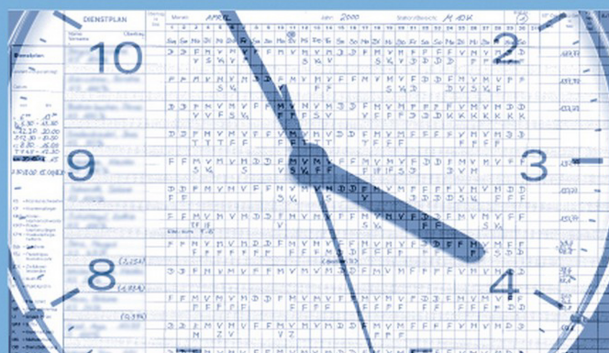




Ronald Kelm

Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege

4., überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Der Autor:

Ronald Kelm ist Pflegedienstleiter. Seit 1990 ist er als Dozent in der beruflichen Weiterbildung tätig, und zwar mit den Schwerpunkten Arbeits- und Tarifrecht sowie Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. Studium an der Hochschule für Wirtschaft und Politik, Hamburg.

Unter Mitarbeit von:

Brigitte Gerloff ist Krankenschwester und ist an der Oberstufe beruflicher Schulen mit der Fachrichtung Gesundheit und dem Unterrichtsfach Sozialwissenschaft tätig.

Ronald Kelm

Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege

4., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

4., überarbeitete Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2003/2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021971-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026520-2

Vorwort zur 4. Auflage

Bereits Anfang der 1980er Jahre, als der Marburger Bund die Ruhezeit in den Bereitschaftsdienststufen C und D erstritten hatte, spätestens aber seit dem 50. Änderungstarifvertrag des Bundesangestelltentarifvertrags war eigentlich nach einem mindestens siebeneinhalbständigen Arbeitstag, an dem sich ein mindestens zwölfständiger Bereitschaftsdienst der Stufen C oder D anschließt, eine Ruhezeit von acht Stunden angeordnet. Durch die EU-Richtlinie 93/104 vom 23. November 1993 kam erneut Bewegung in dieses Thema in Deutschland. Es wurde die seit 1924 bestehende Krankenanstaltenarbeitszeitordnung (KRAZO) den neuen Vorgaben angepasst. Ein neues Arbeitszeitgesetz wurde am 6. Juni 1994 in Kraft gesetzt und nach einer Übergangszeit 1996 auch für die Krankenhäuser gültig. Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern in Verbindung mit den Bereitschaftsdiensten wurde als nicht umsetzbar angesehen. Über die Arbeitsablauforganisation im Krankenhaus hat man sich in der Chefetage keine Gedanken gemacht. Als am 3. Oktober 2000 der Europäische Gerichtshof in seinem Urteil Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit wertete, gab es in Deutschland eine kurze Diskussion über die Zukunft der Bereitschaftsdienste. Dann hat man sich schnell wieder den DRG und ihren Herausforderungen zugewendet. Dabei wurde komplett die Arbeitszeitorganisation bei der Einführung der DRG aus den Augen verloren.

Am 9. September 2003 erfolgte das zweite Urteil des Europäischen Gerichtshofs, nun wurden auch die deutschen Bereitschaftsdienste als nicht konform mit den europäischen Arbeitszeitvorgaben gesehen. Ab sofort musste auch die Zeit, die ein deutscher Arbeitnehmer an einem vom Arbeitgeber vorgegebenen Ort verbringt, um im Bedarfsfalle die Arbeit aufzunehmen, als vollständige Arbeitszeit gewertet werden. Ausgenommen sind nur die Rufbereitschaftsdienste.

Zwei Wochen später wurde dann ein Arbeitszeitgesetz präsentiert, das all diese Änderungen erhielt. Es wurde wieder eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2005 in das Gesetz eingefügt, die etwas Ruhe in die Diskussion gebracht hat. Aber was ist seitdem passiert? Ist diese Zeit intensiv genutzt worden, um das Arbeitszeitgesetz umzusetzen? Ich meine in den Krankenhäusern muss noch viel passieren. Die Arbeitsabläufe sind immer noch nicht in allen Krankenhäusern optimiert worden.

Hinderlich sind sicher auch die alten Auseinandersetzungen in den Berufsgruppen, die nach mehr Geld oder mehr Freizeit verlangen. Außerdem wird immer noch die Frage diskutiert, wonach sich die Arbeitszeiten im Krankenhaus richten? Die Arbeitszeiten richten sich nach der Arbeitsorganisation und die sollte unter den wirtschaftlichen Bedingungen patientenorientiert sein.

Vorwort zur 3. Auflage

Flexibilität, Schnelligkeit und Qualität sind heute die zentralen Anforderungen an ein leistungsfähiges Unternehmen. Das vorliegende Buch über flexible Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung ist gekennzeichnet durch die Bemühungen, wirtschaftliche Interessen des Unternehmens und die persönlichen Bedürfnisse des Mitarbeiters zum Nutzen und Vorteil aller Beteiligten in einem Arbeitszeitmodell zu integrieren. Arbeitszeitmodelle zu entwickeln ist die Aufgabe von Führungskräften.

Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs zum Bereitschaftsdienst vom 3. Oktober 2000 und die Übergangsregelung im Arbeitszeitgesetz bis zum 31. Dezember 2006 zwingen die Krankenhäuser, ihre Bereitschaftsdienste neu zu organisieren.

Durch die Änderungen im Tarifvertrag (TVöD und Marburger Bund) sind die Bereitschaftsdienststunden deutlich teurer geworden (bis zu 49 % Arbeitsleistung ergibt eine Vergütung von 90 % in der Stufe III). Der Unterschied zur Vollarbeit beträgt nur 10 %!

Die Arbeitszeitregelungen im TVöD wurden völlig neu strukturiert.

Es gilt Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die den gesetzlichen und tariflichen Anforderungen entsprechen und auch wirtschaftlich vertretbar sind. Diese Chance kann genutzt werden.

Die OP-Organisation im Krankenhaus ist mit erheblichem Ressourcenverbrauch verbunden, die Kosten pro Zeiteinheit sind sehr hoch. Eine effiziente Arbeitsorganisation im Funktionsbereich OP und Anästhesie hat hohe Priorität für jedes Krankenhaus.

Zu beobachten sind aber auch erhebliche Widerstände bei allen Beteiligten, sich mit der Realität auseinanderzusetzen. Oft sind auch pathologische Verhaltensweisen in der Pflege zu beobachten. Das Festhalten an alten Gewohnheiten wird aggressiv vorgetragen. Immer wieder werden die Interessen der Patienten als Argument genannt, obwohl die eigenen gemeint sind.

Ich möchte mit diesem Buch Anregungen geben, sich intensiver mit der Problematik auseinanderzusetzen. Optimale Lösungen können nur gemeinsam entwickelt werden und nicht in einem Buch als Vorlage zum Überstülpen geliefert werden.

Hamburg, im Sommer 2007

Ronald Kelm

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 4. Auflage	5
Vorwort zur 3. Auflage	7
1 Geschichte der Arbeitszeitgestaltung in der Pflege ..	13
1.1 Gretchenfrage der Krankenpflege: Beruf oder Berufung?	14
1.2 Gesunde Kinder für das preußische Heer!	16
1.3 Das Arbeiterschutzgesetz von 1891	17
1.4 Und die Krankenpflege?	18
1.5 Das Elend der Krankenpflege vor dem Reichstag	19
1.6 Weimar: Die Chance auf den 8-Stunden-Tag in der Krankenpflege wird vertan	22
1.7 Die KrAZO überdauert den Faschismus und den Krieg ..	25
1.8 Die Gewerkschaften gestalten die Arbeitszeit	27
1.9 Das Arbeitszeitgesetz von 1994 geht den Kranken- häusern zu weit	30
1.10 Zurück zur Gretchenfrage	32
1.11 Literatur	33
2 Rechtliche Grundlagen	34
2.1 Direktionsrecht	34
2.2 Arbeitsvertrag	37
2.2.1 Fürsorgepflicht des Arbeitgebers	38
2.2.2 Treuepflicht des Arbeitnehmers	39
2.3 Dienstvereinbarung	39
2.4 Betriebsvereinbarungen	41
2.5 Tarifvertrag	42
2.6 Rechtsverordnungen	43
2.7 Gesetze	44
2.8 Grundgesetz	45
2.9 Europäisches Arbeitsrecht	46
3 Die tariflichen und gesetzlichen Vorschriften zur Arbeitszeit	48
3.1 Allgemeines	48
3.2 Tarifliche regelmäßige durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	51
3.3 Gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit	54
3.4 Gesetzliche Höchstarbeitszeit	54
3.5 Ruhepausen	56

3.5.1	Jugendarbeitsschutzgesetz	57
3.5.2	Mutterschutzgesetz	57
3.6	Beginn und Ende der Arbeitszeit	58
3.7	Ruhezeiten	59
3.8	Sonntagsarbeit	60
3.9	Feiertagsarbeit	62
3.10	Nachtarbeit, Nachtzeit und Nachtarbeitnehmer	67
3.10.1	Die Nachtarbeit im Arbeitszeitgesetz	68
3.10.2	Nachtarbeitnehmer	69
3.11	Überstunden	70
3.11.1	Überstunden in der betrieblichen Praxis	71
3.11.2	Überstunden bei Teilzeitbeschäftigten	73
3.11.3	Anordnung von Überstunden	74
3.12	Bereitschaftszeiten	75
3.13	Bereitschaftsdienst	76
3.14	Rufbereitschaft	79
3.15	Arbeitszeitkonten	81
3.16	Arbeitszeitversäumnis	84
3.17	Arbeitsunfähigkeit	87
3.18	Schicht- und Wechselschichtarbeit	88
3.19	Literatur	90
4	Anforderungen an den Dienstplan	91
4.1	Dienstplanformular	92
4.2	Berechnung der Sollarbeitszeiten	93
4.3	Arbeitsschritte zum Dienstplan	100
4.4	Längerfristige Planungen	102
4.5	Verantwortung für den Dienstplan	102
4.6	Verfahren bei Personalausfall	103
4.7	EDV Dienstplan	103
4.8	Änderung des laufenden Dienstplans	105
4.9	Dienstplananalyse	106
4.10	Ausfallstatistik	108
4.11	Ausfall	110
4.11.1	Ausfallquote	110
4.11.2	Ausfallfaktor	111
4.11.3	Korrigierter Ausfallfaktor	111
4.11.4	Nettoarbeitszeit	111
4.12	Arbeitsplatzmethode	112
4.13	Arbeitsaufgaben	113
4.14	Zusammenfassende Informationen	114
4.15	Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen zur Gestaltung von Schichtarbeit	126
4.16	Literatur	126

5	Erholungsurlaub	127
5.1	Urlaubsanspruch	127
5.1.1	Berechnung des Urlaubsanspruchs	128
5.1.2	Urlaubsliste	130
5.1.3	Urlaubsplan	130
5.1.4	Verbot der Erwerbstätigkeit im Urlaub	136
5.1.5	Mitteilung der Urlaubsanschrift	137
5.1.6	Krankheit im Urlaub	137
5.1.7	Urlaubsanspruch bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation	138
5.1.8	Übertragung des Erholungsurlaubs	138
5.1.9	Urlaubsanspruch und Kündigung	142
5.2	Zusatzurlaub für Wechselschichtarbeit, Schichtarbeit und Nacharbeit	142
5.2.1	Zusatzurlaub für Teilzeitbeschäftigte	145
5.2.2	Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit auf weniger als fünf Tage	146
5.2.3	Weitere Ansprüche auf Zusatzurlaub	147
5.2.4	Höchstgrenzen für den Zusatzurlaub	148
5.3	Sonderurlaub	148
6	Der Dienstplan und die Arbeitsorganisation	150
6.1	Leitfragen zur Arbeitsablaufanalyse	150
6.2	Begriffsdefinition „Bereichspflege“	152
6.3	Arbeitsschritte zur Einführung der Bereichspflege	154
6.4	Pflegedokumentationssystem	155
6.5	Dienstübergabe	156
6.6	Maßnahmen zur Sicherung der Pflegequalität	157
6.7	Literatur	159
7	Arbeitszeitflexibilisierung und Arbeitszeitmodelle	160
7.1	Arbeitszeitforderungen der ver.di	161
7.2	Rechtliche Grundlagen flexibler Arbeitszeitgestaltung	162
7.3	Zeitorientierung und Ergebnisorientierung	163
7.4	Arbeitszeitflexibilisierung	163
7.5	Abgrenzung von Überstunden bzw. Mehrarbeit bei flexibler Arbeitszeit	166
7.6	Schicht- und Dienstplangestaltung im Krankenhaus	166
7.7	Arbeitszeitmodelle	167
7.7.1	Individuelle Arbeitszeitmodelle	167
7.7.2	Kollektive Arbeitszeitmodelle	169
7.7.3	Arbeitszeitmodelle zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes	175
7.8	Methodisches Vorgehen zur Flexibilisierung der betrieblichen Arbeitszeit	188
7.9	Aufgaben der Geschäftsleitung	191
7.10	Mitbestimmung des Betriebs- bzw. Personalrats	191
7.11	Einbeziehung der Mitarbeiter	192

7.12	Beispiel für einen möglichen Ablauf eines Arbeitszeitneugestaltungsprozesses	192
7.13	Literatur	192
Anhang		193
Entwurf/Beispiel einer Betriebsvereinbarung		193
Entwurf/Beispiel einer Dienstvereinbarung		198
Literaturverzeichnis		201
Stichwortverzeichnis		203

1 Geschichte der Arbeitszeitgestaltung in der Pflege

Brigitte Gerloff

„Das Leben kann nur in der Schau
nach rückwärts verstanden,
aber nur in der Schau
nach vorwärts gelebt werden.“

Sören Kierkegaard

Wer die aktuellen Auseinandersetzungen über die Arbeitszeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verstehen will, kommt nicht umhin, sich mit den historischen Hypothesen auseinanderzusetzen, die dieses Konfliktfeld beeinflussen. Die genaue Abgrenzung der Arbeitszeit von der übrigen, zur freien Verfügung stehenden Lebenszeit bereitet in Bezug auf die Krankenpflege offenbar noch heute große Probleme. So wollten z. B. die Arbeitgebervertreter bei den Tarifverhandlungen zur Arbeitszeit 1995 die 12-Stunden-Schicht ermöglicht haben, um den Patientinnen und Patienten den Wechsel der Bezugsperson zu ersparen. Mit dem gleichen Einwand lehnten die Krankenhausträger in der Weimarer Republik den Achtstundentag in der Pflege ab. Die immer noch weit verbreitete Unsitte, Krankenschwestern und -pfleger ungeniert aus der Freizeit in den „Dienst“ zu holen, als ob sie immer noch direkt neben dem Krankensaal wohnten, zeugt von der gleichen Respektlosigkeit gegenüber ihrem Freizeitbedürfnis. Die hartnäckige Beständigkeit der Argumente scheint zu ignorieren, dass sich die Zeiten geändert haben und heute andere Anforderungen an die Pflegekräfte gestellt werden als in den Geburtsstunden des Berufes.

Viele Probleme der heute tätigen Pflegenden beruhen auf der Entwicklung der Krankenpflege aus christlich geprägtem Dienst am Nächsten zu einer personenbezogenen Dienstleistung. Ihre Geschichte ist erst zu einem kleinen Teil erforscht. Umso mehr Aufmerksamkeit verdienen die bereits bekannten Anstrengungen unserer Vorkämpferinnen und Vorkämpfer für die Etablierung des Berufes zu vernünftigen Bedingungen. Was dabei „vernünftig“ heißt, wird in diesem Buch vor allem in Bezug auf die Arbeitszeit behandelt. Einige Meilensteine der Arbeitszeitgesetzgebung, von denen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bis heute ganz oder teilweise ausgenommen sind, werden hier durch die Brille einer engagierten Pflegekraft von heute betrachtet.

1.1 Gretchenfrage der Krankenpflege: Beruf oder Berufung?

Christlicher Hintergrund

Bis in das 20. Jahrhundert hinein wurde die Pflege Kranker gar nicht als Beruf ausgeübt. Sie wurde als Bestandteil der christlichen Nächstenliebe praktiziert, und an ihre Ausübung wurden keinerlei Bedingungen geknüpft.

17. Jahrhundert

Christlich geprägte Lebensgemeinschaften bereiteten ihre Mitglieder durch eigene (unterschiedliche) Lehrgänge auf die Tätigkeit vor. Die deutschen Orden und Mutterhäuser nahmen sich dabei die „**Barmherzigen Schwestern**“ – 1643 von Vincent de Paul und Louise le Gras gegründet – zum Vorbild. Gegenstand der Lehrgänge war die Vermittlung von Grundkenntnissen im Lesen, Schreiben und Rechnen und vor allem die Förderung religiöser Tugenden. Während dies bis dahin zusammen mit allgemeinen hauswirtschaftlichen Kenntnissen als ausreichend angesehen wurde, um die Krankenpflege auszuüben, erhielten die „Barmherzigen Schwestern“ auch eine fachliche Unterweisung. Sie erlernten Grundregeln praktischer pflegerischer Tätigkeit unter der ausdrücklichen Maßgabe, den Anordnungen der Ärzte stets Folge zu leisten. Die Oberin le Gras schloss bereits 1639 den ersten Gestellungsvertrag mit dem Hospital von Angers ab. Einige Schwestern wurden der Leitung des Hospitals unterstellt, wohnten dort und wurden beköstigt, blieben aber unter der disziplinarischen Regie ihres Ordens, der sie auch versetzen konnte. Die Tätigkeit der Schwestern bestand im gemeinsamen Leben, dem Gebet und der dem Herrgott gewidmeten Tätigkeit im Hospital. Von einer abgrenzbaren Arbeitszeit konnte keine Rede sein, statt einer Entlohnung gab es ein Taschengeld und die Aussicht, im Alter nicht unversorgt zu sein.



Merke: Die Aussicht auf Altersversorgung war seinerzeit ein starkes Argument für das Mutterhaus – erst recht aus der Sicht einer Frau, die ledig war und das auch bleiben wollte.

18. Jahrhundert

Die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin im 18. Jahrhundert, die Zunahme der Hospitäler und ihre Entwicklung zu Krankenhäusern für die wachsenden Städte, Kriege und Epidemien schufen einen größeren Bedarf an Pflegekräften, als die christlichen Orden befriedigen konnten. Diesem **frühen „Pflegenotstand“** begegneten die Träger durch die Beschäftigung von Lohnwärterinnen und Lohnwärttern, die den Ansprüchen der Mediziner aber wegen mangelhafter Bildung nicht gerecht werden konnten. Vom aufklärerischen Geist beseelt, machten sich einzelne Ärzte an die Beseitigung dieses Bildungsnotstandes, den sie als das Grundübel des Pflegenotstandes ansahen. Die mildeste Form bestand im Aushang zahlreicher „Instruktionen für das Wartpersonal“ (deren Einhaltung kaum kontrolliert werden konnte):

Instruktionen für die
Krankenwärter und
Krankenwärterinnen

- „Ohne dringliche Ursache dürfen sie sich nicht von ihrem Posten entfernen, und in diesem Fall müssen sie dem Nebenwärter anzeigen, wo sie zu finden sind. Nie dürfen sie ohne Erlaubnis des Arztes und ...

ohne den Oberkrankenwärter davon in Kenntnis gesetzt zu haben, auf längere oder kürzere Zeit ausgehen und müssen des Abends spätestens um 8½ Uhr wieder zu Hause sein.

- Jeden Kranken müssen sie sanft und freundlich behandeln, seine Schwächen und Launen mit möglichster Geduld ertragen, sich nicht in Streit und Zank mit ihnen einlassen, den Widerspenstigen und Unfolgsamen nicht schimpfen oder schlagen, sondern Beschwerden, welcher Art sie auch sein mögen, dem Oberkrankenwärter ... zur Abhilfe anzeigen.
- ... wer sich betrinkt oder betrunken nach Hause kommt und zu Unordnungen im Hause Anlass gibt, wird nach Beschaffenheit der Umstände und des Vergehens durch Abzüge an Gehalt und durch unverzügliche Entlassung bestraft oder auch ... an die löbliche Polizey-Behörde zur weiteren Verfügung übergeben werden.“ (zit. n. Michael Joho 1999).

Die Krankenwartung war ein schmutziges Geschäft und genoss keinerlei gesellschaftliches Ansehen.

Mit Franz Anton Mai, der am 30. Juni 1781 in Mannheim die erste Krankenpflegeschule in Deutschland eröffnete, begann die Reihe der Mediziner, die sich der berufsfachlichen Ausbildung der Krankenpflegekräfte widmeten, indem sie unterrichteten und Lehrbücher verfassten. Dies alles aus ärztlicher Sicht und in der Tradition des hippokratischen Werkes, das den Arzt lehrt, seinen Gehilfen am Bette des Kranken zurückzulassen, da dieser den Kranken besser versorgen kann als dessen Angehörige.

Anfänge der Krankenpflegeausbildung

Merke: Noch heute werden die nach dem Krankenpflegegesetz mindestens vorgeschriebenen 480 Stunden Anatomie und Krankheitslehre in der Regel von Ärztinnen und Ärzten unterrichtet.



Mit der Ausbildung ihrer Gehilfinnen erreichten die Mediziner gleich zwei Ziele. Einerseits behielten sie die Kontrolle über die Inhalte. Andererseits konnten sie die Entwicklung der Medizin zur Wissenschaft und zur Profession vorantreiben, denn für die Befriedigung der Grundbedürfnisse war nun die Pflege zuständig. Dieses Tätigkeitsprofil – das geduldige Umsorgen, der geschickte Umgang mit dem Kranken und das hauswirtschaftliche Drumherum – entsprach dem bürgerlichen Ideal von der Hausfrau, Gattin und Mutter, die sich um die Bedürfnisse von Mann und Kindern kümmerte. Krankenpflege war ein möglicher Ersatz für die Erfüllung in der Ehe und kam dem sich entwickelnden Emanzipationsbedürfnis der bürgerlichen Frauen entgegen. Es war stark genug, Berufstätigkeit und Kompetenz zu fordern, aber nicht radikal genug, die Unterordnung unter die Männer in Frage zu stellen oder gar selbst ein Medizinstudium anzustreben. Einzelne Vorkämpferinnen wurden mit abstrusen Ausführungen über die Unvereinbarkeit des Weibes mit der Medizin, aber der besonderen Eignung für die Krankenpflege abgewehrt. Wer sich damit aber abgefunden hatte, konnte auf die Unterstützung der Ärzte in fachlicher wie in politischer Hinsicht zählen.

Die **erste Berufszählung** des Deutschen Reiches fand 1876 statt und wies 8700 in der Pflege tätige Personen aus (obwohl die Pflege noch gar kein Beruf war!). Über 80 % von ihnen gehörten zu katholischen oder evangelischen Mutterhäusern. Ihre Einsatzgebiete waren neben den Krankenhäusern die Irrenanstalten und die Privat-, Armen- und Gemeindepflege. Die Tätigkeit war, wie zeitgenössische Berichte und Lebenserinnerungen zeigen, gleichbedeutend mit unbegrenzter Arbeitszeit.

Das Mutterhaus versorgte die Schwestern zwar, machte sie aber durch die fehlende Vergütung abhängig. Weil dieses Versorgungsmodell nur wegen der unbezahlten Arbeit so kostengünstig war, hatten die als „wild“ difamierten Schwestern, die diese Gefängnisse um die Jahrhundertwende zu Hunderten verließen, es noch schwerer, ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Die **erste gewerkschaftliche Interessenvertretung** gab es erst 1898 durch den „Verband des Massage-, Bade- und Krankenpflegepersonals“ mit rund 400 Mitgliedern. In diesem Jahr war die Zahl der in der Krankenpflege tätigen Personen auf rund 30.000 angewachsen!

Arbeitszeitbeschränkung
im Deutschen Reich

Die Beschränkung der Arbeitszeit war bereits zentrales Thema der Arbeiterbewegung im Deutschen Reich geworden: Mit der aufkommenden Industrialisierung ergab sich die Notwendigkeit, Zeitvorgaben einzuhalten und der Zeitspanne, in der eine Arbeitskraft zur Verfügung steht, einen Lohn gegenüberzustellen. Die Fabrikanten, Bergwerksbesitzer und Großbauern stillten ihren Bedarf an möglichst billigen Arbeitskräften schon vor der umfassenden Einführung maschinenmäßiger Produktion, indem die Löhne tendenziell so niedrig gehalten wurden, dass die ganze Familie arbeiten musste. Das erste Betätigungsfeld der frühen Arbeitsmediziner war deshalb der Kampf gegen die Kinderarbeit.

1.2 Gesunde Kinder für das preußische Heer!

Kinderarbeit

„Der Arbeiter wird dadurch nicht geeignet, anderen Anforderungen ... z. B. der Pflicht der Verteidigung gegen äußere Angriffe zu genügen“ hieß es auf Preußisch zum Problem der Kinderarbeit. Makabererweise wirkten nicht die eindringlichen Darstellungen kindlichen Elends die Einschränkung der Kinderarbeit durch ein preußisches Gesetz, sondern die Erkenntnis, dass die arbeitenden Kinder nicht mehr als Soldaten taugten.



Merke: Das so genannte „Preußische Regulativ“ von 1839 verbot Kinderarbeit unter neun Jahren, Nachtarbeit zwischen 21 und 5 Uhr und die Arbeit an Sonn- und Feiertagen.

Erstes Arbeitsschutzgesetz

Das **erste Arbeitsschutzgesetz** in der deutschen Geschichte ging vor allem von fortschrittlichen Medizinern, bildungsbürgerlichen Vertretern der preußischen Behörden und einzelnen christlich-konservativen Fabrikanten aus. „In dem Alter, wo die Kinder den Schulunterricht genießen sollten, um zu Menschen ausgebildet zu werden, wird ihre ganze Tätigkeit schon für die Fabriken in Anspruch genommen ... und aus Mangel an

Bewegung in freier Luft leidet die Ausbildung ihrer Körper sehr ...“ klagt ein preußischer Beamter in seiner Antwort auf eine Umfrage des Reichskanzlers Hardenberg. Die Kinder arbeiteten bis zu 14 Stunden und das auch sonntags. Nur die Beschränkung der Kinderarbeit konnte außerdem den Schulbesuch für den Großteil der Kinder sicherstellen. Der damalige Schulunterricht bestand vor allem in religiös-sittlicher Abrichtung mit Hilfe des Rohrstocks und schulte die für die Fabrikarbeit erforderlichen Tugenden wie z. B. Gehorsam, Pünktlichkeit, Fleiß und Anspruchslosigkeit. Für den weiteren Ausbau des Schulwesens, der den Bedarf der Arbeitgeber an vorgebildeten Arbeitskräften stillen sollte, nahmen diese den Rückgang der Kinderarbeit in Kauf. Der Vorschlag, die Bildung auf den Sonntag zu verlegen, konnte sich nicht durchsetzen. Zudem wurden die Tätigkeiten der Kinder zunehmend durch Maschinen ersetzt.

Da eine öffentliche Kontrolle der Umsetzung des Regulativs weder durch die Betroffenen noch flächendeckend durch die staatliche Fabrikinspektion stattfand, konnten viele Arbeitgeber das Gesetz umgehen. Noch 1860 wurde festgestellt, dass die Rate der „wegen Körperschwäche und verschiedener Gebrechlichkeiten“ oder „zu geringen Maßes“ zurückgestellten oder für Untauglich Befundenen wieder um 10 % zugenommen hatte.

Merke: 1853 wurde das Preußische Regulativ novelliert. Das Mindestalter für die Beschäftigung von Kindern wurde auf 12 Jahre heraufgesetzt und der Maximalarbeitstag für Kinder unter 14 Jahren auf 6 Stunden begrenzt. Für die erwachsenen Männer und Frauen gab es immer noch keine Regelungen zur Beschränkung der Arbeitszeit!



1.3 Das Arbeiterschutzgesetz von 1891

Die erstarkende Arbeiterbewegung forderte das Verbot der Sonntagsarbeit und die Verkürzung der täglichen Arbeitszeit auf zehn Stunden. Für das Jahr 1869 sind 152 Arbeitskämpfe dokumentiert, von denen in 37 ausdrücklich für Arbeitszeitforderungen gestreikt wurde. Dennoch gab es zwischen den einzelnen Gewerken große Unterschiede. So forderten die Bäcker in Breslau die Verkürzung des Arbeitstages von 18 auf 16 Stunden, während Streikbewegungen der Bergleute bereits den 8-Stunden-Tag verlangten. In dieser Zeit wurden die ersten Tarifverträge in der Druckindustrie, dem Baugewerbe und dem Metallhandwerk abgeschlossen. Auf Seiten der Arbeitgeber waren die Arbeitszeitverkürzungen mit der Erwartung höherer Leistungen in der verbliebenen Zeit verbunden. Bismarck verfolgte die Schwächung der Sozialdemokratie durch Zugeständnisse, nachdem ihr mit Verboten nicht beizukommen war. Ein solches Zugeständnis war das **Arbeiterschutzgesetz von 1891**. Es verbot die Kinderarbeit unter 13 Jahren und die Nachtarbeit für Frauen. Die maximale tägliche Arbeitszeit wurde auf 10 Stunden beschränkt und eine ununterbrochene Ruhezeit zwischen zwei Arbeitseinsätzen von mindestens 11 Stunden festgelegt.

19. Jahrhundert

Arbeiterschutzgesetz
von 1891



Merke: Auch das Arbeitszeitgesetz von 1994 – das viele immer noch „das Neue“ nennen – geht nicht weiter. Es bestimmt eine maximale tägliche Arbeitszeit von 10 Stunden und eine ununterbrochene Ruhezeit von 11 Stunden zwischen zwei Arbeitseinsätzen. In Krankenhäusern kann die Ruhezeit auf 10 Stunden reduziert werden, und es kann während des Bereitschaftsdienstes „geruht“ werden.

1.4 Und die Krankenpflege?

20. Jahrhundert

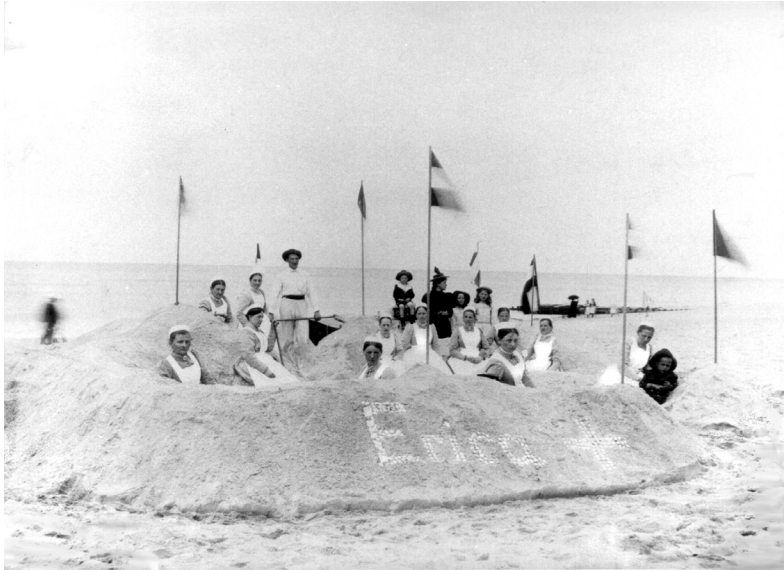
Die freiberufliche Tätigkeit der Pflegekräfte in Kranken- und so genannten Irrenanstalten erinnert am Anfang des 20. Jahrhunderts noch an den konfessionell gebundenen Ursprung. Die Beschäftigten wohnten und aßen im Arbeitsbereich, und sie trugen eine Tracht. An die Stelle der Andacht trat die ständige Beschwörung von Opfer und Verzicht zugunsten des Patienten durch die Anstaltsleitungen. Wer zu einem Mutterhaus gehörte und per Gestellungsvertrag tätig wurde, hatte sich dort einer strengen Hierarchie zu unterwerfen. Immer mehr Pflegekräfte versuchten, ohne diese Institution auszukommen und als ledige Frau ihren Lebensunterhalt trotzdem durch die Krankenpflege zu sichern. Ohne einen ethischen Überbau musste diese schlichte Begründung damals allerdings als unsittlich oder gar proletarisch-aufrührerisch verstanden werden und Patienten, Ärzte und die Öffentlichkeit schockieren. Immerhin berichteten die Zeitungen gerne über „Schwestern“, die in irgendwelchen Phantasietrachten der Prostitution nachgingen. Die anerkannten christlichen Ideale mussten also verweltlicht werden, um die Berufstätigkeit aufzuwerten und gesellschaftliche Anerkennung zu sichern. Dabei durfte der bürgerliche Rahmen möglichst nicht gesprengt werden – man hätte die Unterstützung der Ärzte verloren.



Merke: In der Berufsethik der freiberuflichen Krankenpflege blieb die Aufopferung für andere auch nach der Verweltlichung der christlichen Werte an erster Stelle. Arbeitnehmerinteressen und eigene Ansprüche störten da nur!

Interessenvertretungen

In diesem Dilemma befanden sich die Organisationen, die zur Interessenvertretung gegründet wurden. Der bereits erwähnte **„Verband des Massage-, Bade- und Krankenpflegepersonals“** schloss sich 1904 dem **„Verband der in Gemeinde- und Staatsbetrieben beschäftigten Arbeiter und Unterangestellten“** an – einer Vorläuferorganisation der heutigen Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. In ihrer Zeitung „Die Sanitätswarte“ werden die Arbeitsbedingungen, die Überanstrengung der Pflegekräfte durch die überlangen Arbeitszeiten und der tägliche Kleinkrieg mit Anstaltsleitung und Vorgesetzten angeprangert. Mit Hinweis auf den Stationszwang, also die Verpflichtung in der Anstalt zu wohnen und an der (schlechten) Verpflegung teilzunehmen, wurde die Bezahlung vorenthalten, was als „Kost- und Logisunwesen“ gebrandmarkt wurde.

**Abb. 1:**

Die „Erikaschwesterinnen“ (die Schwesternschaft des Hamburger Universitätskrankenhauses Eppendorf) in Heiligenhafen um 1910. Die gemeinsame Lebensgestaltung reicht bis in den Urlaub hinein. Nach heutigen Maßstäben wäre eine solche Reise wohl eine Teamfortbildung – damals kostbare Abwechslung vom harten Alltag.

Neben diesem freigewerkschaftlichen Verband entstand 1903 die christliche Gewerkschaft **„Gewerkverein der Krankenpfleger, -pflegerinnen und verwandter Berufe Deutschlands“**, die 1909 rund 1400 Mitglieder hatte. Beide Verbände bekannten sich zum Streik als Kampfmittel, polemisierten aber auch kräftig gegeneinander in ihren Zeitungen.

Die **„Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“** (B.O.K.D) als Vereinigung freiberuflicher Krankenpflegerinnen und Vorläuferorganisation des heutigen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) wurde 1903 mit 37 Mitgliedern – allen voran Agnes Karll – gegründet. Ihre Initiatorinnen kamen aus der bürgerlichen Frauenbewegung und hatten die Absicherung der freiberuflich tätigen Pflegekräfte durch Arbeitsvermittlung, soziale Absicherung, Wohngemeinschaft und Ausbildung im Programm. Die Organisation war eine Art Orden ohne Mutterhaus und hatte mit den gewerkschaftlichen Kräften nur die allgemeine Kritik an den schlechten Bedingungen gemeinsam. Sie forderte neben einer staatlich anerkannten Berufsausbildung die Beschränkung der Arbeitszeit auf 11 Stunden, als die Gewerkschaften und die Sozialdemokratie den 8-Stunden-Tag verlangten.

1.5 Das Elend der Krankenpflege vor dem Reichstag

Die Zustände in den Krankenhäusern und die unmenschlichen Arbeitsbedingungen, die auch in den anderen Betätigungsfeldern der Krankenpflege herrschten, wurden durch die Organisationen und Einzelpersonen bekannt gemacht. Im Juni 1900 wurden sie Thema im Reichstag in Berlin. Als entschiedenster Fürsprecher des Personals trat der sozialde-