

Prekäre Arbeitsverhältnisse in Gesundheitseinrichtungen – am Beispiel stationärer Altenpflege

Vortrag auf dem Fachtag „Sozialer Dialog in der Diakonie“ 6.Oktober 2011, Leipzig

Diplom-Sozialökonomin Iris Nowak

	Vorbemerkung.....	2
1	Einleitung	3
2	Pflegearbeit - schon immer prekär	3
3	Ökonomisierung von Pflege.....	5
4	Konflikt Arbeitszeit.....	5
1.1.	Hohe Teilzeitquote	5
1.2.	Die Lage der Schichten	7
5	Hohe Belastung - Fehlende Wertschätzung	9
6	Leiharbeit	11
7	Einkommen	13
8	Schlussbetrachtung.....	15

Vorbemerkung

Der folgende Text ist eine schriftliche Darstellung des Vortrages, der von mir auf dem Fachtag „Sozialer Dialog in der Diakonie“ am 6. Oktober 2011 in Leipzig gehalten wurde, den der Gesamtausschuss der Mitarbeitervertretungen im Diakonischen Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e.V. gemeinsam mit ver.di und mit Unterstützung des Ostwind-Instituts veranstaltet hat. Dieser Vortrag, die verschiedenen Reaktionen darauf, aber auch die übrigen Diskussionen dieses Tages waren für meine aktuelle Forschungen sehr hilfreich und haben mir viele Inspirationen und neue Fragen mitgegeben. Ich möchte mich daher für die Einladung und bei allen Gesprächs- und Diskussionspartner/innen bedanken. Die Teilnahme am Fachtag zeigte mir wieder einmal, wie wichtig es ist, dass WissenschaftlerInnen Universitäten und andere Forschungsstätten verlassen und sich vor Ort mit jenen Menschen, die etwas bewegen wollen, austauschen.

1 Einleitung

Wenn prekäre Arbeitsverhältnisse thematisiert und kritisiert werden, geschieht dies meist, indem auf die strukturelle Unsicherheit aufmerksam gemacht wird, die z.B. durch Befristungen, Leiharbeit, Niedriglöhne oder fehlende soziale Absicherung entsteht. Einerseits werde auch ich im Folgenden anhand entsprechender Daten zeigen, wie prekär die Verhältnisse im Gesundheitsbereich sind. Andererseits ist aber gerade dann, wenn wir – wie auf diesem Fachtag – nach Handlungsmöglichkeiten fragen, entscheidend, wie die Beschäftigten diese Veränderungen subjektiv wahrnehmen und in ihrem eigenen Alltag umsetzen. Letztlich muss jede Form des Gestaltens des Arbeitsalltags – sei es durch Mitarbeitervertretungen (MAVen), Einrichtungsleitungen oder Gewerkschaften – an die Alltagserfahrungen anschließen. Die Frage nach der subjektiven Wahrnehmung der Beschäftigten wird daher in meiner folgenden Darstellung prekärer Arbeitsbedingungen immer wieder Thema sein.¹

Da mein Forschungsschwerpunkt nicht auf den speziellen Verhältnissen in diakonischen Einrichtungen liegt, werde ich auch in diesem Vortrag allgemeine Problematiken von Pflegekräften darstellen. Ich werde die Problematik prekärer Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich zudem am Beispiel von Altenpflegearbeit konkretisieren und nur punktuell auf die – teilweise ähnlichen, teilweise abweichenden – Verhältnisse in der Krankenpflege eingehen.

2 Pflegearbeit - schon immer prekär

Zunächst möchte ich hier überlegen, inwieweit sich der Begriff „prekär“ eigentlich eignet, um die aktuellen Probleme und Veränderungen von Arbeitsverhältnissen im Pflegebereich zu beschreiben. Das breite Interesse an dem Begriff „prekär“ entstand im Zuge des Verschwindens sogenannter Normalarbeitsverhältnisse, wie sie vor allem für Facharbeiter in der Industrie lange Zeit normal waren. Hierbei handelte es sich um Vollzeitarbeitsplätze mit klar geregelten Arbeitszeiten, mit denen eine volle soziale Absicherung verbunden war und genügend Einkommen für ein gutes Leben sowohl für die Arbeitenden als auch ihre Familie. Der Begriff „prekär“ wurde erst in jenem Moment für politische und wissenschaftliche Debatten bedeutsam, als sich abzeichnete, dass diese Arbeitsplätze auch im industriellen Bereich schwanden und stattdessen befristete Arbeitsverhältnisse, unvollständige soziale Absicherung, Leiharbeit, Teilzeit und Niedriglohn stark zunahmen und zunehmend alle Beschäftigten bedrohten.

Übernimmt man diese Bedeutung von „prekär“, stellt man fest, dass der Begriff sich für den Gesundheitsbereich nicht sehr gut eignet, um die Veränderungen der letzten Jahrzehnte zu beschreiben. Hintergrund hierfür ist, dass Arbeit im Altenpflege-/Gesundheitsbereich eine gänzlich andere Geschichte hat als die Arbeit in der industriellen Produktion. Eine der Traditionen, die die Geschichte der Arbeit im Gesundheitsbereich in Deutschland stark geprägt haben, ist die christliche. Stationäre Altenpflege beispielsweise ist Ende des 19. Jahrhunderts im Rahmen von diakonischen Einrichtungen entstanden, d.h. sie wurde zunächst durch Diakonissen und Ehrenamtliche übernommen. Auch noch in den 1950er und 1960er

¹ In der Arbeitsgruppe Arbeit-Gender-Technik¹ an der TU Hamburg-Harburg arbeite ich seit längerem gemeinsam mit Jette Hausotter und Gabriele Winker an dem Projekt „Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen“. In diesem haben wir u.a. Altenpflegekräfte zu Problemen bei der Verbindung verschiedener Lebensbereiche interviewt. Derzeit vertiefe ich diese Frage, in dem ich mich darauf konzentriere, wie Pflegekräfte ihren Pflegealltag erleben und welche Möglichkeiten sie hier sehen, die Bedingungen, unter denen sie arbeiten, mitzugestalten. Hierzu gehört auch die Frage, welche Gestaltungsmöglichkeiten Betriebsrät/innen, Mitarbeitervertreter/innen, Gewerkschaften, aber auch andere betriebliche Akteure sehen und welche Gründe Beschäftigte haben, sich an deren Aktivitäten zu beteiligen – oder dies nicht zu tun.

Jahren ist in Westdeutschland die christliche Organisation zentral gewesen (Kumbruck 2009). Als man im Laufe der 1960er Jahre schließlich begann, andere Pflegekräfte zu brauchen und diese auf Lohnbasis einstellte, setzte sich allerdings eine weitere Tradition fort, die bereits seit Jahrhunderten mit Tätigkeiten, mit denen man für andere Menschen sorgt, verbunden war: Damals wurde explizit darauf gesetzt, dass Frauen nach der Familienphase diese Arbeit übernahmen, ohne eine entsprechende Ausbildung dafür zu bekommen. Dass sie dennoch für diese Arbeit als geeignet galten, wurde damit begründet, dass sie allein aufgrund ihrer weiblichen Veranlagung zur Fürsorge und ihrer Erfahrungen als Mütter und Hausfrauen alte Menschen pflegen können (Schweiger 2011).

Aus dieser Geschichte von Altenpflegearbeit ergibt sich, dass diese in mancherlei Hinsicht schon immer prekär war. So ist Altenpflege beispielsweise traditionell ein Niedriglohnbereich. Pflegearbeit galt lange Zeit als einfache Dienstleistung. Es bedurfte vielfacher Auseinandersetzungen, bis ein gesellschaftlicher Konsens darüber entstand, dass es sich dabei um hochwertige Facharbeit handelt. In der Krankenpflege setzte sich eine solche Sichtweise zwar früher durch. Aber in beiden Berufen gibt es bis heute Tendenzen, die Tätigkeiten lediglich als Umsetzung der Anweisungen von Ärzt/innen zu betrachten. Kämpfe um die Bedeutung von Pflege als eigenständiger Profession, die spezifische Ausbildungen und Kompetenzen voraussetzt und besondere Verantwortungsbereiche abdeckt, sind nach wie vor eine aktuelle Angelegenheit. Dass Pflege oft Niedriglohn bedeutet, hängt auch damit zusammen, dass sie als klassischer Frauenberuf gilt. Und Einkommen von Frauen wurden – in Westdeutschland – traditionell als Zuverdienst betrachtet, da in allen gesellschaftlichen Bereichen von einer Normalität ausgegangen wurde, in der der Mann erwerbstätig ist und die Frau möglichst zu Hause bleibt.

Eine andere immer schon prekäre Normalität in der Pflege besteht darin, dass es keine bzw. verschwommene Grenzen zwischen der Erwerbsarbeitszeit und der übrigen Zeit gibt. Dies liegt zum einen an der Sache selbst, da Pflege von Menschen rund um die Uhr erfolgen muss. Zum anderen sind diese fehlenden Grenzen zwischen Pflegearbeit und dem sonstigen Leben dadurch ausgeprägt gewesen, dass die christliche Organisation von Pflege gesellschaftlich als Normalfall galt. Für Diakonissen galt es als Sinn ihres Lebens, anderen beizustehen und sie zu pflegen – dies war Ausdruck ihrer Liebe zu Gott. Infolgedessen gab es die Frage danach, wie freie Zeit neben der Pflege geregelt und planbar werden kann, in ihrem Leben nicht. Auf diese spezielle Form der Entgrenzung der Arbeit baute, wie bereits gesagt, die gesellschaftliche Organisation von Pflegearbeit in Deutschland bis in die 1960er Jahre auf.

Natürlich hat sich dies mittlerweile verändert. Seither ist die Bedeutung der christlichen Einrichtungen im Bereich Pflege zurückgegangen und Altenpflege wurde zu einem „normalen Frauenberuf“ (Kumbruck). Dennoch denke ich, dass es wichtig ist, diese Traditionen zu berücksichtigen, wenn wir die heutigen Handlungsmöglichkeiten und auch Handlungsblockaden von Beschäftigten in der Altenpflege verstehen wollen, denn Geschichte wirkt nach, sowohl strukturell als auch in den Köpfen und Herzen der Beschäftigten. Um es noch einmal direkt gegenüberzustellen: Im Industriebereich entstanden ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Arbeiterbewegungen, durch die Lohnarbeitende ihren Interessen in gesellschaftlichen Konflikten Ausdruck verliehen. Dies trug entscheidend dazu bei, dass es sowohl in der Gesellschaft als auch in den Betrieben zunehmend normal wurde, dass an industrielle Erwerbsarbeit soziale Rechte, Mitbestimmungsmöglichkeiten und ein bestimmter Wohlstand geknüpft sein sollen. Diese Tradition hat es im Pflegebereich so nicht gegeben. Man hat daher wenig, woran man anschließen kann, wenn man gemeinsam mit Beschäftigten für bessere Arbeitsbedingungen und entsprechende politische Rahmenbedingungen sorgen möchte.

Vor diesem Hintergrund betrachte ich die Auseinandersetzungen um Streikrecht und Arbeitsbeziehungen im Bereich der Diakonie als eine Linie einer größeren gesellschaftlichen Frage. Es geht grundsätzlich darum, ob Arbeit, in der man sich um andere Menschen sorgt,

wirklich weniger Wert ist, weniger anstrengend ist und weniger Fachwissen und Kompetenzen erfordert als Arbeit in der industriellen Produktion. Für eine menschengerechte gesellschaftliche Entwicklung wäre es zweifellos besser, wenn diese Arbeit eine ebenso hohe Anerkennung und (auch materielle) Wertschätzung erhalten würde wie die Arbeit an der Produktion von Waren. Dieser Konflikt durchzieht viele gesellschaftliche Bereiche, und die Auseinandersetzungen in der Diakonie sind ein wesentliches Feld, in dem über die zukünftige gesellschaftliche Bewertung von Sorge-Arbeit entschieden wird.

3 Ökonomisierung von Pflege

Nun ist diese Tradition, in der Pflegearbeit als spezifische weibliche und christliche Angelegenheit verstanden wurde, nicht die einzige Linie, entlang der sich Pflege entwickelt. Die andere setzt etwa Mitte der 1990er Jahre als Ökonomisierung von Pflegetätigkeiten ein, nämlich in dem Moment, als die Pflegeversicherung zur neuen Finanzierungsgrundlage für Altenpflege wurde und somit – ähnlich wie in Krankenhäusern – ein fallorientiertes Finanzierungssystem eingeführt wurden. Zuvor waren Pflege-Einrichtungen die tatsächlich entstandenen Kosten voll erstattet worden, darin waren frei-gemeinnützige Einrichtungen in besonderer Weise gestärkt worden. Für die Beschäftigten (auch der Diakonie) galten häufig Tarifverträge des öffentlichen Dienstes (damals noch BAT).

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde die Vergabe von Pflegeplätzen durch einen Wettbewerb zwischen den Einrichtungen geregelt. Es entstanden Quasi-Märkte – „Quasi“ deshalb, weil es immer noch der Staat ist, der über Regulierung und Bedingungen der Pflegearbeit entscheidet und dies per Gesetz und Verordnungen beschließt. Seither werden nur noch die tatsächlichen entstandenen Kosten refinanziert, wobei diese Refinanzierung an feststehenden, niedrigen Pflegesätzen orientiert sind. Es entsteht ein hoher Kostendruck, der direkte Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hat: Im Pflegebereich machen die Ausgaben für Personal etwa 60 bis 80 Prozent der gesamten Kosten aus. Zugleich stellt die Einsparung von Personal beinahe die einzige Möglichkeit zur Kostenreduktion dar. Entstanden ist daraus eine bis heute andauernde Dynamik, in der die Zeit, die Pflegekräften zur Verfügung steht, immer knapper wird, während gleichzeitig die Anforderungen an Pflegearbeit immer weiter steigen und höhere Qualitätsstandards entwickelt werden.

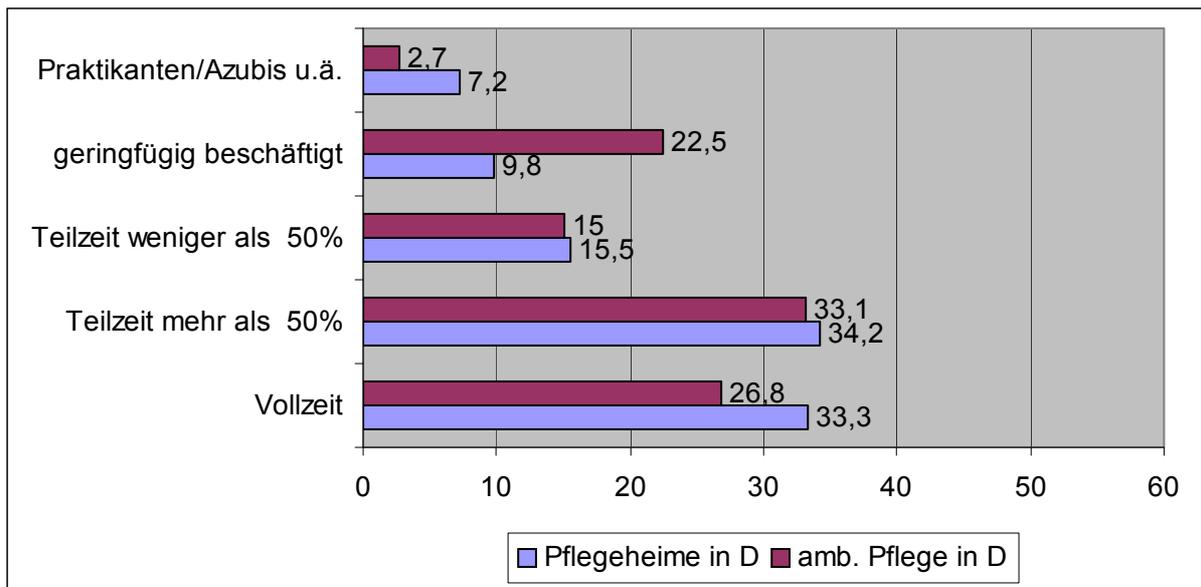
4 Konflikt Arbeitszeit

Die Auswirkungen dieser strukturellen Entwicklungen auf die Arbeitsbedingungen werde ich zunächst am Beispiel der Arbeitszeiten genauer vorstellen.

1.1. Hohe Teilzeitquote

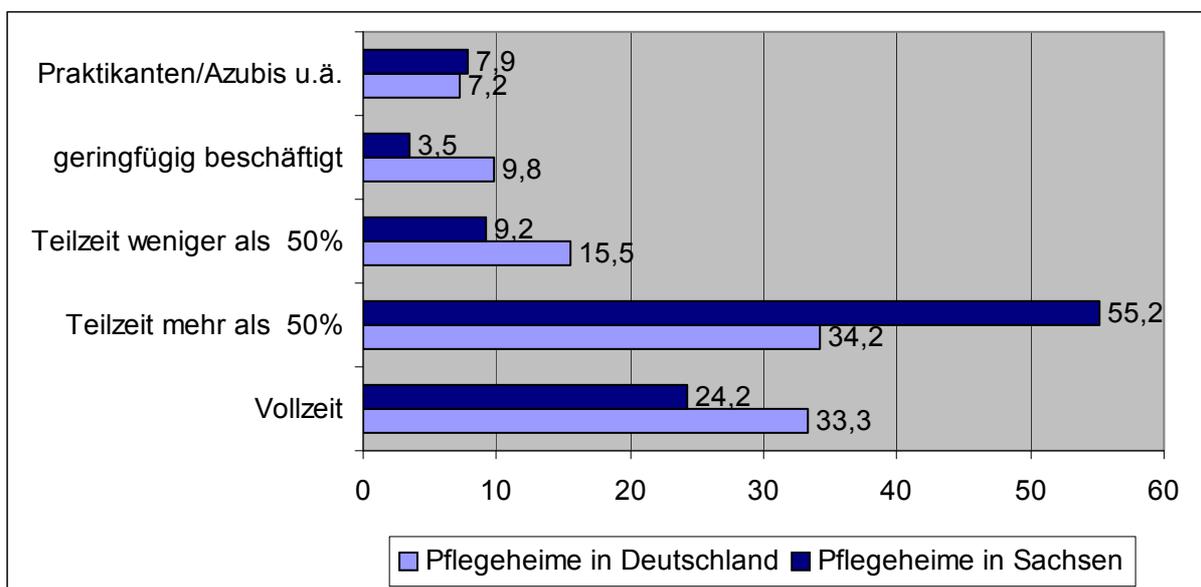
Ein Blick in die Pflegestatistik 2009² zeigt, dass nur 33 Prozent der Beschäftigten in Pflegeheimen in ganz Deutschland vollzeitbeschäftigt sind, der Rest arbeitet Teilzeit, ist geringfügig beschäftigt oder es sind Praktikant/innen oder Azubis.

² Die Pflegestatistik ist eine Vollerhebung für alle Einrichtungen, die Pflegebedürftige nach SGB XI versorgen (vgl. Pfaff 2011). Die Zahlen der aktuellen Einrichtungsstatistik der Diakonie ergeben nach meinen eigenen Berechnungen, dass 34 Prozent der Beschäftigten in Einrichtungen nach SGB XI vollzeitbeschäftigt sind (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. 2011, S.26).



(1) Arbeitsverhältnisse in Pflegeeinrichtungen laut Pflegestatistik 2009 - bundesweit

Noch ausgeprägter ist dies in den Bundesländern, um die es an diesem Fachtag geht, also in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hierzu als Beispiel Angaben zur Teilzeitquote in Einrichtungen in Sachsen³: Hier ist die Vollzeitquote noch niedriger und liegt bei 24 Prozent; gleichzeitig ist unter den übrigen Beschäftigten der Anteil der Teilzeitbeschäftigung mit hoher Stundenzahl viel höher, der Anteil der geringfügig Beschäftigten niedriger.



(2) Arbeitsverhältnisse in Pflegeeinrichtungen laut Pflegestatistik 2009 - regional

Auf Seiten der Pflegeeinrichtungen besteht ein großes Interesse an hohen Teilzeitquoten. Auf diese Weise lässt sich (bei gleichbleibender Gesamtpersonalquote) die Zahl der Beschäftigten erhöhen, so dass man mehr Menschen zur Verfügung hat und durch entsprechende Überstunden die Folgen des grundsätzlichen Personalmangels etwas besser bewältigen kann. Hinzu kommt, dass Teilzeitkräfte flexibler einsetzbar sind. Während man bei Vollzeitkräften bei zusätzlichen Schichten schnell mit dem Arbeitszeitgesetz in Konflikt kommt, wird Arbeitgebern (durch das Teilzeit- und Befristungsgesetz und entsprechende Rechtsprechung

³ Die Zahlen für in Thüringen und Sachsen-Anhalt gehen tendenziell in die gleiche Richtung.

des Bundesarbeitsgerichts) bei Teilzeitkräften eine höhere Flexibilität eingeräumt. Auf diese Weise können Einrichtungen schneller auf Veränderungen reagieren, wenn sie z.B. einen Bettenleerstand haben. Durch eine kurzfristige Reduzierung der Wochenstunden der Teilzeitbeschäftigten können sie Kosten sparen, das unternehmerische Risiko auf Beschäftigte übertragen und zu anderen Zeiten, wenn die Einrichtung voll belegt ist, höhere Arbeitszeiten anordnen.

Als prekär sind diese Teilzeitarbeitsverhältnisse insofern einzuschätzen, als mit ihnen selten eine Lohnhöhe verbunden ist, die existenzsichernd ist (vgl. unten Kap. 7). Dennoch ist danach zu fragen, ob diese Arbeitsplätze insofern den Wünschen der Beschäftigten entsprechen, als diese ihnen von der zeitlichen Struktur her besser in ihre Lebensplanung passen. Bei dieser Frage ist es auch heute noch der Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland zu berücksichtigen. In beiden Teilen Deutschlands wirken nämlich Geschlechterverhältnisse nach, wie sie in früher Westdeutschland und in der DDR in sehr unterschiedlicher Form vorherrschten. Die westdeutsche Gesellschaft war – wie bereits erwähnt – von der Vorstellung bestimmt, dass eine Frau als Mutter nach Hause zu ihren Kindern gehört, da diese anderenfalls unter ihrer Abwesenheit leiden würden. Dementsprechend sollten Frauen während der Familienphase, wenn überhaupt, erst spät wieder erwerbstätig sein, und dieses dann in Teilzeit. In der DDR gab es dieses Bild nicht. Dort leisteten Frauen zwar auch fast die gesamte Hausarbeit, aber sie waren zugleich in Vollzeit erwerbstätig, was durch eine entsprechende Kinderbetreuungsinfrastruktur ermöglicht wurde.

Diesen Unterschied in den Leitbildern findet man heute noch in den Arbeitszeitwünschen wieder. Im Osten gaben 65 Prozent aller teilzeitbeschäftigten Frauen an, dass sie Teilzeit nur deshalb nachgehen, weil kein Vollzeitjob zu finden war; im Westen waren dies nur 17 Prozent. Im Westen hingegen gaben über 50 Prozent als Grund an, dass sie Kinder oder Verwandte betreuen oder sonstige familiäre Verpflichtungen haben. Im Osten sagen dies nur etwa 14% (Puch 2009).

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen kann man vermuten, dass die hiesige hohe Quote an Teilzeitverhältnissen in Pflegeeinrichtungen erzwungene Teilzeit darstellt und in dieser Höhe von den Beschäftigten nicht gewünscht wird. Empirisch überprüfen müsste man diese These aber z.B. dahingehend, ob Teilzeit im Pflegebereich eventuell auch eine Reaktion auf die hohe Arbeitsbelastung ist, und insofern den Wünschen der Beschäftigten entspricht, als man diese Belastung nicht anders bewältigen kann als durch eine Reduktion der wöchentlichen Stundenzahl.

1.2. Die Lage der Schichten

Die Arbeitszeiten in der Altenpflege sind allerdings noch in einer anderen Weise prekär, nämlich hinsichtlich der Lage der Arbeitszeiten. So wurde uns in den Interviews, die wir im Rahmen unseres Projekts geführt haben, mehrfach beschrieben, dass die Beschäftigten bei der monatlichen Erstellung der Schichtpläne fast keine Möglichkeit haben, hierbei mitzubestimmen. Weder können regelmäßige Termine geblockt (z.B. für Sport), noch einmalige Termine (z.B. Arztbesuch oder gemeinsame Familienaktivitäten) verbindlich als erwerbsarbeitsfreie Zeit festgelegt werden. Wenn überhaupt geschieht dies durch individuelles Schichttauschen. Die Alltagsbeschreibungen unserer Interviewpartner/innen machen zudem eindrucksvoll klar, dass Pflegekräfte ihren Alltag auch deshalb nicht planen können, weil sie sehr häufig spontan Schichten in den Heimen übernehmen.

Fragt man auch hier danach, wie die Pflegekräfte diese Erwartungen, ständig für die Pflege bereit zu sein, subjektiv erleben, kann man zusammenfassend feststellen: Sie zeigen sehr viel Verständnis für die Erwartungen von Vorgesetzten oder auch Kolleg/innen, ständig flexibel einsetzbar zu sein. Sie denken selber den engen Zeitrahmen, die prekären ökonomische Situation der Einrichtungen und damit die ständige Personalknappheit ganz automatisch mit. Sie beschreiben es als selbstverständliche (und unabänderliche) Tatsache, dass es für Pflege-

Einrichtungen eben nicht mehr Geld gibt und dass sie daher bereit sein müssen, dies durch ihren persönlichen Einsatz auszugleichen.

Die meisten unserer InterviewpartnerInnen stellen sich mit ihrem gesamten Alltagsleben auf diese Anforderungen der Pflegeheime ein. In den Interviews wird deutlich, dass alle Aktivitäten immer nur von Woche zu Woche oder von Tag zu Tag geplant werden. Viele Beschäftigte sind ständig bereit, ihre Verabredungen mit Freunden abzusagen und Familienleben umzuorganisieren, wofür einige von ihnen auch die Akzeptanz der Familie und der Freund/innen erwarten. Oft ermöglicht die Tatsache, dass ihre Kinder (fast) erwachsen sind, den Pflegekräften, sich ganz flexibel auf die Pflegearbeit einzustellen. Auffallend ist dabei, dass etliche unserer Gesprächspartner/innen dies nicht etwa als Mangel in ihrem Leben beschrieben. Vielmehr beschrieben sie es für sich als eine wichtige Lebensqualität, dass sie so flexibel sein können, um den Notwendigkeiten in den Heimen zu entsprechen. Für sie beinhaltet diese Lebensweise, dass sie etwas ermöglichen, das ihnen wichtig ist, nämlich möglichst viel zum Gelingen der Pflege beizutragen – trotz oder wegen der widrigen Bedingungen.

Gleichwohl muss man davon ausgehen, dass diese Befriedigung, die die Pflegenden offenbar aus ihrem Beitrag zur Pflege ziehen, die Belastungen oft nicht ausgleicht, die durch diese Arbeit auf Abruf und den unzureichenden Ausgleich zu der anstrengenden Pflegearbeit entstehen. Wenn die Befragten beschreiben, dass sie fast nichts im Leben planen können, oft keine weiteren Kontakte als die Familie haben (falls nicht auch diese daran kaputt gegangen sind, wie uns eine Interviewpartnerin beschrieb), so ist die Gefahr hoch, dass diese Beschäftigten früher oder später ausbrennen oder in anderer Weise erkranken. Denn die Mischung aus hohen Belastungen und fehlendem Ausgleich hierzu wird in der Literatur als eine der klassischen Ursachen für Burnout genannt. Oder aber die Beschäftigten verlassen das Berufsfeld nach einer bestimmten Anzahl von Berufsjahren „freiwillig“ – und dies teilweise, obwohl sie die Tätigkeit selbst als wahre Berufung erleben.

Dass dieser Widerspruch zwischen begeistertem Engagement und sehr hoher Belastung für die Frage, die wir auf diesem Fachtag bewegen (nämlich nach Handlungsmöglichkeiten von Beschäftigten) sehr zentral ist, möchte ich an Beispiel eines Interviews genauer erläutern: Dies begann damit, dass mir meine Gesprächspartnerin ihr gesamtes Leben seit Aufnahme der Pflgetätigkeit voller Leidenschaft als "Berufung" beschrieb. Sie ist schon älter, hat vorher im Büro gearbeitet und bedankt sich, obwohl sie nicht christlich, bei Gott, dass er sie "für schöne Sachen geschaffen" hat und sie nun in der Pflege arbeiten darf. Sie beschrieb mir anschließend detailliert die konkreten Pflgetätigkeiten, mit denen man "wirklich alles begleitet" und "so nah am Menschen selber dran ist", und brachte ihre große Begeisterung dafür zum Ausdruck. Im gleichen Interview erzählte mir die Frau später mit der gleichen Leidenschaft, dass sie eine Entzündung in der Schulter hat und Pflege "wirklich 'nen Job [ist], wo man wirklich hart knüppeln muss. Grad von der Psyche her" und dass sie ganz selbstverständlich plant, diesen Beruf nach sieben bis zehn Jahren zu verlassen, da man ansonsten daran kaputt geht.

Einerseits ist diese Haltung der Frau gut nachvollziehbar. Andererseits müssen wir uns, wenn wir uns danach fragen, was Perspektiven des Handelns von Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen sein können, u.a. das Problem genauer betrachten, dass es überhaupt nicht in Betracht zieht, dass sich die Arbeitsverhältnisse in der Altenpflege, ihrem Traumberuf, so verändern könnten, dass sie diesen Beruf über die zehn Jahre hinaus ausüben kann. Wenn die Idee, dass Arbeitsbedingungen sowieso nicht verändert werden können, so selbstverständlich ist, ist die Gefahr sicherlich groß, dass man auch die kleinen Grenzziehungen, die im Alltag vielleicht möglich sind, übersieht.

5 Hohe Belastung - Fehlende Wertschätzung

Diese Problematik, in der Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Arbeitszeit stecken, möchte ich hier noch einmal in einem breiteren Rahmen betrachten. Ganz unterschiedliche Forschungen zu Altenpflegearbeit stimmen darin überein, dass es auch heute noch für Pflegekräfte ein sehr wichtiges persönliches Anliegen ist, gut zu pflegen, und dass sie daher sehr hohe Ansprüche an sich selbst stellen. Das Selbstverständnis von Älteren ist meist stark davon geprägt, dass sie mit Altenpflege der Berufung zum Helfen gefolgt und bewusst den Weg gegangen sind, als ganze Person in der Pflege aufzugehen. Zwar haben jüngere Pflegekräfte heute oft ein anderes Verständnis von der Bedeutung der Pflegearbeit in ihrem Leben. Sie erwarten beispielsweise in der Regel, dass sich diese Arbeit mit der Tätigkeit als Frau und Mutter verbinden lässt. Doch zugleich beschreiben auch diese Pflegekräfte, dass „Pflege für sie ein besonderer Beruf ist, der viel emotionalen und zeitlichen Einsatz verlangt“ und für deren befriedigende Gestaltung das Privatleben ggf. zurückgestellt werden müsse. Insofern habe dieser Beruf immer noch „Anteile von 'Berufung'“. (Vgl. Kumbruck 2009, S.65ff.)

Desweiteren stellen Forschungen zu Altenpflege ebenso übereinstimmend fest, dass es verschiedenster Voraussetzungen bedarf, wenn man das Ziel erreichen will, alte Menschen gut zu pflegen:

- Es braucht ausreichend Fachwissen, aber auch Erfahrung und ganzheitliche Wahrnehmungsweisen, um die verschiedenen Krankheiten, aber auch die sich täglich ändernde persönliche Verfassung der Pflegebedürftigen richtig einschätzen zu können.
- Grundlegende Anforderung in der Pflegearbeit ist es, einen angemessenen und menschenwürdigen Umgang mit der Abhängigkeit und Asymmetrie zu finden, die zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen besteht. Dieser Umgang erfordert ausreichend Zeit für Interaktionen, in denen die Pflegebedürftige als handelnde Menschen mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen werden und auf sie individuell eingegangen werden kann.
- Dass Fürsorgebeziehungen „unausweichlich mit starken Gefühlen und Bewertungen auf beiden Seiten“ einhergehen, stellt an Pflegekräfte hohe Reflexionsanforderungen. Die Fähigkeit der pflegenden Personen, sich ihrer Gefühle (z.B. auch Ekel, Abneigungen u.ä.) bewusst zu werden und einen sinnvollen Umgang mit ihnen zu finden.
- Schließlich gehört dazu auch, sich der eigenen Grenzen bewusst zu werden und eigene Bedürfnisse (auch nach freier Zeit, nach eigener Familie) wahrzunehmen. Da das eigene Wohlergehen eine wichtige Voraussetzung für eine fürsorgliche Praxis ist, setzt gute Pflege ausreichende Selbstsorge der Beschäftigten voraus (Senghaas-Knobloch 2008, S.228; Kumbruck 2009, 94ff.).

Zwar besteht wissenschaftlich betrachtet Einigkeit über diese einzelnen Komponenten guter Pflege. Gleichwohl stehen sie alle im grundlegenden Widerspruch dazu, dass Pflgetätigkeiten durch die Ökonomisierung einem immer weiter steigenden Zeit- und Effizienzdruck unterworfen sind. Für die individuelle Interaktion mit den Pflegebedürftigen fehlt die Zeit. Und die knappe Personaldecke macht es – wie oben gezeigt – schwer, eigene Bedürfnisse ernstzunehmen. Fachwissen und andere Kompetenzen können unter diesen Bedingungen nicht ausreichend angeeignet und weiterentwickelt werden. Vielmehr besteht in den Einrichtungen eine Dynamik, möglichst viele Tätigkeiten an möglichst gering qualifiziertes Personal zu delegieren, da dieses weniger Personalkosten verursacht.

In diesem Widerspruch zwischen dem, was notwendig wäre, um die Pflegebedürftigen gut zu versorgen (und damit den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden), und der Erkenntnis, wie wenig möglich ist, bewegen sich Pflegekräfte ständig im Alltag, was zu einer ständigen Zerrissenheit führt, die (so zeigen es die Forschungen) verschiedene Formen annimmt und Folgen mit sich bringt: *Erstens* berichten auch sie – ähnlich wie ich oben – von der hohen Bereitschaft, den allgemeinen Mangel, der in Heimen herrscht, durch individuelle Anstrengung, durch Überstunden, schnelleres Arbeiten u.ä. auszugleichen. *Zweitens* führt dies

zu bestimmten Formen der Be- und Überlastung und gesundheitlichen Einschränkungen. Nimmt man z.B. die Tätigkeit des Hebens von bettlägerigen Menschen. Sicherlich lässt sich dies bis zu einem gewissen Grad rückengerecht gestalten. Allerdings wird das Wissen darüber, welche Griff- und Hebetekniken dafür angewandt werden, im Alltag oft ignoriert, denn gut zu heben bedeutet, sich dafür mehr Zeit nehmen – und zuvor auch einen guten Kontakt mit der pflegebedürftigen Person herzustellen, damit dieser möglichst kooperiert (Dieses Beispiel beschreibt Schweiger 2011). *Drittens* gibt es noch eine andere Form der Belastung, die für Pflegeberufe spezifisch ist: Gewissensbisse, die daraus entstehen, dass Pflegekräfte sehr genau wissen, dass BewohnerInnen etwas anderes brauchen, als das, was sie ihnen geben können. Eine entsprechende Frustration und schließlich auch eine emotionale Erschöpfung werden quasi zum Dauerzustand. Diese emotionale Zerrissenheit ist es, die Pflegeberufe (bzw. allgemein Berufe, in denen es um die Sorge um hilfebedürftige Menschen geht) von anderen Berufen unterscheidet. Zwar steigt auch in anderen Branchen der Zeitdruck. Doch was im Pflegeberuf hinzukommt, ist das Wissen und die tägliche Erfahrung: Wenn ich als Pflegekraft meine Arbeit schlecht mache – und sie wird fast zwangsläufig schlechter aufgrund des ständigen Zeitdrucks – dann hat das ganz konkrete und z.T. existenzielle Auswirkungen auf die Lebensqualität anderer Menschen. Eine Form, in der sich diese besondere Belastung konkret ausdrückt, ist die Tatsache, dass seit vielen Jahren die Quote der psychischen Erkrankungen in Pflegeberufen sehr viel höher ist als in anderen Branchen.

Schließlich ist ein *vierter* Punkt in allen Veröffentlichungen zum Altenpflegearbeit sehr zentral und auch mir selbst in vielen Gesprächen begegnet: Viele Pflegekräfte berichten über eine fehlende Wertschätzung, die ihnen entgegengebracht wird. Ihnen fehlt eine Anerkennung des sehr hohen Engagements, das sie im Beruf entwickeln, um trotz allen eine möglichst menschenwürdige Pflege aufrechtzuerhalten. Bei diesem Thema geht es einerseits um die strukturelle Geringschätzung der Pflegearbeit. Es geht um die zu geringen Löhne in der Pflege, von denen sich oft nicht leben lässt. Es geht darum, das strukturell in dem immer weiteren Abbau von Fachpersonal auch eine Missachtung der hohen Bedeutung von qualifizierten Fachkräften für das Wohlergehen der Heimbewohner angelegt ist. Andererseits geht es aber auch um das konkrete „Wertschätzungserleben“ im Arbeitsalltag (vgl. beispielsweise das Memorandum der Arbeitsgruppe "Wertschätzung in der Pflege" von 2011 oder Kumbruck u.a. 2010). Christel Kumbruck problematisiert hierzu u.a. das Verhalten von Vorgesetzten, die das Problem, dass Pflegekräfte aufgrund des engen Zeitrahmens den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen nicht mehr gerecht werden, von sich weisen und die Verantwortung hierfür bei den Beschäftigten suchen. Sie tun dies beispielsweise, indem sie deren unzureichendes Zeitmanagement oder ihr angeblich fehlende Motivation als zentrales Problem thematisieren. Damit wird die Haltung der Beschäftigten, die versuchen, auch unter den gegebenen schlechten Bedingungen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden, nicht wertgeschätzt; sie erfahren keine Unterstützung (Kumbruck et al. 2010, S.275). Für die Beschäftigte ändert sich ihr Arbeitsleben bereits grundlegend, wenn Vorgesetzte Verständnis für den Zeitdruck äußern und zurückmelden, dass sie die hohe Leistungen der Pflegekräfte als solche anerkennen.

Gleichwohl kann eine starke Betonung der zwischenmenschlichen Ebene in den Betrieben durch die Beschäftigten selbst vielleicht auch ein Problem werden, wenn man sich fragt, was sie selber tun können, um ihre Arbeitsverhältnisse mitzugestalten. So sind uns in unseren Interviews etliche Beschäftigte begegnet, die ihre Einrichtung bzw. ihre Station als wunderbar beschrieben. Dies ging stets mit Verweisen auf den sehr guten Chef zurück, der jederzeit gesprächsbereit war und im Gespräch für alle Probleme sofort eine Lösung fand. Die flexiblen, fremdbestimmten Arbeitszeiten und zahlreichen Überstunden wurden im gleichen Atemzug als Selbstverständlichkeit oder als „Pflicht“ beschrieben. In ihrem Wunsch, dem

Bemühen ihrer Vorgesetzten, auf ihre Vorstellungen einzugehen, gerecht zu werden, verzichteten unsere Interviewpartner/innen oft darauf, überhaupt eigene Bedürfnisse zu benennen, die von den Plänen des Vorgesetzten abweichen. Gleichzeitig fanden wir bei vielen von ihnen eine grundsätzliche Ablehnung gegenüber Konflikten und allem, was damit einhergeht. Dies beinhaltet auch die Aussage, dass Gewerkschaften, Betriebsräte oder Mitarbeitervertretungen grundsätzlich zu konfliktorientiert sind. Einerseits können wir mit diesen Ergebnissen bestätigen, dass eine gute, menschliche Atmosphäre auf der Station für viele Beschäftigte eine zentrale Komponente von Arbeitsqualität darstellt. Andererseits gehen wir auch hier davon aus, dass solche Sichtweisen und der sehr große Wunsch nach dauerhafter Harmonie dazu führen, dass Beschäftigte einige kleinere Gestaltungsspielräume lieber nicht nutzen. Sinnvoll wäre es hier sicher, ihnen eine andere Idee von Konflikt zu vermitteln, der nicht unbedingt Harmonie zerstört, sondern auf Dauer die Kooperation verbessert, da sich alle mit ihren Bedürfnissen einbringen. Die Frage ist, ob eine solche Kooperations-Konflikt-Kultur in Pflegeeinrichtungen (also auch bei den Führungskräften) installiert werden kann.

6 Leiharbeit

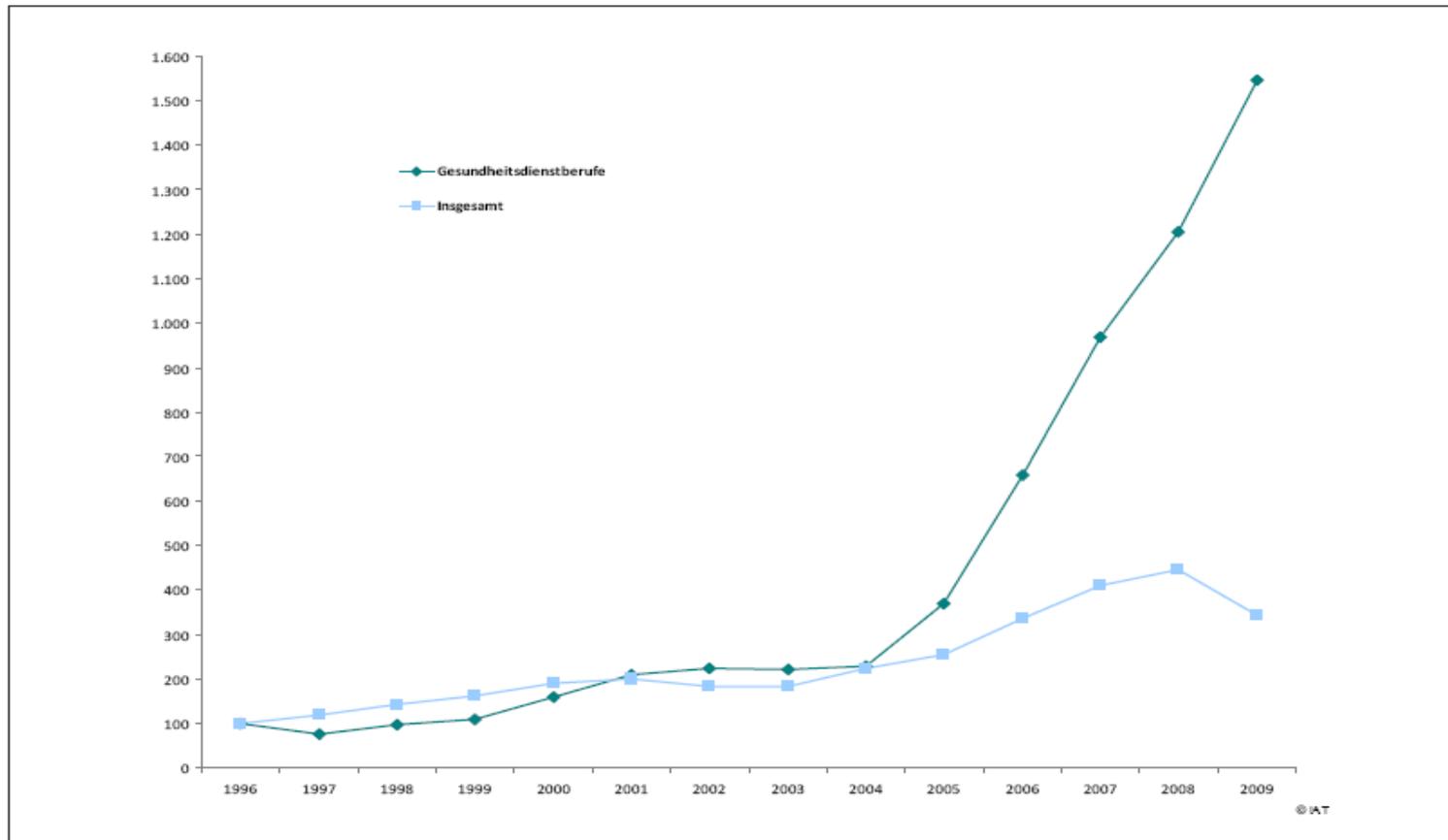
Schließlich komme ich nun nach zu zwei Formen von Prekarität im Gesundheitsbereich, die man etwas besser mit harten Fakten belegen kann als die Fragen nach der Wertschätzung. Die erste Form ist Leiharbeit. Leiharbeit hat gegenwärtig in der Pflege in Deutschland noch ein sehr geringes Ausmaß. Der Anteil der Leiharbeiter/innen im gesamten Bereich der Gesundheitsberufe⁴ lag 2009 unter 0,5% (IAB). Laut Arbeitnehmerüberlassungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit waren im Dezember 2010 nur ca. 24.000 Personen in den Gesundheitsberufen als Leiharbeiter/innen tätig, während es in anderen Branchen insgesamt knapp 800.000 Leiharbeiter/innen gab.⁵

Was sich allerdings gleichzeitig zeigen lässt, ist, dass es seit 2004 eine besondere Dynamik im Bereich der Gesundheitsdienste gibt. Wie die folgende Darstellung zeigt, hat sich seither die Zahl der Leiharbeiter/innen in diesem Bereich verfünffacht, während sie sich in allen anderen Branchen bis einschließlich 2009 nur verdoppelt hatte.

⁴ Hierzu gehört das Gesundheits-, das Veterinär- und das Sozialwesen.

⁵ Für die Diakonie gibt es zum Ausmaß von Leiharbeit keine klaren Erhebungen. Es gibt lediglich als eine Angabe die Aussage des EKD-Ratsvorsitzenden bei Anne Will, dass 35.000 Beschäftigte von Leiharbeit und Ausgründungen betroffen sind. Der Sprecher der Bundeskonferenz der AGen der MAVen spricht hingegen von 75.000 (vgl. Stefaniak 2011, S.12)

**: Entwicklung der Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter in Deutschland,
Juni 1996-2009, INDEX 1996=100**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitnehmerüberlassungsstatistik (Berechnung und Darstellung: IAT).

Die Darstellung wurde der Studie von Bräutigam u.a. (2010) entnommen.

Leiharbeit nimmt in der Gesundheitsbranche also proportional weit stärker als in anderen Branchen zu. Die spezifischen Risiken und Chancen von Leiharbeit in der Pflege sind gleichwohl noch sehr wenig untersucht. Eine der Untersuchungen, die es hierzu gibt, zeigt auf, dass Einrichtungen und Träger Leiharbeit als notwendiges Mittel sehen, um trotz Fachkräftemangel den Bedarf an Pflege bei akuten Personalengpässen zu decken. Bei Pflegeheimen geht es dabei oft um Wochenend- und Nachtschichten, aber auch um Schulferienzeiten, in denen das Stammpersonal insgesamt oft abwesend ist. Insbesondere in Krankenhäusern gibt es zudem eine hohe Nachfrage nach Spezialpersonal z.B. im OP-Bereich, da in diesen Bereichen ein Personalausfall nicht durch Personal aus anderen Stationen abgedeckt werden kann und der Ausfall schnell große wirtschaftliche Konsequenzen hat. Gerade in diesen Bereichen beschreiben Einrichtungen Leiharbeit zudem als Instrument der Personalbeschaffung (Bräutigam u.a. 2010, S.22).

Genauer untersucht werden müsste die Frage, in welcher spezifischen Weise die Grundprobleme von Leiharbeit in der Gesundheitsbranche zutreffen. Als solche gelten allgemein: Höhere Belastung durch höhere Flexibilität; Einstiegstarife sind geringer (im Durchschnitt 50% des Medianlohns einer Branche); Gefahr der Dequalifizierung; geringe Beschäftigungsstabilität. Schließlich besteht die Tendenz, reguläre Beschäftigungsverhältnisse durch Leiharbeitsstellen zu ersetzen. Arbeitgeber können damit die Risiken wechselnder Belegung sowie den Kostendruck auf Beschäftigte abwälzen, die weniger verdienen und individuell mit der größeren Unsicherheit klarkommen müssen.

Auch beim Thema Leiharbeit gilt, dass es wichtig ist, die subjektiven Sichtweisen der Beschäftigten, die als Leiharbeiter/innen tätig sind, wahrzunehmen. Denn Leiharbeit ist aus ihrer Sicht unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht immer eine Notlösung. Sie sehen es selbst z.B. als mögliche Brücke in den normalen Arbeitsmarkt, wenn ein Nachteil im Lebenslauf besteht, oder sehen diese Zeit auch als Testphase für neue Arbeitgeber (Bräutigam u.a. 2010, S.26). Schließlich wird Leiharbeit von einigen Beschäftigten auch als sinnvoll erachtet, „um belastenden Rahmenbedingungen, unpassenden Arbeitszeiten usw. regulärer Arbeitsverhältnisse zu entgehen“ (Bräutigam 2010, S.10 und 26f.). Diese Einstellung begegnete auch mir in Gesprächen mit Betriebsräten, die davon berichteten, dass einige Pflegekräfte freiwillig in die Leiharbeit gehen, weil sie hier – anders als bei einer Feststellung – ihre Arbeitstage eingrenzen können (z.B. nur von Montag bis Mittwoch), oder aber, weil sie auf diese Weise persönliche Distanz zu dem hohen Druck innerhalb der Stationen behalten.

Aus diesem Interesse der Beschäftigten an Leiharbeit folgt keinesfalls, dass die Zunahme von Leiharbeit eine begrüßenswerte oder akzeptable Entwicklung für den Pflegebereich sein kann. Dass Beschäftigte freiwillig diese prekäre Form der Beschäftigung wählen, macht vielmehr einmal mehr die schwierigen Zustände in den Einrichtungen deutlich. Und zumindest in der Pflege älterer Menschen, die ein dauerhafte Angelegenheit ist, gilt: Die Versorgung der Bewohner/innen wird durch die Zunahme von Leiharbeit tendenziell schlechter, weil diese Pflege gute Beziehungen braucht und Pflegebedürftige, aber auch Beschäftigte innerhalb von Teams Kontinuität brauchen und wollen. Leiharbeit bedeutet in der Regel mehr Arbeit für das Team. Die Einarbeitung kostet Zeit; zudem kann keine kollegiale Planung und Reflexion der Arbeit stattfinden (die für Qualität der Interaktionsprozesse von Bedeutung ist, vgl. z.B. Böhle und Glaser 2006). Für den Bereich Krankenpflege vermuten andere Autor/innen, dass Leiharbeit teilweise gut funktionieren kann, sofern Einsatzort und Qualifikation stimmen (Bräutigam 2010, S.31).

7 Einkommen

Hinsichtlich der Löhne, die in Pflegeberufen verdient werden, wird von ver.di und vielen anderen Akteuren immer wieder auf die hohen Verbreitung von Niedriglöhnen (insbesondere, aber nicht nur in der Altenpflege) verwiesen. Zurzeit liegt einer der Schwerpunkte von ver.di in dem Konfliktfeld Diakonie. Im Rahmen der Kämpfe um ein Streikrecht in kirchlichen

Einrichtungen wird u.a. auch der Unterschied zwischen Lohnhöhen in diakonischen und anderen Einrichtungen regelmäßig thematisiert. Bis zum Jahr 2003 waren alle Vertragsordnungen der Diakonie und der Kirchen auf den BAT der Einrichtungen des öffentlichen Dienstes bezogen. Jetzt gilt dieser Bezug nur noch für ca. 400.000 der 1,3 Mill. Beschäftigten, die in Kirchen und ihrer Wohlfahrtsverbände Diakonie und Caritas beschäftigt sind (Lührs 2010, S.185). Wie die zusammenfassende Darstellung von Anna Stefaniak⁶ deutlich macht, kann ein Vergleich von Löhnen in diakonischen und anderen Einrichtungen immer nur exemplarisch erfolgen, da in den diakonischen Einrichtungen in Deutschland diverse Vertragsrichtlinien⁷ gültig sind, die aus vielen detaillierten Einzelregelungen bestehen und die daher immer nur exemplarisch verglichen werden können. Auch außerhalb diakonischer Einrichtungen ist die Tarifsituationen im Bereich Altenpflege unübersichtlich. So gehören im Bereich stationärer Altenpflege beispielsweise nur noch fünf Prozent aller Einrichtungen zu öffentlichen Trägern und nur ein sehr kleiner Teil der übrigen orientiert sich am TVöD.

Den exemplarischen Vergleichsrechnungen von Anna Stefaniak wäre für die Diskussionen auf diesem Fachtag, in dem es um Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen geht, noch eine wichtige Information hinzuzufügen: In dem kirchlichen Regelwerk, das sie beispielhaft heranzieht (d.h. den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland, kurz AVR DW EKD), sind die Tarife für Beschäftigte in Ostdeutschland in der Regel zehn Prozent niedriger als die Westtarife, auf die Stefaniak sich bezieht.

Nun sagt dieser vertraglich festgelegte Tarifvergleich noch relativ wenig darüber aus, wie hoch die tatsächlich bezahlten Löhne sind. Daher werfe ich hier einen kurzen Blick auf statistische Erhebungen. Allgemeine Angaben zu der durchschnittlichen Höhe der tatsächlich gezahlten Löhne in verschiedenen Berufen finden sich beim Statistischen Bundesamt. Diese haben allerdings eine eingeschränkte Aussagekraft für die tatsächlichen Zustände im Pflegebereich. Hierin wird nämlich die Einkommenssituation von Krankenpfleger/innen mit denen der Hebammen zusammengerechnet, Angaben zu Altenpfleger/innen mit den Löhnen für sozialpädagogische Arbeit. Laut dieser Berechnungen betrug der Bruttoverdienst 2006 für Krankenpflegerinnen/Hebammen 2490 (Ost) bzw. 2784 Euro (West). Altenpflegerinnen/Sozialpädagoginnen verdienten im Durchschnitt 1966 Euro (Ost) bzw. 2509 Euro (West) (Stat. Bundesamt 2009b). Der Verdienstunterschied zwischen Männern und Frauen lag dabei etwa bei zwölf Prozent. Zu beachten ist, dass diese Statistik ausschließlich die Löhne von Vollzeitkräften erhoben hat. Teilzeitkräfte verdienen im Durchschnitt (berechnet für die gleiche Arbeitszeit) deutlich weniger. Im Bereich der gesamten Gesundheitsberufe lag dieser Verdienstunterschied zwischen Vollzeit- und Teilzeitkräften 2008 bei 16 Prozent (Stat. Bundesamt 2009a, S.13).

Zu etwas anderen Zahlen kommt der DGB-Index Gute Arbeit 2008. Dessen Aussagekraft ist zwar insofern begrenzt, als sich daran nur eine sehr kleine Menge von Beschäftigten beteiligt hat. Gleichwohl ist er eine weitere Bestätigung der Tendenz zum Niedriglohn in der Altenpflege. Er ist zudem die einzige Erhebung, die die Verdienststruktur für verschiedene Beschäftigtengruppen erhoben hat. Hier verdienen knapp 50 Prozent der befragten Altenpflegekräfte, die Vollzeit tätig sind, trotz dieser Vollzeittätigkeit weniger als 1500 Euro brutto. Bei den Teilzeitbeschäftigten trifft dies auf 78 Prozent der Befragten zu (ver.di 2009, S.11).

⁶ Vgl. ihren Text auf www.streikrecht-ist-grundrecht.de

⁷ Ausgehandelt bzw. festgelegt werden sie in 18 regional gebildeten Arbeitsrechtlichen Kommissionen.

8 Schlussbetrachtung

Was folgt nun aus diesen Erkenntnissen über prekäre Verhältnisse im Gesundheitsbereich? Die wesentliche Antwort auf diese Frage wurde zwar schon von vielen politischen und betrieblichen Akteuren formuliert, ich will sie aber dennoch hier wiederholen: Es braucht mehr Personal und eine bessere Ausstattung von Pflegearbeit mit Ressourcen aller Art. Ich wiederhole diese oft gehörte Forderung hier aus gutem Grund. Denn wenn man sie nicht mehr erwähnt, weil ihre Erfüllung kurzfristig unmöglich erscheint, stärkt man solche Positionen, die mögliche Verbesserungen in der Pflege lediglich als Frage eines besseren Einrichtungsmanagements oder einer höheren Motivation der Beschäftigten diskutieren. Dem gilt es immer wieder konsequent entgegenzuhalten: Es braucht mehr Personal, das gut bezahlt wird!

Nun wissen wir alle, dass dies nicht schnell zu erreichen ist. Zudem wird es auch nur dann erreicht werden, wenn sich sehr viele Menschen öffentlich sichtbar und unüberhörbar für eine solche gesellschaftliche Veränderung einsetzen. An einer solchen politischen Veränderung müssen letztlich auch Pflegekräfte selbst mitwirken – denn sie wissen am besten, was für gute Pflege nötig ist und welche Auswirkungen der jetzige Mangel tatsächlich hat. Die Frage ist also, wie es dazu kommen kann, dass Pflegekräfte sich verstärkt in die Frage einbringen, wie Pflegearbeit zukünftig gestaltet sein soll. Natürlich geht es dabei um politische Entscheidungen, aber gleichzeitig geht es auch darum, sich verstärkt auf alltäglicher und betrieblicher Ebene einzubringen, und auch hier deutlich zu machen: So wie bisher kann es nicht weitergehen.

Mir ist es deshalb wichtig, auch über die grundlegende Forderung nach mehr Personal hinaus notwendige Veränderungsperspektiven deutlich zu machen. Zentraler Ausgangspunkt ist hierzu meines Erachtens die Frage nach der geringen Wertschätzung, die ich oben erläuterte. Diese geringe Wertschätzung drückt sich nicht nur auf der Ebene der niedrigen Löhne aus und kann deshalb auch nicht nur auf dieser Ebene behoben werden (auch wenn sie wichtig ist). Mehr Wertschätzung würde auch bedeuten, dass Beschäftigte in die Frage der Gestaltung ihrer Arbeit und ihrer Arbeitsbedingungen aktiv einbezogen sind, dass ihr Fachwissen, ihre Erfahrungen und ihr Engagement dabei ernstgenommen werden. Dies kann z.B. durch gemeinsame Reflexionen und Festlegungen dazu passieren, was als gute Pflege verstanden wird, welche Qualitäten im Pflegealltag wichtig sind und welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit diese Vorstellungen umgesetzt werden können. Es geht nicht zuletzt auch darum, die Selbstwertschätzung der Beschäftigten zu stärken und sie darin zu unterstützen, die Kompetenz zu entwickeln, gestaltend in die Bedingungen, unter denen sie arbeiten, einzugreifen. Von Seiten der Vorgesetzten und der Einrichtungsträger kann dies in der täglichen Interaktion jederzeit gefördert werden. Notwendig ist dafür aber auch ein Selbstverständnis der Beschäftigten, in dem sie ihre Vorstellungen von guter Pflege, aber auch ihre eigenen Grenzen wahr- und ernstnehmen und ihre Anliegen ggf. auch im Konflikt vertreten.

Dieses Ernstnehmen von Ideen, Wünschen und Kompetenzen der Beschäftigten ist auch für Mitarbeitervertretungen und Betriebsräte eine wichtige Aufgabe. Es braucht auf allen Ebenen (also sowohl bei betrieblichen Gestaltungsprozessen als auch bei politischen Interventionen) Austauschmöglichkeiten, damit sich die Einzelnen selber über die Probleme und Widersprüche ihres eigenen Alltags bewusst werden und gemeinsam nach Alternativen suchen. Betriebliche Akteure haben die Aufgabe, solche Austauschprozesse zu initiieren und dort Ideen und Ansätze zum kollektiven Handeln hineinzutragen. Es braucht darin Leute mit Erfahrung oder Wissen über mögliche Formen gemeinsamen Engagements, durch das konkrete Verbesserungen im Pflegealltag erreicht werden könnten. Die Haltung, dass die Dinge ohnehin so sind, wie sie sind, und nicht verändert werden können, lässt sich nur dann überwinden, wenn Beschäftigte erfahren, dass ihr Handeln konkrete Konsequenzen haben kann. Dafür können auch schon relativ kleine Verbesserungen, für die man sich erfolgreich

einsetzt, eine große Bedeutung haben, weil sie das Selbstbewusstsein stärken. Ebenso wichtig sind Lernprozesse darüber, wie sich andere in der gleichen Situation verhalten und (vielleicht erfolgreich) für die eigenen Interessen und Vorstellungen eingesetzt haben.

Literatur

- Arbeitsgruppe "Wertschätzung in der Pflege" (2011): Memorandum "Den Wert von Pflegearbeit schätzen". im Rahmen des Förderschwerpunkts "Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und die EU. Online verfügbar unter http://servprof.de/sites/servprof.de/files/Memorandum_2-Seiter.pdf
- Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hg.) (2006): Arbeit in der Interaktion-Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Bräutigam (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Hans-Böckler-Stiftung (Arbeitspapier, 215)
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hg.) (2011): Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2010. Stuttgart. Online verfügbar unter www.diakonie.de/Texte_10_2011-Einrichtungsstatistik.pdf
- Kumbruck, Christel (2009): Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit - eine qualitative Studie zur kirchlichen Pflegearbeit. In: Arbeit: Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik 18 (1), S. 63–75
- Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit - Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 2. Münster, Westf: LIT.
- 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: Nomos.
- Pfaff, Heiko (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse,templateId=renderPrint.psml
- Puch, Katharina (2009): Frauendomäne Teilzeitarbeit - Wunsch oder Notlösung? Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Online verfügbar unter www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/STATmagazin/2009/Arbeitsmarkt2009__04,templateId=renderPrint.psml__nnn=true
- Schweiger, Petra (2011): Wir haben zwar Geduld, aber keine Zeit. Eine Ethnografie subjektiver Alltagsstile in der ökonomisierten Altenpflege. München: Utz.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie (2), S. 221–243
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009a): Verdienste und Arbeitskosten 2008. Wiesbaden. Online verfügbar unter www.destatis.de
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009b): Verdienste und Arbeitskosten. Verdienststrukturerhebung 2006 - Verdienste nach Berufen -. Wiesbaden. Online verfügbar unter www.destatis.de
- Stefaniak, Anna (2011): Kirchliche Arbeitgeber - angekommen in der Normalität von Markt und Wettbewerb. Informationspapier für Politik und Presse. ver.di. Berlin. Online verfügbar unter www.streikrecht-ist-grundrecht.de/sites/streikrecht-ist-grundrecht.de/files/material/Stefaniak-Infopapier-Kirchliches-Arbeitsrecht.pdf

ver.di (Hg.) (2009): Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen. Ergebnisüberblick DGB-Index Gute Arbeit 2007/08. Online verfügbar unter http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung_volltext.php?id=49d5ce44bfd30&akt=branchen&si=4ed0bba708ff4&lang=1&view=&source=suche.