



Studienabschlussarbeiten

Sozialwissenschaftliche Fakultät

Ottone Cárdenas, Liam:

"Vom Häuserkonflikt zum sektoralen Kampf" am
Fallbeispiel Berlin

"Landnahme" und "berufsethische Entfremdung" als
Triebkräfte von Streiks im Gesundheitssektor.

Bachelorarbeit, Wintersemester 2023

Gutachter*in: Klein, Isabel

Sozialwissenschaftliche Fakultät
Institut für Soziologie
Soziologie

Ludwig-Maximilians-Universität München



Studienabschlussarbeiten

Sozialwissenschaftliche Fakultät

Ottone Cárdenas, Liam:

"Vom Häuserkonflikt zum sektoralen Kampf" am
Fallbeispiel Berlin

"Landnahme" und "berufsethische Entfremdung" als
Triebkräfte von Streiks im Gesundheitssektor.

Bachelorarbeit, Wintersemester 2023

Gutachter*in: Klein, Isabel

Sozialwissenschaftliche Fakultät
Institut für Soziologie
Soziologie

Ludwig-Maximilians-Universität München

**Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Soziologie
Wintersemester 2023/2024**

Bachelorarbeit für den Bachelorstudiengang Soziologie an der LMU München:

**„Vom Häuserkonflikt zum sektoralen Kampf am Fallbeispiel Berlin -
„Landnahme“ und „berufsethische Entfremdung“ als Triebkräfte von Streiks
im Gesundheitssektor“**

**Prüferin: Dr. Isabel Klein (isabel.klein@soziologie.uni-muenchen.de)
Konradstr. 6 (Raum: 101), 80801 München**

Name: Liam Ottone Cárdenas
9. Hochschulsemester
Abgabedatum: 18.12.2023

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	1
2. Ökonomisierung von Sorgearbeit	5
2.1. Allgemeine Ökonomisierung der Sorgearbeit	5
2.2. Ökonomisierung des Gesundheitswesens	9
2.2.1 Vorgeschichte zum DRG-System	10
2.2.2. Einführung und Problematiken des DRG-Systems	14
3. Folgen und Antworten von Beschäftigten im Gesundheitswesen	16
3.1 Folgen des DRG-Systems für die Beschäftigten und Patient:innen	16
3.2. „Gewinner:innen und Verlierer:innen“ einer neuen Rationalität	18
3.2. Soziale Folgen: konfliktbelastete Interaktionsverhältnisse	19
3.3. Berufsethische Entfremdung	21
3.4. „Individuelle“ Antworten	23
4. Vom „Häuserkonflikt“ zum sektoralen Kampf am Fallbeispiel Berlin.....	25
4.1. „Häuserkonflikt“ an der Charité	25
4.2 Exkurs: sektorale Kampagne für ein TV-E im Saarland.....	33
4.3 Die „Berliner Krankenhausbewegung“: ein sektoraler Kampf	34
5. Fazit	42
6. Literaturverzeichnis.....	45
7. Eigenständigkeitserklärung	52

1. Einleitung

Seit der Covid-19 Pandemie ist die öffentliche Gesundheitsversorgung innerhalb gesellschaftlicher Debatten wie nie zuvor ins Rampenlicht geraten. Der sogenannte „Shock-Moment“ einer Pandemie war vor allem zu Beginn medial durch das Konzept „systemrelevanter Berufe“ geprägt (Schrenker et. al., 2021).

In diesem gesellschaftlichen Ausnahmezustand drückten sich eine Reihe an Widersprüchen aus, die zuvor vorwiegend nur unter den in diesem Bereich Beschäftigten und den sogenannten Expert:innen für Gesundheitspolitik bekannt waren. Diese öffentliche Debatte fand insbesondere in Verbindung mit dem Begriff des „Mangels“ statt und tut es bis heute noch: Mangelnde Digitalisierung, Personalmangel, Finanzierungsmangel, unter anderem. Diese Symptome eines erkrankten Bereiches des Sozialstaats sind von ihrer andauernden Ökonomisierung geschaffen worden, die der Medizinhistoriker Paul Unschuld im Titel seines 2014 erschienen Buches folgendermaßen beschreibt: „Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin“ (Unschuld, 2014). Dieser scheinbar chronische Zustand der Krise führt allerdings nicht nur zu einer Reihe von Problemen in diesem Bereich, er formt zudem die Auseinandersetzungen, die in diesem Sektor über die letzten Jahre zu beobachten sind.

Besonders seit der Covid-19 Pandemie sind eine Reihe an Kämpfen von Seiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen entstanden, die im Zuge der größeren Aufmerksamkeit nicht nur Probleme beklagten, sondern sich ihnen entgegenstellten. Dabei wurden die Streikauseinandersetzungen für „Entlastungsverträge“ an den Unikliniken in Berlin und NRW (Behruzi, 2022) zu Meilensteinen. Obwohl diese Kämpfe wichtige Debatten auslösten und konkrete Verbesserungen erringen konnten, entfalten sich weiterhin Kämpfe, die vor allem mit dem Erhalt von Häusern oder Stationen zusammenhängen, wie in Bremen am Klinikum Links der Weser oder in der Geburtshilfe in München-Neuperlach (Bruhn, 2023/ Kel, 2023).

Parallel dazu verkündete Gesundheitsminister Karl Lauterbach eine neue Gesundheitsreform, die den „ökonomischen Druck zurückdrängen soll“, um die „Versorgungssicherheit“ zu gewährleisten (BMG, 2023). Der Krankenhauslandschaft soll von nun an eine neue Art der

Finanzierung zukommen, die mittels einer Einstufung der Krankenhäuser in Leistungsgruppen nicht mehr nur über die kontroversen „Fallpauschalen“, sondern über Vorhaldebudgets stattfinden soll. Die Gewerkschaft ver.di begrüßte zwar die Reform, betonte allerdings folgendes: „Das DRG-System wird also nicht abgeschafft, sondern lediglich eingeschränkt.“ (ver.di, 2023). Zusätzlich warnte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), dass sie die Schließung von bis zu einem Fünftel der Kliniken in Deutschland erwartet (ZEIT ONLINE, 2023). Diese Reformierung der bisherigen Gesundheitsversorgung könnte somit neben Stationsschließungen auch Beschäftigte aus ihren bisherigen Arbeitsplätzen herausdrängen und wohnortnahe Versorgung einschränken, was zu neuen Konflikten führen kann.

In diesem Zusammenhang möchte ich den Blick auf die bisherigen Konflikte in diesem Sektor werfen. Diese Kämpfe, die die Frage der gesellschaftlichen Versorgung medizinischer Sorgearbeit aufwerfen, sind -so meine Hypothese- nicht spontan entstanden. In dieser Arbeit möchte ich deshalb beweisen, dass die „sektoralen Kämpfe“ eine Ausdehnung von „Häuserkonflikten“, das heißt zuvor stattgefundene Organisations- und Kampferfahrungen auf Stations- oder Krankenhausebene, sind. Den Zusammenhang zwischen dem was ich „Häuserkonflikte“ und „sektorale Kämpfe“ bezeichne möchte ich als Fragestellung nachgehen, in dem ich die Entwicklungen in Berlin als Fallbeispiel nehme. Dort fand 2021 ein solcher sektoraler Kampf statt, der als „Berliner Krankenhausbewegung“ bekannt wurde, bei dem die Belegschaft der Charité eine prominente Rolle spielte. An dessen Häusern fanden bereits zuvor im Jahr 2015/2016 eine Reihe an Auseinandersetzungen statt, die in dieser Arbeit als Vorerfahrungen verstanden und analysiert werden.

Die Veränderungen im Gesundheitswesen haben ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der sozialwissenschaftlichen Forschung zu Fragen der Reproduktionsarbeit und dem Gesundheitssektor insgesamt ausgeübt. Die moderne „Gesundheitssoziologie“ hat seit der Nachkriegszeit mehrheitlich auf einem strukturfunktionalistischen Ansatz basiert, geprägt durch Talcott Parsons Konzept der „Krankenrolle“ als ein „abweichendes“ Verhalten (Gerlinger, 2019). In kritischer Auseinandersetzung zu diesem Ansatz entwickelten sich unterschiedliche Ansätze¹, die dieser Theorie widersprachen. Eine dieser Ansätze bildet die

¹ Darunter zählt Graham Scrambler weiter den „Interaktionalismus“, die „Phänomenologie“ und neuerdings „Postmoderne Optionen“ (Scrambler, 2002: S. 7).

Konflikttheorie, die besagt, dass die Definition und die Versorgung von Gesundheit aus Konflikten unterschiedlicher sozialer Gruppen gebildet wird (Scrambler, 2002: S. 22-25).

Meine Arbeit soll sich im Rahmen dieses Ansatzes der Gesundheitssoziologie verorten. Kritische Auseinandersetzungen mit dem Phänomen von Care Arbeit wurden in den letzten Jahren insbesondere von der Debatte zur Inter-/transnationalisierung der Arbeitskräfte in diesem Bereich gekennzeichnet.² Besonders prominent erscheint hierbei Helma Lutz und das von ihr im deutschsprachigen Raum popularisierte Konzept der „Global-Care-Chain“³. Die Stärke dieser kritischen Diagnose zur internationalen „Arbeitsteilung“ der Care-Arbeit enthält durch ihren Fokus auf die prekärsten Formen dieser Arbeit jedoch -aus dem Blick meines Forschungsinteresses- eine Grenze, wenn man damit versucht die staatliche Organisation der Gesundheitsversorgung sowie die aus ihr entspringenden Kämpfe zu untersuchen.

Die Perspektive innerhalb der kritischen Gesundheitssoziologie, in der ich diese Arbeit verfasse, beruht hauptsächlich auf dem Band „Sorge-Kämpfe“, das einen arbeitssoziologischen Hintergrund enthält.

Auch wenn ich mich hauptsächlich auf diese arbeitssoziologische Perspektive stützen werde, eint beide ein feministischer Blick auf das Phänomen von Sorgearbeit, auf den ich explizit eingehen werde. Dieser gemeinsame Blick spiegelt meiner Meinung nach eine sozialwissenschaftliche Entwicklung wider, die mit der gesellschaftlichen Entwicklung einhergeht, dass Frauen zunehmend in die Arbeitswelt eintraten. Diese Entwicklung lässt sich als ein Übergang in der sozialwissenschaftlichen Forschung beschreiben, bei dem das zuvor weitverbreitete Interesse für unbezahlte Reproduktionsarbeit zunehmend durch einen Fokus auf bezahlte Reproduktionsarbeit ersetzt wird.

Der Titel meiner Arbeit „Vom Häuserkonflikt zum sektoralen Kampf“ ist somit nicht nur in phänomenologischer Hinsicht gedacht, sondern soll ebenfalls diese Tendenz innerhalb der

² Siehe dazu: Slotala, Lukas; Noll, Nadja; Klemm, Matthias; Bollinger, Heinrich (Hg.) (2022): Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

³ In diesem Ansatz wird der Fokus auf die globale Dimension gerichtet und aufgezeigt, welche Auswirkungen der Versuch den vor allem in Zentraleuropa herrschende Pflegekraftmangel mittels Migrationsströmen zu lösen. Dieser Versuch führt nicht nur „im Zentrum“ zu vulnerablen Lebens- und Arbeitssituationen, sondern hinterlässt auch Versorgungslücken in den Herkunftsländern (siehe dazu: Lutz, 2018).

kritischen Sozialwissenschaft andeuten, in dessen theoretischen Rahmen ich diese Arbeit schreibe.

Um das soziale Phänomen der Entstehung eines sektoralen Kampfes durch vorhergehende Häuserkonflikte zu beschreiben, möchte ich in dieser Arbeit von der grundlegenden Veränderung der Sorgearbeit insgesamt ausgehen. Die *Ökonomisierung von Sorgearbeit* in Kapitel 2 bildet dabei die Grundlage des beobachteten Phänomens, da die darin beschriebene Transformation der (Re-)Produktionsverhältnisse durch die Anpassung unbezahlter Sorgearbeit an eine Profitlogik erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hatte. Diese Auswirkungen werden zuerst als eine *allgemeine Ökonomisierung der Sorgearbeit* anhand des „Landnahme“-Konzeptes in Kapitel 2.1 dargestellt. Daraufhin wird diese allgemeine Transformation im deutschen Gesundheitssystem in Kapitel 2.2 beobachtet, die besonders in Verbindung mit dem sogenannten „Diagnosis-Related-Group“ (DRG)-System steht. Diese Untersuchung wird in zwei Unterkapitel strukturiert: die Vorgeschichte zum DRG-System (2.2.1) und die Einführung des DRG-Systems (2.2.2). Die problematischen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung für die Beschäftigten werden im Fokus von Kapitel 3 diskutiert. Darin werden die Folgen des DRG-Systems für die Beschäftigten und Patient:innen (3.1) dargestellt und die sozialen Folgen als konfliktbelastete Interaktionsverhältnisse (3.2) untersucht. Diese Faktoren gehen einher mit einer Veränderung im Berufsethos, die im Unterkapitel 3.3 analysiert werden. Auf diese Veränderung haben die Beschäftigten des Sektors unterschiedliche Antworten entwickelt, welche mehrheitlich auf individueller Ebene stattfinden, was in Unterkapitel 3.4 diskutiert wird.

Im Hauptteil dieser Arbeit untersuche ich in Kapitel 4 die Praxis kollektiver Kämpfe am Fallbeispiel Berlin. Um den vermuteten Zusammenhang eines Übergangs von „Häuserkonflikten“ zu einem „sektoralen Kampf“ konkret zu analysieren wird die erste Ebene anhand der Auseinandersetzungen an der Charité 2013 analysiert. Daraufhin werden die Ergebnisse dieser Analyse mit der „Berliner Krankenhausbewegung“ als „sektoralen Kampf“ in Verbindung gesetzt. Dafür wird das Buch „Gebraucht, beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so! Geschichte wird gemacht: Die Berliner Krankenhausbewegung“ verwendet, da es die eigene Sicht der Beschäftigten darstellt (Habekost, et al. (Hg.), 2022). Um den Übergang

zu verstehen wird ein kurzer Exkurs in Unterkapitel 4.2 unternommen. Zum Schluss werde ich in Kapitel 5 die Ergebnisse der Arbeit zusammenfassen und ein Fazit ziehen.

2. Ökonomisierung von Sorgearbeit

2.1. Allgemeine Ökonomisierung der Sorgearbeit

Zur Ausgangslage der sozialen Kämpfe im Gesundheitswesen gehört die grundlegende Veränderung der Sorgearbeit insgesamt. Das Konzept der „Sorgearbeit“ wird als Übersetzung des englischen Konzeptes von „care work“ seit einigen Jahren als Ersatz für das klassische Konzept der „Reproduktionsarbeit“ verwendet. In begrifflicher Hinsicht handelt es sich um eine Auseinandersetzung innerhalb der feministischen Bewegung und ihren Einfluss auf die sozialwissenschaftliche Literatur. Die grundlegende theoretische Einheit beruht auf dem Erbe der Theorie der „sozialen Reproduktion“, welche die Werke marxistischer Autor:innen wie Lise Vogel und neuerdings wie Gabriele Winker oder Julia Dück einbeziehen. Diese Tradition griff die „Hausarbeitsdebatte“⁴ auf, um den Charakter der nicht-bezahlten Reproduktionsarbeit als Grundlage aller Ökonomien und der kapitalistischen Wirtschaft insbesondere zu definieren. Darunter wird die gesellschaftliche Arbeit verstanden, die zur „Erzeugung“ und „Instandhaltung“ der Arbeitskraft gebraucht wird. Diese wurde in früheren ökonomischen Theorien mehrheitlich unsichtbar oder als „Nebenwiderspruch“ der Klassengesellschaft begriffen (Wolff, 2020). Darunter fällt die Pflege von „Kranken“ und „Alten“, die Erziehung und Bildung von neuen Arbeitskräften sowie die „Instandhaltung des Hauses“, worunter herkömmlich „Kochen, Putzen und emotionales Kümmern“ verstanden wird.

Diese grundlegende analytische Gemeinsamkeit ist trotz divergierender Begrifflichkeiten auch innerhalb der neueren Literatur sichtbar, wie beispielsweise bei Helfrich und Bolliers ökonomischem Eisbergmodell, in dem ein „durch (Für-)Sorge geprägtes Vermögen“ als

⁴ Die „Hausarbeitsdebatte“ wurde ausgelöst durch die Kampagne „Wages for Housework“ angestoßen von Silvia Federici und Mariarosa Dalla Costa (siehe: Wolff, 2020).

unbewusster Bereich des „unsichtbaren Teils der Wirtschaft“ definiert wird (Helfrich und Bolliers, 2019: S. 164). In dieser Arbeit wird das Konzept der Sorgearbeit gegenüber dem der Reproduktionsarbeit bevorzugt, weil dieser -wie zu beweisen gilt- stärker die eigenen Charakteristika des Berufsethos miteinbezieht, die die Dynamik der Kämpfe prägt. Das Konzept der Reproduktionsarbeit wird hingegen nur an den Stellen bewusst ausgewählt, worin es sich um die „gesamtgesellschaftliche ökonomische Funktion“ dieser Arbeitsform handelt.

Alle Traditionen, die sich diesem konzeptuellen Konsens fügen, haben in den letzten Jahrzehnten ihren analytischen Fokus von der „unbezahlten“ Arbeit hin zu ihrer entlohnten Variante gewandt. Dem zugrunde liegt die gesellschaftliche Entwicklung, dass Frauen - bis auf Ausnahmen, wie zu Kriegszeiten und einzelne als „weiblich“ gesehene Sektoren wie z.B. Textilindustrie- rechtlich weitgehend bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts aus der Erwerbsarbeit ausgeschlossen wurden. Durch ihre rechtliche Gleichstellung⁵ konnten Frauen erstmals eigenständig einen Arbeitsvertrag eingehen und ihren Lohn selbstverwalten. Mit dem formellen Eintritt von Frauen in den Arbeitsmarkt geht ebenfalls eine Veränderung der Wirtschaftssektoren einher, wonach ab den 80er Jahren der tertiäre Sektor der Dienstleistungen, die Industrie als beschäftigungsintensivsten Sektor ablöst (bpb, 2020). Bis heute besitzt der Gesundheitssektor einen stark feminisierten mit 75% Frauenanteil unter den Beschäftigten (DESTATIS: Gesundheitspersonal). Vor diesem Hintergrund muss dieser Sektor als ein feminisierter Sektor verstanden werden.

Die prägendste Veränderung für die Ebene des sozialen Konflikts im deutschen Gesundheitssektor, der im Zentrum dieser Arbeit steht, bettet sich in die Tendenz ein, die Brigitte Aulenbacher als *Ökonomisierung der Sorgearbeit*⁶ definiert. Fabienne Décieux greift dieses Konzept in ihrem Beitrag „Ökonomisierung und Ansprüche als Triebkraft von Sorge-Kämpfen“ auf. Darin beschreibt sie die historische Entwicklung des Umgangs mit Sorgearbeit

⁵ Hierbei sind besonders das Gleichberechtigungsgesetz vom 1. Juli 1958 zu berücksichtigen, durch das Ehefrauen ihre eigenen Vermögensangelegenheiten regeln und damit ihnen das Recht verlieh, ein eigenes Bankkonto zu eröffnen, sowie die Reformen des Familien- und Eherechts Mitte der 1970er Jahre (siehe: Geschichte der Gewerkschaften: Vom notwendigen Übel zur Selbstverständlichkeit. Frauen-Erwerbstätigkeit - der lange Weg zur Anerkennung. Hans-Böckler-Stiftung).

⁶ Siehe dazu: Aulenbacher, Brigitte; Riegraf, Birgit; Theobald, Hildegard (Hg.) (2014): Sonderband 20 Soziale Welt: „Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime“. Baden-Baden: Nomos.

im Globalen Norden mithilfe von Roland Atzmüllers regulationstheoretischen Perspektive, demzufolge die „Sorglosigkeit des Kapitalismus“ aufgrund der „wohlfahrtsstaatlichen Dekommodifizierung“ bis auf die Ausnahme der USA „nicht so stark zu Tage kam“. Gemeint ist die temporäre Teilvergesellschaftung der unbezahlten Arbeit durch die staatlich regulierte Versorgung von öffentlichen Kindertagesstätten, Schulen, Krankenhäusern und Altersheimen. Die Mehrheit dieser Arbeit, welche weder marktwirtschaftlich noch staatlich organisiert war, wurde allerdings überwiegend im „Privaten“ verrichtet, was die gesellschaftliche Dimension der Arbeit unsichtbar machte (Décieux, 2017. In: Artus et. al., 2017: S. 239). Ähnlich erklärt es Oliver Nachtwey: „Es wird verdrängt, dass unsere Gesellschaft auf einer reproduktiven Arbeiter:innenklasse beruht.“ (Baurmann, 2021).

Weiter erklärt Décieux: „Mit der Ölkrise, dem Zusammenbruch des Realsozialismus und der somit wegfallenden Systemkonkurrenz geraten vormals ausgehandelte gesellschaftliche und staatliche Arrangements⁷ in Bewegung“ (Décieux, 2017: S. 240). Die systematische Veränderung der ökonomischen Paradigmen in der Sorgearbeit lässt sich meiner Meinung nach am besten anhand des Konzeptes der „Landnahme“ wie es Klaus Dörre vertritt beschrieben.⁸ Darunter wird die Expansionsdynamik des Kapitalismus verstanden, welche in Krisenzeiten die Unterwerfung und Integration nicht-profitorientierter Bereiche benötigt (Gerlinger, 2019). Dazu kann auf einen Beitrag⁹ von 2014 zurückgegriffen werden, indem Klaus Dörre et. al. bereits dieses Konzept konkret im „Feld der Sorgearbeit“ anwandten. Hierbei stellten sie mehrere theoretische Hypothesen auf, die dazu dienen diese Entwicklungsdynamik zu beleuchten und erweiterten damit die Anwendung des Konzeptes durch Burkart Lutz. Bei Lutz handelt es sich um eine Verwendung des Begriffes, welche sich „gegen lineare Subsumptions- oder modernisierungstheoretische Argumentationen“ richtet und richtigerweise feststellt, dass die Entwicklung der industriellen Gesellschaft auf Stagnationen und Krisen als auch ihrer Überwindung mittels der Ausdehnung und Durchsetzung neuer Produktionsweisen beruht (Dörre et. al., 2014: S. 108).

⁷ Als ein zentrales „Arrangement“ beschreibt die Autorin den Ersatz des „Male-Bread-Winner-Modells“ als eine Art „Geschlechtervertrag“ durch das „Adult-Worker-Modell“ als neue Lebensform im Zuge des Umbaus des Neoliberalismus, was den Widerspruch zwischen Kapitalismus und Sorgebelange spürbar aufbrechen ließ (ebd.).

⁸ Hierbei nimmt Dörre das ursprünglich von Rosa Luxemburg entwickelte Konzept auf (ebd.).

⁹ Dörre, Klaus; Ehrlich, Martin; Haubner, Tine (2014): Landnahme im Feld der Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte; Riegraf, Birgit; Theobald, Hildegard (Hg.): Soziale Welt. Sonderband 20: Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Somit kann mit dem „Landnahme“ Konzept die „Widersprüchlichkeit, Ungleichzeitigkeit und Singularität solcher Prozesse“ untersucht werden (ebd.). Die Hypothesen der Autor:innen sind auf drei Faktoren konzentriert: 1. Die Freisetzung von Arbeitskraft, 2. Der „Stoffwechsel“ zwischen inneren und äußeren Märkten und 3. Die Amalgamierung von Ausbeutung. In Anlehnung an Luxemburg argumentieren die Autor:innen, dass eine fortwährende kapitalistische Akkumulation stattfindet, bei der die „Freisetzung von Arbeitskräften „zur Arbeit für das Kapital“ sowie die „Einführung einer Warenwirtschaft“ ständige Begleiterscheinung der Akkumulation sind“ (ebd.: S. 109). Diese Merkmale werden jedoch nicht nur im „Auswärts“ durch z.B. die klassischen Formen der Kolonialisierung im 19. Jahrhundert ausgeführt -worauf Luxemburg sich hauptsächlich bezieht-, es wirkt sich auch im „Inneren“ aus, wo eine „Herstellung“ kompatibler Arbeitskräfte für neue Produktionsregimes stattfindet (ebd.). Historisch fand dies in der Sorgearbeit durch den massiven Eintritt von Frauen in die Erwerbsarbeit sowie durch die „Ost-West-Wanderung nach der „deutschen Einheit“, die ebenfalls Millionen neue Arbeitskräfte im deutschen Arbeitsmarkt bedeutete (Bangel et. al., 2019).

„Das Äußere und das Innere“ artikuliert sich im Kapitalismus als ein „Stoffwechsel“. Im ursprünglichen Sinne verwendete Rosa Luxemburg dieses Konzept, hinsichtlich des disruptiven Charakters des „imperialistischen Weltsystems“, in dem der entstandene Mehrwert der industriellen Produktion „im Inneren“ nur durch die Kapitalisierung eines „Äußeren“ nicht-kapitalistischen Milieus möglich ist.¹⁰ Die Autor:innen führen zwar eine Relativierung Luxemburgs Zeitdiagnose an, stellen aber die These auf, dass der „Stoffwechsel“ im Rahmen der „neuen Landnahme“ besonders in der Sorgearbeit stattfindet, wo einerseits das klassische „Außen“, also die häusliche und wohlthätige unbezahlte Sorgearbeit weiterhin als (markt-) „externe Gratisressource“ erhalten bleibt, während sie teilweise -trotz ihrer ursprünglichen Grundlage basierend auf „soziale Reziprozität“- kommodifiziert und in das „Innere“ integriert wird. Die Regulation dieses „Stoffwechsels“, komme dabei weiterhin dem Staat als wichtigsten Akteur zu (ebd.: S. 111-112).

¹⁰ Die Autor:innen werfen dabei auf, dass sie dies im Gegensatz zu Marx Analyse aufstellt, der „Stoffwechsel“ als „kapitalistisches Gleichgewicht“ begreift.

Durch die Integration eines bestimmten Teils der nicht bezahlten Sorgearbeit in die kapitalistische Produktionsweise findet -laut den Autor:innen- eine Amalgamierung (Durchmischung) unterschiedlicher Formen der Ausbeutung statt. Dies bedeutet, dass sich „hybride Verbindungen aus Lohnarbeit und vorkapitalistischer Arbeitsformen in unterschiedlich strukturierten Märkten herausbilden, deren „Stoffwechsel“ dominanten Akteuren Extragewinne verspricht“ (ebd.). Diese „Amalgamierung“ entwickelt sich somit durch die Differenzierung und Kombinierung unterschiedlicher Arten von idealtypischen Ausbeutungsformen, von der „freien Vertragsbeziehung“ der Lohnabhängigkeit und einer durch „außerökonomischen Zwang“ erzeugten Arbeitsform. Letztere konstituiert sich laut den Autor:innen, *„wenn symbolisch-kulturelle oder staatliche-politisch legitimierte Disziplinierungsmechanismen eingesetzt werden, um Innen-Außen-Differenzen mit dem Ziel zu konservieren, den Preis der Arbeitskraft oder den Lebensstandard sozialer Gruppen etwa mittels rassistischer oder sexistischer Abwertung deutlich unter das allgemeine durchschnittlich gewährleistete Lohn- oder Reproduktionsniveau zu drücken, oder auch, um Reproduktionstätigkeiten als unbezahlte Gratisressource nutzen zu können.“* (ebd.). Hierdurch findet eine kapitalistische „In-Wert-Setzung“ eines vormals als „unproduktive“ Tätigkeit gesehene Arbeit statt (Dück, 2018: S. 134).

Die Stärke des „Landnahme“ Konzeptes für die hier zu untersuchenden Fragestellung liegt darin, dass es einerseits „die Vielgestaltigkeit von Herrschafts- und Ausbeutungsbeziehungen“ als Erschwerung „kollektiver Identitätsbildung“ und Einschränkung der „Ausübung von Gegenmacht“ begreift, während dieser Prozess andererseits als „Kämpfe um Macht und Gerechtigkeit“ begreift, die „von sozialen Akteuren in feldspezifischen Bewährungsproben ausgetragen werden“ (ebd.: S. 115-120). Wie aber drücken sich konkret diese immensen Veränderungen im Gesundheitswesen aus? Wie ging darin die „Landnahme“ vonstatten?

2.2. Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Wie bereits erwähnt reiht sich die Ökonomisierung des Gesundheitswesens in diesem Rahmen ein, hat jedoch eine eigene Dynamik. Diese Dynamik hat einen widersprüchlichen Charakter, da mittels einer neuen Rentabilitätslogik versucht wurde staatliche Ausgaben zu

senken, während jedoch die letzten 30 Jahre durch ihr Gegenteil gekennzeichnet sind.¹¹ Diese sich widersprechenden Tendenzen lassen sich vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung des Sektors beleuchten. Hierbei geht es um eine Veränderung der Paradigmen dessen, was Johan Jürgen Rohde als „Generalkonflikt“ zwischen zwei Ansprüchen bezeichnete: *„einerseits die beste medizinisch-pflegerische Fürsorge zu leisten und dies andererseits unabhängig von der »Zahlungskräftigkeit der »Klientel« und mit Blick auf den »wirtschaftlich-finanziellen Bestand« des Krankenhauses zu erreichen“* (Rohde, 1974 In: Molzberger, 2020: S. 178).

2.2.1 Vorgeschichte zum DRG-System

Das Gesundheitssystem und das Recht auf eine Krankenversicherung besitzen in Deutschland eine weitreichende Tradition. Historisch greift die Geschichte der Gesundheitsversorgung bis ins 13. Jahrhundert, wo sie vor allem in Form von Pflegehospitälern in Klöstern ausgeübt wurde. Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts fand allerdings eine „Verstaatlichung“ von kirchlichen und privaten Krankenhäusern des Adels statt (Raupach, 2006: S. 2). Man könnte somit von einer ursprünglichen „Landnahme“ im klassischen Sinne sprechen, durch die der Staat kirchliches Eigentum enteignete, während der kirchliche Ursprung bis heute einen Einfluss auf die unterschiedlichen Berufsgruppen ausübt und die „Amalgamierung“ hinsichtlich des Berufsethos kennzeichnet.

Ihr historischer Wandel zur öffentlichen Daseinsversorgung wird vor allem auf Otto von Bismarck zurückgeführt, der 1883 mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“, das weltweit erste soziale Krankenversicherungssystem einführte.¹² Diese Maßnahme wurde einerseits als Antwort auf eine brennende Soziale Frage des frühindustriellen Kapitalismus verwendet und andererseits sollte sie dazu dienen die sich entfaltende politische Organisation innerhalb der Arbeiter:innenbewegung zu bremsen. Bereits zu ihrem Beginn zeigt sich, dass das Recht auf öffentliche Gesundheitsversorgung ein

¹¹ Siehe: Statista: Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2021. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5463/umfrage/gesundheitsystem-in-deutschland-ausgaben-seit-1992/> (Stand 24.10.2023).

¹² Der damalige Reichskanzler begründete dies mit folgenden Worten: „Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte“ (Paulus; Grubenmann, 2020: S. 33).

politisches Produkt sozialer Konflikte war. Weiter beschreiben Busse et. al.¹³, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) - die die finanzielle Grundlage des Gesundheitswesens bildet- trotz zahlreicher Reformen und Staatstypen, „durch ein hohes Maß an struktureller Kontinuität“ ausgezeichnet sei. Seit 1883 basiert es, laut den Autor:innen, auf denselben Grundprinzipien: 1. die Höhe der Versicherungsbeiträge gemäß dem Grundsatz der Solidarität auf der individuellen Zahlungsfähigkeit und dem Anspruch auf Leistungen gemäß dem Bedarf; 2. die gesetzliche Krankenversicherung ist als Pflichtversicherung konzipiert, bei der sich die Arbeitgeber an der Finanzierung beteiligen; und 3. beruht sie auf Selbstverwaltungsstrukturen (Busse et. al, 2017: S. 1).

Zu Beginn wurde dieses Recht ausschließlich auf gesonderte Teile der Arbeiterschaft beschränkt und erst über die Jahrzehnte - mit der Ausnahme der NS-Herrschaft- auf weitere Teile der Bevölkerung ausgeweitet.¹⁴ Bis 1936 funktionierten die Krankenkassen ökonomisch gemäß dem Geldleistungsprinzip¹⁵ und wurden daraufhin auf das Prinzip der Sachleistung, also der Gewährleistung einer stationären oder ambulanten medizinischen Versorgung umdisponiert (ebd. S. 3-4). Mit dem 1973 eingeführten „Leistungsverbesserungsgesetz“¹⁶ wurden diese Leistungsprinzipien gemischt. Zusätzlich wurde erstmals die finanzielle Beteiligung des Bundes festgelegt und bis 1982 ein „tripartitisches“ Finanzierungsmodell (GKV, Länder und Zuschüsse durch den Bund) verankert, eine wesentliche Veränderung, die allerdings im Beitrag keinen Platz fand (Illing, 2017: S. 47-53). Zu dieser Zeit verzeichneten viele Krankenhäuser hohe finanzielle Verluste und mit einem „drastische(n) Anstieg der GKV-

¹³ Die gesellschaftliche Position der Autor:innen dieses Textes sind im Zusammenhang mit dem weiteren Inhalt dieser Arbeit von Interesse: Prof. Busse ist einer der drei Direktoren des „Berlin School of Public Health“ an der Charité und Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin. (Charité). Dr. Blümel ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der von Prof. Blümel angeführten Fakultät an der TU (Technische Universität). Knieps ist Jurist, ehemaliger Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit und neben seiner Tätigkeit als Unternehmensberater, seit 2013 Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbands (Betriebskrankenkasse). Prof. Till Bärnighausen ist Mediziner und Direktor des Instituts für Globale Gesundheit des Universitätsklinikum Heidelberg.

¹⁴ Die Ausweitung fand laut Busse et. al. sukzessiv statt: „Im Jahr 1918 wurden Arbeitslose aufgenommen, 1919 wurde der Versichertenkreis auf nicht verdienende Ehefrauen und Töchter ausgeweitet, 1930 folgten andere direkte Familienangehörige und 1941 wurden auch Rentner miteingeschlossen.1 In der (westdeutschen) Bundesrepublik wurde die GKV 1972 für Landwirte, 1975 für Behinderte und Studenten sowie 1981 für Künstler verpflichtet.“ (Busse et. al., 2017: S.3).

¹⁵ Demnach zahlten die Krankenkassen eine finanzielle Entschädigung für medizinische Eingriffe (im Falle von Erkrankungen betrug dies eine Entschädigung bis zu 50% des Lohnes für maximal 13 Wochen), Todesfällen oder Geburten an ihre Mitglieder.

¹⁶ Dieses Gesetz schaffte unter anderem die zeitliche Begrenzung der Krankenhausversorgung ab und führte das Kinderkrankengeld und das Recht auf eine Haushaltshilfe für die Dauer eines stationären Aufenthaltes (ebd.).

Ausgaben“, fand erstmals eine Debatte über eine „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ statt (ebd.: S.3). Diese „Kostenexplosion“ entsprang jedoch nicht der Beteiligung vom Bund, sondern vor allem der Finanzierung mit den unzureichenden Pflegesätzen. Durch die Einführung der Bundespflegesatzverordnung 1986, welche die volle Kostenerstattung zugunsten einer „flexiblen Budgetierung“ ablöste, wurden „erstmals die „Entstehung von Gewinnen und Verlusten im Krankenhaus zugelassen“ (Simon in Molzberger: S. 186). Ebenso leitete die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahr 1993 „den nächsten Schritt hinzu »eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« (ebd.). Durch diese Maßnahmen wurde die bislang herkömmliche Art Mehreinnahmen zu generieren, „über die zeitliche Ausweitung des Aufenthalts der Patient*innen -der sog. Verweildauer- auf Grundlage tagesgleicher Pflegesätze“, durch ein „zunehmend unter der Maßgabe pauschalierter Sonderentgelte bzw. Fallpauschalen“ der „tatsächlich erbrachten Leistung“ ersetzt (Molzberger, 2020: S. 187).¹⁷

Die Strukturen der Selbstverwaltung¹⁸ spielten zu Beginn der staatlichen Gesundheitsversorgung eine bestimmende Rolle für die Konflikte innerhalb dieses Sektors. Die Einführung der GKV hatte diesbezüglich die Regelung, dass die Verwaltungsgremien der Krankenkassen von Vertretern der Arbeiter und Arbeitgeber gemäß ihrem Anteil an den Beiträgen gebildet werden.¹⁹ In dieser Regelung wurde allerdings das Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten nicht festgelegt, weshalb sie sich Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts organisierten und mittels Streiks oder dessen Drohung mehrere Forderungen erzielten.²⁰ Dies führte zu einer Fragmentierung zwischen der ambulanten Versorgung (unter dem Monopol niedergelassener Ärzte) und den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, die bis heute andauert (Busse et. al, 2017: S. 5-6).

¹⁷ Diese Veränderung wird im Beitrag und vonseiten politischer Unterstützer:innen unter dem Begriff des „Wettbewerbs“ beschrieben.

¹⁸ Das Prinzip der Selbstverwaltung wurde auch zu einer grundlegenden Säule des durch den Nationalsozialismus zerstörten deutschen Gesundheitssystem in der Nachkriegszeit. Dieses Prinzip setzte sich trotz der „Systemkonkurrenz“ in Zeiten der Teilung zwischen BRD/DDR ebenfalls - trotz gewisser Unterschiede- durch (ebd.: S. 5-6).

¹⁹ Dies sollte laut den Autor:innen die gewerkschaftlichen Vertretungen von Protest gegen die Regierung abhalten., aufgrund ihrer „Überhand“ in diesen Gremien und dem damit neu entstandenen „Feld politischer Aktivität“ (ebd.).

²⁰ Darunter fallen die „Berliner Konvention“, die gemeinsamen Kommissionen von Ärzten mit Krankenkassen vorsah und woraus die Selbstverwaltung die Ärzte als Berufsgruppe inkludierte, sowie der „Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, welches die Leistungen und die Sicherstellung der ambulanten Versorgung beschließen sollte (ebd. S. 5-6).

Ebenfalls findet im vorherigen Beitrag die historische Tragweite sozialer Kämpfe in diesem Sektor -bis auf die der Ärzteschaft- kein Platz. Die Problematik des „Pflegetnotstands“ löste beispielsweise bereits in den 80er Jahren eine gesellschaftliche Debatte aus, da die Selbstverwaltungsstrukturen dem Auftrag des Bundes ein neues Instrument zur Personalbedarfsermittlung zu entwickeln nicht nachkamen (Simon, 2014: S. 13-14).²¹ Daraufhin fand eine Protestbewegung von Krankenhausbeschäftigten statt, die vor allem von den Hauptberufsverbänden (ADS und DBfK) organisiert wurde, in der eine Reihe an Forderungen²² aufgestellt wurden, die offensichtliche Parallelen zu gegenwärtige Debatten aufweisen (Hackmann, 2011: S. 501). Der Höhepunkt der Bewegung fand 1989 zur Zeit der Tarifverhandlungen im Öffentlichen Dienst statt, bei der die Gewerkschaft „Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr“ (ÖTV) sich der Bewegung anschloss und wo am 28. Februar eine gemeinsame Demonstration in der Dortmunder Westfalenhalle stattfand, zu der sich 20.000 Pflegekräfte mobilisierten. Durch diese Mobilisierung erreichten die Beschäftigte einen „kurzfristigen Erfolg“, indem die tariflichen Forderungen der Lohnerhöhung und Zulagen erreicht wurden und 1990 die erste Pflegepersonalregelung (PPR) eingeführt worden ist (ebd.).²³ Hackmann zufolge fand in den 90er Jahren kaum Widerstand gegen dessen Rücknahme und den ersten Privatisierungsmaßnahmen statt, da die Konjunktur von steigender „Arbeitslosigkeit gekennzeichnet war und Pflegekräfte um ihren Job bangen mussten“ (ebd.).

Grundsätzlich kann man also historisch bezüglich des deutschen Gesundheitssektors folgendes feststellen: Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland zeigt sich als Konstante auf, durch unterschiedliche Krisenmomente und teilweise unabhängig von den unterschiedlichen politischen Regimen. Dieses Modell der Finanzierung hat allerdings durch seine Struktur der Selbstverwaltung, die historisch einen Wandel durchzog, eine Reihe an Konflikte generiert: zwischen Bund und Land, zwischen Krankenkassen und

²¹ Der Bund beauftragte 1981 die Selbstverwaltungsstrukturen damit auf, was diese in 50 Verhandlungsterminen zwischen 1983 bis 1989 -aufgrund divergierender Interessen- nicht erreichten (ebd.).

²² Darunter fielen eine „Leistungsbezogene Personalbesetzung, leistungsgerechte Löhne, eine pflegebezogene Arbeitsorganisation und qualifizierende Fort- und Weiterbildungen“ und die Ablehnung der „Anwerbung ausländischer Mitarbeiter und das soziale Pflichtjahr für Mädchen“ (ebd.).

²³ Dieses Instrument, welches zwar politisch nicht konsequent durchgesetzt wurde und dementsprechend eine niedrigere Zahl an neuen Vollzeitstellen erwies als vorgesehen, war eines der wichtigsten Erfolge, das jedoch 1996 aufgehoben wurde, dem ein starker Stellenabbau folgte (Simon, 2014: S. 16-17).

Krankenhausverbänden, aber eben auch zwischen dem Krankenhauspersonal und ihrem Arbeitgeber, der als Akteur durch den Staat in unterschiedlichen Formen erscheint. Diese letzte zentrale Dimension ist somit nicht „neu“, sondern besitzt eine gewisse Tradition vor allem seit Ende der 80er Jahre, die zeitweise aus den ökonomischen Umständen unterbrochen wurde. Zusätzlich wird im historischen Blick erkennbar, dass gegenwärtige Debatten über die Finanzierung öffentlicher Gesundheitsversorgung auf einer langen Erfahrung fußt, in der unterschiedliche Modelle verwendet wurden. Nicht zuletzt wird in dieser Dimension auch sichtbar, dass Schlagwörter, wie „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, „Veralterung“ oder „Personalbedarf“ ebenfalls eine Kontinuität haben.

2.2.2. Einführung und Problematiken des DRG-Systems

Das 2003 eingeführte „DRG-System“ bildet den realpolitischen Ausdruck der Ökonomisierung bzw. „Landnahme“ des deutschen Gesundheitswesens und folgte der Praxis, wie sie bis dahin bereits in den USA, Australien und anderen Ländern galt (Molzberger, 2020: S. 188). Das neue Prinzip „Das Geld folgt der Leistung“ sollte das Erreichen von Zielen wie, „eine Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung“, die „Kontrolle und Begrenzung der Gesamtausgaben“ und die „deutliche Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser und Betten“ gewährleisten (ebd. und Simon, 2018: S. 88-163).

Dieses Vergütungssystem wird in der fachinternen Debatte unterschiedlich interpretiert, z.B. als „marktanaloges Preissystem“ oder als System „verdeckter Gesamtvergütungen“ (Simon, 2018.: S. 8-12). Um dieses System in seinen Grundzügen zu verstehen muss berücksichtigt werden, dass es weiterhin dem seit 1985 gültigen Grundsatz der dualen Finanzierung folgt. Somit gilt: „Das DRG-System regelt insofern lediglich die Finanzierung der laufenden Betriebskosten.“ (ebd.: S. 24).

Die gesetzliche Form²⁴ dieses Systems beauftragt die drei Spitzenverbände (DKG, GKV und PKV) mit dessen Umsetzung. Diese vereinbaren entsprechend „in verschiedensten Verträgen alle erforderlichen Vorgaben für die Ausgestaltung und Umsetzung des DRG-Systems, z. B. den

²⁴ Hierrunter fallen das „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ (KHG) und das „Krankenhausentgeltgesetz“ (KHEntgG).

Fallpauschalenkatalog und die Bewertungsrelationen.“ Zur konkreten Durchführung dieser Aufgaben gründeten die Verbände das gemeinsam getragene „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK)“ (ebd.: S. 28). Dieses Institut berechnet jährlich auf Grundlage der durch sogenannte „Kalkulationshäusern“ übermittelten Daten, „die Vergütungen bzw. Preise für die einzelnen DRGs, indem es deren »Relativgewichte«²⁵ sowie Zu- und Abschläge²⁶ (...).“ Diese Relativgewichte werden dann zu einem „Basisfallwert“ addiert, welches die -in gleicher Form berechneten- „Landesbasisfallwerte“ und „der Summe der dort enthaltenen Kostengewichte“ auf Bundesebene verbindet (ebd.: S. 191). Der Wettbewerb beginnt dabei, wenn dieser Wert in Verbindung mit dem „Case-Mix-Index“²⁷ gezogen wird und anhand dessen Vergleiche zwischen den Krankenhäusern gemacht werden können. Daraus bilden sich „jährliche Leistungssummen“, welche „prospektiv (Hervorhebung des Autors) zwischen dem Krankenhaus und Krankenkassenvertreten verhandelt und im Rahmen des gültigen Krankenhaus- und Bettenplans festgesetzt“ werden (Molzenberg, 2020: S. 191-192). Über dieses Rechnungssystem werden ökonomische Gewinne und Verluste einer Vergleichbarkeit unterzogen, durch die „gut wirtschaftende“ Häuser gefördert und „schlecht wirtschaftende“ Häusern in Verhandlungen bestraft werden sollen.

Wie Molzberger erklärt wurde das DRG-System im ursprünglichen Sinne von Robert D. Fetter -einem Elektroingenieur und langjähriger Professor für Industrie- und Krankenhausmanagement- in den 60er und 70er Jahren entwickelt, um „ein Klassifikationssystem für Patient*innen“ aufzustellen, „das dem Krankenhausmanagement als Instrument der Qualitäts- und Kostenkontrolle“ dienen sollte. Es war somit der Versuch das, „was man in Industriebetrieben gemeinhin unter Produktivität bzw. Leitungsergebnis (Output) versteht“ (Molzberger, 2020: S. 189).

Dieses neue System der Umverteilung, wie es Simon nennt, führte entgegen der zuvor diskutierten Analyse von Busse et. al. zu erheblichen Veränderungen im System der

²⁵ Die „Relativgewichte“ geben die „Ressourcen- bzw. Kostenintensität der Fälle an, (...) die sich aus den notwendigen Diagnose- und Behandlungsschritten ergeben“ und „auf sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ beruhen (ebd.).

²⁶ Diesbezüglich schreibt Molzberger: „Zu- und Abschläge beziehen sich auf die durchschnittliche Aufenthaltszeit der Patient*innen, die sog. Verweildauer“ (ebd.: S. 191).

²⁷ Dieser Index gibt „die durchschnittliche Fallschwere aller behandelten Fälle pro Jahr für ein Krankenhaus an“ (ebd.).

gesetzlichen Krankenversicherung, die mit einem Fokus lediglich auf ihre Finanzierung durch die Krankenkasse, teilweise unsichtbar bleiben. Für die Fragestellung dieser Arbeit ist zusätzlich von herausragender Bedeutung, dass bereits vor Einführung des DRG-Systems wesentliche Reformierungen vorausgingen, wie z.B. die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 und die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips im Jahr 1993, die die Einführung des DRG-Systems vorbereiteten und diese Tendenzen bereits zuvor prägten. Hier wird der Prozess der Landnahme ersichtlich, der die „Vermarktung des Äußeren“ nicht durch eine einzelne Maßnahme, sondern als ein Prozess begreift.

3. Folgen und Antworten von Beschäftigten im Gesundheitswesen

3.1 Folgen des DRG-Systems für die Beschäftigten und Patient:innen

Die strukturellen Auswirkungen dieses neuen Vergütungsmodell waren im Wesentlichen folgende: „Kaum Krankenhausschließungen und Bettenabbau“, „Privatisierung“, „Verschlechterung der Arbeitsbedingungen“ und (Hinweise auf negative) „Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung“ (Simon, 2020: S. 16-17).

Die ersten beide Auswirkungen können in einem engen Zusammenhang gesehen werden. Die Krankenhauslandschaft hat durch das DRG-System, trotz der Zielsetzung des Stations- und Bettenabbaus -laut Simon- dieses Ziel verfehlt. Ein im Auftrag des GKV-Spitzenverband erstellte Gutachten zeigte, dass es zwar zahlreiche Schließungen gab, diese jedoch überwiegend über Zusammenschlüssen mit anderen Häusern zusammenhängen.²⁸ Ähnlich verhalte es sich im Hinblick auf die Bettenanzahl, die ebenfalls mehrheitlich statisch „verloren gingen“²⁹ (ebd.: S. 164-165). Parallel dazu führte die Einführung des DRGs einen „deutlichen Schub bei der Privatisierung vor allem kommunaler Krankenhäuser“, dies insbesondere in den 2000er Jahre, wo ein Zuwachs von 30% dieses Trägerschaftstyps stattfand. Statistisch gesehen führten beide Entwicklungen dazu, dass zwischen 2000 und 2017 der Anteil von öffentlichen

²⁸ Zwischen 2003 und 2012 wurden insgesamt 204 öffentliche Allgemeinkrankenhäuser weniger ausgewiesen, aber davon nur 74 tatsächlich geschlossen wurden (ebd.).

²⁹ „Zwischen 1991 und 2001 pro Jahr 1,5 Prozent der Betten abgebaut wurden“ und nach der Reform zwischen 2005 und 2017 nur noch 0,6 Prozent, wodurch „der Bettenabbau (seit Einführung des DRG-Systems) folglich nicht beschleunigt, sondern verlangsamt“ wurde (Simon, 2014: S. 229).

Allgemeinkrankenhäuser sank (von 37% auf 30%), während Private Träger ihren Anteil von ca. 22% auf knapp 37% ausweiten konnten (ebd.: S. 167).

Neben den (infra-)strukturellen Veränderungen und den zahlreichen technischen Mängeln dieses Systems³⁰, weisen sich zwei Aspekte als besonders wichtig für das Verständnis ihrer Auswirkungen auf das Krankenhauspersonal: Erstens berücksichtigt das DRG-System „ **weder Pflegebedarf noch Pflegeaufwand bei der Fallgruppenbildung und somit auch bei der Höhe der Fallpauschalen berücksichtigt**“ (Hervorhebung des Autors)“, wodurch die Vergütung unabhängig vom Pflegeaufwand berechnet wird. Zweitens Bestehen die Krankenhauskosten zu fast zwei Drittel aus Personalkosten, wodurch vor allem die Personalbesetzung darüber entscheidet, ob eine Klinik mit ihren Kosten über oder unter den Durchschnittskosten liegt. Somit „*bestraft das DRG-Fallpauschalensystem eine überdurchschnittlich gute Personalbesetzung mit Verlusten und belohnt Unterbesetzung mit Gewinnen.*“ (ebd.: S. 12-15). Diese Faktoren führten laut Simon „*wesentlich zum Stellenabbau im Pflegedienst bei und machte eine Verbesserung der chronischen Unterbesetzung innerhalb des Fallpauschalensystems unmöglich*“.³¹

Julia Dück argumentiert zusätzlich zu den strukturellen Veränderungen: „Die Zunahme bezahlter, professioneller Sorge sowie ihre Reorganisation im Neoliberalismus (...) geht demnach nicht nur mit einem Wandel der *Form*, sondern auch des *Inhalts* von sozialer Reproduktion einher.“ (Dück 2018: S. 132). Dieser Wandel des *Inhalts von sozialer Reproduktion* ist besonders an den „Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung“ zu erkennen. Simon stellt diesbezüglich -mit dem Hinweis auf eine mangelnde Datenlage³²- Untersuchungen dar, die einen (kleinen) Einblick in die Strukturqualität³³ und

³⁰ Hierrunter führt Simon die „Inhomogenität der Fallgruppen“, die „Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten“ und die „fehlende Repräsentativität der Kalkulationsstichproben“ (S. 13-16)

³¹ Konkret gab es zwischen 1995 und 2005 „einen Gesamtstellenabbau von ca. 85.000 Vollkräften“, von denen etwa die Hälfte dem Pflegedienst zuzuordnen sind, während der ärztliche Dienst um „ca. 19.000 Vollkräfte ausgebaut“ wurde (Simon, 2007: S. 3).

³² Siehe: Simon, 2018: S. 191-192.

³³ Hierzu zählt: „die personelle Ausstattung, die in die Anzahl des Personals und dessen Qualifikation zu unterscheiden ist, die bauliche und apparative Ausstattung sowie das eingesetzte Material, wie beispielsweise medizinisches Verbrauchsmaterial (z. B. Verbandsmittel, Handschuhe etc.), Arzneimittel und Implantate“ (Simon, 2018: S. 190).

Prozessqualität³⁴ im Pflege- und ärztlichen Dienst ermöglichen. Es lässt sich feststellen, dass die Veränderung der Strukturqualität im Pflegedienst gekennzeichnet durch den Personalmangel, einen Einfluss auf die Prozessqualität hat, die eine Unterversorgung der Patient:innen bedeutet bzw. mit Komplikationen einhergeht. Dies ist dann besonders schwerwiegend, wenn Pfleger:innen der Erkennung früher Komplikationen nicht nachkommen können oder präventive Maßnahmen (Prophylaxen) aufgrund des Zeitmangels teilweise vernachlässigen (müssen) (Simon, 2020: S. 193-204). Im Bereich des ärztlichen Dienstes wird vor allem von den Berufsverbänden kritisiert, dass „leitende Ärzte seit Einführung des DRG-Systems zunehmend unter Druck gesetzt werden, dafür zu sorgen, dass vorgegebene ökonomische Ziele erreicht werden“ (ebd.: S. 205). Diese „Kosten-Nutzen-Abwägung“ findet in allen Bereichen und Berufsgruppen statt, von der Aufnahme über die Diagnostik erwägt durch das entsprechende DRG bis hin zur Behandlung, wo „seit Einführung des DRG-Systems vermehrt medizinisch nicht notwendige Operationen durchgeführt“ werden und schlussendlich auch bei der Verweildauer bzw. Entlassung (ebd.: S. 210).

3.2. „Gewinner:innen und Verlierer:innen“ einer neuen Rationalität

Die makro-strukturellen Veränderungen des Umverteilungssystems haben -laut Simon- auch „unter den verschiedenen Beschäftigtengruppen und innerhalb einzelner Berufsgruppen „Gewinner“ und „Verlierer“ hergestellt (ebd.: S. 172).³⁵ Zu den Gewinnern dieser Transformation zählt der Autor die „Krankenhausgeschäftsführungen und Vorstände sowie die Chefärzte“ (ebd.). Als Gewinner:innen gelten diese vor allem in finanzieller Hinsicht, da das durchschnittliche Gehalt der Geschäftsführer:innen zwischen 2007 und 2017 um 50 Prozent (von 132.000 Euro auf 199.000 Euro) und bei Chefärzt:innen mit einem durchschnittlichen Gehalt von 288.000€ jährlich³⁶ noch höher gestiegen (ebd.: S. 173).³⁷

³⁴ Gemeint ist „die Art und Weise der Versorgung von Patienten und die Frage, ob dabei anerkannte professionelle Standards der Medizin, Pflege etc. eingehalten werden“ (gemessen an Leitlinien) (ebd.).

³⁵ Im Original wird dies nicht gegendert.

³⁶ Für diese Gruppe im Krankenhaus tragen besonders die sogenannten „variable“ Gehaltsanteile, wie „durch die Behandlung von Privatpatienten (Privatliquidation) und Bonuszahlungen für die Erreichung wirtschaftlicher Ziele“ zu diesem wirtschaftlichen Aufstieg (ebd.).

³⁷ Die Durchschnittswerte missachten die Unterschiede von Krankenhausgrößen und -typs sowie der Trägerschaft, dienen somit als grobe Referenz. (ebd.).

Zu den Verlierer:innen gehören die Servicebereiche³⁸ und der Pflegedienst. Im ersten Fall wurden gesamten Belegschaften „outgesourced“ oder an eigene Tochterunternehmen verlagert. Diese Mittel zum Kostensparen im Personal führt nicht nur zu Lohneinbußen und schlechteren Arbeitsbedingungen, sondern führt auch dazu, dass Krankenhäuser *„immer mehr in von einander getrennten Beschäftigtengruppen, Tarifbereiche, arbeitsrechtliche Vorschriften zergliedert werden“* (ebd.: S. 177). Der Pflegedienst wurde ebenfalls einem starken Personalabbau in den 90er- und insbesondere in den 2000er-Jahren ausgesetzt und getroffene Maßnahmen - wie z.B. die „Kappungsgrenze“- konnten zwar den Abbau bremsen und zu einer Tendenz steigender Personalzahlen führen. Allerdings hat sich die Unterbesetzung zu einem chronischen Zustand entwickelt, der wie Simon erklärt, im DRG-System inbegriffen ist (S. 179). In diesem Prozess der ökonomischen Umverteilung gehen jedoch mit den verschlechterten Arbeitsbedingungen auch soziale Folgen einher.

3.2. Soziale Folgen: konfliktbelastete Interaktionsverhältnisse

Robin Mohan stoß in Gesprächen mit Beschäftigten des Sektors darauf, dass diese nicht nur besonders den „Komplex aus Personalknappheit, zunehmender Arbeitsbelastung und daraus resultierendem Zeitdruck“ beklagten, sondern ebenfalls die daraus entspringende „Personalfluktuaton im Sinne eines Berufsausstiegs“ und die „notwendige Einarbeitung neuer Teammitglieder“ über die eine zusätzliche Arbeitsverdichtung entsteht (Mohan, 2019: S.267-270).

Diese „friktionsgeladenen Arbeitsbedingungen der Pflege“ drücken Mohan zufolge, die „Ökonomisierung der Krankenhäuser im Alltag des Pflegepersonals“, „die als objektiv gegeben erfahren werden“ (ebd.). Dies führt dazu, dass die unterschiedlichen Interaktionsverhältnisse („Pflege-Patient*innen“, „Pflege-Angehörige“, „Pflege-Ärzt*innen“ (sic), „Pflege-Vorgesetzte“ und „das Verhältnis der Pflegekräfte untereinander“) mit „Problemkomplexen“ versehen sind, die sich über eine Reihe an Konflikten artikulieren (ebd.: S. 209-225). Während die Patient:innen, das „zentrale Bezugspunkt der gesamten Zweckveranstaltung des Krankenhauses“ darstellen, wird den Pfleger:innen der Umgang mit ihnen nicht nur durch

³⁸Hierunter fällt das „klinische Hauspersonal, der Wirtschafts- und Versorgungsdienst, und der technische Dienst“ (ebd.).

„unangemessene Anspruchshaltungen“ - geprägt durch eine zunehmende Tendenz zu einem „Kundenverhalten“ - erschwert. Es sei vor allem die „Abwägung“ zwischen den Bedürfnissen „mehrerer Patient:innen“, die sich aus der Kombination erhöhter Nachfrage, Personalmangel und Zeitdruck ergibt, durch die Konflikte entstehen (ebd.: S. 210-214). Ebenfalls zeigt sich ein ähnliches Verhältnis zu den „Pfleger:innen“, für dessen Bedürfnisse die Beschäftigten zwar ein Verständnis zeigen, da sie sich „in Sorge um den Patienten“ befinden, jedoch aufgrund der zuvor erwähnten Arbeitslast, „häufig als Störfaktor“ gesehen werden (ebd.: S. 214-215).

Auf der Ebene der Belegschaft zeigte sich in den Interviews im „Pfleger:innen“ Verhältnis „ein positiver Horizont“, indem die Zusammenarbeit „zusammenfassend formuliert, in einer patient*innenorientierten (sic), interprofessionellen und tendenziell hierarchiefreien Kooperation“ besteht. Dem zugrunde liegt ein Verständnis für die ebenfalls „hohe Arbeitsbelastung“ der Ärzt:innen und darüber, dass die Pfleger:innen unerfahrene neue Ärzt:innen einarbeiten müssten, was die klassische berufliche Hierarchie durchbricht. Kontrastiert wird jedoch diese Tendenz von einer „geringen Wertschätzung, die sie seitens der Ärzt*innen (sic) erfahren“ (ebd.: S.216-218). Zusätzlich sehen die Pflegerkräfte „eine Differenz zwischen ihrer Patient*innenorientierung (sic), die auf dem unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen (sic) basiert und derjenigen der Ärzt*innen (sic), die vor allem mit der Kurve beschäftigt seien“ (ebd.). Bezüglich des Verhältnisses zu den Vorgesetzten zeichnet sich jedoch ein anderes Bild. Zwar wird auch diesbezüglich von den Pfleger:innen eine mangelnde Wertschätzung beklagt, die jedoch stärker mit der „Hierarchie innerhalb des pflegerischen Funktionskreises“ zusammenhängt. Die Basis der Pflege führt ihre Schichtarbeit „am Bett“ aus, wo sie „primär für die Versorgung der Patient*innen (sic) zuständig sind“ (ebd.: S. 219). Die vorgesetzte Stationsleitung³⁹ kann zwar auch „am Bett“ arbeiten, ihr Schwerpunkt rückt jedoch hin zu einer organisatorischen Tätigkeit. Diese Differenz zwischen der „am Bett“ arbeitenden pflegerischen Basis und einer „auf Station abwesenden“ Vorgesetzten führt laut Mohan zu einer „Entfremdung“, in der sie teilweise nicht mehr als „oberste Position im pflegerischen Funktionskreis“, sondern als „Arbeitgeber“ adressiert werden (ebd.: S. 218-222).

³⁹ Je nach Organisationsmodell der Station können weitere „Hierarchiestufen“ auftreten.

„Das Verhältnis der Pflegekräfte untereinander“ zeigt zwar ebenfalls Problemkomplexe, wie „Konflikte über die Aufteilung der Patient*innen“ oder über die „wechselseitigen fachlichen Ansprüche der Pflegenden untereinander“, die jedoch „nie der Teamstruktur selbst, sondern immer äußerlichen Ursachen zugerechnet werden.“ (ebd.: S.222-224).⁴⁰ Ein weiterer Faktor, den Mohan erwähnt, ist ein „Konflikt zwischen dem Pflegeethos der fürsorglichen Verantwortlichkeit auf der einen und einer Lohnarbeitsorientierung auf der anderen Seite.“ (ebd.: S. 223). Im Gegensatz zu Mohan, der nur eine „Entfremdung“ der Vorgesetzten gegenüber dem „Basis-Personal“ beschreibt, zeigen die beschriebenen „konfliktbelasteten“ Interaktionsbedingungen meiner Meinung nach eine weitergehende Art der Entfremdung als Ergebnis der kapitalistischen Landnahme. Diese werde ich im folgenden Unterkapitel anhand der Veränderungen im „Berufsethos“ zeigen.

3.3. Berufsethische Entfremdung

Die Veränderung des Berufsethos spielt im Zusammenhang mit der Ökonomisierung und den damit einhergehenden Problemen und Konflikten eine zentrale Rolle. Das Berufsethos der Pflege -als Hauptgruppe im Gesundheitssektor- ist historisch geformt durch ihre Entstehung aus kirchlichen Strukturen und ihre Ausübung im Privathaushalt (Senghaas-Knobloch; Kumbruck, 2008: S. 20). Demnach und aufgrund des sozialen Charakters dieser Arbeitsform, werden in ihr -innerhalb der Care Debatte(n)- zwei Dimensionen als Besonderheit zugeschrieben und zwar die einer besonderen *Rationalität* und ein spezifisches Verständnis von *Reziprozität*. Senghaas-Knobloch und Kumbruck führen dazu Kari Waerness Konzept der „Fürsorgerationalität“ an, die auf „Fachkenntnissen und Fertigkeiten als auch auf Lebenserfahrung und der Fähigkeit aufbaut, „sich in die Situation des Einzelnen hineinzusetzen“ (ebd. S. 20). Diese auf Empathie beruhende Rationalität, enthält zusätzlich das Prinzip der Reziprozität, welches -laut Christel Eckart- „durch die Akzeptanz der Beziehung“ geformt ist. Hierbei spielen eine Reihe an sozialen Abhängigkeiten, Vulnerabilitäten physischer und emotionaler Art sowie ambivalente Bedürfnisse individueller

⁴⁰ Gelöst werden diese über „den Rückgriff auf bestimmte Regeln oder „ungeschriebene Gesetze“ oder in Ausnahmefällen über „den Rückgriff auf die institutionalisierte Hierarchie“ in Form der Stationsleitung. (ebd.).

Art, eine entscheidende Rolle in der Formung des Berufsethos, wie es ihn sonst kaum im Dienstleistungssektor gibt (ebd.: S. 24).

Diesem Berufsethos werden durch die „Verberuflichung der Pflege“ im Zuge der kapitalistischen Landnahme neue Anforderungen entsprechend der neuen Rahmenbedingungen gestellt.⁴¹ Das „besondere Verständnis“ gerät dabei „durch neue Managementkonzepte und einen starken Kostensenkungsdruck in die *Defensive*. (eigene Hervorhebung)“ (ebd.: S.26-29). Die Analyse dieses Spannungsverhältnis fällt in der sozialwissenschaftlichen Analyse auseinander: das Berufsethos wird einerseits als „rationalisierungsresistent“⁴² bezeichnet, wobei andererseits ihre traditionelle Ideologie als „Liebesdienst“ „neoliberal mobilisiert“ werde (Aulenbacher et al., 2014/ Wolff, 2013). Der Begriff der „Entfremdung“ kann hierbei zusätzlich von Nutzen sein. Die „Fürsorgerationalität“ der pflegerischen Tätigkeit, die Mohan als Teil des „gebrauchswert-geleitetes Feld“⁴³ Krankenhaus versteht, unterliegt im kapitalistischen Gesundheitssystem dem Druck des Profits. Damit werden die Beschäftigten und ihr Berufsethos einer mehrdimensionalen Entfremdung⁴⁴ ausgesetzt:

1. Dimension, „fehlende Bestimmung über das Produkt“: Die Entfremdung gegenüber den Patient:innen, die von menschlichen Patient:innen zu „verdinglichten“ Waren in einem Abrechnungssystem werden.
2. Dimension, „fehlende Selbstbestimmung innerhalb der produzierenden Tätigkeit“: Die Arbeitsbedingungen und ihre Folgen werden problematisiert, jedoch als „objektiv gegeben“ erfahren.
3. Dimension, „Entfremdung zur Gattung“: Die Arbeit wird näher durch ihren „Lohnabhängigkeits“-Charakter bestimmt und ferner zur „Selbstentwicklung“.

⁴¹ Hierunter zählt Senghaas-Knobloch, das Prinzip „ambulant vor stationär“, die Kundenrolle der Patient:innen, die Dokumentation der Behandlung als „konfliktiver Umfeld verschiedener Interessen“ (Senghaas-Knobloch, 2014: S. 25-27).

⁴² Siehe dazu: Aulenbacher; Dammayr (2014): Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit. In: Aulenbacher et. al. (Hg.): Sorge: Arbeit,Verhältnisse, Regime, Soziale Welt, Sonderband 20. (S. 131).

⁴³ Gemeint ist damit ein Feld, welches ökonomisch den Prinzipien des subjektiven Bedarfs, statt der Generierung von Mehrwert und Profit folgt (Mohan, 2019: S. 189-195).

⁴⁴ Die verwendeten Dimensionen der Entfremdung stammen ursprünglich von Karl Marx (siehe dazu: Marx, 2009) und wurden zuletzt u.a. von Stephan Voswinkel weiterentwickelt (siehe dazu Voswinkel In: Böhle; Senghaas-Knobloch (Hg.), 2019).

4. Dimension, „Entfremdung zur eigenen Natur und der „Natur außer ihm“: Die Kernmerkmale leiblicher und emotionaler Empfindung geraten in den Hintergrund, während Fallkataloge und technisierte Instrumente bestimmend werden.
5. Dimension, „Entfremdung zu sich selbst“: Die zuvor genannten Dimensionen werden von den Beschäftigten letztlich auf individueller Ebene erlebt und konfrontiert sie mit zahlreichen Widersprüchen. Nicht selten mündet diese Dimension darin, dass die Pflegenden selbst zu Patient:innen werden.⁴⁵

Stephan Voswinkel greift Rahel Jaeggis „Reformulierung“ auf, um das marx'sche Konzept der Entfremdung weiterzuentwickeln und kommt zur Schlussfolgerung: „Die Fremdheit der Arbeit gegenüber ist also der Ausgangspunkt. Fremdheit kennzeichnet die Beziehung zur Arbeit, der Menschen ausgesetzt sind. Und Aneignung ist der Prozess, um diese Fremdheit zu überwinden.“ (Voswinkel In Böhle; Senghaas-Knobloch: S. 181). Die „kapitalistische Landnahme“ eignet sich somit nicht nur einen Bereich der Fürsorge zur Kapitalisierung an, es muss dafür die bestehende Subjektivität der Beschäftigten umwandeln und mittels einer „berufsethischen Entfremdung“ funktional machen.⁴⁶

Dieser Zusammenstoß zwischen Berufsbedingungen und Berufsethos verunmöglicht eine „Individualisierte Pflege“⁴⁷, für welche Uta Gaidys plädiert (Gaidys, 2021: 79). Im Gegensatz zu einer Individualisierung, welche sich an den Patient:innen orientiert, entwickelt sich durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems eine andere Art der Individualisierung und zwar hinsichtlich des eigenen Umgangs der Beschäftigten mit den bestehenden Problemen.

3.4. „Individuelle“ Antworten

⁴⁵ Siehe dazu: Jerich, Lisbeth (2008): Burnout: Ausdruck der Entfremdung. Graz, Grazer Univ.-Verl.

⁴⁶ Die feministische Autorin Tove Soiland schien bereits den Begriff der Entfremdung im Zusammenhang mit der kapitalistischen Landnahme erkannt zu haben, behandelt diesen jedoch nicht systematisch. Siehe dazu: Soiland, Tove (2018): Soziale Reproduktion und Neue Landnahme: ein feministischer Zugang. In: Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 38(150). Scheßlitz: Rosch-Buch Druckerei GmbH, S. 85-110.

⁴⁷ Darunter versteht die Autorin „einerseits die Fähigkeit, den Anderen, in unserem Fall den pflegebedürftigen Menschen, als einzigartiges Individuum mit individuellen Leiderfahrungen sehen und andererseits den das Individuum prägenden Lebensalltag erkennen zu können.“ (ebd.).

Der weitverbreitetste Umgang der Beschäftigten mit diesen Zuständen birgt sich ein in die Tendenz, die Voswinkel als „Individualisierung der Arbeit“ definiert: Sie ist nicht nur ein Aspekt der allgemeinen kulturellen Individualisierung, sondern ergibt sich aus den Flexibilisierungsprozessen in der Arbeit (Voswinkel In: Böhle; Senghaas-Knobloch: S. 173). Ein Ausdruck dieser Tendenz ist die zuvor genannte „Personalfluktuatation“. Eine Online-Umfrage des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) aus dem Jahr 2019 zeigte: „Mehr als jeder dritte Pflgende (35,2 %) hat in den vergangenen 12 Monaten darüber nachgedacht, den Beruf aufzugeben und eine andere Tätigkeit zu beginnen (Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, 2019: S. 5). Zeitgleich kommt eine andere Studie⁴⁸ zu dem Ergebnis: „Mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräfte stünden in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung – sofern sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern.“ Kontrastiert man diese Tendenzen miteinander sieht man, dass der Berufsausstieg (oder zumindest ihre Erwägung) und die Senkung der Arbeit auf Teilzeitstellen, einerseits die dominante Tendenz hinsichtlich der individuellen Antwort auf die Ökonomisierung bildet und andererseits über das massive Wiedereinstiegspotential nicht auf eine bloße Ablehnung staatlicher Sorgearbeit zu erklären ist.⁴⁹

Ebenfalls bildet die „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“ ein wichtiges Phänomen, welches dem Sektor eine individuelle Subjektivierung hin zu dem Phänomen des „Arbeitskraftunternehmers“ hinzufügt. Demzufolge entwickelt sich durch die „Deregulierung“ der Sozialordnung und der *Transformation von latenter Arbeitskraft in manifeste Funktionale* -besser gesagt externalisierte und individualisierte- Arbeitskraft ein neuer gesellschaftlicher Leittypus von Arbeitskraft. Dieser Typus zeichne sich durch „*Selbstkontrolle, Selbstökonomisierung und Selbstrationalisierung*“ aus (Voß, 2007: S. 98-99). Diese Tendenz wurde auch in qualitativen Interviews mit 20 Selbständigen der Pflegebranche sichtbar (Gather; Schürmann, 2013). Dabei wurden „Heterogene Effekte der Vermarktlichung von Pflegearbeit“ festgestellt, die in ihrer Typologisierung⁵⁰ nicht nur „eine Marktanpassung“ oder

⁴⁸ Siehe: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2019): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften.

⁴⁹ In beiden Studien umfassen diese Zahlen Pflege-Berufe, die nicht notwendigerweise im Krankenhaus verübt werden, wie z.B. Altenpflege, jedoch ist der Anteil in der Krankenpflege am stärksten, wodurch die absoluten Zahlen als relativer Anhaltspunkt genommen werden sollten.

⁵⁰ Zur Typologisierung siehe: (Gather; Schürmann, 2013).

Gewinnorientierung zugrunde hatten, sondern mehrheitlich „berufsethische Ansprüche“ als „wichtigen Schritt in die Selbständigkeit aufwiesen“ (ebd.: S. 236). Diese „individuelle“ Antwort ist somit ein Versuch der individuellen Wiederaneignung eines gefährdeten Berufsethos.

Der Übergang vom individuellen zum kollektiven Widerstand wird von Mark Bergfeld im Bereich der Altenpflege thematisiert. Hierbei argumentiert er für eine Interpretation des individuellen Abwanderns und des Abstentionismus („Krankmachen“) als Formen des individuellen Protests⁵¹ (Bergfeld In: Artus et. al., 2017: S. 215). Im Bereich der Krankenhäuser zeichnet sich wie dargestellt ebenfalls ein „individueller Protest“ aus, dem gegenüber durchaus kollektive Kampfbeispiele mittels gewerkschaftlicher Organisation als Alternative entgegenstehen. Im folgenden Kapitel soll basierend auf diesen Rahmenbedingungen die Untersuchung des Übergangs von „Häuserkonflikten“ zum „sektoralen Kampf“ erfolgen. Dazu lässt sich aus dem später behandelten Buch zur Berliner Krankenhausbewegung ein Zitat anführen, welches den gezeichneten Gegensatz widerspiegelt:

*„Es gibt viele, die einen individuellen Umgang und Ausweg aus dieser Misere suchen und wählen. Sie reduzieren ihre Arbeitszeit, kommen ins Burnout, verlassen den Beruf ganz. Auch diese Geschichten kennen viele. Was wir aber brauchen, ist eine kollektive Veränderung. Es braucht Mehrheiten, um zu verändern und dann zu gewinnen. Und diese Mehrheiten müssen von unten kommen und demokratisch sein - im Team, im Betrieb, in den Krankenhäusern, in der Stadtgesellschaft. Mit Stellvertreter*innenpolitik (sic) und Gesprächen im Hinterzimmer kommen wir nicht mehr weiter, auf keiner dieser Ebenen, und vor allem nicht in der Gewerkschaft.“* (Habekost et. al., 2022: S. 13).

4. Vom „Häuserkonflikt“ zum sektoralen Kampf am Fallbeispiel Berlin

4.1. „Häuserkonflikt“ an der Charité

⁵¹ Sie seien jedoch als kollektives Phänomen angesichts mangelnder gewerkschaftlicher und betriebspolitischer Alternativen zu verstehen (ebd.).

Die genannten strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems haben auch weitere Veränderungen hervorgebracht, wie Ingrid Artus erklärt: *„Im Prozess dieser Transformation wachsen folglich Widersprüche der sozialen Reproduktion an; zugleich werden diese verstärkt zum Ausgangspunkt gesellschaftlicher Auseinandersetzungen. Insbesondere in Bereichen bezahlter Tätigkeiten der sozialen Reproduktion lassen sich zunehmend mehr Konflikte um die Ausgestaltung von (Arbeits-)Bedingungen ebenso wie um die Folgen profitförmiger Reorganisation konstatieren“* (vgl. Artus et al., 2017).

Derartige Konflikte fanden über die letzten Jahre vermehrt an der Berliner Charité statt, beginnend mit dem Kampf um den Tarifvertrag „Gesundheitsschutz“. Diesen Konflikt möchte in diesem Teil der Arbeit als „Häuserkonflikt“⁵² analysieren. Die Grundlage hierfür sehe ich in der nötigen Unterscheidung zu dem „sektoralen Konflikt“, das 1) quantitativ eine höhere Dimension betrieblicher Fläche und Anteil der aktiven Belegschaft umfasst und 2) qualitativ am Charakter ihrer Forderungen, die sich im „sektoralen Kampf“ stärker an politische Institutionen richten.

Die Charité ist nicht nur aufgrund ihrer hier im Fokus untersuchten Kämpfe von soziologischem Interesse, sie seit langem als Symbol für „das Krankenhaus“ als gesellschaftliches Phänomen gilt. Es ist das personalreichste Uniklinikum Deutschlands (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2020). Nach ihr wurde eine „Emmy nominierte“ Fernsehserie entwickelt, an der Schlüsselmomente deutscher Geschichte mit Medizingeschichte in Verbindung gebracht werden (IMdB, 2020). Die Charité verkörpert zusätzlich in besonderer Art und Weise die zuvor beschriebene Ökonomisierung des Gesundheitswesens, trotz anhaltender Trägerschaft durch das Land Berlin: *„Since 2003, the Charité has been headed by a full-time board of directors. The Charité is radically breaking the decades of tradition in hospital administration, in order to increase efficiency and transform the public delivery institution into an autonomos public ‘entreprise’ (sic) able to compete in the market. Interviews at the Ministry of Health have suggested that, together with hospitals in Hamburg, the Charité illustrates at best the new managerialism adopted in German public*

⁵² Becker et. al. Bezeichnen diese als „Häuserkämpfe“ (siehe: Becker et. al. In: Artus et. al. 2017: S. 265). Ich spreche hier von „Konflikt“ statt „Kampf“ da diese Kategorie die „konfliktbelasteten Interaktionsverhältnisse“ besser analytisch aufgreifen kann.

hospitals.“ (Mattei, 2009: S. 88). Diese „Vorhut“ eines neuen „Managerialismus“ wurde -wie sich zeigen wird-, von Seite der Beschäftigten in besonderer Weise aufgegriffen.

Ein erster Einblick darin liefert die „Dokumentation einer Veranstaltung zum Pflegestreik an der Charité“⁵³, in der Ulla Hedemann, eine dort arbeitende Kinderkrankenschwester und Teil der Betriebsgruppe, über die Auseinandersetzungen und ihrer Erfahrung darin selbst zu Worte kommt. Zum Charakter von Krankenhäusern wirft die Kinderkrankenschwester darin einen kritischen Blick auf: „Eigentlich sind es öffentliche Träger, oder sollten es öffentliche Träger sein, die zur Versorgung kranker Menschen da sind, (...) aber doch sind die meisten Krankenhäuser mehr Wirtschaftsunternehmen, Fabriken, wie auch immer man es nennen will, Ware Gesundheit“ (Hedemann et. al. 2017: S. 117). Angesichts der weitverbreiteten - ökonomischen- Verluste: „Am Personal kann man sparen, das ist so das Einzige.“ (ebd.). Ihre persönliche Erfahrung stimmt somit mit der zuvor dargestellten Analyse Simons überein.

Der ökonomisierte Charakter führte jedoch zu einer „Revolutionierung“ der Kampfmittel an der Charité, wo 2011 im Kampf um eine Lohnangleichung des Haustarifvertrags an den öffentlichen Dienst⁵⁴ erstmals eine „neue Strategie“ durch „Betten- und Stationsschließungsstreiks“ statt „Delegationsstreiks“ ausprobiert wurden. In den 1990er Jahren wurden Tarifaueinandersetzungen an den Krankenhäusern mittels „Delegationsstreiks“ organisiert, worin einzelne Kolleg:innen als Delegierte die Arbeit niederlegten. Diese Streikform bedeutete einerseits eine zusätzliche Belastung für „die draußen“ auf Gewissensebene und für „die drinnen“ Überlastung durch Mehrarbeit bei weniger Personal produziert wurde. Es führte andererseits auch dazu, dass die Arbeitgeber in dieser Form kaum ökonomische Schäden trugen. Im Gegensatz dazu konnte mittels einer „Notdienstvereinbarung“, in der die Arbeitgeber etwa eine Woche zuvor exakte Angaben der bestreikten Stationen erhielten, die Verantwortung zur Versorgung während des rechtmäßigen Streiks übergeben werden. Dadurch konnte nicht nur eine deutliche

⁵³ Die besagte Veranstaltung fand am 13. Juli 2016 in Nürnberg statt. Ihre Verschriftlichung wurde - laut einer Fußnote im Text- von Lukas Worm aufgenommen und transkribiert, von Ulla Hedemann Korrektur gelesen und redaktionell von Ingrid Artus bearbeitet.

⁵⁴ Das Motto der damaligen Streikbewegung lautete „300 Jahre- 300 Euro“, womit versucht wurde das 300. Jahrestag der Gründung des Krankenhauses mit dem Lohnunterschied zum öffentlichen Dienst zu symbolisieren (S. 121).

Lohnerhöhung erzwungen werden, es konnte zudem auch fast die Hälfte des Hauses lahmgelegt werden (Hedemann, 2017: S. 121-123).

Mit dieser neuen Streikstrategie konnte somit eine doppelte Wirkung erzielt werden: Das Personal konnte ihre eigenen Ziele erringen und dabei eine stärkere Mobilisierungskraft entwickeln, während gleichzeitig die Verantwortung für die Folgen des Streiks nicht mehr ausgebadet, sondern im Gegenteil auf die Arbeitgeberseite abgewälzt wurde. Dieser letzte Punkt ist deshalb so zentral, da es den traditionellen Berufsethos herausfordert, bei dem das Krankenhauspersonal alleine für die Patient:innen verantwortlich ist. Diesbezüglich sprach Luigi Wolff von einer „neuen Produktionsmacht lohnabhängiger Care-ArbeiterInnen (sic)“ (Wolff, 2013).

Die Beschäftigten stellten nach diesem Erfolg jedoch mittels einer „Mitarbeiter:innenbefragung“ fest, dass die Arbeitsbedingungen -trotz Lohnerhöhung- immer schlechter werden. Wie stand dabei dieser Zustand schlechter Arbeitsbedingungen und die Patient:innenversorgung im Zusammenhang? Hedemann sieht dabei die zeitlichen Probleme (Überstunden und wenig Zeit für Behandlungen) im Zentrum und erklärt: „Das sind alles Sachen, die uns krank machen und wo wir sagen: So kann man eigentlich keine gute Pflege mehr gewährleisten- für beide Seiten.“ (Hedemann, 2017: S. 121-123). Das Muster ist erkennbar: Die schlechten Arbeitsbedingungen werden in enger Verbundenheit mit den Auswirkungen auf die Versorgung der Patient:innen gesehen.

Diesem Zustand entgegen begann sich die ver.di Tarifkommission⁵⁵ der Charité dem Kampf für mehr Personal vorzubereiten und entwickelte das Motto „Mehr für uns ist besser für alle“. Dieser sollte den integralen Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Versorgung vermitteln. Die Arbeitgeber:innenseite, versuchte dies juristisch zu verbieten, scheiterte jedoch nach 2 Jahren⁵⁶ wodurch der Spruch „Die unternehmerische Freiheit endet da, wo der Gesundheitsschutz beginnt“ unter Kolleg:innen popularisiert wurde (Lützkendorf, 2022: S.

⁵⁵ Die Tarifkommission ist „das zentrale Gremium für die gewerkschaftliche Arbeit“, der den Auftrag hat die Tarifforderungen zu beschließen, die Tarifverhandlungen zu führen und über das Ergebnis zu entscheiden (Schenkenberg In: Habekost et. al., 2022: S.84).

⁵⁶ Wiederlegt wurde dies 2013 durch den wissenschaftlichen Dienst des Bundestags und 2015 durch das Berliner Verhandlungsgericht (siehe dazu: ebd.).

26). Dies ermöglichte das konzipierte Motto in eine Praxis zu verwandeln, die im Jahr 2015/2016 in einem zehntägigen Erzwingungsstreik mündete. Dieser Erzwingungsstreik führte zu einem Eckpunktepapier, welches als „Kernziel“ festlegte, „dass das Personal den Patienten und ihren Anforderungen folgt.“ (Kunkel, 2016: S. 264). Der neue Vertrag etabliert für alle Beschäftigtenbereiche ein System von Personalmindeststandards, über das Belastungen angezeigt werden können, zu denen der Arbeitgeber wird verpflichtet, Maßnahmen zur Entlastung⁵⁷ einzuleiten und diese mit einem konkreten Zeitplan zu hinterlegen.⁵⁸

Dieser Erzwingungsstreik wurde erneut mittels der Notdienstvereinbarung möglich, deren Erfolg -so Hedemann- auf drei weitere Faktoren zurückzuführen sind, die dem als Vorbereitung vorausgingen: das Tarifberatermodell, das Unterstützungsbündnis und eine Politisierung. Das „Tarifberatermodell“ wurde nach einem ersten gescheiterten Versuch der Streikbewegung im Jahr 2014 entwickelt, da an diesem Jahr eine Schlichtung, dem die Tarifkommission zustimmte, zu einem enttäuschenden Ergebnis führte⁵⁹. Aus diesem Grund beschloss die ver.di Betriebsgruppe vorbeugend mittels des „Tarifberatermodells“ eine stärkere Verbindung zwischen der Basis (Beschäftigte) und der Führung (Verhandlungsdelegation von ver.di Hauptamtlichen und ehrenamtliche gewählte Basisvertreter:innen) zu schaffen. Dieses Modell basiert auf „Tarifberater:innen“ an unterschiedlichen Stationen, die dafür persönlich von gewerkschaftlichen Aktiven angeworben werden, um ihre Station in Gesprächen mit der Tarifkommission in der Auseinandersetzung einfließen zu lassen. Hierbei wurden den Tarifberater:innen Schulungen angeboten, um ihnen ein besseres Verständnis über das System zu ermöglichen, was letztlich nötig war um die „nicht einfache Realisierung der Forderung nach mehr Personal“ besser in Angriff zu nehmen (Hedemann, 2017: S. 125).

⁵⁷ Der Arbeitgeber ist verpflichtet, auf zwei Wegen zu reagieren: Entweder indem dem Bereich Personal zugeführt wird, oder indem die Arbeitsleistung in dem Bereich reduziert wird. Die pflegerische Leitung soll per Tarifvertrag das ausdrückliche Recht erhalten, in Absprache mit der ärztlichen Leitung Betten zu sperren (ebd.).

⁵⁸ Zusätzlich wird dieser dazu verpflichtet, gegenüber den Arbeitsbereichen regelmäßig das Soll/Ist-Stand der Personalmindeststandards sowie den Stand von klassischen Belastungskennziffern (Krankenstand, Saldostunden) zu kommunizieren. Eine Unterschreitung der Standards kann von den Beschäftigten als Überlastungssituation angezeigt werden, für deren Überwachung ein Gesundheitsausschuss gebildet wurde (ebd.: S. 265).

⁵⁹ Das Ergebnis war ein „Kurzzettarifvertrag“ mit einer Laufzeit von einem halben Jahr und 80 zusätzliche Stellen (Hedemann, 2017: S. 124).

Die Beschäftigten wurden zusätzlich von einer weiteren Front unterstützt und zwar aus dem Mitte 2013 gegründeten Unterstützerbündnis „Berlinerinnen und Berliner für mehr Krankenhauspersonal“. Dieser „Zusammenschluss aus mehreren linken Gruppen, ver.di und kleinen Organisationen (...)“, hat eine Reihe an Aufgaben im Kampf übernommen: Das Bündnis hatte sich zur Aufgabe gestellt die Beschäftigten in und vor den Auseinandersetzungen zu motivieren und „von außen mit zu informieren“. Letzteres betraf auch die Patient:innen und die Öffentlichkeit für die Seite der Beschäftigten zu gewinnen, was diese selber vor allem aufgrund der „Wahrung der Unternehmensinteressen“ verweigert wird (ebd.: S. 126).

Julia Dück argumentiert in ihrer Untersuchung des Kampfes, dass dieser neben der Veränderung im Personalschlüssel und in den Kampfmethoden zusätzlich eine „Kritik an den herrschenden Bedingungen“ aufgemacht hätte. Sie greift dabei die Debatte zum Berufsethos auf und stellt -in Verbindung mit dem Motto der Kampagne- fest: „„Aufgrund von Erschöpfung und unbezahlten Überstunden, der Verdichtung und Rationalisierung der Arbeit sowie der Missachtung eines weiblich* konnotierten (sic),Pflegethos‘ klagen sie (Arbeits-) Bedingungen ein, die es erlauben, den Bedürfnissen der Patient*innen und dem eigenen Anspruch der Pflegekräfte an ihre Arbeit gerecht zu werden.“ (Dück, 2018: S. 133-134). Hier zeigen sich mehrere Dimensionen des Konfliktes über das Berufsethos und gegen die Entfremdung: die „Objektivität“ der Arbeitsbedingungen und der Unmöglichkeit des Streiks werden praktisch in Frage gestellt, während die Patient:innen und die Öffentlichkeit als aktive Subjekte im Konflikt adressiert/ miteinbezogen werden.

Weiter erklärt Dück, dass im Zuge dieser Auseinandersetzungen zwar ein Widerstand gegen die Veränderung der Rahmenbedingungen stattfindet, die politischen und ideologischen Veränderungen fast unbemerkt verallgemeinert werden und sogar auf Zuspruch stoßen. Der Professionalisierungsdrang, der zu einer gesellschaftlichen Aufwertung des Berufes führt, würde hier „in Abgrenzung zu einer scheinbar überkommenen Vorstellung „fürsorglicher Pflege“ gefördert, die dem traditionellen Berufsethos entspricht. Dück argumentiert angesichts dieser Tendenz, dass -aus Sicht einer feministischer Klassenpolitik- die Notwendigkeit besteht, die Forderung nach einer Personalmessung zwar als Angriff gegen neoliberale Transformationen zu unterstützen, jedoch eine Trennung zwischen „medizinischer und technischer“ und „fürsorgliche“ Pflege letztlich „ein neoliberales

Reproduktionsmodell zu stabilisieren droht.“ In diesem Sinne warnt Dück davor, dass im bestehenden System die Personalbemessung aufgegriffen werden könnte, während bestimmte Bereiche ausgegliedert oder runtergespart werden könnten und anhand der ideologischen Trennung im Personal selbst legitimiert werden könnte (ebd. S. 134-137).

Diese Warnung offenbart ein wichtiges Indiz bezüglich der möglichen Weiterentwicklung von Kämpfen in diesem Sektor und entspricht dem was zuvor als „soziale Entfremdung“ diskutiert wurde, trifft jedoch analytisch im Falle der Charité nicht zu. Die Frage des Outsourcings spielte im Konflikt der Charité eine besondere Rolle, die jedoch in beiden Darstellungen fehlen. Wie die Intensivpflegerin Dana Lützkendorf erklärte, wurde im Zuge der „Ausgliederungswelle von sogenannten patientenfernen Bereichen“ auch die „Charité Facility Management“ (CFM) 2006 als Tochterunternehmen der Charité gegründet, womit Beschäftigte der Reinigung, Speisenversorgung, Wäscherei, etc. vertraglich externalisiert wurden (Lützkendorf In: Habekost, 2022: S. 23). Dies führte zu „absurde(n) Situation, dass Alt-Beschäftigte, die noch bei der Charité direkt angestellt sind – die sogenannten „Altangestellten“ – für exakt gleiche Tätigkeiten deutlich mehr Gehalt beziehen als ihre bei der CFM angestellten Kolleg*innen, die keinen Tarifvertrag haben und zu Niedriglöhnen beschäftigt sind“ (Arslan, 2021). Diese „ougesourcten“ Beschäftigten wandten sich 2011, zeitgleich zum Kampf der Beschäftigten im Haustarifvertrag, dem Kampf um ihre Wiedereingliederung und führten einen 13-wöchigen Streik durch, ohne ein Ergebnis zu erlangen, was womöglich ihre Ausblendung in der genannten Literatur erklären könnte. Die Beschäftigten der CFM bilden gewissermaßen „die betriebliche Reproduktionsarbeit zur medizinischen/pflegerischen Sorgearbeit“, die jedoch außerbetrieblich finanziert wird, was eine Schwächung ihrer Kampfkraft bedeutet. Die Zergliederung des Personals in unterschiedliche Vertragstypen wurde somit ebenfalls zu einem Kampffeld, der in der späteren Krankenhausbewegung von zentraler Bedeutung sein wird.

Zusätzlich muss betont werden, dass nicht nur „die absoluten Verlierer“ der Ökonomisierung an der Charité Kämpfe geführt haben. Im Jahr 2006 streikten Assistenzärzt:innen bundesweit drei Monate lang für eine „dreißigprozentige“ Gehaltserhöhung. Im Zuge dieses Streiks findet sich in Helmut Martens Untersuchung eine interessante Aussage eines Vertreters des Marburger Bunds: „Außerdem hätten sie mit dem einwöchigen Streik im Sommer 2005 an der

Charité in Berlin ein „Testgebiet gehabt, auf dem wir üben konnten.“ (Martens, 2008: S. 34). Erneut zeigt sich, dass für diese Berufsgruppe die Charité eine besondere Erfahrungsmöglichkeit darstellte. Martens stellt in einem kurzen Exkurs zum Abstieg der Berufsgruppe durch das DRG-System neben weiteren Ursachen eine Metapher auf, die in diesem Kontext von großer Bedeutung ist: „Vom „Halbgott in Weiß“ zum „Facharbeiter in der Gesundheitswirtschaft“ (ebd.: S. 20). Man sieht, dass diese Gruppe im Krankenhaus zwar eine besondere „privilegierte“ Stellung gegenüber dem Rest der Belegschaft besitzt, nicht destotrotz als „relative Verlierer“ gesehen werden können, was ihre Mobilisierung erklären könnte.

Kalle Kunkel, Historiker und ver.di Sekretär, sieht in diesem Konflikt ein „Kampf gegen die Burnout-Gesellschaft in Zeiten der Digitalisierung“ (Kunkel, 2016). Hierbei stellt er eine Kritik am „post-tayloristischen“ Modell, wie es Voswinkel nennt, der „indirekte Steuerung“ der Arbeit über das DRG-System mittels digitaler Infrastruktur, durch die von den „Beschäftigten nicht mehr nur die Erbringung der vertraglich geschuldeten Arbeitsleistung“ verlangt werden, sondern wodurch „sie direkt für das Erreichen der unternehmerischen, insbesondere der Renditeziele“ verantwortlich zu machen“ (ebd.: S. 254/ Voswinkel In: Böhle; Senghaas-Knobloch, 2019: S. 170). Die Erreichung des Tarifvertrags leite dabei „kein Automatismus zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen“, sondern hätte „den Beschäftigten v. a. verbesserte Instrumente an die Hand geben, um für bestimmte Arbeitsstandards zu kämpfen“ (ebd.). Dies zeigt indirekt eine weitere Ebene des Kampfes gegen die „Entfremdung“ zum Berufsethos dar, indem die kapitalistische Rationalisierung und Planung zu einer Planung gemäß dem Personalbedarf der Beschäftigten umgestaltet wird, die zur Selbstbestimmung über die Arbeitsbedingungen für sich und für ihre Vorstellung der Patient:innenversorgung führt.

Zusammengefasst wird deutlich, dass der „Häuserkonflikt“ an der Charité selbst eine Vielzahl an Kampferfahrungen in den 2000er und 2010er Jahre gemacht wurden, die von unterschiedlichen Berufsgruppen in jeweils unterschiedlichen Tarifverträgen gemacht wurden. Ebenfalls wurden über die Aneignung neuer Kampf- und Organisierungsmittel und der Forderung nach mehr Personal nicht nur neue Regelungen im eigenen Sinne eingeführt, sondern auch mehrere Dimensionen der Entfremdung herausgefordert. Der Streik von 2015/2016 war dabei der Höhepunkt, da es eine neue Streikform etablierte, die Grenzen der

Spaltung in der Belegschaft jedoch nicht überwand, was den „häuslichen“ Charakter der Kämpfe ausmacht.

Für die Untersuchung des Übergangs von diesen Häuserkonflikten zu einem sektoralen Kampf ist es allerdings nötig die lokale Ebene zu verlassen und die zwischenzeitigen bundesweiten Versuche flächendeckender Kampagnen für einen „Tarifvertrag-Entlastung“ zu betrachten.

4.2 Exkurs: sektorale Kampagne für ein TV-E im Saarland:

Ein wichtiger Erfahrungsschatz hin zum sektoralen Kampf in Berlin zeichnete sich im Saarland ab, wo 2016/2017 erstmals eine Kampagne für ein „Tarifvertrag Entlastung“ ausprobiert wurde. Win Windisch, ver.di Sekretär der Region, beschrieb diese Erfahrung im Zusammenhang mit dem Kampf an der Charité. Ihm zufolge übernahmen die saarländischen Krankenhausbeschäftigten ab Mitte 2016 „für etwas mehr als ein Jahr die bundesweite Vorreiterrolle von der Charité“, was nach dem Abschluss an der Charité im Mai 2016 in einem gemeinsamen Treffen bildlich sichtbar wurde, als sie „symbolisch den Staffelpstab der Bewegung an eine saarländische Delegation“ übergaben (Windisch, 2017: S. 130-131). Die Krankenhauslandschaft im Saarland behält eine besondere Eigenschaft, da die Hälfte der 22 Häuser unter kirchlichen Trägern stehen. Die Kampagne konnte allerdings deshalb einen Erfolg verzeichnen, da die Konkurrenzsituation zwischen unterschiedlichen Trägern nicht übernommen, sondern in ihr Gegenteil verwandelt wurde, sodass die gestellten Forderungen (nach mehr Personal und besseren Arbeitsbedingungen) landesweit und Unabhängig von den Trägern gestellt wurden (ebd.: S. 131).

Windisch beschreibt zusätzlich das Teamdelegierten Modells als „Dreh- und Angelpunkt der Kampagne“, aus dem eine „neue Solidaritätskultur“ entstünde (ebd.: S. 132-142). Diese Aspekte stammen nach Windisch aus der bewussten Erschließungskampagne von ver.di, die die „Alltagskooperation“⁶⁰ als vorhandene Selbstorganisation versteht und aus dieser inneren Dynamik der Arbeit, die Dynamik der Organisierung und Mobilisierung ableitet. Zusätzlich

⁶⁰ Hiermit meint Windisch die innere Dynamik des Arbeitsalltags und dessen sozialen Faktoren, wie Grad der Teamarbeit, funktionale und soziale Rolle einzelner Arbeitskräfte in der Arbeitsteilung, Umgangsformen mit anderen Berufsgruppen (wie Ärzte), etc. (S. 141).

wirft er Aspekte auf, die eher dem „Privaten“ zugeordnet werden könnten, wie es in der Rolle von Sozialen Medien -in diesem Falle Facebook- zu finden ist, die dazu dienten die Kampagne in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, aber zudem auch ein Mittel zum selbstorganisierten Auftreten wurde (ebd.).⁶¹ Weiter diskutiert der Autor, ähnlich wie Dück im Falle der Charité, dass die Rolle des Berufsethos, die dem Kampf um bessere Bedingungen für die Beschäftigten und insbesondere für die Patient:innen funktional ist. Ebenfalls spielten Unterstützungskreise eine wichtige Rolle wie das „BürgerInnenbündnis (sic) Saarbrücker Apell für mehr Pflegepersonal“⁶² (Windisch, 2017: S. 131-133). All diese Faktoren ermöglichten die Erringung des Tarifvertrags Entlastung im Saarland, sind jedoch nicht allein durch die Initiative im Jahr 2016/2017 möglich gewesen, sondern fußten ebenfalls auf „Häuserkonflikten“ in der Vergangenheit.⁶³

Wie dieser Exkurs zeigt, beruht der erste sektorale Kampf um einen „Entlastungstarifvertrag“ auf einer Reihe an Vorerfahrungen in einzelnen Häusern sowohl lokal, als auch durch andere Vorreiter, wie durch die Charité in Form neuer Kampfmethoden und -strategien. Somit wird ersichtlich, dass der Kampf von 2013 und vor allem 2015 an der Charité eine bundesweite Ausstrahlung hatte und an anderen Orten ebenfalls nachgeahmt wurde. Zusätzlich fanden in anderen Bundesländern ähnliche Kampagnen, wie z.B. in Baden-Württemberg, die „jedoch nicht über die Regelung der Charité hinausgingen bzw. gerade bei der Kernfrage der Personalbemessung sogar dahinter zurückblieben.“ (Kunkel In: Habekost et. al., 2022: S. 95). Dies macht den Blick auf die Weiterführung in Form der Berliner Krankenhausbewegung umso nötiger.

4.3 Die „Berliner Krankenhausbewegung“: ein sektoraler Kampf

⁶¹ Beispielsweise wurden Fotokampagne aus unterschiedlichen Stationen und Häusern gestartet (ebd.).

⁶² Die Besonderheit dieses Bündnisses lag darin, dass sich viele kirchliche Akteure - erstmals individuell im Falle von Seelsorgern oder Priestern und später wichtige Organisationen wie die „Katholische Arbeitnehmerbewegung“ oder das „Arbeitnehmerflügel (sic) der CDU“ daran beteiligten (ebd.).

⁶³ „Punktuell bestehen seit vielen Jahren auch aktive gewerkschaftliche Strukturen. So war das Klinikum Sulzbach 1992 eines der ersten Krankenhäuser, das sich an einem Streik im Öffentlichen Dienst beteiligte. 2006 fand an der Universitätsklinik Homburg sogar ein 111-tägiger Streik für den Verbleib des Saarlands im Tarifvertrag der Länder statt. In dem Arbeitskampf konnte u.a. der Erhalt des Weihnachtsgeldes durchgesetzt und eine drohende Arbeitszeitverlängerung abgewehrt werden. Aktionen für mehr Personal gibt es ebenfalls bereits seit 2008.“ (ebd.: S. 131).

„Gebraucht, beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so! Geschichte wird gemacht: Die Berliner Krankenhausbewegung“ ist der Titel des Sammelbands, welches einen Blick in die „Eigendarstellung“ der Protagonist:innen dieses sektoralen Kampfes ermöglicht.⁶⁴ Darin schreiben eine Reihe an Beschäftigten die Geschichte ihrer Bewegung, die erstmals formell in der Öffentlichkeit mit einer Petition für mehr Personal und höhere Löhne Anfang Mai 2021⁶⁵ begann und bis Jahresende mit Höhen und Tiefen versehen war. Diese Höhen und Tiefen gehen von einem 100- Tage Ultimatum, über gerichtliche Auseinandersetzungen zum Streikrecht hin zu einem unbefristeten Streik von 30 Tagen an der Charité und Vivantes und 43 Streiktagen bei den Töchtern.⁶⁶ Das Ergebnis des sektoralen Kampfes bildete der „Tarifvertrag Entlastung“, worin vereinbarte „Personal-Patient*innen-Verhältnisse“ (sic) dazu dienen unterbesetzte Schichten zu definieren. Im Falle dessen werden den darin arbeitenden Beschäftigten „Belastungspunkte“ gutgeschrieben, die dann in selbstgewählte freie Tage übertragen werden (Kunkel In: Habekost et al.: S. 96). Der Hauptunterschied zum dargestellten „Häuserkonflikt“ an der Charité ist -wie sich im Folgenden zeigen wird- der einheitliche Kampf über Häuser und Berufsgruppen hinweg.

„So kann es nicht weitergehen!“, so beginnt Isabel Janke, die ihre Mutter als Patientin über die Jahre an der Charité und bei Vivantes begleitet hat und ihren Tod aufgrund der „lebensgefährlichen Auswüchse des Pflegenotstands“ hautnah im Vivantes Klinikum erlebte, die Erzählung des Kampfes (S. 15-18). Andererseits schildert Lisa Schandl, Auszubildende zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, die Diskrepanz zwischen dem Lernauftrag und der Praxis, in der die gelernten Standards täglich ignoriert und Lücken in alleiniger Verantwortung aufgefüllt werden müssen (S. 18-20). Angesichts ihrer Beobachtungen „der strukturellen Probleme des kaputtgesparten Gesundheitssystems“, erklärt sie wofür dieser Kampf steht: „Wir kämpfen für unsere Rechte, für bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen. Für mehr Personals und faire Bezahlung. Wir kämpfen für unsere Patientinnen und Patienten und deswegen gegen die Profite im Gesundheitswesen“ (ebd. S. 21).

⁶⁴ Dieses Buch bildet nicht nur Eckdaten oder sozialwissenschaftliche Interpretationen ab, vielmehr ermöglicht es aufgrund der Vielzahl an Beiträgen von Beschäftigten, welche die Kampagne mitinitiierten oder sich dieser mit der Zeit anschlossen, den Blick in die Eigenwahrnehmung des eigenen Kampfes zu richten. Es wird somit hier als empirische Quelle der Selbstdarstellung verstanden.

⁶⁵ Siehe dazu: H., Johanna: 100 Tage Ultimatum: Bessere Arbeitsbedingungen in Berlins Krankenhäusern, JETZT!. change.org: <https://www.change.org/p/michael-m%C3%BCller-100-tage-ultimatum-bessere-arbeitsbedingungen-in-berlins-krankenh%C3%A4usern-jetzt> (Stand: 16.12.2023).

⁶⁶ Zur Chronologie der Bewegung siehe: (ebd.: S. 45- 47).

Über das „Zustandekommen der Bewegung“ spricht Dana Lützkendorf, zur Zeit der Bewegung Intensivpflegerin an der Charité. Ihr Ausgangspunkt sind die Probleme des DRG-Systems über dessen „Empörung“ die Beschäftigten an der Charité „Empowerment“ aufbauten. Dieses Empowerment entstand über das Durchbrechen des Mythos „Krankenhaus ist nicht bestreikbar“ mittels der „Notdienstvereinbarung“, durch welche „eine Streikmacht aufgebaut wurde“, die einen ökonomischen Druck erzeugen kann (S. 25). Ebenfalls zählt die Intensivpflegerin die Entstehung des Bündnisses „Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus“ sowie der Einsatz von „Organizing“- Methoden⁶⁷ in der Tarifaueinandersetzung 2015 zu zentralen Säulen der Bewegung, die ihren demokratischen Charakter in der Gewerkschaft und in der Berliner Bevölkerung kennzeichnen (ebd.).

Silvia Habekost, Krankenpflegerin beim städtischen Vivantes Klinikum, zieht darauf eine Bilanz der Kampagne „Zusammenstehen“ von 2015, welche die grundlegende Kampferfahrung der dortigen Beschäftigten darstellt. Sie betont, dass die Ausgangslage bei Vivantes „eine ganz andere“ war, gekennzeichnet durch die „Rettung“ des Unternehmens vor der Insolvenz, für welche die Beschäftigten Lohnkürzungen und den Verlust des Weihnachtsgeldes verzeichnen mussten und zusätzlich die Ausgliederung weiterer Bereiche im Jahr 2014. Gegen diese Belegschaftsaufspaltung wurde 2015 durch die „Gesamtvertrauensleuteversammlung“ die Kampagne „Zusammenstehen“ beschlossen, die als Forderungen, einen TVöD für alle, die Rückführung der Töchter und mehr Personal aufwarf. Im Zuge dieser Kampagne geriet die Forderung nach mehr Personal in den Hintergrund, wurde jedoch in der TVöD-Runde 2016 wieder thematisiert und nach der Runde eine Tarifkommission für diesen Zweck gebildet, während die bestehende Organisation ausgeweitet wurde. Als die Geschäftsführung den Verhandlungen jedoch den Rücken kehrte und ver.di einem „Erpressungsversuch“ der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber nachgab, bildete sich Frust und Desillusionierung, dem die Hälfte der Tarifkommissionsmitglieder mittels individueller Auswege reagierten. Die verbliebenen „Hartnäckigen“, zu denen sich die Autorin zählt, starteten mit dem Unterstützerbündnis und Kolleg:innen der Charité einen Volksentscheid, da sie die Erkenntnis gezogen hatten „es geht nur gemeinsam“ (S. 29-31).

⁶⁷ Hierauf wird später eingegangen.

Im Zuge der Pandemie wuchs die Hoffnung, dass es „ein Zeitfenster für politische Veränderungen geben könnte“. Als schnell klar wurde, dies würde nicht so sein, entwickelten die Beschäftigten von Charité, Vivantes und der jeweiligen Töchter einen Forderungskatalog in einem „Corona-Krankenhauspakt“.⁶⁸ Trotz all dem stießen die Beschäftigten auf taube Ohren. Aus diesem Grund wurde erneut die TVöD-Runde von 2020 zum Anlass genommen, um in der großen Welle an Mobilisierung für mehr Lohn, gemeinsame Erfahrungen zwischen den Beschäftigten der Charité und Vivantes zu organisieren. Dabei waren die Forderungen nach mehr Personal und besseren Arbeitsbedingungen sehr beliebt, weshalb sie 2021 umgesetzt werden sollten. Habekost betont allerdings, dass besonders die Pandemie, welche „den Pflegenotstand so deutlich herausgestellt“ hat und auf die „die Politik“ mit minimalen Maßnahmen reagierte, gezeigt hat, dass die Beschäftigten eine erfolgreiche Methode bräuchten, woraus die Berliner Krankenhausbewegung entstanden sei (ebd.: S. 31-34). Die Gesundheits- und Krankenpflegerin Stella Merendino erklärte, dass aus dem Frust „dass nichts kommt“, die Aufnahme von Gesprächen mit Politiker:innen folgte. Dabei zeigte sich die direkte Konfrontation mit der erlebten Realität der Kolleg:innen als „ein wunder Punkt“ der Politik. Hierbei sei jedoch nötig „konstruktive Kritik“ zu verwenden, um nicht nur „zu meckern“ sondern aufzuzeigen: „Hey, das kann man alles ändern, indem wir bestimmte Dinge machen. Indem wir eine Personalbemessung haben, indem wir das Finanzierungssystem ändern.“ (ebd.: S. 71-74).

Es wird sichtbar, dass die „Objektivität“ der Arbeitsbedingungen nicht mehr hingenommen wird. Stattdessen eignen sich die Beschäftigten eine „Objektivität“ des subjektiven Einflusses auf die Geschehnisse an, worin die neuen Streikmittel und die direkte politische Konfrontation genutzt wurden, um die „berufsethische Entfremdung“ herauszufordern. Diese Faktoren wurden bereits an den „Häuserkonflikten“ sichtbar. Der wesentliche Unterschied im sektoralen Kampf bildete jedoch die neue Art der Einheit unter den Beschäftigten.

⁶⁸ Diese Initiative bündelten sie in einer Petition, die über zahlreiche Aktionen, Videokonferenzen und Gesprächstermine mit der Gesundheitssenatorin Kalayci in Zeiten des Lockdowns zum Ausdruck kam und zeigte, wie die Beschäftigten weiterhin in Aktion blieben (ebd.).

In der Bewegung spielte der Kampf gegen Tarifflicht eine zentrale Rolle, fußte jedoch auch auf Vorerfahrungen bei Vivantes.⁶⁹ Die Therapeut:innen von Vivantes begannen sich 2014 angesichts einer drohenden Ausgliederung⁷⁰ in den Betriebsgruppen zu organisieren. Obwohl ihnen das Streikrecht dieses Mittel verwehrt, hätten die Beschäftigten mittels vermehrter Proteste die Überleitung der „Altbeschäftigten“ an das Vivantes Therapeutisches Dienst (VTD) verhindern können, Neueinstellungen seien jedoch auf das Unternehmen übertragen worden, was enorme Lohnunterschiede bedeutete. Diese Erfahrung mündete in einer überbetrieblichen Koordination, da sich die Therapeut:innen von Vivantes und Charité dem „Gewerkschaftlichen Aktionsausschuss“ (GA) anschlossen, wo bereits Beschäftigte anderer Tochtergesellschaften⁷¹ zusammenkamen. Diese Koordination führte eine Reihe an weiteren Protesten aus, die sich stärker an den Senat und das Abgeordnetenhaus richteten, da sie „die eigentlichen Verantwortlichen seien“. Sie erzielten damit Ende 2018 „die Rückführung der Töchter“ im Nachtragshaushaltsgesetz (ebd.: S. 35). Der formelle Beschluss wurde jedoch von den Geschäftsführungen nicht umgesetzt, weshalb die Therapeut:innen der Charité einen 38-tägigen Streik durchführte, dem sich die Therapeut:innen von Vivantes in einem Solidaritätsstreik anschlossen, was in den öffentlichen Medien als „Aufstand der Töchter“ bekannt wurde und schlussendlich Anfang 2020 zur Wiedereingliederung beider Töchter führte (ebd.: S.34-37).

Die weiteren Töchter von Vivantes allen voran die „Vivantes Service GmbH“, bei der Mario Kunze (Elektriker) und Matthias Vierke (Sterilisationsassistent) angestellt sind, spielten ebenfalls eine wichtige Rolle in diesem sektoralen Kampf. In den Auseinandersetzungen für eine Wiedereingliederung zwischen 2016 und 2018 hätten sie nach dem längsten Streik (53 Tage) einen Haustarifvertrag erkämpfen können, ihr Ziel der Angleichung an den TVöD jedoch nicht. Trotz der starken Streikbereitschaft unter den outgesourcten Beschäftigten waren sie von einer starken „Isolation“ umgeben. Dies habe sich jedoch laut Mario in der Krankenhausbewegung verändert, wo alle „scheinbar unterschiedliche Ziele“ hätten, aber im

⁶⁹ Die Beschäftigten der CFM waren in der Berliner Krankenhausbewegung nicht aktiv, da sie im gleichen Jahr, durch eine Schlichtung eine Angleichung um 88% an das TVöD -nach 10 Jahren Kampf- erzielten. Die tarifliche Angleichung blieb jedoch -trotz ihrer Nennung im Koalitionsvertrag der ehemaligen „rot-rot-grünen“ Regierung- weiterhin aus (Arslan 2021).

⁷⁰ Es sollte dem Beispiel der Charité gefolgt werden, wo dies bereits 2009 geschehen war (ebd.).

⁷¹ Darunter fallen beispielsweise die Beschäftigte des Botanischen Gartens und des Museums für Verkehr und Technik (ebd.: S. 35).

„Grunde genommen alle Ziele dieselben“ seien: den Arbeitsplatz und Krankenhäuser sichern und die Arbeitsbedingungen verbessern (ebd.: S. 37-40).

Die Erfahrungen dieser vier eher „anführenden“ Beschäftigten lassen sich mit den Beiträgen der im Arbeitskampf „neueren“ Beschäftigten ergänzen: Marie-Luise Sklenar (seit 2009 Operationstechnische Assistentin bei Vivantes), war im Vorjahr „knapp vor dem Burnout“. Irena Wagner (Pflegerin) war kurz vor der Rente, nahm aber an der Bewegung teil, da sie in einem Alter sei, „(...) wo klar ist, dass ich mal Patientin sein werde. Und ich möchte dann besser versorgt sein, als ich manchmal Patienten versorgt habe.“ (ebd.: S. 56). Muhammad Adeel (Küchenarbeiter bei der Vivantes Tochter SVL), wusste zu Beginn aufgrund seines migrantischen Hintergrunds nicht wie er und seine Kollegen ihrem „Boss zeigen können“, dass gleiche Arbeit auch gleiches Geld bedeuten sollte (ebd.).

Im Zuge der Gespräche zeigen sich einige Muster auf, weshalb sie an der Bewegung teilnahmen und was sich dabei veränderte. Das Mitspracherecht in der Bewegung wird hervorgehoben, welches wie Irena betont etwas Neues ist, gegenüber dem wie es „sonst in Gewerkschaften ist“, wo „vor allem die hauptamtlichen Funktionäre über Gelder, Tarife und was nicht alles verhandeln, die eigentlich nicht die Expertise aus der Arbeit selbst haben.“ (ebd.: S.58). Das „miteinander sprechen“, fand zuvor nicht wirklich statt und es hat -laut Muhammad- Respekt für einander geschaffen hat. Dieses Verhältnis hat sich auch im Arbeitsalltag geändert vor allem durch die gemeinsame Kampferfahrung mit den Töchtern. Muhammad betont diesbezüglich das verbindende „Verständnis der Einheit“, welches sich gegen die „Teile- und Herrsche-Strategie“ entwickelt hätte (ebd.: S. 64).⁷² Dieser wiederkehrende Muster lässt sich kurz als „Einheit statt Spaltung im Streik und auf der Arbeit“ zusammenfassen.

Diese Einheit reduzierte sich jedoch nicht auf die Belegschaft, da -laut Habekost- die „Unterstützung der Berliner Stadtgesellschaft“ erneut eine zentrale Rolle spielte. Die Übergabe der Petition, die Errichtung eines „Solicamps“ vor dem Vivantes Klinikum, die Unterstützung von weiteren politischen Bewegungen wie „Deutsche Wohnen und Co.

⁷² Dieses Bild zeichnet sich auch in den weiteren dargestellten Gesprächen (ebd.: S. 68-72).

Enteignen“ und „Fridays for Future“ sowie die Geldsammlung für die Beschäftigten der Töchter zählen zu den wichtigsten Maßnahmen des Unterstützerbündnis (ebd.: S. 80-81).

Die „konfliktbelasteten Interaktionsverhältnisse“, die vor allem objektiv über die Amalgamierung unterschiedlicher Arbeitsformen geschaffen wurden und subjektiv eine „berufsethische Entfremdung“ formten, wurden hier in ihr Gegenteil umgewandelt. Die Erfahrung jahrelanger Ausgliederungen, welche die Beschäftigten in ihren Interessen spaltete, führte immer wieder zu tariflichen und politischen Niederlagen. Dadurch erkannten die Beschäftigten nicht nur die notwendige Einheit mit den Patient:innen im Kampf um die Öffentlichkeit, sondern vor allem die Notwendigkeit einer Einheit über Häuser, Berufs- und Tarifgruppen hinweg. Somit forderten sie das Modell der „Gewinner:innen“ und „Verlierer:innen“ im DRG-System grundlegend heraus.

Als Erklärung dieses Kampfes wird neben den schlechten Arbeitsbedingungen und der Empörung über diese, vor allem der Ansatz des „Organizings“⁷³ als erfolgreiche gewerkschaftliche Strategie, die den Erfolg bewirkt hätte, betont. Max Manzey und David Wetzel heben dabei folgende Faktoren hervor: ein systematischer, mehrheitsorientierter Stärkeaufbau zur Erlangung einer „Mehrheits-Sprechposition“, die Überzeugung von „organischen Führungspersonen“, eine hohe Beteiligung und Mitsprache der Beschäftigten in der Organisierung und Verhandlungen über die Teamdelegierten Struktur, die Expert*innen (sic) Rolle der Beschäftigten in der Ansprache an die Öffentlichkeit, der Einsatz von „Zeitressourcen“ und „Organizing-Know-How“ über das hauptamtliche Kollektiv organizi.ng, sowie eine „aktivierende Ansprach“ statt dem „Stellvertreter-Bild“ der Gewerkschaften (ebd.: S. 48-54).

Dieser „organisierende Prozess“⁷⁴ über basisdemokratische Forderungsfindungen und Versammlungen sei konkret eine Weiterentwicklung des 2014 entwickelten Teamdelegierten Modells. Ihre „Geburtsstunde“, wie die Pflegerin Paula Schenkenberger erklärt, bildete der

⁷³ Dieser Ansatz stammt von der US- amerikanischen Autorin und Gewerkschaftlerin Jane McAlevey, siehe dazu: McAlevey, Jane (2021): Macht. Gemeinsame Sache. Gewerkschaften, Organizing und der Kampf um die Demokratie. Hamburg: VSA: Verlag.

⁷⁴ Zur detaillierten Beschreibung des Prozesses siehe: (ebd.: S.84-92).

zweitägige Krankenhausratschlag im Stadion des Fußballvereins Union Berlin⁷⁵, was „die erste von vielen Teamdelegiertenversammlungen, auf denen immer wieder inhaltliche und strategische Fragen mit der Tarifkommission diskutiert, beraten und beschlossen wurden“ darstellte (ebd.: S. 89). Die Beschäftigten wären dadurch Expert:innen nicht nur fachlicher Kompetenzen, sondern auch bezüglich der Gegebenheiten vor Ort geworden, was ihre Mitsprache in den Verhandlungen kennzeichnete. Die Intensivpflegerin endet ihren Beitrag mit einem Ausblick über das bisherige hinaus und erklärt mit Bezug auf „Notruf NRW“, wo die Beschäftigten im darauffolgenden Jahr die Strukturen Berlins hochskaliert hätten, dass der Weg der Basisdemokratie und Partizipation weitergegangen werden muss um ein „Gesundheitssystem für die Menschen und nicht für die Profite“ zu erreichen (ebd.: S. 90-92).

Kalle Kunkel, Historiker und ver.di Gewerkschaftssekretär -der die Streiks mitorganisierte- zieht zum Schluss eine „Bestandaufnahme nach sieben Jahren Streiks“, worin er die Bewegung als „zugleich Meilenstein und vorläufiger Höhepunkt der betrieblichen Kämpfe um mehr Personal im Krankenhaus“ definiert (ebd.: S. 93). Er erklärt zugleich: „mit dem großen Streik im Herbst 2021 schloss sich ein Kreis, der an der Berliner Charité im Jahr 2015 eröffnet wurde (...)“. Wieder einmal wird erkennbar in welchem engem Zusammenhang die „Häuserkonflikte“ an der Charité mit der Berliner Krankenhausbewegung stehen. Kunkels Schlussfolgerung lautet: „Die Herauslösung eines großen Teils der Pflege aus den DRG⁷⁶ muss ebenso wie die konkreten Tarifverträge als ein Erfolg der Tarifbewegungen in den Krankenhäusern gesehen werden. Damit wurden ca. 20% der Krankenhausbudgets dem DRG-System entzogen“ (ebd.: S.96).

Die hier dargestellten und diskutierten Streikerfahrungen sind ein klarer Beleg dafür, dass die Dynamik der „kapitalistischen Landnahme“ im deutschen Gesundheitssystem einen sektoralen Kampf um Entlastung hervorbrachte. Eine Gegenteilstendenz wird ersichtlich, die als „bedarfsorientierte Landnahme“ von Seiten der Beschäftigten definiert werden kann. Die Beschäftigten traten dabei erstmals in Einheit über Häuser, Berufs- und Tarifgruppen hinaus für ein gemeinsames Ziel und wandten neue demokratische Methoden im Kampf an. Dieses

⁷⁵ Dort wurden am ersten Tag die Forderungen der einzelnen Bereiche durch die Teamdelegierten diskutiert und für die jeweilige Fachrichtung aufgestellt. Am zweiten Tag wurde ein Votum über die übergreifenden Forderungen abgehalten, die daraufhin als Empfehlung an die Tarifkommission aufgestellt wurden.

⁷⁶ Gemeint ist die 2018 beschlossene Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen, sowie ihre Finanzierung durch die Einführung eines gesonderten Pflegebudgets zur Zeit der Pandemie im Jahr 2020.

Ziel entspricht einer selbstbestimmten Perspektive, die sie für nötig halten, um ihrem Berufsethos in der Praxis gerecht zu werden. Diese „bedarfsorientierte Landnahme“ im „sektoralen Kampf“ forderte ebenfalls in einem noch größeren Umfang als im „Häuserkonflikt“ die „berufsethische Entfremdung“ heraus und könnte folgendermaßen zusammengefasst werden: 1. Die Kund:in wird wieder Patient:in, 2. Die Arbeitsbedingungen müssen unserer Expertise folgen und 3. Die Rationalisierungsinstrumente folgen nicht dem Gewinn, sondern dem Bedarf.

Die Problematik der Umsetzung des Tarifvertrags darf zum Schluss jedoch nicht fehlen. Wie Habekost - ein halbes Jahr nach dem Inkrafttreten des Tarifvertrags erklärte, hat Vivantes eine Reihe an Details eingebaut, die den TV-E unterlaufen (Kühn, 2022). Ebenso wurde nach dem elf-wöchigen Streik in NRW das TV-E mit Kompromissen erzielt, welche zwar die gleiche Verbesserung für die Pflege in Berlin bedeutet, worin jedoch das „Service-Bereich“ zwar in den Geltungsbereich des Tarifvertrags aufgenommen wird, pro Klinik aber nur 30 zusätzliche Stellen geschaffen werden (Kunkel, 2022b). Kunkel betont -nach diesen Erfahrungen -v.a. angesichts der neuen Reform Lauterbachs- folgendes: „Die Gewerkschaft Verdi muss also in ihren Tarifikämpfen weiter die Einheit der Belegschaften gegen die gesetzlich verordnete Spaltung verteidigen. Dies wird jedoch nur gelingen, wenn die Kämpfe um Entlastung verbunden werden mit der politischen Forderung nach Abschaffung der Fallpauschalen.“ (ebd.).

5. Fazit

Zum Schluss dieser Arbeit möchte ich die Ergebnisse zusammenfassen. Die „kapitalistische Landnahme“ des Gesundheitssektors fand in mehreren Phasen als Prozess über eine Reihe an Reformen (Bundespfllegesatzverordnung (1986), Gesundheitsstrukturgesetzes (1993), DRG-System (2003)) statt. Ihre Grundlage bildete die Wirtschaftskrise in den 80er Jahren sowie die „Kostenexplosion“, die sich dem neoliberalen Zeitgeist einer „Post-Systemkonkurrenz-Welt“ fügte.

Diese kapitalistische Landnahme veränderte die wirtschaftliche Logik des Gesundheitssystems von einem „sparenden“ zu einem „gewinnbringendem“ Ansatz. Unter dieser neuen

Rationalität setzten strukturelle Veränderungen ein, die in diesem Sektor „Gewinner:innen“ und „Verlier:innen“ hervorbrachten, worin der Großteil des Krankenhauspersonals durch ihre Fragmentierung in letzterem zu verorten ist. Die Veränderungen der beruflichen Bedingungen stellte die unterschiedlichen Interaktionsverhältnisse (u.a. zu den Patient:innen und in der Belegschaft) in einen „konfliktbelasteten“ Modus. Diese friktionsgeladene Situation wird vor allem im Kampf um das Berufsethos ersichtlich, wo der historische Charakter des „Sorgens“ mit dem Sachzwang der „Wirtschaftlichkeit“ in eine Reihe an Widersprüchen gerät, die in dieser Arbeit als Dimensionen von „Entfremdung“ konzeptualisiert wurden. Die Antworten vonseiten der Beschäftigten darauf können zusammenfassend als „individuelle“ und „kollektive“ Antworten verstanden werden.

Letzteres ist besonders am hier analysierten Beispiel der Berliner Krankenhausbewegung deutlich zu erkennen. Die Spezifität Berlins im Übergang vom „Häuserkonflikt“ zum „sektoralen Kampf“ ist von den Beschäftigten an der Charité geprägt, die das „Leuchtturm eines neuen Managerialismus“ ihres Hauses zu einem „Leuchtturm der Streiks im Krankenhaus“ machten. Ihre gewerkschaftliche Organisation und Streiks für mehr Personal in den letzten 12 Jahren konnten die Aneignung mehrerer Felder (sozial anhand berufsgruppen- und hausübergreifender Kampagnen, ökonomisch und politisch anhand demokratischer Streiks und durch die Einbeziehung der Öffentlichkeit) strittig machen, die sonst über eine Entfremdung zu ihrem Berufsethos gekennzeichnet sind. Dem zugrunde lagen jedoch eine Reihe an Vorerfahrungen, die mit Niederlagen und Erfolgen gekennzeichnet waren und sowohl auf lokaler wie bundesweiter Ebene stattfanden. Der Schlüssel im Übergang war die Einheit nicht nur mit den Patient:innen, sondern der Beschäftigten über Häuser, Berufs- und Tarifgruppen hinweg.

An diesem Beispiel erkennt man die „Tertiarisierung des Arbeitskampfes“⁷⁷, die im Gesundheitssektor zahlreiche Veränderungen vor allem im Selbstbewusstsein und Erfahrungsschatz von Kämpfen darstellt. Diese Veränderung ist gegenwärtig ein

⁷⁷ Siehe dazu: Dribbusch, Heiner (2017): Arbeitskämpfe in schwierigen Zeiten- zur Streikentwicklung im Dienstleistungsbereich. In: Artus et. al. (Hg.) (2017).

(unterschätzter) Bestandteil von feministischen Diskussionen über „gesamtgesellschaftliche Transformationen“ in denen besonders das Konzept der Strategie auffällt.⁷⁸

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen zur Überwindung dieser Wissenslücke bzw. zu diesen Debatten beitragen und vor allem anhand der Konzepte der „Landnahme“, der aus ihr entspringenden „Entfremdung“, sowie ihre Gegenteilstendenz als „Aneignung“ bereichern. Die bisherigen Streiks konnten dabei trotz Einsatzes des „Organizing“ Modells die Trennung des „ökonomischen“ vom „politischen“ im Handlungsfeld der sozialpartnerschaftlichen Gewerkschaften bislang nicht überwinden. Hinsichtlich einer bedarfsorientierten Landnahme der Sorgearbeit und zur Überwindung der „entfremdeten Arbeit“ gebraucht es einerseits die Zielsetzung der Kämpfe nicht nur auf die entlohnte Arbeit zu richten, da dabei die „zweite Arbeitsschicht“ der Sorgearbeiter:innen aus dem eigenen Handlungsraum der Konfliktführung ausgeblendet wird (Winker, 2012). Andererseits müsste dafür die Kluft zwischen „ökonomischen“ und „politischen“ Forderungen in der gewerkschaftlichen Praxis überwunden werden, zum Beispiel anhand des politischen Streiks (Tschenker, 2023). Nur so könnte die „kapitalistische Landnahme“ zurückgedrängt und eine „Aneignung von Leben und Arbeit“, also eine ganzheitliche Entlastung, errungen werden (Voswinkel In: Senghaas-Knobloch et. al.: S. 184).

⁷⁸ Siehe dazu: Winker, 2009/ Dück; Fried, 2015/ Guelil, 2023.

6. Literaturverzeichnis

Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2019): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Achim: BerlinDruck GmbH + Co KG.

Arslan, Inci (20.04.2021): Zehn Jahre Einsamkeit. In: Verein für politische Bildung, Analyse und Kritik e.V. (Hg.): ak670 Klassenvirus. Infizierte Gesellschaft. Hamburg: a.k.i Verlag für Analyse, Kritik und Information GmbH.

Artus, Ingrid; Birke, Peter; Kerber-Clasen, Stefan; Merz, Wolfgang (Hg.) (2017): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg: VSA Verlag.

Auffenberg, Jennie (2022): Trade Union Strategies against Health Care Marketization. Opportunity Structures and Local-Level Determinants. Oxon/New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Auffenberg, Jennie; Becka, Denise; Evans, Michaela; Kokott, Nico; Schleicher, Sergej; Braun, Esther (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.

Bangel, Christian; Blickle, Paul; Erdmann, Elena; Faigle, Philip; Loos, Andreas; Stahnke, Julian; Tröger, Julius; Venohr, Sascha (02.05.2019): Ost-West-Wanderung: Die Millionen, die gingen. In: Zeit Online. URL: <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2019-05/ost-west-wanderung-abwanderung-ostdeutschland-umzug> (Stand: 29.11.2023).

Baurmann, Jana Gioia (09. 12. 2021): Die Mittelschicht braucht Dienstboten. In: Zeit Online. URL: <https://www.zeit.de/arbeit/2021-12/oliver-nachtwey-klassengesellschaft-arbeiterklasse> (Stand: 05.12.2023).

Behruzi, Daniel (30.06.2022): Notruf NRW – Streik an den Unikliniken: »Wir sind nicht ein paar Leute, die etwas fordern. #wirsindverdi«. URL: <https://wir-sind-verdi.de/2022/06/30/notruf-nrw-streik-an-den-unikliniken/> (Stand: 26.09.2023).

BKK Dachverband: Vorstand. Lebenslauf Franz Knieps: URL: <https://www.bkk-dachverband.de/bkk-dv/struktur/vorstand> (Stand: 06.12.2023).

Bonacker, Thorsten (Hg.) (2008): Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien. Eine Einführung. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Bruhn, Eiken (22.07.2023): Klinikschließung in Bremen: Düstere Aussichten. Taz. URL: <https://taz.de/Klinikschliessung-in-Bremen/!5944920/> (Stand: 25.09.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Lauterbach: Braucht eine neue Vergütungs- und Planungsstruktur. (05.01.2023): URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html> (Stand 17.09.2023).

Bundeszentrale für politische Bildung (28.11.2020): Soziale Situation in Deutschland: Erwerbstätige nach Wirtschaftssektoren. URL: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61698/erwerbstaetige-nach-wirtschaftssektoren/> (Stand: 25.11.2023).

Böhle, Fritz und Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.) (2019): Andere Sichtweisen auf Subjektivität. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Charité: Berlin Public School of Public Health. Prof. Dr. Reinhard Busse. URL: https://bsph.charite.de/metasperson/person/address_detail/prof_dr_reinhard_busse/ (Stand: 06.12.2023).

Charité-Universitätsmedizin Berlin (2022): Jahresbericht 2022. URL: https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal_relaunch/Mediathek/publikationen/jahresberichte/Charite-Jahresbericht_2022_DE.pdf (Stand 3. Dezember 2023).

Collins, Randall; Sanderson, Stephen K. (Hg.) (2008): Conflict Sociology. A Sociological Classic Updated. Boulder: Paradigm Publishers.

DESTATIS: Gesundheitspersonal. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html (Stand: 15.10.2023).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Ergebnisse einer Online-Umfrage zum ‚Dienstplan‘. Berlin. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Umfrage-Dienstplan-Ergebnisse.pdf>.

Die Zeit, Krankenhausgesellschaft erwartet bis zu 20 Prozent weniger Kliniken, ZEIT ONLINE, 19.06.2023, URL: <https://www.zeit.de/gesundheit/2023-06/krankenhaus-reform-schliessungen-krankenhausgesellschaft> (Stand 07.09.2023).

Dohmen, Arndt (2013): Gesundheit ist (k)eine Ware: wenn Geld die Medizin beherrscht!; Ursachen - Folgen - Alternativen. Hamburg: VSA-Verlag.

Dörre, Klaus; Ehrlich, Martin; Haubner, Tine (2014): Landnahme im Feld der Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte; Riegraf, Birgit; Theobald, Hildegard (Hg.): Soziale Welt. Sonderband 20: Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 107-124.

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. Zeitschrift für kritische Stadtforschung Band 6, Heft 1, S. 129-140.

Dück, Julia; Fried, Barbara (2015): «Caring for Strategy» Transformation aus Kämpfen um soziale Reproduktion entwickeln. In: Fried, Barbara; Schurian; Hannah (Hg.): Um-Care. Gesundheit und Pflege neu organisieren. Rosa-Luxemburg-Stiftung, S. 15–22.

Gaidys, Uta (2021): Individualisierte Pflege. Umgang mit Freiheit und Zwang. In: Bonacker, Marco; Geiger, Gunter (Hg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern. Springer-Verlag GmbH.

Gather, Claudia; Schürmann, Lena (2013): »Jetzt reicht's. Dann machen wir eben unseren eigenen Pflegedienst auf.« Selbständige in der Pflegebranche – Unternehmertum zwischen Fürsorge und Markt. In: Feministische Studien 31(2) Stuttgart: Lucius & Lucius, S. 225-239.

Gerlinger, Thomas (2019): Theoretische Perspektiven in der Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Geschichte der Gewerkschaften: Vom notwendigen Übel zur Selbstverständlichkeit. Frauen-Erwerbstätigkeit - der lange Weg zur Anerkennung. Hans-Böckler-Stiftung URL: <https://www.gewerkschaftsgeschichte.de/frauen-erwerbstaetigkeit.html> (Stand 01.12.2023).

Guellil, Malika (2023): Held*innen auf die Barrikaden! Care-Proteste als Ausgangspunkt einer gesellschaftlichen Transformationsstrategie. Hamburg: VSA-Verlag.

H., Johanna: 100 Tage Ultimatum: Bessere Arbeitsbedingungen in Berlins Krankenhäusern, JETZT!. change.org: <https://www.change.org/p/michael-m%C3%BCller-100-tage-ultimatum-bessere-arbeitsbedingungen-in-berlins-krankenh%C3%A4usern-jetzt> (Stand: 16.12.2023).

Habekost, Silvia; Lützkendorf, Dana; Plischek-Jandke, Sabine; Sklenar, Marie-Luise (Hg.) (2022): Gebraucht, beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so! Geschichte wird gemacht: Die Berliner Krankenhausbewegung. VSA- Verlag.

Hackmann, Mathilde (2011): „Florence ist tot, Agnes ist tot, und wir machen uns auch kaputt!“ In: Pflegezeitschrift 2011, Jg. 64, Heft 8. Stuttgart: Kolhammer Verlag, S. 500-502.

Helfrich, Silke; Bollier; David (2019): Frei, fair und lebendig. Die Macht der Commons. 2. Auflage. transcript Verlag, Bielefeld.

Illing, Falk (2017): Gesundheitspolitik in Deutschland. Eine Chronologie der Gesundheitsreformen der Bundesrepublik. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

IMdB (2020): Charité. Auszeichnungen. URL: https://www.imdb.com/title/tt5337806/awards/?ref=tt_awd (Stand: 03.12.2023).

Jerich, Lisbeth (2008): Burnout: Ausdruck der Entfremdung. Graz, Grazer Univ.-Verl.

Kel, Ekaterina (18.01.2023): Erfolgreicher Protest: Die Geburtshilfe in Neuperlach ist gerettet. Süddeutsche Zeitung. URL: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/muenchen-geburtshilfe-neuperlach-rettung-1.5734695> (Stand 25.09.2023).

Knappe, Eckhard (2007): Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich. ZeS-Arbeitspapier, Nr. 08/2007. Bremen: Universität Bremen/Zentrum für Sozialpolitik (ZeS).

Kunkel, Kalle (21.07.2022): Abschaffung der Fallpauschalen in weiter Ferne. In: Freitag. URL: <https://www.freitag.de/autoren/kalle-kunkel/tarifvertrag-entlastung-abschaffung-der-fall-pauschalen-in-weiter-ferne> (Stand: 14.12.2023).

Kunkel, Kalle (2016): Kampf gegen die Burnout-Gesellschaft in Zeiten der Digitalisierung. Der Tarifkonflikt an der Charité für Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung. In: Lothar, - Schröder/ Hans-Jürgen, Urban (Hg.), Jahrbuch Gute Arbeit 2016. Digitale Arbeitswelt–Trends und Anforderungen. Frankfurt: Bund Verlag, S. 253-266.

Kühn, Tim (26. 07. 2022): Entlastung in weiter Ferne. In: Taz. URL: <https://taz.de/Arbeitsbedingungen-in-Krankenhaeusern/!5867227/> (Stand: 13.12.2023).

Ley, Thomas; Meyhöfer, Frank (2014): Theorien sozialer Konflikte. Eine Einführung. Hamburg: Verlag Dr. Kovac GmbH.

Lutz, Helma (2018): Die Hinterbühne der Care-Arbeit. Transnationale Perspektiven auf Care-Migration im geteilten Europa. Weinheim: Beltz.

Marmor, Theodore; Wendt; Claus (2011): Reforming Healthcare Systems. Camberley: Edward Elgar Publishing.

Mattei, Paola (2009): Restructuring Welfare Organizations in Europe. From Democracy to Good Management? Hampshire: Palgrave Macmillan.

Martens, Helmut (2008): Primäre Arbeitspolitik und Gewerkschaften im Gesundheitswesen. Der Ärztestreik 2006 als Beispiel primärer Arbeitspolitik in Zeiten tiefgreifender gesellschaftlicher Umbrüche. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Marx, Karl (2009): Ökonomisch-Philosophische Manuskripte. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

McAlevy, Jane (2021): Macht. Gemeinsame Sache. Gewerkschaften, Organizing und der Kampf um die Demokratie. Hamburg: VSA: Verlag.

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

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

Paulus, Stefan; Grubenmann, Bettina (2020): Soziale Frage 4.0. Eine soziohistorische Einführung für die Soziale Arbeit heute. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.

Quetting, Michael (2021): Vom Liebesdienst zum fast normalen Beruf. Geschichte der gewerkschaftlichen Organisierung von Pflegekräften. In: Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (Hg.): Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin. Hoehl-Druck, S. 8-10.

Raupach, Karsten (2006): Der Übergang zur DRG-basierten Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland. Göttingen: Cuvillier.

Scambler, Graham (2002): Health and social change. A critical theory. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Schrenker, Annekatrin; Samtleben, Claire; Schrenker, Markus (2021): Applaus ist nicht genug. Gesellschaftliche Anerkennung systemrelevanter Berufe. In: APuZ 13-15/2021: Im Dienst der Gesellschaft. Bonn: bpb, S. 12- 18.

Senghaas-Knobloch, E. (2014): Pflegeethos und Pflegepraxis im gesellschaftlichen Wandel. In: Institut für Sozial und Wirtschaftswissenschaften (Hg.): WISO: Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift, 37(4), Linz: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich, S. 22-37.

Senghaas-Knobloch, Eva; Kumbruck, Christel (2008): Zum Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis – Dilemmata in der modernen Dienstleistungsgesellschaft. In: Gerhard, Ute u. Hausen, Karin (Hg.): L’Homme. Europäische Zeitschrift für Feministische Geschichtswissenschaft, 2008, Jg. 19, H.28, Wien: Böhlau Verlag, S. 15-37.

Simon, Michael (2020): Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. URL: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007898 (Stand 10.09.2023).

Simon, Michael (2014) Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Hochschule Hannover. Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales Abteilung Pflege und Gesundheit URL: https://serwiss.bib.hs-hannover.de/files/953/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf (Stand: 01.12.2023).

Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Slotala, Lukas; Noll, Nadja; Klemm, Matthias; Bollinger, Heinrich (Hg.) (2022): Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Statista: Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2021. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5463/umfrage/gesundheitsystem-in-deutschland-ausgaben-seit-1992/> (Stand 24.10.2023).

Soiland, Tove (2018): Soziale Reproduktion und Neue Landnahme: ein feministischer Zugang. In: Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 38(150). Scheßlitz: Rosch-Buch Druckerei GmbH, S. 85-110.

Technische Universität Berlin: Management im Gesundheitswesen. Dr. Miriam Blümel, Diplom Soziologin. URL: <https://www.tu.berlin/mig/ueber-uns/wissenschaftliche-mitarbeiterinnen/miriam-bluemel> (Stand: 06.12.2023).

Tschenker, Theresa (2023): Politischer Streik. Rechtsgeschichte und Dogmatik des Tarifbezugs und des Verbots des politischen Streiks. Berlin: Dunker & Humblot.

Unschuld, Paul U. (2014): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. München: C.H. Beck.

Ver.di (13.11.2023): Die Krankenhausreform - Was ändert sich? URL: <https://www.verdi.de/themen/gesundheit/++co++7445b5ba-8213-11ee-9886-4fd19630906e> (Stand: 05.12.2023).

Voß, G. Günter (2007): Subjektivierung von Arbeit und Arbeitskraft. In: Aulenbacher, Brigitte; Funder, Maria; Jacobsen, Heike; Völker, Susanne (Hg.): Arbeit und Geschlecht im Umbruch der

modernen Gesellschaft. Forschung im Dialog. Geschlecht & Gesellschaft Bd. 40. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hg.) (2006): Soziologie der Gesundheit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte (KZSS, Volume 46). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Winker, Gabriele (2015): Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld: transcript Verlag.

Winker, Gabriele (2012): Erschöpfung des Sozialen. In: Vorstand der Rosa-Luxemburg-Stiftung (Hg.): Reproduktion in der Krise Ausgabe 4/2012. Luxemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis Hamburg: VSA: Verlag.

Wolff, Kerstin (2020): Hausarbeit als Nebenwiderspruch? Die internationale "Lohn für Hausarbeit"-Debatte der 1970er Jahre in der Bundesrepublik. In: APuZ Nr. 45/2020 Care-Arbeit. Bonn: bpb.

Wolff, Luigi (2013): „Patienten wegstreiken“ Arbeitskämpfe an der Charité. In: Vorstand der Rosa-Luxemburg-Stiftung (Hg.): Gewerkschaft: außer Konkurrenz. Luxemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis Ausgabe 1/2013. Hamburg: VSA: Verlag.

7. Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet und die den benutzten Quellen entnommenen Passagen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Bachelorarbeit ist in dieser oder einer ähnlichen Form in keinem an deren Kurs und/oder Studiengang als Studien- oder Prüfungsleistung vorgelegt worden. Hiermit stimme ich zu, dass die vorliegende Arbeit von der Prüferin/dem Prüfer in elektronischer Form mit entsprechender Software überprüft wird.

München, 18.12.2023

Ort, Datum