

2 Teilbranche Altenpflege

Über eine Million Personen arbeiten in Deutschland in Einrichtungen, die alte Menschen pflegerisch versorgen. Das sind mehr Beschäftigte als in der Automobilindustrie, die häufig als bedeutendste Branche des Landes bezeichnet wird. Doch während wir bei der Automobilindustrie ganz selbstverständlich von einer Branche sprechen, tun wir dies bei der Altenpflege nicht. Insofern stellt sich uns die Frage, mit was wir es bei „der Altenpflege“ eigentlich genau zu tun haben. Dabei interessiert uns zum Beispiel: Welche Akteure agieren im Tätigkeitsbereich Altenpflege? Welche Organisationen, welche Institutionen spielen hier welche Rollen? In welche Strukturen sind diese Akteure (auch über die Pflege hinaus) eingebunden? Wer erbringt welche Leistungen innerhalb welcher Rahmenbedingungen? Was genau ist also eigentlich gemeint, wenn die Rede von „der Altenpflege“ ist?

Wieso ist es relevant, sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen? Eine Branche als politisch-soziales Konstrukt setzt einen Rahmen, innerhalb dessen spezifische Institutionen und Akteure agieren, die gemeinsame Ressourcen bearbeiten und auf dieser Basis Spielregeln, Standardisierungen sowie Normen entwickeln und verantworten. Ihre Funktion besteht darin, kollektive Güter zu produzieren. Schon die Größe des Sektors in Beschäftigtenzahlen zeigt die gesellschaftlich große Bedeutung dieses Arbeitsmarktes an. Hinzu kommt, dass die professionelle Versorgung pflegebedürftiger Menschen in einer alternden Gesellschaft vor dem Hintergrund sich wandelnder familiärer und sozialer Strukturen weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Altenpflege ist ein zentrales Feld in sozialstaatlicher Verantwortung, weshalb die Frage nach der Bandbreite und Qualität der bereitgestellten Dienstleistungen eine hohe Relevanz besitzt. Bei einer interaktiven personenbezogenen Dienstleistungsarbeit (Dunkel 2011) wie der Altenpflege hängt die Dienstleistungsqualität in erster Linie vom Faktor Personal ab. Deswegen ist der Blick auch darauf zu richten, unter welchen Bedingungen dort gearbeitet wird. Das knappe Gut Fachpersonal scheint in der Altenpflege (noch?) nicht mit guten Arbeitsbedingungen um-

worben werden zu können. Personalmangel, Arbeitsverdichtung, Vereinbarkeitsprobleme und hohe Krankenstände sind nur einige der Schlagwörter, die im Zusammenhang mit der Arbeit in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen immer wieder genannt werden. Auch am sogenannten Bürokratiewahn entzündet sich Kritik. Während die Maßnahmen zur Kontrolle der erbrachten Leistungen in der Vergangenheit stetig anwuchsen, steht dem auf der Seite der Arbeitsregulierung zugunsten *Guter Arbeit* eine Leerstelle gegenüber. Gewerkschaften und Betriebsräten ist es nicht gelungen, sich in diesem Arbeitsbereich eine signifikante Bedeutung zu verschaffen, und auch der Staat ist in dieser Hinsicht nicht als erkennbare regulative Instanz aufgetreten. Kann vor diesem Hintergrund also möglicherweise die Konstituierung einer Branche, die vermutlich mehr umfassen müsste als die Altenpflege, einen Beitrag leisten, die Verhältnisse in einem gesellschaftlich so wichtigen Bereich attraktiver zu gestalten und in diesem Sinne zu ordnen?

2.1 Altenpflege als „Branche“?

In einschlägigen Lehr- und Handwörterbüchern wird der Branchenbegriff wie folgt definiert: „Sammelbezeichnung für Unternehmen, die weitgehend substituierbare Produkte oder Dienstleistungen herstellen“ (Gabler Wirtschaftslexikon 2009). Flexibler handhabt Wolls Wirtschaftslexikon (1992: 93) den Begriff: Eine Branche sei eine „Gliederung der Unternehmen je nach Zweck der Analyse.“ Möglich sei eine Einteilung „nach Art der Produkte oder Leistung oder auch Funktion im gesamten wirtschaftlichen Leistungsprozess“. Häufig wird der Branchenbegriff synonym mit dem Begriff Wirtschaftszweig verwendet (Gabler 2009). Das Statistische Bundesamt unterscheidet entsprechend in einer Systematik Wirtschaftszweige nach der Art der Produkte bzw. Dienstleistungen, die erstellt werden, gegliedert in 21 Abschnitte, die weiter nach Abteilungen, Gruppen, Klassen und Unterklassen eingeteilt werden (Statistisches Bundesamt 2008b). Die uns interessierenden Wirtschaftseinheiten (also die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen) finden sich in Abschnitt Q „Gesundheits- und Sozialwesen“. Doch auch innerhalb dieses Segments zeigen sich Abgrenzungs- und

Spezifizierungsprobleme, beispielsweise durch die Darstellung unterschiedlicher Abteilungen innerhalb des Pflegebereichs – „Heime“ und „Sozialwesen (ohne Heime)“.

Für die vorliegende Studie erscheint es zweckmäßig, sich an die begrifflichen Definitionen anzulehnen, die bei der Analyse des uns interessierenden Bereiches, also der Arbeitsbeziehungen verwendet werden. Doch auch hier wird der Begriff Branche kaum ausführlicher erläutert. So beschäftigt sich beispielsweise Holst (2011) mit der *Callcenterbranche*, ohne genauer zu explizieren, wie er diese abgrenzt. Dies ist zumindest deshalb erstaunlich, weil sich gerade in Deutschland eine der zentralen Institutionen der Arbeitsbeziehungen des 20. Jahrhunderts auf der Grundlage der Branche entwickelte: der *Branchentarifvertrag*. Dieser gilt für diejenigen Unternehmen, die Mitglied im üblicherweise *branchenbezogenen* Arbeitgeberverband sind, der als Vertragspartner fungiert.¹⁸ Es liegt also nahe, im Bereich der Arbeitsbeziehungen „Branche“ so zu fassen, dass die kollektiven Akteure, die die Bedingungen aushandeln, unter denen im betreffenden Bereich gearbeitet wird, ein wichtiges konstitutives Kriterium darstellen (Henssler et al. 2013: 681). Als Branche lässt sich dann derjenige Wirtschaftsbereich fassen, auf den sich die Tarifparteien als sektoralen Geltungsbereich eines Tarifvertrages geeinigt haben. Unter Umständen kann sich eine – so verstandene – Branche sogar in einem relativ kurzen Zeitraum konstituieren und sehr divergente Arbeitsbereiche umfassen, wie im Falle der Zeit- und Leiharbeit.¹⁹ Die *Branchenakteure* können sich dann zwar in ganz unterschied-

18 Henssler et al. (2013: 666f.) sprechen vom „sektoralen Geltungsbereich“, erläutern aber, dass die Terminologie uneinheitlich ist: „Da Gewerkschaften weiterhin überwiegend nach dem Industrieverbandsprinzip organisiert sind, ist ein Anknüpfungspunkt für den Geltungsbereich die Branche, also der Wirtschaftssektor, dem ein Betrieb oder Unternehmen zugehörig ist. Folglich wird vom ‚branchenmäßigen‘ bzw. ‚betrieblich-branchenmäßigen‘ Geltungsbereich gesprochen, aber auch die Begriffe des ‚fachlichen‘ oder ‚betrieblich-fachlichen‘ Geltungsbereichs sind üblich. Teilweise werden die Begriffe synonym verwendet“ (ebd.).

19 In der Leiharbeit gründeten sich auf Druck der EU hin Arbeitgeberverbände bzw. wurden Unternehmen als Tarifparteien tätig. Obwohl die in ihnen zusammengeschlossenen Unternehmen in sehr unterschiedlichen Wirtschaftszweigen tätig sind, wird im Fachdiskurs von der Leiharbeit inzwischen selbstverständlich als einer Branche gesprochen (Menez 2017).

lichen Wirtschaftssektoren bewegen, aber sie konstituieren einen gemeinsamen (Arbeits-)Markt und partizipieren auch daran.

2.1.1 Marktgenerierte Entwicklung einer Branche?

Möglicherweise führt uns also der gemeinsame (Arbeits-)Markt bei unserer Frage weiter. Das „Produkt“ im uns interessierenden Bereich ist die Versorgung alter, pflegebedürftiger Menschen. Für diese Dienstleistung gibt es einen „Markt“, auf dem sich die entsprechenden Dienstleister bewegen, auf dem sie also der Nachfrage nach ihren Leistungen ein Angebot gegenüberstellen. Auch wenn die Altenpflege (u. a. aufgrund mangelnder Konsumentensouveränität und die durch die Pflegeversicherung festgesetzten Preise) in der fachlichen Debatte lediglich als „Quasi-Markt“ gilt, so wurden doch spätestens durch die Einführung der Pflegeversicherung gewisse Eckpfeiler zur Herausbildung eines Marktes eingeschlagen. Bode (2005: 250 f.) beschreibt „Quasi-Märkte“ als „inszenierte bzw. asymmetrisch strukturierte Märkte“, in denen über zentral koordinierte Verfahren u. a. Standards und Preise verhandelt werden. Doch auch wenn „der Markt in den meisten Bereichen der sozialen Daseinsvorsorge subsidiär bleibt oder nur simuliert wird“, lässt sich ein verändertes „Verhältnis zwischen Wohlfahrtsstaat und Markt“ diagnostizieren, das in der sozialwissenschaftlichen Debatte unter dem Begriff der Wohlfahrtsmärkte verhandelt wird. Nullmeier (2002: 273) spricht in diesem Kontext vom Pflegeversicherungsgesetz als einem „Marktschaffungsgesetz“.

Im Lauf der Zeit bildet sich in der Regel bei den an einem Markt beteiligten Akteuren ein Bewusstsein für gemeinsame Interessen. Sie schließen sich deshalb zusammen, um verbindliche Regelungen für ihre Tätigkeiten auf dem gemeinsamen Markt zu schaffen. Nach Henneberger (2017: 173) lassen sich die auf diese Weise entstehenden kollektiven Akteure nach ihren handlungsleitenden Interessen unterscheiden. Die sogenannten Produktmarktinteressen (d. h. die wirtschaftspolitischen Belange eines Wirtschaftszweiges) stünden bei Wirtschaftsverbänden im Vordergrund, während bei Arbeitgeberverbänden die Arbeitsmarktinteressen (sozial-, bildungs- und tarifpolitische Belange) diese Rolle

einnahmen.²⁰ Mit der Zeit entstehe so eine (ggf. zunächst latente) Institutionenordnung.²¹

2.1.2 Voraussetzungen für kollektives Handeln

Die Frage, unter welchen Umständen auf den Produktmärkten konkurrierende Unternehmen bereit sind, eine kollektive Interessenvertretung zu begründen oder sich einer solchen anzuschließen, sie mit Ressourcen und Kompetenzen ausstatten und dabei die eigene unternehmerische Autonomie zu begrenzen, ist in der Forschung zu den Arbeitsbeziehungen mit verschiedenen Ansätzen beantwortet worden. Behrens (2004) ordnet diese in drei Erklärungsstränge ein. Als erster Impuls wird die Existenz einer starken Gewerkschaft im betreffenden Wirtschaftsbereich angeführt. Hat sich dort die Arbeitnehmerseite organisiert und eine ausreichende Organisationsmacht entwickelt, entsteht auf der Seite der Arbeitgeber der Bedarf an einer Gegenmacht (vgl. auch Schmitter/Streeck 1999: 38).

Als zweite Begründung fasst Behrens (2004: 78 f.) entsprechende staatliche Anreize bzw. Interventionen. Er erläutert, dass dies zunächst ganz allgemein gelte. Je regulierter ein Markt sei, desto wichtiger werde dort politisches Handeln und so seien möglicherweise auch die Unternehmen gezwungen, ihre Interessen zu „politisieren“ und zu organisieren. Auf einer eher praktischen Ebene könne der Staat aber auch Anreize für kollektive Zusammenschlüsse setzen, indem er steuerliche Vorteile gewährt oder den entsprechenden Verbänden Kompetenzen verleiht und Funktionen in politischen Prozessen oder bei politischen Regulie-

20 Auf die dritte Säule in Hennebergers Aufzählung, die Wirtschaftskammern, soll hier nicht weiter eingegangen werden, da sie als Körperschaften öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaften und einer quasi-staatlichen Aufgabenwahrnehmung (Henneberger 2017: 174) außerhalb des hier untersuchten Kontextes freiwilliger Organisation und freiwilliger Regulierung von Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik stehen.

21 Eine ähnliche Sicht wird von Schmitter (1996: 325) vertreten. Dieser bezeichnet die „Entscheidungsarena, die durch eine Teilmenge tatsächlich konkurrierender oder potentiell ersetzbarer Produkte abgegrenzt ist“, als *Sektor*. Er schlägt vor, den Sektor als ökonomische „Meso-Ebene“ stärker in den Blick zu nehmen, da er auf die Bedeutung der innerhalb von Volkswirtschaften je eigenen sektorenspezifischen „Realitäten“, „mit all den ihnen eigenen Organisations- und Bewußtseinsformen bzw. den individuellen Mechanismen zur Tauschregulierung“ (ebd.: 324) gestoßen sei.

rungsaufgaben überträgt (bzw. sogar eine Verpflichtung zur Mitgliedschaft in bestimmten Verbänden festlegt).

In einer dritten Kategorie sammeln sich die Erklärungsansätze, die Verbandszusammenschlüsse mit der Erstellung von Gütern in Verbindung bringen, die nur kollektiv erreicht werden können (bzw. für das einzelne Unternehmen mit hohen Kosten verbunden wären) (ebd.: 78). Prominentester Vertreter dieser Argumentation ist Olson (1992: 49f.), der allerdings davon ausgeht, dass das Interesse an einem kollektiven Gut allein nicht als Motivation ausreiche, einem Verband beizutreten (da von diesem Gut Nichtmitglieder prinzipiell nicht ausgeschlossen werden können). Darüber hinaus müssten selektive Anreize geschaffen werden, die Verbandsmitgliedern exklusiv zugänglich sind. Henneberger (2017: 184f.) weist darauf hin, dass *Arbeitgeberverbände* in stärkerem Maße kollektive Güter erzeugen (in erster Linie, indem sie Tarifverhandlungen führen), während *Wirtschaftsverbände* „weit mehr differenzierte ‚selective benefits‘“ für ihre Mitglieder realisieren.

Behrens argumentiert, dass es nicht (wie von den jeweiligen VertreterInnen der Erklärungsansätze vermutet) nur *einen* Grund für kollektives Handeln auf Arbeitgeberseite gebe, sondern dass in der Regel eine Kombination aus mindestens zwei der Bedingungen vorliege. Zwar reiche häufig ein Grund aus, um die Verbandsgründung anzustoßen, aber dies sei eben nicht in jedem Fall der gleiche und alleinige, sodass sich keine Hierarchie der drei Faktoren ableiten ließe. Sein Fazit: Es gibt keine offenkundige Universallogik oder Blaupause für einen Zusammenschluss. Somit können verschiedene Akteurskonstellationen, sowohl auf gewerkschaftlicher und staatlicher als auch auf gesellschaftlicher Ebene, die Voraussetzung für eine kollektive Interessenvertretung von Unternehmen erfüllen und damit branchenregulierend wirken (Behrens 2004: 78).

2.1.3 Besonderheiten der Altenpflege

Lenken wir den Blick wieder auf die uns interessierende „Branche“: Wie sieht es hier hinsichtlich der von Behrens genannten Bedingungen aus, die einen kol-

lektiven Zusammenschluss der Arbeitgeberseite begünstigen? Welche Akteurskonstellation liegt also in der Altenpflege vor und welche akteursspezifische Voraussetzung fehlt für kollektive Zusammenschlüsse? Mit Blick auf den ersten Erklärungsansatz lässt sich ein klares Urteil fällen: Mit ver.di ist zwar die einzige relevante und innerhalb des DGB unstrittig zuständige Gewerkschaft im Bereich der Altenpflege aktiv, doch bislang konnten nur wenige Mitglieder gewonnen werden; zudem spielt die Altenpflege innerhalb der Organisation eine untergeordnete Rolle. Doch innerhalb des ver.di-Fachbereiches Gesundheit, soziale Dienste, Pflege und Kirchen stellt sie nach den Krankenhäusern den zweitgrößten Organisationsbereich dar. In den letzten Jahren wurden zudem vermehrt Anstrengungen unternommen, die Altenpflege stärker zu organisieren. Jedoch ist ver.di vom Status einer „starken Gewerkschaft“ in der Altenpflege nach wie vor weit entfernt. Dies mag auch an der Matrixstruktur der Multibranchengewerkschaft mit ihren „gleichberechtigten vertikal-regionalen und horizontal-fachlichen Dimensionen“ (Keller 2007: 470) liegen, innerhalb derer die Ressourcen und Prioritäten verteilt werden müssen. Dass bestimmten Berufsfeldern, die selbst nur über eine schwache gewerkschaftliche Mitgliederbasis verfügen, ein besonderes Gewicht verliehen wird, das über ihre relative Bedeutung innerhalb der „über 1.000 Berufsgruppen“ (ebd.: 473) der Gewerkschaft hinausgeht, ist unter diesen Umständen unwahrscheinlich. Die Kampagnenfähigkeit von ver.di wird vor allem durch die schwache Mitgliederbasis eingeschränkt; zugleich fehlen aber ressourcenstarke Impulse, um angemessen auf die branchenspezifischen Problemstellungen zu reagieren.

Um die staatlichen Anreize zur Verbandsgründung einschätzen zu können, müssen wir bereits etwas tiefer auf die Strukturen des Feldes eingehen. Bei der Altenpflege handelt es sich – wie oben erwähnt – um einen hoch regulierten Markt (Kümmerling 2009: 151).²² Doch der Staat reguliert nicht nur, er schafft

22 Beispielhaft beschreibt dazu die Pflege-Mindestlohnevaluation des BMAS: „So wird die Vergütung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen über ein Pflegesatzverfahren zwischen den Einrichtungen und allen Pflegeversicherungen bestimmt (§§ 85, 88 und 89 SGB XI). Zudem bestimmt der Gesetzgeber, welche Leistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen werden (§§ 36-45d SGB XI) und wie hoch die Erstat-

auch tatsächlich Anreize entsprechend Behrens Typologie. So ist es sicher kein Zufall, dass sich der Arbeitgeberverband Pflege e.V. 2009 wenige Wochen vor der Einberufung der Pflegemindestlohnkommission gründete, in die der neu gewählte Präsident des Verbandes sogleich berufen wurde. In dieser Kommission wurde 2009 erstmals eine allgemeinverbindliche Lohnuntergrenze für den Bereich Altenpflege festgelegt. Gesetzliche Grundlage ist das Arbeitnehmer-Entsendegesetz. Die Kommission ist paritätisch besetzt mit je zwei Vertretern der Arbeitgeber- bzw. für die kirchlichen Träger Dienstgeberseite und der Arbeitnehmer- bzw. Dienstnehmerseite. Um bei den Verhandlungen über den Mindestlohn in der Altenpflege mitreden zu können, mussten sich die bis dahin nicht als Tarifpartei organisierten privaten Träger also zu einem Arbeitgeberverband zusammenschließen.

Die Initiative für den Branchenmindestlohn in der Pflege ging von ver.di und den Wohlfahrtsverbänden aus. Auf Antrag mehrerer kollektivrechtlicher Akteure richtete das BMAS Mitte 2009 die Pflegemindestlohnkommission ein, die Empfehlungen für eine erstmalige Einführung eines Mindestlohns in der Pflegebranche beschließen sollte. Diese Empfehlungen setzte das BMAS mit der „Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche“ (Pflegearbeitsbedingungenverordnung – PflegeArbbV) nach § 11 Abs. 1 des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes um (IAW 2011: 4). Dieses Verfahren ist beispielhaft für das Ineinandergreifen von verbandlicher und staatlicher Regulierung, das Schmitter (1996: 324) vor allem dann für wahrscheinlich hält, „wenn es den Kapitalisten schwer oder unmöglich ist, ihre Austauschprozesse selbst zu stabilisieren, da sie letzten Endes auf staatliche oder eine andere externe Hilfe angewiesen sind“. Denn es gebe eben nicht nur die Alternative „von oben“ oder „von unten“ (bzw. von „innen“ und „außen“). Vielmehr „können Selbstorganisation und staatliche Politik interagieren und sich verbinden, um einen Sektor zu bilden“ (ebd.: 324). In welchen Fällen dies gilt, lässt Schmitter offen, betont aber:

tungsbeträge, abhängig von der Pflegestufe, sind (§ 84 und §§ 87-91 SGB XI)“ (IAW 2011: 65).

„Kapitalisten, die mit einer drohenden Störung ihrer etablierten Tauschbeziehungen (...) konfrontiert sind, werden versuchen, diese Störungen [z. B. den „ruinösen Wettbewerb“; Anm. d. Verf.] zu beheben, indem sie die Regulierungskapazität in ihrem Sektor erhöhen, vorausgesetzt – und das ist ein großer Vorbehalt – sie können dies ohne Zuhilfenahme externer Akteure tun“ (ebd.: 334).

Im Falle des Mindestlohns wurden also staatliche Akteure zur Unterstützung herangezogen. In einem gemeinsamen Verfahren musste nun der Geltungsbereich der Regelung festgelegt werden. Da der neugegründete Arbeitgeberverband mit der Gewerkschaft medsonet²³ kurz zuvor einen Branchentarifvertrag über einen Mindestlohn in der Pflege abgeschlossen hatte, konnte sich an dessen Geltungsbereich angelehnt werden.

Schließlich werden bei Behrens auch kollektive Güter als Voraussetzungen für die Organisation von Unternehmen genannt, die die Unternehmen alleine nicht oder nur unter hohen Kosten bereitstellen können. Ein gängiges Beispiel für ein solches Gut im Bereich des Arbeitsmarktes sind Tarifverträge. Aber auch zum Beispiel das Führen und der Abschluss von Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen können als relevante kollektive Güter für Altenpflegeeinrichtungen angesehen werden. Die meisten Einrichtungen könnten alleine nur schwer die notwendige Expertise und Arbeitszeit bereitstellen. Ein Blick auf die Vergütungsvereinbarungen offenbart aber bereits eine gewisse Unübersichtlichkeit. Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege existieren allein in Bayern Vereinbarungen mit vier verschiedenen Unternehmenszusammenschlüssen.²⁴ Evans, Galtschenko und Hilbert (2013: 213) führen für die Sozialwirtschaft aus, dass allein in den Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Beziehungen mindestens

„acht verschiedene Teilwelten [vorzufinden sind, Anm. d. Verf.], die sich – bildlich gesprochen – zu einem unübersichtlichen, nicht einmal vollständig kartierten Archipel voneinander isolierter Akteure, Interessen und Routinen zusammenfügen, das dann eine atomistische Landschaft von Abschlüssen und Vereinbarungen hervorbringt. Dies lässt sich als Interessensblockade beschreiben und im Sinne einer ‚Sociosclerose‘ ‚befunden‘“.

23 medsonet bezeichnet sich inzwischen als „Berufsverband für das Gesundheitswesen“, war aber seit seiner Gründung 2008 bis zu einer Satzungsänderung 2013 tarifpolitisch tätig und hat nach eigenen Angaben etwa 100 Tarifverträge geschlossen. Mit Beschluss des BAG vom 11.6.2013 wurde die fehlende Tariffähigkeit medsonets gerichtlich bestätigt (Az. 1 ABR 33/12).

24 Vgl. AOK (o.J.).

Hinzu kommt, dass nur wenige der Unternehmen selbst Pflegesatzverhandlungen durchführen. Das Problem liegt also möglicherweise nicht darin, dass sich im Bereich der Altenpflege keine Wirtschafts- und Arbeitgeberverbände bewegen, sondern dass es letztlich keinen *repräsentations- und verpflichtungsfähigen* Akteur gibt. Auch Schmitter hat dieses Problem erkannt:

„Agieren sie [die Verbände] in den sich überschneidenden und konkurrierenden Bereichen unabhängig, besitzen sie keinerlei Zwangsmitgliedschaft, und arbeiten sie mit anderen Organisationen auf einer Punkt-für-Punkt-Basis nur sporadisch zusammen, wird ihre Rolle beträchtlich an Bedeutung verlieren“ (Schmitter 1996: 332).

Die Leistung eines solchen Akteurs könnte darin bestehen, den vielfach beklagten „ruinösen Wettbewerb“ zu beenden und die Bedingungen für einen fairen Wettbewerb zu schaffen.

Mit diesen Überlegungen wird der Frage nachgegangen, ob auch für die Altenpflege – vergleichbar mit den Arbeitsbeziehungen in anderen Wirtschaftsbereichen – von einer strukturierten Konstellation von Akteuren auszugehen ist, die mit dem Begriff der Branche erfasst werden kann. Die Arbeitshypothese lautet, dass wir es im funktionalen Sinne bei der Altenpflege nicht mit einer funktionierenden Branchenkonstellation zu tun haben. Auch wenn die für eine solche Arena notwendigen Akteure durchaus vorhanden sind, so sind sie eben nicht funktionsfähig.

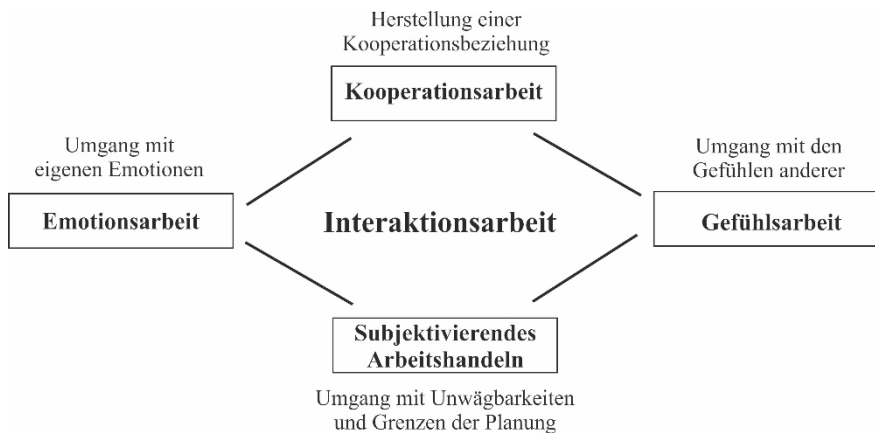
2.2 Arbeitsmarkt Altenpflege

Um die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit nach den Voraussetzungen kollektiven Handelns der Beschäftigten in der Altenpflege beantworten zu können, müssen wir zunächst die Arbeitsverhältnisse und Arbeitsmarktbedingungen der ArbeitnehmerInnen nachvollziehen. In diesem Kapitel werden daher auf der Grundlage bisheriger Forschungsergebnisse, einschlägiger Studien und aktueller Statistiken Fragen nach den Beschäftigungsverhältnissen und Qualifikationsniveaus, dem Angebot und Bedarf an Arbeits- und Fachkräften, der Entlohnung und der Berufsverläufe beantwortet. Darüber hinaus werden Aspekte der Arbeitsgesundheit und -zufriedenheit, der Betriebsstrukturen, der berufsspezifischen Belastungen sowie der kompensierenden Ressourcen betrachtet. Zudem

sollen die historische Entstehung der Altenpflege und deren Auswirkungen auf die heutige Arbeitsmarktlage nachvollzogen werden.

Dabei ist die Altenpflege insgesamt als Interaktionsarbeit im Sinne Böhles, Stögers und Wehrichs (2015) zu konzeptualisieren. Das Konzept der Interaktionsarbeit geht davon aus, dass sich dienstleistende Arbeit grundsätzlich von produzierender unterscheidet, da die Produkte hier gemeinsam vom Leistungsgeber und vom Leistungsnehmer hergestellt werden. Damit werden kommunikative Prozesse und Interaktionen sowie Gefühle und Emotionen in besonderer Weise im Arbeitsprozess aufgewertet (vgl. ebd.: 19 ff.). Durch die daraus resultierenden Ansprüche an die Interaktionsarbeit wird die Analyse des dafür typischen Arbeitsbereiches der Altenpflege zu einer komplexen Aufgabe.

Abbildung 2: Konzept der Interaktionsarbeit nach Böhle, Stöger und Wehrich



Quelle: Böhle et al. 2015: 19.

2.2.1 Historische Pfade

Obwohl spätestens seit den 1970er Jahren eine stetige Professionalisierung der Altenpflege erfolgte, gilt noch heute weitgehend:

„Die berufliche Altenpflege wird oft aufgrund ihrer weiblichen Konnotation und scheinbaren Nähe zu privater Pflgetätigkeit als unvollständige, ‚halbberufliche‘ Tätigkeit geringgeschätzt. Sie scheint mit letzterer austauschbar. Aus dieser Sicht schienen daher für die Ausübung der

Pflegetätigkeit fachliche Qualifikationen nicht nötig, sondern primär ‚weibliche‘ Intuition und Empathie“ (Oschmiansky 2010: 37).

Wie Voges (2002: 104) berichtet, war dies auch tatsächlich in den ersten Krankenpflegekursen zu Beginn des 20. Jahrhunderts Gegenstand der Ausbildung: „Die Ausbildung umfasst neben einer gewissen Grundausbildung vor allem eine eingehende Schulung des Charakters und Herausbildung weiblicher Fähigkeiten“. Er weist darauf hin, dass die Probleme alter Menschen lange Zeit eher im Rahmen materieller Bedürftigkeit wahrgenommen und ihre Versorgung deshalb als „spezifische Form der Armenpflege“ (ebd.: 105) aufgefasst worden sei. In den entsprechenden Spitälern und Armenhäusern verrichteten Armenpflegerinnen ihre Tätigkeit ehrenamtlich. Nach der Ersetzung der Armenhäuser durch Altenheime um die Wende zum 20. Jahrhundert herum habe das Personal „neben Arbeitskräften mit ‚Jedermann‘-Qualifikationen zumeist aus Ehrenamtlichen und Ordensschwestern“ bestanden (ebd.). Erst in den 1950er Jahren hätten die Betreiber von Altenheimen einen erhöhten Bedarf an geeigneten Beschäftigten sowie an speziellen Schulungen für den Bereich Altenpflege festgestellt, da nicht mehr genügend Ordens- und Krankenschwestern zur Verfügung standen (ebd.). Diese Schulungen seien durch die Arbeitsverwaltung koordiniert sowie aus der Arbeitslosenversicherung finanziert worden und hätten nachhaltig das Bild der „Altenpflege als *Ersatzberuf*“ beeinflusst (ebd., Hervorheb. im Original).

„Es herrschte die Ansicht vor, dass es zur Versorgung Älterer weniger einer besonders ausgebildeten Pflegekraft als vielmehr einer ‚lebenserfahrenen, seelisch ausgeglichenen, tatkräftigen und gütigen Pflegerin‘ bedarf. Diese Fähigkeiten wurden bei nicht-erwerbstätigen Hausfrauen mittleren Alters als gegeben angesehen“ (ebd.: 106).²⁵

Der Zugang zu den neuen Schulungen sei wenig restriktiv gehandhabt worden, um auch Arbeitslose mit niedriger Qualifikation und Schulbildung gewinnen und fördern zu können (ebd.: 106). Voges erläutert weiter, die Heimträger hätten, um „einen Abstrom aus der Altenpflege in die Krankenpflege zu verhindern (...) eine Ausbildung ohne horizontale oder vertikale Durchlässigkeit“ (ebd.) präferiert. Erst seit den 1980er Jahren sei es zu Bestrebungen gekommen, die bis da-

25 Voges zitiert hier aus einer Publikation des Caritasverbandes aus dem Jahr 1969: Goeken, A. (1969): Altenpflege als Beruf, in: DCV (Hrsg.): Caritas '69. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg.

hin nach Landesrecht geregelten Ausbildungen in öffentlichen Schulen des Gesundheitswesens sowie an Schulungseinrichtungen der Kirchen und Wohlfahrtsverbände in eine bundeseinheitliche Ausbildungsordnung zu überführen. Dieser späte Transfer in einen anderen Ausbildungsbereich erkläre sich dadurch, dass die Altenpflege zunächst ein sozialer Beruf gewesen sei, für den die Länder zuständig waren. Erst mit der Einordnung als Gesundheitsberuf sei er in die Zuständigkeit des Bundes gefallen. Mit dem Altenpflegegesetz von 2000 sei die Entwicklung zur Altenpflege als Heilberuf (ab 2003) umgesetzt worden (ebd.: 107 f.). Vor diesem Professionalisierungshintergrund und der nur geringen Orientierung an einer lohnarbeitsbezogenen Berufsausübung wurde die Pflege auch als „unvollständig entwickelte Lohnarbeit“ (Volkholz 1973: 94) bezeichnet.²⁶

2.2.2 Betriebe und Einrichtungen

Die Betriebe lassen sich in private, freigemeinnützige, konfessionsgebundene und öffentliche Träger differenzieren. Die Träger unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihrer Herkunft, Eigentümerstrukturen und Unternehmensphilosophie. Grundsätzlich gilt: Während private Einrichtungen auf Erwerb und Gewinn abzielen, sind öffentliche, freie und konfessionsgebundene Betriebe eher am Gemeinwohl orientiert und stellen die Dienstleistung in den Vordergrund ihres Handelns (Voges 2002: 197). Allerdings stehen auch die freigemeinnützigen Träger heute in hohem Maße unter dem Druck des Wettbewerbs und der Wirtschaftlichkeit. Bei einigen Unternehmen und vor allem bei den Wohlfahrtsverbänden stellt die Pflege alter Menschen nur einen Geschäftsbereich unter anderen dar. Die unternehmerischen Akteure in der Altenpflege reichen von inhabergeführten Kleinstunternehmen über große Pflegekonzerne bis hin zu breit aufgestellten gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden. Private Träger stellen mit rund 53,5 Prozent den Großteil aller Pflegeheime und -dienste. Freigemeinnützige

26 Anstelle einer berufsorientierten Lohnarbeit entstand die Krankenpflege „auf Basis von religiös oder ethisch legitimierten Lebensgemeinschaften“ (Volkholz 1973: 94). In diesem Zusammenhang führt Volkholz die „prekäre Lage des Krankenhauses“ (ebd.) unter anderem „auf seine relative gesellschaftspolitische Ohnmacht im Vergleich zu anderen Interessengruppen des Gesundheitswesens“ (ebd.) zurück.

Träger kommen auf 44,3 Prozent, während öffentliche Träger mit 3,2 Prozent nur eine marginale Rolle spielen (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung). Zugleich ergeben sich Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, wie Tabelle 1 zeigt.

Tabelle 1: Aufteilung der Betriebe nach Trägern

Träger	Ambulant		Stationär		Insgesamt
	Anteil Betriebe	Pflegebedürftige pro Betrieb	Anteil Betriebe	Pflegebedürftige pro Betrieb	
Privatwirtschaftlich	65,1 % (50,9%)	40 (27)	42,2% (34,9%)	56 (47)	53,5% (43,7%)
Freigemeinnützig	33,5% (47,2%)	74 (51)	53,0% (56,6%)	67 (73)	43,3% (51,4%)
Öffentlich-rechtlich	1,4% (1,9%)	64 (37)	4,8% (8,5%)	79 (86)	3,2% (4,9%)

Quellen: eigene Darstellung anhand Statistisches Bundesamt 2017; 2001. Angaben in Klammern für das Jahr 1999.

Den Markt der ambulanten Pflege teilen sich die privaten (65,1 % der Betriebe) mit den freigemeinnützigen Arbeitgebern (33,5 %). Die öffentliche Hand spielt bezogen auf die Anzahl der Betriebe auch hier eine verschwindend geringe Rolle (1,4%) (ebd.: 10 ff.). Noch im Jahr 1999 stellten private Anbieter lediglich 50,9 Prozent aller ambulanten Pflegedienste, während freigemeinnützige Arbeitgeber noch auf 47,2 Prozent kamen (Statistisches Bundesamt 2001: 9) Darin zeigt sich die Marktdynamik privatwirtschaftlichen Unternehmertums nach der Einführung der Pflegeversicherung. Die privaten Dienste sind in der Regel kleiner und versorgen durchschnittlich 40 Pflegebedürftige, die freigemeinnützigen hingegen 74 Pflegebedürftige. Öffentliche Einrichtungen stellen zwar nur wenige Betriebe, betreuen aber im Durchschnitt mit 64 Personen mehr Pflegebedürftige als privatwirtschaftliche Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2017: 10).

Anders als im ambulanten Bereich wird die Mehrzahl der Heime von freigemeinnützigen Trägern (53,0%) betrieben. Der Anteil der privaten Träger beträgt hier lediglich 42,2, derjenige der öffentlichen 4,8 Prozent (ebd.: 18 ff.). In der Entwicklung zeigt sich jedoch, dass auch hier die Bedeutung privater Ein-

richtungen zugenommen hat. So lag der Anteil privater Heime im Jahr 1999 noch bei 34,9 Prozent, während die freigemeinnützigen Träger 56,6 Prozent der Einrichtungen stellten (Statistisches Bundesamt 2001: 13). Wie im ambulanten Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen mit durchschnittlich 56 Pflegebedürftigen. Die freigemeinnützigen Heime bringen im Mittel 67, die öffentlichen 79 Pflegebedürftige unter (Statistisches Bundesamt 2017). Die „Kleinteiligkeit des Pflegeheimmarktes“ (CARE Invest 2014: 1) wird auch daran deutlich, dass die Marktführer, die Pro-Seniore-Unternehmensgruppe mit 16.968 und die Curanum AG mit 13.046 der insgesamt 903.000 stationären Pflegeplätze im Jahr 2013, über Marktanteile von lediglich rund 1,9 bzw. 1,4 Prozent verfügten (Meißner 2013: 2; CARE Invest 2014: 3).

Das Projekt Lohnspiegel²⁷ des WSI zeigt, dass vier von fünf Altenpflege-Innen und AltenpflegehelferInnen in Betrieben mit unter 100 Beschäftigten tätig sind. Nur jede zwanzigste AltenpflegerIn arbeitet in einem großen Betrieb mit über 500 Beschäftigten (Bispinck et al. 2013: 10). Das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) ermittelt in seiner Analyse, dass die durchschnittliche Beschäftigtenzahl im ambulanten Bereich im Jahr 2009 bei rund 17 (Ost) bzw. 23 (West) MitarbeiterInnen lag und im stationären Bereich bei rund 43 (Ost) bzw. 57 (West) ArbeitnehmerInnen (IAW 2011: 69).

Bezüglich der Betriebsgröße nach der Anzahl der MitarbeiterInnen wird in der Mindestlohnevaluation des IAW von einer ausgeprägten Volatilität in der Pflegebranche gesprochen: „Sowohl in den Befragungsdaten als auch in der Pflegestatistik und den IEB sind teilweise extreme Beschäftigungsschwankungen von einer auf die nächste Periode in einer Einrichtung zu beobachten“ (IAW 2011: 81). Über die Gründe dafür könne anhand dieser Daten keine Aussage getroffen werden. Es werden allerdings Zusammenhänge mit Ergebnissen der vom IAW ebenfalls geführten Expertengespräche und Fallstudien hergestellt:

„So könnte Arbeitskräftefluktuation die Beschäftigungsänderungen verursachen: Pflegekräfte wechseln danach regelmäßig die Arbeitsstelle, um ihre Arbeitsplatzsituation zu verbessern. Ein

27 Zum Projekt LohnSpiegel, zu dessen Datensatz und Erhebungsmethode vgl. Bispinck et al. 2010.

zweiter Erklärungsansatz liegt in der Dynamik der Branche. Einerseits drängen viele neue Einrichtungen auf den Markt, um am Wachstum der Branche zu profitieren, andererseits findet eine Konsolidierung statt, das heißt, einige Einrichtungen schließen sich zu größeren Einrichtungen zusammen. Beide Effekte führen dazu, dass starke Beschäftigungsschwankungen beobachtet werden können“ (ebd.: 81).

Insgesamt erfährt in der Forschung der erste Erklärungsstrang, der auf der Mikroebene der Beschäftigten angesiedelt ist, die größere Zustimmung.

2.2.3 Arbeitsmarktsituation

Vor dem Hintergrund der berufshistorischen Pfade soll im Folgenden anhand der Arbeitsmarktlage und der Beschäftigungsbedingungen aufgezeigt werden, inwiefern mittlerweile die Attraktivität des Berufes gesteigert werden konnte und eine Professionalisierung stattgefunden hat.

Mit der Frage, wer genau sich auf dem Arbeitsmarkt der Altenpflege bewegt, wie dort das Angebot und die Nachfrage bei Fachkräften aussieht und wie sich voraussichtlich der zukünftige Personalbedarf entwickeln wird, haben sich in den letzten Jahren verschiedene Studien und Prognosen beschäftigt. Ihre Ergebnisse unterscheiden sich zum Teil deutlich (vgl. für einen Überblick Simon 2012a). Nach Simon (2012b: 13) sind diese Differenzen nicht nur durch verschiedene methodische Ansätze und Blickwinkel begründet, sondern auch dadurch, dass es an einer fundierten und differenzierten Datengrundlage mangelt. Für den Bereich des Arbeitsmarktes der Altenpflege besteht die verlässlichste Datenquelle in der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, die auf gesetzlicher Grundlage Daten über alle Einrichtungen erhebt, die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erbringen. Allerdings lässt diese Statistik den für die vorliegende Studie wichtigen Aspekt der Entlohnung außen vor.

Zudem ist zu beachten, dass sich einige der vorliegenden Studien nicht auf den Arbeitsmarkt der Altenpflege gemäß der Klassifikation nach Wirtschaftszweigen (WZ 87.1, 87.3, 88.1) (Statistisches Bundesamt 2007: 52), sondern auf die Berufsgruppe der AltenpflegerInnen (BO 864) beziehen. Dies gilt vor allem für Untersuchungen auf Grundlage des Mikrozensus, der vor dem Jahr 2009 den Pflegearbeitsmarkt nicht abgrenzte, sondern die AltenpflegerInnen als Berufs-

gruppe erhob. Eine Unterscheidung zwischen dem Arbeitsmarkt der Altenpflege, der in diesem Kapitel thematisiert wird, und der Berufsgruppe der AltenpflegerInnen ist jedoch einerseits wichtig, da sich entsprechend der jeweiligen Abgrenzung unterschiedliche Ergebnisse etwa hinsichtlich der Qualifikation und der Beschäftigungsbedingungen ergeben. Andererseits spielt dieser Differenzierung für die in dieser Arbeit analysierten kollektiven Akteure eine Rolle. Vor allem Berufsverbände beziehen sich auf die Arbeitsbedingungen der AltenpflegerInnen als berufliche Statusgruppe, während die Gewerkschaften eher den breiteren Kontext des Altenpflegearbeitsmarktes im Blick haben.

2.2.4 Anzahl der Beschäftigten

Die aktuelle Pflegestatistik weist die Anzahl aller Beschäftigten auf dem Arbeitsmarkt der Altenpflege für Ende des Jahres 2015 mit 1.086.758 Personen aus (Statistisches Bundesamt 2017). Im Jahr 1999 lag der Beschäftigtenanteil noch bei 624.722, was bedeutet, dass sich dieser Anteil in den letzten eineinhalb Jahrzehnten kontinuierlich und in deutlichem Maße erhöht hat (Statistisches Bundesamt 2001).²⁸ Die Gesamtzahl der Beschäftigten verteilt sich 2017 zu 32,8% auf ambulante Dienste und zu 67,2% auf stationäre Einrichtungen²⁹ (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung). Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, ist eine deutliche Mehrheit der Beschäftigten weiblich (85,3%) und teilzeitbeschäftigt (65,4%). Sowohl der Frauenanteil (86,9% zu 84,9%) als auch die Teilzeit- (69,4% zu 63,3%) und die Fachkräftequote (47,3% zu 30,7%) sind im ambulanten Bereich höher.³⁰ Die Gesamtzahl der

28 Für die Zeit vor 1999 liegen keine vergleichbaren Zahlen vor.

29 Um die Daten handhabbar zu belassen, werden die nach SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheime im Folgenden in ihrer Gesamtheit behandelt. Der Vollständigkeit halber aber sei erwähnt, dass laut Pflegestatistik nicht alle, aber die deutliche Mehrheit (94%) der Einrichtungen vorwiegend der Versorgung älterer Menschen dienen, während sich 2% der Einrichtungen um behinderte Menschen, 2% um die gerontopsychiatrische Behandlung und 2% um sterbende und schwerkranke PatientInnen kümmern (Statistisches Bundesamt 2017: 18). In rund 82% der Einrichtungen stand die vollstationäre Dauerpflege im Vordergrund (ebd.: 21).

30 Wie der Vergleich mit anderen Branchen des Gesundheitswesens zeigt, sind der niedrige Fachkräfteanteil und die hohe Teilzeitquote Spezifika des Altenpflegebereichs (Conrads et al.

Beschäftigten beinhaltet sowohl Pflegekräfte im engeren Sinne als auch Beschäftigte, die im Bereich der Altenpflege, jedoch nicht im engeren Sinne in der Pflege tätig sind. Zu differenzieren ist somit zwischen primärer Pflege, bei der körpernahe Tätigkeiten für den Pflegebedürftigen ausgeübt werden, und sekundärer Pflege, die körperferne Dienstleistungstätigkeiten umfasst (Voges 2002: 23).

Tabelle 2: Überblick über die Arbeitsmarktdaten

	Ambulant [davon im Pflegebereich]	Stationär [davon im Pflegebereich]	Insgesamt [davon im Pflegebereich]
Beschäftigte	355.613 [219.401]	730.145 [450.794]	1.085.758 [670.195]
Fachkräfteanteil	157.905 (47,3 %) [125.590 (57,2 %)]	216.515 (30,7 %) [204.901 (45,5 %)]	374.420 (36,2 %) [330.491 (49,3 %)]
Vollzeitbeschäftigte	96.701 (27,2 %)	209.881 (28,7 %)	306.582 (28,2 %)
Teilzeitbeschäftigte	246.710 (69,4 %)	462.038 (63,3 %)	708.748 (65,3 %)
– davon geringfügig	68.727 (19,3 %)	61.821 (8,5 %)	130.548 (12,0 %)
Anteil Frauen	86,9 %	84,9 %	85,3 %

Quelle: eigene Darstellung anhand Statistisches Bundesamt 2017; eigene Berechnung.

Die Heterogenität der in stationären Pflegeeinrichtungen vertretenen Berufsgruppen und deren Entwicklung zwischen 1999 und 2015 wird in Tabelle 3 deutlich. Neben den Fachkräften, die über eine Ausbildung als Altenpflege-, Krankenpflege- oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft verfügen sowie HelferInnen sind vor allem Berufsgruppen wie Ergo- und PhysiotherapeutInnen und sonstige Pflegekräfte regelmäßig, wenn auch zumeist nur für einen kurzen Zeitraum, in den stationären Einrichtungen tätig. Hinzu kommt ein großer Anteil Beschäftigter im hauswirtschaftlichen sowie technischen Bereich. Darüber hinaus wird die deutliche Zunahme in den unterschiedlichen, zugrundeliegenden Berufen zwischen 1999 und 2015 ersichtlich. Einer allgemeinen Expansion des Personals steht jedoch die deutliche prozentuale Abnahme von Beschäftigten, die als „KrankenpflegehelferIn“ (–22,1 %) und „Ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung“ (20,3 %).

2015: 22). Der hohe Frauenanteil liegt hingegen auch in anderen Bereichen des Gesundheitssektors vor (ebd.).

Tabelle 3: Berufsgruppen in der stationären Altenpflege

Berufsabschluss	1999	2015	Veränderung zwischen erstem und letztem Erhebungs- zeitpunkt
Staatlich anerkannte/r AltenpflegerIn	83.705	168.131	+100,9
Staatlich anerkannte/r AltenpflegehelferIn	12.755	46.422	+264,0
Gesundheits- und KrankenpflegerIn	47.300	52.570	+11,1
KrankenpflegehelferIn	21.027	16.581	-21,1
Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	2.881	3.503	+21,6
HeilerziehungspflegerIn; HeilerzieherIn	1.558	2.778	+78,3
HeilerziehungspflegehelferIn	421	441	+4,8
Heilpädagogin, Heilpädagoge	323	316	-2,2
ErgotherapeutIn	2.733	7.460	+173,0
PhysiotherapeutIn (KrankengymnastIn)		985	-
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	3.083	3.948	+28,1
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	5.349	7.108	+32,9
FamilienpflegerIn mit staatlichem Abschluss	991	1.106	+11,6
DorfhelferIn mit staatlichem Abschluss	128	109	-14,8
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	808	3.074	+280,4
Sonstiger pflegerischer Beruf	23.142	64.563	+179,0
FachhauswirtschaftlerIn für ältere Menschen	1.521	2.049	+34,7
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	19.538	34.484	+76,5
Sonstiger Berufsabschluss	107.528	178.838	+66,3
Ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	106.149	84.555	-20,3
Ohne Berufsabschluss	-	84.555	-
Auszubildende, Auszubildende/(Um-)SchülerIn	-	51.124	-
Insgesamt	440.940	730.145	+65,6

Quelle: eigene Darstellung anhand Statistisches Bundesamt 2001, 2017.

2.2.5 Qualifikationen der Beschäftigten

Von den Beschäftigten, die Ende des Jahres 2015 in erster Linie in der Pflege arbeiteten, verfügten 49,3 Prozent über einen Berufsabschluss entweder als AltenpflegerIn (ambulant: 22,0 % bzw. stationär: 34,2 %) , Gesundheits- und KrankenpflegerIn (ambulant: 23,1 % bzw. stationär: 10,2 %) (16,7 %) oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn (ambulant: 2,3 % bzw. stationär: 0,6 %) (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung).³¹ Der Fachkräfteanteil lag bereits bei der ersten Erhebung der Pflegestatistik Ende des Jahres 1999 bei rund 49,3 Prozent und blieb seitdem konstant etwa auf diesem Niveau (Statistisches Bundesamt 2001: 12 ff.).

Bei ambulanten Diensten lag der Anteil dieser Fachkräfte für den Grundpflegebereich bei 57,2 Prozent, wobei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit 28,2 Prozent einen größeren Anteil ausmachten als Alten- (26,4 %) oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen (2,6 %) (Statistisches Bundesamt 2015: 15). Das IAW ermittelte in einer eigenen Datenerhebung aus den Jahren 2010 und 2011 einen ähnlichen Fachkräfteanteil im ambulanten Pflegebereich von 57 Prozent. Die Pflegehilfskräfte kamen in dieser Studie auf 21 Prozent (IAW 2011: 79).³² Gegenüber den Daten von 1999 ist damit im ambulanten

31 Als Fachkräfte werden in dieser Studie gemäß § 71 Absatz 3 SGB XI Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als AltenpflegerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerIn oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn bezeichnet. Die zusätzliche Anforderung einer „Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre“ (§ 71 Absatz 3 SGB XI) kann auf Basis der Pflegestatistik nicht nachvollzogen werden und wird daher nicht berücksichtigt. Da die Fluktuation und die Zahl der Berufswechsel auch unter ausgebildeten Pflegekräften relativ hoch ist, kann die tatsächliche Fachkräftequote daher noch unter den hier angegebenen Werten liegen. Zudem wurden HeilerziehungspflegerInnen und HeilerzieherInnen, die im ambulanten Bereich als Pflegefachkräfte anzusehen sind (§ 71 Absatz 3 SGB XI), aufgrund der geringen Anzahl (992 ausschließlich in der ambulanten Grundpflege; Stand: 2013) aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit der Daten im ambulanten und stationären Bereich außen vor gelassen.

32 Pflegehilfskräfte wie insbesondere AltenpflegehelferInnen und KrankenpflegehelferInnen zählen nicht zu den Fachkräften (§ 6 HeimPersV). Sie haben landesrechtlich geregelte Ausbildungen absolviert, die in der Regel etwa ein Jahr dauern. Eine allgemein gültige Definition, welche Berufsabschlüsse gemäß § 6 HeimPersV zur Pflegefachkraft qualifizieren, existiert nicht. Häufig wird auf die Ausbildungskriterien der Krankenpflege zurückgegriffen. Die Abgrenzungen und Methoden zur Berechnung der Fachkraftquote auf Länderebene unterscheiden sich daher je nach Heimaufsichtsbehörde (BMFSFJ 2006: 81). Im Bericht

Bereich der Fachkräfteanteil gesunken (1999: 60 %), während sich gleichzeitig die Relation zwischen Alten- (1999: 18,8 %) und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (1999: 38,4 %) verschoben hat (Statistisches Bundesamt 2001: 12).

Im stationären Segment betrug der Fachkräfteanteil im Bereich Pflege und Betreuung im Jahr 2013 laut Pflegestatistik 45,5 Prozent, wobei Altenpflegefachkräfte mit 33,7 Prozent den größten Anteil ausmachten, gefolgt von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit 11,1 Prozent und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen mit 0,7 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015: 15 ff.). Die Studie des IAW zeigt hier einen geringeren Fachkräfteanteil von lediglich 39 Prozent, wobei Pflegehilfskräfte 31 Prozent der Beschäftigten in der stationären Pflege ausmachten (IAW 2011: 79).³³ Im Vergleich zum Jahr 1999 erhöhte sich der Fachkräfteanteil damit leicht (1999: 44,8 %), wobei wiederum vor allem der Anteil der Altenpflegefachkräfte anstieg (1999: 28,3 %) (Statistisches Bundesamt 2001: 18).

Conrads et al. (2015: 22) vergleichen in ihrer Branchenanalyse des Gesundheits- und Sozialwesens den Fachkräfteanteil verschiedener Branchen und zeigen dabei auf, dass dieser im gesamten Gesundheitswesen mit 63,8 Prozent deutlich über dem Wert in Pflegeheimen (47,6 %) liegt. Den Anteil von Hilfskräften weisen die AutorInnen für den Pflegebereich mit 34,1 Prozent, für das gesamte Gesundheitswesen hingegen nur mit 7 Prozent aus (ebd.: 22). Das IAB kommt auf einen Hilfskräfteanteil von 45,2 Prozent für den Bereich der Altenpflege und lediglich 10,7 Prozent für den gesamten Gesundheitsbereich (IAB 2015: 7). Dies verdeutlicht die Sonderstellung der Altenpflege hinsichtlich der Qualifikationsunterschiede der Beschäftigten auch gegenüber verwandten Branchen.

des BMFSFJ aus dem Jahr 2006 zeigt sich, dass auf Länderebene die „Fachkraftquoten in der Regel erfüllt sind. Allerdings wird auch deutlich, dass es einen nicht unerheblichen Anteil von Heimen gibt, in denen die (...) Fachkraftquoten leicht unterschritten werden“ (ebd.: 83 f.).

- 33 Die verbleibenden ArbeitnehmerInnen im Altenpflegebereich werden in der Studie des IAW als Hauswirtschaftskräfte aufgeführt und umfassen im ambulanten Bereich 22 % und im stationären Bereich 30 % der MitarbeiterInnen (IAW 2011: 79).

2.2.6 *Fachkräftemangel, kein Personalmangel*

Die Bedeutung der Qualifikation für die Chancen auf dem Arbeitsmarkt der Altenpflege verdeutlichen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit. Deren Arbeitsmarktberichterstattung richtet den Blick, anders als die Pflegestatistik, nicht auf einen Tätigkeitsbereich, sondern auf Berufsgruppen. Das Arbeitsmarktsegment der Altenpflege umfasste dabei im Jahr 2013 nach Zahlen des Mikrozensus etwa 586.000 Altenpflegekräfte, also Altenpflegehilfs- und -fachkräfte (BA 2015: 5). Die Hilfskräfte stellten im Juni 2014 44 Prozent, die Fachkräfte mit zwei- bis dreijähriger Ausbildung 56 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in dieser Berufsgruppe (ebd.). Die Bundesagentur stellt auch Zahlen zum Personalangebot und zur Nachfrage nach MitarbeiterInnen zur Verfügung und konstatiert über alle Bundesländer hinweg eine „deutliche Fachkräftemangelsituation“ (ebd.: 8), wohingegen sich bei den AltenpflegehelferInnen „kein Engpass“ (ebd.) zeige. Während 2014 auf 100 gemeldete Stellen für Altenpflegefachkräfte durchschnittlich lediglich 39 arbeitssuchende Altenpflegefachkräfte kamen, kommen auf 100 gemeldete Stellen rund 715 Arbeitslose (ebd.).

Die Befragung von Pflegeeinrichtungen durch das IAW zeigt die Ursachen für die Probleme bei der Stellenbesetzung auf. Als Gründe für die Ablehnung von Bewerbungen gaben die Einrichtungen zu 39,1 Prozent die unzureichende zeitliche Flexibilität sowie zu 36 Prozent die mangelnde Qualifikation der BewerberInnen an, wobei der letztgenannte Grund vor allem in den neuen Bundesländern angeführt wird (IAW 2011: 86).³⁴

Es lässt sich somit konstatieren, dass der allseits beschworene Personal-mangel in der Pflege in erster Linie die Fachkräfte betrifft, während es im HelferInnenbereich ein hohes Arbeitskräfteangebot gibt. Angesichts der ausgeprägten Teilzeitquote in der Branche argumentiert bspw. Simon (2012b: 14), es mangle weniger an Köpfen als vielmehr an attraktiven (Vollzeit-)Arbeitsplätzen (ebd.).

34 Eine Ursache für diese Differenz zwischen den alten und neuen Bundesländern dürfte darin liegen, dass die kirchenspezifischen Abschlüsse und Kurzausbildungen in der Wendezeit nicht anerkannt wurden.

Zu den gängigen Handlungsempfehlungen angesichts des Fachkräftemangels gehört deshalb auch, das Arbeitsvolumen der Teilzeitbeschäftigten und damit die vorhandenen Vollzeitäquivalente zu erhöhen (BMW 2012: 15; BA 2011: 33). Im Zusammenhang mit der Thematik des Fachkräftemangels stellt sich somit die Frage nach den Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege, die im Folgenden betrachtet werden.

2.2.7 Arbeitsverhältnisse

Bezüglich des Arbeitszeitumfangs weist die Pflegestatistik für die ambulante einen Teilzeitanteil von rund 67,0 Prozent in der ambulanten und 63,0 Prozent in der stationären Altenpflege Tätigen aus (Statistisches Bundesamt 2017:10, 19). Dementgegen sind 27,2 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten und 28,7 Prozent in stationären Einrichtungen vollzeitbeschäftigt (ebd.). Noch Ende 1999 lag die Quote der Teilzeitbeschäftigten lediglich bei 50,5 Prozent, wobei sie insbesondere im stationären Bereich mit 45 Prozent deutlich niedriger war als Ende des Jahres 2015 (Statistisches Bundesamt 2001: 11 ff.). Betrachtet man die aktuellen Zahlen der Pflegestatistik, wird deutlich, dass der Beschäftigungszuwachs im Altenpflegebereich vor allem durch die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung erreicht wurde. Dabei zeigt sich, dass sich die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten zwischen 1999 und 2015 um 392.802, die der Vollzeitbeschäftigten jedoch lediglich um 38.124 erhöht hat, während der gesamte Beschäftigtenanstieg bei 461.036 lag (Statistisches Bundesamt 2017; 2001, eigene Berechnung). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen ist mit 52 Prozent nahezu doppelt so hoch wie der Anteil unter den restlichen Beschäftigten des Gesundheitswesens (Simon 2012b: 14). Ähnliches ergibt eine Studie des IAB, in der die Teilzeitquote in der Altenpflege deutlich höher ausfällt als in der Krankenpflege (IAB 2015: 23). Die Daten des Mikrozensus zwischen 1995 und 2010 zeigen jedoch, dass sich Teilzeitbeschäftigungen über 15 Wochenarbeitsstunden zwischen 1995 bis 2010 von 29,5 auf 44,6 Prozent erhöht haben, während die „kleine Teilzeit“ unter 15 Stunden in diesem Zeitraum lediglich von 7,2 auf 8,5 Prozent angestiegen ist.

Als Ursache für die Erhöhung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten (vgl. auch OECD 2011: 161 ff.) werden in der Literatur insbesondere zwei Veränderungstendenzen angeführt:

„Zum einen haben Einrichtungen in den letzten Jahren zunehmend mehr Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umgewandelt, um mehr Flexibilität in der Personaleinsatzplanung zu erreichen. Zum anderen führt die aufgrund chronischer Unterbesetzung steigende Arbeitsbelastung dazu, dass zunehmend mehr Pflegekräfte aus gesundheitlichen Gründen ihre Arbeitszeit reduzieren“ (Simon 2012b: 14).

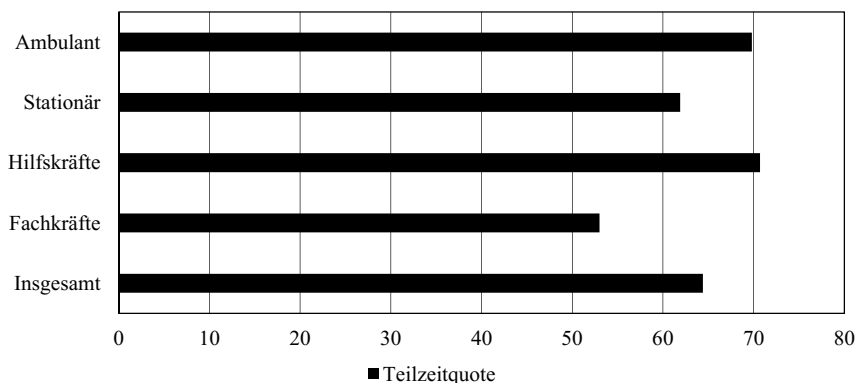
Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 66) stellen fest, dass in allen Bundesländern marginale Teilzeit vor allem die weniger qualifizierten Pflegekräfte im ambulanten Bereich betrifft. Hinsichtlich der Arbeitsverhältnisse stellen für die AltenpflegerInnen in Deutschland somit vor allem „die marginalen Teilzeitarbeitsverhältnisse, die quer über den Berufsverlauf hinweg in allen Altersgruppen auftreten und besonders häufig von Pflegekräften ohne Fachqualifikation im ambulanten Sektor ausgeführt werden“ (ebd.: 67), ein Spezifikum dar. Engelen-Kefer (2012: 68 f.) zeigt auf, dass sich zudem die Beweggründe für Teilzeit in der Bundesrepublik regional unterscheiden: „Während als Gründe für die Teilzeit- und geringfügige Beschäftigung von Frauen im Osten vor allem die mangelnde Verfügbarkeit von Vollzeitstellen genannt wurden (46,2 %), dominieren im Westen persönliche und familiäre Verpflichtungen (69 %)“.

Auch eine neuere Studie des IAB zeigt deutliche geografische und qualifikationsbedingte Differenzen in der Teilzeitquote auf. So weist die Untersuchung für Ende 2013 eine Teilzeitquote von 53 Prozent bei Altenpflegefach- sowie von 70,7 Prozent bei Altenpflegehilfskräften aus (IAB 2015: 8).³⁵ In den neuen Bundesländern lag sie mit 58,8 Prozent bei den Fachkräften und 76 Prozent bei den Hilfskräften deutlich über dem westlichen Niveau (51,2 % bzw. 68,9 %) (ebd.). Als Ursache für eine Teilzeittätigkeit geben Beschäftigte in den neuen Bundesländern sowohl unter Fach- (46 %) als auch unter Hilfskräften (55 %) deutlich häufiger an, keine Vollzeitstelle zu finden, während in den alten Bundesländern

35 Über alle Branchen hinweg liegt die Teilzeitquote demgegenüber lediglich bei 27,6 % unter Fachkräften und 41,1 % unter Hilfskräften (IAB 2015: 8).

familiäre und persönliche Gründe wie etwa das Fehlen ausreichender Kinderbetreuungsangebote überwiegen (ebd.: 10).

Abbildung 3: Teilzeitquoten in der Altenpflege



Quellen: eigene Darstellung anhand Statistisches Bundesamt 2013; IAB 2015: 8.

Das IAW hat den Beschäftigungsumfang nach Einrichtungsträgern sowie entlang der Ost-West-Dimension untersucht. Dabei zeigt sich, dass

„insbesondere bei freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Einrichtungen der Anteil der Teilzeitbeschäftigten wesentlich größer ist als bei den privaten Trägern. (...) In ostdeutschen freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Einrichtungen sind fast dreiviertel der Beschäftigten Teilzeitkräfte (72 %). Bei privater Trägerschaft liegt der Anteil nur bei 40 %“ (IAW 2011: 77, für Westdeutschland sind es 56 % bzw. 48 %).

Daten für die Befristung von Beschäftigungsverhältnissen bietet das Projekt LohnSpiegel des WSI. Dieses differenziert allerdings wiederum nach Berufsgruppen und nicht nach Tätigkeitsbereichen. Hier werden deshalb nur die Zahlen für die Altenpflegekräfte genannt. Ihnen zufolge liegt der Anteil der befristet Beschäftigten unter den AltenpflegehelferInnen bei 32 Prozent sowie bei den AltenpflegerInnen bei 23,4 Prozent und damit deutlich höher als bei den Pflegeberufen im Allgemeinen (18,7%) (Bispinck et al. 2013: 20). Die Studie von Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 64) weist hingegen befristeten Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege bislang eine nur geringe Bedeutung zu, wobei lediglich im stationären Sektor eine erhöhte Anzahl von 17,9 Prozent der Befragten zum Zeitpunkt ihrer Studie befristet angestellt war. In der Beschäftigtenbe-

fragung gaben 15,4 Prozent der Befragten ein befristetes Anstellungsverhältnis an.

Der LohnSpiegel erfasst auch die vertragliche und tatsächlich geleistete Arbeitszeit, die sich hier jedoch auf alle pflegerischen Berufsgruppen im gesamten Gesundheitswesen bezieht:

„Die durchschnittliche vertragliche Arbeitszeit in den betrachteten Pflegeberufen liegt bei 34,2 Wochenstunden (...). Rund 53 % der befragten Beschäftigten in Pflegeberufen arbeiten im Allgemeinen mehr als vertraglich vereinbart (...) 86 % davon bekommen die Überstunden bezahlt – die Mehrzahl mit einem Freizeitausgleich. (...) Bei rund 14 % der Befragten werden die Überstunden nicht vergütet“ (Bispinck et al. 2013: 22).

AltenpflegerInnen und -helferInnen gaben dabei zu 55 bzw. 56 Prozent an, mehr als vertraglich vereinbart zu arbeiten (ebd.).

Beher und Fuchs-Rechlin (2013: 59) charakterisieren die Beschäftigungsbedingungen auf der Basis von Daten aus dem Mikrozensus 2009. Sie zeigen auf, dass atypische Beschäftigung in sozialen Berufsfeldern weiter verbreitet ist als in anderen Bereichen. In der Altenpflege ordnen die Autorinnen 35 Prozent der ArbeitnehmerInnen in die Kategorie atypisch Beschäftigter ein, wobei vor allem die Kennzeichen der befristeten Arbeitsverhältnisse (14,3 %), der Teilzeittätigkeit unter 21 Wochenarbeitsstunden (22,5 %) und der geringfügigen Beschäftigung (8,8 %) sowie der Zeitarbeit (0,3 %) vertreten sind. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass die Zeit- und Leiharbeit in der Pflege noch kein verbreitetes (Conrads et al. 2015: 27), aber ein an Relevanz gewinnendes Phänomen ist (Bräutigam et al. 2010; Öchsner 2012).³⁶ Beher und Fuchs-Rechlin (2013: 61) haben zudem das Ausmaß an Prekarität³⁷ für soziale Berufe analysiert. Für die Altenpflege kommen sie auf einen Anteil von 22 Prozent der Beschäftigten, die

36 Insgesamt ist der Umfang der Leiharbeit in der Altenpflege jedoch schwer zu bestimmen, was nicht zuletzt mit den häufig nur wenige Tage umfassenden Zeitarbeitseinsätzen (Springerdienst) zusammenhängt.

37 Unter prekär verstehen die Autorinnen ein Beschäftigungsverhältnis, wenn es „(a) aufgrund von Befristung nicht auf Dauer und Kontinuität angelegt ist und damit prinzipiell zu ‚Brüchen‘ in der Erwerbsbiographie führen kann, (b) nur eine geringe Integration in die sozialen Sicherungssysteme aufweist oder (c) kein existenzsicherndes Einkommen ermöglicht (...) Trifft keines der Merkmale zu, wird die Beschäftigung als ‚nicht prekär‘ eingestuft. Trifft ein Merkmal zu, gilt sie als ‚gering prekär‘, treffen zwei beziehungsweise drei Merkmale zu, wird sie als ‚hoch prekär‘ eingestuft“ (Beher/Fuchs-Rechlin 2013: 60).

in prekären Arbeitsverhältnissen tätig sind, der über dem Durchschnitt nichtsozialer Berufsfelder (16,5 %) liegt.

Oschmiansky (2010: 43) beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern sich die Erwerbsformen von Frauen in der Altenpflege seit Einführung der Pflegeversicherung gewandelt haben. Ihre Analyse zeigt, dass die Zahl der Vollzeitarbeitsverhältnisse hier – anders als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – bis 2003 anstieg, seitdem aber deutlich rückläufig ist. Demgegenüber wurden befristete Arbeitsverhältnisse und Beschäftigungen in Teilzeit über 15 Wochenstunden ausgeweitet. Die Autorin stellt außerdem fest, dass Frauen auch in der Altenpflege stärker als Männer von den sich ausbreitenden atypischen Erwerbsformen betroffen sind (ebd.). Im Zeitraum vor Einführung der Pflegeversicherung wurde der Pflegearbeitsmarkt zwar nicht so differenziert erfasst wie heute, doch wirft Oschmiansky dennoch einen Blick auf eine ältere Erhebung: 1987 habe die Quote der vollzeitbeschäftigten AltenpflegerInnen 76 Prozent betragen. Der von Oschmiansky (2010: 44) für 2007 errechnete Vergleichswert liegt bei 29 Prozent.³⁸

Zusammenfassend lässt sich zu den Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege festhalten: Die Mehrheit der Beschäftigten in diesem Pflegebereich hatte wohl nie ein sogenanntes Normalarbeitsverhältnis (NAV). Diese weiblich konnotierte Interaktionsarbeit zeichnete sich immer durch besondere Beziehungen zu den zu pflegenden Personen sowie zum Beruf selbst aus. Sie war insofern, nimmt man das männliche Vollerwerbsmodell als Vergleichsfolie zur Hand, immer in gewisser Weise entstandardisiert, was die Ausbildung, die Arbeitszeiten und die weiteren Arbeitsbedingungen sowie die Beziehung zum Gegenstand der Tätigkeit selbst angeht. Offenbar hat sie sich in den letzten beiden Jahrzehnten im Nachgang zur Pflegereform und zu einer stärkeren Vermarktlichung des Gesundheits- und Pflegebereiches weiter von diesem Standard entfernt und zeichnet sich als heterogener und prekärer „Frauenarbeitsmarkt“ aus.

38 Oschmiansky (2010: 44) schränkt ein: „Obgleich diese Daten mit dem Mikrozensus aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden und –zeitpunkte nur mit großer Vorsicht zu vergleichen sind, deutet doch die Gegenüberstellung (...) an, dass der Bedeutungsverlust der Vollzeitbeschäftigung bei den Altenpflegerinnen größer ist [als im allgemeinen Arbeitsmarkt]“.

2.2.8 Entlohnung

In der öffentlichen Wahrnehmung ist die geringe Entlohnung *das* zentrale Problem, das die Altenpflege zu einem unattraktiven Arbeitsmarkt macht. Allerdings gibt es kaum aussagekräftige Daten über die Höhe der Entlohnung von Beschäftigten in der Altenpflege. Seit 2010 existiert in der Altenpflege ein eigener Mindestlohn. Ab Juli 2013 betrug er in den alten Bundesländern 9 Euro und in den neuen 8 Euro; er gehörte damit zu den niedrigsten Branchenmindestlöhnen. Im September 2014 einigte sich die Pflegekommission auf einen Mindestlohn von 9,40 Euro (West) bzw. 8,65 Euro (Ost), der ab Januar 2015 galt. Bis zum Jahr 2017 sollte dieser weiter auf 10,20 Euro (West) bzw. 9,50 Euro (Ost) steigen (BMAS 2015: 4). Fachkräfte erhalten aber in der Regel eine höhere Entlohnung. Im TVöD B (Pflege- und Betreuungseinrichtungen) beträgt das monatliche Bruttogehalt für eine Fachkraft 2.162 bis 2.940 Euro (nach 15 Berufsjahren). Die Zeiten, in denen der TVöD als verbindlicher Richtwert für die Gehälter in definierten Tarifgebieten verstanden werden konnte, sind allerdings vorbei. Zudem ist zu bedenken, dass das betreffende Gehalt sich auf eine Vollzeittätigkeit bezieht, die, wie wir bereits gesehen haben, lediglich von einer Minderheit der Beschäftigten ausgeübt wird.

Nach dem Projekt LohnSpiegel des WSI zu urteilen, verdienen AltenpflegerInnen umgerechnet auf eine Vollzeittätigkeit mit 2.188 und AltenpflegehelferInnen mit 1.887 Euro brutto im Monat weniger als der Durchschnitt der Pflegeberufe insgesamt (2.412 Euro) (Bispinck et al. 2013: 6). Die Daten des LohnSpiegels zeigen auch, dass das Einkommen mit der Betriebsgröße steigt (ebd.: 10). Außerdem verdienen Erwerbstätige im Pflegebereich in Ostdeutschland durchschnittlich rund 19 Prozent weniger als ihre KollegInnen in Westdeutschland und Frauen etwa 12 Prozent weniger als Männer (ebd.: 14f.). Da in der Altenpflege nicht nur Beschäftigte mit den oben genannten Qualifikationen arbeiten, ist es hilfreich, dass der LohnSpiegel nicht nur nach Berufen, sondern auch nach Tätigkeitsbereichen differenziert. So zeigt sich, dass die Bereiche „Heime“ und „Sonstiges Sozialwesen“, worunter auch ambulante

Dienste fallen, ebenfalls unter dem Durchschnitt aller Verdienstgruppen liegen (ebd.: 9).³⁹

Eine vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Karl-Josef Laumann (CDU), in Auftrag gegebene Studie des IAB gibt die Bruttoentlohnung einer Altenpflegefachkraft in Vollzeit mit durchschnittlich 2.441 Euro sowie die einer Altenpflegehilfskraft mit 1.741 Euro an (IAB 2015: 15). Einerseits liegen sie damit deutlich unter den Vergleichswerten für Krankenpflegefach- (3.042 Euro) sowie -hilfskräfte (2.346 Euro) (ebd.). Andererseits zeigen sich auch hier deutliche Differenzen zwischen den neuen und den alten Bundesländern. Fachkräfte in der Altenpflege erhalten in Ostdeutschland zwischen 1.743 Euro in Sachsen-Anhalt und 1.994 Euro in Brandenburg (bzw. 2.271 Euro in Berlin) und in Westdeutschland zwischen 2.209 Euro in Niedersachsen und 2.725 Euro in Baden-Württemberg (ebd.). Der Lohnabstand zwischen Männern und Frauen lag laut dieser Studie bundesweit unter den Altenpflegefachkräften bei 4,5 Prozent sowie unter den -hilfskräften bei 3,6 Prozent und damit unter dem Lohnabstand in der Krankenpflege (ebd.: 19).

Tabelle 4: Durchschnittliche Bruttoentlohnung einer Vollzeittätigkeit in der Altenpflege

	WSI-LohnSpiegel 2013	IAB-Studie 2015
Altenpflegefachkräfte	2.188 Euro	2.441 Euro
Altenpflegehilfskräfte	1.887 Euro	1.741 Euro

Quellen: eigene Darstellung anhand Bispinck et al 2013; IAB 2015.

Die Beschäftigten in Pflegeberufen, die in tarifgebundenen Betrieben arbeiten, verdienen laut Lohnspiegel deutlich mehr als ihre KollegInnen ohne Tarifbindung (Bispinck et al. 2013: 17). Zu diesem Ergebnis kommen auch Conrads et al. (2015: 72) für das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen. Laut IAW hängt es insbesondere vom Träger des Pflegedienstes ab, ob eine Tarifbindung besteht

39 Zuverlässigere Daten über die in der Altenpflege gezahlten Löhne sind leider nicht verfügbar (vgl. auch IAW 2011: 16ff.). Dies wird sich voraussichtlich ändern, wenn die neuen Regelungen für die Verdienststrukturerhebung (VSE) des Statistischen Bundesamtes umgesetzt werden. Bisher werden dort Betriebe mit weniger als 10 Beschäftigten nicht erfasst. Die Daten für die Erhebung von 2014 lagen 2016 noch nicht vor.

oder nicht. „Während 80,6 % der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Träger tarifgebunden sind, trifft dies lediglich auf 15,7 % der privaten Träger zu“ (IAW 2011: 94). Das Projekt LohnSpiegel stellt für die Bereiche „Heime“ und „Sonstiges Sozialwesen“ eine Tarifbindung von 44 bzw. 39 Prozent fest (Bispinck et al. 2013: 16). Daraus lässt sich schließen, dass im stationären Bereich, in dem die Einrichtungen größer sind und die Träger eher der freigemeinnützigen Trägerschaft angehören, ein höher Grad von Tarifbindung besteht als im ambulanten Bereich mit seinen kleinen Betrieben und der eher privatwirtschaftlich geprägten Trägerstruktur.

Altenpflege als personenbezogene soziale Dienstleistung zeichnet sich dadurch aus, dass sie sehr arbeitsintensiv ist. Das hat zur Folge, dass ein hoher Anteil der Kosten einer Einrichtung für das Personal verwendet wird. Die Löhne der Beschäftigten hängen also eng mit der Refinanzierung der Leistungen durch die Pflegeversicherung zusammen (IAW 2011: 72). Das IAW hat in seiner Evaluation des Mindestlohns in der Pflege nachgerechnet, dass die durchschnittlichen Wachstumsraten der Pflegesätze zwischen 2003 und 2009 insgesamt unterhalb der Inflationsrate gelegen haben, sodass die Realvergütung der Pflegeleistungen gesunken ist (ebd.).⁴⁰ Auch Dingeldey (2013: 8 f.) hat mittels eines Vergleichs der tariflichen Einstiegsvergütungen diverser Branchen gezeigt, dass die Lohnentwicklung in der Altenpflege deutlich langsamer ansteigt. Die Differenzen bei den Tariflöhnen, die sich bei den Reallöhnen noch deutlicher zeigen dürften, hätten sich erst in den letzten 15 Jahren deutlich ausgeweitet. Sie erklärt diese Entwicklung mit der „Sparpolitik im Gesundheitssektor“ (ebd.: 9).

Häufig wird argumentiert, das Einkommen der weiblichen Pflegekräfte stelle meist ohnehin nur einen Zuverdienst zum Einkommen des männlichen „Haupternährers“ dar. Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 65) stellen jedoch fest, dass die Teilzeitbeschäftigten nicht häufiger in einer Partnerschaft leben als die Vollzeitbeschäftigten, und schließen daraus: „Für die ca. 15 % der alleinsten-

40 Die AutorInnen weisen darauf hin, dass die jährlichen Wachstumsraten in den ostdeutschen Bundesländern noch deutlich geringer seien und somit ein „Divergenzprozess bei der Vergütung“ (IAW 2011: 72) festzustellen sei.

henden Pflegekräfte, die einer Teilzeittätigkeit bis zu 20 Wochenarbeitsstunden nachgehen, und den weiteren ca. 36 %, die in eine längere Teilzeittätigkeit eingebunden sind, verweist dies auf ökonomisch schwierige Lebenssituationen“. Engelen-Kefer (2012: 76) berichtet, dass es im Dezember 2009 in der Pflegebranche rund 80.000 Beschäftigte gab, „die ergänzend Hartz IV beziehen mussten, weil sie von ihren Löhnen nicht leben konnten“. Auth (2013: 417) interpretiert in diesem Zusammenhang den Mindestlohn in der Pflege als Mittel gegen die „Abwärtsspirale der Löhne“, das verhindere, „dass die Löhne von Vollzeitbeschäftigten in der Pflegebranche unter das Existenzminimum und damit erkennbar in den Bereich prekärer Beschäftigung rutschen“.

2.2.9 Zur Verweildauer im Beruf

Beobachter stellen jedoch nicht nur eine große Bereitschaft der Beschäftigten fest, den Arbeitsplatz zu wechseln (Neumann/Klewer 2008). Der Fachkräftemangel machte auch auf das Phänomen aufmerksam, dass Pflegekräfte die Branche ganz oder zumindest zeitweise verlassen (Hasselhorn et al. 2005; Simon et al. 2005). Die Berufsverweildauer ist insbesondere deshalb für die Arbeitsmarktsituation der Altenpflege relevant, da mit einer längeren Verweildauer auch eine höhere Berufsbindung einhergeht (Theobald et al. 2013: 96). Studien, die sich mit der Frage beschäftigen, wie lange Altenpflegekräfte in ihrem Beruf arbeiten, haben in den letzten Jahren recht unterschiedliche Forschungsergebnisse hervorgebracht, was nicht zuletzt durch verschiedene methodische Zugänge bedingt ist. Der Großteil der wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema kommt auf eine durchschnittliche Verweildauer von AltenpflegerInnen von etwa fünf bis zehn Jahren (vgl. u. a. Hackmann 2009: 20).

Den Anstoß zu dieser Debatte gab eine prospektive Untersuchung aus dem Jahr 1997, die feststellte, dass 85 Prozent der BerufsanfängerInnen in der Altenpflege ihren Beruf fünf Jahre nach Ausbildungsabschluss wieder verlassen hatten (Becker/Meifort 1997, 1998). Diese Untersuchung bezog jedoch aufgrund des begrenzten Erhebungszeitraums keine Unterbrechungsphasen und erneuten Berufseinstiege ein (IWAK 2009: 25; Hall 2012: 16).

Dies wurde jedoch in neueren, zumeist retrospektiven Studien in stärkerem Maße abgebildet. Hall (2012: 16) wandte sich auf der Basis der Erwerbstätigenbefragung 2012 des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) der Thematik der Pflege als „Ausstiegs- und Sackgassenberuf“ zu. Ihre Studie stellt fest, dass gelernte AltenpflegerInnen zu 62 Prozent und damit deutlich häufiger in ihrem erlernten Beruf arbeiten als Beschäftigte in vergleichbaren Frauenberufen mit mittlerem Qualifikationsniveau (ebd.: 17). Ein vollständiger Wechsel des Berufs traf nur auf 13 Prozent der Altenpflegerinnen zu (ebd.: 18). Als Begründung ergibt die Erwerbstätigenbefragung, dass PflegerInnen zu 87 Prozent in ihrem erlernten Beruf arbeiten und AltenpflegerInnen zudem mit 13 Prozent umfassendere Aufstiegschancen haben als vergleichbare Berufsgruppen (ebd.).

Eine Studie des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) auf Basis der von 1975 bis 2004 reichenden Daten der IAB-Beschäftigtenstichprobe zeigt auf, dass mit zunehmender Dauer des Berufslebens sowohl Zeiten der Beschäftigung als auch die der Unterbrechungen im Beruf ansteigen und Letztere somit in besonderem Maße die Berufsverläufe von AltenpflegerInnen prägen (IWAK 2009: 26 f.). Bei den älteren Kohorten mit einer Berufsverlaufsdauer von über zehn Jahren summieren sich die Unterbrechungszeiten auf 43 Prozent (ebd.). Hinsichtlich der Verweildauer, die auch die BerufsrückkehrerInnen erfasst, ergibt die Studie, dass nach fünf Jahren noch 77, nach zehn Jahren noch 64 und nach 15 Jahren noch 63 Prozent der AltenpflegerInnen in ihrem Beruf tätig sind (ebd.: 28). In den ersten fünf Jahren nach dem Ende der Ausbildung verlassen jedoch immerhin 23 Prozent der AltenpflegerInnen den Beruf (ebd.). AltenpflegerInnen wechseln somit in der Frühphase ihrer Berufstätigkeit am häufigsten den Beruf, steigen später aber mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder in die Altenpflege ein. Darüber hinaus zeigen die Daten des IWAK, dass sich die Anteile an Zeiten der Beschäftigung und Unterbrechung in der Altenpflege kaum zwischen Männern und Frauen unterscheiden (ebd.: 35).

Auf eine wichtige Differenzierung hat eine Auswertung der IAB-Beschäftigtenstichprobe durch Hackmann (2009: 19) aufmerksam gemacht.

Demnach ergeben die Daten im Querschnitt aller Beschäftigten eine Verweildauer von 8,4 Jahren, die jedoch unter ausgebildeten Altenpflegefachkräften mit 12,7 Jahren deutlich länger ist als unter Hilfskräften (7,9 Jahre). Die Verweildauer von AltenpflegerInnen zeigt sich als gering beispielsweise im Vergleich zu Krankenpflegefachkräften, für die Hackmann eine durchschnittliche Verweildauer von 13,7 Jahren ermittelt (ebd.: 21). Behrens, Horbach und Müller (2008: 7) zeigen in diesem Zusammenhang, dass nach zehn Jahren Berufstätigkeit noch rund 70 Prozent aller KrankenpflegerInnen, jedoch nur 46 Prozent der AltenpflegerInnen im erlernten Beruf tätig sind.⁴¹ Darüber hinaus betrachten die AutorInnen die Verweildauer anderer Berufe und zeigen, dass WerkzeugmacherInnen (63 %), SprechstundenhelferInnen (65 %) und Bürofachkräfte (52 %) nach zehn Jahren Berufstätigkeit eine höhere, VerkäuferInnen, MalerInnen und HilfsarbeiterInnen eine jeweils niedrigere Verweildauer als Altenpflegekräfte aufweisen (ebd.: 33 f.).

Einen Einfluss der Qualifikation auf die Verweildauer ermitteln auch Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 97 f.), wobei sie bei Pflegefachkräften eine deutlich längere Verweildauer feststellen als bei geringer qualifizierten Pflegekräften. Die deutlich geringere Berufsverweildauer von Pflegehilfskräften und Angelernten im Vergleich zu Fachkräften lässt sich auf den späteren Berufseinstieg sowie wiederum auf häufigere Unterbrechungszeiten zurückführen (ebd.: 96). Mehr als ein Drittel der in dieser Studie befragten Pflegekräfte gab zudem an, sich in den letzten Jahren häufiger Gedanken über einen Ausstieg gemacht zu haben. Die Autorinnen untersuchen die Verweildauer und die Unterbrechungszeiten dabei in direktem Zusammenhang mit den jeweiligen Arbeitsbedingungen und der beruflichen Beanspruchung der Beschäftigtengruppen, die sich unter Fachkräften etwa aufgrund der umfassenderen beruflichen Ressourcen sowie durch die geringere Teilzeitquote deutlich günstiger gestalten (ebd.: 137 f.).

41 Die 46 % beziehen sich auf AltenpflegerInnen in allen Bundesländern außer Rheinland-Pfalz. Dort waren zehn Jahre nach dem Berufseinstieg noch 52 % der AltenpflegerInnen in ihrem Beruf tätig (Behrens et al. 2008: 7).

Charakteristisch für die Altenpflege ist somit in retrospektiver Perspektive eine etwa im Vergleich zu KrankenpflegerInnen (ebd.: 95) relativ kurze Verweildauer im Beruf, die jedoch in erster Linie auf häufige Zeiten der Unterbrechung insbesondere bei geringer qualifizierten Pflegekräften zurückzuführen ist, an die sich oft ein späterer Wiedereinstieg in den Beruf anschließt. Daher bedingt der hohe Anteil von Hilfskräften und Angelernten in der Altenpflege die durchschnittliche geringe Verweildauer. Während sich in der hohen Quote des Wiedereinstiegs in die Altenpflegebranche möglicherweise bereits der Fachkräftemangel abzeichnet, wird der Umfang zwischenzeitlicher Unterbrechungen neben Familienphasen vor allem auf die hohe Arbeitsbelastung und entsprechend auftretende Krankheiten und Fälle eines Burnouts zurückgeführt (IWAK 2009: 41 ff.). Daher sollen im Folgenden die gesundheitlichen Bedingungen des Altenpflegeberufs betrachtet werden.

2.2.10 Belastungen und Ressourcen in der Arbeit

Ein Grund für einen temporären Berufsausstieg können vor dem Hintergrund der aufgezeigten belastenden Arbeitsbedingungen gesundheitliche Beeinträchtigungen sein. Verschiedene Zahlen weisen darauf hin, dass die Arbeit in der Altenpflege die Gesundheit stärker beeinträchtigt als andere Tätigkeiten. Laut einer Erhebung der AOK ist der Krankenstand in der stationären Altenpflege mit 6,3 Prozent höher als der allgemeine Krankenstand von 4,8 Prozent (Pflege insgesamt: 6,2 %) (Meyer 2011: 10). Kumbruck (2010: 188) zitiert dazu Zahlen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), wonach Altenpflegekräfte mit 19,6 Tagen Arbeitsunfähigkeit (AU) im Vergleich zu anderen Berufsgruppen (11,8 AU-Tage) überdurchschnittlich häufig krankgeschrieben sind. Dabei seien Pflegehilfskräfte in höherem Maße betroffen als Pflegefachkräfte. Kumbruck schreibt weiter:

„Der Anteil psychischer Krankheiten bei Pflegekräften ist besonders auffallend, nämlich bei Altenpflegerinnen einen 12 % höheren Anteil gegenüber dem Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung; sie haben zudem 44 % mehr psychosomatische Erkrankungen als der Durchschnitt der Vergleichsbevölkerung“ (ebd.).

Wohl infolgedessen verlässt ein erhöhter Anteil vor allem bedingt durch Burn-out das Berufsfeld bereits nach kurzer Zeit (ebd.). In diesem Zusammenhang zeigt auch eine neuere Untersuchung der Techniker Krankenkasse (TK), dass Altenpflegekräfte im Vergleich aller Berufsgruppen am zweithäufigsten aufgrund von Depressionen krankgeschrieben sind (TK 2015: 15).

Eine andere AOK-Studie sieht die Arbeitsgesundheit in direktem Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen. Beschäftigte mit guten Arbeitsbedingungen seien demnach produktiver und weniger oft krank.

„Im Rahmen der Untersuchung ließen sich fünf positive Arbeitsbedingungen identifizieren, die sich als besonders wirksam zum Schutz der Mitarbeitergesundheit erwiesen: Der Umgang mit Klienten macht Freude, Fähigkeiten und Fertigkeiten können in der Arbeit entfaltet werden, die Mitarbeiter können selbständig planen, wie die Arbeit ausgeführt wird, es kommt selten vor, dass übertragene Aufgaben das Können eines Mitarbeiters übersteigen, und die Beschäftigten sind davon überzeugt, dass die in der Einrichtung erzeugten Leistungen sinnvoll sind“ (Westermeyer 2011: 12).

Auf der Grundlage der Erwerbstätigenbefragung 2012 zeigt ein aktuelles BIBB/BAuA-Faktenblatt die besonders belastenden Arbeitsbedingungen von AltenpflegerInnen auf. Demnach ist die körperliche Belastung von AltenpflegerInnen im Vergleich zu anderen Berufen und sogar KrankenpflegerInnen deutlich höher (BIBB/BAuA 2014: 1). Dabei kommt etwa das Tragen und Heben schwerer Lasten mit 72 Prozent im Arbeitsalltag deutlich häufiger vor als bei den restlichen Erwerbstätigen (21 %). Ähnliches gilt für die Belastungen durch Tätigkeiten im Stehen (91 % gegenüber 53 % bei anderen Erwerbsformen) und in Zwangshaltung (44 % gegenüber 16 %). Überdurchschnittlich häufig sind bei AltenpflegerInnen auch Schichteinsätze (38 % gegenüber 10 %) sowie der Ausfall von Pausenzeiten (39 % gegenüber 28 %) (ebd.: 1). Zudem ist die psychische Arbeitsbelastung bei AltenpflegerInnen deutlich höher als bei anderen Erwerbstätigen. Entsprechend geben Altenpflegekräfte deutlich häufiger körperliche und psychische Beschwerden an (ebd.: 2). Eine hohe körperliche Belastung der Pflegekräfte verdeutlicht auch die Befragung von Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 82). Die Autorinnen zeigen zudem, dass spezifische körperliche Belastungen sowohl auf Fach- wie auch auf geringer qualifizierte Kräfte zutreffen (ebd.: 82 f.).

Schichtdienst ist ein Aspekt, der erklären kann, warum die Arbeit in der Altenpflege als besonders belastend gilt. Hall (2012: 18) zeigt, dass 74 Prozent der Altenpflegerinnen im Schichtdienst tätig sind, wobei der häufige Wechsel zwischen Schichten sie in umfassenderem Maße belastet als Beschäftigte in anderen Frauenberufen. Weitere Faktoren, die für eine erhöhte Belastung sprechen, sind: Personalmangel, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck, ein vergleichsweise hoher Verwaltungsaufwand durch Dokumentationsarbeit, zunehmende Arbeitsteilung entsprechend dem Qualifikationsniveau der Altenpflegekraft und damit einhergehende Aufspaltung eines ganzheitlichen Pflegeansatzes (Theobald et al. 2013: 72 ff.). Hierbei zeigt sich die auch im internationalen Vergleich besondere Konstellation, dass die eigentliche pflegerische Tätigkeit sowie der Kontakt mit den Angehörigen besonders häufig von Fachkräften übernommen wird, während etwa hauswirtschaftliche und andere fachfremde Beschäftigungen eher von weniger qualifizierten ArbeitnehmerInnen ausgeübt werden (ebd.).

Michaelis (2005: 263) bezeichnet die Arbeit in der Pflege als „extreme Verausgabung“. Sie verweist dabei neben den physischen und psychischen Anforderungen auf die strukturelle Belastung, wobei sie auch „Herausforderungen, die sich durch das Berufsbild und den Berufsstatus der Pflege ergeben“ (ebd.: 267) anführt. Unzufriedenheit aufgrund mangelnder beruflicher Anerkennung erweist sich auch als belastend (ebd.).

Das BELUGA-Projekt⁴² der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) hingegen ermittelt für die stationäre Altenpflege ein lediglich mittelstark ausgeprägtes Belastungsniveau (Glaser et al. 2008: 58). Die Befunde der AutorInnen zur Gesundheit der Pflegekräfte fallen mehrheitlich positiv aus. Detailliertere Analysen zeigten, dass die vorrangigen Formen körperlicher und psychischer Belastung im Heben und Tragen sowie im Lagern von PatientInnen, in Verlet-

42 „Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege (BELUGA)“ (Glaser et al. 2008: 8): „In der Studie beurteilten 1848 Pflegekräfte ihre Arbeitsbedingungen und ihre Gesundheit. Anforderungen, Ressourcen und Belastungen in der Pflegearbeit wurden mit dem Screening – TAA Altenpflege erfasst, das im Projekt entwickelt und validiert wurde. Zudem wird über eine Längsschnittstudie in einem Altenpflegeheim berichtet. Hier wurden Mitarbeiterbefragungen, Ganzschichtbeobachtungen, Experteninterviews sowie begleitende Bewohner- und Angehörigenbefragungen zu zwei Zeitpunkten durchgeführt“.

zungsgefahren, in Unterbrechungen der Tätigkeit und in zeitlichem Druck bestehen (ebd.). Differenziert nach der Trägerschaft zeigt sich, dass die Arbeitsbedingungen in freigemeinnützigen Betrieben von den Pflegekräften deutlich besser bewertet werden als in öffentlichen Einrichtungen (ebd.: 129).

„Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten erleben hingegen durchgängig geringere psychische Belastungen. Allein die ungünstige Arbeitsumgebung (in den Privatwohnungen der Patienten) wird ungünstiger beurteilt als im Altenpflegeheim. Sowohl in der stationären Altenpflege wie auch in der häuslichen Pflege überschreiten physische Belastungen durch Heben, Tragen und Lagern einen kritischen Wert“ (ebd.).

Die Datengrundlage der vom BELUGA-Projekt erfassten Ergebnisse stammt von 2005 und bildet somit die heutigen Verhältnisse möglicherweise nur unzureichend ab. Die meisten AutorInnen kommen, was die Belastungen betrifft, zu negativeren Ergebnissen (Coburger 2009; Michaelis 2005) und verweisen darauf, dass sich die Arbeitsbedingungen seit Einführung der Pflegeversicherung beständig verschlechtert hätten (Zellhuber 2005; Theobald et al. 2013). Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 75) haben erhoben, dass 67 Prozent der Befragten ihr Arbeitspensum in der Regel als zu hoch empfinden. 41,1 Prozent leisten mindestens einmal pro Woche bezahlte Überstunden, 17,4 Prozent sogar unbezahlte. Für 52,8 Prozent der Befragten fällt die Mittagspause mindestens einmal in der Woche aus oder wird verkürzt. Zudem betreffen Beschäftigtenengpässe aufgrund von Urlaub oder Arbeitsunfähigkeit von KollegInnen 45,8 Prozent der Befragten mindestens einmal pro Woche. Durchweg verzeichnet dabei der stationäre Sektor ein höheres Belastungsniveau als der ambulante Bereich. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Anzahl zu betreuender Pflegebedürftiger je Altenpflegekraft im stationären Bereich deutlich höher ist als im ambulanten Bereich (ebd.: 69).

Voges (2002: 226) weist darauf hin, dass sich die Beanspruchung der Pflegekräfte nicht linear aus der Arbeitsbelastung ergibt, sondern die Belastungsfaktoren durch die den Pflegekräften jeweils zur Verfügung stehenden sozioökonomischen und individuellen Ressourcen unterschiedlich bewältigt werden. Den beschriebenen Belastungen stehen also Ressourcen gegenüber, auf die die Pflegekräfte zurückgreifen können, um ihre berufliche Beanspruchung zu vermindern (Theobald et al. 2013: 68). Dazu gehören insbesondere die direkte Arbeit

mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen, die Wertschätzung für die Tätigkeit sowie die Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Arbeit (ebd.: 77 ff.). Die Befragten in der Erhebung von Theobald, Szebehely und Preuß gaben an, dass sie ihre Arbeit als interessant erlebten und ihr eine gesellschaftliche Bedeutung zumäßen (87,9%), dass sie viel Positives von den zu Pflegenden zurückbekämen (57,4%) und dass sie durch diese eine spezifische Wertschätzung erführen (49,7%). Interessant ist, dass die Wertschätzung von Seiten der Angehörigen aus Sicht der Beschäftigten deutlich geringer ausfällt (29,6%) (ebd.: 80). Nichtsdestotrotz kann die Arbeit mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, die wie gesehen eher von den Fachkräften durchgeführt wird, „als Motivationsquelle für die Ausübung des Berufs wahrgenommen werden und wirkt somit potentiell ressourcenstärkend“ (ebd.). Die Wertschätzung sowohl von Seiten der Pflegebedürftigen als auch von Seiten der Angehörigen wird dabei von den Beschäftigten im ambulanten Sektor deutlich stärker wahrgenommen (ebd.: 80).

Die Möglichkeit zur Gestaltung der eigenen Arbeit als Ressource ist ebenfalls unter Fachkräften deutlich ausgeprägter als unter geringer qualifizierten Beschäftigten (ebd.: 78): „Besonders inflexibel und partizipationsarm scheint ebenfalls die Arbeitssituation der Pflegekräfte ohne formelle pflegerische Qualifikation im ambulanten Bereich in Deutschland ausgestaltet zu sein“ (ebd.: 79), deren Ressourcen gegenüber der Belastung somit als besonders gering eingestuft werden müssen.

Neben den Belastungen durch die eigentliche Arbeit ist vor allem auf Probleme bei der Vereinbarkeit mit familiären Anforderungen und Pflegeverantwortung im privaten Bereich zu verweisen (Dunkel 2005). In der Stichprobe von Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 103 ff.) betreuen 37,9 Prozent der Beschäftigten Kinder und Jugendliche, etwa 50 Prozent unterstützen ihre Eltern bzw. Schwiegereltern. Konstatiert wird außerdem eine Polarisierung der Arbeitsbedingungen für die verschiedenen Beschäftigtengruppen von Altenpflegekräften (ebd.: 37). Eine Folge davon sind vor allem Fluktuation, Berufswechsel oder Frühverrentung (ebd.: 42).

2.2.11 Arbeitszufriedenheit

Die individuelle Arbeitszufriedenheit bildet eine durchaus komplexe Konstellation ab, was sich auch in der folgenden interpretativen Annäherung an dieses Phänomen widerspiegelt:

„Das berufliche Selbstverständnis und die Möglichkeit, sich dementsprechend in der Berufspraxis ‚zu verwirklichen‘, ist ein wichtiger Faktor der Arbeitszufriedenheit. Umgekehrt stellt die dauerhafte Erfahrung, die eigenen Ansprüche an die eigene Arbeit nicht oder kaum mehr realisieren zu können, einen wichtigen Faktor für Resignation und psychische Belastung dar und fördert als solcher einen frühzeitigen Berufsausstieg“ (Benedix/Medjedović 2014: 13).⁴³

Die im Rahmen des Projekts LohnSpiegel befragten Pflegekräfte ordneten sich insgesamt auf einer Zufriedenheitsskala von 1–5 bei 3,26 ein. Die Zufriedenheit mit der Bezahlung fiel mit 2,37 jedoch deutlich geringer aus (Bispinck et al. 2013: 24). Die Arbeitsbelastung wurde ebenfalls als relativ hoch eingestuft:

„Auf der Skala von 1 (Niemals) bis 5 (Täglich) beurteilen die Befragten die Stressbelastung mit einem Wert von 3,97. Damit liegen sie deutlich über dem Gesamtwert aller Befragten, der bei 3,52 liegt. Die geistige bzw. psychische Erschöpfung liegt mit einem Wert von 3,69 ebenfalls über dem Gesamtwert (3,38). Auch die körperliche Erschöpfung durch die Arbeit wird mit 3,79 als hoch bewertet. Die Monotonie bzw. Langeweile ihrer Arbeit bewerten die Befragten mit 1,86 jedoch als sehr gering. Hier liegt der Durchschnittswert aller Beschäftigten mit 2,12 über dem des Pflegepersonals“ (ebd.: 26).

Die Zahlen des Mikrozensus, mit denen Hall (2012: 18) gearbeitet hat, lassen einen Vergleich mit anderen Berufsgruppen zu. Demnach sind Altenpflegerinnen mit ihrer Arbeitszeit eher unzufrieden (25 %) als weibliche Beschäftigte in vergleichbaren Frauenberufen (17 %). Darüber hinaus berichtet Hall, dass Altenpflegerinnen häufiger mit ihrem Einkommen unzufrieden sind als andere berufstätige Frauen (ebd.).

Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 67) fragen, in welche Richtung sich die Arbeitszeitwünsche von Pflegekräften bewegen. Ihren Daten zufolge sind 86,4 Prozent der Altenpflegekräfte mit ihren Arbeitsstunden zufrieden, 9,5 Prozent würden gerne mehr arbeiten, 4,1 Prozent gerne weniger. Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen den Sektoren erkennbar: Während im ambulanten Bereich 13,1 Prozent gerne mehr und nur 1,7 Prozent gerne weniger arbeiten

43 Daher wird die Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit der Motivation für die Berufsausübung auch in Kapitel 3 anhand der eigenen Erhebung erörtert.

würden, liegen die beiden Werte im stationären Bereich bei 7,9 und 5,2 Prozent. Der Wunsch nach mehr Arbeitsstunden ist dabei unter den geringer qualifizierten ArbeitnehmerInnen im ambulanten Bereich, die in deutlich höherem Maße von Teilzeitbeschäftigung betroffen sind, besonders ausgeprägt (ebd.: 66 f.).

2.3 Fazit

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass der Arbeitsmarkt der Altenpflege in vielerlei Hinsicht von spezifischen Arbeitsbedingungen geprägt ist. Die Beschäftigtenzahlen sind in den vergangenen 15 Jahren rasant angestiegen, sodass mittlerweile knapp über eine Million Menschen in Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger arbeiten. Der Großteil dieser Beschäftigten erzielt nur eine vergleichsweise geringe Entlohnung bei gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen. Dies ist nicht zuletzt eine Ursache für häufige Unterbrechungen durch Aus- und Wiedereinstiege in den Altenpflegeberuf sowie eine insgesamt kurze Berufsverweildauer. Zugleich bedingt dies den Charakter der Altenpflege als Sackgassenberuf, der nur wenig dauerhafte Aufstiegsmöglichkeiten bietet. Darüber hinaus sind die Einrichtungen auf verschiedene Träger aufgeteilt und beschäftigen zumeist nur wenige ArbeitnehmerInnen. Kennzeichnend sind zudem der hohe Frauen- und Teilzeitanteil sowie die geringe Fachkräftequote.

Während vor allem die Teilzeitquote in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist und sich die Beschäftigtenzahlen im Altenpflegebereich erhöht haben, ist der hohe Anteil weiblicher Beschäftigter keine neue Entwicklung. Er muss vielmehr als pfadabhängige Fortsetzung der historischen Entwicklungsbedingungen des Altenpflegeberufs begriffen werden. Lange Zeit galt die Altenpflege als Frauenberuf und zugleich als halbberufliche Ersatztätigkeit ohne Notwendigkeit hoher Fachqualifikation. Eine Professionalisierung setzte erst spät ein.

Bei den aktuellen Arbeitsbedingungen zeigt sich eine deutliche Spaltung zwischen Fach- und Hilfskräften, wobei Letztere eine geringere Entlohnung erhalten, häufiger in Teilzeit arbeiten und aufgrund dieser höheren Belastung bei zugleich weniger ausgleichenden Arbeitsressourcen auch kürzere Berufsverläufe aufweisen. Weitere Differenzen in der Arbeitsmarktlage von AltenpflegerInnen

verdeutlicht der aufgezeigte Forschungsstand hinsichtlich des Arbeitszeitumfangs (Voll- oder Teilzeit), des Beschäftigungsortes (Ost- oder Westdeutschland), der Trägerschaft (freigemeinnützig, privatwirtschaftlich oder öffentlich) sowie des Sektors (stationär oder ambulant).

Gerade vor dem Hintergrund der eingangs aufgezeigten Konzeption der Altenpflege als Interaktionsarbeit stellt sich die Situation der Altenpflegekräfte als besonders dramatisch dar, da die notwendige Interaktions-, Kommunikations- und Gefühlsarbeit von den gegebenen Arbeitsbedingungen deutlich erschwert werden dürfte. Insofern sind die Grundvoraussetzungen für ein kollektives Handeln der Beschäftigten in diesem Bereich zur Verbesserung der defizitären Arbeitsbedingungen durchaus gegeben. Allerdings dürfte sich nicht zuletzt die zunehmende Heterogenität der in der Altenpflege Beschäftigten als Hürde für einen solchen Einsatz erweisen. Insgesamt lässt sich aus den Arbeits(markt)bedingungen schlussfolgern, dass die AltenpflegerInnen im Sinne aller im Arbeitsmarktsektor der Altenpflege Erwerbstätigen nicht als einheitliche Beschäftigtengruppe aufgefasst werden können. Die aufgezeigte Arbeitsmarktsituation sollte in jedem Fall Anlass zu kollektivem Handeln geben. Um die Ausgangssituation zu erfassen, gilt es jedoch, eine Differenzierung entsprechend der verschiedenen Beschäftigtengruppen etwa anhand des Qualifikationsniveaus vorzunehmen.

Interessenvertretung in der Altenpflege
Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation
Schroeder, W.
2018, XVI, 248 S. 24 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-19406-2