

gehandeln verschränkt betrachten, zeigen allerdings den großen Mehrwert, den diese Perspektiven bieten. Daraus ergibt sich die hier identifizierte Forschungslücke, die im abschließenden Abschnitt dieses Kapitels zusammengefasst wird (2.3).

2.1 Der Kontext beruflichen Pflegehandelns

Die Bedingungen, unter denen Care-Arbeit stattfindet, bilden den wesentlichen Rahmen für die konkreten Bedingungen beruflichen Pflegehandelns. Unter Care-Arbeit wird sowohl bezahlte als auch unbezahlte Arbeit verstanden, die zur Erhaltung unseres Wohlbefindens und damit zur Herstellung eines guten Lebens dient. Bezahlte und unbezahlte Care-Arbeit sind eng miteinander verbunden, da sie ein gemeinsames Ansehen genießen und Arbeit, die in unbezahlter Form nicht (mehr) geleistet wird, durch bezahlte Care-Arbeit übernommen werden kann. Zudem werden sowohl bezahlte als auch unbezahlte Care-Arbeit überwiegend von Frauen² geleistet. Im ersten Teil dieses Unterkapitels (2.1.1) werden relevante Definitionen und Betrachtungsweisen von Care-Arbeit kurz vorgestellt. Anschließend werden die aktuellen krisenhaften Bedingungen, unter denen Care-Arbeit in westlichen Industrienationen geleistet wird, zusammengefasst. Der zweite Teil des Unterkapitels widmet sich der Organisation beruflichen Pflegehandelns in Deutschland (2.1.2). Dazu wird zunächst die Situation beruflich Pflegenden im deutschen Gesundheitswesen beschrieben. Anschließend werden insbesondere die Herausforderungen des Settings Krankenhaus dargestellt.

2.1.1 Care-Arbeit in der Krise

Care-Arbeit wird als zentrale gesellschaftliche Aufgabe beschrieben (Winker, 2015). Diese Care-Arbeit kann als ein gegenseitiges Auf-sich-Acht-Geben und ein Sich-Kümmern verstanden werden (Conradi & Vosman, 2016; Roller & Jurczyk, 2018). Auf die Leistung von Care-Arbeit zur Unterstützung der Selbstsorge sind Menschen in unterschiedlichem Maße im Laufe ihres Lebens immer wieder – oder dauerhaft – angewiesen, um ein gutes Leben führen zu können. Unterstützungsbedarf besteht unter anderem zu Beginn des Lebens, in dem kaum Tätigkeiten

2 Die Benennung von Frauen als Kategorie soll weder eine eindeutige Zweigeschlechtlichkeit noch eine Gleichheit aller Frauen suggerieren, sondern auf die besonderen Belastungen der strukturell benachteiligten Gruppe hinweisen, deren Mitglieder als Frauen gelesen werden. Innerhalb dieser Gruppe entstehen unter anderem durch die Verknüpfung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale unterschiedliche Erfahrungen. Beispiele dafür, dass Frauen in unterschiedlichem Maße von mangelnder Macht und einer entsprechenden Belastung durch Care-Arbeit betroffen sind, finden sich im weiteren Text.

selbstständig möglich sind. Aber auch darüber hinaus können beispielsweise vorübergehende oder dauerhafte Einschränkungen der Mobilität eine Unterstützung durch andere Menschen notwendig machen.

Es liegen vielfältige Definitionen von Care-Arbeit vor, die unter anderem den Gegenstand, dem die Care-Arbeit gilt, unterschiedlich breit fassen. An dieser Stelle wird auf zwei Definitionen eingegangen, um die mögliche Bandbreite dieser deutlich zu machen.³ Care-Arbeit im Bezug auf andere Menschen kann unter den Begriffen »das Erziehen, das Pflegen, das Betreuen, das Lehren und das Beraten« (Winker, 2015, 17) zusammengefasst werden. Auch in diesen Begriffen wird die Bandbreite der Tätigkeiten, die unter Care-Arbeit zusammengefasst werden, deutlich. Eine Definition von Care-Arbeit, die auch nicht-menschliche Akteur:innen einbezieht, legten Fisher und Tronto bereits 1990 vor. Sie schreiben:

»On the most general level, we suggest that caring be viewed as a specific activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our ›world‹ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to intervene in a complex, life-sustaining web.« (Fisher & Tronto, 1990, 40)

In dieser Definition liegt der Fokus auf der Betonung von Care als Tätigkeit, die die Welt soweit instand hält und gestaltet, dass ein möglichst gutes Leben hergestellt wird. In der Kritik an dieser Definition wird sie als zu breit und umfassend beschrieben, um einen brauchbaren Analysefokus herzustellen (Ostner, 2011, 465f.). Allerdings liefern Fisher und Tronto ein Analyseinstrumentarium direkt mit, indem sie Care als Prozess beschreiben (Fisher & Tronto, 1990). Die Autor:innen unterteilen den Care-Prozess in die folgenden vier Phasen: »Caring about«, »Taking care of«, »Care-Giving« und »Care-Receiving« (Fisher & Tronto, 1990, 40ff.). »Caring about« beschreibt die Aspekte der Welt, um die wir uns sorgen, beziehungsweise, die wir als relevant und änderungsbedürftig betrachten. Dies kann beispielsweise die Versorgung einer pflegebedürftigen Person sein. Wird eine Unterstützung in der ersten Phase als relevant definiert und die entsprechenden Ressourcen liegen vor, kann die Phase des »Taking care of« beginnen. Mit der ausreichenden Macht und den notwendigen Ressourcen kann festgelegt werden, wie eine Änderung an der aktuellen Situation stattfinden soll. So kann die pflegebedürftige Person beispielsweise durch Hilfsmittel, eine Änderung der (baulichen) Gegebenheiten oder durch eine andere Person unterstützt werden. Liegen entsprechende Ressourcen (meist finanzieller Art) vor, kann in der Regel delegiert werden, wer sich um die jeweilige Situation kümmern soll. So können An- und Zugehörige der pflegebedürftigen Person die Durchführung der Care-Arbeit in Auftrag geben. Ist dies geklärt, kann im nächsten Schritt das tatsächliche Care-Giving stattfinden.

3 Für eine detailliertere Übersicht von Definitionen von Care-Arbeit siehe Ostner (2011).

Um die Care-Arbeit durchführen zu können, ist ein detailliertes Verständnis alltäglicher Prozesse durch die Auftragnehmer:in notwendig. Eine Herausforderung für die Sorgebeziehung entsteht besonders, wenn die ausführende Person nur wenig Macht und Autorität hat und durch eine Fragmentierung des Care-Prozesses von diesem entfremdet ist (Fisher & Tronto, 1990, 41). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Care-Arbeit durch Hilfskräfte übernommen wird, die in prekären Beschäftigungsverhältnissen angestellt sind. In der letzten Phase, dem Care-Receiving, können diejenigen, denen die Care-Arbeit gilt, eine Rückmeldung zur durchgeführten Versorgung geben. Grundsätzlich ist die Care-Beziehung von Herausforderungen geprägt. Diese liegen unter anderem in der Einigung auf die Bedürfnisse, denen in der Care-Beziehungen begegnet werden soll. Liegt zwischen Care-Giver und Care-Receiver eine ungleiche Machtverteilung vor, ist die Definition der Ziele der Care-Arbeit besonders herausfordernd. Anhand dieser Betrachtungen zeigt sich der Einfluss von Machtverteilungen in jeder Phase, sodass zusammengefasst Inhalt, Definition, Verteilung und Grenzen von Care-Arbeit durch Machtverhältnisse beeinflusst werden (Fisher & Tronto, 1990, 40). Zudem führen ungünstige Verteilungen von zeitlichen und materiellen Ressourcen sowie von Wissen und Fähigkeiten zu Herausforderungen (Fisher & Tronto, 1990, 41). Beispielsweise sind von diesen ungleichen Machtverhältnissen vor allem Frauen und Migrant:innen betroffen, die in großem Maße Care-Arbeit leisten, aber häufig nicht in der Lage sind, die Bedingungen, unter denen sie dies tun, maßgeblich mitzubestimmen. Eine unmittelbare Rückmeldung der Care-Receiver zur geleisteten Care-Arbeit kann in diesem Fall häufig nur durch das Zurückstecken eigener Bedürfnisse erfüllt werden.

Fisher und Tronto unterscheiden drei Kontexte, in denen Care-Arbeit in modernen kapitalistischen Gesellschaften verrichtet wird. Der erste Kontext, in den die unbezahlte Care-Arbeit fällt, ist der Haushalt und die Gemeinschaft (Fisher & Tronto, 1990, 46f.). Basierend auf Familien- und Gemeinschaftsstrukturen verrichten überwiegend Frauen hier Care-Arbeit, die im Idealfall von Gleichheit, Gerechtigkeit und Vertrauen geprägt ist. Diese unbezahlte Care-Arbeit trägt dazu bei, dass die bestehende kapitalistische Gesellschaft aufrecht erhalten werden kann (Müller, 2019). Einig scheinen sich die Autor:innen in dem Feld darin zu sein, dass es eine Vereinbarkeitsproblematik zwischen kapitalistischen Logiken und Care-Arbeit gibt. So beschreibt Gabriele Winker ausführlich die Anreize eines kapitalistisch organisierten Systems, die Kosten für Reproduktionsarbeit möglichst gering zu halten und diese entsprechend zu entthematisieren, so lange dies kein Problem für die Produktion von Gütern darstellt (Winker, 2015, 52f.). Paula-Irene Villa hingegen beschreibt vor allem die Unplanbarkeit und Unkalkulierbarkeit von Care-Arbeit als wesentlich kapitalistischen Logiken widersprechend (Villa, 2020, 444). Die Autor:innen sind sich einig, dass die vermeintliche Naturalisierung von Care

als mütterlich und weiblich dazu führe, dass diese Unvereinbarkeit zu Lasten von Frauen gelöst werde.

Als zweiter Kontext, in dem Care-Arbeit geleistet wird, beschreiben Fisher und Tronto die Marktwirtschaft. Der Kapitalismus erzeugt eine Situation, in der das erzielte Einkommen als eine Ressource für Care gilt. Davon sind in negativem Maße überwiegend Frauen betroffen, da diese in der Regel ein niedrigeres Einkommen als Männer haben (Klenner, Schulz & Lillemeier, 2016).⁴ Hinzu kommt die Tatsache, dass Frauen häufiger in Teilzeit arbeiten oder phasenweise keiner Erwerbsarbeit nachgehen (2019 waren in Deutschland 74,7 % der Mütter mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren erwerbstätig, dagegen 92,9 % der Väter. Zudem arbeiteten 66 % aller Mütter in Teilzeit, bei den Vätern nur 6 % [Statistisches Bundesamt, 2021]). Mit den entsprechenden geringeren finanziellen Ressourcen haben die Frauen auch weniger Macht, wenn es um die Organisation oder Delegation von Care-Arbeit geht. Zudem führt die zur Verfügungstellung von Care anhand von Angebot und Nachfrage zu einer Fragmentierung von Care-Arbeit. An ihre Grenzen kommt marktwirtschaftlich organisierte Care-Arbeit vor allem bei einer mangelnden Flexibilität in dem Vorhandensein von qualifizierten Care-Givern, die durch entsprechende Ausbildungsdauern nicht ad hoc erzeugt werden können.

Die durch den Markt verwaltete Care-Arbeit wird in der Regel durch ein bürokratisches System unterstützt, welches den dritten Bereich, in dem Care-Arbeit organisiert sein kann, darstellt. Durch die Bürokratie werden auch Care-Aufgaben, die vom Markt nicht übernommen würden, sichergestellt. Nachteile einer bürokratischen Organisation sind zunächst, dass häufig die Bedürfnisse der Care-Receiver übersehen werden, da sie nicht danach gefragt werden. Zudem findet das Taking care of in der Regel auf einer oberen Hierarchieebene und das Care-Giving auf einer unteren Hierarchieebene statt und muss in Routinen funktionieren. Dadurch kann den ausführenden Personen das Verantwortungsgefühl für die jeweilige Situation abhanden kommen. Sind die Care-Giver dennoch daran interessiert, eine gute Versorgung zu gewährleisten, müssen sie häufig Regeln brechen, die auf anderen Ebenen aufgestellt wurden. So kann es vorkommen, dass eine ausgebildete Pfleger:in in der häuslichen Umgebung einer pflegebedürftigen Person Aufgaben übernimmt, die in der Planung nicht vorgesehen sind. Dies kann beispielsweise das Hochziehen der Rollläden im Wohnzimmer der pflegebedürftigen Person sein. Die Verteilung von Care-Arbeit auf diese drei Bereiche macht die Fragmentierung dieser deutlich.

Trotz der Fragmentierung kann in Institutionen gute Care-Arbeit geleistet werden. Eine Anerkennung von Macht in den Care-Beziehungen, eine Politik von Care

4 Der Durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Frauen war im Durchschnitt der Europäischen Union 2018 15 % geringer als der durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Männern (Statistisches Bundesamt, o. J.).

auf jeder Ebene der Institution, die Möglichkeit, Care-Arbeit individuell und besonders zu gestalten sowie klare, definierte und akzeptierte Ziele der Care-Arbeit sind wesentliche Grundlagen für gute Care-Arbeit in Institutionen (Tronto, 2010, 162). Mit diesen Regeln wird die spezifische Logik von Angewiesenheit und Relationalität berücksichtigt, der Care-Tätigkeiten folgen (Schmitt, 2018, 42). Inwiefern diese Regeln im beruflichen Pflegehandeln in deutschen Krankenhäusern anhand der institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (können), ist Bestandteil des folgenden Unterkapitels.

Problematisiert wird im Zusammenhang mit Care-Arbeit die besondere Rolle von Frauen, für die es als wesentliches Merkmal ihrer geschlechtsbezogenen Identität gilt, sich um vieles zu sorgen und die gleichzeitig in der Regel verhältnismäßig wenig Macht und Ressourcen haben, um dieses Caring about auch in Form eines Taking care of umzusetzen (Fisher & Tronto, 1990). Diese Rollenzuschreibungen anhand des biologischen Geschlechts entwickelten sich in westlich europäischen Gesellschaften verstärkt mit den Anfängen der bürgerlichen Familie im 18. Jahrhundert⁵. Auch die Soziologinnen Villa und Winker diagnostizieren eine Naturalisierung, die Care-Arbeit als vermeintlich weibliche Aufgabe in den Zuständigkeitsbereich von Frauen verschiebt (Villa, 2020, 439; Winker, 2015, 94). Die »Zuschreibung [von Reproduktionsarbeit an Frauen] ist in einem solchen Maß durch Normen und Werte gefestigt, die Verantwortung von Frauen für sorgende Tätigkeiten erscheint so selbstverständlich, dass diese Tätigkeiten selten als Arbeit benannt werden.« (Winker, 2015, 54). Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung bezogen auf Daten aus der Zeitverwendungserhebung in den Jahren 2012 und 2013 einen Gender-Care Gap von 52,4 % festgestellt hat (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, 11). Damit verrichten Frauen in Deutschland 1,5 Mal so viel unbezahlte Care-Arbeit wie Männer. Allerdings führt eine steigende Berufstätigkeit der Frauen in Verbindung mit unzureichenden Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Care-Arbeit und Erwerbsarbeit dazu, dass diese Frauen Care-Arbeit nicht mehr in dem gewohnten Maße leisten (Kohlen, 2018, 252ff.). Von der entstandenen Lücke wird als Care-Krise gesprochen (siehe beispielsweise: Initiative CareMachtMehr, 2020; Kohlen, 2018; Villa, 2020).

Neben der unbezahlten Care-Arbeit wird allerdings auch die bezahlte Care-Arbeit häufig von Frauen ausgeführt, die aufgrund der Naturalisierung der Tä-

5 Mit den Anfängen der bürgerlichen Familie im 18. Jahrhundert wurde eine Geschlechtszugehörigkeit nach innen verlagert und mit vermeintlich natürlichen Bestimmungen verknüpft. So ließ sich die Arbeitsteilung in bürgerlichen Familien rechtfertigen. Mit der Geschlechtszuordnung entwickelten sich auch klassische Frauen- und Männerberufe, deren Zuordnung zum jeweiligen Geschlecht sich allerdings im Laufe der Zeit änderte. Für weiterführende Ausführungen zur Konstruktion von Geschlecht siehe Wetterer (2010).

tigkeit auch schlecht entlohnt werden und unter schlechten Arbeitsbedingungen stattfinden (Villa, 2020). Wie auch in anderen Lebensbereichen wird hier die Verknüpfung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale wirksam, sodass neben dem Geschlecht auch die Klasse, die Fähigkeiten und race⁶ zu einer Benachteiligung führen.⁷ So wird Care-Arbeit weltweit durch schlecht bezahlte Hilfskräfte aus dem jeweiligen Ausland geleistet. Im Libanon werden beispielsweise häufig Äthiopierinnen unter unwürdigen Bedingungen und ohne Rechte (wie beispielsweise Freizeit) beschäftigt, um Familien in der Lebensführung zu unterstützen (Goethe-Institut e.V., o. J.). Indonesien sendet im Rahmen eines Entwicklungsprogrammes Frauen unter anderem nach Taiwan, Singapur und Hongkong, wo sie häufig als Hausangestellte arbeiten und nicht selten geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind (Dinkelaker, 2018). In europäischen Ländern begünstigt das europäische Rechtssystem die Pendelmigration durch Pflegende aus dem osteuropäischen Ausland in Länder mit einem höheren Lohnniveau, in denen Versorgungslücken im Gesundheitssystem durch Pflegende aus dem Ausland überbrückt werden (Kniejska, 2016; Schilliger, 2015; Van Holten, Jähne & Bischofberger, 2013). Die Pendelmigrantinnen kommen häufig aus Polen und der Ukraine und bessern durch die Care-Arbeit das Einkommen ihrer Familien wesentlich auf. Allerdings sind die Bedingungen der Pflegearbeit häufig schlecht geregelt und es entstehen entsprechend herausfordernde Arbeitssituationen.⁸

Neben der Darstellung der allgemeinen Rahmenbedingungen bezahlter Care-Arbeit ist festzuhalten, dass settingspezifisch große Unterschiede in den konkreten Arbeitsabläufen und Bedingungen der Pflege bestehen. So ist die ambulante Pflege insbesondere durch eine sehr selbstständige und stark getaktete Arbeit in fragmentierten Arbeitseinsätzen gekennzeichnet, wohingegen die stationäre Altenpflege eher durch eine Gestaltung der Tagesstruktur und eine Betreuung der Bewohner:innen geprägt ist. Die Pflege im Krankenhaus ist wiederum durch eigene Herausforderungen gekennzeichnet. Mit dem vorrangigen Ziel der Behandlung von Krankheiten, spielt die Pflege in Krankenhäusern, obwohl sie den größten Patient:innenkontakt hat und die größte Berufsgruppe darstellt, in der Regel eine untergeordnete Rolle. Die ärztliche Leitung und der Fokus auf die Heilung sind im Sozialgesetzbuch fünf festgeschrieben. Dort heißt es:

-
- 6 Aufgrund der rassistischen Implikationen des deutschen Begriffes »Rasse« wird in dieser Arbeit der englische Begriff »race« verwendet.
 - 7 Die Verknüpfung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale wird unter dem Begriff der Intersektionalität betrachtet. Dieser wurde durch Kimberle Crenshaw (1989) geprägt.
 - 8 Erst mit einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 24.06.2021 (Aktenzeichen 5 AZR 505/20) wurde der Anspruch auf Erhalt des Mindestlohns auch während Bereitschaftszeiten »für entsandte ausländische Betreuungskräfte in Privathaushalten« (Bundesarbeitsgericht, 2021) bestätigt. Inwiefern das Modell einer 24-Stunden-Pflege unter diesen Bedingungen weiter bestehen kann, wird diskutiert (Norddeutscher Rundfunk, 2021).

»Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.«
(SGB V §107, Abs. 1)

Der Fokus auf die Heilung und die medizinische Leitung drücken sich unter anderem in einer Orientierung an ärztlichen Abläufen aus. Verstärkt wurde die untergeordnete Rolle der Pflege im Krankenhaus durch die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG), den sogenannten Fallpauschalen, im Jahr 2004. Diese Möglichkeit, die Betriebskosten eines Krankenhauses abzurechnen, berücksichtigte zunächst nur die ärztlichen Diagnosen, nicht jedoch den pflegerischen Aufwand. So konnte beispielsweise die Versorgung einer Person nach einer Hüftoperation, die einen guten Allgemeinzustand und damit einen vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf hat, genau so vergütet werden, wie die Versorgung einer Person mit schlechtem Allgemeinzustand und hohem Unterstützungsbedarf nach der gleichen Operation. Zudem schafft das DRG-System weitere Anreize für eine Verkürzung der durchschnittlichen Bettenverweildauer in deutschen Krankenhäusern. Diese ist bereits von 14,0 Tagen in 1991 kontinuierlich auf 7,2 Tage in 2018 gesunken (Statistisches Bundesamt, 2020). Eine kürzere Zeit, die Patient:innen im Krankenhaus verbringen, bedeutet für die Pflege eine Erhöhung der Arbeitsbelastung, da Patient:innen, die selbstständig sind, zeitnah entlassen werden und nur Patient:innen mit hohem Pflegebedarf auf den Stationen bleiben. Auch wenn die Vergütung über das DRG-System mittlerweile in Teilen angepasst wurde, ist es dennoch ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie bei der Steuerung des Gesundheitssystems stellenweise die Bedarfe der Pflege von Patient:innen nicht mitgedacht werden und der Fokus auf ärztlichen Leistungen liegt.⁹

Zusammengefasst zeigt die Betrachtung der Care-Arbeit sowohl ihre Relevanz wie auch die ihr eigenen spezifischen Herausforderungen, die unter anderem in

9 Für nähere Informationen zur Einführung und zur Anpassung des DRG-Systems siehe beispielsweise: (Simon, 2019), Die Finanzierung der Krankenhäuser durch die Fallpauschalen ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz Paragraph 17b festgelegt.

einer gegenseitigen Angewiesenheit aufeinander bestehen. Zudem wird deutlich, inwiefern die Möglichkeiten Care-Arbeit zu organisieren und durchzuführen sowie die direkte Care-Arbeit von ungleichen Machtstrukturen gekennzeichnet sind, in denen insbesondere Frauen strukturell benachteiligt werden und Lücken im Versorgungssystem dazu führen, Migrant:innen zu unangemessenen Bedingungen zu beschäftigen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen und der aktuellen geschlechtsbezogenen und internationalen Arbeitsteilung sprach auch der Initiativkreis »Care.Macht.Mehr« von einer Care-Krise und forderte unter anderem gute Care-Strukturen und alternative Care-Modelle (Initiative CareMachtMehr, 2013). 2020 legte der Initiativkreis ein weiteres Positionspapier mit dem Titel »Großputz! Care nach Corona neu gestalten« (Initiative CareMachtMehr, 2020) vor. Dieses Papier verweist darauf, inwiefern die seit 2020 andauernde COVID-19-Pandemie die Care-Krise verschärft und zu einer breiten Diskussion der Relevanz von Care-Arbeit in der Öffentlichkeit geführt hat. Die Chance darin die COVID-19-Krise als Reflexionsmoment und Ausgangspunkt für einen anderen Umgang mit Care-Arbeit zu nutzen, wird auch an anderer Stelle beschrieben (Villa, 2020). Eine breite Anpassung der Rahmenbedingungen und der Verhandlung von Care-Arbeit konnte allerdings bisher nicht beobachtet werden. Diese Arbeit beschäftigt sich daher unabhängig von der COVID-19-Pandemie mit beruflichem Pflegehandeln als Teil von Care-Arbeit im Setting Krankenhaus. Wie die Rahmenbedingungen von beruflichem Pflegehandeln in Deutschland aktuell gestaltet sind, ist Gegenstand des folgenden Unterkapitels.

2.1.2 Organisation beruflichen Pflegehandelns in Deutschland

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems in Deutschland sind durch eine staatliche Verantwortung¹⁰ in Kombination mit seit den 1990er Jahren immer stärker Einzug haltenden marktwirtschaftlichen Logiken gekennzeichnet. Aus dieser staatlichen Verantwortung in Verbindung mit marktwirtschaftlichen Prinzipien ist ein System mit umfangreichen Institutionen und Steuerungsmechanismen entstanden.¹¹ Ein Beispiel für eine solche Organisation, die der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens dient, ist der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Dieser ist nach eigenen Angaben »[d]as höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen« (Gemeinsamer Bundes-

10 Die staatliche Verantwortung ergibt sich aus dem Sozialstaatsprinzip, welches im Grundgesetz, Artikel 20, Satz 1 festgeschrieben ist: »Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.«

11 Eine Übersicht über die jeweiligen Institutionen und deren Organisation in Bezug auf die Krankenhausversorgung findet sich unter anderem im Bericht des Sachverständigenrates (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

ausschuss, o. J.) und nimmt die Aufgaben der Gestaltung eines Leistungskataloges der Krankenkassen sowie der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wahr. Die Verhandlungspartner:innen über diese Konditionen der Gesundheitsversorgung sind die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung. Organisationen der Patient:innenvertretung auf Bundesebene können im G-BA mitberaten und Anträge einreichen, haben aber kein Stimmrecht. Die Position der Patientenvertreter:innen wird dadurch erschwert, dass viele von ihnen ihre Vertretungsposition nur ehrenamtlich ausführen und entsprechend strukturell schlechter gestellt sind. Vertretungen von Pfleger:innen hingegen finden sich im G-BA nicht. Damit zeigt sich beispielhaft die starke Einflussnahme von Ärzt:innen und Krankenkassen im Vergleich zu Pfleger:innen und Patientenvertreter:innen.

Nicht nur im G-BA, sondern auch darüber hinaus sind Patient:innen und Pfleger:innen vergleichsweise schwach institutionell organisiert. Die antragsberechtigten Patient:innenvertretungen im G-BA sind beispielsweise alleine in vier unterschiedliche Organisationen auf Bundesebene¹² zusammengefasst, die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte haben. Auch die interessenpolitische Organisation von Pfleger:innen weist eine zersplitterte Struktur mit jeweils unterschiedlichen Fokussen auf. Vertreten werden Pflegende aktuell unter anderem durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der derzeit die größte Interessensvertretung von beruflich Pflegenden darstellt. Ein Teil der Pflegenden ist zudem gewerkschaftlich in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)¹³ organisiert. Insgesamt ist der Organisationsgrad beruflich Pflegenden allerdings eher gering und wird für die Altenpflege beispielsweise mit kleiner als zehn Prozent angegeben. Durch fragmentierte Zusammenschlüsse von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen sowie durch ein hohes Maß an politischen Regelungen steht die Interessensvertretung von Pfleger:innen vor großen Herausforderungen. Insbesondere durch die trägerspezifischen Arbeitgeber:innenverbände sowie die unterschiedlichen Arbeitnehmer:innenverbände finden keine einheitlichen Verhandlungen und damit auch kein entsprechender Druck auf die Politik statt (Evans, 2016, 183). Allerdings werden trotz dieser erschwerten Bedingungen Initiativen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Pfleger:innen immer lauter (Schmidt, 2017, 99). Entwicklungen zur Stärkung der Interessensvertretungen in der Pflege

12 Die Organisationen sind: Deutscher Behindertenrat (DBR), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

13 Die ver.di versteht sich als Einheitsgewerkschaft, die den Anspruch hat, in 13 Fachbereichen »jede Branche und Berufsgruppe« (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, o. J.) zu vertreten.

in Bezug auf berufsrechtliche Regelungen zeigen sich auch in den Bestrebungen zu den Einrichtungen von Pflegekammern, die allerdings bisher erst in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen ihre Arbeit aufnehmen konnten.¹⁴

Die geringe Organisation der Pfleger:innen und die im vorherigen Kapitel beschriebene Naturalisierung der Tätigkeiten als vermeintlich weiblich werden in engem Zusammenhang mit den schlechten Arbeitsbedingungen und der geringen Bezahlung, die Pfleger:innen trotz einer hohen Verantwortung für Menschenleben erhalten, gesehen (Schmidt, 2017). Die hohe Arbeitsbelastung in der Pflege wurde beispielsweise in einer bundesweiten Befragung des deutschen Instituts für Pflegeforschung schon 2009 aufgezeigt (Isfort et al., 2010). Beschrieben werden unter anderem eine hohe Arbeitsverdichtung¹⁵ durch eine Erhöhung der Anzahl der Patient:innen und gleichzeitig weniger Pflegenden sowie häufiges ungeplantes Leisten von Überstunden und Einspringen an geplant freien Tagen. Es zeigte sich, dass besonders hoch belastete Pfleger:innen aufgrund von Überforderung häufig den Wunsch äußerten, ihre Arbeitsstunden zu reduzieren und in Zukunft in Teilzeit zu arbeiten (Isfort et al., 2010, 60). Diese Ergebnisse spiegeln sich unter anderem im Gesundheitsatlas der Betriebskrankenkassen, in dem über alle Berufsgruppen hinweg insgesamt eine gute Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde. In der Altenpflege sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege verhielt sich die Situation allerdings anders und die große Doppelbelastung von psychischen und physischen Anstrengungen wurde deutlich (Kliner, Rennert & Richter, 2017, 8). Dabei erschienen Altenpfleger:innen im Durchschnitt an 24 Tagen im Jahr krank zur Arbeit, bei den Gesundheits- und Krankenpfleger:innen konnten immer noch 10 Tage krank am Arbeitsplatz verzeichnet werden (Kliner et al., 2017, 12).

Die Unterbewertung und Unterbezahlung von weiblich konnotierten Berufen, wie der Pflege, kann unter anderem damit zusammen hängen, dass Instrumen-

-
- 14 In Nordrhein-Westfalen hat 2020 ein Einrichtungsausschuss seine Arbeit aufgenommen, so dass die Wahl eines Kammervorstandes bis 2022 vorbereitet sein soll. Die anderen 12 Bundesländer sind allerdings noch weiter von einer Pflegekammer entfernt. Darüber hinaus hat die Sozialministerin in Niedersachsen angekündigt, dass sie die dortige Pflegekammer auflösen wolle. Diese Ankündigung resultierte aus einer Mitgliederbefragung, in der sich eine Mehrheit für eine Auflösung der Kammer aussprach. Die Befragung wird allerdings wegen ihrer geringen Beteiligung sowie wegen eines unhandlichen Vorgehens kritisiert (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.). Auch die Mitglieder der Pflegeberufekammer in Schleswig-Holstein stimmten 2021 mit 91,77 % für eine Auflösung der Kammer. Das weitere Vorgehen wird nun von der Landespolitik beraten (Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein K.d.ö.R., o. J.). Insgesamt zeigt sich auch in diesem Beispiel der weite Weg zu einer umfassenden interessenpolitischen Vertretung von Pfleger:innen.
- 15 In Krankenhäusern findet eine Arbeitsverdichtung unter anderem durch eine konstante Verkürzung der Liegezeiten statt (Statistisches Bundesamt, 2020). Kürzere Liegezeiten führen zu einem erhöhten Betreuungsbedarf, da selbstständige Patient:innen direkt entlassen werden.

te zur Arbeitsbewertung, die die Grundlage für Verhandlungen und Tarifverträge bilden, häufig nicht geschlechtsneutral wirken. Dies drückt sich unter anderem in der Definition von Verantwortung aus, die in der Regel als Führungsverantwortung, aber nicht als Verantwortung für andere Menschen definiert wird (Lillemeier, 2017, 3).¹⁶ In der Anwendung eines Instruments zur geschlechtsneutralen Bewertung von Tätigkeiten und dem entsprechenden Vergleich der Mittelwerte der Bruttostundenlöhne der Berufsgruppen wird der Unterschied in der Bezahlung von gleich bewerteten Berufsgruppen deutlich. So wurden beispielsweise Fachkräfte in Pflege und Gesundheit in der Bewertung mit Führungskräften in der Erbringung von Dienstleistungen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie gleichgesetzt, erstere erhielten im 2012 allerdings 15,64 Euro durchschnittlichen Bruttostundenlohn, wohingegen letztere ganze 32,53 Euro Bruttostundenlohn im Mittelwert verdienten (Lillemeier, 2017, 11).

Um der Care-Krise begegnen zu können, fordert die kapitalismuskritische Sozialwissenschaftlerin Gabriele Winker eine Care-Revolution, die Care in das Zentrum jedes Handelns stellt (Winker, 2015). Pflegewissenschaftliche Positionen sind weniger drastisch und hoffen auf eine Lösung durch eine Professionalisierung der Pflegeberufe, die unter anderem als immer bedeutsamer beschrieben wird, da sie eine Qualitätssicherung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Kosten verspricht (Kälble, 2005; Schaeffer, 2011). In den vergangenen Jahren zeigte sich allerdings bereits, dass eine Professionalisierung der Pflegeberufe nicht zu besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege führte. Eine mögliche Erklärung legte Eva-Maria Krampe vor, die die Etablierung von Pflegestudiengängen an Fachhochschulen diskursanalytisch untersuchte (Krampe, 2009). Krampe zeigte, dass im Diskurs die anfänglichen Bestrebungen einer Verbesserung der Arbeitssituation für alle Pflegenden verlassen wurden und im Weiteren eine Distanzierung von den Interessen weiterer Berufsangehöriger stattfand. Mit einer fehlenden Auseinandersetzung in Bezug auf die »gesamtgesellschaftliche und politische Diskussion« (Krampe, 2009, 258) wurde beispielsweise die Beschäftigung mit Pflege als Frauenberuf in die Geschichte verschoben und die Belange der aktuell in der Pflege tätigen Frauen wurden nicht weiter berücksichtigt.

Neben der Akademisierung ist auch die Digitalisierung in der Pflege ein viel diskutiertes Feld. Dies zeigt sich unter anderem in Stellungnahmen und Positionspapieren unterschiedlicher Fachgesellschaften und Organisationen (beispiels-

16 Die fehlende Berücksichtigung von Eigenschaften, die hauptsächlich für Frauen relevant sind, können als Gender Data Gap bezeichnet werden. Diese geschlechterspezifische Datenlücke findet sich in vielen Bereichen unserer männlich dominierten Gesellschaft. Umfangreiche Beispiele von Datenlücken und ihre Auswirkungen beschreibt Carolin Criado-Perez in dem Buch »Unsichtbare Frauen – Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert« (2020).

weise: GKV Spitzenverband, 2021; Evans, Hielscher und Voss, 2018; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2015). Während in den Papieren mehr oder weniger konkrete Hinweise zur Entwicklung von digitalen Lösungen für die Pflege dargestellt werden, drückt sich in der nationalen und internationalen Forschungsförderungspolitik der Wunsch aus, mit digitalen Lösungen dem demografischen Wandel und damit einem Aspekt der Care-Krise zu begegnen (Künemund, 2015, 28). Technologiegetriebene Forschungsprojekte sind allerdings nur selten in der Lage, den Herausforderungen der Pflegepraxis zu begegnen. Inwiefern Technik in der Pflege stattdessen Teil einer »politischen Rationalität des europäischen Innovationsdispositivs« (Lipp, 2020) wird, zeigt sich beispielsweise am Diskurs um Roboter in der Pflege.

Die im Juli 2018 ins Leben gerufene »konzertierte Aktion Pflege« hat das Ziel mit »[m]ehr Ausbildung, mehr Personal und mehr Geld« (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) den schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege zu begegnen. In Bezug auf die Digitalisierung gilt auch hier die Annahme, dass die Arbeit von Pflegekräften durch die Digitalisierung erleichtert werden könne und so mehr Zeit für die Pflege bliebe (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Inwiefern die in der Aktion beschlossenen Maßnahmen ihre Wirkung zeigen und die Bedingungen in der Pflege tatsächlich verbessern, wird abzuwarten sein. In jedem Fall wurden zu geringe Löhne und zu wenig Personal als wesentliche Probleme der Pflege erkannt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die beschriebenen Arbeitsbedingungen, die geringe Handlungsmacht der Pfleger:innen und die Orientierung an ärztlichen Logiken und Abläufen eine Herausforderung für die Leistung guter Care-Arbeit in den Institutionen westlicher Industrieländer darstellen. Insbesondere eine Begegnung von Pfleger:innen und Patient:innen auf Augenhöhe sowie die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse scheinen durch diese Rahmenbedingungen bereits erschwert. Es ist zu erwarten, dass unter diesen Bedingungen gute Pflege unter Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen nur unter einem hohen persönlichen Einsatz der Pfleger:innen stattfinden kann. Welche Konzepte einer guten Pflege aktuell vorliegen, wird im Folgenden näher betrachtet.

2.2 Pflegehandeln und seine Akteur:innen

In frühen pflegetheoretischen Überlegungen wurden in der Regel vor allem Patient:in und Pfleger:in als Akteur:innen beschrieben. Aktuellere Arbeiten beschäftigen sich allerdings auch mit einem Einbezug von Technik in die Pflege. Diese Arbeiten lassen sich einteilen in dichotome und technopragmatische Perspektiven. In dichotomen Perspektiven werden Pflege und Technik als getrennt voneinander betrachtet, wohingegen in technopragmatischen Perspektiven von einer