

Titel Die professionelle Careseite der Gesellschaft

AntragstellerInnen Nordrhein-Westfalen

Zur Weiterleitung an

angenommen

mit Änderungen angenommen

abgelehnt

Die professionelle Careseite der Gesellschaft

- 1 Jede 5. Arbeitnehmer*in in Deutschland arbeitet im Sozial- und Gesundheitswesen. Mindestens 20% der Beschäf-
2 tigten gehen damit einem seit Beginn der Corona-Pandemie so bezeichnetem „systemrelevanten“ Beruf nach. Die
3 Menschen, die in diesem Sektor tätig sind, arbeiten zumeist unter prekären Bedingungen und werden nicht ansatz-
4 weise angemessen für ihre Tätigkeit entlohnt. Die überwiegende Mehrheit dieser Arbeitnehmer*innen ist weiblich.
5 Für niemanden ist dieser Zustand eine Überraschung, für alle jedoch ein unbedingter Grund zu handeln.
- 6 Kein Zufall Unter Carearbeit verstehen wir alle Tätigkeiten, die zum Erhalt des Lebens beitragen, also Gebären, Pflege,
7 Betreuung, Erziehung, Reinigung, das umeinander Sorgen und sogar die Arbeit an Beziehungen. Wir unterscheiden
8 zwischen der Carearbeit, die eher im privaten Kontext und unbezahlt passiert und der professionell bzw. institu-
9 tionell verrichteten. Dazu gehören für uns nicht nur die häufiger genannten pflegerischen Berufe in der Kranken-
10 und Altenpflege oder in der Kinderbetreuung, sondern unter anderem auch alle Berufe in der Sozialen Arbeit sowie
11 therapeutische Berufe. Diese finden in der öffentlichen Diskussion sogar noch weniger Beachtung. Gemeinsam hat
12 Carearbeit aber immer, dass sie, obwohl wir alle zu 100% und zu jedem Zeitpunkt im Leben auf sie angewiesen sind,
13 wenig Anerkennung bekommt (eben auch aus finanzieller Sicht), wenig sichtbar ist und größtenteils von Frauen aus-
14 geübt wird. Das ist natürlich nicht naturgegeben, sondern kurz gesagt das Ergebnis des Patriarchats. Die Trennung
15 von Öffentlichkeit und Privatheit hatte zur Folge, dass alle öffentliche und rationale Arbeit Männern zugeschrieben
16 wurde und gleichzeitig alle Tätigkeiten, die mit Emotionen und dem Versorgen zu tun haben und eher im Privaten
17 erledigt werden, weiblich konnotiert wurden. Alles was im Privaten passiert, galt dann automatisch als kostenlose
18 Naturressource und Liebesdienst und als Tätigkeit, die Frauen ohne spezifische Qualifikation erledigen können. Dass
19 auch heute noch bestimmte Wertigkeiten mit Tätigkeiten einhergehen ist also kein Zufall, sondern das Ergebnis einer
20 symbiotischen Beziehung von Patriarchat und Kapitalismus. Dabei wird dann auch übersehen, dass die Professiona-
21 lisierung der Care-Berufe eine feministische Pio-
22 niersarbeit ist, wie z.B. der Kampf von Florence Nightingale, die die heutige professionelle Pflege und deren Aus-
23 bildung geprägt hat und auch, dass Care-Arbeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen geprägt ist und eine harte
24 Ausbildung erfordert. Institutionalisierte Carearbeit und die Rolle des Staates Seit es den Sozialstaat bzw. soziale Si-
25 cherungen gibt, gibt es viele Caretätigkeiten auch institutionalisiert: das Pflegen von Älteren und Kranken genauso
26 wie die professionelle Betreuung von Kindern oder Jugendlichen – all das sind soziale Dienstleistungen, dessen In-
27 frastruktur der Sozialstaat bereitstellen muss. Denn er hat dafür Sorge zu tragen, dass Menschen vor sogenannten
28 „Lebensrisiken“, also alt oder krank zu werden oder Kinder zu kriegen, abgesichert sind. Während bis in die 70er Jahre
29 hinein ein massiver Ausbau der sozialstaatlichen Absicherungen und auch der sozialen Dienste beobachtet werden
30 konnte, fing man an, Mechanismen der Absicherungen im Zuge der Finanzkrise wieder runter zu fahren und einen
31 Paradigmenwechsel vorzunehmen, der die soziale Absicherung abbaute und soziale Dienste für den freien Markt
32 öffnete, sie somit also einer Privatisierung unterzog.
- 33 Durch Änderungen in der Sozialgesetzgebung in den 90er Jahren wollte man im Gesundheitssektor durch die Öff-
34 nung für private Träger eine Konkurrenzsituation und damit auch einen Wettbewerb erzeugen, der zum Ziel haben
35 sollte, das Angebot durch private Träger zu steigern und Kosten zu senken. Die Trägervollfinanzierung wurde zu
36 Gunsten eines personenbezogenen Finanzierungsmodells (Pflegesätze) abgeschafft. Zwar wurden auch Grundsätze,

37 Qualitätsstandards und Dokumentationsverfahren eingeführt, die eine Einheitlichkeit garantieren und eine Kapitalisierung des Systems verhindern sollten. In der Praxis gibt es aber trotzdem Wege mit Pflege und der Gesundheit von Menschen Geld zu verdienen, bei der im schlimmsten Fall große Investoren Einrichtungen aufkaufen, sie „ausquetschen“ und gewinnbringend weiterverkaufen. Und das alles auf Kosten der Beschäftigten, die dadurch eher in Teilzeitverhältnissen und ohne Tarifvertrag arbeiten und dabei ihre Arbeitsschritte minutengenau erfüllen müssen („Minutenpflege“), sowie Klient*innen, die somit keine bedarfsgerechte Pflege erfahren können. Applaus reicht nicht. Mit diesem Wissen sind wir als NRW Jusos auf Exkursion gegangen und haben uns genau diese institutionalisierte Form der Carearbeit genauer angeschaut. Wir sind mit den Beschäftigten und Leitungen ins Gespräch gekommen, konnten erfahren, was diese Arbeit so besonders macht und auch wo Probleme liegen. Wir waren bei der Frauenberatungsstelle, in einem intensivmedizinischen Familienzentrum für psychisch beeinträchtigte Jugendliche, auf einer Intensivpflegestation für Kinder und wir haben mit Altenpfleger*innen gesprochen. Die Probleme waren überraschend ähnlich: auf der einen Seite haben wir die Beschäftigten, die sich unter großem Zeitdruck und mit einem unfassbaren persönlichen Engagement vernünftig um Menschen kümmern möchten. Auf der anderen Seite haben wir oft private Einrichtungsbetreiber*innen, die darauf achten müssen, mit dieser Carearbeit Profit zu machen. Und dann kam Corona und die Probleme des Fachkräftemangels, der Unsichtbarkeit und der schlechten finanziellen Ausstattung und Bezahlung wurden nur noch offensichtlicher. Mittlerweile ist der Applaus auf den Balkonen verblasst und die politischen Sofortmaßnahmen unzureichend. Denn dabei zeigt sich wieder: Beschäftigte und Klient*innen in der Carearbeit haben kaum eine Lobby. Wir wollen deshalb über notwendige strukturelle Veränderungen sprechen, mit denen ihre Situation langfristig und nachhaltig verbessert werden kann.

56 **Öffentliche Trägerschaft als Lösung der Probleme?**

57 Careeinrichtungen gehören in die öffentliche Hand, das steht fest. Die Profitorientierung privater Investor*innen und Einrichtungsbetreiber*innen geht meistens zu Lasten der Beschäftigten und der Klient*innen. Das betrifft nicht nur die Careleistenden selbst, sondern auch den Zustand der Einrichtungen und die Bereitstellung von Materialien. Doch wollen wir uns nicht der Illusion hingeben, dass sich die Probleme damit in Luft auflösen. Denn Careleistungen werden insgesamt zu gering vergütet und die vorhandenen Personalbemessungsgrenzen sind realitätsfern und wirken teilweise gar willkürlich festgelegt. Außerhalb des Gesundheits- und Pflegebereichs kämpfen die Einrichtungen zudem mit bundesweit unterschiedlichen Regelungen zu Leistungen und den entsprechenden Vergütungen.

64 Auch dort, wo es eine Teilfinanzierung aus öffentlichen Geldern gibt, sind die Missstände offensichtlich. Die Situation in Frauenhäusern ist dafür beispielhaft. Im Frauenhaus in Mülheim a.d.R. muss der Tagessatz, der aktuell bei 23,86 Euro liegt, von den Frauen selbst erbracht werden, bei Erwerbslosigkeit vom Jobcenter. Das belastet nicht nur die Klientinnen*, die dort Schutz suchen, zusätzlich. Die Einrichtung kann ihren Klientinnen* nicht den Schutzraum bieten, den ein Frauenhaus eigentlich darstellen sollte. Insbesondere, wenn der Aufenthalt als Leistung des Jobcenters finanziert wird, bedeutet das für die Einrichtung bürokratische Mammutaufgaben. Beim Personal muss an allen Ecken gespart werden, weil diese zwar zu 75% vom Land bzw. Landschaftsverband gedeckt werden, das Gesamtbudget sich aber trotz gestiegener Personalkosten an früheren Lohnniveaus orientiert.

72 Dieser Zustand ist für solche derart sensiblen Bereiche der Carearbeit unerträglich. Wir fordern deshalb ein Ende der Tagessatzfinanzierung. Die Einrichtungen brauchen eine bundeseinheitliche und haushaltsunabhängig verstetigte Finanzierung. Nur so können die Angebote bei den Menschen ankommen, die sie in akuten Notlagen dringend brauchen. In den Behörden braucht es Fortbildungsprogramme, damit in den Einrichtungen vor Ort mit der notwendigen Sensibilität begegnet wird. Profitorientierung im Gesundheitsbereich und der Begriff der „Trägervielfalt“ blicken wir in den Gesundheits- und Pflegebereich, begegnet uns hier oft der Begriff der „Trägervielfalt“. Diese hat das Gesundheitssystem in gewisser Weise geprägt. Manche sprechen davon, dass es vom Dreiklang aus öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Träger*innen besonders profitiert habe und Grundlage einer vermeintlich hohen Versorgungsqualität sei. Doch vor allem sind hier Einrichtungen in öffentlicher Hand im weiteren Rücklauf und das Modell der „Trägervielfalt“ gerät ins Wanken. Die privaten Träger*innen gewinnen derweil die Überhand. In ihren Einrichtungen wird die Ökonomisierung des Gesundheitssystems besonders deutlich. Wollen wir dem etwas entgegenzusetzen, müssen wir es hier angehen.

84 Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge dürfen nicht der Rationalisierung durch profitorientierte Träger*innen überlassen werden. Die öffentliche Hand muss an dieser Stelle wieder mehr Zugriff erhalten und eine Rückführung der Versorgungsangebote anstreben. Doch müssen wir auch hinterfragen, woher dieser Trend der Ökonomisierung überhaupt kommt. Er kommt aus einem falschen Verständnis von Politik und Gesellschaft von Carearbeit und dem neoliberalen Märchen der Kostenexplosion im Gesundheitssystem, das seit 1999 jede Rationalisierung rechtfertigt.

89 Sie gilt Vielen als eine Dienstleistung wie jede andere und muss somit kapitalistischen marktwirtschaftlichen Stan-
90 dards entsprechen. In der Realität bedeutet das einerseits Einsparungen beim Personal, was umso schwerer wiegt,
91 sind die Einrichtungen aus der Tarifbindung gefallen und die Beschäftigten schlecht gewerkschaftlich organisiert. An-
92 dererseits wird auch in den Leistungen für die Klient*innen rationalisiert, was nur geht. Dieser ökonomische Druck
93 geht auf die Arbeiter*innen über. Diese sind gezwungen trotz Personalmangel und einem Mangel an Ressourcen die
94 höchstmögliche wirtschaftliche Leistung zu erbringen. Das führt dazu, dass die Arbeit den eigenen Berufsstandarten
95 nicht gerecht wird. Dies äußert sich dann darin, dass die individuelle Behandlung immer mehr in den Hintergrund
96 rückt. Die Arbeit gleicht immer mehr der Fließbandarbeit.

97 Wie so oft heißt es also, der Fisch stinkt vom Kopf. Das Übergewicht privater Träger*innen ist nur ein Teil des Pro-
98 blems. In Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft ist die Anwendung des kirchlichen Arbeitsrechtes problematisch
99 und die Beschäftigten sind über die Mitarbeiter*innenvertretung nicht gut repräsentiert. Wir wollen deshalb, dass
100 immer mehr Einrichtungen der Daseinsvorsorge wieder in die öffentliche Hand zurückkommen. Daseinsvorsorge ist
101 ein Menschenrecht und ist mit den Mechanismen des freien Marktes nicht in Einklang zu bringen. Für uns ist klar:
102 Daseinsfürsorge muss gewährleisten, dass Menschen in allen Lebenslagen ein sicheres Auffangnetz haben, dass die
103 Lebensqualität des einzelnen Menschen im Fokus hat. Dafür muss sich grundlegend einiges ändern. Wir fordern ein
104 Gesundheitssystem, das den Träger*innen keine Möglichkeit der Profitgewinnung ermöglicht. Jeder Cent, der in die
105 Gesundheitsversorgung gesteckt wird, muss auch für die individuelle Behandlung genutzt werden. Und das gilt für alle
106 Bereiche der Daseinsfürsorge. Dabei muss zu jedem Zeitpunkt ein gesetzlich festgelegter Personalschlüssel gewähr-
107 leistet werden. Wir brauchen ein Bedarfsplanung, die dem akuten Bedarf in den einzelnen Regionen gerecht wird,
108 gleichzeitig aber auch keine Institution dazu zwingt, dass sie auf Grund von roten Zahlen die Qualität der Versorgung
109 einschränken. Prekäre Situation von Klient*innen Die bestehenden Strukturen unserer Daseinsvorsorge bieten zahl-
110 reiche, oft existenzielle Dienstleistungen für Menschen in unterschiedlichsten Lebensphasen. Was so einfach klingt,
111 ist mit großen Hürden für viele Menschen verbunden. Stigmatisierung durch die Gesellschaft, Vorurteile im direkten
112 Umfeld, finanzielle Nöte, unklare Zuständigkeiten und die undurchsichtigen Hürden der Bürokratie, erschweren den
113 Zugang zu sozialen Dienstleistungen. Viele Angebote kommen dann zu spät oder werden gar nicht erst genehmigt.

114 Die Zuständigkeiten für die Finanzierung der verschiedenen Einrichtungsarten variiert von den Sozialversicherungen
115 (wie z.B. der Krankenkasse), über Behörden in kommunaler Trägerschaft (z.B. das Jugendamt), das Jobcenter, hin
116 zu den Landesverbänden, wie dem LVR oder dem LWL hier in NRW. Die daraus resultierende Finanzierungsland-
117 schaft gleicht einem Flickenteppich. Zu einer finanziellen Notlage kann es immer dann kommen, wenn Klient*innen
118 Eigenanteile oder die gesamten Kosten stemmen müssen. Deshalb fordern wir eine lückenlose und unbürokratische
119 Finanzierung der Daseinsversorgung. Das fängt bei einer Bürger*innenversicherung an, die sich als Vollversicherung
120 aller Sozialversicherungen versteht und geht in der vollständigen Ausfinanzierung durch Bund und Land von Einrich-
121 tungen im Carebereich weiter, unabhängig von der finanziellen Situation der Kommunen.

122 Neben finanziellen Sorgen kämpfen Klient*innen oft auch gegen strikte bürokratische Strukturen der Behörden, die
123 sich wie Gängelungen anfühlen. Frauenhäuser sind dabei eine Ausnahme, da die Probleme der Klientinnen* akut
124 auftreten und daher Angebote selbstverständlich nicht im Voraus beantragt werden können. Gerade nach den Er-
125 fahrungen, die Frauen durchstehen müssen, brauchen sie Zeit, um zur Ruhe zu kommen und sollten sich nicht schon
126 mit den nächsten Sorgen rumplagen, wie sich z.B. mit dem Jobcenter auseinandersetzen zu müssen, um Unterlagen
127 einzureichen.

128 Eine absolute Hilflosigkeit erfahren Betroffene immer dann, wenn Anträge abgelehnt werden, weil sich die angefragte
129 Behörde nicht zuständig fühlt und andere Zuständigkeiten verweist; oder Gutachter*innen zu dem Schluss kommen,
130 dass keine Hilfe notwendig ist usw. Menschen, die davon ausgeschlossen sind, erfahren wenig sensible Beratungen
131 in den jeweiligen Behörden.

132 Neben den Institutionellen Hilfsangeboten brauchen viele Klient*innen zusätzliche ambulante Therapieangebote.
133 Gerade im Bereich der ambulanten Psychotherapie herrscht ein gravierender Mangel. Die psychotherapeutische Ver-
134 sorgungssituation ist trotz eines großen Engagements der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen
135 sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen weiterhin unzureichend. Gerade in versorgungsschwa-
136 chen Regionen bzw. für bestimmte Gruppen von Betroffenen ergeben sich noch immer bedeutsame Wartezeiten.
137 Auch wenn die von der großen Koalition angestoßenen Maßnahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde so-
138 wie der Terminservicestelle erste Verbesserung bewirken konnten, besteht weiterhin dringender Handlungsbedarf.
139 Insbesondere für Menschen auf der Suche nach einem Therapieplatz ist die aktuelle Situation oftmals verwirrend

140 und intransparent. Diese oftmals deutlich negativen Erfahrungen können für Betroffene von psychischen Störungen
141 deutlich belastend und im schlimmsten Fall symptomverstärkend wirken. Aus unserer Sicht muss der Zugang
142 zu psychotherapeutischer Behandlung daher deutlich vereinfacht und durch die Schaffung neuer Kassensitze für
143 psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut*innen flankiert werden.

144 Weiterhin stehen wir auch für eine institutionalisierte Mitbestimmung von Klient*innen. Es ist klar, dass dies aufgrund
145 von bestimmten Erkrankungen nicht in allen Einrichtungen gewährleistet werden kann, aber dennoch ist es zum Bei-
146 spiel in Altenheimen, Wohngruppen oder auch bei der Kinderbetreuung unser Verständnis von Demokratie und Mit-
147 bestimmung, dass ein Recht auf Mitsprache besteht und die Klient*innen nicht übergangen werden. Unser Ziel ist es,
148 dass es überall Normalität ist. Auch eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen soll gewährleistet sein. Prekäre
149 Situation von Beschäftigten Viele Faktoren beeinflussen die prekäre Lage der Careberufe, die es jetzt zu ändern gilt.
150 Ein großer Punkt ist sicherlich der Fachkräftemangel, der einen altbekannten Kreislauf entstehen lässt. Gibt es zu we-
151 nig Mitarbeiter*innen, entstehen Überstunden und Stress, der zu krankheitsbedingten Ausfällen und wiederum zu
152 weiteren Stresssituationen führt. Die Selbstfürsorge der Arbeiter*innen ist gefragt, um ihr Wohlergehen zu sichern.
153 Der hohe Wechselanteil von Vollzeit- in Teilzeitarbeit ist laut Aussagen von Verdi häufig nur einer hohen Stressbe-
154 lastung geschuldet, nicht dem wirklichen Wunsch, in Teilzeit arbeiten zu wollen. So ist auch der Wechsel in andere
155 Berufszweige hoch, da die Fachkräfte "reihenweise verbrannt werden". Lösungsvorschläge, wie Springer*innenpools
156 hingegen lösen auch nicht das Ursprungsproblem: Berufe im Carebereich sind häufig schlecht bezahlt, haben fami-
157 lienunfreundliche Arbeitszeitmodelle (z.B. 24 Stunden-Dienste) und durch eine hohe Dokumentationspflicht ist die
158 Zeit für die Arbeit "am Menschen" häufig zu knapp bemessen. Das bedrückende Gefühl, für die Klient*innen nicht
159 ausreichend da sein zu können, wurde uns in Gesprächen immer wieder geschildert. Careberufe sind, wie bereits
160 eingangs beschrieben, häufig von Frauen* besetzt. Frauen*, die im Lebensalltag häufig auch noch im Privatumfeld
161 Betreuung und Pflege leisten, die somit eine Doppelbelastung darstellt. Die bloße Forderung allein, Careberufe bes-
162 ser zu bezahlen, reicht nicht aus, um all diesen Problemen zu begegnen. Dabei kämpfen wir selbstverständlich an
163 der Seite der Gewerkschaften und der Beschäftigten und fordern weitere Lösungen!

164 **Öffentliche Hand**

165 Seit vielen Jahren erstreiken und erstreiten organisierte Carearbeiter*innen gemeinsam in ihren Gewerkschaften
166 Verbesserungen in den Tarifverträgen, jedoch sind diese nicht allgemeinverbindlich und viele Träger nicht beteiligt.
167 Wesentliche Unterschiede zwischen Tariffreiheit und -gebundenheit liegen in der Höhe der Bezahlung und der Zahl
168 der Urlaubstage. Bei tariffreien individuellen Arbeitsverträgen kann es hier innerbetrieblich zu großen Unterschie-
169 den kommen, je nach dem jeweiligen Verhandlungserfolg des*derCarearbeiter*in. Auf dem freien Markt kann man
170 sich seine Dienstleister*innen selbst auswählen, das Angebot ist groß, so jedoch auch die Qualitätsunterschiede.
171 Wir Jusos fordern, die Versorgungsbetriebe in öffentliche Hand zu legen, denn das dem Kapitalismus eigene Stre-
172 ben nach maximalem Profit darf niemals die Triebfeder zwischenmenschlicher Dienstleistung in der Carearbeit sein.
173 Bessere Bezahlung kann nur ein Schritt sein Dass Menschen im Care-Bereich dringend besser bezahlt werden müs-
174 sen, nicht zuletzt, weil sie einen sehr wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft leisten, steht außer Frage. Es darf
175 nicht sein, dass die Bezahlung teilweise derart niedrig ist, dass Leute davon kaum ihren Lebensalltag finanzieren
176 können. Dennoch wird immer wieder deutlich, dass Bezahlung allein nicht der Schlüssel ist. So braucht es auch Lö-
177 sungen und einen Ausgleich für die besonderen Arbeitszeiten. Gerade im Schichtsystem bedarf es beispielsweise
178 der arbeitsschutzrechtlichen Regelung, dass die 5-Tage-Woche wirklich nur in Notsituationen in eine 6-Tages Woche
179 umgewandelt werden darf. Aktuell kann es zu bis zu 11 aufeinanderfolgenden Arbeitstagen kommen, da jede neue
180 Woche einzeln betrachtet wird. Einem Umgehen der Regelung seitens des Betriebes soll so vermieden werden. Diese
181 Regelung muss dringend auch auf die Bereitschaftsdienste angewendet werden, ein rein finanzieller Ausgleich ohne
182 fehlende freie Ausgleichstage lehnen wir ab. Da das Schichtsystem besonders beanspruchend ist, sollten zusätzliche
183 Entlastungstage bei Schichtarbeit obligatorisch sein. Ein Jahresmindesturlaub von 30 Tagen (exkl. Entlastungstage)
184 sollte allgemein geltend sein. Erholte und entspannte Mitarbeiter*innen leisten qualitativ bessere Arbeit. Dazu gehört
185 auch in allen pflegenden Bereichen endlich ein verbindliches pflegewissenschaftlich vorgegebenes Personalbemes-
186 sungsinstrument. Zusätzlich muss es mehr Zeit für Patient*innen und Klient*innen geben. Eine Dokumentation, die
187 allein der Abrechnung und Kontrolle dient, frisst unnötig Zeit und verringert den menschlichen Kontakt. Es bedarf
188 wieder mehr Vertrauensarbeit und wir müssen dringend weg von einem Abrechnungssystem, das sogar die Minuten
189 vorgibt, die ein Arbeitsschritt dauern soll. So sollten beispielsweise offene Angebote personenunabhängig finanziert
190 sein, um Erstgespräche anonym anbieten zu können. Das ist fernab aller Realitäten und sorgt für unnötigen Stress.
191 Zusätzlich braucht es faire und echte Zulagen, wenn es um Nacht- und Wochenendarbeit geht sowie um die Arbeit

192 mit sehr anspruchsvollen Klient*innen und Patient*innen, um die viel geforderte Anerkennung auch wirklich spür-
193 bar zu machen. Die Pflegepersonalkosten im stationären Bereich der Krankenpflege aus dem Fallpauschalen-System
194 der DRG herauszunehmen, wie es durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz erfolgt ist, war eine richtiger Schritt. Die
195 Anwendung des DRGs lehnen wir grundsätzlich ab. Statt dem Druck zur Kostensenkung, der auch eine Auswirkung
196 auf Personalkosten und damit der pflegerischen Versorgung hatte, soll hier jetzt der volle Bedarf ausfinanziert wer-
197 den. Dieser Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen muss jetzt auch auf andere Care-Berufe ausgeweitet werden,
198 damit es nicht zu einer weiteren Verschärfung der Situation in der Altenpflege oder im ambulanten Bereich kommt.
199 Mitbestimmung einfordern und möglich machen Inwieweit und ob Beschäftigte* mitreden können und dürfen, ist
200 sehr unterschiedlich. Es gibt Einrichtungen und Betriebe mit Betriebsräten oder Personalräten, jedoch werden auch
201 diese nicht immer für klare Forderungen der Belegschaft genutzt. Das Betriebsverfassungsgesetz und das Landesper-
202 sonalvertretungsgesetz bieten quasi keine Möglichkeiten, um pflegerische Abläufe und die Organisation der Arbeit
203 in den Einrichtungen mitzugestalten. Wir fordern einen Ausbau der Mitbestimmungsrechte, die Beschäftigten in der
204 Pflege wissen am besten was es braucht um gute Arbeit für Personal und Klient*innen zu gewährleisten und sollten
205 das über ihre betrieblichen Mitbestimmungsorgane umsetzen können. Auf der Landesebene haben sich Pflegekam-
206 mern gegründet und sich am 14.09.2019 zur Bundespflegekammer konstituiert, um so im G-BA beteiligt zu werden.
207 Auch in den Therapieberufen werden die ersten Steine gelegt, um Therapeut*innenkammer auf Länderebene zu
208 gründen. Diese Entwicklung wollen wir als Jusos beobachten und konstruktiv begleiten. Wir Jusos sind ein Jugendver-
209 band, der die Arbeit der Gewerkschaften einen hohen Stellenwert zuschreibt. Die alleinige Arbeit der Kammern in
210 den Pflege- und

211 Therapieberufen wird die Arbeitsbedingungen in naher Zukunft nicht verbessern, denn die Aufgabe der Kammern ist
212 das Sicherstellen einer qualitativ hochwertigen Behandlung von Patient*innen. Die konkreten Arbeitsbedingungen
213 werden jedoch von Gewerkschaften verhandelt. Und diese gilt es parallel zu stärken. Außerdem braucht es, solan-
214 ge es das Kirchenarbeitsrecht gibt, auch hier die Möglichkeit einer vollumfänglichen Mitbestimmung. Auch gibt es
215 Einrichtungen, in denen Mitbestimmung von der Betriebsleitung nicht erwünscht ist, in denen die Gründung eines
216 Betriebsrates auf informellen Wegen vereitelt wird. Insgesamt ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad nicht
217 gerade hoch, obwohl die Arbeiter*innenbewegung gerade in dieser Branche eigentlich stark gefordert ist. Positiv
218 ist allerdings zu nennen, dass es laut Verdi einen spürbaren Anstieg der gewerkschaftlichen Organisation bei den
219 Krankenpflegekräften gibt. Ein Zeichen, dass die Missstände in der kapitalistisch organisierten Pflege nicht kritik-
220 los hingenommen werden und Carearbeiter*innen zunehmend wieder die gewerkschaftliche Macht der Solidarität
221 erkennen. Diversität im Carebereich Alle Menschen haben im Laufe ihres Lebens mit Menschen aus dem Caresek-
222 tor zu tun. Da Vertrauen vor allem über Sprache entsteht, wäre eine Diversität unter den Arbeiter*innen ein an-
223 zustrebendes Ziel. Sprachliche und kulturelle Barrieren sollten die Tür zu einer guten Versorgung nicht schließen.
224 Beispielsweise in der psychiatrischen Arbeit ist Kultursensibilität gefragt, denn viele psychische Krankheiten werden
225 als "Dämonen" oder "Bauchschmerzen" beschrieben. Diesen Bedarf zu erkennen und Aufklärung auf Augenhöhe zu
226 leisten, um eine Vertrauensbasis zu schaffen, sind essenzielle Schritte in der Begleitung. Dazu gehört für uns auch in
227 allen Care-Bereichen von der Kita bis ins Krankenhaus und auch in der ambulanten Versorgung, in Beratungseinrich-
228 tungen dauerhaft Übersetzungsmöglichkeiten je nach Einrichtung telefonisch, per Videokonferenz oder persönlich
229 vorzuhalten um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Ausbildungssituation verbessern Um die Ausbildung von
230 Careberufen attraktiver zu gestalten, sind unterschiedliche Schritte von entscheidender Bedeutung. Zu einem setzen
231 wir hier auch nochmal ein Zeichen entschieden gegen kostenpflichtige Ausbildungsberufe und stattdessen für eine
232 angemessene Vergütung. Bildung muss frei wählbar sein für alle und darf nicht vom Geldbeutel der Eltern abhän-
233 gen. Außerdem stehen wir für eine Teilakademisierung einiger Ausbildungen im Carebereich, wie zum Beispiel in der
234 Pflege. Das bedeutet für uns, dass Menschen selbst entscheiden können, ob sie Careberufe in einem Studium erler-
235 nen möchten oder in einer Berufsausbildung. Zum einen um Beschäftigte, die das Studium wählen, zu befähigen,
236 neue wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Arbeit miteinfließen zu lassen, zum anderen um Ausbildungen in diesen
237 Bereichen attraktiver zu machen. Alle Ausbildungen müssen dabei unter das Berufsbildungsgesetz (BBiG) fallen. Da-
238 durch gäbe es auch die dringend benötigten einheitlichen Ausbildungsrahmenpläne, die nicht von Schule zu Schule
239 unterschiedlich gelehrt werden dürfen. Wir fordern außerdem die Vollakademisie-

240 rung der Therapieberufe, die bereits heute Therapiepläne und Konzept eigenständig durchführen und damit diese
241 nicht weiter auf die ärztlichen Verordnungen von Therapien angewiesen sind. Diese ist auch im Sinne einer euro-
242 paweiten Anerkennung der Berufe elementar. Und letztendlich braucht es europaweite Regelungen, durch die es
243 Menschen ermöglicht wird, ihre europäische Freiheit ihren Arbeitsplatz frei zu wählen, wirklich zu nutzen. Bisher
244 werden Ausbildungen unterschiedlich anerkannt und schränken viele Beschäftigte ein, ihren Beruf in einem anderen

245 europäischen Land auszuüben. Carearbeit zu Coronazeiten Careberufe gehören zu den “systemrelevanten” Berufs-
246 gruppen, die während der Krise weiterhin unverändert intensiv oder sogar im besonderen Maße als bisher ausgeübt
247 wurden und werden. Die Arbeitsbedingungen waren häufig besonders angespannt und sich fast täglich ändernde
248 Vorschriften und Unsicherheiten erschweren den Arbeitsalltag erheblich. Aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels
249 und hinzukommenden Arbeitsverboten für Risikogruppen mussten die Lücken geschlossen werden. Aus unseren
250 Gesprächen mit Fachkräften haben wir von einer Mitarbeiterin einer Intensivwohngruppe für Kinder und Jugendliche
251 erfahren, dass sie wochenlang im Ungewissen zu Arbeit fuhr, ob sie nach der 24-Stunden Schicht nach Hause dürfe,
252 oder ob auch sie bei einer Quarantäne auf der Arbeit zu bleiben habe: denn versorgt werden müssen die Klient*innen
253 auch während der Pandemie und zusätzliche Mitarbeiter*innen zu schicken, würde während einer Quarantäne nur
254 zu weiteren Kontakten führen. Die Bereitstellung von Schutzmaterial, wie Masken oder Desinfektionsmittel, geschah
255 stark verzögert, sodass Mitarbeiter*innen zum Schutz teils nach Feierabend an der eigenen Nähmaschine Masken
256 nähten und privat erstandene Desinfektionsmittel mit zur Arbeit brachten. So entwickelte sich bei manchen Care-
257 arbeiter*innen eine etwas zynisch-frustrierte Haltung zu dem allabendlichen Applaus von den Straßen, denn diese
258 symbolische Wertschätzung konnte und kann bisher in keiner Weise auf dem Kontostand oder an einem gesenkten
259 Stresspegel abgelesen werden. Nur hier aber zeigt sich Respekt für die Carearbeiter*innen in deren Alltag spürbar
260 und auf Dauer.

261 Umso entschiedener muss der “Pflegebonus” kritisiert werden. Dass dieser nur für die Altenpflege gilt, ist ein Schlag
262 ins Gesicht aller anderen Beschäftigten im Carebereich, deren enorme Arbeitsleistung gerade während Corona un-
263 sichtbar bleibt. Zudem wird dieser Bonus auch wieder karikiert, da er nicht mal oder nur zum Teil an die Beschäftigten
264 in der Altenpflege ausgezahlt wurde, wie zum Beispiel bei Beschäftigten von kirchlichen Trägern. Ein Pflegebonus wä-
265 re nur dann effektiv, wenn er wirklich alle aus dem Carebereich belohnt und danach ein Arbeitskampf für bessere
266 Bedingungen, mehr Anerkennung und langfristig mehr Lohn folgt, der aktiv von der Regierung unterstützt und ein-
267 gefordert wird.

268 Und auch die Perspektive der Klient*innen und derjenigen, die soziale Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sich
269 auf diese verlassen, muss hier Raum finden. Für sie bedeutete die Pandemie nicht selten eine unerträgliche Isolati-
270 on. Senior*innen in der Altenpflege, die keinen Besuch von ihren Angehörigen bekommen durften oder Menschen
271 mit Behinderungen, die seit Beginn der Krise zu Hause bzw. in ihrer Einrichtung sein müssen und weder arbeiten
272 können noch Freizeitaktivitäten nachgehen dürfen. Das sind über kurz oder lang unhaltbare Zustände, die schlimme
273 psychologische Folgen für Menschen haben können und damit untragbar sind.

274 Während Corona wurde den Arbeiter*innen im Pflege-, Sozial und Gesundheitssektor viel Aufmerksamkeit und Wert-
275 schätzung entgegengebracht, die es zu nutzen gilt: Es muss jetzt zu radikalen Veränderungen kommen! Auch in den
276 Careberufen, die keine starke Lobby haben, aber systemrelevant und unverzichtbar sind.