

Mitten drin – Krisen der Arbeitswelt und ihre Vereinnahmung von rechts #1

CONNECT

Ungesunde Debatte – Von Überlastung und gespaltenen Belegschaften im Gesundheitssektor

Im Herbst 2025 fand im Rahmen des Projekts „Connect – Vielfalt durch Teilhabe“ beim DGB-Bildungswerk Thüringen e.V. eine Online-Veranstaltungsreihe statt. Die Vorträge der Reihe wurden verschriftlicht und in mehreren Sprachen veröffentlicht. Dieser Text fasst den Vortrag von **Thomas Stieber (SOFI - Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen an der Georg-August-Universität)** zusammen. Ausführlich könnt ihr dazu in seinem Buch „Muster migrantischer Arbeit“ nachlesen.

In vielen Branchen in Deutschland herrscht Arbeits- und Fachkräftemangel – beispielsweise im Gesundheitssektor. Ein zunehmender Teil der Arbeit in diesem Bereich wird von Migrant*innen geschultert. Die Überlastung des Personals in Kliniken und Krankenhäusern hat spätestens die Corona-Pandemie gezeigt und zumindest zeitweise ins Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Die Herausforderungen sind klar: Zu wenig Fachpersonal, Überarbeitung, schlechte Arbeitsbedingungen und sinkende Qualität der Versorgung. Auf den ersten Blick betreffen diese Probleme Beschäftigte mit und ohne Migrationserfahrung gleichermaßen. Doch für migrantische Kolleg*innen gibt es zusätzliche Belastungen: Das Ankommen in Betrieb oder Dienststelle geht oft mit Konflikten und Ausgrenzung einher.

Der folgende Text schaut auf die Situation von ausländischen Pflegekräften, die in deutschen Kliniken arbeiten, sowie auf die sogenannten „patientenfernen Bereiche“, in denen ebenfalls viele Migrant*innen wichtige, aber abgewertete Tätigkeiten verrichten. Dabei richten wir den Blick auf betriebliche und politische Strukturen, die oft durch rechte Erzählungen und die Auslagerung von Konflikten überdeckt werden.

„Alternativlos“? Politische Umstrukturierung des Gesundheitssystems seit 2000

Viele der heutigen Probleme in der Pflege sind Folgen einer gezielten Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Diese Reform wurde als „alternativlos“ dargestellt und setzte Kliniken unter enormen finanziellen Druck. Um Gewinne zu erzielen, mussten mehr Patient*innen in kürzerer Zeit behandelt werden. Dadurch entstand ein starker Spar- und Leistungsdruck, der vor allem die Bereiche Pflege und Service traf – beides Felder, in denen besonders viele Migrant*innen arbeiten.

Eine Folge war die Aufteilung der Krankenhausarbeiten in einen angeblichen „Kern der Arbeit“ gegenüber vermeintlich „patientenfernen“ Tätigkeiten, wie u.a. Transport von Patient*innen, Reinigung oder Küche. Diese Bereiche wurden aus dem bisherigen Beschäftigungssystem herausgelöst, in eigene Tochterfirmen überführt und fielen aus den Tarifverträgen heraus, was die Löhne der Beschäftigten in diesen Bereichen um bis zu 50 Prozent sinken ließ.

Anfang der 2000er Jahre wurden Krankenhäuser zunehmend nach betriebswirtschaftlichen Maßstäben wie Effizienz und Kostensenkung organisiert, personenbezogene Prinzipien gerieten in den Hintergrund. Die Einführung der sogenannten Fallpauschalen bedeutete, dass Kliniken nicht mehr nach tatsächlichem Aufwand, sondern nach festen Beträgen pro Behandlungsfall bezahlt wurden.

Gleichzeitig wurden in der Pflege viele Stellen gestrichen, wodurch die Arbeitsbelastung der verbleibenden Kräfte stark anstieg. Viele Pflegekräfte hatten zunehmend das Gefühl, ihre eigentliche Aufgabe – Zeit und Fürsorge für Patient*innen – nicht mehr erfüllen zu können.

Stress, Überstunden und psychische Belastungen führten zu krankmachenden Arbeitsbedingungen. Zahlreiche Fachkräfte verließen den Beruf oder reduzierten ihre Arbeitszeit.

Das sind strukturelle Hintergründe für den heute spürbaren Pflegenotstand. Politisch wird hierauf seit ein paar Jahren insbesondere durch das Anwerben zusätzlicher Arbeitskräfte aus dem Ausland reagiert. Damit werden allerdings die prekären Arbeitsbedingungen der Pflegebranche nicht angegangen, sondern das Problem lediglich verlagert.

Situation ausländischer Pflegefachkräfte in Deutschland

Teils über staatliche Programme, teils über Initiativen einzelner Betriebe in Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen werden aus unterschiedlichen Ländern Pflegekräfte angeworben, z.B. von den Philippinen, aus Tunesien oder Indonesien. Die angeworbenen Fachkräfte wurden bereits in ihren Herkunftsländern zu Pflegekräften ausgebildet – teils schon mit dem Ziel, später im Ausland zu arbeiten. Bei den Anwerbungen stehen die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser oft mehr im Fokus als die persönliche und berufliche Perspektive der Angeworbenen. Auf Grund der Unterschiede zur Ausbildung in Deutschland sind die ausländischen Pflegekräfte oft überqualifiziert für die Tätigkeiten, die hier von ihnen erwartet werden. Gleichzeitig fehlt dem ohnehin überlasteten Personal in den Kliniken oft die Zeit für eine gu-

te Einarbeitung – nur zum Teil wird von Seite der Arbeitgeber ein schlüssiges Konzept und entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt. Im Herkunftsland führt die Anwerbung teilweise zu einem sogenannten brain drain bzw. care drain, also der Abwanderung von (medizinischem) Fachpersonal. In manchen Ländern steht die gute Pflegeausbildung mit dem Ziel einer Beschäftigung im Ausland auch im Gegensatz zum schlecht ausgestatteten Gesundheitssystem für die einheimische Bevölkerung, die davon nicht profitiert.

Für die Ausbildung zahlen die Fachkräfte und ihre Familien oft hohe Summen, teils kommen bei der Anwerbung aus dem Ausland auch noch Gebühren für Vermittlungsagenturen dazu. Da die Anerkennung der ausländischen Abschlüsse in Deutschland oft eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, werden die Pflegefachkräfte ggf. in den ersten Monaten nur als Hilfskräfte eingesetzt – mit einer geringeren Entlohnung. Die Migrant*innen senden von ihrem Gehalt sehr oft einen Teil an ihre Familien im Herkunftsland – auf ihnen lasten also hohe Erwartungen, in Deutschland erfolgreich zu sein. Die angeworbenen Pflegekräfte finden sich zudem oft in einer prekären sozialen Situation wieder: ohne soziale Kontakte, mit hochgradig ausgelasteten und vom Arbeitsdruck gestressten Kolleg*innen sowie Sprachbarrieren. Zwar sind Intensivsprachkurse für Deutsch auf B2-Niveau Teil des Ausbildungsprogramms. Allerdings sind diese in der Regel zu kurz und enthalten nicht die Fachbegriffe, die auf Station dann tatsächlich genutzt werden. Eine Alternative zur angetretenen Arbeit bleibt den Pfleger*innen nicht, da ihr Aufenthaltsrecht an die Anstellung gebunden ist und entsprechend einen Jobwechsel in Deutschland ausschließt. Dazu würden sie in der Heimat in der Regel enttäuschte Familien sowie ein verschlossener Arbeitsmarkt erwarten. Entsprechend befinden sich frisch migrierte Pflegekräfte erst einmal in einer Zwangslage, die keine andere Möglichkeit als die Akzeptanz schlechter Arbeitsbedingungen zulässt. Den Kliniken als Arbeitgeber kommt dies entgegen. Sie profitieren ebenso wie internationale Arbeitsvermittlungsagenturen von der Anwerbung.

Das über Integration ausschließlich in Erfolgs- oder Problemgeschichten gesprochen wird, verschleiert den Blick auf angeblich alternativlose politische und ökonomische Zusammenhänge. Im Kontext zunehmend migrationsfeind-

licher Stimmung in Politik und Gesellschaft wird beim Thema Fachkräfteanwerbung deutlich, wer nach Deutschland einwandern darf: „Gute“ Migrant*innen sind ausschließlich solche, die wirtschaftlich nützlich sind. Individuelle Erfahrungen und Bedürfnisse spielen kaum eine Rolle, die individuellen Personen werden weniger als handelnde Subjekte, sondern als homogene Gruppe wahrgenommen. Das ist eine der Grundlagen für Diskriminierung und begünstigt deshalb rassistische Sichtweisen auf Migrant*innen.

Das Märchen der „unqualifizierten“ Arbeit

Migrantische Arbeitskräfte tragen heute zu einem großen Anteil auch die vermeintlich „patientenfernen Bereiche“ der Kliniken, die oft in Tochterbetriebe ausgelagert wurden. Die neoliberalen Umstrukturierungen führten neben schlechterer Bezahlung auch zu einer symbolischen Abwertung von z.B. Reinigungstätigkeiten. Gesellschaftlich, aber auch von den Klinikleitungen aus, werden diese häufig als „einfache“ und „unqualifizierte“ Arbeiten gesehen, die angeblich jede*r machen könnte. Wer sie machen muss, sind häufig Migrant*innen, die oft nichts anderes finden und aufgrund prekärer Aufenthaltstitel, fehlender Qualifikationschancen oder langwieriger Anerkennungsprozesse, sowie teils mangelnden Sprachkenntnissen auf diese Art der Erwerbsarbeit angewiesen sind. Die Abhängigkeit verhindert, dass man sich gegen schlechte Arbeitsbedingungen wehrt. Auch hier nutzt das System die vulnerable Lebenslage seiner Beschäftigten aus. Ebenso wird deutlich: Bei Debatten über erwünschte und unerwünschte Migration im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit spielen Entlohnung, Arbeitsbedingungen und Wertschätzung keine Rolle. Wichtig ist, dass die Migrant*innen arbeiten, egal wie prekär. Der Begriff „Integration“ beschreibt in der Politik oft nur eine Integration in den Arbeitsmarkt, keine umfassende gesellschaftliche Teilhabe.

Dabei ist die angeblich „einfache“ Arbeit essenziell, um Gesundheitswesen und Klinikalltag am Laufen zu halten. Zudem gestaltet sie sich oft, entgegen der Darstellung, als körperlich und auch geistig anspruchsvoll. So beispielsweise in der Reinigung, denn Putzen, Saugen und Wischen über viele Stunden ist körperlich anstrengend. Auch gibt es in Kliniken hohe Hygieneanforderungen, für verschiedene Bereiche

müssen unterschiedliche Lappen, Putzmittel und Reinigungstechniken verwendet werden. Hinzu kommt der Zeitdruck, da muss jeder Handgriff sitzen. Außerdem werden den migrantischen Kolleg*innen innerhalb der Tochterbetriebe nachweislich öfter die besonders unangenehmen, monotonen und/oder körperlich anstrengenden Aufgaben zugeteilt.

Klinikleitung und Gesellschaft erkennen diese angeblichen „Einfacharbeiten“ aber nicht an. Beschäftigte aus diesen Bereichen werden für ihre Arbeit nicht gewürdigt, sondern im Gegenteil, ihr Beruf wird aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen als das Ergebnis individuellen Scheiterns oder zumindest nur als Übergang bis zu einer „richtigen“ Beschäftigung betrachtet. Diese Erzählung ändert sich allerdings, wenn sie sich auf Migrant*innen und Geflüchtete bezieht. Dann wird ein „einfacher“ Job als Sprungbrett für eine Folgebeschäftigung im angeblich qualifizierteren Bereich dargestellt und mit Stolz behauptet, man würde so gesellschaftliche Integration in Deutschland ermöglichen. Dabei gibt es in den Tochterbetrieben der Kliniken de facto kaum Aufstiegsmöglichkeiten in andere Positionen.

Wohin richtet sich der Frust?

Die neoliberale Zersplitterung der Krankenhausarbeit hat insgesamt zu viel Frust geführt. Auf der einen Seite erlitten Beschäftigte, welche die nun als unqualifiziert geltende Arbeit verrichten, einen Ansehensverlust und Lohneinbußen. Dabei verdeckt der Begriff der (fehlenden) Qualifikation, dass die Arbeit sehr wohl Fähigkeiten erfordert und enorm wichtig ist. Die Abwertung ist allerdings Absicht, um eine schlechte Bezahlung der Arbeit zu rechtfertigen.

Auf der anderen Seite haben sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege stark verschlechtert: Durch die hohe Belastung, die oft auch Auswirkungen außerhalb der Arbeit hat, wird ein Engagement gegen diese Arbeitsbedingungen aber erschwert bzw. durch die hohe Abhängigkeit von der Beschäftigung bei ausländischen Fachkräften sogar eher verhindert. Zudem sind Konflikte im Arbeitsalltag vorprogrammiert: Da nicht alle Aufgaben erledigt werden können, müssen Beschäftigte manche Bereiche vernachlässigen – die unerledigten

Tätigkeiten bleiben dann für die anderen Kolleg*innen liegen.

Während eigentlich strukturelle Bedingungen wie die Ökonomisierung des Gesundheitssystems und daraus folgend die fehlende Bereitstellung von Ressourcen durch die Klinikleitung Ursache der Belastung sind, werden daraus resultierende Konflikte im Arbeitsalltag oft als zwischenmenschliche Auseinandersetzungen wahrgenommen. Sind Kolleg*innen mit Migrationserfahrung beteiligt, werden häufig marginale Ereignisse überbetont und verallgemeinert oder Konflikte ethnisch interpretiert und mit der Herkunft der Kolleg*innen begründet.

Damit werden die ohnehin prekären Arbeitsumstände in Kliniken für Migrant*innen noch verstärkt: Abgedrängt in Bereiche, in denen Spracherwerb oder eine Eingliederung in die Belegschaft kaum möglich sind, wirkt Erwerbsarbeit so eher hinderlich als förderlich auf gesellschaftliche Teilhabe. Schließlich entsteht so noch der Anschein, als seien Menschen mit Migrationserfahrung an ihrer mangelnden Integration in Arbeitsmarkt und Gesellschaft selbst schuld – was wiederum rassistische Denkweisen fördert. Soziale Ausschlussprozesse werden unter diesen Umständen ständig reproduziert. So wird die Belegschaft gegeneinander ausgespielt und in Konkurrenz zueinander gebracht. Diese Vereinzelung stärkt rassistische Vorurteile und

erschwert den gemeinsamen Kampf gegen die wahren Problemursachen und für bessere Arbeitsbedingungen. Ein solidarisches Einstehen für gute Arbeit für Alle kann selektiver Gruppenbildung und rechten Deutungsmustern die Grundlage entziehen.

Du willst mehr darüber wissen, wie Debatten in Betrieb und Gesellschaft durch rechte Interpretationen besetzt werden?

Alle weiteren Themen der Veranstaltungs- und Schriftenreihe findest du auf unserer Website:

www.dgb-bwt.de/wissen-fuer-alle

Alle Texte sind in **folgenden Sprachen** verfügbar: Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Französisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Vietnamesisch.

In Trägerschaft
des:



Im Rahmen des
Bundesprogramms:



Gefördert durch
das:



Administriert durch
das:

