

Michael Quetting

DIE PFLEGE IM AUFBRUCH

ÜBER DIE LEICHTIGKEIT, PFLEGEPERSONEN ZU ORGANISIEREN

Es heißt, die Pflege täte sich schwer, sich zu organisieren. Und schnell sind dafür die passenden psychologischen Erklärungen zur Hand: Wir lesen von christlicher Bestimmung, Pflege sei nicht nur ein Beruf, sondern auch eine Berufung – speziell des weiblichen Geschlechts –, was ein gewisses Maß an Selbstaufopferung quasi voraussetze. Pflegepersonen würden unter einem Helfersyndrom leiden und sich deshalb selten gegen schlechte Arbeitsbedingungen wehren. Aber stimmt das? Sind Pflegepersonen wirklich schwieriger zu organisieren als Verkäuferinnen, als Friseurinnen, Sekretärinnen oder Mathematiklehrerinnen? Wir sollten vorsichtig sein, wenn wir nach Antworten suchen.

Denn: Die momentane Situation in der Pflege ist nicht nur vom Pflegenotstand gekennzeichnet, sondern auch von mutigen, hoffnungsvollen und beispielgebenden Arbeitskämpfen. In Zeiten bescheidener Abwehrkämpfe ist es gelungen, an einer sehr wichtigen Stelle der Daseinsvorsorge in einem Teilabschnitt des Klassenkampfes in die Offensive zu kommen. Die Gewerkschaftsbewegung in den Krankenhäusern ist nicht mehr das Stiefkind gewerkschaftlicher Arbeit. In ihr stecken enormer Schwung und Elan, Chancen und Zuversicht wie in kaum einem zweiten Bereich.

So wurde im Herbst 2021 in Berlin eine beeindruckende Auseinandersetzung zur Entlastung der Beschäftigten von Charité und Vivantes gewonnen. In weiteren 17 Krankenhäusern in Deutschland hat ver.di Entlastungsvereinbarungen erkämpft, dabei wurde in Homburg/Saar, Jena, Augsburg und Mainz Tarifgeschichte geschrieben. Aktuell haben sich die Kolleg*innen von sechs Unikliniken in Nordrhein-Westfalen auf den Weg gemacht, um einen Tarifvertrag Entlastung zu erkämpfen. Von wegen, eine Krankenschwester streikt nicht.

Dennoch lohnt ein Blick in die Organisationsgeschichte der Pflege. Dies soll nicht nur helfen, danach zu fragen, warum der Organisationsgrad in der Pflege im Vergleich zu anderen Bereichen (noch) sehr niedrig ist. Es soll auch aufzeigen, dass und wie die Pflege aktuell in die Offensive geht.

DIE GESCHICHTE DER GEWERKSCHAFTLICH ORGANISIERTEN PFLEGE

Es waren die Gasarbeiter von Berlin, die 1896 eine Gewerkschaft gründeten, die sich ein Jahr später auf alle Beschäftigten des öffentlichen Diensts erstreckte. Dadurch konnten auch Pflegekräfte ab 1897

Mitglied einer Gewerkschaft werden. Ab 1900 existierte eine spezielle Sektion Gesundheitswesen. Der Name der Gewerkschaft war «Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter». Der 1898 gegründete «Verband des Massage-, Bade- und Krankenpflegepersonals» schloss sich 1904 dieser Gewerkschaft an (Dielmann 1989: 30). 1928 wurde die Schwesternschaft der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter gegründet. Das ist die Vorläuferorganisation der Gewerkschaft ÖTV (Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr), die 1949 den Bund freier Schwestern gründete (ebd.: 31).

Man war damit sowohl eine Schwesternschaft und gleichzeitig in die Organisationsstruktur der Gewerkschaft eingebunden. Die Kolleginnen hatten eine eigene Tracht und auch Brosche. Die Schwesternschaft schloss, wie damals üblich, Gestellungsverträge für ihre Mitglieder ab und arbeitete in der Deutschen Schwesterngemeinschaft mit. Innerhalb der Einheitsgewerkschaft, die sich selbstverständlich nach dem Prinzip der Betriebszugehörigkeit organisierte, gab es Fachabteilungen und Fachgruppen. Zwei davon setzten sich ausschließlich aus einer Berufsgruppe zusammen: Neben den Ärzt*innen waren das die Schwestern.

Daraus ergab sich eine ambivalente Mischorganisation zwischen Schwesternschaft und Gewerkschaft. Der Prozess der gewerkschaftlichen Formierung vollzog sich zeitgleich mit der zweiten Welle der Frauenbewegung und einer Kritik an der Vorstellung der Berufung. Bislang hatte die

Frauenfrage in den Gewerkschaften kaum eine Rolle gespielt. Gewerkschaften waren Männervereine: Hier saßen Männer zusammen, rauchten und diskutierten dabei fleißig. Und die Frauen saßen zu Hause. Nur in einem Bereich war das anders: bei den Krankenschwestern.

Trotz Mischorganisation war dieser Bund auch eine Organisation, die durch ihren Einfluss die Neukonzipierung der Krankenpflege in den 1950er- und 1960er-Jahren entscheidend vorantrieb. Der Sonderstatus der Schwesternschaft führte zu einer eigenen Vernetzung und einer erheblichen Aufwertung des Berufs innerhalb der Gewerkschaft ÖTV. Das erklärt die Schrittmacherrolle der ÖTV in der Geschlechterfrage, weil sie die Schwesternschaft im Blick hatte, gleichzeitig wurden aber andere Frauenbereiche vernachlässigt, was für die Gesamtorganisation ein Fehler war.

**GEWERKSCHAFTEN
WAREN MÄNNNERVEREINE:
HIER SASSEN MÄNNER
ZUSAMMEN, RAUCHTEN
UND DISKUTIERTEN
FLEISSIG. NUR IN EINEM
BEREICH WAR DAS
ANDERS: BEI DEN
KRANKENSCHWESTERN.**

Wir waren damals noch weit von unserer heutigen Denkweise entfernt. So war das Thema Streik in Krankenhäusern tabu und man war völlig auf die Solidarität der anderen Kolleg*innen angewiesen, die für die Durchsetzung von Forderungen verantwortlich waren.

VON DEN ERSTEN TARIFLICHEN ERFOLGEN BIS HEUTE

1956 gelang es mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) erstmalig, eine Arbeitszeitverkürzung in der Krankenpflege auf 54 Stunden durchzusetzen (Kreutzer 2005: 195). Mitte der 1960er-Jahre wandelte sich langsam die Bewertung pflegerischer Arbeit. Ein großer Schritt in Richtung Professionalisierung der Krankenpflege erfolgte mit dem Krankenpflegegesetz von 1965. In diese Diskussion brachten sich nicht nur die Gewerkschaft, sondern auch die Berufsverbände ein. Aber die Gewerkschaft war die treibende Kraft in dieser Transformationsphase. Sie gab den Frauen eine Organisationsalternative und langsam konnten Tarifnormen durchgesetzt werden. Die organisierten Krankenschwestern sprachen sich nur für eine «begrenzte Verberuflichung» aus. Erst der wachsende Pflege- notstand führte in Gewerkschaftskreisen ebenso wie in anderen Kreisen zu einem Umdenken.

Im Februar 1988 kam es im Rahmen der Tarifrunde erstmals zu Arbeitsniederlegungen in Großkrankenhäusern. Ein Jahr später rief die ÖTV zum allerersten Krankenhaus-Warnstreik auf. Für 90 Minuten

legten 50.000 Beschäftigte der Krankenhäuser die Arbeit nieder. In der Folge wurde 1992 eine Personal-Pflege-Regelung (PPR) vom Gesetzgeber eingeführt. So wurden immerhin 21.000 Pflegestellen geschaffen. Die Abschaffung der PPR 1997 führte – insbesondere nach der Einführung des Fallpauschalensystems 2003 – zum Abbau von Pflegestellen bei gleichzeitiger Ausweitung der zu versorgenden Fälle. Die Proteste erreichten ihren ersten Höhepunkt im September 2008 mit einer Großdemonstration von 130.000 Krankenhausbeschäftigten in Berlin. In einem bundesweiten «Personalcheck» stellte ver.di in den Kliniken einen Fehlbedarf von 162.000 Beschäftigten fest. Auf Vorschlag der Kolleg*innen aus dem Saarland fand im Juni 2015 die bislang größte Protestaktion im deutschen Gesundheitswesen vor fast allen Krankenhäusern statt: Unter dem Motto «162.000 für 162.000» hielten die Beschäftigten auf Kundgebungen vor ihren Häusern gleichzeitig um 13 Uhr für jede einzelne fehlende Stelle eine Ziffer in die Höhe. Die Proteste gegen den Stellenmangel reichten von der Nordsee bis zum Alpenrand, von Saarbrücken bis Görlitz, und machten deutlich, dass praktisch alle Krankenhäuser aller Träger – öffentliche, private und kirchliche – mit diesem Problem konfrontiert sind.

In den folgenden Jahren forderten die Kolleg*innen der Berliner Charité eine Personalbemessung nach Tarifvertrag. Entwickelt wurde das Konzept des Betten- und Stationsstreiks, das es den Pflegepersonen auf Normalstation erstmals ermöglichte, mit gutem Gewissen zu streiken. Patientengefährdung wurde ausgeschlossen (Latz/Weinberg 2021: 68).

2015 haben wir auf einem Symposium im Saarland die Berliner Erfahrungen ausgewertet und die Idee geboren, 21 saarländische Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft zu einem Entlastungstarifvertrag² aufzufordern. Das setzten wir 2016 in einem Plan mit insgesamt neun «Hürden» unter dem Slogan «Pflegestreik Saar» um. Im Januar 2017 kamen 184 Delegierte aus 184 Teams der 21 Kliniken zu einer Streikkonferenz zusammen und beschlossen, eine große Demonstration in Saarbrücken am 8. März, dem Internationalen Frauentag, zu veranstalten. Das war schon die zweite Großdemo mit über 5.000 Pflegepersonen. Verschiedene Streiks folgten in den unterschiedlichen Kliniken. Dabei gelang es erstmalig in Deutschland, ein katholisches Krankenhaus (in diesem Fall in Ottweiler) zu bestreiken, an verschiedenen Stellen kam es auch zu Verhandlungen und knapp 2.000 Pflegepersonen konnten als Mitstreiter*innen für die Gewerkschaft gewonnen werden. Das führte allerdings nicht dazu, in den konfessionellen Häusern durchsetzungsmächtig zu werden. Im Vorfeld hatte ver.di erklärt, nur dann einen Tarifvertrag Entlastung zu unterzeichnen, wenn mindestens elf Krankenhäuser dazu gezwungen werden könnten, weil ansonsten die kommunalen Krankenhäuser durch die Mehrkosten vom Markt verdrängt worden wären.

2017 und 2018 gelang es an einigen deutschen Kliniken, Entlastungstarifverträge durchzusetzen, es fehlte in der Regel aber an Sanktionsmechanismen, wenn der Notstand nicht beseitigt wurde. Als Konsequenz aus den bisherigen Auseinandersetzungen an der Saar entschied sich ver.di,

den Kampf auf die landeseigene Universitätsklinik zu konzentrieren. Dadurch ließ sich zusätzlicher Druck auf die politischen Verantwortlichen ausüben und die Unterstützung aus der Zivilgesellschaft war am besten zu organisieren. Im Herbst 2018 konnte am Universitätsklinikum des Saarlands (UKS) erstmals in der Bundesrepublik ein Durchbruch erzielt werden: Der vereinbarte Vertrag legt fest, dass Beschäftigte, die in unterbesetzten Schichten arbeiten müssen, «Belastungstage» gutgeschrieben bekommen. Ab einer bestimmten Zahl von Belastungstagen entsteht ein individueller Anspruch auf einen zusätzlichen freien Tag. Erstmals gibt es damit deutlich spürbare Sanktionen, die zur Einhaltung der Schichtbesetzungen «motivieren». Dies wurde in einer «Schuldrechtlichen Vereinbarung» niedergeschrieben. 2019 wurde an der Unimedizin in Mainz eine deutlich bessere Vereinbarung als ein Entlastungstarifvertrag erkämpft. Ähnliche Regelungen gibt es mittlerweile auch in Augsburg und Jena und wurden in dem langen Kampf der Berliner Krankenhausbewegung auch bei Charité und Vivantes erkämpft.

Mit diesen Kämpfen schrieben wir Tarifgeschichte und die Gewerkschaft ver.di wurde ihrer Rolle als Vorkämpferin für die Rechte der Pflegepersonen gerecht. Heute sind knapp 400.000 Kolleg*innen bei ver.di im Fachbereich Gesundheit organisiert. Die größte Gruppe unter ihnen sind die Pflegepersonen.

² Im Ringen um mehr Personal und Entlastung nutzte ver.di ab 20215 auch die tarifliche Schiene und betrat damit Neuland, weil es letztlich ja um politische Entscheidungen geht und sich die Krankenhausleitungen ihr Direktionsrecht nicht beschneiden lassen wollen.

WIE SCHLECHT IST DENN NUN DER ORGANISATIONSGRAD?

Festzuhalten ist: Pflegepersonen haben sich organisiert und haben an der Entwicklung des Berufsbilds mitgearbeitet. 1962 zählte der Bund freier Schwestern 10.421 Mitglieder (Dielmann 1989: 59), 60 Jahre später hat sich diese Zahl um den Faktor zehn erhöht. Im Juni 2020 belief sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege auf 1,7 Millionen, darunter 615.000 Altenpflegekräfte sowie 1,1 Millionen Krankenpflegekräfte. Demnach müssen wir von knapp sechs Prozent Gewerkschaftsmitgliedschaft ausgehen. Selbst wenn wir die anderen, sich Gewerkschaft nennenden Verbände und die Berufsverbände hinzuzählen, wird die Zahl kaum über zehn Prozent steigen. Der Organisationsgrad kann folglich nicht zufriedenstellen.

1962 hatte der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) 6,43 Millionen Mitglieder, 5,85 waren es 2020. Ohne Berücksichtigung des Zugewinns durch die neuen Bundesländer ist das ein allgemeiner Rückgang von 7,14 Prozentpunkten, während die Pflege um etwa 1.000 Prozent an Organisationsstärke gewonnen hat. Der durchschnittliche Organisationsgrad über alle Branchen sinkt in Deutschland seit Jahren. Der Brutto-Organisationsgrad ist definiert als das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der Gewerkschaftsmitglieder (einschließlich Rentner*innen, Arbeitslosen, Studierenden etc.) und der Zahl der abhängig erwerbstätigen Arbeitnehmer*innen (der Netto-Organisationsgrad

würde dagegen ausschließlich abhängig beschäftigte Gewerkschaftsmitglieder berücksichtigen). 2020 lag der Brutto-Organisationsgrad bei 14,3 Prozent (Greef 2021). Wenn wir diese 14,3 Prozent im Verhältnis zu den sechs Prozent sehen, stimmt die Aussage, dass die Pflege schlecht organisiert ist, zwar immer noch, aber die Zahl relativiert sich angesichts der rasanten Entwicklung: Während die Gewerkschaft ver.di einen generellen Mitgliederrückgang zu verzeichnen hat, steigen die Mitgliederzahlen im Gesundheitsbereich seit Jahren kontinuierlich an.³

DIE PFLEGE IST WEIBLICH

Die im 19. Jahrhundert gefundene Organisationsform der Mutterhäuser bot als Kirchenamt unverheirateten Frauen eine Krankenpflegeausbildung als Gehilfin des Arztes. Dies entsprach der kleinbürgerlichen, auf den Mann ausgerichteten Familie und verhinderte die Selbstständigkeit und ökonomische Unabhängigkeit von Frauen. Bestimmte bürgerliche moralische Postulate von angeblichen Charaktereigenschaften von Frauen wurden auf die Krankenschwester übertragen. Sie sollte entsagen und sich hingeben, sie sollte selbstlos sein und sich aufopfern.

³ Ausgenommen sind allerdings die Alten- ebenso wie die ambulante Pflege. In den 14.700 ambulanten Diensten mit 422.000 Beschäftigten und in den 15.400 Pflegeheimen mit 797.000 Beschäftigten werden uns die Türen ja nicht geöffnet. Nur 23,8 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege sind in Einrichtungen tätig, in denen ein Betriebs-/Personalrat oder eine Mitarbeitervertretung existiert.

Als dann um die Jahrhundertwende eine Alternative zum Mutterhaussystem die kirchliche Enge zwar aufbrach, prägte dennoch das Leitbild «Liebesdienst» noch bis in die 1950er-Jahre die Arbeits- und Lebensbedingungen der Schwestern (Kreutzer 2005: 8). Die Weiblichkeitsideologien wurden als Berufsethik getarnt und sollten die Schwester zu einem gehorsamen und sich unterordnenden Objekt machen. Gleichzeitig wurde damit der Arbeitscharakter verschleiert.

Mit dem Anstieg der Berufstätigkeit von Frauen und dem zunehmenden Einfluss der Frauenbewegung wurde die Kritik an patriarchalen Strukturen lauter. Dadurch änderte sich auch die Herangehensweise der Gewerkschaften und man erkannte das innovative Potenzial der Frauen für die eigene Organisation. Trotzdem ist der Frauenanteil in den Gewerkschaften weiterhin zu niedrig. Frauen stellen nur 37 Prozent aller Gewerkschaftsmitglieder, aber 46 Prozent der abhängig Beschäftigten. Da Männer häufiger Vollzeit arbeiten als Frauen, zeigt sich beim Vergleich der Beschäftigungsformen ein ähnliches Bild wie beim Geschlechtervergleich. Der Organisationsgrad ist bei Vollzeitbeschäftigten mit 18,3 Prozent um fast vier Prozentpunkte höher als bei Teilzeitbeschäftigten.

Halten wir fest: Frauen sind schlechter organisiert als Männer und entsprechend unterrepräsentiert in den Gewerkschaften. Obwohl fast die Hälfte der Erwerbstätigen hierzulande Frauen sind, stellen sie in den Mitgliedsgewerkschaften des DGB mit etwa einem Drittel nach wie vor eine Minderheit dar. Wenn die Lage der gewerkschaft-

lichen Frauen unbefriedigend ist, dann ist sie das logischerweise auch in dem «Frauenberuf Pflege». Allerdings zeichnet sich im Bereich des Handels eine ähnliche Problematik ab. Der unbefriedigende Organisationsgrad ist also offensichtlich weniger in der Mentalität der Pflegepersonen zu suchen.

Vielmehr hat der niedrige Frauenanteil in den Gewerkschaften etwas mit den neuen Beschäftigungsverhältnissen von Frauen zu tun. Sie arbeiten größtenteils in betriebsrats- und gewerkschaftsfreien Kleinbetrieben, privaten, tariffreien Dienstleistungsfirmen und in prekären Beschäftigungsverhältnissen. Diese Faktoren stellen häufig ein Hindernis für die Rekrutierung und dauerhafte Bindung von Frauen an die Gewerkschaft dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Betrieb weder einen Betriebsrat noch aktive Gewerkschaftsmitglieder gibt, was vor allem in großen Teilen der privaten sozialen Dienste und der kirchlichen Einrichtungen der Fall ist. Im Hinblick auf das Qualifikationsniveau und Selbstbewusstsein – Aspekte, die früher einem gewerkschaftlichen Engagement von Frauen oftmals entgegenstanden – hat der gesellschaftliche Wandel zu einer Angleichung geführt.

Folglich liegt die zentrale Herausforderung für eine stärkere gewerkschaftliche Organisation von Frauen gegenwärtig in weiblich dominierten Tätigkeitsfeldern mit hohem Beschäftigungswachstum ohne Betriebsrats- und Gewerkschaftsstrukturen – wie etwa in den Care-Berufen. Die Gewerkschaften müssen ihr Frauendefizit konsequenter angehen, wenn sie eine an-

dere Politik realisieren wollen. Es muss eine «Vergewerkschaftung» frauendominierter Sektoren gelingen. Dies ist eine Aufgabe, die insbesondere die Pflegepersonen und die Beschäftigten in den anderen Sorgebereichen bewältigen müssen. Die Gewerkschaften haben es versäumt, sich rechtzeitig an die veränderten Betriebs- und Arbeitsmarktstrukturen anzupassen. Zu lange haben sie sich auf ihre korporatistische Einbindung verlassen und sich an ihrer Kernklientel – dem männlichen Facharbeiter in der Industrie – orientiert.

Wir sehen: Der Organisationsgrad ist zwar schlecht, aber auch nicht viel schlechter als in anderen «Frauenberufen» mit ähnlichen oder gleichen Strukturbedingungen. Im Gegenteil: In der Pflege ist eine positive und gegenläufige Entwicklung im Vergleich zum allgemeinen Trend festzustellen.

Mit ihrer empirischen Studie zog Anna Zill (2017) auch die Thesen vom Helfersyndrom bei Pflegenden und bei Frauen in Zweifel. Zill arbeitete heraus, dass sich Studierende der Sozialen Arbeit und der Informatik in ihren psychischen Dispositionen entgegen allen Erwartungen nicht voneinander unterscheiden (ebd.: 77). Darüber hinaus prüfte Zill auch die Hypothese, ob Geschlecht und Helfersyndrom miteinander korrelieren. Und auch hier konnte sie keinen Zusammenhang feststellen (ebd.). Trotzdem spielt offenbar das Berufsethos eine wichtige Rolle. Luigi Wolf hat 2013 darauf hingewiesen, dass in der Gesundheitsindustrie eine spezifische herrschaftssichernde Form der Subjektivierung von Arbeit zu finden ist. Das

**DIE WEIBLICHKEITS-
IDEOLOGIEN WURDEN
ALS BERUFSETHIK
GETARNT UND SOLLTEN
DIE SCHWESTER ZU
EINEM GEHORSAMEN
UND SICH UNTERORD-
NENDEN OBJEKT
MACHEN.**

Berufsethos wird in den besonderen Konkurrenzsituationen genutzt, um mittels wahrer Aufopferung zu enormen Leistungen zu kommen, um das System aufrechtzuerhalten (Wolf 2013). Die intrinsische Motivation steht dabei in direktem Widerspruch zu der Wahrnehmung im beruflichen Alltag. Die Unterordnung unter den Markt, das Primat der Ökonomie ist damit nicht in Übereinstimmung zu bringen. Dieser Widerspruch bedarf einer Auflösung. Individuell ist deshalb oftmals die «Flucht aus dem Beruf» als Ausweg sichtbar – sei es, indem eine andere Arbeit angenommen wird, sei es, dass in die Teilzeit geflohen wird. Sophia Zender macht deutlich, dass Altruismus im Neoliberalismus in einer Verweigerungshaltung zum Ausdruck kommt: Gerade in sozialen Berufen wie der Krankenpflege ist davon auszugehen, dass für die Beschäftigten die Berücksichtigung des Allgemeinwohls bzw. des Wohls der zu Pflegenden oder zu Betreuenden entscheidend dafür ist, dass sie sich an einem Arbeitskampf beteiligen (Zender 2014: 10).

DIE ORGANISIERUNG DES SUBJEKTS

Die Pflegeperson wird immer mehr zum Subjekt der Kämpfe um die Sorge. Objektiv verfügt sie über spezielle organisatorische Fähigkeiten und kollektive Fertigkeiten im Sozialraum Pflege team. Die subjektiv geschaffenen ökonomischen Rahmenbedingungen durch das DRG-System machen objektiv die Pflegepersonen zu den Leidtragenden der neoliberalen Ausrichtung des Gesundheitswesens. Ihnen fällt gleich-

zeitig aber auch objektiv eine aktive Rolle bei der Bestimmung des Werts der Arbeitskraft aller Beschäftigten zu. Von ihnen geht ferner die Fähigkeit aus, in der gesamten Gesellschaft einen gewissen Enthusiasmus auszulösen, weil sich in der sozialen Lage der Pflege eben nicht nur ein besonderes Übel, sondern vielmehr der allgemeine Notstand der Gesellschaft zeigt. Die Ansprüche der Pflegekräfte sind Ansprüche aller abhängig Beschäftigten. Deutlich wurde das unter anderem auch in den Bündnissen, die wir rund um die Auseinandersetzung schmieden und stärken konnten.

Bleibt nur noch die Frage, wie es gelingen kann, diese objektiven Begebenheiten subjektiv zum realen Faktor werden zu lassen. Dabei sind drei Faktoren zentral, auf die ich im Folgenden eingehen möchte: die Organisation des Teams, die Suche nach organischen Führungspersönlichkeiten und das System der Teamdelegierten.

MIT BLICK AUF DAS TEAM

Um einen nachhaltigen Widerstand und gewerkschaftliches Engagement entwickeln zu können, ist das Verhältnis zwischen Kollektivität und Individualität entscheidend. Die Kämpfe für Entlastung zeichnen sich dadurch aus, dass wir als Gewerkschaft versuchen, Kollektive bzw. Teams zu aktivieren. Hier ist eine Besonderheit der Arbeit in der Pflege von Vorteil: Pflegepersonen sind gewöhnt, in Teams zu arbeiten; sie müssen gut organisiert sein und mit vielen anderen Gruppen und Personen kommunizieren. Diese, ich nenne

sie «ursprüngliche Solidarität», ist schon ein wichtiger Schritt hin zur Vernetzung und zu der Erkenntnis, dass es sinnvoll ist, sich in einer Interessengemeinschaft solidarisch zu verbinden. Helfen zu wollen und Solidarität gehören zusammen.

Wir haben im Saarland eine sogenannte Ultimatumsstrategie entwickelt, die unter anderem das Kommunikationsdilemma bezogen auf die Realisierung von einfach nachvollziehbaren Forderungen innerhalb von konkreten Zeitfenstern auflöst: Teams fordern ultimativ Maßnahmen zur Entlastung ein und drohen damit, andernfalls freiwillige Leistungen – wie das Einspringen außerhalb des Dienstplans – zu verweigern. Das erfordert nicht nur die intensive Einbeziehung der einzelnen Individuen innerhalb der beteiligten Abteilungen und geschützte Gesprächssituationen in den Teams, sondern greift einen strukturellen Missstand auf, denn die Erfahrung zeigt, dass ein reibungsloser Ablauf im Krankenhaus darauf angewiesen ist, dass sich Pflegekräfte über ihre arbeitsvertraglichen Pflichten hinaus engagieren. Hier ansetzend versucht die Methode der Ultimativen, die gestiegene Produktionsmacht der Pfl-

genden zu nutzen, um aus der disziplinierenden Form der Kollegialität eine Solidarität zu entwickeln, das heißt, die «auf den Kopf gestellte» Solidarität «wieder auf die Füße» zu stellen (Behruzi 2018).

Neben dem Ziel, Mitglieder zu gewinnen, ermöglicht es dieser gewerkschaftliche Ansatz vor allem, aus der passiven Einwegkommunikation und der Stellvertreterpolitik herauszukommen. Das Team steht im Zentrum der indirekten Steuerung im modernen Krankenhaus. Es ist für gewerkschaftliche Organisationsprozesse möglich und nötig, die Teams zu widerständigen und handlungsfähigen Einheiten aufzubauen, die zusammen die Bewegung tragen können.

Die Teams sind häufig durch die gemeinsame Bewältigung der Arbeitsprozesse zusammengewachsen. Natürlich gibt es auch Teams, bei denen die Chemie nicht stimmt. Dennoch führt die Arbeitsbelastung und das Aufeinander-angewiesen-Sein im Normalfall dazu, dass die Teams enge soziale Zusammenhänge herausbilden. Dieser Zusammenhang ist ein Schlüssel für gewerkschaftliche Organisationsprozesse.

**DIE «URSPRÜNGLICHE SOLIDARITÄT» IST EIN
WICHTIGER SCHRITT HIN ZUR VERNETZUNG UND DAZU,
SICH SOLIDARISCH ZU VERBINDEN.**

Teams haben eine eigene Geschichte, die für eine Organisierungsperspektive wichtig ist und erzählt und erfahren werden muss. Sie setzen sich aus unterschiedlichen Sozialtypen und Persönlichkeiten zusammen, die im Hinblick auf die Widerständigkeit des Teams verschiedene Rollen einnehmen können. Es gibt auch eine klare Generationenschichtung: In der Regel sind eher die älteren Kolleg*innen gewerkschaftlich organisiert, die Generation der 20- bis 40-Jährigen hatte mit Gewerkschaften bislang nur wenig zu tun.

Das Potenzial der Teams zu nutzen gelingt dann in einem großen Umfang, wenn sich die gewerkschaftliche Seite mit einer authentischen Geschichtenerzählung der Pflegekräfte selbst «in Szene setzt». So haben wir in Homburg mit der «Streikberei-»-Fotoaktion mit 139 Teamfotos eine große Reichweite in den sozialen Netzwerken erzielt. In Mainz gelang es mit zwei Stärketests, jeweils mehr als die Hälfte der Betroffenen zu einer Positionierung – per Unterschrift oder Foto – zu bewegen (zur Methode der Stärketests siehe MvAlevy 2016).

AUF DER SUCHE NACH DER ORGANISCHEN FÜHRUNGSPERSON

In (fast) jedem Team gibt es eine «organische Führungspersönlichkeit» (McAlevy 2016). Diese Kollegin (oder dieser Kollege) kombiniert große fachliche Kompetenz und eine hohe Identifikation mit ihrem Beruf mit einer starken Autorität im Team. Diese Person ist häufig zwischen

25 und 40 Jahre alt und hat sich entschieden, den Beruf nicht zu verlassen. Sie ist nur selten gewerkschaftlich organisiert. Wenn sie schon Mitglied ist, ist dieses Engagement für sie in der Regel nicht das Vehikel, um ihre Ansprüche an die Arbeit zu verwirklichen. Stattdessen investiert sie viel Zeit in das Binnenleben des Teams und in die Einarbeitung und Betreuung neuer Kolleg*innen. Diese Schlüsselperson zu identifizieren und zu begeistern ist die wichtigste Voraussetzung, um ein Team in der Tiefe organisieren zu können. Dies wäre ohne Organizer*in, also für eine*n Ehrenamtliche*n, nicht möglich gewesen – allein aufgrund des enormen Zeitaufwands und der Flexibilität der Ansprache. Viele der Einsätze und Gespräche mit den «Komplizinnen» fanden dann auch an einem neutralen Ort oder nachts und am Wochenende statt.

An der Universitätsklinik in Homburg zum Beispiel wollten wir, so der Plan 2016, insgesamt 62 Tarifberater*innen gewinnen, wobei wir als Anforderung nur den Besitz eines Handys voraussetzten. Wir hatten bis Mitte 2017 insgesamt 145 Tarifberater*innen an der Uniklinik, mit denen wir die Arbeit per SMS und sozialen Medien beginnen konnten.

Im Verlauf der Kampagne benannten wir die Tarifberater*innen in Teamdelegierte um und versuchten, durch die sehr engmaschige Betreuung dieser Führungspersönlichkeiten in den Teams Prozesse in Gang zu setzen. Am Anfang standen meist niedrigschwellige Aktionen wie ein Foto im Team oder eben der Besuch eines bzw. einer Organizer*in oder Aktivist*in in ei-

ner Übergabe. Offene Briefe, Videos oder ein Facebook-Post, in dem sich das eigene Team wiederfindet, sind viel wert. Diese Methoden haben wir mehrmals erfolgreich angewandt.

DIE TEAMDELEGIERTEN WERDEN ZU SUBJEKTEN

Wenn ein Streik vorbereitet wird, wirft er in jedem Team seine Schatten voraus: Die Aufregung steigt und die Diskussionen nehmen zu. In dieser Situation ist es entscheidend, dass das Team zu einer gemeinsamen Willensbekundung kommt. Gelingt dieser Schritt, kann das Team als handelnde Einheit gemeinsam in Aktion treten – was bis zu von der Leitung erzwungene Betten- oder Stationsschließungen führen kann.

Eine erfolgreiche Tarifbewegung hängt aber nicht nur von handlungsfähigen Teams, sondern immer auch von Einzelpersonen ab. Die Frage ist dabei, inwiefern einzelne Kolleg*innen zu Aktiven werden und beginnen, für die gesamte Bewegung Verantwortung zu übernehmen. Die Kombination aus hoher Verbindlichkeit («von jeder Station ein*e Delegierte*r») und der realen Mitsprache in der Tarifbewegung hat sich als tragfähig und eingängig erwiesen.

Im Laufe der Auseinandersetzung am UKS – und dann mit deutlich gestärktem Selbstbewusstsein an der Unimedizin in Mainz – erlangten die Teamdelegierten eine immer größere Bedeutung. Schon während der Proteste anlässlich des Versuchs, die Streikbewegung zu illegalisieren, in-

dem man unser Anliegen durch ein Gericht verbieten wollte, übernahmen immer mehr Aktive verantwortungsvolle Aufgaben und schickten eine ausgewählte Kollegin zur Unterstützung unseres Landesfachbereichsleiters nach Berlin zur Gerichtsverhandlung.

Für viele sehr motivierend waren die Vorbesprechungen zur Verhandlungsführung und unser Erfolg, dass der Arbeitgeber Teamdelegierte für die Verhandlungen freistellen musste. Bewusst banden wir auch einen Organizer in die Verhandlungen mit ein und gewährleisteten so einen direkten Wissenstransfer in die Verhandlungskommission.

Während der 20-stündigen Hauptverhandlung in Homburg gelang es, eine sehr intensive und ständige Rückkopplung zwischen unserer Verhandlungskommission, den Teamdelegierten und der Streikleitung herzustellen. Dies hatte einen doppelten Effekt. Einerseits konnten dadurch wichtige Punkte im Austausch zwischen Delegierten und Kommission entwickelt werden – wie die Idee zu den Belastungstagen, die Level-1-Zulage für die Hebammen und die Sonderideen für den OP-Bereich. Andererseits stärkten die Unterbrechungen und Beratungen in der Nacht den Verhandelnden den Rücken, da die sich immer auf den Druck der Teamdelegierten berufen konnten, die streikbereit im Nebenraum saßen.

Dieser Methode ist die hohe Zustimmung der Delegierten und der Tarifkommission zum komplizierten Verhandlungsergebnis zu verdanken. Das erfolgreiche Agieren

war nur durch das vertrauensvolle Zusammenspiel zwischen Organizing, Sekretär und Landesfachbereichsleiter möglich.

Das Teamdelegiertensystem, das wir im Zuge der Auseinandersetzungen am Universitätsklinikum geschaffen haben, stellt eine neue Form der Partizipation der Beschäftigten dar. Als gestaffeltes und flexibles System ist es ein effektives Instrument der demokratischen Teilhabe und Mitbestimmung, das die ständige Einbeziehung der Basis gewährleistet. Die enge Einbindung der Teamdelegierten in die Verhandlungen hat zudem zur Stärkung und Vereinheitlichung der Position im Verhandlungsprozess geführt.

Wo auch immer wir in den letzten Jahren diese Kämpfe in der Bundesrepublik geführt haben, sei festgehalten: Wir experimentieren zurzeit unter schwierigen Bedingungen mit neuen Arbeitskampftaktiken. Dabei hat ver.di gezielt und auch mit erheblichen materiellen Mitteln die Methode «Machtaufbau durch Organizing» (McAlevy) erfolgreich eingesetzt. Diese Kämpfe sind mit dem neoliberalen Umbau verbunden und reflektieren grundlegende Veränderungen der Geschlechterbeziehungen. Der Kampf für bessere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen ist gewerkschaftliche Politik nicht nur gegen schlechte Bezahlung in sogenannten Frauenberufen, sondern auch für die gesellschaftliche Anerkennung von Care-Arbeit. Dabei besteht die begründete Hoffnung, dass wir Ansätze einer emanzipatorischen gesellschaftlichen Entwicklung erleben und diese gerade ausprobieren und weiterentwickeln.

DER GEWERKSCHAFTLICHE KAMPF FÜR BESSERE ARBEITSBEDINGUNGEN RICHTET SICH NICHT NUR GEGEN SCHLECHTE BEZAHLUNG, SONDERN TRITT FÜR DIE GESELLSCHAFTLICHE ANERKENNUNG VON CARE-ARBEIT EIN.

LITERATUR

Behruzi, Daniel (2018): Kampfmethode Ultimatum. Von disziplinierender Kollegialität zu widerständiger Solidarität. Fallbeispiele aus dem Gesundheitswesen, in: Industrielle Beziehungen 4/2018, S. 494–469.

Dielmann, Gerd (1989): Interessenvertretung – Pflegegewerkschaft – Ja oder Nein?, in: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe 59, S. 29–34.

Greef, Samuel (2021): DGB-Gewerkschaften in Zahlen 2021, in: Bits & Pieces – Online 1/2021, unter: www.samuel-greef.de/gewerkschaften.

Kreutzer, Susanne (2005): Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945, Frankfurt a. M./New York.

Latza, Jan/Weinberg, Harald (2021): Pflegenotstand, Ökonomisierung und Widerstand. Klassenkämpfe in der Krankenpflege, in: Z. Zeitschrift Marxistische Erneuerung 125, S. 63–75.

McAlevey, Jane (2016): Keine halben Sachen. Machtaufbau durch Organizing, Hamburg.

Wolf, Luigi (2013): «Patienten wegstreiken». Arbeitskämpfe an der Charité, LuXemburg Online, unter: <https://zeitschrift-luxemburg.de/artikel/patienten-wegstreiken-arbeitskaempfe-an-der-charit-2/>.

Zender, Sophia (2014): Streiken bis das Patriarchat kommt. Der Arbeitskampf der Pflegekräfte an der Berliner Charité, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Studien 6/2014, Berlin.

Zill, Anna (2017): Helfersyndrom und Soziale Arbeit. Eine empirische Studie unter Studierenden der TH Köln, Bd. 7 der Reihe «Ausgezeichnet!». Nominierte und prämierte Abschlussarbeiten an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Köln, Köln.

JULIA DÜCK UND JULIA GARSCHA (HRSG.)

AUS SORGE KÄMPFEN

VON KRANKENHAUSSTREIKS,
SICHERHEIT VON PATIENT*INNEN
UND GUTER GEBURT



INHALT

Julia Dück und Julia Garscha Aus Sorge kämpfen Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt Vorwort	3
Michael Quetting Die Pflege im Aufbruch Über die Leichtigkeit, Pflegepersonen zu organisieren	9
Julia Dück Gewerkschaftliche und feministische Kämpfe Hand in Hand? Was Kapitalismus und Geschlecht mit Pflegestreiks zu tun haben	23
Interview mit Dana Lützkendorf, Lisa Schandl und Anja Voigt «Ich rette dein Leben. Mehr ist nicht drin» Auswirkungen der Fallpauschalen auf Arbeitsbedingungen und eine gute Versorgung in der Krankenpflege	39
Rede von Isabel Janke «Unsere Geduld ist zu Ende!»	49
Interview mit Ruth Hecker «Kein Flugzeug fliegt ohne Co-Pilot*in» Warum die Sicherheit von Patient*innen gefährdet ist, wenn Personal im Krankenhaus fehlt	53

Tina Jung Ökonomisierung des Gesundheitssystems und Auswirkungen auf die Geburtshilfe	59
Interview mit Luisa Hahn, Denise Klein-Allermann, Karla Laitko und Nina Negi «Wenn wir nicht genug Zeit haben, muss die Maschine übernehmen» Geburtshilfe im Kreißaal unter den Bedingungen von Fallpauschalen	77
Interview mit Katharina Desery «Frauen fühlen sich wie Objekte» Personalmangel im Kreißaal und beschleunigte Geburten	87
Zu den Autor*innen	93

ZU DEN AUTOR*INNEN

Katharina Desery ist Gründungsmitglied bei Mother Hood e.V., einer Elterninitiative, die sich seit 2015 für sichere Geburten und eine bessere Versorgung in der Geburtshilfe einsetzt. Seit 2017 ist sie im Vorstand und als Pressesprecherin des Vereins tätig. Sie lebt mit Mann, drei Kindern und Hund in der Nähe von Köln.

Julia Dück ist Referentin für soziale Infrastrukturen, verbindende Klassenpolitik, Gesundheit und Care am Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Sie hat an der Friedrich-Schiller-Universität Jena zu Kämpfen um Sorgearbeit und der Krise der sozialen Reproduktion promoviert und engagiert sich in feministischen Kämpfen und solchen um soziale Infrastrukturen.

Julia Garscha ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bundestagsbüro von Cornelia Möhring der Fraktion DIE LINKE und arbeitet schwerpunktmäßig zu reproduktiver Gerechtigkeit und globaler Gesundheit. Sie ist aktiv in sozialen Bewegungen und hat mit dem Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite die Berliner Krankenhausbewegung begleitet.

Luisa Hahn ist Hebammenauszubildende im dritten Lehrjahr an der Charité. Vor der Hebammenausbildung hat sie einen Bachelor in Sozial- und Kulturanthropologie gemacht. Luisa engagiert sich für bessere Bedingungen in der Geburtshilfe im Rahmen der Berliner Krankenhausbewegung und berufspolitisch bei den Jungen & werdenden Hebammen (JuWeHen) im Deutschen Hebammenverband (DHV).

Ruth Hecker ist Vorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Sie ist Fachärztin für Anästhesiologie und Chief Patient Safety Officer, Universitätsmedizin Essen. Zuvor war sie viele Jahre Leiterin des Bereichs Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement der Universitätsklinik Essen.

Isabel Janke solidarisiert sich als Angehörige einer bei Vivantes verstorbenen Patientin mit der Berliner Krankenhausbewegung, um aus dieser Perspektive auf die drastischen Auswirkungen des Pflegenotstands und der Profitorientierung im Krankenhauswesen aufmerksam zu machen. Isabel hat einen Magisterabschluss in Kulturwissenschaften und Europäischer Ethnologie und arbeitet unter anderem als Musiktherapeutin in Berliner Pflegeheimen.

Tina Jung ist derzeit Marianne-Schminder-Gastprofessorin mit Teildennomination Geschlechterforschung am Institut für Gesellschaftswissenschaften der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Sie hat mit einer Arbeit über Kritik als demokratische Praxis in der Politikwissenschaft promoviert und arbeitet zu Gewalt gegen Frauen* und Gewalt in der Geburtshilfe, Gesundheit, Care, kritischen und feministischen Gesellschaftstheorien.

Denise Klein-Allermann arbeitet seit fünf Jahren als Hebamme bei Vivantes. Sie ist Teil der Bewegung für Entlastung und mehr Personal im Krankenhaus und hat als Mitglied der Tarifkommission in enger Kooperation mit Hebammen aller Vivantes-Häuser die Eckpunkte für den Tarifvertrag Entlastung mit verhandelt.

Karla Laitko arbeitet seit einem Jahr als Hebamme bei Vivantes. Sie engagiert sich berufspolitisch und hat als Bundesdelegierte die Jungen & werdenden Hebammen (JuWeHen) im Deutschen Hebammenverband (DHV) mit aufgebaut. Außerdem ist sie Teil der Berliner Krankenhausbewegung und kämpft dort für eine bessere Versorgung in Berliner Krankenhäusern – und das nicht nur für die Kreißsäle.

Dana Lützkendorf ist Intensivpflegerin an der Charité und Vorsitzende im Gesamtpersonalrat. Sie ist seit Jahren aktiv in den Auseinandersetzungen für Entlastung und mehr Personal im Krankenhaus, Mitglied bei ver.di und Vorsitzende im Bundesfachbereichsvorstand.

Nina Negi ist Hebammenauszubildende im dritten Lehrjahr in Berlin und ist Regionsvertreterin der Jungen & werdenden Hebammen (JuWeHen), der Jungorganisation des Deutschen Hebammenverbands (DHV). Mit der Berliner Krankenhausbewegung kämpft sie für eine gute Versorgung in der Geburtshilfe und bessere Bedingungen für Hebammen.

Michael Quetting ist Krankenpfleger und war von 2008 bis zu seiner Rente Gewerkschaftssekretär bei ver.di im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen und schließlich ver.di-Pflegebeauftragter Rheinland-Pfalz-Saarland (bis Ende 2021). Er ist Vorsitzender der Peter-Imandt-Gesellschaft, der Landesstiftung der Rosa-Luxemburg-Stiftung im Saarland.

Lisa Schandl macht aktuell eine Ausbildung zur Krankenpflegerin an der Charité. Als Auszubildende hat sie sich an den Auseinandersetzungen der Berliner Krankenhausbewegung aktiv beteiligt und für eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen gekämpft.

Anja Voigt ist Intensivpflegerin im Vivantes-Klinikum Neukölln und im Betriebsrat. Sie war Teil der Tarifkommission während der Verhandlungen zum Tarifvertrag Entlastung 2021 und ist seit Jahren aktiv für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, unter anderem im Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite.

IMPRESSUM

luxemburg beiträge Nr. 9
wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Henning Heine
Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISSN 2749-0939 · Redaktionsschluss: Februar 2022
Titelmotiv: picture alliance/SZ Photo | Mike Schmidt
Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin
Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation
Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100 % Recycling

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.
Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.