



Wolfgang Hien

„Man geht mit einem schlechten Gewissen nach Hause“ – Krankenhausarbeit unter Ökonomisierungsdruck

Arbeit im Krankenhaus – in betriebswirtschaftlicher Sicht: eine personenbezogene Dienstleistung – befindet sich in einer doppelt paradoxen Situation: Zum einen wird sie wie Industriearbeit organisiert, zum anderen sollen die Beschäftigten, wie in der Industrie auch, ihre ganze Persönlichkeit in die Arbeit einbringen. Dies führt unter dem herrschenden Ökonomisierungsdruck zu einer Erosion berufsethischer Handlungsebenen und in der Folge dessen zu moralischen Dissonanzen und Gewissensstress. Den sollen die Krankenhausarbeiter_innen gleichsam als Privatperson alleine mit sich selbst ausmachen. Entscheidend ist die Frage der Personalmessung, die zu einem politischen und tarifpolitischen Thema gemacht werden muss. Eine betroffenenorientierte Arbeitswissenschaft kann, wenn sie ihrem eigenen Ethos sich verpflichtet fühlt, nicht „neutral“ bleiben. Sie muss den Beschäftigten helfen, gesundheitsgerechte Arbeitsverhältnisse zu schaffen.

Personalknappheit: ein politisch gewolltes Faktum

Krankenhausarbeit ist keine Industriearbeit, auch wenn mit einem gewissen Recht von der „Industrialisierung des Krankenhauses“ (Feuerstein 1997) oder der „Krankenhaus-Fabrik“ (VDÄÄ 2015) gesprochen werden kann. Die Arbeit von Schwestern, Pflegern und Ärzt_innen im Krankenhaus war immer schon eine hochgradig anstrengende Arbeit, auch wenn es in den vergangenen Jahrzehnten zuweilen ein erhebliches Macht- und damit auch Gestaltungsgefälle zwischen Medizin und Pflege gegeben hat. In den 1970er und 1980er Jahren erlebten Versuche einer ganzheitlichen Behandlung und Pflege zwar eine erstaunliche Konjunktur, doch scheiterten die hoch gesteckten Ziele an den ökonomischen Rahmenbedingungen, letztlich an der Wertigkeit, dem das herrschende Gesellschaftssystem der Gesundheit beimisst. Ebenfalls in den 1970er und 1980er Jahren entstanden die Grundkonzepte zur Ökonomisierung und Vermarktlichung des Gesundheitswe-

sens, insbesondere auch der Krankenhäuser. Wie sieht die Situation heute aus? Die Kliniklandschaften weisen – weltweit – eine Mischung von patientenbezogener Behandlung und Bezugspflege einerseits und taylorisierten, d.h. zergliederten und unpersönlichen Behandlungs- und Pflegeabläufen andererseits auf. Wie viel Zuwendung und wie viel „Abfertigung“ jeweils dem Patienten und der Patientin zuteil werden, hängt von einer Vielzahl von ökonomischen, politischen, kulturellen sowie regional- und personalpolitischen Einflüssen ab, die sich im Zeitverlauf schnell ändern können. Die Privatisierungswelle, die wir gegenwärtig erleben, ist nur einer von vielen Faktoren. Mit gutem Recht kann von „kapitalistischer Landnahme“ (Krenn 2014) gesprochen werden. Der Ökonomisierungsdruck nimmt gewaltig zu, und dies nicht nur in privatisierten Krankenhäusern. Das zeigt sich – von einigen exklusiven Privatkliniken abgesehen – in mehr oder weniger radikalen Kürzungen des Personalbestandes bzw. der Personalbemessung. Zwischen 1991 und 2014 hat die Patientenfallzahl in Krankenhäusern von 14 Millionen auf knapp 19 Millionen jährlich zugenommen. Die Zahl der Krankenhaus-Beschäftigten blieb im gleichen Zeitraum mit 1,1 Millionen nahezu konstant. Die Rede vom „Fachkräftemangel in Krankenhäusern“ (Sachverständigenrat 2012) grenzt an eine ideologisierende Realitätsverzerrung. Tatsächlich baut das Management Stellen ab. Zu sehen ist der Versuch, Randbelegschaften auf Niedriglohnbasis aufzubauen. Einen Mangel gibt es nur insofern, als unter den gegebenen Arbeitsbedingungen, den tradierten Arbeitszeitmodellen, unter der Bedingungen einer befristeten Anstellung und einer zunehmend skandalös schlechten Entlohnung insbesondere jüngere qualifizierte Kräfte der Option einer Arbeit im Krankenhaus eher skeptisch gegenüberstehen.

Die Personalknappheit und die massive Arbeitsverdichtung in der Krankenhausarbeit sind politisch, gesundheitsökonomisch und betriebswirtschaftlich gewollt. Die Einführung der Fallpauschalen schuf den Rahmen, innerhalb dessen nun die Konzerne, die kirchlichen und sonstigen Träger und die noch kommunal gesteuerten Häuser – unterstützt und ermuntert von Heerscharen unternehmerischer Agenten – sich im Ökonomisierungswahn geradezu zu überbieten versuchen. Die Krankenhausarbeit ist von einer absurden Paradoxie gekennzeichnet: Zum einen sollen das medizinische und pflegerische Personal möglichst selbststeuernd und mit dem Einsatz ihrer ganzen Persönlichkeit die notwendige Arbeit leisten, zum anderen aber sollen Patient_innen nicht mehr als Menschen, sondern als Wirtschaftsgüter betrachtet werden, die nicht nur kostendeckend, sondern gewinnbringend „bearbeitet“ werden müssen. Die „Gesundheitswirtschaft“ unterwirft ihre Beschäftigten gleichsam einem Doppelpostulat der Subjektivierung und Abstraktifizierung der Arbeit. Subjektivierung wird in diesem Zusammenhang

ausschließlich als Inkorporation unternehmerischen Denkens verstanden. Die Interaktions- und Gefühlsarbeit ist betriebswirtschaftlich dysfunktional und steht auf der „Kann-Wegfallen-Liste“. Die Folgen für die psychische Belastung der Krankenhausarbeiter_innen sind verheerend. Sie kommen zunehmend in eine emotionale Klemme. Stichpunkte wie Gewissensstress und moralischer Distress im Krankenhaus sind bereits Gegenstand internationaler Studien (Houston et al. 2013; Whitehead et al. 2015). Der von der Arbeitssoziologie festgestellte Trend zur „Deprofessionalisierung von Gesundheitsfacharbeit“ (Bräutigam et al. 2014) trifft das Problem nur teilweise. Die Personalengpässe führen zur schleichenden Neo-Hierarchisierung der Krankenhausarbeit, sodass beispielsweise Essensanreicherung und sonstige patientennahe Hilfe zunehmend von Arbeitenden übernommen wird, die als „Assistent_innen“ oder schlicht als „Hilfspersonal“ bezeichnet werden. Dies ist ein Trend, entscheidende Bereiche des Patientenkontaktes aus der Profession herauszunehmen. Zugleich werden dort, wo Entlastungen möglich wären, so z.B. in der Dokumentation, keine entsprechenden Fachkräfte eingestellt.

Krankenhausarbeit zerrüttet die Gesundheit

Die Datenlage ist eindeutig: Krankenhausarbeit, insbesondere wenn sie mit wiederkehrender Nacharbeit verbunden ist, erhöht das Risiko für Diabetes 2 und Herz-Kreislaufkrankungen (Pan et al. 2011; Vetter et al. 2016). Auch die Sterblichkeit der Schwestern und Pfleger ist – das zeigt eine gerade veröffentlichte dänische Großstudie – signifikant erhöht (Jorgensen et al. 2017). Zu den „klassischen“ Belastungen kommen neue hinzu. Es ist hinreichend bekannt, dass mit dem demographischen Wandel auch die Arbeit im Krankenhaus vielfältiger und intensiver wird. Der höhere Altersdurchschnitt der Patient_innen und die damit einhergehende Multimorbidität verlangen der Arbeit der versorgenden Fachkräfte viel ab. Die Arbeit der Pflegekräfte und in vielen Bereichen auch die Arbeit der Stationsärzt_innen stößt angesichts der zunehmenden Belastungen an ihre Grenzen. Das stellen übereinstimmend alle empirischen Untersuchungen fest (Bräutigam et al. 2014). Doch werden diese empirischen Daten recht dünn, wenn es um die tiefere Beschreibung und Analyse der Belastungen und insbesondere der Grenzerfahrungen geht. Standardisierte Befragungen, ebenso wie standardisierte Beobachtungen, erfassen die betriebliche Wirklichkeit immer nur durch die Brille vorgegebener Kategorien und vorgegebene Schemata. Derartige Methoden sind zuweilen recht präzise, erfassen aber nur einen Teil der Wirklichkeit. Sie erfassen nicht das Ungeplante, Chaotische und Paradoxe der Wirklichkeit. Doch gerade diese Aspekte sind für Krankenhausarbeit typisch. Und sie sind es, die sich nicht

selten zu zeitweilig extremen psychischen Spitzenbelastungen anhäufen. Die Arbeit im Krankenhaus ist keine, die den normalen Regeln industrieller Arbeit folgt – auch wenn das manche Krankenhaus-Management-Systeme glauben machen wollen. Patient_innen sind keine Werkstücke oder Autoteile, die bestimmte, einheitliche und genormte Arbeitsschritte erfordern. Solche sind zwar vonnöten, doch sie wechseln sich ab mit unbestimmten, variablen und zuweilen spontan-kreativen Arbeitsschritten, die weder genau vorplanbar noch genau evaluierbar sind. Das ärztliche und pflegerische Personal ist immer wieder mit Situationen konfrontiert, die an innere Zerreißproben grenzen, insbesondere dann, wenn berufsethische Fragen involviert sind. Dieser in der Literatur als „moral distress“ oder „stress of Conscience“ bezeichnete Gefühlszustand ist – gleichwohl er methodisch nur schwer zu erfassen ist – im skandinavischen Raum seit einigen Jahren Gegenstand arbeitswissenschaftlicher Studien (Glasberg et al. 2007; Ahlin et al. 2013; Houston et al. 2013; Tremolata et al. 2015; Whitehead et al. 2015). Die kausale Kette ist evident: Personalabbau, Durchrationalisierung, Zeitstress, zunächst noch Gewissensstress, auf mittlere und längere Sicht aber Burnoutsyndrome wie emotionale Erschöpfung und Depersonalisation, d.h. Gefühlskälte, moralische Gleichgültigkeit und Abstumpfung. Ahlin et al. (2013) finden bei schwedischen Schwestern fast ein Drittel emotional Erschöpfte. Das deutsche Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) fordert für jeden Arbeitsplatz bzw. Arbeitsplatztypus eine genaue Untersuchung und Beurteilung der gesundheitlichen Gefährdungen. Anders als in der Industrie braucht die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen im Krankenhaus eine Methode, die in der Lage ist, das Ungeplante, Chaotische und Paradoxe, die Zerrissenheit und den Gewissensdruck in Arbeitssituationen zu sehen, sich „hineinzuempfinden“, ggf. „mitzuerleben“, und diese Phänomene hinsichtlich angepasster arbeitswissenschaftlicher Kriterien einzuordnen und zu bewerten. Eine solche Methode ist die teilnehmende Beobachtung. Sie kann als arbeitsanalytische Methode verstanden werden, die den in schriftlichen Befragungen gewonnenen groben Tatbeständen feinanalytisch nachgeht (Hien 2016, S. 126-134). Mit Hilfe dieser Methode wurden vom Autor in den letzten Jahren mehrere Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt. Sie waren i.d.R. im Rahmen von betriebsverfassungsgesetzlichen Einigungsstellen initiiert und beauftragt worden, also im Rahmen von betrieblichen Interessenkonflikten.

Dass unangemessene Belastungen (sog. Fehlbelastungen) mit zunehmender Dauer und zunehmender Anzahl der Belastungsfaktoren das relative Risiko für psychische und psychosomatische Erkrankungen signifikant erhöhen, ist in arbeitswissenschaftlichen und epidemiologischen Studien vielfach belegt (Siegrist 2015). Als vorherrschende Einzeldiagnose sind die depressiven Erkrankungen zu

nennen, die eine große Schnittmenge mit dem – nicht als Krankheit im Sinne des ICD-Schlüssels anerkannten – Burnoutsyndrom aufweisen. Pflegekräfte haben eine Frühberentungsquote von 40 % und stehen damit gleichauf mit Maurern und anderen Schwerstarbeitern an der Spitze aller Frühberentungen (Hien 2009). Hauptdiagnosegruppen sind Muskel-, Skelett- und psychische Erkrankungen. Dass die hohe Erkrankungsrate der Krankenhausarbeiter_innen mit den hohen physischen und psychischen Belastungen – und hier ist insbesondere der extreme Zeitdruck zu nennen – korreliert, steht als empirisches Faktum zweifelfrei fest (Hien 2009; Bartholomeyczik et al. 2009; Bräutigam et al. 2014). Doch mit der Anerkennung dieser Tatsache tut sich das Führungspersonal schwer. Es beharrt – bedauerlicherweise unterstützt von manchen psychologischen Unternehmensberatern – auf ihrer Ansicht, dass alleine die Persönlichkeitsstruktur und die mangelnde Resilienz für die steigende Zahl psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verantwortlich seien. Selbstredend variieren die Individualitäten und damit auch die „mitgebrachten“ Resilienzen. Die Vielzahl der Studien zeigt jedoch, dass hohe Arbeitsbelastungen, welche im Zeitverlauf anhalten, sowohl durchschnittlich als auch bei der Untergruppe besonders Resilienter gesundheitliche Schäden hervorrufen. Die inneren Belastungen bzw. Beanspruchungen setzten mehr oder weniger schnell Effekte, die sich anhäufen und im weiteren Verlauf zu manifesten Erkrankungen ausformen können, z.B. (Benkert 2005):

- Hypertonie und Herz-Kreislauf-Schäden,
- Verspannungen und Rückenerkrankungen,
- cortisolbedingte Erniedrigung des Serotonins,
- Zunahme psychischer Erschöpfung,
- Depression, Depersonalisation und
- somatoforme Störungen.

Die gleichen neuro-psychischen Auswirkungen sind zu erwarten, wenn die chronische Angst vor wiederkehrenden Stress-Situationen einen dauerhaften inneren Stress – eine psychische Fehlbeanspruchung – erzeugt. Hat die Angst einen realen Erfahrungshintergrund, ist sie also eine Realangst und keine neurotische Angst, muss die in den realen Bedingungen verortete Ursache bearbeitet werden. Geschieht dies nicht, verfestigt sich die Realangst zu einem dauerhaften gesundheitlichen Risiko (Hüther 1997).

Gefährdungsbeurteilungen: Beispiele aus zwei Kliniken

Im Rahmen einer einwöchigen teilnehmenden Beobachtung insbesondere in der Nachtschicht – in einer Pflegestation einer Fachklinik hat der Autor eine

Fülle von Beobachtungsinterviews durchgeführt. Die Belegungssituation der Station mit einer Mischung aus längeren Belegzeiten und ambulanten Fällen und die Krankheitsbilder, in denen sich Haupterkrankungen und gleichzeitige Folge- und Nebenerkrankungen summieren, führte u.a. zu großen Problemen bei der Vorbereitung und Durchführung der Medikamentengabe, die aus Sicht des Arbeitswissenschaftlers vor allem der unzulänglichen Personalbesetzung im Drei-Schicht-System geschuldet ist.

Tätigkeiten wie das Tablettenstellen erfordern ein Höchstmaß an Konzentration, werden aber durch „Patientenklängen“ unterbrochen. Der Absprachebedarf zwischen den Schichten und Stationen ist beträchtlich.

Die beobachteten Pflegekräfte wie ihre Kolleg_innen wiesen den Arbeitswissenschaftler eindringlich darauf hin, dass die für eine „gute Pflege“ notwendige Einfühlungs- und Kommunikationsarbeit nur mangelhaft bis ungenügend geleistet werden kann. Man gehe oftmals in dem Gefühl nach Hause, seine Arbeit „nur unvollständig“, „nicht richtig“, „nicht ordentlich“, „zu oberflächlich“ gemacht zu haben. So bliebe nicht aus, „dass man sich zu Hause Sorgen über einzelne Patienten“ mache: Im Kopf liefen dann nochmal bestimmte Szenen ab und es stellten sich teilweise massive Gewissensbisse ein, bestimmte Dinge nicht getan zu haben. Zugleich kämen freilich Legitimationsgedanken, dass dafür die Zeit einfach nicht reiche. Dies führe zu inneren Zerrissenheiten zwischen eigenen berufsethischen Ansprüchen und der tatsächlich geleisteten und tatsächlich leistbaren Arbeit. „Man geht mit einem schlechten Gewissen nach Hause“, so eine oft gehörte Aussage. Im arbeitswissenschaftlichen Gutachten musste angesichts der beobachteten Situation und deren Bewertung die Empfehlung ausgesprochen werden, die Nachtwache auf einer Station um eine weitere Fachkraft aufzustocken. Die Unternehmensleitung akzeptierte dies nicht und holte ein weiteres Gutachten ein, das aber letztlich zum gleichen Ergebnis kam, sodass ein entsprechender Einigungsstellenspruch erfolgte. Doch die Auseinandersetzungen im Betrieb gehen weiter.

In einer weiteren Beobachtung im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung auf einer pädiatrischen Station konnten vom Autor ebensolche Belastungen bei den dort tätigen Assistenzärzt_innen festgestellt werden. Zusammengefasst überlagerten sich Belastungen durch Doppelfunktionen („Station plus Notaufnahme“) mit Überforderungsgefühlen und -belastungen bei den sich noch in Ausbildung befindlichen Ärzt_innen, die mit der Aussage „Man hat mehr Verantwortung als man tragen kann!“ auf den Punkte gebracht werden. Die Folgen, z.B. der Mitnahme der Probleme in die arbeitsfreie Zeit oder berufsethische Zweifel an der eigenen fachlichen Arbeit zeigen, dass die Belastungen der ökonomisierten

Krankenhausarbeit auf den jeweiligen Hierarchieebenen je spezifisch begründet und ausgeprägt sind.

Das Dilemma betroffenenorientierter Wissenschaft

In beiden Kliniken, in denen die Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt wurden, bestehen die Einigungsstellen weiter. Die Juristen der jeweiligen Betriebsparteien sowie der jeweils vorsitzende Arbeitsrichter sind in eine weitreichende Auseinandersetzung darüber eingetreten, inwieweit Personalbemessungsfragen durch das ArbSchG abgedeckt sind oder nicht. So ist am Falle der Pflege-Nachtschicht beispielsweise die Frage aufgeworfen worden, ob nicht bestimmte Arbeitsschritte wie das Tablettenstellen bereits in der Spätschicht bewerkstelligt werden können. Dies wäre eine mögliche und eine aus chronobiologischer Sicht durchaus sinnvolle Variante, würde aber bedeuten, die durch diese arbeitsorganisatorische Veränderung induzierte Belastungserhöhung erneut zu untersuchen und Maßnahmen zu deren Bewältigung, ggf. erneut personalpolitische Maßnahmen, in die Diskussion zu bringen. Im Falle des ärztlichen Dienstes in der Pädiatrie führte die Empfehlung des Arbeitswissenschaftlers zu gravierenden Verwerfungen, d.h. die Personalverwaltung beharrte auf der Auffassung, dass personalpolitische Maßnahmen nicht zum Setting einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen gehören und der Arbeitswissenschaftler somit seinen Auftrag verfehlt habe. Personelle bzw. personalpolitische Maßnahmen erlaubt hingegen das ArbSchG insofern ausdrücklich, als „unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten“ als Gefährdung benannt werden und Maßnahmen so zu gestalten sind, dass „Arbeitsorganisation“, „soziale Beziehungen“, „Arbeitszeit“ und sonstige Arbeits- und Umweltbedingungen sachgerecht zu verknüpfen sind. Die Außerkraftsetzung der Ruhebereitschaft beispielsweise ist ein Gefährdungsfaktor, dem alleine durch eine Personalanpassung zu begegnen ist.

Das sieht auch eine Kammer des Arbeitsgerichts Berlin so, das über eine Klage der Charité-Leitung gegen eine mit Streikaktionen geführte Tarifaueinandersetzung bzw. gegen die Gewerkschaft ver.di zu befinden hatte. Die Beschäftigten der Berliner Uniklinik Charité waren die ersten, die mehr Personal tariflich durchsetzen wollten und dies auch teilweise durchgesetzt haben. Erstmals wurden für bestimmte Bereiche, wie z.B. für die Kinderklinik und insbesondere für die Intensivmedizin, Mindestbesetzungen festgeschrieben. Ein von den Betriebsparteien paritätisch besetzter Ausschuss wacht über die Einhaltung. Die Charité hat dagegen geklagt, mit dem Argument, dies sei ein Eingriff in die unternehmerische Freiheit. Das Berliner Arbeitsgericht stellte demgegenüber fest: „Unternehme-

rische Freiheit hört dort auf, wo der Gesundheitsschutz für die Beschäftigten anfängt“ (zit. nach: Langenberg 2016). Selbstredend gehen die juristischen Auseinandersetzungen weiter, und wie immer in der Geschichte wird auch die Frage der Personalbemessung durch die betrieblichen und gesellschaftlichen Machtverhältnisse entschieden.

In welcher Situation befinden sich arbeitswissenschaftliche Gutachter, die ihren Auftrag nicht nur als Geschäftsfeld, sondern als Engagement für die Beschäftigten und insgesamt für menschenwürdige Verhältnisse begreifen? Bei einem Blick auf die neuere Geschichte springt der Kampf der italienischen Arbeiter_innen Anfang der 1970er Jahre bei Fiat, Olivetti und vielen weiteren Fabriken Norditaliens für eine andere Arbeitsmedizin, für eine Arbeitermedizin, ins Auge (Wintersberger 1988). Denn nicht die Arbeit, sondern die Arbeiter_innen sollen geschützt werden. Ganz entscheidend war das Motto: „Non delegata!“ Nicht die medizinischen Experten, d.h. die Betriebsärzte, sollten über Gesundheit und Krankheit entscheiden, sondern die Beschäftigten selbst. Denn die Betriebsärzte standen zu dieser Zeit überwiegend noch in der Tradition der faschistischen Selektions- und Leistungsmedizin. Es galt also, so etwas wie Betriebsgesundheitsgruppen zu bilden, die die Belastungen erheben und beurteilen sollten, durchaus mit Unterstützung außerbetrieblicher betroffenenorientierter Expert_innen, um schließlich und endlich betriebliche Strategien zur Verbesserungen der Arbeitsplatzverhältnisse zu entwickeln und durchzusetzen. In dieser Tradition der betroffenenorientierten Expert_innen sehen sich Arbeitswissenschaftler_innen, die mittels teilnehmender Beobachtung oder mittels Gesundheitszirkel oder Arbeitssituationsanalysen versuchen, gesundheitsschützende Maßnahmen vorzuschlagen und auf die Agenda zu setzen. Derartige Vorschläge liegen seitens der Beschäftigten ohnehin „in der Luft“ – sie müssen nur noch einmal klar formuliert und ggf. mit wissenschaftlichen Argumenten untermauert werden. Dies bringt freilich die darin involvierten Arbeitswissenschaftler_innen in ein Dilemma. Denn *lege artis* sollen sie „wertneutral“ wirken. Doch eine Wissenschaftlichkeit, die über das instrumentelle Erkenntnisinteresse hinausgeht, d.h. eine Wissenschaft, der zugleich ein kommunikatives und emanzipatorisches Erkenntnisinteresse eigen ist (Habermas 1968), muss in der Konsequenz Partei ergreifen. Dies steht im Gegensatz zur Rollenzuweisung, wie sie nicht zuletzt vom Betriebsverfassungsgesetz formuliert wird. Es wird ein Wille zum Konsens gefordert. Doch wenn die Unternehmensseite in teilweise hoch aggressiver Form Tabuzonen errichtet und Wissenschaftler_innen diffamiert, die sich schlicht und einfach für Gesundheitsschutz einsetzen, der diesen Namen verdient, ist das Koordinatensystem verschoben. Bei Personalbemessungsfragen hat ein Klassenkampf von oben eingesetzt. Die Unternehmensseite

hat eine Grenze überschritten, jenseits derer konsensuale Beratungen wenig Sinn machen. Betroffenenorientierte Betriebsärzt_innen sind in einer ähnlich misslichen Lage. Auch sie können nur in einem dauerangespannten Konfliktkontext versuchen, eine persönlich halbwegs erträgliche Linie einzuhalten. Abzuraten ist vom Einzelkampf-Dasein, d.h. auf jeden Fall sind betriebliche und überbetriebliche Bündnisse erforderlich. Auch gewerkschaftsintern gilt es, um diese Fragen zu werben und zu kämpfen. Beschäftigte im Saarland haben die tarifpolitische Initiative der Charité-Belegschaft aufgegriffen. Die Linke und Teile von SPD und Grünen fordern die Wiedereinführung einer gesetzlichen Pflege-Personal-Regelung (PPR), die in den 1990er Jahren ausgesetzt worden war. Es ist zu hoffen, dass diese Initiativen sich fortsetzen und verbreiten werden.

Welchen Beitrag kann Arbeitswissenschaft leisten?

Es ist dringend angezeigt, die Arbeitssituation der Krankenhausarbeiter_innen hinsichtlich ihrer Belastungen arbeitswissenschaftlich anders, d.h. tiefgreifender und in einer die ethisch-moralischen Aspekte ihrer Arbeit umfassenden Art und Weise zu untersuchen. Die teilnehmende arbeitswissenschaftliche Beobachtung ermöglicht handlungstheoretisch und praktisch eine Verzahnung von Deskription, Analyse und Handlungsperspektive. Aus sozial-, arbeits- und organisationswissenschaftlicher Sicht ist es unerlässlich, den partizipativen Untersuchungsprozess durch externe Arbeitswissenschaftler_innen durchführen zu lassen sowie im weiteren Verlauf die Auseinandersetzungen durch Moderator_innen und Supervisor_innen zu begleiten. Hier bieten sich themenorientierte „Werkstattzirkel“ aus interessierten Ärzten, Pflegekräften, Patientenvertreter_innen und weiteren Expert_innen an, in denen der Personalschlüssel und Personalbesetzungsfragen, aber auch beispielsweise eine verbesserte Aufnahmeprozedur, ein verbessertes Bettenmanagement, neue Arbeitszeitmodelle und die Einführung geeigneter Krankenhaus-Informationssysteme diskutiert und begleitet werden könnten. Der Umstand, dass Konzerne und Unternehmensorganisationen auf Leitungsebene Entscheidungen treffen, die das Arbeiten und Leben der Mitarbeiter_innen nachhaltig beeinflussen, ohne dass diese im Vorfeld auch nur wirksame Korrekturen, zu schweigen von anderen Modellen und Vorgehensweisen, einbringen könnten, ist unerträglich. Veränderungen, die sich an einem menschlichen Maß orientieren, sind nur denkbar, wenn der Macht der Ökonomie und ihrer Agenten eine Gegenmacht gegenübergestellt wird. Diese zu entwickeln, ist eine übergreifende politische und gewerkschaftliche Aufgabe, die durch genaue und teilnehmende Arbeitsanalysen unterstützt werden kann.

Die vorgestellten negativen Befunde zur Situation in Krankenhäusern weisen zwingend auf die makropolitische Dimension, d.h. auf die Frage, welchen Stellenwert Gesundheit und die Versorgung Kranker in der Gesellschaft haben soll. Es geht letztlich um die Frage, ob das Gesundheitswesen weiter der Vermarktlichung unterworfen werden soll. Die Alternative wäre die Wiedergewinnung einer gemeinwirtschaftlichen Orientierung, innerhalb derer stationäre, ambulante und sozialraumbezogene Handlungsebenen miteinander verbunden werden. Es geht um eine gesamtgesellschaftliche Umkehr, die zu Recht als „care revolution“ bezeichnet wird (Winker 2015).

Literatur

- Ahlin, J. et al. 2013: Longitudinal relationships between stress of Conscience and concepts in importance. *Nursing Ethics* 20 (8), S. 927-942
- Bartholomeyczik, S. et al. 2009: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund/Berli/Dresden
- Benkert, O. 2005: Stress-Depression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. München
- Bräutigam, C. et al. 2014: Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 306. Düsseldorf
- Feuerstein, G. 1997: Industrialisierung des Krankenhauses? In: Rehberg, K.-S. (Hg.): Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften. Opladen, S. 278-282
- Glasberg, A.L. 2007: Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advances Nursing* 57, S. 392-403
- Habermas, J. 1968: Erkenntnis und Interesse. In: Derselbe: Technik und Wissenschaft als Ideologie. Frankfurt a.M., S. 146-168
- Hien, W. 2009: Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt a.M.
- 2016: Kranke Arbeitswelt. Ethische und sozialkulturelle Perspektiven. Hamburg: VSA.
- Houston, S. et al. 2013: The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. *Journal of Clinical Ethics* 24, S. 98-112
- Hüther, G. 1997: Biologie der Angst – Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen.
- Jorgensen, J.T. et al. 2017: Shift work and overall and cause-specific mortality in the danish nurse cohort. *Scand J Work Environ Health* 43 (2), S. 117-126.
- Krenn, M. 2014: Kapitalistische Dynamik und die gesellschaftliche Organisation von Pflege- und Sorgearbeit. Working Paper der DFG-Forscherinnengruppe Postwachstumsgesellschaften, Jena
- Langenberg, H. 2016: Operation Entlastung, Verdi Publik – die Mitgliederzeitung, Nr. 7/2016, S. 1
- Pan, A. et al. 2011: Rotating night shift work and risk of typ 2 diabetes: two prospective cohort studies in women. *PLoS Med* 8: e1001141

- Siegrist, J. 2005: Medizinische Soziologie. 6. Auflage. München
- 2015: Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München
- Tremolata, M. et al. 2015: Stress, burnout and job satisfaction in 470 health professionals in 98 apheresis units in Italy: A SIdEM collaborative study. *J Clinical Apheresis*
- Vetter, C. et al. 2016: Association between rotating night shift work an risk of coronary hart diseases among women. *JAMA* 315 (16), S. 1726-1734
- VDÄÄ (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte) 2015: Einladung zur Mitarbeit an einer Kampagne gegen die DRGs Schluss mit der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens! URL: <http://krankenhaus-oder-fabrik.de>
- Whitehead, P.B. et al. 2015: Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship* 47, S. 117-125
- Winker, G. 2015: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld
- Wintersberger, H. 1988: Arbeitermedizin in Italien. Eine Kulturrevolution im Spannungsfeld von Arbeit und Gesundheit. Berlin

Wolfgang Hien

E-Mail: kontakt@wolfgang-hien.de

VERLAG WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

Beatrice Müller

Wert-Abjektion

Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus - am Beispiel der ambulanten Pflege (Arbeit - Demokratie - Geschlecht Band 24)

2016 - 232 Seiten - 27,90 €
ISBN: 978-3-89691-856-7

Die Themen Care und Care-Arbeit sind in den vergangenen Jahren verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit sozialwissenschaftlicher Forschung gerückt. Im feministischen Diskurs spielt dabei häufig die Abwertung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit eine zentrale Rolle. Im Kontext feministisch-marxistischer Theorien geht Beatrice Müller der Frage nach, wie diese Abwertung zu erklären ist.

