

Ingo Bode

Solidarität und Beruf

Die französischen Krankenschwestern verändern ihre Perspektiven

Abstract

Die Gestaltung und Veränderung berufsbezogener Solidaritätsmuster ist grundlegend für die Handlungslogik von Beschäftigtengruppen und die Formen ihrer Interessenartikulation im Bereich der Arbeitsbeziehungen. Das Beispiel der französischen Krankenschwestern zeigt, wie sich vor dem Hintergrund sozialer und organisationaler Entwicklungen im Pflegebereich sowie spezifischer institutioneller Rahmenbedingungen neue Spielräume zur Interessenformierung ergeben können - und zwar durch eine Transformation des im Pflegeberuf lange Zeit dominanten Solidaritätstypus. In den Arbeitskonflikten von 1988 und 1991 erreichten die Krankenschwestern substantielle Verbesserungen ihrer Arbeitsbedingungen. Langfristig aber ergeben sich Probleme.

1 Vorbemerkung

Die wissenschaftliche Analyse der Arbeitsbeziehungen industrieller Gesellschaften ist seit jeher aufs engste mit Fragen der organisierten, kollektiven Interessenvertretung der beteiligten Akteure verknüpft. Dabei ging es stets auch um *Solidarität*. Solidarische Einstellungen und Handlungsweisen spielten für das politische Denken der organisierten Arbeiterbewegung, aber auch für den Mainstream der Theorie industrieller Beziehungen in erster Linie dann eine Rolle, wenn es galt, die Gemeinsamkeit der Arbeit(nehm)erinteressen im entwickelten Kapitalismus herauszustellen und zugleich zu erklären, aus welchen Gründen bestimmte Beschäftigtengruppen kein adäquates „Klassenbewußtsein“ entwickelten und in den gesellschaftlichen Interessenausesetzungen passiv blieben.¹ Solidarität wurde mithin zum Aufklärungsbegriff.

¹ Vgl. zu diesem Solidaritätsverständnis etwa Weigand 1979, 193ff. Als Erklärungsfaktoren für das Ausbleiben „aktiver“ Solidarität wurden meist die Remanenz oder Neubildung von Statushierarchien, die Schwerkraft kultureller Traditionen oder die Fortdauer geschlechtlicher Arbeitsteilung angeführt.

Berufssoziologische Faktoren im engeren Sinne gerieten dabei indes nur selten ins Blickfeld: und es blieb weitgehend unbeachtet, daß jene Loyalitäten und Bindungen, die aus der Spezifik bestimmter Berufsfelder und ihrer Entwicklung hervorgehen, auf solidarische Haltungen jenseits des o.g. Begriffsverständnisses verweisen; zumindest wenn man Solidarität - im Durkheim'schen Sinne - umfassender als Charakter einer sozialen Beziehung interpretiert und nicht nur als Ressource kollektiven Handelns begreift. Dann nämlich erscheint der Solidaritätsbegriff auch in bezug auf die soziale Wirklichkeit der Arbeitsbeziehungen in einem anderen Lichte: er verweist zunächst darauf, daß der Zuschnitt sozialer Bezugsgruppen relativ offen ist; die Belange lokaler Arbeitsgemeinschaften, die Spezifika professioneller Metiers oder aber globale „Klassen“interessen können allesamt Stützpfiler solidarischer Haltungen werden. Ferner geht es hier aber auch um solidarische Einstellungen, die mit der Sozialstruktur des jeweiligen Berufsfeldes zusammenhängen, also etwa mit jenem Verständnis, welches Arbeitnehmer von ihrer gesellschaftlichen Funktion oder von ihrer Stellung gegenüber Klienten ihres Arbeitsgebietes entwickeln. Die Interpretation von (kollektiven) Arbeitnehmerinteressen kann von diesem Verständnis maßgeblich beeinflußt werden.

Macht man sich eine solchermaßen erweiterte Perspektive auf die Gestalt von Solidarität zu eigen, so lassen sich Wandlungsprozesse, wie sie sich aus veränderten Formen der Arbeitsorganisation ergeben, auf einer ganz eigenen Folie betrachten. Prominent sind in diesem Zusammenhang etwa jene Prozesse, die auf eine Verbetrieblichung der Arbeitsbeziehungen hindeuten: die Solidarität der Arbeitnehmer ganzer Branchen verliert an Tragweite zugunsten einer Aufwertung der betrieblichen Gemeinschaft - die Bezugsgrundlage kollektiven Handelns wird hier auf kleinere Kollektive konzentriert und um die Loyalität zum Unternehmen erweitert; zugleich wächst die Identifikation der Belegschaften mit ihrem betrieblichen Arbeitsfeld, d.h. möglicherweise auch mit ihrem Produkt und ihren Klienten.

Die *berufsständische Reorganisation* von Solidarität stellt eine andere Variante solcher Wandlungsprozesse dar. Das zeigt anschaulich ein aktuelles Beispiel aus dem französischen Gesundheitswesen: nämlich die Protestbewegung der Krankenschwestern, deren Handlungsansatz auf neuartige Muster der Interessenartikulation sowie des beruflichen Selbstverständnisses ausgerichtet war. Die diesbezüglichen Ereignisse sind hierzulande kaum beleuchtet worden. Es erweist sich indes als recht instruktiv, sich mit den Hintergründen und Eigenheiten dieses Mobilisierungsprozesses zu beschäftigen. Denn hier wandeln sich die Arbeitsbeziehungen und die Formen kollektiven Handelns maßgeblich im Zuge von Veränderungen, die die Konturen der Pflegearbeit bzw. ihres organisatorischen Kontextes einerseits und deren Interpretation durch die Krankenschwestern andererseits betreffen. Im folgenden soll es darum gehen, diesen Prozeß als Transformation von Solidarität zu rekonstruieren. Dabei wird deutlich werden, wie Arbeitsbeziehungen mit komplexen Solidaritätsmustern verknüpft sein können. Und es kann gezeigt werden, daß ein veränderter

Solidaritätszuschnitt die Möglichkeiten kollektiven Handelns selbst unter schwierigen Bedingungen - zumindest vorübergehend - signifikant zu erweitern vermag, zugleich aber auch neue Probleme aufwirft.

Es dürfte schon sichtbar geworden sein, daß ich die Kategorien: Beruf und Solidarität ein Stück weit neu diskutieren und in einer spezifischen Weise aufeinander beziehen möchte. Es soll hier also nicht um eine gesellschaftspolitische oder pflegetheoretische Diskussion beruflicher Solidarität gehen. Auch stellt die folgende Abhandlung nicht oder nur implizit auf die Genese und Interpretation eines spezifisch weiblichen Berufsverständnisses in der Pflegearbeit ab. Es sollen vielmehr Überlegungen über den Zusammenhang zwischen einem solchen Berufsverständnis einerseits und den Formen bzw. Entwicklungen der Arbeitsbeziehungen in diesem Berufsfeld andererseits angestellt werden. Hier werde ich zunächst theoretisch verschiedene Dimensionen solidarischer Orientierungen diskutieren, um einen differenzierten Solidaritätsbegriff zu entwickeln (1.). Im Anschluß daran sollen die Ereignisse in Frankreich zur Darstellung kommen (2.) Es wird dann gezeigt, daß die Mobilisierung der Krankenschwestern als Versuch interpretiert werden kann, den mit der Berufstradition der Pflegearbeit verknüpften spezifischen Solidaritätsbezug zu transformieren und somit neue kollektive Handlungsspielräume zu eröffnen (3). Diesen Prozeß gilt es anschließend vor dem Hintergrund jener Veränderungen zu beleuchten, die das Berufsfeld, das Selbstverständnis und die Formen der Interessenartikulation der Krankenschwestern betreffen (4.).

2 Solidarität

Setzt man sich theoretisch mit dem Begriff der Solidarität auseinander, so sticht die Vielfältigkeit seiner Verwendungsweisen ins Auge (etwa Prisching 1992 oder Spicker 1992). Ohne den je spezifischen Hintergrund der einzelnen Konzeptionen hier eingehender diskutieren zu können, möchte ich drei Grundarten von Solidarität unterscheiden, die in sozialen Konstellationen, Interaktionen oder Systemen zur Wirkung kommen können. Es bietet sich an, zwischen altruistischen, kalkulierten und integrativen Formen zu differenzieren.

Mit *altruistischen* Formen von Solidarität haben wir es dort zu tun, wo Individuen auf der Grundlage empathischer Gefühle oder moralischer Normen eine generalisierte Hilfsbereitschaft gegenüber Mitmenschen entwickeln. Eine solche generelle Disposition kommt in bestimmten praktischen oder institutionalisierten Hilfebeziehungen sichtbar zum Ausdruck. Wenn etwa von der „Solidarität mit der dritten Welt“ die Rede ist, bedarfsorientierte sozialstaatliche Umverteilungssysteme eingerichtet werden oder Gewerkschaften eine solidarische Lohnpolitik in Gestalt linearer Tarifforderungen (Sockelpolitik) verfolgen, dann handelt es sich letztlich um

Altruismus. Denn es geht hier um einen bewußt vorgenommenen materiellen Nutzentransfer zwischen Individuen - wie auch immer die eigentliche Motivation des Benefaktors strukturiert sein mag (zur Altruismusdebatte: Harbach 1992).

Kalkulatorische Formen von Solidarität dürften hingegen vor allem dort eine prominente Rolle spielen, wo Kooperationsprobleme durch Arrangements gelöst werden, die sich an den Eigeninteressen der Beteiligten orientieren. So sehen ökonomisch inspirierte Ansätze zur Theorie solidarischen Gruppenhandelns (Weede 1992) die Herausbildung stabiler Kooperation gebunden an die erfolgreiche Lösung des Trittbrettfahrerproblems, und zwar durch Instrumente, die die individuelle Ratio der Mitglieder steuern (selektive Anreize, Sanktions- und Kontrollapparate, Ausschaltung von Handlungsalternativen etc.). Unter bestimmten Bedingungen (häufige Wiederholung, Transparenz der Einzelhandlungen, hohe Konfliktkosten etc.) ist eine solche Kooperation auch ohne das Zutun externer Anreize reproduzierbar (Raub/Voss 1986). In jedem Fall beschränkt sich Solidarität hier auf das Ineingreifen individuell-rationaler Kalküle. In bezug auf Interessengruppen liegt sicherlich auf der Hand, daß Akteure - etwa diejenigen, die die Arbeitsbeziehungen gestalten - bei der Wahl ihrer Handlungsorientierungen mit Kosten und Nutzen von Mitgliedschaft bzw. zeitlicher oder finanzieller Engagements kalkulieren, insbesondere wenn man einen weiten Begriff von Kosten und Nutzen zugrundelegt (Keller 1993, 31f).

Andererseits lassen sich verallgemeinerte Verbands- oder Gruppenloyalität, Risikobereitschaft bei Unsicherheit und kontextabhängige Massenmobilisierung häufig nicht ohne Rückgriff auf andere „Bewußtseinssphären“ erklären: Theorien sozialer Bewegung (Bader 1991) weisen hier darauf hin, daß sich kollektives Engagement über die Entwicklung einer gemeinsamen Identität herausbildet; Individuen können in einem Interaktions- und Lernprozeß (Eder 1993, 42ff) ein (ideologisches) Bewußtsein ausbilden, das die Borniertheit kurzfristig-individualistischer Interessenorientierung überwindet und vermittels eines möglicherweise asymmetrischen Interessenausgleichs oder eines „politischen“ Programms Solidarität „sui generis“ stiftet. Dabei ist offen, wie tief diese greift oder wer in diese Solidarität miteinbezogen wird, wer „in group“ und „out group“ ist. Die Aggregation individueller Interessen zu solidarischen Zielorientierungen dürfte also im Handeln formierter Gruppen häufig mit der Herausbildung kollektiver Identität einhergehen (Weigand 1979). Diese Identität steht dann für jene *integrative* Form von Solidarität, die Durkheim (1893/1992) allgemein als Grundlage jedweder gesellschaftlicher Ordnung betrachtete.

Nun dürften vielerorts soziale Konstellationen, Interaktionen oder Systeme hauptsächlich durch das Wirken einer der genannten Solidaritätsformen strukturiert sein. Es ist indes genauso möglich, daß alle drei Dimensionen parallel prozessiert und dabei im sozialen Wandel neu bestimmt sowie anders gewichtet werden. Bedeutsam ist jedoch in jedem Fall, wer Adressat solcher Solidaritätsbezüge ist: Orientieren sie

sich an Akteuren oder Ebenen jenseits der eigenen sozialen Lagerung (Berufsgruppe, Schicht), kann man von vertikaler Solidarität sprechen. Geht es hingegen um einen Bezug auf gleichsitierte Akteure bzw. auf Gemeinsamkeiten etwa einer spezifischen Berufskategorie, handelt es sich um eine horizontal ausgebildete Solidarität. Diese Unterscheidung ist für unser Beispiel der französischen Krankenschwesternbewegung wesentlich, wie das folgende zeigen wird.

3 Die französische Krankenschwesternbewegung

Im Herbst 1988 streiken die französischen Krankenschwestern;² erstmals und in einem für das Frankreich der 80er Jahre verblüffenden Ausmaß mobilisiert sich ein ganzer Berufszweig für die Verbesserung seiner Arbeitsbedingungen; ein Berufszweig, der kaum gewerkschaftlich organisiert, von Frauen dominiert, traditionell defensiv ausgerichtet ist und jetzt in großer Zahl den Streikaufrufen einer scheinbar aus dem Nichts entstandenen Koordinationsgruppe folgt. Die Krankenschwestern richten zwar Notdienste ein, entziehen sich aber ansonsten ihrem „Dienst am Patienten“; und dies zur Durchsetzung von vergleichsweise radikalen Forderungen: eine pauschale Gehaltserhöhung von 2000 FF (bis zu 30% für die untersten Kategorien), eine deutliche Ausweitung der Fortbildungsmöglichkeiten (10 Tage pro Jahr) und eine spürbare Aufstockung des examinierten Krankenpflegepersonals. Mitgeführt wird stets auch die allgemeine Forderung nach einem spezifischen „Statut“ für alle Krankenschwestern, mit dem die funktionale Autonomie der Pflegearbeit gegenüber dem medizinischen Zuständigkeitsbereich eindeutiger als bis dato kodifiziert, die Eingruppierungs- und Beförderungssysteme dynamisiert und die Mitentscheidungskompetenzen deutlich erweitert werden sollten.

Die Streik- und Protestbewegung weitet sich rasch im ganzen Lande aus.³ Ein Pariser Büro, das aus einer Initiativgruppe engagierter Pflegekräfte hervorging und durch eine nach Paris eingerufene Delegiertenversammlung der Krankenschwestern bestätigt wird, steht an der Spitze der Bewegung. Deren Ziele werden meist spontan auf den Versammlungen selbst festgelegt, und die gewählten Vertreter erhalten ein

2 Wenn bisher und im weiteren nur von den weiblichen Vertretern des Berufszweiges die Rede ist, so ist das der Tatsache geschuldet, daß Männer im Krankenpflegeberuf allgemein eine sehr untergeordnete Rolle spielen und in Frankreich weniger als ein Zehntel des examinierten Pflegepersonals stellen. Die Rekonstruktion der Bewegung erfolgt auf der Basis verschiedener Interviews (mit Akteuren der „Coordination“ und der Gewerkschaften CGT, CFDT, FO und CRC), ferner einer Presseauswertung sowie einer Rezeption bereits vorliegender Studien.

3 Am 8.10.1988 versammeln sich 900 Delegierte aus 400 Einrichtungen in der Sorbonne, beschließen einen unbefristeten Streik und rufen zu einer Massenkundgebung für den 13.10. auf: 100000 Krankenschwestern ziehen in ihrer Arbeitskleidung durch die Straßen von Paris und verleihen den o.g. Forderungen Nachdruck (vgl. zur Rekonstruktion der Ereignisse: Schachtel/Rebours 1989; Kergoat u.a. 1990; Hassenteufel 1991).

imperatives Mandat. Die Bewegung gibt sich einen losen organisatorischen Rahmen und bezeichnet sich als „Coordination nationale des infirmières“.⁴ Sie bleibt in den Auseinandersetzungen von 1988 weitgehend selbständig: Versuche verschiedener Gruppen und Gewerkschaften, die Krankenschwestern von der Notwendigkeit einer Ausweitung der Protestbewegung auf andere Krankenhausbeschäftigte zu überzeugen, mißlingen. Viele praktische und strategische Entscheidungen kommen spontan auf Initiative der Versammlungsplena zustande. So zieht die Bewegung ihre Schlagkraft aus einer Organisationsform, die von derjenigen der etablierten Interessenvermittlungsträger deutlich abweicht.

Nur zögernd zeigt sich die Regierung - als eigentlicher Adressat der Proteste - zu Verhandlungen mit der „Coordination“ bereit. Diese haben jedoch für Kompromißlösungen kein Mandat, und so vereinbart die Regierung mit einem Teil der Gewerkschaften ein Protokoll, das zwar hinter den Erwartungen der Krankenschwestern zurückbleibt, die Minister aber zu weitreichenden Zugeständnissen bzw. Abstrichen an ihrem Sparkurs zwingt.⁵ Das Pariser Büro der „Coordination“ beschließt letztlich das vorläufige Ende der Streikbewegung, um über neue Initiativen für einen späteren Zeitpunkt nachzudenken. Die Bewegung bricht in der Folgezeit auseinander bzw. reorganisiert sich. Dissens entsteht in der Frage einer Ausweitung der Protestbewegung auf andere Beschäftigte im Krankenhaus- bzw. Gesundheitswesen. Ein Teil der Bewegung votiert für die Gründung von Berufsverbänden, die sich später zur „Union infirmière de France“ zusammenschlossen. Daneben blieb eine Gruppierung bestehen, die das alte Label übernahm und die Bildung eines Berufsverbandes ablehnte.⁶

Nach einigen kleineren Aktionen aus dem Kreis der verschiedenen Segmente der Bewegung bricht im Herbst 1991 erneut ein Arbeitskonflikt in den französischen Krankenhäusern aus. Die „Coordination“ sowie die Gewerkschaften CRC und CGT rufen zu massiven Arbeitsniederlegungen auf, um die bereits 1988 aufgestellten Ziele nunmehr zu verwirklichen. Dabei stehen Forderungen nach einer spürbaren Aufstockung des Pflegepersonals im Mittelpunkt. Das Ausmaß der Streik- und

4 Viele ihrer Protagonisten haben einen politischen oder gewerkschaftlichen Hintergrund und bringen von daher Mobilisierungserfahrung ein: vor allem ein linkes Minderheitenspektrum der Gewerkschaft CFDT sowie Vertreter trotzkistischer Gruppen (LCR und LO) stellen Infrastrukturreourcen und Know-How zur Verfügung. Später bemühen sich auch Aktivisten aus der sozialistischen Partei um Einfluß auf die Bewegung.

5 Im auf dem Protokoll basierenden Dekret vom 30.11.1988 legt das Sozialministerium eine neue Statut-, Ausbildungs- und Prämienordnung fest (zu den einzelnen Elementen der Neuordnung s.u.). In der Folgezeit erscheinen eine ganze Reihe weiterer Dekrete (neue Prämien, Budgetmittel für zusätzliche Urlaubsvertretungen etc.). Zudem werden offizielle Kommissionen eingesetzt, die sich mit einer Aufwertung des beruflichen Status befassen und Überlegungen zu einer verbesserten Personalvertretung anstellen sollen.

6 Den aus der Bewegung hervorgegangenen Organisationen - das sind die UIF, die „Coordination“ sowie der CRC (aus der CFDT ausgeschlossene Gewerkschafter im Pariser Raum) gelingt eine Verankerung im Terrain nur sehr begrenzt. Sie erzielen bei den Personalwahlen im Krankenhauswesen vom Dezember 1992 unter den Krankenschwestern ein Ergebnis von zusammen etwa 15%. Für die drei großen Gewerkschaften stimmen über 60%.

Demonstrationsbewegung bleibt hinter den Ereignissen von 1988 zwar zurück. Die Regierung sieht sich nach längerem Abwarten dennoch gezwungen, weitere Zugeständnisse zu machen - nicht zuletzt, weil nun auch die anderen etablierten Gewerkschaften zu begrenzten Arbeitsniederlegungen aufrufen. Nach deren Einigung mit dem Gesundheitsminister bröckelt die Streikfront dann rasch ab. Versuche einer neuerlichen Mobilisierung in der Folgezeit stoßen nur auf ein sehr geringes Echo. Für die abtretende Regierung schließt sich das Kapitel mit dem Erlaß neuer Dekrete zur Arbeitsbeschreibung im Krankenpflegeberuf (Februar und März 1993).

Welchen Erfolg haben die französischen Krankenschwestern mit ihren Protesten seit 1988 insgesamt verbuchen können? Die Bilanz weist aus, daß - gemessen an den Entwicklungen für die übrigen Beschäftigten - überdurchschnittliche Standardgewinne erreicht wurden: (a) so hat es spürbare Einkommenserhöhungen gegeben (insbesondere durch die deutliche Anhebung des Einstiegsgehalts und der Sonderprämien); (b) die Arbeitszeit für Nachtdienste wurde - so die (indes nur zögerlich umgesetzte) Vereinbarung von 1991 - auf 35 Stunden pro Woche verkürzt; (c) Neueinstellungen wurden in Aussicht gestellt; (d) die Aufstiegsmöglichkeiten wurden im Rahmen einer Differenzierung der Kompetenzstufen erweitert und die Karriereverläufe (Beförderungen) dynamisiert; (e) mit der Krankenhausreform von 1991 traten neue Personalvertretungsregelungen inkraft - die Arbeitsbeziehungen im Krankenhaus sollten vor allem durch die Schaffung neuer Beteiligungsinstanzen verbessert werden: Zum ersten auf der Abteilungsebene mit dem Ziel eines besseren Ausgleichs der verschiedenen Akteurshorizonte; zum zweiten mit Blick auf eine „professionelle“ Interessenartikulation durch die Einrichtung einer Sonderkommission nur für die Krankenschwestern; zum dritten in bezug auf die allgemeine Personalvertretung durch die Schaffung einer Art Betriebsrat im Krankenhaus („Commission technique d'établissement“) ohne Beteiligung der Arbeitgeberseite; (f) auch die Veränderungen in der Arbeitsbeschreibung der Krankenschwestern sind für ihren beruflichen Status nicht unbedeutend (Dekrete von 1993).⁷

Es ist somit nicht von der Hand zu weisen, daß die Bewegung Erfolge erzielt hat, und die Unterprivilegierung der Krankenschwestern vermindert wurde. Welches sind nun aber die Hintergründe für die erfolgreiche Mobilisierung der Krankenschwestern?

⁷ Zu den neuartigen Bestimmungen der Dekrete zählen:

- der Verweis auf ihre Potentiale zur Unterstützung der Diagnose sowie zur Evaluation von Pflegebedürftigkeit
- der Hinweis auf diejenigen Bereiche, in denen die Krankenschwestern autonom bzw. initiativ arbeiten sollen, und zwar explizit differenziert nach Aufgaben der Bedarfsbestimmung, der pflegerischen Diagnose (sic!), der Festsetzung von Pflegezielen und der angemessenen Umsetzung der so formulierten Aufgaben im Rahmen der Krankenschwesterkompetenzen
- die Schaffung eines Handlungsbereiches, in denen Krankenschwestern selbständig Tätigkeiten durchführen können, die zuvor nur in Gegenwart eines Arztes möglich waren (hier ist nuremehr eine Eingriffsbereitschaft des Arztes erforderlich)
- eine Verlängerung der Liste, die den technischen und pflegerischen Handlungsbereich der Krankenschwestern beschreibt.

4 Die Transformation von Solidarität

Um sich den Charakter der geschilderten Ereignisse zu vergegenwärtigen, gilt es zunächst, einen Blick auf die Bedingungen des Pflegeberufs zu werfen und zu zeigen, wie dieser traditionell mit einem spezifischen Solidaritätsbezug verknüpft ist, der sich dann im Zuge der Mobilisierungsprozesse seitens der Krankenschwestern auflöst bzw. neu zugeschnitten wird. Weiter unten wird dann nach den möglichen Ursachen dieses Transformationsprozesses zu fragen sein.

Es ist unbestritten, daß die Arbeits- und Lebensbedingungen für einen Großteil der in der Krankenpflege Tätigen gegenüber den Entwicklungen für die Beschäftigten etwa in Industrie und Verwaltung deutlich zurückgeblieben sind. Die systematische Unterprivilegierung der Krankenschwestern hat dabei eine lange Tradition (für Deutschland: Bischoff 1984; für Frankreich: Kniebiehler 1984); und an der relativen Schlechterstellung hat sich bis heute wenig geändert. Nach wie vor ist die Arbeitssituation in der Krankenpflege gekennzeichnet von einer überdurchschnittlich hohen psychischen und physischen Inanspruchnahme.⁸

Die Abnahme des Interesses an Ausbildungsgängen der Krankenpflege sowie die geringe Verweildauer im Pflegeberuf sind indes lange Zeit die einzigen Konsequenzen dieser Situation geblieben. Die Krankenschwestern „funktionierten“ offenbar ohne große Gegenwehr, ja sie zeigten im Gegenteil eine verhältnismäßig hohe Einsatz- und Opferbereitschaft. Wie läßt sich diese erstaunlich hohe Akzeptanz von Unterprivilegierung erklären?

Meine These ist, daß die Krankenschwestern ihre Situation lange Zeit dadurch haben bewältigen können, daß ihre berufliche Identität von einer *vertikal-diffusen Solidaritätsorientierung* geprägt war. Vertikal im Sinne einer Orientierung an jenseits der eigenen Lagerung plazierten Instanzen und Problemstellungen, diffus in Hinsicht auf die „Unordnung“ dieser Bezüge auf unter- und übergeordnete Ebenen. Dabei geht es um drei Dimensionen: die der Berufsdefinition und Arbeitsorganisation, diejenige, die sich auf die Interpretation der eigenen Geschlechterrolle bezieht, und schließlich jene, die die Haltung zu den eigenen Interessen bzw. deren Repräsentation betrifft.

Berufsdefinition und Arbeitsorganisation im Krankenhaus haben mit der Herausbildung der wissenschaftlich-klinischen Medizin dem Pflegepersonal ein Aufgabenprofil zugewiesen, das mit den Begriffen der Assistenz, Unbestimmtheit und der Globalität gleichermaßen umschrieben werden könnte. Die Assistenzfunktion der

⁸ Die „nominelle“ Belastung der Beschäftigten drückt sich dabei zunächst in den Arbeitszeitreglements aus: das betrifft die Bedeutung von Nacht- und Schichtdiensten, Überstunden oder Wochenendarbeit (Baus/Marxen-Wallrich 1992, 42ff). Die Bezahlung ist - gemessen an Berufsfeldern mit ähnlicher Qualifikation und vergleichbarer Arbeitsbelastung - gering, und es bestehen kaum Aufstiegsmöglichkeiten. Für Frankreich kommen ein Bericht des staatlichen Sekretariats für Frauenfragen (André 1989) und auch ein Rapport des Wirtschafts- und Sozialrats (Vattier 1990) zu einer ähnlichen Bestandsaufnahme.

Krankenschwestertätigkeit ergibt sich aus der frühen Ausdifferenzierung von Medizin und Pflege (s.u.). Die Ärzteschaft wird zur dominanten Gruppe innerhalb der Krankenhausorganisation - sowohl in bezug auf die Aufgabenstruktur der Beschäftigten als auch übergeordnet in Belangen der Organisationsplanung und -entwicklung. Aus diesem absoluten Primat der Medizin resultiert denn auch ein Teil der Unbestimmtheit, der die Pflegearbeit kennzeichnet. Die Arbeitsinhalte sind kaum kodifiziert, sondern fortlaufend abhängig von den Direktiven der Ärzte. Unbestimmt bleibt Pflege (und Behandlung) jedoch auch aufgrund des hohen Maßes an Kontingenz in den Krankheits- und Heilungsprozessen beim Menschen (Voss 1992, 230ff). Aus diesen beiden Faktoren der Unbestimmtheit entsteht das organisatorische Erfordernis totaler Verfügbarkeit, das umgesetzt werden muß in die Strukturierung von Arbeitsverhältnissen. Im Falle der Pflege geschah dies zunächst durch eine völlige Vereinnahmung, ja streckenweise Kasernierung der Arbeitskräfte. Eine solche Globalität der Krankenpflege, die in eine „Symbiose“ von Privat- und Berufsleben mündet, besteht heute in indirekter Form noch fort.⁹ Global ist zudem der Arbeitszuschnitt als solcher: „comfort“ und „sentimental work“ (Strauss u.a. 1985) prägen das Bild des Pflegeberufs bis in unsere Zeit maßgeblich.¹⁰ Selbstlosigkeit und Zuwendungsbereitschaft stellen dabei unabdingbare Erwartungen an das Pflegepersonal dar (Oster/Beck-Gernsheim 1979, 71ff).¹¹

Eine dieserart strukturierte Pflegearbeit ist nun auf eine diffuse Art in die Hierarchieordnung des Krankenhauses eingefügt. Die Krankenschwestern oszillieren zwischen den Funktionen eines Ausführungsorgans, einer Informationsvermittlung und einer Patientenvertretung. Sie sind einerseits der Ärzteschaft weitgehend untergeordnet. Gleichzeitig verlangt man von ihnen „Mitdenken“ im Arbeitsprozeß, und überdies sind sie wichtige Bezugspersonen der Patienten (die wiederum der ärztlichen Kompetenz „ausgeliefert“ sind). Dabei erweist sich der Widerspruch zwischen der nominellen Hierarchiestruktur und dem Selbständigkeit erfordernden Zuschnitt der Pflegearbeit gerade dort als Ursache von Diffusität, wo - wie in Frankreich - die Krankenhaus(chef)ärzte über eine außerordentliche Vormachtstel-

9 So klagt das Pflegepersonal über die hohe mentale Ausstrahlung der Berufstätigkeit in die Nicht-Arbeitsphasen (vgl. für Frankreich: die Fallstudie von Rodary 1994). Und die flexiblen Arbeitszeiten erschweren ein etabliert geordnetes Privatleben - französischen Untersuchungen zufolge sind Krankenschwestern z.B. statistisch signifikant häufiger ledig als der Durchschnitt der vergleichbaren Altersgruppen (Vattier 1990, 46).

10 „Comfort work“ umfaßt die Kompensation des Autonomieverlustes mit dem Patienten im Krankenhaus in besonderer Form konfrontiert werden. Sie überschneidet sich mit der Gefühlsarbeit, deren Bewältigung traditionell dem Pflegepersonal zugewiesen wird. Die psychische Ausnahmesituation, in der sich Patienten im Krankenhaus i.d.R. befinden, muß durch verschiedene Arbeitsschritte zumindest soweit kontrolliert werden, wie es ein erfolgreicher Behandlungsprozeß erfordert.

11 Der „kulturelle“ Hintergrund der Pflegearbeit ist denn auch ihr religiöser Ursprung: ein karitatives Verhältnis zur Arbeit und die totale Orientierung an Fremdbedürfnissen wurden in den kirchlichen Institutionen organisierter Krankenbetreuung, die hauptsächlich für die Armutsbevölkerung geschaffen worden waren, zu absoluten Imperativen der Pflgetätigkeit (vgl. Senotier in Kergoat u.a. 1990, 137ff; Bischoff 1984, 14ff).

lung in der Arbeitsorganisation verfügen (hier spricht man gar von einer „conception féodale“ der Krankenhausorganisation, Bonnici 1992, 61). Daneben bestehen aber auch pflegeinterne Rangordnungen: so sind die Krankenschwestern etwa gegenüber den Pflegehilfskräften weisungsbefugt. Diese Scharnierfunktion der Krankenschwestern erfordert nun indes eine „lebendige“ Kommunikationsstruktur, die im Arbeitsalltag allzuoft mangelhaft ausgebildet ist (die Fallstudie von Minvielle 1994, 46ff).

Eine andere Art von Diffusität ergibt sich aus dem Bezug der Krankenschwestern auf ihre *Geschechterrolle* im Arbeitsgeschehen. Der Status der Pflegearbeit im Krankenhaus steht in einem Zusammenhang mit der geschlechtlichen Differenzierung der Krankenhilfe, wie sie sich bereits in der Frühphase der Verwissenschaftlichung der Medizin herauschälte (Bischoff 1984, 28ff; für Frankreich: Senotier in Kergoat u.a. 1990, 138ff). Therapie und Pflege entwickelten sich zu separaten Funktionsbereichen (Freidson 1979, 42ff): Die medizinische Professionalisierung wurde zur Männersache, die Betreuung der (mittellosen) Kranken in kirchlichen, später auch weltlichen Einrichtungen hingegen Frauen überlassen.¹² Die männliche Ärzteschaft verschaffte sich durch berufsständische Schließungsstrategien (Kontrolle des Ausbildungszugangs und der Berufsausübung) ein professionelles Monopol, das indirekt durch die sich diesem Monopol unterordnenden Professionalisierungsstrategien der (überwiegend selbständigen und häufig „weiblichen“) Paramediziner gestützt wurde (Witz 1992). Die Tätigkeiten der in den Kliniken beschäftigten Krankenschwestern verblieben in der Folgezeit im Rahmen der etablierten geschlechtlichen Arbeitsteilung: d.h. sie wiesen strukturelle Ähnlichkeiten mit der den (bürgerlichen) Frauen zugewiesenen Hausarbeit auf (reproduktionsorientiert, personenbezogen, ganzheitlich, im konkreten Zuschnitt kontingent). „Mitmenschlichkeit als Beruf“ (Ostner/Beck-Gernsheim 1979) bedeutet indes mehr Berufung denn Beruf, wenn man die den Strukturmerkmalen des zweiten Arbeitsmarktes ähnlichen Beschäftigungsverhältnisse der Pflegekräfte (Gray 1989, 142f) betrachtet: niedrige Bezahlung, hohe Fluktuation, blockierte Aufstiegswege, geringe Remanenz.

Diffusität in der beruflichen Identität der Krankenschwestern entsteht hier nun indes dadurch, daß die bürgerlichen Frauen, die sich Anfang des Jahrhunderts als Kandidatinnen für den Pflegeberuf anbieten, einerseits die organisationsinterne Unterordnung akzeptieren, andererseits aber gerade mit der Annahme dieser Rolle emanzipatorische Strategien verfolgen, nämlich eine eigene Identität im außerhäuslichen Arbeitsleben zu entwickeln und ein spezifisches (weibliches) Arbeitsvermögen auszubilden (Bischoff 1984, 40ff; Steppe 1988, 5ff).

Mit dieser Bewußtseinbildung unter den Krankenschwestern ist denn auch rasch ein Bedürfnis nach *Interessenvertretung* entstanden. Allerdings konzentrierte sich

12 Mit der Entfaltung der modernen klinischen Medizin wurde es indes erforderlich, Pflegekräfte mit höheren Qualifikationen an den stationären Behandlungsprozeß zu assoziieren - ein Umstand, der (in Frankreich ab 1920) den Staat dazu veranlaßte, Ausbildungseinrichtungen und -zertifikate einzuführen und - unter Zurückdrängung der kirchlichen Träger - eine erste Verberuflichung der Krankenpflege in Gang zu setzen (vgl. Kniebihler 1984, 112ff, 131ff, 249ff).

dieses auf die Bildung von Berufsverbänden (zu Deutschland den Überblick bei: Männer/Sieben 1987, 392 und 399f; zu Frankreich: Kniebiehler 1984, 117ff): Berufsdefinition, Ausbildungsordnung und Prestigesicherung standen hier im Mittelpunkt. Mit der Herausgabe von Zeitschriften und Fachliteratur erlebten diese Zusammenschlüsse der meist höherqualifizierten Krankenschwestern dann ab den 60er Jahren einen enormen Aufschwung, auch wenn sich der Organisationsgrad relativ bescheiden ausnahm. Die Bemühungen der „Berufseliten“ liefen zunehmend darauf hinaus, für Teile des Berufsstandes ein professionelles Selbstbewußtsein zu entwickeln. Vor allem im angelsächsischen Bereich entstanden Pflegekonzepte, die die (leitende) Krankenschwester in den Rang eines autonomen und akademischen Professionellen erhob (Carpenter 1993, 122ff). Sie hatten - nach ihrer Rezeption etwa durch deutsche und französische Vertreter der Berufsgruppe - auch andernorts einen erheblichen Einfluß auf die Ausbildungsrichtlinien für die Krankenpflege und auf das Selbstverständnis der Pflegeeliten (für Frankreich: Million-Lajoinie/Hamel 1994, 23ff). Im Hinblick auf die Masse der Krankenschwestern und den Ablauf des Pflegeprozesses im Arbeitsalltag blieben ihre Auswirkungen jedoch eher gering.

So sehr die berufsverbandliche Infrastruktur bei den Krankenschwestern ausgebaut wurde, so diffus erschien weiterhin deren Einstellung zu den eigenen Interessen und so groß blieb die Distanz zu Formen gewerkschaftlicher Interessenvertretung. Mehr noch als in Deutschland fehlt den Gewerkschaften in Frankreich der Zugang zu diesem Berufsstand. Denn die gewerkschaftliche Handlungslogik erweist sich einerseits als zu eindimensional, andererseits zu unspezifisch. Zu eindimensional, weil das berufliche Bewußtsein der Krankenschwestern von der Tradition her auf das Gemeinwohl ausgerichtet ist: Das Arbeitsobjekt sind Menschen, deren Bedürfnisse als Primat aller Handlungskriterien gelten; das Gesundheitswesen hat einen öffentlichen Auftrag und orientiert sich an politischen (nicht privatwirtschaftlichen) Vorgaben; schließlich operieren die Vorgesetzten auf der Basis medizinischer Indikationen und ethischer Verantwortung - so jedenfalls die vorherrschende Normkultur. Vor dem Hintergrund dieser Konstellationen sind konventionelle Arbeitskonflikte schwer legitimierbar, weil sie sich allein auf Interessen des Personals beziehen; diese müßten aber stets mit denen der Patienten vermittelt werden (Kühn 1979). Die gewerkschaftliche Logik ist aber, zumindest im französischen Kontext, andererseits zu unspezifisch, weil sie jenseits der kategoriellen Stratifikationen - wie sie durch die beamtenrechtliche Regulierung der Gesundheitsberufe (s.u.) und die Organisation der Krankenhausarbeit vorgegeben werden - einen Interessensaggregierungsprozeß anzuleiten versucht, der alle Arbeitnehmer eines Wirkungsbereiches in *einen* (tarifpolitischen) Handlungszusammenhang bringen soll (Hassenteufel 1991, 18ff). Wenn aber die Klinikbeschäftigten eigene Forderungen formulieren sollten, so liegt eine kategorielle Beschränkung des Interessentenkreises näher als die Aktionseinheit etwa von Verwaltungsangestellten, Assistenzärzten und Krankenschwestern - zumal letztere damit beschäftigt sind, überhaupt erst einmal ein berufliches Selbst-

verständnis zu entwickeln. So erweisen sich im französischen Krankenhaus die Gewerkschaften als schwache Akteure.

Zweierlei dürfte nun sichtbar geworden sein:

- (1) Mit dem Krankenschwesterberuf, wie er sich traditionell herausgebildet hat, ist ein Bewußtsein verbunden, das umwelt- und nicht selbstbezogen ist. Das gilt zunächst für die Arbeitsorganisation, in der die Tätigkeit des Pflegepersonals nur durch Datensetzungen anderer strukturiert wird. Die mit der weiblichen Pflegerolle verknüpften Erwartungen an Opferbereitschaft und Altruismus zeigen in die gleiche Richtung. Schließlich verzichten die Krankenschwestern (lange Zeit) auf die Formulierung von und vor allem den Einsatz für Interessen, die die eigene Unterprivilegierung unmittelbar zum Thema machen. Man könnte resumieren, daß sich eine *vertikale* Solidarität ausbildet, die in starkem Maße von *integrativen* und vor *allem altruistischen* Elementen durchsetzt ist.
- (2) Gleichzeitig erweist sich jedoch diese vertikale Solidarität als diffus und deshalb potentiell prekär: die Arbeitsorganisation wird der vertikalen Orientierung nicht gerecht - es fehlt an passenden Kommunikationsstrukturen. In bezug auf die Geschlechterrolle müssen die Krankenschwestern zwischen der hierarchischen Unterordnung und ihrer Suche nach Selbstverwirklichung durch Berufsarbeit hin und her lavieren. Schließlich gibt es offensichtlich einen Bedarf an einer Erhöhung des professionellen Prestiges, der sich in der Bildung von Berufsverbänden ausdrückt; abseits einer gewerkschaftlichen Interessenvertretung und ohne eine hinlängliche Verbreitung der erarbeiteten Konzepte in den gesamten Berufsstand hinein bleibt der Erfolg dahingehender Strategien indes weitgehend von den Orientierungen und Kalkülen anderer abhängig.

Die vertikale Solidarität war lange Zeit stark genug, die genannten Widersprüche zu ertragen; mit dem Ausbruch des Arbeitskonfliktes 1988 scheint sie dann allerdings ihre Bindungswirkung einzubüßen - und an ihre Stelle treten neue Solidaritätsmuster.

4.1 Strukturmerkmale des neuen Solidaritätstyps

Tatsächlich ist der (Mobilisierungs-)Erfolg der französischen Krankenschwesternbewegung maßgeblich auf die Ausbildung eines neuen „Kollektivbewußtseins“, einer neuen beruflichen Identität in Verbindung mit einer Reinterpretation von Geschlechterrollen zurückzuführen;¹³ und diese Veränderungen schlagen sich in einem entsprechendem Forderungsprofil nieder. Darüber hinaus entwickeln die

¹³ Von Beobachtern der Bewegung wird die Suche nach einer solchen neuen Identität übereinstimmend als eines ihrer Hauptmerkmale beschrieben. Allerdings unterscheiden sie sich in der Bewertung des „Identitätsmanagements“, d.h. in ihren Einschätzungen zu Konsistenz, Präzision und Verbreitung der neuen Bewußtseinselemente (vgl. dazu Kergoat u.a. 1990, 6ff; Visier/Frybus 1991, 112ff; Michelangeli u.a. 1993).

Krankenschwestern ein neues Verhältnis zu ihren Interessen bzw. zur Art ihrer Repräsentation. Es entsteht ein neuer „Solidaritätstypus“: Die vertikale Orientierung wird zugunsten *horizontaler* Bezüge zurückgedrängt, wobei zugleich der Versuch unternommen wird, die Diffusitäten in der alten Konstellation durch eine *Spezifizierung* der Bezugspunkte aufzulösen. Horizontal meint hier die Bindung an gleiche Lagerungen, kompatible Interessen und affine Bewußtseinshorizonte, mit Spezifität ist eine größere Klarheit in den vorgenommenen Zuordnungen angesprochen. Was heißt das im einzelnen?

Zum einen verändert sich die *Einstellung zur eigenen beruflichen Rolle*: Pflege wird mit sehr viel mehr Breitenwirkung als eigenständiges Arbeitsfeld begriffen, indem die spezifischen Kompetenzen und die funktionale Autonomie der Krankenschwestern stark gemacht werden.¹⁴ Zur Sicherstellung des spezifischen Versorgungsauftrages bedarf es einer umfassenden Fachqualifikation, die durch hohe Berufszugangsvoraussetzungen und während der Berufslaufbahn durch ständige Fortbildung gesichert werden muß. Nun sind Fragen der Aus- und Weiterbildung zwar traditionelle Anliegen der organisierten Krankenschwestern (s.o.); sie werden nun jedoch zum Ausgangs- und Fixpunkt einer breiten Bewegung, die sie geschlossen und interessenbewußt aufgreift und offensiv an Professionalisierungsstrategien zu binden sucht. Die Krankenschwestern fordern, daß nicht nur die Akteure des Krankenhauses, sondern die gesamte Gesellschaft ihre spezifische Funktion angemessen honorieren. Hier geht es sowohl um das technische Profil als auch um ein auf das Patientenwohl ausgerichtetes, ethisch untermauertes Berufsbild. Die Kombination aus dieser Form von Sozialorientierung und der Profilierung von Fachwissen spiegelt so den Versuch einer klassischen Professionalisierungsstrategie (Hartmann 1972) wider: der Krankenschwesterberuf soll zu einer lohnabhängigen Profession werden.¹⁵

Zum zweiten wird nun darüber hinaus versucht, die eigene *Geschlechterrolle* in Entsprechung zu dieser Professionalisierungsstrategie zu reinterpretieren: sie wird nicht mehr als subsidiär, sondern als komplementär zur männlichen Arbeits- und Organisationslogik im Krankenhaus definiert. Das traditionelle weibliche Arbeitsvermögen steht für Humanität und Qualität im Krankenhaus: es kompensiert zum einen die durch den wissenschaftlich-technischen Charakter der klinischen Behandlung entstehenden Entfremdungsprozesse; es trägt zum anderen zur Diagnose

14 Vgl. zum „Programm“ der „Coordination“ die Stellungnahme einer ihrer Protagonistinnen, Irène Leguy (1989). Wichtige Informationen über die „Philosophie“ der Bewegung entnehme ich den Interviews und den übrigen, o.g. Quellen.

15 Kergoat (1990, 6ff) nennt dies eine „subversive“ Qualität der Bewegung: die Beibehaltung, ja Pointierung der Identifikation mit dem Arbeitsinhalt in Verbindung mit klassischen Forderungen abhängig Beschäftigter, die auf materielle Besserstellungen fokussieren und eher Distanz zum Arbeitsgegenstand symbolisieren, führten zu einer Infragestellung der etablierten Logik lohnabhängiger Beschäftigung. Die Professionalisierungsstrategie ist mittlerweile von weiten Teilen des Berufsstands aufgenommen worden, wie die Ergebnisse einer systematischen Befragung aller wesentlichen Interessenvertretungsagenturen der Krankenschwestern zeigen (vgl. Rapport Garbi 1994).

komplexer Pathologien und zur ganzheitlichen Evaluation von Behandlungsverläufen bei. Spezifiziert wird dieses Selbstverständnis nun insofern, als bestimmte klassische Attribute, die mit weiblichen Arbeitsrollen verknüpft worden waren - wie Verfügbarkeit, Unterordnung und Unbestimmtheit -, hinterfragt und eine formale Kodifizierung der sozialen Funktion in der Reglementierung des Krankenschwesterberufes eingefordert wird (Imbert in Kergoat u.a. 1990, 72ff). Es geht darum, das Unausgesprochene und Unbeachtete, für selbstverständlich Gehaltene an „sentimental work“ aus dem Schattendasein des Klinikbetriebs herauszulösen, sie als unverzichtbaren Ausschnitt des Arbeitsprozesses zu profilieren und dadurch ihre Unterbewertung abzubauen.

Zum dritten stellen die Krankenschwestern den Bezug zu ihren eigenen Interessen in den Mittelpunkt ihres Handlungsansatzes und entwickeln eine *neue Form von Interessenvertretung*. Sie klammern wesentliche Aspekte der Gemeinwohlorientierung (nicht alle: man beachte die aufwendige Planung von Notdiensten) aus ihrer „politischen“ Strategie aus und organisieren sich in einer Form, die eine unmittelbare, nicht durch Belange benachbarter Berufsgruppen oder globalere (gewerkschafts-)politische Bezüge beeinflusste Umsetzung dieser Interessen gewährleisten sollen. Die lose Selbstorganisation erfolgt i.w. auf der Basis eines basisdemokratischen Delegationsprinzips: die Forderungsinhalte werden auf einen gemeinsamen Nenner aggregiert, der spezifisch genug ist, Grundprobleme der gesamten Berufsgruppe (und nur sie betreffende) aufzunehmen, aber noch ausreichend allgemein, um eine kollektive Identität unter doch verschiedenen Teilgruppen herzustellen. Wichtiges Merkmal der Bewegungsform ist zudem, daß die Krankenschwestern keine festen Bindungen an Organisationen eingehen und keine institutionellen Schwellen überschreiten müssen: sie können ihren Ressourceneinsatz schlagartig und effizient einbringen, die Umsetzung ihrer Investments in Aktionspläne und Streikentscheidungen unmittelbar kontrollieren und sich anschließend wieder ohne Legitimationskosten aus dem kollektiven Handlungszusammenhang zurückziehen (Hassenteufel 1991, 11ff).

Mit Blick auf das zuletzt Gesagte scheint es naheliegend, daß *kalkulatorische Formen* solidarischen Handelns unter den Krankenschwestern den zuvor dominierenden *altruistischen* Solidaritätstypus, der selbstbezogene Handlungslogiken (Abbruch des „Dienstes am anderen“ zum Zwecke der Verfolgung eigener Interessen) noch ausgeschlossen hatte, nunmehr überlagern. In jedem Fall treten der Berufsstand und seine Belange in den Vordergrund. Das oben skizzierte Diffusitätsproblem in bezug auf die Formen der Interessenvertretung wird dadurch angegangen, daß man eine spezifizierte, nämlich kategorielle Repräsentationsform jenseits traditionell gewerkschaftlicher Handlungsansätze sucht. Die intrinsische Bindung an ihren Beruf retten die Krankenschwestern dabei durch die Verfolgung der o.g. Professionalisierungsstrategie. Es wird deutlich, daß Identität und damit *integrative Solidarität* sehr viel stärker in horizontaler Hinsicht ausgebildet werden: nicht mehr die

Bedienung des Krankenhauses, seiner Lenker und Kunden, sondern die eigene Berufsgruppe und ihre spezifische, autonome Funktion werden zum Fixpunkt des „Kollektivbewußtseins“. Dabei versuchen die Krankenschwestern, die Diffusität ihrer Funktion im Krankenhausgeschehen in Richtung einer Spezifizierung ihres Aufgabenprofils aufzulösen. Unterstützt wird dieser Bezug auf sich selbst durch Veränderungen in der Interpretation der Geschlechterrollen. Unterprivilegierung im Krankenhaus wird als Frauenproblem begriffen, weibliches Arbeitsvermögen offensiv als Ressource im Kampf um soziale Anerkennung verstanden und damit von einer vertikalen Orientierung des Selbstbewußtseins auf eine horizontale Perspektive umgeschaltet. Indem weibliches Arbeitsvermögen jedoch spezifiziert wird und nunmehr als komplementär zur medizinischen Gestaltung des Behandlungs- und Heilungsprozeß konzipiert ist, entfällt der Imperativ hierarchischer Unterordnung bei dem Bemühen um die Erlangung eines beruflichen Status. Auch hier tritt Spezifizität an die Stelle von Diffusität.

Zusammengefaßt: Die Professionalisierung des Funktionsverständnisses, die Profilierung weiblichen Arbeitsvermögens und die Mobilisierung berufsständischer Interessensbezüge; das sind die *Strukturmerkmale* des neuen Solidaritätstypus.

5 Faktoren des Wandels

Warum verändern aber nun die Krankenschwestern ihren Bewußtseins- und Handlungshorizont in diese Richtung? Ich will drei Faktoren benennen: der Anachronismus der Geschlechterbeziehungen im Arbeitsfeld Krankenhaus, die widersprüchliche Entwicklung der Arbeitsbedingungen in den Kliniken und schließlich die spezifische Konstellation des relevanten Interessenvermittlungssystems.

Der *Anachronismus* einer eben nicht subtilen, sondern eher systematischen *Unterprivilegierung von Frauen* im Arbeitsfeld Krankenhaus ist eine erste Erklärung für die Mobilisierung der Krankenschwestern. Im examinierten Pflegeberuf tritt der Kontrast zwischen der formalen (nahezu akademischen) Qualifikation und der realen Verwertung des weiblichen Arbeitsvermögens offen zu Tage (Institut Frau und Gesellschaft 1988). Das betrifft etwa die Tatsache, daß die zunehmend formalisierte Rollenzuschreibung im Krankenhausgeschehen ignoriert, und den Krankenschwestern die Überschreitung der Kompetenzen im täglichen Arbeitsgeschehen oder aber artfremde Tätigkeiten zugemutet werden.¹⁶ Da gleichzeitig der Anspruch auf selbstbezogene Lebensweise unter den Krankenschwestern an Terrain gewinnt, geraten

¹⁶ So bleiben ihnen häufig Funktionen überlassen, für die ihnen die notwendige schriftliche Anweisung oder überhaupt jegliche Kompetenz (etwa bei Ad-hoc-Eingriffen wegen Nicht-Erreichbarkeit eines Arztes im Nachtdienst) fehlt. Auch die Arbeitszeit- und Überstundenregelungen sowie die Fortbildungsrichtlinien scheinen häufig nicht eingehalten zu werden (vgl. zu solchen Bestandsaufnahmen etwa André 1989 oder Vattier 1990).

die Geschlechterverhältnisse in den Kliniken zusehens unter Druck (Michelangeli u.a. 1993, 320).

Hier besteht auch ein enger Zusammenhang mit den allgemeinen *Entwicklungen der Arbeitsbedingungen* im Krankenhauswesen. Zum einen setzt mit der technischen Evolution des Krankenhauses eine Rationalisierung der Pflegearbeit ein, die einhergeht mit Prozessen fortschreitender Verberuflichung: die Regulierung des Krankenschwesterberufes modernisiert sich entsprechend, aber im Pflegealltag erlebt das Personal verschiedene einschneidende Frustrationen. Zum zweiten bedroht die Entwicklung von Arbeitsfeld und -organisation das traditionelle Kapital des Berufsstandes, nämlich die ganzheitliche, patientennahe und humanitäre Arbeitsphilosophie:

Die Krankenpflege entwickelt sich im modernen Krankenhaus sukzessive aus der reinen Betreuungs- und Versorgungsfunktion heraus hin zu einer Beteiligung am therapeutischen Prozeß (Strauss u.a. 1985). Dabei gewinnen Erfahrungswissen, Zweck-Mittel-Rationalitäten und technische Kompetenzen im Arbeitsprozeß an Bedeutung und treiben die Verberuflichung weiter voran. Parallel steigen - mit neuen Patientenpopulationen und komplexeren Therapieverfahren - auch die Anforderungen in den traditionellen Arbeitsbereichen der „comfort“ und der „sentimental work“. Und auf bestimmte Teile der Berufsgruppe kommen im Zuge der internen Fragmentierung des Pflegepersonals und der Formalisierung des Arbeitsprozesses verstärkt Koordinations- und Verwaltungsaufgaben zu. Damit wird Pflegearbeit organisatorisch systematisiert und funktional ausdifferenziert. Die Beziehungen der Akteure im Krankenhaus rationalisieren sich, indem ein Teil der Autoritäten anonym bleibt (man betrachte z.B. die Situation einer Röntgenabteilung), ein anderer Teil nicht mehr nur an eine Person gebunden ist (etwa weil Hierarchien innerhalb des Pflegepersonals ausgebaut werden). Diese Entwicklungen bedeuten, daß Pflegearbeit stärker auf sich selbst bezogen ist und ihre funktionale Diffusität verringert wird.

Mit einer derartigen Entwicklung des Arbeitsfelds korrespondieren zwar auch in Frankreich veränderte Qualifikationsnormen und Rollenzuschreibungen (Vega 1993). Die öffentliche Kontrolle der Berufsausbildung, die Formalisierung von Kompetenzen in staatlichen Verordnungen sowie die Differenzierung des Berufsfeldes in spezialisierte, steuernde, Standard- und Hilfsfunktionen zeugen davon, daß die Regulierung des Krankenschwesterberufes erkennbar modernisiert worden ist.

Dieser Anpassungsprozeß hielt jedoch auf halbem Wege inne: Zum einen blieben die angebotenen materiellen Standards gegenüber denjenigen anderer Berufszweige und gemessen an den besonderen Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals signifikant unterentwickelt (s.o.). Und zum zweiten werden die formal gültigen Regeln im Alltag der Krankenpflege offenbar systematisch verletzt und informell die Diffusität im Aufgabenprofil der Krankenschwestern aufrechterhalten. Dies ist auch auf die staatliche Rationalisierungspolitik zurückzuführen, die zu Personalknappheit und

im Arbeitsalltag zu einer Praxis der Mängelverwaltung geführt hat.¹⁷ Trotz der sinkenden Kapazitätsauslastung (Bettenbelegung; Verweildauer) nehmen dabei die Belastungen für das Pflegepersonal eher zu- als ab: denn aufgrund einer steigenden Arbeitsdichte (Pflegeaufwand je Patient; Zunahme von Abwicklungsvorgängen) intensiviert sich die Pflegearbeit mitunter beträchtlich, ein Umstand, der sich auf das Image des Pflegeberufes nicht gerade förderlich auswirken dürfte. Die Gesamtsituation hat allmählich dazu geführt, daß vakante Stellen mangels Bewerberinnen nicht mehr besetzt werden können.

Diese mit dem Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit verbundenen *Frustrationen* stellen sicherlich gewichtige Mobilisierungsmotive dar; und die Zunahme jener Krankenschwestern, die - wenn möglicherweise auch nur aufgrund der verschlechterten allgemeinen Arbeitsmarktlage - einen vorläufigen Verbleib im Beruf anstreben, mag eine Konstellation herbeiführen, in der Protest („voice“) der Option „exit“ vorgezogen wird. Die Zielrichtung dieses Protestes läßt sich dabei noch besser verstehen, wenn man jene *Bedrohungen* des Berufsstands ins Blickfeld nimmt, die die Modernisierung des Krankenhauses als solche hervorruft. Die erwartete Einordnung in die Rationalität technisch-funktioneller Arbeitsorganisation sowie die fortschreitende Industrialisierung des Arbeitsalltags scheinen mit der überlieferten Arbeitsphilosophie der Krankenpflege nicht kompatibel. Denn die rationalisierten Verhältnisse im modernen Krankenhaus erschweren den Krankenschwestern die Anwendung ihrer Sozialkompetenz. Mit der Ausbildung der Funktionspflege und dem Voranschreiten der Arbeitsteilung (Voss 1992, 241; Michelangeli u.a. 1993, 319f) werden - allen innovativen Pflegekonzepten zum Trotz - ganzheitliche Bezüge vermindert. Für die französischen Krankenschwestern stellt sich zudem das Problem, ihre Sozialkompetenzen abzugrenzen gegen die ihnen untergeordnete Kategorie der Pflegehilfskräfte (Visier/Frybus 1991, 109f).

Im Zuge der fortschreitenden Modernisierung des Krankenhauses entwickeln sich also Frustrationen und Bedrohungen gleichermaßen. Der drohenden Entwertung ihres „Eigen“kapitals können die Krankenschwestern nur den Hinweis auf dessen Unentbehrlichkeit entgegensetzen: das Bedrohte gilt es mit Blick auf das Gemeinwohl zu bewahren bzw. wiederherzustellen. In gewisser Weise könnte man mithin die Postulierung von Professionalität in der Tat als Schutzstrategie (Gross 1985) interpretieren, freilich eher in einem funktionalen denn instrumentellen Sinne.

Die bis hierher diskutierten Entwicklungen mögen in Frankreich stellenweise besonders akzentuiert auftreten - sie scheinen jedoch nicht unbedingt länderspezifisch ausgeprägt (zu vergleichbaren Prozessen in Deutschland: Landenberger 1993,

17 Die staatlichen Versuche zur Konsolidierung der Sozialversicherung setzen auch und v.a. an einer Rationalisierung und Ökonomisierung des Krankenhauses an: die Budgets wurden pauschaliert und ihre Zuwachsraten stark begrenzt. Und mit der Krankenhausreform von 1991 (vgl. Couty/Tabuteau 1992) wurde die „Vermarktlichung“ des Krankenhauswesens beschleunigt: so sollen die Kliniken eigene Produktivitätsziele aufstellen, die Verweildauer der Patienten weiter kürzen und nach neuen „lukrativen“ Tätigkeitsfeldern suchen.

56f; Voss 1992, 183ff). Deshalb liegt es nahe, die Entstehung der Krankenschwesternbewegung auch auf die spezifische Struktur des Interessenvermittlungssystems zurückzuführen, das wir im öffentlichen Dienst Frankreichs vorfinden. Dabei sind einerseits die beamtenrechtliche und „politische“ Regulierung der Arbeitsverhältnisse und andererseits das besonders ausgeprägte Vakuum, das in bezug auf die organisierte Interessenvertretung der Krankenschwestern besteht, die zentralen Wesenszüge der französischen Konstellation.

Die *Regulierung der Beschäftigungsverhältnisse* im öffentlichen Gesundheitswesen Frankreichs ist davon gekennzeichnet, daß der Staat unilateral sog. „Statute“ für die verschiedenen Bedienstetenkategorien (also auch für die Krankenschwestern) festlegt. Diese beamtenrechtliche Regulierungsstruktur ist dabei insofern „politisiert“, als sie auf arbeits- und sozialpolitischen Legitimationskriterien beruht: zum einen gilt ein formales Gleichheitsprinzip im Steuerungssystem der Personalpolitik. Einstellungen erfolgen über Prüfungsverfahren („Concours“), die Eingruppierungen werden gemäß der formalen Qualifikationen ohne unmittelbare Bindung an das konkrete Arbeitsfeld vorgenommen und der weitere Berufsweg (Beförderungen, Einkommenszuwächse, Arbeitsplatzveränderungen etc.) ist minutiös reglementiert (Acker/Denis 1992). Zum anderen orientieren sich die Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen am politisch evaluierten Bedarf und nicht am Markt. Die „große“ Politik wird zum Adressaten der Interessenartikulation der Beschäftigten - das eröffnet Mobilisierungsspielräume, da der Staat zum einen grundsätzlich immer „liquide“ ist und zum anderen Allgemeininteressen zur Debatte stehen. Da nun das „Statut“-System eine rigide Parzellierung der Krankenhausbelegschaften mit sich bringt, werden kategorielle Formierungen gefördert.

Das Protestpotential hat also einen „politischen“ Charakter und kann sich aufgrund der institutionellen Vorgaben kategoriell ordnen, ein Umstand, der im Falle der Krankenschwestern den Spielraum für die Umsetzung des neuen Solidaritätstypus schafft. Ihre Interessenartikulation kann jedoch von den französischen Gewerkschaften nicht kanalisiert bzw. kontrolliert werden. Vielmehr besteht ein besonders ausgeprägtes *Vakuum im Bereich der organisierten Interessenvertretung*. Die Gewerkschaften sind zum einen kaum unter den Krankenschwestern verankert und nur über die betriebliche Gremienarbeit mit ihren Belangen befaßt. Ihr allgemeines Erscheinungsbild ist zum anderen geprägt von einer fortschreitenden Institutionalisierung ohne Mitgliederbasis (Adam 1990) und von einer relativen Erfolglosigkeit in der Tarifpolitik (Dufour 1993). Sie sind deshalb kaum mehr in der Lage, radikale Interessenartikulation zu organisieren. Sie bieten sich zudem mit ihrem kategorienübergreifenden Bezug (auf Klasse, Branche oder zumindest Gesamtbetrieb) für die Entwicklung einer horizontal-verengten Solidarität (nämlich der berufsständischen) in Verbindung mit kalkulierbareren und direkteren Interventionsformen nicht an (Dupont 1990, 37f; Kergoat u.a. 1990, 10ff). So schaffen sich die Krankenschwestern ihre eigene Kanäle.

6 Der neue Solidaritätstypus und seine Grenzen

Die Überlegungen zu Strukturmerkmalen und Hintergründen des neuen Solidaritätstypus lassen sich wie folgt resümieren:

- (1) Die französischen Krankenschwestern verändern ihre Perspektiven: wesentlich ist, daß eine Verengung von Solidarität auf die Horizontale hin stattfindet - dies sowohl bezüglich eines neuen Designs beruflicher Identität als auch in Hinsicht auf den Zuschnitt des Interessenbezugs. Das offensive Aufgreifen der Geschlechterfrage steht gleichfalls für den Willen, die vertikale Orientierung (an „männlich“ strukturierter Arbeitsorganisation) zu verabschieden. Die integrativen und altruistischen Elemente des Solidaritätsbezugs bleiben nur in abgeschwächter bzw. veränderter Form erhalten und werden vermittels der Professionalisierungsstrategie in einen *kalkulatorischen Kontext* eingebettet. Innerhalb dieses neuen Bezugsrahmens gelingt eine erstaunliche Solidarisierung des bis dato stark desintegrierten Berufsstands. Die Einsicht in die sich verändernden Solidaritätsdimensionen ist also wesentlich für das Verständnis der Krankenschwesternbewegung.
- (2) Die Berufsgruppe versucht dabei, sich aus der spannungsreichen Diffusität ihres Arbeitsfeldes durch eine Spezifizierung des Berufs-, Geschlechts- und Interessenverständnisses zu lösen. Die Evolution der Arbeitsorganisation im Krankenhaus, die Entwicklung der Geschlechterrollen und nicht zuletzt die Krise der etablierten Interessenvermittlung sind die hier maßgeblichen Faktoren, die den Wandel von der vertikal-diffusen zur horizontal-spezifischen Solidarität herbeiführen.

Das Beispiel der französischen Krankenschwestern zeigt anschaulich die mögliche Vielfalt und Dynamik von Solidaritätsbezügen im Bereich der Arbeitsbeziehungen. Solidarität transformiert sich im Kontext des Berufsfeldes und seiner Entwicklung; dabei entstehen neue Ressourcen für kollektives Handeln. Möglicherweise finden wir einen solchermaßen pointierten Rückbezug auf berufliche Belange auch in anderen Fällen: zu denken wäre etwa an die Vitalität des berufsgewerkschaftlichen Ansatzes oder an spontane Mobilisierungsprozesse an den Gewerkschaften vorbei, wie wir sie in anderen Systemen industrieller Beziehungen (Großbritannien; Italien) beobachten können; die Hintergründe eines solchen Rückbezugs dürften indes stets spezifischer Natur sein. In unserem Fallbeispiel ergibt sich der Wandel aus Spannungen zwischen traditionellen Solidaritätsmustern und veränderten gesellschaftlichen, i.e. sozialen und organisationalen Kontexten.

Er erzeugt aber neue Ungereimtheiten - denn der neue Solidaritätstypus erweist sich als prekär; er operiert mit Widersprüchen und Ausklammerungen, die die erzielten Erfolge möglicherweise gefährden und in einem anderen Lichte erscheinen lassen. Zu fragen ist zunächst, ob nicht die Prononcierung des weiblichen (ganzheit-

lichen) Arbeitsvermögens trotz der Versuche, es seiner patriarchalischen Elemente zu bereinigen, weniger strukturverändernd wirkt als erhofft. Der Rückgriff auf kulturell verankerte weibliche Identifikationsmuster mag zwar Sympathien in der Öffentlichkeit hervorgerufen haben und der Herausbildung einer kollektiven Identität unter den Krankenschwestern dienlich gewesen sein: es ist jedoch denkbar, daß sich hier wie dort ein Rollenverständnis reproduziert, das traditionelle Differenzierungen zwischen den Geschlechtern (auch im Arbeitsgeschehen des Krankenhauses) eher noch zementiert.

Desweiteren birgt der Versuch, das Berufsbild via funktionaler Spezifizierung und fachlicher Rationalisierung zu professionalisieren, die Gefahr einer weiteren Taylorisierung des Krankenhauses mit der Folge einer zunehmenden Einschränkung holistischer Bezüge der Pflegearbeit (Branciard/Guegoïn/Mosse 1993, 90ff). Ganzheitliche Krankenbetreuung und wissenschaftlich-technische Pflegeorganisation geraten hier in einen schwer auflösbaren Widerspruch, so daß sich eine berufliche Identität, die einerseits auf weiblichem Arbeitsvermögen, andererseits auf professionellen Kompetenzansprüchen basiert, als vage und letztlich labil erweist (Visier/Frybus 1991, 112ff).

Ferner muß offenbleiben, inwieweit Formen kategorieller Interessenvertretung lebensfähig und sozialverträglich sind. Ihre Lebensfähigkeit wird alleine schon dadurch beeinträchtigt, daß die „Coordination“ mit den etablierten Interessenvermittlungsinstanzen interagiert und unter ihren Druck gerät. Das wird zum einen sichtbar an den internen Entwicklungen: Die Rolle von Akteuren, die politischen Handlungszusammenhängen entstammen, ist bedeutsam für den Aufbau (Infrastruktur; Organisationsroutine) wie für das Schicksal (Spaltung) der Bewegung. Zum anderen verfügen die institutionalisierten Gegen- bzw. Mitspieler (Staat, politische Organisationen, Gewerkschaften) über den längeren Atem: Eine offizielle Anerkennung als regulierender Akteur hat die „Coordination“ von keiner Seite erfahren - und das Alltagsgeschäft der betrieblichen wie überbetrieblichen Interessenvermittlung kann von Basisbewegungen nicht bewältigt werden und bleibt Sache der etablierten intermediären Organisationen.¹⁸

Schließlich erweist sich die von der Krankenschwesternbewegung verengte Solidarität als zwar kurzfristig effizient, aber langfristig problematisch. Denn die berufsständisch-radikalisierte Solidarität droht zum Bumerang zu werden. Das kann man mit Bezug auf die Zukunft des Krankenhauses unter den Bedingungen der Sozialstaatskrise leicht veranschaulichen: Der Staat mag den militanten Forderungen der Krankenschwestern nach nominell höheren Standards nachzugeben gezwungen sein; aber er dürfte - in Anbetracht der Tatsache, daß die Energie einer für das

¹⁸ Diese bemühen sich übrigens, ihre Strategien in bezug auf die Krankenschwestern den während der Protestbewegung artikulierten Bedürfnissen anzupassen: sie nehmen eine härtere Forderungshaltung ein, nähern sich den berufsständischen Logiken an oder versuchen, die innerorganisatorischen Entscheidungsverfahren zu demokratisieren (vgl. dazu Dupont 1990, 35ff; oder Hassenteufel 1991, 19f).

Gesundheitssystem wesentlichen Berufsgruppe nicht in ein globales, strukturorientiertes (politisches) Handeln umgesetzt wird - dazu in der Lage sein, die Folgekosten dadurch zu minimieren, daß er die Rationalisierungspolitiken fortsetzt oder Teile der Krankenversorgung aus dem öffentlichen Krankenhaus auslagert. So intensiviert sich die Krankenpflege entweder ungebremst weiter, oder die erzielten Vorteile gelten nurmehr für eine schrumpfende Gruppe von Krankenschwestern im öffentlichen Sektor. Das wiederum heißt: die Formen verengter, horizontaler Solidarität bringen sich um ihre eigenen Früchte, oder sie verengen ihren eigenen Horizont in rekursiver Weise. Die Grenzen des neuen Solidaritätstypus werden alsbald sichtbar.

Literatur

- Acker, François, Gisèle Denis (1992): De l'administration du personnel à une gestion économique de l'emploi à l'hôpital; in: *Revue française des affaires sociales* 45 (4), 25-40
- Adam, Gérard (1990): Les syndicats sous perfusion; in: *Droit social* (12), 833-835
- André, Michèle (Secrétariat d'État chargé des Droits des Femmes) (1989): *Mission dialogue dans les hôpitaux. Rapport au Premier Ministre*. Paris
- Bader, Veit Michael (1991): *Kollektives Handeln. Protheorie sozialer Ungleichheit und kollektiven Handelns II*. Opladen
- Baus, Magdalena u.a. (1992): *Krankenschwester. Probleme eines Frauenberufes*. Mainz
- Bischoff, Claudia (1984): *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenerwerbstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/New York
- Bonnici, Bernhard (1992): *L'hôpital: enjeux politiques et réalités économiques. Notes et études documentaires* (4949). Paris
- Branciard, Anne u.a. (1993): *Innovations, professions: l'organisation du travail parent pauvre*; in: *CFDT aujourd'hui* (108), 81-95
- Carpenter, Mick (1993), *The Subordination of Nurses in Health Care: Towards a Social Devisions Approach*; in: Lianne Riska, Katerina Weger (Hg.): *Gender, Work and Medecine*. London, 95-130
- Couty, Edouard, Didier Tabuteau (1992): *Hôpitaux et cliniques: les réformes hospitalières*. Paris
- Dufour, Christian (1993): *Frankreich*; in: Reinhard Bispinck, Wolfgang Lecher (Hg.): *Tarifpolitik und Tarifsysteme in Europa*. Köln, 105-131
- Dupont, Marc (1990): *Entre professions et corporations: le syndicat à l'hôpital*; in: *CFDT-aujourd'hui* (98), 31-38
- Durkheim, Émile (1992): *Über die soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften*. Frankfurt
- Eder, Klaus (1993), *The New Politics of Class: social movements and cultural dynamics in advanced societies*. Newbury Park
- Freidson, Eliot (1979): *Der Ärztestand*. Stuttgart

- Garbi, Brigitte (Rapporteur) (1994): Rapport à Monsieur le Ministre délégué à la santé sur les perspectives d'évolution de la profession infirmière. Paris
- Gray, David E., Militancy (1989): Unionism and Gender Ideology. A Study of Hospital Nurses; in: *Work and Occupations* (16) 2, 137-152
- Gross, Peter (1985): Liebe, Mühe, Arbeit. Abschied von den Professionen; in: *Soziale Welt* (36) 1, 60-82
- Harbach, Heinz (1992): Altruismus und Moral. Wiesbaden
- Hartmann, Heinz (1972): Arbeit, Beruf, Profession; in: Th. Luckmann, W.M. Sprondel (Hg.): *Berufssoziologie*. Köln, 36-52
- Hassenteufel, Patrick (1991): Pratiques représentatives et constitution identitaire. Une approche des coordinations; in: *Revue française des sciences politiques* (41) 1, 5-27
- Institut Frau und Gesellschaft (1988): Bei gleicher Qualifikation. Qualifikationsbegriff und weibliches Arbeitsvermögen. Schwerpunkttheft von IFG Frauenforschung, 4
- Keller, Bernd (1993): Einführung in die Arbeitspolitik. München, 3. Auflage
- Kergoat Danièle u.a. (1990): Les infirmières et leur Coordination. Forschungsbericht des CNRS - PIRTTEM. November
- Kniebichler, Yvonne (1984), Cornettes et blouses blanches, les infirmières dans la société française 1880-1980. Paris
- Kühn, Hagen (1979): Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenvertretung im Krankenhaus; in: *Argument Sonderband* 30, 46-59
- Landenberger, Margarete (1993): Pflegenotstand hausgemacht? Zur Berufssituation der Pflegekräfte; in: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.): *Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe - Entwicklungstendenzen und Lösungswege*. Berlin, 55-64
- Leguy, Irène (1989): Génération infirmières. Grand entretien avec Irène Leguy, membre du Bureau de la Coordination Nationale Infirmière; in: *Collectif* (7), 3-10
- Männer, Léonard, Günter Sieben (1987), Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Gerlingen
- Michelangeli, Cathérine u.a. (1993): L'infirmière: de la gratitude à la reconnaissance; in: *Études* (378) 3, 317-326
- Mienvielle, Etienne (1994): Un changement sur ordonnance; in: *Gérer et entreprendre* (35) 6, 43-55
- Million-Lajoinie, Marie-Madeleine, Françoise Hamel (1994): Le groupe infirmier: évolutions récentes, incertitudes actuelles; in: *Regards sur l'actualité* (202) 6, 17-30
- Ostner, Ilona, Elisabeth Beck-Gernsheim (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt
- Prisching, Manfred (1992): Solidarität in der Moderne - zu den Varianten eines gesellschaftlichen Koordinationsmechanismus; in: *Journal für Sozialforschung* (32), 3/4, 267-281
- Raub, Werner, Thomas Voss (1986): Die Sozialstruktur der Kooperation rationaler Egoisten. Zur utilitaristischen Erklärung sozialer Ordnung; in: *Zeitschrift für Soziologie* (15) 5, 309-323
- Schachtel, Martine, Alain Rebous (1989): Ras de la seringue: histoire d'un mouvement. Paris
- Spicker, Paul (1992): Equality versus Solidarity; in: *Government and Opposition* (2) 1, 66-77
- Steppe, Hilde (1988): Dienen ohne Ende. Die historische Entwicklung der Arbeitszeit in der Krankenpflege in Deutschland; in: *Pflege* (1), 4-19
- Strauss, Anselm u.a. (1985): *Social Organization of Medical Work*. Chicago

-
- Vattier, Jacques (Rapporteur, CES) (1990): Emploi, travail et formation dans les professions paramédicales. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Séances des 27 et 28 février. Paris
- Vega, Anne (1993): La crise identitaire des infirmières hospitalières françaises; in: *La pensée* (291), 59-82
- Visier, Laurent, Michel Frybus (1991): De l'expérience infirmière à la mobilisation; in: *Revue de l'IRES* (5), Winter, 97-122
- Voss, Friedrich (1992): *Pflegerisch-medizinische Arbeit im formal organisierten Sozialsystem des Krankenhauses. Eine theoretische und empirisch vergleichende Analyse systemischer und subsystemspezifischer Einflüsse auf den Pflegeprozeß.* Dissertation, Duisburg
- Weede, Erich (1992): Kollektives Handeln, Rationalität und Solidarität; in: ders.: *Mensch und Gesellschaft: Soziologie aus der Perspektive des methodologischen Individualismus.* Tübingen, 118-131
- Weigand, Wolfgang (1979): *Solidarität durch Konflikt. Zu einer Theorieentwicklung von Solidarität.* Münster
- Witz, Anne (1992): *Professions and Patriarchy.* London

Anschrift des Verfassers:

Ingo Bode
Gerhard Mercator Universität Duisburg
Fachbereich 1
Fach: Soziologie
Lotharstr. 65
47048 Duisburg