

Februar 2021

trier.sdaj.org

SDAJ

dkptrier.wordpress.com

DKP

ROTE Spritze

Zeitung der DKP Trier & SDAJ Trier für die Beschäftigten im Gesundheitswesen



Die Geburt des eigenen Kindes wird meist als das schönste Ereignis im Leben einer Frau propagiert, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Ereignisse mystifiziert, die vordergründig hohe gesellschaftliche Anerkennung erfahren, negative Erlebnisse jedoch ausschließlich ins Private verlagert und als individuelle Schwäche dargestellt. Werbung und Gesellschaft reproduzieren immerfort unrealistische Bilder einer heroischen, permanent von Glück erfüllten und problemlos ihr Kind stillenden Mutter, die aufgrund natürlicher biologischer Vorgänge und gesellschaftlich bedingten fehlenden Unterstützungsnetzwerken kaum eine Frau in Gänze erfüllen kann. Die Aufrechterhaltung des antifeministischen Mythos der immerzu glücklichen Mutter kehrt dessen Nichterfüllung und das damit einhergehende vermeintliche

Scheitern an unrealistischen Erwartungen in Schuld und Scham um, was wiederum zu einer weiteren Reproduktion dieses Mythos führt. Negative Erlebnisse im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stellen ein gesellschaftliches Tabuthema dar, über das kaum eine junge Familie zu sprechen wagt.

Chronik von Gewalterfahrungen

Der am 25. November jährlich begangene Roses Revolution Day, ein Aktionstag, der zeitgleich mit dem internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen auf Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe aufmerksam macht, greift eines der im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehenden extremsten Tabuthemen auf und versucht im Rahmen einer längst überfälligen Me Too-Bewegung Öffentlichkeit für die Problematik

zu schaffen. Betroffene Mütter und auch immer mehr Hebammen legen an diesem Tag rosafarbene Rosen und Briefe vor geburtshilflichen Einrichtungen ab, in denen sie Gewalt erfahren haben oder als hilflose Beobachterinnen Teil dieser sein mussten. Die im Internet veröffentlichten Briefe stellen eine Chronik von Gewalterfahrungen dar, die bis heute nicht in Form von repräsentativen Studien erfasst werden, da deren Vorkommen und Folgen von Politik und Gesellschaft nach wie vor ignoriert bis kaum anerkannt werden. Hierbei handelt es sich jedoch um alles andere als Einzelfälle, so schätzt beispielsweise die Soziologin Christina Mundlos die Zahl erlebter Gewalterfahrungen auf 40 bis 50 Prozent aller Geburten.

Bereits im Jahr 2014, in dem sich auch der Roses Revolution Day zum zweiten Mal jährte, rief die WHO in einer Erklärung zu einem „vermehrten Engagement, mehr Dialog, Forschung und Fürsprache im Hinblick auf dieses gravierende Problem der öffentlichen Gesundheit und der Menschenrechte“ auf. Sie bezieht in ihrem Gewaltbegriff sowohl psychische als auch physische Gewalt mit ein und spezifiziert die von Frauen erfahrenen Übergriffe unter anderem als „körperliche Misshandlung, tiefe Demütigung und verbale Beleidigung, aufgezwungene oder ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommene medizinische Eingriffe, [...], Verweigerung der Schmerzbehandlung, grobe Verletzung der Intimsphäre, Verweigerung der Aufnahme in medizinische Einrichtungen und Vernachlässigung von Frauen unter der Geburt, was bei diesen zu vermeidbaren lebensbedrohlichen Komplikationen geführt hat [...]“. Betroffene Frauen dokumentieren in ihren

Berichten, neben unzähligen verbalen Demütigungen, Erlebnisse wie das Alleingelassen werden in Wehenzimmern und im Kreißaal, fehlendes Bonding (erster körperlicher Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenem), ungewollte Dammschnitte, die Verabreichung von Wehenmitteln und teils bewusstseinsstrübenden Schmerzmitteln, zwanghaftes stundenlanges Liegen am CTG, schmerzhaftes und oft indikationslose vaginale Untersuchungen oder das Anwenden des in manchen Ländern bereits verbotenen Kristeller-Handgriffes (Verkürzung der Austreibungsphase durch äußeren Druck auf die Gebärmutter) und das Verwehren von Schmerzmedikation bis hin zu Kaiserschnitten und dem Nähen von Geburtsverletzungen ohne wirksame Anästhesie. All diese und noch unzählige weitere Ereignisse erfolgen häufig in Form von Interventionskaskaden, die in körperlichen Übergriffen gipfeln, die in ihren Ausmaßen die mittlerweile verbreitete Begrifflichkeit Birth Rape („Geburtsvergewaltigung“) sowie die Annahme systematischer Gewalt gegen Gebärende rechtfertigen. Betroffene Frauen nennen als unmittelbare Folge ihres Traumas Gefühle extremer Angst, Erniedrigung, Stress und Kontrollverlust bis hin zu Dissoziationen. Dies ist umso verheerender vor dem Hintergrund, dass körperliche und psychische mütterliche Überlastung in der Phase der Geburt negative Auswirkungen auf den Geburtsverlauf zur Folge haben, die zu ernsthaften Gefahren von Mutter und Kind führen können. Langfristig kann erlebte Gewalt unter der Geburt Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen zur Folge haben und die Prävalenz von postpartalen Depressionen sowie Bindungsstörungen auf Seiten von Mutter und Kind erhöhen, die sich weit über das erste Lebensjahr hinaus auswirken können.

Versagen der Gesundheitspolitik

Für Unbeteiligte scheint verständlicherweise die Annahme



Am intern. Tag gegen Gewalt an Frauen legen Betroffene Rosen vor Krankenhäusern nieder

naheliegender zu sein, dass Menschenrechte selbstverständlich und vor allem auch für Frauen unter der Geburt gelten. So hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte 2010 in seinem Urteil „Ternovszky gegen Ungarn“ bestätigt, dass Gebärende ein grundlegendes Menschenrecht haben, die Umstände frei zu wählen, unter denen sie ihre Kinder zur Welt bringen. Dies umfasst nicht nur das in Deutschland seit vielen Jahren nicht mehr gegebene Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes, sondern auch das Mitsprache- und Entscheidungsrecht bei allen angewendeten geburtshilflichen Interventionen. Auch im Rahmen der Istanbul Konvention, die Anwendung auf alle Formen von Gewalt gegen Frauen findet, ist Deutschland als Unterzeichner und im Jahr 2017 ratifizierender Staat dazu verpflichtet, Gewalt in der Geburtshilfe aktiv zu bekämpfen, jedoch wird das Versagen der Gesundheitspolitik im Bereich der Geburtshilfe bis heute immer offensichtlicher. Aufgrund von Zentralisierungsbestrebungen schließen mehr und mehr geburtshilfliche Einrichtungen, was neben der systematischen Abschaffung der außerklinischen Geburtshilfe sowohl die gesetzlich verankerte freie Wahl des Geburtsortes immer weiter aushöhlt als auch zu einer immer stärker werdenden Unter-

führt. Für die werdenden Mütter bedeutet dies eine Abkehr von individueller Geburtsbegleitung hin zu routinierten Eingriffen, sofern sie überhaupt noch in einer wohnortnahen geburtshilflichen Einrichtung zum Geburtszeitpunkt aufgenommen und betreut werden können. Im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt ist dies umso verwerflicher, da die Geburtshilfe nahezu die einzige klinische Abteilung darstellt, die ein normales biologisches Ereignis begleiten soll, anstatt medizinische Vorgänge und Eingriffe in den Mittelpunkt zu stellen. Durch die Ökonomisierung des gesamten Gesundheitssystems und die angewendeten Fallpauschalen werden medizinische Interventionen entlohnt, wo bei einer regelgerechten Geburt lediglich ein begleitendes Abwarten und Ermutigen notwendig wäre. Dies zeigt sich beispielsweise in Form der Kaiserschnitttrate, die sich in Deutschland von 2007 bis 2017 um knapp 20 Prozent erhöht hat. Personalsparende und somit durch zeitliche Planbarkeit einnahmesteigernde Interventionen wie Kaiserschnitte, Einleitungen und Wehenmittel werden mit einer scheinbaren Rettung von Mutter und Kind gerechtfertigt, die ohne diese Interventionen zu einem großen Teil niemals notwendig geworden wäre, aber den mütterlichen Kontrollverlust und das fehlende Vertrauen in die

natürliche Gebärfähigkeit immens steigert und somit das psychische und physische Outcome der Gebärenden schwächt.

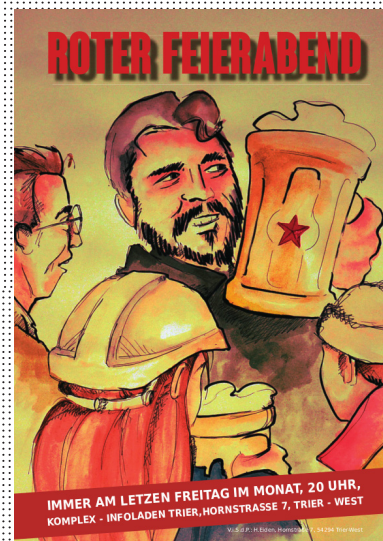
Hierdurch entsteht bei medizinischem Personal eine sich selbst erhaltende Spirale. Aus Angst vor jedweder Komplikation werden Interventionen immer früher eingeleitet, was ein Gefühl scheinbarer Beherrschbarkeit erzeugt. Auf Grund der ökonomischen Zwänge und der Furcht vor persönlicher Haftung im Schadensfall, gibt es einen zunehmenden Verantwortungs- und Handlungsdruck bei Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen. Die daraus resultierenden medizinischen Interventionen geschehen häufig nicht nur ohne ausreichende Indikation, sondern oft auch über den Willen der Gebärenden hinweg. Umso mehr wird die weitverbreitete Aussage „Hauptsache das Kind ist gesund“ von vielen betroffenen Frauen als Hohn der als negativ erlebten Geburt und der tatsächlichen Gewalterfahrung empfunden. Es kann geschlussfolgert werden, dass Gewalt unter der Geburt strukturell bedingt zu sein scheint und häufig durch Personalmangel, Zeitmangel und somit wirtschaftlichen Druck verursacht wird. Die hierdurch resignierten und fast schon zwangsweise von eigenen Maßstäben abgekommenen Hebammen wandern in Folge aus den Kliniken ab, um sich im Bereich der Geburtsvor- und Nachbetreuung unter viel zu geringer Entlohnung selbständig zu machen. Dieser nachvollziehbare Schritt verstärkt wiederum die strukturellen Defizite und führt zu noch prekäreren Arbeitsbedingungen der verbliebenen Hebammen.

Patriarchatskritische Sichtweise Notwendig

Die Ursachen der geschilderten Gewalterfahrungen allein in neueren gesundheitspolitischen Entwicklungen zu suchen, ist jedoch zu kurz gedacht, vielmehr sind die strukturellen Begebenheiten und aus dem Kapitalismus hervorgehenden

ökonomischen Bestrebungen nicht der alleinige Ursprung sondern vielmehr Katalysator der systembedingten verübten Gewalt. Um das Phänomen Gewalt während Schwangerschaft und Geburt, der sensibelsten Phase im Leben einer Frau, in Gänze erfassen zu können, benötigt es darüber hinaus eine patriarchatskritische Sichtweise, um zu verstehen, warum die Geburtshilfe trotz mütterlicher Mystifizierung keinen höheren Stellenwert in der Gesellschaft genießt. Patriarchale Strukturen führen auch heute noch dazu, dass die allein weibliche Gebärfähigkeit als männlich zu dominierender medizinischer Eingriff wahrgenommen wird, der die machterhaltende Beherrschbarkeit biologischer weiblicher Vorgänge in den Vordergrund rückt. Es braucht daher eine feministische Bewegung, die die häufig von reaktionären Sichtweisen geprägten Themen Schwangerschaft, Geburt und Familie in ihre Diskussion miteinbezieht, um werdende Mütter in ihren Selbstbestimmungsrechten zu stärken und sowohl für das betroffene Personal im Arbeitskampf als auch die betroffenen Frauen die Grundlage zu schaffen, gegen patriarchal geprägte Strukturen und deren vielschichtige negative Folgen in geburtshilflichen Einrichtungen anzukämpfen.

Annika K., Trier



ROTER FEIERABEND

Stress auf der Arbeit, wieder viel zu viele Überstunden gemacht und den Chef interessiert mal wieder nicht wie es Dir geht?

Wir kennen das!

Und was hilft besser gegen all den Scheiß auf der Arbeit als ein Bier unter Gleichgesinnten, Daher laden wir Dich ein zu unserem Roten Feierabend ein!

Egal ob Du dich über den Job auskotzen oder einfach nur in entspannter Atmosphäre ein kühles Bier genießen willst, du bist herzlich eingeladen.

Immer am letzten Freitag im Monat um 20 Uhr im Komplex - Infoladen Trier

Fällt pandemiebedingt evtl. aus, bitte vorher unter <https://roterfeierabend.wordpress.com/informieren>



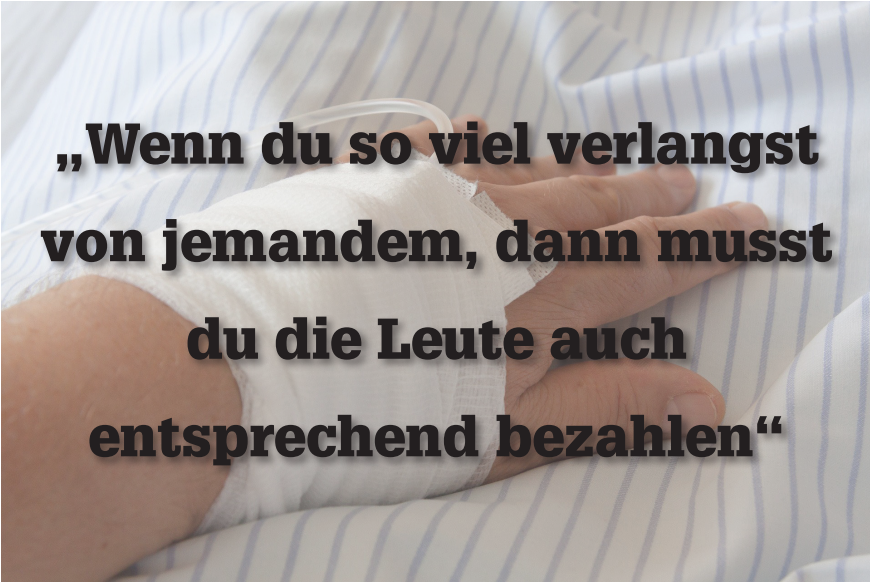
Kontakt & Impressum:

Deutsche Kommunistische Partei Trier
Hornstraße 7
54294 Trier-West

Mail: dkp-trier@riseup.net

Web: dkptrier.wordpress.com

V.i.S.d.P.: H. Eiden,
Hornstraße 7, 54294 Trier-West



„Wenn du so viel verlangst von jemandem, dann musst du die Leute auch entsprechend bezahlen“

Wir haben uns mit Sabine unterhalten, die als Krankenschwester in Luxemburg arbeitet. Im RS-Interview erzählt sie uns, warum sie nicht mehr in Deutschland arbeitet, wie die Arbeit in Luxemburg ist und ob sie sich vorstellen könnte, zurückzukehren.

RS: Du bist Krankenschwester in einer Pflegeeinrichtung für behinderte Menschen in Luxemburg, wohnst aber in Trier. Wie kommt das zustande?

Sabine: Ich bin eigentlich Saarbrückerin und wollte dort auch bleiben bis meine Tochter ihr Abi hat. Deshalb bin ich drei Jahre von Saarbrücken nach Luxemburg gependelt. Das war bis 2010, dann haben wir uns entschlossen, nach Trier zu ziehen. Ich habe angefangen in Grevenmacher (Gemeinde in Luxemburg, Anm. d. Red.) als Krankenschwester zu arbeiten als Vertretung. Da wollte ich nur kurz in der Behindertenpflege bleiben, denn ich bin eigentlich gelernte OP-Schwester und wollte auch nochmal in den OP. Die Vertretung hat mir aber gut gefallen und als ich gerade in meinen längeren Vertrag gewechselt bin, ist mein direkter Vorgesetzter tödlich verunglückt. Da ich nicht nur OP-Schwester, sondern auch Gesundheitskauffrau bin, habe ich zu diesem Zeitpunkt viele administrative Bereiche über-

nommen. Dadurch wurden meine Vorgesetzten auf mich aufmerksam und haben mich gefragt, ob ich die pflegerische Leitung übernehmen möchte. Als erstes wollte ich nicht, mein Plan war ja ins Krankenhaus zurück zu gehen. Auch die französische Sprache und die anderen Gesetze in Luxemburg haben mich verunsichert. Unter der Bedingung, jederzeit zurücktreten zu können, habe ich dann ja gesagt. Mittlerweile sind es 15 Jahre.

RS: Kennst du viele KollegInnen, die von Deutschland nach Luxemburg zur Arbeit pendeln?

Sabine: Ja, meine ganze Equipe (dt.: Team, Anm. d. Red.) fast.

RS: Was haben deine deutschen KollegInnen dazu gesagt, dass du nach Luxemburg gegangen bist. Gibt es da Vorurteile?

Sabine: Meine früheren Kolleginnen konnten das nachvollziehen. Die haben eher den Mut bewundert, das auf sich zu nehmen. Vor allem die lange Fahrt nach Saarbrücken. Ich war immer super kaputt, das muss ich auch sagen. Seit ich in Trier lebe, ist das besser. Um das Gehalt werde ich beneidet, aber ich sage inzwischen nicht mehr, was ich verdiene. Generell sage ich nicht gerne, dass ich in Luxemburg arbeite, weil das immer blöde Reaktionen hervorruft. So als würde

man Säckeweise Geld nach Hause schleppen. Natürlich verdiene ich viel, aber ich bin auch täglich 10 – 12 Stunden unterwegs. Auch dort muss man arbeiten.

Natürlich macht es das angenehmer, wenn du weißt, es kommt was dabei rum. Manchmal vermisse ich meinen Job in Deutschland als OP-Schwester, es war schön, trotz des Stresses. Wenn man in einem System arbeitet, indem man die Sprache gut kennt und die Mentalität gut kennt, hat das natürlich seine Vorteile. Ich bin aber auch aus finanzieller Not gegangen. Ich war eine geschiedene Frau, hatte eine halbwüchsige Tochter und ich habe nach meiner Scheidung in Deutschland einfach nicht mehr genug verdient, um einigermaßen über die Runden zu kommen und das mit einem Vollzeitjob. Nicht, weil ich hohe Ansprüche hatte, sondern weil ich meiner Tochter ein halbwegs normales Leben ermöglichen wollte. Ich kenne ganz viele, die weggezogen sind. Nach Skandinavien, in die Schweiz oder nach Luxemburg. Was schade ist: Das sind alles super fähige Leute gewesen, die in Deutschland mit Sicherheit fehlen.

RS: Wie sind die Arbeitsbedingungen insgesamt bei dir im Haus?

Sabine: Das Gehalt ist eine Grund Sache, aber auch die Anerkennung und das Miteinander sind gut. Natürlich haben wir in Luxemburg auch eine Hierarchie, aber die ist eher flach. In den Übergaben kann Kritik geäußert werden, außerdem haben wir regelmäßig Versammlungen, in einem Monat eine Vollversammlung, in dem anderen Monat eine fachspezifische Versammlung, wo wir die Arbeit mit den Klienten besprechen, was gut und schlecht läuft, ob etwas angeschafft werden muss etc. So wie ich zurzeit arbeite, war es in Deutschland früher auch. Ich bin seit 1986 in der Pflege und die Veränderung in der Pflege kam Anfang der 90er. Es gab sehr schöne Zeiten in Deutschland im Krankenhaus und in der Ausbildung, was danach kam war nicht mehr

gut. Ich habe bei der Knappschafft gelernt und wir haben zum Beispiel alle Bücher kostenlos erhalten, das vergesse ich nicht, da war ich super stolz. Die Verschlechterung fing an, als die Krankenkassen eine Pauschale von fünf Mark erhoben haben für das Liegen im Krankenhaus. Ich würde sagen, das war der Anfang vom Ende, da fing es an, dass immer mehr gefordert wurde. Wir hatten als Schüler zwar eine gute Anleitung aber wir sind angeleitet worden von Krankenschwestern, die aus sehr strengen Zeiten kommen. Zwei oder drei Jahre vorher hatten sie erst die Häubchen (früher mussten Krankenschwestern eine „Schwesternhaube“ tragen, Anm. d. Red.) abgeschafft. Meinen ersten Dienst vergesse ich nie. Unser Schulpfleger, der ein super netter Schulpfleger war, ließ uns vor dem ersten Einsatz antreten, hat geguckt, ob die Kleidung sauber ist, ob wir Unterröcke an hatten, ob die Nägel kurz waren und die Haare ordentlich gemacht sind. Dann durften wir auf Station. Und ich fand das normal. Heute würde ich sagen „wowowo“, aber damals war das so.

RS: In Luxemburg bekommt das Personal in Krankenhäusern und allgemein im Pflegebereich deutlich mehr Geld als in Deutschland. Wie ist das zu erklären?

Sabine: Ich denke das liegt zum einen an dem anderen Sozialsystem. Es gibt auch hier mehrere Kassen, je nachdem, ob du z.B. Staatsbeamter oder ein Eisenbahner bist, aber die meisten Leute sind in der CNS (die staatliche Gesundheitskasse in Luxemburg, Anm. d. Red.). Wenn du dich privat versichern willst in Luxemburg, musst du das von deinem privaten Gehalt machen. Es ist nicht so, dass du dich von der normalen Kasse ausschließen kannst. Eine private Versicherung muss zusätzlich bezahlt werden. Jemand, der sich eine private Versicherung leisten kann, kann also nicht sagen, ich trete aus der CNS aus. Also ist Geld in der Kasse. Es wird außerdem in diesen Bereich investiert. Und: Der Umgang ist ein anderer.



Als Schwester wirst du nicht gesehen als der Arschwischer der Nation. Ich weiß gar nicht, wann das angefangen hat. Es ist so eine komplexe und schwierige Ausbildung, du musst so viel wissen und die Leute haben keine Wertschätzung mehr für Berufe, die Dienste an der Gesellschaft leisten, egal ob Kranken- oder Altenpflege. Das ist in Luxemburg anders. Früher war es in Deutschland auch nicht so. Als ich in den 80er / 90er gesagt habe: „Ich bin OP-Schwester“, haben die Leute das bewundert.

RS: Ist die Bezahlung denn immer noch fair, wenn man auch in Luxemburg lebt?

Sabine: Die Luxemburger sagen Nein. Zum Beispiel: Eine Freundin von mir hat sich vor 17 Jahren eine Wohnung gekauft, 110 qm2 für 175.000€ und hat sie jetzt für fast

400.000€ verkauft. Für ein ganz normales Einfamilienhaus zahlt man circa 600.000€. Also was da an Baupreisen, Grundstückspreisen und Mieten gezahlt wird, das lässt das Einkommen dann auch wieder klein erscheinen. Es geht nur ganz gut, wenn die Eltern Weinberge hatten oder Bauern waren und das dann an die nächste Generation weitergeben. Deswegen wohnen auch so viele Luxemburger an der Mosel, weil sie es sich daheim nicht mehr leisten können. Und die Preise sind auch sehr hoch, wenn du einkaufen gehst. Kaffee und Benzin, klar, das ist billig, aber kauf mal ein Pfund Hackfleisch. Das ist richtig teuer.

RS: Könnte man also sagen, die Bezahlung von Pflegekräften in Luxemburg ist gar nicht so hoch, sondern es lohnt sich nur wegen der Kombination „in Luxemburg arbeiten, in

Deutschland leben“?

Ja, ganz genau das würde ich so sagen. Die verdienen zwar viel, aber die Lebenshaltungskosten sind auch abartig. Auch bei ärztlicher Behandlung übernimmt zwar die CMS die Kosten, du musst aber immer in Vorlage treten. Erst wenn der Arzt abgestempelt hat, dass du bezahlt hast, kannst du es bei der Kasse einreichen. Kinderfreitage hast du so auch nicht. (Die Möglichkeit, bei Erkrankung des eigenen Kindes ebenfalls einen Krankenschein zu erhalten Anm. d. Red.) Die Gewerkschafter würden da sicher noch mehr aufzählen können. Ich bin nicht in der Gewerkschaft, da ich eine Leitungsposition habe und das nicht gern gesehen wird, wenn sich das vermischt.

RS: Welche Rolle spielen Gewerkschaften im Krankenhausbereich in Luxemburg?

Sabine: Die Gewerkschaften sind sehr stark in Luxemburg, vor allem die OGBL ist sehr, sehr stark vertreten. Die haben regelmäßige Sitzungen mit den Mitarbeitern. Auch bei uns sind viele gewerkschaftlich organisiert. Für die Sitzungen bekommen sie Zeit eingeräumt. Es wird dann geschaut, dass der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin auf der Station ersetzt wird, damit er bzw. sie dorthin gehen kann.

RS: Kannst du dir vorstellen, irgendwann wieder in Deutschland zu arbeiten? Von welchen Bedingungen würdest du das abhängig machen?

Sabine: Es ist ja kein leichter Schritt, in Deutschland nicht mehr zu arbeiten, da bin ich ganz ehrlich. Denn es ist ein anderes System, es ist eine andere Sprache. Auch wenn ich Saarländisch spreche, ist es mir am Anfang sehr schwergefallen, Luxemburgisch zu verstehen. Es war auch nicht einfach für mich die französischen Fachbegriffe zu lernen und mich zurecht zu finden. Vor allem als ich Leitung geworden bin, musste ich mich mit etlichen Gesetztestexten und anderen



Dingen auseinandersetzen, wo ich oft dachte: „Ob ich das packe?“ Im Deutschen wäre es natürlich einfacher gewesen.

Zur Frage: Ich könnte es mir nur vorstellen, wenn es eine massive Anhebung der Gehälter gibt. Das hieße nicht mal, dass ich das verdienen müsste, was ich in Luxemburg verdiene, aber eine gerechte Entlohnung für alle, die der geleisteten Arbeit entspricht. Wenn du so viel verlangst von jemandem auf Station, so viel Wissen, dann musst du die Leute auch entsprechend bezahlen, sonst gibt es Frust. Hier finde ich immer problemlos jemanden für Nacht- und Wochenenddienste, weil sie geplant und gut bezahlt

sind. Selbst in der Corona-Krise mit kranken Mitarbeitern war das kein Problem. Das habe ich nicht, wenn ich die Leute so bezahle wie es zurzeit bzw. die letzten 25 Jahre in Deutschland gemacht wird. Da ist keiner mehr bereit für extra Engagement – und das verstehe ich.

RS: Was vermisst du in Luxemburg? Was könnte dort besser sein?

Sabine: Also ich bin ja wirklich privilegiert. Ich habe eine verantwortliche Stelle bekommen, wo ich viele Sachen, so wie ich Krankenpflege verstehe und wie ich neue Ansätze verstehe, verwirklichen konnte. Es gab manchmal auch Kämpfe, Überzeugungsarbeit, aber mein

Glück ist, dass mein Chef Krankenpfleger ist und seine Ausbildung in Deutschland gemacht hat. Das war dann einfacher, mit ihm umzugehen.

Was ich vermisse, da muss ich überlegen. Ich könnte immer noch zwei bis drei Krankenschwestern mehr gebrauchen, weil der Bedarf steigt. Zu den Behinderungen kommen nämlich oftmals demenzielle Erkrankungen hinzu. Ansonsten haben wir genügend Fortbildungen, zumindest intern. Externe Fortbildungen würde ich mir noch öfter wünschen. Die sagen, Fortbildungen sollen sich nicht auf den Einzelnen konzentrieren. Ich denke: Alle Mitarbeiter sollten die Gelegenheit haben, die Fortbildungen zu machen, die sie interessieren.

RS: Gibt es einen Unterschied zu Deutschland bezüglich des Arbeitsklimas? Ist die Stimmung auf der Arbeit eine andere?

Sabine: Das Miteinander ist ein besseres, als ich das am Schluss in Deutschland erlebt habe. Wenn ich von meiner Tochter höre, die hat 2017 ihre Ausbildung abgeschlossen und arbeitet in Saarbrücken, das ist ein Krampf, was sie mir erzählt. Ich dachte schon damals, unsere Bedingungen und unser Umgang miteinander ist nicht immer schön, aber was meine Tochter berichtet, da liegen Welten dazwischen. Manchmal erzählt sie mir, dass sie zwei Stunden länger auf der Arbeit ist, weil sie es durch die niedrige Besetzung nicht mehr schafft, die Akten richtig zu führen. Wenn dann eine Kleinigkeit vergessen wird, gibt es bei der nächsten Übergabe Ärger von der Kollegin. Das hätte es in meiner Generation nicht gegeben. Das war sehr kollegial und ist heute nicht mehr der Fall, weil alle an einer grenzenlosen Überforderung leiden und an der Angst, etwas falsch zu machen. Noch dazu sind die Patienten teilweise super unverschämt. Jetzt ist meine Tochter schwanger und ich bin echt froh deswegen. Auch wegen Corona. Am Anfang der Krise vor einem halben Jahr gab es bei ihr auf der Station

kaum Schutzmaterial. Einmal hat sie mich weinend angerufen und gesagt: „Mama, wir haben eine Covid-Patientin und ich musste mir von der Isolierstation Kleidung und einen Mundschutz ausleihen. Aber weil nicht genug da war, habe ich es mittags der Kollegin gegeben zum Tragen.“ Solche Verhältnisse waren das und dann wird erzählt, wie gut die Pflegekräfte geschützt sind und wie viel Material sie angeschafft haben. Das ist nicht wahr. Ich habe meiner Tochter über einen befreundeten Arzt aus Luxemburg FFP2-Masken besorgt, weil ich mein Kind schützen wollte und mir Sorgen gemacht habe. So war das. Es mag sein, dass es Teams gibt, bei denen es besser läuft, aber bei ihr auf Station ist es extrem. Sie müssen nicht nur die Gynäkologie, sondern auch die Ambulanz versorgen. Das heißt, alles was reinkommt. Außerdem haben sie noch einen Telefondienst zur Beratung. Plus die Menschen auf Station. Das kann keiner schaffen. Manchmal nur mit zwei Schülerinnen. Wie soll das gehen bei einer 40-Betten-Station? Als ich gelernt habe, waren wir morgens zu sechst oder vier Schwestern und drei Schülerinnen, da war man sogar zu siebt.

RS: Hast du schon mal erlebt, dass dir seitens Luxemburger KollegInnen oder PatientInnen das Gefühl vermittelt wird, eine Person 2. Klasse oder "nur die Pflegekraft aus dem Ausland" zu sein?

Sabine: Das habe ich von meinen Kolleginnen jetzt noch nie gehört. Ich habe gehört, dass es in Kliniken mehr eine Hackordnung gibt. Vor allem, wenn sie nicht gut luxemburgisch oder französisch sprechen. Das habe ich alles gehört, aber nur über Dritte, nie persönlich. Bei uns ist das kein Thema. Wir haben manchmal Krankenpflege-Schülerinnen, die berichten, dass Krankenschwestern von Patienten betitelt werden, auf jeden Fall kommt das vor. Es gab auch zu meiner Zeit in Deutschland einen Patienten, der meinte, er wolle nicht von einer Schwarzen behandelt werden. Da


hab' ich dann gesagt: „Na gut, dann müssen sie halt nochmal zurück auf Station“. Da hat er mich verblüfft angeschaut und ich hab gesagt: „Ja wenn sie ein Rassist sind, kommen sie heute nicht in den OP, das bestimme ich.“ (lacht). Da sind wir pragmatisch. Aber ich habe das nie an mich rangelassen. Es gibt überall Idioten und wenn ich mich damit beschäftige, wäre ich mit nichts anderem mehr beschäftigt. Als ich gelernt habe, war ich ja die einzige POC (People of Colour Anm. d. Red.), heute sieht das anders aus. Aber auch in Luxemburg gibt es bestimmt Rassismus – Spinner gibt es, wie gesagt, überall.

Corona bedroht linke Freiräume!

Hilf mit, den Komplex-Infoladen Trier, einen Ort für politische Bildung und gegen Ausbeutung, zu erhalten!



Infos unter:
<https://komplex-trier.org/unterstuetzen>



OHNE
BEFREIUNG DER FRAU KEIN
SOZIALISMUS -
OHNE SOZIALISMUS
KEINE
BEFREIUNG DER FRAU!



Heraus zum Frauenkampftag! Kommt zur Demo des Feministischen Bündnisses Trier am 8. März. Treffpunkt ist 16:30 Uhr am Porta Nigra - Vorplatz. Pandemiebedingte Verschiebung möglich, bitte unter <https://feministischesbuendnis.noblogs.org/> vorher informieren