

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Pflege

Diana Auth
POLITIKFELD „PFLEGE“

Thomas Noetzel
GRUNDRECHT AUF PFLEGE?

Marie-Kristin Döbler
MEHR ALS NUR PFLEGE.
CARE IN ALTEN(PFLEGE)HEIMEN

Nicola Döring
SEXUALITÄT IN DER
PFLEGE: ZWISCHEN TABU,
GRENZÜBERSCHREITUNG
UND LEBENSLUST

Michaela Evans · Christine Ludwig
„DIENSTLEISTUNGSSYSTEM
ALTENHILFE“ IM UMBRUCH

Verena Rossow · Simone Leiber
ENTWICKLUNGEN
AUF DEM MARKT
FÜR „24-STUNDEN-PFLEGE“

Lena Schürmann
FÜRSORGE AUS
MARKTKALKÜL?

Ulrike Ehrlich
FAMILIÄRE PFLEGE
UND ERWERBSARBEIT

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Pflege

APuZ 33–34/2019

DIANA AUTH
POLITIKFELD „PFLEGE“

Vor 25 Jahren wurde das Pflegeversicherungsge-
setz verabschiedet und Pflege von einer Privat-
angelegenheit zu einer gesamtgesellschaftlichen
Aufgabe. Der demografische Wandel gepaart mit
dem sinkenden häuslichen Pflegepotenzial stellt
das Politikfeld vor große Herausforderungen.

Seite 04–11

THOMAS NOETZEL
GRUNDRECHT AUF PFLEGE?

Ein Grundrecht auf Pflege bedeutet, Pflegebe-
dürftige als autonome Personen zu ihrem Recht
auf Selbstbestimmung kommen zu lassen. Seine
Begründung findet ein solches Grundrecht
in der Rechtsphilosophie Hegels und seinen
Überlegungen zur „Person“.

Seite 12–17

MARIE-KRISTIN DÖBLER
MEHR ALS NUR PFLEGE.
CARE IN ALTEN(PFLEGE)HEIMEN

Über die Grund- und Behandlungspflege hinaus
erwarten und brauchen HeimbewohnerInnen
mehr, um „gut aufgehoben“ zu sein. Welche
Care-Leistungen sind das, und in welchem
Verhältnis steht das zu der Care, die das Heim-
personal leisten kann und will?

Seite 18–23

NICOLA DÖRING
SEXUALITÄT IN DER PFLEGE: ZWISCHEN TABU,
GRENZÜBERSCHREITUNG UND LEBENSLUST

Aus menschenrechtlicher Perspektive genießen
alle Menschen dieselben sexuellen Schutz- und
Freiheitsrechte – auch Menschen mit Pflegebe-
darf. Sexualität in der Pflege galt lange als Tabu,
erfährt aber mittlerweile breitere Beachtung in
Theorie und Praxis.

Seite 24–30

MICHAELA EVANS · CHRISTINE LUDWIG
„DIENSTLEISTUNGSSYSTEM ALTENHILFE“
IM UMBRUCH

Der Beitrag reflektiert arbeitspolitische Span-
nungsfelder und Gestaltungsherausforderungen
des Dienstleistungssystems Altenhilfe im
Umbruch. Es werden Treiber aufgezeigt und
Anforderungen an einen integrierten arbeitspoli-
tischen Gestaltungspfad skizziert.

Seite 31–36

VERENA ROSSOW · SIMONE LEIBER
ENTWICKLUNGEN AUF DEM MARKT
FÜR „24-STUNDEN-PFLEGE“

Der Markt für Live-in-Pflege- und Betreuungskräf-
te aus Mittel- und Osteuropa – auch als „24-Stun-
den-Pflege“ bekannt – hat sich ausgeweitet und zu
einem gewissen Grad formalisiert. Es ist zudem ein
neues Geschäftsfeld für private Vermittlungs- und
Entsendeunternehmen entstanden.

Seite 37–42

LENA SCHÜRMANN
FÜRSORGE AUS MARKTKALKÜL?

In vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheits-
wesens hat die Einführung wettbewerblicher
Strukturen umfassende Veränderungen hervor-
gebracht, auch in der ambulanten Pflege. Formen
vorrangig ökonomische Kalküle das Handeln?
Oder steht das Patient*innenwohl im Zentrum?

Seite 43–48

ULRIKE EHRLICH
FAMILIÄRE PFLEGE UND ERWERBSARBEIT

Männer im erwerbsfähigen Alter haben ihr
Engagement in der familiären Pflege erhöht. Frauen
im erwerbsfähigen Alter übernehmen aber noch
immer häufiger Hilfe- oder Pflegetätigkeiten,
leisten diese auch im höheren Zeitumfang und sind
dazu im geringeren Umfang erwerbstätig.

Seite 49–54

EDITORIAL

„Wohin mit Oma?“, fragte „Der Spiegel“ auf einem Titel vor fast 15 Jahren und adressierte damit die Debatte um einen „Pflege-Notstand in Deutschland“. Diese ist auch zurzeit virulent. Das liegt am erheblich gestiegenen Problemdruck in der Altenhilfe und -pflege und an den vielen Stimmen aus dem häuslichen, ambulanten wie (teil-)stationären Pflegebereich, die auf gravierenden Personal- und Zeitmangel sowie andere Missstände aufmerksam machen. Auch die Regierungskoalition hat den Handlungsbedarf anerkannt und unter anderem die „Konzertierte Aktion Pflege“ ins Leben gerufen, deren Ergebnisse im Juni 2019 von den beteiligten Bundesministern Jens Spahn (CDU), Franziska Giffey und Hubertus Heil (beide SPD) vorgestellt wurden.

Wohin will Oma? Eine Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse im April 2018 ergab, dass 83 Prozent der Befragten auch bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung bleiben wollen; 59 Prozent können sich eine Gemeinschaft mit anderen Älteren vorstellen und 37 Prozent die Unterbringung in einem Pflegeheim. Gleichzeitig möchten 83 Prozent bei Bedarf von professionellen Pflegekräften versorgt werden; für 62 Prozent käme Pflege von nahen Angehörigen infrage, 28 Prozent bejahten dies mit Blick auf den Freundes- oder Bekanntenkreis.

Wohin kann Oma? Sozialrechtlich gesehen, ist der häuslichen Pflege durch Angehörige und Nachbarn der Vorrang zu geben. Wie lässt sich das mit dem Wunsch nach professioneller Pflege, womöglich rund um die Uhr, verbinden? Wer von den Angehörigen soll pflegen, wenn gleichzeitig erwünscht und immer häufiger erforderlich ist, dass alle Erwachsenen einer (vollzeitnahen) Erwerbstätigkeit nachgehen? Und woher sollen all die professionell Pflegenden kommen? Wie lässt sich der (Alten-)Pflegeberuf aufwerten? Und wer zahlt den Preis dafür? Diese und andere Fragen werden sowohl in dieser Ausgabe, die auf unseren diesjährigen „Call for Papers“ zurückgeht, als auch in einer „APuZ-Edition“ diskutiert, die Ende 2019 mit weiteren Beiträgen erscheinen wird.

Anne Seibring

POLITIKFELD „PFLEGE“

Diana Auth

Vor 25 Jahren wurde das Pflegeversicherungsgesetz verabschiedet – ein guter Zeitpunkt, um Bilanz zu ziehen. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war traditionell und im Sinne des Subsidiaritätsprinzips die Familie (oder das soziale Nahumfeld) für die Altenpflege zuständig. Seitdem ist „[d]ie pflegerische Versorgung der Bevölkerung (...) eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI). Doch die Erfüllung dieser Aufgabe bereitet heute immer mehr Schwierigkeiten, die zum einen mit soziodemografischen und -kulturellen Veränderungen, wie dem demografischen Wandel, der Pluralisierung von Familienformen und dem Wandel von Geschlechternormen, zu tun haben. Es sind aber zum anderen auch die politökonomisch bedingten Konstruktionsprinzipien und Strukturmerkmale der Pflegeversicherung selbst, beispielsweise die Beschränkung auf eine Grundversorgung oder die Wettbewerbsorientierung, die Reformen notwendig machen, um in Zukunft (mehr) Pflegedürftige angemessen versorgen zu können und gleichzeitig den Pflegenden, egal ob beruflich oder familiär, würdige Arbeits- beziehungsweise Pflegebedingungen und (materielle) Anerkennung zukommen zu lassen.

RÜCKBLICK: DIE KOLLEKTIVE ABSICHERUNG DES PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSRISIKOS

Mitte der 1990er Jahre wurde nach gut 20-jähriger Diskussion die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland eingeführt. Zuvor galt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, als private Angelegenheit. Auf die politische Agenda geriet das Politikfeld „Pflege“ aus mehreren Gründen: *erstens* infolge der Überlastung der Kommunen durch enorme pflegebedingte Sozialhilfeausgaben, *zweitens* – damit zusammenhängend – durch die Degradierung der hochbetagten, meist weiblichen stationär versorgten Pflegebedürftigen zu Sozialhilfe- und damit „Taschengeld“-Empfängerinnen, *drittens* aufgrund der quantitativen und

qualitativen Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich und *viertens* durch die Überforderung und dadurch sinkende (Aufopferungs-)Bereitschaft der meist weiblichen häuslich Pflegenden. Infolge dieses sozialpolitischen Problemdrucks wurden mehrere Alternativen diskutiert, wie eine private Absicherung, eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung oder eine Versicherungslösung – wobei Finanzierungsfragen im Kontext der herrschenden marktliberalen Wohlfahrtsstaatspolitik dabei immer eine wichtige Rolle spielten.

Bundesarbeits- und -sozialminister Norbert Blüm (CDU) trat Anfang der 1990er Jahre für eine eigenständige Pflegeversicherung ein, musste aber sowohl an die FDP als Koalitionspartner Zugeständnisse machen (soziale *und* private Pflegeversicherung, Kompensation des Arbeitgeberbeitrags durch Streichung eines Feiertags, Beitragssatzstabilität durch das Budgetprinzip) als auch an die im Bundesrat dominierende SPD (Verzicht auf eine in die Tarifautonomie eingreifende Karenztageregelung, Gewährung höherer Pflegeleistungen).⁰¹

STRUKTURPRINZIPIEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Im beschriebenen Spannungsfeld zwischen sozial(politisch)en Versorgungsnotwendigkeiten und ökonomischen Restriktionen ist eine umlagefinanzierte Sozialversicherung entstanden, in der alle – also nicht nur abhängig Beschäftigte, sondern auch Beamt/innen und Selbstständige – im sozialen oder im privaten Zweig pflichtversichert sind. Im Unterschied zur Krankenversicherung erhalten alle die gleichen pflegerischen Leistungen, die allerdings aus Gründen der Beitragssatzstabilität und Kostenbegrenzung auf das Niveau einer pflegerischen Grundversorgung beschränkt wurden. Zudem wurde das Feld ökonomisiert und ein Pflegemarkt etabliert, auf dem die bis dahin dominierenden freigemeinnützigen Träger nun mit den neu hinzukommenden privaten Anbietern konkurrieren müssen. Des Weiteren

ren werden seitdem alle privaten und freigemeinnützigen Träger von den Pflegekassen zugelassen, sofern sie die gesetzlichen Anforderungen erfüllen. Zu Beginn wurde zwischen drei Pflegestufen unterschieden. Seit 2017 sind diese durch das System der Pflegegrade ersetzt worden. Die Pflegebedürftigen (und ihre Angehörigen) können nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zwischen Pflegegeld (zwischen 125 und 901 Euro), Pflegesachleistungen (zwischen 689 und 1995 Euro) und stationärer Pflege (zwischen 125 und 2005 Euro) wählen. Auch die Kombination von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen ist möglich. Das Pflegegeld wird an die pflegebedürftige Person ausgezahlt, die es an die pflegende(n) Person(en) weiterleitet. Diese sind über die Pflegeversicherung renten- und unfallversichert. Zudem können Leistungen für Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Des Weiteren wurde der Grundsatz des Vorrangs der häuslich-ambulanten Pflege gesetzlich verankert. Die Pflegeleistungen haben nur ergänzenden Charakter und sollen die familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Pflege unterstützen. Auch die Pflegeberatung und Pflegekurse sowie Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes fallen in den Anspruchs- und Leistungskatalog der Pflegeversicherung.

Finanziert wird die Pflegeversicherung paritätisch durch Beiträge der Beschäftigten und der Arbeitgeber, wobei die Kosten de facto alleine von den Beschäftigten getragen werden, da ein Feiertag (der Buß- und Betttag) zur Kompensation der Arbeitgeberbeiträge gestrichen wurde. Der Beitragssatz betrug zu Beginn 1,7 Prozent; aktuell liegt er bei 3,05 beziehungsweise 3,3 Prozent für Kinderlose.⁰²

01 Vgl. Diana Auth, *Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland*, Münster 2017, S. 278 ff.; Stephan Lessenich, *Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell*, Frankfurt/M.–New York 2003, S. 218 ff.; Jörg Alexander Meyer, *Der Weg zur Pflegeversicherung. Positionen, Akteure, Politikprozesse*, Frankfurt/M. 1996; Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern 2006², S. 321 f.

02 Die höheren Beiträge für Kinderlose sind die politische Antwort auf ein Bundesverfassungsgerichtsurteil. Vgl. Gerhard Naegele, *20 Jahre Verabschiedung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht*, 2014, S. 17, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/10541.pdf>.

2018 waren 82 Millionen Menschen pflegeversichert, davon knapp 73 Millionen in der sozialen und 9 Millionen in der privaten Pflegeversicherung. Die Einnahmen und die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung haben sich seit 2003 mehr als verdoppelt und liegen aktuell (2018) bei etwa 38 Milliarden Euro (Einnahmen) beziehungsweise 39 Milliarden Euro (Ausgaben). Zwischen 2008 und 2016 gab es einen Einnahmeüberschuss, in den vergangenen beiden Jahren war der Saldo dagegen negativ. Der Mittelbestand lag Ende 2018 bei knapp 3,4 Milliarden Euro.⁰³

REGULIERUNG DES POLITIKFELDES „PFLEGE“

Der gesetzliche Rahmen der Pflegeversicherung wird auf Bundesebene festgelegt. Für pflegepolitische Reformen ist das Bundesgesundheitsministerium federführend zuständig. Für den Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann die Zuständigkeit aber auch an das Bundesfamilienministerium fallen, und für den Bereich der Festlegung von Mindestlöhnen in der Pflege ist das Bundesarbeitsministerium zuständig.

Die Bundesländer, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegekassen sollen eng zusammenwirken, „um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI). In diesem Kontext sind die Bundesländer für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur inklusive der Investitionskosten im stationären und ambulanten Bereich zuständig. Die Kommunen haben sich dagegen seit Einführung der Pflegeversicherung vielfach aus ihrer Verantwortung für die pflegerische Versorgung zurückgezogen, auch wenn die Leistungserbringung weiterhin auf der kommunalen Ebene erfolgt.⁰⁴

Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Pflegekassen, denen im Rahmen der Pflegeversicherung eine wichtige Machtposition zu-

03 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*, 21. 6. 2019, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-und-Fakten-zur-Pflegeversicherung_2019.pdf.

04 Vgl. Naegele (Anm. 2), S. 43.

kommt. Um ein bedarfsdeckendes, wirksames und wirtschaftliches pflegerisches Angebot sicherzustellen, schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge mit den Anbietern pflegerischer Dienstleistungen ab. Ein weiteres Element dieser korporatistischen Steuerung sind die Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen, im Rahmen derer die Pflegekassen sowie weitere Kostenträger mit den Pflegeeinrichtungen auf individueller, unter Umständen auch auf regionaler oder auf Landesebene die Vergütungen für die pflegerischen Leistungen verhandeln. Beaufsichtigt werden die Pflegekassen vom Bundesgesundheitsministerium, dem Bundesversicherungsamt und den Gesundheitsministerien der Bundesländer.⁰⁵

PFLEGEPOLITIK: WICHTIGE PFLEGEREFORMEN

Bereits kurz nach der Einführung der Pflegeversicherung wurden Reformbedarfe sichtbar, die beispielsweise die Qualitätssicherung, die Pflegeberatung oder den Pflegebedürftigkeitsbegriff betrafen. Einige der wichtigsten pflegepolitischen Reformen werden im Folgenden exemplarisch dargestellt.

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

2008 wurde im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes unter Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) eine Pflegezeit eingeführt. Seitdem besitzen erwerbstätige Pflegende in Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten einen Rechtsanspruch auf eine bis zu sechsmonatige Erwerbsunterbrechung oder Arbeitszeitverkürzung. Lohnersatzleistungen werden in dieser Zeit nicht gezahlt. Seit 2015 besteht die Möglichkeit, in den ersten zehn Tagen, die als „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ der Bewältigung der akuten Pflegesituation dienen, ein Pflegeunterstützungsgeld aus den Mitteln der Pflegeversicherung zu beziehen. 2016 haben gerade einmal 2 Prozent der Anspruchsberechtigten die Pflegezeit genutzt. Der Anteil hat sich seit 2010 nicht erhöht. 40 Prozent der Anspruchsberechtigten kennen die Maßnahme überhaupt nicht. Im selben Jahr haben 8 Prozent aller Anspruchsberechtigten die kurzzeitige Arbeitsverhinderung in Anspruch genommen, aber nur die Hälfte davon hat das Unterstützungsgeld beantragt.⁰⁶

⁰⁵ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger (Anm. 1), S. 315ff.; Thomas Gerlinger/Michaela Röber, *Die Pflegeversicherung*, Bern 2009.

2012 wurde unter Bundesfamilienministerin Schröder (CDU) die Familienpflegezeit eingeführt. Danach können pflegende Beschäftigte ihre Arbeitszeit für bis zu zwei Jahre reduzieren. Zu Beginn erhielten sie einen Lohnvorschuss durch den Arbeitgeber, dazu mussten sie sich durch eine Familienpflegezeitversicherung gegen Erwerbsausfälle absichern. Seit 2015 wird der Vorschuss aus staatlichen Mitteln vorfinanziert. In der „Pflegephase“ arbeiten die pflegenden Angehörigen Teilzeit (mindestens 15 Wochenstunden) und erhalten als zinsloses Darlehen die Hälfte des Nettogehalts, das durch die Arbeitszeitreduzierung fehlt. In der „Nachpflegephase“ arbeiten die Beschäftigten wieder Vollzeit und müssen den Kredit in Raten zurückzahlen. Seit 2015 besteht auch ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten. Auch von der Familienpflegezeit wird kaum Gebrauch gemacht. Von allen erwerbstätigen Angehörigen nahmen 2016 knapp 2 Prozent die Familienpflegezeit in Anspruch. Viele halten sie für nicht notwendig.⁰⁷

Insgesamt lässt sich aufgrund der geringen Inanspruchnahme schlussfolgern, dass die beiden Maßnahmen wenig zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beitragen.

Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Bei der Einführung der Pflegeversicherung galt jemand als pflegebedürftig, der Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, wie Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung, aufwies. Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit wurde zwischen drei Pflegestufen unterschieden. Dieser stark verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde von Beginn an kritisiert, da weder die Bereiche Kommunikation und soziale Teilhabe noch Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe, die insbesondere bei Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen wichtig sind, be-

⁰⁶ Vgl. Ulrich Schneekloth et al., *Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)* im Auftrag des BMG, München 2017, S. 65ff.

⁰⁷ Vgl. ebd., S. 69f.

rücksichtigt wurden. In der Folge wurden in allen Pflegereformen die Leistungen für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, ohne die demenziell Erkrankten jedoch strukturell in die Pflegebedürftigkeitsdefinition aufzunehmen. Dies geschah erst 2017 im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II. Nachdem zwei Pflegekommissionen getagt und ihre Ergebnisse vorgetragen hatten, ließen die Große Koalition (2005–2009) und die konservativ-liberale Koalition (2009–2013) die politische Entscheidung, mehr Geld in die Absicherung der Pflege zu investieren oder die Leistungen zu kürzen, unbeantwortet.⁰⁸ Erst die Große Koalition mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) traf die Entscheidung zugunsten der demenziell Erkrankten und setzte das lang geplante und in Modellprojekten vorbereitete Vorhaben um. Die Verschleppung der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeigt deutlich, wie abhängig die Pflegeversicherung von politischen Mehrheiten und der Haushaltslage ist.

Anfang 2017 wurden die Pflegestufen durch das System der Pflegegrade ersetzt, in dem nun die selbstständige Alltagsbewältigung im Mittelpunkt der Einstufung steht. Auf diese Weise werden nun auch Betreuungsbedarfe sowie geistige und psychische Beeinträchtigungen erfasst und mit abgesichert. Die Reform ist mit zusätzlichen Ausgaben verbunden, da keine Pflegebedürftigen schlechter gestellt werden sollen.

Erhöhung der Pflegeleistungen

Die Pflegeversicherungsleistungen haben seit Bestehen zu erheblichen Kaufkraftverlusten geführt. Da es keine automatischen Anpassungen gab, sank der Wert der Pflegeleistungen von Jahr zu Jahr – abgesehen von den (wenigen) Jahren, in denen die Pflegeleistungen durch politischen Beschluss erhöht wurden (2008, 2010 und 2012). Die schleichende Entwertung der Pflegeleistungen hatte zur Folge, dass sich die Zahl der Bezieher/-innen von Hilfe zur Pflege seit 1999 wieder stetig erhöht hat.⁰⁹ Diese Entwicklung endete allerdings,

⁰⁸ Vgl. Naegele (Anm. 2), S. 31.

⁰⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Sozialhilfe. Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt im Laufe des Jahres im Zeitvergleich, 21. 6. 2019, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/hzp-r04-empfang-odl-geschl-ij-zv-ab1995.html.

als die Maßnahmen der Pflegestärkungsgesetze zu greifen begannen. In deren Rahmen wurde eine Prüfung der Anpassung der Pflegeleistungen an die Preisentwicklung vorgenommen, die nun alle drei Jahre erfolgen soll. Das bedeutet zum einen, dass seit 2017 mehr Menschen in den Genuss (erhöhter) Pflegeversicherungsleistungen kommen, vor allem demenziell erkrankte Menschen. Zum anderen haben Menschen, die keinem Pflegegrad zugeordnet werden (ehemalige „Pflegestufe 0“¹⁰), nun keinen Anspruch mehr auf Hilfe zur Pflege, sondern müssen über andere Sozialhilfeleistungen versorgt werden.¹¹ Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die bisherigen Dynamisierungsmaßnahmen die Kaufkraftverluste seit Einführung der Pflegeversicherung nicht ausgeglichen haben.¹²

ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN UND AKTUELLE PROGNOSEN

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit der Einführung der Pflegeversicherung stetig angestiegen.¹³ Waren 1999 gut 2 Millionen Menschen pflegebedürftig, so sind es 2017 bereits knapp 3,4 Millionen.¹⁴ Das entspricht einer Steigerung um etwa 70 Prozent. Zwischen 2015 und 2017 ist der Anteil der Pflegebedürftigen infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um knapp ein Fünftel angestiegen. Der starke Anstieg geht auf die Integration der demenziell Erkrankten

¹⁰ Pflegebedürftige ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

¹¹ Vgl. Arbeitsgruppe Fokusbericht, Fokusbericht: Leistungen nach dem 7. Kapitel SGBXII – Hilfe zur Pflege im Jahr 2017. Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze, Hamburg 2018, https://consens-info.de/images/veroeffentlichungen/sgb_XII/grossstaedte/2018-09-13_BM-GS_Bericht-HzP_Endfassung.pdf.

¹² Vgl. Rosenbrock/Gerlinger (Anm. 1), S. 328; Naegele (Anm. 2), S. 18.

¹³ Die Pflegestatistik wird seit 1999 alle zwei Jahre vom Statistischen Bundesamt erstellt, die jüngsten Daten stammen aus dem Jahr 2017.

¹⁴ Statistisches Bundesamt, Kurzbericht Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Bonn 2011; dass., Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2017. Anmerkung: Aufgrund einer Ermittlungsänderung bei der Erfassung der Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2009 ist eine Vergleichbarkeit der Daten nur eingeschränkt möglich. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist ab 2009 etwas niedriger (ca. 1 Prozentpunkt), weil Doppelzählungen im Bereich der teilstationär Versorgten stärker vermieden wurden. Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2011, S. 27.

zurück, die zum Teil vorher auch schon Leistungen der „Pflegestufe 0“ erhalten hatten. Infolge der längeren Lebenserwartung sind etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen weiblich.

Aufgrund des demografischen Wandels wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen, darin sind sich alle Prognosen einig.¹⁵ Nach einer Prognose des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW), in die die Umstellung auf Pflegegrade noch nicht eingerechnet wurde, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2035 auf über 4 Millionen, wenn man von einem gleichbleibenden Gesundheitszustand ausgeht. Damit würde die Zahl der Pflegebedürftigen in 20 Jahren um ein Drittel zunehmen. Von dieser Entwicklung sind insbesondere die ostdeutschen Bundesländer betroffen, die einen höheren Anteil älterer Menschen aufweisen.¹⁶ Das Bundesgesundheitsministerium geht auf der Basis der Geschäftsstatistik der Pflegekassen und unter der Annahme konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeiten aktuell davon aus, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf 4,6 und bis 2060 auf 5,9 Millionen erhöhen wird.¹⁷

WANDEL VON VERSORGUNGSARRANGEMENTS

Ein Blick auf die Haushaltsformen der Pflegebedürftigen zeigt, dass sich ein Trend zum Alleinleben abzeichnet: Während der Anteil der alleinlebenden Pflegebedürftigen – viele davon verwitwet – von 22 Prozent im Jahr 1998 auf 34 Prozent im Jahr 2016 angestiegen ist, so ist fast spiegelbildlich der Anteil der Verwitweteten, die mit ihren Angehörigen in einem Haushalt wohnen, gesunken (von 28 auf 17 Prozent). Im selben Zeitraum wohnten konstant 28 Prozent der Pflegebedürftigen mit ihrem (Ehe-)Partner oder ihrer (Ehe-)Partnerin im selben Haushalt.¹⁸

Neben Haushaltsveränderungen seitens der Pflegebedürftigen zeichnet sich zudem ein soziodemografischer Wandel bei den häuslich Pflegenden ab. Aufgrund des Anstiegs der Frauenerwerbstätigkeit und der zunehmenden Mobilität

nimmt das sogenannte häusliche Pflegepotenzial ab. Dennoch wird auch heute noch der größte Teil der Pflegebedürftigen (52 Prozent) zuhause ausschließlich durch Angehörige versorgt.¹⁹ Auch 1999 wurde gut die Hälfte der Pflegebedürftigen zuhause allein durch Angehörige versorgt. Der Anteil sank bis 2009 auf 46 Prozent; seitdem steigt er wieder an.²⁰

Ein genauerer Blick auf die häuslichen Hauptpflegepersonen ergibt, dass gut ein Drittel der Pflegebedürftigen von ihren Partner/innen gepflegt wird. Der Anteil ist seit 1998 relativ konstant. Gut ein Zehntel der Pflegebedürftigen wurde 2016 von ihren Söhnen, gut ein Viertel von ihren Töchtern gepflegt, wobei sich der Anteil der pflegenden Söhne von 1998 bis 2010 verdoppelt hat und seitdem stagniert. Demgegenüber ist der Anteil der pflegenden Töchter bis 2010 um 3 Prozentpunkte zurückgegangen und danach ebenfalls konstant geblieben.²¹ Auch wenn nach wie vor der größte Teil der häuslich Pflegenden weiblich ist, pflegen Männer heute deutlich häufiger: Der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen ist seit 1998 um 11 Prozentpunkte von 20 auf 31 Prozent im Jahr 2016 angestiegen.²²

Diese Entwicklung geht einher mit dem Trend zur Parallelität von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege. Waren im Jahr 1998 noch 64 Prozent der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter nicht erwerbstätig, sinkt der Anteil seitdem kontinuierlich. 2016 waren es schon nur noch 35 Prozent. Von allen Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter arbeiteten 2016 28 Prozent in Vollzeit und 36 Prozent in Teilzeit- oder geringfügiger Beschäftigung. Differenziert nach Geschlecht zeigt sich ein etwas höherer Anteil an Männern beziehungsweise Söhnen, die Pflegeaufgaben mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren.

¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2017 (Anm. 14); eigene Berechnungen.

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen. Anmerkung: Der Anstieg des Anteils der „allein durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen“ wird in der Pflegestatistik etwas zu hoch ausgewiesen. Die Vergleichbarkeit der Daten ist nur eingeschränkt möglich. Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2013, S. 27; siehe auch Heinz Rothgang et al., Barmer Pflegereport 2012, Berlin 2012, S. 80 ff.

²¹ Vgl. Schneekloth et al. (Anm. 6), S. 56.

²² Vgl. ebd., S. 57. Diese Entwicklung lässt sich auch mit den Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigen. Vgl. Rothgang et al. (Anm. 20), S. 82.

¹⁵ Vgl. Heinz Rothgang/Rolf Müller/Rainer Unger, Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?, Gütersloh 2012; BMG (Anm. 3); Susanna Kochskämper, Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern. Eine Simulation bis 2035, IW-Report 33/2018; Gerlinger/Röber (Anm. 5).

¹⁶ Vgl. Kochskämper (Anm. 15), S. 14 ff.

¹⁷ Vgl. BMG (Anm. 3), S. 15, ohne private Pflegeversicherung.

¹⁸ Vgl. Schneekloth et al. (Anm. 6), S. 56.

Dabei arbeitet die Hälfte der pflegenden Männer im erwerbsfähigen Alter Vollzeit, bei den Frauen ist es nur ein Fünftel.²³

Mehr pflegende Männer beziehungsweise Söhne und mehr erwerbstätige Pflegende erklären, warum der Anteil der Pflegebedürftigen, die Unterstützung durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, kontinuierlich angestiegen ist und zwar von 21 Prozent im Jahr 1999 auf 24 Prozent im Jahr 2017. Demgegenüber ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen von 28 Prozent (1999) zunächst bis auf 32 Prozent im Jahr 2007 angestiegen. Seitdem sinkt er wieder und liegt aktuell bei 24 Prozent.²⁴

WANDEL DER PFLEGEBRANCHE

Seit der Einführung der Pflegeversicherung wurde die Pflegeinfrastruktur stark ausgebaut. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste stieg von knapp 11 000 im Jahr 1999 auf gut 14 000 im Jahr 2017. Die Zahl der Pflegeheime hat sich im selben Zeitraum von knapp 9 000 auf knapp 15 000 erhöht. Der politisch initiierte Wettbewerb zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern hat die Pflegelandschaft allerdings stark verändert. Lag der Anteil der privaten Träger ambulanter Pflegedienste 1999 noch bei etwa 51 Prozent, so lag er 2017 bei 66 Prozent. Das entspricht einer Steigerung um 30 Prozent. Bei den Pflegeheimen hat sich eine ähnliche Entwicklung vollzogen: Der Anteil der privaten Pflegeheime ist im selben Zeitraum von 35 auf 43 Prozent angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung um 22 Prozent.²⁵ Die Verlierer dieser Entwicklung sind die freigemeinnützigen Träger, die erhebliche Marktanteile an die privaten Anbieter verloren haben. Kommunale Anbieter spielen im Pflegebereich kaum eine Rolle.

Pflegepersonal: Professionalisierung und Prekarisierung

Infolge der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und des Ausbaus der Pflegeinfrastruktur hat auch das Personal in der Pflegebranche zugenom-

men. Waren 1999 etwa 184 000 Personen in ambulanten Diensten beschäftigt, sind es 2017 mit 390 000 mehr als doppelt so viele. In den Pflegeheimen waren 1999 gut 440 000 Beschäftigte angestellt; 2017 sind es 765 000 Personen. Das entspricht einer Steigerung um 75 Prozent.²⁶ Über 80 Prozent der beruflich Pflegenden sind Frauen.²⁷

Ein Blick auf die Qualifikationsstrukturen zeigt, dass 47 Prozent der Beschäftigten in ambulanten Diensten und 31 Prozent der Beschäftigten in Pflegeheimen Pflegefachkräfte im Sinne der Pflegeversicherung sind. Die Pflegefachkraftquote hat sich in den ambulanten Diensten zwischen 1999 bis 2011 von 48 auf 52 Prozent erhöht. Seitdem ist sie wieder auf 47 Prozent gefallen. Auch in den Pflegeheimen ist der Anteil der Pflegefachkräfte zunächst bis 2013 leicht gestiegen und seitdem wieder gesunken. Hier zeigt sich bereits der Fachkräftemangel. Auf den gesamten Zeitraum bezogen (1999 bis 2017) ist die Zahl der Pflegefachkräfte in den ambulanten Diensten um über 100 Prozent gestiegen, während ihr Anteil am gesamten Personal um 3 Prozent gesunken ist. In den Pflegeheimen ist die Zahl der Pflegefachkräfte im selben Zeitraum um 75 Prozent gestiegen, während die Pflegefachkraftquote nur leicht, um knapp 1 Prozent, gestiegen ist.²⁸

Betrachtet man die Struktur der Beschäftigungsverhältnisse, fällt auf, dass der Anteil der Vollzeitbeschäftigten seit 1999 ab-, der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hingegen zugenommen hat. Aktuell arbeiten 69 Prozent der Beschäftigten in ambulanten Diensten und 63 Prozent der Beschäftigten in Pflegeheimen Teilzeit.²⁹ In der Pflegebranche wird Teilzeitarbeit gerne genutzt, um Personalengpässe zu bewältigen und Flexibilitätsressourcen auszuschöpfen.³⁰ Aber auch die Pflegenden selbst wünschen häufig eine Teilzeitbeschäftigung, um die gesundheitlichen Belastun-

²³ Vgl. Schneekloth et al. (Anm. 6), S. 58.

²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen.

²⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2001 und 2017 (Anm. 14); eigene Berechnungen.

²⁶ Vgl. ebd.

²⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2017 (Anm. 14).

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen.

²⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2001 und 2017 (Anm. 14); eigene Berechnungen.

³⁰ Vgl. Guido Becke/Peter Bleses, Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 2016, S. 116; Hildegard Theobald/Marta Szebehely/Maren Preuß, Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Berlin 2013, S. 63f.

gen, die mit der Tätigkeit einhergehen, bewältigen zu können.³¹

Die Löhne der Pflegenden liegen unterhalb des Medians aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Ein/e vollzeitbeschäftigte/r Altenpfleger/in verdiente in Westdeutschland 2017 brutto knapp 2900 Euro, in Ostdeutschland etwa 2400 Euro. Verglichen mit dem Median der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind dies 15 Prozent weniger in West- und 10 Prozent weniger in Ostdeutschland. Altenpflegehelfer/innen verdienen sogar 40 Prozent weniger als der Median.³² Hieran zeigt sich deutlich, dass Pflegearbeit – trotz Professionalisierung – nach wie vor unterdurchschnittlich entlohnt wird. Vergleicht man die Lohnentwicklung in der Altenpflegebranche mit der Gesamtwirtschaft, zeigt sich eine unterdurchschnittliche Entwicklung. Ursachen hierfür sind vor allem die Lohnkonkurrenz zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern und die fehlenden Tarifverträge in der Pflegebranche.³³ Seit 2010 gibt es immerhin einen Branchenmindestlohn, der die Abwärtsspirale gestoppt hat.³⁴ Er liegt aktuell in Westdeutschland bei 11,05 Euro und in den östlichen Bundesländern bei 10,55 Euro.³⁵

Nicht zuletzt aufgrund der niedrigen Löhne und der schlechten Arbeitsbedingungen (Stichwort: Minutenpflege) ist mittlerweile bundesweit ein Fachkräftemangel in der Altenpflege erkennbar. Im Jahresdurchschnitt 2018 waren 24 000 offene Stellen für Altenpflegefach- und -hilfskräfte bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet.³⁶ Berechnungen von Heinz Rothgang und Kollegen

der Universität Bremen zufolge entsteht bei Fortschreibung des Status quo bis 2030 eine Versorgungslücke von 434 000 Pflegekräften (Vollzeitäquivalente). Forscher/innen der Prognos AG gehen unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einem Personalbedarf von 517 000 im Jahr 2030 aus.³⁷

„KONZERTIERTE AKTION PFLEGE“

Die Große Koalition mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat erkannt, dass der Fachkräftemangel mittlerweile eines der drängendsten pflegepolitischen Probleme darstellt. Daher wurden zunächst im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes 2019 13 000 zusätzliche Pflegefachkräfte für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Bislang konnten allerdings nur wenige Stellen besetzt werden.³⁸

Zudem sind unter dem Label „Konzertierte Aktion Pflege“ die höhere Bezahlung von Pflegekräften, ein besserer Personalschlüssel und eine Ausbildungsinitiative geplant. Dabei ist den politischen Akteuren der Großen Koalition mittlerweile deutlich geworden, dass die Erhöhung der Löhne in der Pflegebranche mithilfe politischer Maßnahmen schwierig ist, denn zum einen fehlt ein Tarifvertrag, der für allgemeinverbindlich erklärt werden könnte, zum anderen zeigt der private Arbeitgeberverband in der Pflege wenig Bereitschaft, bundeseinheitliche Lohnstrukturen zu verhandeln. Es bleibt abzuwarten, inwieweit der Versuch der Tarifvertragsparteien gelingt, einen Tarifvertrag zu vereinbaren, den Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) dann auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (unter Berücksichtigung des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts) für allgemeingültig erklären kann. Als Alternative bliebe nur die Erhöhung der Branchenmindestlöhne. Im Rahmen der Konzertierten Aktion wurde vorausschauend festgehalten, dass Lohnerhöhungen – sollten sie durchgesetzt werden – Reformen der Pflegever-

31 Vgl. Denise Becka/Michaela Evans/Fikret Öz, *Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich*, in: *Forschung aktuell* 2/2016, S. 12.

32 Vgl. Diana Auth, *Der Wandel der Arbeitsbedingungen in der Pflege im Kontext von Ökonomisierungsprozessen*, in: Clarissa Rudolph/Katja Schmidt (Hrsg.), *Interessenpolitik und Care – Voraussetzungen, Hürden und Perspektiven kollektiven Handelns*, Münster 2019 (i.E.).

33 Vgl. Diana Auth, *Ökonomisierung von Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit*, in: *WSI-Mitteilungen* 6/2013, S. 415 ff.; dies. (Anm. 32).

34 Vgl. Auth 2013 (Anm. 33), S. 416 f.

35 Vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, *Mindestlöhne in der Pflege steigen*, 21.6.2019, www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mindestloehne-in-der-pflege-steigen-392506.

36 Vgl. Bundesagentur für Arbeit, *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*, 21.6.2019, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.

37 Vgl. Rothgang/Müller/Unger (Anm. 15), S. 53 ff.; Oliver Ehrentraut et al., *Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Studie der Prognos AG im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung*, Bonn 2015, S. 12.

38 Vgl. u.a. Sven Loerzer, *Spahns Pflege-Sofortprogramm wirkt in München nicht*, 12.8.2019, <https://www.sueddeutsche.de/1.4560553>.

sicherung notwendig machen, da ansonsten die Pflegebedürftigen aufgrund der gedeckelten Leistungen die höheren Lohnausgaben durch höhere Eigenbeteiligungen tragen müssen.³⁹

FAZIT

Nach 20-jähriger Diskussion wurde Mitte der 1990er Jahre die gesetzliche Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems in Deutschland eingeführt. Als Kompromiss zwischen dem sozialen Problemdruck und der marktliberalen Leitideologie der konservativ-liberalen Bundesregierung wurde eine duale Sozialversicherung mit einem sozialen und einem privaten Zweig eingeführt, bei der aus ökonomischen Gründen auf eine Bedarfsdeckung verzichtet wurde und die mithilfe von Markt- und Wettbewerbselementen kostengünstig sein und bleiben sollte.

Einige Konstruktionsfehler der Pflegeversicherung sind mittlerweile behoben worden. Dazu zählt insbesondere die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der zufolge Pflegebedürftige mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen nun (endlich) in den Genuss von Pflegeversicherungsleistungen kommen. Andere Konstruktionsfehler bestehen weiter. Dazu zählt die Beschränkung auf eine Grundversorgung ohne regelmäßige Dynamisierung, aufgrund derer die Zuzahlungen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien stetig steigen, insbesondere im stationären Bereich. Um das Verarmungsrisiko der Pflegebedürftigen zu minimieren, wäre eine Reform in Richtung einer Vollversicherung mit Selbstbeteiligung (im Sinne eines Sockelbetrags) sinnvoll.⁴⁰ Da diese mit erhöhten Kosten einhergeht, müsste über Steuerzuschüsse an die Pflegeversicherung nachgedacht werden. Des Weiteren wird zwar pflegepolitisch seit Beginn das Prinzip „ambulant vor stationär“ verfolgt, doch häuslich Pflegenden werden nach wie vor zu wenig unterstützt. Es fehlen beispielsweise Lohnersatzleis-

tungen im Rahmen der Pflegezeit (analog zur Elternzeit). Ein weiteres Problem sind die niedrigen Löhne und schlechten Arbeitsbedingungen in der weiblich konnotierten Pflegebranche, dessen Katalysator nicht zuletzt der bewusst initiierte Wettbewerb zwischen freigemeinnützigen und privaten Trägern war. Auch der Fachkräftemangel ist eine Folge davon.

Die Ambitionen der „Konzertierten Aktion Pflege“, die seit einem Vierteljahrhundert sichtbaren Fehlentwicklungen zu beseitigen, sind begrüßenswert. Dies gilt auch vor dem Hintergrund der demografisch bedingten Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und des sinkenden häuslichen Pflegepotenzials. Es ist zudem dringend geboten, die Pflegeversicherung an den soziokulturellen Wandel anzupassen. Statt die ausschließliche häusliche Pflege durch (weibliche) Angehörige, unter Umständen unterstützt von einer tendenziell irregulären „24-Stunden-Pflege“ durch osteuropäische Migrantinnen, zu fördern, sollte Pflege – im Sinne der Intention der Pflegeversicherung – als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden. Das bedeutet die Förderung gemischter Pflegearrangements, deren Ausgangspunkt die Normalität der Parallelität von (Vollzeit-)Erwerbstätigkeit und Pflege ist, die unterstützt wird durch ein niedrigschwelliges Case-Management als Pflegebegleitung, (kultursensible) professionelle Dienste und teilstationäre Angebote sowie neue Wohnformen und zivilgesellschaftliche Unterstützungsangebote vor Ort.

³⁹ Vgl. BMG, *Konzertierte Aktion Pflege*, 21. 6. 2019, www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html. Ein Reformvorschlag hierzu findet sich bei: Heinz Rothgang/Thomas Kalwitzki, *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur*, 2018, www.pro-pflegerreform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf.

⁴⁰ Vgl. ebd.

DIANA AUTH

ist Professorin am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Bielefeld.

diana.auth@fh-bielefeld.de

ESSAY

GRUNDRECHT AUF PFLEGE?

Ein Plädoyer für Selbstbestimmung und Autonomie in schwieriger Lebenslage

Thomas Noetzel

Sich dem Thema „Grundrecht auf Pflege“ zu widmen, könnte die Erwartung aufkommen lassen, es folgte eine rechtswissenschaftlich informierte Abhandlung über die juristischen Bestimmungen zur Versorgung im sogenannten Pflegefall. Dieser stellt keinen rechtsfreien Raum dar. Pflegeversicherungsgesetz, weitere Bestimmungen in den Sozialgesetzbüchern, Regelungen zur Organisation und Kontrolle von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, höchstrichterliche Entscheidungen zur Freiheitsentziehung von Pflegebedürftigen oder familiärer Verpflichtung zur Pflege von Angehörigen – um solche Detailrechte geht es hier nicht. Vielmehr darum, nach dem grundlegenden Recht auf Pflege zu fragen, aus dem sich dann alle besonderen Rechte auf pflegerische Versorgung ableiten, also um die Frage, ob es so etwas wie ein Grundrecht auf Pflege gibt.

Untersuchungen von Grundrechten und grundlegenden Verfassungsbestimmungen operieren mit der Unterscheidung von fundamentalen Rechten (Rechte erster Ordnung) und abgeleiteten Rechten (Rechte zweiter Ordnung). Die Untersuchung der Rechte erster Ordnung beschäftigt sich vor allem mit den Begründungen der grundlegenden Rechte und ist deshalb von großer Bedeutung, weil sich in ihnen die jeweiligen fundamentalen Auffassungen von der Stellung des Menschen und seinen daraus abgeleiteten Rechten ausdrücken. Hinzu kommt, dass ein Grundrecht auf Pflege eben keine Ableitung aus anderen Grundrechten darstellt (in der Bundesrepublik Deutschland wäre da etwa an die Wahrung der Würde des Menschen und sozialrechtliche Verpflichtungen des Grundgesetzes zu denken). Es geht vielmehr darum zu prüfen, ob der Pflegefall einen individuellen und sozialen Tatbestand ausmacht, der sowohl eine besondere Qualität menschlichen Lebens darstellt, gleichzeitig

ein Allgemeines menschlicher Existenz sichtbar macht und damit aus sich selbst heraus grundlegende Rechte konstituiert.

THEOLOGIE PRÄGT DEN DISKURS

Blick man mit dieser Fragestellung auf die einschlägigen philosophischen, theologischen und rechtstheoretischen Diskussionen, fällt auf, dass in ihnen religiöse Begründungen einen erheblichen Raum einnehmen. Die Ansprüche pflegebedürftiger Menschen werden abgeleitet aus göttlicher Schöpfung und einer aus der menschenbildlichen Gestalt Gottes abgeleiteten Schwesterlichkeitsethik. Der Nächstenliebe kommt hier die zentrale Begründungsleistung zu. Pflegerische Versorgung ist Ausdruck einer durch die *caritas* bestimmten Fürsorglichkeit. Allerdings ist diese Sorge um den Menschen nur über spezifische Vermittlungsschritte in ein Recht auf Pflege zu übersetzen. In der Fürsorglichkeit steht das Wohl der Pflegeempfänger (im normativ besten Falle) im Zentrum des Handelns der Pflegenden, aber der Pflegebedürftige bleibt passiv Empfänger. Man will sein „Bestes“, aber gerade das müsste in rechtstheoretischen Überlegungen bei ihm bleiben und nur für ihn verfügbar sein. Da es aber sowohl normativ in den einschlägigen sozialrechtlichen Bestimmungen als auch praktisch in der Organisation der Pflegearbeit um vielfältige Rechtsansprüche (zweiter Ordnung) der zu Pflegenden geht, muss eine genuin theologische Begründung der Versorgung Pflegebedürftiger eine Verbindungsbrücke beschreiten von der religiösen Letztbegründung hin zur modernen Sozialstaatlichkeit.

Ein Spannungsmoment, das sich hier zeigt, besteht in Perspektivenkollision von Pflegenden

und Pflegebedürftigen. Schon im Begriff der Fürsorge steckt die stellvertretende Handlung für jemanden anderen (Dritte-Person-Perspektive). Das mag mit Blick auf die empirisch auch (aber nicht nur) bei Pflegebedürftigen festzustellende Einschränkung, sich selbst vertreten zu können (man denke hier nur an kleine Kinder oder demente Ältere) naheliegen, geht aber am Begründungsproblem eines Rechts auf Pflege vorbei.⁰¹ Es ist dieser besonderen Perspektive der Dritten-Person-Singular geschuldet, dass Pflegebedürftigkeit als Problem einer Spannung zwischen „Freiheit“ und „Sicherheit“ begriffen wird.⁰² Dabei ist für die Bewertung dieses Denkweges wichtig festzustellen, dass die Freiheit der Pflegebedürftigen als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung überhaupt in eine polare Gegenposition zur Versorgungssicherheit gesetzt wird. Würde in dieser Argumentation die Freiheit der Pflegebedürftigen ein Grundrecht persönlicher Autonomie markieren (was es in theologischen Begründungsdiskursen gar nicht sein kann), dann wäre auch die Frage der „Sicherheit“ dieser Freiheit auf Selbstbestimmung – und das schließt die Bereitschaft des Individuums, bestimmte Risiken in Kauf zu nehmen, ein – unzweifelhaft nachgeordnet. Von einer Symmetrie dieser normativen Zielbestimmungen in der pflegerischen Versorgung kann überhaupt nur derjenige argumentativ ausgehen, für den der Wille der Individuen nicht letzte Handlungs begründung ist. Eine solche Wahrnehmung korrespondiert mit der theologischen Hierarchieebene, in eine von Gott gegebene Ordnung eingebunden zu sein. Schließlich geht diese Schöpfungsordnung auch dem Willen der Individuen voraus. Solidarität und Mitleid als ihr wesentlicher Teil korrespondieren nun mit der Vorstellung, die Sicherheit der Pflegebedürftigen sei das höchste

01 Das auf die Bedürftigkeit von Kindern im weiteren Verlauf dieses Beitrags nicht eingegangen wird, hängt damit zusammen, dass Kinderrechte auf Pflege zu begründen sind mit den Kompensationsverpflichtungen ihrer Eltern, die mit der Zeugung und Geburt des Kindes existenzielle Fremdbestimmung vorgenommen haben. Zeugung und Geburt stellen ein Gewaltverhältnis dar, dessen strukturelles Unrecht wieder gut gemacht werden muss – dadurch, dass das Kind aus der Situation der fremdbestimmten Natalität in die Lage versetzt wird, sich sein Leben in freier Selbstbestimmung anzueignen.

02 Vgl. Marco Bonacker/Gunter Geiger (Hrsg.), *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit*, Opladen–Berlin–Toronto 2018. Die beiden Herausgeber sind in führender Position in der Weiterbildungsarbeit der katholischen Kirche tätig.

zu erreichende, objektivierbare Gut. Abgestützt wird diese Argumentation durch naturrechtliche Bezüge, die säkulare menschenrechtliche Normen durchaus in sich aufnehmen können. Theologische Überlegungen können den Pflegediskurs auch deshalb stark bestimmen, weil sie sich hier entsprechenden Diskursen öffnen.⁰³

Es passt in dieses Argumentationsmuster, dass Diskussionen über dieses Verhältnis von Freiheit und Sicherheit vor allem mit Blick auf demente Personen geführt werden. Untersucht man die einschlägige theologisch inspirierte Literatur, dann scheint es fast so zu sein, dass Pflegebedürftigkeit mit demenziellen Prozessen synonym gesetzt wird. Denn von der dementen Person könnte angenommen werden, dass sie gar nicht mehr in der Lage ist, ihre Freiheit zur Selbstbestimmung in vernünftiger, intersubjektiv nachvollziehbarer Form zu leben. Mit Blick auf diese Personen scheint also die Übernahme der Beobachtungsposition Dritte-Person-Singular schlüssig nachvollziehbar zu sein. Aber Pflegebedürftigkeit geht nicht notwendigerweise mit Demenz einher, und das Problem eines Rechts auf Pflege ist mit diskursiver Fixierung auf die Frage nach den Selbstbestimmungsmöglichkeiten dementer Personen nicht hinreichend zu erörtern. Zur Beantwortung der Frage nach den Begründungsmöglichkeiten eines Grundrechts auf Pflege trägt die Konzentration auf Demenz schon deshalb nicht das Entscheidende bei, weil sie eben nicht als schwerste Stufe und wahrer Kern der Pflegebedürftigkeit anzusehen ist. Ein grundlegendes Recht bemisst sich nicht in Zuweisungsquantitäten.

Es wird im weiteren Verlauf dieses Beitrags noch genauer auf die Frage der Fähigkeit zur Selbstbestimmung als Voraussetzung von Personalität eingegangen werden. Bevor wir zu diesem Zusammenhang kommen, soll eine andere Begründung für das Recht auf Pflege diskutiert werden.

LIBERALE DISKURSE

In sogenannten liberalen Diskursen geht es um Begründungen von Rechten erster Ordnung, die

03 Vgl. Marco Bonacker, *Zwischen Genese und Geltung. Religiöse Identität bei John Rawls als Paradigma einer theologischen Ordnung*, Paderborn 2016. Den Menschen sind von Gott natürlicher Rechte zugewiesen worden. Eine solche Vorstellung gestifteten Rechts hat mit der Idee der Würde autonomer Individuen nichts zu tun.

nicht aus einem außerweltlichen Willen (göttlicher Schöpfungsplan) abgeleitet werden, sondern aus der aufgeklärt-egoistischen Interessenkalkulation der Individuen in der Welt. In den in diesem Bereich vorhandenen unterschiedlichen Sozialvertragskonstruktionen wird die Legitimität politischer Ordnung durch die Bindung an den individuellen Willen der Subjekte dieser Ordnung erzeugt. Solche Begründungen der Grundrechte stehen im Zentrum liberaler politischer Philosophie. Auf den Fall der individuellen Pflegebedürftigkeit übertragen, bedeutet das etwa, dass es für das Individuum vernünftig ist, sich direkt oder indirekt (etwa durch steuerliche Abgaben) für die Versorgung Pflegebedürftiger einzusetzen, unter der Bedingung, dass reziprok auch auf die jeweils eigene Bedürftigkeit durch die anderen Subjekte versorgend reagiert wird.⁰⁴ Sozialverträge sind immer Verträge auf politische und gesellschaftliche Gegenseitigkeit.

Der US-amerikanische Philosoph John Rawls hat den Versuch unternommen, aus der individuellen Nutzenkalkulation heraus zu einer vertragstheoretischen Konstruktion der Theorie moderner Gerechtigkeit zu kommen.⁰⁵ Zwar finden sich bei ihm keine Ausführungen zu einem Recht auf Pflege, aber seine allgemeinen Begründungen für eine Politik der Gerechtigkeit kann auf die besondere Situation Pflegebedürftiger übertragen werden. Nach Rawls sind solche Gerechtigkeitsprinzipien begründbar, wenn sie Ergebnis einer Reflexion der Individuen sind, die von ihren aktuellen und realen sozialen Stellungen, von Fragen des persönlichen Reichtums, der Gesundheit und Ähnlichem absehen und sich hinter einem Schleier des Nichtwissens darüber Gedanken machen, für welche Regelungen sie einträten, wenn sie über ihren jeweiligen Gerechtigkeitsstatus (reich oder arm, jung oder alt, gesund oder krank, pflegebedürftig oder nicht) nichts wüssten. Im Rahmen dieser gedankenexperimentellen Modellannahme kommt man zu Aussagen, in denen die eigene Bedürftigkeit mit der möglichen eigenen Nicht-Bedürftigkeit in Spannung tritt (man weiß eben nicht, zu welcher Gruppe man gehört). Danach ist es vernünftig, bei sozialpoli-

tischen Maßnahmen für eine mittlere Position in Bezug auf die Aufwendungen für die Gesundheit und Pflege Anderer zu votieren. Wüsste der Kalkulierende, dass er pflegebedürftig ist, dann würde er für eine maximale Versorgung eintreten und etwa die staatliche Finanzierung solcher Leistungen für gerecht halten. Wüsste der Kalkulierende nun aber, dass er als nicht pflegebedürftiger Mensch in den Genuss dieser staatlichen Leistungen gar nicht käme, dann wäre er auch nicht bereit, erhebliche praktische oder finanzielle Leistungen für die Versorgung Anderer zu erbringen. Da seine Entscheidung aber eben hinter einem Schleier des Nichtwissens getroffen wird, votiert er vernünftigerweise für eine mittlere Position, wie sie sich etwa im deutschen System der Pflegeversicherung darstellt. Die Versicherung übernimmt in einem gedeckelten Rahmen anfallende Pflegekosten, dafür werden relativ geringe Anteile vom Arbeitslohn einbehalten. Ein Anspruch auf Pflege wird hier unter einen starken Verhältnismäßigkeitsvorbehalt gesetzt.

Einen solchen relativierenden Bezug gibt es in vielen Diskursen über Rechte erster Ordnung, von denen ein Großteil eine Grenze in anderen Rechten erster Ordnung findet (man denke hier etwa an Grenzen der Meinungsfreiheit oder Religionsfreiheit). Für ein Grundrecht auf Pflege, das solche Verhältnismäßigkeitsüberlegungen vermeidet, muss eine starke Begründung entwickelt werden, in der deutlich wird, dass sich im Recht auf Pflege die prinzipiell und immer zu gewährleistende Wahrung der Würde des Menschen realisiert. Artikel 1 Grundgesetz („Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“) kennt allerdings Grenzen durch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, wie sie in vielen Entscheidungen durch das Bundesverfassungsgericht gezogen wurden.⁰⁶ Eine starke Begründung eines Grundrechts auf Pflege muss sich diesen pragmatischen Verhältnismäßigkeitsüberlegungen entziehen, und der allgemeine Anspruch auf Würde muss in der Besonderheit eines Grundrechts auf Pflege konkretisiert werden und gleichzeitig aufscheinen. Rawls Versuch, solche Fragen mithilfe einer vertragstheoretischen Konstruktion zu lösen, scheitert gerade mit Blick auf die Pflege. Wie schon an anderer Stelle gesagt,

04 Vgl. Otfried Höffe, *Soziale Gerechtigkeit. Über die Bedingungen realer Freiheit*, in: Gerhard Schwarz/Justus Uwe Wenzel (Hrsg.), *Lust und Last des Liberalismus. Philosophische und ökonomische Perspektiven*, Zürich 2006, S. 123–128.

05 Vgl. John Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge MA 1971.

06 Vgl. Günter Frankenberg, *Würde. Zu einem Schlüsselbegriff der Verfassung*, in: APuZ 16–17/2019, S. 37–42, hier S. 40.

taucht sie als Reflexionsgegenstand in seiner Theorie der Gerechtigkeit nicht auf. Allgemein wird auf Hilfeverpflichtungen gegenüber Schwächeren als Ausdruck von Fairness verwiesen.⁰⁷

KOMMUNITARISTISCHE BEGRÜNDUNGEN

Die Annahme, mithilfe eines aufgeklärten Egoismus zu vernünftiger Staatlichkeit und sozialer Gerechtigkeit gelangen zu können, ist immer wieder heftig bestritten worden. Dabei ist insbesondere das Argument, jeder individuellen Freiheitsoption ginge gesellschaftliche Bezüglichkeit voraus, schon mit Blick auf die je individuellen Sozialisationsprozesse nur schwer von der Hand zu weisen. Alle Personen sind in bestimmte Gemeinschaften hineingeboren worden. Solche kommunitaristischen Kritiken liberaler politischer Philosophie verweisen auf die in der Gesellschaft angelegten Gerechtigkeitsprinzipien als Quelle normativer Substanz. Eine herausragende Rolle in diesem Diskurs spielte und spielt die Gerechtigkeitstheorie des US-amerikanischen Philosophen Michael Walzer, der unterschiedliche Gerechtigkeitsprinzipien für unterschiedliche Bereiche des gesellschaftlichen Lebens beschreibt. Danach gibt es Sphären des freien Austausches (ökonomischer Tausch, Markt), Räume der Anerkennung (Identitätsschonung, Sozialisation, Kunst und Wissenschaft) und Areale der Sicherheit und Wohlfahrt, in denen es um Bedürfnisse der Individuen und ihre damit verbundenen gerechten Ansprüche geht.⁰⁸ Diese unterschiedlichen Sphären werden durch unterschiedliche Gerechtigkeitsvorstellungen geformt. Für ökonomische Fragen existieren andere Gerechtigkeitsvorstellungen als für sozialpolitische Verteilungsprobleme.

Walzer rückt in Abkehr von Rawls die Gesellschaft in den Vordergrund seiner Gerechtigkeitstheorie. Die Gesellschaft ist für ihn wesentlich eine Distributionsgemeinschaft. Überzeugt davon, dass der soziale Kontext von Normen und Werten durchaus relevant für eine Theorie der Verteilungsgerechtigkeit ist, steigt für ihn diese soziale Verteilungsgemeinschaft zu einer Art objektiven Instanz der Zuweisung von Werten auf.

Walzer sieht durchaus, dass es hier zu Konflikten zwischen gesellschaftlicher Zuweisung und individuellen Ansprüchen kommen kann. Von Selbstbestimmung kann nach Walzer nur dann geredet werden, wenn sich jeder im Verteilungsprozess wiederfindet. Aber die Vermittlung von individueller Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Verteilung bleibt unbestimmt, hat eben nicht die bindende Form eines Grundrechts, sondern wird an die gerechte Gesellschaft verwiesen.

Pflegebedürftigkeit wird auch von Walzer nicht direkt diskutiert, aber über den Begriff des Bedürfnisses könnten Rechtsansprüche auf Pflege begründet werden. Das Problem mit kommunitaristischen Begründungen besteht nun darin, dass die Definition dessen, was ein Bedürfnis ist, eben nicht an die Selbstbestimmung der Individuen gebunden wird, sondern an die Moral einer Verteilungsgesellschaft, die wiederum aus der Dritten-Person-Singular-Perspektive über die Angemessenheit von Bedürfnissen urteilt. Der Bedürftige bleibt passiv Empfänger und wird in diesem Status objektiviert. Solche äußerlichen Definitionen dessen, was für spezifische Individuen das Gute ist, welche Bedürfnisse sie haben sollten und welche nicht, und was in diesem Zusammenhang Gerechtigkeit bedeutet, nimmt im Kommunitarismus ab und an absurd erhellende Züge an. Ein Beispiel: So stellt etwa Charles Taylor in seinem Text zur „negativen Freiheit“ fest, dass es in der Verwendung elektrischer Zahnbürsten keinen objektivierbaren Sinn gebe und deshalb das Bedürfnis und der Wunsch eine solche Zahnbürste zu besitzen, keinerlei prioritäre Befriedigung durch die gesellschaftliche Verteilung zu erwarten hat und der Mangel einer elektrischen Zahnbürste überhaupt kein Gerechtigkeitsproblem darstelle.⁰⁹

Gerade der kommunitaristische Diskurs, der aufgrund seiner rigiden Kritik am normativ leerlaufenden Individualismus und den damit verbundenen gesellschaftlichen Pathologien, seiner Gegenüberstellung von Rechten und Pflichten und der Bedeutung gesellschaftlicher Sitlichkeit

07 Rawls spricht im neunten Abschnitt der Theorie der Gerechtigkeit von „Fairness als Pflicht“. Vgl. Rawls (Anm. 5).

08 Vgl. Michael Walzer, *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, New York 1983.

09 Vgl. Charles Taylor, *Negative Freiheit? Zur Kritik des neuzeitlichen Individualismus*, Frankfurt/M. 1988. Mit Blick auf die elektrische Zahnbürste ist es übrigens nicht sehr weit gedacht. Dass das in Fällen körperlicher Einschränkung und Pflegebedürftigkeit ein wertvolles Hilfsmittel sein könnte, ist Taylor nicht eingefallen. Hier zeigt sich noch einmal, dass Pflege, Hinfälligkeit, Bedürftigkeit nur selten Gegenstände der Philosophie und des Philosophierens sind.

Ende des 20. Jahrhunderts erhebliche ideologische Bindungswirkungen erzeugte, eignet sich als Theorie eines Grundrechts auf Pflege nicht. Zwar werden die Leistungen von Verteilungsgemeinschaften gewürdigt, aber mit Blick auf den Wert individueller Selbstbestimmung als Grundlage normativer gesellschaftlicher Entscheidungen liefert sie keine tragfähige normative Grundlage. Letztlich – und das zeigt sich in der theologischen Renaissance im Spätwerk Taylors – kommt eine solche Kritik liberaler Rechtsansprüche über den theologischen Paternalismus, der am Beginn dieses Beitrags skizziert wurde, nicht hinaus. Gerechtigkeit besteht dann darin, dass jedes Individuum die ihm entsprechende Zuweisung erhält. Wie diese aussieht, kann aber nicht der Selbstbestimmung der Individuen entnommen werden, sondern ergibt sich aus den normativen Grundlagen einer übergeordneten Zuweisungsgemeinschaft. Die Gesellschaft agiert als Gott der Distributionen, und der kommunitaristische Hinweis, diese gesellschaftliche Gewalt sei aber bestimmt durch die Freiheit der in ihr Zusammengeschlossenen, geht an der Idee einer unhintergehbaren und eben nicht über Verteilung zu verallgemeinernden Individualität vorbei.

ANERKENNUNGSVERHÄLTNISS

Meines Erachtens bietet sich mit der hegelschen Rechtsphilosophie¹⁰ eine starke Begründungsgrundlage, die das Grundrecht auf Pflege als normative Reproduktionsbedingung von Gesellschaftlichkeit und personaler Würde überhaupt begreift. Immerhin ist die Idee, individuelle Selbstbestimmung ins Zentrum der bürgerlichen Gesellschaft zu rücken, keineswegs neu. Schon für Hegel ist die Person Ausgangspunkt seiner Rechtsphilosophie: „Die Totalität oder Wirklichkeit, welche sich als die Wahrheit der sittlichen Welt darstellt, ist das Selbst der *Person*; ihr Dasein ist das *Anerkanntsein*.“¹¹ Die Person gewinnt ihre Autonomie in einem gesellschaftlichen Interaktionsverhältnis. Personalität, Selbstbestimmung und Autonomie sind nicht mehr individuelle, gar natururwüchsige Eigenschaften und Kompetenzen, sondern Ausdruck gesellschaftlicher Kom-

munikation. Der Kommunikationsbegriff ist deshalb richtig gewählt, um diese gesellschaftlichen Anerkennungsverhältnisse zu beschreiben, weil sich diese nicht als Verknüpfung individueller Handlungen und Interaktionen ergeben, quasi als Netzwerk entstehen, sondern immer schon das Netz sind, indem das Individuum seine Anerkennung erfährt und damit auch seine Selbstbestimmung und Autonomie.

Dieser Anspruch auf wechselseitige Anerkennung ist für Hegel das Prinzip der bürgerlichen Gesellschaft: „Die konkrete Person, welche sich als *besondere* Zweck ist, als ein Ganzes von Bedürfnissen (...) ist das *eine Prinzip* der bürgerlichen Gesellschaft, – aber die besondere Person als wesentlich in *Beziehung* auf andere solche Besonderheit, so daß jede durch die andere und zugleich schlechthin nur als durch die Form der *Allgemeinheit*, das *andere Prinzip*, *vermittelt* sich geltend macht und befriedigt.“¹²

Was macht Hegel hier? Er verbindet die beiden Grundeigenschaften des Individuums – zugleich unhintergebar einmalig und ein Rechtssubjekt zu sein – im Begriff der Person und macht selbigen zur Grundlage seiner Rechtsphilosophie, zum Prinzip der bürgerlichen Gesellschaft.¹³ Die Besonderheit der je individuellen Personalität, der individuellen Existenz, die es nur so und einmalig gibt, drückt sich in der Ersten-Person-Singular-Perspektive aus. Nur „ich“ kann „ich“ für mich sagen. Die Erste-Person-Singular ist unvertretbar. Gleichzeitig und in derselben Person ist das Individuum Träger allgemeiner Rechte. In seiner Person verbindet sich also individuelle Selbstbestimmung und allgemeine Rechtsordnung.

Die unhintergebbare Individualität der einzelnen Person ist in der bürgerlichen Gesellschaft somit im hegelschen Sinne *aufgehoben*. Die einzelnen Personen existieren dabei nicht atomistisch nebeneinander, wie bei Rawls, sondern sind immer nur in Beziehung aufeinander zu denken. Hegel verschränkt die Bedürfnisbefriedigung der einzelnen Personen dergestalt, dass die Bedürfnisbefriedigung des Anderen Bedingung der Möglichkeit meiner Bedürfnisbefriedigung ist – und umgekehrt. Somit ist die bürgerliche Gesell-

¹⁰ Ich danke der Hegelexpertin Uta E. Köhler für Anregungen und Hilfe. Sie hat mir Hegel nahegebracht.

¹¹ Georg Wilhelm Friedrich Hegel, *Phänomenologie des Geistes*, Frankfurt/M. 1970 (1807), S. 465. Herv. Thomas Noetzel.

¹² Ders., *Grundlinien der Philosophie des Rechts oder Naturrecht und Staatswissenschaft im Grundrisse*, Frankfurt/M. 1970 (1820), §182, S. 339. Herv. Thomas Noetzel.

¹³ Vgl. *Person. Philosophische Texte von der Antike bis zur Gegenwart*, hrsg. von Martin Brasser, Stuttgart 1999, S. 102–108.

schaft der Raum, in dem eben dies für Alle als Allgemeinheit möglich ist. Dabei bleibt jede Person stets eine Handelnde, insofern die Bedürfnisbefriedigung immer vor dem Hintergrund der Autonomie und Selbstverwirklichung vonstattengeht. Was bedeutet dies nun für das Verständnis von Pflege? Hegel liefert das Maß, an dem sich jede Gesellschaft messen lassen muss. Das Recht auf Pflege ist der bürgerlichen Gesellschaft inhärent. Es gilt, die Unhintergebarkeit, Unvertretbarkeit und Unverwechselbarkeit der je eigenen Individualität samt ihrem Anspruch auf Autonomie und Selbstverwirklichung anzuerkennen.

Wer jetzt meint, der Personenbegriff könne dieser Theorie auf die Füße fallen, der irrt. Natürlich setzt jeder Personenbegriff Reflexionsvermögen, Selbstbezüglichkeit und Selbstbewusstsein, wie auch immer geartet, voraus und man könnte jetzt müßig spekulieren, wie viel davon in welchem Pflegegrad vorhanden ist und ein „Recht auf Pflege“ quantitativ verteilen. Gemeint ist jedoch die Person als Allgemeines. Dient sie, wie bei Hegel, als Grundlage einer Theorie der bürgerlichen Gesellschaft, so ist die einzelne, real existierende Person a priori immer schon Teil der bürgerlichen Gesellschaft und ist eben deshalb Person. Die Personalität kann folglich niemandem abgesprochen werden.¹⁴ Diese Personalität kann auch niemand verlieren, weil er sie als persönliche individuelle Kompetenz nie besessen hat. Die Würde der Person entsteht in der normativen Struktur gegenseitiger Anerkennung ohne naturale Zertifizierung. Niemand muss beweisen, dass er eine Person ist, um als solche anerkannt zu werden. Wenn solche besonderen Bedingungen mit der Anerkennung von Personalität verbunden werden, stoßen wir auf ein Herrschaftsinstrument der Unterdrückung, Entwürdigung und Demütigung von Menschen, das die Sittlichkeit der bürgerlichen Gesellschaft tief verletzt.

Damit verliert auch das immer wieder beschworene Problem der Demenz wenigstens seinen theoretischen Schrecken. Für die Frage eines Grundrechts auf Pflege, in dessen Begründungszentrum das individuelle Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie steht, ist die Frage der naturalen Verfassung der Individuen von keinerlei Bedeutung. Dieses Grundrecht auf Pflege als

Ergebnis gesellschaftlicher Sittlichkeit der Anerkennung der je Anderen als unhintergebare Verbindung von individueller Besonderheit und rechtlicher Allgemeinheit hat keinerlei naturalistische Komponente. Es geht bei einer Reflexion über das Grundrecht auf Pflege und den normativen Bezügen der Wahrung von Selbstbestimmung und Autonomie nicht um die Messung persönlicher Kompetenzen, sondern um die Realisierung der Anerkennung der Sittlichkeit der bürgerlichen Gesellschaft. Diese Anerkennung zu vollziehen, drückt die Würde der Einzelnen aus. Die oft beschworene Spannung zwischen Freiheit und Sicherheit löst sich in ein technisches Problem auf und geht an der Frage der Wertschätzung und einmaliger, unverwechselbarer Personalität – in welcher psycho-physischen Form auch immer – vorbei. Das Grundrecht auf Pflege fußt auf der Freiheit der Person und ihrer Autonomie. Auf nichts anderem.

Was meint Freiheit hier? Nichts anderes als Ermöglichung von Prozessen der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung. Das geht über einen negativen (Freiheit von) und positiven (Freiheit zu) Freiheitsbegriff hinaus. Autonomie ist die unhintergebare Freiheit des Individuums, ein radikal Einzelnes zu sein, das sich qua Konkretion durch Komplexion im Wechselspiel mit anderen Einzelnen, aufgehoben im Allgemeinen der bürgerlichen Gesellschaft, selbst verwirklicht. Dieser Vorgang nennt sich Leben und ist ein Grundrecht, das sich gerade im Pflegefall bewähren muss. Ein Grundrecht auf Pflege bedeutet also, Pflegebedürftige als autonome Personen zu ihrem Recht auf Selbstbestimmung kommen zu lassen. Koste es, was es wolle. Dass weder der theologische Diskurs noch die im Rahmen dieses Beitrags skizzierten liberalen und kommunitaristischen Ansätze zu einer solchen Nobilitierung der Pflegebedürftigkeit als Philosophie der Freiheit kommen, zeigt eine gewisse Armut der Theorie und erheblichen denkerischen Nachholbedarf. Und ist vielleicht auch Ausdruck einer ängstlichen Scheu der Philosophierenden, sich mit den Bedingungen der Möglichkeit ihrer Autonomie im Grenzfall der Pflegebedürftigkeit selbst zu beschäftigen.

THOMAS NOETZEL

ist Professor für politische Theorie und Ideengeschichte an der Philipps Universität Marburg.
noetzel@mail.uni-marburg.de

¹⁴ Das tun Aufzüge im Übrigen auch nicht. Oder stand irgendwann auf den TÜV-Plaketten zu lesen: maximal 12 Personen oder Menschen.

MEHR ALS NUR PFLEGE

Care in Alten(pflege)heimen

Marie-Kristin Döbler

Pflege im Alter wird vielfach damit in Verbindung gebracht, dass jemand „gut aufgehoben“ ist, was in alltäglichen wie massenmedialen Diskussionen oft auf „Waschen, Wickeln, Drehen, Füttern“ reduziert wird. Doch auch ohne solch einen negativ-bewertenden Ton ist häufig eine Verkürzung auf Grund- und Behandlungspflege⁰¹ zu rekonstruieren, die mit der Vernachlässigung vieler anderer Formen von Zuwendung, Fürsorge und Ähnlichem einhergeht. Um den Blick auf das gesamte Spektrum an Tätigkeiten und Praktiken zu lenken, die für das Wohlbefinden im Alter in Heimen notwendig erscheinen, bietet sich der Sammelbegriff „Care“ an. Dieser wurde bereits breit theoretisch rezipiert, wird aber ambivalent gebraucht und ist nicht unumstritten. So betonen verschiedene, an der Care-Debatte beteiligte Disziplinen jeweils andere Aspekte und nutzen den Begriff für unterschiedliche Ziele. Philosophisch betrachtet, geht es um universelle anthropologische Rechte und Pflichten, pflegewissenschaftlich orientiert um Pflegeethiken oder Berufsethos, politischen, kapitalismuskritischen oder feministischen DenkerInnen um die Sichtbarmachung von Ungleichheiten, Ausbeutungen und Intersektionalität sowie um Positionierungen in Kämpfen um Gleichberechtigung.⁰²

Trotz dieser Ambivalenz und der den verschiedenen Konzeptualisierungen entgegengebrachten Kritik⁰³ erweist sich der Begriff als hilfreich: Mit „Care“ können sprachliche Verengungen und negative Assoziationen vermieden werden, die mit Alternativen wie Sorge (z. B. Angst) oder Pflege (z. B. Last, Mühe, Pflicht) verbunden sind, weil damit alles von Haushaltstätigkeiten über die händische Pflege von (kranken) Alten sowie emotionale und finanzielle Unterstützungsleistungen bis hin zu Formen der Selbstsorge angesprochen wird. Mit dieser Arbeitsdefinition von Care setze ich mich im Folgenden empirisch auseinander. Im Fokus stehen dabei die vielfach vernachlässigte Perspektive von HeimbewohnerInnen und die Frage: Was erwarten und brauchen HeimbewohnerIn-

nen, um „gut aufgehoben“ zu sein beziehungsweise damit ihre Care-Bedürfnisse erfüllt werden, und in welchem Verhältnis steht das zu der Care, die Heimpersonal leisten kann und will?

Zur Bearbeitung dieser Frage wird Material aus dem Projekt „Lebensqualität in bayerischen Alten(pflege)heimen“ herangezogen.⁰⁴ Dem Prinzip des strukturierten Samplings folgend wurden in zwölf bayerischen Heimen unterschiedlicher Größe (30 bis 150 Betten), variierender Trägerschaft (privat/gemeinnützig/konfessionell) und geografischer Lage (Stadt/Land) mit jeweils acht bis zwölf BewohnerInnen halbstandardisierte Interviews geführt. Gesprochen wurde über das Leben im Heim, das Erleben von Pflege und Fürsorge sowie Erwartungen und Wünsche unter anderem hinsichtlich verschiedener Arten von Zuwendung. Ergänzend wurden die Heim- und/oder Pflegedienstleitungen der zwölf besuchten Einrichtungen als ExpertInnen für die Heimorganisation und die institutionellen Abläufe interviewt und unstrukturierte, aber dokumentierte Gespräche mit dem Personal geführt. Die Auswertung erfolgte nach qualitativ-inhaltsanalytischen (Grobanalyse) und hermeneutischen (Feinanalyse) Verfahren.⁰⁵

Hinsichtlich der Reichweite und Gültigkeit der im Folgenden präsentierten Befunde ist die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie und die eingeschränkte Befragbarkeit von Personen mit erheblichen kognitiven, aber auch körperlichen Einschränkungen zu berücksichtigen, weshalb Selektionen auf Ebene der BewohnerInnen und der Heime vorhanden sind. Es können daher keine empirisch fundierten Aussagen über das Care-Verständnis entsprechender BewohnerInnen, insbesondere von Menschen mit fortgeschrittener Demenz, getroffen werden. Bei befragten BewohnerInnen kann aber ein relativ klares Verständnis für das festgestellt werden, was aus analytischer Perspektive als „Care“ bezeichnet wird, sowie eine recht genaue Vorstellung davon rekonstruiert werden, was an Care in Heimen nötig und möglich ist.

WAS VERSTEHEN HEIMBEWOHNERINNEN UNTER CARE?

BewohnerInnen differenzieren zwischen Care-Bereichen und -Formen, in denen Hilfe, Unterstützung und Sorge geleistet werden, sowie zwischen Akteuren, die aus ihrer Sicht für eine oder mehrere der Care-Tätigkeiten verantwortlich sind oder sein sollten: das Heim und das Personal, die Familie und sie selbst.⁰⁶

„Wie in einem Hotel“

Viele BewohnerInnen nehmen das Heim als Dienstleistungseinrichtung mit *All-inclusive*-Service wahr: Es würden hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernommen, womit alles von der Reinigung von Kleidung über die Raumpflege bis hin zur Bereitstellung von Essen gemeint ist, und Möglichkeiten zur Beschäftigung angeboten. Der Einrichtung werden somit Care-Aufgaben zugeschrieben, die die Grundlagen des Lebens (re)produzieren.

Das Heimpersonal hingegen wird, oftmals durch die Erwähnung der Namen der zuständigen Pflegekräfte personifiziert und vielfach weiblich als „Schwester“ markiert, für die händische, körperbezogene Pflege zuständig erkannt. Einige BewohnerInnen unterscheiden dabei Pflegeleistungen, die sie selbst oder andere BewohnerInnen empfangen, nach dem Grad der Selbstbeteiligung sowie der Bedarfsdauer: Zum einen geht es ihnen dabei um „Hilfe“ und „Unterstützung“ beispielsweise beim Waschen, Eincremen oder Ankleiden, selbst wenn aus einer BeobachterInnenperspekti-

ve der Eindruck entsteht, dass diese körperpflegerischen Tätigkeiten gänzlich durch eine Pflegekraft *übernommen* werden. Zum anderen verweisen BewohnerInnen auf die medizinische Versorgung sowie die Krankenpflege bei chronischen wie akuten Leiden. Sie erkennen damit gleichzeitig an, dass sich Bedürfnislagen mit vorübergehenden Erkrankungen oder durch die irreversible Verschlechterung des Gesundheitszustands verändern, dass Pflege zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder für unterschiedliche BewohnerInnen verschiedene Formen und Umfänge annimmt sowie, dass das Pflegepersonal variierende Aufgaben zu erfüllen und differierende Unterstützungsbedarfe zu befriedigen hat.

Mit der Häufigkeit und Dauer des Kontakts zu den Pflegekräften scheinen sich auch Beziehungen zu verändern; sie werden offenbar persönlicher. Parallel dazu ist eine Erweiterung der dem Pflegepersonal zuerkannten Care-Tätigkeiten zu rekonstruieren: BewohnerInnen erklären, vom Pflegepersonal auch emotionale Zuwendung zu empfangen. Mit Personengruppen hingegen, die von Seiten des Heims für emotionale Unterstützung zuständig erklärt werden – Betreuungspersonal oder Seelsorger und psychologische Fachkräfte, die teilweise in die Einrichtungen kommen – scheint die Intensität des Kontakts nicht ausreichend oder das Zusammentreffen zu formalisiert, sodass BewohnerInnen sie nicht als AnsprechpartnerInnen für persönliche Belange wahrnehmen. Im Kontext der Zeitknappheit des Pflegepersonals stellt dies offenbar insbesondere für BewohnerInnen ein Problem dar, die keine Familie oder Freunde (vor Ort) haben. Sie meinen, der Kontakt zu Betreuungskräften oder Seelsorgern sei „zu selten“ und „zu unauthentisch“, als dass sich hier eine persönliche Beziehung und damit die offenbar nötige Grundlage für emotionale Unterstützung entwickeln könne. Darüber hinaus teilen sie mit den „mit Angehörigen gesegneten“

01 Grundpflege umfasst regelmäßig, wiederholt auszuführende Tätigkeiten, die insbesondere die Körperpflege und die Ernährung, aber auch die Mobilisierung betreffen. Behandlungspflege wiederum bezeichnet Praktiken wie Medikamentengabe, Wundversorgung, Verbandwechsel oder Blutzuckermessung. Vgl. Ilka Köther, *Altenpflege*, Stuttgart u. a. 2016.

02 Vgl. z. B. Ilona Ostner, *Care – eine Schlüsselkategorie sozialwissenschaftlicher Forschung?*, in: Adalbert Evers et al. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden 2011, S. 461–481.

03 Kritisiert wird etwa, dass die theoretisch entwickelten oder diskutierten Begriffe zu formalisierte Prozedere vorsehen, das Menschliche (Emotionalität, Betroffenheit, persönliche Involvement etc.) genauso wie die Relevanz von Beziehungen vernachlässigen und zu idealisierte Prädispositionen (Gerichtetheit, Resonanzfähigkeit, bestimmte Formen von Empathie, Selbstaufgabe) bei Care-GeberInnen und -EmpfängerInnen voraussetzen würden. Vgl. z. B. Michael May, *Auf dem Weg zu einem dialektisch-materialistischen Care-Begriff*, in: *Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich* 34/2014, S. 11–51; Helen Kohlen/Christel Kumbruck, *Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)*, Bremen 2008.

04 Teilprojekt des Forschungsverbunds ForGenderCare (www.forgendercare.de), gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.

05 Vgl. Philipp Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse*, Weinheim 2010; Uwe Flick, *Qualitative Sozialforschung*, Reinbek 2017; Rainer Diaz-Bone/Christoph Weischer, *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften*, Wiesbaden 2015.

06 Alle in den folgenden zwei Abschnitten durch Anführungszeichen gekennzeichnete Formulierungen sind Zitate aus den Interviews mit BewohnerInnen und den Gesprächen mit dem Heimpersonal. In den Zwischenüberschriften sind Zitate aus platztechnischen Gründen verkürzt wiedergegeben.

BewohnerInnen die Haltung, dass Kontakte mit Pflegekräften zwar freundschaftlich sein und in manchen Fällen sogar innig werden könnten, es aber nicht deren Aufgabe, sondern wenn dann „privates Engagement“ sei, sich um emotionale Belange der BewohnerInnen zu kümmern. Stattdessen stünde die Grundpflege im Vordergrund und müsse dies angesichts des Zeitdrucks in der Pflege auch, während für Emotionales und Persönliches gelte: „Dafür ist die Familie zuständig.“

„Wichtig: Gesundheit, Besuch von der Familie“

BewohnerInnen beschreiben in Bezug auf Care durch ihre Angehörigen eine Mischung verschiedener Formen der emotionalen Zuwendung und persönlichen Unterstützung. BewohnerInnen wünschen sich, besucht zu werden, oder jemanden, dem sie sich in allen Belangen anvertrauen und mit dem sie Persönliches, Sorgen und Ängste besprechen können.⁰⁷ Darüber hinaus werden Angehörigen, allen voran (Schwieger-)Töchtern und Söhnen, entscheidende Funktionen im Kontext alltäglicher Fürsorge zugeschrieben. Primär männliche Angehörige scheinen mit den finanziellen Angelegenheiten betraut; über sie heißt es in den Gesprächen mit BewohnerInnen, sie kümmern sich etwa um die Abrechnung mit dem Heim oder Anträge auf finanzielle Unterstützungsleistungen. Von (Schwieger-)Töchtern wiederum wird im Zusammenhang mit regelmäßig, dauerhaft oder alltäglich anfallenden Aufgaben gesprochen: die Besorgung von Dingen, die es im Heim nicht oder zu wenig gibt, die Organisation von und die Begleitung zu Friseur- und Arztbesuchen.⁰⁸

In der Regel verbinden BewohnerInnen all diese Formen inter- und intragenerationaler Unterstützung mit Vorstellungen von Solidarität, Reziprozität und Verantwortung. Befragte erklären: „Das ist in Familien halt so. Eltern kümmern sich

um die Kinder, ältere Geschwister um die Jüngeren und irgendwann kehrt sich das um.“ Neben dem Verweis auf eine gewisse „Tradition“ eines zeitversetzten Tausches innerhalb von Care-Beziehungen wird vielfach auch eine moralische Anspruchshaltung erkennbar: „Die *sollen* sich kümmern!“

In keinem Widerspruch zu dieser stark ausgeprägten Erwartung, dass die Familie weiterhin Präsenz zeigt und Care übernimmt, ist die Aussage vieler BewohnerInnen zu lesen, „niemandem zur Last fallen“ zu wollen und daher in ein Heim gezogen zu sein. Stattdessen wird die Unterscheidung von Care-Bereichen und -Zuständigkeiten deutlich und sichtbar, dass aus Sicht der BewohnerInnen nicht alle Care-Leistungen abzugeben oder für Geld zu erbringen sind, während es klar, gegebenenfalls sogar vertraglich geregelte Dienstleistungsverhältnisse oder gerade eine gewisse persönliche Distanz beziehungsweise Fremdheit erleichtern, Pflege anzunehmen: Wird das Personal von BewohnerInnen für die Pflege und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung für zuständig erklärt, sehen sie Angehörige hinsichtlich emotionaler Care-Bedarfe in der Pflicht – wollen Letzteren aber nicht die Körperpflege, eine 24-Stunden-Betreuung oder eine dauernde Sorge um alleinlebende Eltern zumuten. Auffallend ist in dieser Hinsicht eine ausgeprägte geschlechtsspezifische Unterscheidung von „erwartbaren Handlungen“. Eine Bewohnerin meint: „Meine Söhne sind liebevoll, aber diese Pflege oder auch das Kümmern – das kann man von Söhnen nicht erwarten.“

„Zuhause nicht mehr geschafft“

Nicht alle, aber doch viele BewohnerInnen erkennen die Notwendigkeit eines Umzugs ins Heim, während die Einsicht in die Abnahme ihrer eigenen Fähigkeit, für sich Care zu leisten, wachsende Hilfsbedürftigkeit bei täglichen Aufgaben oder der Körperpflege sowie Unsicherheiten, Ängste oder Einsamkeit „allein zuhause“ viele zur Feststellung veranlasst: „Im Heim ist es in mancher Hinsicht besser.“ Erkennbar wird dabei ebenfalls, dass sich Care durch den Umzug verändert. Die Äußerungen der BewohnerInnen verdeutlichen eindrücklich, dass dies eine Ausdifferenzierung oder Erweiterung der Care-Konstellationen und keine Verengung bedeuten sollte: Einerseits kommen Formen von Care hinzu (z.B. Hilfe bei der Körperpflege) und/oder werden im Kontext stationärer Unterbringung von anderen AkteurInnen, den Pflegekräften, übernommen. Andererseits unterstreichen

07 Kontakte zu „Menschen, die man von früher kennt“, insbesondere zu Angehörigen, helfen bei der Pflege von Erinnerungen, fördern das Selbst(wert)gefühl oder ermöglichen den Erhalt der Identität, weil sie die Person im Idealfall nicht nur auf die Rolle eines alten, pflegebedürftigen Menschen, der im Heim lebt, reduzieren.

08 Voraussetzung hierfür sind die Existenz von Verwandten sowie räumliche und emotionale Nähe; Angehörige müssen auch zu Besuch kommen oder medial für BewohnerInnen erreichbar sein, um diese Aufgabe zu erfüllen. Das impliziert gleichzeitig die Relevanz der Präsenz des Personals und der Notwendigkeit von (emotionalen) Fürsorgeleistungen, die heimintern zu übernehmen sind, wenn jemand keine (präsenten) Angehörigen hat.

BewohnerInnen in den Interviews, dass bestimmte, bislang bedeutende Care-AkteurInnen sich nicht gänzlich befreit fühlen oder ausgeschlossen werden sollten. Nicht nur das Engagement Angehöriger, auch die eigene Beteiligung an Care ist BewohnerInnen wichtig: Einige sehen ihre Möglichkeit zur Selbstsorge hinreichend darin erfüllt, dem Personal „Anweisungen zu geben“, damit dieses sie nach ihren Wünschen pflegen kann; anderen reicht es nicht, ausschließlich verbal Einfluss auf die sie betreffende Care zu haben. Allen scheint es aber wichtig, Selbstwirksamkeit zu erkennen, weshalb sie es offenbar weniger als Defizit empfinden, auf andere angewiesen zu sein, als auf ihre Hilfsbedürftigkeit und die passive EmpfängerInnenrolle reduziert zu werden; gelitten wird unter dem Gefühl, bevormundet und nicht als kompetente, mündige Erwachsene behandelt zu werden, und/oder *nur* Care-EmpfängerIn, keine Care-GeberIn sein zu können oder zu dürfen. Heim- und Pflegedienstleitungen halten es manchmal jedoch für notwendig, Care-Tätigkeiten der BewohnerInnen zu beschränken und andere für sie entscheiden zu lassen.

WAS VERSTEHEN HEIMLEITERINNEN UND PERSONAL UNTER CARE?

Wie schon die BewohnerInnen-Interviews dokumentieren auch die Gespräche mit dem Heimpersonal ein ausdifferenziertes Care-Verständnis. Auch hier wird zwischen verschiedenen Tätigkeiten und Zuständigkeiten unterschieden. Die wichtigsten Akteure aus dieser Sicht sind die BewohnerInnen, die Angehörigen, das Pflege-/Betreuungspersonal und die Leitungsebenen.

„Manchmal sind uns die Hände gebunden“

In verschiedenen Gesprächen mit dem Heimpersonal wird formuliert, Care in Heimen bedeute neben Grundpflege und Betreuung, die Kompetenzen der BewohnerInnen richtig einzuschätzen, deren Selbstsorge soweit wie möglich zu fördern – unter Umständen aber auch zu beschränken, beispielsweise aufgrund sozialpolitischer und juristischer Vorgaben. So dürfen HeimbewohnerInnen in manchen Einrichtungen „aus versicherungsrechtlichen Gründen“ keine Rollstühle schieben oder werden aus der Küche ausgeschlossen, selbst wenn sie gerne helfen würden und es kognitiv und körperlich auch könnten, weil das mit Hygienevorschriften nicht vereinbar sei. Anstelle dieser gerade von Be-

wohnerInnen als sinnvoll verstandenen Aufgaben, blieben so oftmals nur die „hausintern angebotenen, altersgerechten Aktivierungen“, die in Gesprächen mit BewohnerInnen vielfach und vom Personal manchmal als sinnfrei, kindisch oder „bloßer Zeitvertreib“ dargestellt werden. Davon wissen offenbar auch Heimleitungen: Überzeugt davon, dass es zur Aufgabe stationärer Einrichtungen gehört, „sinnstiftende Tätigkeiten anzubieten“, „nutzen [sie] den gegebenen rechtlichen Spielraum“. Indem sie etwa „mit BewohnerInnen gemeinsam Gärten anlegen“ oder „Tiere im Heim erlauben“, bieten sie diesen nicht nur „sinnvolle Aktivitäten“, sondern ermöglichen BewohnerInnen auch, sich um etwas kümmern und damit ihr Bedürfnis befriedigen zu können, trotz Alter und stationärer Unterbringung weiterhin auch Care-GeberIn zu sein.

Allerdings begrenzen körperliche, vor allem aber kognitive Einschränkungen, beispielsweise in Form von Demenz oder Verwirrtheit, die Care-Tätigkeiten einiger BewohnerInnen. „Zu ihrem eigenen Wohl“ würden daher manche BewohnerInnen von Care-Aufgaben entbunden und von Selbstsorge befreit.⁰⁹ Gemeint ist damit nicht nur die Übernahme von Körperpflege für jene BewohnerInnen durch die Pflegekräfte, die sich nicht mehr selbst waschen oder anziehen können, sondern auch die Aneignung oder Beanspruchung des Wissens über das, was BewohnerInnen brauchen beziehungsweise für ihr Wohlbefinden für notwendig erachtet wird. Manchmal wird eine solche Entscheidungskompetenz vom Heimpersonal aber auch Angehörigen zugeschrieben.¹⁰

„Manche Angehörige sind stärker involviert“

In den Gesprächen mit dem Personal heißt es, nur zusammen mit Angehörigen sei Care adäquat zu leisten. Angehörige gelten hierbei unter anderem als Mittelspersonen, die dem Personal helfen, einerseits neue BewohnerInnen kennenzulernen und zu erfahren, was diese wahrscheinlich brauchen; insbesondere bei Menschen, die sich selbst nicht mehr äußern

⁰⁹ Erkennbar wird in einigen Personalgesprächen, dass Care-Aufgaben unter anderen Rahmenbedingungen länger von BewohnerInnen selbst ausgeübt werden könnten beziehungsweise das gänzliche Entbinden von Selbstsorge gar nicht oder erst deutlich später erfolgen müsste. Aber jemanden unter „Aufsicht und Anleitung etwas selbst machen zu lassen, bindet eben mehr personelle Ressourcen, als es geschwind selbst zu machen“.

¹⁰ Ob es berechtigt ist, BewohnerInnen von Selbstsorge zu befreien, und in welchem Umfang beziehungsweise in welchen Bereichen dies legitimiert ist, gilt es im Einzelfall zu prüfen.

können, wird diese Informationsquelle vom Personal als Schlüssel dargestellt, um Care-Leistungen individuell anzupassen. Andererseits unterstützten Angehörige das Heim, indem sie BewohnerInnen die Eingewöhnung erleichterten oder Heimrichtlinien und pflegerische Notwendigkeiten erklären würden, was die Arbeit der Pflegekräfte vereinfache.

Die Familie wird aber noch in vielerlei anderer Hinsicht als soziale Ressource präsentiert: Sie sorgt dafür, dass Care-Leistungen des Heims bei BewohnerInnen (besser) ankommen und das gesamte, für das Wohlbefinden der BewohnerInnen nötige Spektrum an Care-Praktiken abgedeckt werden könnten. Angehörige würden BewohnerInnen erleichtern, mit den Veränderungen, die ein Heiminzug mit sich bringt, umzugehen (z. B. Verlassen des bisherigen Zuhauses, Verlust von Aufgaben, neue Umgebung), würden BewohnerInnen die Teilnahme an Heimveranstaltungen und Ausflügen ermöglichen,¹¹ seien aufgrund der vorliegenden persönlichen Beziehung allein in der Lage, eine bestimmte Form emotionaler Zuwendung, etwa in Form der Anerkennung als Person, zu erbringen.

Ob zur familialen Care im Kontext stationärer Unterbringung auch „händische Pflege“ gehören soll, wird vom Personal ambivalent betrachtet. Manche sehen die Familie auch in diesem Bereich als willkommene Unterstützung, die das Personal entlaste. Andere meinen, Angehörige sollten sich aus der Pflege raushalten, da ihnen das Fachwissen fehle, sie daher „nicht richtig pflegen“ könnten oder ihr pflegerisches Tun die „Ausbildung des Personals entwerte“. Wieder andere finden klare Trennungen von Tätigkeitsbereichen gut, weil BewohnerInnen „Angehörige nicht mit der Pflege in Verbindung setzen“ sollen, sodass Angehörige „lieber was Schönes mit denen machen“.

In einigen Fällen werden Angehörige vom Personal aber auch als Problemfaktor wahrgenommen. Trotz eines ausgeprägten Verständnisses für Angehörige, die „auch ohne Pflege genug um die Ohren haben“, heißt es in Gesprächen mit dem Heimpersonal anklagend: „Es gibt solche, die wollen jegliche Verantwortung abgeben“, „die schieben ihre Eltern ab“. Oftmals wertend und BewohnerInnen bemit-

leidend, äußern Heimleitungen und Pflegekräfte, ein solches Verhalten von Angehörigen basiere auf der fälschlichen Annahme, die vom Heim zu leistende Grund- und Behandlungspflege sei für das Wohlbefinden im Alter hinreichend beziehungsweise gehöre zur Aufgabe des Personals, auch emotionale Bedürfnisse der BewohnerInnen zu bedienen.

Eine andere vom Heimpersonal angesprochene Schwierigkeit mit Angehörigen ergibt sich ebenfalls aus Perspektiven- oder Verständnisdifferenzen hinsichtlich Care: Selbst wenn Angehörige die Breite des Care-Spektrums erkennen würden, überbringen einige unreflektiert das eigene Verständnis von „gutem Leben“ auf die BewohnerInnen oder setzen ihre Sicht auf „richtige Versorgung“ mit der von BewohnerInnen gleich. Das sei jedoch problematisch, weil einige Angehörige beispielsweise Sicherheit mehr als Wohlbefinden schätzten und sich die Konsequenzen ihrer Forderungen nicht vorstellen könnten. Es sei schon vorgekommen, dass Angehörige „Fixierungen verlangen, damit auch ja jede Sturzgefahr ausgeschlossen ist“, ungeachtet dessen, was es bedeutet, „wenn man sich nicht rühren kann“.

„Man kriegt viel zurück vom Herzen“

Zu den Care-Aufgaben des Personals gehöre es daher manchmal auch, so die in den Gesprächen geäußerte Selbsteinschätzung, BewohnerInnen vor Angehörigen zu schützen, primär aber die medizinisch-gerontologisch angemessene Versorgung und Pflege der BewohnerInnen. Im Zuge dessen gelte es, die Grenzen der Selbstsorge von BewohnerInnen richtig einzuschätzen und die Fähigkeiten dazu nach Möglichkeit zu erhalten oder zu fördern. Emotionale Zuwendung hingegen sei vor allem von Angehörigen zu erbringen und wird insbesondere von einigen Heimleitungen explizit aus dem Tätigkeitsbereich des Heimpersonals ausgegliedert. Das Pflegepersonal sieht das etwas anders und meint, sie könnten die Familie zwar nicht ersetzen, aber aufgrund der körperlichen Nähe und des intensiven Kontakts entstünden vielfach persönliche Beziehungen zwischen Personal und BewohnerInnen. Sei ein solches Verhältnis gegeben, könnten auch Care-Dimensionen jenseits der Körperpflege oder medizinischen Versorgung bedient werden. Damit verbundene wechselseitige Anerkennung und zwischenmenschliche Wärme seien für sie einerseits Motivation, ihren Beruf auszuüben und sich „über den Dienst nach Vorschrift hinaus zu engagieren“. Andererseits erleichtere guter, persönlicher

11 Ausflüge etwa haben oft eine Teilnahmegebühr, mit der die Busfahrt, Eintritt oder Kaffee und Kuchen vor Ort gezahlt werden, oder erfordern zusätzliche BetreuerInnen, die beispielsweise Rollstühle schieben können. Ohne die Unterstützung von Angehörigen (oder Ehrenamtlichen) wären in vielen Heimen außeralltägliche Aktivitäten oft nicht möglich.

und vertrauter Kontakt die Pflege und sei notwendig, wenn keine Angehörigen präsent sind. Bei all dem gelte es aber, da sind sich Pflegekräfte und Leitungsebenen überwiegend einig, Grenzen zu ziehen. Zu enge Bindungen zwischen Personal und BewohnerInnen würden zu große Verlusterfahrungen produzieren, seien zu Kräfte zehrend und so sei es Teil der heiminternen Care-Verpflichtung, sich um sich selbst beziehungsweise die Angestellten zu kümmern und etwa zu raten, „eine Wand zwischen sich und BewohnerInnen“ zu errichten.

Schutzwälle sowie emotionale Fürsorge müssten zunehmend aber nicht nur im Kontakt mit den BewohnerInnen, sondern auch mit deren Angehörigen zur Anwendung kommen. Denn es gebe zwar Fälle, in denen Angehörige nie im Heim auftauchen, „die Mehrheit ist [jedoch] präsenter als früher“ und müsse daher „mitbetreut“ werden; entsprechende Care-Leistungen für Angehörige kämen letztlich auch BewohnerInnen zugute, insbesondere, wenn es nicht um (Sonder-)Wünsche oder Beschwerden von Angehörigen, sondern um deren praktische Unterstützungen gehe.

WIE STEHEN DIESE CARE- VERSTÄNDNISSE ZUEINANDER?

Es zeigt sich ein Spannungsverhältnis der hier rekonstruierten praxiswirksamen Care-Verständnisse und der erwähnten theoretischen Positionen zu Care einerseits, eine Auflösung darin anklingender Probleme andererseits: Angesichts der empirischen Pluralität wäre es verfehlt, die theoretische Ambivalenz und Uneindeutigkeit der Care-Debatte zugunsten einer einzigen Definition oder Position aufzugeben. Stattdessen sollte die Bandbreite an theoretischen Konzeptualisierungen als Mahnung verstanden werden, die dargestellte empirische Vielfalt zu berücksichtigen, die, unter Beibehaltung des Fokus auf die BewohnerInnen, in drei thesenhafte Antworten auf die Frage mündet, wie das, was in Alten(pflege)heimen geleistet wird und zu leisten ist, mit den Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen an Care korrespondiert.

Erstens, alle befragten BewohnerInnen wollen ernst und als ExpertInnen ihres Selbst wahrge-

nommen werden. Überzeugt davon, dass sie selbst am besten wissen, was sie brauchen, wollen diese BewohnerInnen weiterhin Selbstsorge betreiben und aktiv in die sie betreffenden Care-Praktiken oder zumindest in die Entscheidungen eingebunden sein; das wird aus BewohnerInnensicht offenbar jedoch nicht immer hinreichend berücksichtigt und/oder ist angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt möglich.

Zweitens, die Pflegeausbildung oder die persönliche Beziehung zu BewohnerInnen weisen einerseits dem Personal, andererseits Angehörigen und/oder BewohnerInnen selbst Sonderwissen zu, das die Basis für Grund- und Behandlungspflege, emotionale Zuwendung beziehungsweise Selbstsorge darstellt. Dementsprechend differenzieren BewohnerInnen und Heimpersonal entlang von „ExpertInnenwissen“ Care-Leistungen und -Bereiche.

Drittens, Familienangehörige bleiben auch im Heimkontext wichtige Care-Akteure, während insbesondere dort, wo es keine (präsenten) Angehörigen gibt, Pflegekräfte entsprechende Care-Lücken füllen müssen. Infolgedessen umfassen selbst institutionalisierte Formen von Care immer gleichzeitig bezahlte und unbezahlte sowie professionell und privat, vor allem von Frauen geleistete Arbeit; vielfach bleiben diese privat erbrachten Care-Tätigkeiten ungesehen und unbezahlt – ungeachtet, wie zentral oder essenziell sie für das Wohlbefinden der BewohnerInnen sind. Mindestens heimintern ist jedoch ein Konsens darüber festzustellen, dass Care in Alten(pflege)heimen weit mehr bedeutet als Grund- und Behandlungspflege.

Neben den Ähnlichkeiten der statusgruppenübergreifenden Sichtweisen sind somit verschiedene Akzentsetzungen festzuhalten und darauf zu verweisen, dass viele Themen und Bedeutungen, etwa der Selbstsorge für BewohnerInnen, nicht erkannt werden können, wenn nur *über* Pflege in Heimen und nicht *mit* Care-EmpfängerInnen geforscht wird. Das verweist gleichzeitig auf weiteren Forschungsbedarf, beispielsweise geeignete Verfahren zur Erfassung der Perspektive von Menschen mit Demenz zu finden, oder auch andere Settings, etwa häusliche Pflege, in den Blick zu nehmen.¹²

MARIE-KRISTIN DÖBLER

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg.

marie-kristin.doebler@fau.de

12 Auch wenn sich die Analysen auf Interviews mit HeimbewohnerInnen und -Angestellten stützen und es Gegenstand dieses Artikels war, das Care-Verständnis in diesem spezifischen Setting darzulegen, sind viele der Erkenntnisse sicherlich auch auf andere Care-Arrangements zu übertragen.

SEXUALITÄT IN DER PFLEGE

Zwischen Tabu, Grenzüberschreitung und Lebenslust

Nicola Döring

Pflege zielt darauf ab, Menschen mit Pflegebedarf zu betreuen,⁰¹ Krankheiten zu lindern und Gesundheit zu fördern. Das umfasst die ganzheitliche Sorge um das Wohlbefinden und schließt somit – zumindest theoretisch – auch das sexuelle Wohlbefinden als wichtigen Gesundheitsfaktor und Beitrag zur Lebensqualität ein. Doch wie sieht die Praxis aus? In diesem Beitrag werden der aktuelle Forschungs- und Entwicklungsstand zum Umgang mit Sexualität in der Pflege beschrieben und Handlungsempfehlungen für die Politik abgeleitet.

WARUM IST SEXUALITÄT WICHTIG?

Sexuelles Wohlbefinden ist für die meisten Menschen ein Grundbedürfnis. Denn Sexualität erfüllt vier wichtige Funktionen.⁰²

Lustfunktion: Sexuelle Aktivitäten unterschiedlichster Art lassen körperliches und seelisches Vergnügen, Sinnlichkeit, Erregung und Entspannung empfinden, und zwar in einer Intensität und Qualität, wie sie andere Aktivitäten kaum vermitteln können.

Beziehungsfunktion: In der Partnersexualität werden zwischenmenschliche Nähe, Intimität, Verbundenheit und Geborgenheit auf einer existenziellen Ebene buchstäblich hautnah erfahrbar.

Identitätsfunktion: Sexualität vermittelt Bestätigung der eigenen geschlechtlichen und sexuellen Identität.

Fruchtbarkeitsfunktion: Sexualität ermöglicht biologische Fortpflanzung und umfasst darüber hinaus weitere schöpferische Dimensionen. So können sexuelle Aktivitäten transzendentes und spirituelles Erleben hervorbringen und stärken, etwa eine Verbundenheit mit allem Lebendigen oder mit einem göttlichen Prinzip.

Menschen unterscheiden sich darin, welche Aspekte der Sexualität für sie besonders wichtig sind und wie sie diese im Laufe ihres Lebens

gestalten. Eine erfüllende Sexualität ist keinesfalls nur den jungen, gesunden, schönen und fiten Menschen vorbehalten, auch wenn das in den Medien oft so erscheinen mag. Empirische Studien zeigen, dass Sexualität für die meisten Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg bedeutsam ist und diese Bedeutung auch im hohen und höchsten Lebensalter sowie bei kurz- oder langfristigem Pflegebedarf besteht.⁰³ Dabei gehören zum gewünschten sexuellen Ausdruck neben Selbstbefriedigung und Geschlechtsverkehr vor allem *Zärtlichkeit* wie Streicheln, Küssen, Umarmungen und Massagen, *Rituale*, wie in einem Bett schlafen, Händchen halten, sich hübsch machen, aber auch Schwärmereien, Flirts, Komplimente, *sexuelle und romantische Gespräche*, Bücher, Filme, Erinnerungen und Fantasien.

Die große Bedeutung selbstbestimmt ausgelebter Sexualität wird nicht zuletzt von der Weltgesundheitsorganisation anerkannt, indem sie Wohlbefinden als Teil der Gesundheit und sexuelles Wohlbefinden als ausdrücklichen Bestandteil sexueller Gesundheit definiert.⁰⁴ Sexuelle Gesundheit ist somit mehr als die Abwesenheit von sexuell übertragbaren Infektionen, sexuellen Funktionsstörungen, ungeplanten Schwangerschaften und sexueller Gewalt, sondern schließt das im Rahmen der Möglichkeiten erreichbare Höchstmaß an sexuellem Wohlbefinden mit ein.

WARUM MUSS SICH DIE PFLEGE UM SEXUELLES WOHLBEFINDEN KÜMMERN?

Menschen, die kurz- und insbesondere langfristig auf Pflege angewiesen sind, haben vor dem Hintergrund der international anerkannten Menschenrechte sowie der UN-Behindertenrechtskonvention – genau wie alle anderen Menschen auch – ein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und Teilhabe.⁰⁵ *Sexuelle Menschenrechte* beziehen sich dabei sowohl auf Schutzrechte als auch

auf Freiheitsrechte. Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen sind somit gefordert, für sexualfreundliche Rahmenbedingungen zu sorgen. Das bedeutet in der Theorie, dass Betreuten in der Pflege aktiv Möglichkeiten gegeben werden müssen, ihre Sexualitäten individuell selbstbestimmt auszuleben – das soll ohne Beeinträchtigung von Dritten geschehen, aber auch ohne Abwertung, Diskriminierung und moralische Sanktionierung durch Dritte.

Sex nicht als Tabu zu behandeln, sondern die professionelle Pflege bewusst an *sexualfreundlichen Werten* zu orientieren, ist durchaus mit kirchlichen, karitativen und humanistischen Werten vereinbar. Aktuelle Pflegekonzepte und Qualitätshandbücher von Einrichtungen der Behinderten- und Altenhilfe integrieren denn auch zunehmend sexualfreundliche Leitlinien zum Umgang mit Sexualität. So hält das „Qualitätshandbuch der Seniorenheime des Landkreises Oder-Spree“ (dort anzufordern) ausdrücklich die Rechte der Betreuten auf selbstbestimmte Sexualität fest, benennt dabei konkret unter anderem Selbstbefriedigung, gegen- und gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte, Pornografie und Sexualassistenz. Gleichzeitig wird detailliert festgelegt, dass und wie die Intim- und Privatsphäre der Betreuten zu achten und wie damit umzugehen ist, wenn Pflegehandlungen ungeplant sexuelle Erregung auslösen.

Auch die Pflegeforschung treibt die Enttabuisierung von Sexualität stark voran.⁰⁶ Dabei wer-

den übereinstimmend zwei Bündel von sexualbezogenen Ansprüchen pflegebedürftiger Menschen identifiziert. Diese decken sich mit den Forderungen, die in der politischen Alten- und Behindertenbewegung sowie in den entsprechenden Forschungsfeldern der Ageing Studies und der Disability Studies allesamt in einem menschenrechtsorientierten Rahmen formuliert werden.

Verbesserung der sexuellen Aufklärung und Beratung: Auch in einer medial scheinbar übersexualisierten Gesellschaft ist das Thematisieren individueller sexueller Erfahrungen und Bedürfnisse in allen gesellschaftlichen Bereichen nach wie vor ausgesprochen schwierig. Das betrifft auch Medizin und Pflege. Viele Menschen erhalten im Zuge von kurz- oder langfristiger Pflege bis heute nicht die notwendige sexualbezogene Aufklärung und Beratung. Egal ob es um Krebs oder Neurodermitis, um Depression oder Querschnittlähmung, um Autismus oder Risikoschwangerschaft, um Bluthochdruck, Diabetes oder Demenz geht: Welche Auswirkungen auf die Sexualität zu erwarten sind und wie mit diesen Effekten individuell sowie als Paar beziehungsweise als Familie erfolgreich umzugehen ist, welche Hilfsangebote es bei spezifischen sexuellen Problemen gibt, all das wird bis heute viel zu selten besprochen und/oder es fehlt der Zugang zu vorhandenen spezialisierten Sexualberatungsstellen. Dadurch entstehen vermeidbare Belastungen und Risiken und werden gleichzeitig Chancen auf sexuelles Wohlbefinden verpasst.

Verbesserung der praktischen Unterstützung für selbstbestimmtes Ausdrücken und Ausleben ihrer Sexualitäten: Insbesondere Menschen mit langfristigem Pflegebedarf sind in ihrer Autonomie im Alltag stark eingeschränkt. Ihre sexuelle Selbstbestimmung und Teilhabe wird wesentlich durch die Bedingungen der Pflege definiert und nicht selten begrenzt. Denn selbst wenn sie gut aufgeklärt sind, können sie sexuellen Aktivitäten meist nur nachgehen, wenn ihnen in Pflegekontexten auf Wunsch aktive Unterstützung zur Verfügung steht, etwa beim Zugang zu Hilfsmitteln, Räumen und

01 Menschen mit dauerhaftem Pflegebedarf sind vor allem Menschen mit schweren Behinderungen und Menschen mit starken altersbedingten Beeinträchtigungen. Diese Gruppen sind im Folgenden angesprochen. Nicht gemeint sind indessen Menschen mit Behinderungen oder mit hohem Lebensalter, die gar keinen Pflegebedarf haben.

02 Vgl. Uwe Sielert, Einführung in die Sexualpädagogik, Weinheim–Basel 2005.

03 Vgl. Erich Grond, Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können, Hannover 2011; Beate Schultze-Zehden, Sexualität im Alter, in: APuZ 4–5/2013, S. 53–56; Elaine White, Sexualität bei Menschen mit Demenz, Göttingen u. a. 2013.

04 Vgl. World Health Organization (WHO), Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28–31 January 2002, Geneva 2006 www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

05 Vgl. Julia Zinsmeister, Hat der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen?, in: Ulrike Lembke (Hrsg.), Regulierungen des Intimen. Sexualität und Recht im modernen Staat, Wiesbaden 2017, S. 71–93.

06 Vgl. Lieslot Mahieu/Chris Gastmans, Older Residents' Perspectives on Aged Sexuality in Institutionalized Elderly Care. A Systematic Literature Review, in: International Journal of Nursing Studies 12/2015, S. 1891–1905; Esther Wiskerke/Jill Manthorpe, Intimacy

Between Care Home Residents With Dementia. Findings From a Review of the Literature, in: Dementia 1/2019, S. 94–107; Grond (Anm. 3); Barbara Ortland, Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik, Stuttgart 2019; Ruth van der Vigh-Klufmann, (Kein) Sex im Altenheim? Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe, Hannover 2014; White (Anm. 3); Jens Clausen/Frank Herrath (Hrsg.), Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung, Stuttgart 2012.

Kontakten, und wenn gleichzeitig für Schutz vor sexueller Gewalt und Grenzüberschreitungen gesorgt wird.

SEXUALITÄT IN DER PFLEGE ALS GRENZÜBERSCHREITUNG

Zum Menschenrecht auf selbstbestimmte Sexualität gehören Schutzrechte. Im Kontext der Pflege geht es vor allem um zwei Aspekte von Schutz: um den Schutz vor sexueller Gewalt und um den Schutz Anderer vor eigenem sexuell unangemessenem Verhalten.

Schutz vor sexueller Gewalt

In der Pflege- und Gewaltforschung ist empirisch belegt, dass Menschen mit Pflegebedarf einem deutlich erhöhten Risiko sexueller Viktimisierung ausgesetzt sind. Das gilt in besonders starkem Maße für *Mädchen und Frauen* mit körperlichen und sogenannten geistigen Behinderungen: Sie werden zweibis dreimal so oft sexuell viktimisiert wie Frauen der Allgemeinbevölkerung.⁰⁷ Ältere Frauen sind ebenfalls oft sexueller Gewalt ausgesetzt.⁰⁸ Die ohnehin erhöhte sexuelle Viktimisierung verstärkt sich bei Frauen mit Pflegebedarf, da sie sich aufgrund ihrer Beeinträchtigungen oft besonders schlecht zur Wehr setzen können, da ihnen bei Übergriffen nicht immer geglaubt wird, und da sie sich durch die Pflegebedürftigkeit häufiger in Abhängigkeitsverhältnissen und vulnerablen Situationen befinden. Täter sind überwiegend Männer, meist aus dem sozialen Nahraum, etwa Familienmitglieder, Partner, Mitbewohner in der Einrichtung, Arbeitskollegen in der Werkstatt und Pflegekräfte.

Besonders vulnerabel sind zudem *Kinder und Jugendliche* mit Pflegebedarf sowie vermutlich auch *geschlechter-diverse Personen*. Auch wenn

07 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht, 20.2.2013, www.bmfsfj.de/blob/94206/1d3b0c4c545bfb04e28c1378141db65a/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf; Martina Puschke, Hat die UN-Behindertenrechtskonvention bewirkt, dass sexuelle Selbstbestimmung gelebt werden kann? Eine Annäherung aus Sicht von Frauen mit Behinderung, in: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2017, S. 10–13, <https://service.bzga.de/pdf.php?id=329b3d3103d482ff2ba9764b643b2fbb>

08 Vgl. Thomas Görgen et al., Sexuelle Viktimisierung im höheren Lebensalter in: Kriminalsoziologie und Rechtssoziologie 1/2006, S. 9–48.

Männer deutlich seltener sexuell viktimisiert werden als Frauen, berichten *Männer* mit Behinderungen in nennenswertem Umfang von widerfahrener sexueller Gewalt.⁰⁹ Zeitgemäße und gendersensible Schutzkonzepte sind für alle Pflegeeinrichtungen somit sehr wichtig.

Schutz Anderer vor eigenem sexuell unangemessenem Verhalten

Pflegebedürftige Menschen mit Entwicklungsstörungen und Lernschwierigkeiten haben häufig ein „normgerechtes“ Sexualverhalten nicht gelernt und fallen deswegen durch unangemessen erscheinendes Verhalten auf. Auch Menschen mit Demenzerkrankungen werden nicht selten als sexuell enthemmt wahrgenommen:¹⁰ Sie berühren Mitbewohner und Pflegenden gegen deren Willen sexuell, bewegen sich unbekleidet in der Öffentlichkeit, masturbieren auf dem Flur oder im Speisesaal. Hier geht es im Sinne von Prävention darum, eine angemessene Nähe-Distanz-Regulation zu erlernen, gemeinsame Hausregeln zu beschließen und durchzusetzen, das Pflegepersonal zu geeigneten Interventionen zu schulen. Eine pharmakologische Behandlung zur Unterdrückung von sexuell unangemessenem Verhalten ist grundsätzlich möglich, aber schlecht erforscht, birgt gesundheitliche Risiken und ethische Probleme, weshalb *nicht-medikamentöse Lösungen* wie das Erlernen angemessenen Sexualitätsausdrucks zu bevorzugen sind. Die Fachliteratur ist sich relativ einig in der Sichtweise, dass ein Eingreifen bei sexuell unangemessenem Verhalten pflegebedürftiger Menschen zu ihrem eigenen Schutz und zum Schutz Dritter vordringlich ist, aber nicht in die Unterdrückung jeglichen sexuellen Ausdrucks münden darf.

SEXUALITÄT IN DER PFLEGE ALS LEBENSLUST

Sexualität in der Pflege zu enttabuisieren und für besseren Schutz vor Grenzüberschreitungen und Gewalt zu sorgen, ist das eine. Aktiv für eine se-

09 Vgl. Ludger Jungnitz et al., Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Haushaltsbefragung. Abschlussbericht, 15.1.2013, www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb435.pdf;jsessionid=80B2AC9E818D0CABB63D2F67FC395626?__blob=publicationFile&v=2

10 Vgl. Grond (Anm. 3); Ortland (Anm. 6); Van der Vight-Klußmann (Anm. 6); White (Anm. 3).

sexualfreundliche Umgebung zu sorgen, in der sexuelle Bedürfnisse tatsächlich ausgedrückt und positiv im Sinne von Lebenslust ausgelebt werden können, ist das andere. Hier ist Assistenz gefordert, die im Pflegealltag ganz unterschiedliche Unterstützungsleistungen umfasst, und nicht gänzlich an externe Dienste ausgelagert werden kann.¹¹ Im Folgenden wird der Umgang mit vier sexuellen Freiheitsrechten von pflegebedürftigen Menschen skizziert: Recht auf Solosexualität, Recht auf Partnersexualität, Recht auf Vielfalt sexuellen Selbstausdrucks und Recht auf reproduktive Selbstbestimmung.

Recht auf Solosexualität

Solosexualität (Selbstbefriedigung, Masturbation) als lust- und liebevoller Umgang mit dem eigenen Körper und den eigenen sexuellen Gedanken und Gefühlen kann die eingangs beschriebenen Lust-, Identitäts- und Fruchtbarkeitsfunktionen von Sexualität erfüllen und über Erinnerungen und Fantasien indirekt auch die Beziehungsfunktion ansprechen.

In Pflegeeinrichtungen kann Solosexualität nur genossen werden, wenn die notwendigen *Rückzugsorte und -zeiten* im Pflegeplan berücksichtigt sind und gewünschte Hilfsmittel wie erotische und pornografische Materialien oder Sexspielzeuge beschafft und genutzt werden können. Im Sinne sexueller Selbstbestimmung sollten moralische Vorstellungen des Pflegepersonals nicht die Selbstbefriedigung der Gepflegten reglementieren, sofern diese in angemessenem Rahmen stattfindet. Sexualpädagogische Fachkräfte können hier begleitend tätig sein, die Pflegenden entlasten und mit den Gepflegten individuell passende Handlungsspielräume für die jeweiligen körperlichen Gegebenheiten erarbeiten.

Für Menschen, die körperlich nicht in der Lage sind, sich selbst sinnlich zu stimulieren oder zu befriedigen, kommen spezielle Assistenzkräfte und Assistenztechnologien infrage, um sexuelle Autonomie und Teilhabe zu sichern. So sind Fachkräfte für *Sexualbegleitung*¹² darauf spezialisiert, Menschen mit krankheits-, behinderungs-

oder altersbedingten Einschränkungen unmittelbar sinnliche und sexuelle Erfahrungen zu ermöglichen, dazu gehört auch die Anleitung und praktische Hilfestellung bei der Selbstbefriedigung. Die Forschung zu *sexuellen Assistenztechnologien* für Menschen mit Pflegebedarf, zu denen auch *Pflegeroboter* zählen könnten,¹³ steht noch ganz am Anfang.

Recht auf Partnersexualität

Bestehen für Menschen mit Pflegebedarf oftmals schon beträchtliche Hürden beim Ausleben von Solosexualität, so sind diese im Hinblick auf Partnersexualität meist noch sehr viel höher. Verschiedene Konstellationen sind zu unterscheiden, in denen Pflegekräfte gefragt sind, Barrieren und Hürden für die Betreuten aktiv abzubauen:¹⁴

Wenn der Pflegefall im Verlauf einer *bestehenden Partnerschaft* eintritt, geht es darum, dem Paar die notwendige Sexualberatung für die Anpassung an die neue Situation bereitzustellen und in der Einrichtung ungestörte Zweisamkeit zu ermöglichen (etwa ein Übernachtungsbesuch).

Für Menschen mit Pflegebedarf, die allein stehend sind (z.B. ältere Menschen nach Verwitwung; junge Menschen mit schweren Behinderungen), stellen *Wohnrichtungen und Werkstätten* meist die wichtigsten Kontaktmärkte dar. Einrichtungen müssen wiederum für ein sexualfreundliches Klima sorgen (z.B. Bereitstellung von Pflegedoppelbetten und von einem „Snoezelraum“, der für sinnliche Erfahrungen allein oder zu zweit eingerichtet ist). Gleichzeitig ist die Einvernehmlichkeit der sexuellen Kontakte sicherzustellen. Es gilt, das Pflegepersonal zu schulen und sexuelle Bildung und Beratung für die Gepflegten anzubieten. Außerhalb von Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe können, je nach geistigen und körperlichen Möglichkeiten, die *üblichen Wege der Offline- und Online-Partnersuche* beschritten werden, etwa über Tanzveranstaltungen, Singletreffs und Datingapps. Es gibt einige auf Menschen mit Beeinträchtigungen spezialisierte Online-Datingbörsen und Singletreffs.

Für Menschen mit Pflegebedarf, die sich dauerhaft keine sexuellen Kontakte organisieren kön-

¹¹ Vgl. Gudrun Jeschonnek, Welche sexualitätsbezogene Assistenz unterstützt?, in: Jens Clausen/Frank Herrath (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*, Stuttgart 2012, S. 222–238.

¹² Vgl. Gerhard Senf, Sexuelle Assistenz. Ein kontrovers diskutiertes Konzept, in: *Psychotherapie im Dialog* 2/2013, S. 68–71; Jeschonnek (Anm. 11).

¹³ Vgl. Nicola Döring, Sollten Pflegeroboter auch sexuelle Assistenzfunktionen bieten?, in: Oliver Bendel (Hrsg.), *Pflegeroboter*, Wiesbaden 2018, S. 249–267.

¹⁴ Vgl. Jeschonnek (Anm. 11).

nen, ist *Sexualbegleitung* eine Option.¹⁵ Fachkräfte werden unter anderem am Institut Selbstbestimmung Behinderter (ISBB) Trebel ausgebildet. Sexualbegleitung umfasst neben der oben angesprochenen Hilfe bei der sinnlichen und sexuellen Selbststimulation auch partnersexuelle Aktivitäten wie gemeinsames Nacktsein, Umrarmungen, Massagen und Streicheln. Geschlechtsverkehr ist aber in der Regel ausgeschlossen. Der Vorteil der Sexualbegleitung besteht darin, dass sie sich auf die Besonderheiten der jeweiligen Einschränkung einstellt, medizinische beziehungsweise pflegerische Kenntnisse mitbringt und zum sexuellen Empowerment beitragen will. Regelmäßige Besuche einer Sexualbegleitung können laut Praxiserfahrungen auf Menschen mit Pflegebedarf heilsam und beruhigend wirken und sexuell unangemessenes Verhalten reduzieren.

Manche Menschen mit Pflegebedarf bevorzugen anstelle von Sexualbegleitung die *reguläre Prostitution*. Die Branche wiederum stellt sich zunehmend auf den demografischen Wandel ein, akzeptiert Menschen mit Pflegebedarf und wirbt mit barrierefreien Tantra-Studios und Bordellen. Die Inanspruchnahme legaler Prostitution darf im Sinne gleichberechtigter sexueller Teilhabe Menschen mit Pflegebedarf nicht vorenthalten werden. Einrichtungen, Pflgeteams und pflegende Angehörige unterscheiden sich aber bislang stark darin, ob sie Besuche von Sexdienstleistenden erlauben beziehungsweise den Besuch entsprechender Betriebe unterstützen oder nicht. Dahinter stehen nicht selten infantilisierende Stereotype, denen gemäß Menschen im höheren Alter oder mit Behinderungen allenfalls ein Wunsch nach „Kuscheln“ zugestanden wird, nicht aber das Verlangen nach dem gesamten Spektrum sexueller Verhaltensweisen.¹⁶ Die Kontroverse darum, ob Prostitution generell als moralisch falsch und Ausdruck von Frauenunterdrückung einzuordnen ist, oder ob freiwillige Sexarbeit von Frauen, Männern und Trans*Personen als legitime Erwerbsarbeit anzuerkennen ist, beeinflusst ebenfalls die unterschiedlichen Haltungen innerhalb der professionellen und informellen Pflege.¹⁷

15 Vgl. Lothar Sandfort, Empowerment im Institut zur Selbstbestimmung Behinderter, in: Forum Sexuaufklärung und Familienplanung 1/2017, S. 14–17, <https://service.bzga.de/pdf.php?id=329b3d3103d482ff2ba9764b643b2fbb>; Senf (Anm. 12).

16 Vgl. Jeschonnek (Anm. 11).

17 Vgl. Nicola Döring, Prostitution in Deutschland. Eckdaten und Veränderungen durch das Internet, in: Zeitschrift für Sexualforschung 2/2014, S. 99–137; dies., Das neue Prostituiertenschutzgesetz. Wie

Recht auf Vielfalt sexuellen Selbstausdrucks

Wenn von sexualfreundlichen Bedingungen in der Pflege gesprochen wird, dann ist es wichtig, ein vielfältiges Bild von geschlechtlichen und sexuellen Identitäten vor Augen zu haben. Je nach kulturellem, religiösem, familiärem und lebensgeschichtlichem Hintergrund hat jeder Mensch ganz individuelle sexuelle Wünsche und Ausdrucksformen. Deswegen gilt es, bevormundende und rigide Vorstellungen von „richtiger Sexualität“ zu vermeiden.

Besondere sexuelle Vorlieben und Fetische, die manche Menschen ein Leben lang begleiten, sind auch bei Pflegebedürftigkeit (weiterhin) präsent. Sie sind aus menschenrechtlicher Perspektive anzuerkennen und nicht moralisch zu verurteilen. Während eine akzeptierende und unterstützende professionelle Haltung gegenüber ungewöhnlichen sexuellen Spielarten in Psychologie und Medizin inzwischen als *kink friendliness* beziehungsweise *kink awareness* eingefordert und gefördert wird,¹⁸ fehlt dieser wichtige Aspekt in der bisherigen Diskussion um Sexualität in der Pflege.

Die Pflegeprofession hat indessen bereits begonnen, Sexualität weiter zu denken als Heterosexualität und Cis-Geschlechtlichkeit und somit *queer friendliness* zu entwickeln: Lesbische, schwule, bisexuelle, trans* und intergeschlechtliche (LSBT*I) Menschen sind mit einem Bevölkerungsanteil von rund 10 Prozent eine nicht vernachlässigbare Bevölkerungsgruppe, die zudem besonders stark auf professionelle Pflege angewiesen ist.¹⁹ Deswegen gibt es nun die ersten *diversitätssensiblen Pflegeeinrichtungen*, in denen pflegebedürftige LSBT*I-Personen sich ganz selbstverständlich angenommen und zu Hause fühlen können. Die Schwulenberatung Berlin betreibt mit „Lebensort Vielfalt Charlottenburg“ und „Lebensort Vielfalt am Ostkreuz“ zwei Pflegeeinrichtungen in Berlin

ist es aus fachlichen Perspektiven zu beurteilen? Eine Einführung, in: Zeitschrift für Sexualforschung 1/2018, S. 44–56; Cecilia Benoit et al., „The Prostitution Problem“. Claims, Evidence, and Policy Outcomes, in: Archives of Sexual Behavior 2018 (online first).

18 Vgl. Jessica Waldura et al., Fifty Shades of Stigma. Exploring the Health Care Experiences of Kink-Oriented Patients, in: The Journal of Sexual Medicine 12/2016, S. 1918–1929.

19 Vgl. Ralf Lottmann/Ingrid Kollak, Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA, in: International Journal of Health Professions 1/2018, S. 53–63; Sabina Misoch, „Lesbian, gay & grey“. Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3/2017, S. 239–246.

für Schwule und Lesben und vergibt – nach entsprechender Begutachtung und Beratung – das „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“ an weitere Pflegeeinrichtungen, die diversitätssensibel arbeiten. Die Frankfurter „Initiative Regenbogenpflege“ ist ein weiteres Good-Practice-Beispiel für diversitätssensible Pflege, die bislang in Deutschland noch nicht flächendeckend zur Verfügung steht.

Recht auf reproduktive Selbstbestimmung

Zum Recht auf sexuelle Selbstbestimmung gehört aus menschenrechtlicher Perspektive auch das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung. Auch wenn dieses Menschenrecht durch die UN-Behindertenrechtskonvention nochmals ausdrücklich für alle Menschen bekräftigt wurde, wird Menschen mit Behinderungen selbstbestimmte Familienplanung sehr oft immer noch vorenthalten.²⁰ Nur wenige Einrichtungen der Behindertenhilfe unterstützen und beraten beim Auftreten eines Kinderwunsches in ausreichendem Maße und sind offen für die Betreuung von Schwangeren und Familien im Rahmen des Konzepts der *Begleiteten Elternschaft*, das in Deutschland seit mehr als 20 Jahren existiert.²¹

FAZIT UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE POLITIK

Sexualität in der Pflege hat sich in den vergangenen Jahren vom Tabu zu einem in Forschung, Praxis und breiter Öffentlichkeit immer stärker beachteten und differenzierter reflektierten Themengebiet entwickelt. Dass aus menschenrechtlicher Perspektive alle Menschen mit Pflegebedarf dieselben sexuellen Schutzrechte und dieselben sexuellen Freiheitsrechte genießen wie andere Menschen auch, ist heute unbestritten. Dennoch besteht die dringende Notwendigkeit, bei der demografisch wachsenden Gruppe von Menschen mit krankheits-, behinderungs- oder altersbedingtem Pflegebedarf mehr für den Schutz vor sexueller Gewalt und mehr für die Freiheit zu selbstbestimmtem und vielfältigem sexuellen Ausdruck zu tun. Hier-

für sind *nachhaltige und integrale Maßnahmen* bei den Diensten und Einrichtungen der Krankenpflege sowie der Alten- und Behindertenhilfe notwendig, und zwar auf drei Ebenen:²²

Die **Institution** muss für sich ein einrichtungsspezifisch ausgestaltetes, sexualfreundliches Leitbild und Konzept erarbeiten, das die sexuellen Schutz- und Freiheitsrechte der von ihr Betreuten gleichermaßen berücksichtigt. Reine Schutzkonzepte, die nur auf die Gewaltprävention ausgerichtet sind, greifen zu kurz. Zu fordern sind Konzepte, die den Schutz vor sexueller Gewalt mit dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung vereinen.²³ Bei der Konzeptentwicklung ist externe Expertise vor allem aus dem Bereich der Sexualpädagogik hinzuzuziehen. Der Prozess der Konzeptentwicklung ist partizipativ innerhalb der Einrichtung unter Mitwirkung aller Stakeholder-Gruppen zu gestalten. Für die Umsetzung des Konzepts ist die langfristige Zusammenarbeit mit externen lokalen Diensten der Sexualberatung, Sexualtherapie und Sexualbegleitung notwendig und auch eine entsprechende Struktur in der Einrichtung selbst zu schaffen, einschließlich enger Zusammenarbeit mit Angehörigen.

Professionell Pflegende benötigen ausreichende und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Fragen von Sexualität, damit sie ihre Moralvorstellungen und inneren Barrieren reflektieren lernen. Das wiederum ist notwendig, um die eigene Haltung zu klären, sexualfreundliche Handlungsweisen zu erlernen, sich selbst wahrnehmen und abgrenzen, und sich fachlich sicher zu fühlen. Zudem muss es in Supervisionen sowie in Team- und Fallbesprechungen regelmäßig die Gelegenheit geben, aufkommende sexuelle Fragen lösungsorientiert zu erörtern. Dabei geht es um die Fürsorge für die Gepflegten und einen respektvollen Umgang mit ihren sexuellen Grenzen und Bedürfnissen. Und es geht um die Selbstfürsorge der überwiegend weiblichen Pflegenden,

²⁰ Vgl. BMFSFJ (Anm. 7); Puschke (Anm. 7).

²¹ Vgl. Annette Vlasak, Sexuelle Selbstbestimmung – und dann? Mehr als 20 Jahre Begleitete Elternschaft in der Bundesrepublik Deutschland, in: Forum Sexuaufklärung und Familienplanung 1/2017, S. 26–28, <https://service.bzga.de/pdf.php?id=329b3d3103d482ff2ba9764b643b2fbb>.

²² Vgl. Ralf Specht, Hat die sexualfreundliche Zukunft schon begonnen?, in: Forum Sexuaufklärung und Familienplanung 1/2017, S. 6–9, <https://service.bzga.de/pdf.php?id=329b3d3103d482ff2ba9764b643b2fbb>.

²³ Vgl. Arbeitsgruppe 33 des Landespräventionsrates Schleswig-Holstein (Hrsg.), Handlungsleitlinien. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und der Schutz vor sexualisierter Gewalt für Menschen mit Behinderungen, „Art. 16 der UN Behindertenrechtskonvention endlich umsetzen!“, April 2019, www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/kriminalpraevention/Downloads/handlungsleitlinien_sexuelleSelbstbestimmung.pdf?__blob=publicationFile&v=5.

die sich im Pflegealltag nicht selten vor sexuellen Grenzverletzungen schützen müssen. Ein sexualfreundlicher Ansatz beachtet die Rechte aller Beteiligten und spielt sie nicht gegeneinander aus.

Menschen mit Pflegebedarf bedürfen im Sinne von Empowerment flächendeckender inklusiver sowie migrations-, kultur- und diversitätssensibler sexueller Bildung, um ihre individuellen sexuellen Anliegen artikulieren und vertreten zu können. Je nach Grad der vorliegenden Autonomieeinschränkungen brauchen Menschen mit Pflegebedarf zudem spezialisierte sexuelle Assistenzkräfte und Assistenztechnologien, um erzwungener sexueller Abstinenz zu entgehen. In Einrichtungen sollte es darüber hinaus Partizipationskonzepte geben, damit eine Mitbestimmung über sexuelle und sonstige Lebensbedingungen möglich ist und nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden wird.

Es besteht kein Zweifel, dass dieses Vorgehen zweckmäßig ist, im Einklang mit der Rechtslage und dem bisherigen Forschungsstand steht sowie bei Pflegenden und Gepflegten prinzipiell auf Zustimmung stößt. Ergänzend zu den genannten Veränderungen in der professionellen Pflege ist auch eine Verbesserung der Fortbildungs- und Beratungsinfrastruktur für *informell Pflegenden* notwendig, damit sie die Sexualitäten der von ihnen in häuslichen Settings Gepflegten sachgerecht begleiten können.

Politischer Gestaltungsbedarf besteht insofern, als all diese Maßnahmen nicht umsonst zu bekommen sind. Es müssen Rahmenbedingungen für die jeweilige *Finanzierung* in unterschiedlichen Politikfeldern geschaffen werden:

Institutionen sollten vor dem Hintergrund der sexuellen Schutz- und Freiheitsrechte pflegebedürftiger Menschen zur Entwicklung, Umsetzung und regelmäßigen Evaluierung eines jeweils einrichtungsspezifischen, umfassenden sexualpädagogischen Konzepts verpflichtet werden. Für diesen fortlaufenden Prozess, der Beratungen, Fortbildungen und Supervisionen einschließt, muss den Institutionen die entsprechende Finanzierung bereitgestellt werden.

Ausbildungsstätten und Hochschulen sollte es ermöglicht werden, das Thema Sexualität im Pflegekontext nachhaltig in den Rahmenlehr-

plänen für Pflegeberufe zu verankern. An Hochschulen muss zudem die Forschung in diesem Feld unterstützt werden, etwa durch Förderlinien für neue interdisziplinäre Professuren und Forschungsprojekte. Ein Ansatzpunkt ist die Schnittstelle von Sexual-, Pflege- und Technikforschung, beispielsweise für die menschengerechte Entwicklung sexueller Assistenztechnologien, die autonome Selbstbefriedigung ermöglichen und auch die Partnersexualität bei körperlichen Beeinträchtigungen unterstützen können.

Menschen mit Pflegebedarf sind zur Wahrnehmung ihrer sexuellen Schutz- und Freiheitsrechte auf umfassende *sexuelle Bildung* angewiesen. Der Zugang zu entsprechenden sexuellen Bildungsangeboten sowie zu sexuellen Beratungsangeboten muss dementsprechend organisatorisch und finanziell gesichert werden – und zwar unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in Einrichtungen leben. Regelmäßige aufsuchende Sexualberatung ist bei Weitem nicht überall selbstverständlich und muss finanziert werden. Über Sexualberatung hinaus benötigen Menschen mit Pflegebedarf zur tatsächlichen sexuellen Teilhabe entsprechende finanzielle Mittel, etwa um sich Angebote aus dem Bereich der Sexualtechnologien, der Sexualbegleitung oder Sexarbeit leisten zu können. Insbesondere bei Menschen, denen ohne sexuelle Assistenzkräfte oder Assistenztechnologien keinerlei autonome sexuelle Aktivität möglich ist, und die gleichzeitig nicht über ausreichende eigene finanzielle Mittel verfügen, bedeutet die bisherige Verweigerung jeglicher Kostenübernahme,²⁴ dass faktisch keine sexuelle Selbstbestimmung möglich ist. Auf der Basis der Menschen- und Grundrechte lässt sich indessen durchaus eine staatliche Gewährleistungspflicht und *Grundsicherung für sexualbezogene Ausgaben* rechtlich ableiten.²⁵

Trotz knapper öffentlicher Kassen und drohendem Pflegenotstand darf Sexualität in der Pflege nicht verdrängt oder als vermeintliches „Luxusproblem“ abgetan werden. Denn: „Sex ist mehr als Sex“: Sexualität berührt mit ihren Lust-, Beziehungs-, Identitäts- und Fruchtbarkeitsdimensionen zentrale Aspekte des Menschseins und der Lebensqualität.

NICOLA DÖRING

ist Professorin am Institut für Medien und Kommunikationswissenschaft der Technischen Universität Ilmenau.

nicola.doering@tu-ilmenau.de

²⁴ Vgl. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, Sexualassistenten für Menschen mit Behinderungen, Berlin 2018, www.bundestag.de/resource/blob/559826/06db0317f5a4a17221c4e1d374c87773/wd-6-052-18-pdf-data.pdf.

²⁵ Vgl. Zinsmeister (Anm. 5).

„DIENSTLEISTUNGSSYSTEM ALTENHILFE“ IM UMBRUCH

Arbeitspolitische Spannungsfelder und Herausforderungen

Michaela Evans · Christine Ludwig

Das „Dienstleistungssystem Altenhilfe“ ist im Umbruch. Die gegenwärtige Debatte zur Zukunft der Arbeit in der Altenpflege bleibt jedoch, so die These dieses Beitrags, häufig in der Fortschreibung tradierter Einsatz- und Berufsfelder, Aufgaben- und Tätigkeitsprofile verhaftet. In der Praxis differenzieren sich pflegerische, vorpflegerische und präventiv orientierte Leistungsfelder aus, gewinnen neue Berufe, Kompetenz- und Qualifikationsprofile an Bedeutung und verbreitet sich die digitale Techniknutzung. Im Folgenden wird zunächst der konzeptionelle Zugang zum „Dienstleistungssystem Altenhilfe“ erläutert. Die Altenhilfe ist nicht nur ein sozial-, sondern auch ein wirtschafts- und beschäftigungsinvestives Feld, in dem nach intelligenteren Wegen der Versorgungs- und Arbeitsorganisation vor Ort gesucht wird. Auch aktuelle gesundheits- und pflegepolitische Reformen befördern neue Versorgungs-, Arbeits- und Produktivitätsarrangements, die zur Entgrenzung der Altenpflege in Richtung eines erweiterten Dienstleistungssystems Altenhilfe beitragen. Diese Entwicklung wird bislang nur unzureichend in ihren arbeitspolitischen Herausforderungen reflektiert. Ausgehend hiervon werden im Beitrag sich abzeichnende Spannungsfelder zwischen Pflege-, Professions- und Tarifpolitik thematisiert. Im Ausblick werden künftige Anforderungen an einen arbeitspolitischen Gestaltungspfad skizziert.

ERWEITERTE UND NEUE BEDARFE

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland steigt. Sowohl der demografische Faktor als auch die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes führen zu einer Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises. Pflegephasen werden kürzer, aber intensiver. Die

Anforderungen in der professionellen Langzeitpflege steigen durch chronische und multimorbide Krankheitsbilder sowie durch demenzielle Erkrankungen.⁰¹ Konstituierend für Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist, dass diese primär *ergänzend* zu familiären, nachbarschaftlichen oder ehrenamtlichen Hilfen ausgerichtet sind.⁰² Mittelfristig ist gleichwohl mit einem steigenden Bedarf an professionellen Pflegeleistungen zu rechnen. Zudem verändern sich die Bedürfnisse der Menschen an Unterstützung, Begleitung und Versorgungssicherheit im Alter. Ausdruck dieses Wandels ist etwa der Wunsch nach vorpflegerischen und alltagsunterstützenden Hilfen, nach mehr Koordination und Vernetzung professioneller Unterstützungsangebote und der Wunsch nach gemeinschaftlichen Aktivitäten.⁰³ Kritiker*innen bezweifeln, dass selbst gut organisierte soziale oder nachbarschaftliche Netzwerke die wegbrechenden familiären Unterstützungsstrukturen künftig ersetzen können. Damit wandelt sich auch die Funktion professioneller und erwerbsförmig organisierter Dienstleistungen rund um die Pflege.

Es geht nicht nur um eine Absicherung des „Risikos Pflegebedürftigkeit“ im Sinne kompensatorischer Unterstützung, sondern um die existenzielle Sicherung des Lebens im Alter: um die Weiterentwicklung vorhandener Infrastrukturen lokaler Daseinsvorsorge, um die Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Versorgungsvertrauen. Damit geht es nicht nur um *Altenpflege*, sondern um *Altenhilfe* mit ihren vielfältigen direkten und indirekten Unterstützungsdiensten. Denn Altenhilfe zielt darauf, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“.⁰⁴ Ziel ist die Verbesserung der Lebens- und Versorgungsverhältnisse älterer Men-

schen und ihrer Angehörigen, mehr Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigen und die Förderung sozialer Teilhabe.

KNAPPER „FAKTOR ARBEIT“

Diese Bedarfsausweitung vollzieht sich vor dem Hintergrund eines Arbeitsmarktes, der in den vergangenen Jahren durch drei zentrale Entwicklungen geprägt war. *Erstens* führte der steigende Bedarf an Fach- und Arbeitskräften im Umfeld der Altenhilfe im Vergleich zu anderen Branchen zu überdurchschnittlichen Beschäftigungszuwächsen. *Zweitens* wird zunehmend deutlich, dass Fach- und Arbeitskräfte für die Altenhilfe fehlen, wobei sich die Knappheit in den vergangenen Jahren noch einmal deutlich verschärft hat.⁰⁵ So ist es nicht unüblich, wenn Pflegeeinrichtungen mittlerweile hohe An- und Abwerbepremien für Fachkräfte zahlen. *Drittens* kommt hinzu, dass für eine Tätigkeit in der Altenhilfe mittlerweile alternative Beschäftigungsoptionen existieren: Leiharbeit, Soloselbstständigkeit, Arbeit als Kleinstunternehmer*in oder bei Plattformdiensten gehören vor allem für Pflege(fach)kräfte in dieses Spektrum.⁰⁶

Die steigenden und zunehmend komplexeren Versorgungsanforderungen in Kombination mit dem knappen „Faktor Arbeit“ ist in vielen Einrichtungen bereits durch Arbeitsverdichtung, unfreiwillige Mehrarbeit und steigende Arbeitsbelastungen spürbar. Die Versorgung, Betreuung und Begleitung älterer Menschen ist eine personalintensive Interaktionsarbeit, rund 80 Prozent der Gesamtkosten von Pflegeeinrichtungen entfallen auf die Personalkosten. Aktuelle Reformen drehen sich damit im Kern um die Frage, wie verfügbare Personalkapazitäten künftig besser eingesetzt werden können, die Arbeitsqualität verbessert und gleichzeitig erhebliche finanzielle Mehrbelastun-

gen für die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die öffentlichen Haushalte vermieden werden können. Nicht zuletzt das „Trilemma der Dienstleistungsökonomie“⁰⁷ verweist darauf, dass die gleichwertige und gleichrangige Verfolgung der volkswirtschaftlichen Ziele Haushaltsdisziplin, Beschäftigungswachstum und Gleichheit der Einkommens- und Arbeitsbedingungen in der Dienstleistungsökonomie in einem Spannungsverhältnis stehen. Selbst wenn es künftig gelingt, mehr Personal verfügbar zu haben, und mehr öffentliche sowie private Mittel für die Altenhilfe investiert werden, bleiben die Ressourcen begrenzt. Es gilt also, die Versorgungs- und Arbeitsqualität zu erhöhen, neue attraktive Beschäftigungsoptionen zu schaffen und dabei öffentliche und private Mittel gleichermaßen verantwortungsvoll einzusetzen.

RE-ORGANISATION UND NEUKOMBINATION

Die veränderten Bedarfe und Gestaltungsherausforderungen lenken den Blick auf jene Transformationsprozesse, die sich im Dienstleistungssystem Altenhilfe *insgesamt* abzeichnen: Neue Leistungsfelder und Kapitalstrukturen,⁰⁸ der Wandel von Beschäftigungs- und Personaleinsatzkonzepten, die Ausdifferenzierung von Arbeits-, Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern sowie ein veränderter Technikeinsatz. Dies lässt sich als Re-Organisation und Neukombination (potenziell) verfügbarer Produktionsfaktoren und -ressourcen fassen, die zur Erstellung von Dienstleistungen für und mit älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen erforderlich sind. Diese Neukombination ist sowohl eine sozioökonomische Herausforderung als auch eine Chance:

Ein leistungsfähiges Dienstleistungssystem Altenhilfe ist mehr als der „soziale Air Bag“⁰⁹ der Gesellschaft. Sie erzielt nachweisbar

01 Vgl. Antje Schwinger/Chrysanthi Tsiasioti, Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Klaus Jacobs et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2018, Berlin 2018, S. 173–204.

02 § 4 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

03 Vgl. Techniker Krankenkasse Meinungspuls Pflege 2018, S. 34, www.tk.de/resource/blob/2042934/1a33145a8bb25620103fcd4d64316f75/studienband-meinungspuls-pflege-2018-data.pdf.

04 § 71 Abs. 1 SGB XI.

05 Vgl. Bundesagentur für Arbeit, Berichte, Blickpunkt Arbeitsmarkt. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Mai 2019.

06 Vgl. Lena Schürmann/Claudia Gather, Pflegearbeit im Wandel, in: Andrea D. Bührmann/Uwe Fachinger/Eva M. Welskop-Deffaa (Hrsg.), Hybride Erwerbsformen, Wiesbaden 2018, S. 157–187.

07 Torben Iversen/Anne Wren, Equality, Employment, and Budgetary Restraint: The Trilemma of the Service Economy, in: *World Politics* 4/1998, S. 507–546.

08 So haben Private-Equity-Unternehmen die stationäre Langzeitpflege in Deutschland als Investitionsfeld entdeckt. Vgl. Christoph Scheuplein/Michaela Evans/Sebastian Merkel, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Institut Arbeit und Technik (IAT), IAT Discussion Paper 1/2019.

09 Luise Gubitzer/Katharina Mader, Care-Ökonomie. Ihre theoretische Verortung und Weiterentwicklung, in: *Kurswechsel* 4/2011, S. 7–21.

gesellschaftliche und wirtschaftliche Mehrwerte,¹⁰ entlastet und unterstützt Versorgungsprozesse anderer Gesundheitseinrichtungen, hilft erwerbstätigen pflegenden Angehörigen und senkt betriebliche Folgekosten an der Schnittstelle Pflege/Beruf.

Die Altenhilfe ist kein Kostgänger der Wirtschaft, sondern ein **soziales wie wirtschaftliches Investitionsfeld**. Steigende Leistungsanforderungen unter knappen Ressourcen erfordern es, das Dienstleistungssystem Altenhilfe in seinen Strukturen, Angeboten und Leistungsprozessen neu zu denken und zu organisieren. Dabei geht es einerseits darum, stärker am individuellen Bedarf ausgerichtete Versorgungskonzepte vorzuhalten. Andererseits müssen durch Leistungskombinationen, durch neue Wege der Arbeitsorganisation und des Kompetenz- und Technikeinsatzes ungenutzte Produktivitätsreserven für Versorgungs- und Arbeitsinnovationen erschlossen werden.

Eine grundlegende Herausforderung besteht darin, das pflegepolitische **Ziel einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Infrastruktur Altenhilfe in Einklang mit nachhaltigen Beschäftigungsperspektiven und guten Einkommens- und Arbeitsbedingungen** zu bringen. Arbeits- und Ausbildungsqualität, Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsperspektiven in der Altenhilfe müssen künftig als zentrale Determinanten der Re-Organisation gedacht werden. Produktivitätsreserven können nicht länger als Strategie der Arbeitsverdichtung, sondern nur als intelligenter und qualitätssteigernde Versorgungs- und Arbeitskonzepte realisiert werden.

IMPLIKATIONEN AKTUELLER REFORMEN

Reformpolitiken und Anbieterstrategien haben den Umbau des Dienstleistungssystems Altenhilfe befördert. Beispiele hierfür sind die Erschließung neuer (quartiersnaher) Versorgungs- und Leistungsangebote, die Ausweitung von Kurzzeit- und Tagespflegeangeboten und speziellen Betreuungsangeboten in der Palliativ- und Demenzversorgung. Neue Anbieter kamen auf den Markt, und digitale Dienstleistungsplattformen rund um Unterstützungsdienste für das Leben im Alter gewannen an

Bedeutung. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ wurde kürzlich eine Reihe von Maßnahmen vereinbart, die sowohl die Versorgungssituation verbessern als auch die Arbeit in der Altenhilfe aufwerten sollen.¹¹ So wichtig diese Maßnahmen auch sind, letztlich greifen auch sie die sich abzeichnenden Umbrüche, Gestaltungsherausforderungen und -chancen nur begrenzt auf. Im Folgenden wird an ausgewählten Beispielen explorativ erläutert, wo sich in der gegenwärtigen Reformpolitik Hinweise auf künftige Entwicklungspfade des Dienstleistungssystems Altenhilfe andeuten.

Neue Beratungs- und Unterstützungsangebote jenseits von Pflege: Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden erstmals reine Betreuungsdienste für die Leistungserbringung in der ambulanten Pflege zugelassen. Ziel ist es, die häusliche Versorgung zu verbessern und auch neue Berufsgruppen für die vorpflegerische Versorgung zu erschließen. Diese Dienste zielen etwa auf Hilfen bei der Haushaltsführung, auf häusliche Betreuungsleistungen, gedächtnisfördernde Beschäftigung oder die Begleitung bei Behörden- und Spaziergängen. Neue Leistungsfelder entstehen, die stärker auf präventive, vorpflegerische und unterstützende Dienste ausgerichtet sein werden. Dies ermöglicht den Pflegeanbietern eine Ausdifferenzierung ihres Leistungsspektrums, das auch zu neuen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern für die Beschäftigten führen wird. Anstelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft können bei reinen Betreuungsdiensten anderweitig qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte eingesetzt werden. Erwartet werden kann, dass damit auch neue Anbieter*innen, Berufsgruppen und Kompetenzprofile (wie Plattformdienste, Medizinische Fachangestellte, Case-Manager*innen) die Altenhilfe vor Ort prägen werden.

Diversifizierte Qualifikationen und Aufgaben: Eine andere Entwicklung wird durch die Reform der beruflichen Bildung in den Pflegeberufen befördert. Mit dem Pflegeberufereformgesetz wurde nicht nur die fachschulische Berufsausbildung novelliert, sondern auch die hochschulische primärqualifizierende Pflegeausbildung gestärkt. Sowohl für die „Pflegefachmänner/Pflegefachfrauen“ als auch für die akademisch qualifizierten Bachelorabsolventen*innen bestehen künftig erweiter-

¹⁰ Vgl. Ena Pervan/Christian Schober/Claudia Müller, Studie zum gesellschaftlichen Mehrwert der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark mittels einer SROI-Analyse, Wien 2015.

¹¹ Vgl. den Abschlussbericht unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf.

te berufliche Wahlmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Einsatz- und Aufgabenfelder. Das Gesetz behält Pflegefachmännern/Pflegefachfrauen zudem Tätigkeiten vor, insbesondere die Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen. Nach zwei Dritteln der Ausbildung erfolgt eine Zwischenprüfung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes, deren Bestehen die Länder als vergleichbar mit einem Abschluss als Pflegeassistentin anerkennen können. Im Zusammenspiel mit neuen Leistungsangeboten sind von diesen Entwicklungen erhebliche Veränderungen in den betrieblichen Beschäftigungs- und Qualifikationsstrukturen sowie hinsichtlich der berufs- und qualifikationsspezifischen Aufgaben- und Tätigkeitsprofile zu erwarten.

Investitionen in Digitalisierung: Ein weiterer Schwerpunkt der aktuellen Gesundheits- und Pflegepolitik sind Versorgungsinnovationen durch Digitalisierung. Das Digitale Versorgungsgesetz (DVG), das derzeit im Regierungsentwurf vorliegt, soll den Einsatz digitaler Technik im Kontext innovativer Versorgungsformen auch in der Altenhilfe stärken. Unter anderem geht es darum, digitale Gesundheitsanwendungen (etwa Apps) und digitale Technikanwendungen (wie Dokumentation durch Spracherkennung, Assistenzsysteme, Rehabilitationsrobotik, ambulante und individualisierte Trainingsprogramme zur Pflegeprävention) zügig in die Versorgung zu bringen, Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur einzubinden sowie die Anwendung von Telemedizin, Telekonsilen und Videosprechstunden zu erleichtern. Leistungsprozesse sollen besser erfasst, Verwaltungsprozesse vereinfacht und den Krankenkassen mehr Möglichkeiten zur Finanzierung digitaler Innovationen gegeben werden. Damit digitale Technik in der Versorgung finanzierbar wird, zielt das Reformvorhaben nicht nur darauf, technologische Innovationen zu befördern, sondern hierfür auch neue Kapitalquellen und Kapitalbeteiligungen zu erschließen.

SPANNUNGSFELDER

Die skizzierten Reformen sind auf teilweise unterschiedliche Zielsetzungen zurückzuführen, werden in unterschiedlichen Kontexten von jeweils unterschiedlichen Akteuren vorangetrieben und folgen damit teilweise auch unterschiedlichen Logiken. Nicht zuletzt deshalb werden die politischen Reformen häufig als weitgehend voneinander entkoppelt wahrgenommen. Die Altenhilfe ist

eingebettet in ein System politisch-verbandlicher Regulierung einerseits und marktwirtschaftlich-wettbewerblicher Steuerung andererseits, mit vielfältigen Arenen zur Aushandlung pflege-, professions- und tarifpolitischer Normen. Im Gegensatz zu anderen Branchen ist die Altenhilfe durch ein sehr zersplittertes System von Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen geprägt.¹² So existieren traditionell mehrere Arbeit- und Dienstgeberverbände und auch vielfältige Interessenvertretungsorganisationen für die beruflich Pflegenden. Erst kürzlich erfolgte mit der Gründung der Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) ein erster wichtiger Schritt zu einer gemeinsamen Interessenorganisation der Arbeitgeber*innen in der Altenhilfe. Für die Interessenorganisation der Arbeitnehmer*innen ist das Neben- und zum Teil auch Gegeneinander von Gewerkschaften, Berufsverbänden und neuerdings auch Kammerorganisationen eine große Herausforderung.¹³ Prägend für die Altenhilfe sind damit unvollendete arbeitspolitische Governancestrukturen, in denen soziale und wirtschaftliche Veränderungen kaum integriert gestalten werden können. Welche Spannungsfelder zwischen Pflege-, Professions- und Tarifpolitik zeichnen sich nun vor diesem Hintergrund ab?

Im Juni 2019 hat das Bundeskabinett ein Gesetz für **höhere Löhne** in der Alten- und Krankenpflege auf den Weg gebracht, das einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag oder alternativ einen mehrstufigen Mindestlohn in der Pflegebranche ermöglichen soll. Durch die Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung führen Lohnerhöhungen bisher zu steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Den Interessen der Beschäftigten stehen also unter anderem die Interessen der Klient*innen an bezahlbaren Angeboten, die Interessen der Sozialhilfeträger an möglichst geringen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege sowie das Ziel der Beitragssatzstabilität für alle Versicherten und der Finanzstabilität öffentlicher Haushalte gegenüber. Auffällig ist, dass höhere öffentliche Investitionen zur Refinanzierung der Löhne primär als Kostenfaktor und weniger als sozial- und wirtschaftsinvestive Chan-

¹² Vgl. Michaela Evans, *Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel*, WISO-Diskurs 23/2016.

¹³ Vgl. Wolfgang Schroeder, *Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation*, Wiesbaden 2018; Michaela Evans/Christine Ludwig, *Zwischen Klasse, Profession und Betrieb – Herausforderungen der Interessenorganisation und -vermittlung in der Altenpflege*, in: Olivia Dibelius/Gudrun Piechotta-Henze (Hrsg.), *Plädoyer für eine menschenrechtsbasierte Pflege* (i. E.).

ce debattiert werden. Kritisiert wird zudem, dass das Gesetz nicht mit der Tarifautonomie vereinbar sei. Da es jedoch in der Altenhilfe bis dato keine integrierten Verhandlungsstrukturen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften jenseits der Pflege-mindestlohnkommission gab, muss über eine ordnungspolitische Stärkung der Tarifpolitik in diesem Feld erst einmal die Grundlage für eine funktionsfähige Tarifautonomie geschaffen werden.¹⁴

Im Gesetzgebungsverfahren zur **Pflegeberufereform** konnten einzelne Berufs-, Fach- und Arbeitgeberverbände für die Altenhilfe politisch durchsetzen, dass es zunächst (nach sechs Jahren wird evaluiert) neben dem generalistischen Abschluss weiterhin die Abschlüsse in der Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege geben wird. Als Argument für den Erhalt der Altenpflegeausbildung wurde unter anderem genannt, dass es das spezifisch sozialpflegerische Profil gegenüber einer stärker medizinisch orientierten Pflege zu erhalten gelte. 2018 wurde das Gesetz durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung konkretisiert, die für den Altenpflegeabschluss im Ergebnis jedoch ein niedrigeres Kompetenzniveau vorsieht als für den generalistischen Abschluss. Mit Blick auf die Arbeitsmarktchancen erscheint es angesichts des sektorenübergreifenden Fachkräftemangels klüger, den generalistischen Abschluss zu erwerben. Kritisiert wurde, dass sich das Interesse der Arbeitgeber an günstigeren Fachkräften gegen die Professionalisierungserfordernisse des Berufes durchgesetzt habe.¹⁵ Zurzeit verdienen Pflegefachkräfte im Pflegeheim im Median zudem 400 bis 800 Euro brutto weniger als ihre Berufskolleg*innen im Krankenhaus.¹⁶ Ob sich die Altenhilfe im Fach- und Arbeitskräftewettbewerb künftig behaupten kann, hängt nun entscheidend davon ab, wie es gelingt, ein erweitertes Leistungsportfolio mit neuen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern, beruflichen Entwicklungschancen und attraktiven Verdienstmöglichkeiten zu kombinieren.

Bis Mitte 2020 soll ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur **einheitlichen Bemessung**

des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden. Das Instrument soll die einheitlich geltende Fachkraftquote durch einrichtungsspezifische, von den Bedarfen der jeweiligen Bewohner*innen abhängige Personalmixe ersetzen. Die einrichtungsspezifische Anpassung ermöglicht ein Algorithmus, der die notwendige Personalausstattung ermittelt.¹⁷ Hier wird es darauf ankommen, die Folgen eines neuen Personalmixes für Versorgungs- und Arbeitsqualität sowie für berufliche Einstiegs- und Entwicklungschancen zu erfassen. Mit Blick auf tarifpolitische Aufwertungsstrategien ist relevant, wie sich künftig Lohnentwicklung, -niveau und -verteilung in der Altenhilfe angesichts neuer Personalmixe darstellen werden.

Angesichts der skizzierten Umbrüche im System Altenhilfe ist eine arbeits- und tarifpolitische Fokussierung auf Pflege(fach)kräfte alleine nicht ausreichend. Mit Blick auf arbeitspolitische Strategien muss über tradierte Einrichtungs-, Berufs- und Tätigkeitsfelder hinausgedacht werden. Die Chance ist, dass durch die **Erschließung neuer Aufgaben- und Tätigkeitsfelder** im präventiven, vorpflegerischen und häuslichen Bereich eine arbeits- und tarifpolitische Aufwertung der Altenhilfe in der Fläche sinnvoll unterstützt und neue Existenz- und berufliche Entwicklungsperspektiven eröffnet werden können. Dies erfordert aber auch, neue Modelle der Arbeitsorganisation und Qualifikationsmixe im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Arbeitsqualität und Produktivität valide zu erfassen. Zudem gilt es, Tendenzen der (De-)Professionalisierung, der Auf- und Abwertung im Kontext betrieblicher und beruflicher Arbeitsmärkte zu analysieren.

Investitionen in die **digitale Gesundheitsversorgung** werden die Transformation der Altenhilfe in den nächsten Jahren weiter beschleunigen. Diese Entwicklung wird stark von den Absatzchancen der industriellen Gesundheitswirtschaft, von branchenspezifischen und durchsetzungsstarken IT-Verbänden, von Kostenträgern sowie von professionsspezifischen Interessen jenseits der Pflege getrieben. Zweifellos liegt in der digitalen Techniknutzung die Chance, Produktivität und Qualität in der Versorgung zu erhöhen, Arbeit zu entlasten und Fachlichkeit im Arbeitsprozess zu stärken. Nicht zuletzt das DVG wird in der Altenhilfe einen Digitalisierungsschub befördern. Umso erstaunlicher ist jedoch,

¹⁴ Vgl. Internationale Arbeitsorganisation, Übereinkommen 98, Genf 1949, Artikel 4.

¹⁵ Vgl. Deutscher Pflegerat, Pressemitteilung, 24. 9. 2018, <https://deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2121.php>.

¹⁶ Vgl. Michaela Evans/Christine Ludwig, Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung. Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie“ in der Altenpflege, Hans-Böckler-Stiftung/Forschungsförderung Working Paper 128/2019, S. 34 f.

¹⁷ Vgl. Heinz Rothgang, Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen. Einheitliche Bemessung, in: Ersatzkasse Magazin 3–4/2018, S. 27–30.

dass etwa bei den geplanten „Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur“ die beruflich verfasste Pflege jenseits der politischen Ebene derzeit keine Rolle spielt. So gilt für eine Förderung die Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik (hier ist die beruflich organisierte Pflege bislang nicht vertreten) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und umzusetzen sind.

Aus Technikeinsatz an sich erwächst noch kein Qualitäts-, Produktivitäts- oder Aufwertungsargument. Arbeit in der Altenhilfe ist personalintensiv und durch interaktive Arbeit geprägt. Wie sich hier künftig das **Zusammenspiel von Mensch und Maschine** darstellen wird, ist ein gesellschaftlicher, fachlicher und politischer Aushandlungsprozess, der von Erfahrungen in betrieblichen Experimentierräumen profitieren kann. Es gilt, die Auswirkungen auf die berufliche Identität, auf kompetenzspezifische Aufgaben- und Tätigkeitsprofile, auf Löhne und auf die Interessenorganisation beruflich Pflegenden zu erfassen. Insbesondere dann, wenn – so das in Fachkreisen diskutierte Szenario – Fachkräfte in der Altenhilfe zunehmend technischgestützt organisierende, steuernde und kontrollierende Aufgaben und Entscheidungen übernehmen, während sozial-pflegerische Tätigkeitsanteile am Menschen von geringer qualifizierten Pflegekräften oder anderen Berufsgruppen übernommen werden. Hier kann digitale Technik die Funktion eines arbeits- und tarifpolitischen Katalysators haben. Die (digital gestützte) Aufspaltung der pflegerischen Arbeitsabläufe in Tätigkeiten, die von unterschiedlich qualifizierten Berufsgruppen übernommen werden, erscheint vielen Akteuren nach wie vor als (betriebswirtschaftlich) vernünftig. Aus pflegeprofessioneller Perspektive wurde lange Zeit in erster Linie der Verlust der Ganzheitlichkeit des Pflegeprozesses kritisiert. Vor dem Hintergrund steuernder Vorbehaltsaufgaben für höherqualifizierte Pflegefachkräfte rückt nun stärker in den Blick, dass eine digital gestützte Re-Organisation von Arbeitsprozessen, Qualifikations- und Tätigkeitsprofilen eine neue Ungleichheit innerhalb der Profession Pflege befördern beziehungsweise bestehende Ungleichheiten verstärken kann.

ANFORDERUNGEN ARBEITSPOLITISCHER GESTALTUNG

Die Altenhilfe ist ein gesellschaftliches und wirtschaftliches Investitionsfeld mit Zukunft, das

künftig Produktivitätsfortschritte mit messbaren Verbesserungen für die Versorgungs- und Arbeitsqualität verbinden muss. Arbeitspolitische Strategien dürfen nicht nur die Situation in den Einrichtungen selbst thematisieren, sondern müssen auch Umbrüche im Dienstleistungssystem Altenhilfe insgesamt reflektieren. Veränderungen des Leistungsprofils sind in ihren Auswirkungen auf das Berufs-, Qualifikations- und Tätigkeitsgefüge zu analysieren. Dies gilt nicht nur mit Blick auf qualifikationsbezogene Auf- beziehungsweise Abwertungsszenarien, sondern auch hinsichtlich der lohnpolitischen Folgen. Der Umbau des Dienstleistungssystems Altenhilfe erfolgt auch jenseits der Pflegeberufe, womit sich das Feld relevanter Berufe und Qualifikationsprofile erweitert. Digitale Technik wird insgesamt zu einem Treiber und Katalysator für neue Leistungsfelder, Arbeitsorganisations- und Personaleinsatzkonzepte. Hier bedarf es einer arbeitspolitischen Nutzenbilanz. Dies erfordert auch Instrumente zur Wirkungsmessung, um den Diskurs über alternative Gestaltungsoptionen fachlich zu unterfüttern und praxisrelevantes Orientierungswissen für Betriebs- und Sozialpartner und zentrale Branchenakteure liefern zu können. Unstrittig ist, dass angesichts von Fach- und Arbeitskräfteengpässen und diversifizierten Versorgungsbedarfen Versorgungs- und Arbeitsqualität zentrale Determinanten der Umgestaltung des Dienstleistungssystems Altenhilfe sind. Ein solcher Modernisierungskurs ist eine große Chance für die Altenhilfe, sich in der vernetzten Versorgung mit attraktiven Aufgabenfeldern und Berufsprofilen zu positionieren. Voraussetzung hierfür ist ein organisierter Zukunftsdialog, der auf betrieblicher wie überbetrieblicher Ebene auch die Stärkung betriebs- und sozialpartnerschaftlicher Gestaltungskapazitäten fokussiert.

MICHAELA EVANS

ist Direktorin des Forschungsschwerpunktes „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen.
evans@iat.eu

CHRISTINE LUDWIG

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsschwerpunkt „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen.
ludwig@iat.eu

KEIN SCHATTENDASEIN MEHR

Entwicklungen auf dem Markt für „24-Stunden-Pflege“

Verena Rossow · Simone Leiber

„Magda macht das schon“ ist der Titel einer von RTL ausgestrahlten Fernseh-Soap, die die alltäglichen Probleme einer im Haushalt arbeitenden polnischstämmigen Pflege- und Betreuungskraft aufgreift. Als Unterhaltungsformat funktioniert das deswegen, weil vermutlich jedem/r ZuschauerIn die angesprochene Form der Pflege- und Betreuungsarbeit durch „Polinnen“ (auch „24-Stunden-Pflege“ genannt) ohnehin bekannt ist. Damit kann die Serie, ebenso wie die Tatsache, dass die Institution Stiftung Warentest Vermittlungsdienstleister in diesem Bereich testet,⁰¹ als Ausdruck einer Etablierung eines Phänomens gewertet werden, das bis heute rechtlich nicht eindeutig geregelt ist und somit im „grauen“ Bereich zwischen einem Schwarzmarkt und legalen Angeboten existiert. Dieser Beitrag bietet auf der Basis einer Literaturanalyse sowie des Ende 2018 abgeschlossenen Forschungsprojekts „EuroAgency-Care“⁰² eine aktuelle Bestandsaufnahme der sogenannten 24-Stunden-Pflege durch mittel- und osteuropäische Arbeitskräfte in Deutschland.

ENTWICKLUNG DES MARKTES

Mittlerweile hat sich der ehemalige Schwarzmarkt deutlich erweitert und zu einem gewissen Grad formalisiert. Das zeigt sich unter anderem anhand eines relativ jungen Geschäftsfeldes an privaten Vermittlungs- und Entsendeunternehmen. Implizit haben sich die MigrantInnen neben den sorgenden Angehörigen, ambulanten und stationären Diensten zu einer tragenden Säule der pflegerischen Versorgung (in einem weiten Begriffsverständnis von Pflege) entwickelt, ohne dass dies bislang politisch-regulativ eine adäquate Beachtung gefunden hat.

In der wissenschaftlichen Literatur wird seit einigen Jahren nicht mehr von der „24-Stunden-Pflege“ gesprochen, um nicht weiterhin ein Bild

mitzutransportieren, das den Einsatz rund um die Uhr normalisiert. Hingegen ist nun die Rede von „Live-ins“, dem englischen Ausdruck für Personen in häuslichen Dienstleistungen, die permanent im Privathaushalt anwesend sind, da sie dort nicht nur arbeiten, sondern vorübergehend auch wohnen. Diese Arbeitsverhältnisse existieren bereits seit den 1990er Jahren, als mit dem Fall der Mauer und der anschließenden großen gesellschaftlichen Transformation in den Ostblockstaaten dort viele Arbeitsplätze verloren gingen. Informelle Migrationsbewegungen waren eine Strategie der Menschen dieser Regionen, die auf einen stetig wachsenden Bedarf an häuslicher Betreuung und Pflege in Haushalten in den einkommensstarken westlichen Staaten der Europäischen Union stießen.⁰³ Ein informeller Markt bildete sich heraus. Die Live-ins verdienen hierzulande monatlich zwischen grob 1000 und 1500 Euro, was in der Regel das Durchschnittseinkommens in ihren Herkunftsländern deutlich übersteigt. Da sie im Wechsel längere Aufenthalte auch in ihrem Heimatland haben, wird ihre räumliche Mobilität als „transnational“ beschrieben, was durch die relative räumliche Nähe zwischen Deutschland und vielen mittel- und osteuropäischen Staaten ermöglicht wird.

Charakteristisch für diese Gruppen an (vorwiegend weiblichen) ArbeiterInnen ist, dass sie über private Netzwerke oder professionalisierte Vermittlungsunternehmen mit deutschen KundInnen in Kontakt gebracht werden, die in der Regel auf Grundlage von Portfolios dem Arbeitsverhältnis zustimmen. Nachdem Ankunftsort und -zeit, Dauer des Einsatzes und Vergütung vereinbart sind, verbringen die Live-ins in der Regel einige Wochen bis Monate in einem einzigen Haushalt und kümmern sich dort um die alltäglichen Belange im Sinne von Hauswirtschaft, (Grund-)Pflege, Mobilisation und Ansprache.⁰⁴ Darauf

folgt eine ähnlich lange Unterbrechung des Arbeitseinsatzes im Heimatland, meistens nicht oder nur sehr geringfügig bezahlt. Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung im deutschen Haushalt wird im Rotationsmodell von zwei oder mehr MigrantInnen geleistet.

Ein Großteil der Pflegebedürftigen, die durch Live-ins unterstützt werden, ist auch als pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI anerkannt. Sie beziehen somit Pflegegeld aus der Pflegeversicherung, das nicht selten Teil der Finanzierungsstruktur für die Live-ins ist. Daher wird oftmals von Live-ins im Sinne von „Pflege“ gesprochen. Ihr Tätigkeitsspektrum ist allerdings auch stark von Aufgaben der Hauswirtschaft und Betreuung geprägt, weshalb der Pflegebegriff hier weit gefasst wird. Zunehmend sind Live-ins auch mit demenziellen Krankheitsbildern konfrontiert. Die genannten Einsatzbereiche in ihrer Gesamtheit zeigen, welch immenses Potenzial für eine strukturelle physische und psychische Überforderung in diesen häuslichen Arbeitsverhältnissen liegt, weswegen die Frage der Regulierung der Arbeitszeiten so wichtig ist.⁰⁵

Da diese Form der häuslichen personenbezogenen Dienstleistungen lange Jahre im informellen Markt gehandelt wurde und bis heute keine Registrierung der tatsächlichen Arbeitsverhältnisse dieser Art erfolgt, bleiben zur Erfassung der Größe des Phänomens nur Schätzungen. Diese liegen im Mittel bei etwa 300 000 Mittel- und Osteuropäerinnen. Dabei ist zu beachten, dass durch den Wechsel der Live-ins pro Haushaltsstelle mit in der Regel mindestens zwei Live-ins zu rechnen sind, wovon immer nur eine gerade anwesend ist. Verglichen mit der Anzahl der im Haushalt betreuten und nach SGB XI anerkannten Pflegebedürftigen im Jahr 2014 in Deutschland, würde demnach gut jeder zwölfte Pflege-

haushalt eine Live-in beschäftigen.⁰⁶ In Zukunft wird die Bedeutung des Sektors sehr wahrscheinlich weiter zunehmen.

RECHTLICHER RAHMEN

Derzeit bedeutet die ständige Anwesenheit von Live-ins im Privathaushalt in Deutschland immer auch Konflikte mit den geltenden Gesetzen zum Schutz von ArbeitnehmerInnen.⁰⁷ Bestehende Gesetze wie das Arbeitszeitgesetz, aber auch die Europäische Arbeitszeitrichtlinie und das Übereinkommen 189 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte sehen einen solchen ausgedehnten Arbeitseinsatz grundsätzlich nicht vor; formelle Ausnahmen gibt es wenige – die dann auch für Live-ins sehr umstritten sind.⁰⁸ Des Weiteren ist nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs Bereitschaftszeit als Arbeitszeit zu werten und zu vergüten, wobei die Grenzlinie zwischen Bereitschafts- und Freizeit im häuslichen Setting einer Live-in Konstellation nur allzu leicht verschwimmt. Hinzu kommt, dass die ArbeiterInnen grenzüberschreitend tätig sind. Zwar bietet die EU mit ihren vier Grundfreiheiten für einen gemeinsamen Binnenmarkt verschiedene Möglichkeiten für die grenzüberschreitende Arbeitskräftemobilität an, doch die Rechtslage für eine legale Beschäftigung ist komplex. Zudem gibt es aufgrund des besonderen grundgesetzlichen Schutzes der Häuslichkeit kaum Kontrollen. Auch die Gewerkschaften tun sich schwer damit, transnational tätige Arbeitskräfte zu mobilisieren.

Ohnehin ist die Gruppe der Live-ins zu sehr unterschiedlichen rechtlichen Bedingungen hier tätig.⁰⁹ Alle derzeit genutzten rechtlichen Modelle beruhen auf unterschiedlichen Vertragsverhältnissen, teilweise auch zwischen verschiedenen

01 Vgl. Stiftung Warentest, *Trautes Heim, da will ich sein*, in: Test 5/2017, S. 86–95.

02 Das Projekt wurde gefördert von der Deutsch-Polnischen Wissenschaftsstiftung, www.uni-due.de/biwi/sozialpolitik/euroagency-care.php.

03 Vgl. Helma Lutz, *Vom Weltmarkt in den Privathaushalt: Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung*, Opladen 2008, S. 19f., S. 29–41.

04 Vgl. Andrea Neuhaus/Michael Isfort/Frank Weidner, *Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH)*, Studie im Auftrag des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, Köln 2009.

05 Vgl. Bernhard Emunds, *Damit es Oma gutgeht: Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden*, Frankfurt/M. 2016.

06 Vgl. Volker Hielscher/Sabine Kirchen-Peters/Lukas Nock, *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2017.

07 Vgl. Barbara Bucher, *Rechtliche Ausgestaltung der 24-h-Betreuung durch ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten*, Baden-Baden 2018.

08 Vgl. Kirsten Scheiwe/Verena Schwach, *Das Arbeitszeitrecht für Hausangestellte nach Ratifizierung der ILO-Konvention 189*, in: NZA – Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 2013, S. 1116–1120; Deutscher Bundestag, *Ruhezeiten in der 24-Stunden-Pflege im Lichte des ILO-Übereinkommens C 189*, Berlin 2016.

09 Vgl. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, *Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten*, Düsseldorf 2018.

Rechtspersonen, doch bleibt in jeder Variante die Frage des Umgangs mit Bereitschafts- und Arbeitszeiten ungeklärt, ebenso wie die Frage der Angemessenheit der Aufgaben im Privathaushalt. Hinzu kommen strukturelle Überforderungen und Isolation der Live-ins in den Haushalten. Das komplexe Geflecht von Rechtsmodellen erzeugt einen bestenfalls „grauen“ Arbeitsmarkt, der es erlaubt, dass sich neue profitorientierte Akteure etablieren. Im Folgenden skizzieren wir die gängigen Rechtsmodelle.

Im **Arbeitgebermodell** ist die rechtliche Anbindung an das deutsche Arbeitsrecht und Arbeitszeitgesetz am eindeutigsten. Dieses ist zuständig für die Live-ins als im Privathaushalt angestellte Haushaltshilfen, deren Vergütung ebenfalls seit Januar 2017 dem allgemeinen Mindestlohn unterliegt. Es müssen Arbeits-, aber auch Ruhezeiten vertraglich vereinbart und formal eingehalten werden.¹⁰ Die tägliche Höchstarbeitszeit von acht, im Ausnahmefall von zehn Stunden darf beispielsweise nicht überschritten, Pausenzeiten müssen umgesetzt werden. Nach Beendigung des Arbeitseinsatzes ist eine ununterbrochene Ruhezeit von elf Stunden einzuhalten. Der Arbeitgeber behält im Übrigen das Weisungsrecht, das heißt, die Betreuungskraft unterliegt dessen Arbeitsanweisungen. Auch muss dieser sich um Formalia der An- und Abmeldung bei den Sozialversicherungsträgern bemühen. Aufgrund der Arbeitszeitbegrenzungen sowie des bislang damit verbundenen hohen bürokratischen Aufwandes für die Familien als Arbeitgeber wird dieses Modell in der Praxis nur selten genutzt. Seit einigen Jahren bieten allerdings zwei regional begrenzte Projekte der großen Wohlfahrtsverbände, FairCare und CariFair, dieses Modell an und begleiten die Familien von der Anbahnung bis zum Betreuungsverhältnis in der Praxis. Zentral ist in diesem vergleichsweise „fairen“ Modell, dass die Live-in-Pflege als Ergänzung und explizit nicht als Ersatz der Pflege durch die Familie angeboten wird. Zudem wird die Arbeit in ein Netz unterstützender (etwa haushaltsnaher) Dienstleistungen eingebunden.

Die Möglichkeit der innereuropäischen **Entsendung** von Arbeitskräften auf Grundlage der Entsenderichtlinie 96/71/EG hat in den vergangenen Jahren eine zunehmende Anzahl der Anbieter sogenannter 24-Stunden-Pflege genutzt. In diesem Rechtsmodell sind die Live-ins bei einem Arbeit-

geber im Heimatland angestellt¹¹ und sozialversichert und weisen dies mit einer sogenannten A1-Bescheinigung im Zielland nach. Bei diesem Weg hängen Umfang und Höhe der Sozialversicherung, aber auch die vertragliche Qualität des entstandenen Arbeitsverhältnisses von den Konditionen eines Unternehmens im Heimatland ab. Wichtig ist weiterhin, dass der Haushalt in Deutschland nicht als Arbeitgeber auftritt und nicht weisungsbefugt ist. Zudem ist die Entsendung aufgrund ihrer Komplexität und Verortung in der Rechtsprechung im Ausland für die beteiligten Haushalte und MigrantInnen schwer nachzuvollziehen und generell nicht leicht überprüfbar. Auch in diesem Modell greifen bestimmte Mindeststandards des deutschen Arbeitsrechtes, etwa in Bezug auf Mindestruhezeiten und Höchstarbeitszeiten.¹² Das Modell baut jedoch wesentlich darauf auf, dass im Haushalt fast keine Kontrollen stattfinden und hier die Grenzen zwischen Arbeits-, Bereitschafts- und Ruhezeit verschwimmen. So mag offiziell in diesen Verträgen zwar sogar eine 40-Stunden-Woche vereinbart sein. Gleichzeitig werben die entsprechenden Agenturen auf ihren Homepages mit einer Betreuung rund um die Uhr. Des Weiteren gibt es Hinweise auf „kreative Praktiken“, um die Voraussetzung zu erfüllen, dass die Entsendeunternehmen einer nennenswerten Geschäftstätigkeit (in der Regel definiert als Umsatzanteil von 25 Prozent) im Heimatland nachgehen. Neben dem Risiko der Scheinselbstständigkeit kann somit auch im Bereich der Entsendung oft von *Scheimentsendung* ausgegangen werden. Dennoch ist dieses Modell in der Praxis derzeit am weitesten verbreitet.¹³

Im **Selbstständigmodell** ist das Weisungsrecht des arbeitgebenden Haushaltes aufgehoben zugunsten der freien Aufgaben- und Zeiteinteilung durch die selbstständigen Betreuungskräfte. Ort, Zeit und Ausführung der Dienstleistungserbringung müssen diese frei wählen, was genauso zu Konflikten

¹¹ Speziell zwischen Deutschland und Polen wird zudem häufig die besondere Konstellation einer Entsendung auf Basis eines in Polen zivilrechtlich verankerten, werkvertragsähnlichen Dienstleistungsauftrags (*umowa zlecenie*) verwendet, das noch anfälliger für flexible und tendenziell prekäre Praktiken ist.

¹² Mit der jüngst beschlossenen Reform der EU-Entsenderichtlinie gelten, wenn diese in Kraft tritt, in der Regel nach zwölf Monaten sogar die gesamten verbindlichen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Aufnahmeland.

¹³ Vgl. Simone Leiber/Kamil Matuszczyk/Verena Rossow, Private Labor Market Intermediaries in the Europeanized Live-in Care Market between Germany and Poland: A Typology, in: Zeitschrift für Sozialreform Special Issue: Companies and Social Policy (i.E.).

¹⁰ Zur aktuellen Rechtsauslegung insbesondere des § 18 Abs. 1 Nr. 3 Arbeitszeitgesetz vgl. Deutscher Bundestag (Anm. 8).

mit der Gesetzgebung führt: Denn liegt nicht entsprechend viel Handlungsspielraum bei den selbstständigen Betreuungskräften vor, handelt es sich um *Scheinselbstständigkeit*, für die hohe Bußgelder fällig sind. Zwar besagt ein Gerichtsurteil, dass die sogenannte 24-Stunden-Betreuung durchaus als selbstständige Tätigkeit ausführbar ist, doch maßgeblich bleibt der Einzelfall und damit bestehen Risiken für Vermittlungs- und Entsendeunternehmen wie auch für Haushalte. Dieses Modell ist zwar nicht ganz so verbreitet wie die Entsendung, gewinnt aber für die Branche zunehmend an Bedeutung.¹⁴

Schließlich ist das **informelle Arbeitsverhältnis** („Schwarzarbeit“) zu nennen, in dem keinerlei schriftliche Vertragsgrundlagen auf die juristischen Rechte und Pflichten der Beteiligten hinweisen, weswegen dieses offensichtlich das risikoreichste ist. Dennoch geht die Branche davon aus, dass weiterhin ein Großteil der bestehenden Arbeitsverhältnisse dem informellen Segment zuzuzählen ist.

FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN

Die Anzahl von Forschungsarbeiten zu Live-ins hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, und viele Facetten der Migrations- und Arbeitsrealitäten sind mittlerweile bekannt. Dennoch ist nicht zu unterschätzen, dass es sich um einen Arbeitsbeziehungsweise Dienstleistungsmarkt handelt, der über Jahre entlang von nationaler und EU-Gesetzgebung seine Erscheinung auch stark verändert hat.¹⁵ Hingegen scheinen die Arbeits- und Lebensrealitäten in den Privathaushalten selbst tendenziell nur geringen Veränderungen zu unterliegen.

Den Anfang dieses grauen Live-in-Marktes als Schwarzmarkt und als Teil einer entstehenden innereuropäischen (Pendel-)Migrationsbewegung von Ost nach West noch vor dem EU-Beitritt vieler mittel- und osteuropäischer Staaten 2004 beschreiben frühe Publikationen.¹⁶ Live-in-Arbeitsverhältnissen wurde in den folgenden Jahren dann zunehmend wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil, wobei die strukturelle Prekarität dieser Form der häuslichen

Sorgearbeit teilweise auch von Gewerkschaftsseite erkannt und kritisiert worden ist.¹⁷ Live-in-Pflege steht mit systemischen Defiziten der pflegerischen Versorgungslandschaft im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes in Verbindung. Vor diesem sozialpolitischen Hintergrund stellt Live-in-Betreuung eine privat organisierte Versorgungsform dar, die scheinbar optimal auf die Situation und Bedarfe von Pflegehaushalten zugeschnitten ist und eine Versorgungslücke des Pflegesystems adressiert.

Ein weiterer Forschungsstrang, der auch an internationale Debatten zu in Privathaushalten verrichteten Arbeitsverhältnissen (*domestic work*) anschließt, beleuchtet die Arbeitsrealitäten der Live-ins und beschreibt eine im Zuge der vergeschlechtlichten internationalen Arbeitsteilung entstandene strukturelle Prekarität in sowohl der rechtlichen als auch der tätigkeitsbasierten Bilanz dieser Form von häuslichen Arbeitsverhältnissen. Befunde dieser Art weisen Überschneidungen zu anderen Sorge-Arbeitsverhältnissen in Privathaushalten wie Reinigungskräften oder Au Pairs auf¹⁸ und verdeutlichen in ihrer Gesamtheit die Problematik, im Privathaushalt verpflichtende Arbeitsstandards durchzusetzen. Diese existieren sogar in Form internationaler Konventionen, und eine wachsende auch organisatorische und institutionelle Aufmerksamkeit bezüglich solcher Arbeitsverhältnisse wird durch eine internationale wissenschaftliche, gewerkschaftliche und zivilgesellschaftliche Debatte am Leben gehalten.

Das Phänomen Live-ins in Deutschland ist auch in einem größeren globalen Zusammenhang der Weitergabe von Sorgearbeit an Dritte zu sehen: „Versorgungsketten“ (ursprünglich im Englischen als *care chains* benannt) spannen sich rund um den Globus und produzieren neben dem reinen Lohnerwerbs für die ArbeiterInnen, der in Form von Remissionen (Geldzahlungen) an die Herkunftsländer der MigrantInnen zurückfließt und zum Teil deren Volkswirtschaften zugutekommt, gleichsam enorme soziale Kosten, die von den MigrantInnen und ihren Familien allein getragen werden müssen.¹⁹ Wenn Live-ins in Deutsch-

¹⁴ Vgl. ebd.

¹⁵ Vgl. Verena Rossow/Simone Leiber, Zwischen Vermarktlichung und Europäisierung: Die wachsende Bedeutung transnational agierender Vermittlungsagenturen in der häuslichen Pflege in Deutschland, in: Sozialer Fortschritt 66/2017, S. 285–302.

¹⁶ Vgl. Dobrochna Kalwa, „So wie zuhause“. Die private Sphäre als Arbeitsplatz polnischer Migrantinnen, in: Magdalena Nowicka (Hrsg.), Von Polen nach Deutschland und zurück. Die Arbeitsmigration und ihre Herausforderungen für Europa, Bielefeld 2007, S. 205–225.

¹⁷ Vgl. Marta Böning/Margret Steffen, Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten – Problemstellungen und politische Herausforderungen, Ver.di 2014.

¹⁸ Vgl. Barbara Ehrenreich/Arlie Russel Hochschild, Global Woman. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy, New York 2002.

¹⁹ Vgl. Helma Lutz/Ewa Palenga-Möllnbeck, Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand. Eine Fallstudie der transnationalen Care-Arrangements polnischer und ukrainischer Migrantinnen,

land wochen- bis monatelang am Stück arbeiten, bedeutet dies somit immer auch eine Verlagerung von Sorgeressourcen von einem Land in das andere. Des einen Gewinn kann unter Umständen im Herkunftsland Entbehrung bedeuten.

NEUE AKTEURE

Jüngere Forschungen wenden sich insbesondere dem neuen Markt privater Vermittlungs- und Entsendeunternehmen zu. Die EU-Osterweiterung brachte die Möglichkeit mit sich, dass Arbeitskräfte aus EU-Mitgliedstaaten wie Polen, Bulgarien oder Rumänien in Deutschland arbeiten können. Insbesondere zwischen Deutschland und Polen ist in diesem Zuge eine regelrechte „Entsende-Industrie“ rund um die Live-in-Betreuung entstanden: Private Vermittlungs- und Entsende-Unternehmen für Live-ins aus Mittel- und Osteuropa sind neue Akteure auf einem transnationalen Sorgemarkt.²⁰

Studien gehen inzwischen von rund 300 privatwirtschaftlichen Vermittlungsagenturen allein in Deutschland aus, die trotz gegenwärtig offensichtlicher Regulierungslücken versuchen, ein „legales“ Geschäftsmodell zu etablieren. Das unternehmerische Feld ist dabei eher heterogen, sowohl was die Unternehmensgröße, das für die Vermittlung genutzte Rechtsmodell, damit verbundene weitere Geschäftsfelder, insbesondere aber, was die unternehmerisch-strategische Ausrichtung betrifft. Einer Gruppe von *Pionieren* der Branche,²¹ die sich selbst als Qualitätssegment platziert und Billigkonkurrenz aus dem Schwarzmarktbereich eindämmen möchte, ist die rechtliche Regelung der Branche ein zentrales Anliegen. Wichtiges Vorbild dafür ist Österreich. Dort ist Live-In-Betreuungsarbeit seit 2006/7 als selbstständige Tätigkeit der „Personenbetreuung“ legalisiert, wurde in ein eigenes Gesetz gefasst und wird durch das öffentliche Pflegesystem sogar finanziell gefördert.²² Das Grundproblem besteht

aber auch dort: Der Arbeitsplatz Privathaushalt ist sehr schwer zu kontrollieren und missbrauchsanfällig für unethische Praktiken. Zudem unterliegen die auch dort zentralen Vermittlungsagenturen für diese Beschäftigungsverhältnisse nur sehr wenigen Anforderungen im Hinblick auf Qualifikation der Betreiber und weitere Qualitätsstandards, obwohl sogar ein Qualitätssertifikat für Agenturen eingeführt wurde.²³

Diesem Grundproblem versuchen in Deutschland wie in Österreich einige Regionalstellen der kirchlichen Wohlfahrtsverbände entgegen zu wirken, indem sie in Deutschland im Rahmen des Arbeitgebermodells, in Österreich im Rahmen der dort gültigen Selbstständigkeit Live-in-Betreuungskräfte vermitteln und diese sowie die Familien für die Zeit der Anstellung bestmöglich vorbereiten und begleiten (CariFair, FairCare und Caritas Wien). Aber auch hier sind den Kontrollen der geleisteten Arbeit Grenzen gesetzt, wenngleich deutlich mehr Supervisionsangebote und Ansprechpersonen erreichbar sind.

Damit werben allerdings auch die an Qualität orientierten Vermittlungsdienstleister und ihre Verbände VHBP (Verband für häusliche Betreuung und Pflege) und BHSB (Bundesverband häusliche Seniorenbetreuung), die sich über Selbstverpflichtungen und eigene „Qualitätsstandards“ als legale Alternative zum Schwarzmarkt darstellen und den Live-in-Markt umkämpfen wollen. Sie haben nationale und transnationale Unternehmensverbände gegründet und versuchen, über Lobbyarbeit und politische Aufklärung Rechtssicherheit für die Live-in-Branche zu erwirken.²⁴ Es handelt sich dabei um einen Zusammenschluss von etwa 50 Marktanbietern, die Live-ins vermitteln und im Vergleich zu den Rahmenbedingungen der einzelnen Projekte der Wohlfahrtsverbände mit deutlich geringerem Organisations- und Verwaltungsaufwand für die KundInnen werben, und somit eine lukrative Marktnische erschlossen haben.

in: Gender – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 3/2011, S. 9–27.

²⁰ Vgl. Johanna Krawietz, *Pflege grenzüberschreitend organisieren. Eine Studie zur transnationalen Vermittlung von Care-Arbeit*, Frankfurt/M. 2014.

²¹ Vgl. Leiber/Matuszczyk/Rossov (Anm. 13).

²² Vgl. August Österle/Gudrun Bauer/Andrea Hasl, *Vermittlungsagenturen in der 24-h-Betreuung*, in: WISO. Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift des Instituts für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften 35/2013, S. 159–172.

²³ Vgl. Brigitte Aulenbacher/Michael Leibfingler/Veronika Prieler, *Ein neuer Sorgemarkt im Wohlfahrtsstaat: 24-Stunden-Betreuung in Österreich und Dienstleistungsangebote von Wiener Vermittlungsagenturen*, in: Ursula Filipič/Annika Schönauer (Hrsg.), *Zur Zukunft von Arbeit und Wohlfahrtsstaat. Perspektiven aus der Sozialwissenschaft*, Wien 2018, S. 47–56.

²⁴ Vgl. VHBP/Labour Mobility Initiative, *The Common Grounds for Cooperation Between VHBP and LMI*, 2016, www.mobilelabour.eu/wp-content/uploads/2017/06/POSITION-The-common-grounds-for-cooperation-between-VHBP-and-LMI.pdf.

AUSBLICK: ZEIT FÜR POLITISCHE ANTWORTEN

Auch wenn ein kleiner Teil der Unternehmen sich als Vorreiter über Verbände für eine bessere Rechtssicherheit und gewisse Qualitätsstandards durch unternehmerische Selbstverpflichtungen einsetzt, gibt es mannigfaltige Hinweise darauf, dass Kernprobleme der Überlastung und Überforderung von migrantischen Pflegekräften – und damit einhergehend auch Risiken für die Pflegebedürftigen – durch zaghafte Ansätze der „Selbstregulierung“ nicht zu lösen sind. Es sind also politische Antworten gefragt, doch keine der in der Diskussion befindlichen Optionen vermag vollständig zu überzeugen.

Soll Deutschland den österreichischen Weg der regulierten Selbstständigkeit gehen, wie die deutschen Agenturverbände sich dies wünschen? Mehr Rechtssicherheit ist zwar positiv für alle Beteiligten. Die Forschung zu Österreich zeigt jedoch auch: Das Kernproblem überlanger, ethisch nur schwer vertretbarer Arbeitszeiten und unzureichender Qualifikationen, die zu Versorgungsrisiken beitragen, bekommt man dadurch nicht in den Griff. Stattdessen werden ethisch prekäre Konstellationen möglicherweise sogar noch mit einer staatlichen Förderung belohnt.²⁵

Alle anderen Optionen, ob sie nun auf einer stärker regulierten und kontrollierten Entsendung oder auf einem (bürokratisch vereinfachten) Anstellungsverhältnis beruhen, bedeuten jedoch, von der Idee einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch eine einzige Person – und damit nicht nur vom Begriff, sondern auch vom Konzept der „24-Stunden-Pflege“ – dezidiert Abstand zu nehmen. Denn auf legale Weise gibt es im Angestellten- und Entsendemodell keinen Weg, die Einhaltung von Arbeitszeitmindeststandards zu umgehen.²⁶ Dies bedeutet jedoch nicht, dass migrantische Kräfte nicht im Haushalt weiterhin *ergänzende* Betreuungsleistungen erbringen können. Die Modelle

CariFair und FairCare gehen hier bereits den Weg, Live-in Konstellationen *ausschließlich in Kombination mit weiteren Diensten* (die auch der Qualitätskontrolle dienen) *als komplementäre Lösung im Rahmen eines gemischten Pflegearrangements* anzubieten. Ein solcher Pfad würde auch im Einklang damit stehen, professionelle ambulante wie stationäre Dienstleistung (sowie Angebote, die diese starren Sektorengrenzen aufzubrechen suchen) künftig parallel weiter auszubauen.

Eine jüngst diskutierte Option liegt auch darin, ausschließlich (solche) relativ „faire(n)“ Konstellationen mit einer staatlichen Förderung zu versehen und an weitere Qualitätsanforderungen zu knüpfen. Dies würde Schwarzmarktösungen vergleichsweise weniger attraktiv machen. Es gibt im Rahmen des SGB XI durchaus erste Ansatzpunkte (insbesondere über den §45a SGB XI, der Angebote zur Unterstützung im Alltag regelt) *unter bestimmten Voraussetzungen*, die auf Landesebene konkretisiert werden,²⁷ Pflege- und Betreuungsdienstleistungen durch Live-ins über die Pflegeversicherung zu finanzieren. Prinzipiell lägen in einer solchen sozialrechtlichen Einbettung auch Potenziale für die Verknüpfung mit gewissen Qualitäts- und Qualifizierungsstandards. Derzeit stecken diese jedoch allenfalls in den Kinderschuhen.²⁸

Eine dritte Möglichkeit besteht schließlich darin, den Markt weiter sich selbst zu überlassen, da keine einfache Regulierungslösung auf der Hand liegt. Da der Pflegebedarf und damit die Nachfrage sehr hoch ist, ist davon auszugehen, dass der graue Markt sich weiter ausdehnen und aufgrund des knapper werdenden Arbeitskräfteangebots „weiter nach Osten“, auch in Nicht-EU-Länder verlagern wird. Für die Pflegebedürftigen und die für sie sorgenden MigrantInnen wäre dies aus einer nachhaltigen Perspektive vermutlich die schlechteste, für die privaten Vermittlungs- und Entsendeunternehmen mit den schlechtesten Praktiken vermutlich die beste Option.

VERENA ROSSOW

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin an der Universität Duisburg-Essen.

verena.rossow@uni-due.de

SIMONE LEIBER

ist Professorin für Politikwissenschaften mit Schwerpunkt Sozialpolitik an der Universität Duisburg-Essen.

simone.leiber@uni-due.de

²⁵ Vgl. Emunds (Anm. 5).

²⁶ Eine Änderung der europäischen Rechtsgrundlagen wäre politisch hoch voraussetzungsvoll, da eine Zustimmung einer Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten erforderlich wäre.

²⁷ Vgl. z.B. die „Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen“/AnFöVO.

²⁸ Vgl. Margret Steffen, Osteuropäische Haushalts- und Betreuungshilfen in Privathaushalten – Die „never ending story“ in der häuslichen Versorgung?, Ver.di 2019.

FÜRSORGE AUS MARKTKALKÜL?

Handlungsmuster und Motive von Unternehmer*innen der ambulanten Altenpflege

Lena Schürmann

In vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens hat die Einführung wettbewerblicher Strukturen umfassende Veränderungen hervorgebracht, auch in der ambulanten Pflege. Neben den Angeboten der freien Wohlfahrtspflege sind private Dienstleistungsanbieter gerückt, mit stetig wachsenden Marktanteilen.⁰¹ In der Debatte über „Care“ wird diese Entwicklung als „Vermarktlichung“ von Sorgearbeit kritisch diskutiert. Angenommen wird einerseits, dass es unter den Bedingungen einer marktförmigen Organisation von Sorgearbeiten zu einer Kollision der ethischen Prinzipien fürsorglicher Praxis mit marktwirtschaftlichen Logiken komme. Die Ökonomisierung von Sorgearbeit durch privatwirtschaftliche Care-Angebote wird dabei als Ausdruck eines „neoliberalen Credo[s] angesehen, möglichst alle Bereiche profitorientiert über den Markt abzuwickeln.“⁰² Demgegenüber wird Sorgearbeit eine nur begrenzte Kommodifizierbarkeit zugestanden. Es wird argumentiert, dass die Entfaltung von Fürsorge „eine nicht durch Marktlogiken dominierte Privatheit“ voraussetzt.⁰³ Andere Positionen im Diskurs betonen die Erfordernis, Pflegearbeiten zu professionalisieren, oder fordern deren Einschluss in das System der Erwerbsarbeit und daran geknüpfte soziale Rechte.⁰⁴

Dieser Beitrag ergänzt die bisherige Diskussion, in der vorrangig mit der Versorgungsqualität und den Arbeitsbedingungen in der Pflege argumentiert wird,⁰⁵ aus qualitativ empirischer Perspektive und mit Blick auf bislang wenig betrachtete Akteur*innen: den Inhaber*innen ambulanter Pflegedienste. Präsentiert werden Ergebnisse zweier Forschungsprojekte, in denen untersucht wurde, wie sich aus Sicht der Betriebsinhaber*innen Fürsorge- und Markterfordernisse zueinander verhalten und sich gestalten lassen.⁰⁶ Formen vorrangig ökonomische Kalküle das

Handeln der Pflegedienstinhaber*innen? Oder steht auch in der wirtschaftlichen Selbstständigkeit das Patient*innenwohl im Zentrum? Kurz: An welcher Relevanz und welchen Zielen ist die unternehmerische Praxis orientiert, und welche Motive liegen der Eröffnung eines Pflegedienstes zugrunde?

Die Befunde stützen sich auf 30 qualitative Leitfadeninterviews mit Inhaber*innen ambulanter Pflegedienste, die zwischen 2011 und 2016 in Berlin und zwei weiteren deutschen Großstädten geführt wurden.⁰⁷ Die Auswertung erfolgte fallkontrastierend, wobei im Zentrum die Frage nach dem Selbstverständnis der Inhaber*innen, ihren Handlungsorientierungen und unternehmerischen Strategien stand. Aussagen über die von den Diensten realisierte Pflegequalität können anhand der vorliegenden Daten nicht getroffen werden, gleiches gilt für die Beschäftigungsbedingungen.

Nach einem kurzen Überblick über die Entwicklung der ambulanten Pflege und den spezifischen Rahmenbedingungen für die Unternehmensführung erfolgt eine typisierende Darstellung der in der empirischen Erhebung angetroffenen Motivstrukturen und Handlungsmustern von Inhaber*innen ambulanter Pflegedienste. Anschließend werden diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der politisch gesetzten Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege diskutiert.

ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AMBULANTEN PFLEGE

Ambulante Pflegedienste ermöglichen pflegebedürftigen Personen den Verbleib im häuslichen Umfeld, auch dann, wenn deren Angehörige die Versorgung nicht (alleine) übernehmen können. Wer sich nach einem ambulanten Pflegedienst umschaute, wird zumindest in den Großstädten

auf eine erstaunliche Bandbreite stoßen, auf ein vielfältiges Angebot. Neben kulturspezifischen Pflegediensten mit und ohne religiöser Symbolik gibt es Dienste, die sich an das LGBTI*-Milieu richten, es gibt welche, deren reduziert-erlesene Webseitengestaltung eine vermeintlich wohlhabende(re) Klientel ansprechen soll, daneben solche, die stärker den herzlich-familiären Charakter der zu erwartenden Pflege vermitteln wollen. Es scheint, als habe der Prozess der Individualisierung von Lebensstilen nun auch das Alter und die Lebensphase der Pflegebedürftigkeit erreicht.

Der Pflegestatistik zufolge gab es 2017 etwa 14 100 ambulante Pflegedienste in Deutschland. Diese betreuen insgesamt 830 000 pflegebedürftige Personen.⁰⁸ Die Mehrzahl der ambulanten

Dienste befindet sich in privater Trägerschaft (66 Prozent). Die privaten Dienste decken mittlerweile einen großen Anteil an der ambulanten pflegerischen Versorgung ab: 51,6 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen werden von den insgesamt 9243 privaten Pflegediensten versorgt.⁰⁹ Sichtbar werden zwei ineinander verzahnte Entwicklungen: *erstens*, ein allgemeiner Zuwachs der Pflegedienste. Seit 1999 ist deren Anzahl von 10 600 auf 14 100 angestiegen. In diesem Zusammenhang ist, *zweitens*, auch die Zahl der privaten Dienste kontinuierlich gestiegen, von 5504 im Jahr 1999 auf 9243 im Jahr 2019, wohingegen die Anzahl der durch freigemeinnützige Träger betriebenen Dienste kontinuierlich zurückgegangen ist, von 5103 auf 4615 im gleichen Zeitraum.¹⁰

Ohne eine Betrachtung der Betriebsgrößen würde jedoch ein verzerrter Eindruck von der Bedeutung der privaten Anbieter entstehen: Private Pflegedienste sind gemessen an der von ihnen betreuten Personenzahl kleiner als die Dienste freigemeinnütziger Träger. Sie versorgen im Durchschnitt 46 Pflegebedürftige, die Dienste freigemeinnütziger Träger hingegen durchschnittlich 84 Personen.¹¹

Auch eine Betrachtung der Betriebsgröße anhand der Beschäftigtenanzahl (gemessen in Vollzeitstellen) unterstreicht diesen Unterschied: Die Dienste freigemeinnütziger Träger haben im Schnitt 20,1 Beschäftigte, Dienste in privater Trägerschaft durchschnittlich 15,4.¹² Werden die Betriebe nach Mitarbeiter*innenanzahlen gruppiert, ergibt sich folgendes Bild: Dienste in privater Trägerschaft sind häufig kleiner als die Sozialstationen der freigemeinnützigen Träger: 45 Prozent der privaten Anbieter beschäftigen weniger als zehn Mitarbeiter*innen.¹³ Die besondere Bedeutung der kleinbetrieblichen Struktur für den Bereich der privaten Anbieter wird auch daran ersichtlich, dass sich 85 Prozent der Dienste mit bis

01 In der ambulanten pflegerischen Versorgung beträgt der Anteil der privaten Dienste 51,6 Prozent. Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige 2017, Wiesbaden 2018, S. 11.

02 Gabriele Winker, Soziale Reproduktion in der Krise – Care Revolution als Perspektive, in: Das Argument 3/2011, S. 333–344.

03 Karin Jurczyk, Care in der Krise? Neue Fragen zu familiärer Arbeit, in: Ursula Apitzsch/Marianne Schmidbauer (Hrsg.), Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen, Opladen–Farmington Hills 2010, S. 60.

04 Vgl. u. a. Hildegard Theobald, Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven, in: Sozialer Fortschritt 2/2010, S. 31–39; Joan Tronto, Feminist Democratic Ethics of Care and Global Care Workers. Citizenship and Responsibility, in: Rianne Mahon/Fiona Robinson (Hrsg.), Feminist Ethics and Social Policy, Vancouver–Toronto 2011, S. 162–177.

05 Vgl. u. a. Hildegard Theobald/Marta Szebehely/Maren Preuß, Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, Berlin 2013.

06 Das Forschungsprojekt „Der Erfolg selbständiger Frauen – Gründungsverläufe zwischen Familie und Ökonomie“ wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung von 2011 bis 2014 gefördert. Die Projektleitung lag bei Prof. Dr. Claudia Gather, Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. Das Forschungsprojekt „Berliner Forum ambulante private Pflegedienste“ wurde von 2015 bis 2017 durch das Institut für angewandte Forschung als Forschungs Kooperation zwischen der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin und der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) gefördert. Neben Claudia Gather war auch Prof. Dr. Maria Castro Varela für die ASH in der Projektleitung. Susan Ulbricht und Heinz Zippran waren gemeinsam mit der Verfasserin als wissenschaftliche Mitarbeiter*innen tätig.

07 Claudia Gather/Lena Schürmann, „Jetzt rechts. Dann machen wir unseren eigenen Pflegedienst auf“. Selbständige in der Pflegebranche – Unternehmertum zwischen Fürsorge und Markt, in: Feministische Studien 2/2013, S. 225–239.

08 Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2018, S. 16.

09 Vgl. Statistisches Bundesamt (Anm. 1).

10 Vgl. Lena Schürmann, Unternehmerische Akteure auf Wohlfahrtsmärkten: Private ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Wettbewerb. in: AIS Studien 2/2016, S. 75–95, hier S. 83; Statistisches Bundesamt (Anm. 9).

11 Ebd., S. 22.

12 Vgl. Ulrich Schneekloth et al., Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege Neuausrichtungsgesetz (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, München 2017, S. 176.

13 Vgl. ebd., S. 176.

zu vier Beschäftigten in privater Hand befinden.¹⁴ Vor dem Hintergrund einer steigenden Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen und einem deutlichen Anstieg der Anbieterzahlen insgesamt zeigt sich in Bezug auf den Beschäftigungsumfang der ambulanten Dienste im Zeitverlauf folgende Entwicklung: 1998 wiesen die Dienste mit bis zu vier Beschäftigten einen Anteil von insgesamt 17 Prozent auf; dieser ist bis 2016 auf 9 Prozent abgesunken. Dagegen verzeichnen die größeren Dienste mit über 20 Beschäftigten einen Bedeutungszuwachs: von 19 Prozent 1998 auf 28 Prozent 2016.¹⁵

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR AMBULANTE PFLLEGEDIENSTE

Pflegedienste agieren auf einem Markt, der maßgeblich durch die Pflegegesetzgebung und die Vergütungsstrukturen der öffentlichen Kostenträger strukturiert ist.¹⁶ In der Folge ist die unternehmerische Autonomie der Inhaber*innen ambulanter Dienste in zentralen Aspekten beschränkt. Wie auf professionellen Märkten üblich, ist der Marktzugang kontrolliert, zur Eröffnung eines Pflegedienstes und zum Abschluss eines Versorgungsvertrags mit dem Pflege- und Krankenkassenverband müssen bestimmte Standards in punkto Qualifikation und Beschäftigungsumfang erfüllt sein, ebenso wie eine gewisse Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, Geschäftsräume). Die Vergütung erfolgt weitestgehend standardisiert anhand von Versorgungsverträgen, daher bestehen kaum Spielräume bei der Preissetzung, lediglich bei zusätzlichen und privat zu finanzierenden Leistungen. Auch die Grundsätze der Personalrekrutierung und des Arbeitskräfteeinsatzes werden durch die Regularien der Pflegegesetzgebung zur Sicherung der Versorgungsqualität weitgehend geordnet. Die Abrechnungsvorschriften sind kleinteilig und detailliert ausformuliert und umfassen Anforderungen des Qualitätsmanagements sowie Dokumentationspflichten nach jedem Einsatz in der häuslichen Umgebung des Pflegenehmers. Es gibt detaillierte Bestimmungen darüber, wie der zeitliche Umfang für einzelne Pflegeleistungen anzusetzen ist (und welche Ausnahmen hiervon, auch bezüglich des

Personalschlüssels möglich sind), sodass Betriebe in Abhängigkeit von der Abrechenbarkeit der durch sie geleisteten Arbeit ihre Einsatzplanung weitestgehend an diesen Vorschriften ausrichten.

Unternehmerische Spielräume bestehen hingegen in der Ausrichtung des Leistungsangebots. Durch die Kombination von medizinischen – über die Krankenkassen zu finanzierenden – Leistungen, bei denen das Prinzip der bedarfsdeckenden Vollfinanzierung gilt (die aber verordnungspflichtig sind und durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDKs) bewilligt werden müssen), und jenen nur als budgetierte Leistung abrechenbaren Pflegeleistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI, die einen Eigenanteil der Pflegenehmer erfordern, sind erstens die Spezialisierung auf bestimmte Marktsegmente und Kundenbereiche und zweitens unterschiedliche Ertragslagen möglich. Weitere Handlungsspielräume auf Seiten der Betriebe betreffen Fragen des Personaleinsatzes. Entlang der Differenzierung von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten bieten sich Spielräume zur internen Tätigkeits- und Entlohnungsdifferenzierung und eröffnen Möglichkeiten zur Arbeitsverdichtung und zum Lohndumping. Dennoch sind typische Unabwägbarkeiten und Unsicherheiten von Märkten, die das wirtschaftliche Handeln allgemein und den selbstständigen Erwerb typischerweise kennzeichnen, aufgrund der hohen Regulierungsdichte und der stabilen Nachfrage nach Pflegeleistungen hier nicht so stark gegeben. Es besteht eine hohe Informationsdichte bezüglich der betrieblichen Organisationsstrukturen und des Preisniveaus der Konkurrenz. Der Gesetzgeber hat neben dem Interesse am Wettbewerb zur Kostendeckelung der pflegerischen Versorgung ein Interesse an der Einhaltung von Standards zur Sicherung des Versorgungsniveaus. Der gesamte Pflegebereich unterliegt einem starken Kostendruck, der durch die politische Strategie der Kostendeckelung im Gesundheitssektor hervorgerufen wird. Für den selbstständigen Erwerb in der ambulanten Pflege ist insofern von ambivalenten Marktbedingungen auszugehen: Trotz der Existenz von qualifikationsbezogenen Zugangskontrollen besteht kein umfassender Konkurrenzschutz. Die Anbieter*innen verfügen mit den Versorgungsverträgen zwar über eine Dienstleistungskonzession, tragen selbst jedoch das unternehmerische Risiko der Auslastung.

¹⁴ Vgl. ebd.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 175.

¹⁶ Vgl. Schürmann (Anm. 11).

Diese ist vor dem Hintergrund der hohen Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen aktuell nicht problematisch. Zudem zeichnet sich eine tendenzielle Abhängigkeit von den MDKs und deren Bewilligungspraxis ab. Wie wird unter den bestehenden Bedingungen die unternehmerische Praxis gestaltet?

HANDLUNGSMUSTER VON PFLEGEUNTERNEHMER*INNEN

Als Ergebnis unserer qualitativen Studien ist festzuhalten: So vielfältig wie das Angebot ambulanter Pflegedienste erscheint, so wenig lässt sich ein einheitliches Handlungsmuster, das über das komplette Sample hinweg auftritt, identifizieren. Bezogen auf die von uns untersuchte Stichprobe¹⁷ waren die folgenden drei Kategorien für die Ausdifferenzierung der von den Inhaber*innen ambulanter Dienste ausgebildeten Handlungsmuster relevant: Fürsorge, Marktprofessionalität und Wachstum.

Fürsorgeorientierung/Pflegeethik

Kennzeichnend für diese Kategorie sind eine hohe Orientierung am Pflegeethos, eine niedrige Marktprofessionalität und das Fehlen einer Wachstumsorientierung. Den Inhaber*innen, deren Handlungen am Ziel der Fürsorge ausgerichtet sind, ist eine ausgeprägte Orientierung am Patient*innenwohl zu eigen. Diese tritt hier gemeinsam mit einer nur niedrigen Marktprofessionalität auf. Dies äußert sich daran, dass dezidierte marktbezogene Strategien, beispielsweise gezieltes Marketing oder ein Leistungsangebot, das über die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen hinausgeht, ausbleiben. Ursächlich hierfür ist ein Verständnis der ambulanten Pflege als ein durch die Sozialgesetzgebung geordnetes Handlungsfeld, das nur beschränkte unternehmerische Freiheiten und Risiken aufweist. Vor diesem Verständnis wird die Unternehmensgründung als wenig riskantes Vorhaben angelegt, mit einem nur niedrigen Finanzmitteleinsatz. Im Fokus der Selbstständigkeit steht die Verwirklichung pflegerischer Standards und eine klientenorientierte Perspektive. Jegliche Tätigkeiten, die nicht patienten-

orientiert erfolgen, werden als für die Unternehmensführung zwar notwendige, aber ihrem Kern nach fremde Tätigkeiten betrachtet. Die Betriebsinhaber*innen betrachten ihre Arbeit als einen Beitrag zur öffentlichen pflegerischen Versorgung. Es gibt keine Wachstumsorientierung und wenig Interesse an der Unternehmensentwicklung. Die hohe Regulationsdichte des Pflegemarktes wird von diesem primär berufsethisch motiviertem Teil der Anbieter*innen als Versprechen zur professionellen Autonomie interpretiert, als Möglichkeit, vorrangig klientenorientiert zu handeln.

Marktprofessionalität

Im Kontrast dazu handeln die Angehörigen der Kategorie „Marktprofessionalität“ mit einem dezidierten Blick auf die Bedingungen und Herausforderungen des ambulanten Pflegemarktes. Pflege wird als eine anspruchsvolle, eine Berufsausbildung erfordernde Arbeit verstanden, weshalb eine genaue Kenntnis der ambulanten Pflege ordnenden rechtlichen Vorgaben und Finanzierungsbedingungen die Grundlage ihrer unternehmerischen Praxis bildet. Auch hier bildet das Patient*innenwohl den Anlass der Unternehmensgründung, hier wird es jedoch herangezogen, um die Verantwortung für die Unternehmensführung zu begründen. Die „Marktprofessionellen“ kreisen, gleichwohl Angehörige der pflegerischen Berufe, in ihrem Handeln als Inhaber*innen um die betrieblichen Möglichkeiten, die Einhaltung von pflegerischen Qualitätsstandards unter den gegebenen finanziellen Spielräumen zu realisieren. Sie schlagen hierzu den Weg der doppelten Spezialisierung ein: einerseits erfolgt eine Spezialisierung des Angebots im Sinne einer Nischenstrategie, wobei es häufig Leistungen nach SGB V sind, mit denen der Großteil des Umsatzes gemacht wird, da diese über die Krankenkassen voll finanziert werden. Die Spezialisierung erfolgt zudem intern auf die Unternehmensführung bezogen, vorrangig bezogen auf das Personalmanagement. In diesen Betrieben gibt es bewusste Strategien für den Umgang mit der Belegschaft, über die gesetzlich geforderten Qualifikationsstandards hinaus. Zentralen Unterschied zur ersten Kategorie bildet neben dem Betriebs- der Marktbezug: Wird innerhalb der Kategorie „Fürsorge“ die marktförmige Organisation der ambulanten Pflege weitestgehend

¹⁷ Aufgrund der Freiwilligkeit an der Studienteilnahme sind keine repräsentativen Aussagen über die Motive der privaten Dienstanbieter*innen in ihrer Gesamtheit möglich.

ausgeblendet, entwickeln die Angehörigen dieser Kategorie explizite marktbezogene Strategien. Diese betreffen neben der schon genannten Spezialisierung des Dienstleistungsangebots und der bewussten Positionierung des eigenen Betriebs mittels aufwändigem Marketing auch den Informationsaustausch und die Kooperation mit anderen Betriebsinhaber*innen zum Zwecke des Interessenhandelns, beispielsweise zur Stärkung der Verhandlungsposition der ambulanten Pflegedienste gegenüber dem Pflegekassenverband oder zur Verbesserung der gesellschaftlichen Zuschreibungen an die Pflegearbeit.

Wachstumsorientierung

Auch für dieses Handlungsmuster ist der Marktbezug zentral. Bereits der Eintritt in den Pflegemarkt erfolgt hier aus unternehmerischen Kalkül und ist von beachtlichen finanziellen Investitionen geprägt. Die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund des demografischen Wandels bildet Anlass für ein unternehmerisches Engagement in der ambulanten Pflege, aufgrund der hohen Informationsdichte über das Verhalten der Konkurrenz wird die Unternehmensgründung und die Ausrichtung des Dienstleistungsangebots planerisch-kalkulierend in Bezug auf eine bestimmte Klientel von Pflegebedürftigen angelegt. Hier stoßen wir auf ein ausgeprägtes Interesse am Unternehmenswachstum, es geht weniger um das Erfüllen selbstgestellter pflegerischer Ansprüche. Gleichwohl dienen auch hier die durch den Gesetzgeber gesetzten Standards zur Sicherung der Pflegequalität als Richtschnur für die Personalbemessung. Die Ausrichtung auf Wachstumsziele geht hier einher mit der Bereitschaft beziehungsweise dem Vermögen zur flexiblen Anpassung des Dienstleistungsangebots an wechselnde Marktlagen, so wechselte beispielsweise ein im Untersuchungszeitraum wiederholt befragter Pflegedienst sein Spezialisierungsprofil, was auch mit einem Personalwechsel verbunden war.

AMBIVALENTE BEDINGUNGEN FÜR FÜRSORGE

Die Entwicklung der ambulanten Pflege ist durch Verschiebungen in der Anbieter*innenstruktur gekennzeichnet: In dem vormals von Trägern der freien Wohlfahrtspflege dominierten Sektor stellen mittlerweile die überwiegend kleinbetrieb-

lich strukturierten privaten Anbieter*innen die Mehrheit. Dabei zeichnet sich ab, dass diese aus einer Zwischenstellung heraus agieren. Einerseits handeln sie auf Basis von Versorgungsverträgen und bieten die öffentliche Dienstleistung „Pflege“ nach politisch definierten beziehungsweise verhandelten Standards und Bedingungen an. Andererseits befinden sie sich als Marktakteure im zwischenbetrieblichen Wettbewerb; ihre selbstständige Erwerbstätigkeit birgt die üblichen Risiken (Auslastung, Einkommenssicherung), wenn auch unter den Bedingungen eines hochgradig regulierten Marktes und einer wachsenden Nachfrage. Gegenüber den medizinischen Akteuren und den öffentlichen Kostenträgern befinden sich die ambulanten Pflegedienste in einer untergeordneten Position, sie können über den Umfang der angebotenen Leistungen und über die Ausgestaltung der Pflege nicht allein entscheiden. Hinzu kommt, dass Pflegeleistungen gesellschaftlich nach wie vor als familiäre Sorgearbeit gerahmt werden und als einfache Tätigkeit aus dem Spektrum des weiblichen Arbeitsvermögens gelten.

Wie die Interviews mit Inhaber*innen von ambulanten Pflegediensten zeigen, stellen die der ambulanten Pflege eigenen Ambivalenzen sowie insbesondere deren Finanzierungsbedingungen spezifische Herausforderungen an die Betriebsführung. Die Integration ökonomischer Kalküle ist auf dem Pflegemarkt notwendig; sie wird, wie die Untersuchung zeigte, jedoch nicht von allen privaten Akteur*innen in der gleichen Weise erfüllt. Während eine Gruppe privater Anbieter*innen die bestehenden Planungssicherheiten strategisch zur Angebots- und Betriebsentwicklung nutzt, wird von einer anderen Gruppe die Erfordernis, die Betriebsführung an kaufmännischen Aspekten auszurichten, als tätigkeitsfremd angesehen und weitestgehend abgelehnt. Es wäre jedoch verkürzt, die ausbleibenden Marktstrategien dieser Anbieter*innengruppe lediglich als individuelles Versäumnis zu betrachten. Ähnlich wie aus Untersuchungen zu Künstler*innen und Kreativen bekannt,¹⁸ ist diese Demonstration von Marktferne Ausdruck und Code eines gesteigerten Berufsethos, sich der Unterwerfung unter Marktlogiken explizit zu verweigern.

¹⁸ Vgl. Alexandra Manske, Zwischen verzauberter und entzauberter Arbeit – Selbständige in der Designbranche. in: AIS Studien 2/2016, S. 6–21.

Das Vorhandensein eines derartigen Handlungsmusters verweist auf die in der Pflegegesetzgebung angelegte Tendenz, die Pflegearbeit als etwas Außerökonomisches zu behandeln. Damit wird die gesellschaftliche Zuschreibung an Pflege als eine private, familiäre und weibliche „Arbeit aus Liebe“¹⁹ fortgeschrieben. Die Zuschreibung speist sich aus der „Herkunft“ der professionellen Pflege aus der familialen Reproduktionsarbeit und verlängert die geschlechtsbezogene Be- und Entwertung in den Markt. Sie hat die anhaltend geringe Entlohnung von Pflegearbeit zur Folge und hinterlässt auch im Selbstverständnis der Pflegenden und Anbieter*innen ambulan-

ter Pflege ihre Spuren. So scheinen insbesondere die berufsethisch motivierten Anbieter*innen in ihrer Fürsorgeorientierung auf dem schmalen Grat zwischen fachlicher Distanziertheit und familialer Vertrautheit/Intimität befangen zu sein, was häufig zulasten eines Perspektivwechsels hin zu den betriebswirtschaftlichen Anforderungen geht. Unter den gegebenen Finanzierungsbedingungen von Pflegearbeit erscheint dieser jedoch unerlässlich. Denn auch die professionelle Führung des Unternehmens ist für die Entfaltung der fachlichen Professionalität der Pflegenden eine notwendige Bedingung guter Pflege.

LENA SCHÜRMMANN

vertritt zurzeit die Professur „Soziologie der Arbeit und der Geschlechterverhältnisse“ an der Humboldt-Universität zu Berlin.
lena.schuermann@hu-berlin.de

19 Gisela Bock/Barbara Duden, Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit: Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus, in: Gruppe Berliner Dozentinnen (Hrsg.), I: Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur 1. Sommeruniversität für Frauen, Berlin 1977, S. 118–199.

APuZ
EDITION

Zum Wieder- und Weiterlesen



2015, auch als E-Book
Bestell-Nr. 1576



2018
Bestell-Nr. 10247



2019, auch als E-Book
Bestell-Nr. 10413



Hier für 4,50 Euro bestellen
oder als E-Book kostenfrei herunterladen
www.bpb.de/shop

FAMILIÄRE PFLEGE UND ERWERBSARBEIT

Auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Aufteilung?

Ulrike Ehrlich

Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 wurde am Subsidiaritätsprinzip im deutschen *familialistischen* Care-Regime festgehalten. Wurde vorher die Pflegeverantwortung den Familien *implizit* zugewiesen und damit aufgrund des in (West-)Deutschland kulturell wie politisch stark verankerten *männlichen Ernährermodells* den zumeist nicht erwerbstätigen Frauen, wird familiäre Pflege nun *explizit* eingefordert.⁰¹ In Paragraph 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI heißt es: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“. Die Forderung nach familiärer Pflege spiegelt sich auch in den Zahlen zur Art der Versorgung von Pflegebedürftigen wider. Ende 2017 hatten 3,4 Millionen Menschen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Davon wurden 2,6 Millionen (76 Prozent) in ihrem eigenen häuslichen Umfeld, vor allem von Angehörigen oder Freunden, betreut, während 800 000 (24 Prozent) aller pflegebedürftigen Menschen vollstationär in Pflegeheimen betreut wurden.⁰² Der tatsächliche Bedarf an (familiärer) Pflege wird jedoch sehr viel höher eingeschätzt, da der Zugang zu den Leistungen aus der Pflegeversicherung auf Personen mit erheblichen Pflegebedarfen beschränkt ist.⁰³ Allein 2017 wurden 22 Prozent aller gestellten Anträge auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit nicht bewilligt, da die Pflegebedarfe der Antragstellenden als zu niedrig eingestuft wurden.⁰⁴

Aufgrund der steigenden Zahl älterer und hochaltriger Menschen in der Bevölkerung wird der Bedarf an (familiärer) Pflege weiter zunehmen.⁰⁵ Es ist allerdings mehr als fraglich, ob Frauen auch weiterhin die Hauptverantwortung in der Angehörigenpflege tragen können, da deren zeit-

lichen Ressourcen für familiäre Hilfe- oder Pflegetätigkeiten durch ihre in den vergangenen Dekaden erhöhte Erwerbsbeteiligung zunehmend begrenzt sind.⁰⁶ Darüber hinaus findet der Anstieg der Frauenerwerbsbeteiligung Unterstützung in der deutschen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, die sich seit Beginn der 2000er Jahre – im Einklang mit der Europäischen Beschäftigungsstrategie – an den normativen Leitlinien des *adult worker model* orientiert. Demnach sollen alle Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter, Frauen wie Männer, ihre Existenz durch eigene Erwerbsarbeit sicherstellen.⁰⁷ In Verbindung mit dem *explizit familialistischen* Care-Regime stehen Personen im erwerbsfähigen Alter vor der Herausforderung, zum einen die pflegerische Versorgung von hilfe- oder pflegebedürftigen Angehörigen sicherzustellen, zum anderen *adult workers* zu sein. Da das Angebot an professioneller Pflege für die Pflegebedarfe in der Bevölkerung nicht ausreichend ist (Stichwort „Pflegenotstand“) und die Pflegeversicherungsleistungen die Marktpreise für professionelle Pflege nur zu einem kleinen Teil decken, müssen pflegende Angehörige (im weiteren Textverlauf auch „Pflegepersonen“ oder „Pflegende“ genannt) die Vereinbarkeit von familiärer Pflege und Beruf zumeist ohne weitreichende professionelle Unterstützung meistern.⁰⁸ In diesem Nebeneinander von konträren politischen Zielsetzungen scheint die Vereinbarkeit von familiärer Pflege und Beruf nur umsetzbar, wenn sich auch Männer verstärkt in die Betreuung und Pflege für hilfe- oder pflegebedürftige Angehörige einbringen. Somit stellt sich die Frage, ob sich in Deutschland eine geschlechtergerechte Aufteilung von familiärer Pflege und Erwerbsarbeit über die Zeit etabliert hat.

Vor diesem Hintergrund werden in diesem Beitrag folgende Fragen beantwortet: Wie hoch ist die Bedeutung von Pflegepersonen, die selbst im erwerbsfähigen Alter sind? Dazu soll geklärt werden, zu welchem Anteil Hilfe- oder Pflegetätigkeiten von Personen im erwerbsfähigen Al-

ter übernommen werden. Haben Männer im erwerbsfähigen Alter ihr Engagement in der familiären Pflege erhöht? Diesbezüglich soll gezeigt werden, wie sich die Zahl der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter generell, aber auch im Geschlechtervergleich, über die Zeit entwickelt hat. Inwiefern schaffen es Pflegepersonen *adult workers* zu sein? Hierzu wird zum einen das Erwerbsverhalten, zum anderen aber auch die materielle Situation von Pflegepersonen und Personen, die keine Hilfe- oder Pflegetätigkeiten (im weiteren Textverlauf auch „Nicht-Pflegepersonen“ genannt) ausüben, verglichen. Gibt es in Bezug auf diese Indikatoren Geschlechterunterschiede innerhalb der Gruppe der Pflegepersonen, und wenn ja, sind diese über die Zeit konstant geblieben, haben sich diese über die Zeit verstärkt oder gar angeglichen? Zur Beantwortung dieser Fragen werden die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2001 bis 2017 analysiert.⁰⁹

BEDEUTUNG VON FAMILIÄRER PFLEGE DURCH PERSONEN IM ERWERBSALTER

Bisherige Berechnungen konnten zeigen, dass die Zahl aller Pflegepersonen zwischen 2001 und

01 Vgl. Sigrid Leitner, Varianten von Familialismus: Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitiken in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten, Berlin 2013.

02 Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung, 18.12.2018.

03 Vgl. Johannes Geyer/Erika Schulz, Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW-Wochenbericht 14/2014, S. 294–301.

04 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Soziale Pflegeversicherung, 2019, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Antragsstatistik/Erledigung-der-Antraege_1995-2017.pdf.

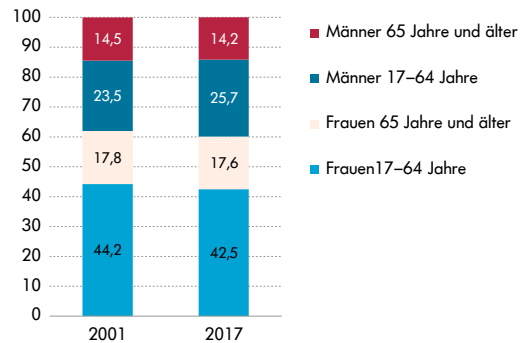
05 Siehe dazu den Beitrag von Diana Auth in dieser Ausgabe.

06 Vgl. Karl Brenke, Wachsende Bedeutung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt, in: DIW-Wochenbericht 5/2015, S. 75–86.

07 Vgl. Diana Auth/Christina Klenner/Sigrid Leitner, Neue Sorgekonflikte: Die Zumutungen des Adult Worker Model, in: Susanne Völcker/Michèle Amacker (Hrsg.), Prekarisierungen, Arbeit, Sorge und Inklusion, Weinheim–Basel 2015, S. 42–58. In diesem Beitrag werden auch jene Politikfelder genannt, in denen erwerbsfördernde und -fordernde Maßnahmen umgesetzt wurden.

08 Für eine Übersicht der zu leistenden Gesamteigenanteile zur Finanzierung vollstationärer Pflege vgl. Heinz Rothgang et al., Barmer Pflegereport 2017, Siegburg 2017. Für eine Übersicht der geleisteten Eigenanteile bei einem häuslichen Pflegearrangement vgl. Volker Hielscher/Sabine Kirchen-Peters/Lukas Nock, Pflege in den eigenen vier Wänden, Düsseldorf 2017.

Abbildung 1: Zusammensetzung von Pflegepersonen nach Geschlecht, Altersgruppe und Jahr, Angaben in Prozent



Quelle: SOEPv34. Gewichtete Ergebnisse. Eigene Berechnungen.

2015 von 3,1 auf 4,6 Millionen gestiegen ist.¹⁰ *Abbildung 1* verdeutlicht die Bedeutung von Pflegepersonen im Erwerbsalter innerhalb der Gruppe aller Pflegepersonen. Obschon Frauen und Männer im Rentenalter zu hohen Anteilen pflegen (zusammen 32 Prozent 2001 und 2017), wird ein erheblicher Teil der familiären Pflege von Personen im Erwerbsalter – insbesondere von Frauen – erbracht: Über 40 Prozent aller Pflegepersonen sind Frauen im Alter zwischen 17 und

09 Das SOEP ist eine seit 1984 in West- und ab 1990 auch in Ostdeutschland vorgenommene jährliche Wiederholungsbefragung repräsentativ ausgewählter Privathaushalte und deren Haushaltsmitglieder ab 17 Jahren. Seit 2001 werden Informationen zu geleisteten Hilfe- oder Pflegetätigkeiten über folgende Frage erfasst: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“ Befragte, die angeben, mindestens eine Stunde werktätlich für Hilfe- oder Pflegetätigkeiten aufzubringen, werden als Pflegepersonen identifiziert. Damit basiert die hier verwendete Definition von Pflegepersonen auf der Selbsteinschätzung der befragten Personen. Somit werden Pflegepersonen betrachtet, die sowohl Hilfe- oder Pflegetätigkeiten für Personen mit Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung erbringen als auch für Personen ohne Leistungsbezug. Allerdings impliziert die werktätliche Eingebundenheit in Hilfe- oder Pflegetätigkeiten von mindestens einer Stunde ein hohes Hilfe- oder Pflegeengagement. Vgl. Jan Goebel et al., The German Socio-Economic Panel Study (SOEP), in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 2/2019, S. 345–360.

10 Vgl. Heinz Rothgang et al., Barmer Pflegereport 2017, Siegburg 2017. Diese verwendeten zur Erschließung der Pflegepersonenzahl ebenfalls SOEP-Daten. Im Unterschied zu der in diesem Beitrag verwendeten Pflegepersonen-Definition berücksichtigten sie auch jene Pflegepersonen, die ausschließlich am Wochenende pflegten. Etwa 20 Prozent aller Pflegepersonen pflegen nur am Wochenende (eigene Berechnungen).

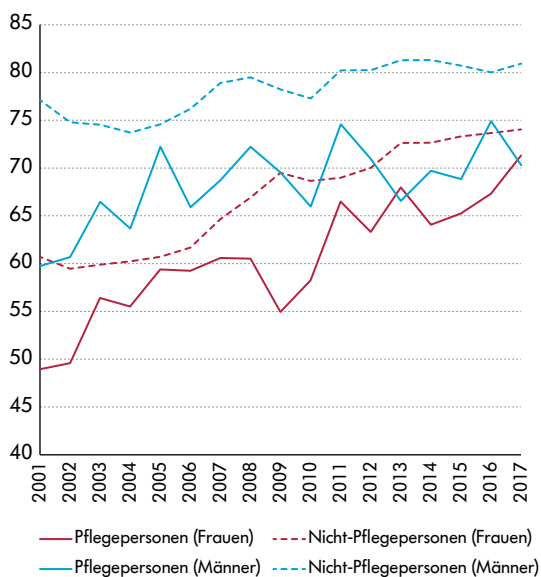
64 Jahren (44 Prozent 2001 und 42 Prozent 2017). Die Gruppe der pflegenden Männer dieses Alters ist deutlich kleiner (23 Prozent 2001 und 26 Prozent 2017). Trotz der zahlenmäßigen Zunahme ist die Zusammensetzung von Pflegepersonen hinsichtlich Geschlecht und Altersgruppe über die Zeit relativ stabil geblieben. Einzig eine leichte Verschiebung ist auszumachen: Die Gruppe der pflegenden Männer im erwerbsfähigen Alter ist – relativ betrachtet – etwas größer und die der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ist etwas kleiner geworden.

HABEN MÄNNER IM ERWERBSFÄHIGEN ALTER IHR ENGAGEMENT IN DER FAMILIÄREN PFLEGE ERHÖHT?

Auch bei der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist die Zahl der Pflegepersonen – trotz einiger Schwankungen – gestiegen: von 2,2 Millionen 2001 auf 2,7 Millionen 2017. Der Anteil weiblicher Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter an allen erwerbsfähigen Frauen betrug 2001 6 Prozent und 2017 7 Prozent, während der Anteil der männlichen Pflegepersonen an der Gesamtzahl von Männern im erwerbsfähigen Alter zwischen 2001 und 2017 um einen Prozentpunkt von 3 Prozent auf 4 Prozent gestiegen ist. Innerhalb der Gruppe der erwerbsfähigen Pflegepersonen liegt der Anteil der männlichen Pflegepersonen 2001 bei 33 Prozent und 2017 bei 38 Prozent, was darauf hindeutet, dass Frauen im erwerbsfähigen Alter zwar noch immer häufiger Hilfe- oder Pflegetätigkeiten übernehmen, Männer ihre Beteiligung in der familiären Pflege aber nicht nur absolut, sondern auch relativ betrachtet zwischen den beiden Messzeitpunkten erhöht haben.

Wenngleich die Anzahl von Pflegepersonen im Erwerbsalter gestiegen ist, ist die durchschnittliche Stundenanzahl, die Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter für familiäre Pflege an einem Werktag aufbringen, zwischen 2001 und 2017 gesunken. Haben Frauen 2001 täglich durchschnittlich 3,0 Stunden in Hilfe- oder Pflegetätigkeiten investiert, waren es 2017 nur mehr 2,5 Stunden. Männer pflegten 2001 durchschnittlich 2,2 Stunden pro Werktag, 2017 waren es durchschnittlich 2,0 Stunden. Wie im nächsten Abschnitt ersichtlich wird, könnte ein Grund für die im Durchschnitt gesunkene Zeitaufwendung für familiäre Hilfe- oder Pflegetätigkeiten die gestiegene

Abbildung 2: Erwerbstätigenquote von Frauen und Männern im Alter von 17–64 Jahre nach Pflegepersonenstatus und Jahr, Angaben in Prozent



Quelle: SOEPv34. Gewichtete Ergebnisse. Eigene Berechnungen.

Erwerbsbeteiligung der Pflegepersonen im Erwerbsalter sein und die damit einhergehenden geringeren zeitlichen Ressourcen zur Ausübung von familiären Hilfe- oder Pflegetätigkeiten.

PFLEGERPERSONEN = ADULT WORKERS?

Zwischen 2001 und 2017 stieg die Erwerbstätigenquote von Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 49 auf 71 Prozent bei den Frauen und von 61 auf 70 Prozent bei den Männern in dieser Altersgruppe an (Abbildung 2). Somit vereinbarte 2017 ein höherer Anteil von Pflegepersonen familiäre Pflege und Erwerbstätigkeit als 2001. Der 2001 bestehende Geschlechterunterschied in der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen war 2017 nicht mehr erkennbar. Die Zahlen verdeutlichen aber auch die Tendenz, dass in dem 17 Jahre währenden Beobachtungszeitraum die Erwerbstätigenquote pflegender Frauen deutlicher gestiegen ist (22 Prozentpunkte) als die der pflegenden Männer (11 Prozentpunkte). Obwohl in beiden Pflegepersonengruppen der Anstieg der Erwerbstätigenquote zwischen 2001 und 2017 höher war als bei der jeweiligen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ohne Hilfe- oder Pflegeverpflichtungen, waren sowohl weibliche als auch männliche

Pflegepersonen seltener erwerbstätig als Personen ohne Hilfe- oder Pflegeverpflichtungen, auch wenn dieser Unterschied nicht in allen Jahren des Beobachtungszeitraums statistisch signifikant ist.

Obschon die Erwerbstätigenquote ein wichtiger Indikator dafür ist, um festzustellen, ob Personen am Erwerbsleben teilnehmen und ob sie Zugang zu Erwerbseinkommen haben, verdeckt dieser Indikator die zeitliche Eingebundenheit in die Erwerbstätigkeit. *Abbildung 3* zeigt zunächst, dass Frauen weniger Stunden erwerbstätig sind als Männer – unabhängig davon, ob familiäre Hilfe- oder Pflegetätigkeiten ausgeübt werden oder nicht. Dies rührt vor allem daher, dass Teilzeitarbeit unter Frauen weiter verbreitet ist als unter Männern.¹¹

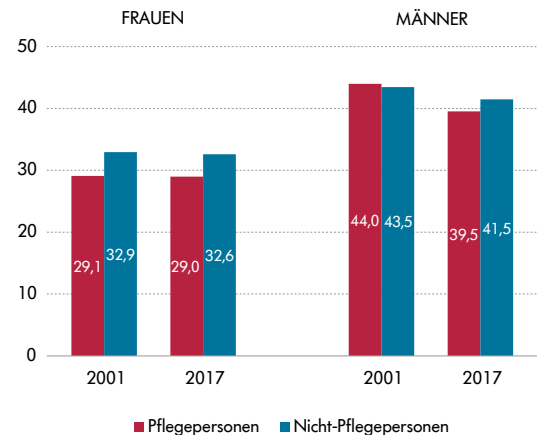
Abbildung 3 verweist aber auch darauf, dass Pflegepersonen geringere Wochenarbeitszeiten als Nicht-Pflegepersonen aufweisen. Pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter haben sowohl 2001 als auch 2017 signifikant weniger Zeit auf dem Arbeitsmarkt verbracht als nicht pflegende Frauen im erwerbsfähigen Alter (2001 wie 2017: 29 Stunden versus 33 Stunden). Dieser Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass pflegende Frauen zu beiden Messzeitpunkten signifikant seltener in Vollzeit beschäftigt waren als nicht pflegende Frauen. Männliche Pflegepersonen waren 2001 genauso stark in den Arbeitsmarkt eingebunden wie männliche Nicht-Pflegepersonen. Beide Personengruppen gingen durchschnittlich 44 Stunden in der Woche einer Erwerbsarbeit nach. 2017 waren männliche Pflegepersonen im Durchschnitt signifikant weniger Stunden erwerbstätig als männliche Nicht-Pflegepersonen (40 Stunden versus 42 Stunden), was auf eine geringfügige Ausweitung der Teilzeiterwerbstätigkeit unter männlichen Pflegepersonen zurückzuführen ist.

Auch wenn sich die Neigung, einer bezahlten Beschäftigung nachzugehen, von pflegenden Frauen zwischen 2001 und 2017 an die der pflegenden Männer angeglichen hat, bleiben die geschlechtsspezifischen Unterschiede im wöchentlichen Arbeitszeitvolumen zwischen weiblichen und männlichen Pflegepersonen über die Zeit bemerkenswert konstant.

Doch inwiefern gelingt es Pflegepersonen ihre Existenz durch eigene Erwerbsarbeit abzusichern? Die *Tabelle* bestätigt zunächst, dass – unabhängig

¹¹ Vgl. Brenke (Anm. 6).

Abbildung 3: Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Stunden von Pflegepersonen und Nicht-Pflegepersonen im Alter von 17–64 Jahre nach Jahr, Angaben in arithmetischen Mitteln



Quelle: SOEPv34. Gewichtete Ergebnisse. Eigene Berechnungen.

davon, ob gepflegt wird oder nicht – Frauen sowohl 2001 als auch 2017 ein geringeres Erwerbseinkommen erzielten als Männer. Darüber hinaus bestehen innerhalb der Geschlechtergruppen nochmals Unterschiede zwischen Pflegepersonen und Nicht-Pflegepersonen. Der durchschnittliche monatliche Bruttolohn von weiblichen Pflegenden lag sowohl 2001 als auch 2017 signifikant unterhalb des durchschnittlichen Bruttomonatslohns nicht pflegender Frauen. Auch privat pflegende Männer erlangten sowohl 2001 als auch 2017 einen durchschnittlich geringeren monatlichen Bruttolohn als nicht pflegende Männer. Die beobachteten Unterschiede im Lohnniveau zwischen Pflegepersonen und Nicht-Pflegepersonen sind hauptsächlich auf das geringere Arbeitszeitvolumen von Pflegepersonen zurückzuführen. Darüber hinaus verdeutlicht die *Tabelle*, dass, auch wenn das durchschnittliche monatliche Erwerbseinkommen pflegender Frauen zwischen 2001 und 2017 leicht gestiegen ist und jenes der pflegenden Männer leicht gesunken, die durchschnittliche Brutto-Lohnlücke von 1000 Euro zwischen den Geschlechtern im Zeitvergleich substantziell bleibt.

Der Haushalt ist von enormer Wichtigkeit, die Unterschiede in der individuellen materiellen Existenzsicherung zwischen Pflegepersonen und Nicht-Pflegepersonen sowie zwischen weiblichen und männlichen Pflegepersonen auszugleichen. 2001 als auch 2017 unterschieden sich die

Tabelle: Materielle Situation von Pflegepersonen (P) und Nicht-Pflegepersonen (NP) im erwerbsfähigen Alter (17–64 Jahre) nach Geschlecht und Jahr

	FRAUEN				MÄNNER			
	2001		2017		2001		2017	
	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
Monatlicher Bruttolohn in Euro (Mittelwert)	1771	1915	1825	2170	3170	3240	2977	3347
Haushaltsnettoeinkommen in Euro (Mittelwert)	1601	1633	1740	1989	1587	1696	1806	1966
Armutsrisikoquote (in Prozent)	11,1	10,5	17,6	16,7	12,4	10,2	18,9	17,2
Individueller Anteil am Gesamthaushaltserwerbseinkommen (Mittelwert)	32,1	36,0	43,1	45,6	53,6	62,2	57,3	61,8

Quelle: SOEPv34. Gewichtete Ergebnisse. Eigene Berechnungen.

Anmerkung: Der monatliche Bruttoverdienst ist inflationsbereinigt (Basisjahr: 2017). Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen ist äquivalenzgewichtet unter Verwendung der neuen OECD-Äquivalenzskala (eine erwachsene Person erhält das Gewicht 1, alle anderen Mitglieder des Haushaltes im Alter von 15 und mehr Jahren 0,5 und alle Haushaltsmitglieder im Alter von 14 und jünger 0,3). Darüber hinaus sind die Angaben inflationsbereinigt (Basisjahr: 2017). Der hier verwendete Armutsbegriff beruht auf dem Konzept relativer Armut der Europäischen Union. Personen gelten als arm, wenn diese in einem Haushalt leben, dessen äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen weniger als 60 Prozent des Medians der Einkommen in der gesamten Bevölkerung beträgt.

Haushaltsnettoeinkommen zwischen weiblichen Pflege- und Nicht-Pflegepersonen als auch zwischen männlichen Pflege- und Nicht-Pflegepersonen nicht signifikant. Somit konnten in beiden Jahren sowohl weibliche als auch männliche Pflegepersonen auf ähnlich hohe Haushaltsnettoeinkommen zurückgreifen wie nicht pflegende Frauen oder Männer (*Tabelle*). Darüber hinaus unterschieden sich 2001 sowohl weibliche als auch männliche Pflegepersonen nicht signifikant in der Armutsbetroffenheit von der jeweiligen nicht pflegenden Geschlechtergruppe. Und auch wenn der Anteil von Personen, die weniger als 60 Prozent des mittleren Haushaltsnettoeinkommens zur Verfügung haben, in allen untersuchten Personengruppen zwischen 2001 und 2017 gestiegen ist, waren weibliche und männliche Pflegepersonen auch 2017 ähnlich häufig von Armut betroffen wie die jeweilige nicht pflegende Geschlechtergruppe. Innerhalb der Gruppe der Pflegepersonen fielen die Geschlechterdifferenzen in den Haushaltsnettoeinkommen als auch in der Armutsbetroffenheit sowohl 2001 als auch 2017 gering aus.

Insbesondere pflegende Frauen, die von allen untersuchten Personengruppen stets am geringsten in den Arbeitsmarkt integriert waren und das

geringste Lohnniveau erzielten, sind auf die Umverteilungsleistung des Haushalts angewiesen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese vergleichsweise anteilig am geringsten zum Haushaltserwerbseinkommen beitrugen, aber somit auch vergleichsweise häufiger auf andere Einkommensressourcen zurückgreifen konnten, am wahrscheinlichsten auf einen Partner in der Rolle des *Ernährers*.

AUF DEM WEG, ABER NOCH NICHT AM ZIEL: WARUM?

Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter waren und sind von enormer Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Lebensqualität von hilfe- oder pflegebedürftigen Personen. Zwar haben Männer im erwerbsfähigen Alter ihr Engagement in der familiären Pflege erhöht. Frauen im erwerbsfähigen Alter übernehmen aber noch immer häufiger Hilfe- oder Pflegetätigkeiten und leisten diese auch im höheren Zeitumfang als Männer. Darüber hinaus schaffen es Pflegepersonen seltener als Nicht-Pflegepersonen, und weibliche Pflegepersonen seltener als männliche Pflegepersonen, *adult workers* zu sein. Zwar haben Pflegepersonen ihre Erwerbsbeteiligung im

Beobachtungszeitraum deutlich gesteigert, jedoch waren sie zu allen Messzeitpunkten seltener und im geringeren Umfang erwerbstätig als Nicht-Pflegepersonen. Innerhalb der Gruppe der Pflegepersonen hat sich die Erwerbstätigenquote der Frauen über die Zeit jener der Männer angeglichen. Jedoch kam es zu keiner Annäherung der wöchentlichen Arbeitszeitvolumina. Somit überrascht es auch nicht, dass sowohl Pflegepersonen im Vergleich zu Nicht-Pflegepersonen als auch weibliche Pflegepersonen im Vergleich zu männlichen Pflegepersonen stets ein geringeres Lohnniveau erzielten und deren erwerbsbasierte Existenzsicherung am geringsten ausfällt, was perspektivisch auch negative Auswirkungen auf die erwerbsbasierte Existenzsicherung im Alter haben wird. Eine Existenzsicherung von Pflegepersonen, insbesondere von weiblichen Pflegepersonen, erfolgt nur abgeleitet über die monetäre Umverteilungsleistung des Haushalts. Diese Umverteilungsleistung führt allerdings zu kurz- als auch langfristigen individuellen ökonomischen Abhängigkeitsverhältnissen vom *Ernährer* des Haushalts. Darüber hinaus kann eine Pufferwirkung des Haushalts schnell verschwinden, wenn sich die Konstellation ändert, beispielsweise durch Trennung oder den Verlust des Partners oder wenn ein zusätzliches Einkommen anderweitig verloren geht.

Warum ist eine geschlechtergerechtere Aufteilung von familiärer Pflege und Erwerbsarbeit also noch nicht erreicht? Zum einen deshalb, weil sich die in Deutschland verankerten *explizit familialistischen* pflegepolitischen Maßnahmen stärker auf Frauen auswirken, da Fürsorgetätigkeiten qua Tradition eher in ihren Verantwortungsbe- reich fallen.¹² Zum anderen hat ein solches Care-Regime angesichts resistenter geschlechtsspezifischer Erwerbs- und Lohnunterschiede sowie immer noch bestehender politischer Maßnahmen zur Förderung einer *männlichen Ernährer-*

ebe (beispielsweise Ehegattensplitting, beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern in der gesetzlichen Krankenkasse)¹³ stärkere negative Auswirkungen auf Frauen, da diese aus (haushalts-)ökonomischen Gründen eher familiäre Hilfe- oder Pflegetätigkeiten übernehmen als Männer und ihre Erwerbstätigkeit in Folge von Hilfe- oder Pflegetätigkeiten reduzieren oder sogar aufgeben.¹⁴ Deshalb wird das deutsche Care-Regime auch als „geschlechtsspezifisch diskriminierende Variante des Familialismus“ eingestuft, das eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung reproduziert.¹⁵

Wenn einerseits die Hauptverantwortung für die Versorgung hilfe- oder pflegebedürftiger Personen weiterhin bei den Familien liegen soll und andererseits Frauen wie Männer ihre Existenz durch eigene Erwerbsarbeit absichern sollen und auch immer häufiger wollen und müssen, müssen diese politische Zielsetzungen *zusammen gedacht* werden und Optionen geschaffen werden, die es ermöglichen, dass familiäre Pflege und Erwerbsarbeit geschlechtergerecht *vereinbart* werden können. Ein umfassenderes und kostengünstigeres Angebot professioneller Pflegedienstleistungen würde pflegende Angehörige bei der Vereinbarkeit von familiärer Pflege und Erwerbsarbeit entlasten und somit eine individuelle und erwerbsbasierte Existenzsicherung ermöglichen. Ist eine pflegebedingte Teilzeit- oder Vollzeit-erwerbsunterbrechung dennoch nötig, sollte eine Lohnersatzleistung nach dem Vorbild des Elterngeldes gewährt werden. Diese würde nicht nur eine gewisse finanzielle Stabilität garantieren, sondern könnte auch ein vielversprechender Weg sein, eine geschlechtergerechtere Aufteilung von familiärer Pflege und Erwerbsarbeit zu erreichen, da so auch Männer zur Übernahme von familiären Hilfe- oder Pflegetätigkeiten motiviert werden könnten.

Ich bedanke mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DZA für ihre wertvollen Anmerkungen. Darüber hinaus möchte ich mich bei Sonja Drobnič und Lena Hipp bedanken, die frühere Versionen dieser Arbeit kommentierten.

ULRIKE EHRlich

ist promovierte Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA).

ulrike.ehrlich@dza.de

¹² Vgl. Thomas Schmid/Martina Brandt/Klaus Haberkern, Gendered Support to Older Parents: Do Welfare States Matter?, in: European Journal of Ageing 1/2012, S. 39–50.

¹³ Vgl. Sigrid Leitner, Familienpolitik, in: Herbert Obinger/Mar- fered G. Schmidt (Hrsg.), Handbuch Sozialpolitik, Wiesbaden 2019, S. 739–760.

¹⁴ Vgl. Leitner (Anm. 1); Nadiya Kelle, Combining Employment and Care-Giving: How Differing Care Intensities Influence Employment Patterns Among Middle-Aged Women in Germany, in: Ageing & Society 2018 (online first).

¹⁵ Leitner (Anm. 1), S. 126.

Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 9 95 15-0



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 2. August 2019

REDAKTION

Lorenz Abu Ayyash
Anne-Sophie Friedel
Johannes Piepenbrink
Frederik Schetter (Volontär)
Anne Seibring (verantwortlich für diese Ausgabe)
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
twitter.com/APuZ_bpb

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Charlotte Cassel/Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH & Co. KG,
Mörfelden-Walldorf

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung
Das **Parlament** ausgeliefert.
Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.
Im Ausland zzgl. Versandkosten.
FAZIT Communication GmbH
c/o InTime Media Services GmbH
fazit-com@intime-media-services.de

Die Veröffentlichungen in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ sind keine Meinungsäußerungen der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung. Beachten Sie bitte auch das weitere Print-, Online- und Veranstaltungsangebot der bpb, das weiterführende, ergänzende und kontroverse Standpunkte zum Thema bereithält.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ
Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland.

APuZ
Nächste Ausgabe
35–37/2019, 26. August 2019
**DAS LETZTE
JAHR DER DDR**



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz