



“... dass nichts bleibt, wie es war!”

- 25 Jahre Neoliberalismus und Marktlogik in Pflege, Betreuung und Begleitung¹

von Christian Janßen, Bielefelder Appell²

Bislang werden aus dem Sozial- und Gesundheitswesen v.a. die (gesetzliche) Krankenversicherung, der Krankenhaus- sowie der Altenpflegebereich beachtet. Dies zeigt sich in ihrem Stellenwert in politischen Äußerungen von Parteien und Regierungen in Deutschland aber auch als Fokus in Studien wie der öffentlichen Presse.

Über die Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen oder schweren psychischen Störungen hört man dagegen wenig. Diese Arbeitsfelder sind höchstens in fachpolitischen Kreisen ein Thema.

Angebote lokaler Angebote und Initiativen wie Beratungsstellen, Mädchenhäuser oder die Koordination von Selbsthilfeangeboten sind anlassbezogenes Thema der lokalen Berichterstattung.

Die Arbeitsfelder und die Untersuchung der Tatsache, dass immer weniger eine gute Arbeitsqualität der Beschäftigten Maßstab der Ausstattung mit Finanzmitteln ist, erfolgte bislang darüber hinaus getrennt nach Arbeitsfeldern- mit einer besonderen Aufmerksamkeit in den obengenannten Arbeitsfeldern.

Meine These ist, dass allen Arbeitsfeldern, die seit Jahrzehnten unter zunehmend schlechten Refinanzierungsbedingungen leiden, die gleiche Ursache für Personalkürzungen, insbesondere psychosozialen Arbeitsbelastungen und hohe Krankenstände zugrundeliegt.

Eine weitere These ist, dass in allen Arbeitsfeldern ein grundsätzlicher Systemwechsel notwendig ist. Dass es nicht mehr ausreicht, an den Symptomen eines „Weiter so“ herum zu doktern. Es bedarf eines Systemwechsels differenziert nach den Arbeitsfeldern, den Refinanzierungssystemen und den vorliegenden Strukturen.

Das übergreifende Ziel dieses Systemwechsels ist es, die Qualität der Arbeit an den Menschen nach mehr als fünfundzwanzig Jahren wieder an erste Stelle zu setzen - weit vor ökonomischen Fragen und Zielen. Diese Thesen möchte ich mit dem Fokus auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und der Qualität ihrer Pflege- und Betreuungsarbeit bzw. Begleitung beantworten.

Eine zunehmende Ökonomisierung ist Merkmal aller sozialen Arbeitsfelder in den letzten Jahrzehnten. Politische Entscheidungen sind für die Einführung von Marktlogik und die Schaffung eines Wettbewerbs zwischen Einrichtungen und Diensten in Pflege, Betreuung und Begleitung verantwortlich – die „Ökonomisierung des Sozialen“. Gesundheit wird als Ware betrachtet, Betreuung dem „Markt“ unterworfen. Die Finanzierungssysteme differieren, aber die Vorgehensweisen in den verschiedenen sozialen Arbeitsfeldern wie Krankenhaus, Altenhilfe, Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Störungen oder kommunalen Angeboten wie Beratungsstellen unterscheiden sich kaum. Hintergrund ist seit knapp 30 Jahren der Versuch der Politik, auch die Daseinsvorsorge für private Unternehmen zu öffnen. Privatisierungen, „effiziente“ Strukturen oder Wettbewerb sind wichtige Bestandteile dieser Ideologie auch in sozialen Bereichen. In der Öffentlichkeit wird wie in anderen Bereichen mit einer notwendigen Korrektur

¹ Der Beitrag basiert auf einem Vortrag des Autors auf der Tagung der ver.di-Bundesfachkommission-Behindertenhilfe mit dem Titel: »... dass nichts bleibt, wie es war!– Veränderungen in der Arbeitswelt der Behindertenhilfe im Zuge neuer gesetzlicher Regelungen« am 12.-13.9.2019 in Weimar (Internetlink: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/behindertenhilfe/++co++fddb2c7e-5732-11eb-bea5-001a4a160116>). Eine stark gekürzte Fassung dieses Textes findet sich in Graswurzelrevolution, Nr. 487, März 2022, S.4-5 und auf der Internetseite des Autors: <http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroeffentlichungen/veroeffentlichungen.html>. Unter dieser Internetadresse sind auch alle im Weiteren aufgeführten Texte des Autors abrufbar insbesondere 2020/2021 detailliert dargestellte Teilbereiche des Gesamtthemas und zum Bielefelder Appell http://sivus.net/Weitere_Themen/Bielefelder_Appell/bielefelder_appell.html [2.10.2022] .

Im Sozial- und Gesundheitswesen sind 70-90 % der Beschäftigten Frauen. Deshalb wird in diesem Text die weibliche Sprachform benutzt - Männer sind selbstverständlich immer mitgemeint.

² 2012: http://www.sivus.net/Weitere_Themen/Bielefelder_Appell/bielefelder_appell.html [22.6.2023], 2021: http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroeffentlichungen/V_Download/Texte_41-50/Text_47/text_47.html [22.6.2023]



ausufernder Ausgaben –der Kostendämpfung - argumentiert. Die staatlichen Kostenträger in öffentlich oder frei-gemeinnützig geführten Bereichen sind Trittbrettfahrer, die unterstützend behaupten: „Diese Pflege- und Betreuungskosten können wir uns in Deutschland nicht mehr leisten“. Damit begründen sie eine nur noch eingeschränkte Refinanzierung sozialer Arbeit. Politisch gewollt - für Einrichtungen und Beschäftigte, aber auch für die begleiteten Menschen, jedoch auf Dauer tödlich - ist dabei die Unterordnung der Qualität von Pflege, Betreuung und Begleitung unter die Maßgabe der Ökonomie der schwarzen Zahlen in einer effizienten Organisation.

Diese Agenda hat bereits einen älteren Ursprung, der im grundsätzlichen System der Daseinsvorsorge in Deutschland angelegt ist.³

Dass diese Politik nicht funktioniert sehen wir bereits seit längerem in ihren verschiedenen gesellschaftlichen Auswirkungen, die manche Bereiche der Daseinsvorsorge in der Öffentlichkeit sichtbar werden lassen: Kliniksterben, skandalöse Zustände in Altenheimen oder der durch massive Arbeitsbelastungen ausgelöste Rückzug von Pflegefachkräften in Teilzeit oder ganz aus ihrem Beruf. Auch die Diskussion über eine Triage⁴ während der Corona-Pandemie aufgrund fehlenden Personals auf den Intensivstationen ist dessen Folge.

Die Folgen dieser Politik haben wir alle zu tragen, wenn wir auf Hilfe angewiesen sind.

Eine Ideologie wird „alternativlos“

„(Neoliberalismus) ist eine weltweite Strömung mit Wurzeln in den 1930er-Jahren. Die Gesellschaft sollte durch einen wissenschaftlichen Überbau abrutschfest gegen sozialistische Ideen werden. Angestrebt wird eine Ordnung unter dem Primat individueller Freiheit. Die Rolle des Staates wird reduziert auf das Vorgeben eines marktwirtschaftlichen Rahmens. Aus dem Marktgeschehen habe er sich herauszuhalten, da er dort angeblich nicht benötigt wird, unfähig ist und stört.“⁵

Die neoliberale Interpretation des Staates ist seit 40 Jahren ideologische Grundlage fast aller politischer Betätigungsfelder. Vertreter des Neoliberalismus propagieren diese These, dass der Staat insgesamt eine möglichst geringe Rolle spielen sollte, um den Markt nicht zu stören.⁶

Private Unternehmer können, weil sie Unternehmer sind, Leistungen wirtschaftlicher also günstiger erbringen, als das als „Planwirtschaft“ diffamierte öffentlich-staatliche System. Im privat lizenzierten Autobahnbau hieß es z.B. so - bis Untersuchungen diese Behauptung richtigstellen (mussten).

In dieser Ideologie werden Menschen und Staat auf profitrelevante Teilnehmer reduziert. Entscheidende Politiker*innen bei der Etablierung markliberaler Vorstellungen waren Margaret Thatcher in England ab 1979 sowie Ronald Reagan 1981. Reagan formulierte dies kurz und knapp: „Der Staat ist nicht die Lösung (...), der Staat ist das Problem.“⁷

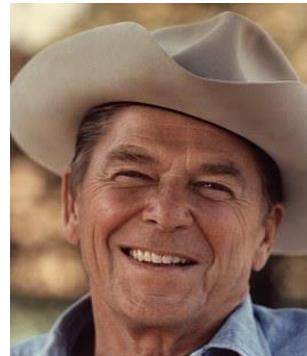
³ Esping-Andersen nach Heintze, 2015 (vgl. detailliert Fn. 24)

⁴ die Entscheidung, welche Patientinnen bei Überlastung der Klinik mit Priorität behandelt werden.

⁵ Kaufmann, St., „Ein ideales Umfeld zur Gewinnmaximierung“ - Interview mit den Ökonomen Heinz-Josef Bontrup und Ralf-Michael Marquardt über den Fortbestand neoliberaler Marktgläubigkeit in der Politik und den Schaden, den sie anrichtet, Frankfurter Rundschau, 23.03.2022

⁶ Anmerkung in der Corona-Pandemie seit 2020: Dieselben Vertreter rufen aber in Krisenzeiten (wie auch in der „Banken-“ und Finanzkrise) in schöner Regelmäßigkeit nach dem Staat, der z.B. nach erfolgter Dividendenausschüttung durch Abwrackprämien oder Kurzarbeit die Autoindustrie retten soll.

⁷ Antrittsrede als 40. Präsident der Vereinigten Staaten, 20. Januar 1981, Internetlink: Quelle: <https://beruhmte-zitate.de/zitate/124433-ronald-reagan-der-staat-ist-nicht-die-losung-fur-unser-problem/> [22.2.2022]



In Deutschland begann diese Entwicklung spätestens 1982 mit der Aufkündigung der sozialliberalen Koalition und dem politischen Schwenk der FDP zur CDU, die damals das Bürgerrechtliche durch das Wirtschaftsliberale ersetzte.



"Was wir brauchen, ist eine geistig-moralische Wende"
(Helmut Kohl, 1982).

In der Regierungserklärung vom 4. Mai 1983⁸ hatte Helmut Kohl formuliert: "Wir wollen nicht mehr Staat, sondern weniger. Weg von kollektiven Lasten, hin zur persönlichen Leistung; weg von verkrusteten Strukturen, hin zu mehr Beweglichkeit, Eigeninitiative und verstärkter Wettbewerbsfähigkeit". Im Wahlprogramm der CDU/CSU hieß es ergänzend: „Der Staat soll auf die Übernahme von Aufgaben verzichten, die der Einzelne, Vereine, die Familie oder freiwillige Zusammenschlüsse von Bürgern erfüllen können.“⁹ Diese bis heute als „alternativlos“ skizzierte systematische Veränderung des politischen Koordinatensystems hat bekanntlich extreme Folgen für die Gesellschaft wie für die Einzelnen:



Helmut Kohl in Halle, 10.5.1991¹⁰

⁸ Kohl, H., Regierungserklärung des Bundeskanzlers vor dem Deutschen Bundestag, Koalition der Mitte: Für eine Politik der Erneuerung, 13. Oktober 1982, in: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Bulletin Nr. 93, 14. Oktober 1982, S.853-868, BArch BD 7/2/1582/2, Bl. 853-868, Internetlink: http://1000dok.digitale-sammlungen.de/dok_0144_koh.pdf [22.2.2022]

⁹ [22.2.2022] Bundestagswahlprogramm vom 6.3.1983, S.25

¹⁰ ARD-Tagesschau, 10.5.1991



Im Zuge dieser Politik wurden Autobahnabschnitte statt von staatlichen Gesellschaften durch private gebaut oder saniert, ehemals staatlich geführte Konzerne privatisiert (z.B. Postbank). oder der Versuch gestartet, andere „börsentauglich“ zu machen (Deutsche Bahn). Das Vorgehen war und ist dabei immer dasselbe: Gewinne werden privatisiert und Verluste sozialisiert (z.B. bei dem vom Europäischen Gerichtshof 2019 als rechtswidrig gestoppten Mautsystem auf deutschen Autobahnen finanziert durch ausländische Kfz-Halterinnen unter rechtlich zweifelhaftem Vorgehen durch den damaligen CSU-Bundesverkehrsminister der Großen Koalition. Bundesminister Scheuer hatte vor dem rechtlich unsicheren Hintergrund die vorgesehenen Mautbetreiber mit langfristigen Verträgen ausgestattet, mit deren Hilfe sie nun 243 Mio € Schadensersatz vom Staat erstreiten¹¹). Das Ergebnis ist auch in der Subventionspolitik des Bundes zu besichtigen (z.B. für Atomkraftwerke, das steuerliche Dienstwagenprivileg oder die Steuerbefreiung des Kerosins für Fluggesellschaften). Das ist die jahrzehntelange, ideologisch motivierte Vernachlässigung der Deutschen Bahn als wichtiger Teil eines Umweltverbundes im Klimaschutz zugunsten des motorisierten Straßenverkehrs. Jahrzehntlang war das Mantra von ADAC, CDU und FDP die „Freie Fahrt für freie Bürger“ (lediglich der ADAC hat sich inzwischen teilweise davon frei gemacht) und die Forcierung des Lkw-gebundenen Güterverkehrs verstopft die rechten Spuren und die Parkplätze auf Autobahnen. Aktuell sind diese Folgen politischer Entscheidungen als schwerwiegendes Manko eines im Klimawandel notwendigen kostengünstigen, flächendeckenden öffentlichen Nah- und Fernverkehrs sowie des schienengebundenen Güterverkehrs zu besichtigen.

Mit den Kanzlerschaften Kohl, Schröder und Merkel ging die Verbesserung der „Arbeitsbedingungen“ für Investorengesellschaften und Versicherungsunternehmen für die private Absicherung von Krankheit, Rente und Pflege einher. Die neoliberale Steuerpolitik hat das reiche Deutschland arm gemacht: es sei hier nur der Investitionsstau in vielen Bereichen erwähnt (Schlaglöcher auf vielen Straßen ebenso wie in der Krankenhauslandschaft). Zur Jahrtausendwende ersetzte der "aktivierende Sozialstaat" mit „Hartz IV“ die bisherige solidarische Version eines aktiven Sozialstaats. Zunehmende Ungleichheit zeigt sich in vielen gesellschaftliche Bereichen und ist durch Kennzahlen gut belegt,¹² ob in Bezug auf Bildungschancen, des Umfangs armutsgefährdeter Haushalte und von Armut gefährdeter Kinder und Jugendlicher in Deutschland¹³ oder auch in Bezug auf Niedriglohngruppen oder in erzwungener Teilzeit arbeitender Beschäftigten in sozialen Arbeitsfeldern (v.a. Frauen). Insofern ist auch die Regierung Scholz auf dem nur zu bekannten Weg: Während 2022 innerhalb von Tagen ein „Sofortprogramm“ von 100 Mrd. € für militärische Aufrüstung außerhalb des Bundeshafts aufgelegt wurde, wird die Forderung nach einem seit Jahren notwendigen „Sofortprogramm soziale Daseinsvorsorge“ von den Politikern unwidersprochen auf die Begrenzungen der Schuldenaufnahme durch die in der Verfassung verankerte Schuldenbremse verwiesen. Staatliche Interventionen in Not- und Kriegszeiten sind jedoch eher die Regel als die Ausnahme sind, während grundlegende Muster der Verteilungs-, Eigentums- und Infrastrukturpolitik unberührt bleiben.

Ein Ziel neoliberaler Politik in Deutschland - die Umverteilung von unten nach oben - hat Silke van Dyk insbesondere Bereich niedrig oder unbezahlter Tätigkeiten gut zusammengefasst (der folgende Abschnitt orientiert sich zitierend an einem Text von ihr).¹⁴

Denn weder haben die viel diskutierten Belastungen für private und öffentliche Haushalte dazu geführt, die immense Vermögenskonzentration zum Thema zu machen, noch ist nach dem zynischen Applaus für

¹¹ z.B. Bayerischer Pascha – Andreas Scheuer in: Frankfurter Rundschau, 3.2.2023, S.4, Gescheiterte Pkw-Maut: Wissing lässt Schadenersatzforderungen gegen Scheuer prüfen, in: dpa/Der Stern, 31.7.2023, Internetlink: <https://www.stern.de/politik/deutschland/pkw-maut-finanzminister-prueft-schadenersatzforderungen-gegen-scheuer-33696666.html> [5.8.2023]

¹² z.B. in Heintze, C., Systemrelevante Arbeit neudenken - Blick auf Gesundheits- und Sozialberufe, In: Diakonischen ArbeitnehmerInnenInitiative, "Gesundheitsschutz durch Mitbestimmung bei der Arbeitszeit", 19. Fachtagung der DiA 15. bis 16.11.2021, Bremen, Kellner-Verlag, 2022, S.52ff

¹³ Der Paritätische Gesamtverband, Armutsbericht 2022: "Zwischen Pandemie und Inflation", Berlin, 2022 im Internet: <https://www.der-paritaetische.de/themen/sozialpolitik-arbeit-und-europa/armut-und-grundsicherung/armutsbericht-2022/> [2.10.2022]

¹⁴ Dyk, S. van, Tag für Tag enteignet, Frankfurter Rundschau, 17.4.2023, im Internet: <https://www.fr.de/politik/tag-fuer-tag-enteignet-92216791.html> [25.6.2023]



Pflegekräfte in der Pandemie und den eklatanten Mängeln im Bildungssystem eine Neuausrichtung der Gesundheits- und Bildungsinfrastruktur zu erkennen.

Die gesetzlich verankerte Schuldenbremse – die eine zentrale Finanzierungsquelle staatlicher Politik dem demokratischen Prozess entzieht – wird ausgesetzt, aber nicht grundsätzlich in Frage gestellt; und darüber, wie sinnvoll es ist, Investitionen in lebensnotwendige, teilhabesichernde und nachhaltige Infrastrukturen als Schulden zu verbuchen und als Last für zukünftige Generationen zu de-legitimieren, wird erst gar nicht diskutiert.

Der Neoliberalismus hat die Umverteilung „von unten nach oben“ rechtlich und steuerpolitisch abgesichert

Bemerkenswert ist zudem, dass Umverteilung im politischen und alltäglichen Sprachgebrauch gleichbedeutend ist mit der Umverteilung zugunsten ökonomisch weniger Privilegierter, also einer Umverteilung „von oben nach unten“. Was dieser Fokus verdeckt, ist die im Umfang wesentlich beträchtlichere, politisch orchestrierte Umverteilung in die entgegengesetzte Richtung, also „von unten nach oben“, die im Neoliberalismus rechtlich und steuerpolitisch abgesichert worden ist. Diese alltägliche Umverteilung vollzieht sich neben dem Abbau von Arbeits- und Sozialrechten durch gezielte Steuersenkungen für Unternehmen und Besserverdienende sowie Subventionen, die diese privilegieren (Stichwort: Dienstwagenprivileg), aber auch durch Steuerentlastungen, die – wie die Erhöhung des Grundfreibetrags – allen zugutekommen, überproportional aber ebenfalls in den höheren Klassenlagen entlasten.

Auch Privatverschuldung in Form teurer Konsumkredite trägt zu dieser Dynamik bei, ebenso wie die Privatisierung des Öffentlichen mit ihren belastenden Effekten für einkommensschwächere Haushalte. Das tatsächlich verfügbare Einkommen von Haushalten hängt wesentlich davon ab, welche Bereiche der sozialen Daseinsvorsorge und Infrastruktur öffentlich organisiert und kostenfrei oder kostengünstig zur Verfügung gestellt werden – vor allem in den Bereichen Gesundheit und Pflege, Bildung und Kultur, Mobilität und Kommunikation. Der politisch und medial dominierende Blick auf Lohn(ersatz)einkommen verliert allzu oft die signifikant umverteilende Wirkung öffentlicher Angebote aus dem Blick, die ärmeren Haushalten überproportional zugutekommen. Diese sind es dann umgekehrt, die durch die Privatisierung öffentlicher Leistungen besonders benachteiligt werden.

In der Rentenversicherung findet eine fundamentale Umverteilung statt

Wir finden diese Dynamik der Umverteilung von unten nach oben sogar in den sozialen Sicherungssystemen wieder: Dass die Sozialversicherungen darauf angelegt sind, Sicherheit zu stiften, ist breit analysiert worden; nicht aber die de facto existierende, weitreichende Umverteilung in die andere Richtung: So findet aufgrund der erheblich klassenspezifischen Lebenserwartung in der Rentenversicherung eine fundamentale Umverteilung statt, da die Armen und Ressourcenschwachen, die im Durchschnitt mehrere Jahre früher versterben, mit ihren Beiträgen die Renten der langlebenden Privilegierten finanzieren. Obwohl Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts Eigentumsansprüche sind, sucht man in der Literatur und der breiten Öffentlichkeit vergeblich nach einer Skandalisierung dieser Form der Enteignung.

Feministische Wissenschaftlerinnen weisen zudem seit langem darauf hin, dass die Ausbeutung von Lohnarbeit ‚nur‘ die Spitze des Eisbergs der alltäglichen Enteignung darstellt, die unter der Wasseroberfläche auf einem breiten Sockel unbezahlter beziehungsweise informeller Arbeit aufruht. Neben der Haus-, Sorge- und Pflegearbeit im Privathaushalt ist dies ein breites Spektrum nicht regulär entlohnter Tätigkeiten: vom zivilgesellschaftlichen Engagement und Freiwilligenarbeit über Nachbarschaftshilfe und unbezahlte Mehrarbeit im Erwerbsleben bis hin zu den an Bedeutung gewinnenden Aktivitäten von Userinnen und Konsumentinnen in digitalen Netzwerken, die unbezahlt zur Optimierung von Produkten und kommerziellen Angeboten beitragen und deren Daten gewinnbringend vermarktet werden.



Diese heterogenen, nicht entschädigten und oft übersehenen Tätigkeiten tragen allesamt zu dem bei, was im Kapitalismus privatwirtschaftlich angeeignet wird. Sie müssen zunächst einmal sichtbar gemacht werden, denn es geht nicht mehr ausschließlich um eine (institutionalisierte) Solidaritätsverpflichtung der ‚Starken‘ gegenüber den ‚Schwachen‘, sondern um den gerechten Anteil der Vielen an den von ihnen geschaffenen Werten – und damit um eine Wiederaneignung.

Gesundheit als Ware¹⁵

- Kostendämpfung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung

Am Beispiel der Gesundheitsversorgung soll diese Entwicklung dargestellt werden. Im Gesundheitswesen kam es in Deutschland wiederholt zu Reformen.¹⁶ In den ersten Nachkriegsjahrzehnten und besonders in der sozialliberalen Reformära wurde die Gesundheitsversorgung ausgebaut. Die Wirtschaft wuchs. Das führte auch zu wachsenden Einnahmen bei den Krankenkassen. Eine expansive Ausgabenentwicklung stellte also kein Problem dar.

Die erste Phase einer Politik der Ausgabenreduzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) reicht von der Mitte der 1970er Jahre bis zum Jahr 1992 und wird als traditionelle Kostendämpfungspolitik charakterisiert. Sie lässt die Strukturen der GKV weitgehend unberührt und bindet die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Kostendämpfungspolitik ein.

1973/74 führte die erste Ölkrise, die sich zu einer Weltwirtschaftskrise auswuchs, zu niedrigen Wachstumsraten und höheren Arbeitslosenzahlen. Die Gesundheitsversorgung sei zu teuer geworden, sagten die Gesundheitspolitiker. Ab nun lautete das vordringlichste Ziel: Kostendämpfung in der GKV. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) unter Norbert Blüm (CDU) begann der Reigen höherer Kosten für Krankenkassenmitglieder, hier z.B. mit höherer Rezeptgebühr für Arzneimittel, der Einführung von Festbeträgen (bei höheren Preisen muss die Patientin die Differenz übernehmen) oder der Erhöhung der Eigenbeteiligung der Patientinnen z. B. bei Arzneimitteln, im Krankenhaus und beim Zahnersatz.

Das professionelle Gesundheitswesen in Deutschland blieb zunächst von der neoliberalen Ideologie nach 1982 unberührt. Das änderte sich in den neunziger Jahren: die Eindämmung der Kostenentwicklung wurde dabei zum Anlass genommen, jetzt auch in Bereichen Marktlogiken zu implementieren, die bis dahin der privaten Gewinnaneignung entzogen waren. Das eigentliche Ziel war dabei nicht die immer wieder öffentlichkeitswirksam dargestellte Kostendämpfung, sondern vielmehr die Daseinsvorsorge für renditeorientierte Geschäftsmodelle mit annähernd risikofreien Gewinnmöglichkeiten zu öffnen.

In dieser zweiten, bis heute andauernden Phase, die in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre begann, werden zahlreiche neue Steuerungsinstrumente eingesetzt, vor allem um das Gesundheitswesen in einen Wettbewerb zu steuern. Das verändert die historisch gewachsenen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens stark. Dies ist die Phase wettbewerbszentrierter Strukturreformen.

1991 und 1992 kam es zu hohen Defiziten in der GKV, die einen Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte zur Folge hatten. Der Beitragssatz wurde zum entscheidenden Kriterium im Konkurrenzkampf um Mitglieder, mit jeder Beitragssatz-Anhebung drohte ein Verlust von Marktanteilen.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sollten 1993 die Beziehungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten im Sinne eines regulierten Wettbewerbs umgebaut werden. Ziel des GSG war, das seit 1972 geltende Kostendeckungsprinzip durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem abzulösen. „In der Krankenhauspflege gab es mit der Pflegepersonalverordnung von 1993 temporär ein Instrument der Personalbemessung. (...) Von 1991 bis 1996 stieg die Besetzung mit Vollkräften des Pflegedienstes (...) bis die Koalition aus CDU/CSU und FDP die Pflegepersonalverordnung ab(schaffte).

¹⁵ Rätz, W., Ökonomisierung im Gesundheitswesen, In: Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B. (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle? Analysen und Alternativen, Frankfurt, Springer VS Verlag, 2016, S.209-224

¹⁶ Diese Einleitung erfolgt in Anlehnung und z.T. zitierend aus Heinemann, P., Die Chronologie der deutschen Gesundheitspolitik, Online am: 20.04.2016, Internetlink: <https://www.anstageslicht.de/themen/medizin/fallpauschale-im-krankenhaus-fallpauschal-versagen/die-chronologie-der-gesundheitspolitik/> [31.8.2019]



Zur Begründung hieß es, man dürfe den Wettbewerb der Krankenhäuser nicht durch planwirtschaftliche Instrumente behindern, jedes Haus müsse über seine Personalausstattung selbst entscheiden können. Nun war der Weg frei für Kosteneinsparungen zulasten der Pflege. Kliniken, die beim Personalabbau besonders aggressiv vorgehen, erzielten einen Wettbewerbsvorteil.¹⁷ Im „reformierten“ Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) fanden sich nun Grundsätze für die Personalbemessung in Kliniken und die Umstellung von der Tagessatz-Finanzierung zu einheitlichen, leistungsbezogenen Fallpauschalen mit Klassifikation in diagnosebezogene Fallgruppen (DRG –diagnosis related groups). Dies sollte den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern anregen und Leistungen vergleichbar machen.¹⁸

Parallel zu dieser „Reformgesetzgebung“ in der GKV und der Krankenhausfinanzierung wurde die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung altersbedingter Betreuungskosten eingeführt und 1995 das Kostendeckungsprinzip in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Arbeit mit psychisch kranken Menschen in der Eingliederungshilfe beendet. Damit ist die neoliberale Ideologie vor mehr als 25 Jahren schließlich auf alle Bereiche dieser Daseinsvorsorge von Pflege, Betreuung und Begleitung von alten und behinderten Menschen - bislang noch mit Ausnahme der Jugendhilfe -ausgeweitet worden. Hier heißt es seitdem, dass Einrichtungen und Dienste mit den Kostenträgern um die Refinanzierung ihrer Arbeit verhandeln müssen - ein sich jährlich wiederholendes Risiko. Damit sind auch Prinzipien der Marktwirtschaft wie „Private Equity“ im Sozialbereich üblich.¹⁹ Private Unternehmen und Investoren breiten sich im Altenpflegesektor oder im Krankenhausbereich aus und nutzen staatliche Zuschüsse, Fallpauschalen oder Pflegesätze für Renditeversprechen gegenüber ihren Investoren. Wie z.B. im Verkehrssektor beim bereits erwähnten Bau und Unterhalt von Autobahnabschnitten zeigt sich auch hier, dass die Werbebotschaft „zum Wohl der Allgemeinheit“ nur vollmundige Versprechungen gewinn- und renditeorientierter Unternehmen sind.

Die Einführung und Umsetzung von Marktmechanismen und Privatisierung im Gesundheitswesen wurde - wie bereits erwähnt - mit der notwendigen Dämpfung „ausufernder“ Kosten begründet (wie ebenso in anderen Bereichen des Sozialwesens wie der Krankenpflege, Alten- oder Behindertenhilfe): Trotz der dramatischen Unterfinanzierung der Langzeitpflege ist das Gesamtsystem in Deutschland jedoch weltweit nach den USA das zweitbeste (vgl. Abb. 1). „Erhebliche Ressourcenfließen in die Aufrechterhaltung der Privilegien marktmächtiger Akteure und von Strukturen, die nicht am Patientenwohl orientiert sind. Die geringe Wertigkeit der Pflege führt dazu, dass ihre Potentiale für integrierte, der Patientengesundheit dienende Versorgungsstrukturen ungenutzt bleiben. Umso mehr kommen stattdessen medikamentöse Interventionen zum Einsatz, was der Pharmaindustrie nutzt, den Patientinnen aber nur bedingt.“²⁰ Das Bild wird ergänzt dadurch, dass Gespräche von Ärztinnen mit Patientinnen gering, dagegen der Einsatz einer „Apparatemedizin“ hoch vergütet werden. Ein Ergebnis zeigt sich in den Einkünften z.B. der Kardiologie und anderer Ärztinnen der Inneren Medizin, der Augenheilkunde oder Radiologie im Gegensatz zu Ärztinnen in Fachgebieten wie Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Neurologie oder Psychotherapie.²¹

¹⁷ Heintze, C., Kapitel 4 - Gesundheitspolitik: Lehren aus der Corona-Pandemie, In: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.), Langfassung des „MEMORANDUM 2021“ Corona – Lernen aus der Krise!, Alternativen zur Wirtschaftspolitik, Bremen, Papyrossa, 2021e, S.221, Internetlink: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656603.gesundheitsschutz-und-gesundheitsversorgung-lehren-aus-der-coronapandemie.html>

¹⁸ ebd., S.223

¹⁹ ag du bist bertelsmann, Das New Public Management als übergreifendes Konzept der Bertelsmann-Stiftung, Grundelemente der neoliberalen Verwaltungsreform, Online-Broschüre, 2009, Internetlink: <http://www.bertelsmannkritik.de/index.htm> [22.5.2020]

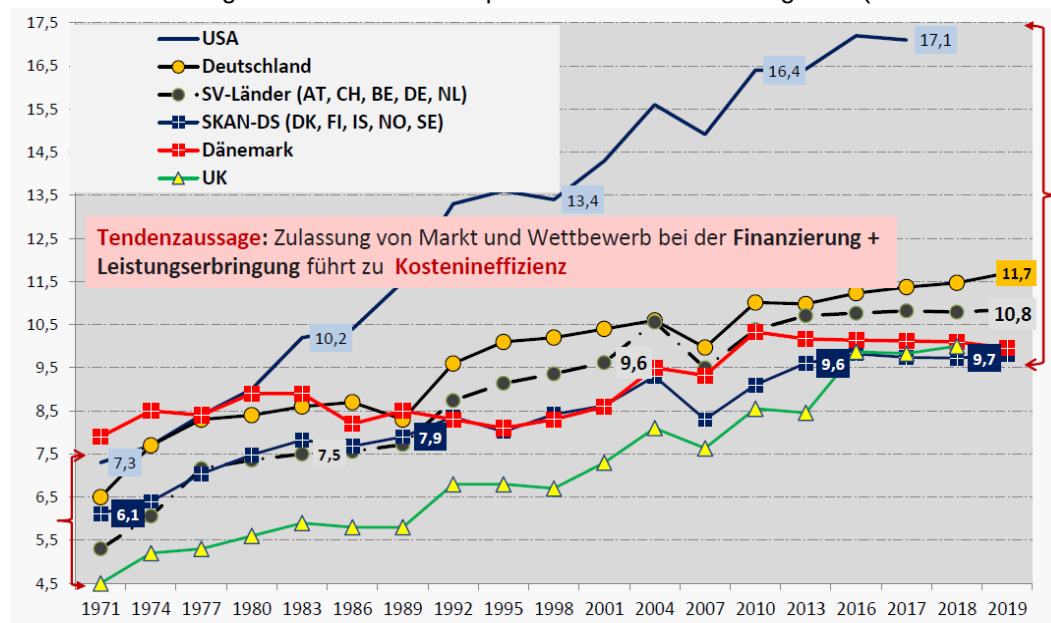
²⁰ Heintze, 2022 (persönliche Mitteilung)

²¹ Deutsches Ärzteblatt, Personalkosten in Arztpraxen deutlich gestiegen, Dt Ärzteblatt, 10. November 2021, Internetlink: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=49&typ=1&nid=128973&s=Praxen&s=%DCberschuss> [7.10.2022], Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI PP), Zi-Praxis-Panel - Tabellenband zum Jahresbericht 2020, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2016-2019, Berlin, November 2021, Tabelle 25 (Jahresüberschuss in Tausend Euro je Inhaber), Internetlink: <https://www.zi-pp.de/veroeffentlichungen.php> [7.10.2022]



Bis zur Priorisierung von Marktmechanismen in den neunziger Jahren lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bei 6,5 bis 8,5 %. Im Anschluss stieg er auf aktuell etwa 11,7 %. Versprochen hatte die Politik jedoch sinkende Gesundheitsausgaben:

Abb. 1: Entwicklung der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben (Anteil am BIP in %) ²²



Gerade im Vergleich mit Skandinavien hat Deutschland heute trotz dramatischer Unterfinanzierung und daraus folgender schlechter Personalschlüssel ein teures Gesundheitssystem. Heintze sieht einen Zusammenhang mit den unterschiedlichen Versorgungssystemen: In Skandinavien z.B. kommt es zu einer aus einem deutschen Blickwinkel paradox anmutenden Wirkung einer Aufwertung von Pflege i.V. mit der Schaffung effektiver, steuerfinanzierter Versorgungsstrukturen durch strikte öffentliche Planung und Gestaltung zu vergleichsweise moderaten Ausgaben für die Krankenhaus- und Langzeitpflege.

1) Bei einer größeren Verantwortung von Pflegekräften ist die Lohnspreizung zwischen ihnen und den Ärztinnen gering.²³

2) Heintze²⁴ erläutert in ihrer Expertise „Auf der Highroad“ einen weiteren Zusammenhang: „Deutschland hat nach Esping-Andersen ein „konservatives Wohlfahrtsregime“. Es setzt (z.B. im Altenhilfebereich) dem Subsidiaritätsprinzip folgend in erster Instanz auf das „Solidarsystem Familie“, und erst in zweiter Instanz auf die gesamtgesellschaftliche Solidarität, also auf staatliche Unterstützung. (... Dies korrespondiert nach Heintze) mit einer Politik, die mehr an der Aufrechterhaltung eines möglichst hohen Anteils von Familienpflege als daran interessiert ist, eine qualitativ hochstehende und für alle gut zugängliche Pflegeinfrastruktur zu schaffen. (...) Kurz gesagt: Es handelt sich um eine Politik, die neben der Öffnung für Privatisierungen darauf abzielt, die Kosten für die Pflege gering zu halten.“²⁵

(... Skandinavien und Island) „sind nach Esping-Andersen „sozialdemokratische Wohlfahrtsregime“ mit einem umfassenden wohlfahrtsstaatlichen Dienstleistungsangebot. Kennzeichen des „servicebasierten Pflegesystems“ sind: Vorrang der formellen Pflege; mittlere bis hohe öffentliche (steuerbasierte)

²² Heintze, C., Systemrelevante Arbeit neu denken Blick auf Gesundheits- und Sozialberufe, In: Diakonische ArbeitnehmerInneninitiative (DiA e.V.) Arbeitszeit ist Lebenszeit auch für Held*innen der Arbeit, 19. Kasseler Fachtagung zum kirchlichen Arbeitsrecht am 15. bis 16.11.21, Kassel, Bremen, Kellner-Verlag, 2022, S.65

²³ ebd.

²⁴ dies., Auf der Highroad- der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem, Ein Vergleich von fünf nordischen Ländern mit Deutschland, Friedrich-Ebert-Stiftung, Düsseldorf, 2015², <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf> [10.7.2021]

²⁵ dies., aaO., 2015², S.6



Finanzierung (Bedarfssteuerung); ein weiter Pflegebegriff; hohe Professionalisierung; qualitativ hochwertige kommunale Pflegeinfrastruktur.²⁶

3) Ein weiterer Faktor ist auch die traditionelle Fixierung auf den Export. Deutschland ist seit Jahrzehnten „Exportweltmeister“. Außen vor bleiben die negativen Auswirkungen für andere Länder, die mehr importieren als exportieren, und mit einem negativen gesamtwirtschaftlichen Ergebnis Schulden machen. Die Fixierung auf einen Exportüberschuss in Deutschland hat nach Heintze zu einer fatalen Geringschätzung der binnenmarktorientierten Dienstleistungen geführt. Sie verhindert, den Pflegesektor als Teil der Wertschöpfung statt als reinen Kostenfaktor zu sehen: Ein auf körperliche Defizite eingengerter Pflegebegriff erfüllte lange die Funktion, den Anteil der nach Gesetz Pflegebedürftigen gering zu halten. Zwischenzeitlich wurde er erweitert, was als Fortschritt zu werten ist. Nach wie vor erfüllen die sorgenden Angehörigen dabei die Rolle eines billigen Pflegedienstes. Und auf dieses deutsche System in der Ausgestaltung nicht nur der Altenhilfe, sondern vergleichbar in den anderen Bereichen der Daseinsvorsorge im Gesundheits- und Sozialwesen trifft jetzt der Fachkräftemangel. Dessen Ursachen wiederum sind sicherlich auch in den Auswirkungen dieser Politik begründet und nicht rein demografisch. Arbeit in Pflege, Betreuung und Begleitung ist in allen Arbeitsfeldern „auf Kante genäht“, unterbezahlt und als „typische Frauenarbeit“ dequalifiziert. Seit Jahren zeigen Untersuchungen, dass Pflegekräfte dem Beruf nach kurzer Zeit den Rücken kehren und junge Menschen keine ausreichenden Anreize für einen Ausbildungsbeginn in sozialen und pflegenden Fachberufen sehen.²⁷ Ebenso sehen aktuelle Studien ein nicht genutztes Potential an Berufsrückkehrerinnen.²⁸

Das Resümee der Expertise von Cornelia Heintze, das auch für alle anderen Arbeitsfelder gilt, schließt 2015 mit dem Satz: „Skandinavische Länder (...) zeigen, dass ein am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem, das gleichermaßen gute Dienstleistungsqualitäten wie Arbeitsbedingungen bietet, eine Frage des politischen Willens ist“.²⁹

Die Folgen der neoliberalen Interpretation des Staates in den einzelnen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens auf die Beschäftigten

Im Gegensatz zu Skandinavien, wo die Kommunen abgesehen vom Krankenhaussektor für alle Leistungen der Prävention, der primären Gesundheitsversorgung, von Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Störungen sowie der Altenhilfe verantwortlich zeichnen - was eine Leistungssteuerung aus einer Hand begünstigt - ist das deutsche System durch starke Diversifizierung mit unterschiedlichen Grundlagen und Akteuren gekennzeichnet:

Im Krankenhaussektor sind Bundesländer, Kommunen, Kassenärztliche Vereinigungen, berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhäuser zuständig, dazu kommt die geteilte Zuständigkeit bei den Reha-Kliniken. In diesem Zusammenhang ist auch die in der ambulanten ärztlichen Versorgung die folgenreiche Trennung der Systeme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu nennen. In der Langfristpflege der Altenhilfe sind es die Regelungen der Pflegeversicherung in der länderspezifischen Umsetzung einschließlich privater Anbieter und die Parallelwelt expandierender grauer Pflegemärkte. In der Eingliederungshilfe wird es z.B. durch landesspezifische Regelungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes wahrscheinlich sechzehn unterschiedlich formulierte Landesrahmenverträge mit unterschiedlichen Refinanzierungsregeln und Bedarfsermittlungen geben.

²⁶ dies., aaO., 2015², S.72

²⁷ z.B. Hasselborn, H.M. et. al., Der Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA), Dortmund, 2005. 135-146; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Systemrelevant - Fachkräfte in der Pflege, Berlin, Dezember 2020, Internetlink: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/system-relevant-161114> [3.3.2021], Rothgang, H., et al., Personalbemessung in der Langzeitpflege, in: Jacobs, Kl. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?, Berlin: Springer, 2019, S. 147 - 157, Internetlink: <https://www.socium.uni-bremen.de/projekte/abgeschlossene-projekte/drittmittelprojekte/?publ=9335&proj=574> [15.5.2022]

²⁸ Arbeitnehmerkammer Bremen et al., „Ich pflege wieder, wenn ...“ - Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Bremen, 2022, Internetlink: www.ich-pflege-wieder-wenn.de [15.5.2022]

²⁹ Heintze, aaO., 2015², S.72

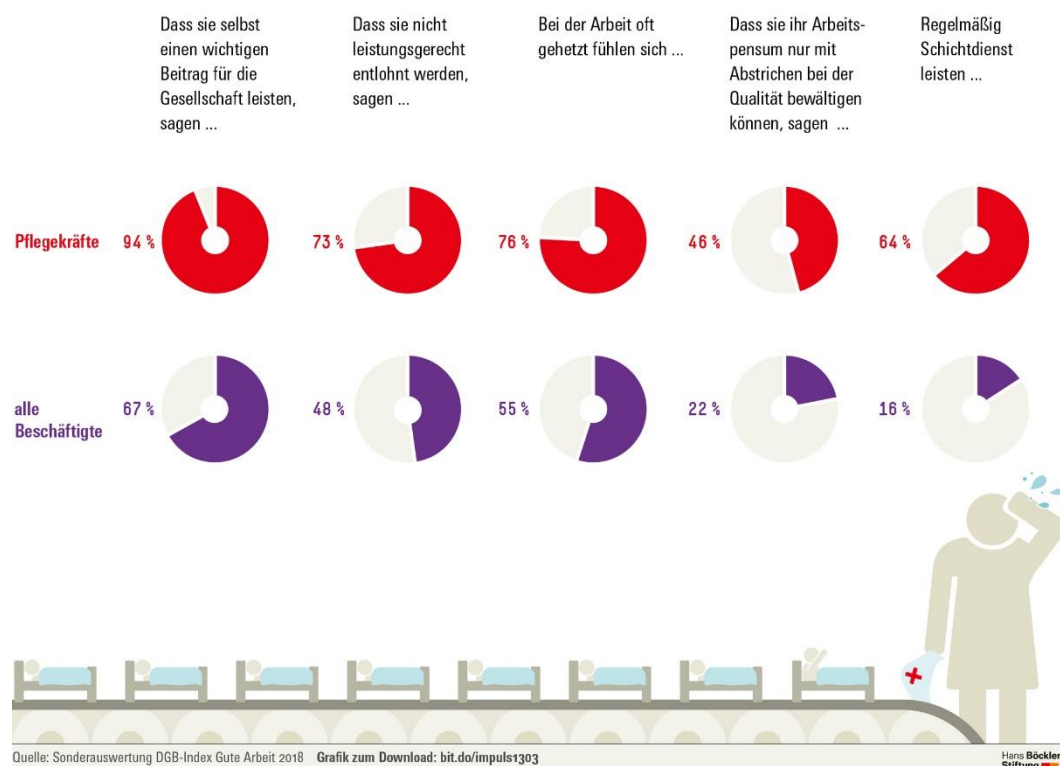


Allen Feldern gemeinsam ist die Notwendigkeit eines grundsätzlichen Systemwechsels, um die Qualität der Arbeit mit den begleiteten Menschen wieder an erste Stelle zu rücken. Eine Strategie des Kurierens an den ärgsten Symptomen, wie sie offensichtlich auch die aktuelle Bundesregierung fortsetzt, ist längst an ihre Grenzen gestoßen.

In der folgenden Abbildung sind die Antworten von Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege dargestellt, die eine Diskrepanz zwischen den Einschätzungen zum gesellschaftlichen Wert ihrer Arbeit im Vergleich ihrer Arbeitsbelastungen aufzeigen:³⁰

Abb. 2:

Hoher Einsatz, wenig Anerkennung



³⁰ Hans-Böckler-Stiftung, Gute Arbeit braucht mehr Zeit. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege müssen verbessert werden. Eine Umfrage zeigt, wo die Beschäftigten selbst den größten Handlungsbedarf sehen, böcklerimpulse, 2015, Internetlink: <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-gute-arbeit-braucht-mehr-zeit-4267.htm>[29.9.2022]



1. Krankenhaus und Psychiatrie

- Pflegenotstand im Kliniksektor als Preis der Ausrichtung auf Markt und Gewinn³¹

„Das deutsche Gesundheitssystem ist kein staatliches, sondern ein von überwiegend privaten Leistungserbringern und Krankenkassen (Gesetzliche und private Vollkrankenversicherungen) selbst organisiertes System, das der gesetzlichen Rahmensteuerung unterliegt. Ein direkt an den Staat adressiertes Recht der Bürgerinnen auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sieht dieses System nur in Teilbereichen vor.“³² Diese Grundstrukturen sind aus der Endphase der Weimarer Republik und des NS-Regimes übernommen.

„Im internationalen Vergleich weist das korporistische deutsche System eine Reihe von Schwächen auf:

- Es existiert kein integriertes Gesamtsystem, bei dem Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung in der Orientierung an guten Ergebnissen für die gesamte Bevölkerung ineinandergreifen. (...)
- Finanzierungsseitig existieren mit den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Privaten Krankenkassen (PKV) konträre Vollversicherungssysteme. Das Beihilfesystem der Beamten kommt hinzu, ebenso wie die Investitionsverpflichtung der Bundesländer (...).
- Leistungsseitig sind ambulante und stationäre Versorgung relativ strikt voneinander getrennt. Dies ist (ebenfalls) ein Relikt aus der NS-Zeit. Ausnahmen bestehen bei den Universitätskliniken und den Notfallambulanzen. (...)
- (Das System ist stark) arztzentriert mit einem hohen Ausmaß nicht sachgerechter Fehlversorgungen. (...) Das gegliederte System begünstigt aufgrund seiner Doppelstrukturen und seines geringen Niveaus an fachübergreifender Kooperation das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Zwischen den ärztlichen Berufen und im Verhältnis zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen besteht eine ausgeprägte Hierarchie. Für Versorgungskonzepte, die auf Multidisziplinarität und berufsübergreifender Kooperation gründen, entstehen dadurch hohe Hürden. (...)³³

Den sozialen Arbeitsfeldern ist gemeinsam das zunehmende Auseinanderklaffen der v.a. Personalkosten gegenüber den staatlichen Einnahmen - es wird häufig das Bild der sich öffnenden „Schere“ verwendet. Die folgende Abbildung (Abb. 3) stellt als Beispiel im Krankenhaussektor „die Entwicklung der KHG-Fördermittel, des BIP und der Krankenhausaufgaben gegenüber und veranschaulicht die(se) immer weiter auseinandergehende Schere. Im Vergleich zum Jahr 1991 sanken die KHG-Fördermittel bis 2020 nominal um ca. 10 %, während das BIP im selben Zeitraum um 110 % anstieg und sich die bereinigten Kosten der Krankenhäuser bis 2019 um ca. das 2,69-fache erhöhten.“³⁴

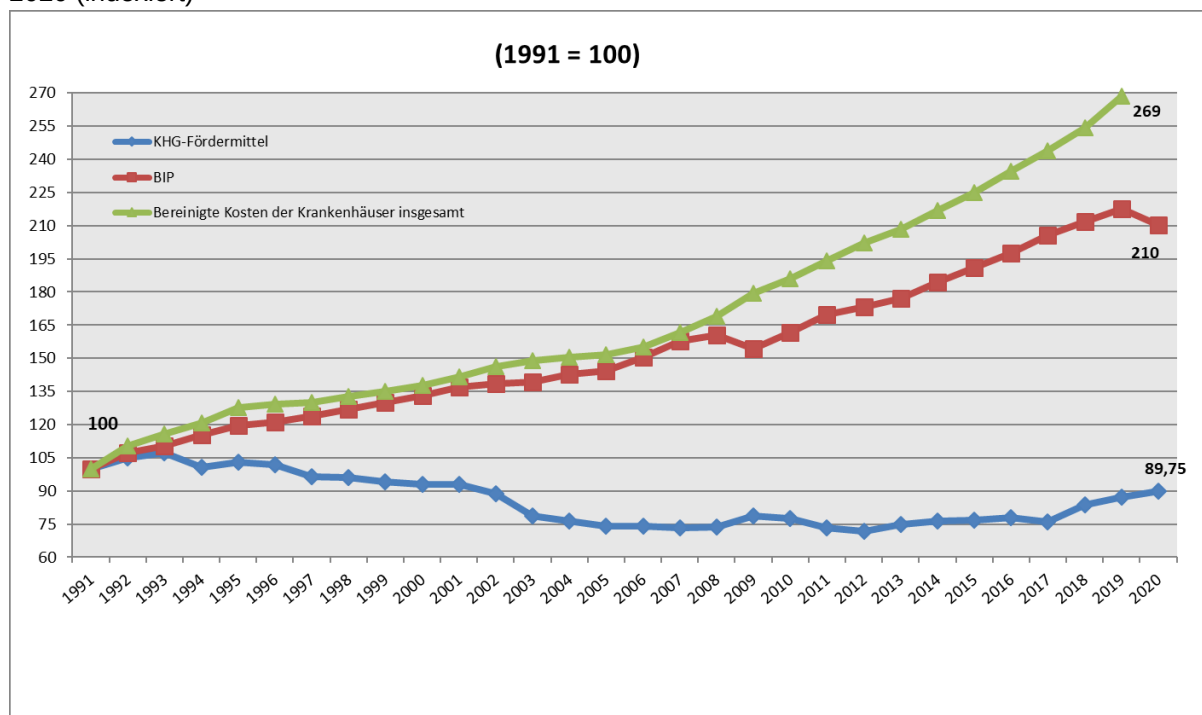
³¹ vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser - Kritik und Alternativen, 2020⁵, Internetlink: www.krankenhaus-statt-fabrik.de [2.1.2022]; Dohmen, A., Fiedler, M., Rätz, W. & Schüßler, W., Gesundheit ist (k)eine Ware, Wenn Geld die Medizin beherrscht! Ursachen - Folgen - Alternativen, Attac Basis Texte 43, 2013, Heubel, F. et al.: Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. VS Verlag, 2010, Simon, M., Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Eine kritische Bestandsaufnahme für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 196, Berlin, 2020, Internetlink: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5fad088fc59f243f766be36e/download/p_fofoe_WP_196_2020.pdf [16.11.2020]

³² Heintze, C., Pflege in der Dauerkrise. Die Logik des Marktes geht zu Lasten des Pflegepersonals und der Qualität, In: AG Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum 2018, Bremen, 2018a; S.137-169 (hier S.140ff), Internetlink: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/kontext/controllers/document.php/21.b/b/10850ecce6dfed1b4d04d30d73711a> [10.07.2021], weitere Ausführungen in Heintze, 2022, aaO, S.57ff

³³ ebd.

³⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021 - Dezernat II – Krankenhausfinanzierung und -planung - Stand: Dezember 2021, S.83f, Internetlink: <https://www.dkgev.de/service/publikationen-downloads/bestandsaufnahme-zur-krankenhausfinanzierung-durch-die-bundeslaender/> [2.10.2022] - In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Abb. 3: Entwicklung der KHG-Mittel, des BIP und der bereinigten Kosten der Krankenhäuser von 1991 bis 2020 (indexiert)



Im System der Marktmechanismen seit den 90er Jahren hat sich die Trägerstruktur in Deutschland stark in Richtung For-Profit verschoben (vgl. Abb. 4, 5). „Auf die Tagesordnung kam eine Politik der neoliberalen „Strukturreformen“, die primär die Krankenhäuser adressierte. Grundlegend war folgende These: Wenn bei den stationären Leistungserbringern die Geringhaltung der Kosten dadurch belohnt wird, dass Gewinne einbehalten werden können, kommt ein Prozess der Effizienzsteigerung in Gang, dessen kostendämpfende Effekte die Finanzierbarkeit guter medizinischer Leistungen auf Dauer sichern. Dies komme allen zugute.“³⁵ Inzwischen bestimmen Investoren in manchen Bundesländern auch über einen großen Teil der stationären Gesundheitsversorgung.³⁶ Die versprochene Hebung von „Wirtschaftlichkeitsreserven“ bei zugleich besserer Qualität trat nicht ein.

Die Privatisierung von Kliniken z.B. in Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen oder Hessen zeigen politisch gewünschte Ergebnisse. Gewerkschaften sprechen von „Rosinenpickerei“, wenn dabei wie häufig nur lukrative Bereiche übernommen werden. Defizitäre Bereiche sollen gerne öffentlich-rechtlich oder konfessionell fortgeführt werden. Alternativ wird durch die Privaten nur eine „Not“-Versorgung in diesen wenig Gewinn versprechenden Bereichen gewährleistet. Mit den Unikliniken Gießen/Marburg sind z.B. immer wieder Beispiele einer Mangelversorgung in privatisierten Kliniken an die Öffentlichkeit gelangt.³⁷ Aktuell gibt es in betroffenen Bundesländern eine Diskussion darum, frühere Privatisierungen mit zusätzlichem Kapitaleinsatz i.S. des ärztlichen Auftrags heilen zu können.

³⁵ Heintze, C. aaO, 2019a, S.141ff

³⁶ Bundesärztekammer: Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit - Voraussetzungen, Wirkungen, Konsequenzen und Potenziale aus ärztlicher Sicht, Berlin Juni 2007, Internetlink: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Privatisierung_Krankenhaeuser_2007.pdf [22.5.2020]

³⁷ z.B. Hontschik, B. Unikliniken Gießen/Marburg. Eine Geschichte des Scheiterns, Frankfurter Rundschau, 12.1.2019, Internetlink: <https://www.fr.de/ratgeber/gesundheit/eine-geschichte-scheiterns-11415317.html> [2.2.2021]



Abb. 4: Krankenhäuser nach Trägerschaft, Anteile in den Jahren 1991, 2005 und 2019³⁸

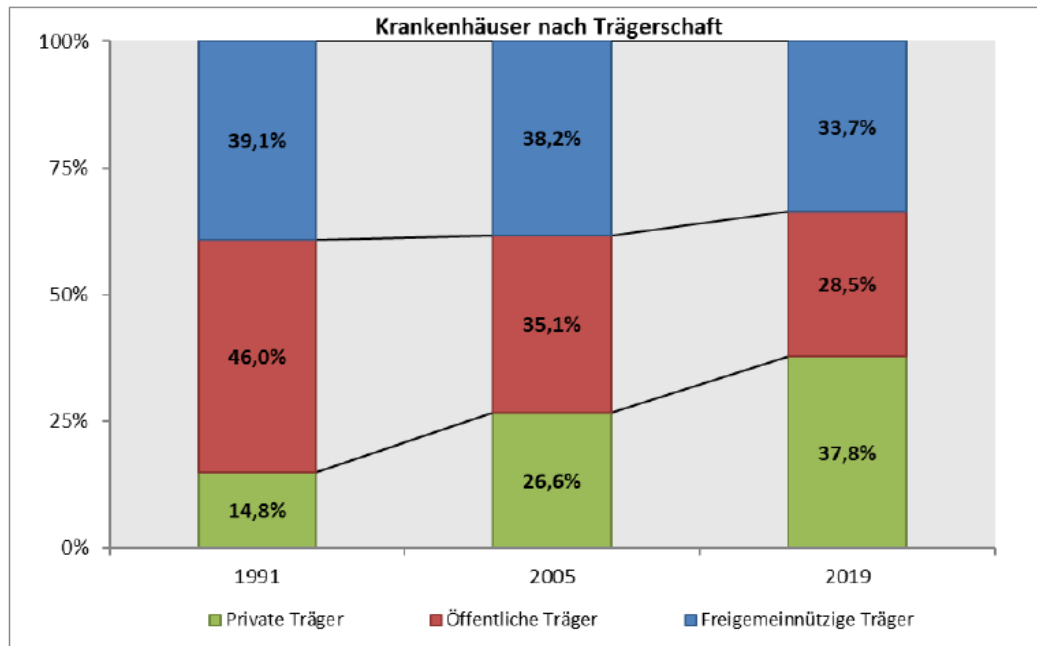
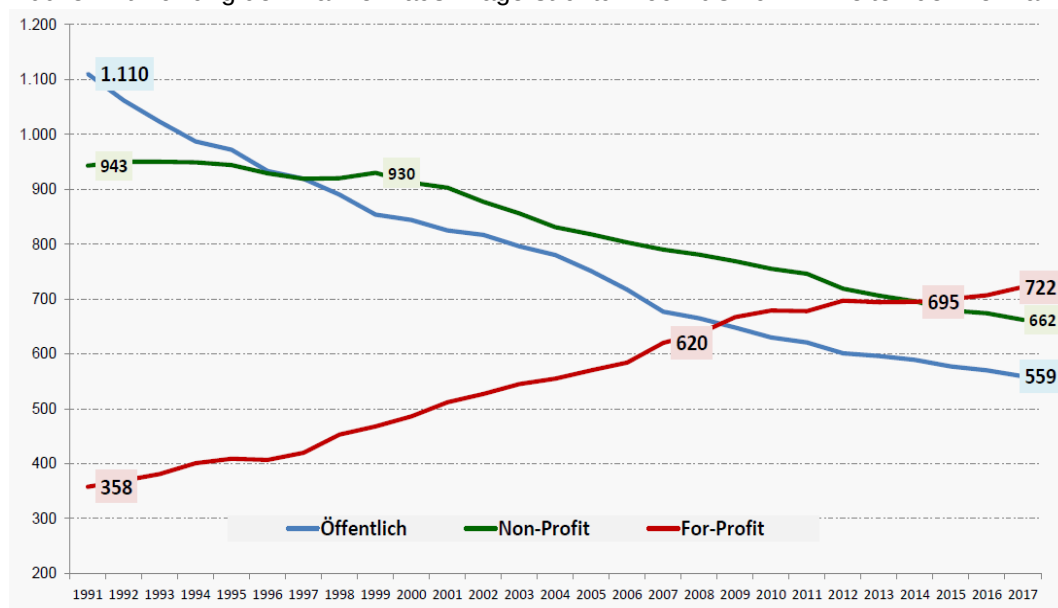
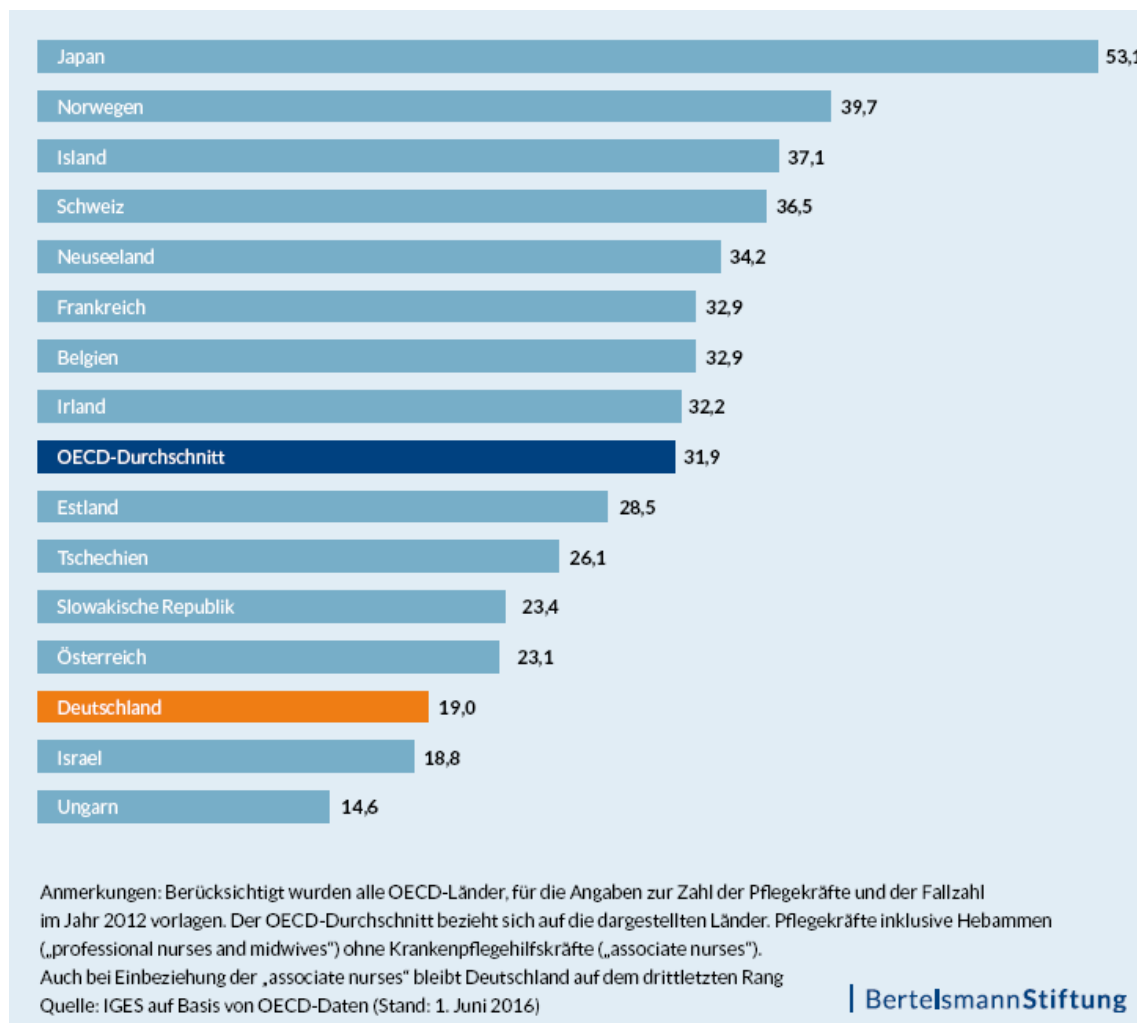


Abb. 5: Entwicklung der Krankenhaus-Trägerstruktur 1991 bis 2017 in Zeiten der Vermarktlichung³⁹



³⁸ Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), aaO., 2021, S.33

³⁹ Destatis, Krankenhausstatistik (Fachserie 12, Reihe 6.1.1.), eigene Auswertung, zit.n. Heintze, aaO, 2019a

Abb. 6: Anzahl der Pflegekräfte im Krankenhaus (VZÄ) je 1.000 Fälle im internationalen Vergleich, 2012⁴⁰

Auf 1000 Klinikbehandlungsfälle kommen in Deutschland nach dieser OECD-Statistik halb so viele Pflegekräfte (VZÄ) wie in Norwegen oder Island.

In der Krankenhauspflege fehlen derzeit mindestens 100.000 Vollkräfte.⁴¹ Der Pflege-Report 2019 der AOK sieht bei reiner Trendfortschreibung bis 2050 einen Zusatzbedarf von etwa 380.000 Vollkräften.⁴² Die geringe Versorgung der Patientinnen durch Pflegekräfte in Deutschland hat einen Grund: „Für die Generierung hoher Erlöse aus Fallpauschalen (DRG) werden Ärzte benötigt. Sie beeinflussen die Höhe der Erlöse durch die Art ihrer Diagnosen und die vorgesehenen medizinisch-therapeutischen Interventionen ganz wesentlich.“⁴³ Pflegekräfte sind dabei nur ein Kostenfaktor, den es zu minimieren gilt. Die eigentlich in den Fallpauschalen auch für Pflege vorgesehenen Mittel, kommen daher nur unzulänglich in der Pflege an.

⁴⁰ Bertelsmann-Stiftung/IGES, Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, Gütersloh, 2017, S.47

⁴¹ Simon, M., Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Working-Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 096, Düsseldorf, 2018

⁴² Jacobs, Kl. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langfristpflege – aber woher?, Berlin: Springer, 2019, S.15ff

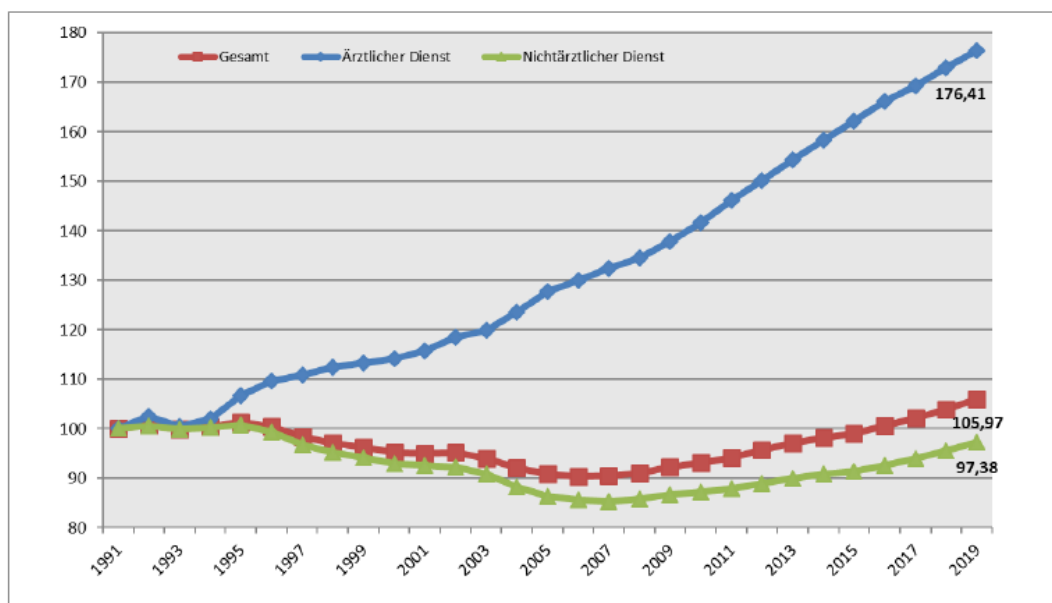
⁴³ Heintze, C., Systemrelevante Arbeit neudenken Blick auf Gesundheits- und Sozialberufe, Vortrag auf der Tagung der Diakonischen ArbeitnehmerInneninitiative (DiA e.V.) Arbeitszeit ist Lebenszeit auch für Held*innen der Arbeit, 19. Kasseler Fachtagung zum kirchlichen Arbeitsrecht am 15.11.21, Kassel, 2021a



„Das Fallpauschalensystem, nach dem die Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Rendite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt (...). Es bestraft den sparsamen Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln. Es bestraft auch Krankenhäuser. (...) So kann gute Medizin nicht funktionieren.“ (Ärzte-Appell vom September 2019).⁴⁴

Die tatsächliche Entwicklung von Operationen bestätigt anonyme Ärzteaussagen: „Erlösgenerierung durch Steigerung der OP-Zahlen statt patientenorientierter Medizin“:⁴⁵ „Mit der Einführung der Fallpauschalen haben v.a Operationen am Bewegungsapparat wie Knie oder Hüfte stark zugenommen - hierfür gibt es Geld, Fallpauschalen machen sie erlösrelevant. Das Verhältnis von Pflegekräften zu Ärztinnen hat sich in der Folge massiv zugunsten der Ärztinnen verschlechtert (s.Abb.7 und 8). Erst in den letzten Jahren wurde dies als Problem erkannt, dass durch Ärztinnen generierte Einnahmemöglichkeiten nicht realisierbar sind, wenn das pflegende Personal fehlt. Als sich dann die Indizien dafür häuften, dass sich die schlechte pflegerische Personalausstattung negativ auf das Patientenwohl auswirkt, begann die Politik mit zaghaften Korrekturen. Bislang ohne durchgreifenden Erfolg.“⁴⁶

Abb.7:Entwicklung der Beschäftigtenzahlen (indexiert, 1991 = 100)⁴⁷

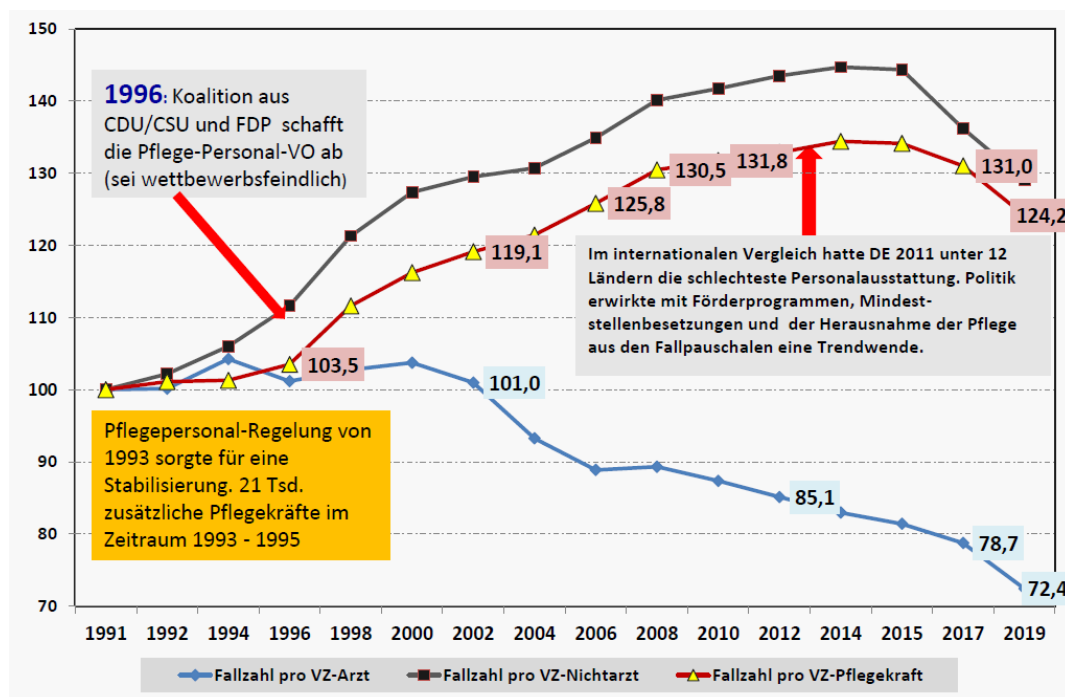


⁴⁴ zit. nach Heintze, C., Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad: Hohe volkswirtschaftliche Bedeutung bei geringer Effizienz, Effektivität und Transparenz, „MEMORANDUM 2020“, Kapitel: „5 Gesundheitsversorgung: Fehlentwicklungen stoppen“, Bremen, 2020a, S.25, Internetlink: www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656339 [22.2.2022]

⁴⁵ dies., Pflege in der Dauerkrise. Fehlentwicklungen in Gesundheit und Pflege, Vortrag auf der Memo-Sommerschule am 06.09.2018 in Bielefeld, 2018

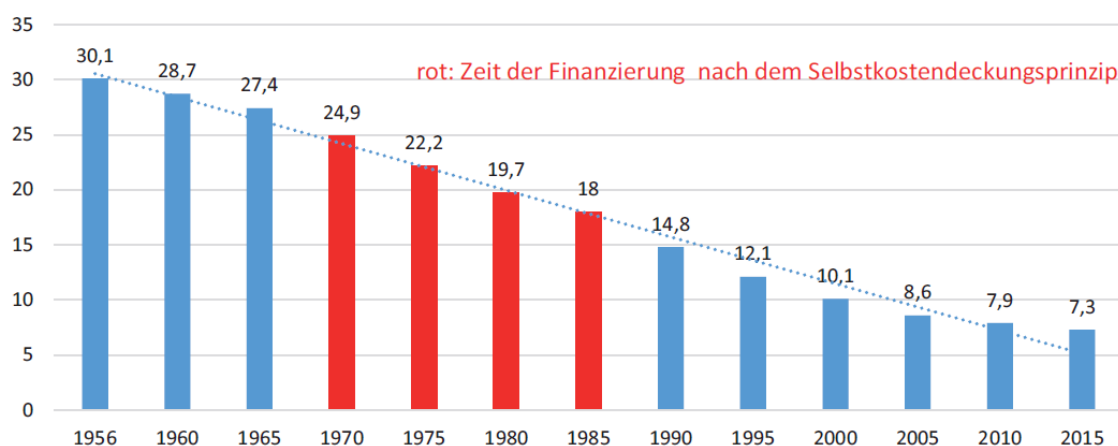
⁴⁶ dies., Das deutsche System der Altenpflege. Der deutsche Weg und seine Grenzen – eine kritische Darstellung des deutschen LTC-Systems entlang von 10 Fragen, Friedrich-Ebert-Stiftung, 30.11.2021d, Internetlink: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656682.altenpflege.html> [31.12.2021]. vgl. dies., 2018b aaO); Heubel, F., Ärztliche Professionalität als oberste Bedingung - Die Ökonomisierung drängt leitende Klinikmediziner zu unternehmerischem Denken. Die Kammer lässt sie im Stich, Frankfurter Rundschau, 24.5.2019

⁴⁷ Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), aaO, 2021, S.32

Abb. 8: Entwicklung der Fallzahlen pro Vollzeit Ärzte und Vollzeit Pflegekräfte (1991 = 100)⁴⁸

Von 1996 bis 2006 stiegen die Krankenhaus-Fallzahlen. Während die Vollkräfte des Pflegedienstes reduziert wurden, stieg der Anteil der Ärzte, die durch ihre Diagnosen für Einnahmen sorgen.⁴⁹ Diese Spreizung nahm auch nach Intervention der Politik bis 2015 zu.

Parallel dazu sank die Verweildauer in den Krankenhäusern (s.Abb. 9) extrem. In der somatischen Medizin ist unter Pflegekräften die „blutige Entlassung“ inzwischen als gängige Bezeichnung für eine ökonomischen Kriterien zugrundeliegenden zu frühe Entlassung bekannt.

Abb. 9: Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle Krankenhäuser⁵⁰

⁴⁸ Heintze, C., Systemrelevante Arbeit neu denken Blick auf Gesundheits- und Sozialberufe, In: Diakonische ArbeitnehmerInneninitiative (DiA e.V.) Arbeitszeit ist Lebenszeit auch für Held*innen der Arbeit, 19. Kasseler Fachtagung zum kirchlichen Arbeitsrecht am 15. bis 16.11.21, Kassel, Bremen, Kellner-Verlag, 2022, S.60

⁴⁹ Heintze, C., ebd.

⁵⁰ Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, »Kostendeckung 2.0« statt DRG-System Krankenhausfinanzierung nach Gemeinwohl – statt nach Marktprinzip, März 2022, S.3, Internetlink: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53215> [25.9.2022]



Die Finanzierung der Pflege läuft seit 2020 außerhalb der Fallpauschalen über ein eigenes Budget: „Mit dem Anfang 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2020 ein Pflegepersonalquotient entwickelt, der die Mindestausstattung eines Krankenhauses mit Pflegekräften festlegt. (...) hier wurde in das Direktionsrecht der Klinikleitungen eingegriffen, der Kosteneinsparung wurden Grenzen gesetzt. Dann geschah der Systembruch: Mit dem PpSG wurden erstmals zusätzlich zur DRG-Finanzierung Gelder aus dem Gesundheitsfonds für die Pflege zur Verfügung gestellt. Tarifsteigerungen (sowohl lineare als auch strukturelle Anhebungen) werden seitdem vollständig refinanziert. Dies gilt für die „Pflege am Bett“, also für Pflegeleistungen mit direktem Patientenkontakt.⁵¹ „In dieser Vorgehensweise gibt es prinzipiell keine Gewinnmöglichkeiten. Abgerechnet werden können nur angefallene Kosten, nicht jedoch geplante Gewinne. (...) Würde diese Regelung fortgeführt, der privaten Kapitalanlage im Krankenhaussektor wäre damit der Boden entzogen. In den Krankenhäusern existieren daher derzeit diese zwei Finanzierungssysteme nebeneinander. Dies diene der Systemrettung. Die Politik allerdings hält bislang am gescheiterten System der DRG´s fest. In den Koalitionsverhandlungen hat sie die Ausdehnung der DRG´s auf die ambulante Pflege festgeschrieben. Zu den „Fehlwirkungen“ der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpugV) von 2019 - eines anderen politischen Aktionismus“.⁵²

Als aktuelles Beispiel für den Versuch unter der ökonomischen Prämisse Verbesserungen für die Arbeitsbedingungen der 700.000 Beschäftigten in der Krankenpflege zu „zaubern“ ist das Ende 2022 beschlossene „Krankenhauspflegeentlastungsgesetz“ zu sehen. Dieses geht auf das „Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument- PPR 2.0“⁵³ der Gewerkschaft ver.di, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zurück. Patientinnen in Krankenhäusern ohne Entlastungstarif sollen täglich je nach dem Pflegebedarf für verschiedene Bereiche in unterschiedliche Leistungsstufen eingeteilt werden und entsprechend ein Budget für ihre Behandlung erhalten. Die Krankenkassen kritisieren das System als untauglich, da es neue Bürokratie schaffe. Damit flammt wieder eine ineffektive Diskussion auf, die bereits in der Vergangenheit ohne Ergebnis blieb.

Im Herbst 2022 sah die Situation folgendermaßen aus, wie ein Bericht über den Entwurf des Gesetzes zur „Trendwende“ verdeutlicht: „Seit Jahrzehnten ist es politische Praxis, dem Bundesfinanzminister möglichst wenig Mitspracherechte bei Belangen der Krankenversicherung zu geben, um eine Gesundheitsversorgung nach Kassenlage zu verhindern. Doch ausgerechnet unter Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD), der derartige Risiken bestens kennt, (hat) nun für Finanzminister Christian Lindner (FDP) eine Eingriffsmöglichkeit geschaffen, die es in dieser Form bisher nicht gibt: Künftig (wird) der Kassenwart detailliert mitbestimmen (...), wie Patient*innen im Krankenhaus versorgt werden. (...) Konkret geht es um die Festlegung, wie viele Pflegekräfte in Kliniken eingesetzt werden. (...)“

Das ergibt sich aus dem Text des „Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes - KHPfEG“. Darin heißt es im Unterschied zu ersten Entwürfen aus dem Gesundheitsministerium, Einzelheiten der neu geplanten Personalbemessung würden durch Rechtsverordnung „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ festgelegt.⁵⁴

Die Gewerkschaft ver.di bewertete den neuen Entwurf in einer Stellungnahme folgendermaßen: „Die Einführung der PPR 2.0 als bedarfsgerechte Personalbemessung in der Krankenhauspflege muss verbindlich kommen – so, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde (...). In dem gegenüber der ursprünglichen Vorlage verwässerten Gesetzestext heißt es lediglich, dass das

⁵¹ Heintze, C. aaO., 2021, S.238

⁵² dies. aaO., 2022, S.61-62

⁵³ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, ver.di, Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0, DKG, DPR und ver.di haben dem Bundesgesundheitsministerium das gemeinsame Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 am 13. Januar 2020 vorgestellt., Berlin, 2020

⁵⁴ Szent-Ivanyi, T., Lindner redet mit - Lauterbachs Plan zur Zahl der Pflegekräfte, Frankfurter Rundschau, 10.9.2022, Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfEG) vom 20. Dezember 2022 Internetlink: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl122s2793.pdf [8.1.2023]



Bundesgesundheitsministerium eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen „kann“. Zudem fehlt der eindeutige Bezug zur PPR 2.0 (...).⁵⁵

Das KHPfLEG ist am 22.12.2022 beschlossen worden. Wie die Ausgestaltung in der Praxis sein wird, ist offen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat 2023 ein Konzept für eine Klassifikation von Kliniken vorgeschlagen, die von einer „Grundversorgung“ (im ländlichen Raum) bis zur Spezialklinik mit allen Schwerpunktstationen (Unikliniken) vorgeschlagen, das mit den Länderministerien beraten wird. Parallel mehrten sich im Sommer 2023 die Meldungen über Klinik-Insolvenzen.⁵⁶

Kern des Problems ist und bleibt die Einführung von Fallpauschalen in dieser Form und Intention in Deutschland.

„Auch in anderen Ländern existieren DRG-Systeme. Insoweit liegt ein international anerkanntes System vor, dem jedoch nicht alle Länder mit hochentwickelten Gesundheitssystemen folgen. Bei den Ländern mit DRG-System wiederum muss die Art der Ausprägung und des Einsatzes berücksichtigt werden. Teilweise wird darüber nur ein bestimmter Prozentsatz der erbrachten Leistungen abgerechnet, zum Beispiel die Fälle, in denen Patienten sich in steuerfinanzierten Systemen wie dem dänischen in einem Krankenhaus behandeln lassen, das außerhalb der eigenen Region liegt, was interregionale Kostenerstattungen notwendig macht. Oder die DRG's werden weniger für Abrechnungszwecke als für Zwecke von Controlling und Berichtswesen eingesetzt, wie z.B. in Finnland.“⁵⁷

Hier ansetzend ist eine Abschaffung des Fallpauschalensystems in Deutschland zu fordern.

Der Bundesgesundheitsminister hat zur Jahreswende 2023 angekündigt, „eine Revolution (...) und den Vorrang der Ökonomie zu stoppen“. Man wird wieder einmal abwarten müssen, ob von diesen Ankündigungen im Diskussionsprozess zwischen den „Stakeholdern“ (einschließlich privater) substantielles herauskommt, das die Pflegesituation für Patientinnen und Beschäftigte entscheidend verbessert.

In der Psychiatrie wurde das „Pauschalierende Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“ mit der gleichen Absicht wie das DRG-System im somatischen Bereich eingeführt:

„Die Entscheidung für Preise auch in der Psychiatrie, oder wie es verharmlosend im Gesetzestext hieß: für ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen« fiel 2009 durch den neuen §17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenversicherungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden damit beauftragt, ein den gesetzlichen Vorgaben entsprechendes Entgeltsystem (...) einzuführen und jährlich weiterzuentwickeln. Da die Vertragsparteien sich anfangs nicht einigen konnten, wurde der PEPP-Entgeltkatalog 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Die budgetwirksame Einführung wurde, auch aufgrund anhaltender Kritik und massiven Protesten unter anderem seitens Berufsverbänden und Gewerkschaften⁵⁸, mehrfach verschoben. (...)

Gleichzeitig sollte die gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessung für die therapeutischen Berufe incl. Pflege (PsychiatriePersonalverordnung – PsychPV) von 1991 außer Kraft gesetzt werden – eine weitere

⁵⁵ Es heißt in „§ 137k SGB V - Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), ver.di fordert deutliche Korrekturen am Gesetzentwurf zu Personalvorgaben in Krankenhäusern, Berlin, 15.9.2022, Internetlink: <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++34e9ada2-34e1-11ed-8823-001a4a16012a> [2.10.2022]

⁵⁶ Baureithel, U., Klinikahlschlag mit Fragezeichen, der Freitag, Nr. 29, 20. Juli 2023, S.5, Pleitewelle in Kliniken rollt an, Insolvenzantrag der St. Vincenz-Kliniken im Kreis Paderborn, Neue Westfälische, 3.8.2023

⁵⁷ Heintze, C., Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad: Hohe volkswirtschaftliche Bedeutung bei geringer Effizienz, Effektivität und Transparenz, Langfassung des „MEMORANDUM 2020“ Kapitels: „5 Gesundheitsversorgung: Fehlentwicklungen stoppen“, Bremen, 2020a, S.25, Internetlink: www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656339 [22.2.2022]

⁵⁸ z.B. Steinhart, I. & Wienberg, G., Reformstau in der psychiatrischen Regelversorgung. Die Standards der Wissenschaft und der UN-BRK müssen Grundlage eines neuen Finanzierungssystems werden, Psychosoziale Umschau, 2014, 3, 10-12



Parallele zum DRG-System. Das ist auch folgerichtig, weil Preise und Personalvorgaben sich ausschließen. Personalvorgaben und ihre Finanzierung sind eine Form der Selbstkostendeckung, Preise beruhen auf der freien Verwendung der Einnahmen incl. Zweckentfremdung der Einnahmen für Investitionen und Gewinnentnahmen. (...) Es wurden im PEPP degressive Tagespreise festgelegt und nicht Fallpreise. Es handelt sich in beiden Fällen um Festpreise, die nach politischen Vorgaben verhandelt werden. Damit war auch klar, dass die Folgen dieselben sein würden wie bei den DRG: Eine zunehmende Ökonomisierung und immer mehr Markt und Wettbewerb.

Innerhalb eines solchen Preissystems handelt ökonomisch vernünftig, wer

1. möglichst wenig Kosten pro Fall produziert (dann ist der Gewinn am höchsten),
2. möglichst viele Fälle behandelt, bei denen ein Gewinn sicher ist,
3. möglichst Fälle vermeidet, bei denen ein Verlust wahrscheinlich ist.

Damit war klar: Mit PEPP sind Personalabbau, Leistungsausweitungen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion und Verweildauerverkürzung programmiert.⁵⁹

Wie auch im DRG-System der Somatik sind weitere Folgen eines solchen Marktsystems z.B. der Verlust von Vertrauen in die Psychiatrie oder die defizitorientierte Darstellung von Patient*innen als möglichst krank. Damit wird - so das Resümee des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik - die psychische Gesundheit als bislang ausgesparter Bereich im Krankenhaussektor ebenfalls zur Ware und eine Zwei-Klassen-Medizin zunehmen.

In beiden Bereichen ist die Abschaffung der Fall- und Tagespauschalsysteme und eine echte Personalbemessung, die an der Pflegequalität orientiert ist, der notwendige Systemwechsel. Weitere Forderungen hat das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik aufgestellt.⁶⁰ Fast zwanzig Jahre Finanzierung durch DRG-Fallpauschalen haben gezeigt, welchen Einfluss die finanziellen Rahmenbedingungen auf die Art und Weise entwickeln, wie Menschen im Krankenhaus behandelt werden.

2. Altenpflege - desolate Arbeitsbedingungen in einem privatisierten Markt

Wie mit Hilfe von Heintze oben ausgeführt ist in Deutschland die Altenpflege im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern familienorientiert konzipiert. Ein grundsätzlicher Aspekt betrifft dabei die Frage: Wer von den Angehörigen führt die Pflege denn innerfamiliär aus? Der Sozialrechtsexperte Thomas Klie stellte dazu in einem Interview fest. „Die Pflegeversicherung baut auf einem klassischen Gendernormativ auf: Sie drängt Frauen in diese Rolle hinein, ob sie wollen oder nicht. Wir wissen: Angehörige pflegen nicht immer freiwillig, sondern oftmals aus Alternativlosigkeit. Die Pflege verändert ihr Leben grundlegend, oft über Jahre. Das ist unverantwortlich. Und es verursacht hohe Kosten – persönlich, volkswirtschaftlich und gesundheitsökonomisch.“⁶¹

In Deutschland erbringt die Pflegeversicherung auf der Basis einer „Teilkaskoversicherung“ durch den Staat politisch gedeckelte Leistungen. Im Gegensatz zur KfZ-Teilkaskoversicherung werden die über einen Festbetrag hinausgehenden Kosten wie z.B. durch Verbesserung der Versorgung durch mehr Personal oder die jährlichen inflationsbedingten Aufschläge nicht über die Versicherung, sondern durch die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen getragen.

Eine 2020 vorgelegte Studie zeigt auf, dass in der Altenpflege Pflegepersonalmehrbedarfe von bundesweit gut 100.000 Vollkräften bestehen.⁶² Die ambulante Pflege ist dabei noch nicht berücksichtigt.

⁵⁹ Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, aaO. 2020⁵, S.126ff

⁶⁰ dass., aaO. 2022

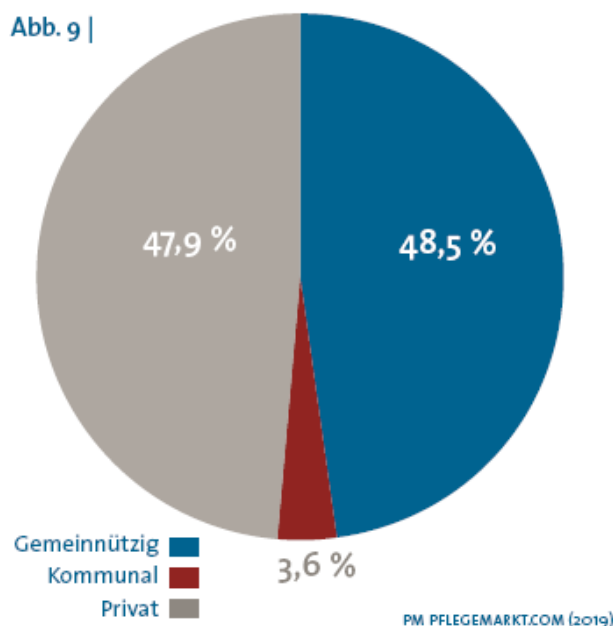
⁶¹ Frey, C., „Menschen kommen wegen Netzwerkschwäche ins Heim“ - Ringt um eine gute Pflege!, Frankfurter Rundschau, 29.3.2023, Internetlink: <https://www.fr.de/wirtschaft/menschen-kommen-nicht-wegen-blasenschwaeche-ins-heim-sondern-wegen-netzwerkschwaeche-92177047.html> [25.6.2023]

⁶² Rothgang, H., et al., aaO., 2019 vgl. Fn. 17

Auf dieser Grundlage ist die Altenpflege als Folge der seit 1995 in Deutschland geltenden Marktmechanismen einerseits durch einen hohen Anteil privater v.a. renditeorientierter Altenheime gekennzeichnet und andererseits durch eine auf Beschäftigtenseite desolante Arbeitssituation in stationärer und ambulanter Pflege: schlechte Vergütungssituation auf der Grundlage geringer Tarifbindung, Flucht in Teilzeit, geringe Verweildauer von 5 bis 7 Jahren im Beruf und hohe Fluktuation werden ergänzt durch massive Arbeitsbelastungen und hohe Krankenstände.⁶³

Privatisierung von Altenheimen⁶⁴

Abb. 10: prozentuale Verteilung der Anteile in den Altenheimen in Deutschland



In der Altenhilfe wird bereits etwa die Hälfte der Einrichtungen privat - v.a. durch Investorengesellschaften - geführt (Abb. 10). In den durch Privatisierung betroffenen Bereichen zeigen sich personalbezogen häufig die gleichen Probleme: Lohndumping durch Tariffucht bei gleichzeitiger Personalreduzierung und Störung der gesetzlichen Mitbestimmung.⁶⁵

Aktuell heißt es im Herbst 2022 in einer Zeitungsnotiz⁶⁶ folgendermaßen:

„Immobilienbranche nimmt Pflegeheime in den Blick

Angeichts der alternden Bevölkerung werden Pflegeheime für Immobilieninvestoren attraktiver. In einer Umfrage unter knapp 500 Vertretern der Immobilienbranche sagten über zwei Drittel (69 Prozent), dass Bauten für die Pflege an Bedeutung gewinnen würden. An zweiter Stelle folgten Wohnungen, an dritter Stelle Immobilien für die Gesundheitsbranche. Befragt wurden im Juli 493 Fachleute vom Marktforschungsinstitut IfaD im Auftrag der Münchner Messegesellschaft. dpa“

Auch wegen der Arbeit am Limit ist die Teilzeitquote in der Langzeitpflege extrem hoch (s.Abb. 11).

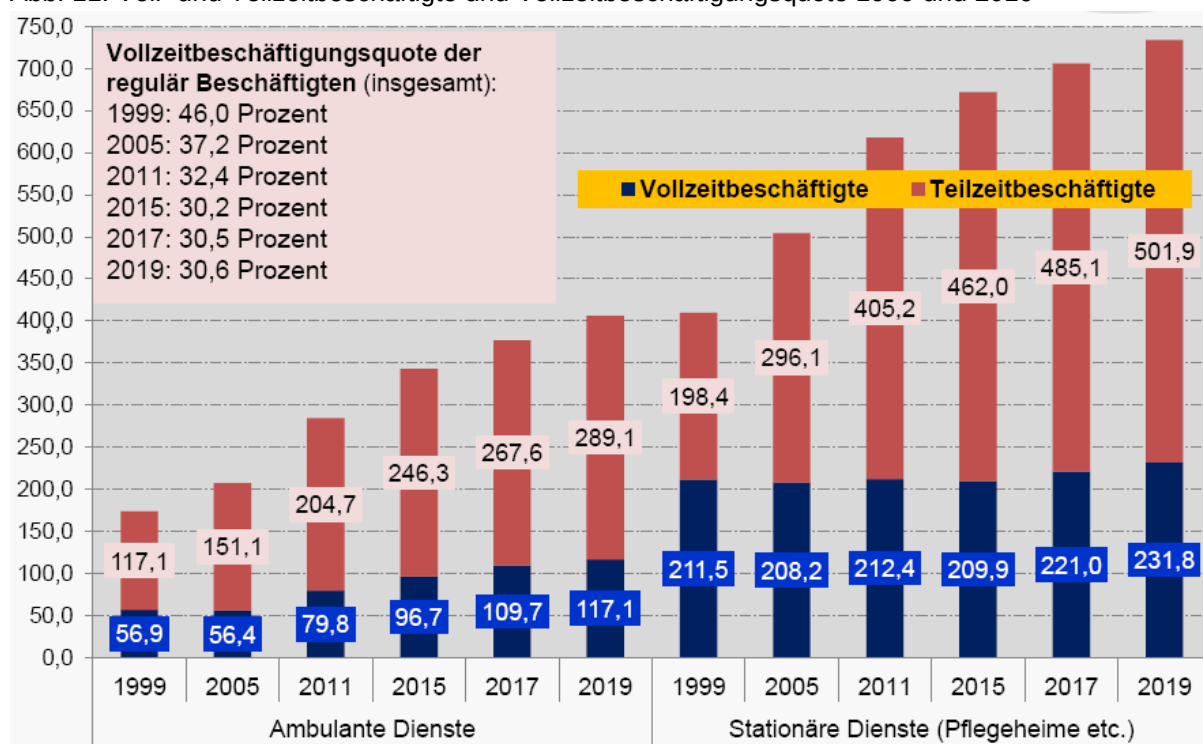
⁶³ z.B. Goesmann, Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik (2009); verdi: Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen, Beschäftigte in Pflegeberufen (2013), Ciesinger u.a.: Berufe im Schatten, 2011

⁶⁴ Internetlink: <http://www.pm-pflegemarkt.com> [25.10.2019]

⁶⁵ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: Personalentwicklung und Fallzahlen 2000 bis 2010. ver.di-publik, drei.2012. 41. 3

⁶⁶ dpa-Nachricht in der Frankfurter Rundschau, 20.9.2022

Abb. 11: Voll- und Teilzeitbeschäftigte und Vollzeitbeschäftigungsquote 1999 und 2019



In den skandinavischen Ländern, in Belgien, den Niederlanden dagegen basiert eine Aufwertung der Pflege z.B. auf folgenden Faktoren:⁶⁷

- Akademisierung der Pflegefachberufe mit generalisierter Ausbildung; Altenpflegefachkräfte (Geriatric Nurses) sind in Schweden tendenziell besser bezahlt als Krankenschwestern (Medical Nurses)
- Langfristpflege als öffentliche Aufgabe mit staatlicher Vollfinanzierung (private Zuzahlungen bei Sozialdiensten und temporären Leistungen)
- Rationalität eines öffentlichen Bedarfs; Begrenzung von Marktlogiken
- Loslösung aus der Tradition des caritativen „Liebesdienstes“. Kollektive Interessenwahrnehmung auch mittels Streit sind z.B. in Skandinavien ganz normal
- Professionelle Carearbeit wird zu einem normalen Beruf mit hohem Berufsethos.

Solange das deutsche System dagegen weiterhin primär auf informeller Carearbeit (durch Familienangehörige und freiwillig Tätige) gründet, die Strukturen durch Wettbewerb und Vermarktlichung extrem zerklüftet bleiben und der politische Aufstand ausbleibt, wird es keine Aufwertung der Altenpflege geben.

„Eine Chance auf einen bundesweit für allgemeinverbindlich erklärten Tarifvertrag eröffnete das Pflegelöhneverbesserungsgesetz von 2019 über den Weg der Arbeitnehmerentsendung. Voraussetzung war, dass ver.di und die Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) einen Tarifvertrag aushandelten, dem dann auch die kirchlichen Träger zustimmen. Den Tarifvertrag gibt es zwischenzeitlich, die Allgemeinverbindlichkeit ist jedoch gescheitert. Um ihr Geschäftsmodell des sogenannten Dritten Weges durch die indirekte Zustimmung zu einem Tarifvertrag nicht zu gefährden, hat die arbeitsrechtliche Kommission der Caritas dem Tarifvertrag Ende Februar 2021 die Zustimmung verweigert; die Diakonie hat sich daraufhin hinter dem Caritasbeschluss versteckt und keine Entscheidung getroffen.⁶⁸ Damit kommt es

⁶⁷ Heintze, C., aaO., 2021, S.221

⁶⁸ Heintze, C., Systemrelevante Arbeit neu denken Blick auf Gesundheits- und Sozialberufe, Folien des Vortrags am 15.11.21 auf der 19. Kasseler Fachtagung zum kirchlichen Arbeitsrecht der Diakonischen ArbeitnehmerInneninitiative



nun zu einer Änderung bei den Finanzierungsspielregeln.⁶⁹ D.h. seit 2023 erhalten nur tarifgebundene ambulante und stationäre Pflegedienste Mittel aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung – und die, die ohne Tarifvertrag einer konfessionellen Entgeltordnung unterliegen. Auch für die kircheneigenen Entgeltordnungen im sogenannten „Dritten Weg“ anstatt ordentlicher Tarifverhandlungen wird wie in der Eingliederungshilfe (s.u.) diese Möglichkeit eröffnet. Dass es insgesamt auch anders geht zeigen andere europäische Länder wie Belgien und Österreich und insbesondere Skandinavien.⁷⁰ Gemeinsames Kennzeichnen dieser Länder ist, dass der gewerkschaftliche Organisationsgrad deutlich höher ist und der Ausbau sozialer Arbeit staatlicherseits erfolgt.

Die Finanzierung der Pflege muss im Kontext des Gesundheitssystems insgesamt analysiert werden. Isolierte Betrachtungen etwa nur des Teilsystems der Pflegeversicherung führen in die Irre. Die Unterfinanzierung der Pflege erweist sich bei ganzheitlicher Betrachtung als die Kehrseite der Aufrechterhaltung von Privilegien gewisser machtvoller Akteure im deutschen Gesundheitssystem. Ernst zu machen mit der Aufwertung der Pflege kann diese Privilegien nicht unberührt lassen, und davor genau schreckt die Politik zurück.⁷¹

Seit 2022 häufen sich Berichte über Insolvenzen bei ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen. Viele befinden sich in existenzieller Not, sodass die Versorgungssicherheit in manchen Kommunen gefährdet ist. In einem Interview äußerte sich der Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (BPA) über die Pleitewelle in der Pflege und das Problem der Leiharbeit:

Heimplätze müssen bei Personalmangel frei bleiben, da es für die Personalstärke konkrete gesetzliche Vorgaben gibt. „Bei den Verhandlungen mit den Pflegekassen (ist) alles sehr knapp kalkuliert. Teilweise sind dabei Belegungsquoten von 97 Prozent unterstellt, was in der Praxis nur zu schaffen ist, wenn das Zimmer eines Verstorbenen am selben Tag wieder belegt wird. Das ist ohnehin absurd. Wenn die Quote zum Beispiel auf 80 Prozent abrutscht, ist ein Heim kaum noch wirtschaftlich betreibbar. (...) Köche oder Hausmeister brauchen sie dennoch. (...) Pachten oder Kreditzinsen müssen weitergezahlt werden, auch wenn es weniger Bewohner in dem Heim gibt.“⁷²

Auf Seiten der Finanzierung stationärer und ambulanter Altenpflege ist ein Systemwechsel überfällig, die auf Seiten der Beschäftigten die „Minutenpflege“ (in der jede Pfl egetätigkeit eine zeitliche Vorgabe besitzt ohne auf individuelle Bedarfe und selbst auf das zutiefst menschliche Bedürfnis nach Kontakt und Gespräch Rücksicht zu nehmen) reduziert und auf Seiten der Pflegebedürftigen z.B. von der Deckelung der Versicherungsleistungen zur Deckelung der Eigenanteile mit der Perspektive einer „Vollversicherung“⁷³:

(DiA e.V.) „Gesundheitsschutz durch Mitbestimmung bei der Arbeitszeit“, 15. bis 16.11.2021, In: dies., Bremen, 2022, S.64f

⁶⁹ Heintze, C., aaO., 2021, S.221, zu den Einzelheiten s.https://tarifvertrag-in-der-pflege.de/wp-content/upload/2021/02/BVAP_infobroschu.pdf

⁷⁰ Heintze, C., aaO., 2022, S.65

⁷¹ ebd. S.67

⁷² „Gefahr eines Flächenbrands“, Verbandchef Bernd Meurer über die Pleitewelle in der Pflege, Hürden bei der Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland und das Problem der Leiharbeit. Ein Interview von Tim Szent-Ivanyi, Frankfurter Rundschau, 30. Mai 2023

⁷³ Heintze, C., aaO., 2021, S.221



	Status quo	Systemwechsel
Ausgangszeitpunkt	Eigenanteil	Versicherungsleistungen
Eigenanteil		
Gedeckelte Versicherungsleistungen	Gedeckelte Versicherungsleistungen	Gedeckelte Eigenleistungen

Was für Kraftfahrzeuge geht, sollte doch auch in der Carearbeit und die Verbesserung der Lohn- und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten möglich sein?!

Weitere Forderungen ergeben sich aus den Erfahrungen der genannten skandinavischen Länder und Österreich, die eine wahrnehmbar größere Wertschätzung der Pflegekräfte und Reduzierung der Arbeitsbelastungen oder höhere Gehälter beinhalten.

„Eine der größten Fehlsteuerungen in der Pflegeversicherung (ist), dass wir nicht den Bedarf der Bürgerinnen und Bürger vor Ort abdecken, sondern die Infrastruktur weiterhin dem Markt überlassen haben. (...) Wir müssen die Strukturen für eine häusliche und ortsnahe Versorgung stärken. Menschen kommen nicht wegen Blasenschwäche ins Heim, sondern wegen Netzwerkschwäche. (...) Wir brauchen wir eine Strukturreform. Die Kommunen müssten den Auftrag haben sicherzustellen, dass es ausreichend viele Unterstützungsangebote vor Ort gibt“⁷⁴

3. Eingliederungshilfe und kommunale Leistungsverträge

- klamme Kassen in Ländern und Kommunen als Folge steuerpolitischer Entscheidungen

In der länderfinanzierten Eingliederungshilfe und bei den kommunalen, über Leistungsverträge finanzierten Angeboten wie Beratungsstellen oder psychosoziale Initiativen und Vereine vor Ort ist es die Politik, die direkt oder über ihre Kostenträger leere Kassen oder die Schuldenbremse für sich reklamiert, die eine Orientierung der Arbeit an pädagogischen Notwendigkeiten, qualitativ guter Beratung und Begleitung einschränken.

Hier ist es weniger zu Privatisierungen gekommen, als dass Mittelkürzungen das Mittel der Wahl sind.

Über kommunale Leistungsverträge steuert die politische Mehrheit in den Städten und Gemeinden die Unterstützung für kleine lokale Unterstützungsangebote, die keine oder nur eine begrenzte andere Refinanzierung erhalten. Das sind z.B. Frauen- und Mädchenhäuser, die Koordinierung von Selbsthilfegruppen oder Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderung. Diese gestalten sinnvolle z.T. notwendige, ergänzende Angebote, die sie häufig ohne finanzielle Unterstützung ihrer Arbeit nicht ausüben können. Hier hängt es neben der Frage, ob ein Frauenhaus politisch gewollt ist, von der finanziellen Situation der Stadt oder Gemeinde ab. Das Süd-Nord-Gefälle in Deutschland und Unterschiede zwischen den west- und ostdeutschen Landesteilen sind bekannte angebotswirksame Faktoren. Steuerpolitische Entscheidungen auf Bundes- und Landesebene entscheiden dabei über den finanziellen Spielraum mit. Die Situation der Länder und vieler Städte und Gemeinden hat sich durch die Steuerpolitik vor Ende der CDU/FDP-Koalition z.B. durch die Reform der Gewerbesteuern 1997 verschlechtert. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise standen und stehen eine Reihe von Kommunen unter einem sogenannten Haushaltssicherungskonzept⁷⁵ durch die Regierungspräsidien, die kommunale Ausgaben überprüfen.

⁷⁴ Thomas Klie, in Frey, C (2023, aaO)

⁷⁵ § 76, 82 Gemeindeordnung NRW



Beide Bereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass sie als „Restgröße“ in anderen Zusammenstellungen oder Statistiken auftauchen.

Dem Autor sind (außer einem zusammenfassenden Vergleich zwischen Skandinavien und Deutschland⁷⁶) keine expliziten Studien über beide Bereiche bekannt - lediglich der „DGB-Index Gute Arbeit“ des Deutschen Gewerkschaftsbundes und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) stellen Sonderauswertungen zusammen. Auf die ver.di-Beschäftigtenbefragung in der Behindertenhilfe wird im weiteren Textverlauf eingegangen (s.u.). Bei den Krankenständen werden die Versicherten aus diesen Bereich unter die Gruppe „Gesundheits- und Sozialwesen“ subsumiert.

Dieses Manko mag daran liegen, dass beide Arbeitsfelder sehr heterogen sind, in Bezug auf kommunal refinanzierte Angebote und Initiativen ist die Lage unübersichtlich und immer „in Veränderung begriffen“. Die Behindertenhilfe und Hilfe für Menschen mit schweren psychischen Störungen mag Nicht-Betroffenen und Menschen ohne Angehörigen dieser Gruppen ferner sein als die Situation in der Notaufnahme oder in der Altenpflege - von der jede und jeder von uns direkt betroffen werden kann bzw. sein wird. Schon im 18. Jahrhundert wurden die damaligen Anstalten entfernt von den Städten gegründet - aus dem Blick, aus dem Sinn.

Außerdem sind in diesem Arbeitsfeld die konfessionellen Anbieter stark, die aufgrund ihres Verständnisses einen umfassenden Tendenzschutz aus dem Grundgesetz nicht nur bei der Ablehnung von Tarifverhandlungen in Anspruch nehmen.

Eine „Besonderheit“ in der Begleitung von mit Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland ist Folge der Ermordung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der Euthanasieprogramme der nationalsozialistischen Machthaber (z.B. Aktion T4 zwischen 1941 und 1943⁷⁷): Es fehlt eine Generation von Menschen mit geistiger Behinderung, sodass Erfahrungen mit alten Menschen dieser Klientel im Gegensatz zu anderen Ländern bis vor kurzem fehlten. Erst in den letzten 20/30 Jahren beschäftigt sich die Betreuung konzeptionell und praktisch mit dieser Gruppe. - Und erst seitdem taucht diese Gruppe als „Kostenfaktor“ in den steigenden Ausgaben der Leistungsträger - als Teil einer zu dämpfenden „Ausgabendynamik“ - auf.

In der Eingliederungshilfe - der Betreuung und Begleitung von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung - ist das Ende des Kostendeckungsprinzips 1995 entscheidend. Es läutete auch hier die Phase der Ökonomisierung und Vermarktlichung ein. Ab diesem Zeitpunkt mussten die Einrichtungen und Dienste prospektiv mit den Kostenträgern um die Refinanzierung ihrer Arbeit verhandeln - statt, dass in Rechnung gestellte Leistungen vom Kostenträger überwiesen werden. Das Risiko liegt seitdem auf Einrichtungsseite: da ist zum einen die jährliche Unsicherheit in den Verhandlungen mit den staatlichen Kostenträgern und zum anderen die Refinanzierung nicht vorhersehbarer zusätzlicher Kosten im Jahresverlauf z.B. durch die Notwendigkeit eines Sicherheitsdienstes bei einer/m unvermutet gewalttätigen Klientin oder Klienten.

Es gibt unterschiedliche Zuständigkeiten und Refinanzierungsregeln in der Arbeit der Eingliederungshilfe, die z.T. auf Einrichtungen in anderen Bundesländer wirken. Bei einem Umzug in eine Einrichtung in einem anderen Bundesland erfolgt z.B. die Erstattung der Wohnkosten nicht auf der Basis der ortsüblichen Miete der Kommune, in der eine Klientin zieht (beispielsweise eine Großstadt), sondern auf der Grundlage des letzten Lebensortes vor der ersten stationären Aufnahme (z.B. des bisherigen ländlichen Lebensortes im Norden oder Osten der Republik).

In Niedersachsen sind die Kommunen direkt, in Bayern die Regierungsbezirke für die Organisation und durch das Land bezuschusste Refinanzierung der Arbeit mit Menschen mit geistigen und psychischen

⁷⁶ Heintze, C., Eingliederungshilfe 2030: Teil I – Leistungssysteme im europäischen System Ziel 2030 „Region mit den weltweit inklusivsten Gesellschaften“, Bestandsaufnahme zu Leistungen der „Eingliederungshilfe“, ihrer Finanzierung und aktuellen Plänen in Skandinavien, Vortrag Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. am 3.5.2023, Stuttgart, 2023

⁷⁷ T4 ist Ort der Leitzentrale zur Ermordung behinderter Menschen im gesamten Deutschen Reich, die Berlin in der Tiergartenstraße 4 untergebracht war, vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Schneider, F. & Lutz, P., erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus, Ausstellungskatalog, Berlin, Springer, 2014, Internetlink: www.dgppn.de/ausstellung/



Behinderungen zuständig, in NRW wird die Arbeit über eine kommunale Umlage an zwei überörtliche Kostenträger finanziert. In den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sind es die Landesregierungen selbst, die als Verhandlungsgegenüber der Einrichtungen auftreten.

Um die angesprochene Lücke ansatzweise zu füllen, möchte der Autor fehlende Untersuchungsergebnisse durch Nachforschungen und Erfahrungen aus der eigenen Arbeitsergebnisse.

Wie hat sich die Arbeit in der Eingliederungshilfe verändert?⁷⁸

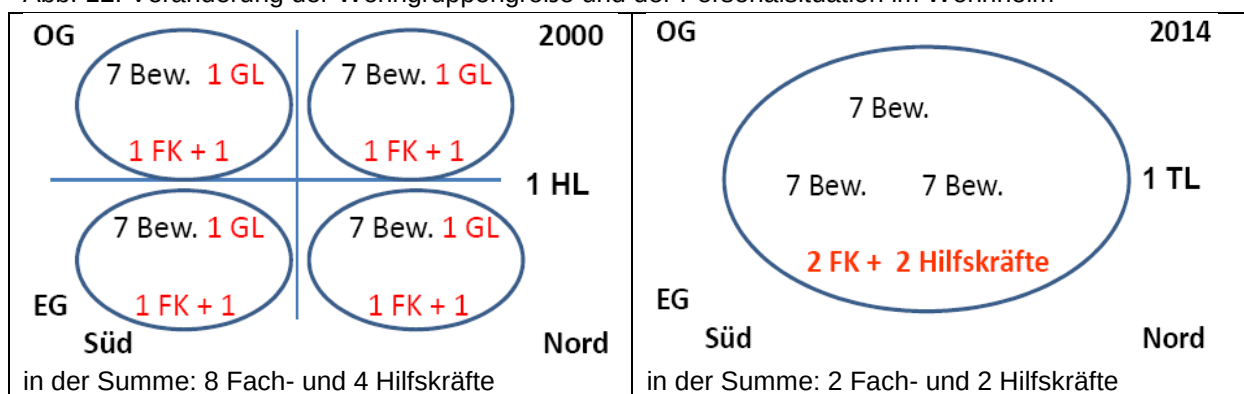
In der täglichen Arbeit, wirken sich politische Entscheidungen v.a. durch Personalkürzungen und Arbeitsverdichtung aus. Als Beispiel soll die Veränderung in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung konkretisiert werden. Die Angaben basieren auf Interviews, die 2014 mit Mitarbeitenden aus der Einrichtung geführt wurden.

Zu Beginn des behandelten Zeitraums 2000 war die Einrichtung für die Begleitung von 28 Menschen konzipiert, die in vier Wohngruppen lebten - auf zwei Etagen in einem Nord- und einen Südflügel (in der Abbildung „Nord“ und „Süd“).

Nach 2012 wurden nicht mehr Menschen mit leichter geistiger Behinderung und Epilepsie betreut, sondern zunehmend Menschen mit geistiger Behinderung und starken Verhaltensauffälligkeiten - also mit einem höheren Betreuungsbedarf. Zudem gab es eine Reduzierung der Fachkraftquote auf 50 % durch das Wohn- und Teilhabegesetz NRW (WTG).⁷⁹ Der Kostenträger forcierte außerdem die Maxime „ambulant vor stationär“. Menschen mit leichter Behinderung verließen die Einrichtung und wurden ambulant begleitet. Die Einrichtung wurde aufgrund der WTG-Vorgaben auch von 28 auf 21 Plätze verkleinert; es gab nunmehr ausschließlich Einzelzimmer.

Bei einer zunehmenden Betreuungsintensität der Bewohner*innen standen nicht mehr zwölf Mitarbeitende (davon acht Fach- und vier Hilfskräfte zzgl. einer Hausleitung) wie noch vierzehn Jahre zuvor im Dienst. Die Mindestbesetzung 2014 bestand nur noch aus vier Mitarbeitenden je Schicht (davon noch zwei Fachkräfte, vgl. Abb. 12).

Abb. 12: Veränderung der Wohngruppengröße und der Personalsituation im Wohnheim



Die Beobachtung der Einrichtung über 14 Jahre ist durch Arbeitsverdichtung gekennzeichnet. Die Geschäftsführung reagierte auf die unzureichende Deckung der Kosten u.a. mit einer Kündigung der Leistungsverträge für diese und eine Reihe weiterer Einrichtungen. Das Ziel dieses ungewöhnlichen

⁷⁸ Eine Darstellung des Autors in Soziale Psychiatrie, 2020, 3, 40-43 und detaillierter in Arbeitsrecht und Kirche, 2021, 1, 2-9 findet sich im Internet unter <http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/veroffentlichungen.html>

⁷⁹ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA), Wohn- und Teilhabegesetz (WTG-NRW), Düsseldorf, 2019, Internetlink (Stand 04.2021):

https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=8&ugl_nr=820&bes_id=28425&menu=1&sg=0&aufgehoben=N&keyword=WTG#det0#det0



Schrittes war die Verbesserung der Refinanzierung und damit der Betreuungsbedingungen. Über Jahre waren z.B. auch Entgeltersteigerungen vom Kostenträger nicht vollständig refinanziert worden.⁸⁰ Es folgten zähe und langwierige Verhandlungen, während derer die politisch gewollte „Kostendämpfung“ an die Beschäftigten weitergegeben wurde.⁸¹

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) stellt die vorläufig letzte Umsetzung neoliberaler Politik im Gesundheits- und Sozialwesen dar und wurde Ende 2016 als Reform des Sozialgesetzbuches IX im Bundesanzeiger veröffentlicht.⁸² Anlass war v.a. die Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen durch Deutschland 2008 und die Grundgesetzänderung, die seit 1994 eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung explizit verbietet⁸³.

Das BTHG bricht mit zwei Prinzipien des bisher gültigen Bundessozialhilfegesetzes, die auch aus völkerrechtlichen Gründen (UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und GG Artikel 3 Abs. 2⁸⁴) notwendig waren:

- es erfolgte die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe. Eingliederung und gesellschaftliche Teilhabe sind damit nicht mehr „Fürsorgeleistung“.
- Das BTHG unterscheidet nicht mehr zwischen ambulanter und stationärer Begleitung. Die Arbeit erfolgt zukünftig auf der gleichen Finanzierungsgrundlage über vom Kostenträger im Rahmen einer selbst durchgeführten „Gesamtplanung“ festgestellte und bewilligte Fachleistungsstunden.

Damit ändert das BTHG die Situation vor allem für die Arbeit in den bisherigen stationären Einrichtungen, die nun „besondere Wohnformen“ genannt werden.

Das BTHG ist grundsätzlich so gefasst, dass es sich konstruktiv sowohl zur Entspannung in den Einrichtungen und zur Mitarbeitengewinnung und Qualifizierung nutzen ließe - denn auch ein anständiger Tarif darf jetzt nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden (§ 124 Abs. 1 SGB IX).

Das BTHG kann jedoch auch zur einer weiteren Markt- und Wettbewerbsorientierung, der Vermarktlichung sozialer Arbeit, genutzt werden. Die Formulierungen im Gesetzgebungsverfahren wie im Gesetzestext selber zeigen dahingehend eine deutliche Sprache:

⁸⁰ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Beschlussvorlage: Maßnahmen für ein Haushaltskonsolidierungsprogramm 2016 bis 2019, Drucksache Nr.: 14/0390, Münster, 19.05.2015, insbes. S.12, Internetlink: http://www.lwl.org/abt20-download/finanzen/haushalt/Vorlage_14_0390.pdf [10.07.2021], ders., Bisherige Haushaltskonsolidierung, Drucksache Nr.: 14/0389, Münster, 21.05.2015, hier S.6, Internetlink: http://www.lwl.org/abt20-download/finanzen/haushalt/Vorlage_14_0389.pdf [10.07.2021], LAG Freie Wohlfahrtspflege NRW, 2016

⁸¹ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Bisherige Haushaltskonsolidierung, Drucksache Nr.: 14/0389, Münster, 21.05.2015a (insbes. S.6-8), Internetlink: http://www.lwl.org/abt20-download/finanzen/haushalt/Vorlage_14_0389.pdf [10.7.2021], ders., Beschlussvorlage: Maßnahmen für ein Haushaltskonsolidierungsprogramm 2016 bis 2019, Drucksache Nr.: 14/0390, Münster, 19.05.2015b (insbes. S.12), Internetlink: http://www.lwl.org/abt20-download/finanzen/haushalt/Vorlage_14_0390.pdf [10.7.2021]

⁸² Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23.12.2016, Bonn, Bundesgesetzblatt, 2016, Teil 1, Nr. 66, ausgegeben am 29.12.2016, S.3234-3340 Internetlink: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D_1483555077627 [6.3.2022]

⁸³ Deutscher Bundestag, Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Berlin, Bundesgesetzblatt vom 21.12.2008, NETZWERK ARTIKEL 3 e.V., Schattenübersetzung, Korrigierte Fassung der deutschen Übersetzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2008, Internetlink: www.brk-allianz.de/attachments/article/72/NW3%20-%20020Schattenuebersetzung.pdf

⁸⁴ Erläuterungen finden sich im Internet:

<http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/veroffentlichungen.html>



- „Effizienzrendite“: „Der Effizienzrendite liegt die Annahme zu Grunde, dass alle Maßnahmen, die die Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe erhöhen und die Zugänge verringern, zu einer dauerhaften Reduzierung des Ausgabenanstiegs bei den Trägern der Eingliederungshilfe führen.“⁸⁵
- Wie kritisch wird in den Landesrahmenverträgen die Umsetzung der „Wettbewerbsklausel“ in § 124 Abs.1 SGB IX sein, die Kosten einer Einrichtung als „wirtschaftlich angemessen“ beschreibt, „wenn sie im Vergleich mit der Vergütung vergleichbarer Leistungserbringer im unteren Drittel liegt (externer Vergleich).“⁸⁶ Verbände der Interessenvertretungen beschreiben die Auswirkung als Kellertreppeneffekt⁸⁷, die „Einführung eines Kostensenkungswettlaufs der Einrichtungen und des Wettbewerbs um den geringsten Preis, nicht um die beste Qualität. (...) Je erfolgreicher die Anbieter dabei sind, ihre Kosten ins untere Drittel zu steuern, desto mehr sinkt der Branchendurchschnitt und desto mehr müssen sich die Anbieter beeilen, erneut die Kosten zu senken.“⁸⁸
- Weitere Anhaltspunkte sind die in § 124 Abs.2 SGB IX erstmalig in ein Gesetz aufgenommene Formulierung „anderes Personal“, die den zunehmenden Einsatz von Hilfskräften (ohne qualifizierte Ausbildung) ermöglicht oder die Tatsache, dass
- „andere Leistungsanbieter“ in § 60 Abs. 2, 3 SGB IX - also private Unternehmen mit möglicherweise weniger Auflagen durch die Behörden - für Arbeitsangebote von Menschen mit Behinderung hier erstmals im SGB IX auftauchen.

Das BTHG gibt vor, die Situation von Menschen mit Behinderung zu verbessern.

Wenn das zweite Ziel jedoch heißt „keine neue Ausgabendynamik“⁸⁹ und eine „effizientere Leistungserbringung“⁹⁰, dann geraten insbesondere Menschen mit Mehrfachbehinderung, starken Verhaltensauffälligkeiten oder schweren psychischen Störungen leicht aus dem Blick. Dieses Ziel wurde immer wieder an prominenter Stelle genannt, wenn die Protagonistinnen des BTHG ab 2016 auf Bundes- und Länderebene die Hintergründe erläuterten.

Die Auswirkungen auf die Mitarbeitenden sind auf dieser Grundlage auch fünf Jahre der Bemühungen zur Einführung in den Bundesländern nicht klar. Aber: Mechanismen der Ökonomisierung unterstützen die Dequalifizierung der Arbeit mit Hilfskräften, Teilzeitverträgen, Befristungen und Leiharbeit sowie Niedriglöhnen. Bürokratisierung reduziert systematisch die Empathie in menschlichen Beziehungen. Die Orientierung an Effizienzmaximierung, die verordnete Standardisierung und Quantifizierung von Hilfeprozessen und deren differenzierte Dokumentation spitzen die Lage zu und reduzieren die Zeit der Kolleginnen für die Arbeit am Menschen weiter. Mitarbeitende sehen sich schon bisher einem rigorosen Effizienzdruck ausgesetzt, der einer ethischen Grundhaltung in der Betreuung widerspricht. Arbeit am Menschen ist eine ganzheitliche Aufgabe: als Mitarbeiterin muss ich den ganzen Menschen sehen können und kennen, um eine Begleitung gut auf die Individualität der Person, auch in Bezug auf ihre Selbständigkeit und Hilfebedürftigkeit zu orientieren. Diesem Zweck diene bislang das sogenannte

⁸⁵ Bundesregierung, Unterrichtung (des Bundesrates) durch die Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) – Drucksache 18/9522 – Stellungnahme des Bundesrates vom 23.09.2016 und Gegenäußerung der Bundesregierung vom 12.10.2016c-2, BT-Drs. 18/9954, S.99

⁸⁶ SGB IX § 124 Abs.1 (Deutscher Bundestag, 2016, aaO.)

⁸⁷ agmav Westfalen-Lippe - Gesamtausschuss für den Bereich des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche von Westfalen und des Diakonischen Werkes der Lippischen Landeskirche, Schreiben an die Ministerpräsidentin des Landes Nordrhein-Westfalen und den Minister für Arbeit, Soziales und Integration, Münster, 12.12.2016, S.2 abrufbar unter https://www.armutskongress.de/fileadmin/files/Dokumente/Praesentation_Workshop_Keine_Armut_durch_Behinderung.pdf [26.4.2017]

⁸⁸ Bundeskonferenz der Arbeitsgemeinschaften und Gesamtausschüsse der Mitarbeitervertretungen im diakonischen Bereich (BUKO), Bundesteilhabegesetz – Protestschreiben, Dezember, 2016, S.2, abrufbar unter <http://www.mav-gesa-ekir.de/index.php/info-dienst-mainmenu-251.html> [15.12.2016].

⁸⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz 10. Juli 2014 - 14. April 2015 - Abschlussbericht - Teil B, Bonn, 2015.

⁹⁰ vgl. Fn. 85



Bezugspersonensystem, in dem eine Mitarbeiterin die Begleitung einer begrenzten Anzahl von Menschen übernahm und erforderliche Belange sowie vereinbarte Ziele zur sozialen Teilhabe verfolgte wie z.B. im Alltag, im Kontakt zu Behörden oder zur psychische Befindlichkeit und des Sozialverhaltens. Sie fungierte dabei als „Anwältin“ der Klientin.

Im siebten Jahr der Gültigkeit des Gesetzes sind die detaillierte Ausgestaltung des BTHG 2023 in vielen Bundesländern nach wie vor unklar. Doch zeigen sich bereits gravierende Tendenzen in den Auswirkungen auf die zukünftige – bereits deutlich eingeschränkte - Betreuungsqualität und -intensität: Das Kontrollbedürfnis der Leistungsträger z.B. in NRW scheint in vorauseilendem Gehorsam offensichtlich zur Folge zu haben, dass die geforderte detailliertere Dokumentation aller Leistungen sich nur noch auf abrechnungsrelevante Inhalte beziehen wird. Es wird noch weniger als heute schon das individuelle Befinden relevant, also wie es einer Klientin ging und warum sie vielleicht auffällig wurde. Wichtig für die Einrichtung wird nur noch die ausreichend abgesicherte Dokumentation der bewilligten unterschiedlich refinanzierten Leistung von Fach- oder Hilfskräften, von Hauswirtschaft, medizinischen, Pflege- oder anderen Diensten. Auch die Arbeitszeit der Stammbeslegschaft wird bereits flexibilisiert, sodass Beschäftigte (wieder) zu Teildiensten oder kurzen Diensten mit anschließend flexibler „Verfügungszeit“ für ihre nun ambulanten Klienten herangezogen werden sollen. Das Motto: „Du machst einen kurzen Frühdienst und siehst dann selber zu, wie Du auf Deine 39 Wochenstunden kommst!“ (auf die dadurch forcierte Entwicklung zu einer Indirekten Steuerung der Arbeit, die u.a. zu einer „interessengeleiteten Selbstgefährdung“ führt, wird unten eingegangen).

Das BTHG verstärkt mit einer Modularisierung eine aufgrund des Kostendrucks bereits in den letzten Jahren zunehmend eingesetzte kostentechnisch fraktionierte Zuwendung. Betreuung wird aufgespalten in einzelne Leistungspakete (Module), die von unterschiedlichen Personen oder Diensten erbracht werden. In NRW ist im Landesrahmenvertrag die qualifizierte Assistenz (Fachkräfte) von der „unterstützenden“ (durch Hilfskräfte) abgegrenzt und zusätzlich „unterstützende Assistenz mit Pflegecharakter“ unter Aufsicht einer „beratenden Pflegefachkraft“ differenziert. Diese festgelegten Tätigkeiten werden auch im Krankheitsfall nur differenziert bezahlt, d.h. eine Fachkraft muss auch im Krankheitsfall durch eine Fachkraft ersetzt werden, damit die vereinbarte qualitative Assistenz auch vom Leistungsträger bezahlt wird. Die differenzierten Tätigkeiten werden durch verhandelte Wohn- und Organisationsmodule ergänzt, in denen Präsenzdienste, Hauswirtschaft oder Verwaltungs- und Leitungsanteile festgelegt werden. Damit ist das bewährte Bezugspersonensystem aufgehoben, unterschiedlich entlohnte Kolleginnen werden je „nach Notwendigkeit“ eingesetzt. Das bedeutet, dass Begleitung nach vorgegebenen Refinanzierungsbedingungen gesteuert und aufgespalten wird: Welche Arbeit können niedrig entlohnte Kolleginnen durchführen? Dazu sind schon vor einiger Zeit Tarifverträge und konfessionelle Entgeltordnungen von einer qualifikations- und erfahrungsbezogenen auf eine tätigkeitsbezogene Entlohnung umgestellt worden. Hilfskräfte arbeiten auf niedrigen Gehaltsstufen - und dürfen Fachkräften vorbehaltene Tätigkeiten nicht mehr wie früher ausüben. Eine Folge ist, dass häufig nur noch eine Fachkraft im Haus arbeitet, während sie die durch Hilfskräfte ausgeführten konkreten Arbeiten in den Wohngruppen delegiert und „beaufsichtigt“ (s.o. Veränderungen am Beispiel einer Einrichtung zwischen 2000 und 2014). Eine weitere Folge ist ebenfalls bereits heute zu beobachten: jeder Dienst hat nur noch sein konkretes Aufgabengebiet im Blick - aber nicht mehr den GANZEN Menschen. So arbeiten im ambulanten Dienst z.B. fünf bis acht unterschiedliche Dienste an Menschen (noch nicht genannt, sind die jeweiligen Vertretungen dieser Personen). Verantwortung für die komplexen Lebenssituationen von Menschen lässt sich jedoch nicht fraktionieren und schadet Menschen, die ja gerade Probleme im Kontakt und in Beziehungen zu Menschen aufweisen.⁹¹ Pädagogisch und therapeutisch der Gesundheit dieser Menschen dienlich ist jedoch solch ein Vorgehen nicht - aber ökonomisch unter den gegebenen finanziellen Bedingungen unausweichlich?

⁹¹ Soltauer Initiative: Soltauer Denk-Zettel Nr. 5, Kopieren erwünscht!, Inklusion in Zeiten verschärfter Ausgrenzung, Bielefeld, Januar 2015



„Harter Kern“

Das BTHG fördert aus Sicht des Autors auch eine Tendenz zum „harten“ Kern“. Jantzen und Bradl⁹² verwendeten diese Kennzeichnung im Zusammenhang mit den 1977 nach der Psychiatrie-Enquête⁹³ in den Psychiatrien verbliebenen Menschen mit geistiger Behinderung - Finzen & Schädler-Deininger überschrieben ihren Bericht damals „Unter elenden menschenunwürdigen Zuständen“. ⁹⁴ Heute kann er den Kreis der Personen kennzeichnen, die wegen der Schwere ihrer Behinderung, von Auffälligkeiten und psychischen Störungen nicht mit ambulanter Assistenz („kostengünstig“ wie alle anderen) inkludiert werden können. Diese Tendenz hat auch mit gesellschaftlichen Ausschlussprozessen zu tun. Mit der Umsetzung des BTHG ist zu befürchten, dass dieser „harte Kern“ zukünftig konzentriert in den „besonderen Wohnformen“ leben wird und sich die Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden dort dadurch weiter verschärfen. Denn neu aus ihren Familien aufgenommen werden lediglich entsprechend „schwierige“ Menschen, sodass eine Konzentration von Problemen und Gewalt in den „besonderen Wohnformen“ zu befürchten ist. Damit ist bei reduziertem und gleichzeitig dequalifiziertem Personal die Klientel schwieriger: mehr Verhaltensauffälligkeiten, mehr psychische Störungen und mehr Gewalt.

Diese Befürchtung wird durch eine Analyse des Unfallgeschehens in einem Unternehmen mit mehr als 4500 Beschäftigten bestätigt (vgl. Abb. 13). Der Anteil von Gewaltvorfällen an den Unfallanzeigen hat insgesamt deutlich zugenommen.⁹⁵

Inzwischen hat sich der hier dargestellte Trend auf hohem Niveau stabilisiert und macht etwa ein Drittel aller Unfallanzeigen aus.

Abb. 13: Anteil von Gewaltanzeigen an den Unfallanzeigen

Jahr	Unfallmel- dungen insgesamt	Insgesamt Gewalt	davon schwer	davon sehr schwer
2011	45	26	14	5
2012	124	39	25	5
2013	162	41	33	5

4. Die Folgen - Arbeitsbelastungen der Beschäftigten stehen im Mittelpunkt

Die negativen Auswirkungen dieser Politik eines Wettbewerbs um die billigsten Angebote in den Feldern der sozialen Daseinsvorsorge auf die Arbeitsbedingungen in den Teams der Einrichtungen und Diensten sind gravierend und inzwischen vielfältig untersucht.⁹⁶ Dabei ist die prekäre Situation in Krankenhäusern und der Altenpflege bereits Thema der öffentlichen Diskussion.⁹⁷

⁹² Jantzen, W., Der 'harte Kern' - Mythos und Realität in der Psychiatrie, Behindertenpädagogik, 1990, 2, 214-220, Bradl, Chr., Geistigbehinderte und Psychiatrie; In: Walter Dreher u.a. (Hrsg.), Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie, Bonn, 1987, S. 9-33

⁹³ Deutscher Bundestag, Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode Drucksache 7/4200, Bonn, 25.11.1975, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> [26.1.2021]

⁹⁴ Finzen, A. & Schädler-Deininger, H., „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“, Die Psychiatrie-Enquête, Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Bd. 25, Rehburg-Loccum, Psychiatrie Verlag, 1979

⁹⁵ van Lessen, M., Gewaltprävention: Gewalt und Aggression managen? – Beispiele und Anwendung in der betrieblichen Praxis, Satellitensymposium der BGW zum 12. Pflegefortbildung des Westens in Köln (ehemals JuraHealth Congress, JHC) am 23.5.2019 in Köln, Redaktion Rechtsdepesche, 2. Juni 2019 <https://www.rechtsdepesche.de/gewalt-und-aggression-managen-beispiele-und-anwendung-in-der-betrieblichen-praxis/> [22.5.2020]

⁹⁶ z.B. Fischbach: Unterschiedliche Wertschätzungserfahrungen in der Alten- und Krankenpflege, In: Ciesinger u.a.: Berufe im Schatten (2011); Klatt: Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe, in: Ciesinger u.a. aaO;



Die Eingliederungshilfe- z.B. in Form von Assistenz zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen-hat auch in der Corona-Pandemie diesen Sprung über die Wahrnehmungsschwelle nicht geschafft.⁹⁸



„Objektive“ Daten –Gehaltssituation

Die Gehaltssituation im Pflegebereich unterscheidet sich von anderen vergleichbaren Ausbildungsberufen:¹⁰⁰
„Nicht zuletzt muss gute Pflege auch gut bezahlt werden. Die Gewerkschaft ver.di vermerkte 2016 in einer Stellungnahme zu einer Anhörung des Gesundheitsausschusses im Bundestag,¹⁰¹ dass examinierte

Hasselborn, H.M., Vorzeitiger Ausstieg aus der Pflege – ein zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst. Zusammenfassung von Ergebnissen aus der NEXT-Studie. NEXT-Newsletter. 1, 2002, ders. & Tackenberg, P., Effort-Reward-Imbalance bei Pflegepersonal in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse von der europäischen NEXT-Studie. Zbl. Arbeitsmedizin. 2004, 54 u. 460-470, ders. et. al., Der Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Baua), Dortmund, 2005. 135-146; Goesmann: Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik (2009); ver.di: Arbeitsethos hoch, Arbeitsethete massiv, Bezahlung völlig unangemessen, Beschäftigte in Pflegeberufen (2013), vgl. Janßen: Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen als Akteure gegen die zunehmende Ökonomisierung in sozialen Arbeitsfeldern - Das Beispiel des Bielefelder Appells, In: Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B. (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle? Analysen und Alternativen, 2015, S. 245-276.

⁹⁷ z.B. Flintrop, J. & Rabbata, S., „Der Deckel muss weg!“, Deutsches Ärzteblatt, 2008, 105, 40, A2072-72; Lindhoff, A. "Diese Lohbudelei ärgert mich", Krankenpfleger Marc Gonschorek über die Angst vor italienischen Verhältnissen und darüber, warum bessere Gehälter wichtiger sind als Applaus, Frankfurter Rundschau, 4.4.2020.

⁹⁸ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Landesbezirksleitung NRW, Offener Brief an den Ministerpräsidenten NRW zur Corona-Prämie in der Eingliederungshilfe, Düsseldorf, 6. Mai 2020, abrufbar unter: <https://mehr-braucht-mehr.verdi.de/offener-brief> [26.1.2021]

⁹⁹ Anzeige in deutschen Tageszeitungen wie Frankfurter Rundschau, hier: Neu Westfälische 01.10.2022, karikierend durch den Autor

¹⁰⁰ Janßen, Chr. (2017 c), Einschätzungen zu den Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes und der Pflegegestärkungsgesetze auf die Arbeitssituation von Beschäftigten in der Behindertenhilfe, Teil II Auswirkungen der Pflegegestärkungsgesetze, Bewertung und Fazit, In: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Fachbeiträge zum Rehabilitations- und Teilhaberecht 2017, Beitrag D45- 2017, Heidelberg, 06.10.2017, S.4, Internetlink <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d45-2017/> [16.3.2019]

¹⁰¹ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2016b): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Montag, 17. Oktober 2016 BT-Drucksache 18/9518, BT-Drucksache 18/8725, BT-Ausschuss für Gesundheit, Drs. 18(14)0206.1, Berlin, 12.10.2016, S.8.



Altenpflegerinnen mit durchschnittlich 2.441 Euro deutlich unter dem Durchschnitt aller Branchen verdienen (3.462 Euro brutto im Monat im Jahr 2013 für einen Vollzeitarbeitnehmer). In Sachsen-Anhalt verdienen qualifizierte Altenpflegerinnen lediglich 1.743 Euro brutto. Im Bundesdurchschnitt erhielten Fachkräfte in der Altenpflege rund 21 Prozent weniger als in der Krankenpflege; mit Tarifvertrag werde etwa ein Viertel mehr verdient als ohne. Diese Angaben bestätigen Angaben des Lohnspiegels des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung von 2012 (Abb. 14).¹⁰²

Betreuungsberufe sind Frauenberufe. „Zwei Drittel (65 Prozent der Pflege- und Betreuungskräfte in ambulanten und stationären Einrichtung beispielsweise der Altenhilfe arbeiten 2019 geringfügig oder in Teilzeit. 85 % in Heimen und ambulanten Diensten waren weiblich.“¹⁰³ In allen Arbeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens sind meistens mehr als 75 % der Beschäftigten Frauen. Hier wird ein gesellschaftlich sanktioniertes Ungleichgewicht auffällig, in dem männlich dominierte Berufe deutlich besser anerkannt und entlohnt werden als Berufe, in denen vorwiegend Frauen tätig sind.¹⁰⁴ Im Folgenden Zahlen aus einem 10 Jahre alten Vergleich. Es soll hier nicht um die absolute Höhe der Gehälter gehen, sondern primär um den Abstand der Einkommen zwischen typischen weiblich- und männlich dominierten Berufen:

Abb. 14: Bruttomonatsverdienste im Vergleich zwischen Pflege- und Technikerberufen¹⁰⁵



Für 2016 ermittelten Hipp & Kelle in einem internationalen Vergleich die Gehälter von Pflegekräften in Europa, in dem Deutschland den letzten Platz belegte.¹⁰⁶

¹⁰² z.B. Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F./Stoll, E.: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 07/2012, abrufbar unter http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegerberufe_2012.pdf [26.08.2012], Öz, F./Bispinck, R.: Was verdienen Technikerinnen und Techniker?, Eine Analyse von Einkommensdaten auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 02/2009, abrufbar unter http://www.boeckler.de/pdf/pm_ta_studie_techniker_2009_06_16.pdf [26.08.2012], Janßen, C. (2015a): Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen als Akteure gegen die zunehmende Ökonomisierung in sozialen Arbeitsfeldern – Das Beispiel des Bielefelder Appells, In: Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B. (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle? Analysen und Alternativen, Frankfurt, VS Verlag, 2015, S. 249 ff, Internetlink: <http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/veroffentlichungen.html>

¹⁰³ Zeit-Online, 11.5.2022, Einkommen von Beschäftigten in der Pflege steigt überdurchschnittlich, Internetlink: https://www.zeit.de/arbeit/2022-05/pflege-einkommen-steigerung-beschaeftigte-kliniken?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.startpage.com%2F [22.4.2023]

¹⁰⁴ hierzu Heintze, C.: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem, Ein Vergleich von fünf nordischen Ländern mit Deutschland – Kurzfassung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Düsseldorf, 2015, Janßen, 2015a, aaO..

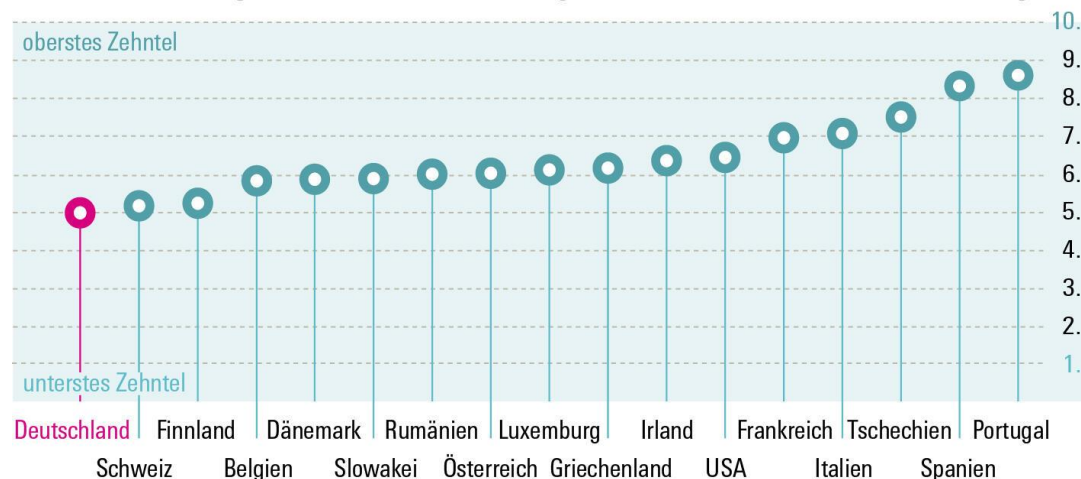
¹⁰⁵ Öz & Bispinck, 2009, aaO., S.1, Bispinck et. al., 2012, aaO., S.1

¹⁰⁶ Hipp, L. & Kelle, N., Soziale Berufe: Weiblich und schlecht bezahlt - Große Verantwortung, schlechte Bezahlung – das erleben viele Pflegekräfte und Erzieherinnen in ihrem Job. Besonders in Deutschland werden soziale Dienstleistungen schlecht entlohnt, böcklerimpuls, 2016, 4, 3, Internetlink: <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-soziale-berufe-weiblich-und-schlecht-bezahlt-7137.htm> [18.10.2022]

Abb. 15: Verdienste von Pflegefachkräften in Europa

Wenig Geld für Pflegerinnen in Deutschland

So viel verdienen Pflege- und Gesundheitsfachkräfte gemessen an den Einkommen aller Beschäftigten ...



Quelle: Hipp, Kelle 2016 Grafik zum Download: bit.do/impuls0280 Daten: bit.do/impuls0281

Hans Böckler
Stiftung

Die Bruttomedianentgelte von Krankenpflegefachkräften sowie von Altenpflegefachkräften unterscheiden sich nach Darstellung der Potenzialstudie „Ich pflege wieder, wenn ...“ von 2022, trotz der Zuwächse in den letzten Jahren, auch 2022 noch erheblich. Die Gehälter von Krankenpflegefachkräften sind danach von 2012 bis 2019 zwar um 20 Prozent gestiegen, von Altenpflegefachkräften um 28 Prozent. Damit liegen zumindest die Gehälter von Krankenpflegehilfs- und -fachkräften nur noch leicht hinter denen von Hilfs- und Fachkräften in der Metallherzeugung und -bearbeitung. Altenpflegehilfs- und -fachkräfte verdienen jedoch weiterhin deutlich weniger. Und auch in anderen Bereichen liegen die Gehälter von Fachkräften deutlich höher (vgl. Abb. 15).¹⁰⁷

Abb. 16: Gehälter von Hilfs- und Fachkräften in Pflege- und Referenzberufen 2022

Klassifikation der Berufe	Helfer*innen	Fachkräfte
721 Versicherungs- und Finanzdienstleistungen	–	4.895
431 Informatik	–	4.270
413 Chemie	3.113	4.228
241 Metallherzeugung	2.826	3.735
813 Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	2.752	3.638
242 Metallbearbeitung	2.617	3.560
821 Altenpflege	2.241	3.176

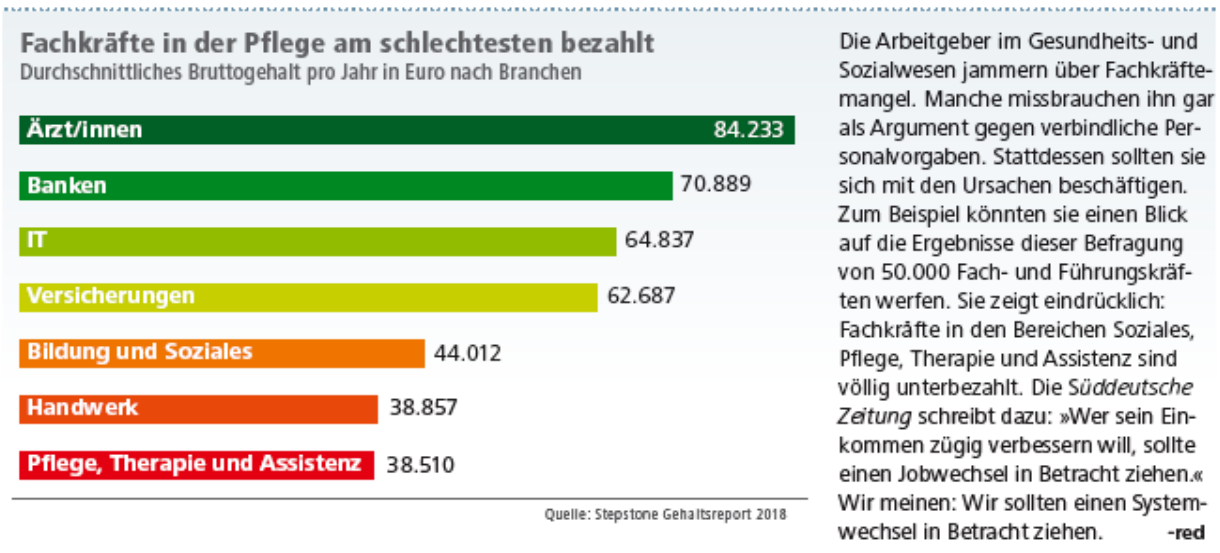
Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2022, Entgelte nach Berufen im Vergleich; jeweils Mediangehalt, brutto, Vollzeit, in Euro, eigene Darstellung.

¹⁰⁷ Arbeitnehmerkammer Bremen, Arbeitskammer des Saarlandes & Instituts Arbeit und Technik (IAT), „Ich pflege wieder, wenn ...“ - Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Bremen, 2022, S.83



Auch die Befragung von Fach- und Führungskräften im Gesundheits- und Sozialwesen zeigt Unterschiede auf, die die gesellschaftliche Wertschätzung der Berufszweige und Stellungen wiedergibt:¹⁰⁸

Abb. 17



„Trotz der hohen Präferenz für eine höhere Bezahlung und Tarifbindung in den Befragungen zum DGB-Index Gute Arbeit und von ver.di (s.u.) ist der Anteil an Gewerkschaftsmitgliedern im Pflegebereich vergleichsweise gering. Dabei wirkt sich der gewerkschaftliche Organisationsgrad in typischen Frauenberufen sogar stärker als in anderen Berufen positiv auf die Lohnhöhe aus. An dieser Stelle sind Pflegekräfte selbst gut beraten, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist auch, (...) offensiver zu kommunizieren, wie Tarifpolitik im unmittelbaren Arbeitsumfeld, auch jenseits von Lohnfragen, konkret dazu beiträgt, Arbeitsbedingungen zu verbessern. Und schließlich wäre es wichtig, erfolgreiche Interessenvertretungsarbeit für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen deutlicher in den Fokus zu rücken. Hierzu beitragen könnte auch die Steuerpolitik mit einer stärkeren Begünstigung von Gewerkschaftsbeiträgen. (...)“

Die geringe Bereitschaft zum Abschluss von Tarifverträgen vonseiten insbesondere privater Arbeitgeber in der Altenpflege ist mit Blick auf die in der Studie ermittelte hohe Präferenz für Tarifbindung problematisch. Die Politik hat diese Problematik erkannt. So sieht das GVWG vor, dass (seit) September 2022 nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden, die ihren Beschäftigten in der Pflege und Betreuung Pflegebedürftiger mindestens eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist (...). Für (... diese) Pflegeeinrichtungen gilt, dass sie direkt die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und die Entlohnung der Beschäftigten in Pflege und Betreuung auf Basis der tariflichen Regelungen von den Kostenträgern in den Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.“¹⁰⁹

¹⁰⁸ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Pflege am schlechtesten bezahlt, ver.di.publik, drei, 2018, 65, S.8

¹⁰⁹ Arbeitnehmerkammer Bremen et.al., aaO., S.84

**„Objektive“ Daten – Die Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen**

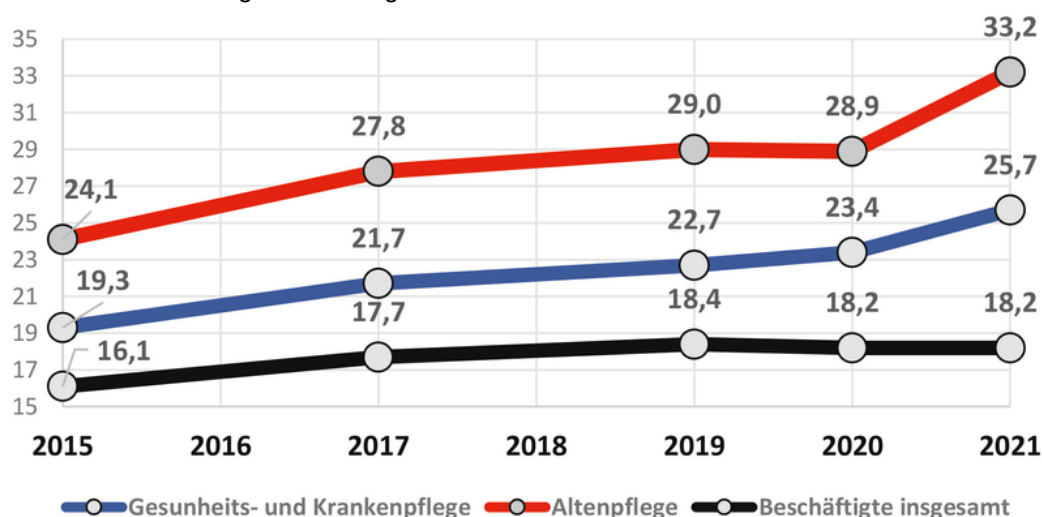
Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen dokumentieren seit langem die besondere Belastung von Beschäftigten in sozialen Arbeitsfeldern: Fehlzeiten, die deutlich höher sind als in anderen Branchen oder im Durchschnitt aller Versicherten in Deutschland (vgl. Abb. 17).¹¹⁰ Auch hier ist offensichtlich, dass der Abstraktionsgrad eher allgemeine Aussagen denn differenzierte Schlussfolgerungen für einzelne Arbeitsfelder zulässt.

Abb. 17: Krankentage ausgewählter Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen (2009)



Die Krankentage im Gesundheits- und Sozialwesen sind seit 2009 gestiegen, von 14,5 auf 20,4 AU-Tage im Jahr 2018.¹¹¹ Innerhalb der Branche waren 2009 Helferinnen um fast 60 % (mehr als 8 AU-Tage länger), Krankenschwestern um 15 % (mehr als 2 AU-Tage) länger krankgeschrieben als der Durchschnitt. In ihrem Gesundheitsreport 2022 – Pflegefall Pflege“ resümiert die BKK, dass Beschäftigte in den Pflegeberufen höhere Fehlzeiten als der Durchschnitt aller Berufstätigen haben. Während bei Beschäftigten insgesamt 18,2 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) anfallen, sind es bei Pflegenden in der Altenpflege 33,2 AU-Tage und bei denen in der Gesundheits- und Krankenpflege 25,7 AU-Tage.¹¹²

Abb. 18: Entwicklung der AU-Tage von 2015 bis 2021



¹¹⁰ z.B. Gesundheitsreports BKK, 2010, 2019; TK, 2019.

¹¹¹ BKK Gesundheitsreport 2019, S.97

¹¹² Dachverband BKK, BKK Gesundheitsreport 2022 Pflegefall Pflege?, Internetlink: <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/pressematerial-zum-bkk-gesundheitsreport-2022> [12.4.2023]



Diese Differenz ist in den letzten beiden Corona-Pandemiejahren noch größer geworden. Vor allem weisen Pflegekräfte überdurchschnittlich viele Fehltag aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen auf.

Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln erklärt sich das so: „Der große Block ist die körperlich schwere Arbeit, die zu Problemen wie Rückenbeschwerden führen kann. Dann haben wir unregelmäßige Arbeitszeiten, Nacht- und Schichtarbeit. Das kann eben von den Störungen des biologischen Rhythmus über Konzentrations- und Schlafstörungen bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen.“ Die Arbeitsbedingungen und -belastungen sind schwierig, immer häufiger fallen Überstunden an und Dienstpläne ändern sich kurzfristig, und dies alles bei niedrigem Gehalt. Alles in allem macht das offensichtlich eines mit dem Personal: Sie sind krank. Unzufriedenheit und ein erhöhter Krankenstand breiten sich aus. Ein Teufelskreis, denn wenn immer häufiger Kollegen*innen ausfallen, nimmt die Arbeitsverdichtung des Einzelnen zu. Die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen waren 2018 bei Altenpflegerinnen darüber hinaus doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Versicherten.¹¹³ Andere Krankenkassen bestätigen diese Zahlen.¹¹⁴

Subjektive Daten - Befragungen

Diese Daten werden durch verschiedene subjektive Befragungen gestützt.¹¹⁵ Die Sonderauswertung im „DGB-Index Gute Arbeit“ 2013 zeigt z.B., dass drei Viertel aller Befragten in Pflege, Betreuung und Begleitung nicht davon ausgehen, dass sie ihre Arbeit ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben können (s. Abb.19). Das Rentenalter angesichts der steigenden Anforderungen gesund zu erreichen, wird nur von einem Fünftel der Befragten erwartet.¹¹⁶ Diese Einschätzung wird in neueren Befragungen bestätigt.¹¹⁷

¹¹³ BKK aaO, 2019

¹¹⁴ z. B. TK Gesundheitsreport 2019, BKK Gesundheitsreport 2019

¹¹⁵ Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.), Arbeitsqualität aus Sicht der Krankenpfleger/-innen (2008); dies., Arbeitsqualität aus Sicht der Altenpfleger/-innen (2008), dies. Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen, Beschäftigte in Pflegeberufen - So beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen, Berlin, 2013, dies. Arbeiten mit Menschen - Interaktionsarbeit, Berlin, 2019, Internetlink: <https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/themen/interaktionsarbeit/++co++d99c8a14-d3a4-11e9-9bca-001a4a160100>[19.9.2019]

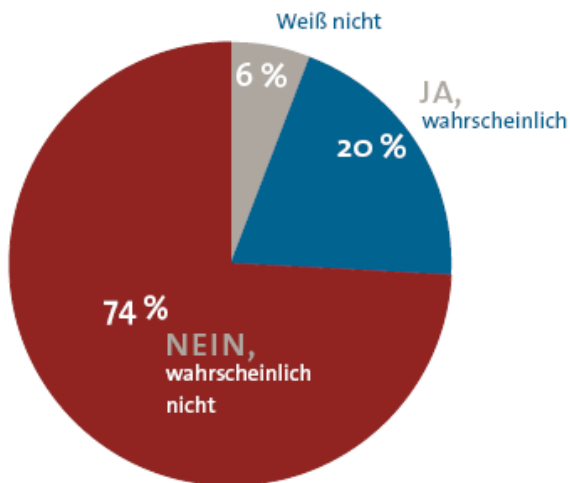
¹¹⁶ ver.di, aaO, 2013

¹¹⁷ Heimann, Kl., Fachkräftemangel oder Notstand: Pflegefall Pflege, Gute Arbeit, 2023, 3, S.23

Abb. 19: Arbeitsfähigkeit bis zur Rente?

**Abb. 2 | Arbeitsfähig bis zur Rente? –
 So antworten die Beschäftigten in Pflegeberufen**

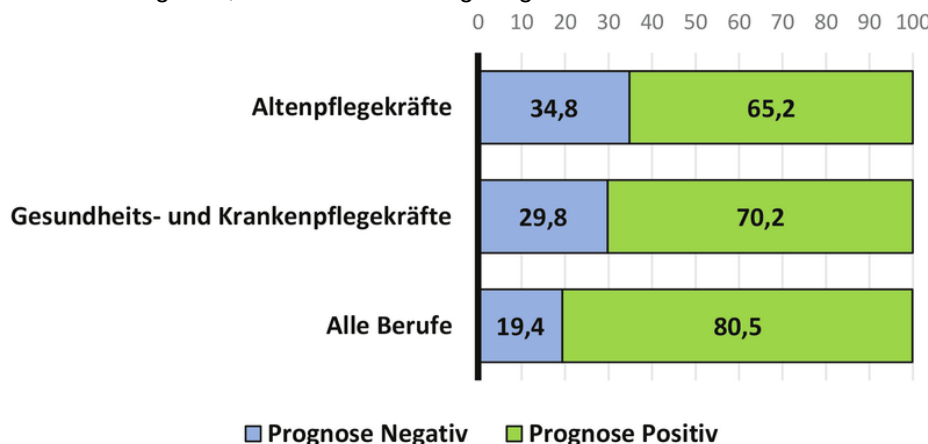
› Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben könnten?‹



VER.DI, 2013

In einer (aktuellen) repräsentativen Umfrage von 6.000 Beschäftigten im Rahmen des BKK Gesundheitsreports 2022 gab es folgendes Ergebnis: Bei jeder dritten Altenpflegekraft (34,8 Prozent) und deutlich über einen Viertel (29,8 Prozent) aller Gesundheits- und Krankenpflegekräfte ist es fraglich, ob sie überhaupt bis zur Rente ihren Beruf ausüben bzw. generell arbeiten können.“ kommentiert Gesundheitsexperte Holger Pfaff diese Situation (in Abb. 16) folgendermaßen: „Kritisch für die Beschäftigungssituation und auch den Pflegekräftemangel ist, dass viele Pflegekräfte sagen, so wie sie jetzt arbeiten müssen, können sie nicht bis zum normalen Renteneintrittsalter arbeiten. Das heißt, wir haben hier ein Potenzial für Frühberentung. Und das ist kritisch in der Zeit, wo man eh Personalmangel hat“. ¹¹⁸

Abb. 20: Prognose, dass die Beschäftigten gesund bis zur Rente arbeiten können



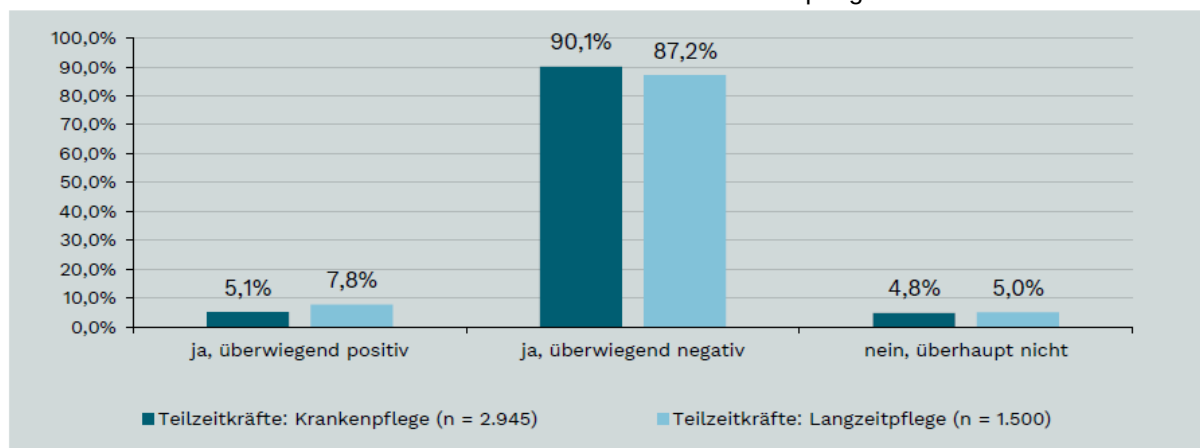
¹¹⁸ Heimann, Kl., aaO., 2023, 3, S.24



In der Umfrage zum BKK Gesundheitsreport 2022 „gaben mehr als 40 Prozent der Altenpflegekräfte (44,2 Prozent) genauso wie die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (40,4 Prozent) an, dass sie sich aktuell den Anforderungen ihrer Arbeit nur teilweise oder gar nicht gewachsen sehen. Dieser Anteil ist fast doppelt so hoch wie bei den sonstigen Berufen mit 24,6 Prozent. Da ist es wenig verwunderlich, dass beispielsweise jeder vierte Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege darüber nachdenkt in den nächsten zwei Jahren den Arbeitgeber zu wechseln. Mehr als jeder Fünfte denkt sogar darüber nach seinen Berufen ganz aufzugeben.“¹¹⁹

Die befragten Teilzeitpflegekräfte in der Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften „Ich pflege wieder, wenn ...“ bewerten den Einfluss ihrer Arbeit auf ihren Gesundheitszustand eindeutig negativ.¹²⁰

Abb. 21 Einfluss der Arbeit auf den Gesundheitszustand von Teilzeitpflegekräften



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 4.445.

Arbeitsbelastungen in der Eingliederungshilfe sind aktuell erst zum Internationalen Tag der Menschen mit Behinderungen am 3. Dezember 2021 durch die Beschäftigtenbefragung der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di¹²¹ auch in der sonst eher vernachlässigten Eingliederungshilfe offenkundig geworden. In der Beschäftigtenbefragung mit mehr als 8000 Teilnehmerinnen aus der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen gab es 2021 u.a. folgende Ergebnisse:

- Weniger als ein Fünftel der Befragten (23,1%) hält die Personalausstattung für ausreichend,
- 80% fühlen sich bei der Arbeit gehetzt oder stehen unter Zeitdruck
- zwei Drittel der Teilnehmenden werden auch außerhalb der Arbeitszeiten kontaktiert - in Wohnbereichen Arbeitende geben dies 87 % an.
- bei 50 % ist das Arbeiten aus dem Frei heraus üblich (in Wohnbereichen: 82 %) und
- 60 % sind in den letzten 12 Monaten in irgendeiner Form krank zur Arbeit gekommen.

¹¹⁹ ebd.

¹²⁰ Arbeitnehmerkammer Bremen, Arbeitskammer des Saarlandes & Instituts Arbeit und Technik (IAT), „Ich pflege wieder, wenn ...“ - Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Bremen, 2022, S.32

¹²¹ z.B. ver.di, Faktenblatt zur Beschäftigtenbefragung Behindertenhilfe, 3.12.2021, Internetlink: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++619cc353c7e4ce84e9e612aa/download/2021-11_Faktenblatt%20Behindertenhilfe.pdf [8.12.2021]



Betreuung und Begleitung erfüllen häufig die pädagogischen und pflegerischen Fachstandards nicht mehr:

- nur 21 % der Teilnehmenden stimmen der Aussage zu, dass genügend Zeit sei, um auf die Bedarfe der Klient*innen einzugehen,
- nur bei einem Drittel (32,8%) ist Zeit für Beratung im Team.
- Dreiviertel der Befragten erlebten bereits gegen sich gerichtete Beschimpfungen, 43 % mindestens einmal im Monat.
- Die große Mehrheit hat darüber hinaus bereits körperliche Übergriffe erlebt, knapp 24 % sind monatlich mindestens einmal körperlicher Gewalt ausgesetzt.

Zur Einkommenssituation äußerten sich die teilnehmenden Beschäftigten folgendermaßen:

- nur knapp 20 % sehen gute Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege (im DGB-Index Gute Arbeit 2020 äußern sich dagegen immerhin 32 % in dieser Richtung),
- 23 % der Teilnehmenden halten Ihr Einkommen in (sehr) hohem Maß für angemessen (im DGB-Index Gute Arbeit 60 %).

Die Gewerkschaft ver.di fordert daher wie der Bielefelder Appell¹²² auch hier einen Systemwechsel, der die jahrelange Verschlechterung von Personalschlüsseln und zunehmende Arbeitsverdichtung beendet. Kern dieses notwendigen Wechsels ist die politische Übereinkunft, die Refinanzierungsbedingungen von ökonomischen Erwägungen wieder abzukoppeln und z.B. über Personalmindeststandards einen Grad des Personalschlüssels zu ermöglichen, der sich an pädagogischen Grundsätzen orientiert und wieder eine sinnvolle, pädagogisch indizierte Begleitung ermöglicht. Damit ist auch der inzwischen erforderliche Nachholbedarf in diesem Arbeitsfeld gemeint.

Zwischenfazit:

Das Ergebnis politischer Entscheidungen für das Gesundheits- und Sozialwesen in den letzten fünfundzwanzig Jahren sind erhöhte Krankenstände und berichtete Arbeitsverdichtung durch Personalreduzierung aufgrund nicht ausreichender Refinanzierung bei gleichzeitiger Bewertung der Entlohnung als zu niedrig in einem weiblich dominierten Arbeitsfeld.

Gute Ansätze, fatal gewendet

Für die professionelle Betreuung ist dabei insgesamt klar, dass Kostendämpfung und Einsparungen im Gesundheits- und Sozialwesen bei mindestens 75 % Personalkosten immer Reduzierung von Personal, mehr Hilfskräfte und/oder Einsparungen beim Gehalt auslösen.¹²³

Das führt zu der schon beschriebenen Arbeitsverdichtung, aber auch zur Zerfaserung von Teams dadurch, dass Kolleginnen und Kollegen nur noch als quasi-Ich-AG allein in der Begleitung arbeiten.

Sie führt im Ergebnis zu „indirekter Steuerung“¹²⁴: Beschäftigte übernehmen nun Arbeitgeberfunktionen-sie planen und organisieren ihren Dienst wie auch ihre Krankheitsvertretung selbst, ohne dass eine Leitung handeln muss.

¹²² vgl. Forderungen unten und z.B. für 2012: Internetlink: http://www.sivus.net/2012-08-22_Bielefelder_Appell.pdf[10.7.2021], für 2021:

http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/V_Download/Texte_41-50/Text_47/text_47.html [27.7.2021]

¹²³ vgl. Janßen, Chr. (2019 g-6), Das Bundesteilhabegesetz –ein Beispiel angewandter Ökonomisierung der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen?!, Soziale Psychiatrie, 2020, 170, 4, 40-43, Internetlink: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/behindertenhilfe/++co++fddb2c7e-5732-11eb-bea5-001a4a160116>[2.8.2023]

¹²⁴ Peters, Kl.: Wie Krokodile Vertrauen schaffen, Ein Vortrag über das neue Organisationsprinzip der Unternehmen, 2010, Internetlink: <http://www.cogito-institut.de/Pages/Krokodil.aspx>; ders.: Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung - Konsequenzen neuer Managementmethoden für psychische Belastungen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz; Vortrag auf der Tagung der ver.di-BFK Behindertenhilfe zum BTHG, Göttingen, 24.6.2016; Siemens, St.: Indirekte Steuerung von Gruppen, Neue Formen des Arbeitsdrucks, DGB-Gegenblende, 29.01.2015, Internetlink: <http://gegenblende.dgb.de/++co++6d0f32ee-a7b1-11e4-9527-52540066f352>



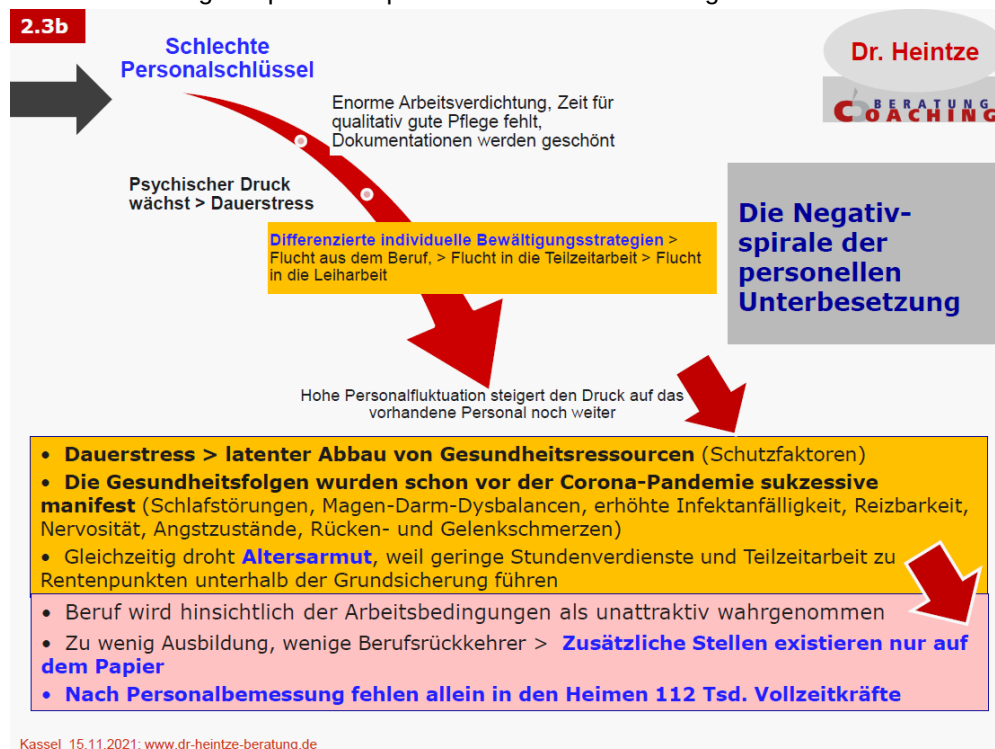
pixabay

Die Folgen der Markt- und Wettbewerbsorientierung in sozialen Arbeitsfeldern zeigt sich, wie dargestellt, in zunehmenden Refinanzierungsproblemen der Einrichtungen und Dienste sowie auf Beschäftigtenseite in einer Verschlechterung des Betreuungsschlüssels und daraus folgend der Arbeitsbedingungen mit Arbeitsverdichtung.

In allen Bereichen der Pflege, Betreuung, Begleitung und auch in der Hilfe für sozial geschwächte Menschen ist dadurch ein nie für möglich gehaltener Arbeitsdruck mit den einhergehenden oben beschriebenen psychischen Belastungen in den Einrichtungen und Diensten entstanden, wie die berichteten Zahlen zu Arbeitsunfähigkeiten, Unfallanzeigen und Gewalt zeigen.

Heintze beschreibt (...) die Misere am Beispiel der Altenpflege als eine Art Negativspirale.¹²⁵ Sie gilt für die anderen Arbeitsfelder vergleichbar (Abb. 22):

Abb. 22: Die Negativspirale der personellen Unterbesetzung



¹²⁵ Heintze, aaO., 2021a, Folie 13



5. Was tun? - Bielefelder Appell

Mit dem Bielefelder-Appell¹²⁶ haben bereits 2012 zweiunddreißig Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen, die für mehr als 27.000 Beschäftigte in der „Hauptstadt der Diakonie“ zuständig sind, genau mit diesen Erfahrungen gewarnt: Krankenstände in sozialen Arbeitsfeldern haben Höchstwerte erreicht, die Personalschlüssel und Gehälter dagegen - relativ gesehen - Tiefstwerte. „Wir fahren die soziale Arbeit – Begleitung, Betreuung und Pflege – mit hoher Geschwindigkeit an die Wand.“

Und weiter: „Das grundsätzliche Problem besteht seit fast 30 Jahren in einer sich immer weiter verschärfenden Krise ALLER Einrichtungen der Pflege, Betreuung und Begleitung. Und das heißt, WIR lassen die Politik machen.“ Jede und jeder Einzelne muss sich die Frage nach den Prioritäten unserer Gesellschaft gefallen lassen: Wie viel ist MIR die Pflege, Betreuung und Begleitung von alten, kranken, sozial geschwächten und behinderten Menschen wert?

Das neoliberale Denken hat das Koordinatensystem der Werte verschoben, wir sind inzwischen so an neoliberales Denken gewöhnt, dass die schlechten Ergebnisse nicht wahrgenommen oder als unbequem verdrängt und unterdrückt werden konnten und können. Aber schon morgen kann auch ICH nach einem Unfall im Krankenhaus wieder aufwachen oder im höheren Alter menschenunwürdig ohne die sozial notwendige Zuwendung im Pflegebett enden.

Wie gesprochen wird, so wird gehandelt

Neoliberale Vorgaben in sozialen Arbeitsfeldern finden seit langem ihr Pendant in der Sprache und unterhöhlen Mitmenschlichkeit und Mitgefühl zusätzlich. Darauf hat die Soltauer Initiative bereits vor Jahren hingewiesen¹²⁷: Mit Begriffen aus der Ökonomie wie „Kunde“, „Produkt“, „Leistungspaket“, „multidimensionale Zielvereinbarung“, „Ablaufoptimierung“ oder „Outcome“ sowie in den Adjektiven wie z.B. „hocheffizient“, „passgenau“ oder „zielorientiert“ wird das Wesentliche sozialer, kommunikativer Arbeit verdeckt. Die Beschäftigten haben es nicht mit Maschinenbauteilen zu tun, die zum Feierabend in das Regal gestellt werden, sondern mit Menschen - verletzten und bedürftigen Menschen. Im neuen BTHG finden sich jedoch genau diese Begrifflichkeiten: „Effizienzrendite“, „externer Vergleich als Benchmarking“, „Wirkungskontrolle“ oder „Modul“.

Und wenn neoliberal gesprochen wird, ist verinnerlichtes neoliberales Denken und Handeln nicht weit. Das sollten wir uns als Arbeiterinnen mit den Menschen immer vor Augen halten. Daseinsvorsorge darf nicht ökonomisiert bleiben, sonst geht die Mit-Menschlichkeit ganz zugrunde.

Und der Fachkräftemangel?

Planungsversäumnisse der Politik haben in den letzten Jahren zu einem Fachkräftemangel in allen behandelten sozialen Arbeitsfeldern geführt – der freie Markt regelt es eben nicht so, wie dessen Verfechter es sich gewünscht, aber wie die Erfahrungen seit Jahrzehnten gelehrt haben. „Der Markt ist völlig leergefegt. Die Pflegeeinrichtungen jagen sich nur noch gegenseitig das Personal ab.“¹²⁸ Die Einrichtungen versuchen in diesem Mangel eine Begleitung unter verschärften Kontrollbedingungen der Leistungsträger mit unterschiedlichsten Aktivitäten - Abwerbeprämien, besondere Angebote zu bewältigen - wie Gesundheitsförderung, Fahrradleasing oder begünstigte Springerdienste (die Vakanzen auffangen und sich

¹²⁶ z.B. für 2012: http://www.sivus.net/2012-08-22_Bielefelder_Appell.pdf [10.7.2021], Janßen, Chr.: Wie viel sind uns Menschen wert? Banken und Autoindustrie werden gepöppelt. Für die Arbeit mit Menschen ist weniger Geld da. Das kann nicht sein, mahnt der Bielefelder Appell, Publik Forum, 2013, 15, 17; ders. Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen als Akteure gegen die zunehmende Ökonomisierung in sozialen Arbeitsfeldern - Das Beispiel des Bielefelder Appells, In: Müller, C. et al., aaO., 2016, S.245-276; Zechert, Chr. Steigender Druck, sinkende Motivation. Bielefelder Beschäftigte in Pflege und sozialen Diensten schlagen Alarm, Psychosoziale Umschau, 2012, 4, 4-5. Für 2021: http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/V_Download/Texte_41-50/Text_47/text_47.html [27.7.2023]

¹²⁷ Soltauer Initiative, Soltauer Denk-Zettel Nr. 4, Kopieren erwünscht!, Der Markt hat im Gesundheitswesen so viel zu suchen, wie der Wolf im Hühnerhof, Bielefeld, März 2013

¹²⁸ „Gefahr eines Flächenbrands“, Verbandchef Bernd Meurer über die Pleitewelle in der Pflege, Hürden bei der Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland und das Problem der Leiharbeit. Ein Interview von Tim Szent-Ivanyi, Frankfurter Rundschau, 30. Mai 2023



dafür die Arbeitszeiten zu Lasten des Stammteams wählen können) bzw. Einsatz von Leiharbeit. Leiharbeit ist dabei ein Mittel der Wahl. In manchem Krankenhaus werden ganze OP- oder Kreissäle allein durch Leiharbeit geführt. Aber: „In einem Mangelberuf ist Leiharbeit Teufelszeug. Was passiert? Die Zeitarbeitsfirmen werben bei uns die Fachkräfte mit höheren Löhnen und attraktiven Arbeitszeiten ohne Wochenend- und Nachtdienste ab. Die stehen bei Schichtwechsel direkt vor den Heimen! Die Betreiber müssen dann in ihrer Not die früheren Mitarbeiter für mehr Geld, aber mit eingeschränkter Verfügbarkeit bei Zeitarbeitsfirmen ausleihen. Damit kann zwar zunächst die Belegung des Heims gesichert werden. Doch die Bedingungen für die Stammebelegschaft werden immer schlechter, was den Leihfirmen in die Karten spielt. Ein Teufelskreis. (...) Es sind Zeitarbeitsfirmen, die richtig Kohle machen. Da fließen Millionenbeträge ab, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen fehlen.“¹²⁹

Was ist zu tun?

An dieser Stelle soll zu einer Analyse von Ungleichheit noch einmal Silke van Dyk mit Frage „Wo kann eine Politik gegen die alltägliche Enteignung ansetzen?“ zu Wort kommen: „Umfragen haben wiederholt ergeben, dass soziale Ungleichheit mehrheitlich problematisiert und ihre Zuspitzung besorgt beobachtet wird. Dennoch gilt bis heute die von dem Historiker Pierre Rosanvallon formulierte Diagnose, dass die Idee von sozialer Ungleichheit als Voraussetzung für wirtschaftliche Prosperität ebenso tief verankert ist wie die der Leistungsgerechtigkeit, mit der gerade Einkommensunterschiede legitimiert werden. Rosanvallon kommt angesichts dessen zu dem Schluss, dass die grundsätzliche Ablehnung großer sozialer Ungleichheit einhergeht „mit einer gewissen Akzeptanz der Mechanismen, die sie hervorbringen“. An diesem Spannungsverhältnis hat eine kritische Wissenschaft anzusetzen, denn eine empirisch fundierte Darlegung des Problems, verbunden mit Vorschlägen für konkrete Lösungen, ist augenscheinlich nicht ausreichend, um die beschriebene Diskrepanz von Problematisierung und Passivität zu überwinden.

In diesem Sinne ließe sich beispielsweise an der fest verankerten Leistungsorientierung ansetzen: Nicht, um sie in ihrer vorherrschenden, individualistischen Form zu bestätigen, sondern um für den gerechten Anteil der Anteillosen und ihren aktiven Beitrag am privat Angeeigneten zu sensibilisieren. Ebenso ließe sich die immense Vermögenskonzentration aus dieser Perspektive in den Fokus der öffentlichen Debatte rücken und aufzeigen, dass diese Ungleichheit wenig mit Leistung zu tun hat.“¹³⁰

Und konkret?

Es geht um die grundsätzliche Änderung einer Politik, die seit Jahrzehnten die Weichen so stellt, dass die gesellschaftliche Schere zwischen Arm und Reich immer größer wird. Es geht um eine Politik, die ihre Prioritäten nicht in die Rettung „notleidender Menschen“ und eine menschenwürdige Pflege setzt, sondern immer wieder Milliarden in die Rettung „notleidender Banken“ oder Klimaschädlinge investiert. Denn diese Schieflage muss verändert werden.

Der Bielefelder Appell der 32 Interessenvertretungen, die für mehr als 27.000 Beschäftigte in Bielefeld zuständig sind, wurde von den Dachorganisationen von mehr als 2.000 konfessionellen Mitarbeitendenvertretungen unterschrieben, die nach eigenen Angaben etwa 440.000 Beschäftigte v.a. in diakonischen und Einrichtungen der Caritas vertreten, von ver.di, dem DGB, dem Bündnis für bessere Pflege u.v.a.¹³¹

In der Corona-Pandemie hat der Bielefelder Appell 2021 darauf aufmerksam gemacht, dass Klatschen vom Balkon und Schokolade oder Handcreme für die Teams ergänzt werden müssen durch anständige Gehälter, Personalmindeststandards und Maßnahmen zum Gesundheitsschutz, die insgesamt den Wert sozialer

¹²⁹ ebd.

¹³⁰ Dyk, S. van, Tag für Tag enteignet, Frankfurter Rundschau, 17.4.2023, im Internet: <https://www.fr.de/politik/tag-fuer-tag-enteignet-92216791.html> [25.6.2023]

¹³¹ vgl. Text des Bielefelder Appells, aaO., 2012 / 2021

Arbeit widerspiegeln müssen.¹³² Dies geht nur über einen Systemwechsel, der die Marktmechanismen in allen Arbeitsfeldern der sozialen Daseinsvorsorge aufhebt und wieder den Menschen in den Mittelpunkt stellt und damit wieder die Qualität der Begleitung und Pflege an erste Stelle rückt. Dabei müssen die unterschiedlichen Refinanzierungssysteme der Altenpflege und dem Krankenhausbereich (wie die von Heintze dargestellten Erfahrungen aus dem skandinavischen Raum) sowie der staatlichen Leistungsträgerschaft der Eingliederungshilfe und den kommunalen Angeboten berücksichtigt werden.



Foto: Chr. Janßen

Zum Internationalen Tag der Menschen mit Behinderung am 3 Dezember 2021 haben Beschäftigte aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Deutschland u.a. für diese Forderungen demonstriert.

Die Neuausrichtung des Wertesystems durch den Gesetzgeber muss begleitet werden durch entsprechende Veränderungen des Arbeitgeberhandelns:

- Wir brauchen ein Sozial- und Gesundheitswesen in öffentlicher Hand – nicht für Konzerne oder Aktionäre, sondern für die Menschen und die Gesellschaft. Mitbestimmung ist dabei verbrieftes Recht.
- Ökonomische Faktoren in der Arbeit mit Menschen dürfen nicht mehr im Vordergrund stehen, die Finanzierung muss wieder allein an den pädagogischen und pflegerischen Bedarfen der zu Betreuenden und der Qualität der Betreuung ausgerichtet werden.
- Nachholende Investition in die Daseinsvorsorge heißt: Anständige Gehälter in allen Arbeitsfeldern durch einen Tarifvertrag Soziales bzw. durch eine verpflichtende Orientierung aller Entgeltordnungen am Referenztarif im TvÖD als Mindestgehalt. Schrittweise Anhebung der Gehälter an das Niveau in der Industrie (vgl. auch ¹³³).
- Die Vergabe von Teilhabeleistungen, die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, und von Leistungen aus der Sozialversicherung darf nur an tariftreue Anbieter erfolgen.

¹³² Janßen, Chr., Bielefelder Appell 2021 – 25 Jahre Ökonomisierung der Daseinsvorsorge, Graswurzelrevolution, Nr.467, März 2022, S.4-5, dazu auch ders., Geld ist genug da – es muss nur anders verteilt werden! Der »Bielefelder Appell« – Forderungen zur Aufwertung sozialer Arbeitsfelder, Soziale Psychiatrie, 2015, 4, 24-26, Internetlink für beide: <http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/veroffentlichungen.html>

¹³³ Brandstätter, J. & Lührs, H., Soziale Berufe, Kirche und Streiks, Arbeitsrecht und Kirche, 2023, 1, 10-11



- Gesetzlich verankerte, fachkraftbezogene Standards für die Personalbemessung müssen in allen sozialen Arbeitsfeldern festgelegt werden. An deren Verhandlung müssen Mitarbeiterinnen aus der Praxis beteiligt werden, denn es muss eine Gewähr darüber bestehen, dass „Mindeststandards“ das bleiben was sie sind und nicht zu allgemein üblichen „Normalstandards“.
- Dazu gehört auch die Reduzierung der Arbeitszeit in den sozialen Arbeitsfeldern auf 35-Stunden bei vollem Lohnausgleich, die auch Anreiz für junge Fachkräfte bietet.
- Prekäre Beschäftigungsverhältnisse in Form von sachgrundlosen Befristungen, Zwangsteilzeit, geringfügigen Beschäftigungen, kapazitätsorientierten Verträgen oder Übungsleiterverträgen müssen zurückgedrängt werden.
- Privatisierungen in der Daseinsvorsorge werden nicht mehr zugelassen, sie ist öffentliche Aufgabe angeboten durch öffentliche oder frei-gemeinnützige Träger. Privatisierte Einrichtungen und Dienste werden in öffentliche oder frei-gemeinnützige Trägerschaft rückgeführt.

Dazu gehört aber ebenso die Verbreiterung der Finanzierungsbasis für die Daseinsvorsorge:

- Wiederherstellung der Vermögens- und Unternehmensbesteuerung vor 1997.
- Einführung einer „Bürgerversicherung“ auf alle Einkommensarten ohne Bemessungsgrenze.

Die Gewerkschaft ver.di unterstützt: Nur dieser Systemwechsel kann die jahrelange Verschlechterung von Personalschlüsseln und zunehmende Arbeitsverdichtung beenden und Gesundheit der Beschäftigten langfristig in ihrer Arbeit erhalten.

Christian Janßen, Dipl. Psychologe, PP

Vorsitzender der Gesamt-Mitarbeitendenvertretung in den v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel in Bielefeld

E-Mail: info@sivus-online.de

Weitere Literatur unter: <http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/veroffentlichungen.html>

