

STUDIEN

SOPHIA ZENDER

STREIKEN BIS DAS PATRIARCHAT KOMMT

**DER ARBEITSKAMPF DER PFLEGE-
KRÄFTE AN DER BERLINER CHARITÉ**

SOPHIA ZENDER hat in Trier Politikwissenschaften und Romanistik studiert.
Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Arbeit, Care-Ökonomie und Geschlechterverhältnisse.

IMPRESSUM

STUDIEN wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
und erscheint unregelmäßig

V. i. S. d. P.: Martin Beck

Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2194-2242 · Redaktionsschluss: Juni 2014

Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

INHALT

Vorwort	5
Einleitung	6
1 Prozesse der Prekarisierung und des Widerstands in der Pflegebranche.	8
1.1 Die Auseinandersetzungen um gute Pflege an der Berliner Charité seit 2011	8
1.2 Die Ökonomisierung der Krankenpflege und ihre Folgen	9
2 Warum ist die Pflege eigentlich eine weibliche Aufgabe? Eine kleine Genealogie der geschlechtlichen Arbeitsteilung	12
2.1 Die Modernisierung des Patriarchats und das Verhältnis von Lohnarbeit und Hausarbeit.	12
2.2 Wie die bürgerliche Frau zur Krankenschwester wurde	13
2.3 Das Verhältnis von Dienen und Fordern oder Pflege als <i>gendered job</i>	14
3 Geschlechtsspezifische Machtverhältnisse im Krankenhaus zwischen Transformation und Reproduktion.	16
3.1 Grenzverschiebungen	16
3.2 Grenzen des Widerstands	18
4 Agenda der Zukunft: Verallgemeinerung des Pflegeethos.	21
Literatur	23
Anhang	26

VORWORT

Spätestens seit den 1970er Jahren haben sich im Kontext der Hausarbeitsdebatte Frauen systematisch mit dem Arbeitsbegriff und ihrer doppelten Vergesellschaftung als lohnabhängig und weiblich auseinandergesetzt.¹ Sowohl durch marktvermittelte Lohn- als auch durch geschlechtsspezifisch vermittelte Hausarbeit tragen sie so auf zweifache Art und Weise zur gesellschaftlichen Ökonomie bei. Die unter diesen gesellschaftlichen Produktionsverhältnissen entstandenen Geschlechterverhältnisse strukturieren sich hierbei vorwiegend entlang der beiden Sphären von Produktion und Reproduktion, wobei sich im Zuge der Globalisierung und einer veränderten internationalen Arbeitsteilung auch Verschiebungen bei der geschlechtlichen Arbeitsteilung feststellen lassen. So ist einerseits eine zunehmende Ethnisierung der Reproduktionsarbeit und damit eine tendenzielle Aufhebung der Verbindung «weiße Frau» und häusliche Tätigkeiten zu beobachten. Gleichzeitig macht sich andererseits im Zuge des Rückgangs staatlicher Investitionen in den öffentlichen Sektor eine Verschärfung der herkömmlichen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und des damit einhergehenden Geschlechterregimes bemerkbar. Dies vor allem deswegen, weil vielfach nicht nur Frauenarbeitsplätze in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäuser, Kindergärten oder Schulen von niedrigen Löhnen betroffen sind und damit eine weitere Abwertung weiblicher oder als typisch weiblich gelten-

der Arbeit verbunden ist, sondern weil darüber hinaus mehrheitlich Frauen vor der Herausforderung stehen, vormals staatlich organisierter Leistungen und Dienste kompensieren zu müssen.² Während sich daher gut verdienende Frauen mithilfe der Übertragung von (in der Regel schlecht bezahlter) Reproduktionsarbeit an (häufig illegalisierte) Migrantinnen von dieser emanzipieren können, haben weniger gut verdienende Frauen zunehmend mit der Bewältigung vielfältiger Belastungen aus beiden Bereichen – der Produktion als auch der Reproduktion – zu kämpfen.

Als Reaktion darauf kommt es allerdings auch zu Momenten und neuen Formen des weiblichen Widerstands, und zwar immer dort, wo sich Frauen zusammenschließen und organisieren, um der Aushöhlung beziehungsweise der Privatisierung des vormals Öffentlichen entgegenzutreten. Vor diesem Hintergrund der vermehrten Kämpfe von Frauen um die Reproduktion der Gesellschaft sind auch die Auseinandersetzungen um gute Pflege an der Berliner Charité, einer der größten Universitätskliniken Europas, zu betrachten, die im Jahr 2011 mit erfolgreichen Streikaktivitäten auf sich aufmerksam machten. Auch hier ging es darum, sich gegen weitere Einschnitte bei den staatlichen Investitionen in die öffentliche Infrastruktur zur Wehr zu setzen und für bessere Arbeitsbedingungen, das heißt auch für eine bessere Krankenversorgung, zu kämpfen.

¹ Die Vergesellschaftung «der Frau» ist dabei keineswegs nur als doppelte zu denken, es spielen auch ethnische und andere Kategorien eine Rolle in den mannigfaltigen Vergesellschaftungsprozessen. Im vorliegenden Beitrag liegt der Schwerpunkt der Betrachtung jedoch auf Geschlechts- und Klassenzugehörigkeit.
² Exemplarisch sind in diesem Zusammenhang die sogenannten blutig Entlassenen, das heißt PatientInnen, die aus Kostengründen so früh aus dem Krankenhaus entlassen werden, dass ihre Pflege von den meist weiblichen Angehörigen Zuhause fortgesetzt werden muss.

EINLEITUNG

Ein Streik im Krankenhaus? Dieses Szenario war bis vor Kurzem undenkbar. Undenkbar vor allem deswegen, weil doch PatientInnen nicht im Stich gelassen werden können. Mensch ist eben nicht Maschine, kann nicht einfach ausgeschaltet werden. Undenkbar auch, weil Widerstand und Rebellion so gar nicht ins Berufsbild der fürsorglichen Pflege passen. Und trotzdem traten 2011 rund 2.000 an der Berliner Charité beschäftigte Pflegekräfte in einen Streik, der nach fünf Tagen mit der Durchsetzung ihrer finanziellen Forderungen endete. Seitdem gilt der an der Charité geführte Arbeitskampf vielen anderen Krankenhausbelegschaften als Vorbild. Und dies nicht nur wegen seines Erfolgs, der maßgeblich auf die innovative Streikorganisation und -durchführung zurückzuführen ist, sondern auch deswegen, weil über den Berliner Streik von 2011 hinaus seit Sommer 2013 an der Universitätsklinik erstmalig auch über eine tariflich festgeschriebene Personalmindestbesetzung verhandelt wird.

Doch ungeachtet seiner besonderen Leuchtkraft und seiner Eigenschaft als Beispiel dafür, dass auch in einem Krankenhaus Streiks geführt und gewonnen werden können, fügt sich der Arbeitskampf an der Berliner Charité gleichzeitig sehr gut ins allgemeine Bild des aktuellen Streikgeschehens ein. So wird seit Längerem über die «Tendenz zu einer Feminisierung der Arbeitskämpfe» (Wichterich 2013: 172) gesprochen.³ Noch immer gilt die Pflege als typischer Frauenberuf, was sich sowohl quantitativ (der Frauenanteil bei Pflegeberufen liegt bei rund 85 Prozent; Auth 2013: 421) als auch qualitativ (die Berufsanforderungen für Pflegearbeiten umfassen primär sogenannte weibliche Eigenschaften wie Fürsorglichkeit oder Selbstlosigkeit) ausdrückt. Dadurch aber zeichnet sich der Pflegesektor als für Streiks eher ungeeignetes Terrain aus, denn «wenn Selbstaufgabe zum beruflichen Element wird, ist es nämlich nahezu unmöglich, Arbeitnehmer orientierte Forderungen zu stellen» (Steppe 2000a: 80). Dass Streiks im Krankenhaus bisher eher unüblich waren, wurde also vor allem mit dem weiblich geprägten Berufsbild und dem Selbstverständnis von Pflegenden begründet, in dem Aufbegehren, Ungehorsam und das Eintreten für die eigenen Interessen keinen prominenten Platz haben. So schreibt Luigi Wolf dass früher Arbeitskämpfe im Krankenhaus zumeist an der fehlenden Mobilisierung des Pflegeethos gescheitert seien, der so, eine Grundannahme dieses Beitrag, für weibliche Beschäftigte besonders wichtig ist (vgl. hierzu ausführlicher Kap. 2). Bernd Riexinger (2011), seit 2012 Bundesvorsitzender der Partei DIE LINKE und langjähriger ver.di-Funktionär, erklärt sich die durchschnittlich geringe Streikbeteiligung in Krankenhäusern mit den dort besonders hierarchischen Strukturen, geht jedoch nicht auf deren Verankerung im Geschlechterregime ein.⁴ Es ist ein Zusammenhang feststellbar zwischen Streik und Branche beziehungsweise zwischen Streik

und dem Geschlecht der Streikenden. Auf der einen Seite haben wir den Bereich der traditionell männlich konnotierten Produktions- und Verwaltungstätigkeiten, wo sich der Streik als klassisches Instrument der Interessenvertretung entwickelt und bewährt hat.⁵ Auf der anderen Seite gibt es die traditionell weiblich konnotierten reproduktionsnahen Berufs- und Tätigkeitsfelder (Pflege, Erziehung, Bildung, Reinigung etc.), in denen eine männliche Streikkultur nach dem Motto «Alle Räder stehen still, wenn dein starker Arm es will» nicht greifen kann und neue branchenspezifische Streikformen herausgebildet und ausprobiert werden müssen.

Wenn also der auf geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung basierende Branchenhabitus maßgeblichen Einfluss auf die Durchführung von Streiks und deren Ausgestaltung hat, also konstitutiv für diese Prozesse ist, muss umgekehrt gefragt werden, inwiefern sich die zu beobachtende Feminisierung von Arbeitskämpfen in veränderten Geschlechterverhältnissen niederschlägt. Oder anders formuliert: Betrachtet man Streik als emanzipatorisches Projekt der Arbeiterklasse, lässt sich gleichermaßen fragen, inwiefern es den Streiks weiblicher Lohnarbeiterinnen gelingt, gleichzeitig ein emanzipatorisches Projekt zu sein, mit dem das tradierte Geschlechterverhältnis aufgebrochen werden kann.

Der Streik an der Berliner Charité, das heißt in einem Krankenhaus, das als ein besonders weiblich geprägtes Arbeitsumfeld gilt, lädt daher dazu ein, einige der geschlechterpolitischen Facetten dieser Auseinandersetzung genauer zu untersuchen und seine gesellschaftlichen Wirkungen und Perspektiven auszuloten. Da der Streik als Form des Arbeitskampfes jedoch so-

³ Unter Feminisierung der Arbeitskämpfe ist einerseits die relationale Zunahme von Arbeitskämpfen in sogenannten Frauenberufen gemeint. Gedacht ist hier vor allem an Streiks in traditionell «weiblichen» Arbeitsfeldern und Branchen wie Erziehung, Bildung, Pflege, Reinigung oder Einzelhandel, wie zum Beispiel der deutschlandweite wochenlange Streik der Kita-Beschäftigten im Jahr 2009 oder der Streik der Hebammen 2010 in Berlin und 2011 in Nordrhein-Westfalen. Andererseits weist die These von der Feminisierung der Arbeitskämpfe auch auf die Entwicklung neuer Streikformen hin, die aufgrund der Unmöglichkeit der simplen Übertragung von klassischen Streikstrategien aus der Industrie notwendig geworden ist, und auf die Erschließung neuer, bisher unbestreiteter Arbeitsumfelder. ⁴ Selbstverständlich hängt das Zustandekommen eines Streiks nicht allein vom Geschlecht der Beschäftigten ab, sondern auch von Faktoren wie deren gewerkschaftlichem Organisations- und Mobilisierungsgrad oder den jeweiligen industriellen Beziehungen. Dieser Beitrag konzentriert sich im Folgenden auf die Frage, wie Geschlechterverhältnisse Streiks beeinflussen und umkehrt. ⁵ Obwohl es auch schon einige vorindustrielle beziehungsweise frühkapitalistische Streiks gab, setzten sich Streiks als institutionalisierte Form der Interessenvertretung erst in der Zeit der Industrialisierung ab dem 19. Jahrhundert durch den dauerhaft auftretenden Konflikt zwischen Kapital und Arbeit durch. Damals war die in der Fabrik arbeitende Bevölkerung vorwiegend männlich, weswegen gleichzeitig auch die streikende Bevölkerung männlich war. Ganz abgesehen von chauvinistischen Konkurrenzgedanken, die in der Frau die Gefahr der Lohndrückerin sahen, war es Frauen in Preußen bis Anfang des 20. Jahrhunderts verboten, sich politisch, das heißt auch gewerkschaftlich zu organisieren (Voß 2013: 108f.). Dieser Umstand schlägt sich daher auch kulturell in den männlich geprägten «Produkten» der Streikkultur wie Liedern, Sprüchen etc. nieder. Rückblickend kommt Thomas Gesterkamp (1996: 596) zum folgenden Schluss: «Die Arbeiterbewegung war immer eine Männerbewegung.»

wohl ein punktuell, das heißt zeitlich beschränktes,⁶ als auch ein traditionell männliches Instrument des Arbeitskampfes darstellt,⁷ das seine Institutionalisierung in der gleichermaßen männlich geprägten Gewerkschaftsstruktur gefunden hat, gilt es darauf zu achten, inwiefern damit die geschlechtlichen Machtverhältnisse tatsächlich nachhaltig beeinflusst werden können oder ob vermeintlich «weibliche Streiks» diese am Ende doch nur reproduzieren.

Im Folgenden wird daher beispielhaft der Streik aus dem Jahr 2011 an der Berliner Charité im Spannungsfeld zwischen Transformation und Reproduktion des Geschlechterverhältnisses im Krankenhaus untersucht.⁸ Die zentrale Forschungsfrage lautet: Inwiefern ist ein Streik im Krankenhaus in der Lage, die Konstruktion des Krankenpflegeberufs als *gendered job* infrage zu stellen? Dafür wird im erstem Kapitel zunächst der Verlauf der Auseinandersetzungen an Europas größtem Universitätsklinikum von 2011 bis heute wiedergeben und gefragt, wie es überhaupt zu dem Streik gekommen ist. Die Erfahrungen der Charité-Pflegekräfte werden in den allgemeinen Kontext von Prekarisierungsprozessen in der Gesundheitsbranche eingeordnet. Ferner wird dargestellt, wie in deren Arbeitskampf die strukturellen Hindernissen, die bis da- to Streiks um bessere Arbeitsbedingungen in der Pfl-

gebranche im Wege standen, überwunden werden konnten. Im zweiten Kapitel wird der Frage nachgegangen, warum gerade der Pflegebereich besonders stark von Prekarisierung betroffen ist beziehungsweise was die Krankenpflege zu einem typisch weiblichen Berufsfeld macht. Da die Ausgangsthese lautet, dass es vor allem das weiblich geprägte Berufsbild ist, das Streiks im Pflegesektor erschwert, geht das dritte Kapitel der Frage nach, inwiefern es mit dem Streik des Krankenhauspflegepersonals zugleich gelungen ist, vorherrschende Geschlechterverhältnisse ins Wanken zu bringen. So wird untersucht, welche Elemente des aus geschlechtskritischer Perspektive betrachteten Arbeitsverhältnisses in der Pflege durch die Durchführung eines Streiks eine Veränderung erfahren haben und welche nicht. Es geht also darum, zu ergründen, in welchem Verhältnis die Streiklogik mit der im Krankenhaus sich manifestierenden Geschlechterlogik steht. Abschließend wird im vierten Kapitel diskutiert, ob eine radikale Kritik an den prekarierten Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege zugleich eine umfassende Kritik der Geschlechterverhältnisse beinhalten muss, mit dem Ziel, Gesundheitserhalt und Pflege zu allgemeingesellschaftlichen Aufgaben zu machen und die Verantwortung hierfür nicht länger einfach dem weiblichen Teil der Bevölkerung zuzuweisen.

⁶ Ein Streik, so auch derjenige an der Charité, bedeutet immer die Herstellung eines Ausnahmezustandes, der entweder nach Erfüllung der Forderungen oder durch die Beendigung des Streiks aufgrund anderer Gründe wieder aufgehoben wird, wodurch die «alte Ordnung», eventuell in veränderter Form, wiederhergestellt wird. ⁷ So machen Claudia Honegger und Bettina Heintz (1981: 22) darauf aufmerksam, dass die theoretische Dominanz der Klassenzugehörigkeit, gepaart mit der Realität männlicher Vorherrschaft, im Alltag dazu geführt hat, dass die Probleme und Erfahrungen der Lohnarbeiterinnen nicht in die Identitätsfindung der Arbeiterklasse eingingen. Mario Candeias (2003: 264) verweist auf den strukturellen Hintergrund dieser Prozesse: Herkömmlicherweise ist den in der Reproduktion Tätigen das grundlegende Kampfmittel der (Produktions-)ArbeiterInnen daher ver-stellt, «weil die unmittelbar Betroffenen nicht «das Kapital, sondern die zu Reproduzierenden sind». ⁸ Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich im Wesentlichen um eine Literatur- und Materialstudie, in der verschiedene feministische Debatten am Beispiel des Streiks der KrankenpflegerInnen an der Berliner Charité 2011 zueinander in Bezug gesetzt werden. Er basiert nicht auf eigens hierfür durchgeführten Interviews mit den Streikenden, allerdings haben Einschätzungen aus vereinzelten Experteninterviews Eingang in die Analyse gefunden.

1 PROZESSE DER PREKARISIERUNG UND DES WIDERSTANDS IN DER PFLEGEBRANCHE

1.1 DIE AUSEINANDERSETZUNGEN UM GUTE PFLEGE AN DER BERLINER CHARITÉ SEIT 2011

Am 2. Mai 2011 um 6.00 Uhr morgens starteten rund 2.000 Pflegekräfte der Berliner Charité an allen drei ihrer Einsatzorte (Mitte, Steglitz, Wedding) einen fünf-tägigen sogenannten Betten- und Stationsschließungsstreik. Unterstützt wurden sie dabei von den Gewerkschaften dbb (Gewerkschaft Beamtenbund und Tarifunion) und ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft). ver.di hatte zuvor für die insgesamt rund 10.000 nichtärztlichen Beschäftigten etwa fünf Monaten lang mit dem landeseigenen Krankenhausunternehmen erfolglos über einen neuen Tarifvertrag verhandelt. Passend zur 300-jährigen Geschichte der Charité, für die es übrigens der erste Vollstreik dieser Art war, forderten die Pflegekräfte vor allem eine Entgelterhöhung um 300 Euro beziehungsweise die Angleichung ihrer Löhne an das Niveau des Flächentarifvertrags, der im Grunde genommen sowieso gelten würde, wäre das Land Berlin als Haupteigentümer der Charité vor über zehn Jahren (2003) nicht aus dem Arbeitgeberverband ausgetreten (dbb tarifunion o. A.). Nach der Bestreikung von 1.500 der 3.300 Betten und dem Ausfall von 90 Prozent der Operationen (Wolf 2013: 59), was der Klinik Verluste in Höhe von 5,5 Millionen Euro verursachte (Latza/Schubert 2013), einigten sich die Tarifparteien schließlich auf die schrittweise Angleichung der Löhne der Pflegekräfte an das Niveau des Tarifvertrags öffentlicher Dienst (TVöD), der eine halbjährige beziehungsweise jährliche Erhöhung der Entgelte bis zum Erreichen von 100 Prozent der TVöD-Summen am 31. Dezember 2015 für alle Beschäftigten vorsieht. Mit dieser Einigung verpflichteten sich die Gewerkschaften gleichzeitig auf eine Friedenszeit von fünf Jahren (die am 31. Dezember 2016 ausläuft). Insgesamt gelang es durch den Streik, die Forderungen des Pflegepersonals weitgehend durchzusetzen, was in Zeiten massenhafter Kündigungen, Leiharbeit und Kürzungsmaßnahmen einen ungewöhnlichen Erfolg darstellt. Zudem hat der siegreiche Streik des Pflegepersonals von 2011 an der Berliner Charité insgesamt zu einer gesteigerten gewerkschaftlichen Organisationsmacht beigetragen (ebd.).

Anfang Juli 2013 kam es dann an der Berliner Charité beinahe erneut zum Streik. Die Gewerkschaft ver.di drohte mit Warnstreiks, um die Geschäftsleitung der Klinik zur Aufnahme von Verhandlungen zu bewegen, nachdem vorherige Aufforderungen unbeantwortet geblieben waren. Diesmal ging es darum, einen Tarifvertrag mit Regelungen zu einer personellen Mindestbesetzung, zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und zur Qualitätssteigerung der Ausbildung durchzusetzen. Diese Schwerpunkte hatten sich bereits ein Jahr zuvor bei einer ver.di-Untersuchung herauskris-

talliert, die eine ungeheure Anzahl an angesammelten, aber nicht abbaubaren Überstunden des Pflegepersonals zutage gefördert hatte (BZ 22.9.2012). Herzstück der Forderungen ist dabei eine tarifvertraglich festgelegte Quote, die ein angemessenes Betreuungsverhältnis zwischen Beschäftigten und PatientInnen für die Intensiv- und Normalstationspflege sicherstellen soll (Wolf 2013: 62). Auf diesem Weg soll verhindert werden, dass der Personalschlüssel nur nach rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten berechnet wird, so ver.di-Mitarbeiterin Meike Jäger (zit. nach Berliner Morgenpost vom 24.6.2013). Folgen dieses «Mangels an Pflegeethos» aufseiten der Geschäftsleitung» seien Personalengpässe und zu hohe Arbeitsbelastungen, die wiederum unter den Beschäftigten zu Burnout-Syndromen und zu einer schlechten Versorgung der Kranken führten (ebd.). Stephan Gummert (2013), Mitglied des Gesamtpersonalrates sowie der ver.di-Leitung der Charité, sieht einen direkten Zusammenhang zwischen den derzeitigen Missständen und den 2011 erkämpften Entgelterhöhungen, da diese mit konstantem Personalabbau kompensiert worden seien.⁹ Insgesamt speise sich deshalb die Bereitschaft der Beschäftigten, in eine erneute Konfrontation mit der Klinikleitung zu treten, aus den prekären Lohn- und Arbeitsbedingungen sowie aus dem Ärger über die mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit (ebd.); eine Gemengelage, die so nicht nur an der Berliner Charité zu finden ist, sondern strukturelle Probleme des neoliberalisierten Gesundheitssektors zum Ausdruck bringt (vgl. hierzu das folgende Kapitel).

Diese Entwicklung wurde vor allem durch die Umstellung des Vergütungssystems der Krankenhausleistungen von Tages- auf Fallpauschalen im Jahr 2003 eingeläutet – sogenannte DRG-Fallpauschalen.¹⁰ Da die Pflegesätze allgemein sehr knapp bemessen sind, stehen bundesweit die Kliniken immer mehr unter Druck, die Gesundheitsversorgung rein wirtschaftlich zu organisieren. Um nicht in rote Zahlen zu geraten, muss dementsprechend gespart werden. Nach einer ersten Kürzungswelle über das Outsourcing von Tätigkeiten wie Reinigung, Hauswirtschaft, Verpflegung etc. (Böhm 2013: 85) war schließlich auch die Pflege von Einsparungen betroffen. Die in der Pflege Beschäftigten mussten weitere Abstriche sowohl bei den Löhnen als auch bei den allgemeinen Arbeitsbedin-

⁹ Gummert macht so auf die Kehrseite der Medaille der Entgelterhöhungen von 2011 aufmerksam, hinter denen keine entsprechende Aufstockung des Budgets für Lohnkosten gestanden habe. Um die entstandenen Mehrkosten auszugleichen, hätte die Geschäftsleitung darauf verzichtet, zusätzliche notwendige Schichtbesetzungen oder Neueinstellungen vorzunehmen, wodurch der Arbeitsdruck auf die vorhandenen Pflegekräfte abermals gestiegen sei. ¹⁰ Die Finanzierung über Fallpauschalen wird als Diagnosis-Related-Group-System (DRG) bezeichnet. Es handelt sich dabei um einen «konkret leistungsbezogenen Abrechnungsmechanismus, der das Krankenhaus grundsätzlich dazu anregt, die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zu verkürzen und damit medizinisch nicht erforderliche Liegezeiten abzukürzen» (BMG 2010: 3).

gungen hinnehmen. Einerseits werden insgesamt weniger Pflegekräfte eingestellt, was zu einem extremen Personalmangel führt. So macht der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK 2013) darauf aufmerksam, dass aktuell mit Wiederbesetzungssperren versucht wird, gegen die schlechte Finanzlage in der Pflege anzukämpfen. Andererseits ist die Übernahme der ausgebildeten Pflegekräfte nicht mehr selbstverständlich, und es werden immer mehr befristete und Leiharbeitsverträge vergeben.

Vor dem Hintergrund einer allgemeinen Neoliberalisierung des Gesundheitswesens setzt sich das aus den Auseinandersetzungen an der Charité hervorgegangene Bündnis «Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus» gemeinsam mit ver.di, dem DBfK und der Partei DIE LINKE über die Tarifaufhebungen an der Charité hinaus für eine allgemeingesetzliche Regelung zur Personalbemessung für Krankenhäuser ein.¹¹ Die Vielfalt der in diesem Bündnis vereinten Menschen macht die allgemeine gesellschaftliche Relevanz des Themas deutlich. Die Zusammenarbeit von Pflegekräften mit ÄrztInnen, PatientInnen, Angehörigen von PatientInnen und anderen Interessengruppen zeigt, dass die Situation der Gesundheitsbranche gesamtgesellschaftlich Besorgnis und Empörung auslöst. So konnten weitreichende Mobilisierungen und Solidaritätsbekundungen aus der Bevölkerung sowie die erneute Drohung mit Warnstreiks die Geschäftsleitung der Charité Ende Juli 2013 schließlich dazu bewegen, Tarifgespräche mit der Gewerkschaft ver.di aufzunehmen. Trotz etlicher zäher Verhandlungsrunden ist es bisher allerdings noch zu keiner Einigung zwischen Tarifkommission und Geschäftsleitung gekommen. Die erneute Ankündigung eines Warnstreiks Mitte März 2014 veranlasste die Charité-Leitung stattdessen dazu, die Schlichtung anzurufen. Aktueller Stand ist, dass die Auseinandersetzungen erst nach Ablauf der Friedenspflicht (Ende 2016) fortgesetzt werden sollen.

1.2 DIE ÖKONOMISIERUNG DER KRANKENPFLEGE UND IHRE FOLGEN

Der Streik an der «Sparité», wie die Berliner Charité im Zuge des Streiks zeitweilig genannt wurde, lässt sich als direkte Reaktion auf die sich seit 2003 ausbreitende neoliberale Kürzungspolitik im Gesundheitswesen verstehen. Durch die zunehmende Rationalisierung von Arbeitsabläufen werden Krankenhäuser zu Fabriken umgebaut (Rakowitz 2013: 22). «An die Stelle einer am Patienten ausgerichteten Versorgung tritt zunehmend eine an betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtete Krankenhausökonomie» (Mosebach/Rakowitz 2012: 19). Die Auswirkungen dieser Umorientierung sind vielfältig. Da Rationalisierungsmaßnahmen zumeist bei den Lohnkosten ansetzen, trifft es das Pflegepersonal grundsätzlich besonders hart (Wolf 2013: 60). «Für die Krankenschwestern und Hebammen bedeutet die Ökonomisierung des Gesundheitswesens Entlassungen, Vergrößerung ihrer Aufgabenbereiche, Lohnkür-

zungen, zusätzliche Arbeit auf Honorarbasis oder gar die zwangsweise Überführung ihres Angestelltenverhältnisses in einen Subunternehmerstatus» (Bledowska 2013: 66). Die schlechten Arbeitsbedingungen im Pflegebereich sind inzwischen von etlichen Studien belegt (Zimber/Weyerer 1999; Hollmann/Schmidt 1999; Zellhuber 2003; Gläser/Höge 2005; zit. n. Auth 2013: 418).

Doch diese Situation der extremen Arbeitsverdichtung belastet nicht nur das Pflegepersonal in physischer wie psychischer Hinsicht – rund 40 Prozent der PflegerInnen leiden unter Burnout (Simon u. a. 2005; Gerlinger/Röber 2009; zit. n. Auth 2013: 419) –, sondern hat auch «unmittelbar negative Auswirkungen auf die Versorgung der PatientInnen» (Latz/Schubert 2013). Ein wichtiger Teil der Pflege wie persönliche Gespräche oder Zuwendung leidet unter dem strikten Zeitregime der «Fabrik Krankenhaus» (Hoffmann 2013). Im Prozess der «Quasi-Taylorisierung» (Pfau-Effinger u. a. 2008) werden seelische Bedürfnisse der Pflegebedürftigen vernachlässigt.¹² Diese Zeitknappheit ist eng verknüpft mit der Tatsache, dass «Leistungen» der persönlichen Zuwendung nicht über das Fallpauschalensystem abgerechnet werden können und dadurch auch keine Berücksichtigung in der Arbeitsplanung erfahren. Insgesamt hat sich durch die neoliberale Neuausrichtung des Gesundheitssystems der Blick auf die PatientInnen verändert. Diese werden nun nicht mehr als zu pflegende Personen betrachtet, sondern werden zu KundInnen von Gesundheitsdienstleistungen oder schlicht «zu Fällen, deren «Produktionskosten» kalkulier- und rationalisierbar sind» (Latz/Schubert 2013).

Brenzlig wird das Einsparen von Personal besonders dann, wenn die dadurch hervorgerufene chronische Zeitnot dazu führt, dass die Beschäftigten die notwendigen Hygienebestimmungen nicht mehr einhalten können. So wurden beispielsweise die Ursachen des Auftretens des Serratien-Erregers an der Charité im Jahr 2012 als Ausdruck der strukturellen Überforderung der Beschäftigten durch Personalmangel diskutiert (Dassler/Heine 2012). An der Charité fehlen schätzungsweise bis zu 200 ausgebildete KrankenpflegerInnen (Der Tagesspiegel vom 21.7.2012). Insgesamt enthalten die Rationalisierungen «destruktive Potenziale», die zu einem «Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern» (Latz/Schubert 2013) führen. So konnte ferner auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Rationalisierung von Pflege und der Patientensterblichkeit nachgewiesen werden (Hoffmann 2013).

Offensichtlich ist, dass diese Zustände nicht spurlos am Pflegepersonal vorbeigehen, sondern für sie zunehmend ein ernsthaftes berufsethisches und mo-

¹¹ Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der von der Fraktion DIE LINKE im Deutschen Bundestag gestellte Antrag «Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung» (BT 2013b). ¹² Die als Quasi-Taylorisierung bezeichneten Entwicklungen in der Pflege laufen parallel zu dem von Rakowitz beschriebenen Umbau des Krankenhauses hin zu einer Fabrik. Besonders deutlich wird die Zerlegung und Standardisierung der Arbeitsschritte anhand der in vielen Krankenhäusern bereits zentralisierten Blutabnahme.

ralisches Dilemma darstellen (ebd.). Folgende Äußerung einer Krankenpflegerin bringt die Frustrationen angesichts der vorgefundenen Arbeitsbedingungen, die aus Sicht der Beschäftigten eine ihrem Berufsethos entsprechende gute Pflege zunehmend unmöglich machen, anschaulich zum Ausdruck: «Ich arbeite nicht in der Pflege um mir eine Leck-mich-am-Arsch-Mentalität anzutrainieren. Und wenn doch, bin ich wirklich falsch hier» (Mme Plaisirchen 2013).

Vor diesem Hintergrund lässt sich fragen, warum die Pflegekräfte es zugelassen haben, dass eine angemessene Versorgung der PatientInnen nicht mehr im Vordergrund des Krankenhauses steht. Ein maßgeblicher Grund für das langjährige Ausbleiben von Gegenwehr vonseiten des Pflegepersonals ist nach Ansicht von Wolf (2013: 60) die «besonders herrschaftssichernde Form der Subjektivierung von Arbeit», die gerade im Pflegesektor mit dem normativen Leitbild der Fürsorglichkeit greife und zu einer besonderen Identifikation der Beschäftigten mit ihrem Beruf führe.¹³ Gerade weil die bedingungslose Versorgung der PatientInnen im Krankenhaus für die Pflegenden prioritär ist und gerade weil die Pflegekräfte den PatientInnen eine gute Versorgung zukommen lassen wollen, opfern sie sich auf, um eine hohe Pflegequalität auch gegen die Anforderungen von Bürokratie und Markt aufrechtzuerhalten. Adam Reich (2012; zit. n. Wolf 2013: 60) bezeichnet dieses Phänomen als «martyred heart». Ein erhöhtes Arbeitspensum kann unter enormen Anstrengungen tatsächlich zur Aufrechterhaltung pflegerischer Standards führen und damit den Beschäftigten als eine Art «Ersatzbefriedigung» (ebd.) dienen. Die Problematiken des «martyred heart» liegen jedoch auf der Hand: Selbstaussbeutung sorgt dafür, dass der Betrieb wie üblich weiterläuft. Sisyphosartig wird Sand aus dem Getriebe entfernt, ohne dabei eine reale Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu erreichen. Den Beschäftigten der Charité gelang jedoch der Schritt vom «martyred heart» zum «mobilized heart», da erkannt wurde, dass nur mit kollektiven Anstrengungen eine wirkliche Veränderung der Arbeitssituation durchzusetzen ist. Allerdings formierte sich die Bereitschaft zum kollektiven Widerstand auch hier erst dann, als die Pflegekräfte über die massiven Einsparungen weitgehend darin gehindert wurden, ihre Tätigkeit noch halbwegs im Einklang mit ihrem Berufsethos auszuüben und damit – auch unter widrigen Bedingungen – ihrem Tun Sinn zu verleihen. Hier waren es die unmittelbaren Vorgaben des Managements und dessen Respektlosigkeit gegenüber den Leistungen der Pflegekräfte, die in der «Fabrik Krankenhaus» als Katalysator wirkten.

Interessanterweise zeigt sich in der Krankenpflege auch ein grundlegender Widerspruch des Neoliberalismus, der sich durch die Ökonomisierung und Rationalisierung von Bereichen und Tätigkeiten ergibt, die hierzu ganz offensichtlich wenig geeignet sind. Der internalisierte Leistungsethos der Beschäftigten, der sie im Sinne des hegemonialen neoliberalen Diskurses

dazu drängt, ihre «Arbeit [zu] schaffen» (Arnold u. a. 2006: 177), gerät ganz offensichtlich mit dem «Leistungsethos» der Krankenhausleitung, die keine roten Zahlen schreiben will, in Konflikt. Die auf solche Weise entstehenden Spannungen, Widersprüche und Irritationen können ganz unterschiedliche Formen der Artikulation annehmen, die von individuellen Reaktionen – wie beispielsweise Erkrankungen – bis hin zu kollektiven Ansätzen der Gegenwehr reichen können. An einem bestimmten Punkt wird wohl für die meisten Beschäftigten ersichtlich, dass das tägliche Scheitern an den eigenen Ansprüchen nicht an ihnen selbst liegen kann, sondern mit den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zusammenhängen muss. Das «martyred heart» wird zum «mobilized heart». Es kommt zum Widerstand, die Beschäftigten kämpfen am Ende kollektiv darum, wieder gute Pflege leisten zu können.

In Relation zu den klassischen (meist gruppenegoistischen) Arbeitskämpfen, in denen es vor allem um Lohnerhöhungen geht, wirkt ein Streik von Pflegekräften im Krankenhaus, der sich nicht nur auf spezifische Gehaltsgruppen bezieht, sondern auch über eine altruistische und eine gesamtgesellschaftliche Dimension verfügt, auf den ersten Blick besonders erklärungsbedürftig. Auf den zweiten Blick erscheint es aber geradezu logisch, dass Altruismus in einer neoliberalen Welt, die von Individualisierung und der Verfolgung von Eigeninteressen geprägt ist, selbst zum Ausdruck einer Verweigerungshaltung wird. Gerade in sozialen Berufen wie der Krankenpflege ist davon auszugehen, dass für die Beschäftigten die Berücksichtigung des Allgemeinwohls beziehungsweise des Wohls der zu Pflegenden oder zu Betreuenden entscheidend dafür ist, dass sie sich an einem Arbeitskampf beteiligen.

Luigi Wolf macht deutlich, dass für den Erfolg des Streiks von 2011 an der Charité entscheidend war, dass eine Reihe von strukturellen Hindernissen überwunden werden konnten, die in der Regel die kollektive Organisation von Pflegekräften unmöglich machen. Aus seiner Sicht waren es drei Faktoren, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung waren. Er beschreibt, wie erstens das Streikkonzept an der Charité an das besondere Pflegeethos der Beschäftigten angepasst wurde, wie ein Konzept entwickelt wurde, mit dem diese aus der «Geiselhaft der Patienten» (ebd.) ausbrechen konnten. Getreu dem Motto: «Wo kein Patient ist, kann auch keiner gefährdet werden» (Gummert 2013), begann man, «Patienten weg[zu]streiken» (Wolf 2013: 58), das heißt, keine neuen mehr aufzunehmen; eine

¹³ Der Begriff Subjektivierung von Arbeit bezeichnet die besondere Adressierung der Subjektivität der Beschäftigten, vor allem im Dienstleistungssektor. Damit einher gehen zunehmende informelle Erwartungen an das Qualifikationsprofil der dort Beschäftigten, die nicht nur spezifische körperliche, geistige und technische Anforderungen zu bewältigen haben, sondern von denen auch Emotionalität verlangt wird, über die ein persönliches Verhältnis zu den KundInnen hergestellt werden soll (Boudry u. a. 2004: 19). Arlie Russell Hochschild (1990: 30) prägte daher den Begriff der «emotionalen Arbeit», die aufgrund ihres Zugriffs auf den Bereich des Selbst eine besondere Verwertung der Arbeitskraft bedeute. Boudry u. a. (2004: 20) wie auch Wolf (2013) machen auf die Problematik dieser Art von Subjektivierung aufmerksam, da diese zu einer Individualisierung der Ware Arbeitskraft beitrage und kollektive Arbeitskämpfe erschwere.

Idee, die an dem starken Verantwortungsbewusstsein der Beschäftigten ansetzt (:ebd.: 61).

Diese Strategie hatte zweitens den Vorteil, dass damit recht hohe finanzielle Ausfälle für das Krankenhaus verbunden waren, sodass dass es sich bei der Arbeitsniederlegung 2011 nicht nur um eine symbolische politische Aktion handelte, sondern auch um einen explizit ökonomischen Streik. Entstanden einem Krankenhaus vor 2003 im Falle eines Streiks der Beschäftigten kein wirtschaftlicher Schaden, da weiterhin die Pflegesätze der Tagespauschalen für die in einer Notdienstvereinbarung versorgten PatientInnen gezahlt wurden, ist mit der Umstellung der Vergütung von Tages- auf Fallpauschalen eine neue Situation entstanden, mit dem sich ökonomischer Druck aufbauen lässt (ebd.: 59): Die Verhinderung von Neuaufnahmen im Streik von 2011 zielte explizit auf die Verringerung des Gewinns für die Klinik ab. Schon nach vier Tagen war die Geschäftsleitung der Charité daher bereit, den Forderungen der Streikenden nachzugeben.

Das Vorgehen der Streikenden an der Charité trug drittens zur Überwindung eines weiteren strukturellen Hindernisses von Arbeitskämpfen in der Pflege und anderen sozialen Berufsfeldern bei. Unter dem Aufnahmestopp hatte kein/e/r der zu betreuenden PatientInnen zu leiden. Im Gegenteil: Mit dem Streik machten die Beschäftigten vielmehr auf deren permanente Unterversorgung aufmerksam und setzten sich somit auch für deren Interessen ein. Dies hat zum einen zu

einer gesteigerten Bereitschaft der Pflegekräfte geführt, sich überhaupt an dem Streik zu beteiligen. Nur auf dieser Grundlage war es ihnen möglich, öffentlich zu demonstrieren, dass sie nicht weiter bereit sind, stillschweigend, unbeachtet und unterbezahlt die schwierige Aufgabe einer Grundversorgung der PatientInnen in den Krankenhäusern sicherzustellen (Steppe 2000b: 88). Zum anderen erhöhte es die Akzeptanz des Arbeitskampfes in der Öffentlichkeit und ermöglichte breite Bündnisse. Den Streikenden konnte in keiner Weise vorgeworfen werden, unverantwortlich zu handeln und nur Partikularinteressen zu vertreten, wie dies unter anderem beim Streik der Erzieherinnen von 2009 passiert war. Deren wochenlange Bestreikung von Kindertagesstätten hatte damals den Missmut vieler berufstätiger Eltern auf sich gezogen (vgl. taz online vom 3.7.2009). Wolf (2013: 63) bilanziert den Arbeitskampf der Pflegekräfte an der Charité von 2011 daher abschließend wie folgt: «Mit dem Betten- und Stationsschließungsstreik haben die Beschäftigten eine Aktionsform gefunden, die ökonomische Durchschlagskraft mit der Mobilisierung des spezifischen Arbeitsethos der Pflegekräfte verbindet.»

Doch wie entstand eigentlich das Berufsbild der Krankenpflege? Wie hat es dazu beigetragen, dass im Krankenhaus und in anderen Bereichen der Pflege überwiegend Frauen arbeiten? Und warum ist gerade der Pflegebereich besonders stark von Prekarisierung betroffen?

2 WARUM IST DIE PFLEGE EIGENTLICH EINE WEIBLICHE AUFGABE? EINE KLEINE GENEALOGIE DER GESCHLECHTLICHEN ARBEITSTEILUNG

Denn nur, wenn wir wissen, woher wir kommen, können wir bestimmen, in welche Richtung wir gehen wollen.

(Steppe 2000a: 77)

Warum finden wir es selbstverständlich, dass die Kranken-, Alten- oder Kinderpflege mehrheitlich von Frauen erledigt wird? Warum lösen Informationen wie die, dass rund 85 Prozent aller Pflegekräfte im Krankenhaus weiblich sind, höchstens ein Achselzucken aus? Diana Auth (2013: 420) weist darauf hin, dass «die Ursachen dieser weitgehenden Konstanz der Geschlechteranteile [...] in den Spezifika der Pflegearbeit [liegen], die traditionell zu den weiblich konnotierten Berufsfeldern gehören». Dies allerdings ist keine Selbstverständlichkeit. Dahinter steht ein langwieriger Prozess, in dessen Verlauf «die Geschlechterleitbilder in der (Alten-)Pflege historisch-kulturell tief verankert» wurden (Backes u. a. 2008: 23).

Die Pflege galt nicht schon immer als eine typisch weibliche Tätigkeit. Diese Zuschreibung, die mit niedrigen Löhnen, einer schlechten sozialen Absicherung und einem hohen Anteil von Teilzeitstellen einhergeht (Auth 2013: 420), erfolgte erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts (Bischoff 1992: 14). Aber wie genau und warum kam es zu einer Verknüpfung von Weiblichkeit und Pflege?

2.1 DIE MODERNISIERUNG DES PATRIARCHATS UND DAS VERHÄLTNISS VON LOHNARBEIT UND HAUSARBEIT

Die gesellschaftliche Zuständigkeit von Frauen für die Pflege ist ein langfristiges Ergebnis einer historischen Entwicklung, die im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts einsetzte: Es kam zur Auflösung feudaler Strukturen und zu einer Verallgemeinerung der Warenproduktion und Lohnarbeit (Bischoff 1992: 15). War die Produktion von Lebensmitteln zuvor noch unmittelbar verknüpft mit dem Lebens- und Wohnort, erfolgte im Zuge des Übergangs zu kapitalistischen Wirtschaftsweisen eine räumliche Trennung von Privatsphäre und außerhäuslicher Produktion (Opitz 1997: 25). Als zuständig für die reproduktiven Arbeiten galten im Zuge einer geschlechtsspezifischen Zuordnung dieser Sphären «von Natur aus» die Frauen, schon wegen ihrer Fähigkeit, Kinder zu gebären, so die herrschende Vorstellung. Unter Rückgriff auf biologistische Konstruktionen von Sexualität und entsprechende Mutter-Kind-Ideologien wird die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in langen historischen Kämpfen ideologisch und kulturell begründet und materiell verankert» (Candeias 2003: 262). So entstand «die Hausfrau mit dem Bürger und dem Lohnarbeiter» (Bennholdt-Thomsen 1988: 48).

Angesichts unerträglicher bis lebensgefährlicher Zustände in den Fabriken stellte die Durchsetzung und Etablierung der Hausfrauentätigkeit für die Frauen der

Arbeiterklasse zunächst einen historischen Gewinn dar: «Jedes Stück Privatheit ist eine Flucht vor kapitalistischen Produktionsverhältnissen» (PSF 1984: 83; zit. n. ebd.: 264). Weitergeführt wurde dieser Kampf der ArbeiterInnen mit der Forderung nach einem ausreichend hohen Lohn für den in der Produktion tätigen Mann, damit dieser die Reproduktion der Familie gewährleisten konnte (Candeias 2003: 262). Einerseits sahen sich Frauen auf diese Weise gezwungen, die Reproduktionsaufgaben zu übernehmen, andererseits war dies ein inkorporierter Zwang, da er mit einigen Vorteilen verbunden war und auf einem Konsens aufbaute (ebd.). Die Kehrseite bestand jedoch in dem tendenziellen Ausschluss von Frauen aus der Öffentlichkeit und in der materiellen Geringschätzung der Haus- und Familienarbeit, begründet in der Unsichtbarkeit ihrer Tätigkeiten in der formellen Ökonomie. Während sich die in der Öffentlichkeit agierenden Männer als politische Subjekte konstituieren konnten, führte die Privatheit der häuslichen Arbeiten die Frauen in die politische Isolation (ebd.: 264). Des Weiteren verfügten die Frauen in der Regel über keine eigenen Geldmittel, sondern waren von der Bereitschaft ihrer Ehemänner, einen Teil ihres Lohns für sie und die Reproduktion der Familie zur Verfügung zu stellen, abhängig.

Entsprechend begleitet war dieser Prozess von «einer diskursiven Neukonstruktion der Geschlechter» (ebd.: 263). Um sich die Zustimmung der auf diese Weise unterworfenen Frau zu sichern, wurde die ökonomische Abwertung ihrer Tätigkeiten durch eine moralische und ideologische Aufwertung ihrer Rolle als Mutter und Hausfrau kompensiert.¹⁴ Zudem galt die Sphäre der Hausarbeit im Gegensatz zur Fabrikarbeit als frei von Konkurrenz und Entfremdung und das eigene Heim als Ort der Zuflucht jenseits der «feindlichen Außenwelt», in der die «versachlichte, abstrakte Lohnarbeit verrichtet wurde» (Bischoff 1992: 17). Die Zuständigkeit für die Aufrechterhaltung der häuslichen Idylle oblag allein den Frauen, die schon früh auf ihre Rolle als Wärme, Zuwendung und selbstlose Liebe spendende Mütter und Hausfrauen vorbereitet wurden.

Im Zuge der sich neu herausbildenden Lebensweisen ist die Hausarbeit mit verschiedenen Etiketten versehen worden, die von vielfältig und diffus bis hin zu eintönig reichten. Nicht zu übersehen war das Phänomen der Entgrenzung, da es zunehmend schwierig wurde, in der häuslichen Sphäre zwischen Arbeit und Freizeit zu trennen. Silvia Federici und Nicole Cox

¹⁴ Höhepunkt dieser Politik der diskursiven Überhöhung stellte schließlich das von den Nationalsozialisten verliehene Mutterkreuz dar. In neoliberalen Zeiten ist stattdessen ein dem individualistischen Leistungsethos entsprechender Hausfrauen Diskurs zu beobachten: Die Hausfrau existiert zwar noch, sie findet jedoch keine breite Anerkennung und Würdigung mehr, stattdessen wird das Hausfraudasein mitunter mit Faulheit identifiziert (Candeias 2003: 289).

(2012: 116) weisen daher zu Recht daraufhin, dass bis heute «weiblich» und «Hausarbeit» als Synonyme gelten. Diese so konstruierte Identität und die sogenannten häuslichen Fähigkeiten, so die Autorinnen, begleiten die Frauen daher überall hin. So erweist sich nicht nur die einseitige Zuweisung dieser Werte an die Frau als problematisch und infolgedessen auch deren Gleichsetzung mit Weiblichkeit. Vielmehr geht mit der vermeintlichen Aufwertung der Hausarbeit als Liebesarbeit auch eine Dequalifizierung einher: Die kräfte- und nervenzehrenden Anstrengungen, die mit der Arbeit rund um das eigene Heim und die Familie verbunden sind, wurden unsichtbar gemacht.

Des Weiteren ist allen gesellschaftlich notwendigen Arbeiten, worunter auch die Hausarbeit fällt, die spezifische Logik des Arbeitens für andere inhärent. Dies bringt die Anforderung mit sich, die eigenen Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse anderer während der Zeit der Arbeit zurückzustellen. Aufgrund des Fehlens eindeutiger räumlicher und zeitlicher Grenzen in der Haus- und Pflegearbeit und des Umstands, dass diesen Tätigkeiten der Charakter einer wahren Arbeit abgesprochen wurde, entwickelte sich Selbstlosigkeit zu einer wichtigen Voraussetzung und Eigenschaft für diejenigen, die diese Aufgaben übernahmen.

Damit Frauen die Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse leichter fiel und ihnen vielleicht sogar als gerechtfertigt erschien, fand mit Rekurs auf Biologie und Psychologie auch hier ein diskursiver Prozess der Naturalisierung statt: Qua ihres Wesens und ihrer typischen Eigenschaften wie Passivität, Emotionalität, Selbstlosigkeit, Schwäche und Sanftheit seien Frauen, so hieß es, geradezu für die häuslichen Tätigkeiten prädestiniert (Bischoff 1992: 18). Insgesamt erwies sich die Herausbildung der geschlechtsbasierten Arbeitsteilung beziehungsweise die Zuordnung der Frau zur reproduktiven Sphäre daher zugleich als Errungenschaft und als Falle, mit der neue Restriktionen und Abhängigkeiten verbunden waren. Mit «der Befreiung des Mannes aus feudalistisch-persönlichen Abhängigkeitsverhältnissen ging also parallel die erneute Bindung der [...] Frau und ihres ganzen Daseins an die Familie» (ebd.: 16) einher. Die mit dem Kapitalismus verbundene Unterscheidung zwischen wertschöpfender produktiver Arbeit und nicht wertschöpfender reproduktiver Arbeit modernisierte wiederum die Form des Patriarchats und führte zu einer Verschärfung der Geschlechterverhältnisse (Richter 1979; zit. n. Bischoff 1992: 14). Obwohl dem Mann in der feudal-patriarchal geprägten Gesellschaft bereits rechtliche und soziale Privilegien eingeräumt wurden, «bildeten sich erst mit den veränderten Produktionsbedingungen wirtschaftliche und ideologische Strukturen heraus, die nicht-erwerbstätige Frauen in die ökonomische und emotionale Abhängigkeit von Männern drängten» (Opitz 1997: 25). Aus dem klerikalen Patriarchat wurde so das kapitalistische Patriarchat, in dem die Frau nun nicht mehr (nur) die religiös motivierte Rolle der Dienerin Gottes übernahm, sondern das Dienen und die Fähigkeit zur

Selbstaufgabe zu ihrer Natur wurden (Steppe 2000a: 78). Im Zuge der Säkularisierung wurde aus dem Gehorsam gegenüber Gott der Gehorsam gegenüber dem (männlichen) Vorgesetzten (ebd.).

2.2 WIE DIE BÜRGERLICHE FRAU ZUR KRANKENSCHWESTER WURDE

Vor dem Hintergrund der heutigen Selbstverständlichkeit, mit der vielfach angenommen wird, Pflege sei schon immer eine weibliche Aufgabe gewesen, überrascht zunächst der Befund, dass vor der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gleichermaßen Frauen als auch Männer aus der Unterschicht in diesem Bereich tätig waren (Krünitz 1791; Gedike 1846, zit. n. Bischoff 1992: 20). Zudem fand ein noch wesentlich größerer Anteil der Pflege als heute in privaten oder religiösen Einrichtungen statt.¹⁵ Sowohl die Industrialisierung mit ihren zunehmenden Arbeitsunfällen in den Fabriken als auch die nun auf massenhafte Tötung ausgelegten kriegerischen Auseinandersetzungen zwischen den mehr oder weniger neu formierten Nationalstaaten erforderten eine professionalisierte Versorgung von Verletzten und Kranken zur Wiederherstellung der Ware Arbeitskraft. Die Krankenpflege musste daher neu organisiert werden, man brauchte mehr Personal und mehr Know-how. Bischoff (1992: 20) weist darauf hin, dass zunächst lange darüber diskutiert wurde, wer diese personelle Leerstelle füllen sollte. Schließlich fand man die Antwort im «riesigen ungenutzten Arbeitskräftepotenzial der ins Haus verbannten bürgerlichen Frau». Zugute kam dieser Entdeckung auch die besondere Nähe der Hausarbeit zur Krankenpflege. Die Ähnlichkeit der beiden Bereiche drückte sich zum einen in der Tätigkeit selbst (Nähe zum Körper, zum Menschen und zu seinen unmittelbaren Bedürfnissen (und damit nicht zu einem Produkt) und zum anderen in der Art der Beziehungen (der Patient/die Patientin übernimmt quasi die Rolle des pflegebedürftigen Kindes, der Arzt die des Ehemanns) sowie in der ähnlich kompensatorischen Funktion für die von Konkurrenz geprägten, unmenschlichen und entfremdeten männlichen Welt der Lohnarbeit aus (ebd.: 24).¹⁶ Somit fand die häusliche, bereits zugunsten des Mannes entschiedene streng hierarchische Arbeitsteilung ihre Entsprechung im Krankenpflegebetrieb: «Die ursprünglich umfassende Heilkunde wurde nun endgültig in einen «männlichen», sprich medizinischen und führenden, und einen «weiblichen», sprich pflegerischen und dienenden, Teil aufgegliedert» (Steppe 2000a: 78). Pflgetätigkeit galt als Zuarbeit, als unselbstständig. Und genau wie die Arbeit im Haus erfuhr nun also auch die Pflegearbeit trotz Professionalisierung und trotz des öffentlichen Charakters ihrer

¹⁵ Die etymologische Betrachtung des Wortes Krankenschwester macht den religiösen Zusammenhang besonders deutlich. ¹⁶ Honegger und Heintz (1981: 36) weisen auf die Unmöglichkeit der Erfüllung der kompensatorischen Ansprüche hin: «In ihrer Arbeit muss die Frau nun verbinden, was letztlich unvereinbar ist: die Schaffung einer Gegenwelt, die sich der spröden Ökonomisierung des Lebens widersetzt.»

Ausübung nicht nur eine strikte Unterordnung unter die wissenschaftliche und rationale männliche Medizin (ebd.: 80), sondern ihr wurde auch der Charakter der Arbeit aberkannt. Ihr fehlten wesentliche Elemente eines Berufs,¹⁷ da ja die Sorge für andere als ein wesentlicher Bestandteil der weiblichen Natur betrachtet wurde, weswegen sich die Pflege fortan erst einmal «von einem unentgeltlichen Liebesdienst zum Beruf emanzipieren» musste (ebd.: 78). Dies geschah jedoch nicht ohne Widerstand aus den eigenen Reihen. Es gab nämlich sehr wohl die Auffassung, dass sich Hingabe nicht bezahlen ließe, vielmehr noch, dass eine in Geld ausgedrückte Bezahlung das «freiwillige Liebeswerk» korrumpieren würde (Zimmermann 1916; zit. n. Steppe 2000a: 79). Statt sich also gegen die Zuschreibungen und Zumutungen der damals vorherrschenden Weiblichkeitsideologie aufzulehnen, fing man selbst an, dem Ideal der Pflegearbeit als Ausdruck von Weiblichkeit und Mütterlichkeit mit Hingabe und Stolz nachzueifern und es sogar zu zelebrieren (Ehrenreich/English o. A.: 29). Zu den Eigenschaften einer guten Krankenschwester zählten von da an: Selbstlosigkeit, Pflichttreue, Folgsamkeit, Ordnungs- und Wahrheitsliebe, Beobachtungsgabe, Taktgefühl, Reinlichkeit, Verschwiegenheit, eigene Gesundheit und Rüstigkeit (Bum 1917; zit. n. Steppe 2000a: 78). Die Krankenpflege wurde zu einem Beruf, der auf diesen «weiblichen» Fähigkeiten beruhte (Bischoff 1992: 14).

Nach der Hausarbeit war es also gelungen, nun auch die Krankenpflege fast ausschließlich den Frauen zu übertragen. Während bei Männern zwischen ihrer privaten und ihrer beruflichen Rolle unterschieden wird, wurde bei Frauen eine Grenze zwischen ihrer privaten und beruflichen Identität erst gar nicht gezogen: «Das Kapital beansprucht nicht nur ihre manuellen und geistigen Fähigkeiten, sondern ihre Empathie, ihre Gefühle, ihren Charakter. Für einen Mann ist (oder war) eine relative Trennung zwischen seiner Person und seiner Arbeitskraft möglich, für Frauen nicht» (Candeias 2003: 266). Es handelt sich hierbei demnach wiederum um ein Phänomen der Entgrenzung, diesmal einer Entgrenzung der Identitäten. Darüber hinaus war die bürgerliche Ideologie so erfolgreich bei der Prägung des Idealbilds der Krankenschwester, dass es schließlich zu einer Projektion von bürgerlichen Weiblichkeitsnormen auf die Arbeitswelt kam (Ehrenreich/English o. A.: 28).

Diese neu hergestellte Verbindung von spezifischen weiblichen Eigenschaften und guter Pflege war wiederum mit verantwortlich dafür, dass die Pflege lange Zeit nicht als Beruf anerkannt wurde, weil damit die Annahme verbunden war, sie könne nicht wie andere Berufe erlernt werden (Steppe 2000a: 83). «Die Geschlechternorm [ist] so nichts anderes als das Qualifikationsprofil einer Stellenausschreibung; die geschlechtliche Sozialisation eine Berufsausbildung» (Adamczak u. a. 2012: 20). Dies verhinderte jedoch auf systematische Art und Weise, dass das Gesellschaftsprojekt Pflege als geschlechtsunabhängige Aufgabe wahrgenommen wurde.

Die identitäre Gleichsetzung erwies sich auch dort als problematisch beziehungsweise widersprüchlich, wo einerseits von der «häuslich zarten» und andererseits von der beruflich notwendigerweise starken Frau, die den Strapazen des Pflegeberufs gewachsen sein muss, die Rede war. Man lehrte sie daher auf der Basis der schon für die Hausarbeit geltenden Logik der Uneigennützigkeit, die Bewerbstellung der in Pflege geforderten Knochenarbeit als persönliche Erfüllung zu betrachten. Die Vermittlung erfolgte über die Internalisierung der Berufsethik der Krankenpflege, die darauf abzielte, «aus der Schwester ein willfähiges, gehorsames, sich unterordnendes und damit leichter ausbeutbares Objekt zu machen, immer unter der Vorspiegelung des «Wohles des Patienten»» (Bischoff 1992: 22). Durch die Kennzeichnung der Krankenpflege als «weibliche Liebestätigkeit» (Hecker 1912: 3f.; zit. n. Bischoff 1992: 25) ließen sich aus der Sicht des Kapitals wiederum große Einsparungen erzielen (ebd.), da Frauen sich mit geringem Lohn abspesen ließen und darüber hinaus noch andere Tätigkeiten wie die der Reinigung bernahmen.

Claudia Bischoff (1992: 26) fasst den Prozess der Feminisierung der Pflegearbeit wie folgt zusammen: «Die berufliche Krankenpflege im 19. Jahrhundert wurde «weiblich», weil Frauen aufgrund der ihnen gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle in physischer, psychischer und ökonomischer Hinsicht ausbeutbarer waren als Männer.»

2.3 DAS VERHÄLTNISS VON DIENEN UND FORDERN ODER PFLEGE ALS GENDERED JOB

Wie aber soll eine Arbeiterin um bessere Löhne und Arbeitsbedingungen kämpfen, [...] wenn zur Demütigung durch schlechtere Löhne noch die Verdächtigungen hinzukommen, sie verhielte sich falsch, wesensmäßig falsch, gesellschaftlich falsch?

(Meinhof 1968: 48)

Frauen wurden also ausgebeutet. Sowohl zuhause als auch im Pflegeberuf nahmen sie dabei jedoch auch mitunter mehr oder minder «freiwillig» die Rolle der Dienerin ein, was es verunmöglichte oder zumindest äußerst schwierig machte, Forderungen nach einer Verbesserung der eigenen Arbeitsbedingungen zu stellen. «Dienen und Fordern – dieses Dilemma erschien unlösbar» (Steppe 2000a: 80). Besonders stabil erschien dieses Geschlechterregime, da die Propaganda von der dienenden Fürsorglichkeit dabei in einer doppelten Form der Subjektivierung erfolgte, und zwar von beiden Seiten ihrer Existenz aus: einmal als Frau, die aufgrund ihrer Eigenschaften zur Pflege prädestiniert ist, und ein anderes Mal als Pflegerin, die in der Ausübung ihrer Tätigkeit wiederum auf ihre «natürlichen» Fähigkeiten als Frau zurückgreifen kann.

¹⁷ So mangelte es beispielsweise an einer berufsgenossenschaftlichen Organisation, einer festgelegten Entlohnung und einer Trennung zwischen Arbeit und Freizeit (Bischoff 1992: 23).

Dadurch dass das Anforderungsprofil in der Krankenpflege in hohem Maße geschlechtsspezifisch ausformuliert wurde, wurde der Beruf zum «gendered job» (Twiggy 2000; zit. n. Backes u. a. 2008: 52). Die Folge daraus ist nicht nur, dass Frauen selbst diese soziale Rolle als ihre «Natur» akzeptieren (Bischoff 1992: 23) und daher unfähig sind, ihre Unterdrückung, Ausbeutung und Funktionalisierung als gesellschaftlich verursacht zu erkennen, sondern auch, dass sie weder als Frau noch als Arbeiterin lernen, aufgrund der ihr gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle eigene Interessen, Ansprüche und Bedürfnisse zu erkennen, Unzufriedenheit mit ihren Lebens- und Arbeitsbedingungen zu artikulieren sowie sich zu solidarisieren, sich durchzusetzen und zu kämpfen (ebd.: 13).

Auch Ehrenreich und English (o. A.: 32) weisen auf die Ursache des geringen Widerstandspotenzials aufseiten von Krankenpflegerinnen hin: «The nurse is socialised to believe that rebellion violates not only her «professionalism», but her very femininity.» Selbstverständlich könnte man einwenden, dass das beschriebene Berufsbild schon lange nicht mehr zeitgemäß ist. Tatsächlich hat sich im Laufe des 20. und gerade zu Beginn des 21. Jahrhunderts einiges verändert. Krankenpflegende beider Geschlechter treten heute mit deutlich mehr Selbstbewusstsein auf, «die Pflegenden begreifen sich schon lange nicht mehr als die Dienerinnen der Ärzte» (Steppe 2000a: 82). Ferner kam es zu einer Professionalisierung und Akademisierung des Pflegeberufs, der jedoch vor allem mit einer Aufwertung der technischen, bürokratischen

gegenüber den emotionalen, vermeintlich weiblichen Tätigkeiten der «direkten Pflege»¹⁸ verbunden war (Nowak u. a. 2012: 42). Die stärkere Separierung der pflegerischen Tätigkeiten und die sich anschließende Hierarchisierung zwischen professionalisierter Pflegeverwaltung und direkter Pflege sind wiederum eng verknüpft mit einer spezifischen Geschlechterhierarchie im Pflegebereich (ebd.: 49). So übernehmen überdurchschnittlich häufig Männer leitende Aufgaben der «indirekten Pflege». Die bereits erwähnte Logik des Fallpauschalensystems verstärkt dabei diesen Prozess, da direkte Pflege mit der Logik kapitalistischer Inwertsetzung nicht vereinbar ist. So erscheint die von Bischoff 1992 geleistete Bestandsaufnahme des Pflegeberufs zumindest in großen Teil auch heute noch aktuell:

«Die Grundeinstellung des «für andere da sein» unter Zurückstellung eigener Interessen, mit allen ihren Folgen, wird Frauen auch heute noch vermittelt [...] Diese Einstellung und die auch heute noch vorhandenen, sie unterstützenden Krankenpflegeideologien [...] verhindern jedoch, dass Frauen für ihre eigenen Interessen, für die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen kämpfen. Sie macht es gleichzeitig immer wieder möglich, dass die Krankenpflege für fremde Interessen [...] eingespannt werden kann; sie bewirkt auch heute noch, dass die Zustände in der Pflege als individuelles Versagen erscheinen; sie lässt es immer noch zu, dass unzumutbare Arbeitsbedingungen aufgrund der Sparpolitik ohne nennenswerten Widerstand durchgesetzt werden können.» (Bischoff 1992: 26)

¹⁸ «Direkte» Pflege wird als körpernahe, direkt personenbezogene Dienstleistung verstanden, wohingegen unter «indirekter» Pflege alle körperfernen Tätigkeiten subsumiert werden, zu denen medizinisch-ärztliche Assistenz, organisatorische und administrative Tätigkeiten sowie aus berufssoziologischer Sicht das Pflegemanagement und die Pflegewissenschaften zählen» (Backes u. a. 2008: 28).

3 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MACHTVERHÄLTNISSE IM KRANKENHAUS ZWISCHEN TRANSFORMATION UND REPRODUKTION

Es müssen also mehrere Faktoren zusammenkommen, damit in der Krankenpflege beschäftigte Frauen Widerstand gegen ihre Arbeitsbedingungen leisten. So müssen sie zunächst erkennen, dass sie nicht persönlich, sondern die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit für ihr Scheitern an den eigenen Anforderungen guter Pflege verantwortlich sind. Schon allein die Tatsache, dass es an der Berliner Charité zu einem Streik kam, stellt also einen maßgeblichen Akt des Widerstands gegen das geschlechtsbasierte «Regime Krankenhaus» dar. Um die Interaktion der Streiklogik mit der sich im Krankenhaus manifestierenden Geschlechterordnung zu untersuchen und herauszufinden, inwiefern der Streik auch zu einer Grenzverschiebung des Geschlechterregimes beigetragen hat, werden im Folgenden die von Hilde Steppe (2000a: 80) herausgearbeiteten fünf Eigenheiten des Pflegeberufs herangezogen. Diese sind:

- «1. Die inhaltliche Diffusität, also die Unendlichkeit und Grenzenlosigkeit pflegerischer Arbeit;
2. die berufspolitische Zersplitterung, also die nicht entwickelte Fähigkeit zur Solidarisierung;
3. die strikte Unterordnung unter die Medizin, also die hierarchische Arbeitsteilung und fehlende Eigenständigkeit;
4. die geschlechtsspezifische Konstruktion der fachlichen Anforderungen, also die totale Vermischung von persönlichen, angeblich weiblichen Eigenschaften mit fachlichen Notwendigkeiten;
5. die berufsfeindlichen Elemente, also die Unmöglichkeit, berufliche Forderungen zu formulieren».

Die hier benannten fünf Punkte stellen die Charakteristika des Krankenpflegeberufs als *gendered job* in komprimierter Form dar. Im Folgenden wird danach gefragt, inwiefern das deutlich weiblich geprägte Berufsbild durch den Streik an der Charité erschüttert wurde. Es werden dabei Aspekte der Streikorganisation, der Streikdurchführung, der Streikinhalte und der Nachhaltigkeit des Streiks unter die Lupe genommen. Dies geschieht immer unter der Perspektive einer möglichen Veränderung des geschlechterbasierten «Regimes Krankenhaus». Zentral bleibt die Frage, in welchem Verhältnis ein gewerkschaftlicher Kampf im Krankenhaus zur feministischen Forderung nach einer geschlechtsunabhängigen Krankenversorgung – verstanden als Teil einer umfassenderen Auseinandersetzung um eine geschlechtsunabhängige Reproduktion der Gesellschaft – steht.

3.1 GRENZVERSCHIEBUNGEN

Wir werden uns nicht länger unterkriegen lassen und weiter für 300 Euro und bessere Arbeitsbedingungen auf die Straße gehen!
(ver.di-Liveticker 3.5.2011)

Obiges Zitat aus dem ver.di-Liveticker vom zweiten Streiktag an der Berliner Charité 2011 beinhaltet exemplarisch und in komprimierter Weise bereits die wichtigsten Elemente des Widerstands in der Pflegebranche: Kollektivität, Auflehnung gegen Unterdrückung, Entschlossenheit, die Formulierung von beruflichen Forderungen sowie die Herstellung von Öffentlichkeit.

Kollektivität – Schluss mit der Vereinzelung: Als die Pflegekräfte an der Charité trotz größter individueller Anstrengungen irgendwann an ihre Grenzen stießen, wurde allen klar, dass die Ursache der unhaltbaren Arbeits- und Pflegesituation auf den Stationen nicht auf persönliches Verschulden zurückzuführen war, sondern in der systematischen Untergrabung guter Arbeitsbedingungen durch die Klinikleitung lag. Hatte es vorher noch einen Konkurrenzkampf um PatientInnen zwischen den einzelnen Stationen gegeben, kam es nun zu einem Zusammenschluss der Beschäftigten. Durch den Erfolg des Streiks lernten die Pflegekräfte, dass kollektive Organisation und Kämpfe zur Durchsetzung von Forderungen führen, also effektiv sein können. Zudem lernten sie, mit ihren ArbeitskollegInnen solidarisch zu sein, und dies sogar über das Streikgeschehen von 2011 hinaus (wie die erneuten Auseinandersetzungen ab 2012 um eine tariflich geregelte Personalbemessung zeigen). Damit ist es gelungen, das zweite Kennzeichen des Krankenpflegeberufs («nicht entwickelte Fähigkeit zur Solidarisierung») zu überwinden. Außerdem sind seit Beginn des Kampfes um bessere Arbeitsbedingungen die Fronten sehr deutlich geworden: Auf der einen Seite stehen die angestellten Pflegekräfte, auf der anderen Seite die Klinikleitung, die wiederum von politischen Entscheidungen abhängig ist. Der Streik sorgte demnach dafür, dass sich die PflegerInnen der eigenen Position als Teil der Lohnabhängigen bewusst wurden und dass sie gleichzeitig die Erfahrung machen konnten, dass diese Position veränderbar ist. Des Weiteren erfuhr das kollektive Subjekt des Pflegepersonals im Laufe der Zeit, besonders nach der erfolgreich abgeschlossenen ersten Phase des Arbeitskampfes und zu Beginn der zweiten Phase der Auseinandersetzungen (in der es um eine veränderte Personalbemessung ging), eine stetige Erweiterung. Das «Wir» umfasste schließlich nicht mehr nur das Pflegepersonal, sondern auch PatientInnen, deren Angehörige und viele anderen Menschen, die sich aus verschiedenen Gründen für ein verbessertes Gesundheitssystem einsetzen. Vor allem in dieser Verallgemeinerbarkeit der zunächst recht spezifisch erscheinenden Forderungen lag und liegt die große Stärke der Streikbewegung.

Auflehnung gegen die Unterdrückung – Schluss mit der Hörigkeit: Das breite Bündnis zur Unterstützung der Forderung der Pflegekräfte an der Charité

zeigt zudem dreierlei: erstens dass das Thema Gesundheit eine große gesellschaftliche Relevanz besitzt und für viele anschlussfähig ist; zweitens dass das Aufbegehren gegen die Verunmöglichung guter Pflege in den Krankenhäusern aufgrund von Kapitalinteressen auf breiten gesellschaftlichen Widerhall und Unterstützung stößt, was den Widerstand besonders wirkmächtig macht; und drittens dass sich infolge dessen vorhandene Normen etwa in Bezug auf die Legitimität kollektiver Arbeitskämpfe und ihren zentralen Akteure verschoben haben. Lange Zeit galten Frauen in sozialen Berufen als nicht organisierbar und wenig aufmüpfig gegenüber ihren Arbeitgebern. Durch die breite Unterstützung aus der Bevölkerung wurde die Widerständigkeit von Frauen, die in dem Kampf der vornehmlich weiblichen Pflegekräfte an der Charité zum Ausdruck kam, auf einmal gesellschaftsfähig. Das Ausbrechen aus der Norm wurde nicht wie so häufig sanktioniert oder einfach ignoriert, sondern explizit unterstützt. Eine besondere Rolle spielten dabei die Medien, die mehrheitlich positiv über das Anliegen der Streikenden berichteten. So schafften es die mehrheitlich weiblichen Pflegekräfte, aus der für das Berufsbild typischen Haltung der Passivität und Unterordnung und somit konkret aus ihrer traditionellen Geschlechterrolle auszubrechen. Um sich den unhaltbaren Arbeitsbedingungen zu widersetzen, musste sie zunächst gegen das gängige Weiblichkeitsideal ankämpfen und sich von verschiedenen Zuschreibungen freimachen. So fand eine zweifache Auflehnung sowohl gegen die patriarchale als auch gegen die kapitalistische Unterdrückung statt. Indem die KrankenpflegerInnen aufbekehrten und für ihre eigenen Interessen eintraten, anstatt die herrschenden Bedingungen einfach weiter hinzunehmen, setzten sie zudem einen Prozess der umfassenderen Emanzipation in Gang, der durch die Erfahrung des Siegs im zurückliegenden Streik fest im individuellen und kollektiven Gedächtnis verankert ist: «Die Tür ist offen. Jetzt bleiben wir dran» (ver.di 2013/2014).

Entschlossenheit – Schluss mit der Zurückhaltung: Diese Öffnung konnte nur durch die entschiedene Teilnahme der Pflegekräfte an dem Streik erreicht werden. Somit erwiesen sich die Frauen alles andere als folgsam, zögerlich oder willensschwach. Des Weiteren zeigt sich die neu gewonnene Entschlossenheit der an der Charité in der Pflege Beschäftigten darin, dass sie sich nicht mit einer Lohnerhöhung zufrieden gaben, sondern den Arbeitskampf fortsetzten und nun um eine Personalmindestbesetzung streiten. Damit demonstrieren sie außerdem, dass sie nicht bereit sind, es einfach zuzulassen, dass die Bedingungen der Krankenpflege von außen diktiert werden. Im Gegenteil: Die Streikenden protestierten explizit gegen die weitere Ausrichtung der Krankenpflege an Profitinteressen statt an guter, das heißt an den Bedürfnissen der PatientInnen ausgerichteter Pflege. Der erfolgreiche Abschluss des Streiks bricht zudem auch in gewisser Weise mit der Vorstellung von Frauen als schwachem Geschlecht, denn «Erfolg ist ein Ergebnis von Stärke»

(ver.di 2013) – so zumindest das Resümee eines Flyers, der im Zuge der Kampagne «Der Druck muss raus!» von ver.di produziert worden ist.

Die Entwicklung und Durchsetzung beruflicher Forderungen – Schluss mit der Bescheidenheit: Entgegen der von Bischoff (1992: 26) im Zusammenhang mit der Krankenpflegeideologie behaupteten Unwahrscheinlichkeit eines nennenswerten Widerstands gegen die Sparpolitik wehrten und wehren sich die Charité-AktivistInnen weiterhin explizit gegen ihre schlechte Bezahlung und auch gegen die Rahmenbedingungen, die sie daran hindern, eine gute Pflege zu leisten. Mit der Entscheidung dafür, einen betrieblichen Streik durchzuführen, entschieden sich die Pflegekräfte auch ausdrücklich dafür, den Schwerpunkt auf beruflichen Forderungen zu legen. Dass es tatsächlich möglich wurde, diese Forderungen ins Zentrum eines Arbeitskamps zu stellen, bedeutet wiederum einen Bruch mit einer der Grundannahmen über den Pflegeberuf (vgl. Punkt 5 von Steppe).

Öffentlichkeit – Schluss mit der Zurückgezogenheit: Ein weiterer Aspekt, der mit der Logik eines Streiks zusammenhängt, ist die Herstellung von Öffentlichkeit. Auch bei dem Arbeitskampf der Pflegekräfte an der Charité führte der Weg raus aus der Klinik auf die Straße und somit aus der für Frauenberufe häufig typischen «Unsichtbarkeit». Durch den Streik begleitende Aktionen wie Demonstrationen trug das Pflegepersonal sein Anliegen einer breiten Öffentlichkeit vor, die sich wiederum mehrheitlich mit den Streikenden solidarisierte und dem Streik auf diese Art noch mehr Rückhalt gab. Die Charité-AktivistInnen organisierten zusammen mit anderen darüber hinaus auch sogenannte Flashmob-Aktionen zum Thema «Pflege am Boden». Dabei legte sich eine größere Anzahl von Menschen an öffentlichen Orten für zehn Minuten auf den Boden, um auf die miserablen Zustände in der Kranken- und Altenpflege aufmerksam zu machen. Auch die auf eine Initiative der Partei DIE LINKE zurückgehende Anhörung im Bundestag im Juni 2013 zeugt von der öffentlichen Resonanz der Auseinandersetzungen an der Berliner Charité und in anderen Krankenhäusern, genauso wie die Erwähnung der Personalbemessung im Koalitionsvertrag zwischen SPD und den Unionsparteien (CDU u. a. 2013: 84). Die Arbeitskämpfe haben auch maßgeblich zu einer verstärkten Debatte über den Pflegeberuf und seine gesellschaftliche Anerkennung beigetragen (ver.di 2014).

Das Hinaustragen der Forderungen der Pflegekräfte in die Öffentlichkeit und die dort erfolgte Verankerung des Anliegens guter Krankenbetreuung und Pflege können als erster wichtiger Schritt in Richtung einer umfassenden gesellschaftlichen Auseinandersetzung über die zukünftige Ausgestaltung des Care-Sektors betrachtet werden. Entscheidend dabei war, dass es gelungen ist, die Zustände in der Pflege nicht mehr nur als Problem der dort Beschäftigten, sondern als das Resultat von betrieblichem beziehungsweise staatlichem Versagen darzustellen. Die nun von

ver.di maßgeblich unterstützte Forderung nach einer gesetzlichen Personalbemessung würde sich im Falle ihrer Umsetzung nicht nur unmittelbar gegen die kapitalistische Verwertungslogik richten, sondern zwingt auch den Staat dazu, wieder mehr in die öffentliche Infrastruktur zu investieren. Dies käme nicht nur den Beschäftigten im öffentlichen Sektor zugute, sondern auch den Familien und vor allem den Frauen, die sich zuhause zum Beispiel um die «blutig Entlassenen» kümmern müssen. Die Auseinandersetzung um eine gesetzliche Regelung für die Personalbemessung in der Pflege erinnert ferner daran, dass der Staat für die Organisation öffentlicher Angelegenheiten zuständig ist und endlich Schluss sein muss mit weiteren Formen des Outsourcing und der Privatisierung.

Hierarchieumkehr – Schluss mit der Unterordnung: Während des Streiks fand weiterhin eine innerbetriebliche Umkehr beziehungsweise Aussetzung der bestehenden Hierarchien statt. So weist Luigi Wolf (2013: 62) darauf hin, dass die «Halbgötter in Weiß», die in der Krankenhaushierarchie eigentlich ganz oben stehen, nun damit umgehen mussten, dass plötzlich «die Streikleitung festlegte, welche der Operationen unaufschiebbar waren und welche abgesagt werden konnten». Im Streikflyer von ver.di hieß es dazu: «Streikende Arbeitnehmer unterliegen nicht mehr der Anordnungsgewalt von Vorgesetzten oder des ärztlichen Dienstes – das Arbeitsverhältnis ruht während des Streiks» (ver.di Charité Tarifkommission, Mai 2011; vgl. Anhang). Die besonderen Leistungen der Pflegekräfte, die während des Streiks den Krankenhausbetrieb managten und aufrechterhielten, zeigen sehr deutlich, dass die herkömmliche Praxis, sie von diesbezüglichen Aufgaben und Entscheidungen fernzuhalten, keineswegs mit dem Argument der mangelnden Kompetenzen legitimiert werden kann. Auch wenn sich nach Beendigung des Streiks an der Verteilung der üblichen Zuständigkeiten und Arbeitsteilung nicht wirklich etwas geändert hat, ist anzunehmen, dass diese Erfahrungen – selbst Macht auszuüben und qualifizierte Entscheidungen zu treffen – die Pflegekräfte nachhaltig gestärkt haben sollten.

Gestaltbarkeit – Schluss mit der Ohnmacht: Schließlich möchte ich noch auf einen weiteren Aspekt aufmerksam machen, und zwar den der durch die Auseinandersetzungen ins Bewusstsein gerückte prinzipielle Gestaltbarkeit der politischen und betrieblichen Realitäten. Die mithilfe des Streiks 2011 durchgesetzte Lohnerhöhung macht deutlich, dass die in Bezug auf geforderte Investitionen gern angeführte Sachzwanglogik nicht das letzte Wort bedeuten muss, sondern dass sich auch bewährte Erkenntnisse: «Wo ein Wille, da ist auch ein Weg». Diese Erkenntnis hilft dabei, lähmende Ohnmachtsgefühle zu überwinden und ein Bewusstsein für die eigenen Kräfte und Einflussmöglichkeiten zu gewinnen. Sie war auch entscheidend für die Fortsetzung des Arbeitskampfes der Pflegekräfte an der Charité und ihre Entschlossenheit, weitere Verbesserungen für sich und die PatientInnen durchzusetzen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch den Streik an der Charité für das Geschlechterverhältnis relevante Normverschiebungen stattgefunden haben. Passend zur allgemeinen These von der Feminisierung von Streiks standen hier mehrheitlich Frauen im Zentrum eines wichtigen Arbeitskampfes. Im Unterschied zu den Streiks im Einzelhandel beispielsweise kam es bei dem Streik im Krankenhaus auch zu einer Erschütterung gängiger Bilder und Zuschreibungen von Weiblichkeit, indem bestimmte Aspekte der Berufsbildideologie der Krankenpflege infrage gestellt wurden. Die Absage an die in Krankenpflege vorherrschende Weiblichkeitsideologie durch und im Verlauf des Streiks an der Charité und der damit verbundene Emanzipationsprozess stellten sogar eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen gewerkschaftlichen Kampf dar, der in einem Tarifabschluss endete. Statt sich dem Krankenhausregime weiterhin zu unterwerfen, ging man auf die Straße und richtete die zuvor gemeinsam entwickelten Forderungen sowohl an den Arbeitgeber als auch an die Öffentlichkeit. Die sich vermeintlich gegenseitig ausschließenden Logiken des Dienens und Forderns wurden in ein neues Verhältnis gebracht. Dienen wurde umgedeutet als fremdbestimmte Aufopferung zugunsten der Kapitalinteressen, das Dienen aus Tradition und Gehorsam wurde zu einem selbstbestimmten und rebellischen Dienen zugunsten von Hilfsbedürftigen. Es wurde gezeigt, dass Selbstbestimmung und Altruismus eine wirkungsmächtige Synthese eingehen können: «Altruismus und Autonomie sind [...] keine unvereinbaren Gegensätze, denn die Brücke zwischen beiden bildet die Pflege als Profession» (Steppe 2000a: 83).

Das stark betonte altruistische Motiv in der Auseinandersetzung um die Personalbemessung kann daher in Anlehnung an das Konzept des «strategischen Essentialismus» (Spivak 1987) als strategischer Altruismus beschrieben werden, der auf die Universalisierung der Interessen der KrankenpflegerInnen als ArbeitnehmerInnen abzielt. Da dieses Interesse vor allem in der Herstellung von Arbeitsbedingungen besteht, unter denen eine gute Pflege möglich ist, und dieser «Hegemoniekampf um das Gemeingut Gesundheit» (Wolf 2013: 63) sowohl ein öffentlicher als auch ein explizit politischer ist, ist er ein wichtiger Schritt hin auf dem Weg zur gesellschaftlichen Neubestimmung des Pflegeethos. Was darüber hinaus notwendig wäre, um die einseitige Verantwortung von Frauen für die Pflege aufzuheben und die Zuständigkeiten gerechter zu verteilen, wird im folgenden Abschnitt, der sich mit den Grenzen des Widerstands an der Charité in Bezug auf das sich im Krankenhaus manifestierende Geschlechterverhältnis befasst, diskutiert.

3.2 GRENZEN DES WIDERSTANDS

Wenn man allgemein über die Grenzen eines Streiks spricht, hat man an erster Stelle seine zeitliche Beschränktheit vor Augen. Ein Streik endet entweder, wenn die Forderungen der Streikenden erfüllt sind oder

wenn diese den Kampf aufgeben. Ein Streik stellt einen vorübergehenden Ausnahmezustand, eine punktuelle Aktionsform dar. Allerdings ist am Beispiel der Auseinandersetzungen an der Charité auch deutlich geworden, wie über einen Streik hinaus auch langfristige Strukturen entstehen können wie zum Beispiel neue zivilgesellschaftliche Bündnisse oder wie Medien für bestimmte Themen sensibilisiert werden können. Für die Streikenden selbst resultierten die vielfältigen neuen Erfahrungen der Solidarität und des erfolgreichen Widerstands in einem gestärkten Selbstbewusstsein und mehr Vertrauen in kollektives Handeln, was eine wichtige Voraussetzung für die Veränderung von Machtverhältnissen ist. Es wurde auch gezeigt, wie es während der Ausnahmesituation eines Streiks zu einer vorübergehenden Schwächung geschlechts- und berufsspezifischer Vorstellungen und Zuschreibungen kommen kann. Im Folgenden geht es nun darum, genauer herauszuarbeiten, welche langfristigen Wirkungen die Auseinandersetzungen an der Charité in Bezug auf das Geschlechterverhältnis hatten und welche Aspekte von ihnen vernachlässigt wurden.

Inhaltliche Diffusität/Grenzenlosigkeit pflegerischer Arbeit: Der Streik der Pflegekräfte 2011 und seine Nachwirkungen haben wenig an dem von Steppe im ersten Punkt beschriebenen Problem der Unendlichkeit und Entgrenzung pflegerischer Arbeit geändert. Festzustellen ist, dass auch mit der erfolgreichen Durchsetzung einer Entgelterhöhung keine Verbesserung der konkreten Arbeitsbedingungen einherging. Die KrankenpflegerInnen sehen sich noch immer mit nicht erfüllbaren Anforderungen konfrontiert. Zum Teil wird ihnen seit dem Abschluss des Tarifvertrags aufgrund der fehlenden Neueinstellungen noch mehr an Flexibilität, Leistung und Einsatz abverlangt (Gummert 2012). Auch das Arbeitsvolumen hat keineswegs abgenommen. So bedeutet Schichtende nicht notwendigerweise den Antritt des Heimwegs. Zum Wohl der PatientInnen bleiben PflegerInnen oft länger als vorgeschrieben, und das meist unbezahlt. Selbst die im Zuge des Streiks erfolgte Rückübertragung von Aufgaben an die ÄrztInnen zur Entlastung des Pflegepersonals war nicht von Dauer.

Es ist zu hoffen, dass es mit den vor Kurzem erzielten Vereinbarungen möglich wird, genau an diesem zentralen Problem der Arbeitsentgrenzung ansetzen und hier die Belastungen der Beschäftigten zu senken. Durch genügend Personal könnten Pflegekräfte zum Beispiel nach geleisteter Schicht endlich guten Gewissens nach Hause gehen. Dass sie dort häufig erneut mit pflegerischen Aufgaben konfrontiert sind, ist jedoch eine viel zu wenig beachtete Alltagsrealität. Dieses Problem wurde im gesamten Verlauf des Arbeitskampfes an der Charité kein einziges Mal thematisiert, gehört jedoch zu dem, was Steppe als die «Unendlichkeit» pflegerischer Arbeit bezeichnet hat. Soll daran grundsätzlich etwas geändert werden, müssten die Ursachen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in unserer Gesellschaft angegangen werden. Frauen

dürften nicht länger qua ihres Geschlechts auch zuhause für die Sorge und Pflege zuständig sein. Diesen Aspekt lässt die Forderung nach einer veränderten Personalbemessung im Krankenhaus jedoch unberührt. So führt die Politisierung des Pflegeethos nicht gleichzeitig auch zu einer Politisierung der geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Arbeitsteilung.

Hierarchische Arbeitsteilung

a) Betriebliche Ebene

Auch wenn es während des Streiks zu einer Umkehr der Hierarchie zwischen dem Bereich der Medizin und Pflege kam, so handelte es sich dabei eher um eine karnevaleske Situation, um einen eindeutigen Ausnahmezustand, der nicht lange anhielt. Die Pflege ist der Medizin letztlich immer noch nachgeordnet, was sich vor allem in den Verantwortungs- und Kompetenzzuschreibungen und in den Löhnen ausdrückt. Dies zeigt die temporäre Beschränktheit einiger der im Streikverlauf erzielten Errungenschaften.

b) Gewerkschaftliche Ebene

Abgesehen von dem temporalen Aspekt zeigten sich im Streik weitere organisatorische und personelle Restriktionen, mit denen bestehende Geschlechterverhältnisse zum Teil reproduziert wurden. Es kehrte sich nämlich nicht nur vorübergehend das Verhältnis zwischen Pflegekräften und Ärzteschaft um. Vielmehr kam es im Grunde genommen zu einer Ablösung der medizinischen Hierarchie durch eine gewerkschaftliche, denn für die Organisation und Durchführung des Streiks war die Streikleitung verantwortlich, und zwar allein. Diese bestand im Jahr 2011 aus zwölf Männern und vier Frauen, ein Jahr später betrug das Verhältnis 13 zu 3, obwohl rund 85 Prozent der Pflegekräfte, die an der Charité arbeiten, weiblich sind. Die mangelhafte Repräsentation von Pflegerinnen in der Streikleitung ist ein aussagekräftiges Indiz für die strukturellen Ungleichgewichte innerhalb der Gewerkschaften, die tendenziell weiterhin männlich dominiert sind. Es machen sich in der Besetzung der Streikleitung und in den gewerkschaftlichen Entscheidungsstrukturen aber auch die zuvor beschriebenen Segregations- und Professionalisierungsschübe innerhalb der Pflegebranche bemerkbar, da die besser bezahlten und aufgewerteten technischen, bürokratischen und organisatorischen Aufgaben vor allem von männlichen Pflegekräften übernommen werden.

c) Gesellschaftliche Ebene

Es wurde, wie bereits im Zusammenhang mit der Entgrenzung der Pflegearbeit erläutert, im Zuge des Streiks und der aktuellen Auseinandersetzungen um die Personalbemessung keine grundsätzliche Kritik an den vorherrschenden geschlechtsspezifischen und hierarchischen Arbeitsteilungen geübt. Diese sind jedoch, woran uns Frigga Haug (2003: 22) erinnert, der Dreh- und Angelpunkt beziehungsweise die Grundlage für die gesellschaftliche Benachteiligung und Unter-

drückung von Frauen und die Aufrechterhaltung von sozialer Ungleichheit zwischen den Geschlechtern.

Geschlechtsspezifische Qualifikationsanforderungen: Wenig thematisiert wurde durch und im Streik zudem die geschlechtsspezifische Konstruktion der fachlichen Anforderungen des Krankenpflegeberufs. Dabei ist offensichtlich: Solange die Hauptverantwortung für die Pflege weiterhin den Frauen und nicht der Gesamtgesellschaft obliegt und keine grundsätzliche Debatte über neue Formen der Arbeitsteilung stattfindet, werden sich die von den Pflegekräften eingeforderten guten Arbeitsbedingungen im Krankenhaus nicht realisieren lassen. So stellte bereits Claudia Bischoff (1992: 13) fest, dass «die stereotypen, endlosen Klagen in der Fachpresse über die Probleme der Krankenpflege [...] unlösbar bleiben [müssen], stellt man hier nicht den Zusammenhang zur Frauenrolle her».

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der an der Charité stattgefundene Streik als auch die anschließenden (gesundheits-)politischen Auseinandersetzungen sich nicht nur durch richtungsweisende neue Organisationsformen sowie durch eine besonders strategische Klugheit auszeichneten, sondern dass sie die sich im Krankenhaus manifestierenden Geschlechterverhältnisse in gewisser Weise auch in Bewegung bringen konnten. Trotz aller Innovationen und Erfolge war die-

ser Streik allerdings kein explizit feministischer Kampf, denn die speziellen Interessen von in der Pflege arbeitenden Frauen wurden nicht gesondert thematisiert. So blieben zentrale Aspekte wie die Grenzenlosigkeit pflegerischer Arbeit, das hierarchische Prinzip der Arbeitsteilung auf betrieblicher, gewerkschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene sowie die geschlechtsspezifische Konstruktion des Berufsbildes weitestgehend ausgespart. Dabei hätte es eine Reihe von konkreten Punkten und Missständen gegeben, an die man von Gewerkschaftsseite hätte anknüpfen können, wie zum Beispiel das hierarchische Verhältnis zwischen Medizin und Pflege sowie zwischen direkter und indirekter Pflege, die sich negativ auf die Arbeitsbedingungen der meisten Frauen auswirken.

Allgemein nachvollziehbar ist, dass in einem gewerkschaftlichen Kampf nicht alle Probleme auf einmal angegangen werden können. Die aktuelle strategische Fokussierung ist vor dem Hintergrund momentaner gesellschaftlicher Kräfteverhältnisse durchaus verständlich. Allerdings wäre es für die Zukunft sicherlich sinnvoll, genauer zu überlegen, wie die Geschlechterverhältnisse sowohl im Krankenhausbetrieb als auch im familiären Zusammenhang gerechter gestaltet werden können. Ein wichtiges Fernziel müsste dabei die Verallgemeinerung des Pflegeethos sein.

4 AGENDA DER ZUKUNFT: VERALLGEMEINERUNG DES PFLEGEETHOS

Abschließend wird ausgehend von dem Kampf der Pflegekräfte an der Berliner Charité um bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Gesundheitsversorgung gefragt, wie feministische und gewerkschaftliche Kämpfe in Zukunft noch besser zusammen gebracht werden können. Dieser Perspektive liegt die Überzeugung zugrunde, dass die Inkorporation einer geschlechterkritischen Gesellschaftsanalyse grundlegend für den Kampf um eine gute Gesundheitsversorgung, das heißt für die Verallgemeinerung des Pflegeethos, ist.

Barbara Ehrenreich und Deirdre English erkannten bereits in den 1970er Jahren, dass eine Trennung zwischen der Organisation der Arbeitenden im Gesundheitsbereich und der feministischen Organisation nicht möglich ist: «What this means to us in practice is that in the health system there is no way to separate worker organising from feminist organising» (Ehrenreich/English o. A.: 33). Denn letztlich setzt ein Kampf um bessere Arbeitsbedingungen stets eine konkrete Analyse der Arbeitssituation, ihrer Wurzeln und spezifischen Ausbeutungsbedingungen voraus. Gerade bei der Betrachtung der Ausbeutung muss die Kategorie Geschlecht als fundamentales gesellschaftliches Organisationsprinzip verstanden werden. Vor allem der Gesundheitssektor ist, wie in Abschnitt 3 gezeigt wurde, stark von patriarchalen Strukturen und Denkweisen geprägt. Fürsorge «ist beeinflusst von sozialen Machtverhältnissen und unterliegt formellen und informellen Regeln, Gewohnheiten und Interpretationen, sie ist weitreichend verbunden mit der Geschlechterordnung und mit den Deutungen und Bewertungen nach Geschlechterstereotypen» (Eckart 2004: 28; zit. n. Backes u. a. 2008: 31). Daher geht es darum zu begreifen, wie sich die kapitalistische Produktionsweise die Frauenunterdrückung genau zunutze macht und wie sie auf ihr aufbaut (Haug 1990: 879). Aus dieser Erkenntnis können folgende Schlüsse abgeleitet werden: Zentral für eine gute Gesundheitsversorgung ist es, die Naturalisierung und Mystifizierung der geschlechtsbasierten Organisation von Arbeit zu thematisieren, diese zu kritisieren und zu dekonstruieren. Wichtig ist darüber hinaus, unter anderem die Frage nach der Verantwortlichkeit für die Pflege aus der «privaten Ecke» herauszuholen und zu einer gesamtgesellschaftlichen zu machen. «Dementsprechend läge die genderpolitische Handlungsoption [...] in einer nationalen und regionalen sozialpolitischen Grundsatzzorientierung, die anerkennt, dass jede(r), unabhängig vom Geschlecht, Care leistet» (ebd.: 2008: 22).

Der Arbeitskampf von Frauen beziehungsweise die gewerkschaftliche Organisation von typisch weiblichen Branchen ist mit besonderen Herausforderungen verbunden, da die Gewerkschaftspolitik weiterhin unter patriarchaler Blindheit leidet (Kurz-Scherf 1994:

441) und die meisten Gewerkschaften immer noch «Männerorganisationen unter dem Deckmantel der Geschlechtsneutralität» (Gesterkamp 1996: 600) sind. Dies hat sich auch bei den Streiks an der Charité gezeigt, als sich die mehrheitlich weiblichen Pflegekräfte nicht als Frauen organisierten, sondern vornehmlich als Beschäftigte und Gewerkschaftsmitglieder auf die Straße gingen. Vor diesem aktuellen Hintergrund und der vielfach diagnostizierten Feminisierung der Arbeit und der Arbeitskämpfe wäre daher zu fragen, ob als nächstes eine Feminisierung der Gewerkschaften ansteht. Für die Gewerkschaft würde dies bedeuten, auf die veränderte Zusammensetzung des streikenden Subjekts zu reagieren und anzuerkennen, dass es sich dabei nicht mehr um eine Arbeiterklasse, sondern eine ArbeiterInnenklasse handelt. So prophezeit auch Mechthild Jansen (1995: 414), dass «die Gewerkschaft von morgen [...] eine von Frauen und Männern sein oder nicht sein wird». Ein Indiz dafür, dass es eine gewachsene Sensibilität für Geschlechterfragen gibt, ist unter anderem die Frauenquote bei ver.di, nach der «Frauen mindestens entsprechend ihrem Anteil an der Mitgliedschaft in allen Organen und Gremien vertreten sein müssen» (ver.di 2013). Offensichtlich scheint dieser Grundsatz jedoch keinen Einfluss auf die personelle Besetzung von Streikleitungen zu haben.

Insgesamt zeigen viele in den letzten Jahren geschlossene Bündnisse, dass es möglich ist, aus verschiedenen Positionen heraus für ein gemeinsames Ziel zu kämpfen. Voraussetzung dafür ist jedoch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit. Gebraucht wird daher, abgesehen von einer gewerkschaftlichen Frauenquote, eine Politik, die beide Formen der Unterdrückung, mit denen in der Krankenpflege Beschäftigte konfrontiert sind, aufgreift. Nach wie vor sind Löhne ein aussagekräftiger Ausdruck der gesellschaftlichen Anerkennung eines Berufes beziehungsweise von «dem unmittelbaren Maßstab unserer Ausbeutung und damit auch [...] von Machtverhältnissen» (Federici/Cox 2012: 121). So basiert die Lohndifferenz zwischen den Geschlechtern beziehungsweise zwischen typischen Frauen- und Männerberufen auf der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, wobei «die relative schlechtere Entlohnung von Frauenarbeit [...] eine Minderbewertung ihrer Arbeit und Leistungsfähigkeit einschließt» (Meinhof 1968: 38). Silvia Federici und Nicole Cox (2012: 119) weisen vor diesem Hintergrund darauf hin, dass es gerade die Akzeptanz dieses geschlechtlichen Lohngefälles ist, das die Spaltung der Arbeiterklasse aufrechterhält. Eine denkbare und bereits von ver.di vorgebrachte Forderung ist die nach einer Aufwertung des Pflegeberufs durch mehr Lohn, da es «nirgends [...] so deutlich wie an den Löhnen [wird], dass es Gleichberechtigung ohne Emanzipationskampf nicht geben kann» (Meinhof 1968: 38).

Um die gesellschaftliche geschlechtsbasierte Arbeitsteilung zu überwinden und die Zuständigkeiten für die Pflege neu zu verteilen, wären ferner Maßnahmen denkbar wie die Einführung einer verpflichtenden Männerquote in den typischen Pflegeberufen. Damit wäre nicht automatisch eine Aufwertung dieser Tätigkeiten verbunden, aber die Chancen hierfür würden verbessert und es könnte zu erheblichen Wahrnehmungsveränderungen auf der Seite der Beschäftigten und der PatientInnen als auch in der Öffentlichkeit kommen.

Darüber hinaus sollte auch weiterhin Kritik am DRG-Fallpauschalensystem geübt werden. Auch wenn derzeit keine realistische Aussicht besteht, das von der gegenwärtigen Regierung favorisierte «System diagnosebezogener Fallgruppen als leistungsorientiertes Entgeltsystem» (CDU u. a. 2013: 58) zu Fall zu bringen, könnte immerhin auf eine Berücksichtigung, das heißt Abrechnungsmöglichkeit von direkter Sorgearbeit hingewirkt werden, um so bisher unsichtbarer Arbeit über Geld einen höheren Wert zu verleihen. Mit einer Abrechnungspflicht direkter Pflegeleistungen über das DRG-System könnte man zumindest sicherstellen, «dass das Kapital die ungeheure Menge an sozialen Dienstleistungen bezahlen muss» (Federici/Cox 2012: 122). Nach dem Motto: wenn schon emotionale Arbeit, dann bezahlt.

Letztendlich ist der Kampf um eine Mindestpersonalbemessung zweifellos ein sinnvoller Ansatz, mit dem das Projekt einer Aufwertung des Pflegeberufs durch bessere Arbeitsbedingungen entscheidend begünstigt würde. Er stellt die Fortführung des von Wolf (2013: 61) diagnostizierten widerständig artikulierten Pflegeethos

dar. In beiden Auseinandersetzungen der Pflegeträfte an der Charité ging es auch immer um die Verantwortung gegenüber den PatientInnen. Dies fand 2011 seinen Niederschlag in der Wahl der Streikstrategie, während die Verbesserung der Krankenpflege seit 2012 bis heute im Zentrum der Forderungen der Beschäftigten steht. Die Vorteile dieser Strategie liegen auf der Hand: Sie befördert die Bereitschaft der Pflegeträfte, sich an den Mobilisierungen zu beteiligen, und erhöht die Akzeptanz der Streikbewegung in der Bevölkerung. Sie zeichnet sich daher vor allem durch ihr Potenzial zur Verallgemeinerung aus.

Doch trotz dieser zurzeit richtungsweisenden Gewerkschaftspolitik von ver.di im Gesundheitsbereich ist es an der Zeit für eine kritische Selbstreflexion der Gewerkschaften, damit diese durch die Ausblendung geschlechtsspezifischer Ausbeutungsmechanismen nicht länger «unter der Hand bestätigen, was sie abschaffen wollten, nämlich die Ungleichheit der Lohnarbeit im Kapitalismus und die Ungleichheit der Menschen zum Beispiel wegen des Geschlechts» (Jansen 1995: 418). Es gilt daher zu verstehen, dass die Bekämpfung der spezifischen Unterdrückung der Frau kein marginales, feministisches Sonderinteresse oder gar eine untergeordnete Angelegenheit ist, sondern eine wesentliche Voraussetzung für eine allgemeine Gesellschaftsveränderung. «Mit anderen Worten, wir stehen vor der Wahl, den Geschlechtergegensatz entweder zu leugnen oder ihn als ein korporatives Interesse zu definieren, bei dem es um die egoistischen Bedürfnisse eines begrenzten Teils der arbeitenden Bevölkerung geht» (Piva/Ingrao 1986: 670).

LITERATUR

A

Adamczak, Bini/Laufenberg, Mike/Reuschling, Felicitä/Speck, Sarah/Tedjasukmana, Chris (2012): Einleitung oder: Anleitung zum Aufstand aus der Küche, in: dies. (Hrsg.): Silvia Federici. Aufstand aus der Küche. Reproduktionsarbeit im globalen Kapitalismus und die unvollendete feministische Revolution, Münster, S. 6–20.

Arnold, Doris/Kersting, Karin/Stemmer, Renate (2006): Podiumsgespräch: Pflegewissenschaft im paradigmatischen Diskurs – Bedeutung für das Pflegehandeln, in: *Pflege & Gesellschaft* 2/2006, unter: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe206Arnold.pdf>.

Auth, Diana (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: *WSI-Mitteilungen* 6/2013, S. 412–422.

B

Backes, Gertrud M./Wolfinger, Martina/Amrhein, Ludwig (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): *WISO Diskurs* 8/2008, unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf>.

Behruzi, Daniel (2014): Deal fast durch, in: *Junge Welt* v. 2.3.2014, unter: <http://www.jungewelt.de/2014/02-03/021.php>.

Bennholdt-Thomsen, Veronika (1988): Die stumme Auflehnung der Bauersfrauen. Bericht aus einem Dorf im Süden Mexikos, in: Mies, Maria/Werlhof, Claudia v./Bennholdt-Thomsen, Veronika (Hrsg.): *Frauen, die letzte Kolonie. Zur Hausfrauisierung der Arbeit*, Reinbeck, S. 47–61.

Berliner Morgenpost (2013): ver.di droht mit neuen Warnstreiks an der Charité, unter: <http://www.morgenpost.de/berlin-aktuell/article117411730/Ver-di-droht-mit-neuen-Warnstreiks-an-der-Charite.html>.

Bischoff, Claudia (1992): Krankenpflege als Frauenberuf, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Band 8 – Pflege und Medizin im Streit, Berlin, S. 13–27.

Bledowska, Magdalena (2013): Ich-AG Pflege. Krankenschwestern streiken in Polen gegen die Privatisierung des Gesundheitswesens, in: *LuXemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis* 1/2013, S. 64–69.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010): Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen. Bürgerinformation, unter: http://bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Abrechnung-stationaerer-Krankenhausleistungen.pdf.

Böhm, Thomas (2013): Der Druck muss raus. Krankenhausbeschäftigte aufwerten und entlasten, in: *LuXemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis* 2/2013, S. 84–89.

Boudry, Pauline/Kuster, Brigitta/Lorenz, Renate (2004): I cook for sex, in: dies. (Hrsg.): *Reproduktions-*

konten fälschen. Heterosexualität, Arbeit & Zuhause, Berlin, S. 6–35.

Bum, Anton (1917): *Handbuch der Krankenpflege*, München.

BT – Deutscher Bundestag (2013a): Drucksache 17/12095. Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg u. a.: Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung, unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712095.pdf>.

BT – Deutscher Bundestag (2013b): Aktuelle Mitteilungen. Anhörung zu Personalschlüsseln in Krankenhäusern, unter: https://www.bundestag.de/presse/hib/2013_06/2013_318/05.html.

BZ – News aus Berlin (2012): Krankenhaus-Personal hat 120.000 Überstunden, unter: <http://www.bz-berlin.de/bezirk/mitte/krankenhaus-personal-hat-120-000-ueberstunden-article1547439.html>.

C

Candeias, Mario (2003): Neoliberalismus, Hochtechnologie, Hegemonie. Grundrisse einer transnationalen kapitalistischen Produktions- und Lebensweise. Eine Kritik, Hamburg.

Candeias, Mario (2006): Handlungsfähigkeit durch Widerspruchsorientierung. Kritik der Analysen von und Politiken gegen Prekarisierung, in: *Z. Zeitschrift marxistische Erneuerung* 68, unter: <http://www.zeitschrift-marxistische-erneuerung.de/article/721.handlungsfahigkeit-durch-widerspruchsorientierung.html>.

CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode, unter: <http://www.tagesschau.de/inland/koalitionsvertrag136.pdf>.

D

Dassler, Sandra/Heine, Stefan (2012): Keimbefall in Charité: Weiteres Kind in Lebensgefahr, unter: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/keim-alarm-in-berlin-keimbefall-in-charite-weiteres-kind-in-lebensgefahr/7281436.html>.

Dbb tarifunion (o. A.): Kurzinfo 1: Tarifflicht und Arbeitnehmerrechte, unter: <http://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/service/K1.pdf>.

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2013): Krankenpflege braucht mehr als vage Zusagen, Pressemitteilungen v. 21.11.2013, unter: <http://dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Krankenpflege-braucht-mehr-als-vage-Zusagen.php&navid=100>.

Dibelius, Olivia/Uzarewicz, Charlotte (2006): *Pflege von Menschen höherer Lebensalter*, Band 18 der Reihe *Grundriss Gerontologie*, Stuttgart.

E

Eckart, Christel (2004): Fürsorgliche Konflikte. Erfahrungen des Sorgens und die Zumutung der Selbstän-

digkeit, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 29/2, S. 24–40.

Ehrenreich, Barbara/English, Deirdre (o. A.): *Witches, Midwives & Nurses. A History of Women Healers*, unter: http://zabalazabooks.files.wordpress.com/2012/01/witches_midwives_and_nurses_a_history_of_women_healers.pdf.

F

Federici, Silvia (2012): Die Reproduktion der Arbeitskraft im globalen Kapitalismus und die unvollendete feministische Revolution, in: Adamczak, Bini u. a. (Hrsg.), a. a. O., S. 21–86.

Federici, Silvia/Cox, Nicole (2012): Counter-Planning from the Kitchen, in: Adamczak, Bini u. a. (Hrsg.), a. a. O., S. 106–127.

G

Gamarnikow, Eva (1978): Sexual division of labour: the case of nursing, in: Kuhn, Annette/Wolpe, Ann Marie (Hrsg.): *Feminism and Materialism: Women and Modes of Production*, London.

Gedike, Carl Emil (1846): *Anleitung zur Krankenwartung*, Berlin.

Gerlinger, Thomas/Röber, Michaela (2009): *Die Pflegeversicherung*, Bern.

Gesterkamp, Thomas (1996): Männerbund Gewerkschaft, in: *Gewerkschaftliche Monatshefte* 1996/9, unter: <http://library.fes.de/gmh/main/pdf-files/gmh/1996/1996-09-a-596.pdf>.

Gummert, Stephan (2013): Die Zeit ist reif! Sachstand Tariffbewegung Charité 2013, unter: <http://www.die-linke.de/nc/dielinke/nachrichten/detail/artikel/die-zeit-ist-reif-sachstand-tariffbewegung-charite-2013>.

Gläser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.

H

Haug, Frigga (1990): Ökonomie der Zeit, darin löst sich schließlich alle Ökonomie auf: Neue Herausforderungen an einen sozialistischen Feminismus, in: *Das Argument* 184, S. 979–995.

Haug, Frigga (2003): Arbeitsteilung, in: dies. (Hrsg.): *Historisch-Kritisches Wörterbuch des Feminismus*, Hamburg, S. 18–23.

Hecker, H. (1912): *Die Überarbeitung der Krankenpflegerin*, Straßburg.

Heine, Hannes (2012): An der Charité fehlen bis zu 200 Schwestern, in: *Der Tagesspiegel* v. 23.7.2012, unter: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/gesundheitswesen-an-der-charite-fehlen-bis-zu-200-schwestern/6907122.html>.

Hochschild, Arlie Russell (1990): *Das gekaufte Herz: Zur Kommerzialisierung der Gefühle*, Frankfurt/New York.

Hoffmann, Birgit (2013): Wenn Pflege rationiert wird – neueste Forschung zu diesem Thema, in: *Seismoblog*, unter: [http://www.seismoblog.de/2013/11/11/wenn-](http://www.seismoblog.de/2013/11/11/wenn-pflege-rationiert-wird-neueste-forschung-zu-diesem-thema/)

[pflege-rationiert-wird-neueste-forschung-zu-diesem-thema/](http://www.seismoblog.de/2013/11/11/wenn-pflege-rationiert-wird-neueste-forschung-zu-diesem-thema/).

Hollmann, Sven/Schmidt, Klaus-Helmut (1999): Gemeinsame Ziele sind der Rede wert. Studie: Pflegefachkräfte fühlen sich ihrem Heim immer weniger verbunden, in: *Heim und Pflege* 8/30, S. 350–353.

Honegger, Claudia/Heintz, Bettina (1981): Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen im 19. Jahrhundert, in: dies. (Hrsg.): *Listen der Ohnmacht. Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen*, Frankfurt a. M., S. 7–68.

J

Jansen, Mechthild (1995): Feminisierung der Gewerkschaften und die Wirkung auf Frauen und Männer, in: *Gewerkschaftliche Monatshefte* 7/1995, unter: <http://library.fes.de/gmh/main/pdf-files/gmh/1995/1995-07-a-414.pdf>.

K

Koch-Straube, Ursula (1997): *Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnographische Studie*, Bern u. a.

Krönitz, Johann Georg (1791): *Oeconomische Encyclopädie*, Teil 47, Brünn.

Kurz-Scherf, Ingrid (1994): Brauchen die Gewerkschaften ein neues Leitbild der Erwerbsarbeit? Oder: Brauchen die Frauen eine neue Gewerkschaft? In: *Gewerkschaftliche Monatshefte* 7/1994, unter: <http://library.fes.de/gmh/main/pdf-files/gmh/1994/1994-07-a-436.pdf>.

L

Latza, Jan/Schubert, Kirsten (2013): Pflegenotstand in der Fabrik Krankenhaus. Die Tariffbewegung an der Berliner Charité bietet die Chance auf neue Formen des «Social Movement Unionism», in: *ak – analyse & kritik. Zeitung für linke Debatte und Praxis*, Nr. 587, unter: http://www.akweb.de/ak_s/ak587/21.htm.

M

Meinhof, Ulrike (1968): Falsches Bewußtsein, in: *Rotzoll*, Christa (Hrsg.): *Emanzipation und Ehe*, München, S. 33–50.

Merz, Michael (2013): Kranke Krankenhäuser. Jede zweite Klinik schreibt rote Zahlen. Investitionsstau von 25 Milliarden Euro, in: *Junge Welt* v. 21.11.2013, unter: <http://www.jungewelt.de/2013/11-21/048.php>.

Mme Plaisirchen (2013): Ich arbeite nicht in der Pflege um mir eine Leck-mich-am-Arsch-Mentalität anzutrainieren, *Twitter* v. 15.11.2013, unter: <https://twitter.com/einFraeulein/status/401316351479783424>.

Mosebach, Kai/Rakowitz, Nadja (2012): *Fabrik Krankenhaus*, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 9/2012, S. 19–22.

N

Nowak, Iris/Hausotter, Jette/Winker, Gabriele (2012): Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen. Subjektkonstruktionen von Beschäftigten in Industrie und

Altenpflege, Hamburg, unter: http://doku.b.tu-harburg.de/volltexte/2012/1138/pdf/Handlungsfhigkeit_Entgrenzung.pdf.

O

Opitz, Sylvia (Ayim, May) (1997): Rassismus, Sexismus und vorkoloniales Afrikabild in Deutschland, in: Oguntoya, Katharina/Opitz, Sylvia/Schultz, Dagmar (Hrsg.): Farbe bekennen: Afro-deutsche Frauen auf den Spuren ihrer Geschichte, Frankfurt a. M., S. 17–64.

P

Pfau-Effinger, Birgit/Och, Ralf/Eichler, Melanie (2008): Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hrsg.): Sozialpolitik : Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden, S. 83–98.

Piva, Paula/Ingrao, Chiara (1986): Subjektivität der Frauen, gewerkschaftliche Macht und das Problem der Arbeit, in: Das Argument 159, S. 666–671.

PSF – Projekt Sozialistischer Feminismus (1984): Geschlechterverhältnisse und Frauenpolitik, Berlin.

R

Raabe, Harald (2006): KDA legt Bericht zur indirekten Pflege vor. Interview mit Henry Kieschnick. In: Der Kirchliche Dienst in der Arbeitswelt – Pro Alter 1, S. 46–48.

Rakowitz, Nadja (2013): Gesundheit ist eine Ware. Mythen und Probleme des kommerzialisierten Gesundheitswesens, herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, luxemburg argumente 6, Berlin.

Reich, Adam (2012): With God on our Side. The Struggle for Workers' Right in a Catholic Hospital, New York.

Richter, Horst-Eberhard (1979): Der Gotteskomplex, Gießen.

Riexinger, Bernd (2011): Wir streiken sooft wir können, in: marx21. Magazin für internationalen Sozialismus, unter: <http://marx21.de/content/view/1497/32>.

S

Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/Büscher, Andreas/Müller, Hans-Bernd (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Wuppertal, unter: http://www.academia.edu/3014877/Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland.

Spivak, Gayatri Chakravorty (1987): In Other Worlds: Essays in Cultural Politics, London.

Steppe, Hilde (2000a): Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung, in: Pflege 2000, 13, S. 77–83.

Steppe, Hilde (2000b): Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag, in: Pflege 2000, 13, S. 85–90.

T

taz Online (2009): Streit der Woche. Geht Kita-Streik zu weit? unter: <http://www.taz.de/!37031/>.

Twigg, Julia (2000): Carework as a form of bodywork. Ageing and Society 20, S. 389–411.

V

ver.di Charité/Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus (o. A.): Über die Kampagne. Berlin für mehr Krankenhauspersonal, Berlin, unter: <http://www.mehr-krankenhauspersonal.de/31>.

ver.di (2013): Frauen- und Gleichstellungspolitik. Über uns: Frauenquote, Berlin, unter: <http://frauen.verdi.de/ueber-uns/++co++efcfeade-1432-11e3-a745-52540059119e>.

ver.di (2013): Wir brauchen Entlastung. ver.di will Personalbemessung in Krankenhäusern per Gesetz. Sei auch du dabei!, Berlin.

ver.di (2013/2014): Personalbemessung per Gesetz! ver.di fordert jetzt konkrete Schritte!, Berlin.

ver.di (2014): ver.di fordert deutliche Aufwertung der Pflege – mindestens 3.000 Euro monatlich für qualifizierte Vollzeitpflegekräfte, Pressemitteilung v. 14.1.2014, Berlin, unter: <http://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++4989aaaa-7cfd-11e3-a19e-52540059119e>.

ver.di Charité (o. A.): «Sparité – das tut weh». Protest von Auszubildenden an der Charité, Berlin, unter: <http://www.mehr-krankenhauspersonal.de/818>.

ver.di Tarifkommission Info Nr. 11 (o. A.): Historischer Durchbruch in den Verhandlungen zu Mindestbesetzung, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Ausbildungsqualität?!, unter: <http://www.mehr-krankenhauspersonal.de/1247>.

Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf – Soziologie eines Tätigkeitsfeldes, Wiesbaden.

Voß, Heinz-Jürgen (2013): Die Entwicklung des Kapitalismus und die Deklassierung einzelnen und Gruppen von Menschen, in: Voß, Heinz-Jürgen/Wolter, Sali Alexander (Hrsg.): Queer und (Anti-)Kapitalismus, Stuttgart, S. 62–143.

W

Wichterich, Christa (2013): Was kann eine feministische Ökonomie leisten?, in: Rudolf, Christine u. a. (Hrsg.): Schneewittchen rechnet ab. Feministische Ökonomien für ein anderes Leben, Arbeiten und Produzieren, Hamburg, S. 162–178.

Wolf, Luigi (2013): Patienten wegstreiken. Arbeitskämpfe an der Charité, in: LuXemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis 1/2013, S. 58–63.

Z

Zellhuber, Brigitte (2003): Altenpflege – ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastung von Altenpflegekräften im Heimbereich, Königsbrunn.

Zimber, Andreas/Weyerer, Sigfried (Hrsg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Göttingen.

Zimmermann, A. (1916): Was heißt Schwester sein?, Berlin.

Anhang

CHARITÉ-STREIK 2011 – WAS (NICHT) TUN IM PFLEGEDIENST?

The great only appear great, because we are on our knees –
Let us rise

Die Mächtigen erscheinen uns nur groß, weil wir auf den Knien sind –
Erheben wir uns¹⁹



© Bild: verdi/ath-pictures

**Die Charité wird ab dem 2. Mai 2011, 6.00 Uhr komplett bestreikt:
Alle Campi, Alle Mitarbeiter, 24 Stunden/Tag**

Was Du tun kannst, um mit uns allen für eine bessere Bezahlung
und bessere Arbeitsbedingungen zu kämpfen

¹⁹ Zitat aus der irischen Gewerkschaftsbewegung.

GRUNDSÄTZE

- Alle dürfen streiken!
- Nichts ist unmöglich!
- Alle geplanten Patienten auf Stationen und in Ambulanzen werden abbestellt.
- Notfallversorgung ist gewährleistet – Patienten dürfen nicht gefährdet werden.
- Was Notfallversorgung oder Patientengefährdung ist, regelt die Notdienstvereinbarung, die Streikleitung und das Team selbst.
- Durch den Streikaufruf sind alle verabredeten Maßnahmen gedeckt und somit ein legaler Teil des Arbeitskampfes.
- Streikende Arbeitnehmer unterliegen nicht mehr der Anordnungsgewalt von Vorgesetzten oder des ärztlichen Dienstes – das Arbeitsverhältnis ruht während des Streiks.
- Die Übernahme von Tätigkeiten, die andere Kollegen bestreiken, dürfen abgelehnt werden (Leistungsverweigerungsrecht) ohne arbeitsrechtliche Konsequenzen.
- Überstunden und Nacharbeit bzw. zum Auffangen liegengebliebener Tätigkeiten sind untersagt und Streik findet nicht erst nach Dienstschluss oder etwa in der Freizeit statt.

OP-/ANÄSTHESIE-/FUNKTIONSBEREICHE

- Dem Arbeitgeber werden Maximalkontingente an Personal in der Notdienstvereinbarung zugesagt, die ausschließlich für die Notfallversorgung vorgesehen sind.
- Für die meisten Bereiche gilt: ein Saal pro Fachdisziplin kann laufen. Die Ärzte entscheiden, welche Notfälle sie in diesem einen Saal versorgen. Teilweise kommt es zu noch restriktiveren Einschnitten, wobei lediglich ein Rufbereitschaftsniveau zugesagt wird.
- Genaue Infos stehen in der Notdienstvereinbarung unter www.charite.verdi.de

STATIONS-BEREICHSSCHLIESSUNGEN

- Zahlreiche Stationen, Ambulanzen und Bereiche werden komplett geschlossen. Die Schließung eines Bereiches kann erzwungen werden, wenn ein Team mehrheitlich Streikbereitschaft (also auch in Spät- und Nachtdiensten) feststellt. Diese werden in enger Absprache mit der Streikleitung durchgeführt und sind der Charité am 15.04.2011 für die 1. Streikwoche bereits mitgeteilt worden. Die Verantwortung des Räumens der Station und die Abbestellung geplanter Patienten obliegt damit dem Arbeitgeber und die Gewerkschaft wird für diese Bereiche kein Personal im Rahmen einer Notdienstvereinbarung zur Verfügung stellen.
- Spät- und Nachtdienste kommen morgens in die definierten Streiklokale und werden zur Feierabendzeit des Frühdienstes wieder nach Hause geschickt.
- Stationen, die ebenfalls eine Komplettschließung anstreben, werden gebeten sich an die Streikleitung zu wenden, dann kann dies der Charité mitgeteilt wer-

den und mit einer Vorwarnzeit von sieben Tagen entsprechend der Notdienstvereinbarung ist der Arbeitgeber verpflichtet, für die Unterbringung/Entlassung der Patienten zu sorgen (Fürsorgepflicht).

BESTREIKEN VON BETTENKAPAZITÄTEN

- Das Team einer Station entschließt sich eine definierte Zahl von Betten zu bestreiken und somit zu schließen. Auch diese Streikform bezieht sich auf alle Schichten und bereits feststehende Bettenkapazitäten sind der Charité zum 15.04.2011 mitgeteilt werden.
- Die Zimmer und Bettplätze werden nach Räumung oder bei Leerstand verschlossen und mit Streikplakaten gekennzeichnet. Über die Belegung gesperrter Betten entscheidet die Streikleitung. Stationen, die ebenfalls streikbedingte Bettensperrungen anstreben, werden gebeten sich umgehend mit der Streikleitung in Verbindung zu setzen, denn auch hier halten wir eine Vorwarnzeit für die Charité für dringend erforderlich. (Vorwarnzeit = 3 Kalendertage)
- Ärztliche Tätigkeiten, die an das Pflegepersonal delegiert wurden, werden zurückdelegiert.

ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN²⁰, DIE IM STREIKFALL VON DEN PFLEGEKRÄFTEN AN DIE ÄRZTE ZURÜCKDELEGIERT WERDEN KÖNNEN

ITS-Bereiche, Normalstation, Ambulanzen etc.:

- Ernährungstherapie (Sondenkost verabreichen)
- Schmerztherapie
- Bilanzierung des Wasserhaushaltes
- Gabe von oralen, s.c., i.m., i.v. Medikamenten wie z.B. Antibiosen etc.
- Venöse Blutentnahme, BGAs, BZ-Stix
- Verbandswechsel sämtlicher Wunden
- Legen und Entfernen von venösen und arteriellen Zugängen/Schleusen
- Legen und Entfernen von Sonden und Drainagen jeglicher Art (Magensonde, Dauerkatheter, Redon, Easy-flow etc.)
- selbständige Intubation und Extubation im elektiven und ITS-Bereich
- Aufbauen, Test, Anschluss der Beatmungsgeräte, Anpassung und Dokumentation der Beatmungsparameter
- Durchführen von Atemgasklimatisierung, Aerosoltherapie
- Freihalten der Atemwege und der atemgasführenden Systeme (z.B. endotracheales Absaugen, Wechsel des Beatmungssystems)
- Überwachung und Durchführung der Beatmungsentwöhnung
- Trachealkanülenpflege, Trachealkanülenwechsel

²⁰ Quelle: Rechtsanwalt Robert Roßbruch, Institut für Gesundheits- und Pflege-recht, Mehlgasse 6, 56068 Koblenz

- Verabreichung von speziellen Medikamenten wie Narkosemittel, Antibiosen, Katecholaminen etc., Volumen
- Aufbau, Test, Anschluss und Durchführung von extrakorporalen Nierenersatztherapien (HD, HF, CVV-HF, CVVHDF, CVVHD etc.)
- Aufbau, Test, Anschluss und Durchführung von extrakorporalen Leberersatztherapien (MARS, Prometheus etc.s)
- Aufbau, Test, Anschluss und Durchführung von extrakorporalen Lungenersatz und Herzkreislaufunterstützungssystemen (ILA, ECMO, HLM, etc.)

Zusätzlich für die OP-/Anästhesiebereiche:

- OP-Koordination

- Identifikation des Patienten beim Einschleusen
- Prä- und postoperative Patientenbetreuung (Übernahme in der Schleuse etc.)
- Lagerung des Patienten
- Sterilisation von Instrumentarium in Rahmen des MPG
- Wundsekret oder endotracheal absaugen
- Fäden abschneiden
- Bluttransfusionen kontrollieren und vorbereiten (anhängen ist ohnehin nicht auf die Pflege übertragbar!)
- Extubation

Es gibt bestimmt noch viele andere ärztliche Tätigkeiten, die wir nicht alle aufgeführt haben, die man aber selbstverständlich auch zurückdelegieren kann.

--- live-ticker --- 03.05.2011, 5.45 Uhr

**LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!
ES GEHT WEITER!**

**Der Auftakt unserer unbefristeten Streikmaßnahmen in der Charité
war überwältigend in jeder Hinsicht!**

**Es haben sich weit mehr Kollegen an den Streiks beteiligt,
als wir uns das jemals hätten vorstellen können!**

**Und stündlich haben wir weitere Bereiche geschlossen
oder Betten zur Schließung angemeldet!**

Das ist Euer Erfolg, Liebe KollegInnen!!!

Ihr seid die Helden von Berlin!

Das markiert eine historische Wende in der Charité!

**Wir werden uns nicht länger unterkriegen lassen und weiter für 300 Euro
und bessere Arbeitsbedingungen auf die Straße gehen!**

Heute geht es weiter!

**Bitte beteiligt Euch zahlreich, damit der Vorstand der Charité
endlich versteht, dass es so nicht weitergehen kann!**