 1990er Jahren zu. Die soziale Daseinsvorsorge wurde damals nach dem neoliberalen Konzept des New Public Management grundlegend umgebaut: Es wurden Mechanismen der Marktsteuerung eingeführt und umfassende Privatisierungen vorgenommen. Die Logik dahinter: Wettbewerb ist gut für alle, weil

7 Die Bezeichnung Markt soll verdeutlichen, dass Anbieterkonkurrenz und Preiswettbewerb zugenommen haben. Streng genommen handelt es sich um einen «Quasi-Markt», da Löhne und Leistungsvergütungen durch Kostenvorgaben festgelegt werden. Die Pflegesätze etwa werden in Verhandlungen festgesetzt. **8** In der DDR wurden die ambulanten Pflegedienste stark ausgebaut. Die Gemeindeschwestern, die in Polikliniken und staatlichen Arztpraxen tätig waren, spielten eine zentrale Rolle. Die hauswirtschaftliche Versorgung älterer Menschen leisteten Angestellte des halbstaatlichen Wohlfahrtsverbandes Volkssolidarität. Trotz einer massiven Ausweitung der Betreuungskapazitäten in den 1970er Jahren war der Betreuungsschlüssel in den Pflege- bzw. «Feierabendheimen» vergleichsweise niedrig. **9** Vgl. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html

WAS LÄUFT FALSCH UND WARUM?

er dazu führt, dass sich die besten Anbieter bei den «Kunden» behaupten. Zugleich sollte eine Politik der Kostendeckelung Druck auf die Einrichtungen und Beschäftigten ausüben, effizient zu wirtschaften. Diese Veränderungen hatten weitreichende Folgen: Durch permanenten Kostendruck haben sich die Arbeitsbedingungen und damit auch die Versorgungsbedingungen merklich verschlechtert.

Altenpflege: ein Wettlauf nach unten

In der Altenpflege entsteht der Kostendruck in erster Linie durch die Unterfinanzierung der Pflegeversicherung und damit verbunden durch die zu knapp kalkulierten Pflegesätze. Diese bestimmen die «Preise» der Pflegeleistungen, die zwischen den Trägern – also den Betreibern der Pflegeeinrichtungen –, den Kassen und den Sozialhilfeträgern ausgehandelt werden. Sie sind nicht nur zu niedrig, sie berücksichtigen auch nur «messbare» Verrichtungen wie Waschen, Ankleiden oder Füttern. Für emotionale Zuwendung gibt es kein Geld und darum im pflegerischen Alltag kaum Zeit. Zudem befinden sich heute fast keine Einrichtungen mehr in öffentlicher Hand. Anfang der 1990er Jahre zogen sich die Kommunen aus der Altenhilfe und Pflege zurück. Es entstand eine extrem zerklüftete Trägerlandschaft, in der vor allem private und freigemeinnützige Ein-

richtungen um knappe Ressourcen konkurrieren. Die Pflegeheime werden im Wesentlichen von Trägern wie der Arbeiterwohlfahrt oder der Caritas betrieben sowie zunehmend von großen kapitalmarktnotierten Privatkonzernen. In der ambulanten Pflege sind die Mehrzahl der Pflegedienste Privatunternehmen, darunter viele Klein- und Kleinstbetriebe, die ums Überleben kämpfen. Insgesamt steigt die Zahl der privaten Träger, die versuchen, mit knappen Pflegesätzen Gewinne zu machen. Damit erhöht sich der Druck auf alle Anbieter, zumindest schwarze Zahlen zu schreiben.

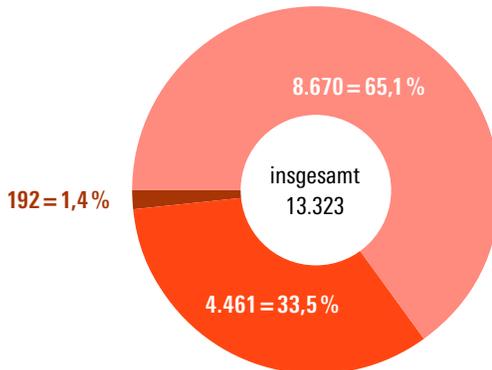
In einem Bereich, wo mit Menschen gearbeitet wird und der größte Teil der Kosten Personalkosten sind, geht das nur durch rigides Sparen: Weniger Hände sollen mehr Arbeit in weniger Zeit erledigen. Löhne und Arbeitsbedingungen geraten unter Druck. In der Altenpflege ist das Lohnniveau niedrig und für viele der mehr als zwei Drittel Teilzeitbeschäftigten kaum existenzsichernd. Der Abbau von Personal führt zu entgrenzten Arbeitszeiten. Einspringen und Überstunden machen es oft unmöglich, die Freizeit zu planen. Viele Träger beschäftigen Teilzeitkräfte, weil diese für weniger Geld flexibler einsetzbar sind. Auch Leiharbeiter*innen spielen eine immer wichtigere Rolle. Hilfskräfte, die oft nur kurze Schulungen durchlaufen haben, übernehmen die Grundpflege und oft

auch unerlaubt Fachtätigkeiten. Die Reinigung oder Verpflegung wird oft aus den Pflegeeinrichtungen ausgegliedert und an Subunternehmen vergeben. Die ohnehin dünne Tarifdecke wird so immer löchriger und die Arbeit der Pflegekräfte immer weiter aufgesplittet und abgewertet. All das spüren auch die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen:

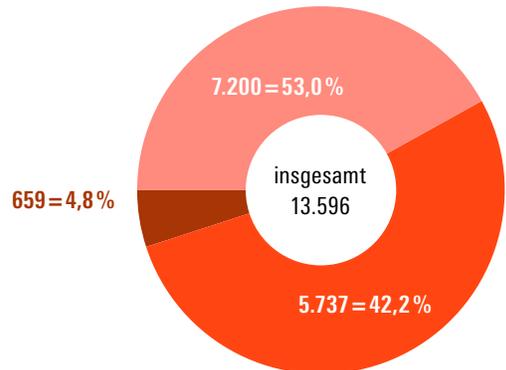
Sie sind mit häufig wechselndem und oft überlastetem Personal konfrontiert. Und sie müssen sich in einem unübersichtlichen Dschungel von Pflegedienstleistern zurechtfinden, in dem es vielen Anbietern vornehmlich darum geht, möglichst viele Leistungen abzurechnen und möglichst wenige davon tatsächlich zu erbringen.

Abb. 2: Trägerlandschaft in der Altenpflege
absolut und in Prozent aller Dienste

Ambulante Pflegedienste



Pflegeheime/stationäre Pflegedienste



■ öffentlich ■ freigemeinnützig ■ privat

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, Pflegestatistik 2013

Gefährliche Pflege – Kostendruck in Krankenhäusern

In den Krankenhäusern sieht es nicht viel besser aus. Auch hier haben Privatisierungen zugenommen: Der Anteil der Häuser in öffentlicher Hand ist in Deutschland seit 1991 um rund ein Drittel geschrumpft, der Anteil privater Träger hat sich mehr als verdoppelt (von rund 15 auf 36 Prozent).¹⁰ Auch öffentliche Häuser stehen aufgrund ausbleibender Investitionen unter Konkurrenzdruck. Krankenhäuser, die sich nicht rechnen, drohen privatisiert oder geschlossen zu werden. Seitdem die Behandlungskosten auf der Grundlage von Fallpauschalen abgerechnet werden, stehen ökonomische Gesichtspunkte noch stärker im Vordergrund. Die Kliniken erhalten nicht mehr die realen Kosten der Behandlung erstattet, sondern Festbeträge für bestimmte Leistungen. Es klebt quasi ein Preisschild an jedem «Fall», sei es ein Blinddarm oder ein Kaiserschnitt. Ist die Behandlung günstiger als die (knapp kalkulierte und kontinuierlich sinkende) Pauschale, lässt sich Gewinn machen, wird sie teurer, drohen Verluste. Dadurch gerät vor allem die zeit- und personalintensive Pflege unter Druck.

Seit 1995 die mühsam erkämpfte gesetzliche Regelung zur Personalbemessung abgeschafft wurde, ist das Pflegepersonal konstant abge-

baut worden. Laut der Gewerkschaft ver.di fehlen allein in der Krankenhauspflege aktuell rund 70.000 Vollzeitstellen für Fachkräfte. Die Folge: In Deutschland kümmert sich eine qualifizierte Pflegekraft im Krankenhaus im Schnitt um 13 Patient*innen. Zum Vergleich: In den Niederlanden sind es sieben, in den USA sogar nur um die fünf.¹¹ Weil zugleich die Fallzahlen erhöht und die Liegezeiten verkürzt wurden, sind deutsche Krankenhäuser, so die immer häufiger gehörte Kritik, zur Fabrik geworden:¹² Lukrative Eingriffe werden ausgeweitet (wie etwa Knie- und Hüftoperationen), während an der Pflege gespart wird. Die erfolgreichen «Player», private Klinikkonzerne, erzielen so Gewinne in Milliardenhöhe. Die Beschäftigten leiden: Mit immer mehr Fällen in immer weniger Zeit wird die Pflege zur erschöpfenden Fließbandarbeit. Die Folgen sind für die Patient*innen in mehrerer Hinsicht bedrohlich: So haben mehrere Studien aufgezeigt, dass Personalmangel auch zu Hygiene- und Versorgungsmängeln führt. Durch Keiminfektionen oder die mangelnde

10 Vgl. www.sozialpolitikaktuell.de/tl_files/sozialpolitikaktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateten/abbVI32b.pdf **11** Simon, Michael/Mehmecke, Sandra: Nurse-to-Patient Ratios, Hans-Böckler-Stiftung Working Paper, Düsseldorf 2017, S. 116, unter: www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf **12** Vgl. die Broschüre des Bündnisses «Krankenhaus statt Fabrik» (www.krankenhaus-statt-fabrik.de).

>>>SEUFZ<<<



PFLEGE
VERGLEICH

BILLIG-PFLEGE.DE
PFLEGE24.COM

DISCOUNT
BETREUUNG

123PFLEGE.NET



WAS LÄUFT FALSCH UND WARUM?

Beobachtung von Patient*innen erhöht sich die durchschnittliche Sterblichkeit im Krankenhaus: «Personalmangel tötet» ist keine Übertreibung, sondern Realität.

Pflege im Minutentakt

Der Alltag von Pflegekräften, ob im Krankenhaus, im Pflegeheim oder in den ambulanten Diensten, ist von Arbeitsverdichtung und Zeitstress geprägt: Längere Gespräche und individuelle Zuwendung, aber auch ausreichend Pausen, Zeit für Teambesprechungen und für die Anleitung von Auszubildenden bleiben auf der Strecke. Dazu kommt die Bürokratisierung der Arbeit. Um jeden Handgriff abrechnen zu können, muss alles lückenlos dokumentiert werden. Dies soll die Qualität sichern, kostet jedoch zusätzliche Zeit. Statt einer ganzheitlichen Versorgung wurde vielerorts auf «Funktionspflege» umgestellt. Die Pflege wird in einzelne Handlungen aufgeteilt, die im Minutentakt verrichtet werden sollen: Eine übliche Vorgabe für die ambulante Pflege sind etwa 5 Minuten fürs Zähneputzen, 15 Minuten fürs Essen und 10 Minuten fürs Umziehen – Zeit für ein Gespräch: Fehlanzeige. Die Pflegekräfte müssen so Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen. Viele leiden darunter, ihren eigenen Ansprüchen und auch fachlichen Standards nicht gerecht werden zu können. Rund 94 Prozent

der Altenpfleger*innen geben an, unter permanentem Zeitdruck zu arbeiten. Fast ebenso viele (90 Prozent) arbeiten nach eigener Einschätzung an ihrer Belastbarkeitsgrenze. Nur rund ein Viertel ist der Meinung, gute Arbeit machen zu können. Entsprechend hoch sind die psychischen und physischen Belastungen. Die Folge: Rund 74 Prozent der Pflegekräfte gehen nicht davon aus, dass sie in ihrem Beruf bis zur Rente arbeiten können.¹³ Ein beachtlicher Teil wechselt schon kurz nach der Ausbildung den Beruf. Damit sind die schlechten Arbeitsbedingungen entscheidend für den Mangel an Fachkräften in der Pflege.

Schwierige Bedingungen

Dass vor allem qualifiziertes Personal nicht bereit ist, dauerhaft in der Pflege zu arbeiten, lässt sich an Zahlen ablesen: Auf 100 ausgeschriebene Stellen für examinierte Altenpfleger*innen kommen laut der Bundesagentur für Arbeit im Schnitt 38 Bewerber*innen, in der Krankenpflege sind es rund 80. Pfleger*innen sind also begehrte Arbeitskräfte, aber warum hat das bislang nicht dazu geführt, dass ihre Arbeit aufgewertet wurde und die Bedingungen attrak-

¹³ Hielscher, Volker et al.: Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden 2013, S. 68 ff.

tiver geworden sind? Zum einen empfinden es viele noch immer als «normal» und akzeptabel, dass typischerweise von Frauen übernommene Sorgearbeiten zu prekären Bedingungen verrichtet werden. Zum anderen ist es für Pflegende komplizierter als für andere Berufsgruppen, sich gewerkschaftlich zu organisieren und ihre Interessen durchzusetzen. Das gilt insbesondere in der Altenpflege: In vielen Pflegeheimen und erst recht in den ambulanten Diensten sind nur wenige Beschäftigte Gewerkschaftsmitglieder, viele arbeiten ohne Tarifvertrag. Betriebsräte existieren nur in großen Häusern. In den kirchlichen Einrichtungen gilt ein spezielles Arbeitsrecht, das die Mitbestimmung im Betrieb einschränkt und keine Streiks zulässt.¹⁴ Doch auch dort, wo Streiks möglich

sind, sind sie praktisch schwierig durchzuführen: Wie lässt sich die Arbeit niederlegen, ohne dass die von der Pflege abhängigen Menschen darunter leiden? Und wie lässt sich ökonomischer Druck auf die Arbeitgeber ausüben? In der Krankenpflege wurden in den letzten Jahren neue und effektive Streikmethoden entwickelt. In einigen Krankenhäusern gelang es den Pflegekräften, sich erfolgreich zu organisieren und durch Arbeitskämpfe nicht nur Lohnerhöhungen, sondern – wie zuletzt an der Charité in Berlin – sogar Personalerhöhungen zu erreichen. Auch in der Altenpflege gibt es immer wieder Arbeitskämpfe. Sie sind jedoch bislang Ausnahmen geblieben und waren überwiegend Abwehrkämpfe gegen eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen.

14 Dieses Sonderrecht wird damit begründet, dass die kirchlichen Träger «Wertegemeinschaften» seien und nicht profitorientiert arbeiten würden. Es handele sich somit nicht um ein klassisches Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis. Diese Auffassung wird von den Gewerkschaften infrage gestellt, erst recht seit die kirchlichen Träger im Zuge verschärfter Konkurrenz ihre Geschäftsstrategien den privaten Trägern angepasst haben.



A cartoon illustration of a woman with a worried expression running towards the left. She is wearing a red short-sleeved shirt, white pants, and red shoes. She carries a white bag with a black strap that has the text 'PFLEGE IM NU' written on it. In the background, there is a simple house with a red door and several windows. A white picket fence runs across the middle ground. A thought bubble above the woman contains a list of tasks and times. The drawing style is simple with bold black outlines and flat colors.

...15:30 WASCHEN
MEIER, 15:50 ANZIEHEN
YILDIRIM, 16:15 MITTAG-
ESSEN BATIC UND
16:45 WASCHEN
SCHULZE...

PFLEGE IM NU

3 AUSBEUTUNG STATT AUFWERTUNG: WIE DIE LÜCKEN GESTOPFT WERDEN

Der Pflegenotstand ist offensichtlich. Die Flucht von Fachkräften aus dem Beruf und die wachsende öffentliche Kritik zwingen die Politik zum Handeln. Trotz kleiner Verbesserungen fehlen jedoch bislang ein großer Wurf und ein grundlegender Politikwechsel. Am Grundsatz der Eigenverantwortung und der Deckelung der Kosten wird festgehalten. Entsprechend wird nach billigen Lösungen (und günstigen Arbeitskräften) gesucht, die das Schlimmste abfedern sollen. Dabei handelt es sich um eine Politik des Lückenstopfens, die die Pflege weiter abwertet und die Probleme unter den Teppich kehrt.

Arbeitsmigration als Antwort auf den Fachkräftemangel

Auch der Mangel an qualifizierten Fachkräften in Pflegeheimen und Pflegediensten ist schon lange offenkundig. Um die Löhne zu senken und Personallücken zu stopfen, werden immer mehr Teilzeitkräfte, Hilfskräfte, Leiharbeiter*innen und Geringqualifizierte eingesetzt. Darüber hinaus werden gezielt Pfleger*innen aus dem europäischen und – in geringerem Umfang – aus dem außereuropäischen Ausland rekrutiert, die bereit oder auch gezwungen sind,

schlechte Arbeitsbedingungen zu akzeptieren. Für viele Migrant*innen ist dies zwar die Chance auf einen Job mit zumeist höherem Einkommen als im Herkunftsland. Zugleich häufen sich Fälle, in denen private Agenturen oder Unternehmen Pflegekräfte im Ausland anwerben und sie zu miserablen Bedingungen, oft ohne Kranken- und Rentenversicherung, in Deutschland beschäftigen und sie zum Teil mit Knebelverträgen an sich binden. In staatlichen Anwerbeprogrammen werden Arbeitsstandards zwar eingehalten, dafür wird auf diese Weise aber zumeist gut oder sogar besser ausgebildetes medizinisches und pflegerisches Personal aus anderen Ländern abgezogen, häufig aus Osteuropa, teils aber auch aus Ländern des globalen Südens. Eine billige Lösung für das deutsche Pflegesystem, das sich so die Ausbildungskosten für Fachkräfte spart. Kritiker*innen sprechen in diesem Zusammenhang von *brain drain* oder sogar von *brain waste*, etwa wenn thailändische Krankenpfleger*innen mit Hochschulabschluss in Deutschland in der Altenpflege arbeiten. Die Versorgungsstruktur vieler Länder leidet unter der massenhaften Auswanderung von Gesundheitsfachkräften – auch wenn die privaten Rücküberweisungen

WAS LÄUFT FALSCH UND WARUM?

oft ein wichtiger Wirtschaftsfaktor sind. Darum ist es zwar begrüßenswert, legale Migrations- und Qualifizierungsmöglichkeiten zu schaffen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die dringend erforderliche Aufwertung des Pflegeberufs in Deutschland umgangen wird, indem Arbeitsstandards auf Kosten von Migrant*innen abgesenkt werden. Das heißt umgekehrt: Gute Löhne und Arbeitsbedingungen für Migrant*innen in der Pflege sind eine zentrale Voraussetzung, um den Beruf insgesamt aufzuwerten.

Sorgelücken und Sorgelketten

Auch die Sorgelücken in den Privathaushalten werden zunehmend von Migrant*innen gefüllt. Denn viele wünschen sich eine ganzheitliche Versorgung, eine persönliche und dauerhafte Pflegebeziehung, möglichst zu Hause oder in der Nähe. Im herrschenden Pflegesystem finden sie dafür keine bezahlbare Lösung. Darum stellen (vor allem, aber nicht nur) wohlhabende Haushalte verstärkt persönliche Betreuerinnen oder sogenannte Haushaltshilfen ein, die sie häufig vom Pflegegeld und aus eigener Tasche bezahlen. Fast immer sind es Frauen, die diese meist informellen Arbeits- und Wohnarrangements bei Familien und Privatpersonen eingehen. In Deutschland kommen solche Haushaltshilfen überwiegend aus Osteuropa, die Schätzungen variieren zwischen 150.000

und 300.000. Häufig übernehmen sie wesentliche Pflegeaufgaben, ohne dafür formal qualifiziert zu sein. Zumeist pendeln die Frauen wochen- und monatelang zwischen dem Einsatzort und ihrem Heimatland, wo sie selbst in höher qualifizierten Jobs oft deutlich weniger verdienen, hin und her. Viele leben in dem Haus bzw. der Wohnung ihrer Auftraggeber. Dieses «Live-in-Modell» bedeutet für sie oft ein Arbeiten rund um die Uhr, bei totaler Verfügbarkeit, niedrigen Löhnen und ohne soziale Absicherung. Von verpflichtenden Arbeitszeitregelungen ist das Modell explizit ausgenommen. Entgrenzte Arbeitszeiten erschweren das Knüpfen von Kontakten und können schnell zu sozialer Isolierung führen.

Pflege- und Haushaltshilfen aus den EU-Staaten bieten entweder selbstständig ihre Dienste an oder werden häufig von einer ausländischen Agentur angeworben, die sie weiter an eine Vermittlungsfirma oder direkt an Familien in Deutschland vermitteln. Die Geschäftspraktiken dieser Unternehmen sind jedoch häufig intransparent: Arbeitsbedingungen, die Einhaltung der Sozialversicherungspflicht und die Höhe der Löhne werden nicht kontrolliert. Wenn die Frauen weder über eine Arbeits- noch über eine Aufenthaltsgenehmigung verfügen, sind sie abhängig von ihren jeweiligen Arbeit- und Auftraggebern und können sich

bei Missständen nur schwer zur Wehr setzen. Dass die häusliche Pflege in großen Teilen informell organisiert ist, wird in Deutschland von politischer Seite geduldet. Alle wissen, dass sich viele Familien vergleichbare Leistungen von professionellen Pflegediensten einfach nicht leisten können. Die Überausbeutung von Migrant*innen stützt das prekäre Modell der Familienpflege mit ab und verdeckt die krisenhaften Folgen eines unterfinanzierten Pflegesystems. Dennoch bietet dieses Modell arbeitssuchenden Menschen aus dem Ausland eine Möglichkeit, vorübergehend nach Deutschland einzureisen und hier dringend benötigtes Geld zu verdienen. Sie werden jedoch weder in die deutschen Sozialversicherungssysteme einbezogen noch steht es ihnen offen, ihre Familien nachzuholen. Häufig sind es dann andere Angehörige, die im Herkunftsland die Betreuung der eigenen Kinder oder pflegebedürftigen Eltern übernehmen. In solchen globalen Sorgketten (*global care chains*) werden, indem Versorgungslücken in den reichen Ländern gestopft werden, anderswo neue Lücken gerissen. Die globale Ungleichheit der Lebensverhältnisse erlaubt es, die Folgen der Krise des deutschen Pflegesystems auf andere abzuwälzen. Dass Migrant*innen hier in der Regel nur als kurzfristige und billige Arbeitskräfte willkommen sind, schreibt die schlechten Arbeits-

bedingungen und den schlechten Status der häuslichen Pflege fort.

Freiwillig engagiert – Pflege kann doch jeder!?

Als Arbeitskräftepotenzial geraten aber nicht nur Migrant*innen, sondern auch andere soziale Gruppen ins Visier: Erwerbslose und Rentner*innen, Geringqualifizierte und Teilzeitbeschäftigte, junge Menschen im Freiwilligendienst oder auch Praktikant*innen, die als Teil ihres bürgerschaftlichen Engagements Pflegeaufgaben übernehmen. An sie werden insbesondere diejenigen Aufgaben delegiert, die im eng getakteten Pflegealltag sonst keinen Platz haben: Gespräche, Zuwendung, soziale Betreuung. Inzwischen dienen sogenannte Freiwillige zunehmend aber auch dazu, Defizite bei der Grundversorgung zu beheben. Denn die Pflege durch ehrenamtliche Laien wird mittlerweile immer stärker staatlich gefördert: Die Zahl der gering oder unqualifizierten Betreuungskräfte hat sich im Zuge der jüngsten Pflegestärkungsgesetze verdoppelt. 2013 erhielten bereits zehn Prozent der zu Hause Gepflegten Unterstützung von Ehrenamtlichen.¹⁵

¹⁵ Zentrum für Qualität in der Pflege: Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix, Berlin 2013, unter: zqp.de/upload/content/000/id00367/attachment00.pdf

HALLO MAMA!
GUCK MAL!
WANN KOMMST
DU WIEDER?

TOLL!
ICH ARBEITE HIER
NOCH 6 WOCHEN UND
DANN BIN ICH WIEDER DA.
SOLANGE PASST
OMA AUF DICH
AUF!



Diese Form von Pflege als «Nachbarschaftshilfe» greift zwar den Wunsch vieler Menschen nach einer persönlichen Zuwendung jenseits von Kosten- und Profitdruck auf. Fehlen jedoch die notwendige Ausbildung und eine angemessene Bezahlung, werden die Freiwilligen schnell zu billigen Lückenbüßern. Ihr Engagement wird instrumentalisiert, um die Folgen der Sparpolitik und Ökonomisierung der letzten 15 Jahre abzumildern. Zudem wird damit die Wahrnehmung von Pflege als einer «Allerweltstätigkeit», die im Endeffekt jede und jeder übernehmen kann, verstärkt. Viele Anbieter nutzen gezielt die billigen, meist weiblichen Betreuungshilfen, um im Preiswettbewerb bestehen zu können. Nicht immer sind es Menschen, die ganz «freiwillig» nach einer netten Nebentätigkeit suchen. Gerade viele Ältere sehen sich gezwungen, mit einem Mini-Job ihre Rente aufzubessern. In der Praxis sind viele überfordert von den belastenden und komplexen Pflegeaufgaben, für die sie nicht ausgebildet sind. Freiwilliges Engagement sollte eigentlich eine «Zusatzleistung» sein, das die Grundversorgung ergänzen und verbessern kann. Stattdessen wird das Ehrenamt immer mehr zum Stützpfeiler einer lückenhaften Regelversorgung.



Alles besser mit den neuen Pflegestärkungsgesetzen?

Mit den zwischen 2015 und 2017 verabschiedeten Pflegestärkungsgesetzen (PSG I-III) versucht die Bundesregierung, einem Teil der hier beschriebenen Missstände zu begegnen. Bei der Einstufung in sogenannte Pflegegrade werden auch demenzielle und psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt. Die drei Pflegestufen wurden auf fünf Pflegegrade ausgeweitet. Eine Alltagsunterstützung im Haushalt und außerhäusliche Aktivitäten bleiben jedoch nach wie vor unberücksichtigt. Neben höheren Geldleistungen werden pflegende Angehörige durch neue und flexibler kombinierbare Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit- und Tages- bzw. Nachtpflege entlastet. Insgesamt reichen die Maßnahmen aber nicht aus und

schreiben die bisherige Pflegepolitik fort. Das Gesamtbudget deckt die realen Pflegekosten nicht ab. Personaluntergrenzen sind für einige Krankenhausbereiche auf den Weg gebracht worden, bundesweit verbindliche Personal- und Qualitätsstandards für den gesamten Pflegebereich sind aber nicht in Sicht. Menschen mit Behinderungen, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII beziehen, sind bei einzelnen Leistungen schlechter gestellt worden. Jede und jeder wird verstärkt dazu angehalten, mit einer privaten, kapitalgedeckten Vorsorgeversicherung für den Pflegefall anzusparen, und muss sich dabei auf unsichere Finanzmärkte verlassen. Damit wird das Pflegerisiko weiter individualisiert.

FORDERUNGEN UND ALTERNATIVEN: WIE ES ANDERS GEHEN KÖNNTE

Gute Pflege für alle zu gewährleisten, ist eine der wichtigsten gesellschaftlichen Aufgaben. Dennoch wird der Pflegebereich finanziell ausgehungert und unter Verwertungsdruck gesetzt, wird Pflegearbeit abgewertet und ausgebeutet. Als zeit- und personalintensive Arbeit gerät die Pflege in einer Wirtschaft, die auf Wachstum und Profit gepolt ist, immer mehr unter Bedrängnis. Der Widerspruch zwischen den Erfordernissen guter Pflege und einer Logik von Profit und Kostensenkung wird im Alltag für viele spürbar. Dass genau jene Arbeiten unter die Räder geraten, auf die unsere Gesellschaft als Ganzes angewiesen ist, dass Stress, Druck und Erschöpfung derart zunehmen, lässt sich als Krise (als Sorgekrise, Care-Krise oder auch Krise der sozialen Reproduktion) beschreiben¹⁶ und ist angesichts des vorhandenen gesellschaftlichen Reichtums ein Skandal. Die Krise trifft insbesondere jene, die auf gute öffentliche Versorgung angewiesen sind, und diejenigen, die sie in verschiedener Hinsicht ausbaden müssen: Frauen, darunter sehr viele Migrantinnen, deren Arbeit kaum wertge-

schätzt wird. Der Pflegenotstand ist damit eine Geschlechter- und auch eine Klassenfrage, die, wie der Blick auf die Pflegemigration zeigt, zunehmend global verhandelt wird.

Veränderungen müssen daher auf verschiedenen Ebenen ansetzen: Detailkorrekturen hier und da reichen nicht aus. Sowohl die Strukturen der Sozial- und Pflegeversicherung wie auch die Organisation des Pflegesektors müssten grundlegend neu geordnet werden. Die Bedingungen für professionelle Pflegekräfte müssen sich ebenso verbessern wie die Situation von pflegenden Angehörigen und Menschen mit Pflegebedarf. All das kann nur gelingen, wenn Sparpolitik und Ökonomisierung zurückgedrängt werden und viel mehr gesellschaftliche Ressourcen in die Pflege fließen.

16 Mit diesen Schlagworten wird in feministischen Diskussionen der zunehmende Zeit- und Kostendruck bezeichnet, der auf Sorgtätigkeiten lastet und der in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch neoliberale Politiken zugenommen hat. Der Begriff der Krise nimmt auch Bezug auf die Debatten rund um die Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise 2008 ff., in denen die Ökonomie im Zentrum stand.

Denn Aufwertung kostet Geld und ist nicht ohne Umverteilung zu haben. Spielraum hierfür gibt es selbst unter den heutigen Bedingungen: Deutschland gibt (anteilig am BIP) im Vergleich zu den skandinavischen Ländern nur etwa halb so viel Geld für Pflegeleistungen aus.

Ein gerechteres Pflegesystem zu schaffen, wäre damit ein größeres politisches Projekt, bei dem eine Vielzahl von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zusammenwirken müsste: Ein «New Deal» für ein anderes Pflegesystem müsste massive Investitionen in die sozialen

Infrastrukturen anstoßen und zugleich mit einer neuen Erzählung verbunden sein: einer Erzählung, die den gesellschaftlichen Wert einer wirklich guten und allen zugänglichen Versorgung herausstellt und Sorgearbeit insgesamt aufwertet. Auf lange Sicht erfordert das Veränderungen weit über das Pflegesystem hinaus: eine gerechtere Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern sowie Arbeits- und Lebensverhältnisse, die allen genug Zeit und Ressourcen zur Verfügung stellen, um für sich und andere zu sorgen.

1 GUTE PFLEGE FÜR ALLE ABSICHERN

Wer auf Pflege angewiesen ist, erfährt in besonderer Weise, was es heißt, existenziell von anderen abhängig zu sein. In dieser Situation sind eine ausreichende finanzielle Absicherung und die freie Wahl des Pflegesettings eine Minimalvoraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben. Und bei der Pflege selbst muss genug Zeit und Raum sein, um Bedürfnisse zu artikulieren und Bedingungen aushandeln zu können. Unter Druck und Stress leidet die Würde der zu pflegenden Person. Gute Pflege ist zudem eine Grundbedingung für gesellschaftliche Teilhabe. Dieses Ziel muss im Zentrum des Pflegesystems stehen.

Rundum abgesichert: Vollversicherung

Die Unterfinanzierung des Pflegesystems ist eine zentrale Ursache für den Kostendruck und für den moralischen Druck auf Angehörige, unentgeltlich einzuspringen. Entsprechend fordern Organisationen wie etwa die Initiative gegen Armut durch Pflege¹⁷ sowie Sozialverbände, Gewerkschaften und die Partei DIE LINKE, die Pflegeversicherung von einer Teil- zu einer Vollversicherung auszubauen. Die Höhe von Pflegegeld

¹⁷ Vgl. die Website der Initiative www.armutdurchpflege.de/

und Pflegesachleistungen wäre anzuheben und die Pflegegrade müssten daran angepasst werden, was an Leistungen und Unterstützung für eine volle gesellschaftliche Teilhabe tatsächlich benötigt wird: Betreuungszeiten, Anwesenheitszeiten, aber auch Hilfen im Alltag und Aktivitäten außer Haus. Besonders wichtig wäre eine Vollversicherung für chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen, die zusätzliche Leistungen zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben, persönliche Assistenz für den Alltag sowie besondere Hilfsmittel benötigen.

Erst wenn alle diese Leistungen vollständig finanziell abgedeckt wären, entstünde echte Wahlfreiheit: Betroffene könnten selbst entscheiden, wie sie gepflegt werden wollen. Familie, Freund*innen und Nachbar*innen könnten zusätzlich unterstützen und nicht aus der Not heraus. Eine Vollversicherung würde zudem auch die Kommunen entlasten, die von der wachsenden Zahl derjenigen überfordert sind, die Hilfe zur Pflege benötigen.

Alle zahlen ein: solidarische Finanzierung

Um das bezahlen zu können, muss die Basis der Finanzierung ausgeweitet werden. Eine solidarische Versicherung für Pflege und Gesundheit, wie sie unter dem Schlagwort der Bürgerversicherung seit Jahren diskutiert wird, würde das ungerechte Nebeneinander von gesetzlicher

und privater Versorgung in der Kranken- und Pflegeversicherung auflösen. Für eine solche Lösung treten nicht nur die DGB-Gewerkschaften und die Partei DIE LINKE ein, sondern auch viele Initiativen aus dem Pflegebereich. Bislang können sich diejenigen mit dem meisten Geld aus der Solidargemeinschaft ausklinken und privat versichern. Bei einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung würden alle in denselben Topf einzahlen: Angestellte, Selbstständige und auch Abgeordnete und Beamte. Alle Einkommensarten würden in voller Höhe mit einbezogen, die bisher geltenden «Beitragsbemessungsgrenzen», von der Gutverdienende profitieren, gehören abgeschafft. Zusätzlich müssten die Arbeitgeber wieder ihren paritätischen Anteil an den Kosten, das heißt die Hälfte der Beiträge übernehmen – im Moment ist das weder in der Kranken- noch in der Pflegeversicherung der Fall. Laut einer aktuellen Studie könnte der Beitragssatz auf diese Weise sogar leicht sinken, wenn die Kosten für medizinische Versorgung und Pflege vollständig abgedeckt wären.¹⁸

¹⁸ Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik: Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung. Beitragssätze und Verteilungswirkungen. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2017, unter: www.rosalux.de/publikation/id/37468/solidarische-gesundheits-und-pflegeversicherung/

Zugang und Teilhabe für alle

Eine ausfinanzierte Pflegeversicherung wäre ein erster Schritt. Langfristig geht es aber darum, die Pflege und Gesundheitsversorgung grundsätzlich anders zu organisieren. Statt sich auf einzelne Leistungen und deren Finanzierung zu konzentrieren, geht es darum, ein entgeltfreies kommunales Versorgungssystem aufzubauen. Welche Leistungen auf dem Versicherungsprinzip basieren und welche mit Steuern finanziert werden, dafür gibt es in Europa sehr unterschiedliche Modelle. Entscheidend ist, dass der monetäre Aspekt für die Pflegesituation keine Rolle mehr spielt und alle gleichermaßen auf Leistungen und Dienste zurückgreifen können – unabhängig von ihrem Pflegegrad, ihrem Wohnort oder ihrem Geldbeutel. Auch deswegen, weil es in Deutsch-

land noch immer rund 80.000 Menschen ohne jede Krankenversicherung gibt. Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus haben oft eingeschränkten Zugang zu Versicherungsleistungen. Die neu zu entwickelnden Angebote müssten all dies mit berücksichtigen sowie niedrigschwellig und barrierefrei für unterschiedliche soziale Gruppen sein. Immer wichtiger werden sogenannte kultursensible Pflegeangebote, denn auch Rassismus oder andere Diskriminierungen versperren Menschen den Zugang zu einer würdevollen Pflege. Das Pflegesystem muss sich vom Bild der «normalen» Hetero-Kleinfamilie, inklusive aufopfernder Ehefrau und (Schwieger-)Tochter, lösen. Individuelle Bedarfe und Ansprüche sind vielfältig ebenso wie die Sorgegemeinschaften, in denen Menschen leben.

2 PFLEGENDE ANGEHÖRIGE ENTLASTEN

Pflege muss als eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft anerkannt werden und darf nicht auf den Schultern weniger lasten. Initiativen von pflegenden Angehörigen und von Menschen mit Pflegebedarf fordern darum mehr Unterstützung und Wertschätzung. Das beginnt damit, die Pflege in den eigenen vier

Wänden überhaupt als Arbeit kenntlich zu machen. Dass die Pflegeversicherung den vollen Pflegeaufwand realistisch erhebt und voll abdeckt, wäre dafür eine zentrale Voraussetzung. Darüber hinaus müssen Pflegezeiten mit der Erwerbsarbeit vereinbar sein und materiell anerkannt werden: Nur so lässt sich Pflegearmut

KLAR IST
ALTWERDEN
NICHT IMMER
LEICHT...

...ABER EIGENTLICH
DAS BESTE, WAS UNS
PASSIEREN KANN...



verhindern. Entscheidend ist die Entlastung durch professionelle Pflegekräfte, deren Arbeit sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren muss. Auch wenn die Pflege selbst abgesichert ist, bleibt bei den Angehörigen noch eine hohe Verantwortung und Belastung, die von der Gesellschaft ausgeglichen und anerkannt werden muss.

Pflegearmut bekämpfen – unbezahlte Arbeit anerkennen

Pflegearmut entsteht zumeist durch die hohen Pflegekosten sowie dadurch, dass pflegende Angehörige ihre berufliche Tätigkeit einschränken oder ganz aufgeben müssen. Eine große Zahl von Pflegenden will aber weiterhin einer Erwerbsarbeit nachgehen. So wie Eltern mit kleinen Kindern brauchen auch Menschen, die eine nahestehende Person versorgen, die Möglichkeit, ihre Berufstätigkeit zu unterbrechen oder zu reduzieren, ohne Angst vor Armut oder Einkommensverlust. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen erlauben jedoch nur sehr kurze Auszeiten, wenn sie denn überhaupt in der Praxis durchgesetzt werden können, und sie bieten weder ein sicheres Rückkehrrecht noch eine Lohnersatzleistung und betreffen nur Beschäftigte in größeren Unternehmen.

All diejenigen, die durch den Umfang ihrer Pflegeverantwortung keiner regulären Er-

werbstätigkeit nachgehen können, müssen wirksam vor Armut geschützt werden. Es kann nicht sein, dass sie zunächst ihre Ersparnisse aufbrauchen müssen und dann auf Sozialhilfe angewiesen sind, in die Mühlen von Bedürftigkeitsprüfungen oder gar Sanktionen geraten. «Kein Hartz IV für pflegende Angehörige» fordert etwa die Initiative gegen Armut durch Pflege. Um den Lebensunterhalt zu garantieren und die Pflegesituation abzusichern, könnte das Pflegegeld weiter erhöht werden. Es müsste auf Basis realistisch bemessener Pflegezeiten festgesetzt werden und sich am Mindestlohn bzw. am Pflegemindestlohn orientieren.¹⁹ Schließlich müssen Pflegezeiten deutlich stärker auf die Rentenansprüche angerechnet werden, um Altersarmut zu verhindern. Dabei muss jedoch klar sein: Die Entlastung pflegender Angehöriger soll das Modell der häuslichen Pflege durch Laien nicht weiter verfestigen – langfristig sollte das Ziel sein, ein professionelles Versorgungsnetz zu schaffen, in dem Angehörige zusätzliche Betreuung leisten können, aber nicht müssen. Dennoch

¹⁹ Der Pflegemindestlohn beträgt aktuell 10,20 Euro in West- und 9,50 Euro in Ostdeutschland. Als absolute Untergrenze wird er vornehmlich für einfache Hilfskräfte bezahlt. Wenn Angehörige Leistungen auf diesem Niveau erhalten, wäre es wichtig, sie auch fachlich weiter zu qualifizieren. Eine Vergütung häuslicher Laienpflege sollte nicht dazu führen, den Beruf weiter abzuwerten.

muss die Arbeit, die sie im Hier und Jetzt leisten, anerkannt werden.

Unterstützung im Alltag

Entlastung gelingt jedoch nicht allein über Geld, sondern über konkrete Unterstützungsangebote im Alltag. Wichtig wären nicht nur Möglichkeiten, Auszeiten vom Erwerbsleben nehmen zu können, sondern mehr Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeangebote sowie Unterstützung während der Urlaubszeiten. Sinnvoll wäre außerdem die Einführung einer unabhängigen aufsuchenden Beratung, die Orientierung im Dschungel des Pflegemarkts

und in Bürokratie, etwa beim Beantragen von Hilfeleistungen, bietet. Viele der vorhandenen Angebote werden nicht genutzt, weil das Wissen oder auch die Zeit und Kraft fehlen, sich darum zu kümmern. Zudem werden viele Anträge, etwa auf Wohnungsumbauten oder andere Hilfsmittel, nur nach langen Auseinandersetzungen mit den Pflege- und Krankenkassen genehmigt. Hier sind nicht nur kompetente Beratungsstellen nötig, sondern auch eine andere Politik der Sozialleistungsträger und der Kassen, die ihre Klient*innen und Mitglieder nicht mehr allein als «Kostenfaktor» begreifen dürfen.

3 ARBEITSRECHTE STATT AUSBEUTUNG

Die Beschäftigten in der häuslichen Pflege stärken

Migrant*innen, die den Pflegenotstand in deutschen Familien als Haushaltshilfen bzw. Rund-um-die-Uhr-Betreuer*innen abfedern, erhalten niedrige Löhne und haben entgrenzte Arbeitszeiten: Erst dadurch wird das Modell für viele Familien und Haushalte erschwinglich. An den schlechten Arbeitsbedingungen muss dringend etwas geändert werden – und zwar so, dass die Kosten nicht allein an den Familien mit

Pflegebedarf hängenbleiben. Nicht registrierte Beschäftigungsverhältnisse müssten auf unbürokratische Weise legalisiert werden können. Die Beschäftigten selbst sollten dabei unterstützt werden, ihre Rechte wahrzunehmen und einzufordern. Es gibt Beispiele, bei denen es Migrant*innen in der häuslichen Pflege gelungen ist, sich selbst unter widrigsten Bedingungen zu organisieren, ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern und das Thema ihrer besonderen Ausbeutung in die Öffentlichkeit zu brin-

gen.²⁰ Dazu braucht es gerade von gewerkschaftlicher Seite mehr spezielle Anlaufstellen für Menschen, die zum Teil ohne Papiere in Deutschland leben und arbeiten, mehrsprachige Beratungsangebote und allgemein die Bereitschaft, diese als Mitglieder zu werben und zu vertreten und dabei auch auf deren spezifische Anliegen einzugehen. Neue Formen der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen von Migrant*innen sind dabei zentral.

Alternativen zum Dienstbotenverhältnis

Grundsätzlich ist das «Live-in-Modell» der 24-Stunden-Pflege in Privathaushalten problematisch: Es stützt das System der prekären Familienpflege und schafft eine Art Dienstbotenverhältnis, in dem es aufgrund der persönlichen Abhängigkeiten und der räumlichen Nähe immer schwierig bleiben wird, Arbeitsrechte einzufordern. Pflege rund um die Uhr kann nicht von einer einzigen Person allein geleistet werden. Sie müsste von mehreren gut bezahlten Pflegekräften abgedeckt werden,

die sich bei der Arbeit abwechseln. Damit diese Rundumbetreuung für Familien und Privatpersonen wirklich bezahlbar wäre, müsste sie Teil des ambulanten Pflegeangebots sein, das von der Pflegeversicherung bezahlt wird. Dafür wäre es nötig, das Aufgabenprofil von Pflege, Assistenz und Betreuung konkreter festzulegen und die fachliche Qualifizierung von migrantischen Arbeitskräften in Privathaushalten anzuheben, zum Beispiel auf das Niveau von ausgebildeten Pflegehelfer*innen. Die Tätigkeitsbeschreibung «Haushaltshilfe» verdeckt oft den tatsächlichen Anteil an tatsächlicher Pflegearbeit und drückt das Lohnniveau. Migrantischen Hausangestellten sollten wie auch den pflegenden Angehörigen mehr Aus- und Fortbildungen sowie Umschulungen angeboten werden. Dabei wären die bereits im Ausland erworbenen Qualifikationen anzuerkennen. Migrantische Pflegekräfte müssen in die deutschen Sozialversicherungssysteme einbezogen werden und auch die Möglichkeit des Familiennachzugs erhalten.

²⁰ Vgl. hierzu etwa Schilliger, Sarah: «Wir sind doch keine Sklavinnen». Selbstorganisation von polnischen Care-Arbeiterinnen in der Schweiz, Berlin 2015, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/wir-sind-doch-keine-sklavinnen/

4 FÜR AUFWERTUNG KÄMPFEN

Pflege ist mehr wert

In den letzten Jahren ist in Krankenhäusern mehr und mutiger gestreikt worden als je zuvor. Dabei zeigte sich ein neues Selbstbewusstsein der Pflegekräfte, die eine materielle Aufwertung ihres Berufes fordern: «Unsere Arbeit ist mehr wert!» Doch wie kann das gelingen? In der Altenpflege wäre der erste Schritt, mit einem bundesweit einheitlichen und deutlich erhöhten Pflegemindestlohn eine absolute Untergrenze einzuziehen.²¹ Die Löhne müssten aber in der gesamten Branche angehoben werden: Die Gewerkschaft ver.di etwa fordert, dass eine examinierte Fachkraft in der Pflege nicht weniger als 3.000 Euro brutto in Vollzeit verdienen soll – analog zu Facharbeiter*innen in der Industrie. Zur Aufwertung gehört aber auch die weitere Professionalisierung des Berufes: durch eine hochwertige Ausbildung, die gebührenfrei sein sollte. In der Praxis müssen Auszubildende qualifiziert angeleitet werden, sie dürfen nicht als billige Arbeitskräfte zur Aufrechterhaltung des Normalbetriebs eingesetzt werden. Nur wenn die Ausbildung aufgewertet wird und sich Arbeitsbedingungen und Löhne verbessern, nur wenn Pflegekräfte mit anderen Beschäftigten im Gesundheitssektor, insbesondere den

Ärzt*innen, auf Augenhöhe agieren können, wird die Pflegearbeit attraktiver werden. Das wäre ein wirkungsvoller Beitrag gegen den viel beklagten Fachkräftemangel.

Aufwertung gibt es nicht geschenkt

Um solche Verbesserungen zu erreichen, sind Arbeitskämpfe zentral. Die Bedingungen hierfür sind schwierig, vor allem in der Altenpflege und hier besonders im ambulanten Bereich, wo sich die Beschäftigten der Pflegedienste untereinander kaum sehen, zu den Menschen, die sie pflegen, aber eine enge Beziehung unterhalten. In kirchlichen Einrichtungen haben die Angestellten noch immer kein offizielles Streikrecht. Dennoch gibt es Beispiele erfolgreicher Arbeitskämpfe auch bei kirchlichen und privaten Trägern, in denen Tarifverträge erkämpft oder verteidigt werden konnten. Damit so etwas gelingt, braucht es gute Strategien und Absprachen mit den Betroffenen – insbesondere für den Fall des Streiks, der sich unmittelbar auf die gepflegten Menschen

²¹ Mindestentgelte für die Pflegebranche werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf der Grundlage von Beschlüssen einer paritätisch besetzten Pflegekommission festgelegt. Sie gelten jedoch nicht für Beschäftigte in Privathaushalten.

auswirkt. In der stationären Krankenpflege gibt es genau dafür inzwischen erfolgreiche Streikstrategien. So gelang es den Beschäftigten am Berliner Universitätsklinikum Charité in ihren vergangenen Streiks, die Betten im Streik per Notdienstvereinbarung zu sperren, sodass keine neuen Patient*innen aufgenommen werden konnten. In der Folge fielen Operationen aus und wichtige Einnahmen weg – ein unmittelbares ökonomisches Druckmittel gegen die Arbeitgeber.²² Mindestens ebenso wichtig war jedoch die öffentliche Unterstützung für den Streik. Ein politisches Bündnis organisierte Solidarität und zeigte die Verbindung zwischen den Streikforderungen und dem öffentlichen Interesse an guter Versorgung auf. In der Altenpflege ist es häufig ungleich schwieriger, materiellen Druck aufzubauen. Auch Betten zu sperren ist hier zumeist keine Option. Umso wichtiger ist es, dass die Streikenden sich mit den vom Streik Betroffenen und ihren An-

gehörigen verständigen und Strategien entwickeln, wie (kommunal-)politischer Druck auf die Arbeitgeber ausgeübt werden kann. Auch hier gibt es erfolgreiche Arbeitskämpfe, von denen sich lernen lässt.²³ Dort, wo Erfolge erkämpft werden, käme es darauf an, sie in einem nächsten Schritt auszuweiten. Gerade in der Altenpflege wird es in absehbarer Zeit nicht allen Beschäftigten möglich sein, ihre Arbeitsbedingungen aus eigener Kraft zu verbessern. Eine Strategie bestünde darin, einzelne Tarifverträge allgemeinverbindlich zu erklären und so perspektivisch einen Branchentarifvertrag durchzusetzen, der zum Beispiel die Vergütung von Fachkräften bundesweit einheitlich regeln und verbindliche Personaluntergrenzen sowie Fachkraftquoten festschreiben würde. Damit würden auch die Beschäftigten in kirchlichen Einrichtungen erfasst, für die es besonders kompliziert ist, selbst Arbeitskämpfe zu führen.

22 Vgl. Wolf, Luigi: «Patienten wegstreiken». Arbeitskämpfe an der Charité, Berlin 2013, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/patienten-wegstreiken-arbeitskaempfe-an-der-charit-2/ **23** Vgl. hierzu Lindemann, Mia/Zimmer, Michael: Altenpflege organisieren und lokalpolitisch Druck machen, Berlin 2016, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/altenpflege-organisieren-und-lokalpolitisch-druck-machen/

5 QUALITÄT STATT KOSTENDRUCK

Entlastung für alle durch mehr Personal

Im Moment bestimmt der Kostendruck den Alltag in Pflegeheimen, Krankenhäusern und Pflegediensten. Die versorgten Menschen und die Beschäftigten erscheinen wie flexible «Restgrößen», die sich den Budgetvorgaben anpassen müssen. Dieses absurde Verhältnis muss wieder umgedreht werden: Gute Pflege muss Priorität haben. Dafür müssen alle erforderlichen Ressourcen bereitgestellt werden.

Ganz zentral ist gut bezahltes, zufriedenes Personal in ausreichender Zahl, denn noch wichtiger als mehr Lohn ist den meisten Pflegekräften ein Ende der permanenten Überlastung. Kaum jemand mehr bestreitet, dass in Krankenhäusern, Pflegediensten und Pflegeheimen mit Unterbesetzung gearbeitet wird. Veränderungen lassen aber auf sich warten. Zu teuer (oder auch zu wenige Fachkräfte) ist die immer gleiche Antwort der Krankenhausmanager*innen. Dagegen regt sich nun sichtbarer Widerstand. Die Pflegekräfte am Universitätsklinikum Charité in Berlin waren die ersten, die 2015 kollektiv für mehr Personal kämpften. Sie forderten einen festen Betreuungsschlüssel für Patient*innen, um den Dauerstress zu beenden. Mittlerweile haben auch Beschäftigte anderer Krankenhäuser das Thema aufgegriffen, 2017

mobilisiert die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bundesweit in Krankenhäusern für eine «Tarifrunde Entlastung». Sie will damit Druck erzeugen für eine gesetzliche Regelung, die dann für alle Krankenhäuser unabhängig vom Träger gelten soll.

Es gibt hierfür bereits Vorbilder aus anderen Ländern: In Kalifornien erkämpften Krankenhausbeschäftigte verbindliche Personalquoten und können heute im Vergleich zu anderen US-Bundesstaaten auf eine höhere Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals verweisen. In Australien ist es gelungen, mit der Einführung von Pflegequoten rund 2.650 ehemalige Pflegekräfte zur Rückkehr in ihren Beruf zu bewegen.²⁴ Zugleich setzen Mindeststandards den Profiten der Krankenhauskonzerne klare Grenzen: Es kann nicht länger bei der Pflege gespart werden. Mittlerweile haben die Proteste auch in der bundesdeutschen Politik Wirkung gezeigt. Personaluntergrenzen in Krankenhäusern wurden auf den Weg gebracht, beschränken sich allerdings noch auf «besonders sensible» Bereiche wie Intensivstationen. Für den Großteil der Pflege fehlen aber konkrete Zu-

²⁴ Simon/Mehmecke: Nurse-to-Patient Ratio, S. 54.

sagen und Sofortmaßnahmen. Bis 2020 soll ein Verfahren zur Bedarfserhebung entwickelt werden, ob es jedoch einheitlich und verbindlich eingeführt wird, bleibt abzuwarten. Damit Pflegequoten zu wirklich guten Bedingungen führen, müssen aber weitere Standards eingehalten werden. Die Lücken dürfen nicht durch Leiharbeiter*innen oder Hilfskräfte geschlossen werden, sondern nur durch qualifizierte Vollzeitkräfte. Auch hierzu müsste es verbindliche Regelungen geben, in der Kranken- wie in der Altenpflege.

Systemwechsel: Pflege am Bedarf ausrichten

Eine Mindestpersonalbemessung würde Untergrenzen einziehen in einem System, das permanent den Kostendruck von oben nach unten weiterreicht. Das wirft die Frage auf, wer das bezahlen soll. Die Politik auf Bundes- und Landesebene müsste deutlich mehr Geld investieren, um den Erhalt und die Modernisierung von Krankenhäusern sicherzustellen. Die Länder sind bislang maßgeblich für die Krankenhausfinanzierung verantwortlich. Von daher sollte der Anteil des Bundes in Zukunft größer werden. Denn die derzeit riesigen Investitionslücken bei den Mitteln für die bauliche Erneuerung werden von den Krankenhäusern auch durch Einsparungen beim Personal querfinanziert – mit

Mitteln, die eigentlich für die Patientenversorgung da sind. Zudem braucht es mittelfristig eine Abkehr vom Abrechnungssystem der Fallpauschalen (DRG), das permanent Anreize bietet, bei der Pflege zu sparen und die Zahl der Patient*innen und lukrativen Behandlungen zu steigern. Im Moment wird versucht, die offensichtlichsten schädlichen Effekte dieses Systems durch Zusatzregelungen abzumildern. Langfristig muss der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und das Profitstreben aus dem Gesundheitssektor aber ganz verbannt werden. Sonst werden auch die in einzelnen Kliniken erkämpften Personalquoten schnell zum «Wettbewerbsnachteil» der betreffenden Krankenhäuser.

Auch in der Altenpflege müssen Mindeststandards eingeführt und der Wettbewerb und die Marktlogik überwunden werden. Auch hier sollten die Leistungssätze bedarfsgerecht festgesetzt werden, das heißt, die realen Kosten für gute und teilhabeorientierte Pflege abdecken. Damit das tatsächlich gelingt, müssten die Sätze in demokratischen Gremien unter Mitsprache von Gewerkschaften, Patient*innen und Menschen mit Pflegebedarf ausgehandelt werden. Eine öffentliche Pflegeinfrastruktur sollte den prekären Pflegemarkt schrittweise zurückdrängen.

SENIORENHEIM SANKT MARIA HILF

GOTT SEI DANK-
WIR STREIKEN



6 RUNDUM GUT VERSORGT: PFLEGEINFRASTRUKTUREN

Die meisten Menschen möchten im Alter oder wenn sie krank werden im vertrauten Umfeld, in der Nähe von Angehörigen, Freund*innen und Nachbar*innen bleiben. Das bedeutet aber nicht, dass sie auch von diesen gepflegt werden müssen. Damit Pflege im persönlichen Umfeld ohne Stress und moralischen Druck gelingen kann, braucht es vielfältige Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten von professionellen Dienst- und Unterstützungsleistungen. In einem Dickicht von gesetzlichen Regelungen und Anbietern fehlen integrierte Versorgungsangebote, die sich am individuellen Bedarf ausrichten. Es geht also nicht allein um mehr Geld und um mehr Heimplätze. Wichtig ist ein Perspektivenwechsel, der die Bedürfnisse der zu pflegenden Person in den Mittelpunkt stellt. Vor Ort, in den Stadtteilen und Nachbarschaften müssen die vorhandenen Unterstützungsangebote besser zusammenwirken, etwa in kommunalen Beratungs- und Versorgungszentren, und stärker öffentlich gefördert werden.

Pflege vor Ort und «von unten»

Eine kleinräumigere Pflege, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, wird von vielen gefordert. «Caring Communities» sind in aller Munde und ein Leitbild nicht nur staatli-

cher, sondern auch kirchlicher und anderer zivilgesellschaftlicher Pflegekonzepte. Sie betonen die Bedeutung des Wohnumfeldes und der Nachbarschaften, in denen Menschen füreinander Verantwortung übernehmen sollen. Besonders wichtig darin: Pflege als ehrenamtliches Engagement.

Dieses Leitbild der «Caring Community» hat zwei Seiten. Zwar bietet es die Chance, stärker von den Bedarfen und Ressourcen der zu pflegenden Person auszugehen, statt eine Versorgung «von oben» nach Schema F zu verordnen. Angesichts leerer Kassen dient die «Aktivierung» des sozialen Umfelds und der Appell an Eigenverantwortung jedoch schnell dazu, den Staat aus der Verantwortung zu entlassen und weiter Kosten zu sparen. So werden immer mehr Aufgaben den Einzelnen und ihren Familien aufgebürdet. Und auch den Kommunen fehlen die Ressourcen, eine gute Pflege vor Ort zu gewährleisten. Den Pflegenotstand mit freiwilligem Engagement zu entschärfen, ist also in vielerlei Hinsicht problematisch. Es wird einmal mehr suggeriert, dass Pflegen «jede und jeder kann». Zudem wird hier indirekt davon ausgegangen, dass die Engagierten finanziell gut abgesichert und auf der Suche nach einer sinnvollen Freizeitbeschäftigung

sind. Viele können sich schlecht oder unbezahlt Engagement jedoch gar nicht leisten. Wenn mehr Eigenverantwortung nicht mit mehr Ressourcen einhergeht, führt das zu Überlastung. Unter Marktbedingungen lässt sich die Idee einer «Caring Community» somit nicht einlösen und kann vielmehr dazu genutzt werden, die Pflegeverantwortung weiter zu individualisieren. Dennoch drückt das Schlagwort ein Bedürfnis vieler Menschen nach einer nachbarschaftlichen Sorgegemeinschaft aus. An diesem Ziel ist durchaus festzuhalten – allerdings müssen die Bedingungen dafür erst geschaffen werden.

Ganzheitlich und niedrigschwellig

Unser Gesundheitssystem ist hochgradig arbeitsteilig organisiert und spezialisiert. Wir stehen einer unüberschaubaren Anzahl von Akteuren gegenüber, die nur für je einen Ausschnitt unserer Probleme zuständig sind – und oft nach eigenem Interesse wirtschaften (müssen).

Die Pflege ist hier eine entscheidende Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und den sozialen Bedürfnissen und Lebenssituationen der Menschen. Es könnte diese Funktion ausgebaut werden. Dafür wären in einem noch viel größeren Umfang als bisher individuelle Versorgungskonzepte zu entwickeln

und gemeinsam mit Angehörigen, Freund*innen und Nachbar*innen Pflegenetzwerke vor Ort zu schaffen. Pflegekräfte müssten dafür mehr ärztliche Aufgaben übernehmen können und vor allem im ländlichen Raum mit zusätzlichen Angeboten der Beratung und Versorgung auf Betroffene zugehen. Dafür müsste auch das hierarchische Gefälle zwischen Pflegekräften und Ärzt*innen abgebaut und eine Kommunikation auf Augenhöhe gestärkt werden.

Den Wunsch nach einer ganzheitlicheren und wohnortnahen Versorgung hat mittlerweile auch die Politik aufgegriffen. Seit 2008 gibt es sogenannte kommunale Pflegestützpunkte, die individuelle Beratung und Unterstützung bieten sollen. Sie sind jedoch oft räumlich und zeitlich schwer erreichbar und finanziell zumeist unzureichend ausgestattet. Da diese Stützpunkte von den Kommunen sowie den Kranken- und Pflegekassen bezahlt werden, können sie keine wirklich unabhängige Beratung bieten. In einem unterfinanzierten Pflegesystem sind sie eher «Mängelverwalter». Dennoch würde es sich lohnen, hier anzusetzen und das bestehende Angebot auszubauen. Pflegestützpunkte könnten Orte sein, die Beratung zu allen Sozialleistungen aus einer Hand bieten und Wege aus der Vereinzelung aufzeigen.

Lokale Gesundheitszentren

Für eine rundum gute Versorgung müssen aber ganz verschiedene Disziplinen und Akteure fallbezogen zusammenarbeiten. Ein vielversprechender Ansatz sind sozialmedizinische Gesundheitszentren, die es in unterschiedlicher Form in Österreich, Belgien, Kanada und Finnland gibt. Mit dem Gesundheitskollektiv Berlin und der Poliklinik Hamburg entstehen aktuell erste Pilotprojekte in Deutschland. Sie haben den Anspruch, in ihrer Arbeit die gesamten sozialen Bedingungen in einer Kommune oder Nachbarschaft mit in den Blick zu nehmen, dazu zählen auch krankmachende Bedingungen wie Armut, prekäre Jobs oder Umweltbelastungen.²⁵ Unter dem Dach eines Gesundheitszentrums sollen entsprechend nicht nur Gesundheitsarbeiter*innen – also Therapeut*innen, Ärzt*innen und Pflegekräfte – Platz finden, sondern auch Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen sowie Mieter- und Rechtsberatungen. Die Gesundheitszentren in Hamburg und Berlin sind als Kollektive organisiert, das heißt ohne Hierarchien zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Sie bieten zudem auch Patient*innen und Anwohner*innen die Möglichkeiten, sich in die Arbeit des Zentrums einzubringen und über dessen Schwerpunktsetzungen mitzuentscheiden. Solche Pionierprojekte vermitteln eine Idee davon, dass Gesundheitsversorgung

auch anders funktionieren kann. Sie dürfen aber keine Inseln oder Nischen im bestehenden System bleiben. Damit sie allen zugänglich sind und das System als Ganzes verändert wird, müssen sie öffentlich gefördert, begleitend evaluiert und zu Modellprojekten weiterentwickelt werden, die nach und nach Eingang in die Regelversorgung finden.

Pflege aus öffentlicher Hand

Um solche Ansätze auszubauen und um Konkurrenz und Kostendruck zu bekämpfen, gehört der Pflegebereich stärker unter demokratische und öffentliche Kontrolle. Im Krankenhaussektor gibt es noch immer viele Häuser in öffentlicher Trägerschaft. Sie stehen jedoch unter einem vergleichbaren Kostendruck wie die privaten und freigemeinnützigen und müssen sich im Wettbewerb gegen diese behaupten. Eine Rekommunalisierung privater Kliniken, also ihre Rückführung in öffentliches Eigentum, ist eine politische Forderung, für die Initiativen und Bürgerbegehren an vielen Orten eintreten.

In der Altenpflege gibt es aufgrund der Privatisierungen so gut wie keine öffentlichen Ver-

²⁵ Vgl. zu den Initiativen www.geko-berlin.de/ und www.poliklinik1.org/poliklinik-veddel

PFLEGEBERATUNG

SOZIAL-
BERATUNG

DIE
NÄCHSTEN,
BITTE?

SPIELECKE



GESUNDHEITZENTRUM

PHYSIOTHERAPIE

ÄRZT*INNEN

18 UHR. KUNDEBUNG
GESUNDHEIT FÜR ALLE!

INFO



sorgungsstrukturen mehr, sie müssten erst wieder neu aufgebaut werden. Das erfordert unter Umständen auch eine gesetzliche Änderung des kommunalen Versorgungsauftrags. Denn die bevorzugte Förderung von öffentlichen und freigemeinnützigen gegenüber privaten Trägern wurde zu Beginn der 1990er Jahre bewusst abgeschafft und die Pflege gewissermaßen aus der öffentlichen Daseinsvorsorge verdrängt. Seither werden private Träger mit öffentlichem Geld quasi doppelt subventioniert: Zum einen erwirtschaften sie ihre Profite mit den Beiträgen der Versicherten und mit öffentlichen Geldern. Zum anderen müssen Beschäftigte bei privaten Trägern ihre zum Teil extrem niedrigen Löhne immer wieder mit staatlicher Hilfe aufstocken. Hier gilt es Alternativen zu schaffen, die unterm Strich sogar kostengünstiger sein könnten.

Doch damit die Kommunen selbst eine gute Pflegeinfrastruktur aufbauen können, muss mit der Politik der leeren Kassen und der schwarzen Null gebrochen werden, die viele Stadt- und Kommunalregierungen auch aufgrund des Drucks der «Schuldenbremse» verfolgen. In

einem ausfinanzierten kommunalen Gesundheitssystem könnten langfristig immer mehr Leistungen kostenfrei sein: als soziale Infrastruktur, die für alle zugänglich ist. Auch die Finanzierung könnte in Zukunft immer weniger über einzelne zurechenbare Kassenleistungen erfolgen, sondern über zentrale Mittel. Das setzt jedoch eine ausreichende Kontrolle und Bedarfsplanung voraus und erfordert eine Demokratisierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung. In Schweden gibt es Beispiele, die zeigen, wie kommunale Bedarfe in der Gesundheitsversorgung durch Strukturen demokratischer Selbstverwaltung bestimmt werden können. Neben verschiedenen Berufsgruppen und Patientenvertreter*innen wirken hierbei auch unabhängige Expert*innen mit. Ein ähnliches Modell von «Care-Räten» fordert auch das Netzwerk Care Revolution – ein überregionaler Zusammenschluss, an dem sich zahlreiche Aktivist*innen aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich beteiligen.²⁶ Auch regionale Pflegekonferenzen und Pflegeausschüsse ließen sich unter Umständen in diese Richtung weiterentwickeln.

²⁶ Vgl. zum Netzwerk <http://care-revolution.org>

7 MEHR ZEIT FÜR SORGE

Stress und Druck haben nicht nur mit dem Pflegesystem zu tun, sondern hängen mit den allgemeinen Arbeits- und Lebensverhältnissen im neoliberalen Kapitalismus zusammen. Wieviel Zeit bleibt für die Sorge um mich und andere? Wie stark ist der Druck, am Arbeitsplatz permanent zu funktionieren? Wie frei kann ich über meine Zeit und mein Leben entscheiden?

Die professionelle Versorgung in Pflegeheimen und durch Pflegedienste besser und bezahlbarer zu machen, ist die beste Voraussetzung, um Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen zu entlasten. Zugleich muss es aber auch möglich sein, sich in bestimmten Phasen des Lebens für Pflege- und Sorgearbeit zu entscheiden und dabei die größtmögliche Unterstützung zu erhalten. Professionalisierung, Aufwertung und eine gerechtere Verteilung von Pflege und allen anderen Formen der Sorgearbeit müssen Hand in Hand gehen. Das Ziel ist nicht, Sorgearbeit noch stärker aus dem Leben und dem Alltag wegzurationalisieren, damit wir reibungsloser am Arbeitsplatz funktionieren können. Das Ziel ist, allen zu ermöglichen, ihren eigenen Bedürfnissen entsprechend zu pflegen und gepflegt zu werden – auch zu Hause und auch durch Freund*innen, Nachbar*innen oder Angehöri-

ge. Das muss aber grundlegend anders aussehen als im heutigen Modell, wo die häusliche Pflege eingespannt wird, um ein mangel- und lückenhaftes System aufrechtzuerhalten. Eine lokale Pflegeinfrastruktur mit Gesundheitszentren und Beratungsstützpunkten in den Nachbarschaften würde dazu beitragen, Pflege nicht nur als Arbeit, sondern auch als Teil des öffentlichen Lebens anzuerkennen und sichtbar zu machen. Dafür müssten auch Pflegeverantwortung und Erwerbsarbeit ganz anders miteinander vereinbar sein, als das bisher der Fall ist. Alle, auch Erwerbslose oder Menschen mit schlecht bezahlten Jobs, müssen sich ohne Nachteile für Pflegezeiten entscheiden können und dabei ein Entgelt erhalten, von dem es sich ohne Armut leben lässt. Langfristig ist eine gesamtgesellschaftliche Arbeitszeitverkürzung unumgänglich, wenn sich Beruf, Sorgearbeit und Selbstsorge nicht ausschließen sollen. Nur mit der nötigen Zeit und dem nötigen Geld, mit rechtlicher Absicherung und professioneller Unterstützung kann das Schöne und Erfüllende in privaten Sorgebeziehungen zum Tragen kommen. Ist das Pflegerisiko abgesichert, entlastet das zwischenmenschliche Beziehungen von Zwängen und Abhängigkeiten, Sorgemodelle lassen sich individuell aus-

FORDERUNGEN UND ALTERNATIVEN: WIE ES ANDERS GEHEN KÖNNTE

handeln. Das schafft Raum für eine gerechtere Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und auch für Lebens- und Sorgegemeinschaften jenseits der heterosexuellen Kleinfamilie. Generationenübergreifende Wohngemein-

schaften und -projekte können ebenfalls dazu beitragen, Sorgeverantwortung anders zu organisieren. Als Teil einer öffentlichen Infrastruktur könnten sie mehr sozialen Gruppen als bisher zugänglich gemacht werden.

AUSBLICK: GEMEINSAM FÜR GUTE PFLEGE

Vom Pflegenotstand sind sehr viele Menschen betroffen – aber in unterschiedlicher Weise und mit verschiedenen Ressourcen und Erfahrungen. Entsprechend vielfältige Formen gibt es, sich zur Wehr zu setzen: mithilfe von Streiks, oder gerichtlichen Klagen, mit Petitionen, in der Facebook-Gruppe oder in Alltagssituationen. An vielen Orten kämpfen Menschen gegen Entwürdigung und Vereinzelung, gegen Scham und Unsichtbarkeit. Dabei unterscheiden sich ihre Forderungen und Strategien durchaus – dennoch teilen sie alle ein Unbehagen an einem zutiefst unsozialen Pflegesystem. Zwar ist der Pflegenotstand mittlerweile nicht mehr zu leugnen und es gibt zögerliche Zugeständnisse der Politik, etwa die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder die vage Zusage von Quoten für Teile der Krankenpflege. All dies bleibt aber Stückwerk, es sind Detailkorrekturen, die die zugrundeliegenden Missstände im Kern nicht antasten.

Auch die zahllosen Kämpfe – im Großen wie im Kleinen – bleiben oft vereinzelt, werden nicht aufeinander bezogen. In der Konkurrenz um

knapp Ressourcen scheinen sie sich teils sogar entgegenzustehen: Wenn etwa der gute Lohn für die «Live-in-Pflegerin» von den einzelnen Haushalten bezahlt werden muss. Oder wenn die Einstellung von mehr qualifiziertem Pflegepersonal im Krankenhaus über die Ausgliederung von Servicekräften finanziert werden soll. Um dies zu verhindern, muss das System grundsätzlich verändert und Pflegearbeit aufgewertet werden. Dafür müssen sich auch die Kämpfe um ein besseres Pflegesystem noch stärker aufeinander beziehen und sollten gemeinsame Interessen noch mehr herausgestellt werden. Denn Arbeits- und Versorgungsbedingungen sind nicht voneinander zu trennen. Von mehr Personal und mehr Geld, weniger Stress, Angst und Druck würden alle profitieren. Und auch die Ursachen der Probleme hängen zusammen: Dass Sorgearbeit noch immer als mildtätige Gabe oder Liebesdienst gilt, nicht aber als eine qualifizierte Tätigkeit und als Voraussetzung für Menschenwürde und Teilhabe, das erfahren alle Menschen, die mit Pflege zu tun haben – wenn auch auf

unterschiedliche Weise. Sie alle erleben die Folgen einer kaputtgesparten Infrastruktur, in der grundlegende Versorgungsleistungen privatisiert und als Ware gehandelt werden. Sie alle kennen den Frust, zwar warme Worte zu hören, aber nur wenig Taten zu sehen.

Diese Gemeinsamkeiten zu erkennen, bietet enorme Chancen. Zum einen können sich die Menschen, die in sehr unterschiedlichen Kämpfen stecken – sei es um mehr Personal, um ein höheres Pflegegeld oder einen barrierefreien öffentlichen Raum – gemeinsam auf ein übergeordnetes Drittes beziehen: auf eine sozial gerechte, demokratische und inklusive Infrastruktur. Und zum anderen bekommen sie die Ursachen der Probleme in den Blick und vermeiden es, gegeneinander ausgespielt zu werden oder in strategische Sackgassen zu geraten und am Ende alle gleichermaßen am «Sachzwang» der leeren Kassen zu scheitern. Selbstverständlich müssen die verschiedenen Akteure auch verschiedene Auseinandersetzungen führen, die eigene Widersprüche in sich tragen und eigener Strategien bedürfen. Dennoch kann das Wissen über Gemeinsamkeiten für sie alle hilfreich sein. Sie machen in den scheinbar kleinen Krisen und Belastungen des Alltags die größeren Widersprüche sicht-

bar: Widersprüche, die viele betreffen und auf die sich politisch ganz anders antworten ließe. Genau darum ist sie wichtig: eine umfassendere Erzählung, die aufzeigt, warum Pflege und Gesundheitsversorgung weder eine private noch eine fachpolitische Angelegenheit sind, sondern ein Thema ist, das alle angeht. Auf dem Terrain der Pflege werden knallharte Auseinandersetzungen um die Zukunft unserer Gesellschaft geführt: Wo liegen die Grenzen einer hemmungslosen Ökonomisierung des Sozialen? Wie wehren wir uns gegen den Imperativ stetiger Fitness, Unabhängigkeit und Leistungsfähigkeit? Wo bleibt Raum für Krankheit und Schwäche, für Alter und Abhängigkeit, für die Sorge füreinander und um uns selbst? Wie werden Pflege und Sorgearbeit zu etwas, für das sich Menschen aus freien Stücken und unabhängig von ihrem Geschlecht entscheiden können, das sie erfüllt und für das sie Wertschätzung erhalten? Um diese Fragen geht es in den aktuellen Auseinandersetzungen. In ihnen steckt ein enormes, oft unterschätztes Widerstands- und Emanzipationspotenzial. Sie greifen die Logik von Profitstreben und Wachstumswang an. Und sie fragen letztendlich nach den Bedingungen, unter denen alle nach ihren Bedürfnissen gut leben können.

LITERATUR ZUM NACH- UND WEITERLESEN

**Backes, Gertrud M./Amrhein, Ludwig/
Wolfinger, Martina:** Gender in der Pflege.
Herausforderungen für die Politik, Friedrich-
Ebert-Stiftung, Berlin 2008, unter: www.library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf

Bündnis «Krankenhaus statt Fabrik» (Hrsg.):
Fakten und Argumente zum DRG-System
und gegen die Kommerzialisierung der
Krankenhäuser, Maintal 2016, unter:
www.krankenhaus-statt-fabrik.de/101

Fried, Barbara/Schurian, Hannah: Nicht im
Gleichschritt, aber Hand in Hand. Verbindende
Care-Politik in Pflege und Gesundheit, Berlin
2016, unter: [www.zeitschrift-luxemburg.de/
nicht-im-gleichschritt-aber-hand-in-hand-
verbindende-care-politiken-in-pflege-und-
gesundheit](http://www.zeitschrift-luxemburg.de/nicht-im-gleichschritt-aber-hand-in-hand-verbindende-care-politiken-in-pflege-und-gesundheit)

Fried, Barbara/Schurian, Hannah (Hrsg.):
UmCare. Gesundheit und Pflege neu organisie-
ren, Rosa-Luxemburg-Stiftung, Materialien 13;
2. überarbeitete Auflage, Berlin 2017.

Haubner, Tine: Die Ausbeutung der
sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in
Deutschland, Frankfurt a. M./New York 2017.

Heintze, Cornelia: Kaum zukunftstauglich.
Das deutsche System der Pflege und
sozialen Betreuung älterer Menschen, in:
Neue Gesellschaft, Frankfurter Hefte 4/2013,
S. 33–36.

Hirsch, Joachim et al.: Sozialpolitik anders
gedacht: Soziale Infrastruktur, hrsg. von der
AG links-netz, Hamburg 2013.

Kesselheim, Hermann et al.: Pflege zwischen
Familie, Markt und Staat – Wie Pflegearbeit
in Zukunft organisiert werden kann, WISO
Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2013,
unter: [www.library.fes.de/pdf-files/wiso/
10414.pdf](http://www.library.fes.de/pdf-files/wiso/10414.pdf)

Kontos, Maria: Europäische Politiken im Zuge
der Globalisierung von Pflegearbeit, Heinrich-
Böll-Stiftung, Berlin 2010, unter:

www.gwi-boell.de/sites/default/files/assets/gwi-boell.de/images/downloads/Kontos_Europaeische_Politiken_zu_globalisierter_Pflegearbeit_Mai2010.pdf

Krampe, Eva-Maria: Gesundheitsversorgung ganz anders. Ideen für eine soziale Infrastruktur, Berlin 2015, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/gesundheitsversorgung-ganz-anders

Nowak, Iris: Blockaden und Perspektiven für kollektives Handeln von Beschäftigten in der Altenpflege, Düsseldorf 2011, unter: www.giraweb.de/sites/default/files/2011Nowfull.pdf

Rakowitz, Nadja/Mosebach, Kai: Fabrik Krankenhaus, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 9/2012, S. 19–21.

Senghaas-Knobloch, Eva: Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: Berliner Journal für Soziologie 2/2008, S. 221–243.

Schubert, Kirsten: Demokratisierung im Gesundheitswesen, Berlin 2017, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/demokratisierung-im-gesundheitswesen

ver.di Landesfachbereich 03 Berlin-Brandenburg: Mehr von uns ist besser für alle! Der Kampf um Entlastung und Gesundheitsschutz an der Berliner Charité, Berlin 2017.

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

Wohlfahrt, Norbert: Vom Geschäft mit Grundbedürfnissen. Die Ökonomisierung sozialer Dienste, Berlin 2015, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/vom-geschaefft-mit-grundbeduerfnissen

Online-Dossier der Zeitschrift LuXemburg: UmCare – Auf der Suche nach neuen Strategien in Pflege und Gesundheit, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/umcare-auf-der-suche-nach-neuen-strategien-in-pflege-und-gesundheit

Initiativen und Informationsportale

Bündnis für gute Pflege: www.buendnis-fuer-gute-pflege.de

Bündnis «Krankenhaus statt Fabrik»: www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Informationsportal von Medibüros/Medinetzen: www.gesundheit-gefluechtete.info

Initiative gegen Armut durch Pflege: www.armutdurchpflege.de

Medibüros in Deutschland: www.medibueros.m-bient.com

Netzwerk Care Revolution: www.care-revolution.org

Netzwerk Pflege am Boden: www.pflege-am-boden.de

Respect Berlin – für die Rechte von Migrant*innen in der bezahlten Hausarbeit:

www.respectberlin.org/wordpress

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte: www.vdaee.de

HANNAH SCHURIAN arbeitet im Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung als Referentin für Soziale Infrastrukturen. Sie beschäftigt sich unter anderem mit Fragen von Care-Arbeit, Gesundheits- und Pflegepolitik.

IMPRESSUM

Herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel
Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISBN 978-3-9818987-1-2 · Redaktionsschluss: September 2017
Autorin: Hannah Schurian
Konzept und Redaktion: Barbara Fried, Hannah Schurian
Illustrationen: 123Comics.net
Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation
Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin
Gedruckt auf: Circleoffset Premium White, 100% Recycling

Gute Pflege für alle zu gewährleisten ist eine der wichtigsten gesellschaftlichen Aufgaben. Dennoch wird der Pflegebereich in Deutschland finanziell ausgehungert: In Krankenhäusern und Pflegeheimen wird am Personal gespart, es herrschen Zeitnot und Kostendruck. Viel zu viel Verantwortung wird auf die Einzelnen und ihre Familien abgewälzt. Noch immer sind es Angehörige, überwiegend Frauen, die den Löwenanteil der Pflege unbezahlt übernehmen. Die Lücken im Pflegesystem werden zudem von schlechter bezahlten und abgesicherten Migrant*innen aufgefangen sowie zunehmend auch von sogenannten Ehrenamtlichen. Um gute Bedingungen für alle zu schaffen, wären grundlegende Veränderungen nötig: die Aufwertung von Pflege- und Sorgearbeit, ein Zurückdrängen von Markt- und Kostendruck und der Ausbau einer öffentlichen, bedürfnisgerechten Pflegeinfrastruktur, die allen zugänglich ist.

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

