JULIA DÜCK UND JULIA GARSCHA (HRSG.)

AUS SORGE KÄMPFEN

VON KRANKENHAUSSTREIKS, SICHERHEIT VON PATIENT*INNEN UND GUTER GEBURT

INHALT

Julia Dück und Julia Garscha

AUS SORGE KÄMPFEN

VON KRANKENHAUSSTREIKS, SICHERHEIT VON PATIENT*INNEN UND GUTER GEBURT

VORWORT

Im Sommer und Herbst 2021 stand die Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern mal wieder in der Kritik. Auslöser dafür war nicht allein die Corona-Pandemie, die die Lücken im Bereich Gesundheit offengelegt hat, und auch nicht ein Bundestagswahlkampf, der versäumte, das Thema Krankenhäuser zu einem zentralen Wahlkampfthema zu machen – obwohl dies angesichts der Lage in den Kliniken durchaus angemessen gewesen wäre. Auslöser war vielmehr die von ver.di initiierte Berliner Krankenhausbewegung, die mit Streiks in den beiden größten landeseigenen Krankenhäusern für Schlagzeilen sorgte. Wie in den vorausgegangenen Arbeitskämpfen in 17 Kliniken in ganz Deutschland war es eine Bewegung für die Verbesserung der Arbeits- und Versorgungsbedingungen. Konkret forderten die Beschäftigten des Berliner Universitätsklinikums Charité und des landeigenen Klinikums Vivantes zusammen mit den Beschäftigten der Vivantes-Tochterunternehmen Entlastung in den Krankenhäusern und die Bezahlung nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Diensts (TVöD) für die ausgegliederten Bereiche. Sie kritisierten aber auch die angespannte Situation in den Kreißsälen, die besonders durch Berichte von abgewiesenen Schwangeren ins öffentliche Bewusstsein gerückt worden war. Erneut prangerten sie also die Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern an, was von den Medien durch Berichte über den Personalmangel in der Pflege, Zeitdruck und Arbeitsverdichtungen sowie die damit einhergehende Gefährdung der Patient*innen aufgegriffen wurde.

Inzwischen scheint auf der Ebene der Politik zumindest angekommen zu sein, dass sich die Situation in den Krankenhäusern ändern muss und dass die größten Fehlentwicklungen der Finanzierung über Fallpauschalen korrigiert werden müssen. Einige Stellschrauben, an denen in jüngster Zeit gedreht wurde, machen dies deutlich – etwa die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem Fallpauschalensystem, das bundesweit die Refinanzierung regelt: Sie stellt eine Rückkehr zur selbstkostendeckenden Finanzierung der Pflege am Bett dar und ist als Reaktion auf den kostengetriebenen Abbau von Pflegestellen infolge der Fallpauschalenfinanzierung zu verstehen. Darüber hinaus spiegelt sich auf Bundesebene im Koalitionsvertrag der Ampel in einigen Zügen der deutlich gestiegene gesellschaft-

liche Druck wider, in den Krankenhäusern endlich Verbesserungen zu erreichen.[1]

Dieser Druck ist vor allem den Beschäftigten in den Kliniken selbst zu verdanken, die schon lange beklagen, dass sich ihre Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren massiv verschlechtert haben. Kritisiert wird in erster Linie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung von einer kostendeckenden zu einer Finanzierung nach Pauschalen, also die Einführung des sogenannten Fallpauschalen- oder DRG-Systems (Diagnosis Related Groups). Dieses Finanzierungsmodell wird für die aktuellen Probleme in den Krankenhäusern verantwortlich gemacht – etwa für den Kostendruck, den Abbau von Versorgungskapazitäten, die Konzentration auf lukrative Behandlungen sowie die Schließung von verlustträchtigen Bereichen, den Personalabbau (besonders in der Pflege) oder das Outsourcing von sogenannten patientenfernen Bereichen – mitsamt allen Konsequenzen für die Arbeit der Beschäftigten in den Kliniken (und den nun in Tochterfirmen tätigen Kolleg*innen) und für die Versorgungssituation der Patient*innen.

Kurzum: Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung unter neoliberalen Vorzeichen steht im Fokus der Kritik, wenn die Bedingungen in den Krankenhäusern unter die Lupe genommen werden. Denn betriebswirtschaftliche Logiken prägen infolge der Pauschalfinanzierung in vielen Facetten sowohl die Versorgungslandschaft als auch das Handeln in den Kliniken.

Gleichzeitig hat mit der Einführung des DRG-Systems eine neue alte Hierarchisierung von Tätigkeiten in der Pflegearbeit und Geburtshilfe selbst stattgefunden: Medizinisch-technische, zeitlich gut erfassbare Tätigkeiten werden stärker gewichtet, emotional-relationale Tätigkeiten, die zeitlich schwerer zu definieren sind, werden abgewertet. Damit ist in die DRG eine geschlechtsspezifische Bewertung von Arbeit eingeschrieben, die die Versorgung der Patient*innen und Gebärenden verändert. Während mittlerweile zunehmend auf die Auswirkungen von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung auf die gesundheitliche Versorgung hingewiesen wird, bleiben die Auswirkungen auf die inhaltliche Ausgestaltung der Arbeit dabei mitunter außen vor. Wenig beleuchtet werden letztlich Fragen nach einer «würdevollen Versorgung» – etwa danach, warum nie Zeit bleibt für ein Fußbad, das Frisieren von Haaren oder Tuschen der Wimpern oder die Betreuung für eine «gute Geburt»? Warum sind es immer zuerst menschliche Bedürfnisse nach emotionalem Beistand, nach Betreuung von der ersten bis zur letzten Wehe oder einem Händedruck in Zeiten der Not, für die die Kapazitäten nicht reichen? Ist das Schnickschnack? Zwischenmenschliche Gefühlsduselei? Ein Luxus, den wir uns nicht leisten können?

Mit der vorliegenden Broschüre wollen wir den Blick auf ebendiese Fragen lenken und *erstens* zeigen, dass die Fallpauschalen zu einer umfassenden Ökonomisierung des Krankenhausalltags geführt haben. Das

1 Dort wird etwa die Einführung einer gesetzlichen Personalregelung in der Pflege (die sog. PPR 2.0/Pflegepersonalregelung) in Aussicht gestellt. Zudem wird für Teilbereiche im Krankenhaus – wie die Notfallversorgung, Kinderkliniken und die Geburtshilfe – angedeutet, dass hier möglicherweise eine Abkehr von einer Finanzierung nach Fallpauschalen in Erwägung gezogen wird.

bedeutet: Betriebswirtschaftliche Sparmaßnahmen drücken sich nicht nur in Zahlen, Kosten und Erlösen aus, sondern zeigen sich auch am Wegsparen von Zeit für Gespräche, für die Beruhigung bei Ängsten, kurzum: Sie zeigen sich am Wegsparen von all dem, was mehr ist als nur die Verwaltung von physischen Körpern. In Fallpauschalen ist kein Platz für Sorge. In ihnen ist kein Platz für die Irrationalitäten des Leibes, für die zeitintensive Dynamik von Vertrauensbeziehungen oder für den Wunsch nach frisch gewaschenen Haaren. Fallpauschalen setzen Gesundheit in Wert – und zwar auf eine spezifische Weise: Sie lenken den Fokus auf Behandlungen und Arbeitsprozesse, die gut vergütet sind, weil sie sich gut planen, eintakten und rationalisieren lassen. So etwa auf Kaiserschnitte anstelle von Fünfzehn-Stunden-Geburten, auf Knie-Operationen anstelle von Notfallbehandlungen, auf Erwachsene statt auf Kinder – denn Letztere sind noch weniger bereit dazu zu verstehen, dass es im Krankenhaus nicht um ihre Bedürfnisse, sondern darum geht, Erlöse zu erzielen und Kosten zu sparen.

Dass es die fürsorglichen, affektiven, sozialen und kommunikativen Aspekte der Arbeit im Krankenhaus sind, die aktuell abgewertet werden, ist kein Zufall. Diese Entwicklung folgt einer androzentrischen Logik, die Menschen als autonome Wesen imaginiert und dabei die Angewiesenheit auf andere gerade in verletzlichen Situationen nicht erfasst. Mit der vorliegenden Broschüre und ihren Einblicken in den Krankenhausalltag wollen wir daher *zweitens* die männlich-rationalistische Funktionslogik der Fallpauschalen beleuchten. In ihr reartikulieren sich alte Grenzziehungen zwischen männlich und weiblich, rational und emotional, bezahlt und ins Private verdrängt. Hier finden demnach neue alte Abwertungen vermeintlich weiblicher* Tätigkeiten statt.

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE SPARMASSNAHMEN DRÜCKEN SICH AUCH AM WEGSPAREN VON ALL DEM AUS, WAS MEHR IST ALS NUR DIE VERWALTUNG VON PHYSISCHEN KÖRPERN.

Diese Abwertung von Care, Sorge oder Pflege haben Feminist*innen in den letzten Jahren wieder verstärkt kritisiert und etwa die strukturelle Sorglosigkeit des Kapitalismus herausgearbeitet, die sich unter anderem daran zeigt, dass Tätigkeiten im Bereich der sozialen Reproduktion oder Sorge schlechter bezahlt werden, oft unsichtbar oder weniger anerkannt sind und

häufig von Frauen* oder Migrant*innen ausgeführt werden. Zugleich stehen diese Analysen häufig unverbunden neben den gewerkschaftlichen Auseinandersetzungen der letzten Jahre. Letztere nehmen die Auswirkungen der Fallpauschalen vor allem als Folgen für die Arbeit in den Blick – nämlich als Personalmangel, Arbeitsverdichtung und Stress. Mit der Forderung nach Entlastung durch mehr Personal wurden einige beachtliche Erfolge erkämpft – zuletzt durch die Berliner Krankenhausbewegung an der Charité und bei Vivantes. Dass aber eine feministische Kritik an der Abwertung von Sorge(-arbeit) und das gewerkschaftliche Anprangern der Fallpauschalen letztlich nur unterschiedliche Momente derselben Herrschaft beschreiben, bleibt leider oft unterbelichtet. In diesem Sinne verstehen wir die Broschüre *drittens* auch als eine Aufforderung, Kritik und Kämpfe miteinander zu verbinden. In gewerkschaftlichen Auseinandersetzungen um eine gute Versorgung stecken auch feministische Anliegen; feministische Errungenschaften wiederum werden auch in gewerkschaftlichen Kämpfen erstritten. Das geschieht aber nicht automatisch – es muss aktiv thematisiert und verbunden werden.

Geleitet von dem Wunsch, diese Facetten der Krankenhausfinanzierung und ihre Folgen sichtbar zu machen, haben wir den Schwerpunkt der Borschüre deshalb auf die Frage der Fürsorge gelegt. Was mit den Sorgebeziehungen angesichts von Zeitdruck und Personalmangel in der Pflege und Geburtshilfe passiert, beleuchten wir dabei aus drei unterschiedlichen Perspektiven:

Erstens haben wir als Ausgangspunkt für die Perspektive der Beschäftigten Interviews mit Pflegekräften und Hebammen geführt, die Teil der Berliner Krankenhausbewegung waren und sind und damit ihre Kritik an den Zuständen im Krankenhaus deutlich gemacht haben. In den Interviews zeigt sich, dass es auch in den gewerkschaftlichen Kämpfen um mehr ging als darum, belastende Arbeitsverhältnisse zu überwinden. Es ging und geht immer auch um *gute* Pflege und *gute* Geburt – also um Auseinandersetzungen, die das eigene Berufsverständnis sowie die Versorgungsbedingungen «der anderen» betreffen. Thematisiert wird daher auch, was es mit Pflegekräften und Hebammen macht, wenn eigene Ansprüche an die Arbeit nicht erfüllt werden können und wenn die Würde von Patient*innen und Gebärenden nicht immer gewahrt werden kann.

Ergänzt wird diese Perspektive *zweitens* durch Interviews mit Patienten- und Elternorganisationen sowie durch die Dokumentation der Rede einer pflegenden Angehörigen bei einer Kundgebung der Berliner Krankenhausbewegung. In diesen Schilderungen zeigt sich, dass eine schlechte Betreuung und die Abspaltung von Fürsorge in der Pflege und Geburtshilfe zu mehr invasiven Eingriffen führen, zu mehr Medikamenten- und zu mehr Technikeinsatz. Die Erfahrungen derjenigen, die versorgt werden, machen deutlich, dass es zu einer guten Versorgung nicht nur gehört, das medizinische Leben zu retten, sondern auch die Würde von Patient*innen und Gebärenden zu wahren – und dass die Achtung von Autonomie und Bedürfnissen wiederum Einfluss auf den Heilungsprozess hat.

Drittens arbeiten aus einer analytischen Perspektive zwei Texte die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Pflege und die Geburtshilfe heraus. Sie zeigen zum einen, wie im Zuge der Ökonomisierung verschiedene inhaltliche Aspekte der Arbeit neu zueinander ins Verhältnis gesetzt werden und wie diese Verschiebungen zum anderen in Auf- und Abwertungsprozesse entlang von geschlechtsspezifischen Zuordnungen eingelassen sind. In einem dritten analytischen Text geht es schließlich auch um die Historie gewerkschaftlicher Organisierung von Gesundheitsarbeiter*innen und um gewerkschaftliche Lernprozesse, die in den vergangenen Jahren in den Krankenhäusern gemacht worden sind.

Mit dieser Broschüre wollen wir *schließlich* nicht nur eine feministische Kritik an den Fallpauschalen und den Entwicklungen, die rund um die Pflege und die Geburtshilfe in den letzten Jahren stattgefunden haben, formulieren. Wir wollen mit ihr eine Brücke zwischen den verschiedenen Auseinandersetzungen von gewerkschaftlich organisierten Beschäftigten, von in Initiativen engagierten Patient*innen und Eltern sowie von feministischen Aktivist*innen schlagen. Sie ist ein Angebot, den Kampf gegen die Fallpauschalen nicht nur als einen gegen ein durchökonomisiertes Gesundheitssystem zu verstehen, sondern auch als einen Kampf gegen die Abwertung von vermeintlich weiblichen Tätigkeiten. Oder anders: Lasst uns gemeinsam kämpfen für die Anerkennung von Sorge, für die Aufwertung von Fußbädern, das Haarewaschen und Händehalten.

Berlin, im Januar 2022

SCHLECHTE BETREUUNG UND DIE ABSPALTUNG VON FÜRSORGE IN PFLEGE UND GEBURTSHILFE FÜHREN ZU MEHR INVASIVEN EINGRIFFEN, MEHR MEDIKAMENTEN UND MEHR TECHNIKEINSATZ.

Michael Quetting

DIE PFLEGE IM AUFBRUCH

ÜBER DIE LEICHTIGKEIT, PFLEGEPERSONEN ZU ORGANISIEREN

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

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

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

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

DIE GESCHICHTE DER GEWERKSCHAFTLICH ORGANISIERTEN PFLEGE

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

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

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

Daraus ergab sich eine ambivalente Mischorganisation zwischen Schwesternschaft und Gewerkschaft. Der Prozess der gewerkschaftlichen Formierung vollzog sich zeitgleich mit der zweiten Welle der Frauenbewegung und einer Kritik an der Vorstellung der Berufung. Bislang hatte die Frauenfrage in den Gewerkschaften kaum eine Rolle gespielt. Gewerkschaften waren Männervereine: Hier saßen Männer zusammen, rauchten und diskutierten dabei fleißig. Und die Frauen saßen zu Hause. Nur in einem Bereich war das anders: bei den Krankenschwestern.

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

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

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

VON DEN ERSTEN TARIFLICHEN ERFOLGEN BIS HEUTE

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

Im Februar 1988 kam es im Rahmen der Tarifrunde erstmals zu Arbeitsniederlegungen in Großkrankenhäusern. Ein Jahr später rief die ÖTV zum allerersten Krankenhaus-Warnstreik auf. Für 90 Minuten legten 50.000 Beschäftigte der Krankenhäuser die Arbeit nieder. In der Folge wurde 1992 eine Personal-Pflege-Regelung (PPR) vom Gesetzgeber eingeführt. So wurden immerhin 21.000 Pflegestellen geschaffen. Die Abschaffung der PPR 1997 führte – insbesondere nach der Einführung des Fallpauschalensystems 2003 – zum Abbau von Pflegestellen bei gleichzeitiger Ausweitung der zu versorgenden Fälle. Die Proteste erreichten ihren ersten Höhepunkt im September 2008 mit einer Großdemonstration von 130.000 Krankenhausbeschäftigten in Berlin. In einem bundesweiten «Personalcheck» stellte ver.di in den Kliniken einen Fehlbedarf von 162.000 Beschäftigten fest. Auf Vorschlag der Kolleg*innen aus dem Saarland fand im Juni 2015 die bislang größte Protestaktion im deutschen Gesundheitswesen vor fast allen Krankenhäusern statt: Unter dem Motto «162.000 für 162.000» hielten die Beschäftigten auf Kundgebungen vor ihren Häusern gleichzeitig um 13 Uhr für jede einzelne fehlende Stelle eine Ziffer in die Höhe. Die Proteste gegen den Stellenmangel reichten von der Nordsee bis zum Alpenrand, von Saarbrücken bis Görlitz, und machten deutlich, dass praktisch alle Krankenhäuser aller Träger – öffentliche, private und kirchliche – mit diesem Problem konfrontiert sind.

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

2015 haben wir auf einem Symposium im Saarland die Berliner Erfahrungen ausgewertet und die Idee geboren, 21 saarländische Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft zu einem Entlastungstarifvertrag[2] aufzufordern. Das setzten wir 2016 in einem Plan mit insgesamt neun «Hürden» unter dem Slogan «Pflegestreik Saar» um. Im Januar 2017 kamen 184 Delegierte aus 184 Teams der 21 Kliniken zu einer Streikkonferenz zusammen und beschlossen, eine große Demonstration in Saarbrücken am 8. März, dem Internationalen Frauentag, zu veranstalten. Das war schon die zweite Großdemo mit über 5.000 Pflegepersonen. Verschiedene Streiks folgten in den unterschiedlichen Kliniken. Dabei gelang es erstmalig in Deutschland, ein katholisches Krankenhaus (in diesem Fall in Ottweiler) zu bestreiken, an verschiedenen Stellen kam es auch zu Verhandlungen und knapp 2.000 Pflegepersonen konnten als Mitstreiter*innen für die Gewerkschaft gewonnen werden. Das führte allerdings nicht dazu, in den konfessionellen Häusern durchsetzungsmächtig zu werden. Im Vorfeld hatte ver.di erklärt, nur dann einen Tarifvertrag Entlastung zu unterzeichnen, wenn mindestens elf Krankenhäuser dazu gezwungen werden könnten, weil ansonsten die kommunalen Krankenhäuser durch die Mehrkosten vom Markt verdrängt worden wären.

2017 und 2018 gelang es an einigen deutschen Kliniken, Entlastungstarifverträge durchzusetzen, es fehlte in der Regel aber an Sanktionsmechanismen, wenn der Notstand nicht beseitigt wurde. Als Konsequenz aus den bisherigen Auseinandersetzungen an der Saar entschied sich ver.di, den Kampf auf die landeseigene Universitätsklinik zu konzentrieren. Dadurch ließ sich zusätzlicher Druck auf die politisch Verantwortlichen ausüben und die Unterstützung aus der Zivilgesellschaft war am besten zu organisieren. Im Herbst 2018 konnte am Universitätsklinikum des Saarlands (UKS) erstmals in der Bundesrepublik ein Durchbruch erzielt werden: Der vereinbarte Vertrag legt fest, dass Beschäftigte, die in unterbesetzten Schichten arbeiten müssen, «Belastungstage» gutgeschrieben bekommen. Ab einer bestimmten Zahl von Belastungstagen entsteht ein individueller Anspruch auf einen zusätzlichen freien Tag. Erstmals gibt es damit deutlich spürbare Sanktionen, die zur Einhaltung der Schichtbesetzungen «motivieren». Dies wurde in einer «Schuldrechtlichen Vereinbarung» niedergeschrieben. 2019 wurde an der Unimedizin in Mainz eine deutlich bessere Vereinbarung als ein Entlastungstarifvertrag erkämpft. Ähnliche Regelungen gibt es mittlerweile auch in Augsburg und Jena und wurden in dem langen Kampf der Berliner Krankenhausbewegung auch bei Charité und Vivantes erkämpft.

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

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

WIE SCHLECHT IST DENN NUN DER ORGANISATIONSGRAD?

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

1962 hatte der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) 6,43 Millionen Mitglieder, 5,85 waren es 2020. Ohne Berücksichtigung des Zugewinns durch die neuen Bundesländer ist das ein allgemeiner Rückgang von 7,14 Prozentpunkten, während die Pflege um etwa 1.000 Prozent an Organisationsstärke gewonnen hat. Der durchschnittliche Organisationsgrad über alle Branchen sinkt in Deutschland seit Jahren. Der Brutto-Organisationsgrad ist definiert als das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der Gewerkschaftsmitglieder (einschließlich Rentner*innen, Arbeitslosen, Studierenden etc.) und der Zahl der abhängig erwerbstätigen Arbeitnehmer*innen (der Netto-Organisationsgrad würde dagegen ausschließlich abhängig beschäftigte Gewerkschaftsmitglieder berücksichtigen). 2020 lag der Brutto-Organisationsgrad bei 14,3 Prozent (Greef 2021). Wenn wir diese 14,3 Prozent im Verhältnis zu den sechs Prozent sehen, stimmt die Aussage, dass die Pflege schlecht organisiert ist, zwar immer noch, aber die Zahl relativiert sich angesichts der rasanten Entwicklung: Während die Gewerkschaft ver.di einen generellen Mitgliederrückgang zu verzeichnen hat, steigen die Mitgliederzahlen im Gesundheitsbereich seit Jahren kontinuierlich an.[3]

DIE PFLEGE IST WEIBLICH

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

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

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

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

Halten wir fest: Frauen sind schlechter organisiert als Männer und entsprechend unterrepräsentiert in den Gewerkschaften. Obwohl fast die Hälfte der Erwerbstätigen hierzulande Frauen sind, stellen sie in den Mitgliedsgewerkschaften des DGB mit etwa einem Drittel nach wie vor eine Minderheit dar. Wenn die Lage der gewerkschaftlichen Frauen unbefriedigend ist, dann ist sie das logischerweise auch in dem «Frauenberuf Pflege». Allerdings zeichnet sich im Bereich des Handels eine ähnliche Problematik ab. Der unbefriedigende Organisationsgrad ist also offensichtlich weniger in der Mentalität der Pflegepersonen zu suchen.

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

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

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

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

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

DIE WEIBLICHKEITSIDEOLOGIEN WURDEN ALS BERUFSETHIK GETARNT UND SOLLTEN DIE SCHWESTER ZU EINEM GEHORSAMEN UND SICH UNTERORDNENDEN OBJEKT MACHEN.

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

DIE ORGANISIERUNG DES SUBJEKTS

Die Pflegeperson wird immer mehr zum Subjekt der Kämpfe um die Sorge. Objektiv verfügt sie über spezielle organisatorische Fähigkeiten und kollektive Fertigkeiten im Sozialraum Pflegeteam. Die subjektiv geschaffenen ökonomischen Rahmenbedingungen durch das DRG-System machen objektiv die Pflegepersonen zu den Leidtragenden der neoliberalen Ausrichtung des Gesundheitswesens. Ihnen fällt gleichzeitig aber auch objektiv eine aktive Rolle bei der Bestimmung des Werts der Arbeitskraft aller Beschäftigten zu. Von ihnen geht ferner die Fähigkeit aus, in der gesamten Gesellschaft einen gewissen Enthusiasmus auszulösen, weil sich in der sozialen Lage der Pflege eben nicht nur ein besonderes Übel, sondern vielmehr der allgemeine Notstand der Gesellschaft zeigt. Die Ansprüche der Pflegekräfte sind Ansprüche aller abhängig Beschäftigten. Deutlich wurde das unter anderem auch in den Bündnissen, die wir rund um die Auseinandersetzung schmieden und stärken konnten.

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

MIT BLICK AUF DAS TEAM

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

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

Wir haben im Saarland eine sogenannte Ultimatumsstrategie entwickelt, die unter anderem das Kommunikationsdilemma bezogen auf die Realisierung von einfach nachvollziehbaren Forderungen innerhalb von konkreten Zeitfenstern auflöst: Teams fordern ultimativ Maßnahmen zur Entlastung ein und drohen damit, andernfalls freiwillige Leistungen – wie das Einspringen außerhalb des Dienstplans – zu verweigern. Das erfordert nicht nur die intensive Einbeziehung der einzelnen Individuen innerhalb der beteiligten Abteilungen und geschützte Gesprächssituationen in den Teams, sondern greift einen strukturellen Missstand auf, denn die Erfahrung zeigt, dass ein reibungsloser Ablauf im Krankenhaus darauf angewiesen ist, dass sich Pflegekräfte über ihre arbeitsvertraglichen Pflichten hinaus engagieren. Hier ansetzend versucht die Methode der Ultimaten, die gestiegene Produktionsmacht der Pflegenden zu nutzen, um aus der disziplinierenden Form der Kollegialität eine Solidarität zu entwickeln, das heißt, die «auf den Kopf gestellte» Solidarität «wieder auf die Füße» zu stellen (Behruzi 2018).

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

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

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

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

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

AUF DER SUCHE NACH DER ORGANISCHEN FÜHRUNGSPERSON

In (fast) jedem Team gibt es eine «organische Führungspersönlichkeit» (McAlevey 2016). Diese Kollegin (oder dieser Kollege) kombiniert große fachliche Kompetenz und eine hohe Identifikation mit ihrem Beruf mit einer starken Autorität im Team. Diese Person ist häufig zwischen 25 und 40 Jahre alt und hat sich entschieden, den Beruf nicht zu verlassen. Sie ist nur selten gewerkschaftlich organisiert. Wenn sie schon Mitglied ist, ist dieses Engagement für sie in der Regel nicht das Vehikel, um ihre Ansprüche an die Arbeit zu verwirklichen. Stattdessen investiert sie viel Zeit in das Binnenleben des Teams und in die Einarbeitung und Betreuung neuer Kolleg*innen. Diese Schlüsselperson zu identifizieren und zu begeistern ist die wichtigste Voraussetzung, um ein Team in der Tiefe organisieren zu können. Dies wäre ohne Organizer*in, also für eine*n Ehrenamtliche*n, nicht möglich gewesen – allein aufgrund des enormen Zeitaufwands und der Flexibilität der Ansprache. Viele der Einsätze und Gespräche mit den «Komplizinnen» fanden dann auch an einem neutralen Ort oder nachts und am Wochenende statt.

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

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

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

DIE TEAMDELEGIERTEN WERDEN ZU SUBJEKTEN

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

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

Im Laufe der Auseinandersetzung am UKS – und dann mit deutlich gestärktem Selbstbewusstsein an der Unimedizin in Mainz – erlangten die Teamdelegierten eine immer größere Bedeutung. Schon während der Proteste anlässlich des Versuchs, die Streikbewegung zu illegalisieren, indem man unser Anliegen durch ein Gericht verbieten wollte, übernahmen immer mehr Aktive verantwortungsvolle Aufgaben und schickten eine ausgewählte Kollegin zur Unterstützung unseres Landesfachbereichsleiters nach Berlin zur Gerichtsverhandlung.

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

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

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

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

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

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

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

LITERATUR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Julia Dück

GEWERKSCHAFTLICHE UND FEMINISTISCHE KÄMPFE HAND IN HAND?

WAS KAPITALISMUS UND GESCHLECHT MIT PFLEGESTREIKS ZU TUN HABEN

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich seit der ersten Hälfte der 1990er-Jahre in einem tiefgreifenden Umbruch. Er vollzieht sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Diskussionen um eine (vermeintliche) Kostenexplosion im Gesundheitssystem, die Ende der 1980er-Jahre begonnen haben. Mit dem Argument der Kostensenkung wurden in der Folge wettbewerbsorientierte Strukturreformen implementiert, der Abbau von Leistungen durchgesetzt sowie Privatisierungen in der Gesundheitsversorgung vorangetrieben (Gerlinger 2014: 35). Eine der wichtigsten Entwicklungen in diesem Zusammenhang ist die Umstellung der Krankenhausfinanzierung von Tagessätzen auf ein System der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) zu Beginn der 2000er-Jahre. Das DRG-System wird als ein Anreizsystem gesehen, um Maßnahmen zur Kostensenkung und Rationalisierung in der Organisation der Gesundheitsversorgung anzuregen (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009). Es verändert jedoch nicht nur die Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kliniken. Auch die (Arbeits-)Bedingungen der Krankenpflege werden wesentlich durch diese Umstellung geprägt. Betriebswirtschaftliche Logiken sowie wettbewerbliche Regulierungen sollen hierdurch gestärkt werden, um die ökonomische Orientierung aller Akteure in den Krankenhäusern durchzusetzen.

Neben dem Wandel des Finanzierungsmodells wird die Pflegearbeit seit einigen Jahren aber auch durch Veränderungen beeinflusst, die mit dem Schlagwort Professionalisierung beschrieben werden können. Dies lässt sich einerseits an der Akademisierung der Pflegearbeit ablesen. Sie führt dazu, dass sich seit einiger Zeit eine pflegewissenschaftliche Wissensproduktion an den Hochschulen etabliert (vgl. Dörge 2009). Andererseits schlägt sich die Professionalisierung der Pflege in einem Wandel der Inhalte und Ausrichtung der Tätigkeit nieder. Die Professionalisierungsbestrebungen haben ohne Zweifel dazu beigetragen, das Bild der Pflege als einer am christlichen «Liebesdienst» orientierten Berufung weiter zurückzudrängen (vgl. Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2006). Sie haben die Anerkennung von Pflegearbeit als zu erlernender, beruflicher Qualifika-

tion befördert. Allerdings kann der Kampf um eine Aufwertung der Pflege durch ihre Professionalisierung nicht losgelöst von anderen Wandlungsprozessen in den Krankenhäusern betrachtet werden. Gerade vor dem Hintergrund der Ökonomisierung der Gesundheit muss der gesellschaftliche Diskurs der Professionalisierung auch als ein Moment herrschaftsförmiger Praktiken und Subjektformierungen verstanden werden. Die Abwertung des beruflichen Ethos einer ganzheitlichen Pflege zugunsten von «professionellen Orientierungen» ist angesichts von Zeit- und Kostendruck in den Krankenhäusern als ein Versuch der Anpassung von Pflegekräften an die veränderten Verhältnisse zu lesen. Diese Versuche der Anpassung von pflegerischen Routinen, Arbeitspraktiken und beruflichen Selbstverständnissen verlaufen zudem entlang vergeschlechtlichter Grenzziehungen. Abgewertet werden fürsorgliche, als natürlich und weiblich* verstandene pflegerische Arbeiten. Aufgewertet werden vermeintlich objektiv messbare, medizinische und technische Tätigkeiten, die dem stärker als männlich* verstandenen ärztlichen Bereich zugeordnet und die im DRG-Abrechnungssystem quantifiziert und mit einem Preis versehen werden (vgl. Dück 2022).

Im vorliegenden Beitrag möchte ich *erstens* zeigen, wie beide Prozesse – eine weitgehende Ökonomisierung der Krankenhäuser einerseits sowie die Professionalisierung der Pflegearbeit andererseits – miteinander verwoben sind, sowie *zweitens* theoretische Deutungen anbieten, um zu erklären, warum diese Entwicklungen sich gegenwärtig vollziehen. Ich möchte dabei ein kapitalismustheoretisches wie feministisches Verständnis der gegenwärtigen Veränderungen in den Krankenhäusern entwickeln. *Drittens* werde ich abschließend die in den letzten Jahren vermehrt stattfindenden Auseinandersetzungen in den Krankenhäusern vor diesem Hintergrund verorten und eine Lesart der Streiks in Krankenhäusern vorstellen, die diese nicht nur als Kämpfe gegen die Ökonomisierung von Gesundheit, sondern auch als feministische Kämpfe versteht.

KLINIKEN ZWISCHEN KONKURRENZ, KOSTENDRUCK UND VERMARKTLICHUNG

WAS DIE EINFÜHRUNG DES DRG-SYSTEMS BEWIRKT

Mit dem Wandel des Finanzierungsmodells wurde die Finanzierung der Krankenhäuser von bedarfsdeckenden, tagesgleichen Pflegesätzen auf diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG), das heißt von einer kostendeckenden auf eine Finanzierung nach Pauschalen pro Behandlungsfall umgestellt. Damit entsteht für die Kliniken das Risiko, dass ihre Kosten nicht vollständig gedeckt werden (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009). Denn eine Pauschale wird pro Behandlungsfall erstattet, unabhängig davon, ob die tatsächlichen Kosten über oder unter der Höhe der Pauschale liegen. Die Pauschalen decken also nur die *durchschnittlichen* und nicht die real entstandenen Kosten für einen bestimmten Fall ab. Das zwingt die Krankenhäuser dazu, pro Patient*in einen höchstmöglichen Erlös zu erzielen. Das bedeutet: Je geringer der Kostenaufwand für eine Behandlung ist – und

das heißt vor allem, je weniger Personal eingesetzt wird –, desto höher ist der Gewinn, der mit einem «Fall» erzielt werden kann. Umgekehrt schreibt ein Krankenhaus rote Zahlen, wenn die Kosten der Behandlungen über den dafür veranschlagten Pauschalen liegen. Dadurch entsteht ein permanenter Druck auf die Krankenhäuser, die erlösträchtigsten Behandlungen mit möglichst wenigen Ressourcen durchzuführen. Es entsteht folglich ein Druck zu betriebswirtschaftlichen Kürzungen auf der einen und Erlössteigerungen auf der anderen Seite.

Dies hat in der Folge zu einem massiven Abbau von Personal, insbesondere in der Pflege, aber auch zum Outsourcing von Putz- und Reinigungsdiensten oder etwa von Laboren zur Diagnostik geführt ebenso wie zu einem Abbau von (Behandlungs-) Kapazitäten (wie dem Abbau von Betten) oder einer Reduzierung von Liegezeiten der Patient*innen. Parallel dazu sind die Fallzahlen in den Krankenhäusern gesteigert worden, um Erlöse zu erhöhen. Während die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 1995 noch 12,1 Tage betrug, reduzierte sie sich bis zum Jahr 2016 um knapp 40 Prozent auf 7,3 Tage. Im selben Zeitraum wurde die Anzahl der Behandlungsfälle um etwa 22 Prozent gesteigert. Zugleich wurde Personal gekürzt. Die Zahl der Beschäftigten in den Krankenhäusern wurde zwischen 1995 und 2016 um insgesamt rund 7,0 Prozent reduziert – wobei die Kürzungen vor allem in der Pflege stattgefunden haben (Destatis 2018). Mit den Kürzungen einerseits und der Steigerung von Erlösen andererseits sind gleichzeitig auch die Arbeits- und Versorgungsbedingungen in den Krankenhäusern unter Druck geraten: Ausgliederungen von sogenannten patientenfernen Bereichen – etwa Laboren, Reinigung, Küche oder Transport – führen zu Tarifflucht und daher zu einer Absenkung der Entlohnung. Sie befördern aber auch eine Zergliederung der Belegschaften sowie eine verstärkte Unsichtbarmachung von Bereichen, die ohnehin gesellschaftlich weniger anerkannt, sichtbar und oft weiblicher* und vor allem migrantischer geprägt sind. Eine Steigerung von Behandlungsfällen bei zugleich kürzeren Liegezeiten und weniger Personal zieht eine steigende Anzahl zu versorgender Patient*innen pro Fachkraft nach sich sowie enorme Arbeitsverdichtungen und Zeitdruck.

Neben den strukturellen Rahmenbedingungen hat sich mit Einführung der DRG in den letzten Jahren aber auch die Organisation der Arbeitsabläufe verändert. Durch das System der Fallpauschalen werden Gesundheitsleistungen im Krankenhaus entlang von Diagnosen klassifiziert und kategorisiert – und damit zugleich mess- und vergleichbar gemacht. Dies hat zur Folge, dass die Prozesse der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus «optimiert», das heißt standardisiert und damit (zeit-)effizienter gestaltet werden (sollen). Dementsprechend sind mit der Herausbildung der DRG klinische Behandlungspfade[4] sowie

4 Für die Steuerung in der klinischen Routine wird ein klinischer Behandlungspfad in der Regel als Muster erstellt und dann für die Behandlung je nach Patient*in zu einem individuellen Ablaufplan konkretisiert. Mit Beginn des Ablaufs werden den einzelnen Aktionen vorab Termine und Ressourcen zugeordnet, die sich aus den standardisierten Mindestlaufzeiten für die einzelnen Aktionen ergeben. Welche der alternativ im Ablaufplan enthaltenen Aktionen tatsächlich erfolgen, entscheidet der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin im weiteren Ablauf.

ein Case-Management als Prozessorientierung durchgesetzt worden. Diese geben ein standardisiertes Vorgehen für die Diagnose und Therapie häufiger Krankheiten sowie die Optimierung von Abläufen vor. Ein Fall wird deshalb nicht mehr jeweils spezifisch, das heißt den jeweiligen Umständen und Patient*innen entsprechend, sondern standardisiert bearbeitet.

Darüber hinaus ist im Rahmen von Diskussionen um Effizienz, Ressourceneinsatz und Kostendruck die Arbeitsteilung in der Krankenpflege verändert bzw. verstärkt worden. Der Einsatz von hochqualifiziertem Personal ist dabei mit Debatten um Qualifikationsmix und Aufgabenverschiebungen verknüpft (vgl. Kuhlmann/Larsen 2014: 238). Im Kern zielt die neue Arbeitsteilung darauf ab, höher qualifizierte Pflegende von den Arbeiten am Bett zu befreien. Examinierte Fachkräfte und akademisch Ausgebildete werden verstärkt mit Management- und administrativen Aufgaben oder ärztlichen Tätigkeiten betraut, während bestimmte Aspekte pflegerischer Arbeit, die als weniger anspruchsvoll gelten, wie das Ausgeben von Mahlzeiten oder Hilfestellungen bei der Körperpflege, an geringer entlohntes und geringer qualifiziertes Personal delegiert werden (vgl. Roth 2011). Damit vollzieht sich eine Abkehr von der «ganzheitlichen Pflege» hin zu einer stärkeren Segmentierung. Aus ökonomischer Perspektive geht es wesentlich um die Zergliederung von pflegerischen Zuständigkeiten zugunsten einer Rationalisierung des Personaleinsatzes (Cassier-Woidasky 2011: 169).

JE GERINGER DER KOSTENAUFWAND FÜR EINE BEHANDLUNG IST – ALSO VOR ALLEM, JE WENIGER PERSONAL EINGESETZT WIRD –, DESTO HÖHER IST DER GEWINN FÜR DAS KRANKENHAUS.

VOM WEIBLICHEN* LIEBESDIENST ZUR PROFESSIONELLEN PFLEGE

WIE SICH DAS BERUFSETHOS IN DER PFLEGE VERSCHIEBT

Parallel zu den Veränderungen der strukturellen Bedingungen und der Arbeitsorganisation im Krankenhausalltag hat sich in den letzten Jahren auch das Berufsbild der Pflege verändert. Im Zuge ihrer Professionalisierung, also der Akademisierung der Pflege, die Anfang der 1990er-Jahre einsetzte, sowie des Strebens nach einer Verselbstständigung des Berufsstands zur «Profession» hat sich ein Wandel in den normativen und professionellen Orientierungen der Pflege vollzogen (vgl. Cassier-Woidasky 2011: 164; Becker/Lenz/Thiel 2017: 503).

In ihrer Entstehung wurden in der Krankenpflege Eigenschaften eingefordert, die auf Selbstlosigkeit, Selbstverleugnung und Aufopferung der Pflegekräfte sowie auf ihre hilfeleistende Unterordnung unter die Medizin ausgerichtet waren. Die Bezeichnung Schwester implizierte dabei die Vorstellung eines nicht mit dem üblichen Berufsleben vergleichbaren Liebesdienstes, der eine besondere Haltung zur eigenen Tätigkeit beinhaltet. Über lange Zeit wurde die Krankenpflege daher eher als Berufung denn als Beruf begriffen. Erst im 20. Jahrhundert entwickelte sie sich zu einem «normalen (Frauen-)Beruf». In diesem Verlauf löste die Pflegefachkraft das Bild der uneigennützigen und gehorsamen Diakonisse oder Schwester ab und die Pflege wurde zu einem Ausbildungsberuf. Dadurch veränderten sich im Laufe der Zeit auch die normativen Orientierungen in der Krankenpflege sowie die Anforderungen an Pflegende. An die Stelle des (Selbst-)Verständnisses der am christlichen Liebesdienst orientierten Schwester trat mit der Verberuflichung der (Kranken-)Pflege die Orientierung an einer fürsorglichen Praxis. Dies meint einen Umgang, der davon ausgeht, dass eine lebenserhaltende, heilende oder lindernde Funktion nur dann erfüllt werden kann, wenn es gelingt, zur bedürftigen Person eine Beziehung aufzubauen, in der auch ihre emotionalen und sozialen Bedürfnisse beachtet werden (Kumbruck/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2010: 3). Mit der Akademisierung des Berufs (Kranken-)Pflege Anfang der 1990er-Jahre wurde schließlich ein neuer Abschnitt in der Berufsentwicklung eingeleitet – und erneut wandeln sich damit die normativen Orientierungen im Berufsbild. Das Ethos eines ganzheitlichen Blicks wird materiell und ideologisch zugunsten eines professionellen oder medizinisch-orientierten Ethos in den Hintergrund gedrängt. Dadurch wird pflegerisches Handeln um Elemente der Fürsorge beraubt.

Dies zeigt sich etwa am Beispiel des pflegerischen Wissens in den Lehrbüchern. In den letzten Jahren sind ehemals zentrale Aspekte pflegerischer Arbeit wie das Zeitnehmen für Patient*innen oder das geduldige Gespräch unter Druck geraten. So wurden diese Tätigkeiten lange Zeit als Möglichkeit angeführt, Patient*innen bei Angst, Sorge und Heimweh zu beruhigen. Inzwischen finden sie kaum oder gar keine Erwähnung mehr. Patient*innen zu informieren heißt hier nicht mehr, ihnen auch emotionale Fürsorge zukommen zu lassen.

Vielmehr soll das beruhigende Gespräch durch standardisierte Prozesse ersetzt werden – zum Beispiel durch die Weitergabe von Informationsmaterial in Form von Broschüren oder Internethinweisen (Becker/Lenz/Thiel 2017: 510). Veränderungen in den Ausbildungsinhalten zeigen sich aber beispielsweise auch in einer veränderten Haltung gegenüber neuen Arbeitsteilungen. Während sie anfänglich noch kritisch reflektiert wurden, fehlt mittlerweile eine Auseinandersetzung mit den Bedingungen, unter denen der Einsatz von Hilfskräften oder anderer Personengruppen in der Pflege sinnvoll ist (ebd.: 518). So gibt die Ausgabe des Lehrbuchs «Thiemes Pflege» aus dem Jahr 1973 noch zu bedenken: Wenn sich die Pflegekraft «vom Krankenbett und den Aufgaben der Grundpflege entfernt und die Grundpflege ganz den Helferinnen überlässt, verliert sie den Kontakt zum Patienten und wird eine ihrer wichtigsten Aufgaben – die Bedürfnisse des Patienten richtig zu erkennen und seinen Gemütszustand zu beeinflussen – nur noch schwer erfüllen können» (zit. n. ebd.: 509). In späteren Ausgaben ist dieser explizite Verweis auf die Gefahr, die mit der Arbeitsteilung einhergeht, nicht mehr zu finden.

Mit der Akademisierung der Pflege als Wissenschaft sind ebenfalls Veränderungen verbunden. So wird in Deutschland beispielsweise das Konzept der Evidenzbasierten Praxis (EBP) seit über zehn Jahren diskutiert (vgl. Friesacher 2009). Konkret heißt dies, dass die beste externe Evidenz, also die Erfahrungen Dritter (nämlich wissenschaftliche Studienergebnisse), mit der internen Evidenz (also persönlichen Erfahrungen in der Begegnung mit zu Pflegenden) verbunden werden soll, um so zu den besten Behandlungsergebnissen für den individuellen Bedarf von Patient*innen zu gelangen (vgl. ebd.: 3). Zugleich soll sich pflegerisches Wissen hierbei in Klassifikationssystemen und Auflistungen von EDV-kompatiblen Diagnose-, Interventions- und Evaluationsbegriffen abbilden lassen (vgl. Friesacher 2008; Remmers 2000). Die Konzepte der Evidenzbasierten Praxis schließen damit an die durch das DRG-System beförderten Diagnose- und Klassifikationssysteme, klinischen Behandlungspfade oder Programme für das Qualitätsmanagement an (vgl. Hülsken-Giesler 2008; Friesacher 2009).

Allerdings wird die EBP in der kritischen Pflegewissenschaft, aber auch in der Medizin seit vielen Jahren durchaus kontrovers diskutiert. Kritisiert wird etwa, dass das in der Pflegepraxis wichtige emotionale, intuitive Handeln und die schwerer beschreibbaren Tätigkeiten, die sich nicht ohne Weiteres in der an Medizin und Naturwissenschaft orientierten Sprache ausdrücken lassen, abgewertet werden. Das Ansetzen an der Leiblichkeit (und nicht nur am Körper) und eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen werden dadurch nicht als wesentliche Bestandteile von Pflege verstanden (vgl. Friesacher 2008). Eine Formalisierung beruflicher Pflegequalifikationen müsste aber, so die Auffassungen in der kritischen Pflegewissenschaft, kommunikative und beziehungsorientierte Fähigkeiten als bedeutende Kompetenz für eine gute Pflege werten (Senghaas-Knobloch 2011: 100).

WENN SICH DIE PFLEGEKRAFT VOM KRANKENBETT ENTFERNT UND DEN KONTAKT ZU PATIENT*INNEN VERLIERT, KANN SIE IHRE WICHTIGSTEN AUFGABEN NICHT MEHR ERFÜLLEN.

Das Konzept der EBP ist daher nicht nur eine Methode. Vielmehr wird zugleich ein Wissenschaftsverständnis transportiert, das in der Tradition empirisch-analytischer Wissenschaftsauffassungen steht und vor allem quantifizierbare, scheinbar objektive Daten berücksichtigt (Friesacher 2009: 3).

VOM KONKRETEN ZUM ABSTRAKTEN

ZUM ZUSAMMENHANG VERÄNDERTER PRODUKTIONSWEISE UND DER REGULIERUNG VON LEBENSWEISEN UND SUBJEKTIVITÄTEN

Betrachten wir die Veränderungen im Krankenhausalltag sowie im Berufsbild der Pflege im Zusammenhang, fällt auf: Es handelt sich bei den Transformationsprozessen zwar um verschiedene Entwicklungen, jedoch scheinen die Veränderungen aufeinander zu verweisen. So setzt das DRG-System auf der einen Seite Anreize für betriebliche Einsparungen, einen rationalisierten Einsatz von Personal oder eine Zergliederung des Pflegeprozesses entlang von Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Der Professionalisierungsdiskurs der Pflege wiederum begründet eine Abkehr von einer ganzheitlichen Pflege, begrüßt neue Arbeitsteilungen als Befreiung des Berufs von weniger anspruchsvollen Tätigkeiten und hat keinen Platz für affektive, kommunikative und soziale Tätigkeiten in der Pflege als Beziehungsarbeit. Die gewandelten Strukturbedingungen in den Krankenhäusern und das veränderte Berufsbild der Pflege scheinen also sehr gut zueinander zu passen. Wie aber kommt es zu dieser Kohärenz – oder handelt es sich um einen historischen Zufall?

In seinen Überlegungen zum Begriff der Hegemonie hat der italienische Philosoph Antonio Gramsci den Zusammenhang zwischen kapitalistischer Produktionsweise und den Lebens- und Seins-Weisen der Menschen theoretisiert (vgl. GH: 2087). Um zu verstehen, welche Prozesse sich gegenwärtig in den Krankenhäusern vollziehen, hilft es, sich diese Analyse zu vergegenwärtigen.

Mit Blick auf verschiedene Phasen kapitalistischer Gesellschaftsformationen argumentiert Gramsci, dass sich eine Veränderung der Produktionsweise und somit eine neue Art und Weise zu produzieren und zu arbeiten nur durchsetzen und verallgemeinern kann, wenn es gelingt, mit

ihr auch die Gewohnheiten, Alltagsroutinen und Subjektivitäten der Menschen zu verändern. Denn neue Produktions- und Arbeitsprozesse benötigen Menschen, die die entsprechenden Qualifikationen besitzen oder sich aneignen, um Maschinen bedienen oder Denkprozesse vollziehen zu können, die gebraucht werden. Zugleich muss sichergestellt werden, dass die veränderten Arbeitsverhältnisse überhaupt als erstrebenswert erscheinen und die Menschen bereit sind, sich an neue Anforderungen anzupassen – oder, dass der Druck hoch genug ist, um eine Veränderung von Gewohnheiten, Selbstverständnissen und Fähigkeiten zu erzwingen. In einer Kombination aus Zwangselementen und Elementen des Konsenses wird Gramsci zufolge versucht, die gewandelten Anforderungen der Produktion und Arbeit auf der einen und die Lebensweisen und Identitäten der Menschen auf der anderen Seite in ein kohärentes Verhältnis zu bringen. Wie dies konkret aussehen kann, zeigt er am Beispiel des Fordismus. So ist die neue fordistische Fließbandproduktion etwa auf maschinenhafte und automatische Haltungen der Arbeiter*innen im Produktionsprozess angewiesen – und braucht daher erholte und ausgeruhte Arbeitskräfte, die diese präzisen Bewegungen durchführen können. Folglich werden in der Fließbandproduktion nach Gramsci veränderte Qualifikationen der Lohnabhängigen sowie spezifische Gewohnheiten in der Lebensführung benötigt, die der geordneten, geregelten und eingetakteten sowie körperlich stark beanspruchenden neuen Produktionsweise entsprechen (vgl. GH: 295). Menschen verändern ihr Handeln, Denken und ihre Routinen aber nicht einfach so. Gramsci beobachtet vielmehr, dass mithilfe staatlicher und zivilgesellschaftlicher Praxen versucht wird, die benötigte physische Leistungsfähigkeit der Arbeitskräfte herzustellen und aufrechtzuerhalten sowie Einfluss auf die Lebensweisen der Menschen zu nehmen. Dies geschieht etwa, indem höhere Löhne in der Fließbandarbeit gezahlt, Kampagnen für die monogame Familie und gegen den Alkoholkonsum aufgelegt, aber auch Organisationen der Arbeiterbewegung wie Gewerkschaften zerschlagen werden (vgl. GH: 299 ff.).

Kurzum: Gramsci zeigt, dass ein kohärenter Zusammenhang zwischen kapitalistischer Produktionsweise sowie den Lebensweisen und Subjektivitäten von Menschen gesellschaftlich hergestellt werden muss, wenn ein umfassender Transformationsprozess gelingen soll. Dieser Zusammenhang besteht zwischen den Arbeits- und Produktionsmethoden sowie den sich daraus ergebenden Anforderungen, die mit den Fähigkeiten, Qualifikationen, der Lebensführung und Identität der Menschen als Arbeitskräfte übereinstimmen muss.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheinen die zuvor beschriebenen Veränderungen in den Krankenhäusern nicht zufällig, sondern als ein Versuch, einen ebensolchen kohärenten Zusammenhang zwischen veränderter «Produktionsweise» (also der Finanzierung der Krankenhäuser und ihrer Rahmenbedingungen) und gewandelten Lebensweisen (nämlich den Arbeitsgewohnheiten, beruflichen Selbstverständnissen und normativen Orientierungen von Pflegekräften) herzustellen. Wenn es gelänge, die Arbeit in der Pflege

an die veränderten Bedingungen in den Krankenhäusern anzupassen – also an Kostendruck, neue Arbeitsteilungen, die Abspaltung von emotionalen oder sozialen Bedürfnissen der Patient*innen und an vieles andere mehr –, könnten die Veränderungen auf Dauer gestellt werden. Daher kann der Professionalisierungsdiskurs nicht losgelöst von der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung im Rahmen der DRG-Einführung betrachtet werden. Er ist die andere Seite der Medaille: Pflegende sollen ihrem Berufsverständnis nach an Bedingungen von Personalmangel und Zeitdruck angepasst werden. Die Reorganisierung des Pflegeberufs in den Diskursen um Professionalisierung ist demnach ein Versuch politisch-ideologischer Regulierung. Zugleich bedient sich der Diskurs dabei einer Argumentation, die «endlich» eine Aufwertung der Pflege durch ihre Professionalisierung, die Abgrenzung vom Liebesdienst und ihre Selbstständigkeit von der Medizin verspricht – und erscheint für die Pflege daher durchaus attraktiv. Auch in den Krankenhäusern werden die gewandelten Anforderungen also keinesfalls nur mit Zwang, sondern ebenso über die Hoffnung auf Anerkennung durchzusetzen versucht. Es handelt sich dabei jedoch um einen «unvollendeten Emanzipationsprozess» der Pflege – da ihre Aufwertung und Professionalisierung auf der Abkehr von einem ganzheitlichen Ansatz und somit auch auf der Abspaltung sozialer und emotionaler Bedürfnisse von Patient*innen basiert. Diese Aspekte sind wesentlicher Teil der Qualität von Pflege. Es sind gerade die oft unsichtbar bleibenden Dimensionen, die diese zu «mehr» machen als einen Hilfsberuf für Ärzt*innen.

DIE REORGANISIERUNG DES PFLEGEBERUFS IN DEN DISKURSEN UM PROFESSIONALISIERUNG IST EIN VERSUCH POLITISCH-IDEOLOGISCHER REGULIERUNG.

NUR DER PROFIT ZÄHLT
ODER WIE FEMINIST*INNEN DIE AKTUELLEN ENTWICKLUNGEN UND DIE ABWERTUNG DER FÜRSORGE ERKLÄREN

Mit Blick auf den Wandel der (Kranken-) Pflege hin zu einem professionellen Dienstleistungsberuf stellt sich die Frage, warum es gerade die fürsorglichen, an der Leiblichkeit ansetzenden Handlungen oder ganzheitlichen Orientierungen im Pflegeprozess sind, die aktuell abgewertet werden. Antworten auf diese Frage liefern feministische Forschungen.

Hier wird etwa argumentiert, dass die Herausbildung des Kapitalismus historisch nicht nur mit der Entstehung einer kapitalistischen Produktionsweise einhergegangen ist, sondern auch mit der Abspaltung einer «Sphäre des Reproduktiven» (vgl. Beer 1990; Bock/Duden 1976). Die Etablierung kapitalistischer Produktion hat also gesellschaftliche Grenzziehungen nach sich gezogen, das heißt zu einer Zuordnung von bestimmten Handlungsweisen, Tätigkeiten oder Subjekten zur Produktion und anderen zur Reproduktion geführt, und so einen Bereich geschaffen, der rein nach den Prinzipien kapitalistischer Mehrwertschöpfung funktioniert (vgl. Aulenbacher 2013: 17 f.). Dementsprechend ist die kapitalistische Produktionsweise als eine rationalistische, quantifizier- und messbare, «vernünftige» und objektive Art zu arbeiten etabliert worden, die nach Zahlen und Profit funktioniert. Arbeiten, die sich in der Herausbildung des Kapitalismus nicht entlang dieser Kriterien organisieren ließen, wurden hingegen aus der kapitalistischen Produktion verdrängt und als emotional, privat, familiär oder weiblich* verstanden (Sauer 2001: 184). Dies waren etwa Tätigkeiten wie die Essenszubereitung, Organisierung des Haushalts oder die Koordinierung der Familienmitglieder – also Koch-, Putz- oder Beziehungsarbeiten. In diesem Sinne basiert die kapitalistische Produktionsweise, wie etwa Beatrice Müller zusammenfasst, auf einem vermeintlich rational denkenden und handelnden Subjekt, das von den Irrationalitäten des Leibes befreit ist (vgl. Müller 2018: 92). Wie wir mit Blick auf Plattformen wie Deliveroo, Gorillas oder Helpling[5] inzwischen wissen, liegen Tätigkeiten wie Kochen, Einkaufen oder Putzen nicht per se außerhalb der kapitalistischen Produktionsweise. Sie können auch kapitalistisch organisiert werden. In der Herausbildung des Kapitalismus sind sie jedoch zunächst außerhalb der kapitalistischen Produktion angesiedelt worden und – da die Sphäre der Produktion zunächst vor allem Männern* vorbehalten war – als weiblich* deklariert und nicht entlohnt worden. Bestimmte Handlungen, Arbeiten oder Subjekte sind so in «Verruf» geraten, nicht objektiv, effizient und rationalistisch und daher nicht kapitalistisch verwertbar, also emotional, subjektiv und weiblich* zu sein.

Betrachten wir aus dieser Perspektive die Entwicklungen in den Krankenhäusern und

5 Deliveroo ist eine Plattform, über die zubereitetes Essen nach Hause bestellt werden kann. Gorillas ist ein Lieferdienst für Lebensmittel aus dem Supermarkt direkt an die Haustür. Und Helpling ist eine Plattform, über die Putzdienste im Haushalt oder für Bürogebäude geordert werden können. Die Arbeitsverhältnisse in diesen Plattformenunternehmen sind oftmals rechtlich fraglich, die Arbeit gering entlohnt und prekär.

im Berufsbild der Pflege, werden die Restrukturierungen als Grenzziehungen entlang von Geschlecht und Profitdruck sichtbar: Der Wandel der (Kranken-)Pflege hin zu einem professionellen Dienstleistungsberuf geht einher mit einer Verschiebung von fürsorglichen, an der Leiblichkeit ansetzenden Handlungen (vgl. Kumbruck 2010: 199). Das heißt, dass die als weiblich* identifizierten, negativ konnotierten Seiten – also die körpernahen und kommunikativen Anteile der Pflege – nicht als Bestandteil professionell erworbener und daher erlernbarer Fähigkeiten in das Berufsbild integriert, sondern als weniger wertvolle und quasi natürliche Ausstattung betrachtet und tendenziell verdrängt werden (Senghaas-Knobloch 2011: 100). Mit der Einführung der Fallpauschalen und dem Professionalisierungsdiskurs in der Pflege wird demnach ein Weg eingeschlagen, der versucht, der Profitorientierung freie Bahn zu schaffen. Affektive, soziale und kommunikative Tätigkeiten der Pflege als Beziehungsarbeit, eine an der Leiblichkeit ansetzende Körperpflege oder ein ganzheitlicher Blick auf Gesundheitsversorgung und die Bedürfnisse der Patient*innen stehen dieser Logik im Wege. Denn sie gelten schon lange als nicht kapitalistisch verwertbar und sind in der Funktionslogik der Fallpauschalen nicht mit einem Preis versehen worden.

Es ist also kein Zufall, dass bestimmte Tätigkeiten ein größeres Gewicht bekommen und anderen die Anerkennung (auch in finanzieller Hinsicht) entzogen wird. Das Berufsverständnis der Pflege wird aktuell nicht nur ökonomisch passförmig, sondern auch vergeschlechtlicht reorganisiert.

DIE UMBRÜCHE BLEIBEN NICHT UNWIDERSPROCHEN

KRANKENHAUSKÄMPFE FÜR ENTLASTUNG UND MEHR PERSONAL

Gegen die beschriebenen Entwicklungen wehren sich in den letzten Jahren vermehrt Beschäftigte in den Kliniken. Seit es der Gewerkschaft ver.di an der Berliner Charité im Jahr 2015 zum ersten Mal gelungen ist, eine tarifliche Personalregelung zur Entlastung der Beschäftigten zu erstreiten, nehmen Konflikte um die Bedingungen in den Krankenhäusern an Fahrt auf. An 18 Kliniken in Deutschland ist es inzwischen gelungen, tarifliche Personalregelungen zu vereinbaren, nachdem Beschäftigte erfolgreich für mehr Personal in den Kliniken gekämpft haben. Die Veränderungen der Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern gehen also keinesfalls geräuschlos vonstatten. Vielmehr äußert sich an vielen Orten Unmut und Widerstand – schließlich sind es vor allem die Arbeits- und Versorgungsbedingungen, an denen sich die aktuellen Umbrüche am stärksten bemerkbar machen. Mit Forderungen nach Entlastung und mehr Personal sind es dabei einerseits die Folgen von Kostendruck, betrieblichen Einsparungen und einem jahrelang betriebenen Personalabbau – also vor allem Folgen der Finanzierung nach Fallpauschalen –, die im Fokus der Kritik stehen. Andererseits wird in den Auseinandersetzungen immer wieder deutlich, dass es auch um gute Versorgungsbedingungen von Patient*innen geht. Belastungen in der Arbeit entstehen gegenwärtig nicht allein aufgrund kräftezehrender Arbeitsanforde-

rungen, sondern auch deshalb, weil berufliche Ansprüche nicht umgesetzt oder Bedürfnisse von Patient*innen übergangen werden müssen. Folglich richtet sich die Kritik nicht nur gegen die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Auch die gewandelten Handlungsimperative und der Wechsel im Berufsverständnis der Pflege werden nicht stillschweigend hingenommen oder treffen auf Zustimmung. Was als «gute Pflege» gilt, ist vielmehr gegenwärtig umkämpft und – zumindest implizit – Gegenstand der stattfindenden Auseinandersetzungen.

Sorgekämpfe in den Krankenhäusern sind daher nicht allein als Speerspitzen gewerkschaftlicher Auseinandersetzungen gegen die Zumutungen der Arbeitsbedingungen von Beschäftigten für ihre Partikularinteressen zu verstehen. Indem sie sich für eine menschenwürdige Versorgung von Patient*innen einsetzen, für ihre sozialen, emotionalen und kommunikativen Bedürfnisse streiten und ihre Perspektive auf Pflege als ganzheitlichen Prozess verteidigen, setzen sie sich auch gegen eine kapitalistische Vereinnahmung der Versorgung ein. In dieser Lesart streiten die Beschäftigten im Krankenhaus nicht nur gegen die Folgen der Ökonomisierung von Gesundheit, sondern auch gegen die Abwertung von Pflege und Fürsorge – in Solidarität mit denen, die nicht über die Möglichkeit des Streiks verfügen, aber existenziell auf gute Versorgung angewiesen sind: den Patient*innen und potenziellen Patient*innen. Durch dieses über den eigentlichen Arbeitskampf Hinausweisende sind es aus meiner Sicht Kämpfe gegen neoliberale Zurichtungen sowie feministische Kämpfe für die Aufwertung der Sorge. Daher sind es auch Kämpfe der Hoffnung – denn Widerstand gegen die «Zurichtung» und «Manipulation» gemäß den neuen Zielen ist, wie Gramsci schreibt (GH: 2063), notwendig, wenn wir nicht wollen, dass sich die neuen krisenhaften Verhältnisse in den Krankenhäusern verallgemeinern. Streiten wir also gemeinsam für eine andere Gesundheitsversorgung – und dies meint nicht nur die Abschaffung der Fallpauschalen, sondern auch eine echte, umfassende Aufwertung von Pflege, die Kümmern und Sorgen weder als gratis Liebesdienst noch als Rationalisierungsmasse begreift.

ES SIND KÄMPFE DER HOFFNUNG GEGEN DIE ZURICHTUNGEN UND DIE MANIPULATION GEMÄSS DEN NEUEN ZIELEN DER ÖKONOMISIERUNG.

LITERATUR

Aulenbacher, Brigitte (2013): Ökonomie und Sorgearbeit. Herrschaftslogiken, Arbeitsteilungen und Grenzziehungen im Gegenwartskapitalismus, in: Appelt, Erna/Aulenbacher, Brigitte/Wetterer, Angelika (Hrsg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen, Münster, S. 105–126.

Becker, Karina/Lenz, Sarah/Thiel, Marcel (2017): Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie. Längsschnittanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung, in: Berliner Journal für Soziologie 26, S. 501–527.

Beer, Ursula (1990): Geschlecht, Struktur, Geschichte. Soziale Konstituierung des Geschlechterverhältnisses, Frankfurt a. M./New York.

Bock, Gisela/Duden, Barbara (1976): Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus, in: Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur ersten Berliner Sommeruniversität für Frauen, Berlin, S. 118–199.

Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2011): Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht, in: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, Hamburg, S. 163–184.

Destatis (2018): Grunddaten der Krankenhäuser, unter: www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/grunddaten-krankenhaueser.pdf?__blob=publicationFile.

Dörge, Christian (2009): Professionelles Pflegehandeln im Alltag – Vision oder Wirklichkeit?, Frankfurt a. M.

Dück, Julia (2018): Feministische Klassenpolitiken in Kämpfen um Soziale Reproduktion. Zu den Auseinandersetzungen an der Berliner Charité für mehr Personal im Krankenhaus, in: sub/urban 1/2018, S. 129–140, unter: https://zeitschrift-suburban.de/sys/index.php/suburban/article/view/343/573.

Dück, Julia (2021): Mehr als Erschöpfungen im Hamsterrad. Soziale Reproduktion und ihre Krise(n), in: Altenried, Moritz/Dück, Julia/Wallis, Mira (Hrsg.): Plattformkapitalismus und die Krise der sozialen Reproduktion, Münster, S. 28–49.

Dück, Julia (2022, i. E.): Soziale Reproduktion in der Krise. Sorge-Kämpfe in Krankenhäusern und Kitas, Weinheim/Basel.

Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, Osnabrück.

Friesacher, Heiner (2009): Professionalisierung in Zeiten von Evidenzbasierter Praxis, in: Ipp-Info 7, S. 2–3.

Friesacher, Heiner (2010): Pflege und Technik. Eine kritische Analyse, in: Pflege & Gesellschaft 4/2010, S. 293–313.

Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitsreform in Deutschland – Hintergrund und jüngere Entwicklungen, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, S. 35–70.

Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens, in: Böhlke, Niels/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 10–40.

GH – Gramsci, Antonio (1991 ff.): Gefängnishefte. Kritische Gesamtausgabe, hrsg. von Haug, Wolfgang Fritz/Bochmann, Klaus, 10 Bde., Hamburg.

Hülsken-Giesler, Manfred (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik, Osnabrück.

Kuhlmann, Ellen/Larsen, Christa (2014): Care, Governance und Professionalisierung im europäischen Vergleich, in: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hrsg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: Work, Relations, Regimes, Baden-Baden, S. 235–251.

Kumbruck, Christel (2010): Berufliche Pflegepraxis und die Erfahrung gesellschaftlicher Anerkennung, in: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva: Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 3, Münster, S. 183–208.

Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 3, Münster.

Müller, Beatrice (2018): Die sorgenfreie Gesellschaft. Wert-Abjektion als strukturelle Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus, in: Scheele, Alexandra/Wöhl, Stefanie (Hrsg.): Feminismus und Marxismus, Weinheim/Basel, S. 84–101.

Remmers, Hartmut (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft, Bern.

Roth, Ines (2011): Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten. Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit, hrsg. von ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Berlin, unter: https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/++file++53edcf1d6f6844064a000492/download/Arbeitsbedingungen%20in%20Krankenh%C3%A4usern.pdf.

Sauer, Birgit (2001): Die Asche des Souveräns. Staat und Demokratie in der Geschlechterdebatte, Frankfurt a. M./ New York.

Senghaas-Knobloch, Eva (2011): Arbeitskraft ist mehr als eine Ware. Arbeiten in der postfordistischen Dienstleistungsgesellschaft, in: APuZ. Aus Politik und Zeitgeschehen 15/2011, S. 24–31.

Senghaas-Knobloch, Eva/Kumbruck, Christel (2006): Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel. Befunde einer empirischen Studie, artec-paper 137, Bremen.

Interview mit Dana Lützkendorf, Lisa Schandl und Anja Voigt

«ICH RETTE DEIN LEBEN. MEHR IST NICHT DRIN»

AUSWIRKUNGEN DER FALLPAUSCHALEN AUF ARBEITSBEDINGUNGEN UND EINE GUTE VERSORGUNG IN DER KRANKENPFLEGE

Seit das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 eingeführt wurde, sind Krankenhäuser unter Kostendruck geraten. Das hat in der Folge zu einem Abbau von Personal, vor allem in der Pflege, geführt. Dagegen organisiert sich seit einigen Jahren vermehrt Widerstand, zuletzt hat die von ver.di initiierte Berliner Krankenhausbewegung in den landeseigenen Kliniken Charité und Vivantes tarifliche Personalregelungen erstritten. Wir haben mit Dana Lützkendorf (Intensivpflegerin an der Charité, Vorsitzende im Gesamtpersonalrat), Lisa Schandl (Auszubildende in der Pflege bei Vivantes) und Anja Voigt (Intensivpflegerin im Klinikum Neukölln bei Vivantes, Mitglied im Betriebsrat) darüber gesprochen, wie sich Zeitdruck und Personalmangel auf die Pflege auswirken und welche Regelungen sie mit dem Eckpunktepapier für den Tarifvertrag Entlastung erstritten haben.

Wie machen sich die Veränderungen der letzten Jahre – also vor allem die Einführung der Fallpauschalen – im Alltag bemerkbar?

Anja: Die entscheidende Veränderung ist sicherlich der Faktor Zeit. Als ich angefangen habe, hatte ich Zeit für alles. Die Atmosphäre war relativ entspannt und die Aufgaben waren zu schaffen. Heute habe ich eigentlich nie Zeit, etwas in Ruhe zu machen oder alles zu schaffen. Wir haben heute mehr Patient*innen, mehr Durchlauf und die Dokumentation bedeutet einen enormen Aufwand.

Dana: Meine Beobachtungen sind ähnlich. Bei meiner Einarbeitung auf der Intensivstation in Berlin-Buch gab es viel Zeit. Ich konnte mir Zeit nehmen, die Vorgänge zu erklären und durchzusprechen. Ganz anders heute, wenn man von einem Arbeitsvorgang zum nächsten hetzt. Das hat Anfang der 2000er-Jahre begonnen. Ich bin 2001 an die Charité gewechselt und zwei, drei Jahre später begann die Entgrenzung. Wir haben immer mehr Patient*innen betreut. Das war ein Einschnitt, der sich mit der DRG-Einführung schon abzeichnete. Ab 2000 wurde kein Personal mehr eingestellt und Ausbildungsplätze wurden gestrichen.

Lisa, du bist seit fast drei Jahren Auszubildende an der Charité. Wie nimmst du das wahr?

Lisa: Die Verdichtung spüre ich genauso. Ich kenne nur Stress und wie es ist, keine Zeit zu haben und permanent überfordert zu sein. Heute hatte ich so einen Arbeitstag. Neben der generell schlechten Besetzung gab es Krankmeldungen, und ich habe allein genauso viele Patient*innen betreut wie alle anderen auch. Ich hatte keine Anleitung. Das heißt: Das Abschlussgespräch, das Einführungsgespräch, die Reflexion – das alles findet nicht statt.

Wie lernt ihr es in der Theorie?

Lisa: Der Grundsatz einer Ausbildung ist das Drei-Schritte-Modell: Eine Anleitungsperson macht im ersten Schritt eine Aufgabe vor, im zweiten Schritt wird sie zusammen durchgeführt und im dritten versucht man es allein unter Aufsicht. Das zeichnet Ausbildungen eigentlich aus. Tatsächlich findet das in der Praxis so gut wie nie statt. Ähnlich ist es im Umgang mit der Theorie. Pflegehintergründe werden inzwischen wissenschaftlich unterfüttert – die Pflegewissenschaft professionalisiert sich –, aber wir können es nicht umsetzen. Wir üben für Prüfungen, als wäre es für ein Theaterstück. Weil wir wissen, dass wir im Alltag nicht auf diese Weise pflegen können.

Was bedeutet der Zeitdruck im Alltag? Welche Tätigkeiten fallen hinten runter?

Anja: In meiner Ausbildung habe ich gelernt, dass jeder Patient, jede Patientin einmal am Tag grundpflegerisch betreut wird.

PFLEGEHINTERGRÜNDE WERDEN IN DER AUSBILDUNG WISSENSCHAFTLICH UNTERFÜTTERT, ABER WIR KÖNNEN ES NICHT UMSETZEN. WIR ÜBEN FÜR PRÜFUNGEN WIE FÜR EIN THEATERSTÜCK.

Aber: Das mache ich so gut wie nie. Wenn ich es schaffe, mache ich mal das Gesicht ein bisschen frisch – und groben Dreck beseitige ich natürlich. Aber ich weiß nicht, wann ich das letzte Mal einem Patienten oder einer Patientin die Haare gewaschen habe. Fingernägel schneiden? Das sind eigentlich Grundlagen meines Berufs. Deswegen bin ich Krankenschwester geworden: weil ich pflegen wollte. Aber gerade die pflegerischen Aufgaben schaffe ich heute nicht mehr. So hart das klingt. Es geht nur noch um Medizin im klassischen Sinne, also um Behandlung. Ich arbeite auf einer Intensivstation, deshalb sind Medikamentenausgabe und die Betreuung der Geräte natürlich zentral. Mehr schaffe ich nicht.

Dana, wie sieht dein Alltag in der Charité aus?

Dana: Ähnlich. Ich habe meinen Beruf immer auch als eine Begleitung begriffen. Ich begleite Menschen auf einem Weg, vielleicht auf einem schweren Weg oder auf ihrem letzten Weg, jedenfalls in einer Ausnahmesituation. Deswegen war es mir immer wichtig, Zeit zu haben, mich ans Bett zu setzen, die Hand zu halten oder ein Gespräch zu führen. Die Nähe und das Persönliche spielen eine zentrale Rolle. Aber das wird mir immer mehr genommen. Ich habe diese Zeit nicht und es wird auch nicht wertgeschätzt. Wenn die Luft brennt und dann irgendjemand Zeit für ein Fußbad hat, dann wird das auch von Kolleg*innen komisch beäugt. Dabei ist das zum Beispiel etwas, was ich sehr gern bei Patient*innen mache, weil sie sich danach wirklich sehr wohlfühlen. Morgens ist das beispielsweise sehr belebend.

Anja: Genau. Wir arbeiten mit den Patient*innen nach dem Motto: «Du darfst keine Wünsche äußern. Es geht hier nicht um dich. Ich habe keine Zeit. Ich rette dein Leben, mehr ist nicht drin.»

Aber Leben zu retten ist doch eure primäre Aufgabe?

Anja: Wenn ich den Patienten von der Pflege her nicht richtig betreuen kann, dann entgeht mir etwas in der Krankenbeobachtung. Darin besteht die Gefahr. Der ganzheitliche Blick auf Patient*innen gehört zu unserem Ethos, zum Berufsbild und der Ausbildung. Nehmen wir mal als Beispiel den Positionswechsel von Patient*innen. Es ist wichtig, dabei etwa den Hautzustand zu beobachten. Man sieht schon sehr früh, wenn ein Dekubitus[6] entsteht. Wenn nun aber anstelle von Pflegekräften Hilfskräfte ohne entsprechende Ausbildung als billigere Arbeitskräfte eingesetzt werden, geht dieser Blick verloren. Ein Skillmix durch Hilfskräfte ist also nicht unproblematisch.

Dana: Und die Wertschätzung für das, was nach meiner Auffassung dazugehört und absolut wichtig ist in unserem Beruf, fehlt. In den letzten 15 Jahren hat ein Paradigmenwechsel in der Pflege stattgefunden: Wenn ich drei Schwerstkranke mit ECMO [künstlicher Lunge] überlebend durch eine Schicht bringe, dann gelte ich als erfolgreich und effektiv. Zwischenmenschliche Dinge fallen hinten runter und werden wenig gewertet.

Was ist mit den Patient*innen? Was macht der Zeitdruck mit ihren Bedürfnissen oder Sorgen?

Dana: Es kommt nicht selten vor, dass ein Patient von einem Arzt eine Diagnose bekommt und damit ganz alleingelassen wird. Er erfährt beispielsweise, dass er Krebs hat. Aber bei einer 44-Betten-Station und zwei bis drei Pflegekräften im Dienst hat niemand Zeit, sich um diese Person zu kümmern. Oder Patienten versterben allein. Ich kann mich an eine Situation erinnern, in der wir mal wieder schlecht besetzt waren. Bei der Einteilung des Dienstes war bereits klar,

6 Ein Dekubitus ist eine lokale Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund von längerer Druckbelastung, die die Durchblutung der Haut stört. Weitere Bezeichnungen sind Dekubitalgeschwür, Druckgeschwür, Wundliegegeschwür oder jeweils -ulkus.

dass ein Patient im Sterben liegt und dass er in dieser Schicht nicht begleitet werden kann. Wir Kolleg*innen haben uns zwar versprochen, dass wir uns darum kümmern werden. Aber am Ende konnte sich keiner kümmern. Der Patient ist allein verstorben, weil es zeitgleich einen Notfall gab – was auf einer Intensivstation nicht selten ist.

Lisa: Ich habe den Eindruck, als Azubi ist es oft mein Job, diesen Mangel abzufangen, weil ich auf einer Station zusätzlich eingesetzt bin und dadurch ein bisschen mehr Zeit habe. Aber schon im ersten Lehrjahr passiert es dann oft: Kaum angeleitet, muss man auf die Sorgen und Ängste von Patient*innen eingehen, weil sonst niemand dafür Zeit hat. Eine wirkliche Beratung ist aber anspruchsvoll – zum Beispiel bei Frauen nach einer Brustamputation. Ich finde es wichtig, zusammen den Verband abzunehmen und darauf einzugehen, wie sich die Patientin mit dieser großen Veränderung fühlt. Dann sitze ich als Azubi da und soll die richtigen Worte finden, weil sonst niemand diese Zeit hat.

Was machen solche Erfahrungen mit euch?

Dana: Solche Erfahrungen belasten. Darunter leiden nicht nur die Patient*innen, darunter leiden auch die Kolleg*innen.

Lisa: Die Klingel auf Station erinnert immer wieder daran: Sie macht uns immer wieder bewusst, was man nicht schafft, was man gerne schaffen würde, aber nicht schafft. Das macht doppelt Stress, weil der Klang unmittelbar mit mehr Arbeit verbunden ist, aber auch mit schlechtem Gewissen. Ich habe Angst vor der Zeit nach dem Examen. Wir lernen jetzt, wie es ablaufen sollte, und wenn ich es Schritt für Schritt so mache, wie ich es gelernt habe, werde ich mit einem Patienten in der gegebenen Zeit nicht fertig. Von 18 Leuten aus meinem Kurs bleiben nur sechs in der Pflege.

Lassen die Patient*innen sich solche Situationen gefallen? Oder fordern sie beispielsweise nach einer Krebsdiagnose doch Zeit und Gespräche ein? Was macht ihr mit ihren Anforderungen?

Anja: Bei uns auf der Intensivstation ist das sehr krass. Der liebste Satz vieler meiner Kolleg*innen ist: «Ein Glück, der Patient ist beatmet.» Das heißt, er steht unter Narkose und wird künstlich beatmet. Wache Patient*innen sind furchtbar, denn sie haben Ansprüche, Fragen und Erwartungen. Das macht Arbeit. Kolleg*innen sind daher froh, wenn sie drei narkotisierte Patient*innen zu betreuen haben. Das ist ein Trauerspiel. Aber es beschreibt die Verhältnisse in einem Satz.

Dana: Wir haben viele Patient*innen mit ECMO – künstlicher Lunge. Wenn sie wach werden mit diesem Gerät, wird ihnen gesagt, dass sie sich nicht allein bewegen können. So ein Schlauch kann rausrutschen und dann ist der Patient innerhalb von zwei Minuten tot. Das wissen die Patient*innen und müssen es auch wissen. Aber es ist natürlich mit Angst verbunden. Wenn ich mir die Zeit nehmen könnte, sie dabei zu begleiten – dann kann man Patient*innen oft beruhigen. Andersherum nehmen ihre Ängste zu, wenn diese Zeit fehlt. Das sorgt dann dafür, dass Patient*in-

nen mehr Medikamente bekommen. Sie bekommen etwa mehr Beruhigungsmittel. Das könnte mit mehr Personal, beispielsweise mit einer Eins-zu-eins-Betreuung solcher Patient*innen, vermieden werden.

Ist es angesichts knapper Zeitressourcen in einer solchen Situation nicht rational, sich mit Medikamenten auszuhelfen? Warum ist das problematisch?

Dana: Für mich bedeutet gute Pflege, wenn ich dafür sorgen kann, dass der Patient in einem guten Zustand ist, schneller entlassen werden kann oder weniger Medikamente benötigt. Jedes Medikament verursacht Schädigungen. Der Einsatz von Narkose-Medikamenten sorgt bei nicht wenigen Patient*innen für Verwirrtheitszustände nach dem Aufwachen. Diese Patient*innen brauchen sehr viel Aufmerksamkeit. Wenn wir das als Pflege nicht leisten können, werden sie wieder in Narkose gelegt, um sie besser steuern zu können. Wenn ich nach meiner Vorstellung arbeiten könnte, würde ich dafür sorgen, dass Patient*innen diese Medikamente nicht bekommen. Ich würde sie besser betreuen und sie könnten dadurch schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden. Das hat auch Auswirkungen auf die Gesellschaft. Die Umsetzung unserer Forderungen nach einer Eins-zu-eins- oder Eins-zu-zwei-Betreuung wäre auf lange Sicht auch ökonomisch sinnvoller.

Wenn ihr für mehr Personal kämpft, dann streitet ihr also für eine gute Pflege – weniger Medikamente und stattdessen ein Fußbad für alle?

Dana: Ich wäre froh, wenn ich nur darum kämpfen müsste. Gerade kämpfen wir aber darum, dass wir eine sichere Patientenversorgung bekommen. Ein Fußbad oder Gesprächszeit gehen darüber noch hinaus. Aber ja, genau das bewegt die Kolleg*innen. Vielleicht schaffen wir das in einem nächsten Schritt. Es gehört auch zu unserem Kampf, solche Themen zu besetzen. Aber wenn ich mich vor die Presse stelle, würde ich nicht als Erstes von Fußbädern sprechen.

WENN ICH MIR ZEIT NEHMEN KANN, PATIENT*INNEN ZU BEGLEITEN, LASSEN SIE SICH OFT BERUHIGEN. ANDERSHEROM NEHMEN IHRE ÄNGSTE ZU, WENN DIESE ZEIT FEHLT.

Anja: Vor einem halben Jahr hätte ich das genauso gesehen. Wir haben aber in der Berliner Krankenhausbewegung häufig mit Erfahrungsberichten gearbeitet. Jeder hat seine schlimmste Geschichte erzählt. An diesem Punkt ist mir aufgefallen: Es haben nicht die Geschichten besonders bewegt, wo der Patient am Ende verblutet oder auf einer Rettungsstelle durch Personalmangel gestorben ist. Mitgenommen waren die Leute bei Berichten, wo die Gebärende nicht genug Beistand hatte, ihr niemand die Hand halten oder sie aufklären konnte, und sie ihr Kind allein bekommen hat. Dort hatten Leute Tränen in den Augen. Oder – eine Altenpflegerin erzählte mal eine Geschichte von einer alten Frau, die sich wünschte, die Haare gewaschen zu bekommen und geschminkt zu werden. Die Pflegerin hatte wochenlang keine Zeit dafür. Aber als sie das schließlich machen konnte, eines Nachmittags, da war die Frau so glücklich und hat so gelächelt. Das ist keine dramatische Geschichte, aber das hat die Leute bewegt. Mir ist in diesen Tarifauseinandersetzungen klar geworden: Es sind nicht die sensationellen Geschichten, auf die sich die Presse stürzt, die bewegen. Es sind die kleinen Dinge. Was ich sagen will: Vielleicht müssen wir nicht mit einem Fußbad anfangen bei der Erzählung. Aber warum nicht erzählen, wie die Menschenwürde in unseren Krankenhäusern leidet?

Was heißt das mit Blick auf eure Forderungen nach mehr Personal?

Anja: Ich will das Erreichte nicht abwerten. Aber in gewisser Weise ist es lediglich das Mindeste, was uns als Pflegekräften und auch den Patient*innen zusteht. Wir haben erreicht, dass wir uns und die Patient*innen nicht mehr gefährden. Aber wir brauchen mehr, als nur Gefährdungen zu verhindern. Das ist es ja, was uns am Beruf am meisten gefällt: Wenn man es mal schafft,

WIR HABEN ERREICHT, DASS WIR UNS UND DIE PATIENT*INNEN NICHT MEHR GEFÄHRDEN. ABER WIR BRAUCHEN MEHR, ALS NUR GEFÄHRDUNGEN ZU VERHINDERN.

die Wimpern zu tuschen oder die Haare zu waschen. Genau das – und nicht weniger – würde man sich auch für sich selbst wünschen. Oder wenn ich wüsste, meine Eltern würden so gepflegt werden. Dann hätte ich keine Angst um sie.

Dana: Ja, aber das ist noch ein weiter Weg.

Aber was habt ihr nun konkret erreicht? Dana, an der Charité hattet ihr schon 2015 Kämpfe für mehr Personal und einen Tarifvertrag Gesundheitsschutz (TVGS). Wie siehst du den jetzt erkämpften Tarifvertrag im Vergleich zu dem alten?

Dana: Mit dem jetzigen Kampf und dem Ergebnis haben wir alle Hürden und roten Linien durchbrochen, die wir im alten TVGS noch hatten. Aus unserer Perspektive ist das ein wirklich großer Erfolg. Wir haben es geschafft, dass wir Ratios vereinbart haben, also verbindliche Quoten, die das Verhältnis von Patient*innen zu Pflegekräften festlegen. Das war 2015 noch ein rotes Tuch. Quoten gab es damals nur in der Intensivpflege und diese wurden in der Umsetzung nicht eingehalten. Jetzt haben wir das für alle Bereiche. Trotzdem mussten wir natürlich auch hier Kompromisse machen, besonders im Bereich der Normalpflege. Im Vergleich zu den Auseinandersetzungen 2015 konnten wir auch Regelungen für neue Bereiche treffen: Besetzungsregeln für die Radiologie und für die Hebammen und sogar für einen Teil der Ambulanzen.

Was passiert, wenn die Quoten nicht eingehalten werden?

Dana: Der alte Tarifvertrag hatte kein Individualrecht für Situationen, in denen die festgelegten Regelungen nicht eingehalten wurden. Dafür haben wir nun eine gute Regelung gefunden – nämlich eine Punktesystematik bei Belastungen. Kurz gesagt heißt das: Wenn Beschäftigte in einer Schicht arbeiten, die unterbesetzt – also unter den festgelegten Regelungen – ist, bekommen sie einen Belastungsausgleich gutgeschrieben, den sie sammeln können und dafür eine Freischicht bekommen.

Gibt es kritische Punkte im Tarifvertrag?

Dana: Ein Punkt könnte sein, dass Personal für Stellen gezählt wird, das gänzlich andere Aufgaben erfüllt, beispielsweise gar nicht am Bett arbeitet oder überhaupt nichts mit der Pflege zu tun hat. Im Diskussionsprozess der Verhandlung haben wir deshalb gesagt, dass wir nur die Kolleg*innen meinen, die auch wirklich am Bett arbeiten. Aber dieses Problem wird uns in Zukunft wahrscheinlich noch öfter beschäftigen: Wer wird für die Quote angerechnet? Je mehr pflegenahe Berufe eine Rolle spielen, umso undurchsichtiger wird die Umsetzung der Quote im Zweifelsfall. Wir müssen darauf achten, wer die tatsächliche Arbeit am Bett macht.

Was wurde für die Auszubildenden erreicht?

Lisa: Wir als Auszubildende bekommen jetzt auch Belastungspunkte, jedoch nur für unterbesetzte Schichten. Wir hatten eigentlich gefordert, dass wir einen Anspruch auf die Praxisanleitung oder Reflexionsgespräche bekommen. Das haben

wir nicht geschafft. Aber auf unterbesetzten Schichten erhalten auch wir ein Drittel Belastungspunkt. Das ist auf jeden Fall ein Erfolg. Wir konnten auch die praktische Anleitungszeit steigern, das heißt den praktischen Einsatz von zehn auf 15 Prozent. Das betrifft die Zeit, die wir von einer qualifizierten Person begleitet und angeleitet werden. Was wir vor allem erreicht haben, ist aber auch, dass wir auf Augenhöhe betrachtet werden. Vielen wurde bewusst, dass es wichtig ist, Auszubildende nicht zu verheizen, sondern zu behalten.

Bei Vivantes wurde das erste Mal für mehr Personal gekämpft. Anja, was habt ihr erreicht? In welchem Verhältnis steht das zum Tarifvertrag an der Charité?

Anja: Bei den Quoten für die Pflege sind die Eckpunktepapiere bis auf geringfügige Unterschiede in bestimmten Bereichen die gleichen wie bei der Charité. Es ist ein riesiger Erfolg, dass wir das bei Vivantes auch geschafft haben. Für die Azubis haben wir ebenfalls eine sehr ähnliche Regelung. Es ist also insgesamt ein sehr ähnliches Eckpunktepapier. Die Unterschiede werden voraussichtlich in der Umsetzung liegen.

Was meinst du damit?

Anja: Mein Arbeitgeber reduziert gerade überall massiv Betten. Im Moment sind es die Bereiche, die im DRG-System schlecht vergütet sind – also nicht lukrative Bereiche. Bei mir im Haus sind zum Beispiel zwei Stationen plötzlich geschlossen worden. Hier wird der Tarifvertrag argumentativ gegenüber der Politik und den Krankenkassen genutzt, um Betten abzubauen. Meine Vermutung ist aber: Es war von vornherein ein Ziel, diese Bereiche zu schließen, weil sie rote Zahlen schreiben. Die Schuld für die Schließung wird nun aber auf den Tarifvertrag geschoben.

Was bedeutet das nun für euch?

Anja: Wir haben für einen guten Tarifvertrag gekämpft – und gewonnen. Jetzt müssen wir für eine gute Umsetzung kämpfen. Das wird noch ein dickes Brett. Aber wir haben gute Voraussetzungen dafür geschaffen: Wir haben eine aktive Belegschaft, die gelernt hat zu kämpfen. Wir sind daher gut vorbereitet auf weitere Auseinandersetzungen.

Das Interview führten Julia Dück und Julia Garscha.

Wir danken Camilla Elle für die Transkription.

Rede von Isabel Janke

«UNSERE GEDULD IST ZU ENDE!»

Am 5. Oktober 2021 fand eine Pressekonferenz der Berliner Krankenhausbewegung und dem Bündnis Gesundheit statt Profite in der Berliner Volksbühne statt. In diesem Rahmen hielt auch Isabel Janke eine Rede.

Guten Tag, mein Name ist Isabel Janke, ich möchte mich heute hier äußern, um mich mit den streikenden Beschäftigten von Vivantes und Charité zu solidarisieren.

Meine Mutter war viele Jahre lang Patientin der Charité, zuletzt war sie Patientin von Vivantes. Ich will mit meiner Stimme vor allem der Forderung nach mehr Personal, besserer Entlohnung, mehr Entlastung und der Solidarisierung mit den Tochterunternehmen der Krankenhäuser Nachdruck verleihen. Es ist allerhöchste Zeit, dass auch die Bevölkerung begreift: Es geht hier um unser aller Anliegen, es geht ums große Ganze.

Ich lese in den rbb24-Nachrichten: Die Vivantes-Leitung sei um das Patientenwohl besorgt, denn der *unbefristete Streik gefährde akut Menschenleben.* Vivantes-Leitung! Der Normalbetrieb, auch schon der vor der Pandemie, gefährdete akut Menschenleben. Die Hinhaltetaktik der Leitung in diesem Streik gefährdet akut Menschenleben. Vivantes-Leitung, ich glaub' dir deine Sorge nicht. Wenn es wirklich um das Wohl der Patientinnen und Patienten ginge, dann würdest du endlich deinen Beschäftigten zuhören, sie ernst nehmen und unterstützen. Die sorgen sich nämlich auch um dieses Wohl. Sie wollen ihre Arbeit gut machen und können es einfach nicht mehr.

Ich habe miterlebt, wie sich in der Notaufnahme das Personal förmlich für die viel zu vielen Patientinnen und Patienten zerreißt, um sie zu versorgen. Sie haben meine Mutter mit ihrem Schlaganfall trotzdem acht Stunden in dieser Notaufnahme warten lassen müssen. Sie mussten sie dann, als sie ins Delir gefallen war und ein Sturz Lebensgefahr für sie bedeutet hätte, 14 Tage lang auf der neurologischen Intensivstation an den Händen und sogar zeitweise an den Füßen am Bettgestell fixieren mit dem Argument, Sitzwachen – also Eins-zu-eins-Betreuungen rund um die Uhr – seien zu teuer. *Das sind verbotene und gefährliche Auswüchse des Pflegenotstands.*

Die Beschäftigten haben kaum Zeit, Menschen in ähnlichen Situationen auf die Toilette zu bringen, und müssen sie über eine Stunde gefesselt über dem Bettschieber liegen lassen. Das ist entwürdigend und trägt sicher nicht zur Genesung bei. Ich musste meine leise, bescheidene, rück-

sichtsvolle und schwer herzkranke Mutter in einer Situation erleben, die sie nicht begreift, in der sie weint und furchtbar aufgeregt ist und sich bis zur totalen Erschöpfung sinnlos verausgabt. Fixierung im Delir erhöht das Sterblichkeitsrisiko!

Da finde ich es ehrlicher, wenn Stationen geschlossen werden und klar kommuniziert wird, dass keine sichere und menschenwürdige Behandlung mehr möglich ist. Das ist ehrlicher, als vorzutäuschen, dass meine Angehörige in Sicherheit ist und dabei ist sie es gar nicht, sie ist in Gefahr. Ich habe mehrfach – diese Gefahr spürend – mit der Vorsorgevollmacht für meine Mutter in der Hand bei ärztlichem Fachpersonal darum gefleht, dass sie bitte in ein anderes Krankenhaus verlegt wird. Betreten wurde mir gesagt, dass ich damit keine Chance hätte, da sie nun schon «Kundin» von Vivantes sei. Selten habe ich eine größere Ohnmacht gespürt.

Was bedeutet denn das Abwiegeln der Klinikleitung, die Gefahr für die Patient*innen und die Belastung der Beschäftigten seien nur gefühlt? Dass sie nicht messbar sind? Nicht messbar in Burnouts, in Krankenständen des Personals? Nicht messbar in der Anzahl von guten Fachkräften, die den Beruf verlassen, den sie lieben, weil sie ihren ethischen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden können? Nicht messbar in der Zahl von Auszubildenden, die ihre Lehrzeit abbrechen, weil sie nicht ausreichend gut angeleitet werden können im laufenden Betrieb? Nicht messbar in Stunden von Wartezeiten in der Notaufnahme? Und die Gefahr für die Patient*innen, nur gefühlt?

Meine Mutter ist tot und das fühle ich jeden Tag unermesslich! Als meine Mutter von der Intensivstation auf eine kardiologische verlegt wurde, auf der sie endlich die Fixierungen loswurde, weil sie dort endlich Sitzwachen bekam, da erholte sie sich etwas. Ich war schockiert, als sie dann drei Tage später wieder zurückverlegt und weiter fixiert wurde. Danach kam sie direkt auf eine Normalstation, auf der zwei Personen für 30 Patient*innen zuständig waren. Keine Fixierungen, aber auch keine Sitzwachen mehr. Die Eins-zu-eins-Betreuungen wurden aus Kostengründen wieder gestrichen. Sie zog sich – immer noch im Delir – selbst die Zugänge und den Blasenkatheter, weil sie raus wollte und glaubte, sie sei inhaftiert und in Lebensgefahr.

Als niemand mehr bei ihr saß und meine Mutter immer noch einfach nur wegwollte, stürzte sie kurz nach ihrer Verlegung innerhalb einer Stunde zweimal aus dem Bett auf den Kopf. Zwei Tage später, nach einem starken Krampfanfall, seit Stunden ruhiggestellt oder bewusstlos, erstickte sie beim Transport auf dem Weg zum CT fast in meinen Armen. Ich rief unter Schock stehend um Hilfe und versuchte, sie auf dem Flur zu beatmen. Menschen in weißen und gelben Kitteln liefen zunächst an uns vorbei, manche ließen uns einfach stehen. Der junge Medizinstudent, der in dieser Woche öfter an unserer Seite war, holte Hilfe und sagte selbst geschockt, dass er ein so großes Ausmaß, in dem schwerkranke Menschen und deren Angehörige im Krankenhaus alleingelassen werden, noch nie zuvor erlebt hätte.

An diesem Tag starb meine Mutter. Für sie, die gerade 70 Jahre alt geworden war, die ihren Haushalt bis dahin allein führen konnte, die aber komplizierte Vorerkrankungen hatte, deren Behandlung besonderer Aufmerksamkeit, Kapazitäten und guter stationsübergreifender Kommunikation bedurft hätten, endete der Aufenthalt bei Vivantes tödlich.

Die Geschichte meiner Mutter ist kein Einzelfall. Der Druck auf die Beschäftigten, seitens der Firmen- und Gesundheitspolitik landet am Ende durch den Personalmangel auch bei den Patient*innen, und zwar in einer Weise, die ich als kriminell bezeichnen würde. Denn, die Kliniken *müssen gewinnorientiert* arbeiten. *Müssen?*

Wir können etwas ändern und wir sind mittendrin. Nicht der Streik ist die Gefahr, sondern der «Normalzustand» in den Krankenhäusern. Diese Norm muss geändert werden! Die Politik muss hier regulierend eingreifen! Der Markt – kann das nicht regeln, der Markt – hat keine Mutter. Ich hatte eine.

Im Gedenken an meine Mutter Renate Janke, die aufgehört hat, Patientin zu sein, geduldig und wartend zu sein, ist auch meine Geduld zu Ende.

Unsere Geduld ist zu Ende!

DER NORMALBETRIEB, AUCH SCHON DER VOR DER PANDEMIE, GEFÄHRDETE AKUT MENSCHENLEBEN. NUN WIRD LEBEN DURCH DIE HINHALTETAKTIK DER ARBEITGEBER IM STREIK GEFÄHRDET.

Interview mit Ruth Hecker

«KEIN FLUGZEUG FLIEGT OHNE CO-PILOT*IN»

WARUM DIE SICHERHEIT VON PATIENT*INNEN GEFÄHRDET IST, WENN PERSONAL IM KRANKENHAUS FEHLT

*Patient*innen sind bei ihrer Versorgung auf medizinische Fachkräfte wie Ärzt*innen und Pflegekräfte angewiesen. Studien belegen, dass Qualität und Patientensicherheit leiden, wenn Personalmangel herrscht. Die Folgen reichen von Herzstillstand über Thromboembolie, Sepsis und Dekubitus bis hin zu Medikationsfehlern. Über diese Entwicklungen haben wir mit Dr. Ruth Hecker gesprochen. Sie gehört zum Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS), das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt.*

Patientengefährdung und Personalmangel stehen in einem engen Zusammenhang. Wenn Beschäftigte im Krankenhaus für mehr Personal streiken, wird dennoch oft kritisiert, dass der Streik Patient*innen gefährdet. Stimmt das? Was sind aus Ihrer Sicht zentrale Fragen der Sicherheit von Patient*innen?

Die Patientensicherheit nimmt eine zentrale Rolle im gesamten Gesundheitswesen ein. Sie ist oberste Zielpriorität in Fragen des Risikomanagements. Jede vermiedene Patientenschädigung entlastet persönlich – nämlich Mitarbeitende und Patient*innen. Sie ist aber auch gesellschaftlich und volkswirtschaftlich relevant.

Eine Studie der OECD[7] stellt fest, dass allein im Krankenhaussektor 15 Prozent aller Aktivitäten und Kosten aufgewendet werden, um patientensicherheitsrelevante Ereignisse zu beheben. Sprich: Gefährdungen von Patient*innen kosten Geld. Das zeigt auf, dass es sich auch in ökonomischer Hinsicht lohnt, Patientensicherheit ganz vornan zu stellen.

Auch uns als APS ging und geht es darum, die Mangelverwaltung, die im Hochrisikobereich Krankenhaus seit Jahren existiert, auf den Tisch zu bringen. Es muss für die Mitarbeitenden im Krankenhaus eine Perspektive geschaffen werden, um belastende Arbeitsbedingungen und Patientengefährdungen wirkungsvoll zu reduzieren. Unsere Gesellschaft braucht gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen, um Patient*innen sicher versorgen zu können.

7 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

DIE STREIKS WAREN EIN ZEICHEN, UM DIE ÜBERLASTUNG DER BESCHÄFTIGTEN SICHTBAR ZU MACHEN. ÜBERLASTETES PERSONAL BEDEUTET: VIELE FEHLER, VIELE SCHÄDEN BEI PATIENT*INNEN UND MITARBEITENDEN.

Sind Streiks für bessere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus denn das richtige Mittel?

Die Streiks des Klinikpersonals haben wir als APS unterstützt, denn wir sind der Meinung, dass die Streiks notwendig waren oder sind. Hier geht es nicht nur um Löhne, sondern um ausreichendes und qualifiziertes Personal, um interprofessionelle Zusammenarbeit, um Wertschätzung, kurzum: um bessere Arbeitsbedingungen, damit Patient*innen sicher versorgt werden können. Ist nicht die Gesundheit unser höchstes Gut?

Natürlich ist der Zeitpunkt der Streiks – mitten in einer Pandemie – denkbar unpassend, das wissen auch die Beschäftigten. Es hörte aber vorher, und hier meine ich die letzten 20 Jahre, niemand hin. Die Streiks waren daher ein Zeichen, um die Überlastung der Beschäftigten sichtbar zu machen. Überlastung in Kliniken bedeutet: stark überfordertes Personal, viele Fehler, viele Schäden bei Patient*innen und Mitarbeitenden. Die Streiks an sich gefährden nicht die Sicherheit von Patient*innen.

Gilt das auch für die Geburtshilfe? In Berlin haben letztes Jahr nicht nur Pflegekräfte gestreikt, auch Hebammen sind für mehr Personal auf die Straße gegangen.

Patientensicherheit kann nur gewährleistet werden, wenn der Bedarf in der Versorgung der Patient*innen durch die Personalausstattung gedeckt ist. Die jetzige Ausstattung durch Pflegekraftmangel und

Hebammenmangel kann keine durchgehend sichere Versorgung mehr gewährleisten. Wir fordern daher eine Eins-zu-eins-Betreuung in der Geburtssituation. Und ja, deswegen ist auch der Streik in der Geburtshilfe aus unserer Sicht notwendig.

Wie könnte hier eine gute Versorgung aussehen?

Am 20. September 2021, genau drei Tage nach dem diesjährigen Welttag der Patientensicherheit mit dem Aufruf der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sich für eine sichere und respektvolle Geburt einzusetzen, verschickte das Bundesgesundheitsministerium an zahlreiche Verbände im Gesundheitswesen eine Aufforderung zur Stellungnahme zu einer Erweiterung der umstrittenen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Auch wenn prinzipiell zu begrüßen ist, dass damit weniger Versorgungsbereiche zweiter Klasse bestehen, für die keine Personalvorgaben gemacht werden, ist doch die Höhe der Vorgaben höchst bedenklich. Das wird deutlich, wenn wir uns einige Zahlen zur Betreuungssituation vor Augen halten:

Frühgeborene Säuglinge, die nicht mehr als «intensiv-überwachungspflichtig» eingestuft werden, haben tagsüber nur zu ca. 25 Prozent und nachts zu weniger als 20 Prozent ihrer Zeit eine direkte pflegerische Betreuung. Der Pflege-Personalschlüssel in Tagschichten sieht 3,5 Säuglinge je Pflegekraft vor.

Für Wöchnerinnen, die zum Beispiel nach einem Kaiserschnitt noch immobil sind und etwa alle vier Stunden Anleitung und Unterstützung beim Stillen des Neugeborenen benötigen, stehen rechnerisch pro Nacht 20 Minuten Pflegezeit zur Verfügung. Nachts ist der Personalschlüssel in Geburtshilflichen Abteilungen 18:1. Vorgaben für die Mindestbesetzung mit Hebammen gibt es sowohl für die Betreuung während der Geburt als auch für die Anleitung im Wochenbett keine. Aus der Praxis kommen Berichte, dass gleichzeitig bis zu vier Geburten betreut werden müssen.

In der Speziellen Pädiatrie werden Kinder und Jugendliche zum Beispiel nach Transplantationen, mit schweren Herzschäden oder onkologischen Erkrankungen betreut. Diesen stehen jede Nacht durchschnittlich etwa 30 Minuten Pflegezeit zu, demgemäß betreut eine Pflegekraft 14 junge Patient*innen.

Was zeigen uns die Zahlen?

Es kann nicht sein, dass Mütter und Kinder durch eine unzureichende Versorgung gefährdet werden. Das APS veröffentlichte daher ein entsprechendes Statement und die Forderung – Mitarbeitende brauchen Unterstützung und Entlastung.[8] Der geschäftsführende Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit bewertet das Ziel des Streiks der Berliner Pflegekräfte und Hebammen, Entlastungstarifverträge zu erreichen, daher positiv. Denn Patientensicherheit und Mitarbeitersicherheit sind untrennbar verknüpft.

8 Vgl. den «Appell des Aktionsbündnis Patientensicherheit» unter: www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/210924_Statement_APS_Hebammen_Pflegestreik.pdf.

Zu wenig Pflegekräfte in der Pflege und wenige Hebammen in der Geburtshilfe – wie kann das sein? Woher kommt der Personalmangel in den Kliniken?

Das hat etwas mit der Logik des Finanzierungsmodells in den Krankenhäusern zu tun. Denn das funktioniert so: Fälle bringen Geld, und viele Fälle in gut vergüteten DRGs (Diagnosis Related Groups/deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) bringen viel Geld. Und noch mehr Geld wird verdient, wenn man wenig Personal für viele Fälle einsetzt. Welcher Kreißsaal einer Klinik traut sich, sich abzumelden, wenn zwei Hebammen erkrankt sind? Immer am personellen Limit seine Leistung zu erbringen ist in einer Hochrisikoorganisation wie dem Krankenhaus aber hoch gefährlich. In Hochrisikobereichen benötigt man immer eine Reserve. Kein Flugzeug fliegt ohne Co-Pilot*in oder Chefsteward*ess. Wie viele Stationen werden häufig ohne Teamleitung oder Stationsleitung versorgt oder ohne Oberärzte oder Stationsärzte? Wir benötigen nicht nur eine Reserve an Schutzmaterial, sondern auch eine Reserve an menschlicher Ressource, schon zu normalen Zeiten, nicht nur in Pandemiezeiten. Diese Vorhaltekosten müssen auch einberechnet werden. Ein wichtiger erster Schritt, die Pflegepersonalkosten aus den DRGs auszuklammern, ist vollzogen. Leider hat er wenig Effekte, weil es zu wenig ausgebildete Pflegekräfte gibt. Um Vorhaltekosten und Reservekosten bezahlen zu können, muss man in Deutschland sicherlich auch über neue Finanzierungsmöglichkeiten nachdenken.

Wie könnte eine gute Versorgungssituation hergestellt werden? Was wäre dafür nötig?

Wir als Aktionsbündnis Patientensicherheit fordern «Mehr Kooperation statt Konkurrenz». Mit regionalen Konzepten die medizinische Versorgung sichern. In Städten, Bundesländern und Kreisen müssen sich übergeordnet die Verantwortlichen Gedanken darüber machen, wo welche Patient*innen versorgt werden. Das muss über die Sektorengrenzen – also ein Krankenhaus macht nur das und niedergelassene Ärzt*innen machen nur das – hinweg geschehen. Das System kann, so wie es jetzt ist, nicht bleiben, sondern muss neu gedacht werden. Also wer macht was – über die klassische Aufteilung von stationär und ambulant hinweg. Das alles wird gestützt durch digitale Methoden und Instrumente.

Unser Gesundheitssystem muss endlich im 21. Jahrhundert ankommen. Medizinisch und pflegerisch sind wir das, wenn es um fachliche Fragen geht. Wir sind auch in der Forschung gut. Die Digitalisierung ist auf den Weg gebracht, hat sicherlich noch erheblichen Entwicklungsbedarf. In der Frage der Organisation und der Prozesse des Gesundheitswesens stecken wir aber in tradierten, rückwärtsgewandten Strukturen fest, und hier fehlt der Politik bislang der Mut, diese kritisch zu hinterfragen.

Mutig und ehrlich sollten wir endlich auch über Fehl- und Überversorgung sprechen, über die Zukunft der Telemedizin und Mög-

lichkeiten von hospital@home. Die medizinischen und pflegerischen Berufe müssen durch bessere Rahmenbedingungen wieder attraktiver gemacht werden.

Zu all den Punkten gehören Mut und Ehrlichkeit! Das System ist komplex und die Lösungen können nicht linear sein, sondern müssen dem Prinzip der komplexen Mehrfachinterventionen folgen, mit dem klaren Ziel einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung aller Bevölkerungsgruppen. Es gibt viel zu tun, packen wir es an. Und sagen wir es so, wie es ist, und ändern wir die Dinge, die notwendig sind, damit wir auch wieder Menschen für die medizinischen Berufe gewinnen und die Patientenversorgung in Deutschland qualitativ hochwertig und sicher wird.

Das Interview führte Julia Dück.

FÄLLE BRINGEN GELD, UND VIELE FÄLLE IN GUT VERGÜTETEN DRGS BRINGEN VIEL GELD. UND NOCH MEHR GELD WIRD VERDIENT, WENN MAN WENIG PERSONAL FÜR VIELE FÄLLE EINSETZT.

Tina Jung

ÖKONOMISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS UND AUSWIRKUNGEN AUF DIE GEBURTSHILFE

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich die Ökonomisierung des Gesundheitssystems in Deutschland auf die Geburtshilfe auswirkt und welche Probleme damit verbunden sind. Dazu wird zunächst erläutert, was unter Ökonomisierung zu verstehen ist, und dargelegt, welche spezifischen Grundlagen das Geburtshilfesystem charakterisieren. Anschließend werden die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Geburtshilfe anhand von Veränderungen in der klinischen Versorgungsstruktur, in den Arbeitsbedingungen im Kreißsaal und in den geburtshilflichen Interventionspraktiken skizziert. Diese neuen Formen von Unter- und Überversorgung, die mit der Ökonomisierung der Geburtshilfe entstanden sind, werden als (potenzielle) Formen von Gewalt gegen Frauen bzw. gebärende Personen[9] diskutiert. Der Beitrag schließt mit einem Resümee und Maßgaben für eine menschenrechtsbasierte Geburtshilfe.[10]

ÖKONOMISIERUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM

Wenn von Ökonomisierung im Gesundheitswesen gesprochen wird, ist zumeist die Übertragung der Ordnungsprinzipien kapitalistischer Märkte wie Wettbewerb, Effizienz, Kosten-Nutzen-Abwägungen oder Privatisierungen und die Einsparung von Kosten bei gleichzeitiger Ausweitung von kapitalistischen Prinzipien wie Markt-, Leistungs-, Wettbewerbs-, Wachstums-, Effizienz-, und Gewinnorientierung auf bis dato nicht marktförmig organisierte gesellschaftliche Bereiche oder Institutionen gemeint (vgl. u. a. Auth 2017; Huber 2019; Molzberger 2020; Mohan 2019). Teilweise werden auch Begriffe wie Kommerzialisierung oder Vermarktlichung genutzt, um eine Entwicklung zu beschreiben, die in Deutschland vor allem ab den 1990er-Jahren eingesetzt hat.

9 Mit der Formulierung «Frauen» bzw. «gebärende Personen» sollen sowohl (cis) Frauen als auch schwangere bzw. gebärende Personen eingeschlossen werden, die sich nicht als (cis) Frauen identifizieren; wenn im Folgenden nur von «Frauen» die Rede ist, bezieht es sich auf den Wortlaut zitierter Dokumente. **10** Für wertvolle Hinweise danke ich Dr. Katharina Hartmann und Julia Garscha.

Das Gesundheitswesen hat und hatte schon davor (und notwendig) eine ökonomische Komponente; der Begriff Ökonomisierung zielt jedoch auf eine spezifische Rolle des Ökonomischen (bzw. auf dessen Kapital- und Warenförmigkeit) im Verhältnis zu anderen Zielen und Leitmotiven, die dem Gesundheitswesen zugehörig sind. So gibt es ein politisches und ein medizinisches Ziel des Gesundheitssystems: Das politische Ziel kann verstanden werden als Auftrag, die Bedingungen für ein Leben in Würde zu schaffen, das medizinische Ziel besteht in der Erhaltung und Förderung von Gesundheit (Dietz 2011, zit. n. Huber 2019: 125), die praktisch mit einer Orientierung an Zuwendung, Fürsorge und Nähe zu den Patient*innen verbunden ist. Ökonomisierung bedeutet dementsprechend nicht das bloße Vorhandensein ökonomischer Prinzipien im Bereich des Gesundheitswesens, sondern dass «die wirtschaftlichen Aktivitäten im Gesundheitswesen […] nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung angesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen» (ebd.).

Ökonomisierung ist also mit einer Verschiebung der Leitorientierungen, Ziele und Prioritäten im Gesundheitswesen verbunden: weg von gesundheitsorientierten, am Patientenwohl ausgerichteten Zielen bzw. der Erfüllung bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung hin zu Kostendämpfung, Erlössteigerung und Effizienzmaximierung. Der *monetäre* Wert einer Leistung gewinnt gegenüber dem *gesundheitlichen* Wert einer Leistung an Bedeutung (vgl. Madörin 2014).

Das deutsche Gesundheits- und Krankenhauswesen erlebt seit den 1990er-Jahren einen Strukturwandel, der unter anderem auf einer Restrukturierung des Finanzierungssystems der Krankenhäuser beruht. Seit der Einführung eines flächendeckenden Fallpauschalensystems 2004 werden nicht mehr die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen vergütet, vielmehr erhalten die Kliniken pauschale Festpreise. Diese «diagnosebezogenen Fallgruppen», englisch «diagnose-related groups» (DRG), werden auf Basis durchschnittlicher Kosten prospektiv berechnet. Eine Klinik, die Gewinne erwirtschaften will, muss versuchen, die tatsächlich anfallenden Kosten für eine Leistung niedriger zu halten, als im DRG-System für sie veranschlagt sind.

Der Prozess der Ökonomisierung des Gesundheitswesens betrifft allerdings nicht allein die Finanzierungsstruktur im Krankenhaussektor, sondern schlägt sich auch auf einer weiter gehenden gesellschaftlich-politischen Ebene nieder, zum Beispiel in Bezug auf politisch-gesetzliche Regulierungen des institutionellen Arrangements, die mit Verschiebungen im Machtgefüge der Akteure verbunden sind, etwa der Krankenkassen. Auf organisationaler Ebene zeigt sich die Ökonomisierung beispielsweise dadurch, dass New-Public-Management-Strategien eingeführt oder das Controlling und Case-Management ausgebaut werden; und sie zeigt sich auf der Ebene der Anerkennungsordnungen, weil mit der Konstruktion und Gewichtung der Fallpau-

schalen zugleich eine Bewertung einhergeht, welche Leistung erfasst und als finanzierungswürdig anerkannt wird und welche nicht. Dies führt in der stationären Versorgung zu einer «Umstrukturierung von Wertigkeiten anerkennungsrelevanter Ressourcen» (Mohan 2019: 288): Da die Fallgruppen nach medizinischen und ökonomischen Kriterien definiert sind, sind vor allem die Aspekte gesundheitsorientierten, fürsorglichen Handelns in Relation abgewertet, die auf Zeit und Zuwendung gegenüber dem konkreten Anderen (hier vor allem der Gebärenden) beruhen und als solche nicht adäquat dokumentations- und abrechnungsfähig sind. Diese Prozesse wirken sich wiederum – wiewohl keineswegs eindimensional oder konfliktfrei – auf die Leistungsorientierungen, Arbeitsinhalte und auf das Berufsethos der Beschäftigten im Krankenhaus aus, etwa indem sie ihr professionelles Handeln zum Beispiel an Kriterien der Abrechenbarkeit anpassen (vgl. Braun u. a. 2010). Auch das (Selbst-)Verständnis von Patient*innen verändert sich, sie verstehen sich zunehmend als Kund*innen, die individuelle Leistungsansprüche als Wahlfreiheit und als persönliche Rechte wahrnehmen (können oder sollen).

Zu den politisch gewollten Entwicklungen gehört darüber hinaus die Restrukturierung der Krankenhauslandschaft im Zeichen der Zentralisierung und der Privatisierung von Kliniken. Was diese und andere Aspekte der Ökonomisierung des Gesundheitswesens für die Geburtshilfe bedeuten, wird nachfolgend dargestellt. Zunächst werden jedoch zum besseren Verständnis des Gegenstands einige Spezifika des Bereichs Geburtshilfe skizziert.

ÖKONOMISIERUNG IST MIT EINER VERSCHIEBUNG DER ZIELE UND PRIORITÄTEN IM GESUNDHEITSWESEN VERBUNDEN. DER MONETÄRE WERT EINER LEISTUNG GEWINNT GEGENÜBER DEM GESUNDHEITLICHEN WERT EINER LEISTUNG AN BEDEUTUNG.

ENTWICKLUNG DER KLINISCHEN UND AUSSERKLINISCHEN GEBURTSHILFE IN DEUTSCHLAND[11]

Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheit, sondern physiologisch gesehen gesunde Prozesse. Geburten fanden traditionell mit Beistand einer Hebamme und/oder von weiblichen Familienmitgliedern oder Nachbarinnen statt. Die Hebammenkunst beruhte dabei vorrangig auf mündlich weitergegebenen Kenntnissen und auf praktischem Erfahrungswissen. Im 18. Jahrhundert entstand demgegenüber die moderne, seinerseits historisch vornehmlich männlich dominierte Geburtsmedizin. Eine zentrale Rolle im Prozess der Verwissenschaftlichung und Professionalisierung der Geburtshilfe spielte die Einrichtung von sogenannten Accouchieranstalten (von französisch *accoucher,* gebären/entbinden, niederkommen) im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert. Diese Entbindungshäuser dienten in erster Linie der wissenschaftlichen Ausbildung männlicher Studenten sowie der Erprobung und (Weiter-)Entwicklung instrumenteller und operativer Entbindungstechniken an überwiegend besitzlosen Schwangeren – was eine beträchtliche Anzahl von ihnen mit ihrem Leben oder schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bezahlte. Die Müttersterblichkeit war in den großen Gebäranstalten bis in die 1880er-Jahre «wesentlich höher […] als bei der Masse der von Hebammen betreuten Hausgeburten» (Schlumbohm u. a. 1998: 22). Flächendeckend durchgesetzt hat sich die Klinikgeburt in Deutschland erst in den 1950er- und 1960er-Jahren. Dieser Prozess wird auch als «Hospitalisierung» der Geburt bezeichnet und meint die gesellschaftliche Verlagerung der Mehrheit der Geburten aus außerklinischen Kontexten in die Sphäre des Krankenhauses. Bis heute gebären in Deutschland knapp 98 Prozent der Schwangeren in der Klinik.[12]

Gegen die sich ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Geburtskliniken etablierende «programmierte Geburt»[13] und gegen andere als autoritär und patriarchal kritisierten gynäkologischen und geburtshilflichen Praktiken regte sich in den 1970er- und 1980er-Jahren in der Frauengesundheitsbewegung Widerstand. Aktivist*innen der Frauengesundheitsbewegung und freiberufliche Hebammen gründeten – teils in enger Zusammenarbeit – feministische Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser mit dem Ziel der Selbstaufklärung und Selbstbestimmung (vgl. Jung/Geißel/Vogel 2021). Im Zuge dessen erfuhren die freiberufliche Hebammentätigkeit und die außerklinische Geburt (als Hausgeburt bzw. Geburtshausgeburt) eine Revitalisierung. Seither stellen sie gegenüber Geburtskliniken eine alternative Idee und Praxis dar, die ihrerseits durchaus Einfluss auf die Humanisierung der klinischen Geburtshilfe hatte und hat (etwa in Bezug auf die Gestaltung und Ausstattung von Kreißsälen).

11 Der folgende Abschnitt ist in Teilen eine überarbeitete, ergänzte und aktualisierte Fassung von Jung 2022a. **12** Die Anzahl der geplant außerklinischen Geburten, etwa im Geburtshaus oder als Hausgeburt, steigt, dies aber auf niedrigem Niveau. **13** Programmierte Geburt bedeutet, dass für (Klinik-)Geburten ein stark standardisierter Ablauf vorgesehen ist, bei dem Abweichungen als pathologisch und interventionsbedürftig wahrgenommen werden (vgl. Schumann 2009).

Mit diesen historischen Entwicklungen sind unterschiedliche Paradigmen im Verständnis von Geburt entstanden. Einerseits das biomedizinische bzw. «technokratische» (Davis-Floyd 1994) Verständnis von Geburt, das mehrheitlich der modernen Geburtsmedizin als Orientierung zugrunde liegt bzw. lag. Geburt wird hier als potenziell gefahrvoller und risikoreicher Vorgang verstanden, der technischer Überwachung und ärztlicher Steuerung bzw. des medizinischen Eingriffs bedarf; der Fokus professionellen Handelns ist auf die Erkennung und Behandlung von Pathologien und Normabweichungen gerichtet. Die Gebärenden werden dabei als Patient*innen und Konsument*innen adressiert, die sich auch aus eigenem Interesse für eine medikalisierte Geburt im Sinne einer Inanspruchnahme von geburtsmedizinischen Techniken zur angestrebten Erleichterung des Geburtsvorgangs entscheiden (sollen). Dieses vorherrschende biomedizinische Modell wurde als androzentrisch, autoritär und entmächtigend sowohl gegenüber Hebammen als auch gegenüber Gebärenden kritisiert.

Andererseits ist in Hebammenarbeit und -wissenschaft eine Vorstellung von Geburt als «natürlichem» bzw. physiologischem Prozess präsent. Geburt wird hier als «normaler» und gesunder Vorgang verstanden. Gebärende werden als Subjekt der Geburt adressiert, die von einer vertrauten Hebamme (und ggf. weiteren Personen aus dem sozialen Nahfeld) begleitet werden und fähig sind, die Geburt zu bewältigen. Die Rolle der Hebamme zeichnet sich dabei durch eine partnerschaftliche, abwartende Haltung aus («Kunst des Nichts-Tuns» bzw. der «gekonnten Nicht-Intervention»), die auf die Erhaltung bzw. Herstellung von Physiologie fokussiert ist. Das «natürliche»/physiologische Modell wurde sowohl von feministischer Seite als auch von Hebammen als eine Form selbstbestimmter und empowernder Geburt konzipiert (und als solche auch kritisch diskutiert). Grundannahmen und Bezüge dazu finden sich auch im professionellen Selbstverständnis von Hebammen und im Leitbild einer «frauzentrierten Geburtshilfe»,[14] das inzwischen unter anderem in die S3-Leitlinie «Vaginale Geburt am Termin» (AWMF 2020) und in das Nationale Gesundheitsziel «Gesundheit rund um die Geburt» eingeflossen ist (BMG 2017).

Die Gegenüberstellung der beiden Geburtsmodelle war und ist im Verlauf der Debatten zunehmend selbst zum Gegenstand von Problematisierungen geworden. Professionelles geburtshilfliches Handeln speist sich in der Praxis vielfach aus beiden idealtypischen Zugängen, und auch die Wünsche und Bedürfnisse der Gebärenden changieren häufig zwischen den Polen «Natur» und «Technik» (vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011). Überdies tendieren beide Paradigmen dazu, ein Maß an individuell von den Schwangeren zu verantwortender Vorbereitbarkeit und Entscheidbarkeit der Geburt zu suggerieren, das an der Realität des Geburtshilfesystems vorbeigeht.

14 Im Folgenden verwende ich selbst in erweiterter Fassung «frauzentriert bzw. gebärende*rzentriert» statt «frauzentriert», um sowohl (cis) Frauen als auch gebärende Personen einzuschließen, die sich nicht als (cis) Frauen identifizieren.

Mit der Medikalisierung der Geburt gehen steigende Interventionsraten einher, die auch im Kontext der Ökonomisierung der Geburtshilfe, wie im folgenden Abschnitt gezeigt wird, im Sinne von Planbarkeit, Effizienz und Erlössteigerungen eine erhebliche Rolle spielen.

HISTORISCH SIND UNTERSCHIEDLICHE PARADIGMEN IM VERSTÄNDNIS VON GEBURT ENTSTANDEN: EINERSEITS EIN BIOMEDIZINISCHES, ANDERERSEITS EIN IN DER HEBAMMENARBEIT PRÄSENTES VON GEBURT ALS «NATÜRLICHEM» PROZESS.

AUSWIRKUNGEN DER ÖKONOMISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS AUF DIE GEBURTSHILFE

Der Betreuungsbogen im Kontext Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstem Lebensjahr umfasst eine ganze Reihe von unterschiedlichen Versorgungsangeboten und beteiligten Akteuren des Gesundheitssystems (für einen Überblick vgl. BMG 2017). Schwangere haben vor, während und nach der Geburt Anspruch auf ärztliche Betreuung und auf Hebammenhilfe (SGB [Sozialgesetzbuch] V, Art. 1, § 24d); sie können während der Schwangerschaft zwischen verschiedenen Vorsorgemodellen wählen (entweder eine Betreuung ausschließlich bei einer Hebamme oder ausschließlich bei eine*r/eine*m Gynäkolog*in oder aber im Wechsel bei beiden Professionen). Es gilt zudem die freie Wahl des Geburtsorts zwischen der außerklinischen Geburt (Hausgeburt, Geburtshausgeburt) und der Geburt in einer Klinik (vgl. SGB V, § 24 f) bzw. in einem Hebammenkreißsaal.

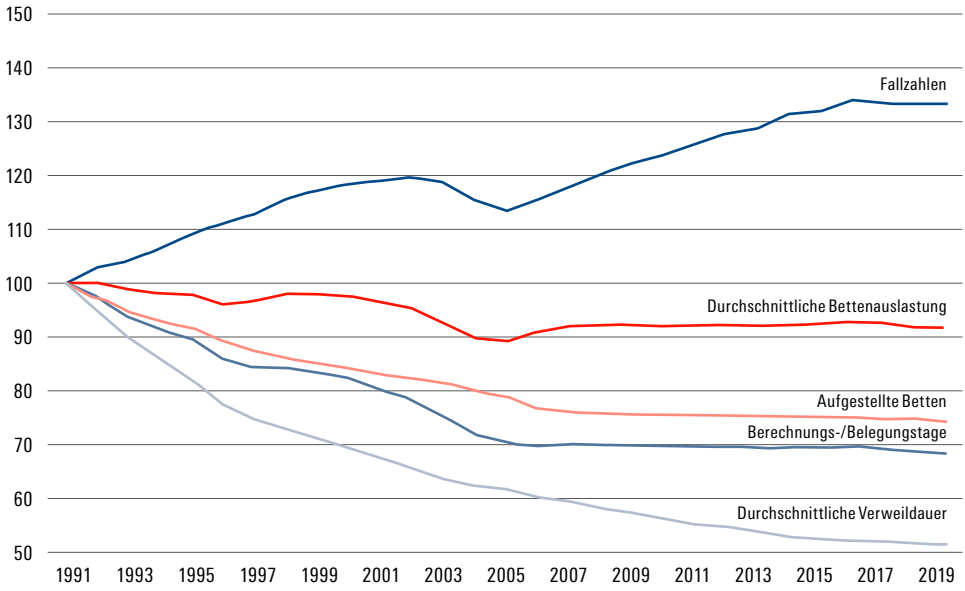
Ein Blick auf das Angebot und die Nachfrage verschiedener Hebammenleistungen zeigt, dass die Mehrheit der Schwangeren zwar zufrieden mit den Leistungen ist (vgl. Bauer u. a. 2020), dass gleichzeitig aber auch deutliche Lücken und Mängel in der Versorgung bestehen. Aufgrund hoher Haftpflichtprämien, unrentabler Einkommen und hoher Arbeitsbelastung haben sich manche Hebammen ganz oder teilweise aus (Segmenten) der Hebammenhilfe zurückgezogen, sodass in Teilen die Nachfrage nach bestimmten Hebammen-

leistungen größer ist als das Angebot. Dies betrifft vor allem ländliche Gebiete auf der einen und Großstädte auf der anderen Seite.

Gleichzeitig verändert sich die geburtshilfliche Infrastruktur im Sinne einer Zentralisierung auf überregionale, hochtechnisierte Perinatalzentren; (wohnortnahe) Geburtskliniken bzw. Kreißsäle mit kleinen und mittleren Geburtenzahlen schließen vermehrt. Die verbleibenden Kreißsäle arbeiten vielerorts unter dadurch verschärften Bedingungen von Überlastung, wirtschaftlichem Druck und Personalmangel. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat insgesamt zu Krankenhausschließungen und Bettenabbau mit kürzer werdenden Verweildauern und Belegungstagen von Patient*innen bei gleichzeitiger Leistungsausdehnung in Form von Fallzahlsteigerungen[15] geführt (siehe Abbildung 1; vgl. dazu ausführlicher aus kritischer Perspektive die Broschüre des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020).

15 Wobei *unvorhergesehene* Fallzahlsteigerungen – etwa im Fall von plötzlich höherem Geburtenaufkommen bei einer Geburtsklinik, weil im Umkreis andere Kreißsäle geschlossen haben – nicht direkt zu mehr Erlösen führen, sondern sogar zu einem finanziellen Problem werden (können), weil Kliniken im Fallpauschalensystem *prospektiv* vergütet werden.

Abbildung 1: Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser (1991 = 100)

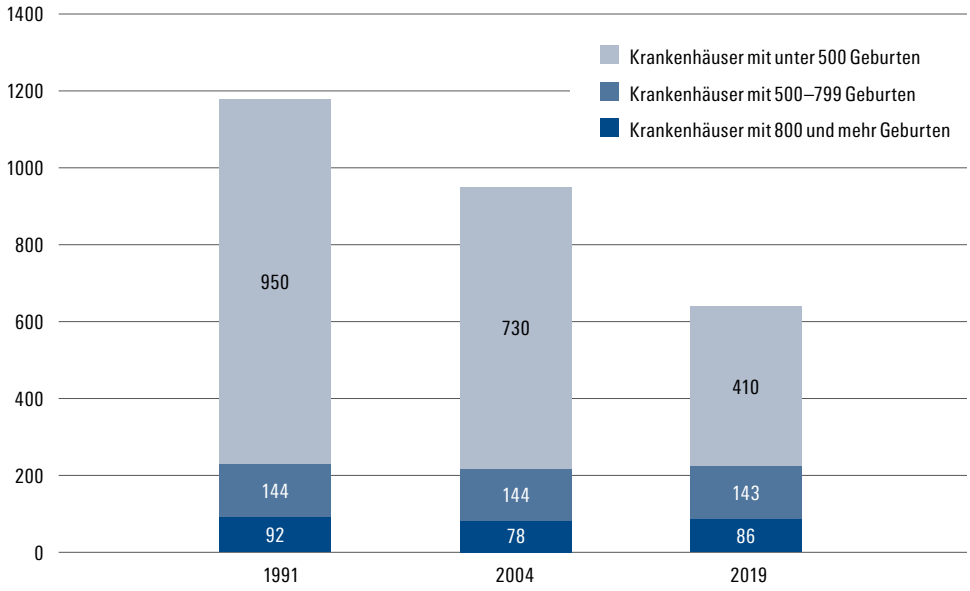


Quelle: Destatis 2021: 9

Ein wesentlicher Antrieb für diese Entwicklung ist der wettbewerbsbedingte Druck für Krankenhäuser, im Rahmen des Fallpauschalensystems Gewinne zu erwirtschaften (bzw. Verluste zu vermeiden). Gewinne erwirtschaften bedeutet, die *tatsächlich* anfallenden Kosten für Leistungen niedriger zu halten als die pauschalen Sätze, die Kliniken im Rahmen der abgerechneten Fallpauschalen für ihre Leistungen erstattet bekommen. Möglich wird dies zum Beispiel durch die Orientierung auf weniger Kosten durch weniger Betten sowie durch kürzere Verweildauern von Patient*innen im Krankenhaus bei gleichzeitigem Bemühen um Erlössteigerungen.

Geburtshilfe rechnet sich innerhalb dieses Systems aufgrund der Vorhaltekosten für viele Kliniken nicht bzw. es lassen sich keine Gewinne erwirtschaften; dies gilt insbesondere für Geburtskliniken mit niedrigen bis mittleren Geburtenzahlen. Seit der Einführung des Fallpauschalensystems in der Geburtshilfe hat rund ein Drittel aller Kreißsäle dauerhaft seine Türen geschlossen: von 952 Krankenhäusern mit Geburtshilfeabteilung im Jahr 2004 sank die Zahl auf 639 im Jahr 2019 (siehe Abbildung 2). Neben dauerhaften Kreißsaalschließungen werden Kreißsäle an manchen Standorten auch vorübergehend geschlossen.

Abbildung 2: Entwicklung der Krankenhausstruktur nach Anzahl der Geburten pro Jahr



Quelle: Destatis 2021, eigene Darstellung

Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, wurden überwiegend Geburtskliniken mit niedrigen und mittleren Geburtenzahlen (in grau dargestellt) geschlossen; davon waren vor allem die wohnortnahen Geburtshilfeabteilungen betroffen. Der Anteil der Kliniken mit 800 und mehr Geburten am Geburtengeschehen ist seit der Einführung des Fallpauschalensystems wieder angestiegen.

Trotz des kontinuierlichen Rückgangs an geburtshilflichen Fachabteilungen von 548 im Jahr 2004 auf 355 im Jahr 2017 sind die fachabteilungsbezogenen Fallzahlen von 518.077 im Jahr 2004 auf 530.631 im Jahr 2017 gestiegen (Destatis 2021). Gleichzeitig hat sich die Verweildauer der einzelnen Schwangeren in den geburtshilflichen Fachabteilungen von durchschnittlich 5,0 Tagen auf durchschnittlich 3,7 Tage im Jahr 2017 verkürzt.

Diese Entwicklung ist in mehreren Hinsichten folgenreich für Schwangere, Hebammen und Ärzt*innen im Kreißsaal: Durch die (noch anhaltenden) Kreißsaalschließungen ist die wohnortnahe Versorgung mit Geburtshilfe zunehmend eingeschränkt; das bedeutet für Schwangere mitunter nicht nur längere Fahrtzeiten, sondern auch, dass sich die Auswahlmöglichkeit des Geburtsorts in manchen Regionen auf das Kriterium «nächstgelegen» verengt, ohne Rücksicht auf Größe, Ausstattung des Kreißsaals bzw. Philosophie der Klinik.[16]

Die noch verbleibenden Kreißsäle müssen die Geburten der geschlossenen Geburtskliniken auffangen. Hebammen und Ärzt*innen arbeiten dabei unter Bedingungen, die von Arbeitsbelastung, Zeitdruck, Personal- und Ressourcenmangel gekennzeichnet sind.

Während einer normalen Schicht betreuen 72 Prozent der Hebammen drei oder mehr Frauen gleichzeitig; «bei Schichten mit hoher Auslastung, was ungefähr jede vierte Schicht betrifft, lag dieser Anteil bei 97 Prozent, wobei 55 Prozent dabei mehr als vier Frauen gleichzeitig betreuen mussten» (Bartig u. a. 2021: 34). Dazu kommen Arbeitsüberlastung und -verdichtungen, etwa durch die gestiegenen Anforderungen an Dokumentation und durch die Übernahme von hebammenfremden Tätigkeiten wie Reinigungsarbeiten. In der HebAB. NRW-Studie (Bauer u. a. 2020) gaben über 40 Prozent der im klinischen Setting tätigen Hebammen an, mindestens einmal pro Woche gebeten worden zu sein, Überstunden zu machen oder einzuspringen. Knapp 80 Prozent der Kreißsäle können offene Stellen nicht problemlos nachbesetzen, es fehlen sowohl Hebammen als auch Mediziner*innen (vgl. IGES 2019). Als Gründe für den Personalmangel in Kreißsälen werden an verschiedenen Stellen die Arbeitsbedingungen genannt, die Geburtshelfer*innen nicht mehr in Kauf nehmen wollen, aber auch die unter gegebenen Bedingungen eingeschränkte oder gar nicht vorhandene Möglichkeit, Gebärende so zu begleiten, wie es dem professionellen Ausbildungs- und Arbeitsethos entspricht, sowie respektloses und gewaltförmiges Verhalten Gebärenden gegenüber.

16 Manche Schwangere hingegen streben kleinere, familiär scheinende Geburtskliniken an statt hochtechnisierte «Großbetriebe», haben bereits mit einem Kreißsaal schlechte oder gewaltvolle Erfahrungen gemacht oder sind aus anderen Gründen auf alternative Geburtsorte angewiesen.

IN EINER NORMALEN SCHICHT BETREUEN 72 PROZENT DER HEBAMMEN DREI ODER MEHR FRAUEN GLEICHZEITIG, BEI HOHER AUSLASTUNG SIND ES OFT MEHR ALS VIER GEBÄRENDE GLEICHZEITIG.

Die skizzierten Entwicklungen haben insgesamt Auswirkungen auf die Selbstbestimmung und die Achtung der Würde der Gebärenden (und der Neugeborenen und Begleitpersonen) ebenso wie auf die bestmögliche Gewährleistung von deren physischer und psychischer Gesundheit: 43,1 Prozent der 2018 in Nordrhein-Westfalen befragten Hebammen berichteten, im vorangegangenen Monat eine Gefahrenanzeige geschrieben zu haben; knapp 60 Prozent der Hebammen gaben an, im vergangenen Monat mindestens einmal in einer Situation im Kreißsaal gewesen zu sein, in der eine Gefahrenanzeige hätte geschrieben werden können (Bauer u. a. 2020: 183). Eine Gefahrenanzeige soll geschrieben werden, wenn im Kreißsaal eine Situation auftritt, in der unmittelbare erhebliche Gefahr für Mutter* und Kind möglich ist.

Einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zufolge haben 2017 mehr als 35 Prozent der Kliniken in Deutschland Schwangere während der Geburt mindestens einmal abgewiesen; als Gründe wurden Hebammenmangel, Überlastung der neonatologischen Stationen sowie fehlende Kapazitäten genannt (Bartig u. a. 2021). Laut der HebAb.NRW-Studie (Bauer u. a. 2020) konnten von den befragten Müttern* 13 Prozent nicht an ihrem Wunschort gebären, wobei 8,7 Prozent *nach Geburtsbeginn* von der Wunschklinik abgewiesen wurden. Bauer u. a. (ebd.) gehen davon aus, dass in Nordrhein-Westfalen allein im Jahr 2018 möglicherweise über 2.000 Gebärende davon betroffen waren, nach Geburtsbeginn von der Wunschklinik abgewiesen worden zu sein – und dass dies «ein nicht unerheblicher Stressfaktor für die Frau und ihre Begleitung darstellt» (ebd.: 185).

Das 2004 eingeführte DRG-System als Abrechnungssystem im Gesundheitswesen schafft überdies monetäre Anreize für Interventionen (vgl. u. a. Otto/Wagner 2013). Insgesamt wird finanziell belohnt, wenn geburtshilfliches Fachpersonal in die Geburt eingreift. Deutlich wird das am Beispiel Kaiserschnitt: Eine sekundäre Sectio wird fast doppelt so hoch vergütet wie eine vaginale Geburt ohne Komplikationen. Seit 1991 ist die Kaiserschnittrate auf über das Doppelte gestiegen, im Jahr 2019 lag sie bei 29,6 Prozent (Destatis 2021), wobei hier erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht eine Kaiserschnittrate

von lediglich zehn bis 15 Prozent als medizinisch indiziert an. Eine Rate von über 15 Prozent hingegen spricht dafür, dass zu oft und unnötig in den Geburtsverlauf eingegriffen wird und damit Aspekte der Frauen- und Neugeborenengesundheit von anderen Faktoren überlagert werden.

Neben finanziellen Anreizen spielen auch die Art der Klinikorganisation, das unterschiedliche ärztliche Vorgehen bei Entscheidungsspielräumen und die starke Orientierung an Planbarkeit, Kalkulierbarkeit und Haftungsrecht eine Rolle (vgl. Jung 2017). In vielen Kliniken ist die Geburtsmedizin defensiv: Aus Angst vor Regress- und Haftpflichtanforderungen begegnen Ärzt*innen der Nicht-Planbarkeit einer natürlichen Geburt mit einer möglichst umfassenden Kontrolle des Geburtsvorgangs.

Zudem legt die in vielen Kreißsälen herrschende Situation aus Personalmangel, Arbeitsüberlastung und Zeitdruck den Einsatz von mehr Technik als Ersatz für personale Zuwendung und zur Beschleunigung des Geburtsverlaufs nahe. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems kann in der Geburtshilfe so auch indirekt zu einer Intensivierung von Interventionen, zur Vernachlässigung der Gebärenden und zu mangelnder emphatischer Begleitung durch Geburtshelfer*innen beitragen. In einem Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur stationären Hebammenversorgung gaben in der «Mütterbefragung» nur 37 Prozent der Befragten an, bei der Geburt die ganze Zeit von einer Hebamme begleitet worden zu sein; 16 Prozent berichteten, nur «punktuell» betreut worden zu sein, und jede vierte war der Ansicht, dass die Hebamme(n) nicht genügend Zeit für die Betreuung hatte(n) (IGES 2019). Die räumlich-organisatorische Versinnbildlichung dieser Normalisierung von Distanz und des Verlusts an Beziehung und Interaktion zwischen Gebärenden und Hebammen findet sich zum Beispiel im Einsatz sogenannter zentraler fetaler Überwachungseinheiten. Dabei handelt es sich um zu Kontrollstationen ausgebaute Schreibtischarbeitsplätze, an die die mittels CTG (Kardiotokografie, Herztonwehenschreiber) aufgezeichnete Wehentätigkeit der im Kreißsaal befindlichen Gebärenden übertragen wird, sodass wenige Hebammen mehrere Gebärende – ihrerseits reduziert auf einen kleinen Ausschnitt des Gesamtgeschehens eines Geburtsprozesses, nämlich auf die CTG-Messwerte – gleichzeitig per Bildschirm überwachen können. Technik und Überwachung fungieren so nicht allein als sinnhafte Ergänzung und Absicherung, sondern tendenziell als Ersatz beziehungsbasierter Geburts(hilfe)arbeit. Geburt und Gebären erfahren im ökonomisierten Kliniksystem eher eine Abwertung körperlich-beziehungsorientierter Aspekte.

Dabei ist zu betonen, dass das Geburtserleben der Frau bzw. gebärenden Person und die Bedeutung der sozialen Unterstützung (in Form von Eins-zu-eins-Begleitung) zentrale Faktoren für gute Geburtshilfe darstellen (Olza u. a. 2020; WHO 2018). Diese Aspekte finden sich zentral im Konzept der «Frauzentrierung bzw. Gebärende*rzentrierung» sowie in der Haltung der «achtsamen Wachsamkeit» wieder (vgl. u. a. WHO 2018; BMG 2017; Jonge/Dahlen/Downe 2021). Dem liegt die evidenzbasierte Be-

obachtung zugrunde, dass das Sich-Zeit-Nehmen und das empathische Mit-Sein einer Hebamme mit der Gebärenden («being with the individual woman») in einer auf Gleichberechtigung und Vertrauen basierenden Beziehung für sichere und positiv erlebte Geburten von entscheidender Bedeutung sind (u. a. Olza u. a. 2020). Darüber hinaus wird in diesen Konzepten anerkannt, dass jede Geburt einer eigensinnigen Zeitlichkeit folgt. Diese so zentralen Aspekte für gute Geburtshilfearbeit lassen sich jedoch nicht adäquat in den aktuellen Fallpauschalen abbilden; stattdessen, so die Kritik, ist die Praxis vieler Hebammen von einem «bürokratischen Imperativ» geprägt, der zur Disziplinierung der Gebärenden, zur Unterordnung in (zu) enge Zeitregime und zu Interventionen («doing things to her») führt (vgl. Jonge/Dahlen/Downe 2021). Die Tätigkeiten, die mit «doing things to her» verbunden sind, lassen sich im Vergleich zu «being with the individual woman» (besser) dokumentieren, produzieren messbare Werte und somit eher Abbildbarkeit innerhalb des Fallpauschalensystems. Damit erfahren sie auch stärkere Sichtbarkeit und Anerkennung im Sinne vergüteter Leistungen.

IM ÖKONOMISIERTEN KLINIKSYSTEM ERSETZEN TECHNIK UND ÜBERWACHUNG TENDENZIELL BEZIEHUNGS-BASIERTE GEBURTS(HILFE)-ARBEIT, KÖRPERLICH-BEZIEHUNGSORIENTIERTE ASPEKTE WERDEN EHER ABGEWERTET.

ÜBER- UND UNTERVERSORGUNG ALS POTENZIELLE FORMEN VON GEWALT IN DER GEBURTSHILFE

Mit der politisch gesteuerten Ökonomisierung des Gesundheitssystems in Deutschland sind in der Geburtshilfe – wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – neue Formen der Unter- und Überversorgung entstanden. Überversorgung besteht, wenn ohne hinreichende Indikation, zu schnell, zu invasiv und ohne entsprechendes Einverständnis der Frau bzw. gebärenden Person (also z. B. durch Überredung und Drängen zustande gekommen) in die Geburt eingegriffen wird. Von Unterversorgung kann gesprochen werden, wenn die bestmögliche gesundheitliche Versorgung nicht erreicht wird, evidenzbasierte fachliche Standards grundlos missachtet sowie die Würde und Selbstbestimmung der Gebärenden nicht eingehalten werden (z. B. aufgrund mangelnder Ressourcen hinsichtlich Infrastruktur, Personal und/oder Zeit oder mangelnder Ausbildung).

Sowohl Über- als auch Unterversorgungsphänomene haben das Potenzial, sich als gewaltvolle Praktiken zu zeigen – direkt den Gebärenden, indirekt oder auch direkt den Neugeborenen und Begleitpersonen/Familien gegenüber. Gewalt in der Geburtshilfe stellt dabei eine Menschenrechtsverletzung, eine Form der Gewalt gegen Frauen bzw. gebärende Personen sowie eine Form geschlechtsspezifischer Diskriminierung dar (PACE 2019; Jung 2022a; Jung 2022b).

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist nicht allein ursächlich für Gewalt in der Geburtshilfe. Letztere ist ein weltweites Phänomen, das systemisch in Gesundheitssysteme eingelassen ist und eng mit Sexismus und Misogynie, Rassismus, Klassismus sowie mit Abwertung und Diskriminierung aufgrund von Kriterien wie medizinischer Status, Sexualität, Geschlechtszugehörigkeit oder Religion verbunden ist. Gleichwohl gehen diese Ungleichheits- und Diskriminierungsstrukturen auch eine spezifische Verbindung mit kapitalistischen Prinzipien und Dynamiken ein, wie sie sich im Kontext der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zeigen. So ist zu konstatieren, dass unter gegebenen Bedingungen im Gesundheitswesen Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen noch nicht in dem Maße verhütet und bekämpft wird, wie es dem politischen und völkerrechtlichen Auftrag entspricht (vgl. PACE 2019); eher zeichnet sich ab, dass die beschriebenen Auswirkungen der Ökonomisierung der Geburtshilfe zur Entstehung, Verfestigung und Verschärfung verschiedener Formen von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen in der Geburtshilfe beitragen können.

ÖKONOMISIERUNG, MENSCHENRECHTE UND DIE GEWÄHRLEISTUNG EINER GEBURT IN WÜRDE

RESÜMEE UND AUSBLICK

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt, haben die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Einführung des Fallpauschalensystems große Auswirkungen auf die Geburtshilfe: Der Zugang zu und die Wahlfreiheit von geburtshilflichen Versorgungsangeboten, Geburtsorten und -settings sind teilweise eingeschränkt; die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe ist nicht überall und nicht für alle Gebärenden gewährleistet. In den verbleibenden Geburtskliniken herrschen vielfach Personalmangel, Zeitnot, Überbelastung und insbesondere die hochfrequentierten städtischen Perinatalzentren können in einer Mehrheit der Fälle keine frauzentrierte bzw. gebärende*rzentrierte Begleitung gewährleisten (was unter anderem eine kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme voraussetzen würde). Des Weiteren sind mit der Ökonomisierung in der Geburtshilfe verschiedene Formen der Über- und der Unterversorgung verbunden, die ihrerseits das Potenzial für gewaltvolle Praktiken gegenüber Gebärenden besitzen.

Demgegenüber steht ein dezidierter politischer Auftrag zur Sicherstellung von Würde, Selbstbestimmung und Respekt in der Geburtshilfe, der sich inzwischen auf eine Reihe von wissenschaftlich-evidenzbasierten Empfehlungen, gesetzliche Grundlagen und völkerrechtliche Abkommen

stützt, die von sozialen Bewegungen und (gesundheits-)politischen Organisationen weltweit erarbeitet und durchgesetzt worden sind. Als Beispiele sind hier zu nennen:

- Eine frauzentrierte bzw. gebärende*r-zentrierte Geburtshilfe einschließlich einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme ist ein zentraler Faktor für sichere Geburten und ein positives Geburtserleben. Sie wird von der WHO (2018), im Nationalen Gesundheitsziel «Gesundheit rund um die Geburt» des Bundesgesundheitsministeriums (BMG 2017) und in der S3-Leitlinie «Vaginale Geburt am Termin» (AWMF 2020) empfohlen.

- The International Childbirth Initative (ICI), ein internationaler Zusammenschluss von Fach- und Berufsverbänden aus dem Feld Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin unter dem Dach des Internationalen Verbandes für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO), hat 2018 eine Handreichung für die evidenzbasierte Umsetzung sicherer und respektvoller Geburtshilfe vorgelegt.

- Das non-profit/Nichtregierungsnetzwerk White Ribbon Alliance (WRA) hat basierend auf nationalen und internationalen gesetzlichen Normierungen die «Universellen Rechte von Frauen und Neugeborenen» (WRA 2019) formuliert.

- Die WHO (2015) und die UN-Generalversammlung (United Nations General Assembly 2019) haben die Bekämpfung von Gewalt in der Geburtshilfe auf die politische Agenda gesetzt. Der Europarat hat 2019 seine Mitgliedsstaaten darüber hinaus in einer Resolution aufgefordert, Gewalt in Gynäkologie und Geburtshilfe zu bekämpfen (PACE 2019).

- Die UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) und das «Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt» (Istanbul-Konvention), beide in Deutschland gesetzlich in Kraft stehende völkerrechtliche Abkommen, schreiben die staatliche Verpflichtung fest, Gewalt gegen Frauen und LGBTIQ zu verhüten und zu bekämpfen sowie (im Fall von CEDAW) die bestmögliche Gesundheitsversorgung für Frauen bzw. gebärende Personen sicherzustellen.[17]

Es sind gegenwärtig deutliche Einschränkungen und Hindernisse hinsichtlich der Umsetzung dieser Vorgaben und Empfehlungen zu verzeichnen. Die Gründe dafür sind vielschichtig; es spricht einiges dafür, dass die beschriebenen Auswirkungen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens auf die Geburtshilfe Teil des Problems sind bzw. umgekehrt der Einsatz für eine würdevolle und sichere Geburtshilfe deutliche verbesserte Rahmenbedingungen und Ressourcen braucht. Dies schließt – dazu fordert der Europarat seine Mitgliedsstaaten in Punkt 8.7 der Resolution gegen gynäkologische und geburtshilfliche Gewalt explizit auf (PACE 2019) – eine adäquate Finanzierung von Einrichtun-

17 Im CEDAW-Dokument und in der Istanbul-Konvention wird die Geburtshilfe – und damit Gewalt gegen Gebärende – nicht explizit genannt; sie beziehen sich aber auf alle Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt.

gen des Gesundheitswesens ebenso wie die Bereitstellung guter Arbeitsbedingungen für Geburtshelfer*innen mit ein. Eine erstrebenswerte «Ökonomisierung» des Gesundheitssystems hätte das Ziel, die Rahmenbedingungen für eine solche menschenrechtsbasierte, gebärendenzentrierte Geburtshilfe zu schaffen.

LITERATUR

Auth, Diana (2017): Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Der Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland, Münster.

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2021): Vaginale Geburt am Termin, S3-Leitlinie, unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf.

Bartig, Susanne/Kalkum, Dorina/Le, Ha Mi/Lewicki, Aleksandra (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen. Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, unter: www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Bauer, Nicola/Villmar, Andrea/Peters, Miriam/Schäfers, Reinhild (2020): HebAB.NRW – Forschungsprojekt «Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen». Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, unter: www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/HebAB.NRW_Abschlussbericht_2020_08_31.pdf.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel «Gesundheit rund um die Geburt», Berlin, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf.

Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2020): Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser. Kritik und Alternativen, erweiterte und komplett überarbeitete Neuauflage, Maintal, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/index.php?get=download&cfilename=BRwTBQoFUFcdcng8SkcIEBUsIgoEGFhYbXtCDEpQAREEAQE0VFoDAxxJVAU%3D.

Davis-Floyd, Robbie (1994): The Technocratic Body. American Childbirth as Cultural Expression, in: Social Science and Medicine 38, S. 1125–1140.

Destatis (2021): Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 – 2019, unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.pdf?__blob=publicationFile.

Dietz, Alexander (2011): Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin, in: Ethik in der Medizin 23, S. 263–270.

Huber, Anja (2019): Wert(er)schöpfung. Die Krise des Pflegeberufs, Baden-Baden.

IGES Institut (2019): Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium, Berlin, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf.

Jonge, Ank de/Dahlen, Hannah/Downe, Soo (2021): «Watchful attendance» during labour and birth, in: Sexual & Reproductive Healthcare 28, 100617, unter: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575621000240.

Jung, Tina (2017): Die «gute Geburt» – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems, in: Gender 2/2017, S. 30–45, unter: https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03.

Jung, Tina (2022a): Geburt, in: Haller, Lisa Yashodhara/Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch feministische Perspektiven auf Elternschaft, Opladen/Berlin/Toronto, S. 347–362.

Jung, Tina (2022b): Gewalt unter der Geburt hat System, in: Deutsche Hebammen Zeitschrift 3/2022, S. 20–24.

Jung, Tina/Geisel, Elisabeth/Vogel, Thea (2021): «Politik der Geburt». Ein biographisch angeregtes Gespräch mit Thea Vogel und Elisabeth Geisel über die Entwicklung der Frauen-(Gesundheits-) Bewegung in Deutschland, in: GfG-Info 1/2021: Feminismus im Wandel, S. 20–31, unter: https://gfg-bv.de/images/pdf/gfg_info_1-21_web.pdf.

Madörin, Mascha (2014): Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege, hrsg. von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, unter: www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%B6konomisierung-gesundheitswesen-version-215-zhaw-gesundheit.pdf.

Mohan, Robin (2019): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit, Bielefeld.

Molzberger, Kaspar (2020): Autonomie und Kalkulation. Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen, Bielefeld.

Olza, Ibone/Uvnas-Moberg, Kerstin/Ekström-Bergström, Annette/Leahy-Warren, Patricia/Karlsdottir Sigfridur, Inga/Nieuwenhuijze, Marianne u. a. (2020): Birth as a neuro-psycho-social event. An integrative model of maternal experiences and their relation to neuro-hormonal events during childbirth, in: PLoS ONE 15(7): e0230992, unter: doi.org/10.1371/journal.pone.0230992.

Otto, Petra/Wagner, Tilly (2013): Handlungsbedarf Kaiserschnitt. Ursachen der steigenden Kaiserschnittraten in Deutschland – Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnittrate. Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-Interviews 2012/2013, hrsg. vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e. V.), Berlin, unter: www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2015/05/Kaiserschnitt-BroschuereEndfassung_01.pdf.

PACE – Parliamentary Assembly – Council of Europe (2019): Obstetrical and gynaecological violence, unter: https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML-2HTML-EN.asp?fileid=28236.

Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina (2011): Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis, in: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven, Frankfurt a. M./New York, S. 75–100.

Schlumbohm, Jürgen/Duden, Barbara/Gélis, Jacques/Veit, Patrice (1998): Einleitung, in: dies. (Hrsg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte, München, S. 11–28.

Schumann, Marion (2009): Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik 1950–1975, Osnabrück.

United Nations General Assembly (2019): A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, New York.

WHO – World Health Organization (2015): Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. Erklärung der WHO, Genf, unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/22/WHO_RHR_14.23_ger.pdf.

WHO – World Health Organization (2018): WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Guidelines, Genf, unter: www.who.int/publications-detail/9789241550215.

WRA – White Ribbon Alliance (2019): Respectful Maternity Care Charta: The Universal Rights of Women and Newborns, unter: www.whiteribbonalliance.org/resources/.

Interview mit Luisa Hahn, Denise Klein-Allermann, Karla Laitko und Nina Negi

«WENN WIR NICHT GENUG ZEIT HABEN, MUSS DIE MASCHINE ÜBERNEHMEN»

GEBURTSHILFE IM KREISSSAAL UNTER DEN BEDINGUNGEN VON FALLPAUSCHALEN

Hinweis: In diesem Interview geht es unter anderem um Geburten mit vielen Interventionen, unangekündigte vaginale Untersuchungen und ums Alleinsein während der Geburt.

Fast 98 Prozent aller Geburten finden in Deutschland im Krankenhaus statt. Die Abrechnung erfolgt über das DRG-System (Diagnosis Related Groups), also über eine pauschale Summe, die die Kliniken pro Geburt bekommen. Interventionen, wie zum Beispiel Kaiserschnitte, bringen zusätzliche Erlöse. Ähnlich wie in der Pflege bilden die DRGs wichtige Bestandteile der Hebammenarbeit nicht ab und haben einen arbeitsverdichtenden Effekt. Wie sich dadurch der Arbeitsalltag und die Bedingungen für gute Geburten verändern, darüber haben wir mit den Hebammen Denise Klein-Allermann und Karla Laitko sowie den beiden werdenden Hebammen Luisa Hahn und Nina Negi gesprochen, die alle vier auch Teil der Berliner Krankenhausbewegung sind.

Wie nehmt ihr eure Arbeitsbedingungen wahr und in welcher Weise haben sich die Anforderungen an die Arbeit in den letzten Jahren verändert?

Karla: Vor einem Jahr habe ich mein Examen gemacht und ich habe in dieser Zeit in verschieden großen Häusern Erfahrungen gesammelt. Dabei habe ich von Anfang an gemerkt, dass man mit extrem hoher Arbeitsbelastung und viel Stress konfrontiert ist. Nach meiner Ausbildung in einem großen Haus bin ich deshalb bewusst in ein kleineres Haus gegangen. Ich wollte nicht mehr mit einer so hohen Arbeitsbelastung konfrontiert sein. Aber das hat nicht geklappt: Aktuell arbeite ich bei Vivantes in einem kleineren Haus – auch hier ist die Belastung sehr hoch und steigt stetig.

Denise: Bei mir ist es ähnlich. Ich habe meine Ausbildung 2013 auch in einem sehr großen Haus begonnen. Wir hatten über 3.500 Geburten im Jahr. Auch ich habe mich nach der Ausbildung für die ersten Jahre ganz bewusst für ein kleines Haus entschieden. Erst vor einem Jahr bin ich wieder in ein großes Haus gewechselt. Un-

abhängig davon, wo ich war: als Auszubildende, im kleinen Haus oder jetzt im Großen – die Arbeitsverdichtung ist extrem.

Seht ihr, Luisa und Nina, das ähnlich? Ihr seid gerade noch in der Ausbildung. Habt ihr ebenfalls Zeitdruck?

Luisa: Ja, absolut. Ich bin jetzt im dritten Lehrjahr und komme gerade aus einer Nachtschicht mit sechs Geburten. Wir Schüler*innen werden in solchen Schichten wie Vollzeitkräfte eingesetzt. Es gibt zwar immer eine examinierte Hebamme, die für uns ansprechbar ist, aber die Betreuung der Gebärenden machen wir bis zur letzten Presswehe allein.

Nina: Meine Erfahrung ist auch, dass wir weniger als Lernende denn als Vollkräfte eingesetzt werden. Wenn sechs Geburten gleichzeitig laufen und zu wenig Personal da ist, geht das auch nicht anders. Dann springst du genauso hin und her und arbeitest auf eine Weise, die du eigentlich nicht willst. Und das schon im dritten Lehrjahr. Man wird da schnell jemand, der man nicht sein will, sobald man sich seinen Krankenhaus-Kasack[18] anzieht.

In der Praxis steht ihr unter Zeitdruck. Wie lernt ihr es in der Theorie?

Luisa: Es gibt eine riesige Diskrepanz zwischen dem, was wir in der Schule lernen, und dem Arbeitsalltag in der Klinik. Wir lernen etwa, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung und die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Gebärenden zentral sind. In der Klinik ist das aber nicht zu erfüllen. Es ist kaum möglich, länger zu sprechen und zu erklären, welche Art der Untersuchung ansteht oder beispielsweise behutsam eine Vaginaluntersuchung anzukündigen. Am ersten Tag in der Praxis habe ich noch so begonnen, habe alle Optionen genannt und die Frau miteinbezogen. Aber schon bei der ersten Frau hat mich die anleitende Hebamme darauf hingewiesen, dass dafür keine Zeit sei.

ES GIBT EINE RIESIGE DISKREPANZ ZWISCHEN DEM, WAS WIR IN DER SCHULE LERNEN, UND DEM ARBEITSALLTAG IN DER KLINIK. UM DAS GELERNTE UMZUSETZEN, FEHLT DIE ZEIT.

Karla: Genau. Das hohe Niveau der Lehre, die dort vermittelten Ansprüche – auf Augenhöhe sprechen, alles erklären und Alternativen aufzeigen, Mitsprachemöglichkeiten bieten und eine gute Betreuung leisten – lassen sich in der Praxis nicht realisieren.

18 Ein Kasack ist die übliche Berufsbekleidung für Pflegekräfte.

Denise: Mit wenig Zeit muss priorisiert werden: Was ist das Wichtigste für die Frau? Welche Informationen sind für sie jetzt wichtig? Wie kann ich ihr Sorgen nehmen? Das ist nicht ideal. Eine Priorität hat für mich trotzdem immer, den Frauen zu erklären, was ich mit ihnen mache. Denn oft kommt es zum Beispiel vor, dass die Frau vaginal untersucht wird und bevor das erklärt oder angekündigt wird, sind die Finger schon in der Scheide. Das finde ich sehr respektlos.

Was sind die Gründe für die Arbeitsverdichtung und den Zeitdruck?

Karla: Zu wenig Personal für immer mehr Geburten. Als ich angefangen habe, hatten wir jährlich 1.600 Geburten. Dieses Jahr werden wir ungefähr 1.900 Geburten haben. Das Personal ist zwischenzeitlich nicht erhöht worden – und es war vorher schon zu knapp bemessen. Die Folge sind Überstunden, fehlende Pausen, Stress.

Denise: Außerdem fallen immer mehr Aufgaben in unseren Bereich, die nicht unsere Zuständigkeit betreffen. Durch den Zusammenschluss von Abteilungen müssen wir zum Beispiel eine fachfremde Rettungsstelle mit betreuen. Das bedeutet, dass wir uns um Erste-Hilfe-Fälle kümmern müssen, die nichts mit Schwangerschaft und Geburt zu tun haben. Unsere eigene Arbeit bleibt liegen. Der Personalmangel kommt hinzu, Stellen werden nicht nachbesetzt oder einfach gestrichen. Das wird dann individuell kompensiert – oft durch Anpassung. Man schraubt den eigenen Anspruch runter, um alles zu schaffen.

Es sind demnach vor allem die Rahmenbedingungen, die das Arbeiten erschweren?

Denise: Zum allergrößten Teil, ja. Hinzu kommt aber, dass Schwangerschaft und Geburt zunehmend pathologisiert und einem Kontrollzwang untergeordnet werden. Es gibt kaum noch eine Schwangerschaft, die nicht als Risikoschwangerschaft gilt. In jedem Mutterpass ist mindestens ein Risiko angekreuzt. In der Folge wird extrem engmaschig betreut. Schon in der Schwangerschaft werden die Frauen stark verunsichert und von ihren Gynäkolog*innen früh zu uns geschickt. Das nimmt zusätzlich Aufmerksamkeit und Zeit von Hebammen im Kreißsaal in Anspruch, die dann bei den Geburten fehlen. Das gab es vor 20 Jahren nicht.

Wie lässt sich das erklären?

Karla: Auf der einen Seite ist es der Wunsch nach Absicherung. Niemand will die Verantwortung tragen, wenn etwas schiefläuft. Hinzu kommt ein gesellschaftliches Bild von Geburt als einem risikoreichen Zeitraum im Leben einer Frau und im Leben des Kindes, das geboren wird. Deshalb machen wir eine Reihe von Untersuchungen – hier noch ein CTG,[19] dort den tausendsten Ultraschall – einfach, um sicherzugehen.

Luisa: Die Perspektive hat sich verschoben: Natürlich ist die Geburt ein besonde-

19 Das CTG (Kardiotokografie) ist ein Gerät bzw. Verfahren, mit dem gleichzeitig sowohl die Herzschlagfrequenz des Fötus als auch die Wehentätigkeit der Gebärenden registriert und aufgezeichnet werden.

res Ereignis, aber es ist keine Krankheit. Diese Sichtweise ist in der Gesellschaft aber immer weniger verankert.

Welche Aufgabe hat eine Hebamme in dieser Situation?

Luisa: Weil die Geburt ohnehin angstbehaftet ist, ist unsere Perspektive wichtig. Hebammen sind Hüter*innen der Physiologie. Das haben wir im ersten Lehrjahr gelernt. Geburten sind etwas Normales. Frauen kommen mit Wehen, haben Schmerzen, sie wissen nicht, was los ist, und es entsteht Angst. Da ist es wichtig zu sagen: «Schmerzen sind normal und ich bin bei dir.» Medikamente und Technik helfen nicht immer am besten. Wenn eine Frau sehr schmerzhafte Wehen hat, hilft es vor allem, ihr beizustehen, da zu sein und sie zu bestärken. Das geht nicht, wenn die Frau allein auf dem Zimmer liegt.

Karla: Wenn wir als Hebammen nicht genug Zeit haben, weil wir drei Frauen gleichzeitig betreuen, fachfremde Notfälle mitbearbeiten, ans Telefon gehen oder tausend andere Sachen machen müssen, ist die Alternative leider oft, dass die Maschine übernimmt.

Die medizinisch-maschinelle Kontrolle des Geburtsvorgangs ersetzt also die Betreuung – lässt sich das so beschreiben?

Karla: Ja, im Prinzip schon. Das darf aber nicht der Standard sein, denn das ermöglicht keine gute Betreuung. Idealerweise sollte ich die Gebärende ab der Aufnahme in den Kreißsaal kontinuierlich vom Aufnahmebogen bis zur Geburt im Rahmen meiner Schicht betreuen. Damit sie Vertrauen zu mir aufbaut und ich Zeit für die Untersuchungen habe, die hebammenspezifisch sind, und die für eine Ärztin vielleicht nicht unbedingt in den Untersuchungskatalog gehören. Zum Beispiel ertaste ich mit den Händen, wie das Kind im Bauch liegt oder wann die Wehen kommen. Das sind Sachen, die mit den technologischen Möglichkeiten heute in den Hintergrund treten. Das gilt auch für eine weniger einschränkende Herztonüberwachung: Statt dauerhaft ein CTG schreiben zu lassen, das die Herztöne aufzeichnet, würde es ausreichen, das in bestimmten Abständen mit einem Dopton – das ist ein kleines, tragbares Ultraschallgerät – zu kontrollieren. Dafür müsste ich aber mindestens alle 15 Minuten bei der Frau sein. Es bräuchte eine Eins-zu-eins-Betreuung, damit ich Veränderungen bemerke – etwa die Art, wie die Frau mit den Wehen umgeht, ihre Bewegungen, ihr Gesicht, die Hautfarbe. Es sind Sachen, die man als Hebamme über die Jahre lernt zu beobachten. Sie können viel über den Geburtsverlauf aussagen. Aber dafür haben wir keine Zeit.

Sehen das die Ärzt*innen im Kreißsaal ähnlich?

Karla: Nein, hier zeigt sich ein unterschiedlicher Blick von Ärzt*innen und Hebammen: Für mich als Hebamme gibt es bestimmte Parameter, die ich überprüfe, um sicherzugehen, dass es Mutter und Kind gut geht. Wenn diese in Ordnung sind, gehe ich davon aus, dass alles gut läuft. Aus ärztlicher Perspektive wird das oft anders

definiert – für sie gehört zum Beispiel die permanente Überwachung der Herztöne – vom Fötus bis zur Geburt des Kindes – dazu. Gleichzeitig gibt es keinen wissenschaftlichen Nachweis über den Nutzen einer kontinuierlichen Überwachung der Herztöne bei einer risikoarmen Geburt. Im Gegenteil: Die Frauen können sich nicht frei bewegen, weil das CTG dann nicht richtig funktioniert. Die Bewegungseinschränkung bei der Geburt wiederum kann Folgekomplikationen und Interventionen mit sich bringen. Da unterscheidet sich die Sicht der Berufsgruppen.

Wird medizinischen oder pathologischen Aspekten eine größere Bedeutung zugemessen als Betreuungstätigkeiten? Wie seht ihr das Verhältnis?

Luisa: Gespräche und Beistand sind nicht Teil der Dokumentation. Dort stehen Interventionen oder die Frage, wie die Frau mit den Schmerzen umgeht bzw. dass sie sich zum Beispiel eine Schmerzerleichterung wünscht. Aber ich schreibe nicht in die Dokumentation, dass wir einen guten Moment hatten, weil ich ihre Hand gehalten habe. 80 Prozent der Hebammenarbeit, meiner Arbeit, findet nicht einmal Eingang in meine eigene Dokumentation. Dafür gibt es keine Wertschätzung. In der Dokumentation steht: Blutdruck messen, PDA, Oxytocintropf.[20]

Nina: Genau. Die pflegerischen und betreuenden Tätigkeiten sind nicht abrechenbar. In einem wirtschaftlich orientierten Betrieb haben sie keinen Platz. Auch in den DRGs ist das kein Abrechnungspunkt. Stattdessen dominiert hier eine andere Logik. Zeit ist hier ein zentraler wirtschaftlicher Faktor in der Abrechnung nach Fallpauschalen: Durch Planbarkeit, einen geplanten Kaiserschnitt beispielweise, oder andere Interventionen kann eine Geburt beschleunigt werden, sodass mehr Fälle angenommen werden können. Für das Krankenhaus ist das rentabel.

Welche Folgen hat das für Gebärende?

Denise: Eine Geburt kann medizinisch gesehen gut gehen, und trotzdem ist die Frau danach traumatisiert, weil sie während der Geburt stundenlang allein war. Solange medizinisch alles in Ordnung ist, der Monitor Normwerte anzeigt, findet meistens keine Betreuung statt. Die Begleitung ist aus medizinischer Sicht nicht relevant. Bei den Schwangeren löst das Ängste aus, sie fühlen sich in einer verletzlichen Situation alleingelassen. Auch nach mehreren Wochen haben sie immer noch damit zu kämpfen. Es gibt Frauen, die entscheiden sich während einer erneuten Schwangerschaft für einen geplanten Kaiserschnitt, weil sie sich niemals mehr so alleingelassen fühlen möchten wie bei der ersten Geburt. Das wird aber nicht aufgearbeitet, denn medizinisch gesehen ist ja alles gut gegangen.

Karla: Personalmangel kann aber auch ganz direkte medizinische Folgen haben. Viele Eingriffe werden überhaupt erst aufgrund von fehlendem Personal notwendig. Um das konkret zu machen: Eine Frau ist

20 Die Peridural-Anästhesie (PDA) ist ein häufig bei Geburten eingesetztes Betäubungsverfahren, um Schmerzen abzumildern. Oxytocin wird zur Einleitung der Geburt und zur Verstärkung bzw. Anregung der Wehen eingesetzt.

allein, sie hat Angst, sie verspannt sich, die Geburt verlangsamt sich. Für eine Ärztin bedeutet das: Wir haben eine Abweichung von der Physiologie, denn die Geburt schreitet nicht nach Norm voran. Folglich müssen wir intervenieren und dafür sorgen, dass sie mehr Wehen bekommt. Die Frau bekommt also einen Oxytocintropf. Daraufhin werden die Schmerzen stärker und sie hält sie nicht aus, weil sie ohnehin allein ist und Angst hat. Dann bekommt sie eine PDA. Aus Studien wissen wir, dass das wiederum die Rate an Kaiserschnitten und an medizinischen Interventionen allgemein erhöht. Die Frau hat dann eine PDA und der Oxytocintropf wird höher eingestellt. Darauf reagiert womöglich das Kind, weil das Kind die Geburt ja weiterhin spürt. Es reagiert mit Herztonabfällen, dann bekommen wir Stress. Irgendwann kommt dann eine Saugglocke zum Einsatz, damit die Geburt endlich beendet ist. Das sind die realen Konsequenzen. Das Outcome war okay, dem Kind geht es gut, der Mutter geht es auch halbwegs gut. Aber dass wir selbst diesen Verlauf produziert haben, weil wir nicht genug Personal für die Betreuung dieser Frau hatten, damit sie nicht in eine solche Angstspirale kommt, das finde ich wirklich schlimm.

FEHLENDE BETREUUNG FÜHRT ZU ALLEINSEIN, DAS FÜHRT ZU ANGST UND VERSPANNUNG. DIE GEBURT VERLANGSAMT SICH. ES MUSS INTERVENIERT WERDEN. DAS SIND KONSEQUENZEN VON ZU WENIG PERSONAL.

Nina: Studien, Leitlinien und unsere Erfahrungen bestätigen die Notwendigkeit einer Eins-zu-eins-Betreuung. Durch eine engmaschige Hebammen-Betreuung können Interventionen bis hin zum Kaiserschnitt vermieden werden. Probleme oder Komplikationen lassen sich durch eine bessere Betreuung früher erkennen und beeinflussen. Ängste und Sorgen können mit einer besseren Betreuung und Zeit für Kommunikation abgefangen werden. Nach der Geburt können Hebammen helfen, indem sie zuhören und die Frau in ihrer Verarbeitung begleiten. Das macht wahnsinnig viel aus. Der Personalschlüssel spielt also eine entscheidende Rolle.

Wie geht ihr damit um, dass das Berufsbild und euer Anspruch so weit von der Realität entfernt sind? Was macht das mit euch?

Denise: Mein Anspruch ist es, dass ich schnell erfassen kann, in welchem Zustand die Frau ist und was sie braucht. Und auch, was die Begleitperson braucht, die wiederum einen großen Einfluss auf die Gebärende hat. Für einen solchen Eindruck muss ich mich zu ihr setzen können und mit ihr sprechen, ohne in Gedanken schon bei den anderen beiden Frauen zu sein, die ich betreuen muss. Das geht aber aktuell nicht.

Luisa: Ja, das kenne ich auch. Wir entschuldigen uns ständig, nicht da sein zu können, wenn die Frauen das brauchen. Wir sagen die ganze Zeit «sorry, sorry, sorry». Man würde am liebsten Klartext sprechen und der Frau sagen, dass das ganze System so schlecht ist und man selbst es sehr bedauert, dass Frauen auf diese Weise Kinder bekommen müssen. Und dass wir dafür kämpfen und auf die Straße gehen müssen, damit sich das ändert.

Nina: Durch die Riesendistanz zwischen Anspruch und Realität entsteht Frustration, das stumpft ab und erzeugt eine Art Abgeklärtheit mit der Zeit. In meiner Klasse haben wir als Auszubildende gemerkt, wie sich unser Blick in zwei Jahren verändert hat. Mit Situationen, die uns am Anfang stark berührt haben, müssen wir einfach umgehen und irgendwann geht dabei ein Stück Empathie verloren. Weil du zu müde bist, zu viel zu tun hast. Gerade zu Beginn, wenn man plötzlich Verantwortung trägt und die Arbeitsverhältnisse noch nicht gewöhnt ist, ist das sehr schwer. Deswegen gibt es auch eine große Berufsflucht – ganz raus oder es werden Arbeitsstunden reduziert.

Luisa: Ja, bei Kolleg*innen, die vor 30 Jahren gelernt haben, beobachte ich, dass sie ausgebrannt sind von diesem System und sich angepasst haben. Unsere Hebammenmentorin betont, dass wir auf jeden Fall lernen müssen, zwei Frauen gleichzeitig zu betreuen. Das wird unsere Realität nach dem Examen sein. Das bedeutet Abstriche. Darin besteht das Dilemma.

Seht ihr einen Unterschied zu den Einstellungen von älteren Kolleg*innen?

Denise: Bestimmte Themen sind bei jüngeren Hebammen sehr präsent. Sie sind viel sensibler für Themen wie Empowerment, Selbstbestimmtheit und Würde bei der Geburt. Darauf gibt es einen starken Fokus. Dann gibt es natürlich auch die Hebammen vom alten Schlag, die unfassbar viel Erfahrung haben und jeden Hebammengriff beherrschen. Die kämpfen mit den Frauen, kriegen jedes Kind raus, weil sie so einen Erfahrungsschatz haben. Themen, die gerade jüngere Hebammen beschäftigen, sind für sie weniger präsent, manche kennen Wörter wie Empowerment gar nicht. Gleichzeitig haben sie ein Wahnsinnswissen. Ich bin während meines Berufseinstiegs noch oft mitgelaufen, obwohl ich schon ausgebildet war, weil ich von einer Hebamme unfassbar viel gelernt habe. Sie hat unheimlich viele vaginale Beckenendlagengeburten begleitet.

Womit hängen die Verschiebungen im Berufsbild der Hebammen zusammen? Welche Gründe gibt es dafür?

Denise: Ich glaube, dass wir extrem viel verlernen. Ein typisches Beispiel ist die Beckenendlagengeburt. Vor 30 Jahren wurden Kinder in Beckenendlage vaginal geboren. Ein Kaiserschnitt war gar kein Thema. Es sei denn, es gab Kriterien, die dagegengesprochen haben. Heutzutage gibt es bei fast allen Beckenendlagengeburten einen Kaiserschnitt. Es gibt wenig Ärzt*innen, die die Handgriffe noch kennen, geschweige denn eine Hebamme. Irgendwann wird die vaginale Geburt in diesem Fall aus-

WENN DAS, WAS WIR FÜR DEN KREISSSAAL ERSTRITTEN HABEN, UMGESETZT WIRD, DANN WÄRE DAS EINE WAHNSINNSENTLASTUNG. ES WÄRE IN ETWA EINE EINS-ZU-EINEINHALB- BIS EINS-ZU-ZWEI-BETREUUNG.

sterben. Es wird einfach das «Sicherste» gemacht – nämlich ein geplanter Kaiserschnitt. Früher war die vaginale Geburt auch in diesem Fall der Standard. Da hatte man Zeit, die Frau war gut betreut, man hat den Frauen Zuversicht vermittelt. Es ist also auch eine Zeit- und Personalfrage.

Karla: Wenn nie Zeit ist, solche Handgriffe zu lernen, oder die Kolleg*innen, die mich anleiten, sie selber nicht mehr können, dann stirbt Wissen aus. Wir werden ausgebildet, ohne bestimmte Techniken zu erlernen, weil diesen im heutigen Klinikalltag keine Bedeutung mehr zugemessen wird. Dadurch verändert sich natürlich auch die praktische Ausbildung.

Wie lassen sich diese Bedingungen verändern? Ihr seid alle Teil der Berliner Krankenhausbewegung und damit aktiv für bessere Bedingungen geworden. Was habt ihr dort erreicht?

Denise: Das Eckpunktepapier beinhaltet die besten Bedingungen, die für Hebammen je erstritten wurden. Für Außenstehende sind es Zahlen, die schwer greifbar sind. 90 Geburten pro Vollkraft ist das ausgehandelte Ergebnis. Ich arbeite gerade in einem Klinikum mit 166 Geburten pro Vollkraft. 90 Geburten im Jahr klingt vielleicht erst mal wenig. Aber da fallen alle Aufgabenbereiche mit rein, die nichts mit dem unmittelbaren Geburtsvorgang zu tun

haben, wie beispielsweise die Geburtsanmeldung oder die OP-Vorbereitung. Wenn 90 Geburten pro Vollkraft wirklich so umgesetzt werden – wir brauchen zunächst erst einmal die ganzen Hebammen, um die Stellen zu besetzen – dann wäre das eine Wahnsinnsentlastung. Es wäre nahezu eine Eins-zu-eins-Betreuung, vielleicht Eins-zu-eineinhalb bis Eins-zu-zwei möglich. Das ist immer noch nicht ideal, aber es ist eine deutliche Verbesserung.

Nina: Für mich war die Berliner Krankenhausbewegung eines der einschneidendsten Erlebnisse in meinem Leben. Mitgerissen zu werden von etwas Größerem. In Berlin gab es noch nie so viele Hebammen, die Kreißsaal übergreifend zusammenkamen. Das Erreichte ist ein sehr wichtiger Schritt. Jetzt geht es an die Umsetzung, was nochmal ein Kraftakt wird. Dafür braucht es vor allem das notwendige Personal.

Anders als in der Krankenpflege habt ihre keine Quotenregelung, die sich auf die Geburt bezieht. Ihr berechnet den Personalbedarf über Jahreswerte. Warum?

Karla: Die Personaldichte wird von den Geburtenzahlen ausgehend berechnet. 2019 waren es beispielweise 1.600 Geburten. Durch 90 geteilt ergibt sich, wie viele Fachkräfte benötigt werden. Die Arbeitsbelastung und das Arbeitsaufkommen fluktuieren extrem. Daher ist eine Quotenregelung ausgehend von Fachkräften pro Geburt immer schwierig. Denn es gibt natürlich Schichten, wo beispielweise keine Frau da ist und vier Hebammen zu viel sind. Und es gibt Schichten, wo plötzlich sechs Frauen da sind und dann sind vier Hebammen zu wenig. Deswegen ist eine Personalberechnung für den Kreißsaal wirklich schwer. Und deswegen war es auch gar nicht so einfach, zu diesem Ergebnis zu kommen. Immerhin bedeuten diese 90 Geburten pro Vollzeitkraft in allen beteiligten Kreißsälen, dass mehr Hebammen eingestellt werden müssen.

Luisa: Durch die neuen Verträge haben wir Pflöcke eingeschlagen. Jetzt müssen wir darauf achten, dass diese Personalvorgaben konsequent umgesetzt werden. Dazu gehört es auch, Grenzen zu ziehen, und nein zu sagen zu bestimmten Überforderungen. Ich bin da aber zuversichtlich: Weil wir gemeinsam gelernt haben, anders mit dem Stress und der Verdichtung umzugehen, und so nicht weitermachen möchten.

Das Interview führten Julia Dück und Julia Garscha.

Wir danken Camilla Elle für die Transkription.

Interview mit Katharina Desery

«FRAUEN FÜHLEN SICH WIE OBJEKTE»

PERSONALMANGEL IM KREISSSAAL UND BESCHLEUNIGTE GEBURTEN

Hinweis: In diesem Interview geht es unter anderem um Geburten mit vielen Interventionen, unangekündigte Untersuchungen und ums Alleinsein während der Geburt.

Anlässlich der immer schlechter werdenden Bedingungen für werdende Eltern in der Geburtshilfe hat sich 2015 der Verein Mother Hood gegründet. Konkreter Auslöser der ersten Proteste war die Situation von freiberuflichen Hebammen. Die Elterninitiative arbeitet mittlerweile zu allen Bereichen der geburtshilflichen Versorgung und setzt sich für das Recht auf eine sichere Geburt unabhängig vom Geburtsort ein. Wir haben mit Vorstandsmitglied Katharina Desery darüber gesprochen, wie sich Zeitdruck und Personalmangel im Kreißsaal auf die Gebärenden auswirken und welche Veränderungen für eine gute Geburt notwendig wären.

Du hast mit dem Verein Mother Hood unter anderem das «Hilfetelefon schwierige Geburt» gegründet. Wie kam es dazu?

Ich engagiere mich schon seit Jahren im Bereich Geburtshilfe. Oft habe ich in diesem Zusammenhang Geschichten von Frauen zu ihren Geburtserfahrungen gehört. Meistens waren das eben nicht die schönen Erfahrungen, die ja gern erzählt werden und für die es viele Zuhörer*innen gibt. Bei mir sind die Erzählungen von schwierigen Geburten gelandet: Gebärende wurden alleingelassen, sie wurden nicht so begleitet, wie sie es sich gewünscht hätten, mit Interventionen und Untersuchungen völlig überrumpelt, für Erklärungen gab es keine Zeit. Ich habe recherchiert und festgestellt, dass es dafür keinen Platz gibt. So kam es zu der Hotline.

Wie würde für dich eine gute Geburt aussehen?

Das ist eigentlich ganz einfach: Die Schwangere wird dabei unterstützt, ihr Kind auf ihre Art und Weise, in ihrer Geschwindigkeit zu bekommen. Das funktioniert aber oft nicht, weil die Standards so starr sind und weil die Abläufe in der Klinik so vielen Zwängen unterliegen.

Was meinst du damit?

Das Erste, was gemacht wird, wenn eine Schwangere in die Klinik kommt, ist ein

CTG.[21] Und es wird prophylaktisch ein Zugang gelegt – also ein Venenzugang, damit im Zweifel schnell Schmerzmittel oder Mittel zur Beschleunigung von Wehen gegeben werden können. Die Gebärenden können diesem Standardprozedere zwar widersprechen. Oft werden die Frauen aber mit der Begründung überredet, dass es im Notfall schnell gehen müsse. Das CTG wiederum bedeutet für die Schwangeren, dass sie während der Untersuchung liegen müssen – und oft auch länger als vorgesehen, weil die Hebamme parallel noch andere Frauen betreut. Das ist mühsam und unnötig. Wir sind nicht pauschal gegen medizinisch sinnvolle und notwendige Eingriffe. Ein CTG ist aus medizinischer Sicht aber oft nicht notwendig. Mit einer Eins-zu-eins-Betreuung könnten die Herztöne weniger invasiv mit einem Hörrohr oder einem Dopton – ein kleines, tragbares Ultraschallhandgerät – zuverlässig kontrolliert werden. Das wird aber nicht gemacht, weil das Personal fehlt. Die Betreuung wird durch Technik ersetzt und die persönliche Unterstützung, die für den Geburtsprozess so wichtig ist, bleibt auf der Strecke. Dabei stehen nicht nur die Hebammen unter Zeitdruck. Auch den Gebärenden wird oft vermittelt, dass es zu langsam vorangeht. Dann kommt der Wehentropf, es wird versucht, die Geburt zu beschleunigen, unabhängig davon, was für die Gebärende gut wäre.

Für Unterstützung fehlt Zeit, die Geburt darf nicht zu lange dauern. Woher kommt der Zeitdruck?

Es fehlen Hebammen. Im Kreißsaal, aber auch schon vorher. Ältere Hebammen berichten beispielsweise davon, dass viele Frauen mittlerweile sehr früh in die Klinik kommen, weil sie keine Hebamme haben,

21 Das CTG (Kardiotokografie) ist ein Gerät bzw. Verfahren, mit dem gleichzeitig sowohl die Herzschlagfrequenz des Fötus als auch die Wehentätigkeit der Gebärenden registriert und aufgezeichnet werden.

DIE BETREUUNG WIRD DURCH TECHNIK ERSETZT, UND DIE PERSÖNLICHE UNTERSTÜTZUNG, DIE FÜR DEN GEBURTSPROZESS SO WICHTIG IST, BLEIBT AUF DER STRECKE.

die ihnen sagt, dass sie bei den ersten Wehen auch erstmal zu Hause ein Bad nehmen können. Frauen müssen nicht unbedingt schon mit dem Einsetzen der ersten Wehen in die Klinik. Aber bereits hier fehlt Personal in der Fläche, um solches Wissen zu vermitteln. Im Kreißsaal setzt sich das fort. Die Fallpauschalen sind hier ein zentrales Problem: Das, was eine gute Geburt ausmacht, also die Unterstützung und Begleitung, wird durch die DRGs nicht bedarfsgerecht vergütet. Eine Geburt, die sich über Tage zieht, rechnet sich für die Kliniken nicht. Auch das ist ein Grund, Geburten mit Interventionen zu beschleunigen. Hier gibt es einfach falsche Anreize.

Was macht das mit den Gebärenden, wenn sie mit ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen werden?

Die Frauen fühlen sich wie Objekte. Ein Gefäß, das jetzt ein Kind bekommen soll. Sie fühlen sich ausgeliefert, in ihrer Selbstwirksamkeit gestört. Ihre eigenen Fähigkeiten werden nicht wahrgenommen oder sie werden infrage gestellt. Sie kommen mit Vertrauen ins Krankenhaus. Aber dieses Vertrauen wird dann erschüttert, weil die Geburt für viele Frauen nicht gut abläuft, sie alleingelassen werden und schlecht betreut sind. Als ich angefangen habe, mich in diesem Feld zu engagieren, habe ich mich immer gefragt: Warum sieht niemand, dass wir hier ein riesiges Problem haben? Dass es immer weniger Hebammen, immer weniger Kreißsäle gibt und dass davon unheimlich viele Frauen betroffen sind – als Beschäftigte, aber auch als Gebärende. Inzwischen glaube ich, genau hierin liegt der zentrale Grund: Weil es hier um Frauen geht, wurde das politisch lange Zeit ignoriert. In diesem Sinne verstehe ich mich auch als Frauenrechtlerin.

Den eigenen Ansprüchen gerecht werden zu wollen, es aber nicht zu können, ist ein Problem, das auch Hebammen beschreiben.

Ja, absolut. Unter den aktuellen Bedingungen leiden Hebammen und Gebärende. Die Forderung nach mehr Personal und einer Eins-zu-eins-Betreuung eint uns daher. Dass die Krankenhausfinanzierung insbesondere mit Blick auf die Geburtshilfe dringend reformiert werden muss – auch darin sind wir uns einig. Es braucht aber auch einen offenen und ehrlichen Umgang mit Differenzen in unseren Sichtweisen. Im Kreißsaal gibt es ein asymmetrisches Verhältnis. Die Gebärenden sind abhängig von den Hebammen. Deshalb darf Gewalt in der Geburtshilfe als Thema nicht ausgespart werden.

Was hieße das konkret? Wie könnte Gewalt während der Geburt thematisierbar werden?

Es braucht beispielsweise ein Bewusstsein dafür, dass Zeitdruck und Personalmangel übergriffiges Verhalten nicht rechtfertigen. Eine notwendige vaginale Untersuchung zu erklären und das Einverständnis der Gebärenden abzuwarten – dafür muss immer Zeit sein. Eine Situation, die mir mal eine Frau geschildert hat, fand ich sehr berührend: Sie berichtete mir von der Geburt, die Hebamme war unheimlich gestresst. Dennoch hat sie es geschafft, die Gebärende nicht alleinzulassen, einfach indem sie sie

kurz am Arm berührt hat und gesagt hat: «Sie machen das gut, ich muss jetzt kurz zu einer anderen Frau, aber ich komme gleich wieder.» Auch unter schwierigen Bedingungen ist ein achtsamer Umgang notwendig – und möglich. Patientenrechte, Menschenrechte gelten auch im Kreißsaal.

Mother Hood ist aus einer Elterninitiative zur Unterstützung von Hebammen hervorgegangen. Wo siehst du Verbindungspunkte zwischen Eltern und Hebammen?

Hebammen sind oft selbst traumatisiert von dem, was sie in ihrer Schicht erleben. Zentral sind bessere Bedingungen. Das ist auch ein Fundament gegen Gewalt in der Geburtshilfe. Aber ein guter Betreuungsschlüssel ist nicht die Lösung aller Probleme. Es braucht Aus- und Weiterbildungen zum Thema Gewalt in der Geburt, zu einer die Würde achtenden Begleitung, zu sensibler Kommunikation. Es geht eben nicht nur um mehr Personal, sondern auch um den Inhalt und die Art der Arbeit, es geht um mehr und es geht um achtsames Personal. Wir sind solidarisch mit Hebammen, aber wir machen keine Berufspolitik, sondern stehen parteilich für die Interessen der Gebärenden ein. Das sind nicht immer die gleichen Interessen wie jene der Hebammen. Aber in der Frage der Krankenhausfinanzierung und der Forderung nach mehr Personal sind wir uns einig. Hier kämpfen wir für die gleiche Sache.

Das Interview führte Julia Garscha.

ZU DEN AUTOR*INNEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IMPRESSUM

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

«Wir haben [mit dem Tarifvertrag] erreicht, dass wir uns und die Patient*innen nicht mehr gefährden. Aber wir brauchen mehr, als nur Gefährdungen zu verhindern. Das ist es ja, was uns am Beruf am meisten gefällt: Wenn man es mal schafft, die Wimpern zu tuschen oder die Haare zu waschen. Genau das – und nicht weniger – würde man sich auch für sich selbst wünschen.»

Aus dem Interview mit Dana Lützkendorf, Lisa Schandl und Anja Voigt

«Frauen kommen mit Wehen, haben Schmerzen, sie wissen nicht, was los ist, und es entsteht Angst. Da ist es wichtig zu sagen: ‹Schmerzen sind normal und ich bin bei dir.› [...] Aber wenn wir als Hebammen nicht genug Zeit haben, ist die Alternative leider oft, dass die Maschine übernimmt.»

Aus dem Interview mit Luisa Hahn, Denise Klein-Allermann, Karla Laitko und Nina Negi