

„Aufbruch in der Sorgeskultur“ – aber wohin?

Zum Einsatz von Laienpflegekräften im Kontext der deutschen Pflegekrise

Tine Haubner

Beitrag zur Veranstaltung »Forum sozialpolitischer Forschung« der Sektion Sozialpolitik

Die Altenpflege wird in der Bundesrepublik seit vielen Jahren von einem Krisendiskurs beherrscht: Während die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf 3,4 Millionen ansteigen soll, fehlen für deren Versorgung geschätzt bis zu 506.000 professionelle Pflegekräfte (vgl. Prognos 2012). Der eklatante – und in kaum einem anderen Berufsfeld so drastische – Fachkräftemangel wird häufig auf das *Fatum* demografischen Wandels zurückgeführt und überblendet damit jedoch den Umstand, dass berufliche Pflegearbeit in Deutschland seit jeher durch geringe Löhne, mangelnde Anerkennung sowie einen geringen Professionalisierungsgrad bei gleichzeitig hohen Arbeitsbelastungen gekennzeichnet ist.

Was also läge in der gegenwärtigen Pflegekrise näher, als den Beruf durch Anhebungen des Lohn- und Qualifikationsniveaus aufzuwerten und für Nachwuchskräfte attraktiv zu machen? Stattdessen tauchen seit den 1990er Jahren sozial- und pflegepolitische Lösungsvorschläge und -versuche auf, die einer solchen Aufwertungsstrategie fundamental zuwiderlaufen: Da wird von „Pflegeassistenten im Schnellkurs“ (*Focus* 2008) – dem Einsatz Arbeitsloser als angeleitete Helfer/-innen in der stationären Pflege (*Süddeutsche Zeitung* 2015) – oder vom Ehrenamt als „neue[m] Standbein im pflegerischen Versorgungsmix“ (ZQP 2013: 9) gesprochen. Die Bundesagentur für Arbeit wirbt außerdem für „pflegerische Alltagshilfen“ aus dem Ausland (BA 2015) und die Bundeskanzlerin lobt pflegende Angehörige als die „stillen Helden der Gesellschaft“ (*Ärztezeitung* 2014). Statt also die Attraktivität der meist gering geschätzten aber voraussetzungsvollen Pflegearbeit durch Professionalisierung aufzuwerten, ist verstärkt von einer sozialpolitischen Stärkung informeller Laienpflege die Rede. Und das zu einer Zeit, in der durch den Anstieg von Demenzerkrankungen und Multimorbidität sowie dem technisch-medizinischen Fortschritt die Qualifikationserfordernisse in der Pflege steigen.

Sozialpolitische Interventionen zur Stärkung der Laienpflege werden dabei diskursiv von Debatten über das Leitbild einer „fürsorglichen Gesellschaft“ (BMFSFJ 2012: 115f.) oder „Caring Community“ als Paradigma nachhaltiger Pflegepolitik gerahmt (vgl. Klie 2014: 236). Ein bekannter Pflegeexperte fordert in diesem Zusammenhang zu einem kulturellen Aufbruch auf:

„Wir brauchen einen Aufbruch, allerdings nicht in der Pflege, sondern in einer Sorgeskultur. International sprechen wir von der Compassionate Community, von der sorgenden Gemeinschaft, von Caring Communities, von sorgenden Gemeinschaften. Das

Thema gehört in die Mitte der Gesellschaft, nicht delegiert an sozialstaatliche Akteure.“
(Klie 2015: 213)

Weder die staatlichen, gemeinnützigen noch privaten Träger professioneller Pflege gelten demnach als exklusive Hauptadressaten pflegerischer Versorgung. Vielmehr sollen die „sorgenden Gemeinschaften“ und das heißt konkret die „informellen Netzwerke“ (Schroeter 2006: 69) der Familien, Freund/innen, Nachbar/-innen oder freiwillig Engagierten – kurzum die Zivilgesellschaft pflegender Laien zu einer tragenden Säule der alternden Gesellschaft aufgebaut werden.

Im Kontext steigender Pflegebedarfe und vor dem Hintergrund, dass es sich bei Pflege um eine nur begrenzt profitable Dienstleistung handelt, die zudem im Kontext des deutschen Pflegeregimes hartnäckig als Kostenfaktor verhandelt wird, fällt die Wahl – so die hier vertretene These – nicht zufällig auf die vergleichsweise kostengünstige Indienstrategie bestimmter Bevölkerungsgruppen. Die sozialpolitische Stärkung und Inwertsetzung der Laienpflege gibt sich dabei als eine spezifische *Ausbeutungsdynamik* aus sozialem Ausschluss, *sozialer Verwundbarkeit* und kostengünstiger Arbeitskraftnutzung zu erkennen: Soziale Ausschlussprozesse qua Geschlecht, Alter, Arbeitsmarkt- oder Migrationsstatus, generieren demnach auf vielfältige Weise Subjektstatus kultureller und ökonomischer Verwundbarkeit welche wiederum für die Verrichtung kostengünstiger Laienpflegearbeit genutzt werden können. Von dieser Ausbeutungsdynamik sind pflegende Angehörige, freiwillig Engagierte, Langzeitarbeitslose und osteuropäische Laienpflegekräfte betroffen, wobei die sozialpolitische Suche nach weiteren Laienpflege-Potenzialen keineswegs abgeschlossen ist. Im Folgenden sollen für jede dieser vier Gruppen, in gebotener knapper Form, jeweils wirksame gesetzliche Regularien sowie die Auswirkungen dieser Stärkung der Laienpflege auf die Betroffenen vorgestellt werden.

Die „stillen Helden der Gesellschaft“ als Ausfallbürger

Noch niemals zuvor wurde in Deutschland so lange und intensiv innerfamiliär gepflegt wie in den letzten Jahren: 2013 werden 71 Prozent aller Pflegebedürftigen häuslich und davon 47 Prozent ausschließlich informell durch Angehörige versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). Die Mehrheit dieser pflegenden Angehörigen ist weiblich, im erwerbsfähigen Alter und mitunter bis zu 84 Stunden pro Woche in die Pflege eingebunden (vgl. Blinkert/Klie 2006: 205). Damit sind die Angehörigen als „größter Pflegedienst der Nation“ (Klie 2014: 47f.) zugleich auch der kostengünstigste informelle Pflegedienstleister, welcher zunehmend zum Ausfallbürger des demografischen und sozialstaatlichen Wandels avanciert (vgl. Ostner 1998: 250). Um die Kosten stationärer Pflege zu reduzieren, das Pflegepotenzial innerfamiliärer Pflegebereitschaft zu erhalten und gemäß des pflegepolitischen Credo „ambulant vor stationär“ auszubauen, wurde vom Gesetzgeber im Rahmen der 1995 eingeführten Pflegeversicherung einerseits eine bemerkenswerte Wahlfreiheit in Bezug auf materielle Anreize und professionelle Entlastungs- und Förderangebote für ambulante häusliche Pflege implementiert: So besteht für Leistungsempfänger eine für gesundheitliche Dienste beispiellose Option. Sie können zwischen Sachleistungen für ambulante professionelle Dienste, Geldleistungen für die häusliche Pflege durch Angehörige auf der Grundlage des Pflegegeldes oder einer Kombination beider wählen. Auf der anderen Seite hat der Gesetzgeber Zugangsbarrieren in Bezug auf die Gewährleistung vollstationärer Pflege erlassen. So werden Leistungen für eine vollstationäre Versorgung nur dann gewährt, wenn häusliche Versorgung nicht möglich ist (§ 43 SGB XI). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, sogenannte „Hotelkosten“, müssen zudem privat getragen werden.

Insbesondere die Stärkung informell-häuslicher Laienpflege ist dabei erfolgreich: Noch immer bevorzugt die Mehrheit der deutschen Pflegehaushalte Geldleistungen und das, obwohl deren Wert nur beinahe die Hälfte der Sachleistungen beträgt (vgl. Rothgang 2003).¹ Warum ist das so? Nicht allein die kulturelle Verwundbarkeit zumeist weiblicher Angehöriger aufgrund geschlechtsspezifischer intergenerationell-tradierter Arbeitsteilungen ist für die hohe Pflegebereitschaft verantwortlich. Auch ökonomische Verwundbarkeiten in Bezug auf unzureichende Versicherungs- und Versorgungsleistungen tragen hierzu bei. Insbesondere der Teilabsicherungscharakter der Pflegeversicherung erzwingt dabei den hohen Anteil informeller Laienpflege. Statt auf der freien Wahl souveräner Kundinnen des Pflegemarktes, beruht die viel gepriesene Pflegebereitschaft Angehöriger vielmehr auf sozialer Verwundbarkeit, wenn unzureichende Versicherungsleistungen, geringe Haushaltseinkommen, eine geschlechtsspezifische (Haushalts-) Arbeitsteilung sowie hoher Pflegeaufwand zusammenwirken. Zusammengefasst verdankt sich die Aufrechterhaltung des deutschen, „explizit familialistischen“ Pflege-regimes (Lutz, Palenga-Möllnbeck 2014: 220) so dem Zusammenwirken vergeschlechtlichter Handlungs-routinen, Rollenzuschreibungen und -übernahmen, unzureichenden Versicherungsleistungen sowie sozialpolitisch implementierten Cash-for-Care-Programmen, die auf jene Ungleichheiten erfolgreich aufsatteln.

Der nach wie vor hohen Bedeutung häuslicher Laienpflege soll nun auch mit dem Dritten Pflege-stärkungsgesetz, welches zu Beginn dieses Jahres in Kraft tritt, Ausdruck verliehen werden. Demnach ist die häusliche Pflege künftig sogar vorrangig auf der Basis des Pflegegeldes zu erbringen (§ 64 SGB XII Abs.1 Satz 1). Die Wahlfreiheit, zwischen Geld-, Sach- oder Kombileistungen – und das schließt die Wahl zwischen überwiegend professioneller oder Laienpflege ein, wird so zugunsten einer gesetzlichen Priorisierung informell-häuslicher Laienpflege eingeschränkt. Eine solche „privatistische Pflege-politik“ (Evers 1997: 517) birgt aber durchaus Risiken und Nebenwirkungen, wenn etwa Angehörige im Alleingang Sondernahrung und Injektionen verabreichen: Häusliche Pflege kann neben chronischer Überforderung zur Armutsfalle werden, wenn eine unzureichende soziale Absicherung auf hohen Pflegeaufwand trifft. Das typische Dilemma pflegender Angehöriger, die wegen einer hohen Pflegebe-lastung die Erwerbsbeteiligung zurückstellen und auf diese gleichzeitig aufgrund unzureichender Ver-sicherungsleistungen nicht verzichten können, führt nicht selten zu einem Kreislauf aus Armut, sozia-ler Isolation und gesundheitlichen Einschränkungen.

Die „verlorene Unschuld“ des freiwilligen Engagements

Neben der häuslichen Pflege durch Angehörige, Freund/-innen, oder Nachbar/-innen wird auch das freiwillige Engagement in der Pflege seit den 1990er Jahren verstärkt sozialpolitisch gefördert. Mittels zahlreicher gesetzlicher Neuerungen übernimmt dabei der Staat auch in der Pflege die Regie der „freiwilligen Gesellschaft“ (vgl. Nitschke 2005). Pflegeversicherung und SGB XI kommt hierbei eine Schlüsselposition zu, bieten sie dem Engagement in der Pflege doch erst eine gesetzliche und finanzi-elle Grundlage: Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz zielt 2002 mit der Ausweitung des Leistungsan-

¹ 1997 bezogen über 80 Prozent der Leistungsempfängerinnen und -empfänger Pflegegeld (Brömme 1999). 1999 waren es noch 78 Prozent (Schneekloth/Müller 1999). Laut der Pflegestatistik des Statisti-schen Bundesamts erhielten 2013 1,25 Mio ausschließlich Pflegegeld (Statistisches Bundesamt 2015). Und 2014 ziehen schätzungsweise noch immer 70 Prozent aller Leistungsempfängerinnen und - empfänger nach wie vor das Pflegegeld den Pflegediensten vor (Klie 2014: 56).

spruchs und der finanziellen Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote auf die Stärkung häuslicher Betreuung auch durch freiwillige Helfer/-innen ab. Im selben Jahr erhält bereits jeder zehnte Pflegehaushalt Unterstützung durch Freiwillige (vgl. ZQP 2013: 7). Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ergänzt sechs Jahre später Fördermöglichkeiten für Selbsthilfe und Engagement um die Zielgruppe körperlich Kranker. 2013 räumt das Pflege-Neuausrichtungsgesetz den Kassen ein Recht auf Mittel zur Selbsthilfeförderung ein und erlaubt stationären Einrichtungen, Aufwandsentschädigungen an Engagierte zu zahlen (vgl. Klie 2013).

Mit dem Neuen Pflegestärkungsgesetz stehen schließlich seit 2015 für Versicherte mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ sowie Pflegebedürftigen aller Pflegestufen zusätzlich zum Pflegegeld mindestens 104 Euro für die zweckgebundene Inanspruchnahme freiwilliger Helfer/-innen zur Verfügung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015). Diese „niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ stellen eine gängige Finanzierungsgrundlage für freiwilliges Engagement dar, mit welchen Pflegehaushalte häusliche Unterstützungsangebote ihrer Wahl einkaufen können – ungeachtet, ob es sich dabei um professionelle Dienste oder Laien handelt. Dies wird durch den pflegegesetzlich verankerten Grundsatz der Wettbewerbsneutralität ermöglicht, demzufolge gemeinnützige und privat-gewerbliche Anbieter bei der pflegerischen Versorgung gleichberechtigt sind. Dass auf diese Weise auch das freiwillige Engagement Teil der ambulanten Angebotspalette ist, ist zunächst überraschend – weist aber einerseits auf die „verlorene Unschuld“ des (nicht immer ganz) freiwilligen Engagements (Müller/Rauschenbach 1992: 7f.) an der Schwelle zum Niedriglohnsektor und andererseits auf eklatante pflegerische Versorgungsmängel und ihre Folgen für Pflegebedürftige hin.

Das Engagement in der Pflege unterliegt dabei einem schleichenden Gestaltwandel und hat sich zu einer zunehmend monetarisierten, mittels Passungsfähigkeit und Talentmanagement quasi-personalpolitisch gemanagten und semi-professionalisierten Sozialdienstleistung gemausert, die mitunter als kleiner Player auf dem Quasi-Markt Pflege mit ambulanten Anbietern konkurriert. Die damit einhergehende *Quasi*-Kommodifizierung des Engagements verwandelt dieses mitunter in eine nebenberufliche informelle Beschäftigung, die gesetzliche Pflege-Mindestlohn- und Professionalitätsstandards unterminiert, die Differenz zum Niedriglohnsektor nivelliert und zum Teil gerade auf jene sozial verwundbaren Akteure Attraktivität ausübt, die wie Rentner, Rentnerinnen oder Erwerbsunfähige von geringen Rentenleistungen oder auch erwerbsbiografischen Degradierungserfahrungen betroffen sind.

Dieser Gestaltwandel freiwilligen Engagements geht zudem mit Deprofessionalisierungstendenzen in der Pflege einher. Professionalitätsstandards werden hier etwa dann unterschritten, wenn freiwillig Engagierte grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten verrichten. Diese Praxis ist jedoch nicht nur rechtswidrig – sie liefert die Laien mitunter medizinischen Notfallsituationen aus, die an ihnen nicht spurlos vorübergehen. Eine Erwerbsunfähige, die ihre geringe Rente mit dem Engagement aufbessert, berichtet beispielsweise im Rahmen eines Interviews vom Atemstillstand einer Patientin, der sich während eines Einsatzes als Demenzhelferin ereignet:

„...ich hatte letztens einen Notfall gehabt. Na da ging mir ganz schön die Muffe. Naja, sie hat auf einmal nicht mehr geatmet und sackte mir weg [...]. Naja, da hab ich erst mal kaltes Wasser genommen [...] und ja dann fing sie wieder an zu atmen aber sie ist eben so weggeklappt und schnorchelte nur so komisch. [...] Also das möchte ich nicht

nochmal erleben- zumal man ja auch alleine ist. [...] Das ging mir ganz schön nah. Die hätte mir ja auch unter den Händen wegsterben können.“²

Von der Nutzung dieser vergleichsweise kostengünstigen Laien-Arbeitskräfte profitiert derweil nicht nur ein auf Ausgabenstabilisierung abzielendes staatliches Pflegeregime, Arbeitgeber sowie stationäre und ambulante Träger, die wie viele Wohlfahrtsverbände schon lange Freiwillige beschäftigen und qualifikatorische Grenzüberschreitungen im täglichen Handgemenge selten kontrollieren. Auch die unter der mangelhaften Versorgungslage leidenden Pflegehaushalte ziehen durchaus Vorteile aus dem mehrstündigen wöchentlichen Einsatz, bei dem selbst pflegerische Verrichtungen getätigt und so die vergleichsweise kostenintensiven Angebote ambulanter Dienste eingespart werden können. Dass das freiwillige Engagement dabei unter dem Einfluss von Altersarmut und den noch immer nachwirkenden Folgen der Systemtransformation in den neuen Bundesländern mitunter zu einer Niedriglohnbeschäftigung für sozial verwundbare Akteure avanciert, bei der Laien unter Umständen über Leben und Tod mit befinden, konterkariert das viel beschworene Positivimage einer „neuen Kultur des Helfens“ (vgl. Fink 1990).

Die „freien Armen“ als Pflegeassistent/-innen im Schnellverfahren

Neben den „neuen Freiwilligen“ sind auch Arbeitslose spätestens seit der Jahrtausendwende verstärkt ins Visier sozial- und pflegepolitischer Arbeitskraftmobilisierung geraten. Unter dem steigenden Druck von Fachkräftemangel, Kostenreduktion und steigender Nachfrage richtet sich der Fokus sozial- und pflegepolitischer Suchbewegungen auch auf die „freien Armen“ (Castel 2000: 139), bei denen das „Fördern und Fordern“ als probates Mittel gegen eine vermeintlich generöse Alimentierungslogik passiver Arbeitsmarktpolitik gilt. Die Hinwendung zu Langzeitarbeitslosen als Zielklientel der „Jobchance Pflege“, mit der die Jobcenter die Vermittlung in die Pflege als Chance auf einen krisensicheren Arbeitsplatz bewerben, steht dabei im Zusammenhang mit dem Ausbau diverser Assistenz- und Hilfsberufschöpfungen in den personenbezogenen Humandienstleistungen. Mithilfe neu konzipierter Quasi-Berufs- und Ausbildungsprofile, die Pflegeexpert/-innen schon lange als „Schnellbleichen“ kritisieren (vgl. Hammer 1994), sollen nun nicht nur Langzeitarbeitslose „aktiviert“, sondern auch pflegerische Versorgungslücken geschlossen werden.

Eine sozialpolitische Antwort auf die Versorgungsengpässe in der Pflege stellt so beispielsweise die Einstellung „zusätzlicher Betreuungskräfte“ nach § 87b SGB XI dar. Diese niedrigschwellige Beschäftigungsform, die aus Versicherungsleistungen finanziert wird, zielt seit 2008 in steigendem Umfang auf Arbeitslose und Geringqualifizierte ab: Hatten zunächst nur stationäre Einrichtungen für Bewohner/-innen mit „erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ Anspruch auf die Nutzung dieser Kräfte, hat sich der Empfängerkreis seit 2013 nun auch auf teilstationäre und seit 2015 auf stationäre Einrichtungen ausgedehnt. Zudem ist mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz 2015 die Zahl der Betreuungskräfte von rund 25.000 auf bis zu 45.000 angehoben worden (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen schließlich ab 2016 auch ambulante Dienste dazu verpflichtet werden, zusätzliche Betreuungskräfte einzustellen.

² Dieser und andere Interviewauszüge mit informellen Laienpflegekräften ist einer qualitativen Befragung im Rahmen meiner Dissertation zur sozialpolitischen Regulierung der deutschen Pflegekrise entnommen, die zwischen 2014 und 2016 durchgeführt wurden (vgl. Haubner 2017).

Die sogenannten „87b-Kräfte“ besetzen dabei eine Position, die einerseits weit unterhalb des Fachpflegepersonals, andererseits nur knapp oberhalb freiwillig engagierter Helfer/-innen rangiert. Sie durchlaufen eine stark verkürzte Ausbildung und obwohl sich ihr Tätigkeitsspektrum auf niedrigschwellige Betreuungsleistungen beschränkt, ist ihr rechtswidriger Einsatz in der Grund- und Behandlungspflege mittlerweile gut dokumentiert: Eine GKV-Verbandsstudie kommt 2012 etwa zu dem Schluss, dass Betreuungskräfte regelmäßig in die Grundpflege eingebunden werden (vgl. GKV 2012). Zwei weitere Fallbeispiele verdeutlichen darüber hinaus, dass auch behandlungspflegerische Tätigkeiten wie das Lagern von Patient/-innen, die Wundversorgung und Injektionen, rechtswidrig von Betreuungskräften verrichtet werden. So äußert eine befragte Betreuungskraft in einem Interview:

„Das ist Gummi. Ich weiß nicht, ob Sie den Paragraphen 87-mal gelesen haben. Der wird jedes Jahr ein bisschen geändert, immer mehr der Pflege angepasst, so ungefähr. [...] Früher durften wir eigentlich keine Pflege machen, [...] und heute steht eben drin, dass wenn nicht gerade eine Schwester in der Nähe ist, auch so etwas gestattet ist. Na, eine Schwester ist nie in der Nähe. Ich sehe jetzt keine, wenn ich rausgehe. Also mache ich es gleich selber.“

Dieser durch Personalmangel und unklare Zuständigkeitsprofile erzeugten Grenzüberschreitung arbeitet außerdem die hohe Konzessionsbereitschaft sozial verwundbarer Arbeitskräfte zu, die zum Teil aus der Langzeitarbeitslosigkeit kommen und sich nicht darüber beklagen, Tätigkeiten zu verrichten, für die sie weder bezahlt werden noch qualifiziert sind. Am Beispiel der Betreuungskräfte lässt sich anschaulich demonstrieren, wie die Dynamik von Unterschichtungsprozessen in einem Berufsfeld konkret aussehen kann, aus welchen Rahmenbedingungen sie resultiert, welche Faktoren sie begünstigen und welche Folgen sie zeitigt: Die durch den Fachkräftemangel verursachten Versorgungsengpässe und die Budgetierung der Pflegesätze erzwingen dabei in vielen stationären und ambulanten Einrichtungen nahezu die Aufstockung durch kostengünstiges Personal. Dies wird wiederum durch branchentypisch deutungsoffene Tätigkeitsprofile und ein persistentes Negativimage des Berufes als „Jederaufgabe“ ermöglicht und zeitigt schließlich beharrliche Kompetenzüber- und Qualifikationsunterschreitungen, welche die Pflege in die Nähe einfacher Dienstleistungsarbeiten rücken und eine De-facto-Informalisierung staatlich subventionierter Beschäftigungsverhältnisse darstellen.

Osteuropäische „Alltagshilfen“ als neue Dienstbotinnen

Nicht nur das zwischenzeitlich in die Krise geratene Ehrenamt erlebt in den 1990er Jahren eine Wiedergeburt als informeller Stützpfiler sozialer Daseinsvorsorge. Auch das „Haus- oder Dienstmädchenwesen“, welches seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als „feudales Relikt“ höchstens noch in den Haushalten des Großbürgertums zu finden ist, ersteht seither im Rahmen eines transnationalen „Teilarbeitsmarktes haushaltsnaher Dienstleistungen“ neu (vgl. Lutz 2008). Neben staatlicher Migrationspolitik, spielt hierbei auch die sozialpolitische Regulierung transnationaler Pflegearbeit eine Rolle, wenn die Delegation häuslicher Pflegearbeit an überwiegend weibliche osteuropäische Laienpflegekräfte neben staatlichen Legalisierungs- und Arbeitsvermittlungspraktiken durch die Kostenunterdeckung bei den Versicherungsleistungen gesteuert wird. Neben der Legalisierung osteuropäischer Pflegearbeit im Rahmen der EU-Osterweiterung, erfolgt so seit 2009 auch eine gesetzliche Erweiterung des Tätigkeitsspektrums der Pflegekräfte: War die Verrichtung grundpflegerischer Aufgaben für migrantische und häufig ungelernte Pflegekräfte bis dato verboten, wird mit einer Neufassung der Beschäftigungsverordnung (§ 21 BeschV) das Aufgabenspektrum „pflegerischer Alltagshilfen“ um grund-

pflegerische Verrichtungen mit der Begründung erweitert, dass hierfür keine spezifischen Qualifikationen nötig seien.³ Neben Legalisierungsstrategien und der gesetzlichen Erweiterung des Tätigkeitspektrums treibt der Gesetzgeber gleichzeitig die Sanktionierung von „Schwarzarbeit“ im Privathaushalt voran. Der Ausbau fiskalischer Sanktionierungen bei gleichzeitig unterlassener Kontrolle arbeitsrechtlicher Verstöße am Arbeitsplatz Privathaushalt weist dabei auf die bemerkenswerte Janusköpfigkeit staatlicher Legalisierungspolitik hin.

Der Staat gibt sich hierbei folglich nicht nur als „Komplize“ ausbeuterischer Arbeitsbedingungen zu erkennen, der die Expansion des Graumarktes Pflege lange Zeit duldet. Mithilfe aktiver Legalisierungs- und Vermittlungsstrategien sowie reformierten Beschäftigungsverordnungen fördert er *aktiv* die häuslich-informelle und preiswerte Rundumversorgung durch migrantische Laienpflegekräfte, bei der formal als „Haushaltshilfen“ angestellte, oftmals ungelernete Arbeitskräfte faktisch behandlungspflegerische Tätigkeiten verrichten. Die migrantischen Pflegekräfte sind dabei durchaus dienstbare Arbeitskräfte, deren soziale Verwundbarkeit häufig auf arbeitsmarktpolitischer Chancenlosigkeit, einer unzureichenden sozialen Absicherung in den Herkunftsländern und diskriminierenden Ethnisierungspraktiken basiert. Neben gängigen Grenzüberschreitungen wird dabei auch eine expansive Arbeitskraftnutzung durch den gesetzlichen Schutz des Privathaushaltes ermöglicht. So müssen Haushaltshilfen mitunter informell mehrere Personen pflegen, Gäste bewirten oder schwere Gartenarbeiten – nach Gusto des Arbeitsgeberhaushaltes – verrichten. Die Betroffenen werden so zu modernen Dienstmägden degradiert und oftmals mit der Versorgung von „Pflege-Schwerstfällen“ allein gelassen, wie auch der Fall einer befragten osteuropäischen Schneiderin zeigt, die als Pflegekraft sechs Monate lang das Bett mit einer schwer demenzkranken Patientin teilt, um deren krankheitsbedingter Weglauftendenz vorzubeugen.

Fazit: Das deutsche Pflegeregime als Ausbeutungstreiber

Das deutsche Pflegeregime kann anhand seiner „privatistischen Pflegekultur“ charakterisiert werden, welche im Rahmen einer nunmehr neu-subsidiären Arbeitsdelegation (vgl. Sachße 2003) noch immer das Gros der, im internationalen Vergleich gering professionalisierten, Pflege an informelle Netzwerke der Familien, Freund/-innen, Nachbar/-innen oder freiwilligen Helferinnen und Helfer abgibt. Weil jedoch parallel dazu auch der Ausbau privatwirtschaftlicher, professionell-ambulanter Versorgungsleistungen vorangetrieben wird, kann von einer „doppelten Privatisierung“ (vgl. Lessenich 2009) gesprochen werden, die auch in anderen Kontexten staatlich-hoheitlicher Aufgaben erkennbar ist (vgl. Dyk et al. 2016). Die Stärkung der Laienpflege durch Angehörige, Haushaltshilfen, freiwillige Demenzhelfer/-innen, Assistenz- oder Betreuungskräfte, die zur Informalisierung und Deprofessionalisierung der Pflege beiträgt, erfolgt dabei mittels verschiedener staatlich-politischer Interventionen:

- (1) Zielen „Cash for Care-Programme“ oder die Monetarisierung pflegerischer Eigenarbeit auf der Grundlage zweckgebundener Transfers auf die Fundierung (neu-) subsidiärer Daseinsfürsorge ab (vgl. Jaehrling 2004).

³ Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Arbeitsagentur (ZAV) informiert so in einem Schreiben, dass für die „Hilfstätigkeiten“ der vermittelten „Haushaltshilfen“ „...keine besondere berufliche, sprachliche oder sonstige Qualifikation vorausgesetzt...“ wird und im Rahmen „notwendiger pflegerischer Alltagshilfen“ grundpflegerische Verrichtungen explizit ausgeübt werden dürfen (vgl. BA 2015).

- (2) Bezweckt die indirekte Zugangsbeschränkung zur vollstationären Pflege die Stärkung der kostengünstigeren, häuslich-ambulant Versorgung, in deren Rahmen informelle Laienpflege traditionell beheimatet ist.
- (3) Ermöglicht die Eröffnung eines Marktes für pflegerische Dienstleistungen verschiedenster Couleur, dass Laienpflege als gleichberechtigter Leistungserbringer gefördert und ausgebaut wird.
- (4) Unterstützen staatliche Legalisierungs- und Vermittlungsstrategien die Versorgung durch kostengünstige und zumeist informell beschäftigte transnationale Pflegearbeitskräfte.
- (5) Dient die Implementierung quasi-beruflicher Tätigkeitsprofile (wie Assistenz, Betreuungs-, oder Hilfstätigkeiten) der Legalisierung und Konsolidierung kostengünstiger Versorgung durch Ungelernte, bei der rechtswidrige Arbeitskraftnutzung weitestgehend unkontrolliert und -sanktioniert bleibt.
- (6) Schließlich ermöglichen dehnbare und novellierte Rechtsvorschriften (wie reformierte Beschäftigungsverordnungen, offen formulierte Richtlinien oder die uneindeutige Delegation ärztlicher Leistungen) berufsqualifikatorische Grenzüberschreitungen in einem Berufsfeld, das seit jeher den zweifelhaften Ruf einer „Jederfrautätigkeit“ genießt.

Die hier skizzierte Ausbeutung informeller Laienpflegearbeit kann schließlich als *Kaskadeneffekt* begrifflich gefasst werden: Demnach erzeugen ökonomische und politische Rahmenbedingungen einen strukturellen Ausbeutungsdruck, der „nach unten“, auf andere Akteure mit begrenzten Handlungsoptionen weitergereicht wird und den Pflegenotstand perspektivisch zu verschärfen droht. Das ökonomische Dilemma von Pflegearbeiten, gleichzeitig unverzichtbar und nur begrenzt profitabel zu sein, markiert dabei den „Kopf“ dieser Kaskade. Darauf folgen gewissermaßen pflegepolitische Rahmenbedingungen, welche jenes ökonomische Dilemma spezifisch bearbeiten und finanziellen Druck sowohl generieren als auch reproduzieren, der in Gestalt niedriger Pflegesätze an die stationären und ambulanten Anbieter weitergegeben wird. Eine letzte Stufe bilden schließlich die Pflegehaushalte, die unter den Bedingungen begrenzter Haushaltseinkommen Vorteile daraus ziehen, dass Laien Injektionen durchführen, Wunden versorgen, den Haushalt unbezahlt führen oder Medikamente verabreichen. An der damit einhergehenden Informalisierung und Deprofessionalisierung der Pflege sind jedoch maßgeblich Sozialgesetzgebung und Pflegepolitik beteiligt. Vor diesem Hintergrund ist zweifelhaft, ob die sozialpolitische Stärkung von Laienpflege wirklich einen Ausweg aus der Pflegekrise zu offerieren vermag. Stattdessen ist die Annahme eines Teufelskreislaufes berechtigt, der die Abwertung von Pflegearbeit im Kontext ihrer Krise weiter vorantreibt, statt ihre Aufwertung gezielt zu befördern.

Literaturverzeichnis

- Ärztezeitung, 2014: Merkels Gesundheitspolitik passte in 133 Sekunden. Beitrag vom 29. Januar 2014, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/854030/regierungserklaerung-merkels-gesundheitspolitik-passte-133-sekunden.html (letzter Aufruf 25. Februar 2016).
- Blinkert, B., Klie, T. 2006: Die Zeiten der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39. Jg., Heft 3, 202–210.
- Brömme, N. 1999: Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld IPW. ISSN 1435–4085. Bielefeld: Universität Bielefeld.

- Bundesagentur für Arbeit 2015: Vermittlung von europäischen Haushaltshilfen.
<https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjiz/~edisp/16019022dstbai641662.pdf> (letzter Aufruf 28. Dezember 2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012: Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. Achter Familienbericht,
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/Achter-familienbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (letzter Aufruf 07. Mai 2015).
- Bundesministerium für Gesundheit 2015: Das Erste Pflegestärkungsgesetz. Stärkung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html> (letzter Aufruf 15. Oktober 2015).
- Dowling, E., Van Dyk, S., Haubner, T. 2016: Für ein rebellisches Engagement. Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 2/2016, 37–40.
- Evers, A. 1997: Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. WSI-Mitteilungen. Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes GmbH, 50. Jg., Nr. 2, 510–518.
- Fink, U. 1990: Die neue Kultur des Helfens. Nicht Abbau, sondern Umbau des Sozialstaats. München u.a.: Piper.
- Focus 2008: Langzeitarbeitslose: Pflegeassistent im Schnellkurs. Beitrag vom 16.08.2008,
http://www.focus.de/finanzen/news/arbeitsmarkt/langzeitarbeitslose-pflegeassistent-im-schnellkurs_aid_325359.html (letzter Aufruf 25. Februar 2016).
- GKV Spitzenverband 2012: Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. In Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 9. Berlin: GKV Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte.pdf (letzter Aufruf 29. März 2016).
- Haubner, T. 2017: Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Frankfurt am Main: Campus (im Erscheinen).
- Jaehrling, K. 2004: Die politische Regulierung des Arbeitsmarktes Privathaushalt. Marktregulative Politik im deutsch-französischen Vergleich. Zeitschrift für Sozialreform, 50. Jg., Heft 6, 617–645.
- Klie, T. 2013: Engagementpolitische und sozialrechtliche Förderung des Engagements in der Pflege. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.), Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP-Themenreport. Berlin: Zentrum für Qualität der Pflege, 14–19.
- Klie, T. 2014: Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Pattloch.
- Klie, T. 2015: Im Interview mit Bjørn Kähler. In T. Behr (Hg.), Aufbruch Pflege. Hintergründe – Analysen – Entwicklungsperspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler, 205–213.
- Lutz, H., Palenga-Möllnbeck, E. 2014: Care-Migrantinnen im geteilten Europa – Verbindungen und Widersprüche in einem transnationalen Raum. In B. Aulenbacher, B. Riegraf, H. Theobald (Hg.), Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Soziale Welt, Sonderband 20. Baden-Baden: Nomos, 217–231.
- Lutz, H. 2008: Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. 2. überarbeitete Auflage. Opladen: Barbara Budrich.
- Lessenich, S. 2009: Der Wohlfahrtsstaat nach der Krise oder: Die doppelte Privatisierung des Sozialen. Gegenblende, 08.12.2009, <http://www.gegenblende.de/++co++2ede8f72-e3f0-11de-5a38-00093d10fae2> (letzter Aufruf 20. Februar 2016).
- Nitschke, P. 2005: Zivilgesellschaft und Ehrenamt in Deutschland: Eine Einleitung. In P. Nitschke (Hg.), Die freiwillige Gesellschaft. Über das Ehrenamt in Deutschland. Frankfurt am Main: Peter Lang, 9–15.

- Ostner, I. 1998: Quadraturen im Wohlfahrtsdreieck. Die USA, Schweden und die Bundesrepublik im Vergleich. In S. Lessenich, I. Ostner (Hg.), *Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive*. Frankfurt am Main u.a.: Campus, 225–252.
- Prognos AG 2012: *Pflegelandschaft 2030*. Auftrag der Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft, http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf (letzter Aufruf 07. Mai 2015).
- Rothgang, H. 2003: Long-term care for older people in Germany. European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs. PSSRU Discussion Paper, No. 1840, 24–42.
- Sachße, C. 2003: Subsidiarität: Leitmaxime deutscher Wohlfahrtsstaatlichkeit. In S. Lessenich (Hg.), *Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse*. Frankfurt am Main u.a.: Campus, 191–212.
- Schneekloth, U., Müller, U. 1999: *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Schroeter, K. R. 2006: *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Weinheim: Juventa.
- Statistisches Bundesamt 2015: *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Aufruf 21. März 2016).
- Süddeutsche Zeitung 2015: *Altenheime setzen unqualifiziertes Personal ein*. Beitrag vom 31.05.2015, <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/pflege-altenheime-setzen-unqualifiziertes-personal-ein-1.2500719> (letzter Aufruf 25. Februar 2016).
- Zentrum für Qualität in der Pflege 2013: *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP-Themenreport*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.