



## Frauensache Pflege – Pflegen und gepflegt werden

Abschlussbericht der 26. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Berlin

Von Erika Feyerabend

8. April 2020

Die AKF-Tagung fand am 2. und 3. November 2019 im Evangelischen Johannesstift in Berlin-Spandau statt. Ärztinnen, Pflegende, Sozialarbeiterinnen und andere beruflich im Gesundheitswesen Beschäftigte setzten sich mit dem Thema Pflege und Sorgearbeit aus verschiedenen Perspektiven auseinander. Die veränderte gesellschaftliche Rolle von Frauen im Kontext Erwerbstätigkeit und das Verhältnis von produktiver und reproduktiver Arbeit, veränderte Lebensformen sowie die zunehmende Lebenserwartung, häufiger werdende chronische Erkrankungen mit längeren Phasen der Pflegebedürftigkeit, Privatisierungen im Gesundheitswesen wurden dabei in den Blick genommen. Migration und Technisierung der Pflege als Antwort auf den Fachkräftemangel waren ebenso ein Thema wie Gute-Praxis-Beispiele aus dem In- und Ausland, um Pflege für alle, die sie benötigen und die sie leisten, in hoher Qualität zu ermöglichen.

Nach den Begrüßungsworten von Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, 1. Vorsitzende des AKF, führte Frau Barbara König, Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin die ersten Grundpfeiler einer, von feministischer Ethik motivierten Politik vor Augen. Noch immer ist Pflege eine Domäne der Frauen – sowohl im familiären als auch im professionellen Kontext. Es könne nicht sei, dass diese Sorgearbeit eine Frauenangelegenheit bleibe. Ziel ist ein Pflegemix aus Fachkräften und Ehrendamtlichen von Frauen und Männern im stationären Bereich wie auch in ambulanten Diensten und in den Familien. Auf dem Hintergrund, dass Deutschland ein sehr familienbasiertes Pflegesystem hat, ginge das gar nicht anders. Auf diesem Hintergrund sei die Einführung der Pflegeversicherung vor ca. 25 Jahren ein erster – lang nicht ausreichender – Schritt. Angestrebt seien die Vernetzung von Profis und pflegenden Angehörigen, analog zu der Kindererziehung, die einen Mix aus Profession, Kita, Tagesmüttern und anderen Strukturen bein-

halte. In der Pflege hingegen gäbe es bislang noch keinen Rechtsanspruch auf Tages- oder Nachtpflege, auf Lohnersatzleistungen und ähnliches. Auch bessere Arbeitsbedingungen, Ausbildungsöffensiven und Bezahlung für die professionell Pflegenden müssten durchgesetzt werden. Dazu bedürfe es mehr politischen, aber auch zivilgesellschaftlichen Druck. Immerhin sei in diesem Jahr Karin Bergdoll in Berlin mit dem Frauenpreis geehrt worden, stellvertretend für die vielen Frauen, die sich im Gesundheitswesen politisch engagieren.

### **Gender-Gap und Care-Ethik als gesellschaftspolitische Aufgabe**

Die Ethikerin Prof. Dr. Helen Kohlen, Soziologin in den Pflegewissenschaften von der Hochschule Vllendar, leitete dann umfassend in das Thema ein. Die Sorgearbeit für Kinder, Kranke und gebrechliche alte Menschen ist ungerecht verteilt zu Lasten der Frauen. Das betrifft die institutionelle wie auch die familiäre Sorgearbeit. Hier hat sich seit Ende der 1960er Jahre am Gender-Care-Gap, Gender-Pay- und auch Gender-Pension-Gap nur spärlich etwas geändert. Zeit ist ein Bedingungsfaktor, damit Pflege- und Sorgepraxis gut gelingen kann. In dieser Hinsicht aber hat sich für Frauen sowohl in Familie als auch in den Institutionen die Lage eher verschärft. Ein Fortschritt ist in der Entwicklung einer Care-Ethik zu sehen, die sich mit asymmetrischen Beziehungen im Verhältnis der Geschlechter und Generationen beschäftigt, mit der Reflexion von Machtdynamiken in kommunikativen und interaktiven Auseinandersetzungen sowie demokratietheoretischen Überlegungen. In der Care-Ethik wird Pflege als Bemühung um ein gutes Leben verstanden, was mehr ist als Arbeit. Die meisten Ideen und Modelle, die derzeit Eingang in die Praxis finden, dienen der geschlechtergerechten und demokratischen Gestaltung der Sorgearbeit nicht oder nicht hinreichend. Ein „Zurück in die Familie“ oder das Konzept der „sorgenden Gemeinschaft“ sind weiterhin mehrheitlich an Frauen adressiert, ohne ihre veränderte gesellschaftliche Lage zu berücksichtigen. Sie nutzen das stille Potential der – meist weiblichen – Ehrenamtlichen aus. Das Anwerben von Migrantinnen führt in einen schlecht bezahlten Dienstleistungsmarkt und verschärft globale Ungleichheiten. Die Lösung kann nur in einer geschlechtergerechten Aufteilung der Sorgearbeit liegen, die die Frauenbewegung seit vier Jahrzehnten fordert. D.h.: Reduzierung der Wochenarbeitszeit auf 32 Stunden für alle, um ein Gleichgewicht zwischen Erwerbs- und Lohnarbeit, Sorgearbeit und zivilgesellschaftlichen Engagement für Frauen und Männer zu realisieren. (siehe Referat von Helen Kohlen auf dieser Homepage)

### **Über Politische Versäumnisse und eine hilflose „Klagekultur“**

Die Pflegewissenschaftlerin i.R. von der Universität Witten/Herdecke und ausgebildete Krankenschwester Dr. Angelika Zegelin fokussierte auf Pflege als hochwertigen und anspruchsvollen Beruf, der unser höchstes Gut, den Alltag, repräsentiert und erhalten kann. Pflegewissenschaftliche Konzepte gibt es mittlerweile viele, zur Rehabilitation, Kinästhetik, Pflege bei Atemnot, Inkontinenz, zu Alltagsproblemen, die in den ganzen Menschen einfließen. Gesellschaftlich und in der Alltagspraxis

der Institutionen sieht es aber eher mangelhaft aus: Obwohl der Beruf – insbesondere in der Altenpflege – hochwertig ist, ist sowohl das Image als auch die Bezahlung schlecht. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die größte Gruppe im Gesundheitswesen mit ca. 1,2 Millionen Pflegekräften – eine genaue Erfassung auch der Verweildauer im Beruf gibt es nicht – hat keine gute Interessenvertretung. Sie „ist eine Masse ohne Stimme zwischen vielen Lobbyisten“. Die Ausbildung ist wenig qualitätsgesichert, 30% brechen schon während der Ausbildung ab, die gerade habherzig generalisiert wurde. Es fehlen ca. 200.000 Stellen. Der Beruf ist unattraktiv. Schon heute schließen Heime – z.B. in NRW – weil nur noch eine Fachkraft sechzig alten Menschen versorgt. Über die Fallpauschalen ist die Pflege in den Krankenhäusern kaum abgebildet. In der ambulanten Versorgung sieht es nicht viel besser aus. Stichwort ist hier u.a. die Minutenpflege nach SGB XI. Die Arbeitsbedingungen sind schlecht, die Klagekultur unter den Pflegenden ausgeprägt aber folgenlos. Die Pflegewissenschaft ist zwar aufgebaut worden, aber sie ist schlecht gefördert, oft nur als Auftragsforschung. Gut ausgebildete Pflegewissenschaftlerinnen sind in der Praxis kaum zu finden – dabei würden sie gerade dort gebraucht.

Was ist zu tun? Familien müssen mehr Pflegearbeit übernehmen, weil auch auf Dauer die gut ausgebildeten Fachkräfte fehlen werden. Aber dies bringt gerade Frauen in finanzielle Not, wenn nicht gleichzeitig eine Pflegezeit mit einer 65%igen Vergütung und bis zu acht – statt drei Jahren wie bei der Elternzeit – eingeführt wird. Es bedarf neuer Pflegezentren für die Ausbildung in den Familien, quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger unter kommunaler Verantwortung und Regelungen zum Urlaub für Angehörige. Statt Pflegestützpunkte bedarf es eines guten Case-Managements, das unter Berücksichtigung individueller und familiärer/sozialer Lebenslage flexible Versorgungskonzepte entwickeln und auch praktisch umsetzen kann. Politisch wäre es gut, wenn die Trennung zwischen SGB V und XI – also zwischen Rehabilitation und Prävention – durchlässiger wäre. Insgesamt muss Pflege gesellschaftsfähiger gemacht werden. Wir müssen alle, vom Arzt, über den Taubenzüchterverein bis zu Schule und Familie über Pflege sprechen. Es bedarf eines anwaltschaftlichen Engagements, besserer und flexiblerer Professioneller und Institutionen.

## **Globale Migration und ihre Konsequenzen**

Prof. Dr. Monika Habermann von der Hochschule Bremen stellte die Dimensionen und Probleme legaler Migration von Pflegekräften dar. Angesichts von prognostizierten 214.000-500.000 fehlenden Fachkräften, einer Personalausstattung, die in Deutschland 10,5 Personen pro Pflegekraft, im internationalen europäischen Vergleich sind 5-7 Personen pro Pflegekraft zu verzeichnen, ist Hoffnung diese Probleme über legale Migration zu bewältigen unwahrscheinlich. Von den sozialversicherten ausländischen Pflegekräften kommen ca. 130.000 aus europäischen Staaten, weniger aus dem Balkan (18.300) oder osteuropäischen Drittstaaten (6.800) oder ca. 3.400 aus Asylstaaten. Die Motive sind unterschiedlich und reichen von Einkommens- und Weiterbildungsaussichten bis zu Gewalterfahrungen, Krieg und sozialen Unruhen in den Herkunftsländern. Am Beispiel Indien zeigte

die Referentin länderspezifische Motive auf. Dort war (und ist z.T. immer noch) die Pflege mit einem Makel behaftet, weil sie mit Ausscheidungen des Menschen zu tun hat. Historisch ist die Tätigkeit deshalb von so genannten Unberührbaren ausgeübt worden. Im Laufe der Zeit entwickelte sich Pflege im Ausland zu einem lukrativen Heiratsmarkt für indische Frauen, um dieser gesellschaftlichen Stellung zu entgehen.

Es gibt mittlerweile Vermittlungsagenturen, die sehr aggressiv ausländische Fachkräfte einwerben. In den USA waren das im Jahr 2010 bereits 276 Agenturen, deren Tätigkeiten in einer Studie untersucht wurden. Fazit: Verletzungen von Arbeitnehmerrechten und enorm hohe Vermittlungsgebühren. Auch Agenturen wie die DEKRA sehen ein neues Geschäftsfeld – mit eigenen Schulen in Osteuropa, inklusive Deutschkursen und Fachkenntnisprüfungen. Bislang wurden 2.000 ausgebildete Pflegekräfte an 75 Partner vermittelt. Die empirischen Befunde sind, zumindest für Deutschland eher spärlich. Aber sie zeigen, dass es ungenügende Einarbeitung, unbefriedigende Teambeziehungen und Diskriminierungserfahrungen seitens der Pflegekräfte gibt. Die Patientensicherheit und Patientenrechte können wegen wenig gesicherter Kommunikation nur eingeschränkt gewährleistet werden. Auch die Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit ist in diesem Feld aktiv. Über die Problematiken solcher Vermittlungen ist dort wenig zu erfahren. Es gibt auf der Ebene von Vereinbarungen wie beispielsweise dem Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personal Versuche, Missbrauchspotenziale und globale Ausbeutung zu vermeiden. Die Maßnahmen unter dieser Vereinbarung sollen alle drei Jahre evaluiert werden. In der Politik hat dieser Code wenig Niederschlag gefunden. Die wenigen Länderberichte zeigen, dass es in der Praxis wenig wirksame Bemühungen gibt, die Standards dieses Codes zu realisieren. Das soll sich nun ändern. Die Entsendeländer sollen Überkompensationszahlungen bekommen. Die zirkuläre Migration – Menschen können auch wieder in die Heimatländer zurück – soll gefördert werden. Denn: Die Migration von Pflegekräften hat globale Konsequenzen. Einmal im Entsendeland, wo Pflegekräfte fehlen. In den Empfängerländern werden die strukturellen Probleme im Land nicht ernsthaft politisch angegangen. (siehe PowerPoint-Vorlage von Monika Habermann auf dieser Homepage)

### **Best Praxis Beispiel aus dem Nachbarland**

Das Niederländische Modell stellte Pflegewissenschaftlerin und Krankenschwester Prof. Dr. Sandra Zwakhalen von der Universität Maastricht vor. In einem „Reallabor“ werden akademische Forschung und Erkenntnis mit Praxiswissen und Erfahrung verzahnt. Hier sind nicht nur Pflegewissenschaftler\*innen eingebunden, sondern auch Psychotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen, Psycholog\*innen, Dozent\*innen und Fachpflegekräfte. Einmal die Woche arbeiten dort tätige wissenschaftliche Mitarbeiter\*innen bei einer Pflegekraft in einem Altenheim mit. So ist der Transfer wissenschaftlichen Wissens und praktischer Sorgearbeit gebahnt. Sieben Langzeitpflegeorganisationen sind in dieses System eingebunden, die an 110 Pflegeorten mit 15.000 Pflegekräften arbeiten – und zwar interdisziplinär mit Beteiligung von Wissenschaft, Politik, Lehre, Ausbildung und Praxis.

Das Ziel: Qualität des Lebens, der Pflege und der Arbeit verbessern. Die Ausgangslage war wie in anderen industrialisierten Ländern auch: Hohe Kosten, wenig verfügbares Personal und hohe Erwartungen an die Qualität der Versorgung bei einer wachsenden Anzahl von Pflegebedürftigen aufgrund der Alters- und Sozialstruktur. Anders als Deutschland sind im Nachbarland 2,7% des Bruttoinlandproduktes für soziale und gesundheitliche Sorgearbeit verfügbar. In Deutschland sind es 1,3% und im Durchschnitt der OECD-Länder 1,7%. Die Pflege wird in den Niederlanden zu 94% zu Hause und zu 6% in Pflegeheimen geleistet. Die ambulante Pflege ist z.B. über Buurgzoorg sowohl für die Pflegenden als auch die Gepflegten befriedigend und flexibel organisiert – unter Einbeziehung gemeinwesenorientierten Engagements. Die Buurgzoorg-Teams arbeiten eigenständig und auf Vertrauensbasis. Dokumentation und Abrechnungen sind zentral organisiert. So bleibt mehr Zeit für die Pflegebedürftigen. Entwickelt wurden zudem sog. Pflege-Bauernhöfe. Auf Projekt-Ebene sind das „Exportschlager“ geworden, die auch unter bundesdeutschen Bedingungen ausprobiert und wissenschaftlich begleitet werden. Das sind landwirtschaftliche Produktionsbetriebe, die als Nebenerwerb die Tagespflege oder als Wohnpflegebauernhof die Vollzeitpflege anbieten. Sie unterliegen in den Niederlanden den gleichen Konditionen und Finanzierungen wie die traditionellen Pflegeheime, stellen zu diesen eine echte Alternative dar und wirken sich besonders positiv auf Menschen mit Demenz aus. Einige Videos über Projekte von der AWO (Akademische Werkplaats Ouderenzorg/ Akademische Plattform für Altenpflege) können hier angeschaut werden. <https://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl/media-resources/14445>

Die Pflege- und Haushaltskräfte lernen mit Rollenspielen oder über Videoaufnahmen das eigene Handeln zu reflektieren mit dem Ziel, funktionsorientierte Pflege und Mobilitätsförderung im Alltag durchführen zu können. Pflege mit den Klient\*innen statt für die Klient\*innen. Entwickelt werden dort auch zum Beispiel narrative Methoden, um die eher quantitative Forschung durch eine qualitative zu ergänzen. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind auch Projekte wie dieses entstanden: Menschen, die nach einem Sturz weder eine Indikation haben in ein Krankenhaus zu kommen noch in ein Pflegeheim zu müssen, können für 72 Stunden in eine Abteilung im Krankenhaus aufgenommen werden, die von Pflegeanbietern geleitet wird, um die Pflege zu Hause besser zu organisieren. Dies ist nur ein Beispiel von verschiedenen Initiativen, die aus der Praxis kamen und nun wissenschaftlich evaluiert werden bzw. evaluiert worden sind. (siehe PowerPoint-Vorlage von Sandra Zwakhalen auf dieser Homepage)

### **Historische und aktuelle Erfahrungen in und mit Pflegesituationen**

Vier Workshops boten Gelegenheit Themen zu vertiefen oder noch nicht angesprochene Aspekte im kleineren Kreis zu diskutieren. Dr. Birgit Seemann beschäftigte sich in ihrem Workshop mit der Professionalisierung der Pflege auf dem historischen Hintergrund des jüdischen Schwesterverbandes in Deutschland um die Wende zum 20. Jahrhundert. Die Ausstellung des AKF von der Kuratorin Dr. Christl Wickert, die von der medizinischen Versorgung durch Häftlinge im Frauen-KZ Ravensbrück handelt, ergänzte während der Tagung dieses Erinnern. Anhand von Erfahrungen pflegender

Mütter thematisierte die Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin Dorothee Bauernschmidt von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wie ihr Alltag mit der Dreifachbelastung Beruf, Kindererziehung und Pflege aussehen kann, welche bestehenden und welche wünschenswerten Unterstützungsangebote es gibt bzw. geben müsste. (siehe Kurzprotokoll der Referentin auf dieser Homepage) Die Sozialwissenschaftlerin und Journalistin Erika Feyerabend widmete sich zunächst den individualisierenden Aufforderungen und Versprechungen über Patientenverfügungen „Selbstbestimmung“ bis zum letzten Atemzug verwirklichen zu können. „Kontrollverlust“ ist bedrohlich. „Lösungen“ dieser Art scheinen attraktiv und machbar. Sie werden entsprechend beworben. Soziale, neue Lebensformen, die auch mit dem Älterwerden und Pflegebedürftigkeit möglich sind, werden gerne in den Bereich des Utopischen verlegt – auch wenn solche Projekte zivilgesellschaftlich gerade in der Gegenwart erfolgreich genossenschaftlich verwirklicht werden. (siehe demnächst Input und Ausführungen der Referentin auf dieser Homepage) Wie die Wünsche und Erfahrungen von Brustkrebspatientinnen aussehen, um informierte, gemeinsame Behandlungsentscheidungen in der onkologischen Pflege treffen zu können, war der Pflegewissenschaftlerin Dr. Birte Berger Höger von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie der Bibliothekarin, Gesundheitsaktivistin und AKF-Mitglied Gudrun Kemper ein Anliegen. Im Workshop wurden entsprechende Forschungsprogramme und Alltagserfahrungen vorgestellt und diskutiert.

### **Freiheit herrscht nicht überall**

Am Sonntag beschäftigte sich Prof. Dr. Gabriele Meyer als Pflegewissenschaftlerin von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit der beunruhigenden Praxis des Ruhigstellens und Niederbindens in der Altenpflege. Eine ältere Beobachtungsstudie von Meyer und ihren Kolleg\*innen hat 2.400 Bewohner\*innen in dreißig Pflegeheimen untersucht. Von den mechanischen freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) waren die Bettgitter die häufigsten, sowohl am Stichtrag der Untersuchung (26,2 Prozent), als auch in der 12-monatigen Nachbeobachtung (40 Prozent). Gurte waren eher selten im Einsatz. Erstaunlich war auch der Befund, dass es große Unterschiede zwischen den Heimen gab, die weniger mit der Personalausstattung und mehr mit der Kultur des jeweiligen Hauses zu korrespondieren scheinen. Die negativen Folgen der FEM wie beispielsweise steigende Pflegeabhängigkeit, Immobilität, Angst, körperliche Folgen wie Hautabschürfungen, Embolien bis hin zu international dokumentierten Todesfällen, scheinen die Rechtfertigung von deren Einsatz zum Schutz der Bewohner\*innen nicht zu tangieren.

Eine Interventionsstudie von Gabriele Meyer und ihrem Team unter dem Titel „Mehr Freiheit wagen“ mit Informationen, u.a. zu wirksamen Alternativen und einem Leitlinien-basierten Schulungsprogramm, ergab nach 6 Monaten eine signifikante und klinisch relevante Senkung der FEM. In der nachfolgenden IMPRINT-Studie mit 120 Heimen, konnte dieser Effekt nicht mehr erzielt werden. Es gab weiterhin ausgeprägte Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Insgesamt hat sich über die Jahre jedoch die Häufigkeit von FEM in Heimen reduziert; durch Schulung und Appelle scheint keine weitere Senkung möglich.

Entgegen nationaler und internationaler Leitlinien werden heutzutage auch Antipsychotika nicht nur bei Demenz-assoziierten neuropsychiatrischen Symptomen eingesetzt, trotz erheblicher Risiken. Auch dazu haben die Referentin und ihr Team umfangreiche Studien durchgeführt. Der Einsatz der Antipsychotika schwankt zwischen 30 bis über 80 Prozent zwischen den Einrichtungen. Im Gegensatz zu einer britischen Studie oder US-amerikanischen Studien konnte trotz Interventionen mit Schulungen von Ärzt\*innen und Pflegekräften die Verordnungen hierzulande nicht reduziert werden. Antipsychotika-Verordnungen sollten ein Qualitätsindikator der Pflege älterer Menschen und öffentlich berichtet werden. (siehe kommentierter PowerPoint-Vortrag der Referentin auf dieser Homepage)

### **Digitalisierung als Allheilmittel?**

Die Sozialwissenschaftlerin Dr. Phil. Bettina-Johanna Krings vom Institut für Technikfolgenabschätzung (ITAS) aus Karlsruhe forscht zur Digitalisierung und Technisierung der Pflege, die als „Lösungen“ von Fachkräftemangel, steigendem Pflegebedarf und Finanzierungsproblemen medial vermittelt werden. Das große Versprechen: Möglich wird es mit z.B. digitalen Überwachungssystemen von Vitalparametern die ambulante Pflege zu stärken – auch wenn Angehörige nicht mehr in der Nähe wohnen. Historisch unterliegt die stationäre Pflege schon seit längerem einem Technisierungsprozess. Dieser Prozess ist bislang in der Altenpflege noch nicht so stark. Zunehmend wird ein Pflegemarkt über marktorientierte Transformation ausgebildet. Dazu passt strukturell die Technisierung/Digitalisierung, die auf Prinzipien der Formalisierung, Standardisierung und Quantifizierung von Arbeitsprozessen basiert und enorm beschleunigt wird. Der strukturelle Wandel folgt diesem technischen Imperativ. Beeindruckend ist bereits heute das Ausmaß der Datenerfassung in der Pflege.

Wie werden neue digitale Techniken die Pflegebeziehungen und den Pflegesektor in Zukunft verändern und mit welchen Folgen? Welche Anforderungen sind zu stellen? Es wird eine wachsende sozio-technische „Arbeitsteilung“ entstehen, über Pflege-Roboter auch neue Interaktionen Pflegebedürftiger mit Technologien, über Tele-Medizin und smarte Haushalte werden auch neue Pflegeräume geschaffen. Gefährlich ist die Favorisierung von (Überwachungs-)Funktionen gegenüber leibhaftigen Beziehungen, die sich an der Würde des Menschen orientieren. (siehe PowerPoint-Vortrag der Referentin auf dieser Homepage)

Am Ende der Tagung diskutierten aus unterschiedlichen Perspektiven Irene Maier vom Deutschen Pflegerat, Pflegeexpertin Grit Gester bei der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Amtsrichterin Birgit Schwarz aus Bayreuth über realpolitisch aussichtsreiche Verbesserungen. Grit Gester machte sich für eine bessere Bezahlung und Ausbildung stark. Irene Maier zeigte, dass über die Organisation Werdenfelser Weg, Freiheitsbeschränkungen in Institutionen der Alten- und Behindertenbetreuung reduziert werden konnten.