

STUDY

Nr. 373 · Dezember 2017

KOLLEKTIVES BESCHÄFTIGTENHANDELN IN DER ALTENPFLEGE

Wolfgang Schroeder

unter Mitarbeit von Christine Ludwig, Benedikt Schreiter, Florian Steinmüller, Oliver D'Antonio,
Sascha Kristin Futh und Katarina Pollner

Diese Study erscheint als 373. Titel der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Nr. 373 · Dezember 2017

KOLLEKTIVES BESCHÄFTIGTENHANDELN IN DER ALTENPFLEGE

Wolfgang Schroeder

unter Mitarbeit von Christine Ludwig, Benedikt Schreiter, Florian Steinmüller, Oliver D'Antonio,
Sascha Kristin Futh und Katarina Pollner

© 2017 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

ISBN: 978-3-86593-283-9

Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

INHALT

Vorwort	12
1 Einleitung	14
1.1 Forschungsstand	17
1.2 Theoretische Rahmung	21
1.3 Analysemodell und Aufbau der Arbeit	27
2 Teilbranche Altenpflege	33
2.1 Altenpflege als „Branche“?	34
2.2 Arbeitsmarkt Altenpflege	41
2.3 Fazit	68
3 Kollektive Akteure in der Altenpflege	70
3.1 Kollektive Akteure – betriebliche Ebene	70
3.2 Kollektive Akteure – verbandliche Ebene	98
4 Bedingungen kollektiven Handelns – die individuelle Ebene	134
4.1 Wege in die Pflege – Motivation für die Berufswahl	134
4.2 Image der Altenpflege – Selbst- und Fremdwahr- nehmung	145
4.3 Arbeitszufriedenheit	151
4.4 Fazit	162
5 Arbeitnehmerinteressen und kollektives Handeln	165
5.1 Worin sehen die Pflegekräfte den größten Handlungs- bedarf?	165
5.2 Wer trägt die Verantwortung für Verbesserungen in der Pflege?	171
5.3 Wer sollte die Interessen der Pflegekräfte vertreten?	176
5.4 Handlungsspielräume der Beschäftigten	179
5.5 Warum werden nicht mehr Pflegekräfte aktiv?	189

5.6	Berufsverbände	196
5.7	Pflegekammer	200
5.8	Gewerkschaften	202
5.9	Fazit	214
6	Resümee	217
	Literaturverzeichnis	230
	Interviewverzeichnis	243
	Anhang	245

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Idealtypische Ordnung kollektiven Handelns in der Altenpflege	29
Abbildung 2: Konzept der Interaktionsarbeit nach Böhle, Stöger und Weihrich	42
Abbildung 3: Teilzeitquoten in der Altenpflege	55
Abbildung 4: Anteil der AltenpflegerInnen in Einrichtungen mit Gremium	73
Abbildung 5: Struktur und Netzwerk des DBfK	110
Abbildung 6: Organisationsstruktur ver.di	121
Abbildung 7: Hauptgründe für die Tätigkeit in der Altenpflege	140
Abbildung 8: Verbundenheit mit dem Altenpflegeberuf	142
Abbildung 9: Wertschätzung der Altenpflege aus Sicht der Beschäftigten	150
Abbildung 10: Zufriedenheit mit den Beschäftigungsbedingungen	158
Abbildung 11: Handlungsbedarf im Arbeitsumfeld aus Sicht der Beschäftigten	167
Abbildung 12: Wichtigkeit der Veränderungen in Bezug auf die eigene Arbeit	169
Abbildung 13: Zuschreibung der Verantwortung für Verbesserungen in der Pflege	174
Abbildung 14: Zustimmung zu Aktivitäten	175
Abbildung 15: Zentrale Akteure für die Interessenvertretung der Pflegekräfte	179
Abbildung 16: Unterstützung bei Problemen	183
Abbildung 17: Bisherige Aktivitäten	185
Abbildung 18: Vorstellbare Aktivitäten	187
Abbildung 19: Hindernisse für kollektives Handeln	192

Abbildung 20: „Ich wüsste nicht, wie ich es angehen sollte“ als Hinderungsgrund für Engagement	193
Abbildung 21: „Sich nicht zu trauen“ als Hindernis beim aktiven bzw. aktiveren Angehen von Problemen	195
Abbildung 22: Gründe für die Nichtmitgliedschaft in einem Berufsverband	198
Abbildung 23: Noch nie durch GewerkschaftsvertreterInnen angesprochene Beschäftigte, soziostrukturelle Merkmale	203
Abbildung 24: Gründe der Nicht-Gewerkschaftsmitgliedschaft	206

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufteilung der Betriebe nach Trägern	45
Tabelle 2: Überblick über die Arbeitsmarktdaten	48
Tabelle 3: Berufsgruppen in der stationären Altenpflege	49
Tabelle 4: Durchschnittliche Bruttoentlohnung einer Vollzeittätigkeit in der Altenpflege	59
Tabelle 5: Überblick über die Verbändelandschaft in der Altenpflege	100
Tabelle 6: Hauptgründe für eine Tätigkeit im Pflegebereich nach beruflicher Qualifikation (in Prozent)	141
Tabelle 7: Verbundenheit mit der Pflege als Grund für die Berufswahl (Angaben in Prozent)	144
Tabelle 8: Arbeitszufriedenheit	159
Tabelle 9: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Beschäftigungsverhältnisses (Angaben in Prozent)	160
Tabelle 10: Priorität von Veränderungen nach sozialstrukturellen Merkmalen (Angaben in Prozent)	170
Tabelle 11: Gründe für Nichtmitgliedschaft im Berufsverband nach beruflicher Qualifikation (Angaben in Prozent)	199
Tabelle 12: Gründe für Nicht-Gewerkschaftsmitgliedschaft nach sozialräumlicher Lage (Angaben in Prozent)	208
Tabelle 13: Organisierte Interessen differenziert nach Trägern	223
Tabelle 14: Vergleich der Pflegestatistik mit eigener Erhebung hinsichtlich des Alters der Befragten (in Prozent)	254

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAA	Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege
ADS	Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AVG	Anbieter Verband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BÄK	Bundesärztekammer
BAT-KF	Bundes-Angestellten-Tarifvertrag in kirchlicher Fassung
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BeKD	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland
BIBB	Bundesinstituts für Berufsbildung
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie
BLGS	Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BOKD	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
DAGPP	Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
DAMiD	Dachverband für Anthroposophische Medizin in Deutschland
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DBVA	Deutscher Berufsverband für Altenpflege
DCV	Deutscher Caritasverband
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DPV	Deutscher Pflegeverband
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DVLAB	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen

EFN	European Federation of Nurses Association
FAU	Freie Arbeiterinnen- und Arbeiter Union
GeNi	Gesundheitsgewerkschaft Niedersachsen
GGB	Gewerkschaft Gesundheits- und Soziale Berufe Hannover
GPS	Global Positioning System
ICN	International Council of Nurses
IWAK	Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur
MAV	Mitarbeitervertretung
MAVO	Mitarbeitervertretungsordnung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVG	Mitarbeitervertretungsgesetz
PDA	Personal Digital Assistant
PDL	Pflegedienstleitung
SV	Sozialversicherung
TK	Techniker Krankenkasse
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VHD	Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland
VKM-D	Vereinigung Kirchlicher Mitarbeiterverbände Deutschland
vpu	Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands
WBL	Wohnbereichsleitung

VORWORT

Die gute Pflege älterer Menschen ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal eines modernen Wohlfahrtsstaates. In Deutschland ist die Entwicklung eines Pflege-sektors, der diesen Ansprüchen genügt, noch nicht abgeschlossen. Noch immer bestehen vielfältige Defizite, insbesondere in Bezug auf die soziale und interessenspolitische Lage der Beschäftigten. Es gibt mittlerweile in Deutschland eine Fülle hochwertiger Publikationen, die die Situation der Beschäftigten in der Pflegebranche in den Blick nehmen. Ein Desiderat besteht jedoch hinsichtlich der Verbindung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Pflegenden mit ihrer interessenspolitischen Vertretung. Mit dieser Studie wird erstmals eine umfassendere und systematische empirische Analyse vorgelegt, die sich mit den Interessen der Beschäftigten in der Pflege und möglichen Formen kollektiven Handelns befasst. Befragt wurden fast 800 Pflegekräfte sowie eine Vielzahl engagierter InteressenvertreterInnen, die sich für die Organisation der Pflegenden einsetzen. Durchgeführt wurde die Studie zwischen Herbst 2013 und Frühsommer 2017.

Seit 2006 findet an meinem Lehrstuhl eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage statt, welche strukturierende Rolle Beruflichkeit für die Entwicklung kollektiven Handelns spielt. Dabei geht es sowohl um berufsfachliche als auch um subjektive Momente, die kollektives Handeln auf unterschiedlichen Arbeitsmärkten beeinflussen. Mein Interesse gilt besonders den grundlegenden Unterschieden der Arbeitsbeziehungen innerhalb einer politischen Ökonomie, die als „Modell-Deutschland-Konstellation“ bezeichnet werden kann. Das bis um die Jahrtausendwende unangefochtene deutsche Gewerkschaftsmodell, gekennzeichnet durch ein auf Klasse und Branche basierendes Organisationsmodell, trifft in einigen Bereichen seither auf neu etablierte Berufsgewerkschaften. Bereits 2011 wurden die Berufsfelder KrankenhausärztInnen, LokführerInnen, IngenieurInnen und angestellte ChemikerInnen von Kasseler Forscherinnen und Forschern untersucht (Schroeder/Kalass/Greef 2011). Die vorliegende Studie über die Pflegekräfte bildet einen weiteren Baustein in diesem Forschungszyklus.

Unterstützt wurde ich bei der Arbeit an diesem Buch maßgeblich von Christine Ludwig, ohne deren Beitrag diese Studie nicht hätte verfasst werden können. Sie hat als wissenschaftliche Mitarbeiterin an diesem Projekt mitgearbeitet und war daran von der Konzeption über das Forschungsdesign und die Interviews bis hin zum Erstentwurf des Projektberichtes beteiligt.

Nach anderthalb Jahren verließ sie das Projekt und gab den Staffelstab weiter. Weitere wichtige Stützen für das Entstehen dieses Buches waren Benedikt Schreiter und Florian Steinmüller, die die umfangreichen empirischen Daten analysiert und systematisiert haben. An der Textarbeit haben sich zudem Oliver D'Antonio, Sascha Kristin Futh und Katarina Pollner beteiligt. Sie alle haben in unterschiedlichen Phasen engagiert zum Gelingen dieses Projektes beigetragen. Dass diese Studie trotz verschiedener Hürden und Schwierigkeiten nicht scheiterte, verdanke ich vor allem der kontinuierlichen Unterstützung durch die MitarbeiterInnen meines Lehrstuhles. Das Buch ist also das Ergebnis einer umfassenden Teamarbeit, für die ich die volle Verantwortung übernehme.

Mein Dank gilt auch den Interviewpartnerinnen und -partnern. Schließlich möchte ich mich bei der Hans-Böckler-Stiftung, insbesondere bei Stefan Lücking, für die gewährte Förderung und Unterstützung bedanken. Im wissenschaftlichen Projektbeirat haben Carola Bury, Guido Becke, Michaela Evans, Marco Frank und Johannes Behrens wichtige Anregungen gegeben. Dankbar bin ich ebenso für die engagierte Unterstützung durch die verantwortlichen Aktiven von ver.di, vor allem Herbert Weisbrod-Frey, Dietmar Erdmeier und Margarete Steffens, die stets engagiert, kompetent und geduldig unsere Fragen beantworteten und schließlich sogar den gesamten Text kritisch begutachteten. Sie alle haben mit ihrer Erfahrung und ihrem ausgeprägten Blick für die Verbindung von Theorie und Praxis positiv auf dieses Buch eingewirkt. Besonders anregend waren für mich persönlich schließlich die fachlichen Gespräche mit Wolfgang Voges, der auch Mitglied des Projektbeirates war, doch leider viel zu früh verstarb.

Kassel/Berlin im Sommer 2017

1 EINLEITUNG

Die Lebensqualität in einer alternden Gesellschaft wie der deutschen wird sich daran erweisen, wie gut es gelingt, die Versorgung pflegebedürftiger MitbürgerInnen sicherzustellen. Angesichts sich wandelnder familiärer und sozialer Strukturen wird diese Arbeit zunehmend von professionell Pflegenden geleistet werden. Die Qualität einer personenbezogenen Dienstleistungsarbeit wie der Altenpflege hängt von den Arbeitsbedingungen und der Qualifikation des Personals ab. Doch angesichts steigender Bedarfe¹ werden die Probleme, das notwendige Personal für diese Aufgabe zu finden, immer offensichtlicher. So ist in den letzten Jahren mehr und mehr davon die Rede, dass Fachkräfte fehlten, der Beruf als unattraktiv gelte und sich die Arbeitssituation in der Pflege immer weiter zuspitze (Theobald et al. 2013: 63 ff.). Eine von vielen Seiten als zu knapp kritisierte Personalbemessung führe zu einer Arbeitsverdichtung, die hohe Krankenstände nach sich ziehe. Dienstpläne könnten nicht eingehalten werden, die Beschäftigten leisteten Mehrarbeit; so entstehe eine Spirale der Überlastung. Während sich in anderen Branchen fehlendes Fachpersonal in erster Linie auf die Produktivität der betroffenen Unternehmen auswirkt, entsteht durch den Pflege(personal)mangel insbesondere ein drängendes sozialpolitisches Versorgungsproblem. Dies ist nicht zuletzt die Folge einer Entwicklung, die als die „Ökonomisierung der Sozialpolitik“ (Evers/Heinze 2008: 11) bezeichnet wird. Seit Jahren werden bedrohliche Zukunftsszenarien entworfen², wirksame Gegenmaßnahmen scheinen aber noch nicht gefunden. Die Attraktivität der Branche nimmt nicht zu.

Vertreter von Parteien und Interessenverbänden fordern daher eine Aufwertung des Altenpflegeberufes, wobei sie dabei verschiedene Ansätze verfolgen. Die schwarz-rote Bundesregierung setzte 2016 angesichts der zunehmenden Überschneidung der fachlichen Anforderungen per Gesetz eine Zusammenführung der drei Ausbildungsberufe der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einer einheitlichen generalistischen Ausbildung durch. Außerdem wird die Pflegeausbildung im Hochschulbereich gefördert.

1 Zwischen 1999 und 2013 hat sich die Zahl der Beschäftigten in der Altenpflege um rund 61% auf mittlerweile knapp über 1 Million erhöht (Statistisches Bundesamt 2001; 2013).

2 Vgl. zu den unterschiedlichen Prognosen das Themenheft zum Fachkräftemangel in der Altenpflege der Zeitschrift Sozialer Fortschritt (3/2012) mit Aufsätzen von u. a. Michael Simon, Carsten Pohl, Tobias Hackmann.

Die Ausbildung soll kostenlos sein und die Fluktuation zwischen den bisherigen Pflegeberufsfeldern erleichtern. Darüber hinaus sollen die Weiterbildungsmöglichkeiten transparenter und durchlässiger gestaltet werden (Bundesregierung 2016: 1).

Die eingeleitete Neuausrichtung der Pflegeausbildung steht am Ende einer langen Debatte, die sowohl innerhalb der betroffenen Verbände wie auch in und zwischen den Parteien kontrovers geführt wurde. Von den Grünen wurde anstelle dieser generalistischen eine „integrativ gestufte Ausbildung“ (Die Grünen 2016: 3) gefordert, bei der nach einer gemeinsamen Grundausbildung eine Spezialisierung in einem der drei bestehenden Pflegeberufe stattfindet. Hierdurch sollen die steigenden fachlichen Anforderungen zur Versorgung einer alternden Gesellschaft besser abgedeckt werden (Die Grünen 2016: 1 ff.). Die Linke stimmt dem grünen Ausbildungskonzept in der Grundstruktur zu, fordert aber darüber hinaus eine Anhebung des Leistungsniveaus der Pflegeabsicherung, um die Pflegekräfte in reguläre und tarifliche Beschäftigung zu überführen. Des Weiteren setzt sie auf verbesserte Standards der Personalabmessung, um die Qualitätssicherung zu verbessern, und auf einen Ausbau der kommunalen Pflegeinfrastruktur (Die Linke 2013). Ähnlich wie die Grünen und die Linke plädiert auch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) für die Aufteilung der Ausbildung für den Pflegeberuf in eine gemeinsame und eine Spezialisierungsphase. Darüber hinaus fordert ver.di mehr betriebliche Mitbestimmung in Ausbildungsangelegenheiten und eine verbesserte Entlohnung (ver.di 2016: 1 f.). Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) setzt sich aufgrund zunehmend komplexer fachlicher Anforderungen in der Pflege für eine Generalisierung der Pflegeausbildung ein (DBfK 2015a). Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege (DBVA) hingegen lehnt eine solche Generalisierung ab und war deshalb im Jahr 2013 an der Gründung des Bündnisses für Altenpflege beteiligt (DBVA 2014a: 2).

Trotz der Defizite in der beruflichen Praxis erlebte das Berufsfeld der Altenpflege in den vergangenen Jahren einen regen Zulauf (BIBB 2014). Dieser erweist sich auch als notwendig angesichts steigender Zahlen pflegebedürftiger Menschen, einer zunehmenden Konkurrenz mit anderen Branchen um immer weniger Auszubildende und einer sich vergrößernden Pflege(fach)kräftelücke.³ Es scheint unerlässlich, die Attraktivität des Arbeitsfeldes weiter

3 Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes könnte die Fachkräftelücke im Jahr 2025 ohne nachhaltige Gegenmaßnahmen auf bis zu 112.000 Beschäftigte anwachsen (Afentakis/Maier 2010: 999).

zu stärken. So können langfristig am ehesten qualifizierte Fachkräfte gewonnen sowie die Qualität der Altenpflege sichergestellt und gesteigert werden. Die ArbeitnehmerInnen und ihre Vertretungen sind offensichtlich nicht in der Lage, diese Situation zu nutzen, um ihre Verhandlungsposition zu stärken, wenn es darum geht, *Gute Arbeit* in der Pflege einzufordern. Hier stellt sich grundsätzlich die Frage nach der Präsenz der Pflegekräfte in der Debatte um die Zukunft der Pflege.

Die vorliegende Studie nimmt sich dieser Thematik an und untersucht die Bedingungen und Potenziale interessengeleiteten kollektiven Handelns von Beschäftigten in der Altenpflege. Ausgangspunkt des Forschungsprojekts ist die Annahme, dass eine Stärkung der kollektiven Akteure insgesamt – sowohl der betrieblichen als auch der überbetrieblichen Gremien – ein bedeutender Weg ist, um die Attraktivität des Berufsfeldes zu steigern und dessen Professionalisierung voranzutreiben.⁴ Vor diesem Hintergrund stellen sich die zentralen Fragen dieser Studie: Welche Voraussetzungen liegen im Bereich der Altenpflege für kollektives Handeln vor, wie werden sie genutzt und verändert?

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt dabei auf zwei Ebenen. Zum einen soll geklärt werden, welche Voraussetzungen, Potenziale und Hindernisse für kollektives Handeln auf der individuellen Ebene der Beschäftigten in der Altenpflege bestehen. Dies umfasst die sozialen und wirtschaftlichen Voraussetzungen, die auf der Ebene der Beschäftigten eine Teilnahme oder auch Nichtteilnahme an kollektivem Handeln bedingen, wie beispielsweise ihre gesellschaftliche und berufliche Sozialisation, ihre familiäre Situation, ihre Lebenslage im Allgemeinen sowie ihre Beschäftigungsbedingungen. Hierfür wird zunächst ein Überblick über die Arbeitsmarktsituation und die Anstellungsverhältnisse der Beschäftigten in der Altenpflege gegeben, die als Referenzpunkte kollektiven Handelns verstanden werden müssen. Deshalb interessieren uns in diesem Zusammenhang die subjektiven Deutungen der Beschäftigten bezüglich ihrer Interessen, welche Formen kollektiver Interessenvertretung die Beschäftigten präferieren und wie sie den entsprechenden Gremien und Akteuren gegenüberstehen.

Zum anderen soll neben den sozialen Lagen der Beschäftigten und zugleich darauf aufbauend untersucht werden, wie diese Potenziale der AltenpflegerInnen die Handlungsoptionen der kollektiven Akteure, die im Pflege-

4 Dass eine stärkere Beschäftigtenmitbestimmung unter wirtschafts- und unternehmensdemokratischen Gesichtspunkten zu befürworten ist, versteht sich von selbst.

bereich tätig sind, beeinflussen. Dabei analysieren wir, welche Akteure auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene mit welchen Strukturen, Ressourcen und Strategien die Interessen der AltenpflegerInnen vertreten. Die Ergebnisse erlauben Schlussfolgerungen darüber, welcher Handlungsspielraum und welche Hindernisse auf den beiden Ebenen für eine Verbesserung der diskutierten Bedingungen der Altenpflege durch kollektives Handeln bestehen und welche Strategien einer zeitgemäßen Beschäftigteninteressenvertretung angesichts der besonderen Voraussetzungen im Feld Altenpflege angezeigt sind.

Grundlage der vorliegenden Studie ist ein Methodenmix: Neben der Auswertung einschlägiger Forschungsergebnisse stehen die Ergebnisse eigener empirischer Erhebungen im Rahmen qualitativer Interviews mit Beschäftigten, betrieblichen und verbandlichen InteressenvertreterInnen sowie eine umfangreiche quantitative Befragung von 749 AltenpflegerInnen und deren Auswertung im Zentrum der Untersuchung.⁵

1.1 Forschungsstand

Entsprechend der wachsenden Relevanz des Themas haben sich in den letzten Jahren verschiedene wissenschaftliche Disziplinen verstärkt der Altenpflege als beruflicher Tätigkeit angenommen. Im Folgenden geben wir einen Überblick über die für unsere Fragestellung wesentlichen Forschungsergebnisse aus der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit der Altenpflege. Dabei wird unterschieden zwischen den Bedingungen der *Arbeit* als Tätigkeit (z.B. Arbeitsklima, Arbeitsbelastung) und den Bedingungen des *Beschäftigungsverhältnisses* (z.B. befristete Anstellung, Höhe der Entlohnung, geringfügige Beschäftigung).

Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 hat Deutschland einen enormen Beschäftigungsaufbau im Bereich der Pflege älterer Menschen verzeichnet, der – so der Tenor der einschlägigen Veröffentlichungen – mit einer Verschlechterung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen einherging (Theobald et al. 2013: 37). Diese Entwicklung und den Status des Altenpflegeberufes rund 20 Jahre nach der Pflegereform beschreiben Theobald, Sebebehly und Preuß (2013) in ihrem Band „Arbeitsbedingungen in der

⁵ Das methodische Vorgehen und die empirische Datengrundlage werden im Anhang eingehend erläutert.

Altenpflege“. Sie untersuchen vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels in einem Ländervergleich zwischen Deutschland und Schweden die Voraussetzungen und Hindernisse für eine Verlängerung der Berufsverweildauer von Altenpflegekräften. Sie zeigen, dass Unterbrechungen der Berufsausübung in der Altenpflege neben Problemen der Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Verpflichtungen insbesondere den hohen Anteil gering qualifizierter Beschäftigter betreffen. Letztere haben im Vergleich zu Fachkräften weniger Ressourcen zur Kompensation berufsspezifischer Belastungen (ebd.: 136 ff.). Insofern finden in der Altenpflege, so die Schlussfolgerung der Autorinnen, „insbesondere weniger qualifizierte Pflegekräfte deutlich schwierigere Bedingungen für eine kontinuierliche Erwerbsintegration vor“ (ebd.: 145). Für die vorliegende Studie ist dies vor allem deswegen relevant, weil bei einer höheren Verweildauer von einer stärkeren Berufsbindung, einem erhöhten beruflichen Selbstverständnis und einem entsprechend größeren Engagement für die eigene Profession ausgegangen werden kann (ebd.: 96). Im Anschluss an diese Studie liegt es daher nahe, die Bedeutung der Qualifikationsunterschiede als Voraussetzung kollektiven Handelns zu untersuchen; ein Aspekt, den die Forschung bislang vernachlässigt hat.⁶

Die ausdrückliche Ausdifferenzierung des Pflegeberufes in Deutschland kommt einem internationalen Sonderfall gleich, was sich auch daran zeigt, dass es für ausländische PflegerInnen schwierig ist, in Deutschland die zertifizierte Anerkennung für die Altenpflege zu erlangen. Internationale Vergleiche können vor diesem Hintergrund hilfreich sein, um die besondere Lage in Deutschland besser zu verstehen. Mit der Entwicklung der Pflegepolitik in Deutschland und Schweden setzt sich Oschmiansky (2013) in ihrer Dissertation auseinander.⁷ Sie vergleicht, mit welchen Steuerungsansätzen diese Länder dem steigenden Pflegebedarf begegnen. Dabei stellt sie in beiden Ländern eine große Pfadabhängigkeit der Pflegepolitiken fest, auch wenn immer wieder „komplexe, teils widersprüchliche Steuerungsanreize der deutschen Pflege-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik“ (ebd.: 500) gesetzt würden. So gebe es in Deutschland auf der einen Seite „eine Stabilisierung und Professionalisierung der formalen Pflegearbeit“ (ebd.: 500), auf der anderen Seite ließen sich aber auch prekarisierende und deprofessionalisierende Tendenzen beobachten (ebd.). Weitere internationale Vergleiche unter Einbezug des

⁶ Im Unterschied zu Theobald, Szebehely und Preuß wird dabei auch analysiert, welche Rolle die Entlohnung als wichtiges Moment der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege für die Beschäftigten spielt.

⁷ Schweden und Deutschland sind neben Großbritannien auch die Vergleichsländer von Schartau (2008).

deutschen Pflegesystems haben Haberkern (2009) und Leitner (2013) vorgelegt. Dammert (2009) bietet eine ausführliche Darstellung der Entwicklung der deutschen Pflegeversicherung und ihrer Prinzipien.

Mit den konkreten Arbeitsbedingungen, die auf den pflegepolitischen Zielsetzungen basieren, setzen sich Hielscher et al. (2013) auseinander. Sie fragen nach den Folgewirkungen der Ökonomisierung und des Aktivierungsparadigmas in den Einrichtungen sozialer Dienste und dabei vor allem nach den Auswirkungen auf die Beschäftigungsbedingungen. Unter den exemplarisch untersuchten Tätigkeitsfeldern finden sich sowohl die stationären Einrichtungen als auch die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Als zentrales Ergebnis lässt sich festhalten, dass „der Sinngehalt der Arbeit und die Qualität der Dienstleistungen als Ergebnis der Arbeit von hoher Relevanz für die Beschäftigten sind“ (ebd.: 242). In der „Diskrepanz zwischen der ‚störrischen Professionalität‘ (...) vieler Fachkräfte einerseits und den sozialpolitisch sowie in den Einrichtungen gesetzten Arbeitsbedingungen andererseits“ (ebd.: 244) sehen die AutorInnen einen fruchtbaren Ansatzpunkt, um Beschäftigte zu mobilisieren (ebd.).⁸

Mit seinen Studien zur Altenpflege als Beruf befasst sich Voges (2002) in grundsätzlicher Weise mit den strukturellen Voraussetzungen von Berufen und Tätigkeiten in der Altenpflege und liefert wesentliche kategoriale Grundlagen für die vorliegende Studie. Voges stellt unter anderem die Akteure vor, die versuchen, Einfluss auf die berufspolitische Gestaltung der Altenpflege zu nehmen,⁹ indem er Berufsverbände und Gewerkschaften sowie die Beziehungen zwischen den einzelnen Verbänden näher betrachtet (ebd.: 282 ff.). Dabei konstatiert er eine geringe berufsverbandliche Bindung (ebd.: 314 f.). Zugleich macht er deutlich, wie stark sich das Feld seit den 1960er Jahren einerseits gewandelt hat und wie hoch andererseits die Kontinuität der zersplitterten und ressourcenschwachen Akteurskonstellation der Beschäftigten ist (ebd.: 320).

Mit dieser Zersplitterung beschäftigen sich Evans, Galtschenko und Hilbert (2013). Für die Sozialwirtschaft¹⁰ stellen sie eine „Sociosclerose“ (ebd.:

8 Den Begriff der „störrischen Professionalität“ zitieren sie aus Seithe, Mechthild (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

9 Zu diesen zählt er auch die Kostenträger und Leistungserbringer in der Pflegeversicherung, da die Kostenargumente höhere Ausbildungsstandards und eine höhere Entlohnung erschweren (Voges 2002: 287 f.).

10 Das Projekt PESSIS, von dem hier die Rede ist, fokussiert folgende Dienstleistungssegmente der Sozialwirtschaft: stationäre und ambulante Altenhilfe, Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendhilfe.

209) fest, worunter sie ein stark fragmentiertes und zerklüftetes System der Arbeitsbeziehungen verstehen (ebd.: 213). Mit einer 2016 vorgelegten Studie zu den „Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel“ werden diese Beobachtungen von Evans weiter ausgearbeitet, systematisiert und mit selbst entwickelten Zukunftsszenarien abgerundet (Evans 2016).

Während die bisher genannten AutorInnen sich auf die überbetrieblichen Arbeitsbeziehungen beziehen, befassen sich Krenn und Papouschek (2006) mit der betrieblichen Interessenvertretung. Sie diskutieren die Teilhabechancen von ArbeitnehmerInnen in der ambulanten Pflege in Österreich. In ihrem Forschungsprojekt führten sie zwischen 2003 und 2005 unter anderem 35 qualitative Interviews mit Pflegekräften (ebd.: 25 f.). Als Ergebnis stellen sie fest, dass in der Altenpflege verschiedene Bedingungen zusammenkommen, die dazu führen,

„dass bei den Pflegekräften kaum Ressourcen für ein partizipatives Engagement in der Organisation vorhanden sind und sie mit der Herausforderung, die zum Teil auch widersprüchlichen Anforderungen einigermaßen zu bewältigen, bereits mehr als ausgefüllt sind“ (ebd.: 16).

In den untersuchten Fällen, in denen es betriebliche Interessenvertretungen gegeben habe, stellten diese „für die Pflegekräfte kaum eine Option für die Durchsetzung ihrer Interessen“ (ebd.: 23) dar.

Die Frage nach den Partizipationschancen von Beschäftigten ist auch eine Frage nach deren Handlungsfähigkeit. In ihrem Projektbericht befassen sich Nowak, Hausotter und Winker (2012a) mit der „erweiterten Handlungsfähigkeit“ (ebd.: 8),¹¹ die die Beschäftigten zur „Entwicklung solidarisch-kollektiver Handlungsformen“ (ebd.: 8) befähige. In den qualitativen Interviews, die sie führten, wird deutlich, „dass für keine der befragten Personen kollektive Handlungsmöglichkeiten eine stabile oder selbstverständliche Perspektive sind“ (ebd.: 93).

Insgesamt lässt sich durch diesen knappen kursorischen Forschungsüberblick feststellen, dass die Altenpflege als Beruf und Branche in der Forschung vielfältig aufgegriffen wurde. Jedoch gibt es kaum gesicherte Erkenntnisse mit

11 „Als *erweiterte Handlungsfähigkeit* bezeichnen wir solche Aspekte der Subjektkonstruktion, in denen Menschen die gesellschaftliche Vermittlung der eigenen Existenz erkennen und ein Handeln anstreben, das *in diese Verhältnisse gestaltend eingreift*“ (Nowak et al. 2012b: 275, Hervorhebungen im Original).

Blick auf die kollektiven Arbeitsbeziehungen und die Frage nach den Voraussetzungen kollektiven Handelns in diesem Pflegebereich. Die vorliegende Studie soll dazu beitragen, diese Lücke zu verkleinern. Dabei knüpfen wir einerseits an den aktuellen Forschungsstand an, wobei die dargestellten Aspekte der historischen Pfadabhängigkeit des Altenpflegeberufs, der heutigen Arbeitsmarktbedingungen, der sozialstrukturellen Hintergründe und der individuellen Motivation der Pflegekräfte sowie der Fragmentierung und Organisationsdefizite der Verbändelandschaft in der Analyse der Voraussetzungen kollektiven Handelns im Altenpflegebereich besonders berücksichtigt werden sollen.

Die vorliegende Studie geht andererseits über die bisherigen Forschungsergebnisse hinaus, indem sie sowohl die Beschäftigten- als auch die Interessenvertretungsebene betrachtet und hierfür qualitative und quantitative Auswertungsverfahren kombiniert. Aus dem Forschungsstand lässt sich schlussfolgern, dass auf beiden Ebenen Hindernisse und Potenziale für kollektive Aktivität zu verorten sind. Das methodische Vorgehen dieser Arbeit ermöglicht es, die Voraussetzungen kollektiven Handelns auf der Beschäftigtenseite systematisch zu erschließen und die einzelnen Faktoren in Relation zueinander zu setzen. In diesem Zusammenhang können wir vor allem auf Basis der in dieser Studie eingesetzten umfangreichen Beschäftigtenbefragung differenziert nach Beschäftigtengruppen erfassen, welche Potenziale und Hindernisse für kollektives Handeln auf der Ebene der AltenpflegerInnen vorhanden sind. Dadurch kann die vorliegende Arbeit im Anschluss an die Ergebnisse von Theobald, Szebehely und Preuß (2013) auch dazu beitragen, die Frage nach der Rolle unterschiedlicher Qualifikationsniveaus für das kollektive Handeln der AltenpflegerInnen und ihrer Verbände besser zu beantworten. Eine solche Differenzierung scheint notwendig, gerade vor dem Hintergrund der besonderen arbeitsmarktstrukturellen und historischen Bedingungen sowie des aktuellen Fachkräftemangels. Sie ist letztlich die Voraussetzung, um ein realitätsnahes und analytisch fruchtbares Bild kollektiver Aktivitäten im Bereich der Altenpflege zeichnen zu können.

1.2 Theoretische Rahmung

Interessenverbände werden in der Verbändeforschung in der Regel als intermediäre Organisationen konzeptionalisiert, da sie zwei grundlegenden, aber eng aufeinander bezogenen Logiken unterworfen sind. Auf der einen Seite müssen sie Mitglieder rekrutieren und an die Organisation binden, auf der anderen Seite zugleich die aggregierten Interessen ihrer (potenziellen) Mit-

glieder gegenüber Dritten (z. B. Arbeitgebern, Staat) effektiv vertreten. Diese Logiken der Mitgliedschaft und des Einflusses stehen häufig in einem Spannungsverhältnis (Schmitter/Streeck 1999). Beide Logiken gilt es zu berücksichtigen, wenn man die Bedingungen, die Entstehung, den Verlauf und den Fortbestand kollektiven Handelns analysiert.

In der Verbändeforschung ist besonders Olsons Theorie des kollektiven Handelns wirkmächtig geworden. Nach Olson (1992: 8 ff.) haben vor allem Gruppen, die sich für allgemein zugängliche Kollektivgüter – beispielsweise Tarifverträge – engagieren, Probleme, Mitglieder zu gewinnen und zu halten, da jene Güter auch ohne Mitgliedschaft zugänglich sind. Die Individuen handeln nach Olson ökonomisch rational, wenn sie keinen Beitrag zur Herstellung des Gutes leisten. So komme es dazu, dass gerade die Interessen großer Gruppen unter erheblichen Organisationsproblemen litten. Jedoch könne es den Interessenorganisationen gelingen, erfolgreich Mitglieder zu binden, wenn sie zusätzliche selektive Anreize setzten, die Gruppenmitgliedern exklusiv geboten würden (ebd.: 49 f.). Olsons Thesen lösten einige Kontroversen aus. Insbesondere wird immer wieder kritisiert, dass sie viele Phänomene kollektiven Handelns nicht erklären können. Olsons Verdienst besteht nichtsdestoweniger darin, dass er – entgegen der zur Zeit seiner Veröffentlichung gängigen pluralistischen Annahmen – aufzeigt, dass viele Interessen unter erheblichen Organisationsproblemen leiden (Straßner/Sebaldt 2006: 325). Olson selbst hat zugestanden, dass seine Theorie „für manche Fälle weniger brauchbar [sei] als für andere“ (Olson 1968: 157).¹²

Im Anschluss an Olson fragt Robert Putnam, wie die ökonomisch-rationalen Argumente gegen die Entstehung kollektiven Handelns außer Kraft gesetzt werden können (Lepénies 2009: 144 ff.).¹³ Sein Sozialkapitalansatz verfolgte die Grundthese, dass durch Sozialkapital „Gewohnheiten sozialer Kooperation eingeübt und praktiziert werden sowie das Vermögen zur gesellschaftlichen Selbstorganisation gestärkt“ (Seubert 2009: 9) wird. Dieser Ansatz kann hilfreich sein, um das schwache kollektive Handeln in der Altenpflege zu erklären, in einem Feld, das in historischer Perspektive durch eine (altruistische) Care-Logik geprägt zu sein scheint, die sich dem marktökonomischen Kosten-Nutzen-Kalkül strikter Rational-Choice-Modelle entzieht. Insgesamt überrascht, dass die deutsche Verbändeforschung in Zusammenhang mit den Voraussetzungen kollektiven Handelns bisher wenig auf die normativen Dispositionen

12 Vgl. zur Kritik an Olson bspw. Offe/Wiesenthal 1980: 67 ff..

13 Vgl. auch Hirschman 1984.

einer zu mobilisierenden und zu organisierenden Gruppe eingegangen ist. Gerade für den Bereich personenbezogener sozialer Dienstleistungsarbeit, zu dem die Altenpflege zählt, wird zu fragen sein, welche Deutungsmuster unter AltenpflegerInnen bezüglich ihrer eigenen Berufstätigkeit vorherrschen.

Für die USA beleuchtet Gerald Marwell die individuelle Situation von Menschen innerhalb zu organisierender Gruppen näher. Er richtet den Blick auf die Interdependenzen zwischen den (potenziellen) Gruppenmitgliedern und deren gegenseitigen Perzeptionen (Sebaldt/Straßner 2004: 48 f.). In Weiterentwicklung des Olson'schen Ansatzes geht er stärker davon aus, dass das Engagement von Menschen in kollektiven Organisationen durch die Heterogenität der Gruppe sowie die Interdependenz zwischen den Organisierten und deren Mobilisierungskräften geprägt ist (ebd.: 49).

„Unter der ‚kritischen Masse‘ wird die Zahl an Mitgliedern verstanden, welche bereit sind, ihre eigenen Ressourcen Zeit und Geld einzubringen. Bleibt diese Zahl und damit die investierte Zeit und Geld zu gering, kommt es nicht zur Organisation, nicht zu kollektiver Aktion und auch nicht zur Vertretung des Interesses nach außen“ (ebd.).

Wichtig für den Anstoß kollektiven Handelns ist dabei vor allem eine Kerngruppe engagierter ArbeitnehmerInnen, die im Sinne politischer UnternehmerInnen weitere Gruppenmitglieder zu kollektiven Aktivitäten motivieren (ebd.: 50). Dieser Ansatz ermöglicht eine differenzierte Analyse kollektiven Handelns, die „situationsabhängig die spezifischen Gruppencharakteristika, die jeweilige Interessenlage und die Art des Interesses sowie die unterschiedlichen Aktionsmöglichkeiten der jeweiligen Gruppe berücksichtigt“ (Straßner/Sebaldt 2006: 326). Dies kann dazu beitragen, kollektives Handeln beziehungsweise den Mangel daran in der Altenpflege mithilfe der spezifischen Voraussetzungen in diesem Teilarbeitsmarkt zu erklären. Mit Blick auf die Altenpflege ist zu analysieren, welche AkteurInnen auf betrieblicher sowie überbetrieblicher Ebene das Potenzial besitzen, als politische UnternehmerInnen aufzutreten und dabei die AltenpflegerInnen zu unterstützen, aber auch, mit welchen berufsspezifischen Hindernissen, die das Zustandekommen einer engagierten kritischen Masse erschweren, diese Akteure auf der Ebene der Beschäftigten konfrontiert sind.

Einen weiteren Theoriestrang im Anschluss an Olson, der für unseren Zusammenhang interessant ist, stellt die Ressourcenmobilisierungstheorie

dar. McCarthy und Zald (1977: 1212 ff.) stellen heraus, dass Ressourcen eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Interessenvertretung darstellen. Zu diesen Ressourcen „gehören Geld, Personal, Arbeit, Fachwissen, Legitimität, Informiertheit (tangible goods) und andere Dimensionen wie etwa moralische Reserven (z. B. Erinnerungen, Mythen, Opfer), Solidarität, ideologische Zugehörigkeit“ (Zimmermann 1998: 56). All diese Ressourcen – zu denen auch Reputation, Image und Autorität gezählt werden können – müssen die Organisationen mobilisieren, was bedeutet, dass sie ihre Mitglieder und andere AkteurInnen veranlassen müssen, sie zunächst einmal zur Verfügung zu stellen. Die Fähigkeit einer Gruppe, diese Ressourcen zu mobilisieren, bestimmt – so die Vertreter der Theorie – über die Entstehung, den Verlauf und den Erfolg kollektiver Organisationen. Die Ressourcenmobilisierungsforschung hat sich ausführlicher mit sogenannten *mobilization technologies* auseinandergesetzt und festgestellt, dass erfolgreiche Mobilisierungstechniken auf dem spezifischen Wissensbestand der betreffenden Organisation beruhen, der von ihr seit ihrer Entstehung erworben und im Verlauf ihres Bestehens kontinuierlich erweitert worden ist (Oliver/ Marwell 1992: 253).

Die Kritik und die Weiterentwicklungen der Olson'schen Theorie zeigen: Es reicht nicht aus, sich auf die *individuellen* Beweggründe für eine Beteiligung an kollektivem Handeln zu beschränken. Vielmehr müssen diese mit einer *strukturalistischen* Perspektive, die die sozialen Umweltbedingungen in den Blick nimmt, und einer *institutionalistischen* Perspektive, die die Strukturen und Ressourcen der Interessenorganisationen näher beleuchtet, verbunden werden (Reutter/ Rütters 2007: 119). Die vorliegende Arbeit nimmt deshalb alle drei Dimensionen in den Blick, um einen integrierten Erklärungsansatz zu entwickeln.

Für die Verbändeforschung stellt die Altenpflege zudem ein besonders interessantes und fruchtbares Analysefeld dar, da hier weitere bedeutsame strukturelle Herausforderungen an kollektives Handeln und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema aufeinandertreffen. Die im Folgenden herausgestellten Aspekte der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen, der Flexibilisierung der Arbeit und Arbeitsverhältnisse sowie der Geschlechterfrage stellen für die Verbändeforschung zentrale Problemfelder bei der Erklärung kollektiven Handelns dar. Wie zuvor gezeigt wurde, konnte die deutsche Verbändeforschung bisher keine befriedigende Antwort auf die Frage nach den Bedingungen und Chancen kollektiven Beschäftigtenhandelns in diesem komplexen Berufsfeld liefern. Diese Lücke soll durch die vorliegende Studie ebenfalls verringert werden.

Arbeitsbeziehungen in sozialen Dienstleistungen

Die Frage, ob die etablierten Muster, Strukturen und Verhaltensweisen der industriellen Beziehungen für die Dienstleistungsgesellschaft noch die passenden Instrumente darstellen, ist mehrfach gestellt worden (Baethge 2011: 35 ff.). Befriedigend beantwortet wurde sie bis heute nicht, auch wenn sich in den letzten Jahren einige Untersuchungen mit den Arbeitsbeziehungen in den Dienstleistungsbranchen auseinandergesetzt haben – insbesondere im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien (Boes/Baukrowitz 2002; Trautwein-Kalms 1995), aber auch auf den Gebieten Einzelhandel, Callcenter oder Fast Food. Die Frage stellt sich jedoch in besonderem Maße für den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen (Evers et al. 2011: 26) und hier wiederum noch einmal stärker für die Felder, die von Care-Arbeit geprägt sind.¹⁴ Eingehender zu beleuchten sind zwei wesentliche Aspekte. Zum einen sind bei der spezifischen Akteurs- und Interessenkonstellation des Feldes neben der Dichotomie der ArbeitnehmerInnen- und Arbeitgeberinteressen immer die Interessen beziehungsweise das Wohl der PatientInnen bzw. KundInnen mitzudenken (Dunkel 2011: 187 ff.). Dieser Faktor kann als moralisches Druckmittel gegen die Beschäftigten genutzt werden, er schränkt aber auch die Handlungsmöglichkeiten der kollektiven Akteure ein, deren wichtigstes Sanktionsmittel im Konfliktfall der Streik ist. Zum anderen ist es wichtig, das Berufsbild und die damit wechselseitig in Beziehung stehende spezifische Berufsmentalität der Pflegekräfte nicht außer Acht zu lassen. Hier wirkt die Entstehungsgeschichte des Berufes aus einem unbezahlten „Liebesdienst“ (Kreutzer 2005: 8) nach (Bischoff 1992). Die besondere Logik von Interaktionsarbeit scheint dazu beizutragen, dass die spezifischen Beschäftigteninteressen als ArbeitnehmerInnen relativiert werden (Krenn/ Papouschek 2006: 6 ff.; Zellhuber 2005: 177 f.). Hinzu kommt, dass die Altenpflege als „Gefühlsarbeit“ Bindungen erzeugt, die in den Beschäftigten Konflikte hervorrufen und von Arbeitgeberseite ausgenutzt werden können. Die später folgende intensive Auseinandersetzung mit der Berufshistorie wird Licht auf das Selbstverständnis und Selbstbewusstsein der Profession werfen.

Interessenvertretung in flexibilisierten Arbeitsmärkten

Die klassischen Interessenvertretungs- und Mitbestimmungsformen sind immer noch in hohem Maße auf die Rahmenbedingungen des industriellen Normalarbeitsverhältnisses abgestellt. Die Arbeit in der Altenpflege unter-

14 Vgl. zum Begriff und zur Besonderheit von Care-Arbeit: Senghaas-Knobloch 2008; Yates 2010.

scheidet sich von dieser Norm nicht nur in ihrer Eigenschaft als personenbezogene Dienstleistung. Die Arbeitsverhältnisse sind in diesem Bereich in hohem Maße flexibilisiert und zeichnen sich durch Teilzeitarbeit, die weite Verbreitung befristeter und geringfügiger Beschäftigung sowie Schichtdienst mit kurzfristigen flexiblen Einsätzen und häufigen Dienstplanänderungen aus (Kumbruck 2011: 87 ff.). Die Bedeutung von Leiharbeit nimmt zu, wenn auch bislang auf verhältnismäßig niedrigem Niveau.¹⁵ An der TU Hamburg-Harburg untersuchte die Arbeitsgruppe „Arbeit-Gender-Technik“ den Zusammenhang zwischen entgrenzten Arbeits- und Lebenssituationen und der „erweiterten Handlungsfähigkeit“ (Nowak et al. 2012b: 275) von Beschäftigten. Auf der Grundlage narrativer Interviews, unter anderem mit Altenpflegekräften, kommt die Arbeitsgruppe zu dem Schluss, dass gerade die Altenpflege „perspektivisch eine Kultur der Grenzziehung [braucht], die von Vorgesetzten respektiert wird und deren strukturelle Grundlagen politisch gestärkt werden, die aber auch von Beschäftigten – ggf. im Konflikt – entwickelt werden muss“ (ebd.: 279).

Frauen und kollektives Handeln

Rund 86 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege sind weiblich. Die Thematik „Gender und Interessenvertretung“ ist in der deutschen Verbändeforschung bisher vernachlässigt worden.¹⁶ Schambach-Hardtke (2005: 34) hat nach der politischen Partizipation im Fusionsprozess zur Dienstleistungsgewerkschaft ver.di gefragt. In ihrer 2005 veröffentlichten Dissertation stellt sie fest, „dass in der Gewerkschaftsforschung die Kategorie Geschlecht bisher grundsätzlich unberücksichtigt geblieben ist“. Blaschke (2008) hat etwa zeitgleich die Situation von Frauen in deutschen und österreichischen Gewerkschaften aus organisationssoziologischer Perspektive untersucht. Die Frage nach den *Bedingungen* kollektiven Handelns von Frauen steht aus diesem Blickwinkel allerdings nicht im Zentrum. Die Genderthematik bleibt insgesamt ein Forschungsdesiderat der deutschen Verbändeforschung.

15 Bräutigam et al. (2010) zeigen, dass die Leiharbeit in den Gesundheitsdiensten zwischen 2004 und 2009 überproportional zugenommen hat. Dabei spielt insbesondere der sogenannte Springerdienst eine Rolle, bei dem Angestellte einer Zeitarbeitsfirma nur tageweise in verschiedenen Einrichtungen eingesetzt werden.

16 Birsl (2006: 15) schreibt dazu: „über die Feststellung hinaus, dass Frauen im Verbandssystem oder in einzelnen Organisationen unterrepräsentiert sind, kommt es in aller Regel zu keinen weiterführenden Analysen. Die Verbändeforschung ist im Wesentlichen noch androzentrisch orientiert. So bleibt es nach wie vor der Frauen- und Geschlechterforschung überlassen, sich mit dem Thema zu beschäftigen“.

Krenn und Papouschek (2006) von der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt in Wien diskutieren die Partizipationschancen von ArbeitnehmerInnen in der ambulanten Pflege in Österreich. Ihre Ausführungen geben Hinweise darauf, dass sich verschiedene Aspekte wechselseitig verstärken. Zum einen verweisen sie auf die Tatsache, dass die Interessenorganisationen mit ihrer herkömmlichen Arbeits- und Organisationsweise Frauen häufig nicht auf die richtige Weise ansprechen, zum anderen sehen sie Nachholbedarf auf der Seite der Frauen, die sich bisher unzureichend um die Vertretung ihrer Interessen bemüht hätten. Nicht zu unterschätzen sei jedoch auch die häufig noch traditionelle Verteilung der Reproduktionsarbeit unter den Geschlechtern, die berufstätigen Müttern (beziehungsweise pflegenden (Schwieger-)Töchtern) wenige Ressourcen für kollektives Engagement zu Verfügung lässt. Voges (2002: 315) vermutet zudem geschlechtsspezifische Unterschiede in der Herangehensweise an kollektive Interessenvertretung, wobei Männer häufiger Kollektivlösungen, Frauen eher Individuallösungen bevorzugen.

1.3 Analysemodell und Aufbau der Arbeit

Empirische Basis¹⁷ dieser Untersuchung sind neben sekundäranalytischen und allgemein zugänglichen statistischen Materialien qualitative, leitfadengestützte Interviews: Davon wurden 12 mit Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen, 19 mit Pflegekräften sowie 5 mit VerbandsvertreterInnen geführt. Zudem konnte für 11 Verbände, die in der Altenpflege aktiv sind, ein strukturiertes Profil durch eine Online-Befragung erstellt werden. Im Zentrum stehen jedoch die Telefoninterviews (CAPI-Befragung) von 749 Beschäftigten auf Basis eines 49 Fragen umfassenden Interviewbogens. Auf Grundlage dieser Quellen analysieren wir die Bedingungen und Potenziale kollektiven Handelns einerseits auf der individuellen Ebene der Beschäftigten und andererseits auf der Ebene kollektiver Akteure. **Abbildung 1** benennt die einzelnen Ebenen, Akteure sowie prägende kollektive und individuelle Eigenschaften und bringt sie in eine idealtypische Ordnung.

Die in diesem Schaubild abgebildeten verbandlichen Akteure haben nur eine geringe Mitgliederzahl, wenige Ressourcen sowie eine schwache

¹⁷ Vgl. hierzu die im Anhang befindlichen Angaben im Abschnitt „Empirische Erhebungen und methodische Überlegungen“.

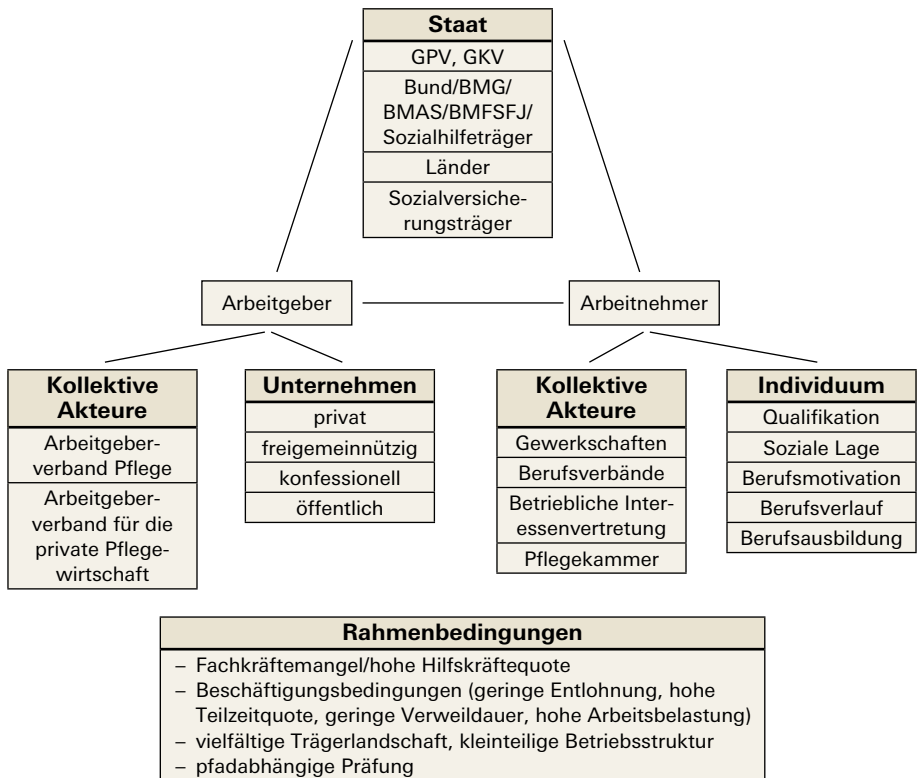
Verpflichtungsfähigkeit. Die sich daraus ergebende unzureichende Handlungsfähigkeit der einzelnen Akteure hat grundlegende Auswirkungen auf die Möglichkeiten, ein funktionsfähiges System kollektiver Arbeitsbeziehungen zu entwickeln. Im Grunde haben wir es gegenwärtig nicht mit einem funktionierenden System belastbarer Beziehungen zu tun. Handlungsfähig sind lediglich der Staat, individuelle Arbeitgeber sowie einzelne Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen. Auf der individuellen Ebene ist die soziale Lage der Pflegekräfte in den Blick zu nehmen, die nach Fach-, Hilfs- und angelernten Kräften unterschieden werden können, zudem sind berufliche Werdegänge (Pflege als Beruf auf dem Umweg) und familiäre Verpflichtungen zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der Charakterisierung der Altenpflege als personenbezogene soziale Dienstleistungsarbeit und der historischen Entwicklung des Pflegeberufes als unbezahlter „Liebesdienst“ und „Gefühlsarbeit“ stellt sich zudem die Frage, mit welcher Motivation die Pflegekräfte ihre Tätigkeit ausüben und welche Berufsmentalität bzw. welches Arbeitnehmerbewusstsein sie aufweisen. Im Rückgriff auf die vorgestellte Forschungslage gehen wir dabei auf der individuellen Beschäftigtenebene von den folgenden forschungsleitenden Annahmen aus:

1. Berufshistorische Pfadabhängigkeit: Die historische Entwicklung der Pflegetätigkeit als „unbezahlter Liebesdienst“, als frauenspezifischer Beitrag zum Familienvertrag und ihre späte Professionalisierung wirken bis heute nach, beeinflussen die Beschäftigungsbedingungen und verursachen, dass kollektives Handeln zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen sowie Entlohnung vielfach als traditions- und beruhsfremd wahrgenommen wird.
2. Berufsmentalität der AltenpflegerInnen: Sowohl die Berufshistorie als auch die enge Verbindung zu den Pflegebedürftigen in einer personen-nahen sozialen Dienstleistungstätigkeit befördern, dass AltenpflegerInnen aufgrund ihrer häufig stark ausgeprägten intrinsischen Motivation und Hilfsbereitschaft ihre Interessen als ArbeitnehmerInnen hinter das PatientInnen- bzw. KlientInnenwohl zurückstellen. Hierfür haben Hipp und Kelle den Begriff der „Zuneigungsgefangenschaft“ eingeführt (Hipp/Kelle 2015).

Dies muss jedoch hinsichtlich der Gründe für den Berufseinstieg relativiert werden. Wie Voges (2002: 154 ff.) zeigt, spiegeln sich bei Aussagen zur intrinsischen Motivation sozial erwünschte Verhaltensweisen wider, weshalb diese

Abbildung 1

Idealtypische Ordnung kollektiven Handelns in der Altenpflege



Quelle: eigene Darstellung.

nur einen Teil der komplexen individuellen Motivlage für eine Tätigkeit in der Altenpflege erklären können. Hier spielt eine Mischung aus sozialen Push- und Pullfaktoren wie etwa arbeitsmarktstruktureller Wandel, die hohe Nachfrage nach Arbeitskräften sowie das individuelle Bildungsniveau und die Berufsansprüche eine Rolle. Diese können bei den einzelnen Altenpflegekräften unterschiedlich ausgeprägt sein, wobei die personennahe soziale Dienstleistungstätigkeit insbesondere für jüngere Erwerbstätige Anziehungs-

kraft besitzt (ebd.: 156 f.). Zum einen müssen somit bei der Betrachtung der Berufsmotivation als Erklärungsfaktor kollektiven Handelns Arbeitsmarktmotive und persönliche Beweggründe gleichermaßen einbezogen werden. Zum anderen ist nach sozialstrukturellen Merkmalen und der Qualifizierung der Beschäftigten zu differenzieren.

Das historische Bild einer patientenbezogenen Fürsorgetätigkeit mit ehrenamtlichem Charakter wirft immer noch einen Schatten auf die professionelle Berufsmotivität sowie die Entwicklung verpflichtungsfähiger Arbeitsbeziehungen im Altenpflegebereich. Insbesondere von Einrichtungsträgern kirchlicher Provenienz wurde lange Zeit versucht, die traditionellen Dimensionen des Pflegeverständnisses gegenüber einem modernen, professionellen Berufsverständnis zu behaupten. Doch mittlerweile bewegen sich die Pflegekräfte in einer zunehmend professionalisierten Altenpfegelandschaft mit ihren jeweils individuellen sozialen Bedarfslagen, Berufsmotivationen und Arbeitnehmerinteressen auf einem durch Staat und Arbeitgeber koordinierten Arbeitsmarkt. Die letzteren Akteure wirken auch auf die Spezifika des Pflegearbeitsmarktes wie etwa eine geringe Fachkräftequote, eine hohe Teilzeitquote sowie eine geringe Entlohnung ein. Auf staatlicher Ebene sind neben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und den Bundesländern die Kassen der Pflege- und Krankenversicherung relevant, deren Interesse darin besteht, die Kosten der Pflege zu verringern. Sie spielen somit eine wichtige Rolle, wenn es um den Finanzierungsrahmen der Altenpflege geht (Voges 2002: 288). Auf der Arbeitgeberseite bestehen zudem vielfältige Betriebs- und Trägerstrukturen. Wichtig ist hier die Unterteilung in private, freigemeinnützige, konfessionsgebundene und öffentliche Träger. Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist der Anteil privater Unternehmen gestiegen, während die Anzahl öffentlicher Einrichtungen zurückgegangen ist. Eine große Anzahl der Einrichtungen gilt zudem als Tendenzbetrieb, sodass das Betriebsverfassungsgesetz und damit die betriebliche Interessenvertretung dort nur eingeschränkt umgesetzt werden kann. Insofern kann hier folgende Annahme ergänzt werden:

3. Neben dem Dienstleistungscharakter stellen vor allem der hohe Anteil von Frauen, Teilzeitbeschäftigten und gering Qualifizierten, die kleinteilige Betriebsstruktur sowie die vielfältige Trägerlandschaft mit privaten, öffentlichen, freigemeinnützigen und kirchlichen sowie ambulanten und stationären Einrichtungen eine Herausforderung für kollektives Handeln dar.

Auf der Seite der kollektiven Akteure nehmen betriebliche Interessenvertretungen, Gewerkschaften und Berufsverbände Einfluss auf das kollektive Handeln der Pflegekräfte. Von einigen Berufsverbänden wurde zudem die Forderung nach der Einrichtung von Pflegekammern erhoben. In einigen Bundesländern wurde dies durch die Politik aufgegriffen. In Rheinland-Pfalz konstituierte sich 2015 eine eigene Pflegekammer. Vor dem Hintergrund des bestehenden Forschungsstandes und der bisherigen Annahmen gehen wir dabei von Folgendem aus:

4. Fragmentierte Akteurslandschaft: Aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen der einzelnen Arbeitgebergruppen haben wir es mit einer gespaltenen und nichtverpflichtungsfähigen Arbeitgeberverbandsseite zu tun. Auch die Interessenvertretung auf Seite der ArbeitnehmerInnen ist fragmentiert. Bedingt durch unterschiedliche Qualifikations- und Erfahrungsgrade, aber auch durch die arbeitgeberseitigen Voraussetzungen liegen hier divergierende Interessen vor. In unterschiedlicher Art und Weise verfolgen Gewerkschaften und Berufsverbände eine eigenständige Interessenvertretung für AltenpflegerInnen, jeweils nur mit wenigen eigenen Ressourcen ausgestattet. Hinzu kommt die arbeitsrechtliche Sondersituation, die wir in den konfessionellen Einrichtungen vorfinden.

In dieser Studie bilden die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsverhältnisse von AltenpflegerInnen den Ausgangspunkt kollektiven Handelns. Von besonderem Interesse sind hierbei Aspekte des Qualifikationsniveaus, der Entlohnung, der Berufsverläufe, der Betriebsstrukturen sowie der Arbeitszufriedenheit und -gesundheit (Kapitel 2). In Kapitel 3 werden die Arbeitnehmervertretungen auf betrieblicher Ebene (Kapitel 3.1) und überbetrieblicher Ebene (Kapitel 3.2) vorgestellt, um auf dieser Basis zu analysieren, inwiefern auf der Seite der Verbände Hindernisse für das kollektive Handeln von AltenpflegerInnen bestehen und inwieweit die Voraussetzungen kollektiven Handelns auf der Ebene der Beschäftigten die Tätigkeit der Arbeitnehmervertretungen beeinflussen. Danach analysieren wir die Voraussetzungen für die Partizipation an kollektivem Handeln auf der individuellen Ebene der Beschäftigten. Thematisiert werden hierbei die Motivation für die Berufsausübung, die Wahrnehmung und Anerkennung der Altenpflege in der Gesellschaft, die Arbeitszufriedenheit sowie die Belastungen und Ressourcen jeweils aus der Sicht der Altenpflegekräfte (Kapitel 4). Anschließend wenden wir uns den Ansichten der Beschäftigten zu kollektivem Handeln und kollektiven Akteuren zu. Hierbei untersuchen wir, an welchen Punkten die Pflege-

kräfte selbst den größten Handlungsbedarf erkennen, welche Akteure die Pflegekräfte in der Verantwortung sehen, die bestehende Situation zu verbessern, weshalb die Pflegekräfte möglicherweise trotz eines vorhandenen Bewusstseins der Problemlage und der eigenen Handlungsfähigkeit nur in geringem Maße aktiv werden und wie sie zu kollektiven Akteuren wie Berufsverbänden und Gewerkschaften stehen (Kapitel 5). Im abschließenden Fazit (Kapitel 6) werden die Ergebnisse aus den Analysen auf der individuellen Ebene der Beschäftigten und der Ebene der Interessenvertretungen zusammengeführt.

2 TEILBRANCHE ALTENPFLEGE

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

Wieso ist es relevant, sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen? Eine Branche als politisch-soziales Konstrukt setzt einen Rahmen, innerhalb dessen spezifische Institutionen und Akteure agieren, die gemeinsame Ressourcen bearbeiten und auf dieser Basis Spielregeln, Standardisierungen sowie Normen entwickeln und verantworten. Ihre Funktion besteht darin, kollektive Güter zu produzieren. Schon die Größe des Sektors in Beschäftigtenzahlen zeigt die gesellschaftlich große Bedeutung dieses Arbeitsmarktes an. Hinzu kommt, dass die professionelle Versorgung pflegebedürftiger Menschen in einer alternden Gesellschaft vor dem Hintergrund sich wandelnder familiärer und sozialer Strukturen weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Altenpflege ist ein zentrales Feld in sozialstaatlicher Verantwortung, weshalb die Frage nach der Bandbreite und Qualität der bereitgestellten Dienstleistungen eine hohe Relevanz besitzt. Bei einer interaktiven personenbezogenen Dienstleistungsarbeit (Dunkel 2011) wie der Altenpflege hängt die Dienstleistungsqualität in erster Linie vom Faktor Personal ab. Deswegen ist der Blick auch darauf zu richten, unter welchen Bedingungen dort gearbeitet wird. Das knappe Gut Fachpersonal scheint in der Altenpflege (noch?) nicht mit guten Arbeitsbedingungen umworben werden zu können. Personalmangel, Arbeitsverdichtung, Vereinbarkeitsprobleme und hohe Krankenstände sind nur einige der Schlagwörter, die im Zusammenhang mit der Arbeit in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen immer wieder genannt werden. Auch am sogenannten Bürokratiewahn entzündet sich Kritik. Während die Maßnahmen zur Kontrolle der erbrachten Leistungen in der Vergangenheit stetig an-

wuchsen, steht dem auf der Seite der Arbeitsregulierung zugunsten *Guter Arbeit* eine Leerstelle gegenüber. Gewerkschaften und Betriebsräten ist es nicht gelungen, sich in diesem Arbeitsbereich eine signifikante Bedeutung zu verschaffen, und auch der Staat ist in dieser Hinsicht nicht als erkennbare regulative Instanz aufgetreten. Kann vor diesem Hintergrund also möglicherweise die Konstituierung einer Branche, die vermutlich mehr umfassen müsste als die Altenpflege, einen Beitrag leisten, die Verhältnisse in einem gesellschaftlich so wichtigen Bereich attraktiver zu gestalten und in diesem Sinne zu ordnen?

2.1 Altenpflege als „Branche“?

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

Für die vorliegende Studie erscheint es zweckmäßig, sich an die begrifflichen Definitionen anzulehnen, die bei der Analyse des uns interessierenden Bereiches, also der Arbeitsbeziehungen verwendet werden. Doch auch hier wird der Begriff Branche kaum ausführlicher erläutert. So beschäftigt sich beispielsweise Holst (2011) mit der *Callcenterbranche*, ohne genauer zu explizieren, wie er diese abgrenzt. Dies ist zumindest deshalb erstaunlich, weil sich gerade in Deutschland eine der zentralen Institutionen der Arbeitsbeziehungen des 20. Jahrhunderts auf der Grundlage der Branche entwickelte: der

Branchentarifvertrag. Dieser gilt für diejenigen Unternehmen, die Mitglied im üblicherweise *branchenbezogenen* Arbeitgeberverband sind, der als Vertragspartner fungiert.¹ Es liegt also nahe, im Bereich der Arbeitsbeziehungen „Branche“ so zu fassen, dass die kollektiven Akteure, die die Bedingungen aushandeln, unter denen im betreffenden Bereich gearbeitet wird, ein wichtiges konstitutives Kriterium darstellen (Henssler et al. 2013: 681). Als Branche lässt sich dann derjenige Wirtschaftsbereich fassen, auf den sich die Tarifparteien als sektoralen Geltungsbereich eines Tarifvertrages geeinigt haben. Unter Umständen kann sich eine – so verstandene – Branche sogar in einem relativ kurzen Zeitraum konstituieren und sehr divergente Arbeitsbereiche umfassen, wie im Falle der Zeit- und Leiharbeit.² Die *Branchenakteure* können sich dann zwar in ganz unterschiedlichen Wirtschaftssektoren bewegen, aber sie konstituieren einen gemeinsamen (Arbeits-)Markt und partizipieren auch daran.

2.1.1 Marktgenerierte Entwicklung einer Branche?

Möglicherweise führt uns also der gemeinsame (Arbeits-)Markt bei unserer Frage weiter. Das „Produkt“ im uns interessierenden Bereich ist die Versorgung alter, pflegebedürftiger Menschen. Für diese Dienstleistung gibt es einen „Markt“, auf dem sich die entsprechenden Dienstleister bewegen, auf dem sie also der Nachfrage nach ihren Leistungen ein Angebot gegenüberstellen. Auch wenn die Altenpflege (u. a. aufgrund mangelnder Konsumentensouveränität und die durch die Pflegeversicherung festgesetzten Preise) in der fachlichen Debatte lediglich als „Quasi-Markt“ gilt, so wurden doch spätestens durch die Einführung der Pflegeversicherung gewisse Eckpfeiler zur Herausbildung eines Marktes eingeschlagen. Bode (2005: 250 f.) beschreibt

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

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

„Quasi-Märkte“ als „inszenierte bzw. asymmetrisch strukturierte Märkte“, in denen über zentral koordinierte Verfahren u. a. Standards und Preise verhandelt werden. Doch auch wenn „der Markt in den meisten Bereichen der sozialen Daseinsvorsorge subsidiär bleibt oder nur simuliert wird“, lässt sich ein verändertes „Verhältnis zwischen Wohlfahrtsstaat und Markt“ diagnostizieren, das in der sozialwissenschaftlichen Debatte unter dem Begriff der Wohlfahrtsmärkte verhandelt wird. Nullmeier (2002: 273) spricht in diesem Kontext vom Pflegeversicherungsgesetz als einem „Marktschaffungsgesetz“.

Im Lauf der Zeit bildet sich in der Regel bei den an einem Markt beteiligten Akteuren ein Bewusstsein für gemeinsame Interessen. Sie schließen sich deshalb zusammen, um verbindliche Regelungen für ihre Tätigkeiten auf dem gemeinsamen Markt zu schaffen. Nach Henneberger (2017: 173) lassen sich die auf diese Weise entstehenden kollektiven Akteure nach ihren handlungsleitenden Interessen unterscheiden. Die sogenannten Produktmarktinteressen (d. h. die wirtschaftspolitischen Belange eines Wirtschaftszweiges) stünden bei Wirtschaftsverbänden im Vordergrund, während bei Arbeitgeberverbänden die Arbeitsmarktinteressen (sozial-, bildungs- und tarifpolitische Belange) diese Rolle einnehmen.³ Mit der Zeit entstehe so eine (ggf. zunächst latente) Institutionenordnung.⁴

2.1.2 Voraussetzungen für kollektives Handeln

Die Frage, unter welchen Umständen auf den Produktmärkten konkurrierende Unternehmen bereit sind, eine kollektive Interessenvertretung zu begründen oder sich einer solchen anzuschließen, sie mit Ressourcen und Kompetenzen ausstatten und dabei die eigene unternehmerische Autonomie zu begrenzen, ist in der Forschung mit verschiedenen Ansätzen beantwortet

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

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

worden. Behrens (2004) ordnet diese in drei Erklärungsstränge ein. Als erster Impuls wird die Existenz einer starken Gewerkschaft im betreffenden Wirtschaftsbereich angeführt. Hat dort die Arbeitnehmerseite eine ausreichende Organisationsmacht entwickelt, entsteht auf Seite der Arbeitgeber Bedarf an einer Gegenmacht (vgl. auch Schmitter/Streeck 1999: 38).

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

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

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

2.1.3 Besonderheiten der Altenpflege

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

Um die staatlichen Anreize zur Verbandsgründung einschätzen zu können, müssen wir bereits etwas tiefer auf die Strukturen des Feldes eingehen. Bei der Altenpflege handelt es sich – wie oben erwähnt – um einen hoch regulierten Markt (Kümmerling 2009: 151).⁵ Doch der Staat reguliert nicht nur, er

5 Beispielhaft beschreibt dazu die Pflege-Mindestlohnevaluation des BMAS: „So wird die Vergütung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen über ein Pflegesatzverfahren zwischen den Einrichtungen und allen Pflegeversicherungen bestimmt (§§ 85, 88 und 89 SGB XI). Zudem bestimmt der Gesetzgeber, welche Leistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen werden (§§ 36-45d SGB XI) und wie hoch die Erstattungsbeträge, abhängig von der Pflegestufe, sind (§ 84 und §§ 87-91 SGB XI)“ (IAW 2011: 65).

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

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

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

Im Falle des Mindestlohns wurden also staatliche Akteure zur Unterstützung herangezogen. In einem gemeinsamen Verfahren musste nun der Geltungs-

bereich der Regelung festgelegt werden. Da der neugegründete Arbeitgeberverband mit der Gewerkschaft medsonet⁶ kurz zuvor einen Branchentarifvertrag über einen Mindestlohn in der Pflege abgeschlossen hatte, konnte sich an dessen Geltungsbereich angelehnt werden.

Schließlich werden bei Behrens auch kollektive Güter als Voraussetzungen für die Organisation von Unternehmen genannt, die die Unternehmen alleine nicht oder nur unter hohen Kosten bereitstellen können. Ein gängiges Beispiel für ein solches Gut im Bereich des Arbeitsmarktes sind Tarifverträge. Aber auch zum Beispiel das Führen und der Abschluss von Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen können als relevante kollektive Güter für Altenpflegeeinrichtungen angesehen werden. Die meisten Einrichtungen könnten alleine nur schwer die notwendige Expertise und Arbeitszeit bereitstellen. Ein Blick auf die Vergütungsvereinbarungen offenbart aber bereits eine gewisse Unübersichtlichkeit. Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege existieren allein in Bayern Vereinbarungen mit vier verschiedenen Unternehmenszusammenschlüssen.⁷ Evans, Galtschenko und Hilbert (2013: 213) führen für die Sozialwirtschaft aus, dass allein in den Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Beziehungen mindestens

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

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

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

7 Vgl. AOK (o. J.).

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

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

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

2.2 Arbeitsmarkt Altenpflege

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

Dabei ist die Altenpflege insgesamt als Interaktionsarbeit im Sinne Böhles, Stögers und Weihrichs (2015) zu konzeptualisieren (vgl. [Abbildung 2](#)). Das Konzept der Interaktionsarbeit geht davon aus, dass sich dienstleistende Arbeit grundsätzlich von produzierender unterscheidet, da die Produkte hier gemeinsam vom Leistungsgeber und vom Leistungsnehmer hergestellt werden. Damit werden kommunikative Prozesse und Interaktionen sowie Ge-

fühle und Emotionen in besonderer Weise im Arbeitsprozess aufgewertet (vgl. ebd.: 19 ff.). Durch die daraus resultierenden Ansprüche an die Interaktionsarbeit wird die Analyse des dafür typischen Arbeitsbereiches der Altenpflege zu einer komplexen Aufgabe.

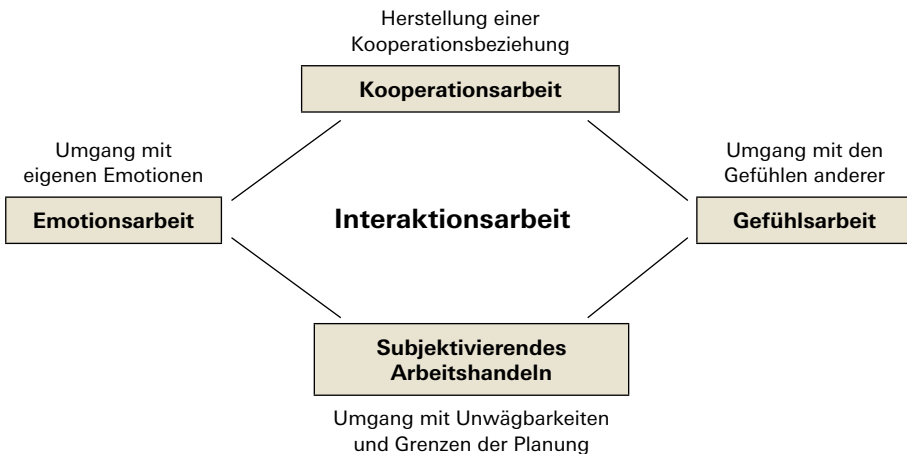
2.2.1 Historische Pfade

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

„Die berufliche Altenpflege wird oft aufgrund ihrer weiblichen Konnotation und scheinbaren Nähe zu privater Pflegetätigkeit als unvollständige, ‚halbberufliche‘ Tätigkeit geringgeschätzt. Sie scheint mit letzterer austauschbar. Aus dieser Sicht schienen daher für die Ausübung der Pflegetätigkeit fachliche Qualifikationen nicht nötig, sondern primär ‚weibliche‘ Intuition und Empathie“ (Oschmiansky 2010: 37).

Abbildung 2

Konzept der Interaktionsarbeit nach Böhle, Stöger und Wehrich



Quelle: Böhle et al. 2015: 19.

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

„Es herrschte die Ansicht vor, dass es zur Versorgung Älterer weniger einer besonders ausgebildeten Pflegekraft als vielmehr einer ‚lebenserfahrenen, seelisch ausgeglichenen, tatkräftigen und gütigen Pflegerin‘ bedarf. Diese Fähigkeiten wurden bei nicht-erwerbstätigen Hausfrauen mittleren Alters als gegeben angesehen“ (ebd.: 106).⁸

Der Zugang zu den neuen Schulungen sei wenig restriktiv gehandhabt worden, um auch Arbeitslose mit niedriger Qualifikation und Schulbildung gewinnen und fördern zu können (ebd.: 106). Voges erläutert weiter, die Heimträger hätten, um „einen Abstrom aus der Altenpflege in die Krankenpflege zu verhindern (...) eine Ausbildung ohne horizontale oder vertikale Durchlässigkeit“ (ebd.) präferiert. Erst seit den 1980er Jahren sei es zu Bestrebungen gekommen, die bis dahin nach Landesrecht geregelten Ausbildungen in öffentlichen Schulen des Gesundheitswesens sowie an Schulungseinrichtungen der Kirchen und Wohlfahrtsverbände in eine bundeseinheitliche Ausbil-

⁸ Voges zitiert hier aus einer Publikation des Caritasverbandes aus dem Jahr 1969: Goeken, A. (1969): Altenpflege als Beruf, in: DCV (Hrsg.): Caritas '69. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg.

dungsordnung zu überführen. Dieser späte Transfer in einen anderen Ausbildungsbereich erkläre sich dadurch, dass die Altenpflege zunächst ein sozialer Beruf gewesen sei, für den die Länder zuständig waren. Erst mit der Einordnung als Gesundheitsberuf sei er in die Zuständigkeit des Bundes gefallen. Mit dem Altenpflegegesetz von 2000 sei die Entwicklung zur Altenpflege als Heilberuf (ab 2003) umgesetzt worden (ebd.: 107 f.). Vor diesem Professionalisierungshintergrund und der nur geringen Orientierung an einer lohnarbeitsbezogenen Berufsausübung wurde die Pflege auch als „unvollständig entwickelte Lohnarbeit“ (Volkholz 1973: 94) bezeichnet.⁹

2.2.2 Betriebe und Einrichtungen

Die Betriebe lassen sich in private, freigemeinnützige, konfessionsgebundene und öffentliche Träger differenzieren. Die Träger unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihrer Herkunft, Eigentümerstrukturen und Unternehmensphilosophie. Grundsätzlich gilt: Während private Einrichtungen auf Erwerb und Gewinn abzielen, sind öffentliche, freie und konfessionsgebundene Betriebe eher am Gemeinwohl orientiert und stellen die Dienstleistung in den Vordergrund ihres Handelns (Voges 2002: 197). Allerdings stehen auch die freigemeinnützigen Träger heute in hohem Maße unter dem Druck des Wettbewerbs und der Wirtschaftlichkeit. Bei einigen Unternehmen und vor allem bei den Wohlfahrtsverbänden stellt die Pflege alter Menschen nur einen Geschäftsbereich unter anderen dar. Die unternehmerischen Akteure in der Altenpflege reichen von inhabergeführten Kleinstunternehmen über große Pflegekonzerne bis hin zu breit aufgestellten gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden. Private Träger stellen mit rund 53,5 Prozent den Großteil aller Pflegeheime und -dienste. Freigemeinnützige Träger kommen auf 44,3 Prozent, während öffentliche Träger mit 3,2 Prozent nur eine marginale Rolle spielen (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung). Zugleich ergeben sich Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, wie [Tabelle 1](#) zeigt.

Den Markt der ambulanten Pflege teilen sich die privaten (65,1 % der Betriebe) mit den freigemeinnützigen Arbeitgebern (33,5 %). Die öffentliche

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

Tabelle 1

Aufteilung der Betriebe nach Trägern

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

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

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

Anders als im ambulanten Bereich wird die Mehrzahl der Heime von freigemeinnützigen Trägern (53,0%) betrieben. Der Anteil der privaten Träger beträgt hier lediglich 42,2, derjenige der öffentlichen 4,8 Prozent (ebd.: 18 ff.). In der Entwicklung zeigt sich jedoch, dass auch hier die Bedeutung privater Einrichtungen zugenommen hat. So lag der Anteil privater Heime im Jahr 1999 noch bei 34,9 Prozent, während die freigemeinnützigen Träger 56,6 Prozent der Einrichtungen stellten (Statistisches Bundesamt 2001: 13). Wie im ambulanten Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen mit durchschnittlich 56 Pflegebedürftigen. Die freigemeinnützigen Heime bringen im Mittel 67, die öffentlichen 79 Pflegebedürftige unter (Statistisches Bundesamt 2017). Die „Kleinteiligkeit des Pflegeheimmarktes“

(CARE Invest 2014: 1) wird auch daran deutlich, dass die Marktführer, die Pro-Seniore-Unternehmensgruppe mit 16.968 und die Curanum AG mit 13.046 der insgesamt 903.000 stationären Pflegeplätze im Jahr 2013, über Marktanteile von lediglich rund 1,9 bzw. 1,4 Prozent verfügten (Meißner 2013: 2; CARE Invest 2014: 3).

Das Projekt Lohnspiegel¹⁰ des WSI zeigt, dass vier von fünf Altenpflege-
rInnen und AltenpflegehelferInnen in Betrieben mit unter 100 Beschäftigten
tätig sind. Nur jede zwanzigste AltenpflegerIn arbeitet in einem großen Be-
trieb mit über 500 Beschäftigten (Bispinck et al. 2013: 10). Das Institut für
Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) ermittelt in seiner Analyse, dass
die durchschnittliche Beschäftigtenzahl im ambulanten Bereich im Jahr 2009
bei rund 17 (Ost) bzw. 23 (West) MitarbeiterInnen lag und im stationären Be-
reich bei rund 43 (Ost) bzw. 57 (West) ArbeitnehmerInnen (IAW 2011: 69).

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

„So könnte Arbeitskräftefluktuation die Beschäftigungsänderungen
verursachen: Pflegekräfte wechseln danach regelmäßig die Arbeits-
stelle, um ihre Arbeitsplatzsituation zu verbessern. Ein zweiter Erklä-
rungsansatz liegt in der Dynamik der Branche. Einerseits drängen
viele neue Einrichtungen auf den Markt, um am Wachstum der
Branche zu profitieren, andererseits findet eine Konsolidierung statt,
das heißt, einige Einrichtungen schließen sich zu größeren Einrich-
tungen zusammen. Beide Effekte führen dazu, dass starke Beschäfti-
gungsschwankungen beobachtet werden können“ (ebd.: 81).

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

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

2.2.3 Arbeitsmarktsituation

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

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

Zudem ist zu beachten, dass sich einige der vorliegenden Studien nicht auf den Arbeitsmarkt der Altenpflege gemäß der Klassifikation nach Wirtschaftszweigen (WZ 87.1, 87.3, 88.1) (Statistisches Bundesamt 2007: 52), sondern auf die Berufsgruppe der AltenpflegerInnen (BO 864) beziehen. Dies gilt vor allem für Untersuchungen auf Grundlage des Mikrozensus, der vor dem Jahr 2009 den Pflegearbeitsmarkt nicht abgrenzte, sondern die AltenpflegerInnen als Berufsgruppe erhob. Eine Unterscheidung zwischen dem Arbeitsmarkt der Altenpflege, der in diesem Kapitel thematisiert wird, und der Berufsgruppe der AltenpflegerInnen ist jedoch einerseits wichtig, da sich entsprechend der jeweiligen Abgrenzung unterschiedliche Ergebnisse etwa hinsichtlich der Qualifikation und der Beschäftigungsbedingungen ergeben. Andererseits spielt dieser Differenzierung für die in dieser Arbeit analysierten kollektiven Akteure eine Rolle. Vor allem Berufsverbände beziehen sich auf die Arbeitsbedingungen der AltenpflegerInnen als berufliche Statusgruppe, während die Gewerkschaften eher den breiteren Kontext des Altenpflegearbeitsmarktes im Blick haben.

Tabelle 2

Überblick über die Arbeitsmarktdaten

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

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

2.2.4 Anzahl der Beschäftigten

Die aktuelle Pflegestatistik weist die Anzahl aller Beschäftigten auf dem Arbeitsmarkt der Altenpflege für Ende des Jahres 2015 mit 1.086.758 Personen aus (Statistisches Bundesamt 2017). Im Jahr 1999 lag der Beschäftigtenanteil noch bei 624.722, was bedeutet, dass sich dieser Anteil in den letzten eineinhalb Jahrzehnten kontinuierlich und in deutlichem Maße erhöht hat (Statistisches Bundesamt 2001).¹¹ Die Gesamtzahl der Beschäftigten verteilt sich 2017 zu 32,8 % auf ambulante Dienste und zu 67,2 % auf stationäre Einrichtungen¹² (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung). Wie aus [Tabelle 2](#) ersichtlich wird, ist eine deutliche Mehrheit der Beschäftigten weiblich (85,3 %) und teilzeitbeschäftigt (65,4 %). Sowohl der Frauenanteil (86,9 % zu 84,9 %) als

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

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

Berufsgruppen in der stationären Altenpflege

Berufsabschluss	1999	2015	Veränderung zwischen erstem und letztem Erhebungs- zeitpunkt
Staatlich anerkannte/r AltenpflegerIn	83.705	168.131	+101 %
Staatlich anerkannte/r AltenpflegehelferIn	12.755	46.422	+264 %
Gesundheits- und KrankenpflegerIn	47.300	52.570	+11 %
KrankenpflegehelferIn	21.027	16.581	-21 %
Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	2.881	3.503	+22 %
HeilerziehungspflegerIn; HeilerzieherIn	1.558	2.778	+78 %
HeilerziehungspflegehelferIn	421	441	+5 %
Heilpädagogin, Heilpädagoge	323	316	-2 %
ErgotherapeutIn	2.733	7.460	+173 %
PhysiotherapeutIn (KrankengymnastIn)		985	-
Sonstiger Abschluss im Bereich der nicht- ärztlichen Heilberufe	3.083	3.948	+28 %
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	5.349	7.108	+33 %
FamilienpflegerIn mit staatlichem Abschluss	991	1.106	+12 %
DorfhelferIn mit staatlichem Abschluss	128	109	-5 %
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Aus- bildung an einer Fachhochschule oder Universität	808	3.074	+280 %
Sonstiger pflegerischer Beruf	23.142	64.563	+179 %
FachhauswirtschafterIn für ältere Menschen	1.521	2.049	+35 %
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	19.538	34.484	+77 %
Sonstiger Berufsabschluss	107.528	178.838	+66 %
Ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	106.149	84.555	-20 %
Ohne Berufsabschluss	-	84.555	-
Auszubildende, Auszubildende/(Um-)SchülerIn	-	51.124	-
Insgesamt	440.940	730.145	+66 %

Quelle: eigene Darstellung anhand Statistisches Bundesamt 2001, 2017.

auch die Teilzeit- (69,4% zu 63,3%) und die Fachkräftequote (47,3% zu 30,7%) sind im ambulanten Bereich höher.¹³ Die Gesamtzahl der Beschäftigten beinhaltet sowohl Pflegekräfte im engeren Sinne als auch Beschäftigte, die im Bereich der Altenpflege, jedoch nicht im engeren Sinne in der Pflege tätig sind. Zu differenzieren ist somit zwischen primärer Pflege, bei der körpernahe Tätigkeiten für den Pflegebedürftigen ausgeübt werden, und sekundärer Pflege, die körperferne Dienstleistungstätigkeiten umfasst (Voges 2002: 23).

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

2.2.5 Qualifikationen der Beschäftigten

Von den Beschäftigten, die Ende des Jahres 2015 in erster Linie in der Pflege arbeiteten, verfügten 49,3 Prozent über einen Berufsabschluss entweder als AltenpflegerIn (ambulant: 22,0% bzw. stationär: 34,2%), Gesundheits- und KrankenpflegerIn (ambulant: 23,1% bzw. stationär: 10,2%) (16,7%) oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn (ambulant: 2,3% bzw. stationär: 0,6%) (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung).¹⁴ Der Fach-

13 Wie der Vergleich mit anderen Branchen des Gesundheitswesens zeigt, sind der niedrige Fachkräfteanteil und die hohe Teilzeitquote Spezifika des Altenpflegebereichs (Conrads et al. 2015: 22).

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

14 Als Fachkräfte werden in dieser Studie gemäß § 71 Absatz 3 SGB XI Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als AltenpflegerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerIn oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn bezeichnet. Die zusätzliche Anforderung einer „Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre“ (§ 71 Absatz 3 SGB XI) kann auf Basis der Pflegestatistik nicht nachvollzogen werden und wird daher nicht berücksichtigt. Da die Fluktuation und die Zahl der Berufswechsel auch unter ausgebildeten Pflegekräften relativ hoch ist, kann die tatsäch-

kräfteanteil lag bereits bei der ersten Erhebung der Pflegestatistik Ende des Jahres 1999 bei rund 49,3 Prozent und blieb seitdem konstant etwa auf diesem Niveau (Statistisches Bundesamt 2001: 12 ff.).

Bei ambulanten Diensten lag der Anteil dieser Fachkräfte für den Grundpflegebereich bei 57,2 Prozent, wobei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit 28,2 Prozent einen größeren Anteil ausmachten als Alten- (26,4%) oder Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen (2,6%) (Statistisches Bundesamt 2015: 15). Das IAW ermittelte in einer eigenen Datenerhebung aus den Jahren 2010 und 2011 einen ähnlichen Fachkräfteanteil im ambulanten Pflegebereich von 57 Prozent. Die Pflegehilfskräfte kamen in dieser Studie auf 21 Prozent (IAW 2011: 79).¹⁵ Gegenüber den Daten von 1999 ist damit im ambulanten Bereich der Fachkräfteanteil gesunken (1999: 60%), während sich gleichzeitig die Relation zwischen Alten- (1999: 18,8%) und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (1999: 38,4%) verschoben hat (Statistisches Bundesamt 2001: 12).

Im stationären Segment betrug der Fachkräfteanteil im Bereich Pflege und Betreuung im Jahr 2013 laut Pflegestatistik 45,5 Prozent, wobei Altenpflegefachkräfte mit 33,7 Prozent den größten Anteil ausmachten, gefolgt von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit 11,1 Prozent und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen mit 0,7 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015: 15 ff.). Die Studie des IAW zeigt hier einen geringeren Fachkräfteanteil von lediglich 39 Prozent, wobei Pflegehilfskräfte 31 Prozent der Beschäftigten in der stationären Pflege ausmachten (IAW 2011: 79).¹⁶ Im Ver-

liche Fachkräftequote daher noch unter den hier angegebenen Werten liegen. Zudem wurden HeilerziehungspflegerInnen und HeilerzieherInnen, die im ambulanten Bereich als Pflegefachkräfte anzusehen sind (§ 71 Absatz 3 SGB XI), aufgrund der geringen Anzahl (992 ausschließlich in der ambulanten Grundpflege; Stand: 2013) aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit der Daten im ambulanten und stationären Bereich außen vor gelassen.

15 Pflegehilfskräfte wie insbesondere AltenpflegehelferInnen und KrankenpflegehelferInnen zählen nicht zu den Fachkräften (§ 6 HeimPersV). Sie haben landesrechtlich geregelte Ausbildungen absolviert, die in der Regel etwa ein Jahr dauern. Eine allgemein gültige Definition, welche Berufsabschlüsse gemäß § 6 HeimPersV zur Pflegefachkraft qualifizieren, existiert nicht. Häufig wird auf die Ausbildungskriterien der Krankenpflege zurückgegriffen. Die Abgrenzungen und Methoden zur Berechnung der Fachkraftquote auf Länderebene unterscheiden sich daher je nach Heimaufsichtsbehörde (BMFSFJ 2006: 81). Im Bericht des BMFSFJ aus dem Jahr 2006 zeigt sich, dass auf Länderebene die „Fachkraftquoten in der Regel erfüllt sind. Allerdings wird auch deutlich, dass es einen nicht unerheblichen Anteil von Heimen gibt, in denen die (...) Fachkraftquoten leicht unterschritten werden“ (ebd.: 83 f.).

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

gleich zum Jahr 1999 erhöhte sich der Fachkräfteanteil damit leicht (1999: 44,8%), wobei wiederum vor allem der Anteil der Altenpflegefachkräfte anstieg (1999: 28,3%) (Statistisches Bundesamt 2001: 18).

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

2.2.6 Fachkräftemangel, kein Personalmangel

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

Die Befragung von Pflegeeinrichtungen durch das IAW zeigt die Ursachen für die Probleme bei der Stellenbesetzung auf. Als Gründe für die Ablehnung von Bewerbungen gaben die Einrichtungen zu 39,1 Prozent die unzureichende zeitliche Flexibilität sowie zu 36 Prozent die mangelnde Qualifikation der BewerberInnen an, wobei der letztgenannte Grund vor allem in

den neuen Bundesländern angeführt wird (IAW 2011: 86).¹⁷ Es lässt sich somit konstatieren, dass der allseits beschworene Personalmangel in der Pflege in erster Linie die Fachkräfte betrifft, während es im HelferInnenbereich ein hohes Arbeitskräfteangebot gibt. Angesichts der ausgeprägten Teilzeitquote in der Branche argumentiert bspw. Simon (2012b: 14), es mangle weniger an Köpfen als vielmehr an attraktiven (Vollzeit-)Arbeitsplätzen (ebd.). Zu den gängigen Handlungsempfehlungen angesichts des Fachkräftemangels gehört deshalb auch, das Arbeitsvolumen der Teilzeitbeschäftigten und damit die vorhandenen Vollzeitäquivalente zu erhöhen (BMWi 2012: 15; BA 2011: 33). Im Zusammenhang mit der Thematik des Fachkräftemangels stellt sich somit die Frage nach den Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege, die im Folgenden betrachtet werden.

2.2.7 Arbeitsverhältnisse

Bezüglich des Arbeitszeitumfangs weist die Pflegestatistik für die ambulante einen Teilzeitanteil von rund 67,0 Prozent in der ambulanten und 63,0 Prozent in der stationären Altenpflege Tätigen aus (Statistisches Bundesamt 2017:10, 19). Dementgegen sind 27,2 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten und 28,7 Prozent in stationären Einrichtungen vollzeitbeschäftigt (ebd.). Noch Ende 1999 lag die Quote der Teilzeitbeschäftigten lediglich bei 50,5 Prozent, wobei sie insbesondere im stationären Bereich mit 45 Prozent deutlich niedriger war als Ende des Jahres 2015 (Statistisches Bundesamt 2001: 11 ff.).

Betrachtet man die aktuellen Zahlen der Pflegestatistik, wird deutlich, dass der Beschäftigungszuwachs im Altenpflegebereich vor allem durch die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung erreicht wurde. Dabei zeigt sich, dass sich die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten zwischen 1999 und 2015 um 392.802, die der Vollzeitbeschäftigten jedoch lediglich um 38.124 erhöht hat, während der gesamte Beschäftigtenanstieg bei 461.036 lag (Statistisches Bundesamt 2017; 2001, eigene Berechnung). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen ist mit 52 Prozent nahezu doppelt so hoch wie der Anteil unter den restlichen Beschäftigten des Gesundheitswesens (Simon 2012b: 14). Ähnliches ergibt eine Studie des IAB, in der die Teilzeitquote in der Altenpflege

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

deutlich höher ausfällt als in der Krankenpflege (IAB 2015: 23). Die Daten des Mikrozensus zwischen 1995 und 2010 zeigen jedoch, dass sich Teilzeitbeschäftigungen über 15 Wochenarbeitsstunden zwischen 1995 bis 2010 von 29,5 auf 44,6 Prozent erhöht haben, während die „kleine Teilzeit“ unter 15 Stunden in diesem Zeitraum lediglich von 7,2 auf 8,5 Prozent angestiegen ist.

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

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

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

Auch eine neuere Studie des IAB zeigt deutliche geografische und qualifikationsbedingte Differenzen in der Teilzeitquote auf. So weist die Untersuchung für Ende 2013 eine Teilzeitquote von 53 Prozent bei Altenpflegefach- sowie von 70,7 Prozent bei Altenpflegehilfskräften aus (IAB 2015: 8).¹⁸ In den neuen Bundesländern lag sie mit 58,8 Prozent bei den Fachkräften und

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

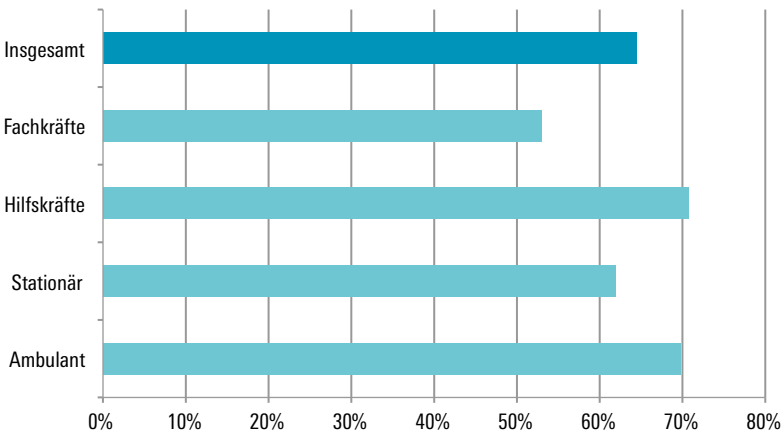
76 Prozent bei den Hilfskräften deutlich über dem westlichen Niveau (51,2 % bzw. 68,9 %) (ebd.). Als Ursache für eine Teilzeittätigkeit geben Beschäftigte in den neuen Bundesländern sowohl unter Fach- (46 %) als auch unter Hilfskräften (55 %) deutlich häufiger an, keine Vollzeitstelle zu finden, während in den alten Bundesländern familiäre und persönliche Gründe wie etwa das Fehlen ausreichender Kinderbetreuungsangebote überwiegen (ebd.: 10).

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

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

Abbildung 3

Teilzeitquoten in der Altenpflege



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

Daten für die Befristung von Beschäftigungsverhältnissen bietet das Projekt LohnSpiegel des WSI. Dieses differenziert allerdings wiederum nach Berufsgruppen und nicht nach Tätigkeitsbereichen. Hier werden deshalb nur die Zahlen für die Altenpflegekräfte genannt. Ihnen zufolge liegt der Anteil der befristet Beschäftigten unter den AltenpflegehelferInnen bei 32 Prozent sowie bei den AltenpflegerInnen bei 23,4 Prozent und damit deutlich höher als bei den Pflegeberufen im Allgemeinen (18,7%) (Bispinck et al. 2013: 20). Die Studie von Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 64) weist hingegen befristeten Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege bislang eine nur geringe Bedeutung zu, wobei lediglich im stationären Sektor eine erhöhte Anzahl von 17,9 Prozent der Befragten zum Zeitpunkt ihrer Studie befristet angestellt war. In der Beschäftigtenbefragung gaben 15,4 Prozent der Befragten ein befristetes Anstellungsverhältnis an.

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

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

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

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

2012).¹⁹ Beher und Fuchs-Rechlin (2013: 61) haben zudem das Ausmaß an Prekarität²⁰ für soziale Berufe analysiert. Für die Altenpflege kommen sie auf einen Anteil von 22 Prozent der Beschäftigten, die in prekären Arbeitsverhältnissen tätig sind, der über dem Durchschnitt nichtsozialer Berufsfelder (16,5 %) liegt.

Oschmiansky (2010: 43) beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern sich die Erwerbsformen von Frauen in der Altenpflege seit Einführung der Pflegeversicherung gewandelt haben. Ihre Analyse zeigt, dass die Zahl der Vollzeitarbeitsverhältnisse hier – anders als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – bis 2003 anstieg, seitdem aber deutlich rückläufig ist. Demgegenüber wurden befristete Arbeitsverhältnisse und Beschäftigungen in Teilzeit über 15 Wochenstunden ausgeweitet. Die Autorin stellt außerdem fest, dass Frauen auch in der Altenpflege stärker als Männer von den sich ausbreitenden atypischen Erwerbsformen betroffen sind (ebd.). Im Zeitraum vor Einführung der Pflegeversicherung wurde der Pflegearbeitsmarkt zwar nicht so differenziert erfasst wie heute, doch wirft Oschmiansky dennoch einen Blick auf eine ältere Erhebung: 1987 habe die Quote der vollzeitbeschäftigten AltenpflegerInnen 76 Prozent betragen. Der von Oschmiansky (2010: 44) für 2007 errechnete Vergleichswert liegt bei 29 Prozent.²¹

Zusammenfassend lässt sich zu den Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege festhalten: Die Mehrheit der Beschäftigten in diesem Pflegebereich hatte wohl nie ein sogenanntes Normalarbeitsverhältnis (NAV). Diese weiblich konnotierte Interaktionsarbeit zeichnete sich immer durch besondere Beziehungen zu den zu pflegenden Personen sowie zum Beruf selbst aus. Sie war insofern, nimmt man das männliche Vollerwerbsmodell als Vergleichsfolie zur Hand, immer in gewisser Weise entstandardisiert, was die Ausbildung,

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

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

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

die Arbeitszeiten und die weiteren Arbeitsbedingungen sowie die Beziehung zum Gegenstand der Tätigkeit selbst angeht. Offenbar hat sie sich in den letzten beiden Jahrzehnten im Nachgang zur Pflegereform und zu einer stärkeren Vermarktlichung des Gesundheits- und Pflegebereiches weiter von diesem Standard entfernt und zeichnet sich als heterogener und prekärer „Frauenarbeitsmarkt“ aus.

2.2.8 Entlohnung

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

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

Tabelle 4

Durchschnittliche Bruttoentlohnung einer Vollzeitätigkeit in der Altenpflege

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

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

ambulante Dienste fallen, ebenfalls unter dem Durchschnitt aller Verdienstgruppen liegen (ebd.: 9).²²

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

Die Beschäftigten in Pflegeberufen, die in tarifgebundenen Betrieben arbeiten, verdienen laut Lohnspiegel deutlich mehr als ihre KollegInnen ohne Tarifbindung (Bispinck et al. 2013: 17). Zu diesem Ergebnis kommen auch Conrads et al. (2015: 72) für das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen. Laut IAW hängt es insbesondere vom Träger des Pflegedienstes ab, ob eine Tarifbindung besteht oder nicht. „Während 80,6% der öffentlich-rechtlichen und

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

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

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

Häufig wird argumentiert, das Einkommen der weiblichen Pflegekräfte stelle meist ohnehin nur einen Zuverdienst zum Einkommen des männlichen „Haupternährers“ dar. Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 65) stellen jedoch fest, dass die Teilzeitbeschäftigten nicht häufiger in einer Partnerschaft leben als die Vollzeitbeschäftigten, und schließen daraus: „Für die ca. 15 % der alleinstehenden Pflegekräfte, die einer Teilzeittätigkeit bis zu 20 Wochenarbeitsstunden nachgehen, und den weiteren ca. 36 %, die in eine längere Teilzeittätigkeit eingebunden sind, verweist dies auf ökonomisch schwierige Lebenssituationen“. Engelen-Kefer (2012: 76) berichtet, dass es im Dezember 2009 in der Pflegebranche rund 80.000 Beschäftigte gab, „die ergänzend Hartz IV beziehen mussten, weil sie von ihren Löhnen nicht leben konnten“. Auth (2013: 417) interpretiert in diesem Zusammenhang den Mindestlohn in der Pflege als Mittel gegen die „Abwärtsspirale der Löhne“, das verhindere, „dass die Löhne von Vollzeitbeschäftigten in der Pflegebranche unter das Existenzminimum und damit erkennbar in den Bereich prekärer Beschäftigung rutschen“.

2.2.9 Zur Verweildauer im Beruf

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

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

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

Eine Studie des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) auf Basis der von 1975 bis 2004 reichenden Daten der IAB-Beschäftigtenstichprobe zeigt auf, dass mit zunehmender Dauer des Berufslebens sowohl Zeiten der Beschäftigung als auch die der Unterbrechungen im Beruf ansteigen und Letztere somit in besonderem Maße die Berufsverläufe von AltenpflegerIn-

nen prägen (IWAK 2009: 26 f.). Bei den älteren Kohorten mit einer Berufsverlaufsdauer von über zehn Jahren summieren sich die Unterbrechungszeiten auf 43 Prozent (ebd.). Hinsichtlich der Verweildauer, die auch die BerufsrückkehrerInnen erfasst, ergibt die Studie, dass nach fünf Jahren noch 77, nach zehn Jahren noch 64 und nach 15 Jahren noch 63 Prozent der AltenpflegerInnen in ihrem Beruf tätig sind (ebd.: 28). In den ersten fünf Jahren nach dem Ende der Ausbildung verlassen jedoch immerhin 23 Prozent der AltenpflegerInnen den Beruf (ebd.). AltenpflegerInnen wechseln somit in der Frühphase ihrer Berufstätigkeit am häufigsten den Beruf, steigen später aber mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder in die Altenpflege ein. Darüber hinaus zeigen die Daten des IWAK, dass sich die Anteile an Zeiten der Beschäftigung und Unterbrechung in der Altenpflege kaum zwischen Männern und Frauen unterscheiden (ebd.: 35).

Auf eine wichtige Differenzierung hat eine Auswertung der IAB-Beschäftigtenstichprobe durch Hackmann (2009: 19) aufmerksam gemacht. Demnach ergeben die Daten im Querschnitt aller Beschäftigten eine Verweildauer von 8,4 Jahren, die jedoch unter ausgebildeten Altenpflegefachkräften mit 12,7 Jahren deutlich länger ist als unter Hilfskräften (7,9 Jahre). Die Verweildauer von AltenpflegerInnen zeigt sich als gering beispielsweise im Vergleich zu Krankenpflegefachkräften, für die Hackmann eine durchschnittliche Verweildauer von 13,7 Jahren ermittelt (ebd.: 21). Behrens, Horbach und Müller (2008: 7) zeigen in diesem Zusammenhang, dass nach zehn Jahren Berufstätigkeit noch rund 70 Prozent aller KrankenpflegerInnen, jedoch nur 46 Prozent der AltenpflegerInnen im erlernten Beruf tätig sind.

Darüber hinaus betrachten die AutorInnen die Verweildauer anderer Berufe und zeigen, dass WerkzeugmacherInnen (63 %), SprechstundenhelferInnen (65 %) und Bürofachkräfte (52 %) nach zehn Jahren Berufstätigkeit eine höhere, VerkäuferInnen, MalerInnen und HilfsarbeiterInnen eine jeweils niedrigere Verweildauer als Altenpflegekräfte aufweisen (ebd.: 33 f.).

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

den jeweiligen Arbeitsbedingungen und der beruflichen Beanspruchung der Beschäftigtengruppen, die sich unter Fachkräften etwa aufgrund der umfassenderen beruflichen Ressourcen sowie durch die geringere Teilzeitquote deutlich günstiger gestalten (ebd.: 137 f.).

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

2.2.10 Belastungen und Ressourcen in der Arbeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Das BELUGA-Projekt der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) hingegen ermittelt für die stationäre Altenpflege ein lediglich mittelstark ausgeprägtes Belastungsniveau (Glaser et al. 2008: 58). Die Befunde der AutorInnen zur Gesundheit der Pflegekräfte fallen mehrheitlich positiv aus. Detailliertere Analysen zeigten, dass die vorrangigen Formen körperlicher und psychischer Belastung im Heben und Tragen sowie im Lagern von PatientInnen, in Verletzungsgefahren, in Unterbrechungen der Tätigkeit und in zeitlichem Druck bestehen (ebd.). Differenziert nach der Trägerschaft zeigt sich, dass die Arbeitsbedingungen in freigemeinnützigen Betrieben von den Pflegekräften deutlich besser bewertet werden als in öffentlichen Einrichtungen (ebd.: 129).

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

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

Voges (2002: 226) weist darauf hin, dass sich die Beanspruchung der Pflegekräfte nicht linear aus der Arbeitsbelastung ergibt, sondern die Belastungsfaktoren durch die den Pflegekräften jeweils zur Verfügung stehenden sozioökonomischen und individuellen Ressourcen unterschiedlich bewältigt werden. Den beschriebenen Belastungen stehen also Ressourcen gegenüber, auf die die Pflegekräfte zurückgreifen können, um ihre berufliche Beanspruchung zu vermindern (Theobald et al. 2013: 68). Dazu gehören insbesondere die direkte Arbeit mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen, die Wertschätzung für die Tätigkeit sowie die Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Arbeit (ebd.: 77 ff.). Die Befragten in der Erhebung von Theobald, Szebehely und Preuß gaben an, dass sie ihre Arbeit als interessant erlebten und ihr eine gesellschaftliche Bedeutung zumäßen (87,9%), dass sie viel Positives von den zu Pflegenden zurückbekämen (57,4%) und dass sie durch diese eine spezifische Wertschätzung erführen (49,7%). Interessant ist, dass die Wertschätzung von Seiten der Angehörigen aus Sicht der Beschäftigten deutlich geringer ausfällt (29,6%) (ebd.: 80). Nichtsdestotrotz kann die Arbeit mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, die wie gesehen eher von den Fachkräften durchgeführt wird, „als Motivationsquelle für die Ausübung des Berufs wahrgenommen werden und wirkt somit potentiell ressourcenstärkend“ (ebd.). Die Wertschätzung sowohl von Seiten der Pflegebedürftigen als auch von Seiten der Angehörigen wird dabei von den Beschäftigten im ambulanten Sektor deutlich stärker wahrgenommen (ebd.: 80).

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

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

2.2.11 Arbeitszufriedenheit

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

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

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

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

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

Theobald, Sebehehy und Preuß (2013: 67) fragen, in welche Richtung sich die Arbeitszeitwünsche von Pflegekräften bewegen. Ihren Daten zufolge sind 86,4 Prozent der Altenpflegekräfte mit ihren Arbeitsstunden zufrieden, 9,5 Prozent würden gerne mehr arbeiten, 4,1 Prozent gerne weniger. Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen den Sektoren erkennbar: Während im ambulanten Bereich 13,1 Prozent gerne mehr und nur 1,7 Prozent gerne weniger arbeiten würden, liegen die beiden Werte im stationären Bereich bei 7,9 und 5,2 Prozent. Der Wunsch nach mehr Arbeitsstunden ist dabei unter den geringer qualifizierten ArbeitnehmerInnen im ambulanten Bereich, die in deutlich höherem Maße von Teilzeitbeschäftigung betroffen sind, besonders ausgeprägt (ebd.: 66 f.).

2.3 Fazit

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass der Arbeitsmarkt der Altenpflege in vielerlei Hinsicht von spezifischen Arbeitsbedingungen geprägt ist. Die Beschäftigtenzahlen sind in den vergangenen 15 Jahren rasant angestiegen, so dass mittlerweile knapp über eine Million Menschen in Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger arbeiten. Der Großteil dieser Beschäftigten erzielt nur eine vergleichsweise geringe Entlohnung bei gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen. Dies ist nicht zuletzt eine Ursache für häufige Unterbrechungen durch Aus- und Wiedereinstiege in den Altenpflegeberuf sowie

eine insgesamt kurze Berufsverweildauer. Zugleich bedingt dies den Charakter der Altenpflege als Sackgassenberuf, der nur wenig dauerhafte Aufstiegsmöglichkeiten bietet. Darüber hinaus sind die Einrichtungen auf verschiedene Träger aufgeteilt und beschäftigen zumeist nur wenige ArbeitnehmerInnen. Kennzeichnend sind zudem der hohe Frauen- und Teilzeitanteil sowie die geringe Fachkräftequote.

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

Bei den aktuellen Arbeitsbedingungen zeigt sich eine deutliche Spaltung zwischen Fach- und Hilfskräften, wobei Letztere eine geringere Entlohnung erhalten, häufiger in Teilzeit arbeiten und aufgrund dieser höheren Belastung bei zugleich weniger ausgleichenden Arbeitsressourcen auch kürzere Berufsverläufe aufweisen. Weitere Differenzen in der Arbeitsmarktlage von AltenpflegerInnen verdeutlicht der aufgezeigte Forschungsstand hinsichtlich des Arbeitszeitumfangs (Voll- oder Teilzeit), des Beschäftigungsortes (Ost- oder Westdeutschland), der Trägerschaft (freigemeinnützig, privatwirtschaftlich oder öffentlich) sowie des Sektors (stationär oder ambulant).

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

3 KOLLEKTIVE AKTEURE IN DER ALTENPFLEGE

Wenn nicht der Staat oder der Markt die maßgebliche oder sogar alleine bestimmende Instanz sein soll, sondern auch die unmittelbar Betroffenen auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite im eigenen Interesse die Verhältnisse mitgestalten sollen, stellt sich die Frage nach den Kollektivakteuren, die dafür in Betracht kommen. In diesem Sinne befassen wir uns in diesem Kapitel mit den betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren in der Altenpflege sowie mit den Verbindungen zwischen ihnen. Die Arbeitsbeziehungen in Deutschland folgen der Logik des dualen Systems der Interessenvertretung, in dem die Konflikte zwischen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite sowohl in der betrieblichen als auch in der überbetrieblichen Arena ausgetragen werden. Die überbetrieblichen Akteure – die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände – sind dabei für die Aushandlung der Entlohnung und die Arbeitsbedingungen zuständig. Die Betriebsparteien – Betriebsrat und Management – regeln die Konflikte, die auf betrieblicher Ebene anfallen. In diesem Kapitel wird die kollektive Interessenvertretung im Altenpflegebereich auf beiden Ebenen vorgestellt, wobei vor allem zu untersuchen ist, welche Ressourcen und Potenziale auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene für das kollektive Handeln der Beschäftigten in der Altenpflege bestehen und welche verbandsorganisatorischen und -historischen Strukturen ausgemacht werden können.

3.1 Kollektive Akteure – betriebliche Ebene

Die betriebliche Ebene bildet das Zentrum der Arbeitsbeziehungen in der Altenpflege. Aufgrund der fehlenden oder nur schwach ausgeprägten Regelungskompetenz überbetrieblicher Akteure werden zentrale Eckpunkte etwa der Dienstplangestaltung, Arbeitszeitmodelle sowie Fortbildung und Eingruppierung innerhalb der Altenpflegeeinrichtungen durch Einrichtungsleitungen und ArbeitnehmerInnenvertretungen für den einzelnen Betrieb festgelegt. Da die betriebliche Interessenvertretung umso wichtiger ist, je schwächer Gewerkschaften sind und je seltener Tarifverträge angewandt und eingehalten werden, kommt dem betrieblichen Interessenhandeln in der Altenpflege eine hoch relevante Aufgabe zu. Die in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen seit Beginn der 1990er Jahre diskutierte „massive Erosion des

Tarifsystems“ (Hauser-Ditz et al. 2012: 330) wurde für die Altenpflege nur in geringem Maße thematisiert, da der Bereich nie in hohem Umfang durch Tarifverträge abgedeckt war und daher kaum Erosionsprozesse stattfinden konnten. Vielmehr ist hier der Normalfall eine „Verbetrieblischung“ der Arbeitsbeziehungen aufgrund der Machtasymmetrie im Betrieb zuungunsten der ArbeitnehmerInnen (ebd.: 331). Insofern ist an dieser Stelle zu klären, über welche Primär- und Sekundärmacht die betrieblichen Interessenvertretungen im Altenpflegebereich verfügen und wie sich ihre Handlungsoptionen erweitern ließen. Vor dem Hintergrund der fragmentierten Trägerlandschaft in der Altenpflege (vgl. Kapitel 2) sollen jedoch zunächst die unterschiedlichen Formen betrieblicher Interessenvertretungen kurz skizziert werden.

3.1.1 Formen und Verbreitungsgrad betrieblicher Interessenvertretung

Die Interessen der Beschäftigten werden im Altenpflegebereich auf der Betriebsebene, je nachdem in welcher Trägerschaft sich die Einrichtung befindet, entweder durch Betriebs- bzw. Personalräte oder Mitarbeitervertretungen artikuliert. Der Betriebsrat regelt die betrieblichen Arbeitsbeziehungen für die privatwirtschaftlichen und freigemeinnützigen Träger außerhalb der konfessionellen Bindung. Für die Einrichtungen des öffentlichen Dienstes gelten die Personalvertretungsgesetze des Bundes und der Länder. In den Betrieben der Religionsgemeinschaften und den Einrichtungen ihrer Wohlfahrtsverbände, Diakonie und Caritas, haben eigene Mitarbeitervertretungsordnungen nach Kirchenarbeitsrecht Gültigkeit. Das Betriebsratsäquivalent heißt hier Mitarbeitervertretung und verfügt über ähnliche, in der Regel aber schwächere Rechte als der Betriebs- oder Personalrat, was nicht grundsätzlich bedeuten muss, dass dies sich auch in der Praxis so darstellt.

Die Rechte des Betriebsrats unterscheiden sich in Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte (Kißler et al. 2011: 65 ff.). Unter Mitwirkung wird hier die Unterrichtung und Beratung verstanden; sie betrifft fast alle betrieblichen Angelegenheiten. Echte Mitbestimmung dagegen zeichnet sich dadurch aus, dass in festgelegten Bereichen Machtparität herrscht, das heißt, Maßnahmen werden erst durch die Zustimmung des Betriebsrats wirksam.

Das Betriebsverfassungsgesetz findet in Tendenzbetrieben eine eingeschränkte und in den „karitativen Einrichtungen“ von Religionsgemeinschaften gar keine Anwendung (§118 BetrVG). Die eingeschränkte Geltung erläuterte im Interview der Betriebsratsvorsitzende einer AWO-Einrichtung:

„Wir als Betriebsrat können auf die Tendenz des Trägers als sozialdemokratischer Verband der Arbeiterbewegung, der ehemaligen, da haben wir gar keinen Einfluss drauf. Also wir dürfen nirgendwo mitentscheiden, wo die Tendenz des Trägers berührt wird. Das heißt, wir wissen nicht, wie ist die Wirtschaftlichkeit unseres Heimes, wir kriegen auch keine Zahlen, so wie es in anderen Betrieben üblich ist, wir können nicht mitbestimmen bei der Einstellung des Heimleiters und der Pflegedienstleitung, das heißt, die sind ausgenommen, weil sie die Tendenz der AWO in die Belegschaft zu tragen haben. Da haben wir kein Mitbestimmungsrecht“ (BR3).

In den kirchlichen Einrichtungen von Diakonie und Caritas gilt anstelle des Betriebsverfassungsgesetzes ein Mitarbeitervertretungsgesetz der Diakonie (MVG) bzw. eine Mitarbeitervertretungsordnung der Caritas (MAVO). Dieser Typus der Mitbestimmung im kirchlichen Arbeitsrecht wird von den Kirchen auch als Dritter Weg bezeichnet, da er eine Alternative zum klassischen Arbeitsrecht des Betriebsverfassungsgesetzes und zur Alleinbestimmung durch den Arbeitgeber darstellt. Der Göttinger Politikwissenschaftler Jakobi schreibt, von Beginn an habe man sich hierbei an den

„Mitbestimmungsgesetzen des nicht-konfessionellen Bereichs orientiert – zunächst am Personalvertretungsgesetz, das vor allem für die Verwaltungen der verfassten Kirchen angemessen schien, dann stärker am Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), um besser den karitativen und diakonischen Einrichtungen zu entsprechen“ (Jakobi 2010: 459).

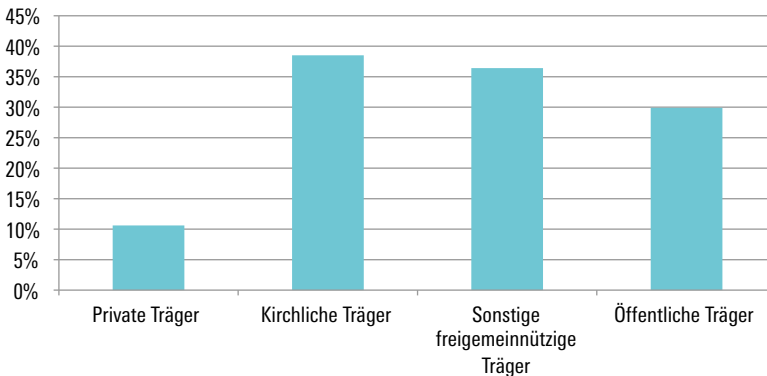
Die betreffenden Regelwerke sehen auf der betrieblichen Ebene mit der Mitarbeitervertretung ein Gremium vor, das systematisch dem Betriebsrat entspricht – mit Unterschieden im Detail. So sind die MAVs in der Regel kleiner als Betriebsräte und verfügen über weniger Freistellungen. In vielen Regelungsbereichen sind die Mitbestimmungsrechte schwächer als die des Betriebsrats, bei Kündigungen jedoch stärker. Die Gewerkschaften sind im Mitarbeitervertretungsrecht beider Konfessionen nicht vorgesehen – anders als im Betriebsverfassungsrecht. Ver.di hat vor einigen Jahren einen Vergleich mit dem Betriebsverfassungsgesetz in Auftrag gegeben, der zu dem Schluss kommt, dass es „deutlich weniger Rechte für die Mitarbeitervertretung“ (Baumann-Czichon/Gathmann 2006: 57) gebe. Jakobi (2010: 460) be-

wertet dieses Urteil als „etwas überspitzt“ und schätzt die formalen Differenzen als weniger umfangreich ein. Für die betrieblichen Akteure liegt der zentrale Unterschied jedoch darin, dass sich die Mitbestimmungsrechte im Zweifelsfall nicht verbindlich einklagen lassen.

Aus der für diese Studie durchgeführten Beschäftigtenbefragung lässt sich ermitteln, wie viele der Befragten in Einrichtungen tätig sind, in denen ein gewähltes Gremium die Interessen der Beschäftigten vertritt. Vorausgesetzt wird, dass die Befragten darüber informiert sind, ob dies in ihrer Einrichtung der Fall ist. Unter dieser Annahme ergibt sich, dass 23,8 Prozent der AltenpflegerInnen in Einrichtungen arbeiten, in denen ein Betriebs-/Personalrat oder eine Mitarbeitervertretung vorhanden ist. Dabei zeigt sich, dass in den Einrichtungen von Diakonie und Caritas ein höherer Verbreitungsgrad betrieblicher Interessenvertretung zu finden ist. Differenziert nach der Trägerchaft der Einrichtungen ergibt sich die Verteilung in [Abbildung 4](#). 38,5 Prozent der Befragten aus kirchlichen Einrichtungen geben an, dass es in ihrem Betrieb eine MAV gebe, während dieser Wert bei den privatwirtschaftlichen Einrichtungen für Betriebsräte lediglich bei 10,6 Prozent liegt. Bei den freigemeinnützigen (außer kirchlichen) Trägern liegt der Anteil betrieblicher Interessenvertretungen entsprechend bei 36,4 und bei den öffentlichen bei 29,9 Prozent.

Abbildung 4

Anteil der AltenpflegerInnen in Einrichtungen mit Gremium



Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Sieben Prozent der befragten Pflegekräfte sind selbst in der betrieblichen Interessenvertretung aktiv. Von diesen 52 Personen ist der Großteil (30 Personen) in einer MAV aktiv, gefolgt von Betriebsräten (12 Personen), Personalräten (5 Personen) sowie sonstigen Vertretungen (5 Personen). In diesem Subsample wurden die InteressenvertreterInnen nun weiter gefragt, wie sie ihre Gestaltungsspielräume einschätzten. 63,7 Prozent der Befragten antworteten mit „gering“. Weiterhin interessierte uns, ob die befragten Gremienmitglieder in einer Gewerkschaft organisiert sind. Von den Betriebsratsmitgliedern geben 41,7 Prozent an, Mitglied in einer Gewerkschaft zu sein. Bei den Mitarbeitervertretern sind es lediglich 16,7, bei den Personalräten 20 Prozent. Das heißt, selbst unter den betrieblichen InteressenvertreterInnen gibt es noch erhebliches Organisationspotenzial für die Gewerkschaft.

3.1.2 Einstellungen gegenüber betrieblicher Interessenvertretung

In [Kapitel 2.2](#) wurde gezeigt, dass 52,3 Prozent der Altenpflegebetriebe in privater Hand sind, während die freigemeinnützigen Träger 44,6 Prozent der Betriebe stellen. Zugleich werden Beschäftigte in kirchlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen häufiger als AltenpflegerInnen in privaten Betrieben von einem betrieblichen Gremium vertreten. Insofern spielt neben den Betriebsräten auch das in freigemeinnützigen Einrichtungen vorzufindende System der Mitarbeitervertretungen eine große Rolle.

In den Interviews auf betrieblicher Ebene berichtet ein MAV-Vorsitzender, wie sich die Einflussmöglichkeiten von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen unterscheiden. Das Unternehmen, zu dem die Einrichtung, in der er arbeitet, gehört, hatte früher einen Betriebsrat. Vor etwa zehn Jahren sei der Arbeitgeber jedoch „unter das Dach der Diakonie geschlüpft“ (MAV1).

„Zu Betriebsratszeiten hat es eben ziemlich heftige Auseinandersetzungen gegeben im Betrieb. Und die sind zum Teil eben auch arbeitsrechtlich ausgetragen worden vorm Arbeitsgericht und da haben wir vieles gewonnen. Und ja, der Arbeitgeber hatte sich vom Wechsel zur Kirche eben erhofft, dass durch die Schwächung der Arbeitnehmerrechte er da auch bessere Karten hat. Und das ist auch tatsächlich so, muss man ganz klar sagen. Weil das Mitarbeitervertretungsgesetz der Kirche wesentlich schwächer ist und auch die Gerichtsbarkeit wesentlich schwächer ist. (...) für den Arbeitgeber sind das Vorteile, auf jeden Fall“ (MAV1).

Vor diesem Hintergrund lautet sein Urteil über den sogenannten Dritten Weg der kirchlichen Mitbestimmung:

„Der muss weg. Aber sofort. Das ist einfach eine ganz krasse Benachteiligung kirchlicher Beschäftigter gegenüber normalen Betrieben und das ist auch gesellschaftlich überhaupt nicht mehr zu rechtfertigen. Die Diakonie betreibt Großkonzerne und da finde ich, da muss die Verpflichtung genau wie in jedem normalen Betrieb so sein, dass es nach BetrVG geht und nicht die Kirche sich noch Vorteile verschafft, indem sie ihre eigenen Gesetze da hochhält“ (MAV1).

Ein MAV-Mitglied, das selbst als Altenpflegehelferin arbeitet, führt hinsichtlich des Einflusses von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen aus:

„Das Betriebsverfassungsgesetz wäre uns natürlich lieber. Das wäre sicherlich wirksamer (...). Neulich als ich bei der Geschäftsführung war, da hab ich das richtig deutlich zu spüren gekriegt, wenn ich ein Betriebsrat gewesen wäre, die hätten mir niemals so entgegenkommen können, so in dieser Art und Weise, weil sie mich vielmehr gebraucht hätten, sie würde sich sofort anders benehmen, wenn sie mich da bräuchten, die weiß genau sozusagen, wie stark wir sind und was wir können und was wir nicht können. Einfachste Dinge kriegst du als MAV nicht gelöst“ (MAV4).

Die interviewten MitarbeitervertreterInnen äußern sich allesamt kritisch zum Dritten Weg – bis auf den MAV-Vorsitzenden einer ambulanten Behindertenhilfe, der für seine Tätigkeit über eine volle Freistellung verfügt. Dieser stellt fest, dass sein Gremium den Dritten Weg befürworte, da bisher die Ergebnisse immer gestimmt hätten:

„Voraussetzung ist aber: Man lebt den Dritten Weg. Das ist die Voraussetzung, dass wir sagen, wir wollen hier auf Augenhöhe dienstgemeinschaftlich miteinander umgehen. Da, wo das funktioniert, funktioniert der Dritte Weg auch. Da, wo eine Seite dieses Miteinander verlässt, ist der Dritte Weg tot“ (MAV3).

Dass die Dienstgeberseite dieses Miteinander verlassen habe, sich verhalte wie ein normaler Arbeitgeber, darin sehen die meisten MitarbeitervertreterInnen den Grund, warum der Dritte Weg nicht mehr zeitgemäß sei. So äußert die Gremienvorsitzende einer kleineren Einrichtung:

„Ich sehe, als Mitarbeitervertretung, im Endeffekt, allzu viel haben wir nicht zu sagen. Das ist so minimal, also im Grunde genommen haben wir nicht so einen großen Einfluss und als Betriebsrat hat man da schon viel, viel mehr Einfluss. Und ich denke, das wäre auch der richtige Weg, weil ich sage mal, die erwirtschaften so viel und stellen sich immer als [wohltätig dar], aber so ist es einfach nicht mehr wahr. Ich sage mal, die sind teilweise als Arbeitgeber auch schon so skrupellos, dass ich einfach sage, die brauchen Kontra, da kann ich nicht mehr mit einem ‚im kirchlichen Sinne einigen wir uns mal‘ [kommen], das funktioniert nicht mehr“ (MAV7).

Auch andere MAV-VertreterInnen kritisieren die Tatsache, dass sie ihre Mitbestimmungsrechte nicht verbindlich einklagen können, als Einschränkung ihrer Mitbestimmungsmöglichkeiten:

„Das hemmt natürlich auch viele MAVen. Die sagen sich, ok, dann habe ich zwar ein Schiedsstellenurteil, aber ob ich das habe oder ob in China ein Sack Reis umfällt, das kümmert keinen. Dann gehen die lieber erst gar nicht in den Konflikt. Es gibt so ein Ohnmachtsgefühl (...). Mit dem Betriebsverfassungsgesetz hätten wir schon mehr Durchschlagskraft. Andere Sachen sind im MVG besser formuliert, was z.B. Kündigungsschutz angeht oder Mitwirkung bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen, aber das nützt alles nichts, wenn es schön auf dem Papier steht, aber wenn man es nicht durchsetzen kann“ (MAV5).

In diesem Zusammenhang werden in den Interviews diverse Aspekte angesprochen, die im BetrVG und den Mitarbeitervertretungsgesetzen geregelt sind. Dazu gehören die Größe des Gremiums, das Kontingent an Freistellungen sowie die Ausstattung der Gremien. Die Größe des Gremiums wird von vielen InterviewpartnerInnen als zentral genannt. Je mehr Personen im Gremium vertreten seien, desto mehr Wissen könne man ansammeln und desto

mehr zeitliche Ressourcen stünden zur Verfügung. Dies berichten vor allem die Gremien, die in den vergangenen Jahren durch Zusammenschlüsse von Betrieben gewachsen sind. Sie seien seitdem erfolgreicher und hätten mehr Spaß an ihrer Tätigkeit. Kleine Gremien hingegen hätten große Probleme:

„Da läuft zum großen Teil nichts. Oder ganz wenig. Die sagen, ich kann nicht, ich kann nicht aus dem Dienstplan raus, wir können keine Sitzung machen. Ich kann auch nicht zu 'ner Fortbildung, weil wenn ich eine Woche weg bin, verhungert zu Hause mein Mann. Solche Geschichten; die gehen auch nicht zu Arbeitskreisen oder zu AGMAV [Arbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen] Vollversammlungen, da sieht man die nicht. Also Altenhilfe ist da deutlich unterrepräsentiert. Das merkt man auch bei den Fortbildungen unseres Fortbildungsträgers, da bin ich auch als Co-Teamerin tätig und wenn ich da vorab die Teilnehmerlisten sehe, da bin ich immer am Suchen: Wo ist denn eigentlich eine Kollegin aus der Altenhilfe? Also die macht eigentlich einen sehr großen Anteil der diakonischen Einrichtungen aus, die Altenhilfe, aber das spiegelt sich nicht in einer Teilnahme irgendwo wider. Selbst bei den MAVen hapert es also schon“ (MAV5).

Mit der Größe des Gremiums hängt auch das Kontingent an Freistellungen zusammen, über das verfügt werden kann.

Freistellungen werden als Voraussetzung für eine erfolgreiche Gremienarbeit genannt, wie ein MAV-Vorsitzender, der zu 50 Prozent freigestellt ist, ausführt:

„Also unsere Erfahrungen sind auch, nach der letzten Wahl hat sich dieses Freistellungspotenzial noch mal erhöht. Und das ist uns dann selbst aufgefallen, aber auch im Feedback von den Leitern, wir wurden immer unbequemer. Das ist auch das, was wir so beobachten bei kleinen MAVen, die überhaupt kein Freistellungspotenzial haben, die das also wirklich auch nebenbei machen, die haben gar nicht die Möglichkeiten, weil die sind ja auch in ihrer Arbeit verwickelt und verwickelt. Und damit wurden wir immer unbequemer“ (MAV6).

Gibt es keine grundsätzliche Freistellungsregelung, sind Konflikte vorprogrammiert, da die anfallende Arbeit von den restlichen Kollegen übernommen werden muss. Insofern stellt auch der allgemeine Fachkräftemangel ein Problem für die betriebliche Interessenvertretung dar. Hierzu erläutert ein BR-Vorsitzender, der sich inzwischen täglich „selbst arbeitsbefreit“ (BR3):

„Dann ist man eben nicht da. Das wird dann akzeptiert, dann hat man kein Theater, ich hab mich nicht mehr auseinandersetzen müssen mit den Kollegen, das war am Anfang schwierig. Aber als die dann gesehen haben, dass wir Erfolge haben ... mit jedem Erfolg mehr hieß es dann, gut, dass wir Dich da oben haben, bleib Du mal da, wir machen die Arbeit für Dich mit. Das war ja damals noch so, dass man damals keinen Ersatz auf die Etage gesetzt hat, sondern im Gegenteil die Etage bewusst knapp gehalten hat, noch knapper als es schon knapp ist“ (BR3).

Manche Gremien nehmen die Freistellungskapazitäten nicht vollständig in Anspruch, anderen gewährt ihr Arbeitgeber mehr Freistellungen als gesetzlich vorgeschrieben. Demgegenüber erweist sich die Ressourcenausstattung der Gremien durch den Arbeitgeber in der überwiegenden Mehrheit der Fälle als unproblematisch. Die Mitarbeitervertretungen spielen aufgrund des großen Umfangs freigemeinnütziger Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Altenpflege. Ihre Durchsetzungskraft wird von den befragten InteressenvertreterInnen gegenüber den Betriebsräten jedoch als gering eingeschätzt. Insgesamt kommt es aber bei beiden Formen der betrieblichen Interessenvertretung darauf an, inwiefern formal geregelte Rechte, aber auch informelle Absprachen mit dem Arbeitgeber umgesetzt werden können.

3.1.3 Betriebliche Interessenvertretung aus Sicht der Gremienmitglieder

Welche inhaltlichen Themen bearbeiten und vertreten Gremien auf betrieblicher Ebene? In erster Linie nennen die InterviewpartnerInnen den Bereich Dienstzeiten und Dienstpläne. Dies sei das wichtigste Thema, das sie beschäftige (BR4; MAV2; PK6). Zu diesem Themenbereich gehört es, darauf hinzuwirken, dass gesetzliche Bestimmungen eingehalten werden, und dies zu kontrollieren. Als problematisch wurden beispielsweise genannt: fehlende

Ruhepausen und Ausgleichstage sowie häufige und kurzfristige Schichteinsätze. Aber auch über dieses Minimum hinaus bedürften die Beschäftigten verlässlicher Dienstpläne, die ihnen eine planbare Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben ermöglichen. Dies stellt sich in den Interviews als der zentrale Konfliktbereich in der Altenpflege dar. In diesem Zusammenhang stehen auch die Themen Urlaubsplanung sowie der Umgang mit Mehrarbeit und Überstunden. Mit den genannten Konflikten ist das zweite Thema eng verbunden: die Gesundheit der Beschäftigten. Die Stichworte lauten hier: Arbeitsverdichtung entgegenwirken, Arbeitsdruck reduzieren, alter(n)sgerechtes Arbeiten verwirklichen sowie körperliche und psychische Belastungen reduzieren (BR3; MAV6).

„Das entscheidende Feld ist eigentlich Gesundheit, für einen Betriebsrat. Also die Bedingungen zu schaffen, dass die Beschäftigten möglichst lange ihre Arbeit fortsetzen können. Denn wir haben leider die Tendenz: Viele Kollegen scheiden schon lange vor Erreichen ihres Rentenalters aus. Weil sie schwerbehindert sind, krank sind“ (BR3).

Zum Thema *Gute Arbeit* gehöre – so ein Großteil der GremienvertreterInnen – eine wertschätzende Führung durch Vorgesetzte. Neben einem professionellen Umgang mit Konflikten zähle dazu auch, dass Überstunden abgebaut werden können und Zuschläge, die den Beschäftigten zustünden, tatsächlich gezahlt würden. Daneben fordern die GremienvertreterInnen, dass die Beschäftigten tariflich richtig eingruppiert werden.

„Wir kämpfen gegen die ständigen Versuche, die Eingruppierung schlechter durchzuführen als im Tarifvertrag geregelt ist“ (BR3).

Problematisch sei auch, wenn es in den Betrieben eine Ungleichbehandlung der MitarbeiterInnen gebe.

„Wir sind ja in den Diakoniestationen eine Zweiklassengesellschaft. Da sind die mit den alten und die mit den neuen Verträgen. Und die neuen werden ja nun um ein Drittel schlechter bezahlt als wir. Und solange das so ist, wird das mit dem Fachkräftemangel auch nicht aufhören. Davon bin ich felsenfest überzeugt. Das wollen die Leute nicht“ (MAV2).

Von einer Interviewpartnerin wurde angesprochen, dass die Beschäftigungsbedingungen im nahegelegenen Stadtstaat besser seien. Dies müsse angeglichen werden, sonst würden immer mehr Beschäftigte „abwandern“ (BR4):

„Was uns immer wieder hier auf die Füße fällt, ist die Nähe zu Berlin. Gerade unsere Einrichtung, da kannst du hinspucken bis nach Berlin. Die zahlen immer noch mehr wie das Land Brandenburg und das ist eigentlich so unser Hauptärgernis, dass die Bezahlung eben überall anders ist und sich die ... man kann die jungen Leute durchaus verstehen und ich würde auch, wenn ich da 200 € mehr kriege und bloß zehn Minuten länger mit der S-Bahn fahren muss, würde ich auch den anderen Job annehmen. Ist logisch. Also so lange wie das auch nicht irgendwo einheitlich ist und alle für die gleiche Arbeit auch das gleiche Geld kriegen, werden wir dann in solchen Regionen immer Probleme haben“ (BR4).

Thematisch geht es also in den Gremien der Interessenvertretung um fast alle Aspekte, die maßgeblich die Arbeitsbedingungen betreffen; dazu zählen auch Probleme der Synchronisation mit den außerbetrieblichen Interessen. Es zeigt sich dabei auch, dass die betrieblichen Akteure bei vielen Fragen kaum handlungsfähig sind.

3.1.4 Einstellungen der MitarbeiterInnen gegenüber betrieblicher Interessenvertretung

Wie gut betriebliche Interessenvertretung funktioniert, unterscheidet sich von Fall zu Fall. Dies drückt sich auch in den Antworten der 19 Interviewten Altenpflegekräfte aus, wobei mehrere Interviewte ausdrücklich betonen, dass es gut sei, dass es in ihrem Betrieb eine MAV bzw. einen Betriebsrat gebe:

„Es ist jedenfalls gut, dass es sie gibt. Auch wenn es mich selber bisher Gott sei Dank nicht betroffen hat (...) Ich weiß, dass ich die jederzeit aufsuchen kann, wenn ich Probleme habe, das weiß ich wohl und ich weiß auch, wer die Hauptperson ist“ (PK15).

Die hier zitierte Altenpflegehelferin ist zwar seit über 30 Jahren in der Altenpflege aktiv, sah bislang jedoch noch keinen Anlass, ihre MAV aufzusuchen. Zugleich nimmt sie aber auch nicht an den Informationsveranstaltungen der MAV teil, da diese außerhalb ihrer Dienstzeiten als Teilzeitbeschäftigte liegen (PK15).

Ein anderer Altenpfleger meinte, in seiner Einrichtung gebe es wenig Konflikte, deswegen habe der Betriebsrat nicht so viel zu kämpfen. Dennoch sei dieser sehr aktiv, insbesondere hinsichtlich der Stellenbesetzungen.

„Die wirken überall mit. Bewerbungsgespräch, sogar die Auswahl von WBL oder PDL, da sind die schon überall wirksam“ (PK10).

Eine andere Pflegehelferin, die seit über 30 Jahren in der Pflege tätig ist, berichtet, sie habe die MAV bereits einmal in Anspruch genommen, insgesamt sei sie sich allerdings nicht sicher, ob dieses Engagement eine Wirkung habe.

„Ich muss ganz ehrlich sagen, einmal [habe ich sie in Anspruch genommen]. Aber ich hab irgendwie das Gefühl, das nützt nichts, das kommt nicht so an, wie man sich das denkt“ (PK17).

Ein Pfleger, der nach dem Universitätsabschluss momentan eine Altenpflegeausbildung durchläuft, äußerte seine Unzufriedenheit deutlicher und bezieht sich dabei auf die gesetzlichen Regelungen:

„Ja, wenn sie denn aktiv wären! Oder intensiver aktiv wären. Dann könnten sie sowas machen [Proteste organisieren]. Aber die Mitarbeitervertretung macht, was die Leitung sagt. Und von daher passiert nicht so viel. (...) [Sie sind] gar nicht kämpferisch, z.B. habe ich jahrelang schon gesagt, dass der Dienstplan vom nächsten Monat schon in der zweiten Woche des Vormonats vorliegen muss. Rein gesetzlich ist das vorgeschrieben, aber es passiert immer noch nicht, aber die MAV macht es nicht. Und dann macht jede Stationsleitung, was sie will“ (PK11).

Einige InterviewpartnerInnen berichten von der Bedeutung der Mitarbeitervertretungen, da sie die Beschäftigten in Einzelfragen aufklärten oder gegen-

über dem Arbeitgeber unterstützten, so etwa bei der Anerkennung von Berufsjahren (PK5), dem Thema der Kettenbefristung (PK13) sowie im Falle einer unzulässigen GPS-Ortung des Dienst-PDAs (PK13). In den Gesprächen werden somit sowohl positive als auch negative Aspekte sichtbar. Je nachdem, welche Unterstützung Beschäftigte bei der betrieblichen Interessenvertretung anfragen und welche individuellen Kompetenzen die Mitglieder der Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen aufweisen, ist die Zufriedenheit der Beschäftigten stärker oder geringer ausgeprägt. Die Erfahrungen mit und die Inanspruchnahme der betrieblichen Interessenvertretung hängen dabei weniger mit der Dauer der Tätigkeit in der Altenpflege zusammen (PK15; PK17). Vielmehr werden konkrete Unterstützungsleistungen und Einschätzungen der Arbeit von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen eher von Fachkräften genannt (PK5; PK10; PK12; PK13). Zugleich wird deutlich, dass die Teilzeitbeschäftigung ein Hindernis für den Kontakt mit den betrieblichen Interessenvertretungen darstellen kann (PK15).

Da die Interessenlagen und Einstellungen der AltenpflegerInnen gegenüber der betrieblichen Interessenvertretung vielfältig sind, ist auch der Betriebsrat mit unterschiedlichen Bewertungen aus der Belegschaft konfrontiert. Ein Betriebsratsvorsitzender, in dessen Einrichtung der vorhandene Betriebsrat bis zum Zeitpunkt seiner eigenen Aktivität keine Rolle innerhalb der Belegschaft gespielt hatte, berichtet:

„Das Verhältnis zur Belegschaft ist gespalten. Es gibt Leute im Betrieb, die sagen, der BR solle weicher sein dem Arbeitgeber gegenüber, damit man besser was erreicht (...) Am Anfang war das so, dass die Leute am Telefon geflüstert haben, wenn sie mit uns gesprochen, und sich ins Büro geschlichen haben. Das meine ich auch genauso, wie ich das sage, weil sie Angst hatten, mit uns gesehen zu werden, das ist auch heute in manchen Fällen noch so, dass die Leute sagen, ich komm nicht zur Mitarbeiterversammlung, weil da steh ich dann auf einer Liste, die der Arbeitgeber kriegt“ (MAV1).

Während dies zum Teil auf die lange Zeit geringen Berührungspunkte mit betrieblicher Interessenvertretung und die Furcht vor einer Reaktion der Arbeitgeber zurückzuführen ist, haben einige Gremien auch mit der Gleichgültigkeit der Beschäftigten zu kämpfen.

„Man muss den Leuten [den Kollegen] klar darlegen, was passiert. Und wenn es denen an die Stunden geht, die irgendwelche Feiertage nacharbeiten müssen, obwohl sie eigentlich das Recht haben, da frei zu haben bzw. die Stunden wiederzuerlangen ... man muss denen natürlich schon ganz klar darlegen, welche Nachteile ihnen da grade entstehen. Ansonsten ist denen das völlig wurscht. Da sagen die dann auch: ‚Was will denn der Betriebsrat jetzt schon wieder? Unterschreib ich nicht.‘“ (BR1).

Zudem sehen sich die Gremien selbst im Falle einer Wertschätzung häufig einer geringen Bereitschaft gegenüber, sich in die Interessenvertretung einzubringen. Dies berührt letztlich die Frage, zu welchem Engagement die Betriebsratsmitglieder selbst bereit sind.

„Ich würde mir wünschen, dass die Mitarbeiter mehr Interesse haben am Betriebsrat. Sie schätzen den Betriebsrat extrem, das sehen wir in allen Befragungen. Wir machen Benchmark, Befragungen zur psychischen Belastung, wir machen die Wandzeitung Gute Arbeit, da sehen wir, dass sie das wertschätzen, die Betriebsratsarbeit, aber wenn wir Veranstaltungen machen, ist es immer sehr zeitaufwendig, Mitarbeiter zu motivieren, zu den Betriebsversammlungen zu kommen. Da sage ich, in diesem Innenverhältnis könnten beide Seiten noch besser werden“ (BR2).

Allerdings sehen sich die Vertretungen häufig zu hohen Erwartungen gegenüber, wobei die rechtlichen und realen Einflussmöglichkeiten der betrieblichen Interessenvertretung gegenüber dem Arbeitgeber überschätzt werden.

„Meines Erachtens hängen die uns da ein bisschen hoch und meinen auch, unsere Befugnisse sind viel mehr, als sie letzten Endes sind. Dass wir viel mehr für sie machen könnten. Das ist das, was man so zurückkriegt. Also sie kommen uns schon mit Respekt entgegen. Es ist nicht so, dass man angefeindet wird oder irgendwas. Aber manchmal meinen die auch, wir könnten die goldenen Äpfel vom Baum holen. Ohne ihr Zutun. Und, wie ich eben schon sagte, ohne Ross und Reiter zu nennen. Also die haben schon eine hohe Erwartungshaltung an uns. Die wir mit unseren eingeschränkten

Möglichkeiten natürlich nicht immer erfüllen können. Das ist nun mal so“ (MAV2).

In wenigen Fällen wird das Verhältnis zur Belegschaft sogar als sehr gut bezeichnet, wie etwa von der MAV-Vorsitzenden einer Einrichtung der Diakonie:

„Also ich würde generell sagen, dass wir ein sehr gutes Verhältnis zu den Mitarbeitern haben, also wir erreichen sie, das merkt man dann spätestens, wenn wir außerordentliche Mitarbeiterversammlungen einberufen, da kommen fast alle, sage ich jetzt mal, bei Dienstversammlungen, die der Einrichtungsleiter anberaumt, sind gerade diejenigen da, die im Dienst sind“ (MAV7).

Das größte Hemmnis hinsichtlich der Interaktion zwischen Gremien und Belegschaften scheint für die VertreterInnen zu sein, mit den MitarbeiterInnen in Kontakt zu treten und zu bleiben. Dies ist, wie ein MAV-Vorsitzender einer Einrichtung mit rund 2.500 MitarbeiterInnen ausführt, vor allem in den größeren Organisationen der Fall:

„Das ist eine große Herausforderung, wirklich den Kontakt zur Basis zu erreichen und das auch wirklich hinzukriegen bei so vielen Mitarbeitern in so vielen auch wirklich weit auseinanderliegenden Geschäftsteilen ... das ist eine echte Herausforderung“ (MAV3).

Neben großen stationären Einrichtungen trifft dies aber auch auf die ambulanten Dienste zu, in denen die Beschäftigten im Allgemeinen dezentraler agieren. So kommt ein MAV-Mitglied aus einem ambulanten Betrieb zu einem ähnlichen Urteil:

„Ich finde es sehr schwer, dass, wenn man was erreichen will, oder Informationen weitergeben will an die Mitarbeiter, man trifft sie eben nicht. Das ist ganz schwierig, man kann sie nicht ansprechen, den einen sieht man nicht, da weiß man kaum, dass er krank ist oder im Urlaub ist oder ... das behindert die Arbeit [als MAV] sehr“ (MAV4).

Für das Interesse der Beschäftigten an kollektiver Interessenvertretung im Betrieb spielt auch die Berufsmotivation der Beschäftigten eine große Rolle. Im Rahmen von Interaktionsarbeiten wie bei sozialen Dienstleistungen ist neben dem Interessenantagonismus zwischen Arbeitgeber und ArbeitnehmerIn immer auch der Empfänger/die Empfängerin der Dienstleistung mitzudenken (Dunkel 2011: 187 ff.). In diesem Zusammenhang spielt das Thema Streik eine wichtige Rolle bei der Interessenvertretung der AltenpflegerInnen.

„Es gibt eine Mentalität, die darauf gerichtet ist, ‚Ich hab doch ’ne Verantwortung, und ich muss dieser Verantwortung gerecht werden und wenn ich streike für *meine* Rechte, das kann ich nicht.‘ (...) Aber das Problem ist, dass sie sogar auf Pausen verzichten, weil sie sagen, ich habe doch eine Verantwortung für die Bewohner, dass sie auf sich selber keine Rücksicht nehmen. Also wir haben sehr viele Fälle von Burnout, von psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten. Weil sie einfach glauben, viel auf die Schulter packen zu können, oder meinen, zu müssen. Einfach, weil sie den Anspruch haben: Ich bin in einem helfenden Beruf (...) Es gibt auch Sachen, wo wir nicht nur die Interessen der Beschäftigten vertreten, sondern im Grunde genommen auch die Interessen der Kunden. Wenn es um Qualitätsfragen geht. Auch um Arbeitssicherheitsfragen, auch um Bezahlung, da geht es ja letztendlich immer um die Frage, wie verhalten sich Beschäftigte gegenüber Bewohnern“ (BR3).

Ein anderer MAV-Vorsitzender, der selbst Gewerkschaftsmitglied ist, führt zudem aus:

„Ich sage auch immer, man sieht es ja auch an diesen organisierten Streiks, die es gibt, also ver.di kriegt Bau und Lehrer ... was die für Menschen auf die Straße kriegen. Wenn das in der Pflege möglich wäre, so viele Leute auf die Straße zu bringen – ist es aber nicht. Die Pflege ist so knapp besetzt, die Leute müssen versorgt werden und wenn dann jemand vielleicht an einem freien Tag zum Streik gehen soll, sagen die: ‚Oh nee, ich brauche meinen freien Tag.‘ Darum ist es gerade auch bei Pflege, Pflegeberufen, Gesundheitswesen so schwer, Leute auf die Straße zu bekommen, weil man kann pflegebedürftige Personen ja einfach auch nicht liegen lassen. Ich kann ja

nicht sagen: „Hach, wir gehen mal streiken. Angehörige kommt mal und pflegt mal“ (MAV6).

In der Altenpflege bestehe die Gefahr, dass man aufgrund der Nähe zu den PatientInnen als Beschäftigter seine Interessen nicht erkenne oder sie hinter anderen Interessen zurückstecke, so ein Interviewpartner:

„Das hängt ja auch ein bisschen damit zusammen, ein Helfersyndrom zu haben, unterstelle ich mal, das hab ich auch, dass ich nicht nur Patienten helfe, sondern dem Arbeitgeber auch sehr entgegenkomme, dass eben kein kaufmännisches Grundgerüst da ist, was bringt es mir, was ist Angebot und Nachfrage, sondern einfach dieses Helfersyndrom, was in dem Beruf ja auch sinnvoll sein kann, eben dem Patienten zu helfen, dass man Überzeugungstäter ist und praktisch selbst das eigene Berufsbild schlechtmacht. In der Gefahr stehe ich auch, da schließe ich mich nicht aus, also die eigenen Interessen nicht zu erkennen, sich was schönzureden, auch das Verhältnis zum Arbeitgeber“ (MAV2).

Die betrieblichen Interessenvertretungen sind mit unterschiedlichen Einstellungen und Anforderungen aus der Belegschaft konfrontiert. Diese reichen von Gleichgültigkeit und einer geringen Bereitschaft zu eigener Aktivität bis hin zu anlassbezogen überhöhten Erwartungshaltungen. Diese Einstellungen sind nicht zuletzt eine Folge der geringen Erfahrungswerte der Pflegekräfte in Bezug auf betriebliche Interessenvertretungsstrukturen. Dies hängt einerseits mit dem traditionell geringen Verbreitungsgrad von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen in der Altenpflege zusammen. Andererseits wird in den Interviews berichtet, dass auch von Seiten der BR und MAVs der Kontakt zur Belegschaft nur schwer herzustellen sei. Dies gilt insbesondere für größere stationäre und generell für ambulante Einrichtungen. Insofern stellt auch die spezifische Träger- und Betriebsstruktur in der Altenpflege ein mögliches Hindernis für die Etablierung enger Kooperationen zwischen AltenpflegerInnen und der betrieblichen Interessenvertretungsebene dar. Da die MitarbeiterInnen wenig Berührungspunkte mit und geringe Kenntnisse der betrieblichen Interessenvertretung haben, hängt es häufig von der Initiative einzelner Beschäftigter ab, im Sinne politischen Unternehmertums voranzugehen, entsprechende Strukturen zu etablieren und dadurch andere AltenpflegerInnen bis hin zu einer für die betriebliche Interessenvertretung wichtigen kriti-

schen Masse an Beschäftigten zu motivieren (MAV1). Der Aufbau dieser Strukturen wird aber auch von den Beziehungen zum Arbeitgeber bestimmt, die daher im Folgenden näher betrachtet werden.

3.1.5 Beziehungen zwischen Gremien und Arbeitgeber

Mit wem es die Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen als Gegenüber und als Adressat Ihrer Forderungen zu tun haben, unterscheidet sich zunächst je nach Struktur und Trägerschaft der Einrichtung. Abhängig davon, ob es sich beispielsweise um einen ambulanten Dienst oder eine stationäre Einrichtung, ein kleineres Unternehmen oder einen größeren Konzern handelt, sind die Mitarbeitervertretungsgremien mit unterschiedlichen, meist mehreren AnsprechpartnerInnen konfrontiert. Daneben unterscheiden sich formale und informelle Möglichkeiten der Mitwirkung. So berichtet der MAV-Vorsitzende einer großen Einrichtung der Diakonie auf die Frage, wer der Adressat der Forderungen der MAV sei:

„Erstmal die Einrichtungsleitung als Erstes und dann natürlich der Fachbereichsleiter als Nächstes. Und ich meine, wir haben auch schon mit dem Vorstand darüber gesprochen. Und dann die Geschäftsführung. Also wir haben genug Hierarchie. Und vielleicht wird das dadurch auch schwieriger, da rührt eben jeder mit rum. Und jeder verfolgt da seine Interessen und deswegen müssen das dann letztendlich die Mitarbeiter ausbaden“ (MAV6).

Es gilt also für die Gremien, vorsichtig auszuloten, wer auf Arbeitgeberseite welche Interessen auf welche Art vertritt, und das Handeln entsprechend anzupassen. So berichtet eine MAV, dass es unter den Altenheimen des diakonischen Unternehmens eines gebe, aus dem relativ wenige Beschwerden kämen:

„Und wenn man genau hinguckt, dann ist das auch die Leitung aus diesem Heim, die ganz anders mit uns umgeht. Die könnten wir auch jederzeit anrufen, die ist sehr offen zu uns, mit der können wir gut zusammenarbeiten. Aber das darf auch wiederum nicht so richtig rauskommen, weil da steht die dann schlecht da (...) Da sind wir auch vorsichtig geworden mit solchen Äußerungen, dass wir mit ir-

gendwem [aus der Leitungsebene] gut zusammenarbeiten, wenn wir die Geschäftsbereichsleitung Altenhilfe mit am Tisch haben, dass das mit denen besonders gut klappt. Das geht dann auch wieder nach hinten los“ (MAV3).

In dieser Gemengelage sei es interessanterweise häufig so, dass die Konflikte zunehmen, je weiter man in der Hierarchie von der Unternehmensführung entfernt sei – dies berichteten mehrere GesprächspartnerInnen. So würden Konflikte mit Wohnbereichs-, Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen häufig durch die Geschäftsführung befriedet, nicht selten im Sinne der Gremien.

„Wir haben [mit dem Geschäftsführer] die Verabredung, dass, bevor wir eine Geschäftsbereichsleitung oder eine Abteilungsleitung vors Kirchengericht zerren, die Geschäftsführung informiert werden möchte. (...) Er möchte es gerne vorher wissen, um im Zweifelsfall dann auch regelnd einzugreifen und zu sagen, da hat die MAV recht und das geht so nicht. Das muss anders gelöst werden. Das ist auch schon passiert“ (MAV3).

Häufig wurde dabei auch von den betrieblichen Interessenvertretungen die Sichtweise des Arbeitgebers gestützt. So berichtet ein Betriebsratsvorsitzender, der selbst Mitglied bei ver.di ist:

„Die Gewerkschaften können schreien und machen, wie sie wollen, wenn die anderen nicht das Geld haben, kann ja auch nichts passieren. Und in der Industrie sieht das immer alles ein bisschen einfach für uns aus, weil die haben ja das Geld. Da weiß die Gewerkschaft, wie viel Geld das Unternehmen hat. Wie weit kann ich ausreizen, um das Unternehmen nicht in den Bankrott zu treiben? Aber wir haben ja keines. Wir finanzieren die Geschäftsleitung ja noch mit, mit unseren Einnahmen von den Heimplätzen. Also brauchen wir keinen Arbeitskampf zu führen“ (BR2).

Ein weiterer Betriebsratsvorsitzender bezieht sich ebenfalls auf die finanziellen Rahmenbedingungen des Arbeitgebers:

„Ja, man könnte jetzt zur Einigungsstelle gehen. So eine Betriebsvereinbarung ist Gesetz und wenn die sich nicht daran halten. Es gäbe schon Mittel. Aber das ist ja das, was ich vorher sagte, es nutzt nichts, wenn wir die Einrichtung in den Ruin treiben. Fällt alles mit dem Geld“ (BR4).

Aus den Aussagen wird deutlich, dass sich das jeweilige Verhältnis zwischen Betriebsräten bzw. Mitarbeitervertretungen und Arbeitgebern in einem Kontinuum zwischen den Polen kooperativ und konflikthaft bewegt. Mehrere InterviewpartnerInnen meinen, dies hänge vom jeweiligen Zusammenhang (Thema, Situation, Kosten etc.) ab und variere im Zeitverlauf. In den meisten Fällen gibt es eine grundsätzliche gegenseitige Anerkennung.

„Die Stimmung ist anlassbezogen. Wir haben uns schon stark gestritten. Je nachdem, wie schlimm das war, hat man sich auch nicht so schnell verziehen. Das hing einem dann schon mal ein paar Monate nach. Und generell, wir versuchen, soweit es möglich ist, uns zu professionalisieren, das tun die auch und versuchen natürlich, uns soweit es geht, uns aus ihren Geschäften herauszuhalten“ (MAV4).

In anderen Fällen wird das Verhältnis sowohl von Betriebsräten als auch MitarbeitervertreterInnen als kooperativ beschrieben, als konstruktiv, respektvoll und verlässlich.

„Das Verhältnis zur Geschäftsleitung ist gut. Es ist ein guter, respektvoller Umgang. Auch wenn wir Konflikte haben, ist der Umgang eigentlich immer respektvoll“ (MAV2).

„Es ist immer themenbezogen. Im Grunde genommen muss man schon sagen, es ist ein normales Geschäftsverhältnis. Wenn es um nichts geht, kann man miteinander vernünftig reden. Wenn es normale Sachen sind, kann man über alles reden. Wenn wir was haben wollen, und nichts dagegen steht, dann ist es überhaupt kein Problem. Umgedreht ist es genauso“ (BR1).

Die Frage nach der Kooperationsfähigkeit stellt sich insbesondere dann, wenn beide Seiten explizit divergierende Interessen und Ziele verfolgen. In einigen Fällen wird beim Blick auf solche Konstellationen von Mobbing, Beleidigungen, Abmahnung und Ähnlichem berichtet.

„Da war alles auf Vernichtung ausgelegt, das muss man mal ganz klar so sagen. Das war auch persönlich, also einen zum Aufgeben zu bewegen. (...) Naja, in der Form [gibt es das] nicht mehr. In einer anderen Form schon. Dass das so weitergeht, dass immer so nach und nach Mitglieder der MAV entweder mal beleidigt oder herabgewürdigt oder mal abgemahnt oder nicht begrüßt oder ... das ist hier so der normale Stil, darüber regt sich auch keiner mehr besonders auf. Das häuft sich dann mal, wenn die Konflikte sich zuspitzen, dann häuft sich das mal, aber in der Form, wie das früher war, das hätte man mal aufnehmen müssen, diese Atmosphäre, das kann man nicht beschreiben. Das war noch mal in einer ganz anderen Form“ (MAV1).

„Im Bereich sozialer Dienstleistungen ist eins sehr stark: das Bossing. Weil mit Bossing erreicht man halt, dass Kollegen bereit sind einzuspringen, man muss nicht immer viel erklären, sondern man sagt: Du springst ein. Und springst du nicht ein, kriegst du eine Abmahnung“ (BR3).

Auch wenn es letzten Endes häufig nicht so weit kommt, wird immer wieder von Einschüchterungsversuchen der Arbeitgeberseite berichtet – und von den Schwierigkeiten, sich diesen Einschüchterungen zu widersetzen. Man müsse als Betriebsrat schon einiges aushalten können, so ein Interviewpartner:

„Das ist mit das Schwierigste. Denn wenn sich das konzentrierte Mobbing des AG gegen den, in diesem Falle, Betriebsratsvorsitzenden wendet – ich hab das sechs Jahre aushalten dürfen, mit 20 Abmahnungen, meine Rechtsschutzversicherung hat mir gekündigt“ (BR3).

Insgesamt wird auch bei kooperativen Beziehungen zwischen Arbeitgebern und betrieblichen InteressenvertreterInnen das Machtungleichgewicht zwischen Arbeitgeber und Beschäftigtenvertretung betont. In den Interviews sprechen jedoch in erster Linie Mitglieder von Mitarbeitervertretungen dieses Ungleichgewicht an. Die MitarbeiterInnen merkten sehr wohl, dass die Gestaltungsmöglichkeiten begrenzt seien, so eine MAV:

„Das macht Stress. Und das macht auch das Gefühl, eben nicht mehr auf Augenhöhe [zu sein], dienstgemeinschaftlich auf Augenhöhe, wie der Dritte Weg das vorschreibt, sondern dass sehr wohl die Möglichkeiten nicht ganz gleichmäßig verteilt sind am Ende“ (MAV3).

Dies sei einerseits schon rechtlich so, liege aber auch in der Ressourcenverteilung begründet.

„Sie kriegen ja auch als Mitarbeitervertretung, wir drei Leute zum Beispiel, wir kriegen, glaube ich, 13 Stunden oder so im Monat Freistellung für solche Tätigkeiten. Aber es ist so viel Schreibkram und so, das ist ja sowas von nervenaufreibend, und ich sage mal, sie müssen sich ja ein Stück weit auch erstmal reinarbeiten in die AVR, MVG und wie die alle heißen, die ganzen Paragraphen. (...) Aber ich sage mal, die bessere Position hat immer die Geschäftsleitung, die haben ja ihre Leute, die haben Zeit, die haben ihre Sekretärinnen und, und, und“ (MAV7).

Mit der Primärmacht der Beschäftigten ist es in der Altenpflege also nicht weit her. Sie lasse sich aber erweitern, geben vereinzelte GesprächspartnerInnen zu verstehen, indem man sich Wissen aneigne und mutig sei. Wichtig sei es, als Betriebsrat

„kompetent zu sein, sich Wissen anzueignen, sich zu schulen, um in der Lage zu sein, mit dem Arbeitgeber verhandeln zu können. Es fängt alles mit der Verhandlungsfähigkeit an (...) Die meisten Betriebsräte haben Angst vor der Auseinandersetzung. Man muss bereit sein, die Auseinandersetzung zu führen. Und man muss zu dem stehen, was man sagt, was man denkt und was man recherchiert hat“ (BR3).

Die hierin zum Ausdruck kommende Problematik der Wissensdiffusion stellt ein in der Forschung bekanntes Phänomen dar. Voges (2002: 95) zeigt, dass fachwissenschaftliche Erkenntnisse häufig im Konflikt zum vorhandenen und im Arbeitsalltag erprobten Traditionswissen der Pflegekräfte stehen

und nur dann akzeptiert werden, wenn die praktische Umsetzung neuer Ansätze das bisherige Vorgehen bestätigt oder sich im Gegensatz zu bisherigen Praktiken als erfolgreich erweist.

Die Gremien sind, dies wurde in den letzten Abschnitten dieses Kapitels deutlich, auf die Machtmittel angewiesen, die ihnen bspw. das Betriebsverfassungsgesetz oder die Mitarbeitervertretungsgesetze garantieren. Ein zentrales Element des Betriebsverfassungsgesetzes ist die Möglichkeit, Betriebsvereinbarungen abzuschließen.

„Das ist das beste Mittel. Denn wenn es um Maßnahmen geht, die können darin immer komplett geregelt werden. Und sobald man es schriftlich hat, hat man natürlich auch 'ne Handhabe“ (BR1).

Betriebsvereinbarungen stellen deshalb eine Machtoption dar, weil in vielen Fällen der Arbeitgeber über eine Einigungsstelle gezwungen werden kann, sich auf eine Betriebsvereinbarung einzulassen. Häufig, so gaben mehrere InterviewpartnerInnen zu Protokoll, reiche es bereits, in den Verhandlungen damit zu drohen, es zur Einigungsstelle kommen zu lassen.

„Und wenn man verhandeln kann und gut verhandelt, gibt es aber Situationen, in denen man die Interessen der Beschäftigten nicht durchsetzen kann, weil sich der Arbeitgeber mit Händen und Füßen, ob zu Recht oder zu Unrecht lass ich mal dahingestellt, verweigert. In diesem Fall hat der Betriebsrat, das nutzen wir auch, die Möglichkeit, entweder eine Einigungsstelle [einzurichten]. Es kommt also eine externe Stelle, die dann letztendlich die Entscheidung beiden Seiten abnimmt. Das ist meistens ein Richter, das ist die Einigungsstelle, die bezahlt der Arbeitgeber. Die ist teuer. Das macht er ungern, der Arbeitgeber. Wenn er sich das ersparen kann, tut er das, also ist die Verhandlungsbereitschaft beim Arbeitgeber größer durch die Einigungsstelle, weil sobald man sagt, wir wollen eine Einigungsstelle, geht das meistens noch mal rund“ (BR3).

„Also eine Einigungsstelle hatten wir noch nie. Gedroht haben wir schon mal, was auch wirklich wirkt. Wo ich auch nicht so gedacht hätte, dass das so ist, aber das war schon so“ (BR5).

Im Gegensatz dazu können die Dienstvereinbarungen bei Caritas und Diakonie nicht erzwungen werden.

„Sie wissen vielleicht, Dienstvereinbarungen kann man nicht erzwingen. Der Arbeitgeber muss nicht. Andererseits müssen wir auch nicht, das haben wir auch schon genutzt, diese Möglichkeit.“ (MAV2).

„Die Instrumente und die Maßnahmen, die wir haben als Mitarbeitervertretung, die sind nun nicht so groß. Wir haben nicht so viele Möglichkeiten, wie es zum Beispiel das Betriebsverfassungsgesetz hergibt. Da kann es ja so weit gehen, dass dem Arbeitgeber irgendwelche Strafen auferlegt werden. Das ist hier einfach nicht so. Das MVG gibt das nicht her und der BAT-KF gibt das auch nicht her, also da geht man dann vor 'ne Schlichtung und der Schlichter sagt: ‚Lieber Arbeitgeber, das musst Du aber so machen.‘ Das *muss* der aber nicht machen. Wenn er es dann trotzdem nicht tut, dann tut er es nicht. So. Da sind uns einfach auch die Hände gebunden“ (MAV2).

Offenbar sind die MAVs dabei auf das Entgegenkommen des Dienstgebers angewiesen. Auch andere Rechte seien für sie in der Praxis nicht garantiert. So erläutert ein MAV-Vorsitzender, wie in seiner Einrichtung mit der Mitbestimmung bezüglich der Dienstpläne umgegangen werde. Die MAV habe seit zwei oder drei Jahren so gut wie keinem Dienstplan der Pflege mehr zugestimmt (bis auf Nachtdienste).

„Was die Dienstpläne anbetrifft (...) das läuft eigentlich immer nach demselben Muster ab: Wir geben die Zustimmung nicht. Das schreiben wir dem Arbeitgeber nach der Erörterung, welchen Dienstplänen wir zustimmen und welchen nicht. So, und dann muss er sich ja unsere Zustimmung ersetzen lassen. Da geht er vor die Kirchengengerichte, Schlichtungsstellen nennt man das, das ist wie erste Instanz Arbeitsgericht“ (MAV1).

Eine andere MAV berichtet hingegen, dass „mit der Schlichtung zu drohen“ (MAV2) häufig sehr wohl erfolversprechend sei.

„Also, wenn wir damit drohen, wir schalten den Rechtsanwalt ein, und wir stellen gleich 'nen Antrag zur Übernahme der Kosten, da kriegen die gleich mal das Dollarzeichen in die Augen, weil sie dann wissen, es kann recht teuer werden. Denn die müssen ja unseren Rechtsanwalt bezahlen, die müssen ihren Rechtsanwalt bezahlen, die Schlichtungsverhandlung müssen sie bezahlen. Und dann überlegen sie sich das schon mal. Und das reicht, bisher jedenfalls. Wir sind schon ein paar Mal vor der Schlichtung gewesen, aber es reicht aus, um so viel Druck auszuüben, dass was geändert wird“ (MAV2).

Es zeigt sich, dass angesichts der Machtungleichgewichte zwischen Arbeitgeber und GremienvertreterInnen, die auch bei einem kooperativen Verhältnis zwischen beiden Akteuren bestehen bleiben, die Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen auf deutliche Hindernisse stoßen, ihre Interessen durchzusetzen. Die Aneignung zusätzlichen Wissens trifft häufig auf das pflegespezifische Problem einer mangelnden Wissensdiffusion unter den Beschäftigten. Daher sind Betriebsräte häufig auf die Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes angewiesen, wobei jedoch die Umsetzung der Bestimmungen in der Realität unterschiedlich ausfällt. Mitarbeitervertretungen können auf diese rechtliche Grundlage nicht zurückgreifen. Es ist zu untersuchen, wie unter diesen Bedingungen die Machtoptionen der betrieblichen Interessenvertretungen erweitert werden könnten.

3.1.6 Machtoptionen betrieblicher Interessenvertretungen

Der gleiche Betriebsrat, der sich oben für die Einigungsstelle starkmachte, führt zu weiteren Handlungsoptionen aus:

„Wenn eine Einigungsstelle nicht zuständig wäre, ist das Gericht die nächste Instanz. Also gerichtliche Entscheidungen herbeizuführen, wenn wir das Gefühl haben, mit Beschäftigten oder uns wird unrechtens umgegangen. Die dritte Ebene ist die politische Ebene, das heißt, wenn wir alles getan haben, was wir tun konnten, innerhalb des Betriebes und vor Gericht und so, dann gehen wir auch an die Öffentlichkeit. Das sind so die drei Eskalationsstufen“ (BR3).

Diese beiden „Eskalationsstufen“ (BR3) stehen auch den MAVs zur Verfügung, wie folgendes Beispiel zeigt:

„Da haben wir zum Beispiel auch schon Aufsichtsbehörden in den Betrieb geholt (...) und wenn dann erst mal einer vom Amt für Arbeitsschutz und damals war das noch ein richtig guter Mensch, der auch richtig bissig war, da sah das dann auf einmal ganz anders aus. (...) Da hatte unser Geschäftsführer in der Sitzung mit dem eimerweise Schweiß vergossen und dann ging das auf einmal. Zähneknirschend zwar, und mit Kommentaren wie ‚Dummes Zeug, die Leute sollen arbeiten, nicht ausruhen!‘ und so. Aber danach wurde es dann halt besser“ (MAV1).

Überhaupt sei es wichtig, sich ein Netzwerk aufzubauen und sich Unterstützung von Akteuren wie der Gewerbeaufsicht oder der Berufsgenossenschaft zu holen.

„Wir haben schon so geguckt, wer kann uns denn in so einem System, so einem Netzwerk, wen haben wir denn da, wer ist für uns ein Ansprechpartner? Integrationsfachdienst und solche Geschichten. Aber auch, dass wir uns hier in [Stadtname] bemühen, uns ein Netzwerk der MAVen zu bilden, wir haben z.B. auch ein gemeinsames Gremium mit Caritas-MAVen, wir haben auch schon Kontakt mit Politikern aufgenommen. Das hat sich in den letzten Jahren entwickelt, weil wir gesehen haben, wir können viele Probleme innerbetrieblich gar nicht lösen, weil es an den externen Rahmenbedingungen hängt. Also müssen wir gucken, wie kriegen wir auch da irgendwo ’nen Schwerpunkt hin“ (MAV5).

Was der oben zitierte Betriebsrat mit der dritten Eskalationsstufe (BR3) meint, erläutert er an einem Beispiel:

„Wir haben jetzt eine Bürgeranregung im Kreis eingereicht für eine Verbesserung des Personalschlüssels, weil die Sozialhilfeträger, das sind die Kreise, die weigern sich, den Personalschlüssel zu erhöhen, weil sie dann mehr bezahlen müssen. Sie sind ja am Ende die, die den Rest zahlen müssen, den die Pflegekasse nicht bezahlt (...) Und

deswegen wehren sich die Kreise seit über 12 Jahren, einen Personalschlüssel zu vereinbaren. Das heißt, als Betriebsräte machen wir politisch Druck und über ver.di machen wir noch zusätzlich Druck. Wir nutzen also alle Möglichkeiten, die wir haben“ (BR3).

3.1.7 Eingeschränkte betriebliche Spielräume – überbetriebliche Perspektiven

In fast allen Interviews wurde die Einschränkung der Handlungsspielräume genannt, die durch betrieblich nicht beeinflussbare Rahmenbedingungen begründet sind.

„Die Mitarbeiter haben aber auch resigniert. Das muss man ja auch sagen: Die Möglichkeiten einer MAV, tatsächlich an bestimmten Rahmenbedingungen, unter denen die Mitarbeiter alle leiden, etwas zu verändern, der Spielraum wird immer kleiner. Der wird richtig dünn“ (MAV3).

Die Gremienmitglieder äußerten ein Gefühl der Ohnmacht. So entstünden Situationen, in denen sie ihren Ansprüchen als MitarbeitervertreterInnen nicht gerecht werden könnten. Da müsse man zum Beispiel Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz in Kauf nehmen. Der besondere Druck, den die Interaktionsarbeit zwischen Pflegenden und Gepflegten aufbaut, kann in solchen Konstellationen zuungunsten der ArbeitnehmerInnen mobilisiert werden:

„Aber das sind ja dann so Sachen, die absolut nicht anders funktionieren, weil die Mitarbeiter fehlen. Also das hat man schon mal in den Notfällen. Oder es erscheint einer nicht zum Frühdienst oder zum Spätdienst oder wird krank, die Nachtschicht fehlt. Das sind dann immer alles so 'ne Aktionen, die man dann sofort irgendwo lösen muss. Ich meine, die Bewohner sind da. Die kann ich nun nicht mal auf dem Tisch liegen lassen“ (BR4).

Im Kontext der Refinanzierung der kostenintensiven Personalaufwendungen sei vor allem der Staat als Akteur gefragt. Dafür brauche es aber einen gesellschaftlichen Konsens, mehr Geld für die Pflege auszugeben:

„Es ist ja auch kein Job, der besonders leicht ist und irgendwo muss das auch honoriert werden. Aber dieses System, das werden wir für uns ja nicht ändern. Wir müssen uns mit diesen Begebenheiten ja zufrieden geben und das Beste draus machen. Das ist Aufgabe der Politik und der Gesellschaft, das zu ändern. Es müsste viel mehr Lobbyarbeit geben (...) Da muss ganz gewaltig was dran getan werden und das geht im Grunde genommen nur dann, wenn die Gesellschaft bereit ist, mehr Geld für die Pflege auszugeben, anders sehe ich da keine andere Möglichkeit“ (MAV2).

Die Möglichkeiten der Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen, zur Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Altenpflege beizutragen, hängen somit auch von den Rahmenbedingungen wie etwa der Refinanzierung und der gesellschaftlichen Anerkennung des Berufs ab.

3.1.8 Fazit

Die rechtlich-institutionellen Rahmenbedingungen, die durch das Betriebsverfassungsgesetz bzw. in den Mitarbeitervertretungsgesetzen gegeben sind, strukturieren die Möglichkeiten der betrieblichen Interessenvertretung. Sie geben die Mitgliederanzahl des Gremiums vor und damit zusammenhängend das Kontingent an verfügbaren Freistellungen. Mit der Personenanzahl des Gremiums und den damit verbundenen erweiterten Freistellungen steigt die Chance, sich zu professionalisieren, wodurch sich die Handlungsspielräume erweitern. In diesem Zusammenhang stellt vor allem die Kleinteiligkeit der Betriebsstrukturen des Altenpflegebereichs mit häufig nur wenigen MitarbeiterInnen (vgl. Kapitel 2) eine Herausforderung betrieblicher Interessenvertretung dar. Gleichwohl sind dies nur die Rahmenstrukturen, die von handelnden Akteuren sehr unterschiedlich genutzt werden können.

Zudem wurde von den Betriebsratsmitgliedern und MitarbeitervertreterInnen auf die komplexe Interessenlage in der Altenpflege hingewiesen. Anhand konkreter Einzelfälle wurde aufgezeigt, wie sie sich auf betrieblicher Ebene darstellt. Die Gremien stehen vor der Herausforderung, die unterschiedlichen Interessen der heterogenen Belegschaft, des Arbeitgebers und der KlientInnen – die in sich wiederum nicht einheitlich sind – in ihren Handlungen zu berücksichtigen. Es zeigt sich, dass der Begriff der „Grenzinstitution“ (Fürstenberg) für Gremien im sozialen Dienstleistungsbereich, in

dem es immer die KlientInnen mitzudenken gilt, wohl besonders zutreffend ist. Zugleich hängt das geringe Interesse der Beschäftigten auch mit der unzureichenden Erfahrung mit betrieblicher Interessenvertretung und einem von Seiten der Beschäftigten antizipierten Druck der Arbeitgeber zusammen. Häufig erfordert es die Initiative einzelner Beschäftigter, die als politische UnternehmerInnen handeln, die betrieblichen Interessenvertretungsstrukturen voranzubringen.

Die Betriebsstrukturen unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung, sodass die Interaktionen zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite sowie die jeweilige Kultur der Interessenregulierung betriebspezifisch differieren. Im Sample reichten die Berichte von einem sehr guten Verhältnis bis hin zu Situationen, die von Misstrauen, Blockade und Konflikten geprägt sind. Gemeinsam ist allen Fällen, dass die Gremien über eine geringe Primärmacht verfügen. Ihre Gestaltungspotenziale werden durch das Betriebsverfassungsgesetz und Mitarbeitervertretungsgesetze erweitert. Allerdings fühlen sich die MitarbeiterInnen in Einrichtungen der kirchlichen Träger teilweise „ohnmächtig“, da sie aufgrund mangelnder Rechtspositionen ihre Interessen nur eingeschränkt verfolgen können. In den Interviews wurde sichtbar, wie es den Interessenvertretungen gelingt, ihre Handlungsoptionen zu erweitern, auch wenn die rechtlichen oder/und auch die realen Handlungsgrundlagen der MAVs eingeschränkt sind. Es zeigt sich allerdings deutlich, dass viele der drängenden Probleme der Branche auf betrieblicher Ebene kaum oder gar nicht zu lösen sind. Daher fordern Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen die Unterstützung durch überbetriebliche Akteure wie den Staat oder Interessenverbände ein. Entsprechend soll im folgenden Kapitel zunächst nach überbetrieblichen Akteuren wie Berufsverbänden und Gewerkschaften gefragt werden, die Beschäftigte in der Altenpflege organisieren und deren Interessen vertreten.

3.2 Kollektive Akteure – verbandliche Ebene

In diesem Kapitel wird die Verbändelandschaft im Bereich der Altenpflege untersucht. Hierfür wird zunächst die verbandliche Akteurslandschaft überblicksartig dargestellt (vgl. [Tabelle 5](#)). Dabei stehen die Fragen im Mittelpunkt, welche Verbands- und Gewerkschaftstypen jeweils die Interessen welcher Berufsgruppen in der Altenpflege vertreten, auf welche Entstehungs- und Entwicklungshistorie sie hinsichtlich der Organisation des Pflegebereiches zurückblicken, über welche personellen und finanziellen Ressourcen sie verfügen, welche Ziele mittels welcher Instrumente verfolgt werden und inwie-

weit Kooperations- und Konkurrenzmuster in den Beziehungen zu anderen Verbänden bestehen. Neben der einschlägigen Literatur basiert der Überblick auf einer schriftlichen Befragung unter den wichtigsten kollektiven Akteuren im Bereich der Altenpflege.

Im Anschluss hieran werden zwei Berufsverbände vorgestellt, die sich mit der Altenpflege befassen: der „Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe“ (DBfK) und der „Deutsche Berufsverband für Altenpflege“ (DBVA). Zudem wird die „Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft“ (ver.di) portraitiert, die auch Altenpflegekräfte organisiert. Dabei soll auf der Grundlage einer spezifischen Analyse der historischen Entwicklung, der Interessenvertretung bestimmter Berufsgruppen, der internen Ressourcen und Strukturen, der inhaltlichen Tätigkeit und der Beziehungen zu anderen kollektiven Akteuren nachvollzogen werden, inwiefern auf der Seite der Verbände Potenziale und Hindernisse für das kollektive Handeln von AltenpflegerInnen bestehen.

3.2.1 Überblick: Verbändelandschaft

Der Überblick über die Verbändelandschaft macht deutlich, dass es analog zur Heterogenität des Berufsfeldes und des Arbeitsmarktes eine Vielzahl vergleichsweise kleiner Verbände gibt, die auf Basis jeweils unterschiedlicher Traditionsbestände, Ressourcen und Zielsetzungen die Interessen verschiedener Berufsgruppen in der Altenpflege vertreten. Während etwa der DBfK sowie ver.di mit ihrer Gründungsgewerkschaft ÖTV auf eine lange Historie zurückblicken können, die bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts zurückreicht (Fritz 1967),¹ sind weitere Verbände mit der zunehmenden Professionalisierung des Altenpflegeberufes (DBVA) sowie insbesondere nach der Verabschiedung der Pflegeversicherung ab Mitte der 1990er Jahre entstanden (DPR). Die Abspaltungen, Fusionen und Neugründungen seit den 2000er Jahren (Katholischer Pflegeverband, GGB, Bündnis für Altenpflege) zeigen, dass dieser Prozess gerade vor dem Hintergrund der kontinuierlich steigenden Beschäftigtenzahlen (vgl. Kapitel 2) keinesfalls als abgeschlossen betrachtet werden kann, sondern dass sich die Verbändelandschaft in der Altenpflege in einem anhaltenden Veränderungsprozess befindet.

1 Schwesternschaften waren aufgrund der Gesindeordnung bis 1918 fast ausschließlich an Mutterhäuser gebunden, in denen sie Krankenpflege „als Berufung“ (Kreutzer 2005: 7) verrichteten. Von den Mutterhäusern, in denen die Schwestern zumeist ihr gesamtes Leben lang tätig waren, erhielten sie Unterkunft und Versorgung, jedoch keine reguläre Entlohnung (ebd.: 7).

Überblick über die Verbändelandschaft in der Altenpflege

Name	Typ; Fokus; Gründung	Ressourcen	Strategie				Verbandsbeziehungen	
		Mitglieder ^a (davon in der Al- tenpflege tätig)	Finanzierung	Haupt- amtliches Personal	Ziele	Instrumente	Kooperationen	Konkurrenz
Vereinte Dienst- leistungsge- werkschaft (Ver. di)	Mitgliedsge- werkschaft; Multiberufs- struktur; 2001	2 Mio. (k. A.) ^b	Beiträge	220 c	Gute Arbeit, Arbeitsbedin- gungen, Entlohnung	Tarifpolitik, Mitglieder- beratung, Lobbyarbeit	Mitgliedsge- werkschaften DGB; „Bündnis für gute Pflege“	–
Deutscher Berufsverband f ür Pflegeberufe e. V. (DBFK)	Mitgliedsver- band; (Kinder-) Kranken- und Altenpflege; 1903 durch Agnes Karll	25.000 (3.500)	Beiträge, Ver- mögen, Dienst- leistungen, Spenden	70	Professionalisie- rung des Pflege- berufs, Pflege- kammer, Pflege- wissenschaft, Generalisierung, Mitgliederbera- tung, Dienstleis- tungen	Öffentlichkeits-, Kampagnen-, Lobbyarbeit, Kostenträger- verhandlungen	ICN, EFN, DPWV, DPR	ver.di, DBVA, bpa
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA)	Mitglieds- verband; Altenpflege; 1974	500 im Jahr 2015 (500)	Beiträge, Spenden	2,5	Abgrenzung Alten- von Krankenpflege; eigenständige Berufsvertre- tung; Verhinderung Pflegekammer und generalisti- sche Ausbil- dung	Lobby- und Öffentlichkeits- arbeit	Bündnis für Al- tenpflege, DVLAB, bpa, AAA	DPR, DBfK

Name	Typ; Fokus; Gründung	Ressourcen		Strategie			Verbandsbeziehungen	
		Mitglieder ^a (davon in der Al- tenpflege tätig)	Finanzierung	Haupt- amtliches Personal	Ziele	Instrumente	Kooperationen	Konkurrenz
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)	Dachverband; Pflegerberufe, insb. Kranken- pflege, 1998	16 Mitglieds- verbände	Beiträge	4	Berufspolitik, Berufsbild, Aus- und Weiterbil- dung, Pflege- kammer, Pfl- egewissenschaft	Stellung- nahmen, Lobby- und Öffentlichkeits- arbeit	BÄK, DKG, DGP	Bündnis für Altenpflege, DBVA
Vereinigung Kirchlicher Mitarbeiter- verbände Deutschland e.V. (VKM-D)	Dachverband; Beschäftigte Diakonie; 1967	5 Mitgliedsver- bände	Beiträge	-	Tarifpolitik, Beratung und Dienstleistung, Berufspolitik	Lobby- und Öffentlichkeits- arbeit	-	-
Arbeitsgemein- schaft christli- cher Schwen- terverbände und Pflegeorga- nisationen e.V. (ADS)	Dachverband; Kranken- und Altenpflege; 1951	5 Mitgliedsver- bände	Beiträge, Spenden	2	Berufsbild, Aus- und Wei- terbildung	Öffentlichkeits- und Gremienar- beit	DBR, DPR	-
Deutscher Pflegeverband e.V. (DPV)	Mitgliedsver- band; Kranken- und Altenpflege, Freiberufliche; 1997 Abspal- tung DBfK	5.000 (1.250)	Beiträge, Spenden		Berufspolitik, Berufsbild, Pro- fessionalisie- rung, Qualität, Aus- und Wei- terbildung, Pflegekammer	Lobbyarbeit, Stellungnah- men, Bildungs- und Öffentlich- keitsarbeit	DPWV, DPR	DBfK

Name	Typ; Fokus; Gründung	Ressourcen		Strategie			Verbandsbeziehungen	
		Mitglieder ^a (davon in der Al- tenpflege tätig)	Finanzierung	Haupt- amtliches Personal	Ziele	Instrumente	Kooperationen	Konkurrenz
Verband für An- thropophi- sche Pflege e.V.	Mitglieds- verband; Kranken- und Altenpflege; 1979	350 (105)	Beiträge, Spenden, Dienst- leistungen, Vermögen	2	Ganzheitliche Pflege, Weiterbildung, Beratung und Dienst- leistungen	Bildungsarbeit, Öffentlichkeits- arbeit	DAMiD, DPR (Mitglied)	-
Katholischer Pflegeverband e.V.	Mitglieds- verband; Pflegeberufe; 1937/1959, Fusion 2011 ^d	5010 (1.000)	Beiträge, Spenden, Vermögen	5	Berufspolitik, Berufsbild, Aus- und Weiterbildung, Pflegekammer	Öffentlichkeits-, Gremien- und Bildungsarbeit	DCV, DPR	DBfK
Gewerkschaft Gesundheits- und Soziale Be- rufe Hannover (GGB)	Lokale Gewerk- schaft in Han- nover; Gesund- heitsbranche; 2007	k. A. (5% der Gesamt- mitglieder)	Beiträge	k. A.	Tarifpolitik, Beratung und Dienstleistung	Bildungsarbeit, Rechtsschutz	FAU	ver.di, GeNi

a Bezieht sich, wenn nicht anders angegeben, jeweils auf das Jahr 2014.

b k. A. = keine Angabe.

c Angabe bezieht sich auf Gewerkschaftssekretärinnen im Fachbereich 3 auf Bundes- sowie Landesebene.

d Hierbei fusionierten der Katholische Berufsverband für Pflegeberufe und die Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe.

Quelle: eigene Darstellung, eigene Erhebung.

Doch auch die Mitgliedschaft der Verbände, die sich auf alle Pflegeberufe konzentrieren, setzt sich mehrheitlich aus KrankenpflegerInnen zusammen. Voges (2002: 314) merkt hierzu kritisch an:

„Die geringe Mitgliederzahl von Altenpflegekräften sowie deren Verteilung auf zahlreiche Berufsverbände sind die größten Schwachstellen gezielter berufsständischer Interessenvertretung im Sozial- und Gesundheitswesen. Im Vergleich zu den in anderen Interessengruppen verbandlich Organisierten sind die Mitgliederzahlen der Altenpflegekräfte im DBfK, DPV und DBVA zu gering, um eine bedeutsame Einflussnahme zu ermöglichen“.

Die dieser Studie zugrundeliegenden Daten zeigen, dass nur etwa 1,9 Prozent der insgesamt im Jahr 2013 in der Altenpflege tätigen Fachkräfte Mitglied in einem Berufsverband waren. Die Daten liegen etwas niedriger als bei der Erhebung von Voges, der zu Beginn der 2000er Jahre einen Organisationsgrad bei Berufsverbänden von knapp über 4 Prozent feststellte (ebd.: 312). Auch die Ergebnisse der hier vorgenommenen Beschäftigtenbefragung liegen mit 4,9 Prozent in diesem Bereich (vgl. Kapitel 5).² In anderen Studien wird ein ähnlich geringer Organisationsgrad angenommen, für die gesamte Sozialwirtschaft schätzungsweise zwischen 3 und 10 Prozent (Evans et al. 2012: 34). Die Beschäftigtenbefragung ergab einen gewerkschaftlichen Organisationsgrad von 12,2 Prozent (vgl. Kapitel 5). Voges (2002: 312) schätzt den Organisationsgrad der Gewerkschaften in allen Pflegeberufen jedoch nur auf 9 bis maximal 12 Prozent. Exakte Angaben über den Organisationsgrad von AltenpflegerInnen in Gewerkschaften und Berufsverbänden sind aufgrund einer mangelnden Datenbasis letztlich nicht möglich. Es handelt sich also bei diesen Zahlen nur um Trendangaben.

Voges führt die geringe Bindungskraft von Berufsverbänden und Gewerkschaften in der Altenpflege³ einerseits auf den Anstieg privater, nicht ta-

2 Dies kann jedoch auch auf die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung und die damit zusammenhängende individuelle Offenheit gegenüber kollektiven Akteuren sowie auf sozial erwünschtes Antwortverhalten zurückgeführt werden (vgl. Anhang).

3 Bis zum Jahr 2009 existierte eine Gewerkschaft für Beschäftigte im Gesundheitswesen (BIG). Sie wurde im Jahr 1991 als Gewerkschaft Pflege gegründet und wollte „allgemeine Gewerkschaftsaufgaben übernehmen sowie als berufsbezogener Fachverband arbeiten“ (Voges 2002: 326). Nach ihrer Öffnung für alle Beschäftigten des Gesundheitswesens und die Umbenennung in BIG löste sie sich im Jahr 2009 aufgrund zu geringer Mitgliederzahlen auf.

rifgebundener Einrichtungen zurück, die unter den Beschäftigten die Annahme verstärkten, Verbesserungen nicht mittels kollektiver Akteure, sondern eher individuell umsetzen zu können (ebd.: 314). Andererseits sei die Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich verantwortlich für die gewerkschaftliche Enthaltensamkeit der Pflegekräfte. Die aufgrund des Fachkräftemangels weiterhin guten Bedingungen für einen Berufseinstieg oder Berufswechsel in die Altenpflege schlugen sich in einem geringeren individuellen Zusatznutzen von Interessenorganisationen nieder (ebd.: 315). Zudem verringerten der hohe Anteil an AltenpflegerInnen mit häufigen Unterbrechungszeiten, die steigende Teilzeitquote sowie das geringe Ansehen des Pflegeberufs die berufsverbandliche Bindung (ebd.). In diesem Zusammenhang ist darüber hinaus auf den hohen Anteil von Hilfskräften und Angelernten hinzuweisen, die von den meisten Berufsverbänden nicht vertreten werden (ebd.: 312).⁴ Schließlich verursacht die hohe Quote von BerufswechslerInnen mit einem unterschiedlichen beruflichen und sozialen Hintergrund, dass sich bislang „noch kein eigenständiges Berufsethos“ (Voges 2002: 319) herausgebildet hat, das die Bindung an den Beruf erhöhen würde.

Kooperationsbeziehungen zwischen den Verbänden könnten das Durchsetzungsvermögen gegenüber Dritten erweitern und zur Überwindung der verbandlichen Fragmentierung beitragen (ebd.: 302). Im Pflegebereich sind sie jedoch eher gering und temporär ausgeprägt. Die Verbände weisen außerdem deutliche Differenzen in ihren Positionen zu aktuellen Themen wie der generalistischen Ausbildung und der Einrichtung von Pflegekammern auf.⁵ Zu nennen ist hier vor allem das im Jahr 2013 gegründete Bündnis für Altenpflege,⁶ das die Generalisierung der Pflegeausbildung ablehnt und sich damit deutlich vom Deutschen Pflegerat abgrenzt. Die, etwa im Vergleich

4 Eine Ausnahme bildet der DPV, bei dem alle Pflegeinteressierten unabhängig ihres Berufes Mitglied werden können.

5 Die Einrichtung von Pflegekammern wird seit Beginn der 1990er Jahre diskutiert (vgl. zur Debatte Voges 2002: 321). Dieses öffentlich-rechtliche Gremium der beruflichen Selbstverwaltung mit obligatorischer Mitgliedschaft wird in der Wissenschaft sowie von Seiten der Verbände jedoch unterschiedlich eingeschätzt. Während es einerseits als notwendiger Schritt zur beruflichen Professionalisierung und Autonomie von anderen Akteuren und Institutionen betrachtet wird (Kreimer 2004: 128; DBfK 2010: 5), kritisieren andere, dass es an den entscheidenden Problemlagen der Arbeitsbedingungen und Entlohnung nur wenig ändern kann (ver.di 2015b; DBVA 2014b: 1 f.). Zudem werden rechtliche Bedenken geäußert (Martini 2014).

6 Mitglieder des Bündnisses für Altenpflege sind: DVLAB, DBVA, AAA, DGGPP, bpa, DAGPP, VDAB sowie zwei Landesverbände der AWO. Nach eigenen Angaben vertritt das Bündnis für Altenpflege mehr als 60% der gesamten Altenpflegeeinrichtungen (Bündnis für Altenpflege 2015: 4).

zur Krankenpflege, späte Etablierung solcher Bündnisse und Diskussionen um die Einführung von Berufskammern (Fajardo 2013: 67) verdeutlichen die nachholende berufliche Entwicklung der Altenpflege und die fortdauernde Flexibilität der verbandlichen Interessenvertretung in diesem Bereich. Umfassender ausgerichtet ist das Bündnis für gute Pflege, das von 23 bundesweit aktiven Organisationen aus dem Bereich der Gewerkschaften, Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie Selbsthilfeaktivitäten getragen wird. Ihnen geht es darum, den Zusammenhang zwischen den Pflegenden, den Angehörigen und den Pflegekräften zu stärken, indem die Arbeitsbedingungen als Schlüssel für gute Pflege im Zentrum stehen.

Die Verbände in der Altenpflege sind aktiv in der Bildungs- und Beratungsarbeit. Zugleich bieten sie mitgliederspezifische Dienstleistungen an und konzentrieren ihre Einflusspolitik auf Öffentlichkeits-, Kampagnen- sowie Gremienarbeit. Voges (2002: 296) schätzt den Einfluss auf die pflegepolitische Entscheidungsfindung in parlamentarischen Anhörungen durch die Berufsverbände auch im Vergleich mit anderen organisierten Interessen allerdings als eher gering ein.

Eine fragmentierte Verbändelandschaft lässt sich auch auf Arbeitgeberseite beobachten. Entsprechend der in öffentliche, private und freigemeinnützige Einrichtungen getrennten Trägerlandschaft mit meist kleinteiliger Betriebsstruktur (vgl. Kapitel 2) liegen in diesem Bereich unterschiedliche Interessen vor. Die Diversität der Leistungserbringer hat auch zur Folge, „dass eine klare Zuordnung zu klassischen Arbeitgeberverbänden nicht möglich ist“ (Brückers 2010: 202). Während bei öffentlichen Betrieben mit dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) und bei freigemeinnützigen Einrichtungen durch die Erfassung der freien und konfessionellen Wohlfahrtspflege in Spitzenverbänden eine gewisse Organisationsstruktur und eine Zuordnung zu Arbeitgeberverbänden und damit einer verbindlichen Tarifvertragspartei gegeben sind, fehlte dies im stark zerklüfteten privaten Bereich lange Zeit völlig.⁷ Erst in den letzten Jahren haben die Gründung des Arbeitgeberverbands Pflege e.V. im Jahr 2009 und eines Arbeitgeberverbands für die private Pflegewirtschaft im Juni 2015 die Möglichkeit einer stärkeren Konzentration und Verbindlichkeit auf Seiten der Arbeitgeber geschaffen.

7 Die Angaben darüber, wie viele Beschäftigte von den Arbeitgeberverbänden vertreten werden, sind widersprüchlich. Nach eigenen Angaben umfasst der größte Arbeitgeberverband für Fragen der stationären und ambulanten Pflege, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), 4.600 Pflegedienste und 4.400 stationäre Einrichtungen (bpa 2015b). Brinkmann (2010: 68) hingegen kommt lediglich auf 2.600 Pflegedienste und 2.700 stationäre Einrichtungen.

Ein möglicher Trend, der diese Heterogenität ebenfalls verringern könnte, ist die wachsende Zahl an Zusammenschlüssen privater Anbieter zu größeren Betriebsgruppen (Brinkmann 2010: 68). Die Heterogenität der Akteurslandschaft wurde durch die Ausgestaltung der Pflegeversicherung erhöht, die das soziale Risiko der Pflegebedürftigkeit als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1 SGB XI) geregelt hat. Sowohl die Aspekte der Finanzierung als auch der qualitativen und professionellen Versorgung wurden daher einer Vielzahl von Akteuren übertragen: Bund, Ländern und Kommunen, Pflegekassen, ambulanten und stationären Einrichtungen, Gewerkschaften, Berufsverbänden und Arbeitgeberverbänden, Pflegekräften sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Während die Kostenträger in Bund, Ländern, Kommunen und Pflegekassen dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29 SGB XI) unterliegen und dies auch in die Pflegeeinrichtungen weiterreichen, sind die Interessen der Verbände, Pflegekräfte sowie Pflegebedürftigen und Angehörigen im Bereich einer verbesserten Versorgung zu verorten (Voges 2002: 287 ff.).

Nullmeier (2002: 273) spricht im Kontext des Pflegeversicherungsgesetzes von einem „Marktschaffungsgesetz“. Zugleich verweist er auf die spezifische Marktsituation, die mit der Pflegeversicherung einhergehe (ebd.). Der Wettbewerb im Pflegemarkt basiert auf der Konkurrenz der Pflegeeinrichtungen um KlientInnen. Entgegen der Regelung im Bereich der Krankenversicherung besteht zwischen den Pflegekassen aufgrund einheitlicher, auf Bundesebene festgelegter Beitragssätze keine Konkurrenz um die Versicherten (Rothgang 2009: 149 ff.). Die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung beinhaltet zugleich keine Bedarfsdeckung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die damit einhergehende finanzielle Deckelung von Leistungen in drei pauschalen Pflegestufen sowie die zwischen Pflegekassen und Kommunen ausgehandelten Leistungsentgelte geben den monetären Rahmen der Nachfrage eines Pflegebedürftigen nach Pflegeleistungen vor. Diese Preisvorgabe setzt einem möglichen Qualitätswettbewerb der Pflegeeinrichtungen, sofern nicht in großem Umfang private Mittel durch Pflegebedürftige und Angehörige aufgebracht werden, enge Grenzen und verlagert zugleich die Wachstums- und Gewinnmöglichkeiten privatwirtschaftlicher Einrichtungen auf die Stellschrauben der Personalkosten in der Pflege oder auf weitere Betätigungsfelder außerhalb der Pflege. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden zudem die Wohlfahrtsverbände dem Wettbewerb mit privaten Dienstleistern ausgesetzt, wodurch nicht zuletzt die öffentliche Hand finanziell entlastet werden sollte (Nullmeier 2002: 273 f.). Somit stellt auch für die Wohlfahrtsverbände „jede Besser-

stellung der Pflegekräfte ein Kostenproblem dar“ (Voges 2002: 289). Dieser Finanzierungsrahmen errichtet für die Arbeit der Verbände zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Entlohnung strukturelle Hürden, die es zu überwinden gilt.

3.2.2 Verbände in der Altenpflegelandschaft

Im Folgenden werden mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), dem Deutschen Berufsverband für Altenpflege (DBVA) und der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) drei Verbände hinsichtlich ihres Entstehungs- und Entwicklungshintergrunds, des sich daraus ergebenden Selbstverständnisses sowie der Zielsetzung, der internen Struktur, der inhaltlichen Arbeit und der Beziehungen zu anderen Verbänden detailliert vorgestellt. Aus der Analyse lassen sich Schlussfolgerungen darüber ziehen, wo sich diese Verbände innerhalb der fragmentierten Akteurslandschaft der Altenpflege verorten und wie sie mit dieser Konstellation umgehen. Ausgewählt wurden hierfür drei Verbände, die individuelle Mitglieder organisieren und in der konzeptionellen Debatte über die Zukunft der Pflegeberufe eine gewisse Bedeutung erlangt haben.

3.2.2.1 Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) wurde 1903 von der Krankenpflegerin Agnes Karll (1868–1927) als Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BOKD) gegründet. Im Unterschied zu damals bestehenden Schwesternschaften, in denen die Arbeitsbedingungen und die soziale Absicherung an Mutterhäuser gebunden waren, organisierte der BOKD erstmals die Berufsinteressen freiberuflich tätiger Krankenpflegerinnen (Voges 2002: 295 f.). Die Verbandsgründung zielte auch darauf ab, die Pflege nicht mehr nur „als Dienst aus christlicher Nächstenliebe gegenüber Hilfebedürftigen“ (ebd.) zu betrachten, sondern sie als eigenständige, abhängige Beschäftigungsform anzuerkennen. Aufbauend auf den Ideen der frühen Frauenbewegung umfasste das Leitbild die „Weiterentwicklung der Krankenpflege von der Berufung zum Beruf“ (Schmidbaur 2002: 52). Die Ziele der BOKD waren entsprechend verbesserte Arbeitsbedingungen und die Verfolgung wirtschaftlicher Interessen, die berufliche Aufwertung und Etablierung der Pflegearbeit sowie die soziale Absicherung und gesellschaftliche Anerkennung der nicht in Mutterhäusern tätigen Krankenpflegerinnen (Voges 2002: 296; Schmidbaur 2002: 60 f.).

Im Jahr 1973 gründete sich der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege e.V. (DBfK) durch die Zusammenführung des nach dem Zweiten Weltkrieg in Agnes-Karll-Verband umbenannten BOKD mit weiteren Pflegeverbänden der Deutschen Schwesterngemeinschaft (Schmidbaur 2002: 183). 1991 erfolgte zur Demonstration einer einheitlichen Interessenvertretung aller Pflegeberufe die Umbenennung in Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (ebd.: 190). Im Jahr 1993 öffnete sich der DBfK schließlich durch eine Satzungsänderung für die Mitgliedschaft von AltenpflegerInnen, die damit ein Teil des Professionalisierungsprojekts des DBfK wurden (Wagner 2015).

Vor diesem entstehungsgeschichtlichen Hintergrund verortet sich der DBfK bis heute „in seiner über 100jährigen Tradition für die Professionalisierung des Pflegeberufes und für angemessene Arbeitsbedingungen der Berufsangehörigen“ (DBfK 2010: 4). Der Verband führt somit die Traditionslinie des BOKD fort und fokussiert auf die mit der Lohnarbeit zusammenhängende Frage der Professionalisierung der Pflege. Eine differenzierte Interessenvertretung für eine spezielle Berufsqualifikation wie etwa die als AltenpflegerIn verfolgt der DBfK allerdings nicht. Vielmehr richtet er seine Ziele nach Arbeitssektoren und –aufgaben des allgemeinen Pflegeheilverufes aus (Wagner 2015).

Die Zielsetzung des DBfK liegt heute in erster Linie in der Vertretung berufsständischer Interessen und weiterhin in der Professionalisierung des Heilberufs der Pflege.⁸ Mittels beruflicher Selbstverwaltung sollen die Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung der Profession der Pflege selbst organisiert und gesundheitspolitisch relevante staatliche Entscheidungen mitgestaltet werden (DBfK 2010: 5). Im Zusammenhang mit einer selbstverwalteten Professionalisierung des Pflegeberufes und der Gestaltung des Berufsbildes unterstützt der DBfK auch die Etablierung einer Berufsordnung (Voges 2002: 301; DBfK 2010: 5) und die Einrichtung von Pflegekammern (DBfK 2010: 5). Im Rahmen seines Professionalisierungsprojekts setzt sich der DBfK vor dem Hintergrund zunehmend komplexer und sich dadurch überlagernder Anforderungen an Pflegekräfte für die Generalisierung der Pflegeausbildung ein (DBfK 2015a).

Zugleich verpflichtet sich der DBfK dem Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) als Rahmen für die berufsständischen Ziele (DBfK

8 Nach seiner Öffnung für AltenpflegerInnen hat sich der DBfK ebenfalls für die rechtliche und politische Anerkennung der Altenpflege als professionellen Heilberuf eingesetzt, etwa durch Stellungnahmen und Gutachten im Rahmen eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2003 (Wagner 2015).

2010: 3), was laut Voges (2002: 301) dabei hilft, den Selbstvertretungsanspruch des Pflegeberufes gegenüber gesellschaftlichen und staatlichen Akteuren zu legitimieren. Zudem spielen die Beratung und Dienstleistungen für Mitglieder eine wichtige Rolle. Hierunter fallen insbesondere Aus- und Weiterbildungen zur Qualitätssicherung des Pflegeberufs, wobei der DBfK sowohl im beruflichen als auch im akademischen Rahmen selbst Bildungsanbieter ist (DBfK 2010: 6). Darüber hinaus verortet der DBfK seine berufspolitischen Ziele im Kontext der „gesellschaftlichen Verantwortung der beruflich Pflegenden“ (ebd.: 4) und betont die „ökonomische Bedeutung von professioneller Pflege“ (ebd.: 7).

Als Mitgliederverband organisiert und vertritt der DBfK die beruflichen Interessen der abhängig beschäftigten und selbstständigen Alten-, Kranken- sowie KinderkrankenpflegerInnen. Mitglieder sind „ausschließlich Angehörige der Profession Pflege“ (ebd.: 4), womit die Mitgliedschaft an die Beruflichkeit und Ausbildung gebunden ist. Weiterhin werden die Interessen von PflegehelferInnen mit absolvierter mindestens einjähriger Qualifizierungs- oder Ausbildungsphase⁹ sowie von Studierenden und AbsolventInnen von Pflegestudiengängen auch ohne Berufsausbildung vertreten. Aufgrund der Fokussierung auf die Professionalisierung organisiert der DBfK auch selbstständige ausgebildete UnternehmerInnen und InhaberInnen ambulanter Pflege- und Gesundheitseinrichtungen.

Gegenwärtig zählt der DBfK rund 25.000 Mitglieder, von denen nur etwa 3.500 in der Altenpflege tätig sind.¹⁰ Der DBfK beschäftigt auf Bundes- und Regionalebene insgesamt 70 hauptamtliche MitarbeiterInnen und finanziert sich in erster Linie über Mitgliedsbeiträge, aber auch über Einkommen aus eigenen Vermögenswerten, Dienstleistungen für Mitglieder, Spenden und staatlichen Zuschüssen. Da mit einer Mitgliedschaft im Bundesverband zugleich eine Mitgliedschaft im entsprechenden Regionalverband satzungsgemäß einhergeht, werden die Mitgliedsbeiträge zwischen Bund und Regionen aufgeteilt, wobei der Bundesverband über die entsprechende Zuteilung bestimmt (Wagner 2015).

Der DBfK ist territorial in einen Bundesverband und vier Regionalverbände untergliedert, die jeweils eigenständige Vereine sind (vgl. [Abbildung 5](#)). Die föderale Unterteilung ergibt sich aus der historischen Entwicklung des

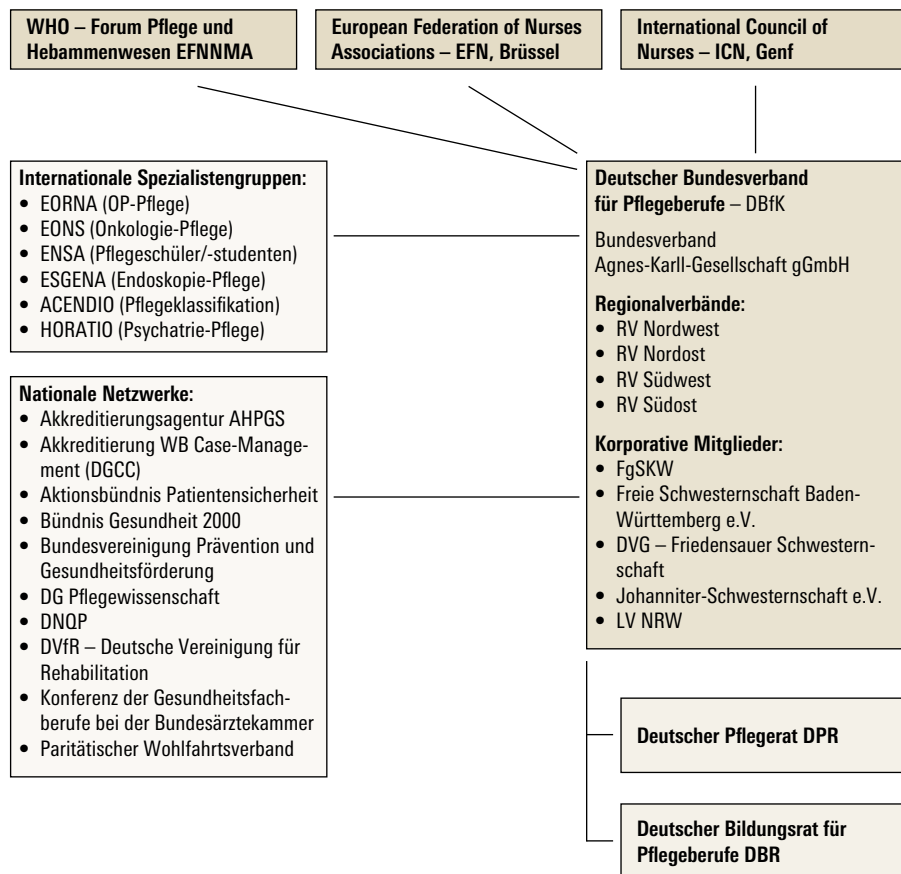
9 Diese Gruppe umfasst nach Schätzungen des DBfK nur etwa 150 Mitglieder (Wagner 2015).

10 Zugleich zeigt sich eine hohe Fluktuationsrate der Mitglieder, die mit einer hohen Fluktuation im Pflegeberuf korreliert (Wagner 2015; Kistler 2015).

DBfK, der nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges dezentral durch Landesverbände neu aufgebaut werden musste, die erst im Anschluss den Bundesverband gründeten (Schmidbaur 2002: 180). Die früheren elf Landesverbände wurden im Jahr 1973 in die vier Regionalverbände Nordwest, Nordost, Südwest und Südost überführt. Diese Regionalverbände verfügen jeweils

Abbildung 5

Struktur und Netzwerk des DBfK



Quelle: DBfK 2015c.

über die gleiche Struktur, bestehend aus einem gewählten Regionalvorstand, einer Mitgliederversammlung sowie mehreren Fachgruppen (DBfK 2015b).¹¹

Auf Bundesebene verantwortet der Bundesvorstand¹² die Strategie des DBfK und ernennt zudem einen Geschäftsführer bzw. eine Geschäftsführerin. Darüber hinaus existiert eine Delegiertenversammlung, die sich zur Hälfte aus jeweils drei Vorstandsmitgliedern pro Regionalverband und vier weiteren gewählten Mitgliedern eines jeden Regionalverbandes sowie zur anderen Hälfte aus Delegierten der Fachgruppen zusammensetzt. Die Delegiertenversammlung beschließt die Ziele des Verbands, wählt den Vorsitzenden bzw. die Vorsitzende und die Mitglieder des Bundesvorstandes und befindet über wesentliche Belange der Verbandsarbeit. Durch dieses gemeinsame Beschlussgremium gelten die Zielsetzungen des DBfK gleichermaßen für den Bundesverband als auch die Regionalverbände (DBfK 2015b).

Für verschiedene Tätigkeitsbereiche der Altenpflege wie etwa stationäre und ambulante Pflegekräfte sowie selbstständige PflegeunternehmerInnen existieren innerhalb des DBfK eigene Expertengruppen (DBfK 2015b). Zudem sind etwa innerhalb der Fachgruppe der PflegemanagerInnen auch HeimleiterInnen aus Altenpflegeeinrichtungen vertreten, sodass auch hierüber Anliegen der AltenpflegerInnen in die Verbandsarbeit aufgenommen werden können (Wagner 2015). Innerhalb der Organisationsstruktur und Interessenvertretung des DBfK wird keine explizite Differenzierung nach verschiedenen Pflegeberufen vorgenommen. Insofern bestehen auch keine Quoten für AltenpflegerInnen oder andere Berufsgruppen in den genannten Gremien und Expertengruppen (ebd.).

Die konkrete Verbandsarbeit des DBfK erfolgt über Maßnahmen der Öffentlichkeits- und Kampagnenarbeit, die Interessenvertretung gegenüber politischen Institutionen sowie mittels Gesprächen mit den Kostenträgern auf Landes- und Bundesebene. Zur Öffentlichkeitsarbeit gehört insbesondere die regelmäßige Rubrik *DBfK-Aktuell* in der monatlich erscheinenden Zeitschrift *Die Schwester Der Pfleger*.

Zudem ist der DBfK auf verschiedenen föderalen Ebenen im Bereich politischer Einflussnahme aktiv. Dies umfasst auf Bundesebene eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Ministerien, allen voran mit dem Gesundheitsministerium, darüber hinaus aber auch mit dem Wirtschafts- und dem

11 Für den DBfK Nordost e. V. etwa sind 5 Hauptamtliche tätig und er verfügt über gut 2.000 Mitglieder.

12 Dieser besteht aus der Präsidentin bzw. dem Präsidenten, zwei VizepräsidentInnen, zwei durch die Delegiertenversammlung gewählten Mitgliedern sowie den Vorsitzenden der Regionalverbände.

Arbeitsministerium (ebd.). Weiterhin gibt es regelmäßigen Kontakt zu Bundestagsabgeordneten, wobei der DBfK neben informellen Treffen auch von MitarbeiterInnen der Abgeordneten zur fachlichen Rücksprache bei pflege-relevanten Sachfragen kontaktiert wird (ebd.). Darüber hinaus ist der DBfK auch beim Bundestag für Ausschussanhörungen akkreditiert und somit bei allen für die Pflege wichtigen Ausschussanhörungen gesetzt, um Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben abzugeben (Fajardo 2013: 67). Auf Landesebene werden ähnliche Einflusskanäle genutzt, wobei sich die politische Einflussnahme differenzierter darstellt, da aufgrund der Organisationsstruktur einzelne Regionalverbände für mehrere Bundesländer zuständig sind (Wagner 2015). Auf Ebene der Regionalverbände ist der DBfK zudem in fünf Bundesländern an Gesprächen über die Vergütung der Pflegedienste mit den Krankenkassen beteiligt (ebd.).

Weiterhin verfolgt der DBfK seine Interessenvertretung über die Mitgliedschaft im Deutschen Pflegerat und die enge Kooperation mit dessen Mitgliedsverbänden. Im Rahmen des Pflegerates konnten zwischen den verschiedenen Verbänden gemeinsame Positionen zu zentralen politischen Fragestellungen wie der generalistischen Ausbildung und den Pflegekammern entwickelt und entsprechend an die politischen Entscheidungsträger kommuniziert werden. Dabei ist anzunehmen, dass der DBfK mit seinen organisatorischen Ressourcen und Mitgliederzahlen erheblichen Einfluss auf die Position des Deutschen Pflegerates ausüben kann. Neben dem Deutschen Pflegerat gehört der DBfK auch dem Dachverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, dem International Council of Nurses und der European Federation of Nurses Association an. Die Kooperationen beziehen sich dabei insbesondere auf die berufliche Interessenvertretung, Öffentlichkeitsarbeit, die Entwicklung des Berufsbildes, die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Weiterentwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. Vermittelt über den Dachverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes beeinflusst der DBfK auch Tarifverhandlungen.

Es besteht ein Spannungsverhältnis zwischen dem DBfK und der Gewerkschaft ver.di (Voges 2002: 302). Dieses liegt insbesondere in unterschiedlichen Ansichten zur Pflegekammer sowie zur Generalisierung der Pflege- und Hochschulausbildung der Pflegekräfte begründet. Gleichwohl haben sich durch Kooperation die Beziehungen zunehmend stabilisiert. Inhaltliche Konkurrenz besteht zudem zum DBVA seit dessen Abspaltung vom Deutschen Pflegerat aufgrund der Auseinandersetzung um die Pflegekammer. Zudem sind die Arbeitgeberverbände bei Fragen der Professionalisierung als konkurrierende politische Akteure einzuordnen, da sie für geringere Qualifi-

kationsstandards und Zugangsvoraussetzungen zum Pflegeberuf plädieren als der DBfK (Wagner 2015).

In der Beschäftigtenbefragung gaben 40,4 Prozent der Befragten an, den DBfK nicht zu kennen. Von den AltenpflegerInnen, die den Verband kennen, nehmen ihn jedoch 73,2 Prozent als positiv oder eher positiv wahr. Auch ist die Wahrnehmung in den alten Bundesländern (75,4%) positiver als in den neuen (68,1%).

Der DBfK ist einer der ältesten und größten Berufsverbände im Bereich der Pflege. Seine frühe Gründung bedingt, dass der Verband vor allem auf die Vertretung von KrankenpflegerInnen fokussiert, während eine Öffnung für die Altenpflege erst Anfang der 1990er Jahre erfolgte. Vor dem Hintergrund der Vertretung sowohl von Kranken- als auch von Altenpflege in den Gremien des DBfK betont der Verband die Gemeinsamkeiten der Pflegeheerufe und unterstützt die generalistische Ausbildung und die Einrichtung von Pflegekammern. Die Zusammenarbeit mit ver.di und dem DBVA ist eher von einem Spannungsverhältnis geprägt. Aufgrund des Entstehungshintergrunds, der inhaltlichen Ausrichtung und der eingegangenen Bündnisse trägt auch der DBfK zur Heterogenität der Verbändelandschaft der Altenpflege bei.

3.2.2.2 Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege (DBVA)

Die Entstehung und Entwicklung des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege e. V. (DBVA), der am 1.12.1974 gegründet wurde, hängt eng mit der Etablierung des Altenpflegeberufs zusammen. Die spezialisierte Tätigkeit der AltenpflegerIn entstand ab den 1960er Jahren in Ergänzung zur Krankenpflege und wurde zunächst ohne spezifische Berufsausbildung vor allem von Frauen ausgeübt. In den 1970er Jahren entwickelte sich unter den zumeist noch jungen AltenpflegerInnen, die bereits im Erfahrungskontext von Wertewandel und weiblicher Emanzipation sozialisiert worden waren, eine starke Unzufriedenheit aufgrund der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung und damit zusammenhängend auch der geringen Entlohnung der Altenpflegeetätigkeit. Auf einem Treffen von 230 AltenpflegerInnen aus Nordrhein-Westfalen und Hessen wurde im Jahr 1974 schließlich der Berufsverband für Altenpflege und Pflegeberufe gegründet (Kaleve 2015). Zugleich gab es im Vorfeld der Gründungsphase Kontakte zur ÖTV. Die Möglichkeit einer Mitgliedschaft und Organisation innerhalb der ÖTV wurde von den AltenpflegerInnen jedoch als unzureichend angesehen und abgelehnt, da das junge Berufsfeld nicht durch einen kollektiven Akteur vertreten werden wollte, der zahlreiche weitere Berufe gruppiert, sondern durch einen eigens für die Altenpflege zuständigen Berufsverband (ebd.).

Der DBVA geht somit, anders als etwa der DBfK, nicht auf Schwesternschaften zurück, sondern entstand, als die „Lohnarbeit bereits konstitutives Merkmal des Altenpflegeberufs“ (Voges 2002: 296) war. Mehr noch als den Verbänden, die in früheren Jahrzehnten gegründet worden waren, ging es dem DBVA daher von Anfang an darum, „die Statuslage der anderen Pflegeberufe zu erreichen“ (ebd.). Die anderen Verbände waren dagegen stets bemüht, Altenpflege als sozialpflegerischen Beruf zu definieren und nicht als Gesundheitsberuf.

Die Betonung der Eigenständigkeit der Altenpflege setzte der DBVA zunächst ab den 1970er Jahren in die Ausarbeitung eines pflegewissenschaftlich fundierten Berufskonzepts für die einheitliche Ausbildung in der Altenpflege um. Während der DBfK im Jahr 1992 eine Berufsordnung für Pflegeberufe veröffentlichte (Kämmer 2015: 34), verabschiedete der DBVA im selben Jahr ein Berufsmodell speziell für die Altenpflege, „welches das sozial-pflegerische Berufsprofil theoretisch begründet. Dieses sozial-pflegerische Berufsprofil entspricht den Bedürfnissen und Bedarfslagen der älteren Menschen“ (Pfäfflin-Müllenhof et al. 2011: 1007). Dieses war zugleich das Ergebnis von Diskussionen im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Durch dieses auf die soziale Gesamtbedarfslage älterer Menschen ausgerichtete Berufsverständnis unterscheidet sich der Altenpflegeberuf von der Tätigkeit von KrankenpflegerInnen, die sich mehr über die medizinische Genesung der zu Pflegenden definierten (Pachner 1996: 7). Basierend auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen fordert der DBVA daher „für die über 65-jährigen eine genau auf diese Altersgruppe und ihre emotionalen, sozialen, und medizinischen Bedürfnisse sowie die noch vorhandenen Ressourcen ausgerichtete Behandlung und Pflege“ (DBVA 2014a: 1). Zusammenfassend kann man feststellen: Der „DBfK integriert die Altenpflege in das Gesamtbild der Pflege und der DBVA vertritt ein differenziertes Berufsbild speziell für die Altenpflege“ (Sittler/Kruft 2011: 14).

Im Kontext der angestrebten Beruflichkeit zählten zu den frühen Forderungen des DBVA eine dreijährige, bundeseinheitliche Ausbildung, Schulgeldfreiheit sowie eine Ausbildungsvergütung. Der damalige Bundesvorsitzende Langkau (2000: 22 ff.) begleitete in den späten 1980er Jahren die Einführung der dreijährigen Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus plädierte der DBVA für die Einführung der Pflegeversicherung und die Festschreibung des Anteils von Fachpersonal. Zudem begleitete er die Arbeit am Altenpflegegesetz von 1990 sowie am Heimgesetz. Langkau organisierte größere Demonstrationen, an denen etwa im Jahr 1988 knapp 1.000 Pflegekräfte teilnahmen und auf denen er das Pflegekonzept „Saubere, satt und ru-

hig“, bei dem gerade die für den DBVA zentralen sozialpflegerischen Aspekte außen vor blieben, als unzureichend kritisierte (Der Spiegel 1988: 106 f.).

Das Streben nach einer Eigenständigkeit des Altenpflegeberufs, das schon im Gründungs- und Entwicklungszusammenhang deutlich wurde, zeigt sich bis heute in der Struktur und in den Zielen des DBVA. Er vertritt als einziger Mitgliedsverband ausschließlich die Interessen der Beschäftigten in der Altenpflege (DBVA 2015), was ihn etwa vom DBfK, dessen historische Entstehung auf die Krankenpflege zurückzuführen ist, deutlich unterscheidet. Im Mittelpunkt der Interessenvertretung des DBVA stehen somit examinierte Altenpflegefachkräfte, die mit 246.412 Personen rund 22,7 Prozent aller in der Altenpflege Tätigen ausmachen (Statistisches Bundesamt 2017) (vgl. Kapitel 2).¹³ Die Mitgliederzahl des DBVA sank jedoch von 1.700 im Jahr 1990 auf 350 im Jahr 2014 und betrug zuletzt wieder knapp 500,¹⁴ worin der geringe Organisationsgrad des Verbandes deutlich wird.¹⁵

Neben examinierten AltenpflegerInnen steht eine Mitgliedschaft im DBVA allen in der Altenpflege tätigen Pflegefachkräften, Auszubildenden sowie Lehrkräften offen (DBVA 2011).¹⁶ Die meisten Mitglieder sind in Nordrhein-Westfalen als ausgebildete Altenpflegefachkräfte tätig oder in Bayern in verschiedenen Positionen, etwa als Pflegedienstleitungen oder Lehrkräfte in Altenpflegeschulen (Kaleve 2015). 90 Prozent der Mitglieder sind Angestellte und eine Mehrheit von 77 Prozent verfügt über einen beruflichen Abschluss sowie 15 Prozent über einen Fach- oder Hochschulabschluss (DBVA 2015).

13 Daher wurde die Zahl potenzieller Mitglieder im eigenen Organisationsbereich vom DBVA in der Verbändebefragung mit 200.000 angegeben.

14 Den leichten Mitgliederzuwachs in jüngerer Zeit erklärt sich die Bundesvorsitzende Kaleve vor allem mit der deutlichen Positionierung des DBVA bezüglich der Themen der Generalisierung und der Pflegekammer (Kaleve 2015).

15 Der geringe Organisationsgrad wird von Seiten des DBVA auf die hohen Anforderungen der beruflichen Praxis zurückgeführt, die den AltenpflegerInnen keinen Freiraum für zusätzliches, berufsverbandliches Engagement ermöglichen. Als einen weiteren Hinderungsgrund für einen höheren Organisationsgrad nennt der DBVA die geringe Verweildauer der Beschäftigten in der Altenpflege. Diese führt er darauf zurück, dass viele Altenpflegekräfte mit der hohen Erwartung und einer ausgeprägten intrinsischen Motivation, den Bedarfslagen der älteren Menschen gerecht zu werden, in den Beruf eintreten, dem aber aufgrund der hohen Belastungen im Berufsalltag nicht gerecht werden können. Entsprechend der hohen Fluktuation im Altenpflegeberuf ist der DBVA auch mit einer hohen Quote an Mitgliederaustritten durch Berufswechsel konfrontiert (Kaleve 2015).

16 Der Anteil an Auszubildenden in der eigenen Mitgliedschaft wird vom DBVA auf etwa 20 Prozent geschätzt (Kaleve 2015).

Die Mitgliederwerbung erfolgt vor allem über Öffentlichkeitsarbeit, die persönliche Ansprache und die Vorstellung des Verbandes in Altenpflegeschoolen (Kaleve 2015). Als spezifische Anreize für die Mitglieder gibt es neben der allgemeinen Vertretung des Berufsstandes regelmäßige Informationen durch ein Rundschreiben per E-Mail, durch Telefonkonferenzen mit dem Bundesvorstand sowie durch die auf einem basisdemokratischen Verbandsverständnis beruhende Möglichkeit der aktiven Mitarbeit, beispielsweise im Rahmen des Bundesvorstands, als Beauftragte oder Beauftragter für die Landesvertretungen oder durch die inhaltliche Mitarbeit und Vertretung zu aktuellen Themen etwa im Rahmen der Pflegekammer (ebd.; DBVA 2015). Darüber hinaus wird Mitgliedern eine Rechtsberatung angeboten, die insbesondere im arbeitsrechtlichen Bereich wahrgenommen wird (DBVA 2015).

Der DBVA verfügt über keine speziellen regionalen Gliederungsebenen. Ländergruppen, die vor der bundeseinheitlichen Regelung des Altenpflegebereichs die Interessen des DBVA gegenüber den zuständigen Landesregierungen vertraten, wurden im Rahmen einer Satzungsänderung aufgelöst, da die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit der Mitglieder in diesen Gruppen nachgelassen hatte (Kaleve 2015). Der DBVA verfügt über eine Bundesgeschäftsstelle in Wiehl im Bergischen Land (NRW). Während der Bundesvorstand selbst ehrenamtlich tätig ist, arbeiten die Verwaltungskräfte und der Geschäftsführer, der nicht nur die Alltagsgeschäfte leitet, sondern sich auch inhaltlich im Rahmen der Interessenvertretung einbringt und vom Bundesvorstand beauftragt ist, hauptamtlich (ebd.). Der DBVA finanziert sich in erster Linie über die Mitgliederbeiträge und darüber hinaus durch Spenden.

In den letzten Jahren hat die Einflussnahme auf die Gesetzgebung für den DBVA an Bedeutung gewonnen. So sollen die zentralen Zielsetzungen einer Eigenständigkeit und deutlichen Abgrenzung zwischen Alten- und Krankenpflege, der Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Altenpflegebereich sowie der weiteren Gestaltung des Berufsbildes und der Ausbildung realisiert werden. Als beim Bundestag akkreditierter Verband verfolgt der DBVA die Vertretung berufsständischer Interessen daher über die persönliche Vertretung durch den Bundesvorstand bei altenpflegerlevanten Anhörungen und Terminen sowie durch entsprechende Stellungnahmen (DBVA 2014b).

Zugleich positioniert sich der DBVA gegen die Einführung der Pflegekammern und gegen die Generalisierung der Altenpflegeausbildung (DBVA 2014a, 2014b). Eine Generalisierung widerspricht vor allem dem oben vorgestellten sozialpflegerischen Verständnis des Altenpflegeberufs, das stark mit der historischen Entwicklung des DBVA verbunden ist. Die für eine alters-

gruppenspezifisch adäquate Pflege benötigten Fachkenntnisse können gemäß DBVA nur im Rahmen einer dreijährigen, spezialisierenden Altenpflegeausbildung erlernt werden (DBVA 2014a: 2).

Im Zusammenhang mit der Debatte um die generalistische Pflegeausbildung hat der DBVA mit anderen Verbänden im Jahr 2013 das Bündnis für Altenpflege gegründet und ist dort weiterhin Mitglied (Bündnis für Altenpflege 2015: 4). Der DBVA sieht sich innerhalb dieses Bündnisses als Gegenpol zum Deutschen Pflegerat (Kaleve 2015). Bis zum Jahr 2005 war der DBVA selbst Mitglied des Deutschen Pflegerats mit dem Ziel, innerhalb der Pflege Landschaft geschlossen auftreten zu können (ebd.). Aufgrund divergierender Ansichten der Mitgliedsverbände im Pflegerat zu den Themen Generalisierung bzw. Eigenständigkeit der verschiedenen Pflegeberufe, ist der DBVA jedoch ausgetreten.¹⁷ Der Deutsche Pflegerat verfolgt die Spezialisierung des Altenpflegeberufs weniger engagiert (Sahmel 2014: 19).

Generell lehnt der DBVA auch das Konzept der Pflegekammern ab, da neben der Kritik an der obligatorischen Mitgliedschaft für AltenpflegerInnen ein Verlust an autonomer Interessenvertretungspolitik gegenüber Politik und Regierung befürchtet wird. Laut DBVA ergeben sich durch die Pflegekammern gegenüber den bestehenden staatlichen und verbandlichen Strukturen keine wesentlichen Neuerungen, die zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, Qualität und Entlohnung der Altenpflege führen würden (DBVA 2014b: 1 f.).

Zur Verhinderung der Einführung der Pflegekammern und der generalistischen Pflegeausbildung sowie für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Attraktivität des Altenpflegeberufs kooperiert der DBVA mit dem Deutschen Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen (DVLAB), dem Arbeitgeberverband bpa und dem Arbeitskreis für Ausbildungsstätten der Altenpflege (AAA). Bei der Verbändebefragung betonte der DBVA, dass er die Vernetzung und Kooperation mit anderen Verbänden für die Interessenvertretung der AltenpflegerInnen als unerlässlich erachtet.

Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung gaben 41,4 Prozent der Befragten an, den DBVA nicht zu kennen. Trotz der geringeren Mitgliederzahl zeigen sich im Bekanntheitsgrad damit kaum Unterschiede zum DBfK. Die restlichen AltenpflegerInnen schätzen den DBVA zu 72 Prozent als positiv oder

17 Anlass für den Austritt war insbesondere eine Debatte um die Frage der freiwilligen Registrierung der AltenpflegerInnen im Rahmen der Einführung der Pflegekammern, in deren Verlauf der DBVA vom satzungsgemäßen Vetorecht Gebrauch machte. Dennoch verfolgte der Deutsche Pflegerat die Thematik weiterhin (Kaleve 2015).

eher positiv ein. Darüber hinaus ist die Einschätzung des DBVA in den alten Bundesländern positiver (75,7 %) als in den neuen (64,9 %). Dies könnte nicht zuletzt daran liegen, dass der Hauptschwerpunkt der Arbeit und Mitgliedschaft des DBVA in Nordrhein-Westfalen liegt. Die aus der Entwicklung der Altenpflege zu erklärende Konzentration des DBVA auf die Länderebene wird erst seit einigen Jahren durch die zunehmende Einflussnahme auf die Bundesgesetzgebung und durch überregionale Pflegebündnisse durchbrochen.

Durch seine regionale Schwerpunktsetzung sowie die verbandsgeschichtliche Fokussierung auf die Eigenständigkeit der Altenpflege trägt der DBVA zur Fragmentierung der Verbändelandschaft in der Altenpflege bei. Seine besondere Ausrichtung, die sich etwa vom DBfK deutlich unterscheidet, begrenzte auch alle bisherigen Ansätze, in der (Alten-)Pflege geschlossen gegenüber den politischen Entscheidungsträgern aufzutreten. Hinzu kommen die beschränkten Ressourcen aufgrund des geringen Organisationsgrads des DBVA im Bereich examinierter Altenpflegekräfte. Die Ursachen hierfür werden vom DBVA selbst auf Spezifika zurückgeführt, die in den vorangegangenen Kapiteln bereits angesprochen wurden. Zum einen stellen der Fachkräftemangel und der hohe Anteil an AltenpflegerInnen ohne pflegebezogenen Berufsabschluss (vgl. Kapitel 2) ein Problem für die Arbeit eines Berufsverbandes dar (vgl. Kapitel 5). Zum anderen ergeben sich Probleme für eine kontinuierliche berufsverbandliche Interessenvertretung durch die ausgeprägte Fluktuation im Altenpflegebereich. Zwar scheinen die AltenpflegerInnen zu Beginn ihres Berufslebens intrinsisch motiviert zu sein, sozialpflegerische Leitbilder in der Berufspraxis umzusetzen (vgl. Kapitel 4), die Belastungen des Pflegealltags verringern dieses Engagement jedoch in vielen Fällen auf ein Minimum.

3.2.2.3 Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) ist die zweitgrößte Einzelgewerkschaft in Deutschland und vereint als sogenannte Multibranchengewerkschaft (Müller 2001: 109; Müller/Wilke 2014: 165) mehr als 1.000 verschiedene Berufsgruppen des Dienstleistungssektors, womit sie sich von anderen Gewerkschaften des DGB deutlich abhebt (Keller 2007: 473). Im Rahmen dieser vielfältigen Berufslandschaft ist ver.di auch für die Altenpflege zuständig; sie ist innerhalb der komplexen Matrixstruktur im Fachbereich 3 „Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“ angesiedelt. In der folgenden Darstellung wird daher die Arbeit dieses Fachbereichs im Mittelpunkt stehen. Im Unterschied zu den vorgestellten Berufsverbänden, die den Fokus ihrer Interessenvertretung auf die Gestaltung des Berufsbildes und die

Förderung von dessen Professionalisierung richten, zielt ver.di gemäß ihrer gewerkschaftlichen Funktion auch auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und in erster Linie der Entlohnung ab. Ver.di konzentriert sich auf das gewerkschaftliche Kerngeschäft im Betrieb und in der Branche, um die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen zu verbessern, auf Tarifverhandlungen mit Arbeitgebern und deren Verbänden sowie auf die politische Einflussnahme auf den Gesetzgeber. Darüber hinaus befasst sich ver.di mit Fragen der Ausbildung und der Einführung neuer Berufe.

Ver.di wurde im Jahr 2001 durch die Zusammenlegung der Gewerkschaften ÖTV, DAG, HBV, IG Medien und DPG¹⁸ mit dem Ziel gegründet, „unter den schwierigen Verhältnissen zerklüfteter und machtpolitisch schwer zugänglicher Sektoren positive gewerkschaftliche Entwicklungen zu ermöglichen“ (Schroeder 2014: 14). Innerhalb eines Vorgängerverbandes der ÖTV¹⁹ organisierte sich bereits im Jahr 1928 erstmals eine freie Schwesternschaft. Sie forderte Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Entlohnung in der Krankenpflege (Kreutzer 2003: 6) und wendete sich damit vom „Liebesdienst“ (Kreutzer 2005: 8) der übrigen, an Mutterhäuser gebundenen Schwesternschaften ab. In der ÖTV knüpfte der Bund freier Schwestern, der bis 1968 existierte, an diese Tradition an (Kreutzer 2003: 7 f.). Der Sonderstatus der Krankenpflege innerhalb der zentralistischen Strukturen der ÖTV wird daraus ersichtlich, dass sie „die einzige Berufsgruppe in der ÖTV [waren], für die auf Bundes- und auf Bezirksebene eigene hauptamtliche Sachbearbeiterinnen beschäftigt wurden“ (ebd.: 7). Die Krankenpflege war somit schon frühzeitig gewerkschaftlich organisiert und umfasste auch den Bereich der Altenpflege. Als eigenständiger gewerkschaftlicher Organisationsbereich in der ÖTV tritt der Altenpflegeberuf dagegen erst Ende der 1980er Jahre im Rahmen der erstmaligen tarifvertraglichen Eingruppierung des Altenpflegeberufs in Erscheinung. Bedeutende weitere Zäsuren für die gewerkschaftliche Altenpflegepolitik waren die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995, die damit verbundenen deutlich ansteigenden Beschäftigtenzahlen (vgl. Kapitel 2) sowie letztlich die Gründung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, die die Traditionen gewerkschaftlicher Pflegepolitik fortführte (Voges 2002: 306 ff.; Weisbrod-Frey 2015).

18 Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG), Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen (HBV), Industriegewerkschaft Medien – Druck und Papier, Publizistik und Kunst (IG Medien) sowie Deutsche Postgewerkschaft (DPG).

19 Dieser Vorgängerverband war der Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter mit dessen Reichssekktion Gesundheitswesen (Kreutzer 2003: 6).

Die Fusion zur Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft kann als Antwort auf veränderte Umweltbedingungen seit Ende der 1980er Jahre verstanden werden. Diverse wirtschaftliche und arbeitsmarktstrukturelle Veränderungen verstärkten die organisatorischen und finanziellen Probleme sowie den Mitgliederrückgang innerhalb der Gründungsgewerkschaften (Müller/Wilke 2014: 159; Frey 1998: 88). Die Diskussion um die Reform der Organisationsstruktur, die Mitte der 1990er Jahre in der ÖTV einsetzte (von Alemann/Schmid 1998), führte schließlich dazu, dass die Spitze der ÖTV ab dem Jahr 1997 vermehrt den Zusammenschluss zu einer einheitlichen Dienstleistungsgewerkschaft zur „Konzentration von Mangelfaktoren“ (Müller/Wilke 2014: 148) präferierte (ebd.: 160). Hiermit wurden zugleich strategische Ziele verfolgt wie die Eingliederung der Angestellten in den DGB durch die Einbeziehung der DAG in den Fusionsprozess sowie die Annäherung der gewerkschaftlichen Mitgliederstruktur zwischen ArbeiterInnen, Angestellten und BeamtInnen an die sich verändernde Realität des Arbeitsmarktes (Mai 1999: 583 f.).

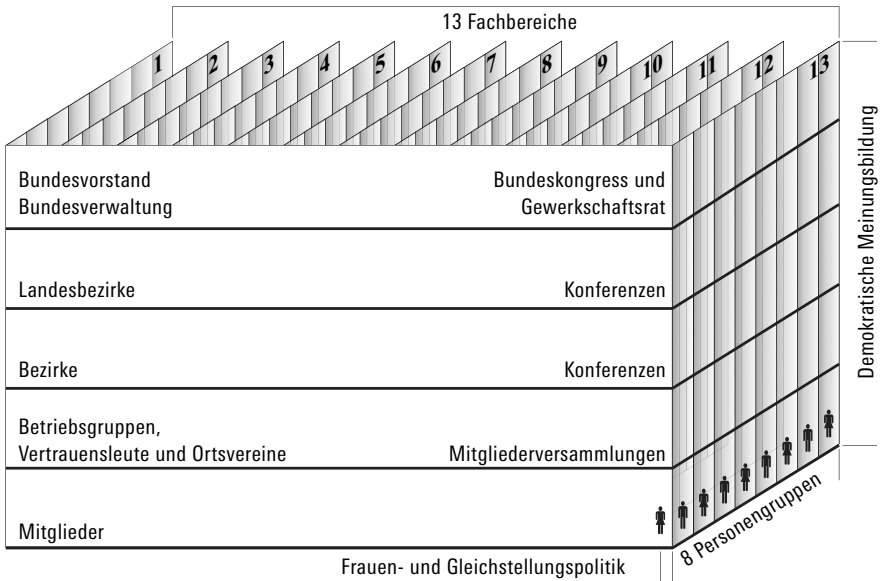
Die Neuaufstellung in einer fusionierten Dienstleistungsgewerkschaft mit anfangs 2,9 Mio. Mitgliedern (Müller/Wilke 2014: 164) half, den genannten Herausforderungen durch Synergieeffekte zu begegnen. Für einen erfolgreichen Zusammenschluss sollten jedoch „alle fünf Gewerkschaften unabhängig von ihrer Größe gleichberechtigt sein“ (Keller 2001: 93). Dies kann nicht zuletzt als Voraussetzung für die Verhandlungsaufnahme von Seiten der vier kleinen Gründungsgewerkschaften mit der dominierenden ÖTV verstanden werden (ebd.).²⁰ Dieser gleichberechtigte Fusionsprozess „als Instrument zur organisationsstrukturellen Mediatisierung interner Interessenheterogenitäten“ (Müller 2001: 119) führte im Ergebnis zur Herausbildung einer Matrixstruktur, die das zentrale Organisations- und Entscheidungsprinzip von ver.di darstellt (vgl. [Abbildung 6](#)). Diese besteht einerseits aus der vertikalen Ebene des Bundes und der zehn Landesbezirke²¹, die die Bezirke, Ortsvereine und Mitglieder unter sich vereinen, sowie andererseits aus der horizontalen Untergliederung in 13 Fachbereiche, die den Dienstleistungsbranchen entsprechen (Keller 2001: 94). Die Fachbereiche sind in jeweils unterschiedlich große Fachgruppen „mit weitgehenden autonomen Rechten in der Ta-

20 Die ÖTV verfügte im Jahr 2000 über rund 1,5 Mio. Mitglieder, DPG und HBV über etwa 445.000 bzw. 440.000, die DAG über 458.000 und die IG Medien über etwa 175.000 Mitglieder (Keller 2004: 23).

21 Die aktuellen Landesbezirke sind: Nord, Niedersachsen/Bremen, Berlin-Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz-Saarland, Hessen, Sachsen/Sachsen-Anhalt/Thüringen, Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg.

Abbildung 6

Organisationsstruktur ver.di



Die 13 Fachbereiche

1. Finanzdienstleistungen
2. Ver- und Entsorgung
3. Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen
4. Sozialsicherung
5. Bildung, Wissenschaft und Forschung
6. Bund und Länder
7. Gemeinden
8. Medien, Kunst und Industrie
9. Telekommunikation, Informationstechnologie, Datenverarbeitung
10. Postdienste, Speditionen und Logistik
11. Verkehr
12. Handel
13. Besondere Dienstleistungen

Die 8 Personengruppen

- Jugend
- Seniorinnen und Senioren
- Arbeiterinnen und Arbeiter
- Beamtinnen und Beamte
- Meisterinnen und Meister, Technikerinnen und Techniker, Ingenieurinnen und Ingenieure
- Freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, persönlich selbstständige, freiberufliche und arbeitnehmerähnliche Personen
- Erwerbslose
- Migrantinnen und Migranten

Quelle: ver.di 2015e.

rif, Branchen-, Betriebs- und Berufspolitik“ (ebd.) unterteilt, denen eine „weitreichende finanzielle Autonomie im Rahmen von Budgetansätzen und Budgetierungsrichtlinien“ (ebd.) zugestanden wird. Darüber hinaus wurden Vertretungsorgane für acht Personengruppen eingerichtet (ebd.). Der Gewerkschaftsrat, der sich zu gleichen Teilen aus MitarbeiterInnen der Landesbezirke und Fachbereiche zusammensetzt, bestimmt zwischen den Bundeskongressen die Ziele und Positionen von ver.di, kontrolliert den Bundesvorstand, verabschiedet den Haushalt und legt die Budgetierungsrichtlinie fest (ver.di 2015c: 28).

Diese komplexe Struktur stellt einen „Kompromiss zwischen den verschiedenen Organisationsstrukturen und -kulturen der beteiligten Verbände“ dar (Müller 2001: 118), da „die kleinen, fachlich spezialisierten Gründungsgewerkschaften die Fachbereiche als „organisationspolitische Bestandsgarantie gegenüber der übermächtigen ÖTV“ (ebd.: 119) einforderten. Vor allem in den Fachbereichen 8 (Medien, Kunst und Industrie), 10 (Postdienste, Speditionen und Logistik) und 9 (Telekommunikation, Informationstechnologie, Datenverarbeitung) sowie 12 (Handel) und 1 (Finanzdienstleistungen) bestehen die ehemaligen Gewerkschaften IG Medien, DPG, HBV, aber auch DAG fort (Keller 2001: 95 f.; Müller/Wilke 2000: 76).²² Im Mittelpunkt des organisationspolitischen Interesses der ÖTV „als klassischer Ebenenorganisation“ (Müller 2001: 120) des territorial weit verzweigten öffentlichen Dienstes unter dem Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) stand hingegen die Bewahrung der vertikalen und dezentralisierten Ebenenstruktur in der Fläche (Mai 1999: 587 f.). Gerade auf der Bezirksebene wurden „die eigentlichen Machtbastionen der Funktionäre“ (Müller 2001: 121) der ÖTV verortet. Die ÖTV wurde hauptsächlich auf fünf Fachbereiche aufgeteilt, wobei der größte Anteil der Mitglieder (343.685) auf den Fachbereich 3 entfiel (Waddington et al. 2005: 150),²³ der für Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen und damit auch für den Bereich der Altenpflege zuständig ist.

Die Altenpflege ist innerhalb dieser Matrixstruktur im Fachbereich 3 „Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“ sowie in der Fach-

22 Der größte Fachbereich in der neuen Fusionsgewerkschaft war der Fachbereich 12 (Handel) mit 440.338 Mitgliedern (Waddington et al. 2005: 149). 307.772 dieser Mitglieder kamen aus der ehemaligen HBV, 130.474 aus der DAG. Die DPG teilte 148.517 Mitglieder dem Fachbereich 9 und 276.335 Mitglieder dem Fachbereich 10 zu (ebd.). Die IG Medien ordnete mit 172.400 nahezu alle Mitglieder dem Fachbereich 8 zu (Keller 2004: 69).

23 Zudem wurden 32.123 Mitglieder der DAG auf den Fachbereich 3 aufgeteilt (Waddington et al. 2005: 149).

bereichsvertretung der jeweiligen Landesbezirke angesiedelt. Ähnlich wie in den anderen Fachbereichen existieren auch hier auf Bundesebene Abteilungen für Tarifpolitik, die berufliche Bildung, den politischen Bereich und für Betrieb und Branche (ver.di 2015a: 12). Während die Gesamtmitgliederzahl von ver.di seit der Gründung im Jahr 2001 von etwa 2,9 Mio. auf rund 2 Mio. Mitglieder (2016) gesunken ist (DGB 2017), steigt die Anzahl der Mitglieder im Fachbereich 3 kontinuierlich an. Zu Beginn des Jahres 2007 betrug sie 344.684 (ver.di 2011: 73), Ende des Jahres 2014 lag sie schon bei 371.536 (ver.di 2015a: 14).²⁴ Die Finanzmittel des Fachbereichs aus den Haushaltszuweisungen von ver.di haben sich jedoch nicht entsprechend der erhöhten Mitgliederzahlen entwickelt. Vielmehr beziehen die Fachbereiche und Landesebenen einen in der Budgetierungsrichtlinie prozentual festgelegten Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen von ver.di (ver.di 2014c), der sich seit der Gründung nur in geringem Maße verändert hat (Müller et al. 2002: 309). Während die Beitragseinnahmen durch die Mitglieder des Fachbereichs zwischen 2011 und 2014 von etwa 5,4 Mio. auf rund 6,4 Mio. Euro gestiegen sind (ver.di 2015a: 15), waren die Finanzmittel des Fachbereichs den Schwankungen der Gesamtbeitragseinnahmen unterworfen. Die verfügbaren Mittel erhöhten sich zwischen 2006 und 2013 lediglich von rund 1,7 Mio. auf rund 1,8 Mio. Euro (ver.di 2011: 70 f.; ver.di 2015b: 16).

Nichtsdestotrotz ist der Fachbereich 3 mit insgesamt etwa 220 GewerkschaftssekretärInnen auf Fachbereichs-, Landesbezirks- und Bezirksebene personell der ressourcenstärkste Fachbereich von ver.di (von Gradolewski-Ballin 2015). In fast allen Bezirken gibt es mindestens eine GewerkschaftssekretärIn, die speziell für den Fachbereich zuständig ist. Hinzu kommen die jeweiligen Landes- sowie BezirksfachbereichsleiterInnen sowie VerwaltungsmitarbeiterInnen auf Landes- und Bezirksebene. Aufgrund der Multibranchenstruktur von ver.di kann jedoch angenommen werden, dass sich diese MitarbeiterInnen in den wenigsten Fällen ausschließlich um den Bereich der Altenpflege kümmern, sondern in der Regel für alle Betriebe des Fachbereichs in der Region des jeweiligen Bezirks zuständig sind.²⁵ Für eine systematische Erschlie-

24 Eine nach Berufsgruppen differenzierte Erfassung der Mitglieder findet bei ver.di nicht statt (Voges 2002: 313). So wurde auch die Anzahl von Mitgliedern, die in der Altenpflege tätig sind, bislang nicht erhoben. Schätzungen aus dem Fachbereich 3 gehen von einer Mitgliederanzahl an AltenpflegerInnen von etwa 100.000 aus (Erdmeier 2015). Voges (2002: 313) schätzt die Zahl aller Pflegekräfte in ver.di für das Jahr 2001 auf 100.000 bis 150.000.

25 Diese Interpretation findet sich auch in den Experteninterviews aus dem Fachbereich 3 (von Gradolewski-Ballin 2015; Erdmeier 2015).

lung der häufig sehr kleinteiligen und trägervielfältigen Altenpflegeeinrichtungen (vgl. Kapitel 2) wären jedoch deutlich mehr MitarbeiterInnen je Landesbezirk notwendig, wie auch in den Geschäftsberichten einiger Landesbezirke geschildert wird (ver.di 2014a: 38, ver.di 2014b: 38 f.).²⁶ So stellt etwa der Geschäftsbericht des Landesbezirks Niedersachsen-Bremen fest, „dass der Aufgabenanfall und die Arbeitsdichte im Fachbereich 3 deutlich über das hinaus geht, was in einigen anderen Fachbereichen oder in der Ebene an der Tagesordnung ist“ (ver.di 2014b: 39).

Als wichtiger Schritt der Altenpflegepolitik bei ver.di kann die Aktion „Altenpflege in Bewegung“ Ende des Jahres 2009 angesehen werden. Im Vordergrund der Aktion standen die Forderungen nach mehr Personal, einer entsprechend angepassten Finanzierungsbasis und Entlohnung sowie der Ersetzung des Schulgeldes durch eine verbesserte Finanzierung von Seiten der Länder (Quetting 2009).²⁷ An der Aktion nahmen im Jahr 2009 über 10.000 Personen teil (ver.di 2011: 20). Als Folge dieser Kampagne wurde innerhalb der Strukturen des Fachbereichs 3 im Rahmen eines Workshops Altenpflege im Oktober 2013 die „gewerkschaftliche Arbeit in der Altenpflege neu belebt“ (ver.di 2015a: 39). Aus diesem Treffen von 14 ehrenamtlichen ver.di-Mitgliedern aus verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen und 12 Hauptamtlichen entstand im November 2014 der Bundesarbeitskreis Altenpflege, der „als bundesweite Koordinierungsgruppe für die ver.di-Arbeit in der Altenpflege“ (ebd.) dient und die Bundesebenen mit den lokalen Einheiten verbinden soll.²⁸ Im Mittelpunkt der Tätigkeit des Arbeitskreises steht die Thematik der Personalbemessung (ebd.). Eine weitere Aufwertung erfuhr die Altenpflege im Fachbereich durch die Umwandlung des Arbeitskreises in eine Fachkommission. Der allmähliche und noch nicht abgeschlossene Prozess der Etablierung eines koordinierenden Gremiums verdeutlicht, dass die Altenpflege für ver.di erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat und die Interessenvertretung in diesem Bereich noch im Aufbau begriffen ist.

26 In den Gesprächen im Fachbereich 3 bei ver.di wurde geschätzt, dass für eine solche systematische Erschließung etwa 50 GewerkschaftssekretärInnen je Landesbezirk nötig wären (von Gradolewski-Ballin 2015).

27 Der Referentenentwurf des Pflegeberufsgesetzes vom November 2015 sieht die Schulgeldfreiheit in der Pflegeausbildung vor (BMG 2015: 1).

28 Die Tätigkeit dieses Arbeitskreises umfasst beispielsweise seit 2014 die Herausgabe des Newsletters „Infopost Altenpflege“, der alle drei bis vier Monate erscheinen soll (ver.di 2015a: 39), sowie eine zweitägige Altenpflegekonferenz in Kassel Ende Juni 2015.

Auch tarifvertragliche Regelungen konnten erst in jüngerer Zeit in relevantem Maße durchgesetzt werden. Ein wichtiger Schritt für die Umsetzung tarifvertraglicher Lösungen im refinanzierten Altenpflegebereich war ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2009, in dem festgehalten wurde, dass die „Einhaltung der Tarifbindung (...) immer als wirtschaftlich angemessen zu werten“ (BSG 2009: 2) sei und Tariflöhne somit bei der Refinanzierung berücksichtigt werden könnten.²⁹ Bis zum Jahr 1989 existierten „anstelle eines gültigen Tarifvertrags nur unverbindliche Empfehlungen“ (Schölkopf 2000: 127). Ab 1989 wurden ausgebildete wie auch angelernte AltenpflegerInnen und AltenpflegehelferInnen im Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) eingruppiert und damit den KrankenpflegerInnen tarifvertraglich gleichgestellt (Voges 2002: 308). Mit der Ablösung des BAT durch den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) ist nun Letzterer für ver.di der maßgebliche Richtwert für die Entlohnung von AltenpflegerInnen (Erdmeier 2015; von Gradolewski-Ballin 2015).

Am Beispiel des TVöD wird deutlich, dass die zerklüftete Trägerlandschaft der Altenpflege mit öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, worunter auch kirchliche Träger fallen (vgl. Kapitel 2), jeweils unterschiedliche Voraussetzungen für Tarifverhandlungen bietet (Voges 2002: 308). Die von Evans, Galtschenko und Hilbert identifizierten unterschiedlichen Verhandlungsarenen mit jeweils divergierenden Verbands- und Arbeitgeberstrukturen verursachen

„eine Vielfalt von Tarifverträgen und Arbeitsrechtlichen Regelungen, die bislang (...) von niemandem (weder von dem offiziellen Tarifregister des Bundesarbeitsministeriums noch vom Tarifarchiv des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts noch vom Tarifregister der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di) komplett überblickt wird noch angemessen erfasst, beschrieben und ausgewertet worden ist“ (Evans et al. 2012: 27).

29 Hinsichtlich der Refinanzierung fordert ver.di eine Pflegevollversicherung. Ein Ende 2012 erschienenes und von ver.di in Auftrag gegebenes Gutachten sollte deutlich machen, dass eine solche Vollversicherung auch finanzierbar ist (Lüngen 2012: 2). Die Pflegevollversicherung wurde anschließend auch im Gewerkschaftsrat behandelt und befürwortet (ver.di 2015a: 83). Daher „ist die Pflegevollversicherung das Modell der Zukunft“ (ebd.) für ver.di. Nicht zuletzt lassen sich beim Thema der Vollversicherung auch die diversen Interessen der verschiedenen Mitgliedergruppen bei ver.di (Pflegekräfte, Angehörige, BeitragszahlerInnen) gut miteinander vereinbaren (Weisbrod-Frey 2014b).

Der TVöD gilt nur in Einrichtungen öffentlicher Träger, die lediglich 3,1 Prozent der stationären und ambulanten Einrichtungen in der Altenpflege ausmachen (vgl. Kapitel 2). Die freigemeinnützigen Träger, die 39,4 Prozent der Einrichtungen darstellen, müssen differenziert betrachtet werden. Auf der einen Seite regeln kirchliche Träger die Arbeitsbedingungen und Entlohnung anhand der eigenen Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) und plädieren für die Alternative des sogenannten Dritten Wegs (vgl. Kapitel 3.1).³⁰ Die tarifpolitische Zusammenarbeit mit kirchlichen Einrichtungen wird in diesem Zusammenhang als schwierig eingeschätzt (Evans et al. 2012: 27). Auf der anderen Seite gibt es in einigen Landesbezirken wie etwa in Baden-Württemberg und Niedersachsen sowie auf Bundesebene Gespräche mit den Wohlfahrtsverbänden, um Mindestarbeitsbedingungen für alle im Altenpflegebereich Beschäftigten tarifvertraglich festzulegen, was anschließend für allgemeinverbindlich erklärt werden soll (von Gradolewski-Ballin 2015).

Darüber hinaus konnten im Februar und Mai 2015 Auszubildendentarifverträge in Niedersachsen zwischen ver.di, AWO, Diakonie, DRK und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband (AWO 2015) sowie in Bremen zwischen ver.di und Einrichtungen der Tarifgemeinschaft Pflege Bremen geschlossen werden (Bury 2015), die die Entgelte auf das Niveau der auszubildenden KrankenpflegerInnen erhöhten. Für Auszubildende gab es lange Zeit keine Vergütung während der Ausbildung und bislang keinen allgemeinen Tarifvertrag (Voges 2002: 308). Auch bei den Auszubildendentarifverträgen besteht die Strategie von ver.di darin, eine Allgemeinverbindlichkeit auf Ebene der Bundesländer durchzusetzen (von Gradolewski-Ballin 2015).³¹ Den Anlass für die Gesprächsbereitschaft auf Seiten der Wohlfahrtsverbände gab nicht zuletzt die Veröffentlichung der Ergebnisse einer durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, in Auftrag gegebenen Studie (IAB 2015), die die vergleichsweise geringe Entlohnung von AltenpflegerInnen in Niedersachsen und Bremen verdeutlichte (ver.di 2015d: 7).³²

30 Die Besonderheiten des Kirchenrechts sind, dass während der Verhandlungen um die AVR Streiks und Aussperrungen nicht erlaubt sind und die Arbeitnehmerseite nicht durch ver.di, sondern durch Delegierte der MAV vertreten wird (Evans et al. 2012: 24 f.).

31 In Bremen wurde die Allgemeinverbindlicherklärung durch den Arbeitgeberverband Anfang Dezember 2015 abgelehnt (Tarifgemeinschaft Pflege Bremen 2015: 1).

32 Die mit den Wohlfahrtsverbänden abgeschlossenen Tarifverträge für Auszubildende hatten auf Seiten privater Träger Auswirkungen, da anschließend der Arbeitgeberverband Pflege beschloss, mit ver.di Tarifverhandlungen über bundesweite Auszubildendentarifverträge aufzunehmen. In der entsprechenden Presseerklärung sprach sich der Arbeitgeberverband gegen „kleinteilige allgemeinverbindliche tarifliche

Während freigemeinnützige und öffentliche Träger laut den Daten des IAW zu 80,6 Prozent tarifgebunden sind, existieren nur für 15,7 Prozent der privaten Träger Tarifverträge (vgl. Kapitel 2). Kleinere private Träger verfügen zumeist über Haustarifverträge oder legen die Entgelte individuell mit den Beschäftigten fest (Voges 2002: 308 ff.). Die hohe Anzahl zumeist kleiner Einrichtungen, die selten in einem Arbeitgeberverband organisiert sind, erschwert jedoch die Aushandlung tarifpolitischer Lösungen für die Beschäftigten (Evans et al.: 29). Auf der Seite der Pflegekonzerne wurde erst im Kontext der Verhandlungen in der Mindestlohnkommission im Jahr 2009 der Arbeitgeberverband Pflege e.V. gegründet, der die Interessen der großen privaten zEinrichtungen organisiert.³³ Im Präsidium sind mit Kursana, Pro Seniore und der Marseille Kliniken AG drei große Unternehmen in privater Trägerschaft vertreten (Arbeitgeberverband Pflege 2015). Einige dieser beim Arbeitgeberverband Pflege engagierten privaten Einrichtungen wie etwa die Maternus Kliniken AG haben sich bereits gegen tarifvertragliche Lösungen im Pflegebereich ausgesprochen (von Gradolewski-Ballin 2015). Insofern mangelt es im Altenpflegebereich an einem etablierten Arbeitgeberverband, der für einen großen Teil privater Anbieter Tariflösungen verpflichtungsfähig verhandelt.³⁴

Doch nicht nur die verschiedenen Träger stellen ein Problem für die tarifpolitische Arbeit von ver.di dar, sondern auch die starke Aufspaltung nach verschiedenartigen Einrichtungen innerhalb eines Trägers. Dies wird am Beispiel der Wohlfahrtsverbände deutlich. Der einzige Wohlfahrtsverband, bei dem ver.di noch über einen Flächentarifvertrag verfügt, ist das DRK. Hier gibt es seit dem Jahr 2007 einen sogenannten Reformtarifvertrag, unter des-

Lösungen auf der Ebene der Bundesländer, wie sie derzeit in Bremen und Niedersachsen angestrebt werden“ (Arbeitgeberverband Pflege 2015), aus und präferierte demgegenüber eine „flächendeckende“ (ebd.) tarifvertragliche Lösung. Ver.di bezweifelt jedoch, dass tatsächlich Interesse an einem solchen Tarifvertrag besteht, und nimmt an, dass die Ankündigung eines bundesweiten Auszubildendentarifvertrages eher die Allgemeinverbindlicherklärung der Tarifverträge auf Landesebene in Bremen und Niedersachsen, gegen die sich der Arbeitgeberverband ausspricht, behindern soll (von Gradolewski-Ballin 2015). Da der Arbeitgeberverband Pflege für die Beschäftigten an sich momentan keinen Tarifvertrag anstrebt, zeigt sich in der Fokussierung auf die Auszubildenden, dass die Arbeitgeber im Bereich des Fachkräftemangels das zentrale Problemfeld des Altenpflegebereichs verorten (ebd.).

33 Im Juni 2015 hat der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) einen neuen „Arbeitgeberverband für die private Pflegewirtschaft“ (bpa 2015a) unter dem Vorsitz von Rainer Brüderle gegründet. Im Unterschied zum Arbeitgeberverband Pflege e.V. soll der neue Arbeitgeberverband „breit aufgestellt“ (ebd.) und auch „für kleine Familienunternehmen“ (ebd.) offen sein. Einen Kontakt zwischen dem neu gegründeten Arbeitgeberverband und ver.di gab es bislang nicht (von Gradolewski-Ballin 2015).

34 Diese Auffassung äußern auch die VertreterInnen des Fachbereichs 3 bei ver.di in den Interviews (Weisbrod-Frey 2014a).

sen Geltungsbereich aber lediglich die DRK-Verbände fallen, die Mitglied in der Bundestarifgemeinschaft sind. Dies betrifft mit etwa 21.000 von 149.000 DRK-Beschäftigten jedoch nur einen Bruchteil der in DRK-Einrichtungen tätigen AltenpflegerInnen (ver.di 2015a: 71). Der geringe Anteil hängt vor allem damit zusammen, dass viele Landes- und Kreisverbände des DRK nicht Mitglied in der Bundestarifgemeinschaft sind (ebd.: 72). Während für die AWO-Einrichtungen ein vergleichbarer Reformtarifvertrag nicht mehr existiert und die Tariflandschaft als „zersplittert“ (ebd.) beschrieben wird, besteht insbesondere bei der Diakonie und beim Paritätischen Wohlfahrtsverband ein ähnliches Problem einer mangelnden dezentralen Entscheidungsfindung und eines fehlenden Zugriffs auf die jeweiligen Einrichtungen dieser Träger (Evans et al. 2012: 26 f.; von Gradolewski-Ballin 2015).

Die nach Trägern und auch innerhalb der einzelner Träger aufgrund der Kleinteiligkeit der Einrichtungen zersplitterte tarifpolitische Landschaft³⁵ sowie der unzureichende Organisationsgrad des Arbeitgeberverbands stellen nicht nur eine enorme Herausforderung des Fachbereichs dar (ver.di 2015a: 7), sondern verhindern zudem die noch vor einiger Zeit für möglich gehaltene Vision eines Sozialtarifvertrages für den gesamten Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens (von Gradolewski-Ballin 2015).

Für die tarifpolitische Arbeit ist ver.di auf die Unterstützung der Beschäftigten in den jeweiligen Einrichtungen angewiesen. Der erste Schritt für die Interessenvertretung besteht daher darin, in den Einrichtungen Betriebsräte und Vertrauensleute aufzubauen, um einen entsprechenden Kontakt zu den AltenpflegerInnen innerhalb der Betriebe zu ermöglichen (ebd.). In der Branchen- und Berufspolitik ist ver.di mit berufsspezifischen Hindernissen auf der Ebene der Beschäftigten konfrontiert, die eine Vertretung der Interessen von AltenpflegerInnen erschweren.

Einerseits spiegeln sich hier die im Zusammenhang mit dem Fusionsprozess diskutierten Probleme der fachbereichsbezogenen Aufteilung der hauptamtlichen FachsekretärInnen und der aufgrund der Matrixeinheiten stark heterogenen Bezirks- und Fachbereichsstruktur wider. So bestehen hinsichtlich des Einsatzes von FachsekretärInnen, von denen auf Bezirksebene pro Fachbereich zumeist nur eine einzige Person zugeteilt ist, konkurrierende Vorstellungen sowohl innerhalb des Fachbereichs, der verschiedene Branchen vertritt, als auch innerhalb der Bezirksebene, die ihre Personalentscheidungen

35 Die Anzahl der Tarifverträge im gesamten Fachbereich 3 gibt ver.di mit etwa 3.000 an (ver.di 2015a: 63). Wie viele Tarifverträge dabei auf die Altenpflege entfallen, wird nicht eigens erhoben. In den Gesprächen mit dem Fachbereich wird der Anteil auf etwa 10% geschätzt (von Gradolewski-Ballin 2015).

weitgehend autonom trifft. Hierbei gibt es auch zwischen den autonomen Fachbereichen divergierende Vorstellungen über die Verwendung finanzieller Mittel, etwa von Seiten des Fachbereichs Handel, in dem vor allem die Gründungsgewerkschaft HBV aufgegangen ist, der aber im Gegensatz zum Fachbereich 3 nicht expandiert. Auch deswegen, weil die Altenpflege noch nicht sehr lange im Fokus steht, scheint hauptamtliches Personal für diesen Bereich noch weitgehend die Ausnahme zu sein. Andererseits stellt auch die hohe Verbundenheit der Beschäftigten mit den Pflegebedürftigen ein Hindernis für die Interessenvertretungsarbeit von ver.di innerhalb der Betriebe dar.³⁶ Die Verfolgung von Interessen innerhalb der Einrichtungen wird zusätzlich dadurch erschwert, weil die AltenpflegerInnen mit gewerkschaftlicher Aktivität in erster Linie Streik assoziieren, eine Strategie, die die Mehrheit der Beschäftigten ablehnt, da sie die Pflegebedürftigen nicht im Stich lassen wollen.³⁷

Hinsichtlich der Wahrnehmung von ver.di durch die Pflegekräfte zeigen die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung, dass ver.di von allen abgefragten Verbänden den höchsten Bekanntheitsgrad aufweist.³⁸ Lediglich 10,5 Prozent der Befragten ist die Gewerkschaft nicht bekannt. Die restlichen AltenpflegerInnen schätzten ver.di zu 66,2 Prozent als positiv oder eher positiv ein. Der angesprochene unterschiedlich ausgestaltete Zugang zu den verschiedenen Trägern spiegelt sich auch in der Wahrnehmung der Beschäftigten wider. Während in öffentlichen (75 %), konfessionellen (70 %) und freien Einrichtungen (71 %) ver.di als positiv oder eher positiv eingeschätzt wird, trifft dies in privaten Betrieben nur auf 59,4 Prozent der Beschäftigten zu. Dies gilt in ähnlicher Weise für AltenpflegerInnen in ländlichen Gebieten (72,7 %) gegenüber Beschäftigten in Großstädten (56,9 %). Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass Beschäftigte in ländlichen Regionen trotz vorhandenem Mobilisierungspotenzial signifikant seltener von GewerkschaftsvertreterInnen angesprochen werden (vgl. Kapitel 5).

Ein weiteres Handlungsfeld von ver.di stellt die Beteiligung an Bündnissen dar. Hervorzuheben ist hierbei vor allem das Bündnis für gute Pflege, das

36 Diese Einschätzung wird auch in den Gesprächen im Fachbereich 3 bei ver.di geteilt (von Gradolewski-Ballin 2015). Eine Differenzierung nach Qualifikationsgrad der Beschäftigten nimmt ver.di bei der Herangehensweise an die Einrichtungen nicht vor. Die Verbundenheit aller Beschäftigten mit den Pflegebedürftigen wird als hoch wahrgenommen (ebd.).

37 Eine Ausnahme stellte der Streik der Beschäftigten der privaten Einrichtung Alpenland im östlichen Teil Berlins im Jahr 2011 dar, der mit einer tarifvertraglicher Vereinbarung endete (ver.di 2015a: 38).

38 Neben ver.di wurden der DBfK, der DGB, der Deutsche Pflegerat und der DBVA abgefragt.

von ver.di und der AWO im Jahr 2012 initiiert wurde, von 21 weiteren Verbänden unterstützt wird und sich insbesondere für die Qualität der Pflege, die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege einsetzt (ver.di 2015a: 85 f.). Das Bündnis greift die hohe Verbundenheit der Beschäftigten mit den zu Pflegenden und die spezifischen Bedingungen der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit auf, indem es sowohl Verbesserungen der Arbeitsbedingungen als auch der Qualität der Pflege fordert (Hielscher et al. 2013: 244).

Solche Bündnisse, die gemeinsame Grundinteressen verschiedener Verbände ansprechen, können die vielfältige Träger- und Verbandslandschaft zu einer starken „Lobby gegenüber Politik und Gesellschaft“ (Bündnis für gute Pflege 2015) bündeln. Im Bündnis für gute Pflege kooperiert ver.di auch mit dem DBfK, der jedoch insbesondere hinsichtlich der Einrichtung von Pflegekammern eine gegensätzliche Auffassung vertritt.³⁹ Ähnlich wie der DBVA lehnt auch ver.di die Etablierung von Pflegekammern ab, da die ihnen zugedachten Aufgaben zur Verbesserung der Pflege auch innerhalb der heute existierenden verbandlichen und staatlichen Strukturen erreicht werden können. Zudem könne eine Pflegekammer nichts an den Arbeitsbedingungen im Bereich der Entlohnung verändern, die tarifpolitisch ausgehandelt werden müssen (ver.di 2015b). Darüber hinaus kritisiert ver.di die Einrichtung von Pflegekammern, weil lediglich Fachkräften eine Mitgliedschaft offen stehe, obwohl diese weniger als die Hälfte der Beschäftigten im Altenpflegebereich ausmachten. Somit wäre die Reichweite der Regelungen einer Pflegekammer begrenzt (Dielmann 2010: 2). Ver.di versucht anders als der DBfK nicht nur Fachkräfte, sondern auch AltenpflegehelferInnen *und* Angelernte zu vertreten.⁴⁰ In diesem Zusammenhang hat die Beschäftigtenbefragung ergeben, dass Gewerkschaftsmitglieder den Deutschen Pflegerat, der die Einrichtung von Pflegekammern fordert, nur zu 30,4 Prozent, Nichtgewerkschaftsmitglieder hingegen zu 61,2 Prozent als positiv oder eher positiv einschätzen.

39 Zur Vertretung der eigenen Mitglieder beteiligte sich ver.di jedoch bei den Verhandlungen um die Einführung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz (Weisbrod-Frey 2015).

40 Dabei bezieht sich vor allem die tarifpolitische Arbeit auf ganze Betriebe und Einrichtungen und damit auch auf die AltenpflegehelferInnen und Angelernte (Erdmeier 2015). Zudem hatte ver.di im Rahmen eines Projekts Servicebetriebe mehrere Jahre lang ProjektssekretärInnen damit beauftragt, die MitarbeiterInnen der Haus- und Gebäudewirtschaft sowie der Gastronomie in Pflegeeinrichtungen zu erschließen (ver.di 2015a: 29 f.).

Insgesamt zeigt sich, dass die Altenpflege als ein wichtiges und zukünftig wachsendes Aufgabenfeld innerhalb des Fachbereichs 3 wahrgenommen wird.⁴¹ Zugleich bestehen weitreichende Probleme, die zum Teil auf den Kompromiss zwischen den Gründungsgewerkschaften im Fusionsprozess von ver.di Ende der 1990er Jahre zurückzuführen sind. Die Matrixstruktur stellt eine Herausforderung dar, weil sowohl Fachbereiche als auch Landesbezirke satzungsgemäß jeweils ein Anrecht auf Zuweisungen aus den Beitragsmitteln haben (ver.di 2015c: 44) und auf der Grundlage der Budgetierungsrichtlinie weitgehende finanzielle Autonomie besitzen. Daher können finanzielle und personelle Ressourcen nur bedingt verschoben werden, selbst wenn Investitionen zur Erschließung eines expandierenden Bereichs wie der Altenpflege einen Mitgliederzuwachs versprechen.

Hinzu kommt, dass die Altenpflege für ver.di zwar schon seit längerer Zeit eine Rolle spielt, mit der Expansion des Altenpflegearbeitsmarktes in den letzten Jahren jedoch nochmals neue Zugänge aufgebaut wurden. Da im Zusammenhang mit der Fusion angestrebt wurde, möglichst alle Fachbereiche auf Bezirksebene zu vertreten, werden die zahlreichen Fachbereiche dort nur durch jeweils wenige politische SekretärInnen repräsentiert. Das stellt für die Altenpflege, die innerhalb der Gewerkschaft erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, ein Problem dar. Die Matrixstruktur und die Folgen von Kompromissen bei der Gründung von ver.di setzen klare Grenzen bei der Ressourcenausstattung für eine systematische Erschließung von Altenpflegeeinrichtungen. Dies erklärt auch, weshalb das in der Beschäftigtenbefragung festgestellte Mobilisierungspotenzial von Beschäftigten in ländlichen Regionen bislang nur in geringem Maße genutzt wird.

Im Bereich der Tarifpolitik behindern vor allem die fragmentierte Trägerstruktur und die Vielfalt an Einrichtungen mit teils wenigen MitarbeiterInnen den Abschluss von Flächentarifverträgen. Darüber hinaus kann der noch wenig etablierte Arbeitgeberverband aufgrund seines geringen Organisations- und Verbindlichkeitsgrades nur bedingt tarifvertragliche Lösungen aushandeln. Zahlreiche große, vor allem private Mitgliedsunternehmen sprechen sich gegen Tarifverträge und die notwendige Transparenz der Verwendung der refinanzierten Beitragsmittel aus. Zudem erschwert teilweise die intrinsische Einstellung der AltenpflegerInnen den Zugang von ver.di zu den Einrichtungen, was eine wichtige Voraussetzung sowohl für die Arbeit von

41 Diese Wahrnehmung wird auch in den Experteninterviews mit VertreterInnen des Fachbereichs 3 deutlich.

ver.di als auch für eine Unterstützung der unter den Beschäftigten grundsätzlich vorhandenen Bereitschaft zu kollektiver Aktivität (vgl. Kapitel 5) ist. Einer schnell wirkenden Interessenvertretungspolitik im Altenpflegebereich durch ver.di sind somit strukturelle Grenzen gesetzt, solange sich keine grundlegenden internen und externen Veränderungen ergeben.

3.2.3 Fazit

In der Teilbranche Altenpflege liegt eine fragmentierte und ressourcenschwache Akteurs- und Interessenlandschaft vor. Eine zentrale Ursache für die schwachen verbandlichen Tätigkeitsprofile ist die bislang geringe Organisationsbereitschaft der AltenpflegerInnen. Dies ist auch auf die internen Strukturen und Ressourcenausstattungen der prägenden Verbände (ver.di und DBfK) zurückzuführen. In beiden Organisationen befinden sich die AltenpflegerInnen in einer strukturellen Minderheitsposition. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit, dass besondere Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um Mitglieder im Bereich der Altenpflege zu mobilisieren, ist gegenwärtig als eher gering einzuschätzen.

Der Zugang zu Betrieben und Beschäftigten wird vor allem durch die Kleinteiligkeit der Einrichtungen und die Expansion des privaten ambulanten Bereichs, in dem die Gewerkschaften durch AltenpflegerInnen weniger positiv bewertet werden, behindert. Für die Berufsverbände verringert sich das Mitgliederpotenzial im Altenpflegebereich darüber hinaus durch die niedrige Fachkräftequote und die hohe Fluktuation der Beschäftigten.

Bündnisse stellen eine Möglichkeit dar, der arbeitsmarkt- und verbandsstrukturellen Fragmentierung zu begegnen. In der Tat konnten etwa im Bündnis für Altenpflege mehr als die Hälfte der Einrichtungen organisiert werden. Nichtsdestotrotz reproduzieren sich auch hier die unterschiedlichen Ziele und Traditionen der Verbände, wie am Konflikt zwischen dem Bündnis für Altenpflege und dem Deutschen Pflegerat über die generalistische Ausbildung und die Einrichtung von Pflegekammern ersichtlich wird. Zudem bezieht sich die Arbeit von ver.di eher auf den gesamten Arbeitsmarkt der Altenpflege, in dem zahlreiche Berufsgruppen tätig sind, während die Berufsverbände im Speziellen die Berufsgruppe der Alten- oder KrankenpflegerInnen im Blick haben. Da sich die Beschäftigungsbedingungen im Altenpflegearbeitsmarkt generell und bei der Berufsgruppe der Pflegenden im Besonderen unterscheiden, stehen die Verbände vor unterschiedlichen Herausforderungen. Die Bündnisse und Kooperationen

konnten daher die Akteursvielfalt zwar verringern, die Verbände waren aber bislang nicht in der Lage, geschlossen gegenüber der Politik aufzutreten, die letztlich die finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen beeinflusst.

Mit der Einrichtung von Pflegekammern soll eine berufspolitische Autonomie der Pflege verfolgt werden. Die Pflegekammern wären jedoch wiederum mit den arbeitsmarktstrukturellen Bedingungen der Altenpflege konfrontiert. Die bisherigen Entwürfe zur Einrichtung von Pflegekammern sehen eine Mitgliedschaft ausschließlich für Fachkräfte vor (Landtag Rheinland-Pfalz 2014: 8; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Niedersachsen 2015: 3; Schleswig-Holsteinischer Landtag 2014: 11). Anders als bei den Arbeitsmarktbedingungen etwa von ÄrztInnen besteht aber eine Besonderheit der Altenpflege gerade im vergleichsweise geringen Anteil von Fachkräften (vgl. Kapitel 2). Die Pflegekammern würden daher trotz obligatorischer Mitgliedschaft weniger als die Hälfte der in der Altenpflege Beschäftigten organisieren. Auch Martini (2014: 89) kritisiert diese begrenzte Reichweite von Pflegekammern, die verhindere, dass das Ziel der Pflegekammer, höhere berufliche und pflegerische Qualitätsstandards herbeizuführen, durchgesetzt und garantiert werden kann.

4 BEDINGUNGEN KOLLEKTIVEN HANDELNS - DIE INDIVIDUELLE EBENE

Nachdem im vorangegangenen Kapitel ein Überblick über die gegenwärtigen Bedingungen des Arbeitsmarktes der Altenpflege und dessen historische Hintergründe gegeben wurde, widmet sich dieses Kapitel den Faktoren und Voraussetzungen für die Partizipation an kollektivem Handeln zunächst auf der individuellen Ebene der Beschäftigten.

Dafür werden sowohl Aussagen aus leitfadengestützten Interviews mit Pflegekräften als auch Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Motivation für die Berufsausübung, zur Wahrnehmung und Anerkennung der Altenpflege in der Gesellschaft, zur Arbeitszufriedenheit sowie zu den Belastungen und Ressourcen diskutiert. Dabei wird auch betrachtet, inwiefern die Strukturmerkmale des Fachkräftemangels und der personenbezogenen sozialen Dienstleistungstätigkeit Auswirkungen auf die Sichtweisen der Beschäftigten haben. Die in diesem Kapitel dargestellten berufs- und beschäftigungsbezogenen Überzeugungen der AltenpflegerInnen bilden die Grundlage der im nächsten Kapitel behandelten Einstellungen der Beschäftigten zu kollektivem Handeln sowie derzeitigen und möglicherweise zukünftigen Aktivitäten und Strategien kollektiver Akteure.

4.1 Wege in die Pflege – Motivation für die Berufswahl

4.1.1 „Ich wollte schon immer mit Menschen arbeiten ...“

Eine Grundhypothese unseres Projekts lautet, dass die Motivation, aus der heraus sich Menschen für eine berufliche Tätigkeit in der Pflege entscheiden, eine wichtige Rolle für das Arbeitnehmerbewusstsein spielt. Es wird unterstellt, dass Menschen, deren Hauptmotivation es ist, anderen Menschen zu helfen, ihre eigenen beruflichen und wirtschaftlichen Interessen eher in den Hintergrund stellen (vgl. Kapitel 1). Diese Vermutung lässt sich in den Interviews nachweisen. Vielfach fielen Formulierungen wie:

„Das Fürsorgliche, das ist so meins, sich kümmern, anderen etwas Gutes tun. Die alten Leute sind so hilflos“ (PK2)

„Ich bin total sozial eingestellt. Kleine Kinder, ältere Leute, alles, was Hilfe braucht, das zieht mich magisch an, das muss ich wirklich so sagen. Ob das verletzte Tiere sind oder ältere Menschen oder Kinder“ (PK15).

Es dominiert eine Deutung, die davon ausgeht, dass Menschen über eine verankerte Neigung zum Helfen verfügen. Die Gründe dafür werden in vielfältigen Faktoren der Sozialisation verortet, denen hier nicht nachgegangen werden kann. Dennoch ist die Sicht der Pflegekräfte auf ihre eigene Grundhaltung zum Pflegeberuf aufschlussreich. So nannte ein Interviewpartner vor dem Hintergrund seiner theologischen Universitätsausbildung Nächstenliebe als Motiv:

„Für mich ist Caritas – erst mal vom Wort her – Caritas ist ja Nächstenliebe. Und das ist es, warum ich in diesen Beruf eingestiegen bin. Von meiner Einstellung her wollte ich einfach mit Menschen arbeiten und nicht mit Maschinen. Also das ist meine Hauptintention“ (PK11).

Eine Krankenpflegerin, die bereits mit Blick auf ihre angestrebte Tätigkeit auf einer Sozialstation nach dem Schulabschluss eine Ausbildung im Pflegebereich durchlief, erläutert, dass der Beruf schon immer ihr Ziel war:

„Ich wollte schon immer mit Menschen arbeiten. (...) Für mich war das klar, dass ich einen Beruf haben will, in dem ich mit Menschen arbeiten kann. Was man sich so vorstellt als Krankenschwester, jemandem helfen zu können“ (PK12).

Diese frühzeitige Motivation für eine Tätigkeit in der Pflege wird auch von einer Krankenpflegehelferin geäußert, die ebenfalls direkt nach der Schule in den Pflegeberuf eingestiegen ist:

„Ich wollte schon immer Krankenschwester werden. Schon seit ich ein Kind war. Meine Motivation? Naja, weil ich gerne mit Menschen zusammen arbeite. Wahrscheinlich auch, weil man gerne hilft. Und weil das einfach Spaß gemacht hat“ (PK3).

Wie die Forschungslage zeigt, können diese Aussagen zur Berufsmotivation häufig nur einen Teil der komplexen individuellen Motive für eine Tätigkeit in der Altenpflege erklären. Einerseits spiegeln sie die subjektiv als sozial erwünscht betrachteten Aussagen hinsichtlich der Motivation für eine personennahe Dienstleistungstätigkeit wider. Andererseits stellen arbeitsmarktstrukturelle und individuelle Gründe einen wichtigen Erklärungsfaktor für die Ausübung einer Altenpflegetätigkeit dar, die sich jedoch nach Alter, Geschlecht und Bildungsgrad unterscheiden (Voges 2002: 154 ff.). Insofern sind auch sozialstrukturelle Merkmale der Beschäftigten einzubeziehen, die insbesondere bei der quantitativen Auswertung der Beschäftigtenbefragung differenziert betrachtet werden können.

4.1.2 Viele Wege führen in die Pflege

Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass nur wenige InterviewpartnerInnen aus ihrer Grundeinstellung heraus direkt nach der Schule eine Pflegeausbildung begonnen haben. Häufig wird darauf hingewiesen, dass sie eigentlich nie in der Pflege arbeiten wollten. Vielmehr führten sie letztlich private (PK4; PK6) oder arbeitsmarktbedingte (PK5; PK8; PK18) Ursachen in die Altenpflege.

Ein großer Teil der interviewten Pflegekräfte hat zunächst einen pflegefremden Beruf erlernt und in ihm gearbeitet oder war ohne Ausbildung in einem anderen Bereich tätig. Zwei ältere Frauen erzählen, dass sie aufgrund des Schulgeldes zunächst keine Pflegeausbildung absolvieren konnten. Mehreren Frauen kamen Heirat und Kindererziehung dazwischen. So wie bei einer Altenpflegerin aus einem ambulanten Dienst, die schon immer Krankenschwester werden wollte, deren Familie sich aber die Unterkunft im Schwesternwohnheim in den 1960er Jahren nicht leisten konnte. Sie machte deshalb eine Ausbildung zur Friseurin, bekam dann ein Kind und arbeitete später mehrere Jahre als Briefträgerin. Erst im Alter von 43 Jahren entschied sie sich, das zu tun, was sie „wirklich machen wollte“ (PK13). Heute sagt sie:

„Ich habe das [die späte Ausbildung] nie bereut. Ich sag mir häufig: Das war das Beste, was mir passieren konnte. Dass ich das so spät trotzdem noch angefangen habe. Hätte ich das doch 30 Jahre früher gemacht!“ (PK13).

Auch andere GesprächspartnerInnen sind auf Umwegen in der Pflege gelandet. Zu ihnen gehören zwei SpätaussiedlerInnen aus Russland. Einer von ihnen hatte dort eine Ausbildung zum KFZ-Mechaniker absolviert und in Deutschland zunächst eine Krankenpflegehelferausbildung abgeschlossen. In erster Linie war er auf der Suche nach einer kurzen Ausbildung, mit der er seine Sprachkenntnisse verbessern und schnell eine Stelle finden konnte.

„(...) und währenddessen habe ich dann gewaltig gemerkt, das ist eigentlich was für Dich. Sauber, trocken, nette Leute drum herum, da kannst du auch was Gutes tun. Das hat mir damals wirklich Spaß gemacht und zugesagt. Und da bin ich dann geblieben. Aus Spaß und damals auch Leidenschaft“ (PK10).

Ein anderer Pfleger hat hingegen mit dem Zivildienst einen Einstieg in die Pflege gewählt. Diesen leistete er im Krankenhaus. Er schloss eine Ausbildung zum Krankenpfleger an, wollte aber eigentlich nie in die Altenpflege. In seiner Heimatregion, in der er bleiben wollte, gab es jedoch nur Stellen im Altenpflegebereich und so landete er dort.

Ein solches Arbeitsmarktmotiv findet sich auch bei einigen anderen Personen im Sample. Zudem gaben mehrere Befragte an, die örtliche Nähe des Arbeitgebers oder die Arbeitszeiten, die sich besser mit den familiären Verpflichtungen vereinbaren ließen als jene im Krankenhaus, hätten den Ausschlag für den Eintritt in die Altenpflege gegeben. Dennoch waren sich fast alle InterviewpartnerInnen, unabhängig davon, ob sie schon immer in der Altenpflege arbeiten wollten oder nicht, darin einig, dass es eine bestimmte Einstellung brauche, um in diesem Bereich zu arbeiten.

4.1.3 Grundvoraussetzung „Herz“

Ein Interviewpartner, der sich noch in der Ausbildung zum Altenpfleger befindet, führte diese besondere Einstellung weiter aus. Er bezeichne die Einrichtung, in der er arbeite, ganz bewusst nicht als Altersheim, sondern als Seniorenresidenz, erklärte er. Altersheim klinge zu sehr nach „abgeschoben“ (PK11) und nach „warten auf den Tod“ (PK11). Er verstehe seine Einrichtung vielmehr als

„Seniorenheim, wo die [Pflegebedürftigen] dann die letzte Phase ihres Lebens leben. Die sind halt altersbedingt schwach und bestimmte körperliche Tätigkeiten sind eingeschränkt und immer mal wieder werden sie dann von Krankheiten betroffen, aber die sind nicht todkrank, sondern die leben da. Und für mich ist es wichtig, dass die da auch würdevoll leben. Und das ist so die Einstellung, mit der ich morgens zur Arbeit gehe. Bis jetzt habe ich nur ein gutes Gefühl bei dieser Arbeit, ich gehe gerne zur Arbeit. Für mich ist das schon ein Teil meines Lebens geworden, wenn ich frei habe oder so – heute habe ich frei und ich war schon zweimal im [Name des Heims] und weil ich ganz in der Nähe wohne, wenn irgendwas ist, dann gehe ich hin (...) – heute zum Beispiel war [eine externe Palliativfachkraft] da, das hat mich auch interessiert, deswegen bin ich da zusätzlich hingegangen, um zu gucken, welche Neuigkeiten es gibt, wie es mit der Dame weitergeht. Also es ist nicht nur so, dass ich dienstlich da bin, sondern auch privat. Das nehmen die älteren Menschen auch wahr. Die sagen, wenn der [Name des Pflegers] kommt, dann sind sie einigermaßen beruhigt. Wir fangen morgens um halb sieben an, da bin ich dann schon um sechs Uhr da und da bereite ich Frühstück vor“ (PK11).

Eine andere Pflegekraft, die kurz vor der Rente noch im Springerdienst arbeitet, verwies auf die notwendige Lebenserfahrung, um den Beruf ausüben zu können:

„Man muss den Job mit dem ganzen Herzen machen, sonst kann man das nicht leisten (...) Vielleicht braucht man auch eine gewisse Lebenserfahrung, um diesen Job gut zu machen“ (PK13).

Pflegen – und dazu auch noch gut pflegen – könne nicht jeder, so sehen es viele Befragte.

„Den Job kann man nur machen, wenn man das hier [zeigt auf ihr Herz] hat. Wenn man das nicht hat, dann kann man das nicht machen. Da kann man auch keine Schleckerfrauen oder Hartz-IV-Empfänger zu verdonnern“ (PK1).

Viele Pflegekräfte, die uns in dieser Projektphase begegneten, haben bereits vor ihrer Tätigkeit in der Pflege eine gewisse Leidenschaft für das Soziale empfunden. Andere, die über den Zivildienst oder vielfältige andere Umwege in der Pflege gelandet sind, haben während ihrer Tätigkeit gemerkt, dass ihnen dieses Soziale liegt. Sie alle sind sich einig, dass man eine ausgeprägte Motivation für die Interaktionsarbeit mit Menschen benötigt, um den Beruf ausüben zu können.

4.1.4 Ergebnisse: Beschäftigtenbefragung

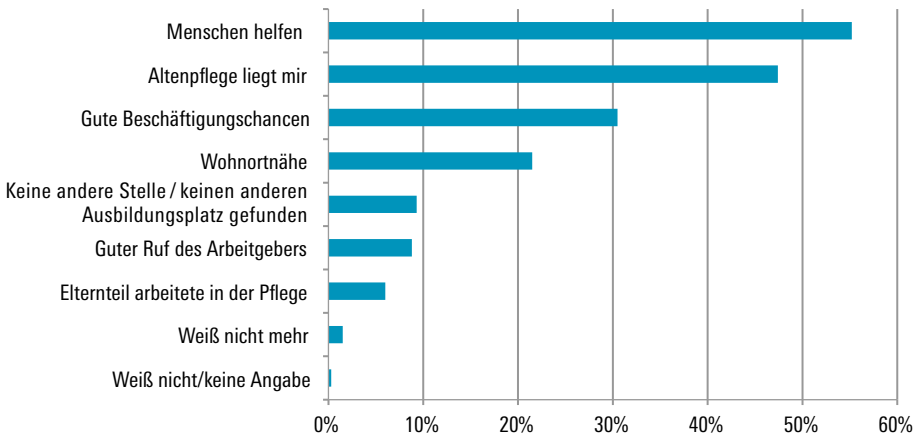
Die Annahme einer starken Motivation spiegelt sich in den Ergebnissen der Beschäftigtenbefragung wider. [Abbildung 7](#) zeigt, dass als Grund für eine Tätigkeit in der Altenpflege von 55,2 Prozent der befragten AltenpflegerInnen am häufigsten genannt wurde, anderen Menschen helfen zu wollen.

Fast die Hälfte der Befragten (47,4%) gibt zudem an, erst im Laufe der Zeit gemerkt zu haben, dass ihnen die Altenpflege liege. Dies zeigt sich auch darin, dass viele Beschäftigte erst über diverse Umwege in den Altenpflegeberuf gefunden haben, und dieser häufig erst die zweite, dritte oder vierte berufliche Station darstellt. 64,3 Prozent der Befragten haben vor ihrer Tätigkeit in der Altenpflege einen anderen Beruf ausgeübt. Insofern sind für den Teilarbeitsmarkt der Altenpflege für einen Großteil der Beschäftigten diskontinuierliche Erwerbskarrieren und Quereinstiege typisch. Diejenigen Beschäftigten, die vor ihrer Arbeit in der Altenpflege keinen anderen Beruf ausgeübt haben, sehen allerdings mit 62,9 Prozent den Hauptgrund für ihre Tätigkeit häufiger darin, anderen Menschen helfen zu wollen, als BerufswechslerInnen (50,9%).

Gegenüber dieser intrinsischen Einstellung spielen arbeitsmarktbezogene Beweggründe eine untergeordnete Rolle. Gute Beschäftigungschancen (30,5%) und die Wohnortnähe des Arbeitsplatzes (21,5%) werden dennoch häufig genannt. Letzteres nennen Beschäftigte, die zuvor einen anderen Beruf ausgeübt hatten, mit 26,1 Prozent signifikant häufiger als Grund für ihre Tätigkeit in der Altenpflege als die restlichen Befragten (13,1%).

Differenziert man die intrinsischen Motive für die Tätigkeit in der Altenpflege hinsichtlich bestimmter Beschäftigtengruppen, lassen sich Zusammenhänge je nach Qualifikationsniveau der Altenpflegekraft feststellen ([vgl. Tabelle 6](#)). Während insgesamt 55,2 Prozent der Befragten angeben, sie arbeiteten in der Pflege, um anderen Menschen zu helfen, nennen dieses Motiv 58,1 Prozent der Fach- und 57 Prozent der Hilfskräfte, jedoch nur 43,7 Pro-

Hauptgründe für die Tätigkeit in der Altenpflege



Die Frage lautete: „Was waren die Hauptgründe für Sie, in der Pflege zu arbeiten? Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie am ehesten zu? Bitte nennen Sie maximal 2 Gründe“. Die Antwortmöglichkeiten waren: „Ich wollte schon immer gerne anderen Menschen helfen“; „Ich habe irgendwann entdeckt, dass mir die Altenpflege liegt/Freude bereitet“; „Ich habe keine andere Stelle/keinen anderen Ausbildungsplatz gefunden“; „Ich weiß nicht mehr, warum ich in die Pflege gegangen bin“; „Ich dachte, die Altenpflege ist ein zukunftsfester Arbeitsmarkt mit guten Beschäftigungschancen“; „Meine Mutter bzw. mein Vater waren bereits in der Pflege tätig“; „Mein Arbeitgeber hat einen guten Ruf. Ich habe eine Arbeitsstelle in der Nähe gesucht“; „Weiß nicht/keine Angabe“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten. N = 749; maximal 2 Nennungen möglich.

zent der Angelernten. Ebenso verhält es sich mit der Begründung, dass die Altenpflege Freude bereite. Dies äußern Fach- (49,7%) und Hilfskräfte (50,6%) öfter als Angelernte (35,3%). Arbeitsmarktbezogene Gründe für die Tätigkeit in der Altenpflege werden hingegen häufiger von Angelernten genannt, etwa ein wohnortnaher Arbeitsplatz (40%) oder die Tatsache, keine andere Stelle gefunden zu haben (15,6%). Fach- (5,4%) und Hilfskräfte (11,6%) geben dies seltener an. Während somit eine die intrinsische Motivation für eine berufliche Tätigkeit in der Altenpflege in höherem Maße auf die Fachkräfte zutrifft, stehen bei Angelernten eher arbeitsmarktpolitische Motive im Vordergrund. Hilfskräfte nannten sowohl intrinsische als auch arbeitsmarktbezogene Gründe.

Neben diesen qualifikationsbedingten Unterschieden zeigen sich arbeitsmarktbezogene Gründe für eine Pflegetätigkeit vor allem unter befristet Angestellten, insbesondere gilt dies für die Aussage, keine andere Stelle gefunden zu haben (17,4% gegenüber 7,8% unter unbefristet Angestellten), sowie unter Teilzeitbeschäftigten, was einen Arbeitsplatz in der Nähe des Wohnortes betrifft. Beschäftigte in „kleiner Teilzeit“ geben dies zu 35,2 Prozent und Beschäftigten mit „großer Teilzeit“ zu 23,7 Prozent an (unter Vollzeitbeschäftigten sind es 15,7%). Die Begründung, die Altenpflege sei ein zukunftssicherer Arbeitsmarkt mit guten Beschäftigungschancen, führen hingegen ArbeitnehmerInnen in Vollzeit (32,3%) und „großer Teilzeit“ (33,8%) häufiger an als Beschäftigte in „kleiner Teilzeit“ (15,9%).

Tabelle 6

Hauptgründe für eine Tätigkeit im Pflegebereich nach beruflicher Qualifikation (in Prozent)

		Berufliche Qualifikation		
		FacharbeiterIn	Hilfskraft	Angelernt
Anderen Menschen helfen	Ja	58,1	57,0	43,7
	Nein	41,9	43,0	56,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Altenpflege bereitet mir Freude	Ja	49,7	50,6	35,3
	Nein	50,3	49,4	64,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Wohnortnähe	Ja	14,5	21,9	40,0
	Nein	85,5	78,1	60,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Keine andere Stelle/keinen anderen Ausbildungsplatz gefunden	Ja	5,4	11,6	15,6
	Nein	94,6	88,4	84,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0

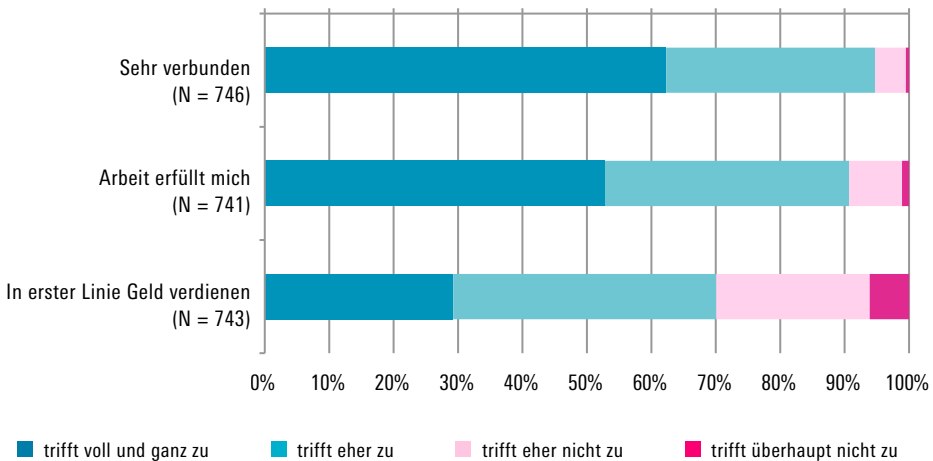
Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Zudem werden in der Befragung deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten in den neuen und alten Bundesländern sichtbar. Diese betreffen vor allem die Motive, anderen Menschen helfen zu wollen (Ost: 48,1%; West: 58,9%), dass die Altenpflege Freude bereite (Ost: 38,4%; West: 51,1%), keine andere Stelle gefunden zu haben (Ost: 14,3%; West: 6,5%) sowie gute Beschäftigungschancen in der Altenpflege (Ost: 37,6%; West: 26,9%). In den neuen Bundesländern werden deutlich häufiger arbeitsmarktbezogene Motive für die Tätigkeit in der Altenpflege angeführt, während in den alten Bundesländern das Motiv, anderen Menschen zu helfen, dominiert, was sich nicht zuletzt aus der Arbeitsmarktlage in Ostdeutschland erklären lassen dürfte.

In der Beschäftigtenbefragung zeigt sich die spezifische Motivationsstruktur in Bezug auf eine Tätigkeit in der Altenpflege auch bei der Frage nach der Verbundenheit mit dem Altenpflegeberuf (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8

Verbundenheit mit dem Altenpflegeberuf



Anmerkung: Die Frage lautete: „Wie zutreffend sind folgende Aussagen für Sie? Bitte sagen Sie mir jeweils, ob die Aussage auf Sie voll und ganz zutrifft, eher zutrifft, eher nicht zutrifft oder überhaupt nicht zutrifft“. Die abgefragten Aussagen waren: „Ich fühle mich dem Pflegeberuf sehr verbunden“; „Die Arbeit in der Pflege erfüllt mich“; „Ich will mit meiner Arbeit in erster Linie Geld verdienen“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Ergebnisse.

94,7 Prozent der Befragten geben an, dass sie sich dem Pflegeberuf sehr verbunden fühlten, treffe auf sie voll und ganz oder eher zu. Dies gilt ebenso für die Aussage, dass die Arbeit erfüllend sei (90,7%). Eine geringere, aber insgesamt immer noch mehrheitliche Zustimmung erhält die Aussage, mit der Tätigkeit in der Altenpflege in erster Linie Geld verdienen zu wollen (70,0%).

Wie bei den Gründen für die Berufswahl zeigen sich auch in [Tabelle 7](#) Differenzen in Bezug auf bestimmte Beschäftigtengruppe. So trifft die sehr hohe Verbundenheit mit dem Altenpflegeberuf auf 70,2 Prozent der Fachkräfte voll und ganz sowie auf 25,5 Prozent eher zu, während diese Werte für Hilfskräfte nur bei 56,5 bzw. 38,9 Prozent und für Angelernte bei 50,7 bzw. 39,6 Prozent liegen. Die Verbundenheit mit der Altenpflege ist somit unter den Altenpflegefachkräften deutlicher ausgeprägt als unter Beschäftigten mit geringerem Qualifikationsniveau, womit Parallelen zur intrinsischen Berufsmotivation der Fachkräfte deutlich werden.

Die sehr enge Verbundenheit mit dem Altenpflegeberuf trifft zudem in höherem Maße auf unbefristet Angestellte (65,9% gegenüber 41,2% unter befristet Angestellten), Altenpflegerinnen (63,9% gegenüber 51,1% bei männlichen Beschäftigten) sowie auf Beschäftigte in ländlichen Gebieten (66,2% gegenüber 59,8% in mittelgroßen Städten und 57,4% in Großstädten) zu. Für unbefristet Angestellte (55,3% gegenüber 39,1% unter befristet Angestellten) und Beschäftigte in ländlichen Regionen (58,2% gegenüber 48,3% in mittelgroßen Städten und 46,2% in Großstädten) gilt häufiger, dass sie die Pflege voll und ganz erfüllt. Die Antwort, mit der Pfl egetätigkeit in erster Linie Geld verdienen zu wollen, wird eher von Beschäftigten in den ostdeutschen Bundesländern voll und ganz geteilt (41,1%) als von denen in den alten Bundesländern (22,9%). Betrachtet man die BerufswechslerInnen, zeigt sich der Zusammenhang, dass die enge Verbundenheit mit dem Pflegeberuf auf diejenigen, die vor ihrer Tätigkeit in der Altenpflege keinen anderen Beruf ausgeübt haben, häufiger voll und ganz zutrifft (56,6%) als auf die restlichen Beschäftigten (50,5%).

Insgesamt lässt sich sagen, dass die intrinsische Motivation für die Ausübung des Altenpflegeberufs unter den Beschäftigten dominiert, was in einer hohen Verbundenheit zum Beruf deutlich wird sowie im dominanten Motiv für die Berufswahl, anderen Menschen zu helfen. Entgegen der Ausgangsthe-se über die Berufsmotualität hat die Erhebung jedoch gezeigt, dass die intrinsische Motivation und Berufsverbundenheit nicht auf alle AltenpflegerInnen in gleichem Maße zutrifft. Sie ist insbesondere unter Fachkräften besonders stark ausgeprägt, während sich angelernte Beschäftigte und Hilfskräfte eher auf Basis arbeitsmarktbezogener Motive für die Altenpflege entscheiden und

Verbundenheit mit der Pflege als Grund für die Berufswahl (Angaben in Prozent)

Ausprägung		Verbundenheit mit der Pflege				Gesamt
		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	
Qualifikation	Fachkraft	70,2	25,5	4,0	0,3	100
	Hilfskraft	56,5	38,9	3,8	0,8	100
	Angelernt	50,7	39,6	9,0	0,7	100
Anstellungs-verhältnis	Befristet	41,2	53,5	4,4	0,9	100
	Unbefristet	65,9	28,7	4,9	0,5	100
Geschlecht	Männlich	51,1	38,0	9,8	1,1	100
	Weiblich	63,9	31,5	4,1	0,5	100
Region	Ländliche Gegend (bis 20.000 Einw.)	66,2	31,1	2,7	0,0	100
	Mittelgroße Stadt (20.000 bis 100.000 Einw.)	59,8	35,6	3,4	1,1	100
	Großstadt (über 100.000 Einw.)	57,4	32,0	10,2	0,5	100
Ost-West	Ost	57,1	35,5	6,9	0,4	100
	West	65,0	30,7	3,7	0,6	100
Berufs-wechslerIn	Ja	56,5	38,3	4,6	0,6	100
	nein	72,7	21,7	5,2	0,4	100

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Ergebnisse.

diese angesichts diskontinuierlicher Erwerbskarrieren somit stärker als Zweit- oder Drittberuf nutzen. Zudem wurden intrinsische Motive eher von Beschäftigten in den westdeutschen Bundesländern genannt, während bei AltenpflegerInnen im Osten eine stärkere Arbeitsmarktorientierung vor-

herrscht und diese zugleich mit ihrer Arbeit häufiger in erster Linie Geld verdienen wollen. Eine enge Verbundenheit und intrinsische Einstellung zum Altenpflegeberuf scheint zudem eher auf Beschäftigte zuzutreffen, die zuvor keinen anderen Beruf ausgeübt haben, während für die zahlreichen BerufswechslerInnen eher arbeitsmarktbezogene Beweggründe im Vordergrund zu stehen scheinen.

Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Einstellungen und Motivationen der Altenpflegekräfte gegenüber ihrer Berufsausübung lässt sich schlussfolgern, dass wir es in der Altenpflege mit heterogenen sozialen und beruflichen Lagen zu tun haben. Vor allem Fachkräfte, die zuvor keinen anderen Beruf ausgeübt haben, weisen offensichtlich eine hohe intrinsische Motivation auf – und leiten daraus auch ein vergleichsweise hohes Zufriedenheitsgefühl ab. Dagegen scheinen unter den angelernten Kräften und AltenpflegehelferInnen, die die Altenpflege nach diversen beruflichen und privaten Umwegen häufiger als Zweitberuf nutzen, arbeitsmarktbezogene Motive weiter verbreitet zu sein, wodurch sie auch eher instrumentell wirtschaftliche Interessen mit dem Pflegeberuf verknüpfen. Bei der zuletzt genannten Gruppe zeigt sich auch, dass diese weniger bereit ist, sich zu engagieren, und weniger Interesse an kollektiven Aktivitäten aufbringt. Die aufgezeigten Einstellungen spiegeln dabei die spezifische Berufsmentalität sowohl einer personenbezogenen Dienstleistungsbranche als auch eines von Fachkräftemangel betroffenen und daher für diskontinuierliche Erwerbskarrieren offenen Berufsfeldes wider.

4.2 Image der Altenpflege – Selbst- und Fremdwahrnehmung

4.2.1 „Pflegen kann jeder!“ – mangelnde Anerkennung

Die gesellschaftliche Wertschätzung der Altenpflege ist in Wissenschaft und Politik als eines der zentralen Probleme bei der Gewinnung der so dringend benötigten Fachkräfte erkannt worden (Fuchs-Frohnhofen et al. 2010). Von mangelnder Anerkennung berichteten auch die interviewten Pflegekräfte. So zeigt eine Interviewpartnerin einen Widerspruch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Pflege als Erwerbsarbeit auf:

„Altenpflege hat immer den Ruf: kann doch jeder. Auf der anderen Seite kommt dann auch immer: Ich bewundere Euch, ich könnte das nicht“ (PK1).

Einige Interviewpartner sprachen eine kurz zuvor im Fernsehen gezeigte Reportage (von Günter Wallraff) an, in der durch Undercoverrecherchen Missstände in der Pflegebranche aufgezeigt wurden.

„Das ist mir sowas von nahegegangen. Ganz egal, wo Du hinhörst, nur Negatives. Es ist ja gut, dass sie das auch aufdecken, also das hat mich auch erschreckt. Das würde es hier nicht geben. Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass jemand mit einem hilflosen Menschen so umgeht. Also das hat mich gestern schwer getroffen, irgendwie“ (PK9).

Die enge Bindung an den Beruf gepaart mit ausgeprägter Leidenschaft dürfte diese wahrgenommene Geringschätzung für die Pflegekräfte noch schmerzhafter ausfallen lassen. Doch nicht nur eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung vermissen viele Pflegekräfte. Eine Pflegefachkraft, die erst vor einigen Jahren als Krankenschwester in die Altenpflege gewechselt ist, fühlte sich selbst von ihren Vorgesetzten in ihrer Fachkompetenz unterminiert:

„[Es ist] auch so, dass dann Pflegefachkräfte Küchenarbeit gemacht haben. Dann hieß es immer vom Haus aus, da müsst Ihr Euch doch nicht gegen wehren, weil das ist ja nichts Schlimmes. Das ist ja auch nichts Schlimmes, Brote zu schmieren, aber! Man kann doch nicht eine Pflegefachkraft Küchenarbeit machen lassen!“ (PK4).

Die Aussage dieser ausgebildeten Krankenpflegerin zeigt, dass auch unter den verschiedenen Berufsgruppen das Thema Anerkennung relevant ist. So differenziert auch eine Kinderkrankenpflegerin ihre Rolle gegenüber den AltenpflegerInnen wie folgt:

„Ich denke schon, dass das Image von uns [Krankenpflegekräften] immer noch viel besser ist als das von der Altenpflegerin“ (PK8).

Eine Interviewpartnerin, ebenfalls ausgebildete Krankenpflegerin, führt an einem Beispiel die wahrgenommene geringe Akzeptanz des Berufes sehr drastisch vor Augen:

„Da hat sich der Sohn einer Bekannten für die Pflege interessiert, da hat die gesagt: 'Nee, der muss anderen nicht den Arsch abputzen.' Wortwörtlich. Dieses Bild hat sich nicht geändert. Ich meine, wir haben eine dreijährige Ausbildung, wir sind, denke ich, hoch qualifiziert. Und ob ich jetzt meine Ausbildung auf der Bank gemacht habe, drei Jahre, oder in der Pflege, da finde ich einfach, diese Akzeptanz ist einfach nicht da und das würde ich mir wünschen. Das ist nämlich ein Beruf, der viel Leistung erfordert, der viel Engagement erfordert und der auch viel Fachwissen erfordert, und zwar zunehmend [mehr]“ (PK 12).

Das erforderliche „Verantwortungsbewusstsein“ (PK12) wird auch in einem anderen Zitat deutlich. Eine Pflegerin gibt an, dass für „das Besondere“ des Pflegeberufes heute keine Zeit mehr bliebe. Auf die folgende Frage, ob sie in diesem „Besonderen“ einen wichtigen Teil ihrer Arbeit sehe, antwortet sie, indem sie den Fokus weg von der eigenen Person auf die zu Pflegenden lenkt.

„Ich würde sagen, das ist so eine Abfertigung. Für mich persönlich. Ich meine, man tut alles Mögliche für die alten Leute, das stimmt schon. Sie haben zwar ihre Beschäftigung und so. Aber das Familiäre, das Auf-sie-Zugehen. Das fehlt einfach, ne. Das gefühlvolle Umgehen mit den Leuten, das ist nicht mehr. Weil man die Zeit nicht mehr hat. Es ist einfach, das muss alles husch, husch gehen“ (PK17). Interviewerin: „Meinen Sie also, dass Sie die *Gute Pflege* gar nicht leisten können?“

„Wir tun schon das Beste, wir tun schon unser Bestes in der Pflege, das stimmt schon. Aber es bleibt eben etwas auf der Strecke. Ich meine dieses Persönliche, dieses Gefühl zueinander, das fehlt. Das bleibt auf der Strecke. Sicher, die Pflege ist erst mal ganz wichtig, die Dokumentation ist ganz wichtig, aber das andere ... das fehlt“ (PK17).

Interviewerin: „Ist dieses ‚Andere‘ für Sie ein wichtiger Teil Ihrer Arbeit?“

„Ja, es ist auch für die Leute gut. Für die alten Leute. Für die wäre es ja gut“ (PK17).

Dieses Zitat stellt noch einmal die Besonderheit der Interaktionsarbeit heraus. Die Befragte betont, die Anerkennung qualitativ guter Pflegearbeit sei

vor allem deswegen wichtig, weil das im Interesse der zu pflegenden Personen liegt. Insgesamt scheint vor allem unter den Fachkräften das Thema der gesellschaftlichen Anerkennung weit verbreitet zu sein.

4.2.2 Blick der Aussteiger

Interessant ist auch die Sicht derjenigen auf die Altenpflege, die das Tätigkeitsfeld bereits wieder verlassen haben oder sich eine spezielle berufliche Nische darin gesucht haben. Dabei ist es wenig überraschend, dass die Aussagen über die Altenpflege und die Menschen, die dort arbeiten, hier kritischer ausfallen als bei Personen, die aktuell als AltenpflegerInnen arbeiten. Eine Pflegekraft, die nach Altenpflege und Demenzbetreuung inzwischen in der Behindertenhilfe tätig ist, beschreibt die Unterschiede zwischen den Helfefeldern und bringt den Begriff Niveau ins Spiel. Damit meine sie nicht nur die Ausstattung, sondern auch die Personen, die in der Altenpflege arbeiteten. In der Behindertenhilfe sei mehr ausgebildetes Personal, dort gebe es „einen gewissen Anspruch“ (PK7).

„Da wird nicht alles so persönlich genommen, natürlich, wir sind alle Menschen, da wird auch mal geschimpft, aber damit hat es sich dann auch. Es bildet sich kein Geklüngel, wie es in der Altenarbeit sehr, sehr oft ist. In der Altenarbeit ist eben auch wenig ausgebildetes Personal, nur so ein paar, die quasi die Tabletten richten und die Spritzen und die Behandlungspflege machen dürfen, und der Rest, das sind ‚Rödelheimer‘, [die nach dem Motto arbeiten] Hauptsache schaffen und Geld verdienen, so habe ich es immer wieder erlebt, die da mit wenig Herzblut dabei sind“ (PK7).

Eine andere Interviewpartnerin blickt ebenfalls kritisch auf das Personal in Altenpflegeeinrichtungen:

„Bei uns sind es halt auch Leute, die sich in die Palliativpflege hingezogen fühlen, die sind auch nicht so Schnitt. Das sind ja welche, die viel Vorerfahrung und eine hohe Motivation haben (...) oder zumindest irgendwie so einen anderen Drive als jemand, der jetzt irgendwie Geld verdienen muss und mit ’ner halben Stelle im Altersheim

schaft. Also was da so unterwegs ist, da stellen sich ja einem die Nackenhaare auf. Was ja auch kein Wunder ist, bei der Bezahlung und bei der Qualifikation, da muss man sich ja nicht wundern“ (PK19).

Die Gesprächspartner, die die Altenpflege inzwischen verlassen haben, berichteten, dass Veränderungsprozesse in der Altenpflege schwierig umzusetzen seien:

„Die, die in der Altenarbeit arbeiten, so wie ich es erlebt habe, ich glaube nicht, dass sich das großartig geändert hat, das sind alles, finde ich, die Pflegekräfte, sind welche, die sehr viele seelische Verletzungen mitgekriegt haben, die Leute. Die das dann auch irgendwo ausleben. Die Alten sind schwächer als die und da wird auch sehr massiv Druck ausgeübt zum Teil, ja. Und wenn die jemanden haben, [der sagt] ‚Komm, ich nehm‘ Dich an der Hand‘, so wie es die eine gemacht hat, die Stationsleitung, komm, wir setzen uns hin, wir weinen zusammen, wir machen das alles zusammen, komm und wir rauchen erst 25 Zigaretten und trinken drei Liter Kaffee und wer weiß was ... auf dieser Schiene kann man die Leute unheimlich leicht kriegen, die Pflegekräfte und wenn einer mal ein bisschen was Neues, neue Ideen hat und so, die haben keine Chance. Das habe ich auch von anderen gehört. Die werden weggebissen. Das fand ich so treffend, wie ich das mal gehört habe. Die werden weggebissen. Und das fand ich so furchtbar. Schlimm, das alles“ (PK7).

In anderen Pflegebereichen, so sehen es die „Ehemaligen“, ist die Personalausstattung aufgrund der stärkeren Motivation, der berufsnäheren Qualifikation und der Beschäftigtenstruktur besser. Insgesamt lässt sich aus den Interviews hinsichtlich des Themas Anerkennung rekonstruieren, dass AltenpflegerInnen die öffentliche und einrichtungsinterne Wertschätzung teils als recht gering wahrnehmen. Als Ursachen wurden dabei auch die stärkere Verbreitung geringerer Qualifikationsniveaus als in anderen Berufen genannt sowie die Einstellung einiger Pflegekräfte, ihre Tätigkeit lediglich zum „Geld verdienen“ (PK19) zu nutzen, was den Mangel an Anerkennung für das Berufsfeld durchaus erklärbar macht. Hier werden auch die oben aufgezeigten differierenden Einstellungen verschiedener Beschäftigtengruppen gegenüber der Altenpflege deutlich.

4.2.3 Ergebnisse: Beschäftigtenbefragung

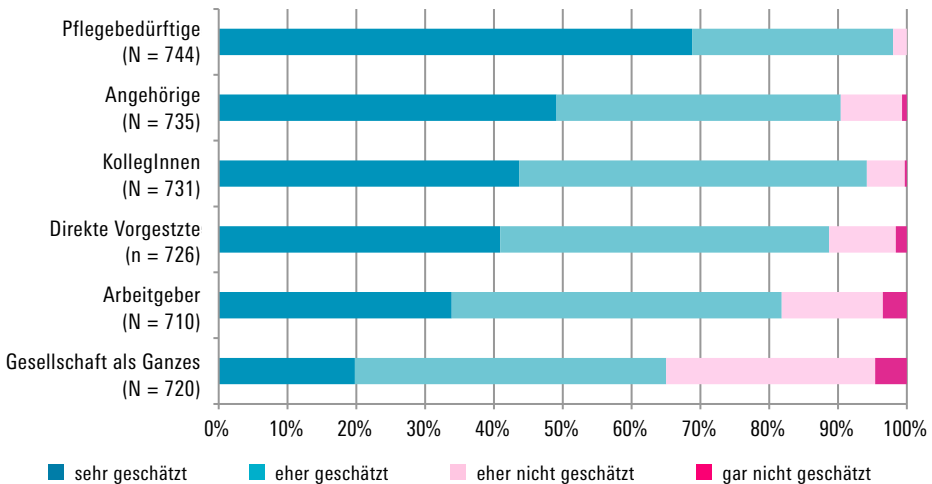
In [Abbildung 9](#) sind die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung hinsichtlich der auf Beschäftigtenebene wahrgenommenen Wertschätzung dargestellt.

Die größte Wertschätzung empfinden die Pflegekräfte in der direkten Interaktion mit den Pflegebedürftigen (98,0% sehr sowie eher geschätzt). Dies deckt sich mit der Aussage in einigen Interviews, man bekomme von den Pflegebedürftigen viel zurück. Hohe Anerkennung erhalten AltenpflegerInnen aus ihrer eigenen Sicht heraus auch von Angehörigen (90,4%), KollegInnen (94,1%), direkten Vorgesetzten (88,7%) sowie dem Arbeitgeber (81,9%). Die Gesellschaft als Ganzes hingegen schneidet im Vergleich dazu schlecht ab. 35,0 Prozent der Befragten fühlen sich in ihrer Tätigkeit von der Gesellschaft eher nicht oder gar nicht geschätzt.

Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 80) kommen bezüglich der Wertschätzung von Seiten der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der Kolleg-

Abbildung 9

Wertschätzung der Altenpflege aus Sicht der Beschäftigten



Anmerkung: Die Frage lautete: „Wie ist das eigentlich: Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit von den folgenden Gruppen geschätzt wird? Würden Sie sagen Ihre Arbeit wird von [Gruppe] sehr geschätzt, eher geschätzt, eher nicht geschätzt oder gar nicht geschätzt?“ Die abgefragten Gruppen waren: „Pflegebedürftige“, „Angehörige der Pflegebedürftigen“, „Ihre Kolleginnen und Kollegen“, „Ihre direkten Vorgesetzten“, „die Gesellschaft als Ganzes“, „Ihr Arbeitgeber“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Innen zu niedrigeren Werten, wobei die empfundene Wertschätzung im ambulanten Bereich jeweils deutlich größer ist als im stationären Sektor. Auch die Aussage, viel von den Pflegebedürftigen zurückzubekommen, teilten gemäß den Autorinnen nur 57,4 Prozent der befragten Beschäftigten (ebd.). Ergänzend hierzu zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Beschäftigtenbefragung, dass die Wahrnehmung einer sehr hohen Wertschätzung von Seiten der KollegInnen und der Vorgesetzten unter Fachkräften verbreiteter ist (50,0% bzw. 44,0%) als unter Hilfskräften (39,4% bzw. 40,3%) und Angehörten (33,6% bzw. 33,8%). Theobald, Szebehely und Preuß weisen darauf hin, dass die Wertschätzung der Tätigkeit sehr viel zur positiven Beurteilung der eigenen Arbeitsbedingungen beiträgt (ebd.: 81). Im Zusammenhang mit den größeren sozialen Ressourcen auf Seiten der Fachkräfte kann man davon ausgehen, dass diese vor allem im ambulanten Sektor die pflegespezifischen Belastungen ein Stück weit besser ausgleichen können als Hilfs- und angeleitete Kräfte. Dies gilt auch für unbefristet Angestellte, die häufiger das Gefühl haben, dass ihre Arbeit von den Pflegebedürftigen (70,8%), den Angehörigen (51,8%) und den Vorgesetzten (41,8%) sehr geschätzt wird.

Die aus Sicht der Beschäftigten insgesamt geringe Wertschätzung steht in einem gewissen Widerspruch zu Berufsrankings, in denen der Kranken- bzw. Altenpflege regelmäßig ein hohes Ansehen attestiert wird (dbb 2015: 9; IfD Allensbach 2013: 2). Dies deckt sich jedoch mit den Ergebnissen eines Forschungsprojekts, das sich mit der Wertschätzung von Dienstleistungsberufen allgemein und der Kranken- und Altenpflege im Speziellen auseinandergesetzt hat (Nölle/Goesmann 2009). Die dort erhobene geringe Wertschätzung des Altenpflegeberufs hängt demnach eng mit dem Selbstverständnis eines zunehmenden Teils der AltenpflegerInnen und mit einer mangelnden öffentlichen Darstellung der eigenen Beruflichkeit zusammen (ebd.: 20).

4.3 Arbeitszufriedenheit

Die belastenden Arbeitsinhalte und -bedingungen in der Altenpflege wurden auch in den Interviews teilweise sehr ausführlich beschrieben. Im Folgenden soll der Blick auf den Umgang mit diesen Belastungen, die Bewertung der Arbeit und die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrer Tätigkeit gerichtet werden. Die Heterogenität des Samples spiegelt sich auch hier wider. Die Aussagen reichen von „Unbedingt zufrieden!“ (PK13) bis zu „Ich bin entsetzt und ich bin enttäuscht und ich bin einfach nur froh, dass ich mich mit über 50 noch mal auf die Schulbank gesetzt habe [und deswegen die Altenpflege ver-

lassen konnte]“ (PK8). Letzteres wurde allerdings von einer Aussteigerin geäußert. Diejenigen, die gegenwärtig noch in der Pflege arbeiten, können sich mit den Bedingungen nach eigener Aussage mehr oder weniger gut arrangieren. Eine besonders positive Bewertung wird von einer Altenpflegehelferin im Vergleich zu ihren vorherigen Berufen geäußert:

„Ich bin sehr zufrieden. Weil, ich habe ja schon gesagt, ich habe schon als Verkäuferin und als Sekretärin gearbeitet, aber das waren nicht meine Berufe. Und jetzt, jetzt bin ich so glücklich, ich hab meine Stelle gefunden im Leben“ (PK16).

Die meisten InterviewpartnerInnen bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen den oben genannten Polen unbedingter Zufriedenheit und großer Unzufriedenheit, wie folgendes Zitat beispielhaft verdeutlicht:

„Die Zufriedenheit ist weniger geworden, aber immer noch da. Man sucht einfach nach dem, was dir noch Spaß macht. Durch diesen Druck, da muss man schon gucken, wo man bleibt. Deswegen wollte ich nie in eine Leitungsposition, wo der Druck noch größer ist, von oben und von unten. Deswegen dachte ich, lieber näher an den Menschen und dann hast du was davon, auch für dich persönlich. Sonst wird man es wahrscheinlich kaum aushalten oder ständig wechseln. Aber hier, das Personal, die Beziehung stimmt, die Bewohner-Personal-Beziehung stimmt auch. Gut, finanziell könnte man ein bisschen mehr draus machen, aber man kann noch überleben“ (PK10).

4.3.1 Positive Resonanz

Eine in der Literatur angeführte Ressource zur Steigerung der individuellen Zufriedenheit stellt die Interaktion mit den Pflegebedürftigen dar (Theobald et al. 2013: 79). Dies wird auch von vielen InterviewpartnerInnen betont:

„Also man bekommt ja wirklich viel zurück, das muss man einfach sagen. Von 100 Prozent sind es vielleicht 1 Prozent an Patienten, die sind unausstehlich, da kann man nichts machen. Wenn man dann in seiner Tour so einen hat, ach, dann freut man sich auf die nächsten 20. Der eine kann einem das nicht so vermiesen (...)“ (PK13).

Die Pflegerin hebt die Zufriedenheit mit dem Beruf an sich hervor, die es ihr erlaube, über manche Rahmenbedingungen hinwegzusehen. Ähnlich auch eine andere Pflegekraft:

„Ich bin in die Pflege bewusst eingestiegen, weil ich Menschen nicht nur pflege, sondern viel von denen lerne, erfahre. Ältere Menschen haben so einen Schatz an Erfahrung, also ich lerne von denen viel und das ist manchmal auch egoistisch, weil es macht mich auch zufrieden, weil ich etwas tue, als Beruf ... man braucht es ja auch, dass man zufrieden ist mit seiner Arbeit, und diese Erfahrung macht mich ein bisschen reicher. Und deswegen mache ich das. (...) Die anderen Bedingungen ärgern mich auch manchmal, aber ich sehe auch viele Chancen, Pflege mit Seelsorge zu verbinden, und den Rest, den nehme ich halt in Kauf“ (PK11).

Der gleiche Pfleger berichtet, dass er aus anderen Einrichtungen ganz andere Bedingungen kenne und deshalb mit den aktuellen Bedingungen relativ zufrieden sei.

„Und immerhin kann ich sagen, von den Übeln ist das hier die am wenigsten Üble. So in dem Sinne“ (PK11).

Das Argument, dass es woanders noch schlechter sei, tauchte in den Interviews häufiger auf. Ein Altenpfleger meinte:

„Da habe ich ganz anderes gesehen, wo ich es wirklich keine zwei Tage aushalten konnte. Deswegen bin ich wieder hier gelandet und es ist gut so“ (PK10).

Hierbei zeigt sich auch das in der Literatur als „Zufriedenheitsparadoxon“ (Voges 2008: 77) bezeichnete Phänomen der subjektiv relativ hohen Zufriedenheit trotz objektiv defizitärer Bedingungen. Diese paradoxe Situation entsteht zumeist dann, wenn die Verbesserung der Lebenslage nicht als realistisch betrachtet wird und stattdessen die eigenen Ansprüche verringert werden. Dies geschieht beispielsweise durch den Vergleich mit den Lebenslagen anderer Personen (ebd.). Im Falle der Altenpflegekräfte wird dies in den Interviewaussagen bezüglich der schlechteren Arbeitsbedingungen in

anderen Einrichtungen (PK10) oder im Vergleich zu anderen, zuvor ausgeübten Berufen (PK16) deutlich. In diesen Fällen muss somit die subjektiv zum Ausdruck gebrachte Zufriedenheit der Beschäftigten nicht mit den objektiven Arbeitsbedingungen übereinstimmen.

Dass die schwierigen Bedingungen in Kauf genommen werden, wurde von den Interviewten aber nicht nur mit den Ressourcen, die in der Arbeit liegen, begründet, sondern auch damit, dass es „um den Menschen geht“ (PK5):

„Die Bedingungen könnten besser sein. (...) Wenn ich sehe, dass geteilter Dienst gemacht wird (...), dann denke ich, das ist überhaupt kein attraktiver Beruf, wenn man morgens und abends für zwei Stunden auf die Arbeit muss und ist dann auch nur für die Pflegerunden, also ich sag mal, nur für diese Knochenarbeit da. Dann ist das überhaupt nicht attraktiv. Letztendlich mag ich unsere Leute und unsere Bewohner und dann kann man im sozialen Bereich über vieles drüber gucken, weil es um den Menschen geht. Also es geht nicht um 'ne Kiste Wasser oder um ein Stück Holz, man denkt dann eben auch an seine Bewohner oder an seine Patienten, wie auch immer man das nennen möchte, und das wird aber auch ein Stück weit ausgenutzt, weil dieses Soziale hat man ja. Aber verbesserungswürdig ist das, ja“ (PK5).

Dabei hängt das Ausmaß an Zufriedenheit im Umgang mit den Menschen in hohem Maße davon ab, inwiefern die Pflegekräfte von den zu Pflegenden Wertschätzung erhalten. Gerade im Falle der Schwerstpflege geben die KlientInnen nur wenig Feedback, wodurch die Zufriedenheit sinkt.

Ein einzelner Pfleger zog darüber hinaus auch die Bezahlung als Argument für seine Zufriedenheit heran.

„In den letzten zehn Jahren hat sich die Lage merklich angespannt, die Bedingungen sind schon schlecht, aber solange die Bezahlung stimmt – und die stimmt bei der Caritas noch – ist das schon ok“ (PK18).

Manche InterviewpartnerInnen zögerten auch, ihre Unzufriedenheit zu äußern. So antwortet eine Pflegehilfskraft zunächst, sie gehe jeden Tag gern zur

Arbeit, um dann im weiteren Verlauf des Interviews doch massive Veränderungsbedarfe anzubringen:

„Ja, man müsste da schon was machen, aber ... es ist ja so: Ich komm hier zwar so kleinlaut raus, aber die Zeit, die man morgens hat, die ist schon sehr knapp. Man gewöhnt sich zwar an das Tempo, man merkt das ja selber gar nicht mehr, dass man nur noch rennt. Da fehlt schon oftmals die Zeit, dem Bewohner mal ein offenes Ohr zu schenken. Weil einfach MDK-mäßig es diese Vorgaben gibt. Man ist da ganz schön am Flitzen. Gefallen tut mir die ganze Geschichte auch nicht, in der Richtung. Aber ich würde jetzt nicht sagen, so, ich geh jetzt auf die Straße und mach diesen hier. Also ich bin nicht der Typ dazu“ (PK15).

Deutlich sichtbar wird, dass das Motiv der Zufriedenheit möglicherweise auch eine Rechtfertigung darstellt, da die Arbeitsbedingungen eigentlich Anlass zum Protest geben würden, was sich diese Pflegehilfskraft jedoch nicht zuzutrauen scheint. Die Interaktivität der Pflegearbeit, die von den einen als Ressource beschrieben wird, wird von anderen als Quelle von Unzufriedenheit wahrgenommen. Eine Pflegerin berichtet, ihre persönliche Zufriedenheit sei in den letzten Jahren geringer geworden.

„Weil ich merke, die Leute fühlen sich nicht so ... das spüre ich einfach. Das war früher anders. Ich spüre das irgendwie. Und mir selber geht es dabei ja auch nicht gut. Ich merke das ja, wenn alles nur zack, zack geht. Das spüren auch die Leute. Man muss sich zwar beherrschen, die Hektik darf sich auf die Leute nicht übertragen, das darf nicht sein. Aber irgendwie spüren das auch doch die Leute, die sehen ja auch, dass wir hin- und herrennen, wir haben ja auch nur zwei Hände und zwei Füße, das spüren die auch. Und dann kommt auch die Unzufriedenheit, auch bei den Leuten“ (PK17).

Die Ressourcen, die Altenpflegetätigkeiten bereithalten, sind insgesamt somit also durchaus ambivalent zu betrachten. Sie dienen im Sinne des Zufriedenheitsparadoxons zur Aufrechterhaltung der Beschäftigungszufriedenheit, doch werden sehr wohl die kritischen Aspekte reflektiert. Eine weitere Ressource bildet das Einrichten von Arbeitsnischen, womit sich der folgende Abschnitt befasst.

4.3.2 Nischen und Kräfte der Entlastung

Eine Gesprächspartnerin erklärt, ihre Zufriedenheit habe wohl damit zu tun, dass sie heute nicht mehr ausschließlich pflege, sondern als Qualitätsbeauftragte auch in Beratung, Verwaltung und Organisationsentwicklung zu tun habe:

„Also ich kann immer noch sagen, ich bin sehr froh mit dem Beruf und ich würde auch nichts anderes lernen wollen. Ja. Ich bin jetzt auch froh, dass ich nicht mehr ausschließlich in der Pflege bin, dass ich einfach beides machen kann, dass ich die Möglichkeit habe. Denn dadurch dass wir ja immer allein sind – klar, es gibt Pflegehilfsmittel, aber es ist sehr, sehr anstrengend. In einem vollen Bezirk als Vollzeitkraft zu fahren, das geht schon an die Substanz. Und ich bin eben auch froh, dass ich in der Funktion jetzt auch gucken kann, was ist gut und was können wir vielleicht auch ändern. Also das finde ich auch wichtig, ja“ (PK12).

Ähnlich wie diese Krankenpflegerin, die ihre Nische als Entlastung beschreibt, äußerte sich auch eine Altenpflegerin, die in einer Demenz-WG arbeitet. Sie nennt die Besonderheit ihrer Arbeitsstelle als Grund, warum sie in der Pflege trotz Belastung zufrieden sei. Die Mitarbeiter seien viel freier als in der klassischen Pflege, man könne sich mehr Zeit nehmen, es werde auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen mehr eingegangen. Da man sehr flexibel sein müsse, sei die Arbeit zwar auch anstrengend, aber verschaffe auch mehr Befriedigung.

„Klar, wir haben die gleichen Probleme wie andere auch: Zu wenig Personal und alles, es gibt Tage, da gehen wir auf dem Zahnfleisch, aber es gibt so einen Kern, der macht das wieder wett“ (PK1).

Interessant sind auch die Erfahrungen einer Krankenpflegehelferin, die nach langer Auszeit wieder in die Pflege eingestiegen ist. Sie meint, sie könne den hohen Stresspegel wohl nur aushalten, weil sie erst seit Kurzem wieder im Job sei.

„Am Anfang konnte ich mir gar nicht vorstellen, dass ich auch mal so gleichgültig und ungeduldig werde, aber mittlerweile frage ich

mich, ob ich das durchhalten kann. Ich glaube nicht, dass man unter diesen Bedingungen lange durchhalten kann“ (PK3).

Ähnlich die Aussage einer Altenpflegerin, die erst spät in die Pflege eingestiegen ist:

„Bis zur Rente, das schafft man nicht. (...) Mit Halbtags geht es. Aber Vollzeit, nein. Das hab ich mir dann damals auch ausgesucht. Ich bin jetzt seit 4 Jahren hier mit 'ner Dreiviertelstelle, weil vorher ja auch noch die Kinder da waren, also ich hätte hier nicht voll arbeiten wollen. Also die 40 Stunden, die man doch weniger arbeitet, die braucht man. Naja, nun ist es ja nicht so, dass wir die 40 Stunden auch mehr zuhause sind, weil hier ist ja ständig Einspringen angesagt, durch Krankheitsfälle, das haben wir jetzt hier wieder ganz akut. (...) Bei uns haben die Teilzeitkräfte jetzt alle so 40, 50, 60 Überstunden. (...) Wenn es möglich ist, wird das wieder reduziert, da ist unsere WBL doch bemüht, frei zu geben. Wenn nicht, dann wird das Ende des Jahres ausgezahlt. Aber ganz ehrlich, wir alle hier laufen schon am Limit der Belastung“ (PK4).

Die ausgeprägten Möglichkeiten eines späten Berufseinstiegs und der Unterbrechung des Berufsverlaufs oder auch der Verkürzung der Wochenarbeitszeit sind dabei spezifische Nischen, die auch durch den zunehmenden Fachkräftemangel befördert werden. Die zitierten Passagen machen insgesamt deutlich, dass die Frage nach der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte nicht leicht zu beantworten ist. Zwar besteht bei allen Befragten eine Unzufriedenheit mit den Bedingungen, doch es gelingt ihnen teilweise, diese Unzufriedenheit durch die Ressourcen, die der Pflegearbeit inhärent sind (vgl. Kapitel 2), zu kompensieren. Schließlich kann auch die materielle Ressource der als angemessen wahrgenommenen Bezahlung die Defizite der Arbeitsbedingungen kompensieren (PK18), wobei anzumerken ist, dass spezifische Ressourcen wie berufliche Auszeiten in ihrer Wirkung ohne langfristigen Effekt bleiben (PK3). Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung.

Die TeilnehmerInnen der Beschäftigtenbefragung wurden ebenfalls nach Ihrer Arbeitszufriedenheit gefragt. Dabei weisen die Arbeitsbedingungen in den Betrieben mit 72,4 Prozent sehr zufrieden oder zufrieden hohe Zustimmungswerte auf. Ein ähnliches, wenn auch etwas negativeres Bild ist bei den Rahmenbedingungen des Beschäftigungsverhältnisses (66,7%) bzw. den Be-

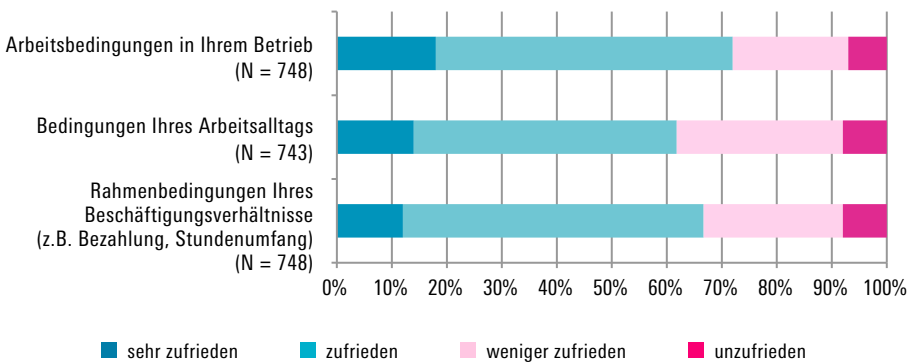
dingungen im Arbeitsalltag (61,8%) der Beschäftigten festzustellen (vgl. [Abbildung 10](#)).

Diese insgesamt hohe Zufriedenheit überrascht angesichts der dargestellten Belastungen in der Altenpflege. Die in der Beschäftigtenbefragung erhobenen Daten spiegeln nichtsdestotrotz die Ergebnisse anderer Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich wider (vgl. [Kapitel 2](#)). Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 67) fragen speziell nach den Arbeitszeitwünschen von Pflegekräften und ermitteln, dass 86,4 Prozent der Altenpflegekräfte mit ihren Arbeitsstunden zufrieden sind. Auch im Projekt Lohn-Spiegel wird relativ hohe allgemeine Zufriedenheit festgestellt (Bispinck et al. 2013: 24).

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, die alle Erwerbstätigen betrachtet, lässt sich – wenngleich die Fragestellungen nicht ganz deckungsgleich sind – feststellen, dass die Arbeitszufriedenheit der AltenpflegerInnen niedriger ausfällt als die aller Erwerbstätigen (vgl. [Tabelle 8](#)).

Abbildung 10

Zufriedenheit mit den Beschäftigungsbedingungen



Anmerkung: Die Fragen lauteten: „Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen in Ihrem Betrieb insgesamt? Denken Sie nun bitte einmal an die ‚Rahmenbedingungen‘ Ihres Beschäftigungsverhältnisses, also z. B. an den Stundenumfang, die Bezahlung oder ob Ihr Arbeitsverhältnis befristet ist und so weiter: Sind Sie damit ...? Und wenn Sie an die konkreten Bedingungen Ihres Arbeitsalltags denken, also z. B. die Dienstplangestaltung, die personelle Besetzung, das Arbeitsklima etc.: Wie zufrieden sind Sie damit?“ Die Antwortmöglichkeiten waren: „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „weniger zufrieden“, „unzufrieden“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Tabelle 8

Arbeitszufriedenheit

BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012: „Und nun alles in allem betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt?“ (Wittig et al. 2013: 43)		Erhebung dieser Studie: „Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen in Ihrem Betrieb insgesamt?“	
Sehr zufrieden	27,9%	Sehr zufrieden	17,8%
Zufrieden	64,7%	Zufrieden	54,6%
Weniger zufrieden	6,3%	Weniger zufrieden	21,4%
Nicht zufrieden	1,1%	Unzufrieden	6,2%

Quelle: Wittig et al. 2013: 43; Beschäftigtenbefragung 2015, eigene Darstellung.

Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Einkommen gaben in der Erwerbstätigenbefragung 72,4 Prozent der Befragten an, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, was deutlich unter dem Wert der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung von 92,6 Prozent liegt.

In diesem Zusammenhang erstaunt es auch nicht, dass in der vorliegenden Erhebung bei detaillierteren Nachfragen die Einschätzung gedämpfter ausfällt. Nach den Rahmenbedingungen ihres Beschäftigungsverhältnisses wie etwa Einkommen, Stundenumfang oder Arbeitsverhältnis gefragt sind nur noch 66 Prozent der Befragten zufrieden oder sehr zufrieden, wobei hier der Anteil an sehr zufriedenen Beschäftigten mit 11,4 Prozent am geringsten ist.¹ Bezogen auf die konkreten Bedingungen ihres Arbeitsalltages wie die Dienstplangestaltung, die personelle Besetzung oder das Arbeitsklima bezeichnen sich noch 61,8 Prozent als zufrieden. Entsprechende Unterschiede finden sich auch in den Beschäftigteninterviews, wobei die Zufriedenheit im Allgemeinen vor allem hinsichtlich der Interaktion mit den Pflegebedürftigen betont wird. Bei detaillierteren Nachfragen, insbesondere zu den Themen Entlohnung und Arbeitszeiten, zeigt sich deutlich, dass die Beschäftigten in diesen Bereichen unzufriedener sind als auf der allgemeinen Ebene.

¹ Diese Diskrepanz zwischen der Gesamtzufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Entlohnung zeigt sich dabei sowohl, wenn zunächst nach der allgemeinen Zufriedenheit gefragt wird wie in der vorliegenden Erhebung, als auch, wenn als Erstes nach der Entlohnung gefragt wird, wie in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (Wittig et al. 2013: 40 ff.).

Betrachtet man das Antwortverhalten verschiedener Beschäftigtengruppen (vgl. [Tabelle 9](#)), ergibt sich, wenig überraschend, dass vor allem befristet Angestellte seltener sehr zufrieden (4,4%) oder zufrieden (49,1%) mit den Rahmenbedingungen des eigenen Beschäftigungsverhältnisses sind als unbefristet Beschäftigte (12,5% bzw. 56,5%). Auch Beschäftigte, die zugleich Gewerkschaftsmitglieder sind, geben in geringerem Ausmaß an, zufrieden zu sein (2,2% sehr zufrieden und 46,2% zufrieden). Ein Erklärungsmuster könnte sein, dass sie über einen Kanal verfügen, um ihre Unzufriedenheit zu artikulieren, und zugleich die Arbeitsbedingungen mit geschärfter Aufmerksamkeit betrachten. Das könnte es ihnen leichter ermöglichen, das Zufriedenheitsparadoxon zu umschiffen. Darüber hinaus fallen die Zufriedenheitswerte in den neuen Bundesländern geringer (7,4% sehr zufrieden und 54,1% zufrieden) als in den alten aus (13,6% sehr zufrieden und 56% zufrieden). Bei ambulanten und stationären Diensten ergibt sich jedoch nahezu das gleiche Ausmaß an Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen, wie es auch Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 67) für den Bereich der Arbeitszeit aufzeigen.

Tabelle 9

Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Beschäftigungsverhältnisses (Angaben in Prozent)

		Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen des Beschäftigungsverhältnisses				Gesamt
Aus- prägung		Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Unzufrieden	
Arbeitsverhältnis	Befristet	4,4	49,1	31,6	14,9	100
	Unbefristet	12,5	56,5	25,4	5,6	100
Gewerkschafts- mitgliedschaft	Ja	2,2	46,2	34,1	17,6	100
	nein	12,7	56,5	35,2	5,5	100
Ost/West	Ost	7,4	54,1	32,3	6,2	100
	West	13,6	56,0	23,0	7,3	100
Arbeitsbereich	Ambulant	16,7	54,0	23,0	6,3	100
	Stationär	9,0	55,9	27,8	7,7	100

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Ergebnisse.

Zugleich geben 41,9 Prozent der Befragten an, dass sich die Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren eher verschlechtert hätten, während 31,3 Prozent keine Veränderung sehen. Immerhin 26,8 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass sich ihre Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren eher verbessert hätten. Beschäftigte in Großstädten (51,3%), in stationären Einrichtungen (47,5%), TeilzeitarbeiterInnen mit mehr als 50 Prozent (46,0%) und unter 50 Prozent der regulären Wochenarbeitszeit (41,1%), Fachkräfte (45,5%), unbefristet Angestellte (42,6%) sowie Beschäftigte in westdeutschen Bundesländern (45,8%) gehen eher von einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen aus. Interessanterweise ist diese Einschätzung gerade bei denjenigen Beschäftigtengruppen übermäßig häufig vertreten, die die Altenpflege Tätigkeit eher aus einer intrinsischen Motivation heraus ausüben, so etwa bei Fachkräften, unbefristet und in westdeutschen Bundesländern Beschäftigten. Die Untersuchung von Theobald, Szebehely und Preuß (2013: 91) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Dort geben 43 Prozent der Befragten eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und 24,9 Prozent eine Verbesserung an. Auch in dieser Studie meinen Beschäftigte in stationären Einrichtungen besonders häufig, ihre Arbeitsbedingungen hätten sich verschlechtert (47,3%) (ebd.).

Wie erwähnt, äußern sich in den Interviews einige Befragte besorgt oder kritisch über die Einstellung der jüngeren Altenpflegekräfte zu ihrer Tätigkeit. In der Beschäftigtenbefragung ergibt sich kein einheitlicher Zusammenhang Alter und Arbeitsmotivation. Als Gründe für die Berufswahl werden arbeitsmarktbezogene Motive von verschiedenen Altersgruppen angeführt. Die guten Beschäftigungschancen waren mit 40 Prozent für viele in der Altersgruppe der 35- bis 44-jährigen ein wichtiger Grund, in die Pflege zu gehen, während dies nur zu 32,9 bzw. 25,6 Prozent auf die Altersgruppen zwischen 25 und 34 Jahren bzw. 18 und 24 Jahren zutrifft. Der gute Ruf des Arbeitgebers wurde dagegen mit zunehmendem Alter der Befragten immer häufiger genannt. Allerdings nannten 14,8 Prozent der Befragten zwischen 25 und 34 Jahren als Grund für ihre Tätigkeit in der Altenpflege, keine andere Stelle oder keinen anderen Ausbildungsplatz gefunden zu haben. Dieser Wert liegt deutlich höher als in allen anderen Altersgruppen. Hinsichtlich der Motivation, anderen Menschen helfen zu wollen, und der Einstellung, dass die Altenpflege Freude bereitet, ergeben sich jedoch keine deutlichen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

4.4 Fazit

Die Arbeitsmotivation und die Arbeitsstrukturen in der Altenpflege sind als individuelle Vorbedingungen eines potenziellen kollektiven Handelns von Altenpflegerinnen relevant. Aus den im Rahmen leitfadengestützter Beschäftigteninterviews und einer Beschäftigtenbefragung erhobenen Daten wird deutlich, dass die berufsspezifischen Bedingungen und Überzeugungen in der Altenpflege die Möglichkeiten kollektiver Interessenvertretung durchaus beeinflussen.

In den Beschäftigteninterviews herrscht die Auffassung vor, dass eine verantwortungsbewusste soziale Grundeinstellung und intrinsische Motivation nötig ist, um als AltenpflegerIn zu arbeiten. Dies bestätigt auch die Beschäftigtenbefragung. Zugleich haben viele Beschäftigte zunächst einen anderen Beruf erlernt und ausgeübt und kamen erst über zahlreiche Umwege in die Altenpflege. Gerade in diesem Zusammenhang spielen arbeitsmarktbezogene Gründe wie etwa gute Beschäftigungschancen und die Wohnortnähe des Arbeitsplatzes für eine Tätigkeit in der Pflege eine Rolle, wenn diese auch intrinsischen Motiven untergeordnet ist.

Intrinsische und Arbeitsmarktmotive für die Tätigkeit in der Altenpflege stehen in Beziehung zum Qualifikationsniveau, dem Tätigkeitsort sowie der Berufshistorie der Beschäftigten. Fachkräfte, AltenpflegerInnen in den alten Bundesländern sowie Altenpflegekräfte ohne anderweitige Berufsausbildung geben häufiger eine intrinsische Motivation an, wohingegen Angelernte, die über Umwege in den Beruf eingetreten sind, und AltenpflegerInnen in ostdeutschen Bundesländern in umfassenderem Maße arbeitsmarktpolitische Motive anführen. Darüber hinaus scheint die gemessene Verbundenheit mit dem Pflegeberuf unter Fachkräften, unbefristet Angestellten, AltenpflegerInnen und Beschäftigten in den alten Bundesländern ausgeprägter als unter Hilfskräften, Angelernten, BerufswechslerInnen und Angestellten in den neuen Bundesländern zu sein.

Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Einstellungen und Motivationen lässt sich entgegen der forschungsleitenden Annahme keine einheitliche Berufslage für die Beschäftigten der Altenpflege konstatieren. Vielmehr stehen unterschiedliche Sozialisationen, Motivationen und Perspektiven nebeneinander, die gegenwärtig an traditionelle Formen der Interessenspolitik nur bedingt anschlussfähig sind. Intrinsisch motivierte Einstellungen können leichter dazu führen, arbeitsbedingte Widrigkeiten zu relativieren und zu kompensieren. Dies trifft vor allem auf unbefristet angestellte, weibliche Fachkräfte in den alten Bundesländern zu, die zuvor keinen anderen Beruf ausgeübt haben.

Sowohl die Funktion der Altenpflege als Zweitberuf für einen Teil der geringer qualifizierten Beschäftigten als auch die mangelnde Durchsetzung eigener beruflicher Interessen durch die qualifizierten Kräfte wirken sich negativ auf das berufliche Selbstverständnis der AltenpflegerInnen und damit auch auf die öffentliche Wertschätzung und Anerkennung als Profession sowie auf Potenziale kollektiver Interessenvertretung aus. Dabei stellt gerade die Unterschiedlichkeit der beruflichen Selbstdefinition der verschiedenen Beschäftigtengruppen auf der individuellen Ebene eine besondere Herausforderung für Strategien kollektiver Akteure dar.

Hinzu kommt eine relativ hohe allgemeine Zufriedenheit der AltenpflegerInnen. Zwar ist diese im Hinblick auf die Rahmenbedingungen der Beschäftigung wie etwa die Entlohnung geringer ausgeprägt. Dennoch wurde in den Interviews deutlich, dass viele Beschäftigte zum Ausgleich für die belastende Arbeit auf Ressourcen zurückgreifen können, die in der Tätigkeit selbst liegen. Genannt wurden die Interaktion mit den Pflegebedürftigen sowie die beruflichen Weiterbildungs- und personellen Veränderungsmöglichkeiten, die sich nicht zuletzt durch den Fachkräftemangel erweitern. Die generelle Zufriedenheit und die Möglichkeit, Probleme mittels der genannten Ressourcen zu kompensieren, stellen berufsspezifische Herausforderungen für kollektives Handeln dar.

Aus den Beschäftigteninterviews kann der Schluss gezogen werden, dass vor allem Fachkräfte, die den Altenpflegeberuf häufiger als andere Beschäftigte aus einer intrinsischen Motivation heraus ergriffen haben, besser in der Lage sind, ihre Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen zu kompensieren. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur „die aus der Arbeit mit Angehörigen und Pflegebedürftigen erwachsene intrinsische Motivation“ (Theobald et al. 2013: 79) als Arbeitsressource diskutiert. Die in der Altenpflege stark ausgeprägte „qualifikationsabhängige Arbeitsteilung“ (ebd.: 74) bedingt jedoch, dass Fachkräfte eher auf Ressourcen aus der Pflegearbeit selbst zurückgreifen können, während weniger qualifizierte Beschäftigte verstärkt Aufgaben außerhalb der eigentlichen Pflege wahrnehmen, bei denen sie über geringere Ressourcen wie etwa eigenständige Arbeitsplanung verfügen (ebd.: 78) (vgl. Kapitel 2). Dieser Kompensationslogik könnte jedoch in der Zukunft weniger wirksam werden, da insbesondere die intrinsisch motivierten Beschäftigtengruppen, wie etwa die Fachkräfte, eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen wahrnehmen.

Es lässt sich abschließend konstatieren, dass auf der Ebene der Beschäftigten in der Altenpflege sowohl durch die Berufsmentalität als auch durch spezifische Kompensationsmöglichkeiten für bestehende Unzufriedenheit be-

rufsspezifische Bedingungen vorliegen, die kollektive Aktivitäten von Seiten der AltenpflegerInnen erschweren. Diese Bedingungen sind eng mit den Strukturmerkmalen einer personenbezogenen sozialen Dienstleistungsbranche sowie des Fachkräftemangels verbunden. Letzterer vereinfacht die Nutzung des Berufsfeldes im Rahmen diskontinuierlicher Erwerbskarrieren für geringer qualifizierte Beschäftigte mit nur schwach ausgeprägter Berufsbindung. Vor dem Hintergrund dieser Voraussetzungen soll im folgenden Kapitel untersucht werden, wie sich die Einstellungen der Beschäftigten gegenüber kollektiven Aktivitäten und kollektiven Akteuren gestalten.

5 ARBEITNEHMERINTERESSEN UND KOLLEKTIVES HANDELN

Im vorangegangenen Kapitel wurden die besonderen individuellen Voraussetzungen für kollektives Handeln auf der Ebene der Beschäftigten in der Altenpflege thematisiert. Im Folgenden wendet sich diese Studie den Fragen zu, die sich daraus in Bezug auf kollektives Handeln und kollektive Akteure ergeben.

Hierfür gilt es zunächst zu klären, wo die Pflegekräfte selbst den größten Handlungsbedarf sehen. Dabei wird sich zeigen, inwiefern und bei welchen Themen die Beschäftigten ein Problembewusstsein ausgebildet haben, was die Voraussetzung kollektiven Handelns darstellt. Anschließend zeigen wir, welche Akteure die Pflegekräfte in der Verantwortung sehen, die bestehende Problemlage zu verbessern, wobei uns auch die Einschätzung der eigenen Handlungsspielräume sowie bereits umgesetzter und potenzieller Aktivitäten interessiert. Schließlich fragen wir, warum viele Pflegekräfte zwar Probleme wahrnehmen, aber dennoch eigene Handlungs- und Durchsetzungspotenziale kaum nutzen. Hier muss wie im vorangegangenen Kapitel insbesondere zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Tätigkeitsbereichen differenziert werden. Im letzten Teil des Kapitels steht die Einstellung der AltenpflegerInnen gegenüber kollektiven Akteuren wie Gewerkschaften, Berufsverbänden, Pflegekammern sowie Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen im Mittelpunkt. Wie bereits in [Kapitel 3](#) werden zur Analyse dieser Themenfelder zunächst Deutungsmuster aus den qualitativen Interviews herausgearbeitet und dann mit den Ergebnissen der Beschäftigtenbefragung verglichen.

5.1 Worin sehen die Pflegekräfte den größten Handlungsbedarf?

„Pflege ist mehr wert!“ – so das Credo der verschiedenen Initiativen, die auf die Aufwertung des Images des Berufsstandes der PflegerInnen abzielen. Mehr wert, das scheint in erster Linie mehr Geld zu bedeuten. Von einer besseren Bezahlung versprechen sie sich eine höhere Attraktivität und eine steigende gesellschaftliche Wertschätzung. Tatsächlich antwortet ein Pfleger auf die Frage nach dem größten Handlungsbedarf in der Altenpflege:

„Für mich persönlich jetzt, als Hauptverdiener, um für die Familie zu sorgen, ich brauche finanziell ... wenn ich wirklich Vollzeit arbeiten gehe, dann will ich was verdienen. (...) Ich als Mann, wenn ich jetzt die Ausbildung anfangen würde und sehen würde, was ich später verdienen würde, dann hätte ich mich wahrscheinlich doch umgesehen“ (PK10).

Für einen Großteil der Beschäftigten steht allerdings nicht das Gehalt an oberster Stelle auf der Agenda, wie folgendes Zitat zeigt:

„Ich hätte lieber mehr Personal und weniger Geld. Wichtig ist doch, dass die Arbeit Spaß macht und dass man das gesund bis ins Alter machen kann. Dann gebe ich lieber ein bisschen Gehalt ab“ (PK2).

Dabei bezieht sich die Interviewpartnerin aber eher auf allgemeine Trends der Branche und weniger auf ihre eigenen Erfahrungen, da sie die Arbeitsbedingungen und auch die Personalausstattung im eigenen Betrieb als gut einschätzt (PK2). Bei einer Krankenpflegerin, die bereits sehr lange in der Altenpflege arbeitet, lässt sich die Einschätzung des Handlungsbedarfs eher auf die eigene Erfahrung zurückführen, wobei sie ebenfalls für mehr Personal plädiert:

„Mehr Personal, auf jeden Fall. Wenn mehr Personal da wäre, dann könnte man alles anders machen, dann hätte man auch wesentlich mehr Zeit für die Bewohner“ (PK4).

Dies verdeutlicht, dass aus der Personalknappheit ein zeitlicher Stress für die Pflegekräfte entsteht. Die Arbeitsverdichtung durch die Minutenvorgabe bei alltäglichen Verrichtungen ist die zweite Antwort, die häufig genannt wurde, wenn es um das drängendste Problem geht. Diese, so eine weitere Pflegerin, die ebenfalls seit langem in der Altenpflege tätig ist, sei

„das Allerallerschlimmste. Ich sag auch immer, ich möchte einfach auch nicht mehr Geld haben – natürlich, jeder will mehr Geld haben – aber ich würd einfach auf mehr [verzichten] und würde einfach sagen, ich krieg dafür zwei Kolleginnen im Halbszeitjob mehr, sodass wirklich ich persönlich es besser habe und auch auf alle Fälle mal die Bewohner. Also das ist sehr schlimm geworden, immer dieser Zeitdruck und diese Engpässe mit dem Personal“ (PK5).

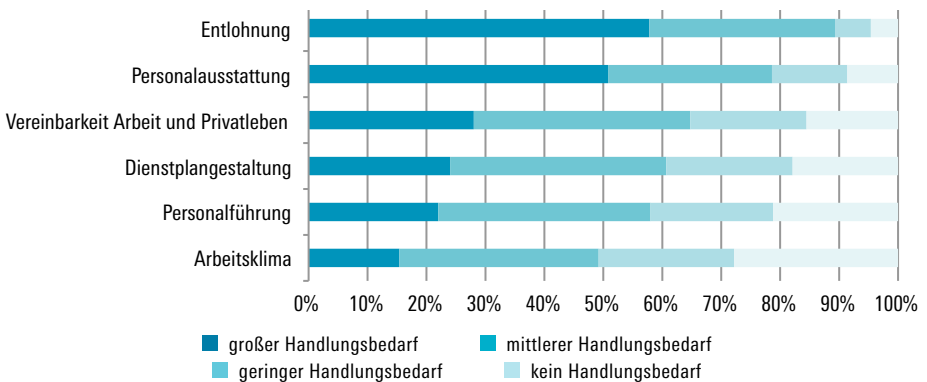
Eine ihrer Kolleginnen ohne pflegerelevanten Berufsabschluss ergänzt, sie engagiere sich, nicht zuletzt auf Druck des Arbeitsgebers, quasi ehrenamtlich, indem sie unbezahlte Überstunden mache. Dabei sei ihr bewusst, dass das eigentlich nicht der richtige Weg sei, aber.

„ich meine, das ist ja meine private Zeit und wenn das alle machen, irgendwo staut sich das, es ist schon klar, dass da eigentlich Abhilfe geschaffen werden müsste“ (PK15).

Gegenüber den Aussagen aus den qualitativen Interviews zeigen die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung in [Abbildung 11](#), dass die Befragten den größten (großen und mittleren) Handlungsbedarf in ihrem Arbeitsumfeld mit 89,3 Prozent beim Thema Entlohnung sehen. Bei der Personalausstattung, die den zweiten Platz der Prioritätenliste belegt, liegt dieser Wert rund 11 Prozentpunkte niedriger. Dieser Befund erstaunt, betonen die Pflegekräfte doch in den qualitativen Interviews, dass ihnen mehr Personal wichtiger sei als mehr Geld.

Abbildung 11

Handlungsbedarf im Arbeitsumfeld aus Sicht der Beschäftigten



Anmerkung: Die Frage lautete: „Und für wie groß halten Sie den Handlungsbedarf in Ihrem Arbeitsumfeld in Bezug auf die folgenden Aspekte?“ Abgefragt wurden: „bei der Personalausstattung“, „bei der Entlohnung, beim Arbeitsklima“, „bei der Personalführung“, „bei der Dienstplangestaltung“, „bei der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben“. Die Antwortmöglichkeiten waren: „groß“, „mittel“, „gering“, „keine Handlungsbedarfe“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

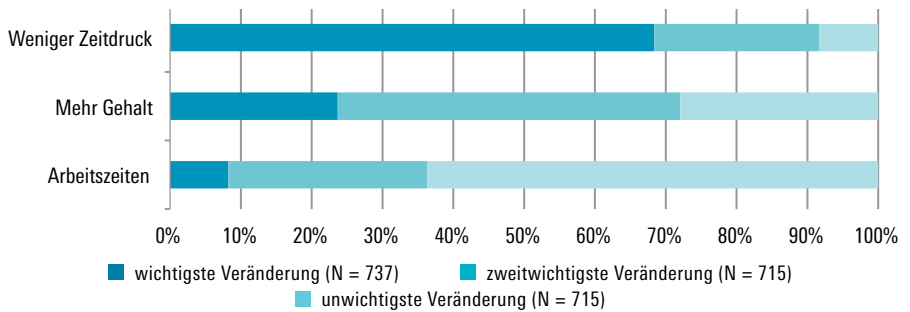
Die Frage, für wie groß die Pflegekräfte den Handlungsbedarf bezüglich der genannten Aspekte „in ihrem Arbeitsumfeld“ hielten, wurde im Fragebogen ergänzt um die Frage, welche Veränderungen ihnen in Bezug auf Ihre Arbeit am wichtigsten seien. Wie [Abbildung 12](#) zeigt, erhält in diesem Kontext „mehr Gehalt“ (23,9%) eine geringere Priorisierung als „weniger Zeitdruck“ (67,8%).

Der Handlungsbedarf bei der Entlohnung nimmt also für die Beschäftigten in der Pflege, wenn sie ihr gesamtes Arbeitsumfeld betrachten, einen wichtigen Stellenwert ein. Bei der Einschätzung der eigenen Arbeit wäre jedoch „weniger Zeitdruck“ die wichtigste Veränderung. Aus diesen eher gegensätzlichen Antworten ließe sich schließen, dass der Zeitdruck offenbar als eigenständiges Problem gesehen wird, das nicht identisch ist mit der Personalausstattung. Dies kann unter anderem dadurch begründet werden, dass der Zeitdruck unabhängig von der Personalausstattung durch die Minutenvorgaben bei den alltäglichen Verrichtungen erzeugt wird. In gewisser Weise spiegeln sich hierbei auch der solidarische und „soziale“ Charakter des Berufsstandes der AltenpflegerInnen und die in [Kapitel 3](#) aufgezeigte Motivation der Beschäftigten in der Altenpflege wider. Dies ist auch aus der nur geringen Relevanz der eigenen „Arbeitszeiten“ ersichtlich, deren Verbesserung zumindest gegenüber den anderen Antwortmöglichkeiten als unwichtigste Veränderung angesehen wird. Zudem projizieren die Beschäftigten den Zeitdruck in den Interviews unmittelbar auf die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der zu pflegenden Personen, was eine gewisse Abstraktion des Problemdrucks von der eigenen Arbeitsbelastung zur Folge hat und das hergestellte Gut stärker in den Blick nimmt.

Vor diesem Hintergrund ist es aufschlussreich zu untersuchen, inwiefern bestimmte sozialstrukturelle Merkmale der Beschäftigten einen Einfluss auf die Einschätzung der Relevanz von Entlohnung und Personalausstattung haben. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Diensten, zwischen Pflegeeinrichtungen unterschiedlichen Trägern und zwischen Ost- und Westdeutschland erkennen ([vgl. Tabelle 10](#)).

Dabei nennen 71,5 Prozent der Befragten in stationären Einrichtungen und 60 Prozent im ambulanten Dienst „weniger Zeitdruck“ als wichtigsten Veränderungswunsch in Bezug auf ihre Arbeit. „Mehr Gehalt“ wird nur von 21,3 bzw. 29,4 Prozent der Beschäftigten favorisiert. Ähnlich verhält es sich bei der Frage nach dem größten Handlungsbedarf. Hier benennen Beschäftigte in stationären Einrichtungen mit 83,3 Prozent deutlich häufiger als im ambulanten Dienst (68,4%) den Handlungsbedarf bei der Personalausstattung als groß oder mittel. Bezüglich der Entlohnung sehen 85,1 Prozent der

Abbildung 12

Wichtigkeit der Veränderungen in Bezug auf die eigene Arbeit

Die Frage lautete: „Welche Veränderungen wären Ihnen in Bezug auf Ihre Arbeit am wichtigsten?“ Die Antwortmöglichkeiten waren: „mehr Gehalt“, „Arbeitszeiten, die besser auf meine Bedürfnisse abgestimmt sind“, „weniger Zeitdruck und damit auch mehr Zeit für die Pflegebedürftigen“. In der Nachfrage wurde nach dem zweit- bzw. dritt wichtigsten Punkt gefragt.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

AltenpflegerInnen im ambulanten Bereich und 91 Prozent der Beschäftigten im Bereich der stationären Pflege großen oder mittleren Handlungsbedarf. Beschäftigte in kirchlichen Einrichtungen wünschen sich deutlich häufiger (79,5%) „weniger Zeitdruck“ als wichtigste Veränderung, Beschäftigte in privatwirtschaftlichen und öffentlichen Einrichtungen hingegen „mehr Gehalt“ (29,5% bzw. 29,9%). Ein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen Befragten in Ost- und Westdeutschland bei der wichtigsten Veränderung: In den neuen Bundesländern war 31,6 Prozent der Befragten „mehr Gehalt“ am wichtigsten (West: 19,8%), in den alten Bundesländern hingegen 72,6 Prozent „weniger Zeitdruck“ (Ost: 59%).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Beschäftigten sich mehrheitlich der Notwendigkeit bewusst sind, Verbesserungen im Pflegebereich anzugehen. Nur eine Minderheit von 34,1 Prozent der Befragten sieht es nicht als notwendig an, sich bei Problemen in ihrem Tätigkeitsbereich aktiv oder aktiver einzubringen. Um einschätzen zu können, welches Potenzial für kollektives Handeln der AltenpflegerInnen besteht, stellt sich nun die Frage, wen diese in der Verantwortung sehen, sich für die Verbesserung der Problemlage einzusetzen.

Priorität von Veränderungen nach sozialstrukturellen Merkmalen (Angaben in Prozent)

		Priorität von Veränderungen			Gesamt	
		Priorität	Arbeitszeit	Mehr Gehalt		Weniger Zeitdruck
Einrichtungs- typ	Ambulant	Erste	29,4	10,6	60	100
		Zweite	48,2	24,8	27,0	100
		Dritte	23,8	64,1	12,1	100
	Stationär	Erste	21,3	7,2	71,5	100
		Zweite	48,1	29,6	21,3	100
		Dritte	30,3	63,2	6,5	100
Ost-West	Ost	Erste	31,6	9,4	59,0	100
		Zweite	43,0	28,9	28,1	100
		Dritte	26,6	61,7	11,7	100
	West	Erste	19,8	7,7	72,6	100
		Zweite	51,8	27,6	20,6	100
		Dritte	29,1	64,5	6,4	100
Trägerschaft der Einrichtung	Privat	Erste	29,5	8,4	62,0	100
		Zweite	45,8	27,4	26,8	100
		Dritte	26,2	63,9	10,0	100
	Kirchlich	Erste	15,7	4,8	79,5	100
		Zweite	55,9	28,7	15,3	100
		Dritte	29,1	66,0	4,9	100
	Andere freigemeinnützige Träger	Erste	19,8	12,7	67,5	100
		Zweite	49,2	27,4	23,4	100
		Dritte	31,5	59,7	8,9	100
	Öffentlich	Erste	29,9	9,0	61,2	100
		Zweite	42,4	30,3	27,3	100
		Dritte	28,8	60,6	10,6	100

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Ergebnisse.

5.2 Wer trägt die Verantwortung für Verbesserungen in der Pflege?

5.2.1 „Der Staat!“

Für die große Mehrheit der Befragten steht unabhängig vom beruflichen und qualifikatorischen Hintergrund ganz entschieden ein Akteur in der Verantwortung, auch wenn die Formulierungen sich unterscheiden: „die Politik“ (PK1, PK7, PK10, PK17), „die ganz Großen“ (PK2), „die Bundesregierung“ (PK4, PK5), „die da oben“ (PK6, PK17) oder „der Staat“ (PK13, PK14, PK18).

Einige GesprächspartnerInnen erläutern, warum sie die Verantwortung gerade auf dieser, für sie obersten Ebene ansiedeln.

„Die Politik! Ganz eindeutig, weil da werden die Regeln, die Weichen gestellt“ (PK7).

„Die Bundesregierung. Weil die einzelnen Verbände können da vermutlich nicht so viel dran ändern“ (PK4).

„Ja, der Staat, in erster Linie. Es ist ja so, der ist dem MDK übergeordnet“ (PK13).

„Ja, auf alle Fälle mal die Regierung, die halt diese Pflegestufen und so einrichtet“ (PK5).

Der Fehler liege, so die häufig vertretene Ansicht, im System. Und dieses System könne nur von „ganz oben“ geändert werden, womit zugleich auch die Verantwortung des Arbeitgebers relativiert wird.

„Unsere Chefs sind auch gebunden, die müssen ja auch sehen, wie sie das finanzieren“ (PK2).

„So wie unser Vorgesetzter sagt: Auf uns hört keiner. Wir als [Kreishilfsverband] sind nur ein Körnchen im ganzen System, die, die was bewegen könnten, das wären wahrscheinlich die Caritas oder die kirchlichen Träger, die in der Politik mehr zu sagen hätten“ (PK10).

„Die Politik. *Nur* die Politik. Denn der Träger, der kann ja auch nichts dazu, im Grunde genommen. Der kann ja auch nur das, der kriegt's ja auch nur vorgeschrieben, denke ich mal, 'ne. Das kann nur von ganz oben kommen“ (PK17).

Obwohl viele der Befragten also offenbar der Meinung sind, „die Politik“ könne das System ändern, äußern einige von ihnen Zweifel daran, ob „die Politiker“ überhaupt willens seien, dies zu tun, und ein Interesse daran hätten.

„Die Politiker sollten mal aufwachen, aber die wird es kaum betreffen, die sind dann auf der Privatstation“ (PK8).

„Wie gesagt Interessenvertretung ist halt keine da, die unsere Interessen vertritt. Also ich meine es gab schon Politiker, die in den Einrichtungen mal mitgearbeitet haben, aber es hat sich dann doch nichts getan. Alle sagen immer so vor der Wahl und so weiter, aber letztendlich schreiben sie sich das auf die Fahne und tun dann doch nichts“ (PK5).

Dabei unterstellt eine Pflegekraft im Gespräch dem Staat sogar eine gewisse Ohnmacht gegenüber dem dominanten System der Wirtschaft.

„Die Politik, guck sie Dir an, diese Schauspieler, die da hocken, und einzig, was wirklich Gewalt hat, ist die Wirtschaft. Da wo das Geld sitzt, da läuft es letztendlich immer drauf hinaus und alles andere, das sind so die Püppchen, so sehe ich das“ (PK7).

„Die Politik“ wirkt in dieser Passage geradezu als Marionette des Wirtschaftssystems. Im Sinne wesentlicher Befunde der hier vorgelegten Untersuchung ein Paradox: Einerseits wird der Politik, dem Staat zugetraut, wesentliche Veränderungen zu bewirken, andererseits sieht man die Politik in der Geiselschaft der Ökonomie. Man könnte interpretieren, dass der Staat zwar aus Sicht der Pflegekräfte Verantwortung trägt, diese jedoch gar nicht wahrnehmen kann, weil die tatsächliche Macht bei einem anderen, mächtigeren Komplex liegt. Damit rücken Akteure jenseits der Politik ins Blickfeld, namentlich die Arbeitgeber in der Altenpflege.

5.2.2 Nicht nur der Staat

Drei der interviewten Pflegerinnen differenzieren die Verantwortung für die Arbeitsbedingungen etwas stärker. Dabei gliedert eine der Befragten das „System“ auf und weist jedem tragenden Element und Akteur eine spezifische Verantwortung zu:

„Das fängt an bei den Pflegesätzen, bei den Einstufungen, aber auch die Bewohner, Mitarbeiter, Institutionen... eigentlich alle. (...) Das ganze System muss überarbeitet werden“ (PK3).

Ihre Kollegin konkretisiert nicht so sehr die Einzelteile des Systems, sondern plädiert für eine differenzierte Verantwortungsübernahme „von oben“, „aus der Mitte“ und „von unten“, nimmt im Anschluss daran jedoch explizit auch die Beschäftigten in die Pflicht.

„Einmal muss das von unten kommen, also die Pflegekräfte selber müssen sich ihrer Wertigkeit bewusst werden, das muss dann nach oben gehen. Ich meine, es wird ja auch viel gemacht, es gibt ja diese Frau da in der Politik, die für die Entbürokratisierung ja da extra eingestellt worden ist. Es gibt Veränderung, immer wieder, aber es ist halt nicht ausreichend. Weiß ich auch nicht, ob es was bringen würde, zu sagen, wir setzen mal alles auf null und fangen von null an, ich glaube, das geht auch nicht, aber es *muss* einmal von unten kommen und von ganz oben, nämlich von der Politik oben runter. Und dann muss es in der Mitte, die, die da zuständig sind, seien es jetzt Geschäftsführer, seien es Verbände und so, die müssen dann das halt wieder zurück nach unten ... aber solange sich hier unten nicht genug beschwert wird, so lange kann ja von oben auch nichts kommen, denn ich wühl ja nicht irgendwas auf, wenn ich denke, so lange die da unten ruhig sind, so lange brauch ich auch nichts zu sagen und deswegen glaube ich halt, da muss es her kommen, ja“ (PK12).

Dass das Pflegepersonal sich zusammentun müsste, um gemeinsam etwas zu bewegen, ist auch die Ansicht einer anderen Pflegerin:

„Die Politiker sollten mal aufwachen, aber die wird es kaum betreffen, die sind dann auf der Privatstation. Das ganze Personal sollte endlich mal *gemeinsam* aufstehen, Pflegepersonal, ob jetzt Altenpflege oder Krankenhaus, gemeinsam aufstehen und versuchen, wirklich mal gemeinsam dazustehen. Und ich denke, das ist immer wieder so eine never ending story: Hat die Pflege das nicht gelernt? Welche Personen arbeiten da? (...) Warum lassen diese Menschen das

zu? Die meisten möchten ja schon was ganz anderes. Ich denke, man sollte immer von sich ausgehen. Was wünsche ich mir für mich? Natürlich kann man das nicht im 100 prozentigen, aber bis zu einem gewissen Grad könnte man's, wenn man zusammenhält, auch, denke ich, schaffen“ (PK8).

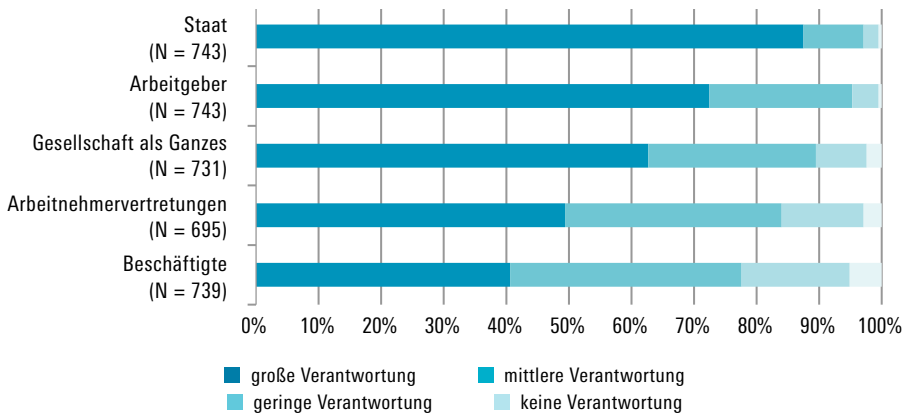
Dass die Verantwortungszuschreibung vermutlich eng damit zusammenhängt, was die Befragten als das zentrale Problem wahrnehmen, darauf weisen zwei Zitate hin. Eine Pflegerin meint explizit, die Politik sei in der Verantwortung, das Problem des Personalmangels zu lösen. Dies sei das Problem und

„nicht unbedingt der Lohn, für den ja die Gewerkschaften zuständig sind“ (PK1).

Eine andere Interviewpartnerin, die als zentrales Problem das Image der Pflege identifiziert hatte, sagt:

Abbildung 13

Zuschreibung der Verantwortung für Verbesserungen in der Pflege

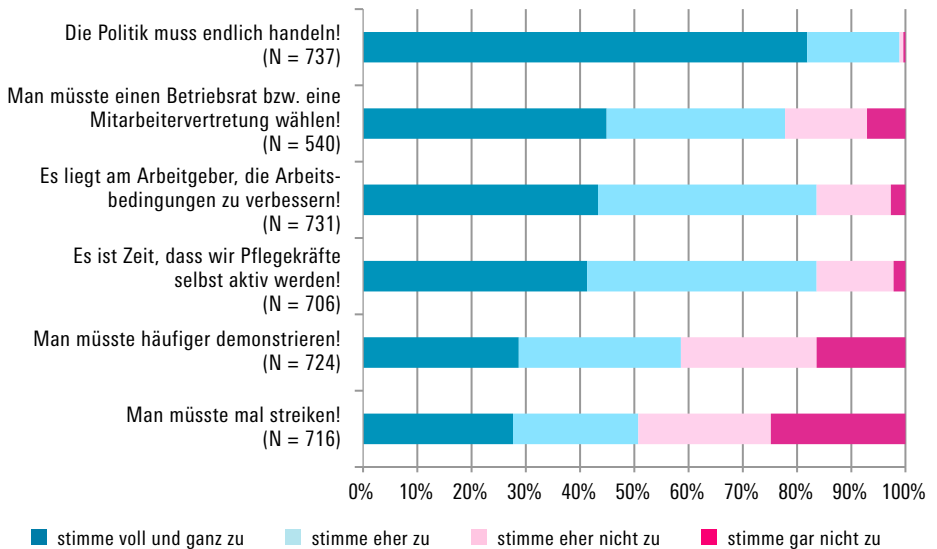


Anmerkung: Die Frage lautete: „Wen sehen Sie in der Verantwortung, sich für Verbesserungen im Pflegebereich einzusetzen?“ Die Antwortmöglichkeiten waren: „den Arbeitgeber“, „den Staat“, „die Gesellschaft als Ganzes“, „die Arbeitnehmervertretungen“, „die Beschäftigten in der Pflege selbst“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Abbildung 14

Zustimmung zu Aktivitäten



Anmerkung: Die Frage lautete: „Im Folgenden lese ich Ihnen dazu verschiedene Aussagen vor. Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie dieser Aussage voll und ganz zustimmen, eher zustimmen, eher nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen“. Als Aussagen standen zur Auswahl: „Es liegt am Arbeitgeber, die Arbeitsbedingungen zu verbessern!“, „Es ist Zeit, dass wir Pflegekräfte selbst aktiv werden!“, „Man müsste einen Betriebsrat bzw. eine Mitarbeitervertretung wählen!“, „Man müsste mal streiken!“, „Man müsste häufiger demonstrieren!“, „Die Politik muss endlich handeln!“. Darüber hinaus ist darauf zu verweisen, dass die gültigen Prozent abgetragen sind. Die Antwort „geschieht bereits/haben wir schon“ wurde nicht in die Abbildung aufgenommen. Exemplarisch sei auf die Frage zur Aussage „Man müsste einen Betriebsrat bzw. eine Mitarbeitervertretung wählen!“ verwiesen: 178 der befragten Personen, was 23,8% aller Antworten entspricht, antworteten mit „geschieht bereits/haben wir schon“. In der Abbildung finden sich nur die übrigen 76,2% der Antworten wieder. Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

„Hm, wer ist dafür verantwortlich? Gute Frage. Das sind wir eigentlich alle. Mundpropaganda auch. Das sind die Medien. Da muss es hinkommen, nicht nur das Negative“ (PK15).

Wie aus [Abbildung 13](#) ersichtlich wird, zeigen auch die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung, dass eine deutliche Mehrheit der Beschäftigten (87,5%) „den Staat“ in einer großen Verantwortung sieht, für Verbesserungen im Pflegebereich einzutreten. Darüber hinaus erkennen 72,4 Prozent der Befrag-

ten beim Arbeitgeber ein erhebliches Potenzial, was die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich angeht. Arbeitnehmervertretungen und die Beschäftigten werden in der Rangfolge der Verantwortungszuschreibung am seltensten genannt, allerdings weisen dennoch immerhin 49,4 Prozent der Befragten den Arbeitnehmervertretungen und 40,6 Prozent den Beschäftigten eine große Verantwortung zu.

Zudem wurden die Beschäftigten nach ihrer Zustimmung zu konkreten Aktivitäten befragt. Die Ergebnisse fasst [Abbildung 14](#) zusammen.

Die oben genannte Sicht, dass die Verantwortung für Verbesserungen in der Pflege vor allem beim Staat liege, spiegelt sich in der nahezu vollständigen Zustimmung (98,8%) zur Aussage „Die Politik muss endlich handeln!“ wider.

Darüber hinaus wünscht sich die Mehrheit der Befragten aber auch Aktivitäten von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen sowie der Beschäftigten selbst. Einem großen Teil der Beschäftigten scheint somit die eigene Verantwortung für Verbesserungen und die Möglichkeit, sich hierfür selbst zu engagieren, durchaus bewusst zu sein.

5.3 Wer sollte die Interessen der Pflegekräfte vertreten?

Bei der Nachfrage, welcher Akteur ihrer Meinung nach speziell für die Vertretung der berufsbezogenen und Arbeitnehmerinteressen der Beschäftigten in der Altenpflege zuständig sein sollte, sehen viele unabhängig von ihrem Berufs- und Qualifikationshintergrund keinen Unterschied zur Verantwortung für Verbesserungen in der Altenpflege im Allgemeinen. So zum Beispiel eine Krankenschwester:

„Hier sehe ich eigentlich auch die Regierung in der Verantwortung. Der Beruf müsste wesentlich interessanter gestaltet werden, es müsste wirklich mehr Geld dafür fließen und doch, ich sehe die Politik da in der Verantwortung, da muss was gemacht werden. Weil: Das wissen Sie ja auch, wir werden alle älter und wie soll das gehen, wenn es keine Pflegekräfte mehr gibt“ (PK4).

Lediglich eine ehemalige Kinderkrankenpflegerin, die selbst seit etwa 20 Jahren passives Mitglied bei ver.di ist, nennt „die Pflegenden selbst“ (PK8) als Verantwortliche für die Vertretung ihrer Interessen.

„Die Pflegenden selbst (...) Wir selbst. Wir müssen zeigen, dass wir auch was sind, dass wir auch jemand sind. Und das ist so ein wichtiger und auch so ein komplexer Beruf und in der Öffentlichkeit [heißt es]: ja, die Krankenschwester, die trinkt Kaffee, aber wir haben zehn Berufe, die wir auch leisten. Spontan, flexibel und ganz automatisch. Und das, denke ich, haben wir ganz oft vergessen“ (PK8).

Mehrere PflegerInnen verweisen darauf, dass sie in diesem Themenbereich über zu wenig Wissen verfügen (PK10; PK16), um eine Antwort zu geben:

„Ich wüsste jetzt auch nicht die Unterschiede dazwischen [Berufsverbände, Gewerkschaften, Pflegekammer etc.]. Gut, von dieser Pflegekammer habe ich jetzt gehört, dass da jetzt wirklich alle Pflegekräfte mit drin sein sollen, um halt was bewirken zu können. Naja, in dem Punkt, bin ich absoluter Neuling“ (PK10).

Ein Gesprächspartner hat vor allem die betriebliche Ebene im Blick und nennt die Pflegedienstleitung und die Mitarbeitervertretung.

„Die Pflegedienstleitung, in Verbindung mit dem Leiter der Einrichtung. Sie kann uns vertreten, sie kann sich für uns einsetzen, als Führungskraft im besten Sinne des Wortes. (...) Die Mitarbeitervertretung müsste das eigentlich machen, denn der Leiter kann ja nicht die Anliegen der MAV vernachlässigen“ (PK11).

Einer anderen Altenpflegerin ist es wichtig, dass bei einer Interessenvertretung in der Pflege „Leute von der Basis“ (PK6) eingebunden seien. Diese hätten den Einblick in die „wahren“ Erfordernisse. Aus diesem Grund sei die Pflegekammer eine gute Lösung.

„Da werden die Leute von der Basis gehört. (...) Ich denke, wenn die Basis immer so miteinbezogen wird [wie bereits im Gründungsprozess], dann ist das ein guter Weg. Wenn die auch mitreden kann. Weil nur wer am Bett arbeitet, der kann auch sagen ‚das funktioniert‘ oder ‚das funktioniert nicht‘. Das kann niemand sagen, der schon 15 Jahre auf dem Bürostuhl sitzt. Weil in den zehn Jahren Pflege hat sich ganz viel getan“ (PK6).

Die Pflegekammer hat auch eine andere Befragte im Kopf. Deren Aufgabe sei es als Gremium mit größeren Einflusschancen an die Politik heranzutreten.

„Ich glaube, da müssen einfach Leute sein, die mit der Politik in Augenhöhe wirklich diskutieren können und die Anliegen, die von unten kommen, wirklich da auch anbringen und sich da anders auch positionieren und sich da nicht ... was weiß ich. Selbst wenn wir viele wären und alle sich beteiligen würden und 1.000 Leute in [Kleinstadt] auf dem Markt liegen würden, die Presse hätte Spaß und würde darüber schreiben, und ändern würde sich gar nichts. Es wird sich deswegen keiner von oben runterbemühen und irgendwas Gravierendes ändern, das glaube ich nicht“ (PK12).

Eine andere Pflegerin hat zwar keine Vorstellung davon, wer die Arbeitnehmerinteressen in der Altenpflege sinnvoller Weise vertreten solle, aber dafür eine genaue Vorstellung davon, wer nicht:

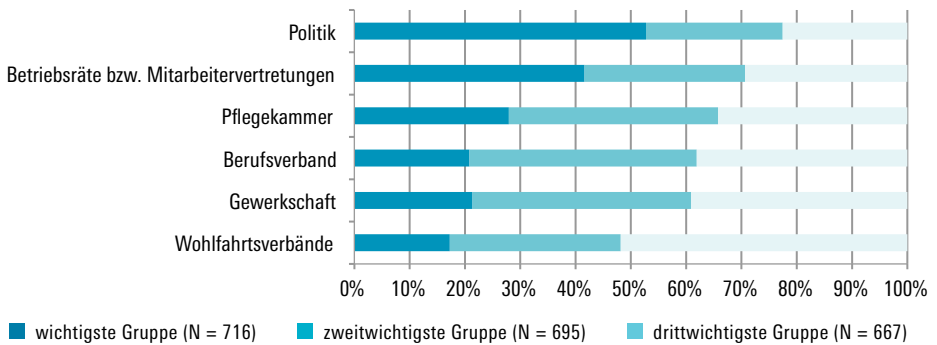
„Die Gewerkschaft auf gar keinen Fall. Das ist für diesen Betrieb nicht erforderlich“ (PK15).

Durch die Beschäftigtenbefragung wird das Bild gefestigt, dass die Politik als wichtigster Akteur für die Vertretung der Beschäftigteninteressen gesehen wird (36,7%). Darüber hinaus wird den Betriebsräten bzw. Mitarbeitervertretungen eine bedeutende Rolle zugeschrieben (25,1%). Mit deutlichem Abstand in der Zahl der Nennungen werden die Akteure Pflegekammern (13,3%), Berufsverbände (11,7%) und Gewerkschaften (9,4%) für die Interessenvertretung von Pflegekräften als wichtigste Gruppe eingestuft.

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass durchaus ein Bewusstsein für eine Handlungsnotwendigkeit im Pflegebereich bei den Beschäftigten vorhanden ist. Bezüglich der Verantwortung und Interessenvertretung sieht der Großteil der Befragten den Staat als Akteur in der Verantwortung, für Verbesserungen einzutreten und die Interessen der Beschäftigten zu vertreten. Nichtsdestotrotz ist auch ein allgemeines Bewusstsein dafür vorhanden, dass es notwendig ist, dass die Pflegekräfte selbst aktiv werden. Insofern ist zu fragen, wie die Beschäftigten im Speziellen ihre Handlungsspielräume einschätzen und welche Aktivitäten konkret für sie in Frage kommen.

Abbildung 15

Zentrale Akteure für die Interessenvertretung der Pflegekräfte



Anmerkung: Die Frage lautete: „Welche der folgenden Gruppen sollte aus Ihrer Sicht die Interessen der Pflegekräfte vor allem vertreten?“ Als Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „die Politik“, „die Wohlfahrtsverbände“, „ein Berufsverband“, „eine Gewerkschaft“, „eine Pflegekammer“, „Betriebsräte bzw. Mitarbeitervertretungen“. Die Folgefragen lauteten: „Und welches ist die zweitwichtigste Gruppe, wenn es um die Vertretung der Interessen der Pflegekräfte geht?“ und „Und welches ist die drittwichtigste Gruppe?“

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

5.4 Handlungsspielräume der Beschäftigten

Mit der Frage konfrontiert, was die Beschäftigten selbst tun könnten, um ihre Lage zu verbessern, stellen viele Befragte fest, dass es auf betrieblicher Ebene nur geringe Gestaltungsspielräume für Veränderungen gebe und sie deshalb auch keinen Sinn darin sähen, ihre Vorgesetzten oder Einrichtungsleitungen unter Druck zu setzen. Das klassische Instrument kollektiven Handelns von Beschäftigten gegenüber ihrem Arbeitgeber – der Streik – wurde von keinem Interviewpartner und keiner Interviewpartnerin genannt. Dennoch – oder gerade, weil wir dies schon im Vorfeld für wahrscheinlich hielten – fragte der Leitfaden direkt nach dieser Maßnahme. Doch Streiken kommt für die Beschäftigten in der Pflege offenbar nicht in Frage.

„Ein Streik, das würde doch niemanden interessieren. Da würden alle sagen, was wollen die?! Pflegen kann doch jeder“ (PK1).

„Ja gut, die Pflege streikt ja auch. Nur ... bringt das was? Das bringt doch groß nichts“ (PK17).

„Das habe ich schon gehört, dass in der Pflege auch mal gestreikt wurde. Aber dass hier das Haus alles stehen und liegen lässt und streiken geht, das werde ich wohl nie erleben. Nein. (...) Das bringt einfach nichts. Ich meine, wenn Ärzte streiken, habe ich manchmal das Gefühl, das kommt besser an, wenn die Piloten streiken, dann fruchtet das auch. Aber in dem Beruf, dass jetzt die Pfleger und Pflegerinnen ... die bleiben irgendwie auf der Strecke, habe ich so das Gefühl“ (PK17).

Hier tritt erneut das Motiv der mangelnden Anerkennung des Berufsstandes zum Vorschein: Generell würde diesen Zitaten zufolge ein Streik „nichts bringen“, da Pflegekräfte als ersetzbar gelten und ein Streik weniger Aufsehen erregte als im Falle von Spezialistengruppen wie ÄrztInnen oder PilotInnen. Die Pflegehelferin, von der das letzte Zitat stammt, weist auch noch einmal darauf hin, dass ein Streik womöglich nicht die richtige Adresse treffe.

„Wenn jetzt das ganze Haus alles stehen und liegen lässt, dann hat vielleicht der Leiter das Gefühl, es geht gegen ihn. (...) Es müssten jetzt wirklich alle Altenheime in [der ganzen Stadt], die müssten stur sein und auf die Straße gehen. Aber das werden wir nie machen können, weil wer kümmert sich dann um die alten Leute, es muss ja immer jemand da sein, ne. Das geht ja nicht. Die Ärzte, die können sich das schon mal erlauben. Die sagen mal, heute machen wir mal keine Sprechstunde. Das geht hier nicht“ (PK17).

Das Argument, dass sich im Falle eines Streikes niemand um die HeimbewohnerInnen bzw. PflegedienstkundInnen kümmere, wurde von den Befragten häufig angeführt.

Dass Streiken in der Pflege ein Tabuthema ist, macht auch folgendes Zitat deutlich. Ein Pfleger in einer Einrichtung eines nichtkonfessionellen Wohlfahrtsverbandes geht sogar davon aus, dort dürfe gar nicht gestreikt werden.

„Das darf man nicht. Bei uns darf man das nicht, öffentlicher Dienst. Das ist sehr schlecht.“

Interviewerin: „Wenn Sie das dürften, könnten Sie sich dann vorstellen, da mitzumachen?“

„Auf jeden Fall, auf jeden Fall“ (PK10).

Eine Kollegin, die für eine Einrichtung eines kirchlichen Wohlfahrtsverbandes arbeitet, führt ebenfalls – hier zu Recht – an, bei ihrem Arbeitgeber sei Streik ein Kündigungsgrund (gewesen).

„Es ist ja so, in allen anderen Berufsgruppen gibt es das, die können streiken, die dürfen streiken, ja, und trauen sich zu streiken, bei der Pflege ist das immer noch so, das ist ja ganz oft Druckmittel auch gewesen, wer streikt, fliegt raus. Das war ja auch jahrelang so“ (PK6).
 „Die Belastung wird zwar immer größer, aber Streik ist keine Lösung. (...) Die Kirche darf das ja nicht. Ich kenn das nur aus Krankenhäusern“ (PK3).

Zwei Interviewpartnerinnen aus demselben Bundesland beziehen sich auf eine große Demonstration zum Thema Altenpflege, die einige Jahre zuvor in der Landeshauptstadt stattgefunden hatte, ein sogenannter „Pflegestreik“.

„Aber es war schon einmal, dass einige Altenpfleger sich zusammengetan haben und haben gestreikt, das war hier [in der Landeshauptstadt], das war mal, aber da bin ich nicht mit hingegangen. Aber hat das was gebracht? Das hat auch nichts gebracht“ (PK17).
 „Wir waren ja damals streiken nach [Landeshauptstadt], als es hieß, ‚Der Pflege geht die Luft aus‘ oder so ähnlich, und da ist ja daraufhin gar nichts gekommen und das ist ja jetzt mindestens drei Jahre her, wenn nicht vier. Und ich wüsste nicht dass die [zuständige Ministerin] sich bis jetzt viel bewegt hat. (...) Aber das war halt eben enttäuschend (...), was hat sich bis jetzt getan? Nichts, nichts“ (PK9).

Vor dem Hintergrund dieser Aussagen in den Interviews erstaunt, dass in der Beschäftigtenbefragung immerhin 46,8 Prozent die Auffassung vertreten, sie könnten persönlich etwas tun, um die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zu verändern. Knapp die Hälfte dieser Beschäftigten meint, diese Veränderungen seien auch über den betrieblichen Rahmen hinaus möglich. Allerdings sagen 78,1 Prozent, dies sei nicht alleine, sondern nur mit Unterstützung umsetzbar.

Es wurde jedoch nicht nur nach den hypothetischen Handlungsmöglichkeiten gefragt, sondern auch danach, ob die Beschäftigten bereits praktische Erfahrungen damit haben, Veränderungen zu bewirken. 62,4 Prozent der Be-

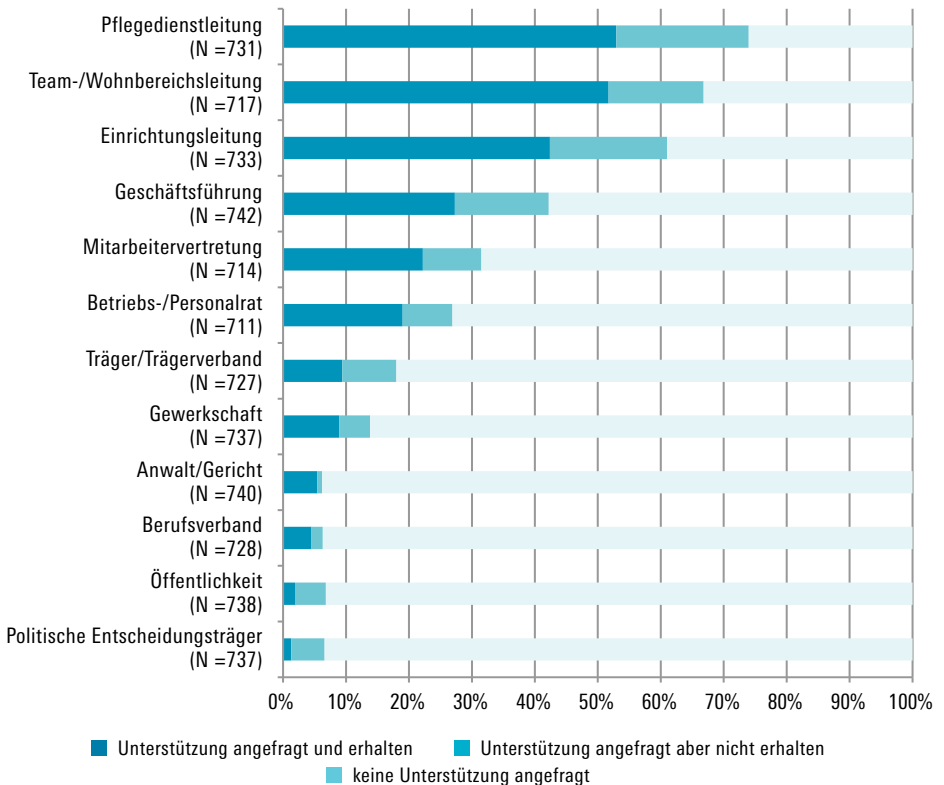
fragten haben bereits versucht, aktiv für Verbesserungen in ihrem Arbeitsumfeld einzutreten. Bei Beschäftigten, die gegenwärtig Leitungsverantwortung in der Team-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung besitzen, liegen die Werte deutlich höher. So sind von den Personen, die eine Team-/Wohnbereichsleitung innehaben, bereits 78,6 Prozent aktiv geworden. Bei Pflegedienstleitungen beträgt der Wert 83,1 Prozent. Demgegenüber sind 56,7 Prozent der Personen, die keine Leitungsverantwortung besitzen, für Verbesserungen in ihrem Arbeitsumfeld aktiv eingetreten. Wird die Gruppe der bereits aktiv Gewordenen nach ihren Erfahrungen gefragt, divergieren die Antworten erheblich. Für 10,6 Prozent hat sich der Einsatz gelohnt, 28,4 Prozent konnten aus ihrer Sicht nichts durch ihren Einsatz „bewegen“. Die große Mehrheit von 61,1 Prozent gibt an, durch ihren Einsatz manchmal etwas verändern zu können.

Eine Möglichkeit, aktiv zu werden, ist beispielsweise, sich an andere Akteure zu wenden, um Unterstützung bei Problemen zu erhalten. Von zwölf Akteuren, die den Befragten zur Auswahl gestellt wurden, ist die Pflegedienstleitung derjenige, bei dem die Beschäftigten am ehesten Unterstützung suchen (73,9% haben dies bereits getan). Auf den Plätzen zwei und drei folgen die Team- bzw. Wohnbereichsleitung (66,8%) sowie die Einrichtungsleitung (61,0%).¹ Bei Problemen wird offenbar von den Pflegekräften zuerst die betriebliche Ebene in Anspruch genommen, erst in zweiter Instanz wenden sie sich an Akteure, die einen größeren Abstand zu ihrem Arbeitsalltag haben.

Vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der Beschäftigten glaubt, nur mit Unterstützung Veränderungen umsetzen zu können, ist von Interesse, ob die Beschäftigten, die sich bereits aktiv für Verbesserungen eingesetzt haben, dabei unterstützt worden sind. Bei fast allen genannten Akteuren sind diejenigen Beschäftigten, die Unterstützung angefragt und erhalten haben, in der Mehrheit gegenüber denjenigen, die Unterstützung zwar angefragt, aber nicht erhalten haben. Bei zwei Akteuren ist dieses Verhältnis jedoch umgekehrt: bei den politischen Entscheidungsträgern und der Öffentlichkeit. Allerdings gilt es dabei zu berücksichtigen, dass sich jeweils rund 93,0 Prozent der befragten Pflegekräfte gar nicht an diese Akteure gewandt haben. Obwohl die Pflegekräfte hohe Erwartungen an die Politik haben, ziehen sie offenbar größtenteils nicht die Konsequenz, ihre Anliegen tatsächlich in diese Richtung zu kommunizieren.

1 Darüber hinaus nennen 48 Befragte andere Akteure oder Personen, an die sie sich bei Problemen in ihrer Arbeit bereits gewendet haben. Dies sind in erster Linie Angehörige, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Kranken- und Pflegekassen, kirchliche Institutionen sowie Familie und Freunde.

Abbildung 16

Unterstützung bei Problemen

Anmerkung: Die Frage lautete: „Wenn es Probleme in Ihrer Arbeit gab, haben Sie dann schon einmal Unterstützung bei folgenden Akteuren, Personengruppen oder Institutionen gesucht? Und wenn ja, haben Sie dann auch eine entsprechende Unterstützung erhalten oder nicht erhalten?“ Als Antwortmöglichkeiten standen zur Verfügung: „Ihrer Team-/Wohnbereichsleitung“, „Ihrer Pflegedienstleitung“, „Ihrer Einrichtungsleitung“, „Ihrer Geschäftsführung“, „dem Träger bzw. Trägerverband Ihrer Einrichtung“, „politischen Entscheidungsträgern“, „der Öffentlichkeit“, „einem Anwalt oder einem Gericht“, „Betriebs- oder Personalrat“, „der Mitarbeitervertretung“, „einer Gewerkschaft“, „einem Berufsverband“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Zudem gibt es Differenzen zwischen den Beschäftigtengruppen in Bezug darauf, ob sie die Unterstützung verschiedener Akteure anfragen und erhalten. Hierbei zeigt sich, dass Fachkräfte häufiger auf der betrieblichen Ebene Unterstützung suchen und erhalten, etwa von der Pflegedienstleitung

(56,5%), der Team- und Wohnbereichsleitung (57,1%) und der Einrichtungsleitung (47,9%). AltenpflegehelferInnen und Angelernte bitten diese Akteure deutlich seltener um Unterstützung. Das gilt auch für Beschäftigte in „kleiner Teilzeit“, die zu 51,9 Prozent bislang keine Unterstützung von ihrer Team- oder Wohnbereichsleitung gesucht haben. Beschäftigte mit geringem schulischen Bildungsgrad suchen ebenfalls seltener die Unterstützung durch die Pflegedienst- und die Einrichtungsleitung. Wenn sie es tun, erhalten sie außerdem seltener Unterstützung als Beschäftigte mit höherer Bildung. Offenkundig stellt der Faktor Bildung und Ausbildung eine entscheidende Ressource dafür dar, ob Beschäftigte selbst die Initiative ergreifen, um ihre Situation zu verbessern, und ob sie dabei unterstützt werden.

Auch Beschäftigte in den neuen Bundesländern wenden sich seltener mit einer Bitte um Unterstützung an die Team- und Wohnbereichs-, die Pflegedienst- oder die Einrichtungsleitung und sie werden gleichzeitig bei Anfragen von der Team- und Wohnbereichs- sowie der Einrichtungsleitung seltener unterstützt als AltenpflegerInnen in den alten Bundesländern. Dies dürfte nicht zuletzt auf politisch-kulturelle Unterschiede und prägende Muster in der Betriebsführung sowie im Arbeitsethos zurückzuführen sein.

Ähnliches gilt für Anfragen bei der Geschäftsführung und beim Träger, wobei auch hier bestimmte Personengruppen wie etwa geringer Qualifizierte und Teilzeitbeschäftigte nur in geringem Maße Unterstützung angefragt und erhalten haben. Aber auch beim Betriebs- oder Personalrat bzw. der Mitarbeitervertretung haben Fachkräfte häufiger Unterstützung gesucht und gefunden als gering Qualifizierte. Dasselbe gilt für befristet Angestellte.

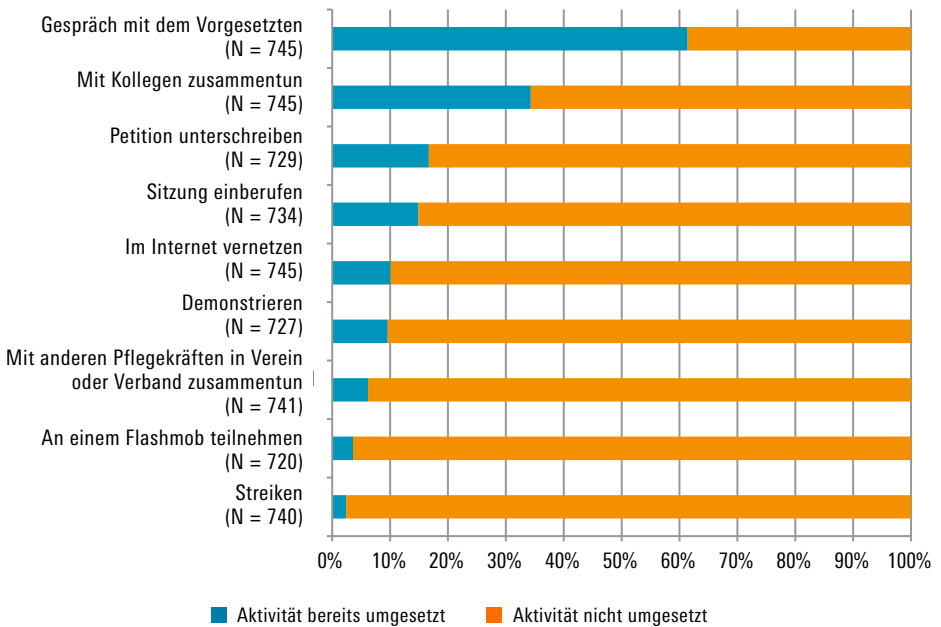
Beschäftigte in ländlichen Gebieten bitten Gewerkschaften und Berufsverbände seltener um Unterstützung als Beschäftigte in Großstädten. Die Daten zeigen, dass die Mehrheit der Beschäftigten Unterstützung bei der Umsetzung von Veränderungen für notwendig hält. Jedoch bittet nur ein Teil der Beschäftigten, darunter insbesondere Fachkräfte sowie unbefristet und in Vollzeit befindliche Angestellte, um Unterstützung innerhalb des Betriebs und erhält diese auch. Externer Support durch Gewerkschaften und Berufsverbände könnte hier hilfreich sein, wird aber bislang nur in geringem Maße in Anspruch genommen.

Bei anderen Akteuren Unterstützung zu suchen, ist jedoch nur eine von vielen Möglichkeiten, aktiv für Veränderungen einzutreten. Aus [Abbildung 17](#) wird ersichtlich, wie viele Befragte bestimmte Aktivitäten umsetzen.

Spitzenreiter ist hier „Das Gespräch mit Vorgesetzten suchen“ gefolgt von der Interaktion mit Kollegen. Mit deutlichem Abstand reihen sich dahinter die weiteren abgefragten Aktivitäten ein. Auch hier zeigen sich vergleich-

Abbildung 17

Bisherige Aktivitäten



Anmerkung: Die Frage lautete: „Wenn Sie Probleme in Ihrer Arbeit haben, welche der folgenden Aktivitäten kommen für Sie dann in Frage? Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie die Aktivität schon einmal gemacht haben, und wenn nicht, ob Sie sich diese sehr gut, gut, eher nicht oder überhaupt nicht vorstellen könnten“. Die Auswertung in Abbildung 17 erfolgte dichotomisiert, d. h. es wurde eine Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten vorgenommen in „Aktivitäten bereits umgesetzt“ und „Aktivitäten nicht umgesetzt“. Als Antwortmöglichkeiten standen zur Auswahl: „das Gespräch mit Vorgesetzten suchen“, „mich mit Kollegen/innen zusammentun“, „mich im Internet mit Gleichgesinnten vernetzen“, „eine Petition unterschreiben“, „eine Sitzung einberufen“, „demonstrieren“, „streiken“, „an einer kurzfristigen Aktion, z. B. einem Flashmob, teilnehmen“, „mich mit anderen Pflegekräften in einem Verein oder Verband zusammentun“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

bare sozialstrukturelle Differenzen wie bei Unterstützung durch andere Akteure. So haben in erster Linie Fachkräfte bereits das Gespräch mit dem Vorgesetzten gesucht (69%), während dieser Wert bei AltenpflegehelferInnen (58,1%) und Angelernten (47,4%) niedriger ausfällt. Auch haben sich Fachkräfte (44,1%) und unbefristete ArbeitnehmerInnen (36,8%) bereits häufiger mit KollegInnen zusammengetan. Das gilt auch für Beschäftigte mit aktueller Leitungsverantwortung (48,0%), die zudem eher das Gespräch mit

dem Vorgesetzten suchen (74,2%). Schließlich zeigte sich bei Beschäftigten, die aktuell in der Pflegedienstleitung tätig sind, dass sie sich bereits häufiger in einem Verein oder Verband mit anderen Pflegekräften zusammengetan haben, wenn es Probleme bei ihrer Arbeit gab (17,5%).

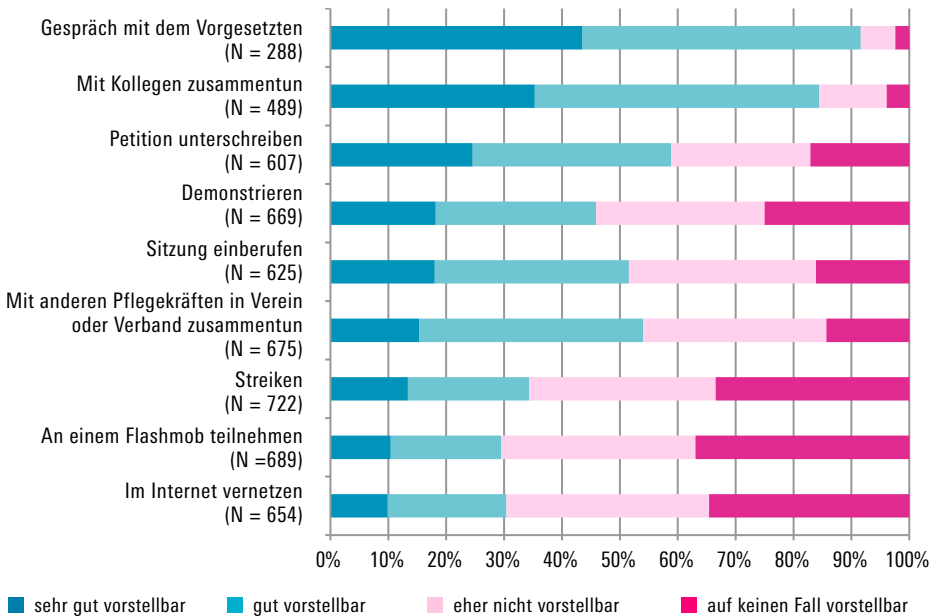
Nicht nur die bereits durchgeführten Aktivitäten geben Aufschluss über ein mögliches Engagement. Wird gefragt, bei welchen der in [Abbildung 18](#) genannten Aktivitäten sich die Befragten vorstellen können, sie selbst zu ergreifen, dann steht an der Spitze die Aussage „Mich mit Kollegen/innen zusammenzutun“, gefolgt von „Mich mit anderen Pflegekräften in einem Verein oder Verband zusammenzutun“. Streiken ist demgegenüber für einen Großteil der Beschäftigten über alle sozialstrukturellen Gruppen hinweg eher weniger oder auf keinen Fall vorstellbar.² Hierbei zeigt sich vor allem, dass es für einen sehr großen Teil der Beschäftigten, 80,5 Prozent der AltenpflegehelferInnen, 91,1 Prozent der Angelernten sowie 84,0 Prozent der Fachkräfte, sehr gut oder gut vorstellbar ist, sich mit KollegInnen zusammenzutun, um Veränderungen zu erreichen. Ähnliches gilt für die Antwortmöglichkeit, sich mit anderen Pflegekräften in einem Verband oder Verein zusammenzutun: Sehr gut und gut vorstellbar ist dies für 53,3 Prozent der Fachkräfte, 54,0 Prozent der AltenpflegehelferInnen und 56,3 Prozent der Angelernten. Es zeigt sich also ein großes Potenzial und eine große Bereitschaft zu mehr Aktivität gerade bei den Beschäftigten, die bislang nur in geringerem Maße aktiv geworden sind.

Diejenigen AltenpflegerInnen, die sich gut oder sehr gut vorstellen können, sich mit anderen Pflegekräften in einem Verein oder Verband zusammenzutun, besitzen zugleich ein größeres Problembewusstsein. Dies zeigt sich darin, dass sie im Vergleich zu Beschäftigten, die sich nicht in einem Verband oder Verein zusammenzutun würden, seltener als Grund für Nichtaktivität angegeben haben, keine Notwendigkeit hierfür zu sehen (62,2% im Vergleich zu 40,6%). Unter den AltenpflegerInnen, die sich gut oder sehr gut vorstellen können, sich mit anderen Pflegekräften in einem Verein oder Verband für ihre Interessen zu engagieren, haben zudem höhere Erwartungen und erhoffen sich einen größeren Zusatznutzen, was Gewerkschaften (64,7%) und Berufsverbände (65,0%) betrifft, als die übrigen Befragten (50,2 bzw. 47,5%).

2 Weitere 70 Befragte gaben noch andere mögliche Aktivitäten im Falle von Problemen an wie sich an die Öffentlichkeit oder die Politik wenden sowie sich krankzumelden oder zu kündigen.

Abbildung 18

Vorstellbare Aktivitäten



Anmerkung: Die Frage lautete: „Wenn Sie Probleme in Ihrer Arbeit haben, welche der folgenden Aktivitäten kommen für Sie dann in Frage?“ Als Antworten waren vorgegeben: „das Gespräch mit Vorgesetzten suchen“, „mich mit Kollegen/innen zusammentun“, „mich im Internet mit Gleichgesinnten vernetzen“, „eine Petition unterschreiben“, „eine Sitzung einberufen“, „demonstrieren“, „streiken“, „an einer kurzfristigen Aktion, z. B. einem Flashmob, teilnehmen“, „mich mit anderen Pflegekräften in einem Verein oder Verband zusammentun“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Damit diese Bereitschaft zum Engagement bei einem großen Teil der AltenpflegerInnen genutzt werden kann, müssen diese interne oder externe Unterstützung erfahren. Doch zeigen die Daten, dass genau in diesem Punkt ein Mangel vorzuherrschen scheint. Da Streiks für die meisten Beschäftigten nicht in Frage kommen, wäre eine wichtige Unterstützungsleistung das Aufzeigen alternativer Formen kollektiver Aktion.

In den Interviews wurden neben Streiks auch andere mögliche Aktivitäten angesprochen. Zum Beispiel wurde die Aktion „Pflege am Boden“ erwähnt, bei der seit Herbst 2013 regelmäßig Menschen auf den Pflegenotstand aufmerksam machen, indem sich Pflegekräfte für einige Minuten in Fußgänger-

gerzonen oder an zentralen Plätzen ihrer Städte auf den Boden legen. Eine Pflegerin kann sich vorstellen, sich daran zu beteiligen, eine andere explizit nicht, was zeigt, dass unter den Pflegekräften keine Geschlossenheit hinsichtlich aktionsorientierter Instrumente vorliegt.

„Pflege am Boden, ja klar, kenn ich. Gibt’s in [der nächsten größeren Stadt]. Find ich schon ganz gut, eine Kollegin von mir macht das, und ich hab ihr schon gesagt, wenn Du das nächste Mal hingehst, möchte ich mitgehen“ (PK8).

„Ich selber würde gar nicht mitmachen [bei Pflege am Boden]. Diese ganze Demonstriererei, da bin ich nicht so ein Freund von. Weil das ist so ein kurzer Aufschrei nur und dann ist die Aktion rum und dann ist es wieder beendet und ich finde, wir müssen andere Wege einfach gehen. Das betrifft ja auch nicht nur die Altenpflege, auch wenn in anderen Berufen gestreikt wird: Letztendlich habe ich noch nicht gehört, dass sich da dann was geändert hätte“ (PK12).

Eine dritte Pflegerin hat von der Aktion schon gehört, ohne Näheres darüber zu wissen, vermutet aber, dass dies mit dem Arbeitsalltag unvereinbar sein dürfte.

„Pflege am Boden ist ja leider immer nur in Berlin. Wenn das in [der 30 Minuten entfernten nächsten größeren Stadt] wäre, dann ginge das, ja. (...) Aber normalerweise ist das so, dass, wenn man jeden Tag arbeiten geht, es mit dem Dienst nicht zu vereinbaren ist“ (PK6).

Von ver.di werden als weitere alternative kollektive Aktionen sogenannte Ultimaten angeführt, bei denen die Beschäftigten eine Veränderung bis zu einem bestimmten Stichtag einfordern. Sollte bis dahin nichts geschehen sein, werden Streikmaßnahmen angekündigt. Für die Umsetzung der Forderung und damit die Sicherstellung des Betriebs ist der Arbeitgeber zuständig, während die ArbeitnehmerInnen bis zum Stichtag ihrer Pfllegetätigkeit weiter nachgehen können (ver.di 2013: 15). In den Beschäftigteninterviews war diese Form kollektiven Handelns jedoch nicht bekannt. Insofern besitzt die zuständige Gewerkschaft Potenziale im Aktionsbereich, die mangels Bekanntheit keineswegs ausgeschöpft sind.

Die Möglichkeit des Streiks hängt dabei jedoch nicht nur von den individuellen Einstellungen und dem Berufshintergrund der Altenpflegekräfte ab, sondern auch von den Beziehungen zwischen der betrieblichen und der überbetrieblichen Ebene der Interessenvertretung. Voges (2002: 305) weist darauf hin, dass die betrieblichen Gewerkschaftsgremien die Aufgabe der Mobilisierung der Mitglieder übernehmen, während die überbetriebliche Gewerkschaftsebene für die Zielsetzung kollektiver Aktivität zuständig ist. Da jedoch „betriebliche Forderungen gegenüber den überbetrieblichen als nachrangig gelten, ist die Mobilisierungsbereitschaft in den Betrieben entsprechend gering“ (ebd.).

5.5 Warum werden nicht mehr Pflegekräfte aktiv?

Die letzten Zitate weisen bereits auf einen Aspekt hin, der die Pflegekräfte daran hindert, aktiv zu werden. Viele Pflegekräfte können sich etwa ein zusätzliches soziales Engagement neben ihrer Arbeit nicht vorstellen.

„In der Zeit, in der ich noch ausschließlich in der Pflege war oder auch jetzt, wenn ich viel in der Pflege bin als Urlaubsvertretung oder so, dann merke ich das auch, dass man einfach froh ist, wenn der Dienst rum ist, dann heim, nix mehr hören, nix mehr sehen. Weil man dann einfach wieder runterkommen muss. Und dann nachmittags nicht noch in der Fortbildung sitzen will und so weiter.“ (PK12).

Ein Altenpfleger, der in Vollzeit arbeitet, meint ebenfalls, wenn man zehn Tage am Stück gearbeitet habe, sei man einfach zu ausgelaugt, da sei er froh, seine Ruhe zu haben.

Eine Krankenschwester aus einem ambulanten Dienst mutmaßt, ihre KollegInnen hätten „wenig Selbstinteresse“ (PK12).

„Unter den Kollegen ist es schon so, also das ist kein Desinteresse, aber es gibt die Haltung, ja, ganz gut, aber lass die anderen mal machen. Ich hab ja hier schon meinen Dienst. Das ist auch so, wenn es um Fortbildungen geht. Da ist wenig Selbstinteresse, sag ich jetzt mal. Und so ist das mit der Pflegekammer auch. Wenn die dann da ist, denke ich, da wird sich dann noch mal Gedanken gemacht, aber

der Weg dahin, wo man vielleicht selber seine Meinung auch kundtun kann, da ist wenig Interesse“ (PK12).

Eine Pflegehelferin in Teilzeit führt an, sie habe gewusst, worauf sie sich einlasse, als sie den Beruf ergriffen habe. Damit habe sie sich arrangiert. Das sei für sie als Teilzeitkraft auch leichter als für Vollzeitkräfte. Wenn es um Protest geht,

„da wären eigentlich die Kräfte gefragt, die Vollzeit arbeiten, die das wirklich total betrifft, unsereiner kann es wieder so ein bisschen von sich abschütteln und damit halt umgehen, aber in Ordnung ist es nicht. (...) Ich kann mich damit arrangieren, ich habe auch gelernt, mich zu arrangieren, ich nehme es halt hin, es ist mein täglich Brot, ich übe diesen Beruf aus und ich wusste von vornherein, dass es solche Probleme geben wird. Deswegen komme ich damit auch klar“ (PK15).

Eine andere Gesprächspartnerin erwähnt auch private Verpflichtungen, die einem Aktivwerden im Wege stehen.

„Ich hätte viel früher aufstehen sollen. Aufstehen in Anführungsstrichen. Gut, es gab privat halt dann auch noch mal ... meine Ex-Schwiegermutter war dann pflegebedürftig, dann macht man auch nicht unbedingt sowas. Dann gab's auch noch andere Prioritäten, mein Sohn war in der Pubertät nicht so ganz einfach. Da sind dann noch mal ganz andere Dinge mit reingespielt“ (PK8).

Sie arbeitet inzwischen nicht mehr in der stationären Altenpflege. Als einen Grund dafür nennt sie unter anderem, dass ihr widerständiges Verhalten Gegenreaktionen des Arbeitgebers erzeugt habe.

„Es war auch so, je mehr ich den Mund aufgemacht habe in diesen Einrichtungen, desto mehr Druck habe ich bekommen“ (PK8).

Bei ihren ehemaligen KollegInnen sieht sie zudem verschiedene Ängste als Hindernisse dafür, sich für seine Interessen einzusetzen.

„Also ich habe in der Altenpflege da eher so eine Angst empfunden. Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, Angst vor Konsequenzen, Angst vor 'ner Abmahnung und, und, und. Die ganzen Geschichten, da war eher so eine große Angst. Oder die Leute sind dann gegangen, haben das Haus verlassen und haben es einfach im nächsten Haus noch mal versucht“ (PK8).

Diese Pflegerin vertritt die Ansicht, dass sich die Pflegekräfte, die engagiert und motiviert seien, eine Pflegenische suchten, in der sie sich verwirklichen könnten, oder eine berufliche Alternative und diejenigen, die in der Altenpflege blieben, stumpften einfach mit der Zeit ab.

Eine ihrer Kolleginnen formuliert die These, es habe auch mit der beruflichen Sozialisation zu tun, dass es die Pflegekräfte beim „Lamentieren“ (PK19) beließen und darüber hinaus nicht aktiv würden.

„Was man überall sieht ist Lamentation, Lamentation, Lamentation. Und so werden ja Krankenschwestern auch gedrillt, ja. Du gehst in die Krankenpflege und alles was Du machst, Du reagierst auf Klagen. Der Patient hat Schmerzen, Du reagierst. Der Patient hat Atem, Du reagierst. Immer wenn jemand lamentiert, reagiert was. Also, was machen die Krankenschwestern? Sie lamentieren! Das lernen die doch so! (...) Es wird viel lamentiert, aber es hat keine Konsequenz. Alles ist schrecklich, alles ist blöd, viel zu viel Arbeitslast, viel zu viel Überstunden, alles ist schlecht, wir können nicht mehr, aber es passiert nichts“ (PK19).

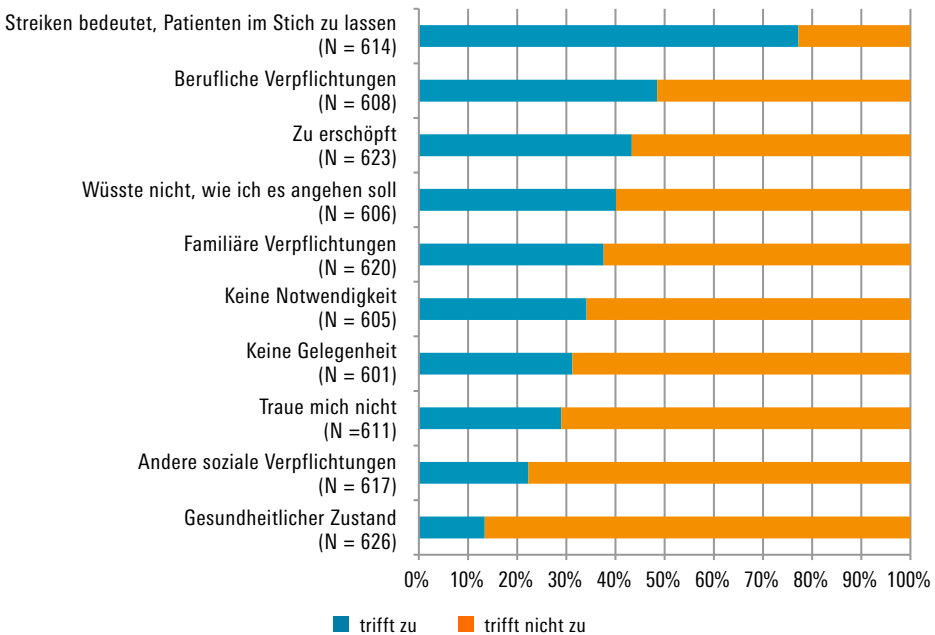
Dass die berufliche Belastung die Pflegekräfte daran hindert, bei Problemen in ihrer Arbeit aktiv oder aktiver zu werden, zeigt sich auch in der Beschäftigtenbefragung: Die Antworten auf die Frage nach dem Hinderungsgrund fallen zumeist auf die Option „ich bin meist zu erschöpft“ und „berufliche Verpflichtungen“. 43,3 bzw. 48,5 Prozent der Befragten geben dies als Hindernis für eine Aktivität an. Der für die Beschäftigten hohe Stellenwert ihrer beruflichen Pflichten zeigt sich auch in dem Ergebnis, dass für 77,2 Prozent kollektive Aktivitäten wie etwa Streiks bedeuten würden, ihre PatientInnen im Stich zu lassen.

Eine geringe Rolle spielen gesundheitliche Aspekte. Lediglich 13,4 Prozent der Befragten sehen in ihrem gesundheitlichen Zustand ein Hindernis für allgemeines Engagement. Auch familiäre und andere soziale Verpflichtungen

tungen halten nur eine Minderheit (37,6% bzw. 22,3%) von Aktivitäten ab. Für 69,6 Prozent der Befragten passen Arbeitszeiten und familiäre oder soziale Verpflichtungen sehr gut oder relativ gut zusammen. Dies bestätigt auch die oben genannten Ergebnisse bezüglich der wichtigsten Veränderungen, bei denen mehr Gehalt und weniger Zeitdruck eine deutlich größere Rolle spielen als bessere Arbeitszeiten. Nichtsdestotrotz muss die Haushaltssituation der Beschäftigten als Hinderungsgrund für Engagement differenzierter

Abbildung 19

Hindernisse für kollektives Handeln

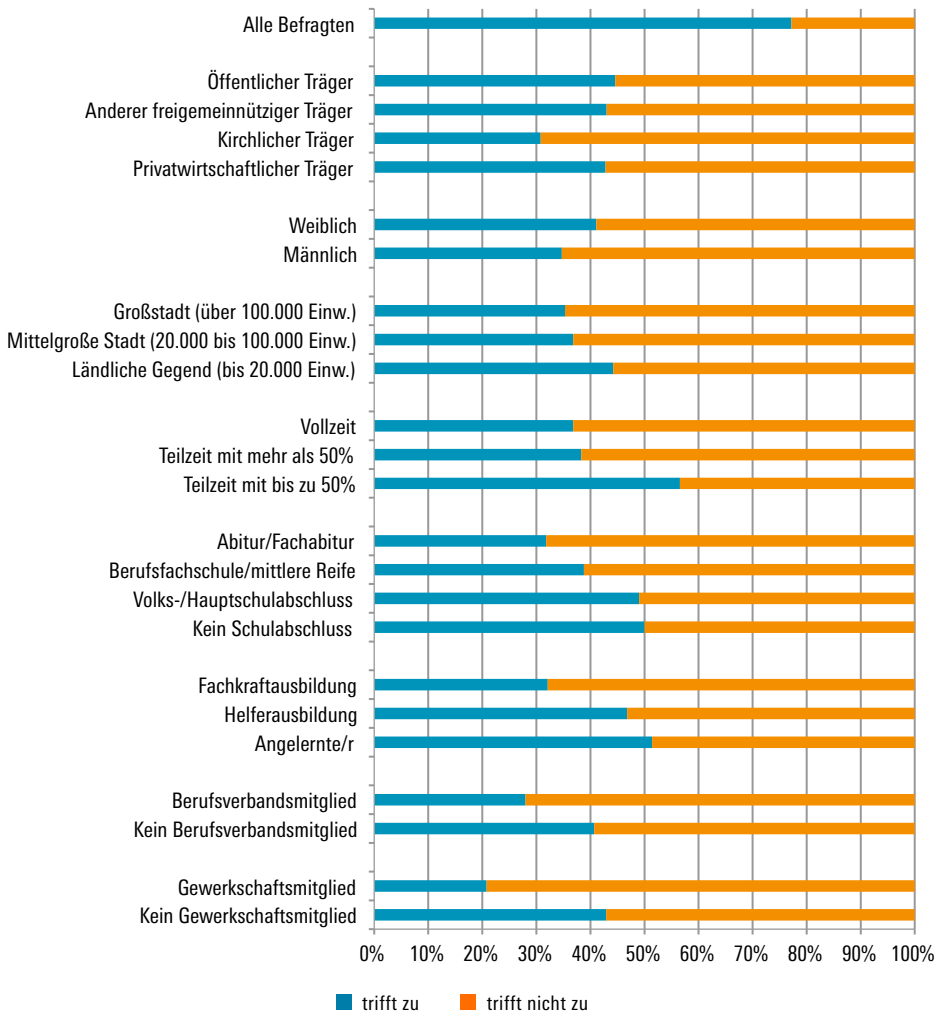


Anmerkung: Die Frage lautete: „Was hindert Sie daran, im Falle von Problemen in Ihrer Arbeit aktiv bzw. aktiver zu werden? Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie zu?“ Die Antwortmöglichkeiten waren: „berufliche Verpflichtungen“; „familiäre Verpflichtungen“; „andere soziale Verpflichtungen“; „ich bin meist zu erschöpft“; „Aktivitäten, wie z. B. Streiken, bedeuten für mich, meine Patienten und Patientinnen im Stich zu lassen“; „ich habe keine Gelegenheit“; „ich wüsste nicht, wie ich es angehen soll“; „mein gesundheitlicher Zustand lässt es nicht zu“; „ich sehe einfach keine Notwendigkeit“; „ich traue mich nicht“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015, fehlende Werte zu 100%: „weiß nicht/keine Angabe“. Gewichtete Daten

Abbildung 20

„Ich wüsste nicht, wie ich es angehen sollte“ als Hinderungsgrund für Engagement



Anmerkung: Die Antwort „Ich wüsste nicht, wie ich es angehen soll“ auf die Frage: „Was hindert Sie daran, im Falle von Problemen in Ihrer Arbeit aktiv bzw. aktiver zu werden? Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie zu?“ wurde bezogen auf die soziostrukturellen Merkmale der Befragten aufgeschlüsselt.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015.

betrachtet werden. Es zeigt sich, dass familiäre Verpflichtungen 54,5 Prozent der Alleinerziehenden und 55,9 Prozent der Eltern in einer Partnerschaft davon abhalten, sich zu engagieren, aber lediglich 25,8 Prozent der Befragten, die in einer Partnerschaft ohne Kinder leben, und 20,7 Prozent der Alleinlebenden. Auch soziale Verpflichtungen geben Paare mit Kindern (23,9%) und Alleinerziehende (33,9%) öfter als Hinderungsgrund an.

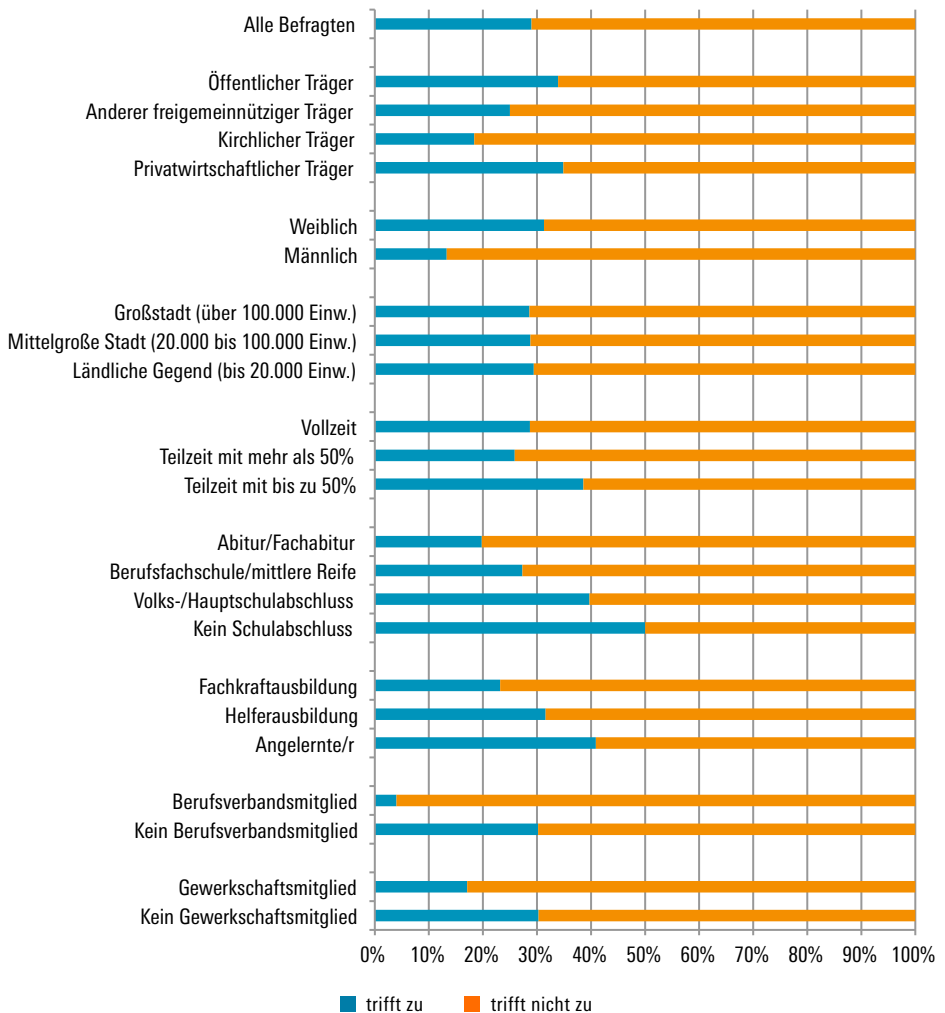
Entgegen den Vermutungen aus den Interviews mit einzelnen Beschäftigten lassen sich in der Umfrage keine Zusammenhänge zwischen den konkreten beruflichen Verpflichtungen und der Erschöpfung der AltenpflegerInnen mit bestimmten sozialstrukturellen Merkmalen feststellen. Es finden sich keine Hinweise darauf, dass insbesondere für Vollzeiträfte Erschöpfung und berufliche Verpflichtungen ein Hindernis darstellen. Als Ursache für geringe Aktivität wird auch darauf verwiesen, keine Gelegenheit dazu zu haben. Auffallend ist, dass dies häufiger von Teilzeiträften mit einem Arbeitsumfang von bis zu 50 Prozent genannt wird (42,5%) als von Vollzeit- (30,3%) und Teilzeiträften über 50 Prozent (27,9%). Zudem führen Teilzeiträfte (bis 50%) häufiger ihren gesundheitlichen Zustand als Hindernis für Aktivitäten an (27,3%) als Vollzeit- (11,7%) und Teilzeiträfte über 50% (10,4%). Dies lässt entgegen der Aussagen in den qualitativen Interviews darauf schließen, dass die Belastung durch die Arbeit weniger ein spezifisches Problem bestimmter Beschäftigtengruppen darstellt als vielmehr ein generelles Hindernis, das AltenpflegerInnen von Aktivitäten abhält.

Aufschlussreich ist demgegenüber die Differenzierung der Aktivitätshindernisse entlang der Faktoren Qualifikation und Bildung. Während 40,1 Prozent aller Befragten ein Hindernis für Engagement darin sehen, dass sie nicht wüssten, wie sie es angehen sollten, trifft dies lediglich auf 32,1 Prozent der AltenpflegerInnen mit einer Fachkraftausbildung, jedoch auf 46,8 Prozent der AltenpflegerhelferInnen und 51,4 Prozent der angelernten ArbeitnehmerInnen zu (vgl. [Abbildung 21](#)). Ein Zusammenhang ergibt sich hier auch hinsichtlich der Bildung, wobei diejenigen ohne Schulabschluss (50%) oder mit geringerem Bildungsgrad (Volks-/Hauptschulabschluss, 49%) in geringerem Ausmaß wissen, wie sie eine Aktivität angehen sollten als AbiturientInnen (31,8%).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei dem Grund, sich nicht zu trauen, wie aus [Abbildung 21](#) ersichtlich wird. Auch hier liegt der Anteil unter den Angelernten (40,9%) und AltenpflegehelferInnen (31,6%) signifikant höher als bei den Fachkräften (23,2%). Auch der Bildungshintergrund der AltenpflegerInnen wirkt sich hier ähnlich aus: Unter den Befragten mit Volks- oder Hauptschulabschluss geben 39,7 Prozent an, sich nicht zu trauen, während es unter AbiturientInnen 19,8 Prozent sind.

Abbildung 21

„Sich nicht zu trauen“ als Hindernis beim aktiven bzw. aktiveren Angehen von Problemen



Anmerkung: Die Antwort „Ich traue mich nicht“ auf die Frage: „Was hindert Sie daran, im Falle von Problemen in Ihrer Arbeit aktiv bzw. aktiver zu werden? Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie zu?“ wurde bezogen auf die soziostrukturellen Merkmale der Befragten aufgeschlüsselt.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Einige Gruppen unter den AltenpflegerInnen weisen also spezifische Hinderungsgründe für eine Aktivität auf. Nicht zuletzt aufgrund der spezifischen historischen und arbeitsmarktstrukturellen Bedingungen (vgl. Kapitel 2) der Altenpflege stellen diese Gruppen einen großen Anteil der Beschäftigten und haben somit Auswirkungen auf das allgemeine kollektive Engagement in diesem Bereich.

5.6 Berufsverbände

Mit Berufsverbänden kam bislang kaum eine der InterviewpartnerInnen in Berührung. Selbst langjährig in der Altenpflege Beschäftigte geben an, diese Verbände nicht näher zu kennen. Eine ehemalige Krankenpflegerin, die seit Langem in der Altenpflege arbeitet, meint, sie habe in ihrem Berufsleben immer wieder darüber nachgedacht, einem Berufsverband beizutreten. Doch dann habe jedes Mal der letzte Motivationsschub gefehlt. Wäre sie persönlich angesprochen worden, wäre sie sicher beigetreten. Dann fällt ihr ein:

„Ein paar Jahre war ich auch Mitglied vom DBfK, aber das war ewig her. Warum hab ich das aufgegeben? Ich weiß es nicht“ (PK8).

Eine ehemalige Krankenpflegerin ist Mitglied im Deutschen Pflegeverband. Sie sei vor zwanzig Jahren im Rahmen einer Kampagne beigetreten und seither dabei geblieben.

„Der [Verband] hat irgendwann mal so eine Kampagne gemacht, als ich noch im Krankenhaus war, und dann hat mir deren Fachzeitschrift ganz gut gefallen und dann hast Du das Gleiche, wie wenn Du jetzt bei ver.di bist, da hast Du ‚ne Berufshauptpflicht, kriegst diese Fachzeitschrift zugeschickt, ‚Heilberufe‘ heißt die ... naja, und dann war ich zu phlegmatisch da irgendwann mal auszutreten und so teuer ist es ja auch nicht. (...) Das ist aber auch schon zwanzig Jahre her. Heute würde ich mir ja auch nie wieder so eine Zeitschrift abonnieren. Wenn Dich was interessiert, liest Du es im Internet. Naja, aber ich denke mir, wenn sie kommt, dann gucke ich auch rein. Extra was gucken täte ich ja nicht“ (PK19).

Eine andere Pflegerin kommt bei der Erwähnung von Berufsverbänden direkt darauf zu sprechen, dass es der Mitgliedsbeitrag sei, der einen vom Beitritt abhalte.

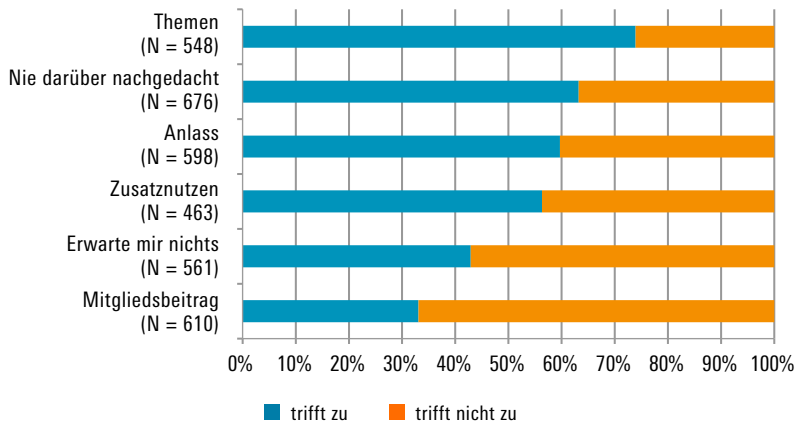
„Es ist ja, wie bei der Pflegekammer auch, so, da gibt es einen Beitrag, den man monatlich leisten muss und alle ihre Verpflichtungen haben und die sagen, wie bei der Pflegekammer, klasse, können wir alle nur bezahlen, und dann wird der Wasserkopf nach oben immer größer und mal schauen, ne. Ich für mich muss sagen, ich finde, die Pflegekammer ist 'ne gute Sache, ich bin froh, wenn sie dann da ist. Ja, ich muss sie bezahlen, aber man muss im Leben so viel bezahlen, dann kommt es da drauf grad nicht mehr an. Aber bei vielen ist das so, dass sie sagen, das sind zehn Euro im Monat, das kann ich besser brauchen für mein Kind oder meinen Lebensunterhalt“ (PK6).

In der Beschäftigtenbefragung geben 36 Personen an, Mitglied eines Berufsverbandes zu sein, was lediglich 4,9 Prozent aller Befragten entspricht. 88,6 Prozent dieser Verbandsmitglieder äußern, mit ihrem Verband sehr zufrieden oder zufrieden zu sein. Die übrigen Personen des Samples wurden gefragt, aus welchen Gründen sie kein Mitglied in einem Berufsverband seien (vgl. Abbildung 22).

73,9 Prozent geben an, der Berufsverband beschäftige sich mit Themen, die nicht von Relevanz seien. 63,2 Prozent haben noch nie darüber nachgedacht, Mitglied in einem Berufsverband zu werden. Diese Begründung wurde in Bezug auf die Berufsverbände deutlich häufiger genannt als in Bezug auf die Gewerkschaft (52,1 %), was den geringeren Bekanntheitsgrad der Berufsverbände in der Altenpflege widerspiegelt. Für 56,3 Prozent bietet eine Verbandsmitgliedschaft einen zu geringen Zusatznutzen und 42,9 Prozent erwarten sich von einem solchen Verband nichts. Lediglich 33,1 Prozent geben an, sich den Mitgliedsbeitrag nicht leisten zu wollen oder zu können. Immerhin: 59,7 Prozent finden Berufsverbände vom Grundsatz her positiv, hatten aber bisher keinen Anlass, einzutreten.

Die Pflegekräfte wurden auch nach ihren Assoziationen zu bestimmten Verbänden gefragt. Darunter befanden sich die beiden Berufsverbände DBfK und DBVA. Zu beiden äußerten relativ viele Befragte, der Verband sei ihnen unbekannt. Zu ver.di geben dies nur 10,5 Prozent und zum Dachverband DGB 18,0 Prozent an; die beiden Berufsverbände kennen 40,4 Prozent (DBfK) bzw. 41,4 Prozent (DBVA) nicht. Interessanterweise sind die Anteile

Gründe für die Nichtmitgliedschaft in einem Berufsverband



Anmerkung: Die Frage lautete: „Weshalb sind Sie nicht Mitglied in einem Berufsverband? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?“ Die Antwortmöglichkeiten lauteten: „Ich habe noch nie darüber nachgedacht“; „Von einem Berufsverband erwarte ich mir nichts“; „Der Berufsverband müsste sich mehr mit Themen beschäftigen, die für mich/uns relevant sind“; „Der Berufsverband bietet mir nicht genügend Zusatznutzen“; „Ich kann/will mir den Mitgliedsbeitrag nicht leisten“; „Eigentlich finde ich das eine gute Sache, aber mir fehlte bisher immer ein konkreter Anlass“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

ähnlich, obwohl sich die Mitgliederstärke und die Bedeutung der beiden Verbände unterscheiden. Beide werden von den Befragten, die sie kennen, jedoch relativ positiv bewertet. 73,3 Prozent (DBfK) bzw. 72 Prozent (DBVA) haben positive oder eher positive Assoziationen, womit sie oberhalb der Zufriedenheitswerte von ver.di (66,1 %) und dem DGB (60,4 %) angesiedelt sind.

Insofern zeigt sich bei den Berufsverbänden ein großes Potenzial einer umfassenderen Interessenvertretung, das allerdings aufgrund der geringen Bekanntheit nur unzureichend genutzt wird. Dies könnte auch daran liegen, dass 92,3 Prozent der Nichtmitglieder noch nie von einem/einer VerbandsvertreterIn angesprochen worden sind.

Weiterhin zeigen sich hinsichtlich der Nichtmitgliedschaft in Berufsverbänden einige qualifikationsspezifische Differenzen (vgl. Tabelle 11). AltenpflegehelferInnen (68,8 %) und Angelernte (70 %) nennen deutlich häufiger als Fachkräfte (57 %) als Grund für ihre Nichtmitgliedschaft, dass sie noch nie

Tabelle 11

**Gründe für Nichtmitgliedschaft im Berufsverband nach beruflicher Qualifikation
(Angaben in Prozent)**

		Berufsspezifische Qualifikation		
		Fachkraft	Hilfskraft	Angelernt
Nie darüber nachgedacht	Trifft zu	57,0	68,8	70,0
	Trifft nicht zu	43,0	31,2	30,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Themen	Trifft zu	69,7	75,4	84,0
	Trifft nicht zu	30,3	24,6	16,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Zu geringer Zusatznutzen	Trifft zu	51,1	56,8	69,7
	Trifft nicht zu	48,9	43,2	30,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Mitgliedsbeitrag	Trifft zu	24,5	41,4	42,3
	Trifft nicht zu	75,5	58,6	57,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Erwarte ich mir nichts	Trifft zu	43,6	40,4	45,6
	Trifft nicht zu	56,4	59,6	54,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Anlass	Trifft zu	58,9	60,5	60,4
	Trifft nicht zu	41,4	39,5	39,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Ergebnisse.

darüber nachgedacht hätten. Wenig überraschend ist zudem, dass dieselben Gruppen häufiger ihre Nichtmitgliedschaft damit begründen, dass der Berufsverband sich mit Themen beschäftigen müsste, die für sie relevanter seien (75,4% bzw. 84% gegenüber 69,7% bei Fachkräften), und dass ihnen der Berufsverband daher zu wenig Zusatznutzen biete (56,8% bzw. 69,7% gegenüber 51,1% bei Fachkräften). Entsprechend häufiger wollen oder können sie sich auch den Mitgliedsbeitrag nicht leisten (41,4% bzw. 42,3% gegenüber 24,5% bei Fachkräften).

Ähnlich wie bei den Gründen dafür, kein Gewerkschaftsmitglied zu sein, zeigen sich auch bei den Berufsverbänden Differenzen zwischen ländlichen Regionen und Großstädten. AltenpflegerInnen in ländlichen Gebieten geben häufiger als Hinderungsgrund an, Berufsverbände zwar positiv zu finden, jedoch keinen konkreten Anlass für einen Beitritt gehabt zu haben (65,9%), als Beschäftigten in Großstädten (53,4%). Entsprechend haben sie auch häufiger nicht darüber nachgedacht, Mitglied in einem Berufsverband zu werden (ländlich: 64,9%; Großstadt: 55,0%). Zugleich ist die Nichtmitgliedschaft aufgrund geringer Erwartungshaltung seltener (Land: 36,7%; Großstadt: 48,8%), ebenso aufgrund eines zu geringen Zusatznutzens (Land: 48,4%; Großstadt: 61,6%). Auch der Mitgliedsbeitrag stellt ein geringeres Problem dar (Land: 26,6%; Großstadt: 39,2%). Hier zeigt sich in ländlichen Gebieten ein Mobilisierungspotenzial für die Berufsverbände.

5.7 Pflegekammer

Wie die nachfolgend zitierte Pflegerin beziehen sich fast alle Befragten aus Rheinland-Pfalz auf das Thema Pflegekammer. Zum Zeitpunkt der Interviews gab es in diesem Bundesland bereits eine Gründungskonferenz zur Errichtung einer solchen Institution.

„Wenige können nie irgendwas ausrichten, das reicht halt nicht. Und *deswegen* bin ich auch diese Befürworterin von der Pflegekammer. Einfach weil dann viele, einfach viele zusammenkommen, die sagen, so wollen wir das nicht mehr, bitte ändert jetzt was. Und *deswegen* bin ich für die Pflegekammer, ich muss es immer wieder sagen. Ich finde das sensationell, ich hab gesagt: Hallo? Endlich! Endlich kommt mal jemand und sagt, wir wollen hören, was ihr zu sagen habt“ (PK12).

Eine andere Pflegerin erhofft sich von der Pflegekammer auch eine Aufwertung des Berufes.

„Mit dem Thema Pflegekammer werden wir auf einen guten Weg gebracht, denke ich. Da wird ja vielleicht die Lobby in der Gesellschaft ein bisschen steigen in der Pflege, und ich hoffe es eigentlich auch ganz speziell für die Altenpflege. Weil es ist ja wirklich so in den Köpfen, man ist so der Po-Wischer, fertig, und mehr nicht. Und das ist schade, aber die Pflegekammer wird, denke ich ... das geht nicht von heute auf morgen, es ist auch nicht von heute auf morgen so gekommen wie es ist, aber ich denke, die macht 'nen guten Weg“ (PK6).

Ein Pfleger, der zunächst kritisch war, sagt im Interview, er habe hohe Erwartungen an diese Institution, die nun, anders als der Einzelne, Möglichkeiten habe, Einfluss zu nehmen.

„Erst, das muss ich sagen, war ich ein bisschen skeptisch. Dann hatten wir aber eine Vorstellung von [einem Mitglied der Gründungskonferenz] und ich muss sagen, die hat das sehr gut rübergebracht und ich muss sagen, ich hab da sehr hohe Erwartungen, ja. Und ich bin sehr froh, dass es jetzt wirklich mal was gibt, wo man sagt, da ist jetzt 'ne Kammer, die kann sich nach oben einsetzen, was der Einzelne, also die einzelne Pflegekraft ja gar nicht kann. Also ich muss sagen ich setze da sehr hohe Erwartungen dran. Ich bin froh, dass so was jetzt kommt“ (PK5).

Eine Pflegerin zeigt sich sehr skeptisch, insbesondere zum Thema Zwangsmitgliedschaft.

„Ja also, Zwangsmitgliedschaft gibt es ja schon bei der Kirche und ich möchte mich hier nicht zu irgendetwas zwingen lassen. Die buchen dann ja auch gewisse Beträge ab und ich denke mal, nein“ (PK4).

Eine Pflegehelferin äußert Erleichterung darüber, dass das Thema sie als Nichtfachkraft nicht betreffe.

„Da halte ich nichts von. Nee. Vor allen Dingen: Die werden nichts tun. Das ist wie ein Sparbuch für die (...), aber da sind wir Pflegehelfer ja fein raus. (...) Das ist wie 'ne Abzocke, denn ich glaub nicht, dass sich da viel tut oder viel getan wird. Und wenn man jetzt so rumhört, die meisten, das examinierte Personal, die wollen das gar nicht. Weil sie das von vornherein wissen, dass es nichts bringt. Das ist mal wieder, da kriegt mal wieder einer die Taschen vollgemacht. Das ist meine Meinung“ (PK9).

5.8 Gewerkschaften

Wie oben deutlich wurde, wurde die Gewerkschaft als zuständiger Akteur für die Lösung der Problemlagen in der Pflege von den Befragten nicht genannt. Direkt auf die Gewerkschaft angesprochen, zeigte sich, dass die meisten Pflegekräfte in ihrem beruflichen Werdegang bisher kaum Berührungspunkte mit gewerkschaftlichen Akteuren hatten.

5.8.1 Kaum Berührungspunkte

Dem Großteil der Interviewten sind die Gewerkschaften ähnlich wie die Berufsverbände im Verlaufe ihres Berufslebens noch nie begegnet.

„Im Fernsehen habe ich die schon gesehen, aber hier auf der Arbeit, nein“ (PK16).

„Nein, da war immer nur MAV. Gewerkschaft nicht, nein. (...) Ja, nein, hier bei uns im Haus, nie ... also ich kenne nur die MAV. Und dass hier mal jemand Reklame gemacht hätte, nein“ (PK17).

„Davon hab ich in der Altenpflege noch nie was gehört. Bei der Kirche darf man ja auch nicht“ (PK3).

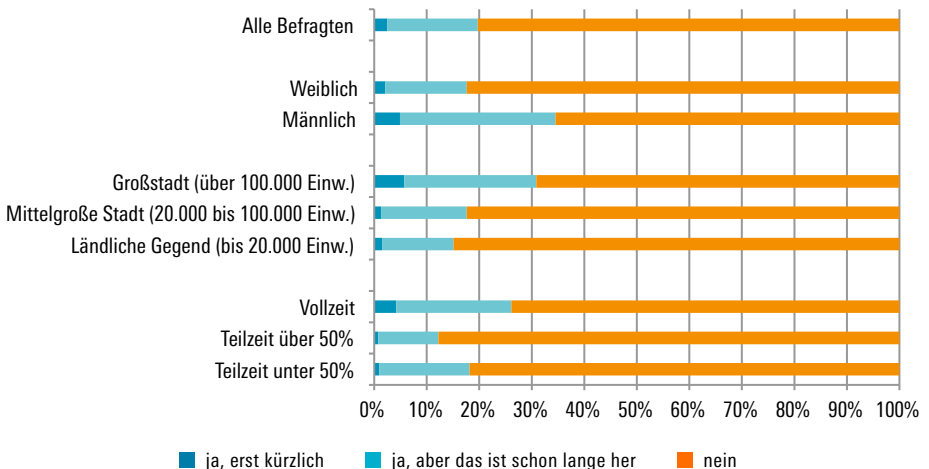
Nur vereinzelte GesprächspartnerInnen sind einmal von der Gewerkschaft angesprochen worden. Eine andere Pflegerin, die jedoch erst seit wenigen Jahren in der Altenpflege tätig ist, weiß nicht, dass es „so etwas“ (PK2) für die Beschäftigten in der Pflege gibt.

„Es wäre schön, wenn es so etwas für die Pflege gäbe. Die würden sich ja auch einsetzen, wir Kleinen, wir können ja nicht viel bewegen“ (PK2).

Die scheinbar geringen Berührungspunkte mit den Gewerkschaften zeigen sich auch in den Ergebnissen der Beschäftigtenbefragung. Zwar sind die Gewerkschaften, wie bereits zuvor aufgezeigt wurde, der Mehrzahl der Befragten bekannt. Der Anteil der Befragten, der die Gewerkschaften kennt und positiv oder eher positiv einschätzt, liegt bei 66,1 (ver.di) bzw. 60,4 Prozent (DGB). Ein anderes Bild zeigt sich, wenn es um die direkte Ansprache von AltenpflegerInnen durch Gewerkschaften geht. Von den befragten Personen geben lediglich 2,5 Prozent an, erst kürzlich, bzw. 17,2 Prozent, vor längerer Zeit von diesen angesprochen worden zu sein. Dem stehen 80,3 Prozent der Befragten gegenüber, die noch nie kontaktiert wurden.

Abbildung 23

Noch nie durch GewerkschaftsvertreterInnen angesprochene Beschäftigte, soziostrukturelle Merkmale



Anmerkung: Die Ausgangsfrage lautete: „Hat Sie im Verlaufe Ihrer Berufstätigkeit schon einmal ein Gewerkschaftsvertreter angesprochen?“ Als Antwortmöglichkeiten standen zur Verfügung: „ja, erst kürzlich“; „ja, aber das ist schon lange her, nein“. Diese Frage wurde an die Variablen, die soziostrukturelle Merkmale erfragt haben, zurückgekoppelt.
Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

Hierbei zeigt sich ein Zusammenhang dahingehend, dass 87,7 Prozent der Teilzeitbeschäftigten in „großer Teilzeit“ (über 50%) und 83,3 Prozent der ArbeitnehmerInnen in „kleiner Teilzeit“ noch nie im Namen der Gewerkschaft angesprochen wurden. Bei ArbeitnehmerInnen trifft dies für 82,4 Prozent zu, bei den männlichen Beschäftigten nur auf 65,4 Prozent. Zudem gibt es Differenzen je nach Region, wobei die Beschäftigten in ländlichen Gebieten (84,9%) deutlich weniger Kontakt mit GewerkschaftsvertreterInnen haben als AltenpflegerInnen in Großstädten (69,2%) (vgl. Abbildung 23).

Problematisch hieran ist, dass gerade einige diejenigen Beschäftigtengruppe wie etwa TeilzeitarbeitnehmerInnen und Altenpflegerinnen, die als Hinderungsgrund für eine weitergehender Aktivität nannten, nicht zu wissen, wie sie ein Engagement angehen sollten, oder sich nicht zu trauen, seltener von GewerkschaftsvertreterInnen angesprochen wurden. Ihnen wird somit weniger Unterstützung zuteil, obwohl sie aufgrund der Arbeitsmarktstruktur einen großen Teil der Arbeitnehmerschaft in der Altenpflege stellen. Die geringen Kontakte der Altenpflegerinnen mit Gewerkschaften müssen vor dem Hintergrund des hohen Frauenerwerbsanteils, des hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigten sowie einer erheblichen Fluktuation der Beschäftigten in der Altenpflege betrachtet werden (vgl. Kapitel 2).

5.8.2 Wozu Gewerkschaften?

Es gibt in den wenigsten Einrichtungen Interessenvertretungen der Beschäftigten und generell wenige Kontaktmöglichkeiten mit RepräsentantInnen der Gewerkschaften. Aufgrund fehlender konkreter Erfahrungen ist es den meisten Beschäftigten nie in den Sinn gekommen, selbst Mitglied in einer Gewerkschaft zu werden. Einige äußern sogar, sie sähen darin keinen Sinn.

„Wenn es was bringen würde, dann schon. Aber was macht das schon, 1 % mehr Gehalt? Das geht ja nicht an die wirklichen Probleme ran, die Alterung der Gesellschaft und die ganze Pflegeproblematik und dass wir nicht genügend Leute haben, die den Job machen wollen“ (PK1).

„Wenn ich ein Problem hab, dann geh ich zur MAV. Und darüber hinaus sehe ich keinen Bedarf. Bin auch nie angesprochen worden“ (PK13).

„Ich hab die bisher noch nie gebraucht, in all den Jahren. Wenn ich was hätte, gut, dann kann ich zu meinem Chef gehen“ (PK14).

Einige Gesprächspartner aber hatten doch schon einmal Kontakt mit der Gewerkschaft. Eine Pflegekraft berichtet vom Betriebsrat ihrer Einrichtung:

„Die waren früher mal bei ver.di und dann haben die das irgendwie mit ver.di gekündigt. Da haben wir schon mal drüber nachgedacht [wieder mit ver.di zusammenzuarbeiten], aber ...“ (PK4).

Sie selbst ist inzwischen auch Mitglied im Betriebsrat und dort sei keiner mehr Mitglied in der Gewerkschaft, darin sähe man keinen Gewinn. Eine Bekannte habe einmal versucht, sie zu werben, aber ohne Erfolg.

„Ja, bei ver.di, weil ich auch 'ne Bekannte habe, die bei ver.di ist, aber das lohnt sich für mich, glaube ich, nicht mehr. Ich glaube, das ist auch schwierig, weil das wird nicht so gerne gesehen“ (PK4).

Eine andere Pflegerin, die zunächst sagt, Gewerkschaften hätten in ihrem Berufsleben keine Rolle gespielt, erinnert sich dann doch daran, dass das in der Berufsschule einmal Thema gewesen sei.

„Also zu meiner Zeit [Ende der 1970er] war es noch so, in der Schule, sind dann so Gewerkschaften schon auf uns zu gekommen und dann hieß es aber so größtenteils, wir sollten da nicht reingehen, weil ja die Häuser noch so kirchenmäßig waren. Und man sollte eigentlich, hieß es damals noch, sich eigentlich nicht gewerkschaftsmäßig aktiv betätigen. Und ich habe dann auch ... vielleicht ist es auch Bequemlichkeit, irgendwann gibt man vielleicht manchmal auch auf und sagt: Es tut sich ja doch nichts“ (PK5).

In der Beschäftigtenbefragung geben 91 Personen an, Mitglied in einer Gewerkschaft zu sein, was 12,3 Prozent der Befragten entspricht. Von diesen äußern 83,8 Prozent, dass sie zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Gewerkschaft seien.

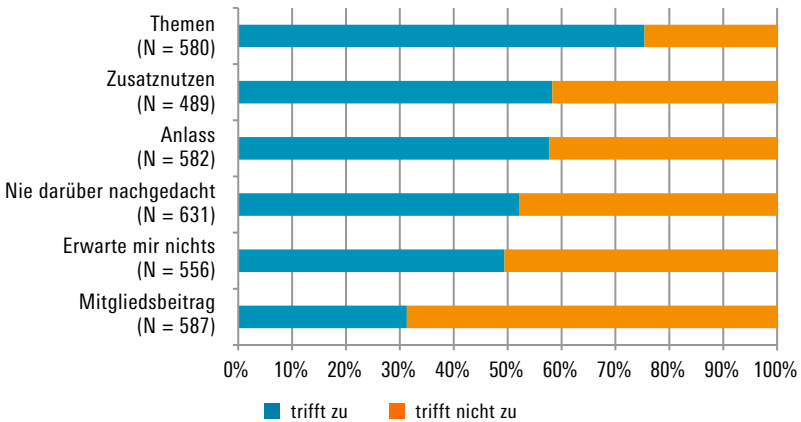
Richtet man den Fokus auf die Personen in der Befragung, die nicht Mitglied in einer Gewerkschaft sind, dann begründen 75,4 Prozent ihre Nichtmitgliedschaft damit, dass sich die Gewerkschaften mit Themen beschäftigen, die für AltenpflegerInnen nicht von Relevanz seien, was jeweils der Wahrnehmung bei den Berufsverbänden entspricht. Darüber hinaus wird von 58,3 Prozent der Befragten der zusätzliche Nutzen einer Gewerkschaftsmitgliedschaft in Frage gestellt. 52,1 Prozent haben keine Erwartungen an Gewerkschaften.

Entsprechend zu den bereits thematisierten geringen Kontakten zu Gewerkschaften gibt eine Mehrheit von 52,1 Prozent der Befragten, die nicht Mitglied in der Gewerkschaft sind, als Grund an, noch nie über eine Mitgliedschaft nachgedacht zu haben (vgl. Abbildung 24).

Diese Antwort geben Beschäftigte in ländlichen Gebieten (bis 20.000 Einwohner), die wie gesehen auch seltener von GewerkschaftsvertreterInnen angesprochen werden, häufiger (58,8%) als Beschäftigte in Großstädten (36,4%),

Abbildung 24

Gründe der Nicht-Gewerkschaftsmitgliedschaft



Anmerkung: Die Frage lautete: „Was sind die Gründe dafür, dass Sie nicht Mitglied einer Gewerkschaft sind?“ Die Antwortmöglichkeiten waren: „Ich habe noch nie darüber nachgedacht“; „Von der Gewerkschaft erwarte ich mir nichts“; „Die Gewerkschaften müssten sich mehr mit Themen beschäftigen, die für mich/uns relevant sind“; „Die Gewerkschaften bringen mir nicht genügend Zusatznutzen“; „Ich kann/will mir den Mitgliedsbeitrag nicht leisten“; „Eigentlich finde ich das eine gute Sache, aber mir fehlte bisher immer ein konkreter Anlass“.

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

die gleichzeitig häufiger kontaktiert werden. 57,7 Prozent der Befragten bewerten Gewerkschaften grundsätzlich positiv, ihnen fehlte bislang allerdings der Anlass für einen Eintritt. Auch hier zeigt sich, dass Beschäftigte in ländlichen Gebieten mit 63,4 Prozent häufiger als AltenpflegerInnen in Großstädten (52,1 %) diese Antwortmöglichkeit wählen. Während insgesamt 58,3 Prozent der Befragten den mangelnden Zusatznutzen einer Gewerkschaftsmitgliedschaft als Grund für ihre Nichtmitgliedschaft angeben, liegt dieser Wert bei AltenpflegerInnen in ländlichen Gebieten wiederum deutlich niedriger (48,6 %) als bei Beschäftigten in mittelgroßen Städten (67,5 %) oder Großstädten (68,5 %), während zugleich die Erwartungshaltung gegenüber den Gewerkschaften in ländlichen Gebieten höher ist (43,2 %). Darüber hinaus stellt der Mitgliedsbeitrag für Beschäftigte in ländlichen Gebieten eine deutlich geringere Hürde dar (26,9 %) als für Beschäftigte in Großstädten (37,2 %). Außerdem verbinden Beschäftigte in ländlichen Gebieten sowohl mit ver.di als auch mit dem DGB deutlich sichtbarer positive oder eher positive Assoziationen (72,7 % bzw. 66,9 %) als Beschäftigte in Großstädten (56,9 % bzw. 47,7 %). Insofern zeigt sich auch hier in der Ansprache von Beschäftigten in ländlichen Gegenden ein Mobilisierungspotenzial für Gewerkschaften (vgl. Tabelle 12).

Schließlich zeigen sich in der Befragung wiederum Unterschiede je nach der Qualifikation der Beschäftigten. Angelernten (65,5 %) und AltenpflegehelferInnen (62,5 %) fehlt häufiger ein Anlass für die Mitgliedschaft als Fachkräften (51,4 %), obwohl sie Gewerkschaften positiv beurteilen. Auch die Einstellung, von den Gewerkschaften nichts zu erwarten, ist unter Angelernten (58,8 %) und AltenpflegehelferInnen (50,6 %) deutlich höher als unter Fachkräften (45,1 %).

5.8.3 Gewerkschaften in konfessionellen Einrichtungen

Der Zusammenhang zwischen der kirchlichen Prägung des Bereichs der Altenpflege und der weitgehenden Abwesenheit von Gewerkschaften wird in den Beschäftigteninterviews mehrfach angeführt.

„Gewerkschaft, das ist eben so, dass die Mitarbeitervertretung für diese kirchlichen Träger ja eben maßgeblich ist und das ist jetzt seit letztem Jahr ja aufgehoben, aber das war ja lange Zeit so, dass die kirchlichen Beschäftigten nicht einer Gewerkschaft angehören konnten“ (PK6).

Tabelle 12

Gründe für Nicht-Gewerkschaftsmitgliedschaft nach sozialräumlicher Lage (Angaben in Prozent)

		Ländliche Gegend (bis 20.000 Einw.)	Mittelgroße Stadt (20.000 bis 100.000 Einw.)	Großstadt (über 100.000 Einw.)
Nie darüber nachgedacht	Trifft zu	58,5	54,4	36,4
	Trifft nicht zu	49,5	45,6	63,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Themen	Trifft zu	74,2	76,3	76,9
	Trifft nicht zu	25,8	23,7	23,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Zu geringer Zusatznutzen	Trifft zu	46,6	67,5	68,5
	Trifft nicht zu	51,4	32,5	31,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Mitgliedsbeitrag	Trifft zu	26,9	35,3	37,2
	Trifft nicht zu	73,1	64,7	62,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Erwarte ich mir nichts	Trifft zu	43,2	55,0	56,6
	Trifft nicht zu	56,8	45,0	46,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0
Anlass	Trifft zu	63,4	50,7	52,1
	Trifft nicht zu	36,6	49,3	47,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Ergebnisse.

Eine Pflegerin aus einer anderen Einrichtung berichtet von einem Beispiel, bei dem die gewerkschaftliche Betätigung einer Kollegin offenbar zur Kündigung führte.

„Vor Jahren hatte ich da mal einen Berührungspunkt. Vor Jahren. Da ist eine Kollegin in die Gewerkschaft eingetreten und hat auch ordentlich hier Werbung gemacht. Da gab's dann halt die fristlose Kündigung. Das ist aber wirklich schon sehr lange her. Da war das hier für mich auch noch in den Kinderschuhen und da dachte ich, Du bist hier erst mal ganz still, Du horchst erst mal nur, und das war auch gut so, denn sie wollte mich mitwerben, und ich habe aber gesagt, dass ich mich da außen vor halte und im Endeffekt hatte sie nun gar nichts davon. Das wollte der Betrieb irgendwie nicht und da ist sie dann gegangen worden. Aber das war wirklich vor ewigen Zeiten“ (PK15).

Seitdem spielte die Gewerkschaft in ihrem Haus nie wieder eine Rolle.

„Ich denke auch mal, das ist eher was für größere Betriebe, Gewerkschaft, dass die einem irgendwie so ein bisschen Rückendeckung gibt. Hier in so einem kleineren Betrieb, sag ich mal, ist das nicht unbedingt erforderlich“ (PK15).

Eine Altenpflegerin, die selbst Mitglied in der MAV ihrer Einrichtung ist, schildert, dass das BAG-Urteil zum Streikrecht in Einrichtungen der kirchlichen Wohlfahrtsverbände innerhalb der MAV und auch darüber hinaus diskutiert wurde. Damit sei auch die Frage verbunden gewesen, ob man nun, da man es jetzt dürfe, in die Gewerkschaft eintreten werde.

„Also es ist ja jetzt so, dass wir in die Gewerkschaft eintreten können, dürfen, wie man es nennen möchte, aber zurzeit ist es, wie gesagt, mit dieser Mitarbeitervertretung ist der Tenor eigentlich so, dass es den Mitarbeitern, weil sie es ja auch über Jahre so gewohnt sind, dass es auch in Ordnung ist. Die Tendenz ist nicht hin zur Gewerkschaft, weil wir mit der Mitarbeitervertretung recht gut aufgestellt sind. Wir haben auch darüber gesprochen, als das Urteil gefällt wurde, dass wir auch zur Gewerkschaft gehen dürfen, aber da war

der Tenor eher so, nee, jetzt haben wir ja noch die Mitarbeitervertretung und solange es die gibt, ist es auch ok, aber man hat halt die Möglichkeit“ (PK6).

Diese Prägung kirchlicher Einrichtungen zeigt sich auch im Antwortverhalten der Beschäftigten in der Beschäftigtenbefragung. So geben Altenpflege-Innen, die für kirchliche Träger arbeiten, seltener an, dass sie Gewerkschaften für eine gute Sache hielten, ihnen aber der Anlass zur Mitgliedschaft fehle (47,1%). Allerdings ist die Erwartungshaltung gegenüber Gewerkschaften in privatwirtschaftlichen Einrichtungen deutlich geringer (56,6%) als unter anderen Trägern.

5.8.4 Hindernisse für eine Gewerkschaftsmitgliedschaft

Die in der Befragung erhobenen Befunde werfen die Frage auf, ob die Sichtweise auf eine Gewerkschaftsmitgliedschaft möglicherweise eine andere wäre, wenn einmal jemand von der Gewerkschaft persönlich vorbeikäme.

„Ich denke mal, wenn die Arbeit der Gewerkschaft ganz genau erklärt wird, ist das sicherlich Überlegungssache von dem ein oder anderen, ich denke schon, aber hier war noch nie jemand, der das vorgestellt hat: Unsere Arbeit ist so und wir haben die Möglichkeit so und so zu agieren. Aber ich denke mal, es ist wirklich auch so viel Unwissenheit. Die Unwissenheit ist bestimmt dabei [bei den Gründen, warum die Gewerkschaft keine Rolle spielt]“ (PK6).

Das Wissen über die Gewerkschaft und die persönliche Ansprache wird auch von einer anderen Pflegekraft angeführt.

„Vielleicht früher, als ich noch engagierter war, wenn ich da vielleicht ein anderes Wissen gehabt hätte, naja, Du brauchst immer einen Bezug, da muss jemand sein, der sich nicht vorne hinsetzt und irgendwelche Reden hält, sondern wo Du auch wieder merkst, hey, das ist ehrlich und dann kann man vielleicht auch was bewegen und das macht vielleicht auch Spaß. Und es ist nicht so, dass diejenigen, die alle toll reden können und blablabla wie unsere Politiker, aber nix sa-

gen! Und wenn Du jetzt nicht gerade so der Typ bist, der sich super gerne profiliert, was willst Du dann dort? Aber wenn das so mit Leben gefüllt ist, vielleicht kannst Du dann wirklich was bewegen? Aber da habe ich nie auch nur ansatzweise was mitgekriegt. Nie“ (PK7).

Von einer anderen Pflegerin wird angeführt, um in der Gewerkschaft etwas bewegen zu können, müsse man sich vermutlich stark engagieren. Und viele Frauen hätten dazu eben keine Zeit, da sie sich neben der Arbeit auch um familiäre Aufgaben kümmern.

„Vielleicht ist es auch so, wenn ich jetzt an meine eigenen Erfahrungen mit der Gewerkschaft denke, dass viele denken, ja, die machen ja eh nichts. Ich meine, die gibt es ja schon, da hat man auch wenig Einfluss, es sei denn, man würde sich ganz stark engagieren. Aber das ist ja zeitlich gar nicht möglich. Wir haben ja auch viele Frauen hier mit kleinen Kindern, die auch irgendwann heim müssen. Es ist einfach ein frauendominierter Beruf. Vielleicht liegt es auch daran, ich weiß es nicht. (...) Ich wüsste nicht, dass wir [unter den Kolleginnen] jemals über die Gewerkschaft geredet haben [lacht]. Ganz ehrlich“ (PK12).

Eine Altenpflegerin, die inzwischen in der Behindertenarbeit tätig ist, spricht zunächst wenig wertschätzend über die Gewerkschaften, kommt später jedoch darauf zurück, dass die Altenhilfe eine Lobby brauche.

„Diese Lobbys, das habe ich in der Behindertenarbeit gemerkt, die sind oft sehr mächtig. Ja, jeder, der sich eben verbündet, solidariert, der kann ja auch was erreichen. Und in der Altenpflege ist niemand“.

Interviewerin: „So ist das ja eigentlich auch mit der Gewerkschaft gedacht“.

„Ach! [lacht] Ach ja. Es war vielleicht mal ursprünglich so und in Polen, da haben sie es ja auch gelebt. Und vielleicht früher hier auch, aber das war lange vor meiner Zeit gewesen. Da ist nichts mehr. Und auch wenn ich so andere höre. Ich hab da noch nie irgendwas gehört von Gewerkschaften in der Sparte Pflege und Betreuung“ (PK7).

In der Beschäftigtenbefragung geben immerhin 31,3 Prozent der Interviewten an, sich den Mitgliedsbeitrag nicht leisten zu können oder zu wollen und aus diesem Grund kein Mitglied in einer Gewerkschaft zu sein. Hierbei wird wiederum deutlich, dass der Anteil derjenigen, die sich den Mitgliedsbeitrag nicht leisten können oder wollen, unter den gering Qualifizierten, den befristet angestellten ArbeitnehmerInnen, den Alleinlebenden und den Alleinerziehenden signifikant höher ist, wodurch eine Art Teufelskreis entsteht. Denn Gewerkschaften, die die Lohnhöhe zugunsten eines besser finanzierbaren Mitgliedsbeitrags anheben könnten, benötigen erst Mitglieder in den Betrieben, um diese Ziele durchzusetzen. Dies verlangt den Gewerkschaften einen mit Blick auf die gering Qualifizierten nur schwer zu meisternden Spagat ab.

5.8.5 Motivation für eine Mitgliedschaft

Unter den Befragten war auch ein ver.di-Mitglied. Vor etwa 20 Jahren sei sie eingetreten. Aus welcher Motivation heraus?

„Also grundsätzlich auch als kleiner Kämpfer (...), aber auch so als Tipgeber, wenn es Probleme gibt. In der Krankenpflege ist mir das nicht so passiert, aber in der Altenpflege hab ich gedacht, wenn ich die im Hintergrund habe, das ist nicht so schlecht. (...) Auch zur eigenen Absicherung. Hallo, wie weit kann ich gehen? Wie weit steht Ihr hinter mir? Altenpflege hat für mich einfach einen Riesenfrust bedeutet. Nicht die Arbeit selbst, sondern das Außenrum“ (PK8).

Im Verlauf ihres Berufslebens sei sie nicht vielen anderen Gewerkschaftsmitgliedern begegnet. Zumindest nicht wissentlich, lenkt sie ein, denn über Gewerkschaften und Gewerkschaftsmitgliedschaft werde in den Einrichtungen kaum gesprochen.

„[Es sind nur] wenige. Und die habe ich eigentlich auch eher so als angepasst empfunden, jetzt nicht so kämpferisch, eher angepasst, muss ich sagen. Nicht so, wie ich mir vielleicht ver.di vorstellen würde. Zumindest jetzt so die Kolleginnen, die mir so begegnet sind, in der Altenpflege“ (PK8).

Befragt wurde aber auch eine Pflegerin, die früher in der Gewerkschaft war. Sie sagt, sie sei irgendwann ausgetreten, weil sie ihre Interessen durch die Gewerkschaft nicht vertreten sah. Sie meint damit berufsfachliche Interessen, denn das Gehalt, das für die Gewerkschaft im Vordergrund stehe, sei für sie nicht das zentrale Problem.

„Ich mein, ich war auch mal lange in der Gewerkschaft, und dann bin ich irgendwann wieder ausgetreten, weil das für mich einfach nicht, ich sag mal, für mich nicht ausreicht Gehaltsverhandlungen und Streiks auszuführen, sondern mir fehlt dann schon, wie ich eben auch gesagt habe, für mich oder für viele Pflegekräfte ist ja Geld nicht wirklich, was am wichtigsten ist, klar ist es schön, wenn es Lohnerhöhungen gibt, dann nehmen wir das auch mit, aber ich finde, für uns müssen andere Dinge geändert werden, und das tun die Gewerkschaften meiner Meinung nach nicht“ (PK12).

Sie sei schon in der Ausbildung voller Euphorie beigetreten, aber einige Jahre später wieder ausgetreten. Nun erhoffe sie sich von der in ihrem Bundesland einzurichtenden Kammer eine den Bedürfnissen der Pflege entsprechende Interessenvertretung.

„Weil das für mich einfach nicht das Richtige war. Für mein Empfinden. Und da erhoffe ich mir einfach von einer Kammer, die nur für die Pflege ist, dass da auch Menschen drin sind, die die Sichtweise von Pflege auch haben und die auch vertreten können, hoffe ich. Und dafür bezahle ich dann gerne. Ob die Kammer natürlich dann auch macht, was sie verspricht, oder was wir uns vorstellen, das bleibt ja abzuwarten, aber wie gesagt, ich denke schon, dass, weil Vertreter der Pflege drin sind, aus verschiedenen Bereichen, dass es jetzt schon bei der Gründung auf anderen Füßen steht“ (PK12).

Wie oben schon einmal deutlich wurde, besteht in der Pflege nicht unbedingt eine enge Verbindung der Gewerkschaft zu den Betriebsräten, wie man sie aus anderen Branchen kennt. Eine Interviewpartnerin, die Vorsitzende im Betriebsrat ist, erläutert, dass sie die notwendige Expertise nicht von der Gewerkschaft beziehe, sondern von der Vorsitzenden des überbetrieblichen Gesamtbetriebsrats.

„Und wir können jederzeit zu ’nem Anwalt gehen für Arbeitsrecht, das muss sogar [der Träger] bezahlen. Mehr wie verlieren können wir nicht, und das müssen die sogar auch bezahlen. Das klappt schon“ (PK9).

Deswegen gebe es für sie eigentlich keinen Anlass, einer Gewerkschaft beizutreten.

„Nee, im Moment nicht. Ich denke, das kriegen wir so ganz gut geregelt. Ich glaube, das würde nichts bringen. Weil in dem Sinn, streiken, oder wie die Ärzte das machen, ich glaub, das ist auch nicht der richtige Weg“ (PK9).

5.9 Fazit

Dieses Kapitel setzte sich mit den Einschätzungen und Einstellungen der Beschäftigten in der Altenpflege gegenüber kollektivem Handeln und kollektiven Akteuren auseinander. Es zeigt sich, dass die AltenpflegerInnen über ein ausgeprägtes Bewusstsein hinsichtlich der Probleme ihres Berufsfeldes und der Notwendigkeit von Veränderungen verfügen. Im Vordergrund stehen hierbei, je nachdem ob die eigene Arbeit oder das Arbeitsumfeld betrachtet wird, die Problemlagen der Personalausstattung oder der Entlohnung.

Die Verantwortung für Verbesserungen wird dabei in erster Linie dem Staat und der Politik zugeschrieben. Nichtsdestotrotz sind sich die Beschäftigten auch ihrer Eigenverantwortung bewusst sowie der Möglichkeit, für Verbesserungen etwa im Rahmen von Betriebsräten sowie Mitarbeitervertretungen selbst aktiv zu werden. In Bezug auf die eigenen Handlungsspielräume und Aktivitäten lehnt die Mehrheit der Beschäftigten Streiks ab, nicht zuletzt aus Unkenntnis über die Zusammenhänge, vor allem aber aus Verantwortungsgefühl für die zu pflegenden Personen. Alternative Formen kollektiven Handelns sind hingegen nur in geringem Maße bekannt. Zugleich sieht der Großteil der AltenpflegerInnen die Notwendigkeit einer Unterstützung als Voraussetzung für die eigene Aktivität. Dies deutet darauf hin, dass ein interner oder externer Anstoß durch die Initiative einer Kerngruppe politischer UnternehmerInnen im Sinne der vorgestellten theoretischen Überlegungen zur Aktivierung einer kritischen Masse (Sebaldt/Straßner 2004: 50; vgl. Kapitel 1) das vorhandene Problem- und Verantwortungsbewusstsein der AltenpflegerInnen in kollektives Handeln überführen könnte.

Auf welcher Ebene dieses politische Unternehmertum zu verorten ist, hängt in erster Linie damit zusammen, an welche Akteure sich die Beschäftigten bei Problemen wenden. Hier wurde deutlich, dass bestimmte Beschäftigtengruppen wie etwa Fachkräfte, Beschäftigte mit höherer Bildung, unbefristet und in Vollzeit Angestellte sowie AltenpflegerInnen mit aktueller Leitungsaufgabe deutlich häufiger als andere Beschäftigtengruppen Unterstützung vor allem innerhalb der Einrichtungen suchen und erhalten, etwa im Gespräch mit dem Vorgesetzten und auf Ebene der Pflegedienst-, der Team- und Wohnbereichs- sowie der Einrichtungsleitung, aber auch in Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen. AltenpflegehelferInnen und Angelernte, Teilzeitbeschäftigte sowie Beschäftigte mit geringerem Bildungsgrad nehmen interne, aber auch externe Unterstützungsleistungen deutlich seltener in Anspruch. Darüber hinaus sind Gewerkschaften und Berufsverbände nur in geringem Maße als potenzielle Unterstützer abseits von Streiks bekannt, was auch daran liegt, dass der Großteil der Beschäftigten noch nie von Gewerkschafts- und BerufsverbandsvertreterInnen angesprochen wurde.

Zugleich stehen einige Beschäftigtengruppen vor spezifischen Hindernissen, was ihre eigene Aktivität anbelangt. Aspekte der beruflichen Belastung werden am häufigsten als Hinderungsgrund genannt, so etwa berufliche Verpflichtungen und die Erschöpfung der Beschäftigten.

Darüber hinaus wissen vor allem geringer qualifizierte ArbeitnehmerInnen sowie Beschäftigte mit geringerem Bildungsgrad oftmals nicht, wie sie eine kollektive Aktivität angehen sollten, und trauen sich eine solche Initiative auch seltener zu. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass gerade diejenigen Beschäftigtengruppen, die sich kollektive Aktivitäten nicht zutrauen oder nicht wissen, wie sie diese angehen sollten, deutlich weniger Unterstützung anfragen, aber auch bei Anfragen weniger Unterstützung bekommen – dies betrifft sowohl interne Anlaufstellen als auch externe Akteure in der Altenpfegelandschaft. GewerkschaftsvertreterInnen treten gleichzeitig seltener in Kontakt mit einigen Beschäftigtengruppen, zum Beispiel Teilzeitbeschäftigten und weiblichen Beschäftigten, denen Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Aktivitäten besonders helfen könnte, da sie sich selbst hier als unsicher beschreiben. Insofern bedarf die Aktivierung einer kritischen Masse im Bereich der Altenpflege nicht nur einer Initiative durch eine Kerngruppe politischer UnternehmerInnen, sondern steht zugleich vor dem Hindernis einer historisch gewachsenen spezifischen Beschäftigtenstruktur, die durch den Fachkräftemangel etwa im Hinblick auf den Anteil gering qualifizierter ArbeitnehmerInnen noch verstärkt wird.

Im nachfolgenden Fazit wird der Zusammenhang zwischen den verbandsinternen Möglichkeiten der Interessenvertretung von AltenpflegerInnen, den Hindernissen auf der Ebene der Beschäftigten und den arbeitsmarktstrukturellen Bedingungen zusammenfassend dargestellt und hinsichtlich der Chancen kollektiven Handelns in der Altenpflege beurteilt.

6 RESÜMEE

Die Altenpflege ist eine junge Teilbranche des Sozial- und Gesundheitssektors in Deutschland. Sie ist erst vergleichsweise spät professionalisiert worden; hat aber seit den 1960er Jahren stark an Beschäftigungs- und Professionalisierungsdynamik gewonnen und sich damit anderen Segmenten des Dienstleistungssektors angepasst. In der alternden Gesellschaft der Bundesrepublik, die durch einen hohen Grad von Arbeitsteilung, Dienstleistungen und Erwerbsbeteiligung gekennzeichnet ist, in der sich die weibliche Erwerbstätigkeit zur Normalität entwickelt, kommt der professionellen, berufsförmigen Altenpflege eine zunehmend größere Bedeutung zu. In dieser dynamischen Perspektive hat sich der Pflegesektor in den letzten Jahrzehnten grundlegend transformiert: Noch in den 1960er Jahren war die Altenpflege eine teilweise semiprofessionelle Form der Daseinsfürsorge, die in hohem Maße durch Sozialversicherungs- und Steuermittel refinanziert wurde und stark durch wohlfahrtskorporatistische Strukturen geprägt war. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts präsentiert sie sich als ein zerklüfteter, wettbewerblich gemischt finanzierter Sektor, dessen Beschäftigungsbedingungen von Kostendruck, Flexibilisierung und Ökonomisierung gekennzeichnet sind. Diese Prozesse der Vermarktlichung werden aber nicht von vergleichbaren machtpolitischen Dynamiken auf Seiten der Beschäftigten begleitet: Weder auf der betrieblichen noch auf der überbetrieblich-gewerkschaftlichen Ebene sind sie organisatorisch stark verankert, so dass in der Tendenz gegenüber den Arbeitgebern ein starkes Machtgefälle mit ausgeprägten Repräsentationslücken besteht.

Der Arbeitsmarkt der Altenpflege weist einige Spezifika auf, die ihn auch von anderen Teilbranchen des Sozial- und Gesundheitswesens deutlich unterscheiden. Zwischen 1999 und 2015 gab es einen Beschäftigungsanstieg von 461.036 Arbeitsverhältnissen; darunter 392.802 Teilzeitarbeitsverhältnisse und lediglich 38.124 Vollzeitarbeitsverhältnisse (Statistisches Bundesamt 2001, 2017). In nur wenigen anderen Arbeitsmarktsegmenten ist die Zahl der Teilzeitkräfte, die hier gegenwärtig 65,3 Prozent der Gesamtbeschäftigten ausmachen, so hoch wie in der Altenpflege (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung). Über diese Veränderungen hinweg ist der Pflegeberuf ein Frauenberuf geblieben: Etwa 85 Prozent aller in der Altenpflege Tätigen sind Frauen (ebd., eigene Berechnung). Altenpflegekräfte arbeiten häufiger in Teilzeit, sind gesundheitlich stärker beeinträchtigt und weisen eine kürzere Berufsverweildauer in der Altenpflege auf. Die Arbeits- und Steuerungsmus-

ter in der Altenpflege haben sich insbesondere in Folge staatlicher Rahmensezung seit dem Pflegegesetz von 1995 professionalisiert, ausdifferenziert und ökonomisiert. Trotz der späten, aber dynamisch nachholenden Professionalisierung der Altenpflege wirken traditionelle Haltungen und Mentalitäten der Hilfe und Fürsorge nach, die den Weg zu einem „normalen“ Arbeitsverhältnis erschweren. Die Altenpflege entwickelte sich also von einem semiprofessionellen „Liebesdienst“ (Kreutzer 2005), der stark durch kirchliche Einflüsse geprägt war, zu einem ausdifferenzierten, professionalisierten Arbeitsfeld mit einem breiten Spektrum an Beschäftigungsverhältnissen von an- und ungelernten Hilfskräften über die AltenpflegehelferInnen bis hin zu akademisierten Fachkräften. Angetrieben wird dieser Differenzierungsprozess durch veränderte gesellschaftliche Anforderungen, ökonomische Anreize und Wachstumschancen, die auch durch spezielle politische Umsteuerungen vorangetrieben wurden.

In der hier vorgelegten Studie wurde untersucht, wie es nun in der Altenpflege, einem der am schnellsten wachsenden Teilarbeitsmärkte der Bundesrepublik, um die Bedingungen und Möglichkeiten eines belastbaren Systems kollektiver Arbeitsbeziehungen bestellt ist. Denn gerade die massiven Belastungen und restriktiven Beschäftigungsbedingungen lassen den Bedarf nach kollektivem Handeln grundsätzlich evident erscheinen. Zu diesem Themenfeld liegen schon einige Studien vor, die mit dieser Studie weiterentwickelt wurden, indem der Zusammenhang zwischen den sozialen Lagen der Pflegekräfte, den Arbeitsbedingungen und den kollektiven Akteurskonstellationen stärker als bisher systematisch durchdrungen und reflektiert wurde. In vielerlei Hinsicht ist der Teilarbeitsmarkt Pflege symptomatisch für die marktgetriebene und zugleich weiterhin staatlich regulierte Transformation des Sozial- und Gesundheitssektors in Deutschland.

Kollektive Arbeitsbeziehungen, basierend auf mitgliederstarken sowie verpflichtungsfähigen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, existierten in Deutschland eher in großbetrieblich-industriellen Strukturen und weniger in kleinbetrieblichen Dienstleistungsbereichen zu denen auch die Care-Arbeit zählt. Insofern zielte diese Studie insbesondere darauf ab, die Einstellungen der Beschäftigten in der Altenpflege zu kollektivem Handeln ermitteln und somit Erkenntnisse über die Potenziale der spezifischen Selbstorganisationsfähigkeit in diesem Sektor gewinnen. Die mentale Verhaftung des Berufes in tradierten Hilfs- und Vertrauensvorstellungen scheint dabei jedoch eher eine Hürde für selbstorganisierte, kollektive Arbeitsbeziehungen darzustellen. Insofern wird hier auch die Annahme vertreten, dass eine Stärkung kollektiver Akteure im Sinne der Selbstorganisationsfähigkeit nicht nur

zu verbesserten Arbeitsbedingungen und zur Professionalisierung der Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen beiträgt, sondern insgesamt die Qualität und Attraktivität des Berufsfeldes der Altenpflege fördert.

Die auffallendsten Momente des beschleunigten Wandels in der Altenpflege bestehen in der dynamischen Flexibilisierung und der Ausdifferenzierung des Pflegearbeitsmarktes. Einerseits gibt es den Prozess des Upgradings durch verbesserte Ausbildung, wozu auch die neuen akademischen Ausbildungsgänge beitragen; andererseits suchen die Träger ihre Kosten zu minimieren, indem sie den Anteil der Fachkräfte klein und den der An- und Ungelernten groß halten. So findet auch im unteren Bereich ein erheblicher Differenzierungsprozess statt. Insofern ist eine Studie, die sich mit den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege befasst, immer auch – wenngleich nicht im engen Sinne – eine „Evaluation“ des 1995 implementierten Pflegegesetzes, das ausdrücklich als „Marktschaffungsgesetz“ verstanden wurde.

Die Qualität der Arbeitsbedingungen lässt sich in systematischer Perspektive in dreifacher Weise differenzieren: erstens entlang der Qualifikation. Dabei zeigt sich eine deutliche Spaltung zwischen Fach- und Hilfskräften hinsichtlich der Entlohnung, des Arbeitsumfangs sowie der beruflichen Verweildauer. Zweitens kann entlang der trägerbasierten Unternehmensstrategien unterschieden werden: Je nachdem, ob es sich um private, öffentliche, allgemein wohlfahrtsverbandliche oder kirchliche Träger handelt, können bei gleicher Aufgabe durchaus große Differenzen hinsichtlich der konkreten Gestaltung der Arbeitsverhältnisse bestehen, was sich auch auf die Strategien kollektiven Handelns auswirkt. Die unterschiedlichen Beschäftigungsbedingungen sind ein zentraler Ausgangspunkt für kollektives Handeln in der Altenpflege. Die dritte maßgebliche Unterscheidung besteht darin, ob jemand im ambulanten oder im stationären Bereich tätig ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die ambulante Pflege in steigendem Maße in der Hand privater Anbieter befindet, während sich die freigemeinnützigen Träger aus diesem Markt zunehmend zurückziehen. Selbstredend stellt auch die Größe der Betriebe eine wesentliche Rahmenbedingung dar.

Beschleunigter Professionalisierungs- und Ökonomisierungsprozess

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Studie zu den Bedingungen und Potenzialen für kollektives Handeln in der Altenpflege aus dieser spezifischen Teilbranchenkonstellation heraus resümiert. Anschließend sollen Perspektiven reflektiert werden, wie strategisches Handeln in diesen Bereichen ausgerichtet sein kann.

Die Befragung der Beschäftigten hat ergeben, dass viele erst über Umwege in die Altenpflege gelangen und dies als Zweit- oder Drittberuf wegen der vergleichsweise guten Beschäftigungschancen nutzen. Solche eher arbeitsmarktbezogenen Motive für die Tätigkeit in der Altenpflege treffen signifikant häufiger auf Angelernte, BerufswechslerInnen sowie AltenpflegerInnen in ostdeutschen Bundesländern zu. Auffallend ist auch, dass nur ein kleiner Teil der AltenpflegerInnen direkt nach der schulischen Ausbildung eine Karriere in der Altenpflege anstrebt, während rund 64 Prozent der Befragten angeben, dass sie vor der Tätigkeit in der Altenpflege einen anderen Beruf ausübten. Insofern ist der Pflegearbeitsmarkt für viele ein Ort, der erst auf Umwegen erreicht wird.

Ein wichtiger Aspekt für die Handlungskompetenz der Betroffenen ist, ob die eigene Arbeit in der Gesellschaft anerkannt und wertgeschätzt wird. In den letzten Jahren hat sich eine außerordentlich positive Wertschätzung der Altenpflege in der Gesellschaft durchgesetzt. Aus der Perspektive der in der Altenpflege Beschäftigten relativiert sich dies jedoch: Nur etwa 20 Prozent der befragten Pflegekräfte nehmen wahr, dass ihre Arbeit gesellschaftlich sehr geschätzt werde. Bedeutsamer wird von Seiten der Beschäftigten die Wertschätzung durch die Angehörigen (rund 49 Prozent – sehr geschätzt) und den Pflegebedürftigen (rund 69 Prozent – sehr geschätzt) wahrgenommen. Dies ist das innere Band jenes „Verantwortungshandelns“, das aus dem Verhältnis zwischen den AltenpflegerInnen und ihren KlientInnen mehr als ein funktionales Verhältnis macht. Ob dieses Band den Charakter einer „Zuneigungsgefangenschaft“ besitzt, wie es Hipp/Kelle (2015: 34) formulieren, und damit erklärt, weshalb die Pflegenden sich als ArbeitnehmerInnen so wenig interessenorientiert verhalten, ist fraglich, da die anderen machtpolitischen Elemente, die das kollektive Handeln prägen, stärker zu gewichten sind.

Die Daten zur Wertschätzung können auch so interpretiert werden, dass die Interaktion mit den Pflegenden sich nicht in der funktionalen Dimension der Pflegetätigkeit erschöpft, sondern als humane Dienstleistung auch eine interpersonale Verantwortung impliziert, die sich auf die psychische Zufriedenheit der Pflegekräfte auswirkt. Wenn man die körperlichen und psychischen Belastungen der Pflegetätigkeit reflektiert, ist unschwer zu erkennen, dass die interpersonelle Wertschätzung eine wichtige Quelle ist, um die negativen Anforderungen, die durch Schichtarbeit, harte körperliche Arbeit, Leistungsverdichtung, Minutenpflege, Frustrationserlebnisse etc. gegeben sind, teilweise zu relativieren und zu kompensieren.

In der Fähigkeit zur Kompensation drückt sich auch die bei einer Mehrheit vorhandene Haltung aus, mit und für Menschen arbeiten zu wollen. Je-

denfalls deuten die erhobenen Werte zur Arbeitszufriedenheit darauf hin, dass im Zusammenspiel zwischen den Arbeitsbedingungen und den beruflichen Kompensationsmöglichkeiten, die nicht nur auf der interaktiven Ebene angesiedelt sind, zu denen auch die Fort- und Weiterbildung zählt, eine entscheidende Quelle liegt, aus der die Pflegenden schöpfen können, um die spezifischen Anforderungen des Pflegealltags zu bewältigen. Diese Befragung förderte zutage, dass rund 72 Prozent der Beschäftigten mit den Arbeitsbedingungen in ihrem Betrieb, trotz vielfältig bekannter Schwierigkeiten, sehr zufrieden oder zufrieden sind. Die Zufriedenheitswerte mit den Rahmenbedingungen fallen geringer aus, wenn es um tarifpolitische Belange, also vor allem um die Lohnfrage geht; aber auch in diesem Bereich geben noch mehr als zwei Drittel der Befragten an, dass sie sehr zufrieden oder zufrieden seien. Die Scheidelinie in der Frage der Zufriedenheit steht offenkundig eng in einem Zusammenhang mit der eigenen Motivation, Berufshistorie und Qualifikation. Hierbei konnte gezeigt werden, dass Probleme und Unzufriedenheit in der Pflegetätigkeit von Fachkräften angesichts der höheren Anerkennung ihrer Arbeit besser kompensiert werden können. In Relation zu anderen Berufen fallen die Zufriedenheitswerte jedoch bei den qualifizierten Fachkräften auch geringer aus, was sich perspektivisch negativ für die Altenpflege auswirken kann, wenn sich die Arbeitsmarktlage in alternativen Tätigkeitsfeldern verbessert (Wittig et al. 2013).

Interessen der AltenpflegerInnen und die starke Orientierung auf den Staat

Zu den wichtigsten Interessen, die die Beschäftigten in der Altenpflege in unserer Umfrage artikulierten, zählen die Themen mehr Gehalt, selbstbestimmtere Arbeitszeiten und weniger Zeitdruck. In Bezug auf die Veränderung der eigenen Arbeitssituation rangiert die Forderung nach weniger Zeitdruck sogar vor der Forderung nach mehr Gehalt. Aus der Perspektive der AltenpflegerInnen trägt der Staat die zentrale Verantwortung für die Verbesserung der Lage in der Altenpflege. Während rund 88 Prozent den Staat als die zentrale Instanz sehen, der für Verbesserungen sorgen sollte, denken nur etwa 72 Prozent in dieser Hinsicht an die Arbeitgeber. Die primäre Verantwortung für die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen wird also der Politik zugewiesen, die durch Gesetze, Regeln, Standards und Geldzuweisungen den Rahmen des sozialen Sektors maßgeblich determiniert. Dagegen werden die Arbeitgeber eher als „Durchlaufstation“ betrachtet; sie scheinen lediglich das umzusetzen, was ihnen die Politik an Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten zuteilt. Vor diesem Hintergrund sind auch die für die industriellen Beziehun-

gen maßgeblichen Gegenüberstellungen, die wir vor allem aus dem Bereich der Industrie kennen, nicht vorhanden oder modifiziert zugunsten einer schwachen Dreiecksbeziehung zwischen den betrieblichen Arbeitnehmervertretungen, den Arbeitgebern und dem Staat, der hier neben der Politik insbesondere durch die Sozialversicherungen repräsentiert wird. In den Antworten der Befragten bildet sich eine primär etatistische Perspektive heraus, die die Arbeitgeber eher entlastet und die Politik stärker in die Pflicht nimmt. Daneben scheint auch eine Veränderung der Verhältnisse durch die Aktivitäten von Betriebsräten und Gewerkschaften weiterhin notwendig. Diese müsste wohl durch eine stärkere Prioritätensetzung durch die staatliche Pflegepolitik flankiert werden, indem der Rahmen für die Selbstorganisation in Verbänden und Gremien innerhalb der Altenpflege verbessert wird.

Die etatistische und politikbezogene Perspektive zielt seitens der Beschäftigten nicht nur auf die zu erreichenden Ergebnisse (Output-Zielfunktion) ab, sondern lässt die Politik sogar als die primäre Interessenvertretung der Pflegekräfte erscheinen. In diesem Sinne nimmt der Staat sogar eine Art Inputfunktion wahr. Wenn man diese weitgespannten Hoffnungen mit der Frage kontrastiert, wer von den Beschäftigten vor Ort konkret um Unterstützung gebeten wurde, dann stehen jedoch die „politischen Entscheidungsträger“ an letzter Stelle unter den elf abgefragten Akteuren. Das muss jedoch nicht unbedingt einen Widerspruch darstellen: Dahinter steht die Unterscheidung zwischen den grundlegenden Weichenstellungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, also zum Beispiel der Finanzierung, und den alltäglichen Problemen, die bewältigt werden müssen.

Schwache betriebliche Primärmacht

Interessen, die nicht organisiert sind, können sich nur schwer artikulieren, werden nicht gehört und werden im Ergebnis in der Regel meist nicht oder nur unangemessen berücksichtigt. Die Frage nach der Durchsetzungsmacht von Interessen der AltenpflegerInnen stellt sich von zwei Seiten: Einerseits geht es darum, was Gesellschaft und Politik dazu beitragen können, dass diese Interessen berücksichtigt und gestärkt werden. Andererseits müssen die Akteure im wohlverstandenen Eigeninteresse selbst etwas dafür tun, dass ihre Interessen Chancen haben, gehört zu werden.

Funktionierende Strukturen von Arbeitsbeziehungen im deutschen Modell zeichnen sich durch eine Dualität von betrieblicher und überbetrieblicher Aushandlungspolitik aus. Im sozialen Sektor sind auf beiden Seiten der Arbeitsbeziehungen schwache Strukturen gegeben, wenngleich die betriebliche Ebene besser strukturiert und besetzt ist als die überbetriebliche. Analog

zu den vier unterschiedlichen unternehmerischen Trägerstrukturen differiert auch die Wahrscheinlichkeit, dass dort eigene Gremien der Interessenvertretung bestehen. In den privatwirtschaftlichen Einrichtungen des sozialen Sektors, zu denen 47,4 Prozent zählen, arbeiten nach unserer Erhebung nur 10,6 Prozent der AltenpflegerInnen in Betrieben mit Gremien der Interessenvertretung. Dagegen können sich in den freigemeinnützigen Einrichtungen mehr als ein Drittel der Beschäftigten an ein Gremium der betrieblichen Interessenvertretung wenden. Bei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft gilt das für etwas weniger als ein Drittel der Beschäftigten (vgl. Tabelle 13).

Wie in anderen Bereichen der Arbeitsbeziehungen steigt das Einflusspotenzial eines Gremiums mit dessen Größe. Doch gerade in der Mehrzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen wird ein kritischer Größenfaktor nicht erreicht, der zu belastbaren Betriebsratsstrukturen beitragen kann. Insgesamt zeigt sich, dass viele der zentralen Probleme des Altenpflegebereichs nicht oder nur selten auf betrieblicher Ebene zu lösen sind. Gleichwohl sind die Akteure, die bei alltäglichen Problemen adressiert werden und Unterstützung anbieten, kaum im außerbetrieblichen Bereich lokalisiert, sondern innerbetrieblich. Dazu gehören laut Umfrage in 73,9 Prozent aller Fälle die Pflegedienstleitung, in 66,8 Prozent der Fälle die Team- und Wohnbereichsleitung sowie in 61 Prozent der Fälle die Einrichtungsleitung. Externe Kräfte wie der Trägerverband, die Gewerkschaft oder der Berufsverband werden sel-

Tabelle 13

Organisierte Interessen differenziert nach Trägern

Träger	Anteil an den Einrichtungen	Anteil der AltenpflegerInnen mit betrieblichen Gremien der Interessenvertretung	Anteil der Betriebsratsmitglieder, die Gewerkschaftsmitglied sind
Private Träger	47,4%	10,6%	41,7%
Freigemeinnützige Träger	28,5% (kirchlich) 16,2% (sonstige freigemeinnützige)	38,5% (kirchlich) 36,4% (sonstige freigemeinnützige)	16,7%
Öffentliche Träger	3,1%	29,9%	20%

Quelle: eigene Darstellung anhand Beschäftigtenbefragung 2015. Gewichtete Daten.

tener oder kaum kontaktiert. Das bedeutet, auch wenn die Mitarbeiter in den Einrichtungen über eine geringe Primärmacht verfügen, wird die überbetriebliche Ebene selten in die Suche nach besseren Lösungen zu eingebunden.

Die meisten Berufsgruppen des sozialen Sektors sind nur selten in Gewerkschaften oder Berufsverbänden organisiert. Das schwächt die dort wirkenden Sozialpartner in ihrer Fähigkeit Tarifverträge abzuschließen und behindert die Berufsverbände dabei, die Strukturen der Aus- und Weiterbildung respektive der Zertifizierung interessenbezogen stärker zu beeinflussen. Wenn AltenpflegerInnen gewerkschaftlich oder berufsverbandlich organisiert sind, dann in übergreifenden Organisationen, in denen sie als AltenpflegerInnen in der Minderheit sind. Doch weder die früheren „Schwesternschaften“ noch heutigen Gewerkschaften, in denen AltenpflegerInnen eine kleine Minderheit darstellen, konnten diese Organisationsschwäche brechen.

Innovative Neuerungen hat es in den letzten Jahren auf der Ebene von Bündnissen („Bündnis für Altenpflege“, „Bündnis für gute Pflege“) gegeben, zu denen sich die unterschiedlich konturierten Verbände zusammengefounden haben, um die öffentliche Aufmerksamkeit für die Anliegen der Pflege zu verbessern und den Druck auf die Politik zu erhöhen. Während die allgemeine Stoßrichtung zwischen den Akteuren geteilt wird, bestehen große Differenzen hinsichtlich konkreter Projekte, wie sie bspw. in der generalistischen Ausbildung oder in der Debatte um Pflegekammern zum Ausdruck kommen.

Die unterschiedliche Entstehungsgeschichte und Ressourcenausstattung der kollektiven Pflegeakteure bedingt, dass die verschiedenen Verbände die Altenpflege nicht in gleichem Umfang als eigene Profession vertreten und hierfür Ressourcen aufwenden. Selbst unter den Betriebsratsmitgliedern im privaten und freigemeinnützigen Sektor sind nur rund 42 Prozent Mitglied einer Gewerkschaft, bei den Personalräten im öffentlichen Bereich sind es rund 20 Prozent und bei den Mitarbeitervertretungen liegt der gewerkschaftliche Organisationsgrad sogar bei nur rund 17 Prozent. Mit anderen Worten: Wenn die Gewerkschaften in der Erschließung dieser Sektoren vorankommen wollen, dann müssten sie als Erstes dort tätig werden, wo noch erheblich Luft nach oben besteht, also müsste der Organisationsgrad in den Gremien gesteigert werden. Für die Gewerkschaften erschwert die kleinteilige Betriebsstruktur den Zugang und erst recht die Mobilisierungsfähigkeit. Für die gewerkschaftliche Tarifpolitik fehlen zudem etablierte und verpflichtungsfähige Strukturen auf Seiten der organisierten Arbeitgeber.

Machtasymmetrien – Repräsentationslücken – Teufelskreis der Nichtpräsenz

Die Umfrage unter den Beschäftigten zeigt deutlich, dass sie über ein ausgeprägtes Bewusstsein hinsichtlich der Probleme ihres Berufsfeldes verfügen, insbesondere was die personellen, finanziellen und zeitlichen Restriktionen betrifft. Zugleich sind sie sich nicht nur der Notwendigkeit von Veränderungen bewusst, sondern auch ihrer individuellen und kollektiven Eigenverantwortung dafür. Die Bandbreite möglicher Aktivitäten reicht vom Gespräch mit KollegInnen bis hin zur Teilnahme an einem Streik, dessen Unterstützung sich rund 34 Prozent der Beschäftigten gut oder sehr gut vorstellen können. In Abhängigkeit vom qualifikatorischen Profil variiert die Bereitschaft an kollektiven Aktivitäten teilzunehmen. Zugleich sieht ein Großteil der AltenpflegerInnen die Notwendigkeit einer internen und externen Unterstützung als Voraussetzung für eine eigene Aktivität. Dabei zeigt sich jedoch, dass AltenpflegehelferInnen und Angelernte, Teilzeitbeschäftigte sowie Beschäftigte mit niedrigeren Bildungsabschlüssen interne und externe Unterstützungsleistungen deutlich seltener in Anspruch nehmen und auch seltener Kontakte zu kollektiven Akteuren wie Gewerkschaften und Berufsverbänden aufweisen. Dies ist besonders deshalb problematisch, weil rund 51 Prozent der Angelernten bzw. rund 47 Prozent der AltenpflegehelferInnen angeben, nicht zu wissen, wie sie eine Aktivität angehen könnten, während dies bei den AltenpflegerInnen mit Fachkraftausbildung nur rund 32 Prozent angeben. In kaum einem anderen Bereich ist die Diskrepanz zwischen den angelernten Kräften und den qualifizierten Fachkräften so hoch, wie im Bereich des kollektiven Handelns.

Durch die befragten Pflegekräfte wird externer Unterstützungsbedarf reklamiert, um die Verhältnisse zu gestalten. Zugleich ist ihnen aber unklar, wer jenseits der Politik als kollektiver Akteur diese Aufgabe überhaupt wahrnehmen könnte. Hinsichtlich der Sichtweise auf die Rolle der Gewerkschaften liegt folgender Befund vor: Rund zwei Drittel der Befragten (ver.di mit rund 66 Prozent, DGB mit rund 60 Prozent), die Gewerkschaften kennen, schätzen diese positive bzw. eher positive ein. Gleichzeitig werden die Gewerkschaften als Akteur der Veränderung kaum erkannt und folglich auch nicht adressiert, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass nur wenige Befragte konkrete Berührungspunkte mit Gewerkschaften haben. Etwa 11 Prozent von ihnen geben an Gewerkschaftsmitglied zu sein; davon sind rund 84 Prozent mit ihrer Mitgliedschaft zufrieden oder sehr zufrieden. Das grundlegende Problem besteht jedoch darin, dass nur wenige der befragten Personen angeben, dass sie erst kürzlich (2,5 Prozent) bzw. vor längerer Zeit

(17,2 Prozent) durch eine Gewerkschaft angesprochen wurden. Rund 81 Prozent sind noch nie angesprochen worden. Etwas mehr als 50 Prozent haben noch nie über eine Mitgliedschaft nachgedacht. Diese Zahlen konstituieren das Bild einer Arbeitswelt ohne Gewerkschaften, einer gewerkschaftlichen Diaspora.

Da die Beschäftigten kaum Berührungspunkte mit ver.di haben und die Gewerkschaft mit ihren Angeboten und Ideen selten in den beruflichen Alltag der Pflegenden vordringt, besteht also ein massives kommunikatives Präsenzdefizit. Das Verhältnis von Gewerkschaften und ungenutzten Mitgliederpotenzialen lässt sich als ein Dilemma, gar als ein Teufelskreis skizzieren: Die Gewerkschaften haben in diesen Bereichen keine Mitglieder, weil sie hier kaum präsent und greifbar für die Beschäftigten sind. Andersherum sind sie jedoch unter anderem deshalb dort kaum präsent, weil sie durch die geringe Mitgliederzahl und die schwache bzw. nicht vorhandene betriebliche Verankerung nur über sehr begrenzte Ressourcen und keine Zugänge zur Ansprache der Beschäftigten verfügen. Durch ihre Abwesenheit können sie allerdings auch keine neuen Mitglieder hinzugewinnen. Durch die Mitgliederschwäche der Gewerkschaften in manchen Branchen fehlt das Trampolin für eine aktive Mitgliederpolitik.

Trotzdem gibt es Möglichkeiten die eigene Präsenz zu stärken. So könnte die schwache gewerkschaftliche Bindung der aktiven Gremienakteure in den Betriebs- und Personalräten ein wichtiger Ansatzpunkt sein, um die eigene betriebliche Basis gezielt zu stärken, da sie möglicherweise aufgrund ihrer Tätigkeit offener für gewerkschaftliche Unterstützung sein dürften. Ein zweiter Ansatzpunkt liegt in der inhaltlichen Thematisierung guter Arbeitsbedingungen im überbetrieblich-gesellschaftlichen Raum, so wie es im „Bündnis für gute Pflege“ praktiziert wird. Notwendig ist also ein politisches Unternehmertum inner- und außerhalb der Betriebe, um die Anliegen der Betroffenen öffentlichkeitswirksam zu artikulieren. Drittens könnten die Dienstleistungsverbände und die Gewerkschaften in der Industrie ein Bündnis eingehen, um für die Attraktivität der Arbeit im Pflegebereich zu werben. Dahinter steht die Überlegung, dass die starken Gewerkschaften des Industriesektors ja durchaus ein ausgeprägtes Qualitätsinteresse an guter Pflege haben, weil dies auch für ihre Mitglieder bedeutsam ist.

Um das Zusammenspiel zwischen Beschäftigten und Interessenvertretungen zu verstehen, sind die spezifischen Voraussetzungen und Hindernisse für das kollektive Handeln analysiert worden. Dabei haben wir es mit einer facettenreichen Suchbewegung zu tun. Diese zielt darauf, eine an den Besonderheiten der Care-Arbeit und des Fachkräftemangels anknüpfende Anreiz-

struktur für kollektives Handeln aufzubauen. Es geht auch darum, eine funktionierende Institutionenordnung zu entwickeln, die auf die Differenzierungsprozesse angesichts der vielfältigen Unternehmenskulturen und zwischen den heterogenen Beschäftigtengruppen reagieren kann. Die derzeit zu beobachtenden betrieblichen Gremien, Berufsverbände und Gewerkschaften besitzen die dafür notwendigen Ressourcen und Kompetenzen nur unzureichend. Es sind auf Seiten der Beschäftigten vor allem die schwache Primärmacht, die nach wie vor hemmenden Traditionsbezüge und die marktgetriebenen Prozesse des umgebauten Sozialsektors, die zu einem geringen Organisationsgrad in den Verbänden beitragen. Auch die – zudem umstrittene – Einrichtung von Pflegekammern für Fachkräfte wird diesen Herausforderungen keinesfalls gerecht, auch deshalb, weil sie lediglich den Fachkräften offenstehen, während die Arbeitsmarktstrukturen der Altenpflege durch einen hohen Anteil an Hilfskräften und Angelernten geprägt sind. Zurzeit liegen auf der Ebene der kollektiven Interessenvertretungen keine Strukturen vor, mit denen die Mehrheit bzw. eine kritische Masse der Beschäftigten im Bereich der Altenpflege angesprochen und zu kollektivem Handeln motiviert werden könnte.

Die junge, aber traditionsgeprägte Teilbranche Altenpflege ist gegenwärtig dabei, sich anderen marktbasierten Dienstleistungsbranchen auch jenseits des Sozialsektors anzugleichen, ohne dass eine passfähige und funktionale Institutionenordnung besteht. Denn weder gibt es funktionierende, mitgliederstarke und verpflichtungsfähige Arbeitgeberverbände, noch gibt es umfassend verankerte handlungsfähige Gewerkschaften, Berufsverbände und Pflegekammern. Hinzu kommt, dass zwischen diesen Akteuren auf der Arbeitnehmerseite auch noch keine wirklich belastbare Arbeitsteilung erkennbar ist. Angesichts der überwältigenden Erwartungshaltung, die seitens der Beschäftigten an die Politik und den Staat herangetragen wird, liegt der Ball für eine Rekonfiguration der institutionellen Bedingungen in der Teilbranche Altenpflege klar auf Seiten des Staates. Bewegt sich dieser nicht, dann ist ein tiefgreifendes Versagen absehbar, dass die Zufriedenheit mit der staatlichen Leistungsfähigkeit weiter einschränken könnte. Da ein Zurück zu alten Zeiten sehr unwahrscheinlich ist, geht es um Impulse und Anstöße für eine selbstregulierte Institutionenordnung. Weder die ArbeitnehmerInnen noch die Arbeitgeber sind dazu allein in der Lage – wenngleich aus entgegengesetzten Interessen und Kompetenzen heraus. Anreize aus Politik und Staat könnten hilfreich sein, um eine solche handlungsfähige Institutionenordnung zu schaffen. Vermutlich müsste diese Institutionenordnung sogar in umfassenden Arbeitsbeziehungen für den Sozial- und Gesundheitssektor eingebunden

sein. All dem stehen weder Traditionen noch verantwortungsorientierte Verhaltensweisen, die in der personennahen Sorge- und Dienstleistungsarbeit traditionell existieren, entgegen.

Dass die Gewerkschaften in der Altenpflege nur geringen Zulauf haben liegt auf Seiten der Beschäftigten auch an eklatanten Erfahrungsdefiziten, wahrgenommener geringer Unterstützung, fehlender Zeit, geringer Erwartungshaltung sowie an Widerständen der Arbeitgeber – also einer nicht vorhandenen Routine und Kultur der kollektiven Interessenvertretung. Auffallend ist auch, dass viele Befragte den Eindruck haben, dass die Gewerkschaft nicht ihre Themen präferiere und fördere. Auf Seiten der Gewerkschaften ist sicherlich das größte Defizit, dass sie sich in einer Art Teufelskreis befinden, da sie nur über wenige aktive Mitglieder und Ansprechpartner auf betrieblicher Ebene verfügen und selbst nur unzureichendes Personal und Mittel zur Verfügung haben, um diese Defizite systematisch zu bearbeiten und zu beheben. Hinzu kommen die Widerstände der Arbeitgeber gegen eine gewerkschaftliche Integration in die betrieblichen Strukturen. Selbst dann, wenn der Staat die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beschäftigten verbessert, werden solche Fortschritte angesichts der schwachen Primärmacht nicht unbedingt auf der betrieblichen Ebene umgesetzt. In diesem Sinne haben wir es bei den Interessen der Altenpflegekräfte trotz vielfältiger öffentlicher Reputationsgewinne und staatlicher Unterstützungsleistungen nach wie vor mit sogenannten „schwachen Interessen“ (von Winter/Willems 2000): zu tun.

Die Ergebnisse dieser Studie legen im Anschluss an Theobald et al. (2013) nahe, dass die kumulative Differenzierung durch Qualifikation, Trägerorganisation sowie durch ambulante oder stationäre Arbeitskontexte eine hochgradig heterogene Betriebs- und Klientelstruktur erzeugt, die kombiniert mit tradierten Berufsmentalitäten der personennahen Dienstleistungen (Care, Frauenberuf etc.) eine gewisse Skepsis gegenüber kollektivem Handeln und den Aktivitäten der Verbände erzeugt. Divergierende Einstellungen von Fachkräften und angelernten Kräften hinsichtlich der Möglichkeit kollektiven Handelns bedeuten, dass gewerkschaftliche Aktivitäten sensibel für diese Differenzen sein müssen, um die dort Beschäftigten in ihrer je spezifischen Lage auch wirklich erreichen zu können.

Die Akteure in der Teilbranche Altenpflege stehen seit der Pflegereform vor der Herausforderung, dass sie sich in einem zwar staatlich gerahmten, aber heute stärker wettbewerblich organisierten Kontext behaupten müssen. Da weder die Arbeitnehmer noch die Arbeitgeber – wenngleich aus unterschiedlichen Gründen – in der Lage bzw. Willens sind, die Bedingungen in

der Altenpflege strukturell zu verbessern, müssen entscheidende Anstöße und Anreize von Politik und Staat ausgehen, um eine handlungsfähige Institutionenordnung der Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Beziehungen in der Altenpflege zu schaffen. Denn dadurch, dass der Sorgebereich marktförmig strukturiert ist, wird eine institutionell-kollektive Antwort benötigt, die den sorgsamsten Umgang mit der menschlichen Arbeitskraft sichert, die Attraktivität der Pflege und damit guter Pflegearbeit sowie ihre gesellschaftliche Anerkennung fördert. Es geht also darum, traditionsbehaftete Verhaltensweisen im Pflegebereich auf eine professionelle Arbeitnehmermachtsperspektive hin zu orientieren, um die vorhandene machtpolitische Repräsentationslücke zu schließen.

Offensichtlich ist, dass eine positive staatliche Rahmung dann an ihre Grenzen stößt, wenn es keine kollektiven betrieblichen und überbetrieblichen Akteure und Aktivitäten gibt, die sich um die Anwendung und Umsetzung vorhandener Normen sowie ihre Anwendung und Umsetzung kümmern. Insofern ist eine ausschließlich staatsbezogene Orientierung nicht nur unzureichend, sondern letztlich sogar kontraproduktiv. Denn ohne eine auch auf Selbstorganisation zielende Perspektive ist es schwerlich vorstellbar, wie die Ergebnisse eines verbesserten staatlichen Handelns bei den Beschäftigten ankommen könnten. Dazu gehört auch, dass die vorhandenen Arbeitgeberverbände ihre Mitgliederzahl erhöhen und sich als Akteure begreifen, die die Strukturen in der Branche so gestalten, dass dort eine höhere Attraktivität für Fachkräfte entsteht. Dass bedeutet aber auch, dass die einzelnen Arbeitgeber sowie ihre Verbände ein Interesse an verhandlungsstarken Gewerkschaften entwickeln. Da den Beschäftigten häufig Erfahrungen mit Gewerkschaften fehlen, sie sich aber zugleich Unterstützung wünschen, wäre eine geplante Assistenz beim Aufbau betrieblicher Strukturen möglich und notwendig, um auf diesem Wege organisiertes Empowerment zu betreiben. Das könnte ein Schlüssel zur erfolgreichen Selbstorganisation sein, um die Macht- und Repräsentationslücke der Beschäftigten in der Pflege zu schließen.

LITERATURVERZEICHNIS

Afentakis, Anja/Maier, Tobias (2010):

Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, in: *Wirtschaft und Statistik*, 11/2010, S. 990–1002.

AOK (o. J.): Vergütung der häuslichen Krankenpflege. https://www.aok-gesundheitspartner.de/by/pflege/hkp/index_08028.html, Zugriff: 5.2.2016.

Arbeitgeberverband Pflege (2015): Arbeitgeberverband Pflege will mit ver.di Tarifvertrag abschließen. <http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/das-haben-wir-zu-sagen/arbeitgeberverband-pflege-will-mit-ver-di-tarifvertrag-abschliessen/>, Zugriff: 1.12.2015.

Auth, Diana (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: *WSI-Mitteilungen*, 6/2013, S. 412–422.

AWO (2015): Tarifvertrag über die Ausbildungsbedingungen in der Altenpflege Niedersachsen vom 16. Februar 2015. http://www.agv-awo.de/downloads/tarifvertraege/pdf/niedersachsen/2015_Tarifvertrag_ueber_die_Ausbildungsbedingungen_in_der_Altenpflege_Niedersachsen.pdf, Zugriff: 17.11.2015.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2011): Perspektive 2025: Fachkräfte für Deutschland. <https://www.arbeitsagentur.de/web/content/Perspektive-2025>, Zugriff: 20.11.2015.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2015): Arbeitsmarktbichterstattung, März 2015. Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Altenpflege. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege-2014.pdf>, Zugriff: 18.11.2015.

Baethge, Martin (2011): Die Arbeit in der Dienstleistungsgesellschaft, in: Evers, Adalbert/ Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–61.

Baumann-Czichon, Bernhard/Gathmann, Mira (2006): Kirchliche Mitbestimmung im Vergleich. BetrVG – MVG/EKD – MAVO, Berlin: ver.di.

Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara (1997): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf, Bielefeld: Bertelsmann.

Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation der Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 2). Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 227. Berlin/Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Behr, Karin/Fuchs-Rechlin, Kirsten (2013): Wie atypisch und prekär sind die Beschäftigungsverhältnisse in sozialen Berufen? Eine Analyse des Mikrozensus 2009, in: *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für soziale Arbeit*, 1–2/2013, S. 52–64.

Behrens, Johann/Horbach, Annegret/Müller, Rolf (2008): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Abschlussbericht. Berichte aus der Pflege, Nr. 12, Halle (Saale)/Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.

Behrens, Martin (2004): New Forms of Employers' Collective Interest Representation?, in: *Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management*, 1 + 2/2004, S. 77–91.

Benedix, Ulf/Medjedović, Irena (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft, Ausgabe 6, Februar 2014, Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)/ Arbeitnehmerkammer Bremen. <http://www.arbeitnehmerkammer.de/publikationen/themenreihe.html?fileId=5047>, Zugriff: 20.11.2015.

Beschäftigtenbefragung (2015): Standardisierte Befragung unter 749 AltenpflegerInnen, durchgeführt von Infratest dimap.

BIBB (2014): Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege steigt kräftig. Neue BIBB-Veröffentlichung: „Gesundheitsfachberufe im Überblick“. https://www.bibb.de/de/pressemitteilung_14432.php, Zugriff: 18.9.2015.

BIBB/BAuA (Bundesinstitut für Berufsbildung/ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2014): Factsheet 10. Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.pdf?__blob=publicationFile&v=1, Zugriff: 19.6.2017.

Birsl, Ursula (2006): Was sind Interessenverbände? Definitionen, Abgrenzungen und Handlungsfelder. Working Paper. Göttingen/Berlin 2000/2006, Berlin: TU Berlin. http://ursula-birsl.de/uploads/media/Was_sind_Interessenverbaende_2000-2006.pdf, Zugriff: 11.12.2015.

Bischoff, Claudia (1992): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, 2., überarb. u. erw. Aufl., Frankfurt a. M.: Campus.

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret (2010): Das Projekt LohnSpiegel: Tatsächlich gezahlte Löhne und Gehälter, in: WSI-Mitteilungen 1/2010, S. 42–49.

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Arbeitspapier 21 des Projekts LohnSpiegel. Düsseldorf: WSI. https://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_2013_21_pflegerberufe.pdf, Zugriff: 11.12.2015.

Blaschke, Sabine (2008): Frauen in Gewerkschaften. Zur Situation in Österreich und Deutschland aus organisationssoziologischer Perspektive, München/Mering: Rainer Hampp.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2015): Mindestlohn in der Pflege. Fragen & Antworten. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a763-ml-pflegebranche-broschuere-pdf.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 19.11.2015.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin: BMFSFJ.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): Die Reform der Pflegeausbildung – der Entwurf des Pflegeberufsgesetzes, in: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/151127_Presseinfopapier_Pflegeberufsgesetz.pdf, Zugriff: 14.12.2015.

BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (Hrsg.) (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Kurzfassung Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin: BMWi. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_Fachkraefte-Pflegewirtschaft_K.pdf, Zugriff: 2.5.2017.

Bode, Ingo (2005): Einbettung und Kontingenz. Wohlfahrtsmärkte und ihre Effekte im Spiegel der neueren Wirtschaftssoziologie, in: Zeitschrift für Soziologie 4/2005, S. 250–269.

Böhle, Fritz/Stöger, Ursula/Wehrich, Margit (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.

Boes, Andreas/Baukrowitz, Andrea (2002): Arbeitsbeziehungen in der IT-Industrie. Erosion oder Innovation der Mitbestimmung?, Berlin: edition sigma.

bpa (2015a): Neuer Arbeitgeberverband unter Vorsitz von Rainer Brüderle. http://www.bpa.de/uploads/media/PM_78_Gruendung_bpa_Arbeitgeberverband_23_06_2015.pdf, Zugriff: 1.12.2015.

bpa (2015b): Mitglieder. Private ambulante und stationäre Einrichtungen. <http://www.bpa.de/Mitglieder.221.0.html>, Zugriff: 10.12.2015.

Bräutigam, Christoph/Dahlbeck, Elke/Enste, Peter/Evans, Michaela/Hilbert, Josef (2010): Das letzte Mittel? Leiharbeit in der Pflege, in: Forschung aktuell, 10/2010, S. 1–15.

Brinkmann, Volker (2010): Sozialwirtschaft. Grundlagen – Modelle – Finanzierung, Wiesbaden: Gabler.

Brückers, Rainer (2010): Mindestlohn in der Pflege. Eine Branche in der Sozialwirtschaft setzt Zeichen, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 2010/3, S. 202–206.

BSG (Bundessozialgericht) (2009): Medieninformation Nr. 5/09. Berechnung der leistungsgerechten Vergütung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. http://www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegesellschaft/Dokumente/BSG-Urteil_-_leistungsgerechte_Verguetung_Pflege_-_29-01-09.pdf, Zugriff: 6.12.2015.

Bundesregierung (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/ Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_Kabinettentwurf-PfIBG.pdf, Zugriff: 18.3.2016.

Bündnis für Altenpflege (2015): Die Abschaffung der Altenpflegeausbildung jetzt verhindern!, in: Bündnis für Altenpflege. Info, 2015/2, S. 1–4.

Bündnis für gute Pflege (2015): Bündnis für gute Pflege. Perspektiven für die Pflege älterer Menschen in Deutschland. http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de/fileadmin/ user_upload/inhalt/Downloads/Flyer_Buendnis_120815.pdf, Zugriff: 6.12.2015.

Bury, Carola (2015): Bundesweit erster Tarifvertrag für Altenpflege-Azubis. http://www.arbeitnehmerkammer.de/politikthemen/arbeitssoziales/20150512_bam_4_15_altenpflege_ausbildung_tarifvertrag.html, Zugriff: 17.11.2015.

CARE Invest (2014): Pflegegewirtschaft. Die Top 25-Betreiber 2014, in: CARE Invest. Pflege macht Markt, 3/2014, S. 1–3.

Coburger, Steffen (2009): Arbeitsbedingungen, Erfolgserfahrungen und Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften in der stationären Altenhilfe. untersucht in einem bayerischen Sozialzentrum, Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Conrads, Ralph/Holler, Markus/Kistler, Ernst/Kühn, Daniel/Schneider, Daniela unter Mitarbeit von Jovic, Vedran und Reiter, Benjamin (2015): Das Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Branchenanalyse. Bericht an die Hans-Böckler-Stiftung, Stadtbergen: Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES).

Dammert, Matthias (2009): Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung?, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dbb (dbb beamtenbund und tarifunion) (2015): Bürgerbefragung öffentlicher Dienst. Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen. http://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/ 2015/forsa_2015.pdf, Zugriff: 24.11.2015.

DBfK (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe) (2010): Aktionsprogramm 2020. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Aktionsprogramm-2020.pdf>, Zugriff: 26.7.2015.

DBfK (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe) (2015a): Generalistische Ausbildung jetzt! <http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2015/826581276.php>, Zugriff: 7.12.2015.

DBfK (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe) (2015b): Struktur und Organe des DBfK. <http://www.dbfk.de/de/ueber-uns/struktur/index.php>, Zugriff: 7.12.2015.

DBfK (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe) (2015c): Der DBfK in Netzwerken. <http://www.agnes-karll-institut.de/de/ueber-uns/Netzwerk.php>, Zugriff: 7.12.2015.

DBVA (Deutscher Berufsverband für Altenpflege) (2011): Satzung. Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. <http://www.dbva.de/satzung.html>, Zugriff: 9.12.2015.

DBVA (Deutscher Berufsverband für Altenpflege) (2014a): Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. http://www.dbva.de/docs/stellungnahmen/2014_07_STN_Weiterentwicklung_Pflegeberufe.pdf, Zugriff: 16.11.2015.

DBVA (Deutscher Berufsverband für Altenpflege) (2014b): Stellungnahme zur Anhörung einer möglichen Einführung einer Pflegekammer im Saarland, in: http://www.dbva.de/docs/stellungnahmen/20141030STN_Anhoerung_Saarland%20Pflegekammer.pdf, Zugriff: 17.11.2015.

DBVA (Deutscher Berufsverband für Altenpflege) (2015): Der DBVA. <http://www.dbva.de/derdbva.html>, Zugriff: 9.12.2015.

Denkwerk Demokratie (2014): Ein neues Normalarbeitsverhältnis. Werkbericht Nr. 5, Februar 2014. Berlin: Denkwerk Demokratie. http://www.denkwerk-demokratie.de/wp-content/uploads/2014/02/DD_WB_5.pdf, Zugriff: 18.11.2015.

Der Spiegel (1988): Da verliert der Mensch seinen Schatten. SPIEGEL-Reporter über die westdeutschen Alten- und Pflegeheime: Endstation Elend, in: Der Spiegel, 41/1988, S. 104–123. <http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/13530628>, Zugriff: 16.11.2015.

DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2017): DGB-Mitgliederzahlen ab 2010. Mitgliederzahlen 2016. <http://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/mitgliederzahlen/2010>, Zugriff: 20.6.2017.

Die Grünen (2016): Integrative Pflegeausbildung – Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/078/1807880.pdf>, Zugriff: 18.3.2016.

Die Linke (2013): 100 Prozent sozial. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013. https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2013/bundestagswahlprogramm/bundestagswahlprogramm2013_langfassung.pdf, Zugriff: 18.3.2016.

Dielmann, Gerd (2010): Pflegekammern sind überflüssig, in: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++51093c8f6f684442cd00027/download/Interview-Gerd-Dielman-2010.pdf>, Zugriff: 10.12.2015.

Dietrich, Hans (1994): Zur Situation und Entwicklung der Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland. IAB-Projekt 4-419V „Arbeitsmarkt für Pflegeberufe“. BMAS Forschungsbericht Sozialforschung 239, Bonn: BMA.

Dingeldey, Irene (2013): Viel Dienst, wenig Verdienst. Löhne im Gesundheitssektor, in: Bremer Arbeitnehmer Magazin, 7/2013, 8 f.

Dunkel, Wolfgang (2005): Zur Lebensführung von Pflegekräften, in: Schroeter, Klaus R./ Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege – Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, S. 227–246.

Dunkel, Wolfgang (2011): Arbeit in sozialen Dienstleistungsorganisationen: die Interaktion mit dem Klienten, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./ Olk, Thomas (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste, Wiesbaden: VS für Sozialwissenschaften, S. 187–205.

Engelen-Kefer, Ursula (2012): Humanisierung der Arbeit in der Pflege, in: Bettig, Uwe/ Frommelt, Mona/Schmidt, Roland (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen, Heidelberg: medhochzwei, S. 65–78.

Erdmeier, Dietmar (2015): Experteninterview mit Dietmar Erdmeier, Fachgruppe Gesundheitspolitik im Fachbereich 3 bei ver.di, am 24.7.2015.

Evans, Michaela/Galtschenko, Viacheslav/Hilbert, Josef (2012): Projekt PESSIS: Promoting Employers' Social Services Organisations in Social Dialogue. Befund „Sociosclerosis“: Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen in der Sozialwirtschaft in Deutschland in Modernisierungsverantwortung, in: https://www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/aktuelles_und_presse/Presse_Downloads/PESSIS_Endbericht_deutsche_Fassung_fin_5.pdf, Zugriff: 8.12.2015.

Evans, Michaela/Galtschenko, Viacheslav/Hilbert, Josef (2013): Befund Sociosclerose. Sozialwirtschaft in der Interessensblockade?, in: Sozialer Fortschritt 8–9/2013, S. 209–216.

Evans, Michaela (2016): Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel (= WISO-Diskurs 23). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (2008): Sozialpolitik: Gefahren der Ökonomisierung und Chancen der Entgrenzung, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hrsg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–27.

Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (2011): Soziale Dienste – Arenen und Impulsgeber sozialen Wandels, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–32.

Fajardo, Annemarie (2013): Die (Un-)Attraktivität des Pflegeberufes in Deutschland und der Einfluss der Führungskräfte, Diplomica: Hamburg.

Frey, Birgit (1998): Die Problemumwelten der Gewerkschaft ÖTV. Strukturen und Herausforderungen der Gewerkschaftsorganisation, in: von Alemann, Ulrich/Schmid, Josef (Hrsg.): Die Gewerkschaft ÖTV. Reformen im Dickicht gewerkschaftlicher Organisationspolitik. Schriften der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 34, Baden-Baden: Nomos, S. 79–99.

Fritz, Emil (1967): Von der Wärterin zur freien Schwester. 70 Jahre Gewerkschaftsarbeit zur Hebung der wirtschaftlichen und sozialen Lage des Krankenpflegepersonals, Stuttgart: BZ-Druck.

Fuchs-Frohnhofer, Paul/Blass, Kerstin/Dunkel, Wolfgang/Hinding, Barbara/Kreiser, Sarina/Klatt, Rüdiger/Zühlke-Robinet, Klaus. (2010): Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“, Marburg: Tectum.

Gabler Wirtschaftslexikon (2009): Branche. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/branche.html>, Zugriff: 20.06.2017.

Glaser, Jürgen/Lampert, Bettina/Weigl, Matthias (2008): Arbeit in der stationären Pflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. INQA-Bericht, Nr. 34, Dortmund/Berlin/Dresden: INQA.

Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, 3., überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Haberkern, Klaus (2009): Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeitrag Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 40, in: <http://www.fwiw1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf>, Zugriff: 19.11.2015.

Hall, Anja (2012): Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf?, in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 6/2012, S. 16–19.

Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü15, Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Hauser-Ditz, Axel/Hertwig, Markus/Pries, Ludger (2012): Verbetrieblung und betrieblicher Konflikt, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2/2012, S. 329–359.

Henneberger, Fred (2017): Zentrale Theorien und etwas Empirie zur Analyse des kollektiven Handelns von Unternehmern, in: Schroeder, Wolfgang/Weßels, Bernhard (Hrsg.): Handbuch Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände in Deutschland, 2. Auflage, Wiesbaden: Springer VS, S. 173–198.

Henssler, Martin/Moll, Wilhelm/Beppler, Klaus (2013): Der Tarifvertrag. Handbuch für das gesamte Tarifrecht, Köln: Dr. Otto Schmidt.

Hielscher, Volker/Nock, Lukas/Kirchen-Peters, Sabine/Blass, Kerstin (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden: Springer VS.

Hipp, Lena/Kelle, Nadiya (2015): Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich. Friedrich-Ebert-Stiftung. Forum Politik und Gesellschaft, Berlin: FES.

Hirschman, Albert O. (1979): Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States, Cambridge: Harvard University Press.

Hirschman, Albert O. (1984): Engagement und Enttäuschung, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Holst, Hajo (2011): Von der Branche zum Markt – Zur Regulierung überbetrieblicher Arbeitsbeziehungen nach dem organisierten Kapitalismus, in: Berliner Journal für Soziologie, 3/2011, S. 83–405.

IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) (2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. http://bmj.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Sonstiges/Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf, Zugriff: 18.11.2015.

IAW (Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung) (2011): Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen. Branche: Pflege. Abschlussbericht an das BMAS. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/evaluation-mindestlohn-pflegebranche.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 18.11.2015.

IfD Allensbach (Institut für Demoskopie Allensbach) (2013): Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. Allensbacher Kurzbericht 5/2013. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf, Zugriff: 24.11.2015.

IWAK (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur) (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht des Forschungsprojekts. http://www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegegesellschaft/Dokumente/IWAK_-_Abschlussbericht_Berufsverlaeuft_-_August_2009.pdf, Zugriff: 19.11.2015.

Jakobi, Tobias (2007): Konfessionelle Mitbestimmungspolitik. Arbeitsbeziehungen bei Caritas und Diakonie am Beispiel des Krankenhausesektors, Berlin: edition sigma.

Jakobi, Tobias (2010): Nichts zu sagen unter'm Kreuz? Arbeitsbeziehungen bei Caritas und Diakonie, in: Zeitschrift für Sozialreform, 4/2010, S. 451–476.

Kaleve, Christina (2015): Experteninterview mit Christina Kaleve, Bundesvorsitzende DBVA, am 13.11.2015.

Kämmer, Karla (2015): Altenpflege in einer Gesellschaft des langen Lebens, in: Kämmer, Karla (Hrsg.): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken, 6., vollst. überarb. Aufl., Hannover: Schlütersche, S. 16–39.

Keller, Berndt (2001): Ver.di – was kommt nach der Ouvertüre?, in: Wirtschaftsdienst, 2/2001, S. 92–101.

Keller, Berndt (2004): Multibranchengewerkschaft als Erfolgsmodell? Zusammenschlüsse als organisatorisches Novum – das Beispiel ver.di, Hamburg: VSA.

Keller, Berndt (2007): Ver.di – quo vadis?, in: WSI-Mitteilungen, 9/2007, S. 467–474.

Kistler, Anja (2015): Experteninterview Anja Kistler, Geschäftsführerin DBfK Nordost e. V., 25.3.2015.

Kißler, Leo/Greifenstein, Ralph/Schneider, Karsten (2011): Die Mitbestimmung in der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klöpper, Arne (2011): Verbreitung, Einsatzformen und Gestaltungsmöglichkeiten von Leiharbeit in der stationären Pflege. https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Leiharbeit_in_der_Pflege_0212.pdf, Zugriff: 20.6.2017.

Kreimer, Reinhard (2004): Altenpflege: menschlich, modern und kreativ. Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation, Hannover: Schlütersche.

Krenn, Manfred/Papouschek, Ulrike (2006): „... ja, was willst du viel mitbestimmen?“ – Partizipationschancen im entgrenzten Arbeitsfeld mobile Pflege, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2/2006, S. 6–28.

Kreutzer, Susanne (2003): Eine „rote“ Schwesterschaft in der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV). Zur Attraktivität einer gewerkschaftlichen Problemgruppe, 1949–1968, in: WerkstattGeschichte 34, S. 6–28.

Kreutzer, Susanne (2005): Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945, Frankfurt a. M./New York: Campus.

Kumbruck, Christel (2010): Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit, in: Becke, Guido/Bleses, Peter/Ritter, Wolfgang/Schmidt, Sandra (Hrsg.): „Decent Work“. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 187–207.

Kumbruck, Christel (2011): Pflege – ein Frauenberuf unter Anerkennungsdefiziten, in: Wegner, Gerhard/Reuter, Hans-Richard/Bedford-Strohm, Heinrich/Reih, Sigrid/ Jähnichen, Traugott (Hrsg.): Arbeitswelten. Jahrbuch Sozialer Protestantismus 5, Gütersloh: Gütersloher Verlags-Haus, S. 86–106.

Kümmerling, Angelika (2009): Der lange Weg zur Professionalisierung der Altenpflege und seine (nicht?)-intendierten Folgen, in: Lehndorff, Steffen et al. (Hrsg.): Abriss, Umbau, Renovierung? Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells, Hamburg, S. 136–165.

Landtag Rheinland-Pfalz (2014): Gesetzentwurf der Landesregierung. Heilberufsgesetz (HeilBG). <http://www.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/3626-16.pdf>, Zugriff: 9.12.2015.

Langkau, Günther (2000): 25 Jahre Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. : Rückerrinerung, Betrachtung, Bilanz und Bewertung aus der Sicht eines Gründungsmitgliedes im Jahr 1993, in: Altenpflegerin und Altenpfleger, 1–2/2000, S. 22–27.

Leitner, Sigrid (2013): Varianten von Familialismus. Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitiken in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten, Berlin: Duncker & Humblot.

Lepenes, Philipp H. (2009): Wie erklärt sich kollektives Handeln? Der Social-Capital-Ansatz und eine alternative Theorie für fehlendes Freifahren, in: Leviathan, 1/2009, S. 144–159.

Löffler, Ute/von der Heyde (2014): Ein Kurz-Überblick über die gebräuchlichsten Auswahl-Verfahren in der Marktforschung, in: ADM Arbeitskreis Deutscher Markt und Sozialforschungsinstitute e. V. (Hrsg.): Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis, 2., akt. u. erw. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 19–24.

Lungen, Markus (2012): Die Vollversicherung in der Pflege: Weshalb und wie viel?. https://www.verdi.de/++file++50a4d3d86f684477b6000021/download/Kurzfassung_Gutachten_Pflegeversicherung.pdf, Zugriff: 18.11.2015.

Mai, Herbert (1999): Der Prozess zu ver.di, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 10/1999, S. 583–589.

Martini, Mario (2014): Die Pflegekammer – verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen. Schriften zum Gesundheitsrecht, Bd. 29, Berlin: Duncker & Humblot.

McCarthy, John D./Zald, Mayer N. (1977): Resource Mobilization and Social Movements: A Partial Theory, in: American Journal of Sociology, 6/1977, S. 1212–1241.

Meier, Gerd/Hansen, Jochen (2014): Quotenverfahren, in: ADM Arbeitskreis Deutscher Markt und Sozialforschungsinstitute e. V. (Hrsg.): Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis, 2., akt. u. erw. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 197–206.

Meißner, Sebastian (2013): Die 30 größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013. <http://www.pflegemarkt.com/media/datenmarkt/uploads/fachartikel/die-30-groessten-pflegeheimbetreiber-in-deutschland-2013.pdf>, Zugriff: 6.12.2015.

Menez, Raphael (2017): Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände in neuen Branchen: IKT und Zeitarbeit, in: Schroeder, Wolfgang/Weßels, Bernhard (Hrsg.): Handbuch Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände in Deutschland, 2., vollst. überarb. Auflage, Wiesbaden: Springer VS, S. 267–303.

Meyer, Markus (2011): Stress fressen Seele auf, in: Gesundheit und Gesellschaft Spezial, 11/2011, S. 10.

Michaelis, Martina (2005): Pflege als extreme Herausforderung, in: Schroeder, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Weinheim: Juventa, S. 263–277.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Niedersachsen (2015): Entwurf. Gesetz über die Pflegekammer Niedersachsen. <http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/entwurf-eines-gesetzes-ueber-die-pflegekammer-niedersachsen-149452.html>, Zugriff: 9.12.2015.

Mückenberger, Ulrich (1985): Die Krise des Normalarbeitsverhältnisses. Hat das Arbeitsrecht noch eine Zukunft?, in: Zeitschrift für Sozialreform, 7/1985, S. 415–434, und 8/1985, S. 457–474.

Müller, Hans-Peter (2001): Über die Mühen der Profilfindung einer Dienstleistungsgewerkschaft. Zur Entstehungsgeschichte der Multibranchengewerkschaft „Ver.di“ im Spannungsfeld von Organisationskonflikten und Programmsuche, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management, 1/2001, S. 108–137.

Müller, Hans-Peter/Wilke, Manfred (2000): Kalkulierte Konflikte. Die Zukunftsgewerkschaft „Ver.di“ entsteht nicht aus dem Geist der Musik, in: Die politische Meinung, 370/2000, S. 73–80.

Müller, Hans-Peter/Niedenhoff, Horst-Udo/Wilke, Manfred (2002): ver.di: Porträt und Positionen. Köln: Deutscher Institutsverlag.

Müller, Hans-Peter/Wilke, Manfred (2014): Gewerkschaftsfusionen: der Weg zu modernen Multibranchengewerkschaften, in: Schroeder, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Gewerkschaften in Deutschland, 2., überarb., erw. u. akt. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 147–171.

Neumann, Perdita/Klewer, Jörg (2008): Pflegepersonalfluktuations und Mitarbeiterorientierung in der Pflege. Eine Untersuchung in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen, in: HeilberufeSCIENCE, 1/2008, S. 13–17.

Nölle, Kerstin/Goesmann, Christine (2009): Pflegen kann nicht Jeder! Wertschätzung für die (Alten-)Pflege. Arbeitspapier aus dem BMBF-Projekt „Berufe im Schatten“, Dortmund.

Nowak, Iris/Hausotter, Jette/Winker, Gabriele (2012a): Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen. Subjektkonstruktionen von Beschäftigten in Industrie und Altenpflege, Abschlussbericht, Hamburg: Forschungsgruppe Arbeit–Gender–Technik, Technische Universität Hamburg-Harburg.

Nowak, Iris/Hausotter, Jette/Winker, Gabriele (2012b): Entgrenzung in Industrie und Altenpflege: Perspektiven erweiterter Handlungsfähigkeit der Beschäftigten, in: WSI Mitteilungen 4/2012, S. 272–280.

Nullmeier, Frank (2002): Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten?, in: Süß, Werner (Hrsg.): Deutschland in den neunziger Jahren. Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung, Opladen: Leske + Budrich, S. 269–281.

Öchsner, Thomas (2012): Leiharbeit in Pflegeberufen hat dramatisch zugenommen, in: Süddeutsche Zeitung vom 5. Juli 2012. <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/leiharbeit-in-kliniken-und-altenheimen-pflegen-auf-abruf-1.1402041>, Zugriff: 11.12.2015.

OECD (2011): Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris: OECD.

Offe, Claus/Wiesenthal, Helmut (1980): Two Logics of Collective Action: Theoretical Notes on Social Class and Organizational Form, in: Political Power and Social Theory, 1/1980, S. 67–115.

Offe, Claus (1984): „Arbeitsgesellschaft“. Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Campus: Frankfurt a. M./New York.

Oliver, Pamela E./Marwell, Gerald (1992): Mobilizing Technologies for Collective Action, in: Morris, Aldon D./Mueller, Carol McClurg (Hrsg.): Frontiers in Social Movement Theory, New Haven: Yale University Press, S. 252–271.

Olson, Mancur (1968): Die Logik kollektiven Handelns. Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen: Mohr Siebeck.

Olson, Mancur (1992): Die Logik kollektiven Handelns. Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, 3. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck.

Oschmiansky, Heidi (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000013124/DissertationxOschmiansky.pdf;jsessionid=40CDF7D323024BF678B891300010D2917?host=, Zugriff: 10.12.2015.

Oschmiansky, Heidi (2010): Wandel der Erwerbsformen in einem Frauenarbeitsmarkt. Das Beispiel „Altenpflege“, in: Zeitschrift für Sozialreform, 1/2010, S. 31–57.

Pachner, Petra (1996): Schulung für Altenpflege-schülerInnen zum Thema „Sucht im Alter“. Entwicklung einer Seminarkonzeption, Esslingen: Hochschule für Sozialwesen.

Pfäfflin-Müllenhof et al. (2011): Modell der Altenpflege, in: Köther, Ilka (Hrsg.): Altenpflege, 3. Aufl., Stuttgart: Thieme, S. 1007–1010.

Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik/Claus Offe (Hrsg.) (1977): Opfer des Arbeitsmarktes. Zur Theorie der strukturierten Arbeitslosigkeit, Neuwied: Luchterhand.

Quetting, Michael (2009): Altenpflege in Bewegung, in: <https://drei.verdi.de/2009/ausgabe-29/leitartikel/seite-1/pagepdf>, Zugriff: 18.11.2015.

Reuband, Karl-Heinz (1998): Quoten- und Randomstichproben in der Praxis der Sozialforschung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der sozialen Zusammensetzung und den Antwortmustern der Befragten, in: ZA-Information/Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung, 43, S. 48–80.

Reutter, Werner/Rütters, Peter (2007): Mobilisierung und Organisation von Interessen, in: von Winter, Thomas/Willems, Ulrich (Hrsg.): Interessenverbände in Deutschland, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 119–138.

Rothgang, Heinz (2009): Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Münster: Lit Verlag.

Sahmel, Karl-Heinz (2014): Kritische Debatte zur Generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch, eine grundlegende und kritische Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung“ zu unterbinden, in: PADUA. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, 1/2014, S. 19–26.

Schambach-Hardtke, Lydia (2005): Gender und Gewerkschaften – Der Kampf von Frauen um politische Partizipation im organisationalen Wandel, Opladen: Leske + Budrich.

Schartau, Mai-Brith (2008): The Road to Welfare Pluralism. Old Age Care in Sweden, Germany and Britain, Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (2014): Gesetzentwurf der Landesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege, in: <https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/2500/drucksache-18-2569.pdf>, Zugriff: 9.12.2015.

Schmidbaur, Marianne (2002): Vom „Lazarus-kreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Frankfurter Feministische Texte – Sozialwissenschaften –, Bd. 3, Königstein: Ulrike Helmer Verlag.

Schmitter, Philippe C. (1996): Sektoren im modernen Kapitalismus: Steuerungsformen und ihre Performanzunterschiede, in: Kenis, Patrick/Schneider, Volker (Hrsg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik, Frankfurt/ New York, S. 313–355.

Schmitter, Philippe C./Streeck, Wolfgang (1999): The Organization of Business Interests. Studying the Associative Action of Business in Advanced Industrial Societies, MPIfG Discussion Paper 1/1999, Köln: MPIfG.

Schölkopf, Martin (2000): Politisch repräsentiert oder ausgegrenzt? Pflegebedürftige ältere Menschen und die organisierten Interessen, in: Willems, Ulrich/von Winter, Ulrich (Hrsg.): Politische Repräsentation schwacher Interessen, Opladen: Leske + Budrich, S. 113–148.

Schroeder, Wolfgang (2014): Gewerkschaften im Transformationsprozess: Herausforderungen, Strategien und Machtressourcen, in: Schroeder, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Gewerkschaften in Deutschland, 2., überarb., erw. u. akt. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 13–45.

Schroeder, Wolfgang/Weßels, Bernhard (2010): Handbuch Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände in Deutschland. Ein Handbuch, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sebaldt, Martin/Straßner, Alexander (2004): Verbände in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Einführung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflege, in: Berliner Journal für Soziologie, 2/2008, S. 221–243

Seubert, Sandra (2009): Das Konzept des Sozialkapitals. Eine demokratietheoretische Analyse, Frankfurt a. M./New York: Campus.

Simon, Michael (2012a): Prognosen zum Thema „Fachkräftemangel in der Pflege“: Limitationen amtlicher Statistiken und methodische Probleme bisheriger Studien, in: Sozialer Fortschritt, 2–3/2012, S. 25–38.

Simon, Michael (2012b): Entwicklung der Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen, in: Public Health Forum, 77/2012, S. 13–14.

Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/ Büscher, Andreas/Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=67c55b82536b145ec6a7faf17db66dff&target=0>, Zugriff: 19.11.2015.

Sittler, Engelbert/Kruft, Marianne (2011): Handbuch Altenpflege, 4. Aufl., München: Urban & Fischer.

Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. http://www.carelounge.de/pflegeberufe/politik/studien_enquetepflege_pflgestatistik99.pdf, Zugriff: 18.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege1Bericht2001.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 18.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2005): Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege1Bericht2003.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 18.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2007): Gliederung der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/klassifikationenwz2008.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 10.3.2016.

Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 18.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2008b): Klassifikation der Wirtschaftszweige, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/klassifikation-wz2008_erl.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 26.2.2016.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 18.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=9BB31296C5D382E31E777F5784ED098.cae3?__blob=publicationFile, Zugriff: 16.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=9BB31296C5D382E31E777F5784AED098.cae3?__blob=publicationFile, Zugriff: 16.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 27.03.2017.

Straßner, Alexander/Sebaldt, Martin (2006): Klassik und Moderne: Neue Verbändetheorien und ihre gesellschaftliche Reflexion, in: Straßner, Alexander/Sebaldt, Martin (Hrsg.): Klassiker der Verbändeforschung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 305–340.

Tarifgemeinschaft Pflege Bremen (2015): Mitteilung an die Presse. Tarifgemeinschaft Pflege Bremen und die Gewerkschaft ver.di zur Entscheidung des Tarifausschusses zur Allgemeinverbindlicherklärung des Ausbildungstarifvertrages Pflege: Die Arbeitgeberseite verhindert wichtigen Beitrag zur Zukunftssicherung, Bremen.

Theobald, Hildegard/Szebehely, Marta/Preuß, Maren (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Berlin: edition sigma.

TK (Techniker Krankenkasse) (2015): Depressionsatlas. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen, in: http://www.tk.de/centauros/servlet/contentblob/696244/Datei/139128/Depressionsatlas_2015.pdf, Zugriff: 20.11.2015.

Trautwein-Kalms, Gudrun (1995): Ein Kollektiv von Individualisten? Interessenvertretung neuer Beschäftigtengruppen, Berlin: edition sigma.

Trinczek, Rainer (2010): Betriebliche Regulierung von Arbeitsbeziehungen, in: Böhle, Fritz/Voß, Gerd-Günter/Wachtler, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden: VS, S. 841–872.

ver.di (2011): Viel bewegt! Geschäftsbericht Fachbereich 3. 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2010. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5090ff876f68445b2e000008/download/Geschaeftsbericht-2011.pdf>, Zugriff: 18.11.2015.

ver.di (2013): Gegendruck. Hilfe zur Selbsthilfe bei Überlastung und Personalnot im Krankenhaus. http://streikrecht-ist-grundrecht.de/sites/streikrecht-ist-grundrecht.de/files/Pocketheft_Gegendruck-df.pdf, Zugriff: 10.12.2015.

ver.di (2014a): Geschäftsbericht 2010 bis 2014. Landesbezirksfachbereich 3 Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen Berlin-Brandenburg. <https://gesundheit-soziales-bb.verdi.de/++file++55354626ba949b37f9001b4a/download/Gesch%20Landesbezirksfachbereich%2003%20Berlin-Brandenburg.pdf>, Zugriff: 3.12.2015.

ver.di (2014b): Geschäftsbericht. Landesbezirkshandbereich 3. Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Niedersachsen-Bremen. 2011 bis 2014. https://nds-bremen.verdi.de/++file++546efa5faa698e06140018e2/download/Geschaeftsbericht_2011-2014.pdf, Zugriff: 4.12.2015.

ver.di (2014c): Budgetierungsrichtlinie, Berlin.

ver.di (2015a): Geschäftsbericht Fachbereich 3. 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2014. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5530938e6f68447bc90010a5/download/Gesch%C3%A4ftsbericht_Fachbereich%203_20150309.pdf, Zugriff: 17.11.2015.

ver.di (2015b): Pflegekammern. Was kann eine Kammer leisten? <https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer/++co++e3eb559c-1cf2-11e2-9216-52540059119e>, Zugriff: 18.11.2015.

ver.di (2015c): Satzung. ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. <https://www.verdi.de/++file++5073a207deb5011af9001810/download/ver.di-Satzung.pdf>, Zugriff: 3.12.2015.

ver.di (2015d): Den Stein ins Rollen bringen. ver.di verhandelt über einen landesweiten Tarifvertrag, in: ver.di Publik, 6/2015, S. 7.

ver.di (2015e): Komplex wie die Wirklichkeit. <https://www.verdi.de/ueber-uns/organisation/++co++2ab3bae6-b914-11e0-6fc7-00093d114afd>, Zugriff: 14.12.2015.

ver.di (2016): Zur Reform der Pflegeausbildung. Wir brauchen Profis in der Pflege. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5847fae57713b840777b2aa7/download/2016-01_FlugblattPfIBG.pdf, Zugriff: 17.10.2017.

Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Voges, Wolfgang (2008): Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie, Augsburg: MaroVerlag.

Volkholz, Volker (1973): Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem. Eine Kritik, Stuttgart: Ferdinand Enke.

von Alemann, Ulrich/Schmid, Josef (1998): Die Organisationsreform der Gewerkschaft ÖTV. Ein politikwissenschaftliches Instrumentarium zur Analyse und Evaluation, in: von Alemann, Ulrich/Schmid, Josef (Hrsg.): Die Gewerkschaft ÖTV. Reformen im Dickicht gewerkschaftlicher Organisationspolitik. Schriften der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 34, Baden-Baden: Nomos, S. 23–46.

von der Heyde, Christian (2014): Allgemeine Theorie von Random-Stichproben, in: ADM Arbeitskreis Deutscher Markt und Sozialforschungsinstitute e. V. (Hrsg.): Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis, 2., akt. u. erw. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 25–36.

von Gradolewski-Ballin, Heike (2015): Experteninterview Heike von Gradolewski-Ballin, Fachgruppenleiterin Tarifpolitik im Fachbereich 3 bei ver.di, 27.11.2015.

Von Winter, Thomas/Willems, Ulrich (2000): Die politische Repräsentation schwacher Interessen: Anmerkungen zum Stand und zu den Perspektiven der Forschung, in: Willems, Ulrich/von Winter, Thomas (Hrsg.): Politische Repräsentation schwacher Interessen, Opladen, S. 9–36.

Waddington, Jeremy/Kahmann, Markus/Hoffmann, Jürgen (2005): A Comparison of the Trade Union Merger Process in Britain and Germany. Joining Forces?, Abingdon: Routledge.

Wagner, Franz (2015): Experteninterview Franz Wagner, Bundesgeschäftsführer DBfK, 24.7.2015.

Weisbrod-Frey, Herbert (2014a): Experteninterview mit Herbert Weisbrod-Frey, Fachgruppenleiter Gesundheitspolitik im Fachbereich 3 bei ver.di, am 12.2.2014.

Weisbrod-Frey, Herbert (2014b): Experteninterview mit Herbert Weisbrod-Frey, Fachgruppenleiter Gesundheitspolitik im Fachbereich 3 bei ver.di, am 20.3.2014.

Weisbrod-Frey, Herbert (2015): Experteninterview mit Herbert Weisbrod-Frey, ehem. Fachgruppenleiter Gesundheitspolitik im Fachbereich 3 bei ver.di, am 3.12.2015.

Westermeyer, Gerhard (2011): Der kleine Unterschied, in: Gesundheit und Gesellschaft Spezial, 11/2011, 12–13.

Wittig, Peter/Nöllenheidt, Christoph/Brenscheidt, Simone (2013): Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, Dortmund/Berlin/Dresden.

Woll, Artur (Hrsg.) (1992): Wirtschaftslexikon, 6. Aufl., München: Oldenbourg.

Yates, Charlotte (2010): Understanding Caring, Organizing Women: How Framing a Problem Shapes Union Strategy, in: Transfer. European Review of Labour and Research, 3/2010, S. 399–410.

Zellhuber, Brigitte (2005): Altenpflege – ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Zimmermann, Ekkart (1998): Ressourcenmobilisierung und Gewalt. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, 4/1998, S. 55–67.

INTERVIEWVERZEICHNIS

InterviewpartnerIn	Position/beruflicher Hintergrund	Datum
BR1	Interview Betriebsratsvorsitzender	07.11.2014
BR2	Interview Betriebsratsvorsitzender	04.12.2014
BR3	Interview Betriebsratsvorsitzender	04.12.2014
BR4	Interview Betriebsratsvorsitzende	
BR5	Interview Betriebsratsvorsitzender	
MAV1	Vorsitzender Mitarbeitervertretung	11.11.2014
MAV2	Vorsitzende Mitarbeitervertretung	11.11.2014
MAV3	Vorsitzende Mitarbeitervertretung	19.11.2014
MAV4	Mitglied Mitarbeitervertretung	26.11.2014
MAV5	Vorsitzende Mitarbeitervertretung	03.12.2014
MAV6	Vorsitzender Mitarbeitervertretung	
MAV7	Vorsitzende Mitarbeitervertretung	
PK1	Altenpflegefachkraft	07.05.2014
PK2	Keine pflegebezogene Ausbildung/ Berufswechslerin	07.05.2014
PK3	Krankenpflegehilfskraft	
PK4	Krankenpflegefachkraft	06.05.2014
PK5	Altenpflegefachkraft	05.05.2014
PK6	Altenpflegefachkraft/Berufswechslerin	05.05.2014
PK7	Altenpflegefachkraft/Berufswechslerin	16.04.2014
PK8	Kinderkrankenfachkraft	14.04.2014
PK9	Altenpflegehilfskraft	06.05.2014
PK10	Altenpflegefachkraft/Berufswechsler	06.05.2014

InterviewpartnerIn	Position/beruflicher Hintergrund	Datum
PK11	Keine pflegebezogene Ausbildung/ Berufswechsler	15.04.2014
PK12	Krankenpflegefachkraft	05.05.2014
PK13	Altenpflegefachkraft/Berufswechslerin	06.05.2014
PK14	Altenpflegefachkraft	06.05.2014
PK15	Keine pflegebezogene Ausbildung	26.06.2014
PK16	Altenpflegehilfskraft/Berufswechslerin	26.06.2014
PK17	Keine pflegebezogene Ausbildung/Berufswechslerin	28.06.2014
PK18	Krankenpflegefachkraft	
PK19	Krankenpflegefachkraft	14.04.2014
Erdmeier, Dietmar	Fachgruppe Gesundheitspolitik im Fachbereich 3 bei ver.di	24.07.2015
Kaleve, Christina	Bundesvorsitzende DBVA	13.11.2015
Kistler, Anja	Geschäftsführerin DBfK Nordost e. V.	25.03.2015
von Gradolewski-Ballin, Heike	Fachgruppenleiterin Tarifpolitik im Fachbereich 3 bei ver.di	27.11.2015
Wagner, Franz	Bundesgeschäftsführer DBfK	24.07.2015
Weisbrod-Frey, Herbert	Ehem. Fachgruppenleiter Gesundheitspolitik im Fach- bereich 3 bei ver.di	03.12.2015
Weisbrod-Frey, Herbert	Ehem. Fachgruppenleiter Gesundheitspolitik im Fach- bereich 3 bei ver.di	12.02.2014
Weisbrod-Frey, Herbert	Ehem. Fachgruppenleiter Gesundheitspolitik im Fach- bereich 3 bei ver.di	20.03.2014

ANHANG

Zeittafel

Jahr	Ereignis
1903	Gründung der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BOKD) durch Agnes Karll als erster Verband für Krankenpflegerinnen, die nicht an Schwesternschaften gebunden waren
1928	Innerhalb eines Vorgängerverbands der ÖTV organisiert sich erstmals eine freie Schwesternschaft, der spätere Bund freier Schwestern.
1951	Gründung der Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V. (ADS)
1959	Erste Schulungen für den Altenpflegebereich prägen das Bild der „Altenpflege als Ersatzberuf“ (Voges 2002: 105, Hervorheb. im Original).
1967	Gründung der Vereinigung Kirchlicher Mitarbeiterverbände Deutschland (VKM-D)
1968	Öffnung des Bundes freier Schwestern für männliche Beschäftigte
1973	Zusammenlegung des BOKD mit Verbänden der Deutschen Schwesternschaft zum Deutschen Berufsverband für Krankenpflege e. V. (DBfK)
1974	Gründung des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege e. V. (DBVA)
1979	Gründung des Verbandes für Anthroposophische Pflege e. V.
1988	Demonstration von knapp 1.000 AltenpflegerInnen in Stuttgart; Langkau (DBVA) kritisiert das „Saubere, satt und ruhig“-Pflegekonzept.
1989	Erstmalige Eingruppierung von AltenpflegerInnen im Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) und damit tarifvertragliche Gleichstellung mit KrankenpflegerInnen
1991	Umbenennung des DBfK in Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
1991	Gründung der Gewerkschaft Pflege (GP)
1992	DBfK veröffentlicht seine Berufsordnung für Pflegeberufe
1992	DBVA veröffentlicht ein eigenständiges Berufsmodell für die Altenpflege
1993	Heimpersonalverordnung gibt einen Anteil an Fachkräften von 50% vor, wobei Hilfskräfte nicht als Fachkräfte gewertet werden.
1993	Öffnung des DBfK für die Mitgliedschaft von AltenpflegerInnen

Jahr	Ereignis
1995	Gründung eines Runden Tisches verschiedener Verbände zur Einrichtung einer Pflegekammer, aus dem die Nationale Konferenz zur Einrichtung von Pflegekammern hervorgeht
1995	Einführung der Pflegeversicherung als SGB XI durch das Pflegeversicherungsgesetz
1997	Gründung Deutscher Pflegeverband (DPV) durch Abspaltung vom DBfK
1998	Gründung Deutscher Pflegerat (DPR)
2000	Öffnung der GP für das gesamte Gesundheitswesen und Umbenennung in Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen (BIG)
2000	Verabschiedung des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz), das die Berufsausbildung von AltenpflegerInnen bundesweit regelt (Inkrafttreten im Jahr 2003)
2001	Zusammenschluss von ÖTV, HBV, DPG, IG Medien und DAG zur Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
2007	Gründung Gewerkschaft Gesundheits- und Soziale Berufe Hannover (GGB)
2009	ver.di-Aktion Altenpflege in Bewegung mit über 10.000 TeilnehmerInnen
2009	Auflösung der Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen (BIG) aufgrund gesunkener Mitgliederzahlen
2009	Gründung des Arbeitgeberverbands Pflege
2011	Gründung Katholischer Pflegeverband durch Fusion zweier Vorgängerverbände
2012	Gründung Bündnis für gute Pflege
2013	Gründung Bündnis für Altenpflege
2013	Ende des Jahres 2013 arbeiten erstmals über 1 Million Menschen in Deutschland in der Altenpflege.
2013	Neubelebung der gewerkschaftlichen Altenpflegearbeit von ver.di durch einen Workshop Altenpflege
2014	ver.di-Bundesarbeitskreis Altenpflege wird als Folge des Workshops Altenpflege gegründet.
2015	Einrichtung der ersten Pflegekammer in Rheinland-Pfalz
2015	Gründung eines Arbeitgeberverbands für die private Pflegewirtschaft

Quelle: eigene Darstellung.

Empirische Erhebungen und methodische Überlegungen

Kapitel 3.1

Empirische Grundlage dieses Kapitels bildeten 12 leitfadengestützte Interviews mit Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen aus Altenpflegeeinrichtungen. Anders als die Belegschaften der Einrichtung wurde das Sample der betrieblichen Interessenvertreter vom männlichen Geschlecht dominiert: sieben Männer und fünf Frauen konnten befragt werden. Die Männerlastigkeit des Samples spiegelt aber auch die Überrepräsentanz von Männern in ihren Herkunftsgremien wider. Lediglich eine Vertreterin antwortete, in ihrem Gremium sei das Geschlechterverhältnis der Einrichtung in etwa abgebildet. Fast alle gaben an, dass ihr Gremium überaltert sei. So erklärt sich wohl auch der relativ hohe Altersdurchschnitt (etwa 51 Jahre) der Befragten. Der Jüngste unter ihnen war 33, die Älteste 63 Jahre alt (alle anderen zwischen 44 und 57 Jahren). Fünf der InterviewpartnerInnen waren Pflegefachkräfte, vier Pflegehilfskräfte und drei gehörten anderen sozialen Professionen an. Letztere arbeiteten selbst nicht in der Pflege, sondern in anderen Geschäftsbereichen größerer Unternehmen, die lediglich unter anderem Altenpflege leisten. In solchen gemischten Unternehmen war die Pflege in der Regel in den Gremien unterrepräsentiert. Aus solchen Unternehmen stammt die Hälfte der Befragten. Im Bereich Altenpflege boten (bezogen auf das gesamte Sample) sechs Betriebe ausschließlich stationäre, zwei Betriebe ausschließlich ambulante und vier Betriebe beide Arten von Leistungen an. Die Unternehmensgröße reichte von 50 Mitarbeitern bis ca. 2.500 Mitarbeitern und lag im Mittel bei etwa 580 Mitarbeitern. Aus einem rein privaten Unternehmen konnte leider kein Gesprächspartner gewonnen werden. Die Interviewten kamen fast alle aus Betrieben, die Wohlfahrtsverbänden angeschlossen sind (darunter sieben kirchlich angebundene aus Einrichtungen der Diakonie). Ausnahmen bilden eine Stiftung sowie eine privatwirtschaftliche Tochter einer Kommune.

Bis auf eine Vertreterin hatten alle GesprächspartnerInnen in ihren Gremien den Vorsitz inne. Diese Gremien waren in fünf Fällen Betriebsräte und in sieben Fällen Mitarbeitervertretungen. Die Größe der Gremien variierte zwischen drei und 15 Mitgliedern und lag im Mittel bei etwa neun Personen. Die Größe der Gremien weist darauf hin, dass die meisten (acht von zwölf) über eine regelmäßige Freistellung verfügten, während sich die Minderheit nur anlassbezogen arbeitsbefreien lässt. Der Umfang der Freistellungen reichte von 20 % bis 100 % einer vollen Stelle. Neun Personen gaben an, die Gremientätigkeit auf eigene Initiative angestrebt zu haben, drei mussten von

KollegInnen überredet werden. Zur Gremienhistorie gaben fast alle an, den Betriebsrat bzw. die Mitarbeitervertretung habe es schon immer gegeben. In einem Fall wurde eine MAV anlässlich eines Konfliktes gegründet, in einem anderen Fall in einem kooperativen Verhältnis zur Einrichtungsleitung. Ein solches kooperatives Verhältnis mit Einrichtungsleitung bzw. Geschäftsführung nannte die Hälfte des Samples als Kontext ihrer Tätigkeit. Konflikthaft war die Bezeichnung für die Situation in den anderen Betrieben. Die Beziehung zur Belegschaft wurde hingegen von der Mehrheit der Befragten als kooperativ bezeichnet, fünf Befragte beurteilten sie als gemischt. Acht Vertreter gaben an, ihr Gremium verfüge über eine ver.di-Anbindung, die anderen verneinten eine gewerkschaftliche Anbindung. Persönlich waren acht Befragte Mitglied bei ver.di (der Rest bei keiner Gewerkschaft).

Kapitel 3.2

Für die Darstellung der überbetrieblichen Verbändelandschaft wurde zunächst eine Befragung mit einem Onlinefragebogen durchgeführt, welcher an 19 Verbände versendet wurde. Von den 19 angefragten Verbänden gaben 11 Verbände eine Rückmeldung und füllten den Fragebogen komplett aus. Die restlichen Verbände unterbrachen entweder die Befragung oder lehnten eine Beantwortung ab. Im Fragebogen wurden die Historie, Struktur, Mitgliederentwicklung und Finanzierungsart, Bereich, Ziele und Mittel der Interessenvertretung sowie die Kooperation- und Konkurrenzverhältnisse gegenüber anderen Verbänden und Bündnissen thematisiert.

Für die Porträts der drei Verbände wurden zusätzlich mehrere Experteninterviews mit VertreterInnen dieser Verbände anhand teilstrukturierter Leitfäden geführt. Die qualitative Methode des leitfadengestützten Experteninterviews bot sich aufgrund des Erkenntnisinteresses der Forschungsebene an, da in Bezug auf die strategische Ausrichtung der Verbände eine hohe Informationsdichte und spezifisches organisationsinternes (Experten-)Wissen zu erfassen war. Hierzu gab es kaum öffentlich zugängliches Material. Interviews bieten darüber hinaus die Möglichkeit, anhand von Fallbeispielen und Einzelbeobachtungen im Gespräch Deutungsarbeit zu leisten. Die Auswertung der Experteninterviews in den beiden Untersuchungsebenen erfolgte in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse im Anschluss an Mayring, wie sie zum Beispiel Gläser und Laudel (2009) beschrieben haben. Die qualitative Inhaltsanalyse wird gewählt, da wir sie für besonders geeignet halten, die für die Fragestellung relevanten Informationen aus der zu erhebenden Datenmenge zu extrahieren und gemäß des Erkenntnisinteresses der Untersuchung zu interpretieren.

Kapitel 4 und 5

Für die Analyse der Beschäftigtenebene wurden zunächst im Frühsommer 2014 19 leitfadengestützte Interviews mit Pflegekräften geführt. Anschließend wurde im Frühjahr 2015 eine standardisierte Beschäftigtenbefragung unter 749 AltenpflegerInnen durchgeführt.

Die 19 Interviews wurden in verschiedenen ländlichen Regionen und Städten in den Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen geführt. Die Interviewpartner kamen sowohl aus dem ambulanten (7 Personen) als auch aus dem stationären Sektor (12 Personen). Es wurden 16 Frauen und drei Männer interviewt. Unter ihnen waren alle Schulabschlüsse vertreten: Hauptschulabschluss (8 Personen), mittlere Reife (7 Personen), Fachabitur (1 Person) und Abitur (3 Personen). Die Interviewpartner brachten ganz unterschiedliche berufliche Hintergründe mit. An pflegerelevanten Ausbildungen war die Altenpflege am stärksten vertreten (7 Personen), gefolgt von der Krankenpflege (4 Personen). Eine Person hatte eine Krankenpflegehilfesausbildung und zwei Personen eine Altenpflegehilfesausbildung. Außerdem findet sich im Sample eine Kinderkrankenschwester. Vier Personen hatten keine pflegerelevante Ausbildung (gar keine Ausbildung jedoch nur zwei Personen), davon befand sich jedoch eine Person in der Altenpflegeausbildung (diese Person hatte wiederum bereits einen Hochschulabschluss). Acht InterviewpartnerInnen hatten neben ihrer Pflegeausbildung auch andere Abschlüsse, wie z. B. Friseurin, Verkäuferin oder KFZ-Mechaniker. Auch die Verweildauer in der Pflege deckt eine weite Bandbreite ab und reicht von 2 Jahren bis 37 Jahren. Dabei sammeln sich jedoch die meisten Interviews im Mittelfeld, lediglich jeweils drei Personen waren weniger als 10 Jahre oder mehr als 30 Jahre im Beruf. Die durchschnittlichen Berufsjahre liegen bei etwa 21 Jahren. Einzelne Interviewpartnerinnen verfügten jedoch über längere Unterbrechungen in ihrer beruflichen Pflegetätigkeit aus familiären Gründen. Ähnlich wie bei der Verweildauer sammeln sich auch beim Lebensalter die meisten InterviewpartnerInnen im Mittelfeld. Neun Personen befanden sich in ihren 40ern, sieben in den 50er Lebensjahren. Der jüngste Interviewpartner war 33 Jahre, die älteste 62 Jahre alt. Etwa die Hälfte der InterviewpartnerInnen arbeitete Vollzeit. Die neun Teilzeitkräfte arbeiteten größtenteils zu 75% und keiner weniger als 50%. Auch zu den Themen betriebliche Interessenvertretung und Verbands- bzw. Gewerkschaftsmitgliedschaft wurden die Eckdaten abgefragt. Im Sample findet sich lediglich ein Gewerkschaftsmitglied (ver.di, seit etwa 20 Jahren, passiv) und ein Mitglied des Deutschen Pflegeverbandes (ebenfalls seit etwa 20 Jahren, ebenfalls passiv). Drei Pflegekräfte arbeiteten in Einrichtungen mit einem Betriebsrat, zwölf Personen in Einrichtungen mit einer MAV (teilweise

jedoch überörtliche Gremien). Von diesen Personen gehörten drei selber einem solchen Gremium an. Lediglich vier Beschäftigte gaben an, in ihren Betrieben gebe es keine Interessenvertretung.

Das Sample kann somit als sehr heterogen bezeichnet werden. Dies war auch angestrebt worden, um eine möglichst weite Bandbreite an Erfahrungen, Einschätzungen und Deutungsmustern zu erfassen. Die Interviews sollten erkunden, welche Bedingungen und Potentiale für kollektives Handeln auf der Ebene der Beschäftigten selbst anzutreffen sind. Sie sind Explorationen der Zusammenhänge von Lebenslagen, Ansichtsweisen und der Einstellung zu bzw. der Teilnahme an kollektivem Handeln zu verstehen. Dies geschah auch im Hinblick auf eine Beschäftigtenbefragung, die ein Jahr später stattfand. Für die Entwicklung des Fragebogens für diese standardisierte Erhebung galt es also, die Themen und Aspekte herauszuarbeiten, die für die Beschäftigten im Zusammenhang mit den Fragestellungen des Projekts relevant sind.

Die Ergebnisse der qualitativen Beschäftigtenbefragung sind somit in die Ausarbeitung des Fragebogens für die Beschäftigtenbefragung eingeflossen. Diese standardisierte quantitative Erhebung wurde zwischen Mitte Februar und Mitte April von der TNS Infratest GmbH durchgeführt. Insgesamt wurden 749 AltenpflegerInnen persönlich-mündlich und telefonisch mit Computerunterstützung (CAPI) befragt. Der Fragebogen umfasste 49 Fragen nach den sozialstrukturellen Merkmalen der Beschäftigten, ihren Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnissen, ihrer Motivation für die Berufsausübung, dem Handlungsbedarf im Altenpflegebereich sowie ihren Erfahrungen mit und Einschätzungen zu kollektivem Handeln und kollektiven Akteuren. Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit dem externen Kooperationspartner ausgearbeitet und einem Pretest unterzogen. Die Befragung wurde in die Hände des externen Partners gelegt, da die zeitlichen und personellen Ressourcen des Projektteams durch die qualitativen Erhebungen gebunden waren. Eine zusätzliche quantitative Erhebung wurde jedoch als zentral angesehen, um verlässliche Aussagen über die Bedingungen kollektiven Handelns im Bereich Altenpflege treffen zu können.

Die Auswahl der zu Befragenden erfolgte durch die InterviewerInnen nach Quotenvorgaben des Projektteams. Die Form der Quotenstichprobe wurde gewählt, da eine Zufallsstichprobe als zwar theoretisch denkbar aber praktisch kaum durchführbar eingeschätzt wurde – insbesondere im Rahmen des vorliegenden Projektkontextes. Der Umfang der Grundgesamtheit (Beschäftigte, die erwerbsmäßig alte Menschen pflegen) ist zwar über die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes in etwa bekannt, doch existiert

kein Register, anhand dessen man eine Zufallsauswahl durchführen könnte. Zudem bedingen die Erfahrungen anderer Projekte im Themenbereich Altenpflege (Hielscher et al. 2013: 35; Hasselhorn et al. 2005: 136; Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 57) und auch die Erfahrungen des Projektteams bei der Suche nach InterviewpartnerInnen für die vorgeschalteten explorativen Leitfadeninterviews eine gewisse Skepsis, was die Rücklaufquote eines solchen Verfahrens anbetrifft. Die Durchführung einer Quotenstichprobe ist möglich, weil durch die Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2015) statistische Informationen über die Grundgesamtheit und ihre Mengenverteilung zur Verfügung stehen. So können die Strukturen der Grundgesamtheit in etwa nachgebildet werden (Löffler/von der Heyde 2014: 20). Es wird davon ausgegangen, dass über relativ engmaschige Quotenvorgaben eine Verteilung erreicht werden kann, die sich einem Zufallsverfahren annähert (Reuband 1998: 53; Meier/Hansen 2014: 202). In welchem Maße dies gelingt, kann nicht genau bestimmt werden. Zwar führen Befürworter von Quotenstichproben an, dass bei einer guten Quotenstichprobe ein „Repräsentationsschluss“ (Meier/Hansen 2014: 203)¹ möglich ist (ebd.: 203). In der Regel wird in der empirischen Sozialforschung jedoch der Standpunkt vertreten, dass dies nur über ein Zufallsverfahren hergestellt werden kann (von der Heyde 2014: 30). Dieser Auffassung soll sich hier angeschlossen werden. Dennoch wurde davon ausgegangen, dass die Befragung aussagekräftige Erkenntnisse generiert hat. Dabei galt selbstverständlich zum einen, das Erhebungsverfahren nachvollziehbar darzustellen, sowie zum anderen, die bekannten Risiken, die mit einer Quotenstichprobe einhergehen, von vornherein mitzudenken und die Ergebnisse entsprechend einzuordnen. Dazu gehörte erstens die Tatsache, dass es „weitgehend dem Interviewer überlassen wird, die Zielperson auszusuchen“ (Reuband 1998: 51) und somit leicht zugängliche Personen in Quotenstichproben überrepräsentiert seien (ebd.: 51). Zu diesen gehören dann zweitens vermutlich auch „Personen mit ähnlichen sozialen Merkmalen, wie sie der Interviewer aufweist“ (ebd.: 52), sodass es entsprechend dazu kommen könnte, „dass besser Gebildete überproportional als Befragte ausgewählt werden“ (ebd.: 52). Verschiedene Untersuchungen haben drittens ergeben: „Personen mit vielen Freunden und sozialen Aktivitäten sind in Quotenstichproben stärker vertreten“ (ebd.: 54 ff.). Insbesondere letzteres ist für das vorliegende Erkenntnisinteresse nicht außer Acht zu lassen.

1 Repräsentationsschluss bedeutet, „aus den bei einer ausgewählten Menge von Befragten gewonnen Informationen auf die analogen Gegebenheiten (Meinungen, Einstellungen, Sachverhalte) in der Grundgesamtheit zu schließen bzw. hochzurechnen“ (von der Heyde 2014: 30).

Mit einiger Wahrscheinlichkeit wird sich die Bereitschaft zum kollektiven Engagement und damit auch die Erwartung an kollektive Akteure bei den (sozial aktiveren) Befragten von den entsprechenden Ausprägungen in der Grundgesamtheit unterscheiden. Umso wichtiger erscheint, dass darauf geachtet wird, dass das „Interviewerfeld möglichst heterogen ist und jeder Interviewer nur wenige Befragungen durchführt“ (ebd. 204). Für unseren Zusammenhang bedeutete dies auch, dass innerhalb eines Betriebes nur eine beschränkte Anzahl von Personen befragt wurde.

Man kann Quotenvorgaben getrennt voneinander vorgeben oder kombiniert. Auf eine Kombination der Quoten (bspw. die Vorgabe, dass ein/e Merkmalsträger/in examiniert *und* weiblich *und* im ambulanten Bereich tätig ist) sollte verzichtet werden, um die Arbeit der Interviewer nicht derart zu erschweren, dass „Fälschungen geradezu nahegelegt werden“ (Reuband 1998: 76). Andererseits ist zu beachten: „Durch die Vorgabe mehrerer Quotenmerkmale muss die Auswahlfreiheit der Interviewer genügend eingeschränkt werden, damit persönliche Vorlieben der Interviewer nicht zum Tragen kommen können. Im Extremfall sind die Interviewer gezwungen, viele Personen vergeblich zu kontaktieren, weil deren Merkmale nicht passend sind. Mehrere Quotenmerkmale und die Einschränkung der Auswahlfreiheit helfen auch zu vermeiden, dass sich Interviewer zu häufig an Kategorienmitten orientieren. Kaplitza (1975) allerdings versichert, dass drei Quotenmerkmale ausreichen, optimale Ergebnisse zu erzielen. Weitere Quotenmerkmale würden zu keiner nennenswerten Verbesserung der Stichprobe führen“ (Meier/Hansen 2014: 204f.).²

Es stellt sich die Frage, wie diese Quotenmerkmale auszuwählen sind. „In der Fachliteratur wird immer wieder davon ausgegangen, dass Quotenmerkmale besonders geeignet sind, wenn sie hoch mit dem Untersuchungsgegenstand korrelieren“ (Meier/Hansen 2014: 198), heißt es bei Meier und Hansen, doch die Autoren führen weiter an: „Damit verbindet sich leicht das Missverständnis, Ergebnisse aus Quotenstichproben seien nur repräsentativ für eng mit den Quotenmerkmalen korrelierende Befunde. Verkannt wird, dass mit dem Quotenverfahren primär das Ziel verfolgt wird, eine Stichprobe möglichst frei von systematischen Verzerrungen zu rekrutieren. Deshalb soll mit der Vorgabe von Quoten der Ermessensspielraum der Interviewer bei der Auswahl der Zielpersonen beschränkt werden, wozu hohe Korrelationen

2 Zitiert wird hier: Kaplitza, G. (1975): Die Stichprobe, in: Holm, Kurt (Hrsg.): Der Fragebogen – Die Stichprobe, 3. Aufl., Tübingen.

zwischen Quoten und Erhebungsmerkmalen nicht erforderlich sind“ (ebd.: 198). Es bietet sich deshalb an, Merkmale auszuwählen, die mit den Daten der amtlichen Statistik leicht abzugleichen sind. In der vorliegenden Studie wurden die Merkmale Geschlecht, Arbeitsbereich (ambulant/stationär), regionale Verteilung sowie Qualifikationsstufe (Fachkraft/Helfer) als Quoten vorgegeben.

Die Relevanz der ausgewählten Quotenmerkmale hinsichtlich der zentralen Fragestellung der vorliegenden Arbeit lässt sich zudem anhand des Forschungsstands, theoretischer Überlegungen und der im Vorfeld durchgeführten qualitativen Interviews mit Pflegekräften aufzeigen. Durch die Quotenvorgaben des Merkmals Geschlecht soll der hohe Anteil weiblicher Beschäftigter im Altenpflegebereich abgebildet werden, welcher als Besonderheit dieses Arbeitsmarktes einen wichtigen Einfluss auf die kollektive Interessenvertretung und das kollektive Handeln haben kann (vgl. Kapitel 1.2). In den qualitativen Interviews wurden zudem familiäre Verpflichtungen als Hindernisse kollektiven Handelns deutlich, welche jedoch in erster Linie Frauen betreffen. Die Merkmale des Tätigkeitsbereich und der Region hängen eng zusammen, wobei insbesondere die Differenzen zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen als Herausforderung kollektiven Handelns in der Forschung identifiziert wurden (Kapitel 1.1). Das Merkmal der Qualifikation wurde einerseits gewählt, da sich bei der Akquise der InterviewpartnerInnen für die Leitfadeninterviews eine Tendenz zur Überrepräsentanz von examinieren Fachkräften gezeigt hat. Diese Problematik wurde auch in anderen Studien deutlich (Theobald/Szebehely/Preuß 2013: 57). Zudem deutet die Forschung an, dass Qualifikationsunterschiede die Arbeitsbedingungen von Altenpflegekräften beeinflussen (vgl. Kapitel 1.1). Gerade die geringe Fachkräftequote als Besonderheit des Altenpflegearbeitsmarktes (vgl. Kapitel 2) kann somit eine wichtige Bedingung kollektiven Handelns in diesem Bereich darstellen. Um systematische Verzerrungen bei diesen, für die vorliegende Untersuchung zentralen Merkmalen zu vermeiden, wurden im Abgleich mit der Pflegestatistik Quoten vorgegeben.

Laut Pflegestatistik arbeiten etwa 70 % der Beschäftigten in stationären Einrichtungen, während nur 30 % in ambulanten Diensten beschäftigt sind. Damit für eine detailliertere Auswertung genügend Fälle für beide Teilbereiche zur Verfügung stehen, wird ein disproportionaler Ansatz gewählt. Das heißt, dass bei diesem Merkmal anstelle der genannten Verteilung eine 50/50-Quote vorgegeben wird. Für eine Auswertung der gesamten Stichprobe wurde dann eine Re-Proportionalisierung über eine entsprechende Designgewichtung herbeigeführt (von der Heyde 2014: 57). Die Quotenvorgabe

**Vergleich der Pflegestatistik mit eigener Erhebung hinsichtlich des Alters der Befragten
(in Prozent)**

	Ambulant (lt. Pflege- statistik)	Ambulant (eigene Befragung)	Stationär (lt. Pflege- statistik)	Stationär (eigene Befragung)
unter 20 Jahre	0,9	0,4	3,0	0,6
20 bis 39 Jahre	35,1	33,2	33,0	37,0
40 bis 59 Jahre	56,1	54,3	55,7	55,0
60 Jahre und mehr	7,9	12,1	8,3	7,4

für das Merkmal Geschlecht war entsprechend der vorhandenen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2013) 85 % Frauen und 15 % Männer, für das Qualifikationsniveau 50 % Fachkräfte (mindestens 3-jährige Ausbildung im Pflegebereich) und 50 % Hilfskräfte sowie bezüglich der regionalen Verteilung 75 % in Städten mit über 100.000 Einwohnern und Umland sowie 25 % in Gemeinden mit weniger Einwohnern.

Zudem wurden die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung mit weiteren Merkmalen der Pflegestatistik abgeglichen. In [Tabelle 14](#) wird deutlich, dass Abweichungen zwischen der Altersverteilung in der Grundgesamtheit entsprechend der Pflegestatistik und den für die vorliegende Arbeit erhobenen und ausgewerteten Daten vorliegen. In der Analyse der Beschäftigtenbefragung wurde auf eine Gewichtung anhand der Altersverteilung verzichtet. Jedoch wurden die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung, welche in dieser Arbeit präsentiert wurden, auch mit den Ergebnissen eines zusätzlich nach Altersgruppen gewichteten Datensatzes abgeglichen. Dabei zeigte sich, dass die zentralen Ergebnisse und Aussagen dieses Berichts auch bei einer Gewichtung der Altersgruppen gemäß der Altersverteilung der Pflegestatistik nicht anders ausgefallen wären.

In einer alternden Gesellschaft wird Altenpflege immer wichtiger. Gleichzeitig ist sie durch Kostendruck, Flexibilisierung und häufig unzumutbare Arbeitsbedingungen geprägt. Eine Selbstorganisation ihrer Interessen fällt den Beschäftigten jedoch schwer. Oft sehen sie den Staat als primären Adressaten für ihre Interessen, weil er den finanziellen Rahmen setzt. Die Studie analysiert jedoch nicht nur die Gründe, warum eine wirksame Interessenvertretung im Bereich der Altenpflege schwierig ist, sondern arbeitet auch Handlungsspielräume für die Beschäftigten heraus.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-283-9