

So lohnt vor diesem Hintergrund ein Einblick in einen faktisch zu konstatierenden aber auch unter national-ökonomischen Gesichtspunkten proklamierten ›Fachkräftemangel‹ in der Altenpflegebranche und deren – so wird aufzuzeigen sein – prekär gewordene Arbeitsbedingungen.

2.2 Zur Debatte um den Pflegefachkräftemangel und zu den Hintergründen der Altenpflege

[W]eil in Deutschland ist der Markt leer. Wir suchen seit eineinhalb Jahren und es ist seitdem eine Bewerbung gekommen bis jetzt. So viel zum Thema Fachkräftemangel.

Ralf Hund, Pflegedienstleitung, 38 Jahre

Bis Mitte der 1990er-Jahre lag die Verantwortung für Fürsorge- und Pflegetätigkeiten alter Menschen in Deutschland *primär* in familiären Händen und war zumeist Aufgabe der weiblichen Familienmitglieder (Theobald 2010: 34, 2008: 258). Dies änderte sich erst mit dem demografischen und sozialen Wandel sowie der zunehmenden Erwerbsintegration von Frauen (der ehemaligen BRD), einer zugleich ausbleibenden Neuverteilung von Fürsorgetätigkeiten zwischen den Geschlechtern und den steigenden gesellschaftlichen Kosten für die Pflege (Theobald 2008: 260; Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 9–10). Bis zur *Einführung der Pflegeversicherung* in den Jahren 1995 und 1996, die den Markstein wesentlicher struktureller Veränderungen bildet, konnten pflegerische Leistungen im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (»Hilfe zur Pflege«) nur nach einer Einkommensüberprüfung von wohlfahrtstaatlichen Organisationen übernommen werden, sofern Familienmitglieder die Aufgabe nicht selbst übernehmen konnten (Theobald 2010: 34). Gerade als Folge der Zunahme kostenintensiver stationärer Versorgung wurden dann Mitte der 1990er-Jahre Politiken etabliert, die die Pflege absichern und nicht zuletzt die Kommunen finanziell entlasten sollten; es folgte die Festlegung universeller Leistungen einem vorab definierten Pflegebedarf entsprechend (Theobald 2008: 267–268).

Mit dieser staatlichen Reaktion auf das gesamtgesellschaftlich hohe Maß an Pflegebedarf und der Einführung der Pflegeversicherung trat sodann eine fürsorgende Beschäftigung zunehmend mehr aus einem familiären Kümmern und Bekümmern heraus. Sie wurde in die Hände professioneller, d.h. verberuflichter Praxis gegeben (Schroeter 2008: 57). Die historische Bedeutung von Pflege als »beaufsichtigende oder fürsorgende, (körperliches oder geistiges) gedeihen und wolbefinden bezweckende beschäftigung«, die »aufsicht, obhut, fürsorge, wartung, schirm und schutz [sowie] leitung« (GDW 1899a/VII: 1773) umfasst, wurde so als deskriptiv-rechtliche Kategorie verankert. Als »pflegebe-

durch die Corona-Pandemie sind allerdings bislang keine Aussagen zur Wirkung des Gesetzes möglich« (BA 2022: 11; vgl. zum Fachkräfteeinwanderungsgesetz generell auch Döring 2020).

dürftig«⁹ gelten nunmehr – im Sinne des eingeführten Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 Abs. 1 SGB XI) – Menschen,

die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. (ebd.)

In diesem Sinne übernahm der deutsche Staat erstmals ein Mehr an Verantwortung für die Absicherung pflegerischer Versorgung. Die immer schon von Menschen und ›höher entwickelten‹ Säugetieren praktizierte Pflege von Alten, Kranken und Schwachen, um die Gemeinschaft und ihre Mitglieder zu erhalten (Huber 2019: 41–43), wurde sodann zum »sozialen Risiko Pflegebedürftigkeit« und in der Causa der Pflegeversicherung auf einem ›Teilkaskoniveau‹ für alle Bevölkerungsschichten abgesichert (Theobald 2008: 268, 273).

Die ambulante – häusliche – Pflegeversorgung ist ein Teil dieser öffentlichen Unterstützung zur familiären Pflege, die bis 1995/1996 im Bereich der Altenversorgung kaum in Erscheinung getreten war. Erst die Einführung der Pflegeversicherung führte zu einer wachsenden Nachfrage und verhalf der Altenpflege als Beruf zu einem Zuwachs an Anerkennung, was einen Anstieg an Fachlichkeit, Professionalität und Beschäftigungen auch im ambulanten Sektor nach sich zog (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 36–37; Geller/Gabriel 2004: 301).¹⁰ In diesem Prozess wurden die vor 1995 quantitativ überwiegenden gemeinnützigen Einrichtungen den privaten, profitorientierten Dienstleistern gleichgestellt, sodass von nun an Nachfrage das Angebot regeln sollte. Die öffentliche Kostenkontrolle und Konkurrenzsituation auf dem Pflegemarkt lösten in der Folge auch bei den freigemeinnützigen Trägern eine verstärkte Effizienzorientierung aus, sodass sich – so betonen Hildegard Theobald, Marta Szebehely und Maren Preuß – nur noch wenige Unterschiede zwischen kommerziellen und freigemeinnützigen Anbietern fortan erkennen ließen (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 31).¹¹

9 Der Terminus ›Pflegebedürftigkeit‹ ist ein sozialrechtlicher Begriff. Personen gelten als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, wenn sie aufgrund eines vorab eingeschätzten Pflegebedarfs Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Vor diesem Hintergrund verwende ich den Begriff nur in Verbindung mit statistischen und rechtlichen Einordnungen. Ich bevorzuge in der gesamten Arbeit die Bezeichnung ›zu Pflegenden‹ in Relation zu den Pflegenden bzw. Pflegefach- und Pflegehilfskräften der ambulanten Pflege, die diese Leistungen erbringen. Der Begriff ›Pflegebedürftige‹ kann meiner Ansicht nach suggerieren, dass ein *individuelles Bedürfnis nach Pflege*, auch im Sinne von sozialer Beziehungsarbeit und -gestaltung, von der ambulanten Pflege abgedeckt würde. Gleichzeitig denke ich mit der Begrifflichkeit ›zu Pflegenden‹ mit, dass die professionelle Pflege in der Häuslichkeit nicht nur Leistungen nach dem SGB XI, sondern auch behandlungspflegerische Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V beinhaltet.

10 So existiert beispielsweise seit dem Jahr 2003 eine vereinheitlichte Altenpflegeausbildung auf Bundesebene (Köther 2011: 994–995).

11 Im Jahr 2017 befanden sich in Sachsen 736 ambulante Einrichtungen in privater, 325 in freigemeinnütziger und neun in öffentlicher Trägerschaft (sachsen.de o.J.b: Tabelle 19–4).

Ab Mitte der 1990er-Jahre stieg nicht nur die Anzahl der sogenannten ›Pflegebedürftigen‹,¹² sondern auch die Anzahl der Beschäftigten im Pflegesektor wuchs zwischen 1995 und 2011 von 271 056 auf 951 893 Personen an (ebd.: 36–37). Angesichts des fortschreitenden demografischen Wandels und der damit stetig wachsenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen verwundert es nicht, dass laut BA im September 2021 deutschlandweit 1,7 Millionen Pflegekräfte (darunter Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege) sozialversicherungspflichtig erwerbstätig waren (BA 2022: 8). Diese können den Bedarf an professioneller Pflege dennoch kaum abdecken:

Im Jahresdurchschnitt 2021 waren 36.000 Stellen für Arbeitskräfte im Bereich der Pflege [...] gemeldet. [...] Trotz des vergleichsweise moderaten Anstiegs im zweiten Corona-Jahr stieg die Zahl der gemeldeten Stellen für Pflegekräfte im 5-Jahres-Vergleich mit gut neun Prozent etwas stärker als die der Stellen insgesamt. (ebd.: 17)

In Sachsen stellt sich der Fachkräftemangel im Arbeitsmarktsegment Pflege und mit dezidiertem Blick auf die Fachkräfte in der Altenpflege besonders ausgeprägt dar: Im Jahr 2017 kamen rechnerisch auf 100 gemeldete Stellen nur sechs ›Arbeitslose‹ (Fuchs et al. 2018: 31). Bei den Altenpflegehelfer*innen¹³ ist die Relation weniger frappierend, wobei auch hier nicht ausreichend ›Arbeitslose‹ (88 auf 100 gemeldete Stellen) dem ›wirtschaftlichen Bedarf‹ zur Verfügung stehen (Fuchs et al. 2018: 33). Zudem ist Sachsen – wie andere ostdeutsche Bundesländer – ein Bundesland, das stark vom demografischen Wandel geprägt ist; im bundesweiten Vergleich hat es eine der durchschnittlich ältesten Bevölkerungen (statista 2022).

Die Gesamtzahl der sogenannten ›Pflegebedürftigen‹, die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, belief sich im Jahr 2015 in Sachsen auf 98 733 Personen. Für das Jahr 2030 wird eine Erhöhung um ein Plus von etwa 33 % professionell Gepflegter prognostiziert, sodass für sächsische Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Personalschlüssels von 2015 ein Personal-Mehrbedarf in der Größenordnung von etwa 16 700 Vollzeitstellen (oder Äquivalenten) errechnet werden kann (2015: 47 629 Pflegearbeitskräfte; 2030: prognostizierte 63 500 bis 64 300 Pflegearbeitskräfte, Fuchs et al. 2018: 60–62). Bei gleichzeitigen altersbedingten Austritten der Mitarbeiter*innen aus den Pflegeberufen wird das Vorhalten einer adäquaten Pflegeversorgung zukünftig mit besonderen Herausforderungen verbunden sein (ebd.: 11). Denn auch der demografische Wandel führt/e im Arbeitsmarktsegment der professionellen Pflege und ihren Mitarbeitenden zu einem erheblichen Anstieg des Durchschnittsalters (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 9). Gerade

12 Bereits im Jahr 1999 (Einführung der Pflegestatistik) wurden bundesweit über zwei Millionen sogenannte ›Pflegebedürftige‹ gezählt (Destatis 2001: 6). Die Zahl für das Jahr 2019 lag bei 4,1 Millionen (Destatis 2020: 19), darunter 982 604, die zu Hause durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden (davon 66,6 % Frauen; ebd.). Bis zum Jahr 2060 wird bundesweit ein weiterer Anstieg auf 5,06 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert (Schwinger/Klauber/Tsiasioti 2019: 12).

13 Die ›Helfer*innen‹-Bezeichnung steht dabei nicht per se für Hilfskräfte ohne Qualifikation, ob schon ein Quereinstieg in die Pflege möglich ist, da Hauswirtschafts-, Betreuungs- und grundpflegerische Leistungen nach dem SGB XI ohne Ausbildungserfordernis erbracht werden können; sie schließt auch Beschäftigte mit einer kürzeren, nicht dreijährigen Qualifizierungsperiode unterhalb des Fachkräfteniveaus ein (Bogai 2017: 117–118).

in Sachsen zeigt sich die Pflegebranche als ein ›gealtertes‹ Arbeitsfeld: Die Altersgruppe der 45–54-Jährigen ist gegenwärtig am stärksten in dieser Arbeitsbranche vertreten (Fuchs et al. 2018: 23).

Hinzu kommt die Bedeutsamkeit des Fachkräftemangels in der *häuslichen Pflege*, da bundesweit steigende Pflegekosten zu ambulanter vor stationärer Versorgung drängen (§ 3 SGB XI). Pflegerische Dienstleistungen, die im privaten Wohnraum der (zumeist alten) Menschen erbracht werden und die ein Altern in der Häuslichkeit ermöglichen, entsprechen dem Wunsch vieler Menschen (Köther/Seibold 2011: 921).¹⁴ So erhielt nach dem Elften Sozialgesetzbuch die ambulante Pflege Vorrang vor der stationären Versorgung, damit ältere Menschen so lange wie möglich im eigenen Umfeld leben können. Ein weiteres, zentrales Motiv dieser Priorisierung ist in der Kostenersparnis zu identifizieren.

Gegenwärtig erstreckt sich der Aufgabenbereich der häuslichen Pflege von grundpflegerischen Leistungen, sozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung (SGB XI) bis hin zu medizinischen/behandlungspflegerischen Leistungen (SGB V), begleitet von Dokumentations- und administrativen Tätigkeiten (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 40).¹⁵ Die möglichen Leistungskomplexe, die im Rahmen der Pflegeversorgung nach dem SGB XI von den einzelnen zu Pflegenden eingekauft werden können, und ihr Punktwert, der einem bestimmten Wert in Euro entspricht, sind von den Pflegeverbänden bzw. Pflegediensten zusammen mit den Pflegekassen individuell ausgehandelt und in Leistungskatalogen kleinteilig systematisiert.¹⁶ So lassen sich beispielsweise die Leistungskomplexe »Kleine Körperpflege außerhalb des Bettes«, »Große Körperpflege im Bett«, »Hilfe bei der Nahrungsaufnahme«, »Darm und Blasenentleerung«, »Wechseln der Bettwäsche« und »Begleitung außer Haus« (vdek o.J.), um nur einige wenige grundpflegerische und Betreuungs-Leistungen zu nennen, je nach ›Bedürftigkeit‹ (und damit einem über die Pflegeversicherung zur Verfügung stehenden Geldwert) und den zusätzlich zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln einkaufen.¹⁷

Die anhaltende Beschäftigungsexpansion in der Pflege steht einerseits einer erheblichen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Beschäftigungssituationen – so beispielsweise durch den Anstieg prekärer Beschäftigungsformen,¹⁸ steigende Ar-

14 Zwischen den Jahren 1999 und 2015 hat die ambulante Pflege in Sachsen gegenüber der stationären Versorgung (+36,7 %) und der Versorgung durch Angehörige (+34,7 %) die höchsten Zuwächse in der Pflegeversorgung erfahren (+66,7 %; Fuchs et al.: 14–15) – mit weiterhin steigender Tendenz (als Folge § 3 SGB XI).

15 Sofern nicht expliziert, denke ich nachfolgend diese Aufgabenbereiche zusammen, wenn von ›(ambulanter) Pflege‹ die Rede ist.

16 Die Preise, die von den zu Pflegenden zu zahlen sind, basieren dann ›auf den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten. Die Pflegedienste müssen sich bzgl. der Preise an diese Vergütungsvereinbarungen halten und dürfen [...] für die in den Vergütungsvereinbarungen festgehaltenen Leistungen auch nicht mehr abrechnen‹ (pflege-durch-angehoerige.de o.J.).

17 Der Leistungskomplex »Kleine Körperpflege außerhalb des Bettes« kann dann beispielsweise das »Kämmen«, das »Benutzen der Toilette«, »Unterstützung beim Aufstehen«, das »Wechseln der Kleidung« oder »Teilwaschen« als abrechenbare Teilleistungen beinhalten (vdek o.J.).

18 »Der Teilzeit- und Frauenanteil ist weiterhin überdurchschnittlich hoch« (BA 2022: 8); Teilzeit- und/oder geringfügige Beschäftigungsverhältnisse gelten mittlerweile als Normalität im Pflege-sektor (etwa Fuchs et al. 2018: 25); sie können als probate Instrumente zur »Flexibilisierung des

beitsbelastungen, Standardisierungen zu Lasten von Gestaltungsspielräumen (siehe Theobald 2018: 10) – und andererseits der auf Vertrauen fußenden Pflegepraxis (Geller/Gabriel 2004: 107–109, 295–296) gegenüber, da der Aufbau der Pflegeinfrastruktur seit 1995/1996 dem Primat des Marktes und der Effizienz folgte (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 36–37): »[A]us milieugeprägten Wertgemeinschaften wurden Dienstleistungsanbieter und -produzenten auf einem Dienstleistungsmarkt, der durch einen Wettbewerb zwischen privaten, gewinnorientierten und frei gemeinnützigen Produzenten geprägt ist« (Geller/Gabriel 2004: 294). Der damit in die Pflege eingezogene Kostendruck schlägt nunmehr bis auf die Ebene der Interaktion mit den zu Pflegenden durch (ebd.: 295), der eine vertrauensvolle Pflegebeziehung sowie den offenen Dialog mit den zu Pflegenden erschwert (Schrems 2020: 35, 123–124, 134):

Wie kein anderer Sektor der personenbezogenen Dienstleistungsproduktion im deutschen Sozialstaat ist die ambulante Pflege seit der Einführung der Pflegeversicherung durch eine wettbewerbliche, kapitalistische Produktionsweise geprägt. Damit zeigen sich hier die Spannungen und Widersprüche zwischen der kapitalistischen Produktionsweise und den Effizienzbedingungen des personenbezogenen, pflegerischen Handelns als soziale Interaktion besonders nachdrücklich. [...] Sind Marktbeziehungen ihrem Wesen nach anonym, so sind persönliche Beziehungen in der Pflege konstitutiv. Die gegenseitige Anerkennung als Person ist Voraussetzung für eine »gute Pflege« (Geller/Gabriel 2004: 295–296)

Der also für eine professionelle Pflege grundlegende, aber eben auch ressourcenintensive Aufbau von Vertrauen und einer persönlichen Beziehung verhält sich konträr zum Ziel der kapitalistischen Produktionsweise: Zeit einzusparen (Geller/Gabriel 2004: 296; Stagge 2016: 91). Der Widerspruch schwebt dann als unzufriedenheitsschürendes Dilemma über dem Pflegealltag (Bedürfnisorientierung vs. Ökonomisierungsdruck) und wird in Form von Handlungsdruck an die Pflegekräfte und die zu Pflegenden weitergegeben. Hierbei kann sich eine situationsspezifische Verletzlichkeit einstellen, denn die eigene Häuslichkeit als Inbegriff des privaten und intimen Raumes (Rössler 2001: 11, 255) stellt besondere Anforderungen an den Aufbau von Vertrauen, an ein Schutz- und Sicherheitsempfinden als sozial konventionalisierte Bedeutungszuweisungen der »eigenen vier Wände« (ebd.; siehe auch Geller/Gabriel 2004: 112–113) – auch und gerade angesichts oft intimer Grundpflegeleistungen, die mehrheitlich von Helfer*innen in der Altenpflege erbracht werden.

Als Folge des Bedeutungsgewinns von Rationalisierungs- und Ökonomisierungsprozessen werden Pflegeleistungen also nicht (mehr) nur unter dem Kriterium der Qualität, sondern ebenso unter dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit begutachtet (Kälble 2005: 218). Dies löste erhebliche Belastungen, Unzufriedenheit und Stress im Arbeitsalltag der Pflegekräfte aus. Theobald, Szebehely und Preuß stellen anhand empirischer Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche unter diesem

Personaleinsatzes« und zur »Reduzierung von Personalkosten« verstanden werden (Simon 2012: 4). Zum Ende des Jahres 2017 waren von den deutschlandweit 390 000 erfassten Arbeiter*innen in der ambulanten Pflege ca. zwei Drittel teilzeitbeschäftigt (Böhm 2021).

Ökonomisierungstrend folgende Belastungen fest: hoher Zeitdruck, eine hohe Gesamtzahl zu versorgender Personen, ungünstige Arbeitszeiten wie Schicht-, ständig wechselnde Dienste oder so genannte Teildienste (verkürzte Früh- und Spätschichten an einem Arbeitstag), eine Verkürzung von Regenerationszeiten bzw. der Belastungsverarbeitung und hohe psychische sowie physische Belastungen. Knappe Zeitvorgaben bei zunehmender Arbeitsverdichtung und Dokumentationsverpflichtungen können darüber hinaus mit Überstunden und dem Verzicht auf Pausen einhergehen (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 13, 40–42, 151; vgl. auch Stagge 2016: 84–90). Nicht zuletzt verdienen Fachkräfte der Altenpflege in Relation zu anderen sozialversicherungsspflichtig Beschäftigten auf Fachkraftniveau (in Vollzeit) bundesweit im Durchschnitt 16 % weniger (Seibert/Carstensen/Wiethölter 2018: 2).¹⁹

Diese Gemengelage spitzt sich dabei nicht nur durch eine geringe finanzielle, sondern auch gesamtgesellschaftliche und mitunter innerbetriebliche Anerkennung der Arbeitsleistung sowie einer Beeinträchtigung des Privatlebens durch Flexibilität und einer Beliebigkeit von Arbeitszeiten zu (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 40–42; Stagge 2016: 84; Geller/Gabriel 2004: 269). Als Folgen ergeben sich dann nicht nur ein stark ausgeprägtes Stresserleben und eine geringe Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 40), sondern auch eine hohe Mitarbeiter*innenfluktuation, Frühverrentungen, ein hoher Krankenstand und gesundheitliche Einschränkungen (ebd.: 41–42). So bestätigt eine Untersuchung von Andreas Zimmer, Anja Albrecht und Siegfried Weyerer signifikante Verschlechterungen im Gesundheitszustand der Pflegekräfte *nach* Einführung der Pflegeversicherung (Zimmer/Albrecht/Weyerer 1999). Die Pflegewissenschaftlerin Berta Schrems spricht in diesem Zusammenhang von einer »ökonomische[n] Vulnerabilität« der Pflegekräfte gegenüber solch prekären Arbeitsverhältnissen (Schrems 2020: 20).

Betrachtet man darüber hinaus die Struktur der Mitarbeiter*innenschaft, erweist sich der Pflegesektor bundesweit nicht nur als niedrig entlohntes Berufsfeld, das oftmals von prekären Beschäftigungsverhältnissen gekennzeichnet ist, sondern auch als frauendominiert: Im Jahr 2021 waren »mehr als vier von fünf Pflegekräften Frauen« (BA 2022: 10). Um diese »Verweiblichung« und sozioökonomische Prekarisierung von Fürsorge- und Pflegetätigkeiten in einem breiteren historischen Kontext zu verstehen, lohnt

19 Beschäftigte im Osten Deutschlands erzielen zudem in der Kranken- und Altenpflege ca. 23 % niedrigere Gehälter als Beschäftigte in den »alten« Bundesländern (Seibert/Carstensen/Wiethölter 2018: 3), wobei die Gehälter in der Altenpflege im Bundesland Sachsen als besonders niedrig zu bewerten sind. In Sachsen verdiente im Jahr 2016 eine Altenpflegefachkraft durchschnittlich 2050 € und ein/e Altenpflegehelfer*in 1597 € als monatliches Bruttoentgelt (bei Vollbeschäftigung), ein erheblicher Unterschied zu beispielsweise Bayern (Altenpflegefachkräfte: 2875 €, Altenpflegehelfer*innen: 2013 €) und Baden-Württemberg (Altenpflegefachkräfte: 2937 €, Altenpflegehelfer*innen: 2048 €; ebd.: 5–6; siehe auch Fuchs et al. 2018: 42). Durch die in der COVID-19-Pandemie angestoßene Mindestloohnerhöhung in der Pflegebranche sind hier perspektivisch deutliche Verschiebungen vor allem für ostdeutsche Regionen zu erwarten. Dennoch sei hier auf die vorpandemischen Zahlen verwiesen, da diese die Arbeits- und Lohnwirklichkeit meiner Gesprächspartner*innen während der Feldphase (von 05/2018 bis 02/2020) prägten. Ebenso müssen bei den regionalen Lohnspreizungen (vor allem zwischen »alten« und »neuen« Bundesländern) unterschiedliche Lebenserhaltungskosten berücksichtigt werden, die die Differenz der Reallöhne *etwas* abmildern (Seibert/Carstensen/Wiethölter 2018: 4).

sich ein kurzer Blick auf die Geschichte der Alten- und Krankenpflege, denn jene Entwicklungslinien zeichneten sich weitaus früher als mit der Einführung der Pflegeversicherung ab.

Bis ins 19. Jahrhundert war die Pflege fast ausschließlich kirchlich organisiert. Der bis heute im Pflegesektor etablierte Begriff der ›Schwester‹ spiegelt diese historische Spur und die bis ins 20. Jahrhundert primär durch Frauen ausgeübte Tätigkeit der (Alten-)Pflege noch immer wider; eine Tätigkeit, die zudem im Ehrenamt oder als ›Gottes Lohn‹ durchgeführt wurde (vgl. Messner 2017).

Allerdings waren Fürsorge- und Pflegetätigkeiten nicht zu allen Zeiten primär weiblich konnotiert. Im Gegenteil: Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts waren zu allen historischen Zeiten Männer an der Pflege beteiligt. So war der Begriff der ›Bruderschaft‹ im 16. und 17. Jahrhundert noch im Kontext der Pflege etabliert; erwähnenswert sind z. B. die ›Barmherzigen Brüder‹ gegründet von Johannes von Gott (1495–1550) oder die ›Bruderschaft der Nächstenliebe‹ (Confréries de la Charité) gegründet von Vinzenz von Paul (1581–1660; ebd.: 58–62). Erst im 19. Jahrhundert stieg der Anteil an Frauen in der Pflege deutlich an (ebd.: 96; Bischoff 1994: 13, 18, 30).

Es war die sich etablierende Ärzteschaft, die im 19. Jahrhundert mit ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung an Ansehen und Einfluss gewann, die eine Verweiblichung der Pflege erheblich beeinflusste. Die Ärzteschaft verlangte als »Ergänzung« (Bischoff 1994: 94) zur Medizin eine Krankenpflege, einerseits um ›Hilfsdienste‹ zu erbringen, andererseits um Mitmenschlichkeit, Wärme und persönliche Anteilnahme den zu Pflegenden zuteilwerden zu lassen – Eigenschaften, die das wissenschaftliche Menschenbild (vermeintlich) nicht inkludierte (ebd.: 81–86, 97; Huber 2019: 91–92). Diese Rolle wurde der bürgerlichen Frau zugeschrieben, die mit der einsetzenden Industrialisierung zunehmend als Arbeitskraft Bedeutung gewann. Gleichzeitig bildete im patriarchalen Bürgertum unbezahlte weibliche Hausarbeit den Gegensatz zur männlichen Erwerbsarbeit (Messner 2017: 96–97). Zudem schien ein Mangel an intellektuellen Fähigkeiten für die bürgerliche Frau »wissenschaftlich belegt« und Weiblichkeit wurde mit Emotionalität assoziiert (ebd.); eine Gemengelage, die für patriarchale ökonomische Zwecke instrumentalisiert werden konnte. Die Annahme einer mangelnden Intelligenz gepaart mit hohem Einfühlungsvermögen »intronisierte« so die Frau zur geschaffenen Besetzung für die Krankenpflege, für die es sich Ende des 19. Jahrhundert bereits normalisiert hatte, sich dem Mann und letztendlich einer männlichen Ärzteschaft unterzuordnen (ebd.; vgl. auch Bischoff 1994: 81–86). Irene Messner beschreibt die Frau als ›ideale‹ Krankenpflegerin:

Die bürgerliche Frau war es aufgrund ihrer Erziehung gewohnt, sich Männern unterzuordnen; ihr Pflichtgefühl verlangte es, alle aufgetragenen Arbeiten – wenn nötig bis zur Erschöpfung – auszuführen, und sie war in der Lage, die sozialen Bedürfnisse ihrer Patienten zu befriedigen – und das alles für einen geringen Lohn. [...] Durch die Verbindung der Krankenpflege mit der Weiblichkeitsideologie und dem Rollenbild der bürgerlichen Frau gelang es, brachliegende Arbeitskraft gezielt zu nutzen – mit dem positiven Nebeneffekt, dass diese Pflege als »hausarbeitsnah« galt und schlecht bezahlt war [...]. (Messner 2017: 97–98).

Diese Entwicklungen wirken bis heute nach. Die strukturelle ›Hinterbühne‹ der Altenpflege formierte sich also in ihren heutigen Tendenzen bereits mit dem aufstrebenden patriarchalen, kapitalistischen Bürgertum zur Zeit der beginnenden Industrialisierung. Die Einführung der Pflegeversicherung 1995/1996 und damit die Unterwerfung des Altenpflegesektors unter Ökonomisierungsprozesse und -zwänge erfolgte demnach nicht auf ›unbestelltem Feld‹. Die den Fürsorge- und Pflege Tätigkeiten strukturell bereits inhärenten Momente konnten zweckdienlich unter den neoliberalen Praktiken des 21. Jahrhunderts eine Reaktualisierung und intensivierte Fortschreibung erfahren.

Als Folge der sich so seit Mitte der 1990er-Jahre ökonomisierenden und prekarisierenden Arbeitsbedingungen beunruhigt nun ein faktischer, aber auch unter national-ökonomischen Gesichtspunkten proklamierter ›Fachkräftemangel‹ in der Altenpflege das wirtschaftspolitische Gemüt und die staatliche Daseinsvorsorge. Eine Debatte, in der fortan auf eine ›Systemrelevanz‹ (vgl. z.B. SVR 2022) von migrierten und geflüchteten Menschen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland verwiesen wird. Hierbei sollte jedoch nicht die im gesellschaftspolitischen Diskurs prominente, instrumentalisierende Frage im Zentrum stehen, ob ›Migrant*innen‹ und ›Geflüchtete‹ als Kompensation des Fachkräftemangels (etwa BMWi 2018; BMWi 2020) ihren ›Einsatz‹ finden, sondern ob Menschen (mit Migrations- und/oder Fluchterfahrung) in den Berufen arbeiten, die sie gern ausüben möchten. Denn gerade bei der Altenpflege handelt es sich um ein Arbeitsfeld, welches nunmehr selbst von weißen, deutschen Gesellschaftsmitgliedern, genauer der »bürgerlichen [weißen, M. R.] Frau« (Messner 2017: 98), nicht grundlos weniger nachgefragt wird.

Eine ›erfolgreiche Arbeitsmarktintegration‹ ist dabei – ich hatte bereits auf diese Leerstelle im wissenschaftlichen Diskurs (Kapitel 1) verwiesen – nicht nur eine Frage des Arbeitsplatzangebotes, von ›guten Sprachkenntnissen‹, Qualifikations- und Anerkennungsaspekten (vgl. etwa BMWi 2018, 2020 und die Publikationen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in FN 7, Kapitel 1). Es sind eben auch – wie diese Arbeit nachzeichnen wird – als rassistisch zu bewertende Ausschlusspraktiken, die eine geglättete Teilhabe an Arbeit und/oder Zusammenarbeit vereiteln können. Dazu werde ich nun anschließend in relevante Grundlagen einer Kritischen Rassismustheorie einführen.

2.3 Grundlagen Kritischer Rassismustheorie

Der deutsche Terminus ›Rassismus‹ rekurriert ursprünglich auf einen biologischen ›Rasse‹-Begriff. Er geht auf eine anthropologische und biologische, vorgeblich wissenschaftlich-rationale Klassifizierung und Vermessung menschlicher Lebewesen im 18. Jahrhundert zurück (Kimmich 2016: 15–16). Während der »Etappe der europäischen Expansion, die von 1500 bis 1945 anhielt« (Castro Varela/Dhawan 2015: 32), und des europäischen Kolonialismus des 18. und 19. Jahrhunderts, der als »Prototyp des Rassismus« (Rommelpacher 2011: 26) gilt, bildete sich das Selbstbild eines sich als zivilisiert inszenierenden ›Westens‹ heraus.²⁰ Dieser wählte sich dem »Rest der Welt« – dem »Barbarische[n]«

20 Zur »Geschichte des Rassismus in Europa« vgl. z.B. Mosse (2006).