



SAMF Jahrestagung 19./20. Mai 2022, „Die geschlechtergerechte Gestaltung des
Arbeitsmarktes. Möglichkeiten und Grenzen der Arbeitsmarktpolitik“

It's the gender regime! Woran die berufliche Gleichstellung (nicht nur) der Krankenpflege in Deutschland scheitert

Prof. Dr. Sigrid Betzelt

HWR Berlin



- I. Genderregimes – in Kürze
- II. Die Krankenpflege im deutschen Genderregime
- III. Interpretation
- IV. Fazit

Grundlage des Vortrags, inkl. Referenzen:

S. Betzelt & S. Bothfeld (2021): Die Krankenpflege im deutschen Genderregime: Woran scheitert die berufliche Gleichstellung? In: S. Scherger et al. (Hrsg.): *Geschlechterungleichheiten in Arbeit, Wohlfahrtsstaat und Familie. Festschrift für Karin Gottschall*. Frankfurt/M.: Campus, 249-278.



Genderregime bezeichnet die »*formelle und informelle Herrschaftsorganisation politischer Macht entlang der Geschlechterlinie*«, die »sowohl *Institutionen, Organisationen* wie auch *Normen und Diskurse*« umfasst und »das Verhältnis der Geschlechter, den *Zugang zu Ressourcen und zu Machtpositionen* sowie auch die *Wahrnehmungen von und Zuschreibungen an Frauen und Männer*« reguliert. (Rosenberger/Sauer 2004: 259; Hervorh. S.B.)

II. Krankenpflege im deutschen Genderregime



Krankenpflege als typisches feminisiertes Berufsfeld

42% Krankenpflegekräfte (490.000), 84% Frauen; persistent gender-stereotype berufliche Orientierungen; hohe intrinsische Motivation; mittlere-hohe Qualifikationen

Bekanntermaßen unattraktive Arbeitsbedingungen:

- Arbeitszeiten unsozial und familienunfreundlich (Schicht-, Wochenendarbeit)
- Unzureichende, die Arbeitszeiten nicht abdeckende (u.a. betriebliche) Kinderbetreuung
- Hoher Teilzeit-Anteil aufgrund mangelnder Vereinbarkeit & hoher Arbeitsbelastung
- In Relation zu Anforderungen & Verantwortlichkeiten geringere Bezahlung als für vergleichbare Männerberufe: CWI (Comparable Worth Index) zeigt Unterbewertung feminisierter Arbeit
- Arbeitsintensivierung über die letzten Dekaden
- Hohe körperliche & psychische Belastungen => überproportionaler Krankenstand
- Steigende Anforderungen bei Personalkürzungen in der Pflege => ungenügende, 'gefährliche Pflege'



II. Woran liegt die persistent schlechte Lage?



Institutionelle Strukturen & Machtkonstellationen im Berufsfeld Krankenpflege:

a. Governance des Sektors:

Situation in der Krankenpflege hat sich in letzten zwei Dekaden verschlechtert aufgrund veränderter Governance-Strukturen:

- *Finanzierungssystem der KH über Fallpauschalen (DRGs: diagnosis related groups) zur Kostensenkung und “Effizienzsteigerung”*
 - Anstieg Patientenzahlen, kürzere Liegezeiten => Arbeitsintensivierung für die Pflege
 - Fixierung auf “erlösrelevante” Funktionsbereiche, deren Beschäftigung ausgeweitet wurde
 - Personalabbau in der Pflege als nicht “erlösrelevant”
- *Budget-Deckelung & Unterfinanzierung der Investitionskosten durch die Länder*
 - Erhöht (weiter) den Kostendruck auf KH

Covid-19 als Augenöffner für systemische Probleme...

II. Krankenpflege im deutschen Genderregime



b. Professionalisierung & akademisches Upgrading der Pflege unvollendet:

Historisch-kulturell: religiös verankerte ‘Berufung’, Pflegekompetenzen als der “weiblichen Natur” zugeschrieben; kirchliche Träger lange dominant

Späte Verberuflichung der Krankenpflege, Vollzeitschulen statt duale Ausbildung, bundesweit uneinheitliche Aus- und Weiterbildungsstandards

=> Relativ geringe Bezahlung, fehlende Aufstiegsmöglichkeiten

= “**Semi-Profession**”: geringe professionelle Autonomie durch Abhängigkeit von (männlich dominierter) Ärzteschaft

Akademisches Upgrading (Pflegewissenschaften/Public health) hat begonnen – aber:

‘good jobs’ nur für Minderheit (Elite; 1-10%), Mehrheit arbeitet weiter in niedrigem Status

=> *Zunehmende Hierarchisierung* unter Frauen in Pflegeberufen

Nach wie vor uneinheitliche Rahmenpläne für Studiengänge & Zugänge

Genuine Pflegekompetenzen bleiben unterbewertet im KH Governance System





c. Schwache kollektive Interessenvertretung & Repräsentanz der Krankenpflege

- Innerhalb des KH Sektors:
 - *Fragmentierter Sektor*, zunehmend renditeorientierte Träger, plus kirchliche mit traditionell schwacher AN-Vertretung; kein sektorübergreifender Tarifvertrag
 - Pflegekammern (in 2 Bundesländern) ohne Kompetenzen, verstärken Fragmentierung
 - Organisationsgrad in Gewerkschaften und Berufsverband (DBfK) relativ schwach; aber: neuerdings hohe Streikbereitschaft und erste Erfolge; Nachhaltigkeit indes fraglich
 - Organisationsintern schwache Position der Pflege im KH
- Auf Bundesebene *keine Repräsentanz der Pflege* in zentralem Gremium des “Gemeinsamen Bundesausschuss” (beratend für Gesetzgebung; vertreten sind starke Interessen: Krankenhausgesellschaften, Ärzteschaft, Krankenkassen)

Entscheidende Faktoren für schlechte Bedingungen in feminisierter Pflege:

- ❖ KULTURELLE NORMEN: kulturell verankerte, governance-gestützte Abwertung der Pflege
 - ❖ Pflegekompetenzen bleiben unterbewertet
- ❖ POLITISCHE ÖKONOMIE: Starke Machtdominanz von Kapital-/Arbeitgeber-Interessen im Verein mit neoliberaler Sozialpolitik, aufgrund von:
 - ❖ Vermarktlichung, Privatisierung, Dominanz betriebswirtschaftlicher Governance im KH Sektor
 - ❖ Personalabbau in der Pflege seit den 1990ern
 - ❖ Schwache Interessenvertretung der Pflege in fragmentiertem Sektor, geringer Organisationsgrad; aber: jüngste Streikbewegungen ein 'game changer'?
 - ❖ Akademisches Upgrading der 'Semi-Profession': Vertieft bislang Hierarchisierung, erschwert Interessenvertretung
- ❖ DISKURSE: Gleichstellungsziele \Leftrightarrow Betriebswirtschaftliche & fiskalische Ziele $\Rightarrow \gg$ inkompatibel
 - ❖ Qualitative Kriterien 'guter Pflege' bleiben untergeordnet in der Debatte, ökonomische Ziele sind dominant
 - ❖ Personalknappheit in der Pflege weniger Resultat demografischen Wandels, sondern politischer Entscheidungen
 - ❖ Kulturelle Reorientierung erforderlich: Bedarfsorientierung; Covid-19 als *window of opportunity* für veränderte Diskurse? \Rightarrow wo sind relevante Akteur*innen? (Gefahr drohender Sparpolitik durch aktuelle Krisenphänomene)

- Gleichstellungsziele sind strukturell im Nachteil, solange ökonomische Logiken im Pflege-/Gesundheitssektor in Diskursen und in Governance dominant sind.
- Fortschritte in der Gleichstellung lassen sich nur erzielen, wenn strukturelle Ursachen für Ungleichheiten angegangen und damit Machtverhältnisse verschoben werden. Hierbei spielen auch wissenschaftliche Diskurse eine Rolle.
- Effektive Gleichstellungspolitik muss somit alle Ebenen von Genderregimes adressieren: institutionelle Regulierungen, dominierende Diskurse, Repräsentation von Interessen.
- Dafür braucht es relevante Akteure, die entsprechende Diskurse und strukturelle Änderungen voranbringen.



Vielen Dank für Ihre / Eure Aufmerksamkeit!