

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2021 | Solibeitrag: 5 Euro



Gewerkschaftliche Organisation im Gesundheitswesen

- 3 Rafaela Voss: Editorial
- 4 Udo Schagen: Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BgÄ) – zu den Anfängen der Organisation von Ärzt*innen
- 8 Michael Quetting: Vom Liebesdienst zum fast normalen Beruf. Geschichte der gewerkschaftlichen Organisierung von Pflegekräften
- 10 Nadja Rakowitz: Alle zusammen oder exklusive Solidarität? Die Trennung von ver.di und Marburger Bund
- 14 Peter Hoffmann: Gemeinsame Praxis in einer solidarischen Struktur... das geht nur bei ver.di
- 17 Die Fachkommission Ärztinnen und Ärzte in ver.di stellt sich vor
- 17 Leseempfehlung: Kai Uwe-Helmers – Ökonomie und Medizin
- 18 Stefan Schoppengerd / Nadja Rakowitz: Von der Bremse zum Motor? Die Besonderheiten der Arbeitskämpfe in ökonomisierten Krankenhäusern
- 22 Thomas Zmrzly: Von »Mehr von uns ist besser für alle« in Richtung »Keine Profite mit Gesundheit«
- 24 Kalle Kunkel: Wo liegt die Macht? Und was heißt »linke Gewerkschaftspolitik« im Gesundheitssektor?
- 26 Nadja Rakowitz: Filmempfehlung »Pride« – Praktische Solidarität zwischen Gewerkschafter*innen, Schwulen und Lesben
- 27 Bernd Landsiedel: Wir sind keine Pflegeroboter! Der Kampf um das öffentliche Gesundheitssystem in Frankreich

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle:
info@vdaee.de

Krankenhaus statt Fabrik lädt ein zur Aktiven-Tagung:

Update Krankenhauspolitik 2021

am 5. Juni 2021

10-15 Uhr online

Gesundheitspolitisches Forum
und Jahreshauptversammlung des vdää

**Ein anderes Gesundheitssystem ist möglich und nötig:
Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung**
12.-14.11.2021 in Berlin

Der vdää

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Rafaela Voss, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2021
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Nadja Rakowitz;

<https://gesundheitsbuendnisse-nrw.de/>; ver.di Jugend Bayern FB 03; Silvia Habekost, Hamburger Bündnis für mehr Personal

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de/
gbp.vdaee.de/

Bankverbindung:

Triodos Bank

IBAN:

DE05 5003 1000 1076 0500 03

BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch

Druck Hoehl-Druck

Editorial

Streiks in Kliniken? Gibt es das überhaupt? Und ist das möglich, ohne Patient*innen zu gefährden? Auch wenn Beschäftigte im Gesundheitswesen nicht zu den streikaffinsten und am besten gewerkschaftlich vernetzten Berufsgruppen gehören, hat sich doch in den letzten Jahren einiges getan. So machten zum Beispiel der Streik der Pflegekräfte an der Charité Berlin 2015 sowie die wochenlangen Streiks an den Universitätskliniken Düsseldorf und Essen bundesweit Schlagzeilen und erzielten nicht zu vernachlässigende Erfolge. In immer mehr Städten bilden sich Pflegebündnisse, die sich für mehr Personal in den Kliniken und bessere Arbeitsbedingungen einsetzen. Nach den Volksbegehren in Berlin, Hamburg, Bremen und Bayern gibt es aktuell eine ähnliche Volksinitiative »Gesunde Krankenhäuser in NRW – für ALLE!«.

Diese Ausgabe der *Gesundheit braucht Politik* widmet sich vor allem der Arbeit der Gewerkschaften im Gesundheitssektor. Es werden historische Hintergründe gewerkschaftlicher Arbeit gegeben, aktuelle Entwicklungen besprochen, sowie Beispiele von konkreten Aktionen in jüngster Vergangenheit vorgestellt. Udo Schagen leitet die Ausgabe mit einem Blick in die Vergangenheit ein und erläutert die Historie des »Bundes gewerkschaftlicher Ärzte« in der ÖTV. In einer Verschriftlichung eines Podcast spricht Michael Quetting, ver.di-Sekretär und Pflegebeauftragter der von Rheinland-Pfalz und dem Saarland, über die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der Gewerkschaften und ihrer Rolle in der Pflege. Nadja Rakowitz legt im Folgenden die Geschichte der Trennung von ver.di und dem Marburger Bund, der wohl bekanntesten Vertretung für Ärzt*innen, in der gewerkschaftlichen Repräsentation der ärztlichen Berufsgruppe dar. Peter Hoffmann erläutert in einem persönlichen Text, warum es sich auch für Ärzt*innen lohnen würde, sich besser gewerkschaftlich zu organisieren und warum seiner Ansicht nach ver.di dabei die richtige Wahl ist. Es folgt eine kurze Vorstellung der Fachkommission Ärzte und Ärztinnen in ver.di.

Es schließt sich ein Text an zur Frage der gewerkschaftlichen Aufwertung von Care Arbeit und inwiefern Streiks als Chance für Emanzipation genutzt werden können. Ein Erfahrungsbericht von Thomas Zmrzly über den Streik an der Uniklinik Düsseldorf 2018 gibt beispielhaft einen wertvollen Einblick in derzeitige Protestaktionen. Kalle Kunkel diskutiert in seinem Text, was linke Gewerkschaftspolitik im Gesundheitssektor bedeutet und was für Konsequenzen daraus gezogen werden müssten.

Bernd Landsiedel wagt einen Blick über die Landesgrenzen hinaus und schreibt über einen Streik in einem öffentlichen Krankenhaus in Paris im Jahr 2019, der sich durch die Neu- und Besonderheit des sogenannten »Kodierstreiks« auszeichnet hat. Das Heft schließt mit der Rezension von

»Pride«, ein Kinofilm über praktische Solidarität zwischen Lesben / Schwulen und Bergarbeitern und ihren Familien im England der 80er Jahre.

Die vielschichtigen Texte und Einblicke dieser Ausgabe zeigen, wie wichtig gewerkschaftliche Organisierung ist – auch und vor allem im Gesundheitswesen. Es wird klar, dass Gewerkschaften und die Vernetzung zu ökonomisierungskritischen und solidarischen Gruppierungen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen aber auch die Verbesserung der Patient*innenbehandlung im Gesundheitssektor unabdingbar sind. Doch trotz aller Erfolge der letzten Jahre ist die gewerkschaftliche Arbeit noch lange nicht an ihrem Zenit angekommen und wird sich noch weiter ausbauen müssen. Zudem wird sich auch zeigen, ob sich in Zukunft auch eine stärkere gewerkschaftliche Repräsentation des ambulanten Sektors im Gesundheitswesen (Beschäftigte in MVZ, in der ambulanten Pflege, in der persönlichen Assistenz etc.), von Alten- und Pflegeheimen sowie von migrantischen Arbeitnehmer*innen erreichen lässt.

Auf Seite 21 haben wir einen Artikel aus dem *Deutschen Ärzteblatt* vom 4. April 1986 über die Gründung des vdää mit dem Titel »Die Umstürzler organisieren sich« nachgedruckt, in dem auch das Verhältnis des vdää zu ÖTV und mb Thema ist. Am Ende wird dort der erste Vorsitzende, Winfried Beck folgendermaßen zitiert: »Eine unserer Aufgaben wird es sein, gesundheitspolitische Utopien zu entwerfen«. Wir wollen mit dem Gesundheitspolitischen Forum diesen Faden aufnehmen und uns mit dem Thema (Arbeitstitel): »Ein anderes Gesundheitssystem ist möglich und nötig: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung« beschäftigen.

Solidarische Grüße und viel Spaß beim Lesen,
Eure Redaktion



Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BgÄ)¹

Udo Schagen zu den Anfängen der Organisation von Ärzt*innen

Kontrollratsgesetze und die Entnazifizierungsbemühungen der Alliierten nach deren Sieg über Deutschland machten auch den ärztlichen Organisationen zunächst ein Ende. Sie hatten die NS-Gesundheitspolitik gestützt und gefördert.

Die deutsche Kriegsführung hatte die Ausbildung sehr vieler Ärzte erforderlich gemacht. Das Studium war verkürzt worden und fand zeitweise in Trimestern statt. Aus den riesigen von Deutschen besetzten und auch besiedelten Gebieten Polens und der Sowjetunion sowie aus den bald endgültig abgetrennten, ehemals ein Viertel des Reiches ausmachenden Ostgebieten, kamen viele Millionen Menschen vor der heranrückenden Front der Roten Armee in die dann vier Besatzungszonen der Alliierten. Mit ihnen kamen die nicht mehr in der Wehrmacht benötigten und nun bevorzugt die westlichen Besatzungszonen wählenden Ärzte. Viele hatten Grund, die sowjetische Besatzungsmacht besonders zu fürchten.

Die erste in den Westzonen seit Juli 1946 erscheinende Gewerkschaftszeitung schrieb 1949: »Im Jahre 1935 gab es in Deutschland bei rd. 60 Mio. Einwohnern 52.342 Ärzte. In den drei Westzonen sind bei 45 Mio. Menschen 57.000 Ärzte vorhanden.² Schon vorher war die »Not der Jungärzte« sowohl bezüglich ihrer kriegsbedingt dürftigen Ausbildung als auch ihrer aussichtslosen Situation, Stellen in den Krankenhäusern zu erhalten, Gegenstand einer Artikelserie.³ Vorgeschlagen wurde darin, »dass eine Ärzteschaft *innerhalb* der Gewerkschaft schneller den Nachweis des guten Willens, am demokratischen Aufbau Deutschlands mitzuwirken, erbringen und das Vertrauen der Umwelt rascher gewinnen wird ... Wenn wir jetzt an die stärkere Erfassung der Ärzte und an die Bildung einer Fachschaft dieser

Berufsgruppe herangehen, wollen wir gleichzeitig einen Rechtstitel schaffen zur Vertretung der tarifrechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der Ärzteschaft. Die Gewerkschaft kann das, eine Standesvertretung nicht ... Die Sozialisierung des Gesundheitswesens ist eine zwingende Notwendigkeit unserer Zeit, sie wird und muss kommen. Die Ärzteschaft kann nur in Zusammenarbeit mit allen übrigen Berufsgruppen des Gesundheitswesens in den Gewerkschaften ihr Ziel und Richtung geben und das Tempo beeinflussen.« Im gleichen Artikel wird auf das berühmte Virchow-Zitat zurückgegriffen: »Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion. Es tut der Würde der Wissenschaft keinen Abbruch, wenn sie den Kothurn verlässt und sich unter das Volk mischt. Aus dem Volke wächst ihr neue Kraft zu.«

Der Aufruf, Ärzte sollten sich innerhalb der Gewerkschaft organisieren, fand entsprechend deren ideologischer Verfasstheit, dem Denken in Ständekategorien, schon damals kein sehr breites Echo.

In der Sowjetischen Besatzungszone entstand allerdings bereits 1945 der *FDGB (Freier Deutsche Gewerkschaftsbund)*, der alle Berufsgruppen in seinen Teilgewerkschaften organisierte. Eigene ärztliche Standesorganisationen wurden nicht geschaffen, auch die Abrechnung der in eigener Praxis arbeitenden Ärzte mit der einheitlichen Sozialversicherung fand über die Gewerkschaft statt.

Die soziale Lage der Ärzte in den westlichen Besatzungszonen wurde in der Zeitschrift *Sanitätswarte* so beschrieben: »In Krankenanstalten und Kliniken arbeiten Ärzte in vorgeschrittenem Alter, verheiratet, mit Kindern, umsonst, nur um mit ihrer Ausbildung

fertig zu werden. Hart hat unsere Zeit die Flüchtlingsärzte getroffen. Im Kampf um die Existenz sinkt die ärztliche Kunst in vielen Fällen zum Heilgewerbe herab.«⁴

Wegen dieser Notlage hatten sich im Westen in den sich wieder entwickelnden Kammern Zusammenschlüsse von »Jungärzten« gebildet. 1947 trafen sie sich überregional in Marburg und bildeten die »*Arbeitsgemeinschaft der Jungärzte innerhalb der Ärztekammer*«. 1948 entstand daraus die »*Arbeitsgemeinschaft der Landesvereinigungen angestellter Ärzte (Marburger Bund)*«, der seinem Namen entsprechend eine allein Ärzten vorbehaltene Einrichtung zur Durchsetzung der eigenen Interessen vornehmlich im Bereich der Krankenhausanstaltung verfolgte.⁵

Wiederholt wurden zwar von Gewerkschaftsseite Angebote an den Marburger Bund gemacht, geschlossen in die Fachabteilung Gesundheitswesen der *Gewerkschaft Öffentliche Betriebe und Verwaltung*, zu der auch die in die Gewerkschaft eintretenden Ärzte gehörten, einzutreten. Dort wurde nur von einer gemeinsamen Interessenvertretung Erfolg für die Ärzte erwartet.⁶

Wie bekannt, ist der Marburger Bund diesem Angebot nicht gefolgt. Die Prognose war falsch, die öffentlichen Arbeitgeber in den drei Westzonen haben den Forderungen der besonderen Gruppe der Ärzte soweit nachgegeben, dass keine Notwendigkeit bestand, sich mit anderen Berufsgruppen gemeinsam zu organisieren und die eigenen Interessen mit Hilfe der anderen durchzusetzen. Der offensichtliche Erfolg des Marburger Bundes bei der Durchsetzung der speziellen Interessen der Ärzte legte den Grundstein für die weitere Entwicklung der Organisation angestellter und beamteter Ärzte.



■ Fachgruppe »Bund gewerkschaftlicher Ärzte«

Im Juni 1949 fand die erste gewerkschaftlich orientierte westdeutsche Konferenz Gesundheitswesen in Bad Nauheim statt. Ziel war, eine Hauptfachabteilung Gesundheitswesen in der *Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)* zu bilden. »In einer Entschließung lehnte die Konferenz das Weiterbestehen der Ärztekammern als Zwangsorganisation ab, ebenso die Personalunion zwischen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, wie sie z.B. in Niedersachsen besteht.«⁷

Am Rand des Ärztetages 1949 in Hannover, der als »ein getreues *Spiegelbild* der Notlage der deutschen Ärzteschaft« und als »Einblick in die »ideologische« *Unsicherheit und Zerrissenheit* der deutschen Ärzte« geschildert wird, kommt es zu einem erneuten Versuch einer Einigung, einer Besprechung der verschiedenen Ärzteorganisationen. In einer gemeinsamen Erklärung werden bestehende Differenzen in »organisationstaktischen Fragen« bei gleichzeitiger Einmütigkeit in der Beurteilung der wirtschaftlichen Probleme der Ärzteschaft festgehalten.⁸

Die Differenz bezüglich organisationaler Fragen bestand darin,

dass die einen ausschließlich aus Ärzten bestehenden Organisationen zur Durchführung ihrer Forderungen größere Chancen einräumten, während der »Bund Gewerkschaftlicher Ärzte« seinen Standpunkt vertrat, »dass einzig und allein in der großen Gewerkschaftsbewegung die erforderliche Schlagkraft erreicht werden könne, indem die Forderung der Ärzteschaft auf Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz zur gemeinsamen Forderung weitester Kreise der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben werde, die solidarisch für ihren Arzt und damit nicht zuletzt auch für sich selbst eintreten müßte.«⁹

Schon im Beginn der Organisation von Ärzten nach dem Krieg in einer Gewerkschaft traten also die Probleme offen zutage: Ärzte lassen sich zur Durchsetzung ihrer Sonderinteressen erheblich leichter in ständische Verbände organisieren. Überdurchschnittlich hohe Einkommen waren damals noch kein Problem. Die trotzdem vorhandene privilegierte Situation, die auch Ende des Krieges für die Mehrzahl der Ärzte aufgrund ihres Herkommens und ihrer qualifizierten Ausbildung bestand, konnte am besten aufrechterhalten werden, wenn diesen besonderen Interessen auch in besonderen Organisationsformen Ausdruck gegeben wurde. Mit der Gründung der Bundesrepublik und unter der Regierung Adenauers wird darüber hinaus eine Förderung von Ständen und besonders der Selbständigen auch zu einem bestimmenden Element staatlicher Politik.

■ Die spätere Realität gewerkschaftlicher ärztlicher Arbeit

Nachdem Ende der 40er, Anfang der 50er Jahre die größte Not ärztlicher unbezahlter Arbeit in den Krankenhäusern gelöst worden war und schrittweise, auch auf gerichtlichen Druck, Niederlassungsbeschränkungen aufgehoben werden mussten, waren die Hauptsorgen der Ärzte, die des eigenen Einkommens und die der sicheren Beschäftigung, zunächst gelöst, während sich ein breites gesundheitspolitisches Engagement noch nicht entwickelte. In den Wiederaufbaujahren der

Bundesrepublik blieben Mängel der Organisation des Gesundheitswesens gegenüber anderen Problemen nachrangig.

Probleme der mangelhaften Ausstattung der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie der Gefährdungen durch die Arbeitswelt wurden kaum in größeren ärztlichen Zusammenhängen diskutiert. Mitglieder der Gewerkschaft ÖTV blieben und wurden vor allen Dingen im öffentlichen Gesundheitsdienst und in Versicherungsanstalten tätige Ärzte.¹⁰

■ Neue Mitglieder und Gesundheitspolitik der Gewerkschaften

Ein verhältnismäßig starker Zuwachs von gewerkschaftlich organisierten Ärzten fand in den siebziger Jahren statt, in denen sich die Zahl der Ärzte auf weit über dreitausend vervielfachte. Diese Entwicklung ist einmal auf den starken Anstieg der Krankenhausärzte-Zahlen zurückzuführen. Gleichzeitig begannen aber zahlreiche Ärzte ihr Berufsleben, die aktiv am Lernprozess der Studentenbewegung teilgenommen hatten.

Die Diskussion des eigenen Berufsbildes weitete sich aus zu Fragen der Organisation des Gesundheitswesens insgesamt. Innerhalb des DGB entstand ein eigenes gesundheitspolitisches Programm 1972 und gab den sich gewerkschaftlich organisierenden Ärzten die Grundlagen für spezifische Forderungen zur Reform der Gesundheitsdienste.¹¹

In der Gewerkschaft ÖTV als Teil des DGB entstand 1969 der *Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BgÄ)*. Damals beschloss die *Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)* Anhaltzahlen und damit erstmals »offizielle Orientierungsdaten für die Versorgung der Patienten«. Die Neugliederung des ärztlichen Studiums 1970 wurde positiv gesehen. Ein Gesetz zum Ausbau des arbeitsmedizinischen und technischen Gesundheitsschutzes im Betrieb wurde erarbeitet und dann 1973 verabschiedet.

Im Januar 1972 beendete Tarifverhandlungen mit Hilfe der ÖTV verbesserten die Situation der angestellten Ärzte erheblich: Einschränkung der

Zahl der Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften, bessere Eingruppierungsmöglichkeiten für Ärzte mit besonderer Berufserfahrung und Spezialkenntnissen. Auf Initiative des BgÄ erfolgte im August 1973 eine Stellungnahme des DGB Berlin zur Sozialmedizin an der Universität.¹² Die Frage des Rechtsstatus von Medizinstudenten im Praktischen Jahr führte regional zu verschiedenen Aktivitäten. Die Bestimmungen der Approbationsordnung, dass das Praktische Jahr als Student und nicht als Praktikant zu absolvieren sei, nahmen der ÖTV jegliche Möglichkeit einer Rechtsvertretung und einer Durchsetzung einer die praktische Tätigkeit ausgleichenden Vergütung. Regionale Gesundheitszentren sollten Medizinalaufsicht, Gesundheitsschutz und -aufsicht, Gesundheitserziehung, Gesundheitspflege und Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsvor- und -fürsorge, gerichtsärztliche Dienste, Gutachterberatungs- und Rehabilitationsdienste, medizinische Koordinierungsaufgaben, Veterinäraufsicht, Lebensmittelaufsicht und -information sowie Dokumentationsaufgaben übernehmen.

1974 fand eine eigene gesundheitspolitische Tagung der ÖTV statt. Nach intensiver Vorbereitung, auch durch die BgÄ-Mitglieder, veröffentlichte die ÖTV auf einer weiteren gesundheitspolitischen Tagung 1977 »Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik«. Die darin erstmals verankerten Grundsätze »Prävention – Integration der Gesundheitseinrichtungen – Verantwortung der Betroffenen durch Selbstverwaltung« haben nichts an Aktualität verloren.

Zur klinischen Vorprüfung von Arzneimitteln wurde gefordert, »zum Schutze der Versuchsperson jede neue Substanz, die erstmals am Menschen eingesetzt wird, einer sorgfältigen klinischen Überprüfung zu unterziehen«. Es entstand das Arzneimittelgesetz von 1978.

Nach mehrjähriger Arbeit erschienen die »Vorschläge und Forderungen zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung«¹³, in denen »das Medizinstudium nicht als endgültig berufsqualifizierend, son-

dern als Studium mit erstem berufsqualifizierendem Abschluß« begriffen wurde. Das Ziel des Medizinstudiums sollte nicht sein, einen »fertigen«, sondern einen »weiterbildungsfähigen« Arzt heranzubilden. Voraussetzung für eine derartige Konzeption des Medizinstudiums sei allerdings, dass jeder Arzt – Allgemeinmediziner wie Facharzt – nach der Approbation eine Weiterbildung durchlaufe, die durch eine Prüfung abgeschlossen werde, bevor er selbständig bzw. alleinverantwortlich tätig werden könne.

Die damals nach wie vor durchaus zwiespältige Auffassung der ÖTV und des BgÄ zur Beteiligung an Kammerwahlen wurde deutlich durch die Festlegung, »daß kandidate Kolleginnen und Kollegen in die Abteilungsarbeit eingebunden sein müssen und ihre Arbeit nach erfolgter Wahl für die Organisation transparent sein muss. Wahlprogramme müssen auf der Grundlage gesundheitspolitischer Vorstellungen der Gewerkschaft ÖTV erstellt werden.«

■ Berufsverbote

Besonderer Erwähnung bedarf die Berufsverbotediskussion der siebziger Jahre, da sie erhebliche Auswirkungen auf die gewerkschaftliche Arbeit der Ärzte hatte. Dabei ist die Haltung des DGB bzw. seiner Einzelgewerkschaften zu politisch oder anders motivierten Berufsverboten klar: Die Verteidigung der im Arbeitsrecht und in den Tarifverträgen durch die Gewerkschaften erkämpften Sicherungen gegen die

Kündigung von Arbeitnehmern ist eine der wichtigsten Aufgaben der Gewerkschaften überhaupt.

Undeutlich wurde die Haltung der Gewerkschaften deswegen, weil es im scharfen Wind der Verfolgung und Kündigung politisch linker Gruppierungen, insbesondere im öffentlichen Dienst, und der denunziatorischen Aktivitäten zahlreicher Medien und insbesondere des »*Bundes Freiheit der Wissenschaft*« offensichtlich häufig nicht mehr möglich war, zwischen »Berufsverboten« einerseits und Ausschlüssen aus der Gewerkschaft wegen gewerkschaftsschädigenden Verhaltens andererseits zu unterscheiden.¹⁴

■ Auflösung des Bundes gewerkschaftlicher Ärzte

Der neunte ordentliche Gewerkschaftstag der ÖTV in Berlin 1980 beschloss, nachdem Entsprechendes bereits in einem Antrag 1978 auf dem achten Gewerkschaftstag diskutiert worden war: »Die berufliche und fachliche Mitgliederbetreuung ist arbeitsplatzbezogen zu organisieren. Die Gliederung der Abteilungen richtet sich grundsätzlich nach dem Betriebsprinzip.« Eine nähere Begründung findet sich im Geschäftsbericht.¹⁵

Für den Bereich Gesundheitswesen bedeutete dies, dass er ergänzt wurde um die früheren Abteilungen Sozialarbeit, Kirchen und Soziale Dienste und dann »Gesundheitswesen, Kirchen und soziale Einrichtungen« hieß.

Die Neugliederung der Abteilung hatte zur Folge, dass auf der regionalen Ebene und auch überregional eine speziell auf die Bedürfnisse der Ärzte bezogene Arbeit kaum mehr stattfinden konnte. Die Einrichtung besonderer Arbeitskreise, die sich speziellen Problemen ärztlicher Tätigkeit, etwa den besonderen Aus- und Weiterbildungsproblemen, aber auch den besonderen Beschäftigungsbedingungen, z.B. nach wie vor bestehender überlanger Bereitschaftsdienste, widmete, sollte damit nicht aufgegeben werden.

Aufgrund von Beschlüssen ihrer Gewerkschaftstage verschmolzen die damaligen Gewerkschaften DAG, DPG, HBV und IG Medien mit der größten Einzelgewerkschaft ÖTV im Jahre 2001 zur jetzigen Gewerkschaft ver.di.





Streik bei Vivantes und Charité in Berlin, Oktober 2020

- 1 Der Beitrag beruht im Wesentlichen auf Mitte der 1980er Jahre durchgeführten Recherchen, deren Ergebnis ausführlicher nachzulesen ist in: Udo Schagen: Der Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV, in: Winfried Beck, Hans-Ulrich Deppe, Renate Jäckle, Udo Schagen: Ärzteopposition, Neckarsulm, München 1987, 67-80 – Zur Geschichte der Ärzte insgesamt s. Thomas Gerst: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955, Stuttgart 2004 – Zur Geschichte des Gesundheitswesens s. Udo Schagen, Sabine Schleiermacher: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall. Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland Bd. 2, 1945-1949, S. 464-484, 511-528 und Bd. 8, 1949-1961, S. 387-433, Bonn 2001 und 2004.
- 2 Sanitätswarte. Zeitschrift für das gesamte ärztliche Hilfs- und Pflegepersonal im öffentlichen und privaten Gesundheitsdienst, für Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege, 1949, S. 43
- 3 1947, Heft 5
- 4 Titelseite der Sanitätswarte Mai 1948, nach Schagen 1987, a.a.O., S. 68f.
- 5 Kurt Gelsner: Der Marburger Bund. Chronik der organisierten Krankenhausärzte, Frankfurt a. M. 1985
- 6 Sanitätswarte 1948, (H. 5-6), S. 1
- 7 Sanitätswarte 1949, S. 49-50
- 8 Beim 52. Deutschen Ärztetages in Hannover vom 2.-4. September 1949 fand auf Initiative des Bundesgewerkschaftlicher Ärzte diese Besprechung statt: »Die lebhafteste Diskussion, die sich ent-

spann und an der sich alle Gruppen beteiligten, hatte als wesentliches Ergebnis, dass Einmütigkeit über das zu erstrebende Ziel einer gerechten Lösung der wirtschaftlichen Probleme der Gesamtärzteschaft seitens aller an der Diskussion beteiligten Gruppen bestand. So waren die Vertreter des Bundesgewerkschaftlicher Ärzte ... und ... des Bayerischen Gewerkschaftsbundes in der Lage, einer Entschließung des Hartmannbundes vom 1. September 1949 an den Bundestag ihre volle Zustimmung zu geben. Differenzen traten einzig bei der Erörterung organisations-taktischer Fragen in Erscheinung Für den Bund Gewerkschaftlicher Ärzte in der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr: Dozent Dr. Hornung, Dr. Wiegleb, für den Landesverband Bayerischer Ärzte in der Landesgewerkschaft 13 des Bayerischen Gewerkschaftsbundes: Dr. Münzberg, als Mitglieder des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund): Dr. Ostermann, Dr. Tander, Dr. Thieding, für den Marburger Bund: Dr. Stockhausen, Dr. Porschen, für den Verein der Nichtkassenärzte: Dr. Kehrigs, Dr. Trampe.«

- 9 Sanitätswarte 1949, S. 76
- 10 Hierzu: Norbert Schmacke: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, in: Medizin, Moral und Markt, Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 12, Berlin/West 1987
- 11 Unter Mitarbeit von Ärzten erschienen: 1970 Stellungnahme zur Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung, Inneren Struktur der Krankenhäuser;

1972 Vorschläge des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV zur Neuorientierung eines sozialmedizinischen Dienstes«. Wenn es hierin in Teilen auch im Wesentlichen um eine bessere Organisationsform der einzelnen Gutachterdienste (des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherungen mit dem Rentengutachterdienst der Landesversicherungsanstalten und dem ärztlichen Dienst der Bundesanstalten für Arbeit ging, so gleichzeitig aber auch um die Möglichkeit für Versicherte, von sich aus sozialmedizinische Beratung in Anspruch nehmen zu können; 1972 ebenfalls die Stellungnahme zur Versorgung der seelisch Kranken und der geistig Behinderten.

- 12 DGB Landesbezirk Berlin (Hrsg.): Stellungnahme zum Aufbau »der Sozialmedizin an der Freien Universität Berlin«, Berlin/W. 1973
- 13 ÖTV (Hrsg.): Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft »ÖTV zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland«, Stuttgart 1982
- 14 Am 12.5.1966 hatte der 7. Bundeskongress des DGB den Bundesvorstand beauftragt, »alle geeigneten Schritte bei Bundestag, Bundesrat und Bundesregierung zu unternehmen, um die Verfassungswidrigkeit der NPD feststellen zu lassen« und beschlossen, »dass die Zugehörigkeit zur NPD unvereinbar ist mit der Mitgliedschaft bei den im DGB zusammengeschlossenen Industrie- und Gewerkschaften«. Im Oktober 1973 beschloss der DGB-Bundesvorstand: »Der Bundesvorstand des DGB hat sich erneut mit der Abgrenzung gegen politische Extremisten beschäftigt. Er stellt fest, dass die Tätigkeit für oder die Unterstützung von linksextremen Parteien, Vereinigungen oder Gruppierungen unvereinbar mit der Mitgliedschaft in einer DGB-Gewerkschaft ist. Zu diesen linksextremen Organisationen, die eine gewerkschaftsfeindliche Aktivität entfalten, zählen beispielsweise die KPD, die KPD/ML und die von ihnen gegründete »Revolutionäre« oder »Rote Gewerkschaftsopposition«, die sogenannten Arbeiter-Basis-Gruppen sowie die anderen Gruppierungen mit gleichen oder ähnlichen Zielen. Der DGB-Bundesvorstand fordert alle Mitgliedsgewerkschaften auf, die organisatorischen Schlussfolgerungen aus diesem Grundsatzbeschluss – erforderlichenfalls Satzungsänderungen – zu ziehen«. Der Beirat der ÖTV und der Hauptvorstand haben diese Beschlüsse im Oktober 1973 und im Januar 1981 übernommen. (Taschenbuch für ÖTV-Vertrauensleute, Ausgabe 1984, S. 82-83)
- 15 ÖTV-Hauptvorstand (Hrsg.): Geschäftsbericht der Gewerkschaft ÖTV 1980-1983, Stuttgart 1984, S. 593-601

Vom Liebesdienst zum fast normalen Beruf

Michael Quetting zur Geschichte der gewerkschaftlichen Organisation von Pflegekräften

Am 13. März dieses Jahres wurde in dem Podcast »Übergabe«¹ ein längeres sehr hörenswertes Interview zur Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der Gewerkschaften und ihre Rolle in der Pflege mit dem ver.di-Sekretär und Pflegebeauftragten in Rheinland-Pfalz und Saarland, Michael Quetting geführt. Er hat uns dankenswerterweise sein Skript zur Verfügung gestellt, von dem wir einen Teil leicht überarbeitet veröffentlichen können.

Bekanntlich unterschied sich Anfang des letzten Jahrhunderts das Arbeitsethos in der Pflege fundamental von der Konzeption moderner Berufe. Die Mutterhaus-Schwesternschaften vertraten ein unberufliches Konzept von Pflege. Man verstand Pflege als Dienst oder Berufung. Wir haben erst einmal darum gekämpft, dass wir uns auch »Schwestern« nennen durften; das war nämlich den Nonnen vorbehalten. Wir waren nur »Wärterinnen und Wärter«. In der Folge bildeten sich im ersten Schritt freie Schwesternschaften. Jetzt wurde Lohn bezogen, wenn auch das Leitbild »Liebesdienst« weiterhin prägend war. In Deutschland wurde 1928 die *Schwesternschaft der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter* gegründet. Das ist die Vorläuferorganisation der Gewerkschaft ÖTV (Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr), die 1949 den *Bund freier Schwestern* gründete.

Man war damit sowohl eine Schwesternschaft und gleichzeitig in die Organisationsstruktur der Gewerkschaft eingebunden. Die Kolleginnen hatten eine eigene Tracht und auch eine Brosche. Die Schwesternschaft schloss – wie damals üblich – Gestellungsverträge für ihre Mitglieder ab und arbeitete in der Deutschen Schwesterngemeinschaft mit. Innerhalb der Einheitsgewerkschaft, die sich selbstverständlich nach dem Prinzip der Betriebszugehörigkeit organisierte, gab es Fachabteilungen und Fachgruppen, darunter zwei Fachgruppen, die sich ausschließlich aus einer Berufsgruppe zusammensetzten. Das waren zum einen die Ärzt*innen und zum anderen die Schwestern.

Wir hatten es mit einer ambivalenten Mischorganisation zwischen Schwesternschaft und Gewerkschaft zu tun. Dieser Prozess einer gewerkschaftlichen Formierung geschah gleichzeitig mit einer erwachenden Frauenbewegung, einer Kritik der Berufung und der Entwicklung eines modernen Lebensentwurfs der Frauen. Die Frauenfrage hat in den Gewerkschaften lange keine Rolle gespielt; das war ein Männerverein: Die haben zusammen gesessen und geraucht – und dabei diskutierten sie fleißig. Und die Frauen saßen zu Hause. Nur in einem Bereich war es anders: bei den Krankenschwestern.

Die ÖTV war die erste Gewerkschaft überhaupt, in der es in jedem Bezirken eine Kollegin, eine Krankenschwester gab, die für die Schwesternschaft zuständig war. Klar war das da-

mals in der Gewerkschaft nicht die wichtigste Person, das muss man heute schon zugeben. Im Gegensatz aber zu den anderen Gewerkschaftssekretären, haben sich diese Kolleginnen zweimal im Jahr bundesweit getroffen. Alleine diese Vernetzung war enorm wichtig. Und weil das nun mal Frauen waren, von denen es in der Gewerkschaftsapparaten nicht so viele gab, sollten sie gleichzeitig auch für die Frauenarbeit und die Bildungsarbeit zuständig sein.

Dadurch haben sie sich enorm entwickelt – und möglicherweise dann auch zu wenig getan für die Pflege. Aber dennoch wurde in diesem Prozess immer klarer, dass

Pflege ein richtiger Beruf ist. Davon mussten aber auch die Männer erst überzeugt werden. Diese Wechselbeziehungen zu studieren, ist sehr spannend. Sie haben viel mit der Professionalisierung des Pflegeberufes zu tun wie auch mit der gesamten Entwicklung des Pflegeberufes. Natürlich ist das nicht widerspruchsfrei abgelaufen. Erst 1968 wurde der Bund freier Schwestern für Männer geöffnet und er hieß jetzt *Bund freier Krankenschwestern und Krankenpfleger* und wurde dann aber aufgelöst.

Trotz Mischorganisation war dieser Bund eben auch Arbeitnehmerorganisation, die ihren Einfluss bei der Neukonzipierung der Krankenpflege in den fünfziger und sechziger Jahren entscheidend vorantrieb. Der Sonderstatus der Schwesternschaft führte zu einer eigenen Vernetzung und einer erheblichen Aufwertung des Berufes innerhalb der Gewerkschaft ÖTV. Auch die Schrittmacherrolle der ÖTV in der Geschlechterfrage erklärt sich hiermit einerseits, aber andererseits auch ihre Schwächen, weil die Gewerkschaft zwar die Schwesternschaft im Blick hatte, aber andere Frauenbereiche vernachlässigt wurden, was für die Gesamtorganisation ein Fehler war.

Wir waren damals noch weit weg von unserer heutigen Denkweise. So war das Thema Streik in Krankenhäusern tabu und man war völlig auf die Solidarität der anderen Kolleg*innen angewiesen, die für die Durchsetzung von Forderungen verantwortlich waren. 1956 gelang es, beim VKA (*Ver-einigung der kommunalen Arbeitgeberverbände*) erstmalig eine Arbeitszeitverkürzung in der Krankenpflege auf 54 Stunden durchzusetzen. 1960 erreichten wir einen Tarifvertrag für das dritte Ausbildungsjahr. Erstmals wurde Arbeitszeit und

*»Ich dien' aus Dank
und Liebe –
mein Lohn ist,
dass ich darf!«¹*

Vergütung des freien Lernpflegepersonals festgelegt. Gerade für die Ausbildung war der Bund sehr innovativ und setzte sich als einzige politische Kraft für einklagbare Rechte ein.

Mitte der 60er Jahre wandelte sich langsam die Position zu der Bewertung pflegerischer Arbeit. Ein großer Schritt in Richtung Professionalisierung der Krankenpflege erfolgte mit dem *Krankenpflegegesetz* von 1965. In diese Diskussion brachten wir uns als Gewerkschaft, wie auch die Berufsverbände, ein. Wir waren als Gewerkschaft Teil dieser Transformationsphase. Dabei leisteten wir einen wichtigen Beitrag, weil wir Frauen eine Organisationsalternative gaben und wir langsam Tarifnormen durchsetzten. Wobei wir uns aus heutiger Sicht über Manches auch wundern und den Kopf schütteln. Die organisierten Krankenschwestern sprachen sich nämlich nur für eine »begrenzte Verberuflichung« aus. Erst der wachsende Pflegenotstand führte in Gewerkschaftskreisen wie auch in anderen Kreisen zu einem neuen Denken. Auch in der *Deutsche Angestellten Gewerkschaft (DAG)* die sich ja nicht als Einheitsgewerkschaft verstand, organisierten sich Pflegekräfte. Die DAG, ötv, die *Deutsche Postgewerkschaft (DPG)*, *Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen (HBV)* und die *IG Medien – Druck und Papier, Publizistik und Kunst (IG Medien)* fusionierten dann 2001 zu *Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di*.

■ ver.di

ver.di ist bunt. Wir haben etwa 2 Mio. Mitglieder. Entstanden als Selbsthilfe-, Bildungs- und Kampforganisation im Konflikt von Lohnarbeit und Kapital engagieren sich die Gewerkschaften für menschenwürdige Arbeits- und Lebensbedingungen, materielle Sicherheit und gesellschaftliche Teilhabe. Um diese Ziele zu erreichen, handeln wir solidarisch und entfalten dadurch Gegen- und Gestaltungsmacht zugleich. Die Vielfalt der Berufe und Tätigkeitsfelder, der Lebenslagen und Beschäftigungsverhältnisse, der Anforderungen und Interessen der Mitglieder muss immer wieder zum gemeinsamen und solidarischen Handeln zusammengeführt werden.



Soliaktion der ver.di Jugend

ver.di ist eine Einheitsgewerkschaft im *Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB)*. Sie ist unabhängig von Arbeitgebern, Staat, Parteien, Religionsgemeinschaften und Verbänden. Sie bestimmt ihre Ziele, ihre Forderungen, ihr Programm eigenständig. Sie ist nur den Interessen der Mitglieder und ihren gemeinsamen Werten verpflichtet. ver.di ist in Fachbereiche gegliedert. Die Pflege ist im Fachbereich 03 – Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen organisiert; und wir sind dort 400.000 Kolleginnen und Kollegen. ver.di ist demokratisch aufgebaut und in vier Ebenen und 13 Fachbereichen organisiert. Darüber hinaus verfügen Frauen und spezielle Gruppen, über eigene Strukturen und Arbeitsmöglichkeiten. Wir organisieren in unserem Fachbereich eine Vielzahl von Berufen, da gehört halt auch der Rettungsdienst oder auch die Ärzt*innen dazu. Diese Vielfalt ist unsere Stärke.

Damit wir als große Gewerkschaft effizient arbeiten können, haben wir die Aufgaben verteilt. Wir nennen die Struktur Matrix. Letztlich sind wir eine Ehrenamtsorganisation. Auf allen Ebenen entscheiden Ehrenamtliche mit. Ich darf als Angestellter der Gewerkschaft keine Funktion ausüben. Dazu kommen die Wahlangestellten im Bundesvorstand und in der Landesleitung sowie Bezirksgeschäftsführer in den Bezirken. Gewerkschaftssekretäre sind für die Betreuung zuständig, dazu kommen Rechtsschutz, Zeitungen usw.

Selbst jetzt unter den schwierigen Bedingungen der Pandemie beweisen wir, dass wir in der Lage sind, Kraft zu entwickeln und zu kämpfen. Unsere Durchsetzungskraft ist erhalten geblieben. Wir haben in der Corona-Krise neue Gewerkschaftsstrategien, die Aktionen der Beschäftigten bei physischer Distanz ermöglichen, ausprobiert und

umgesetzt. Positiv ist, dass ver.di sich in der Krise nicht davon abhalten ließ, Forderungen aufzustellen und für deren Durchsetzung zu mobilisieren. So war unter den gegebenen Bedingungen die Tarifaufeinandersetzung im Öffentlichen Dienst eine beachtliche Leistung. Wir haben an einigen Stellen des Gesundheitswesens unsere professionelle Sicht und Interessen hinsichtlich des Krisenmanagements öffentlichkeitswirksam artikulieren können. Das ist alles andere als selbstverständlich.

Die Coronapandemie muss der Anfang einer grundsätzlichen Diskussion um die Ausrichtung des Gesundheitswesens in Deutschland sein. Die Diskussion Verhältnis Plan zu Markt wird uns beschäftigen. In den Krankenhäusern geht es um PPR 2.0 und in den Altenheimen um die Umsetzung des Rothgang-Gutachtens. Uns wird die Auseinandersetzung über die Frage, wer bezahlt die Krisenkosten, beschäftigen. Ich sehe Möglichkeiten über die Gesundheitspolitik aus der Defensive zu kommen. Wir brauchen Denkanstöße für solidarische Krisenlösungen. Darauf stelle ich mich ein.

Michael Quetting ist gelernter MTA und Krankenpfleger, hat dann als Medizinischer Prozessmanager gearbeitet und war seit 2008 Gewerkschaftssekretär im Saarland im Fachbereich Gesundheit; seit 2019 ist er Pflegebeauftragter in Rheinland-Pfalz und dem Saarland.

1 Dies war der Wahlspruch der Krankenschwestern in einem Röt-Kreuz-Krankenhaus. Vgl. »Ich dien' aus Dank und Liebe – mein Lohn ist, dass ich darf«. Krankenschwestern und Ärzte im Gespräch zur Situation der Pflege, in: *Gesundheit braucht Politik*, 4/2014, <https://gpb.vdaae.de/index.php/162-2014/2014-4/1017-gpb-4-2014-gespraech-pflege>

2 <https://uebergabe.de/podcast/ug064/>

Alle zusammen oder exklusive Solidarität?

Nadja Rakowitz zur Trennung von ver.di und Marburger Bund

Wenn man sich als Ärzt*in gewerkschaftlich organisieren will und wenn man für sich christliche, anarchosyndikalistische oder irgendwelche Kleingewerkschaften ausschließt, bleiben aktuell der mb (nur für Ärzt*innen) und ver.di, die dgb-Gewerkschaft für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Tarifverträge für Ärzt*innen von ver.di und Marburger Bund (mb) unterscheiden sich, weil beide getrennt mit den Arbeitgeber*innen verhandeln und andere Laufzeiten haben. Der Text versucht zu beschreiben, warum und seit wann das so ist.¹

Bis zum Jahr 2001 wurden Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst auf der einen Seite durch die geschlossene Bank der öffentlichen Arbeitgeber geführt, auf der anderen Seite durch die in Konkurrenz zueinander stehenden Gewerkschaften *Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr* (ÖTV) und *Deutsche Angestelltengewerkschaft* (DAG). Dies führte dadurch, dass die Tarifforderungen der Arbeitnehmerseite uneinheitlich waren (die Forderungen der DAG waren durchgehend geringer als die der ÖTV), zu einer unproduktiven Schwächung der Arbeitnehmervertreter. Der mb war zunächst jahrelang überhaupt nicht bei Tarifverhandlungen vertreten da ihm von allen Seiten keine »Tarifmächtigkeit« zugetraut wurde, also die Fähigkeit, seine Forderungen auch gegen Widerstand des Arbeitgebers durchzusetzen. Der mb hatte beschlossen, sich unter den Mantel der DAG zu begeben und damit dort mit einem Vertreter bei den Tarifverhandlungen dabei sein zu können.

2001 war es dann soweit: nach jahrelangen Vorbereitungen schlossen sich 5 Gewerkschaften: 4 DGB-Gewerkschaften (ÖTV, Deutsche Postgewerkschaft, Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen – HBV, IG Medien) und die DAG zu einer einheitlichen Gewerkschaft, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zusammen. Damit war auch der mb unter dem Dach von ver.di. Durch diesen Zusammenschluss war die jahrzehnte-

lange Spaltung der Arbeitnehmerseite beendet und es bestand die Hoffnung auf ver.di und mb gemeinsam über den neuen *Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD)*, der den veralteten *Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT)* ablösen und für die Betriebe von Bund und Kommunen gelten sollte. Die *Tarifgemeinschaft der Länder (TdL)* hatte die Tarifverhandlungen schon vorher verlassen. Im September 2005, in der Nacht vor dem Abschluss beschloss der mb, die Tarifgemeinschaft mit ver.di aufzukündigen und den Vertrag nicht zu unterzeichnen.

■ Wie kam es dazu?

In den frühen 2000er Jahren gab es harte politische Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen um die Gestaltung des öffentlichen Dienstes einschließlich der Bezahlung der Beschäftigten. Die Arbeitgeber*innen ritten auf der Welle des neoliberalen Umbaus der Gesellschaft und des Staates: Das Gesundheitswesen wurde zu einem Gesundheitsmarkt umgebaut, die Finanzierung der Krankenhäuser wurde zu diesem Zweck 2004 auf Fallpauschalen (DRG) umgestellt und die Privatisierung von Krankenhäusern vorangetrieben; die öffentliche Hand wurde durch neoliberale Steuerreformen arm gespart und im Zuge dessen wurden der öffentliche Dienst und die öffentliche Daseinsvorsorge zunehmend in Frage gestellt und privatisiert.

Das gedeckelte Budget für die Finanzierung der Krankenhäuser erlaubte keine zusätzlichen Erlöse und es war nicht erkennbar, dass die Krankenhaus-Budgets in den nächsten Jahren auch nur die geringsten Steigerungen erfahren würden. Eher war das Gegenteil der Fall. Folglich drohte die Gefahr, dass sich die Kämpfe um die Verteilung des Kuchens *unter* den Beschäftigten und nicht mehr zwischen den Beschäftigten und den Arbeitgeber*innen abspielten – und dass die vermeintlich Stärksten sich auf Kosten der Schwachen durchzusetzen drohten. Wer aber war stark? Die Ärzt*innen wegen ihrer durch die Ökonomisierung noch mehr herausgehobenen Stellung innerhalb des Krankenhauses oder die Pflegekräfte schon alleine wegen ihrer Anzahl?

Zunächst bekamen auch die Ärzt*innen die Arroganz vor allem der öffentlichen Arbeitgeber der Länder hart zu spüren. In den Landesbetrieben, zu denen vor allem die Unikliniken gehörten, herrschte zumindest für die neu Angestellten wegen des Austritts der TdL aus den Verhandlungen ein tarifloser Zustand. Zugleich nahm die Belastung am Arbeitsplatz durch die Verweildauerverkürzung, durch den DRG-getriggerten Mehraufwand an Dokumentationsverpflichtungen und durch die Arbeitsverdichtung in den Bereitschaftsdiensten zu. Alle Gerichtsverfahren, die die Arbeitgeber zur Einhaltung der wöchentlichen Höchstarbeitszeiten verpflichten soll-

ten, wurden zwar von den Beschäftigten in allen Instanzen bis hinauf zum EuGH gewonnen, aber die Krankenhausarbeitgeber verstärkten ihre Lobby-Tätigkeit auf EU-Ebene, um die EU-Arbeitszeitrichtlinie wieder zu verwässern.

Dieser Umgang mit den Ärzt*innen war für die Arbeitgeber*innen nicht ganz unproblematisch. Noch in den achtziger und neunziger Jahren herrschte bei den Ärzt*innen eine hohe Arbeitslosigkeit («Ärztenschwemme») und die im öffentlichen Dienst angestellten Ärzt*innen profitierten – ohne selbst massenhaft kampffähig und -willens zu sein – von der hohen Kampfkraft der Müllwerker*innen und der Beschäftigten des öffentlichen Nahverkehrs. Anfang der 2000er sah die Situation auf dem Teilarbeitsmarkt für Ärzt*innen aber ganz anders aus: Man steuerte praktisch auf eine seit den 70er-Jahren nicht mehr gekannte Vollbeschäftigung zu; 2001 betrug die Arbeitslosenquote für Ärzt*innen nur noch 2,1 % und sie fiel weiter. Die Besetzung freier Arztstellen war zu den herrschenden Bedingungen z.B. in den neuen Bundesländern mit den dort abgesenkten Tarifen kaum noch zu bewerkstelligen.

Waren die Ärzt*innen eher als unfähig eingeschätzt worden, ihre Interessen auf betrieblicher Ebene trotz verbesserter Aussichten auf dem Arbeitsmarkt wirksam zu vertreten und sich gegen derartige Zumutungen zur Wehr zu setzen, sollte sich das bald ändern. Vor allem an den Unikliniken machte sich der Unmut breit und die Assistenzärzt*innen begannen, sich in spontan gebildeten Aktionsgruppen zu organisieren und artikulierten ihren Protest auch gegen die sich rapide verschlechternden Arbeitsbedingungen. Zeitgleich schälte sich im Verlauf der Redaktionsverhandlungen das neue Entgeltgerüst des TVöD schon heraus mit der Eingangs-Entgeltgruppe (E 13) für Akademiker*innen, die auch für die Ärzt*innen angedacht war. Es entwickelte sich von da an eine Dynamik, die auch auf den mb einzuwirken begann. Im Endstadium der Verhandlungen zum TVöD kündigte der mb, nachdem er bislang Zustimmung zu den Verhandlungsergebnissen zum TVöD signalisiert hatte, überraschend die Tarifgemeinschaft mit ver.di. Konfrontiert mit einem zunehmenden Druck auch innerhalb des Verbandes stellte er sich mit Tarifforderungen von bis zu 30 % mehr Gehalt an die Spitze der Bewegung.

Der Führung des mb war klar geworden, dass eine Zustimmung zum TVöD bei den Ärzt*innen der Universitätskliniken, die schon längst protestierten, niemals Akzeptanz gefunden hätte. Diese zunehmend kämpferische und kompromisslose Haltung der Uni-Ärzt*innen hatte die TdL mit einer provozierend arbeitnehmerfeindlichen Tarifpolitik geradezu herausgefordert. Die TdL war schon ein Jahr vorher aus den Tarifverhandlungen zum TVöD ausgeschert, hatte autokratisch die Verlängerung der Wochenarbeitszeiten verordnet, Kürzungen bei Urlaubs- und Weihnachtsgeld und vielerorts Abstriche bei der Überstundenbezahlung durchgesetzt und eine nahezu flächendeckende Befristungen von Arbeitsverträgen etc. – all dies konfrontierte die akademische Ärzt*innenschaft mit marktwirtschaftlichen Grundsätzen. Die bislang materiell und – seinem sozialen Status nach besser als andere abgesicherten Ärzt*innen sahen sich von sozialer Deklassierung bedroht; sie sollten von der tendenziellen Verschlechterung der Lohn- und Arbeitsbedingungen im öffent-



vdää-Mitglied Eliza und Banu Büyükcavci bei einer Aktion am 18. März in Regensburg. Dr. med. Banu Büyükcavci wurde wegen ihrer Mitgliedschaft in der türkischen TKP/ML zu mehr als 3 Jahren Haft in Deutschland verurteilt. Ihr droht jetzt die Abschiebung. Der vdää beteiligt sich wie auch ver.di an den Protesten dagegen. Siehe <https://www.vdaae.de>

lichen Dienst nicht verschont bleiben. Diese Drohung wurde vor Ort verstanden und ernst genommen. An den Universitäten war der Protest zunächst wohl eher autonom, der mb machte sich die Anliegen des Protests im Weiteren zueigen und wollte diese unabhängig von den anderen Beschäftigten in einem eigenen Tarifvertrag für Ärzt*innen durchsetzen.

Vorher war der mb aber mit seinem Vertreter am gesamten Reformprozess des BAT, der schließlich zum neuen TVöD führte, beteiligt – auch was den speziellen Teil für die Krankenhäuser betrifft. Während der gesamten Diskussion war von einem eigenen Ärztetarifvertrag keine Rede gewesen. Tariflichen Regelungen zur Weiterbildung der Ärzt*innen, die ver.di in die Diskussion einführte, stand er ablehnend gegenüber. Eine gesonderte Entgelttabelle für Ärzt*innen wurde erst ganz zum Schluss kurz vor der Unterschrift der Verhandlungspartner Mitte September 2005 Gegenstand der Diskussion. Bis dahin ging es einzig darum, ob für die Ärzt*innen die Entgeltgruppe 13 oder 14 als Eingangsgruppierung erhalten sollte. Trotz Übernahme der Forderungen des Marburger Bundes zur gesonderten Tarifstruktur für Ärzt*innen mit der Eingangsentgeltgruppe 14 und raschem Aufstieg in die Entgeltgruppe 15 nach Erreichen der Facharztqualifikation, beendete der mb die Zusammenarbeit und forderte seine Mitglieder auf, sich in den Krankenhäusern der Überleitung in die neue Tarifstruktur zu widersetzen und den BAT beizubehalten, bis man einen eigenen TV verhandeln würde.

■ Problem TVöD

Die TdL war bereits im Jahr zuvor aus den TVöD-Verhandlungen ausgestiegen und zeigte sich an einem Flächentarifvertrag desinteressiert. Durch Ausgründungen, Privatisierungen und durch Überschuldung vieler Kommunen war der Flächentarifvertrag für den öffentlichen Dienst einem bedrohlichen Aushöhlungsprozess unterworfen und akut vom Kollaps be-



Soli-Aktionen der Oberhausener und Dortmunder Bündnisse für mehr Personal

droht, sein Untergang hätte auch ver.di als Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes mitgerissen. Vertreter der öffentlichen Arbeitgeber*innen hatten massiv mit dieser Option Druck entfaltet. Sie ließen keinen Zweifel daran, dass sie sich auf einen Flächentarifvertrag für den öffentlichen Dienst nur einlassen würden, wenn die Gewerkschaftsseite im Gegenzug deutliche materielle Zugeständnisse gegenüber dem BAT mache und eine langfristige Verschlechterung der Arbeits- und Einkommensverhältnisse im öffentlichen Dienst geschehen lasse. Und so kam es dann. ver.di musste im TVöD Positionen aufgeben, die angesichts der politischen Kräfteverhältnisse nicht mehr zu verteidigen waren. Die Crux lag dann aber in der Kommunikation, in der Darstellung und Bewertung des TVöD. Vielleicht wurde das Ergebnis als so katastrophal eingeschätzt, dass die Wahrheit verborgen bleiben sollte. Jedenfalls wurden die Mitglieder zunächst mit allerlei Hurra-Parolen zum historischen Vertragswerk beglückt. Erst in den Folgemonaten erfuhren und verstanden sie viele arbeitnehmerfeindliche Regelungen im TVöD. Die Hauptkritik am TVöD war (und ist), dass bei jedem Wechsel des Arbeitsplatzes – und ein solcher ist innerhalb der Weiterbildung regelhaft notwendig – man wieder in der untersten Gehaltsstufe des jeweiligen Tarifs beginnt. Doch auch diese Kritik am TVöD galt natürlich nicht nur für Ärzt*innen, sondern für alle vom TVöD betroffenen und sie traf insofern gerade diejenigen in den unteren Gehaltsgruppen noch viel härter.

■ Ziele und Ergebnisse des mb

Ziel des mb war es fortan, tarifpolitisch eigene Wege zu gehen und sich als eigenständige Ärztegewerkschaft mit scharfer Abgrenzung zu ver.di zu etablieren und als Verhandlungspartner der öffentlichen Arbeitgeberverbände anerkannt zu werden. Ein Teil wollte sogar den mb zur Konkurrenzgewerkschaft zu ver.di für alle Gesundheitsberufe ausbauen. Hierzu bediente er sich elitärer Elemente und definierte die Ärzt*innen als die Leistungselite, der ein größerer Teil am Kuchen zustünde. So aber kam es zu parallel geführten Kämpfen mit bizarr anmutenden Situationen, dass die Betriebsräte Verhandlungen mit den Geschäftsführungen am Rande der Insolvenz dümpelnder Krankenhäuser über zeitlich begrenzte Einkommenseinschnitte im Rahmen des Zukunftssicherungstarifvertrags verhandelten, während die Ärzte vor der Tür für

Einkommenszuwächse oberhalb des TVöD-Niveaus streikten. Der mb weckte hohe Erwartungen der Ärzt*innen und versprach ihnen, Einkommenssteigerungen bis zu 30 % durchzusetzen. Um diesem Ziel nahe zu kommen, wurden bereits erreichte Zugeständnisse der Arbeitgeber*innen in Sachen Arbeitsschutz, Weiterbildung, Gehaltseinschnitte bei wirtschaftlichen Notlagen und betrieblicher Altersvorsorge (die in den neuen Bundesländern dann von den anderen Beschäftigten alleine aufgebracht werden mussten) wieder aufgegeben und in Geld umgemünzt.

Dennoch war es dem mb bis Ende 2006 nicht gelungen, in der Breite Abschlüsse über dem BAT-Niveau zu erzielen. Der Tarifabschluss in den Ländern – der auch von ver.di übernommen wurde – bewegte sich nur für die Oberärzte und die stellvertretenden leitenden Ärzte, also die damalige Gehaltsgruppe des mb-Chefs Montgomery, oberhalb des BAT-Niveaus. Der Abschluss mit den kommunalen Arbeitgeber*innen bewegte sich z.T. deutlich unterhalb des BAT und unterschied sich vom Volumen her aber nicht vom kurz zuvor für die Ärzte nachgebesserten TVöD. Die in der Gewerkschaft ver.di organisierten Ärzt*innen überlegten sich damals, ob es nicht besser sei, es bei den unterschiedlichen Tarifverträgen zu belassen, anstatt eine Angleichung an den mb-Tarifvertrag vorzunehmen, denn der Vertrag für die ver.di-Ärzt*innen bot eindeutig bessere Arbeitsbedingungen und bessere Regelungen für die Weiterbildung. Teile der weiter bestehenden Leistungszulage des TVöD hoben den Unterschied bei den Monatsgehältern wieder auf. Eindeutig profitiert vom mb-Abschluss hatten die Berufsanfänger*innen in den Unikliniken, die erheblich mehr Geld erhielten; von den anvisierten 30 % waren aber auch sie weit entfernt. Das verbandspolitische Ziel, als eigenständige Gewerkschaft Verträge mit den öffentlichen Arbeitgebern abzuschließen, hat der mb erreicht. Er musste sich hierzu von den übrigen Beschäftigten nicht nur abgrenzen, sondern versuchte auch deren Gewerkschaft, nämlich ver.di, das Recht abzusperechen, Tarifverträge abzuschließen, die auch für Ärzt*innen gelten. Der unsäglich Spruch von Montgomery, dass »Kullissenschieber nicht über die Belange von Schauspielern entscheiden können«, zeigte, dass in dieser »Gewerkschaft« eher Standes- als Klassenbewusstsein herrschte.

Im vdää war die Politik des mb im Jahr 2006 sehr umstritten. Im März 2006 organisierten wir in Frankfurt/Main eine

Veranstaltung mit einem mb-Vertreter und zwei Ärzten aus dem vdää unter dem Titel: »Ärztestreiks – Kampf gegen miserable Arbeitsbedingungen oder standespolitischer Alleingang?«. Die Diskussion bewegte sich zwischen der – inzwischen wohl beantworteten – Frage, ob der »mb überhaupt eine Gewerkschaft oder eher eine Standesorganisation« sei, und der Frage, »ob der mb mit seinen Forderungen vielleicht die Speerspitze einer sozialen Bewegung, weil er mit 30 Prozent Lohnerhöhung im Moment die höchste Forderung von allen Protestierenden aufstellt?« Das Fazit von Winfried Beck aus dieser Veranstaltung war eindeutig: »Die Aktionen des mb sind nicht Zeichen einer sozialpolitischen Avantgarde, sie sind Ausdruck eines elitären Berufs-, Familien- und Weltbildes und damit unsolidarisch.«² Und die Jahreshauptversammlung 2006 war ganz dem Thema gewidmet: »Ärzte in Aufruhr – wer bleibt auf der Strecke?«

Diese Auseinandersetzung dauert an. Seit der Trennung von mb und ver.di herrscht ein Konkurrenzverhältnis zwischen den beiden Gewerkschaften, das je nach Thema und auch Personen vor Ort mal ausgeprägter mal weniger stark ist. Immer wieder haben wir als vdää auch versucht, eine Mittlerrolle zwischen mb und ver.di einzunehmen. 2010 organisierten wir eine Veranstaltung mit Vertretern von beiden Gewerkschaften, um angesichts der Ökonomisierung eine mögliche gemeinsame Perspektive der Beschäftigten in Krankenhäusern zu diskutieren. Auch im Rahmen des Bündnisses Krankenhäuser statt Fabrik bemühten wir uns

mehrfach, den mb ins Boot zu holen. Es scheiterte bislang immer daran, dass die Konkretisierung der vermeintlich kritischen Parolen z.B. gegen die Ökonomisierung dann doch immer wieder eine Perspektive der Sicherung ständischer Pfründe offenbart hat statt einer ernsthaften Kritik der Ökonomisierung.

Erst in der letzten Zeit hat der mb seine tarifpolitische Strategie tatsächlich geändert und fordert nun nicht mehr nur Geld sondern im letzten Tarifabschluss (TVÄ-VKA) 2019 auch Vereinbarungen zur Begrenzung der Arbeitsbelastung und der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, also neue Regelungen zur verlässlichen Dienstplanung, zur Begrenzung der Bereitschaftsdienste und zur Arbeitszeiterfassung vereinbart.

- 1 Der Text basiert zu großen Teilen auf zwei Analysen aus der Ausgabe 3 des vdää-Rundbriefs von 2006, bei denen ich mich großzügig bedient habe: Erik Wagner-Fallasch: »Ein Blick über den Tellerrand ist notwendig. Voraussetzungen und Konsequenzen des Alleingangs des Marburger Bunds« und Peter Hoffmann: »Voller Widersprüche, aber letztlich sinnvoll. Eine Bewertung des Ärztestreiks«. Das Heft ist zum Download auf der Homepage zu finden: https://gbb.vdaee.de/images/vdaee-RB_03-2006.pdf
- 2 Winfried Beck: »Ärztestreiks – Kampf gegen miserable Arbeitsbedingungen oder standespolitischer Alleingang?«, Bericht über eine Diskussionsveranstaltung des vdää mit dem Marburger Bund am 1. März 2006 in Frankfurt am Main, in: vdää-Rundbrief 2/2006; https://gbb.vdaee.de/images/cover/group/RB-2_06.pdf

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der Verein gemeinnützig steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25



Demo Streik Uniklinik Düsseldorf, August 2018

Gemeinsame Praxis in einer solidarischen Struktur ...

... das geht nur bei ver.di – meint Peter Hoffmann

Peter Hoffmann ist seit fast 30 Jahren Anästhesist in einem Münchner Krankenhaus, das in der Ökonomisierung vom kommunalen Eigenbetrieb zur gGmbH überführt wurde. Er hat sich an den Auseinandersetzungen um die Beratungs- und Sanierungsrunden des städtischen Klinikums beteiligt, zuletzt um eine bedarfsgerechte Neubauplanung, war Streikleiter des mb 2006 (und ist dort noch immer Mitglied) und Co-Streikleiter von ver.di 2020, er war eine Wahlperiode über die ver.di-Liste im Betriebsrat, ist Vertrauensmann im Betrieb und in der Bundesfachkommission Ärztinnen und Ärzte von ver.di und arbeitet als vdää-Vertreter im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik mit.

Sollen Ärzt*innen sich in ver.di organisieren? Warum? Hier eine Annäherung an eine Entscheidung, die eine ganz persönliche Antwort fordert.

Was wünsche ich mir? Ich wünsche mir: Jede angestellte Ärzt*in, insbesondere jede junge Kolleg*in in der Weiterbildung, möge, auf dem Boden der Verhältnisse stehend, frei und willig das Bedürfnis entwickeln, sich der Gewerkschaft anzuschließen. Ich wünsche mir, eine solche höchstpersönliche Einsicht als eine innere Notwendigkeit. Die nächste Frage, die sich dann stellt, ist: In welche Gewerkschaft soll ich eintreten? In »die« Ärzt*innengewerkschaft *Marburger Bund (mb)*, die, zumindest für die Älteren unter uns eher Standesorganisation als Gewerkschaft ist? Oder in die große Einheitsgewerkschaft für alle im Krankenhaus und generell im Dienstleistungsbereich Beschäftigten, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Ich habe für mich die Antwort gefunden.

■ Das Krankenhaus als solidarische Struktur sehen

Nach bald 30 Jahren im selben kommunalen Krankenhaus ist mir sehr bewusst, wie sehr das Krankenhaus Netzwerk ist, oder dringend sein müsste. Bei allem äußeren Druck, bei allen unter Corona jetzt noch autoritäreren Strukturen, bei aller strukturellen Zersplitterung und den damit ver-

bundenen Versuchen, sich Mühen, Verantwortung und Schuld gegenseitig zuzuschieben, bei allen Löchern im Sparstrumpf Krankenhaus, bei aller Überforderung und dem Personalmangel nicht nur in der Pflege: Es rührt oftmals an, wie Viele sich mit persönlichem Einsatz mühen, gute Arbeit zu machen, weil es ihrer Haltung entspricht, weil ihnen schlicht klar ist, dass es hier professionell und menschlich-solidarisch auf sie ankommt.

Ich denke, wir Ärzt*innen sollten das Krankenhaus nicht nur abstrakt als eine wertvolle soziale Struktur anerkennen, sondern uns konkret mit allen Beschäftigten dort vernetzen. Wir sollten das Wesen des Krankenhauses als solidarische Struktur sehen, sie gestalten und verteidigen. Dazu gehört, Gegenmacht zu organisieren gegen eine bunte Vielzahl gegnerischer Mächte und Kräfte.

Eine solidarische Haltung ist dabei kein einmaliger Entschluss, sondern immer wiederkehrende praktische Aufgabe. Dass Alle, ob in- oder outgesourcete Kolleg*in oder Patient*in, gleichermaßen als wertvolle Menschen angesehen und behandelt werden, ist zu fordern, aber auch im Krankenhaus leider noch nicht verwirklicht.

Das wird überraschend konkret, wenn wir jungen Ärzt*innen aus unserer bürgerlichen Mittelschichtsblase herausgetreten und in einem deutlich weniger abgepufferten Segment unserer Gesellschaft ankommen: am Ar-

beitsplatz, in der betrieblichen Interessenvertretung und in der Gewerkschaft mit unübersichtlichen und vielfältigen Diskriminierungen und Bruchlinien direkt konfrontiert werden.

Überraschend ist diese Erfahrung auch, weil Einser-Abiturient*innen, Medizinstudierende und Jung-Ärzt*innen es eher gewohnt sind, ihren Blick gesellschaftlich nach oben zu richten, wo sie Interesse und Respekt von Führungspersönlichkeiten erhoffen und wo Karrierechancen, Einfluss und Einkommen zugeteilt werden. Im Kontrast dazu zählen Betriebsräte, Personalräte, Mitarbeitervertretungen und ver.di nicht zu den Veranstaltungen für das gehobene Bürgertum. Das hat auch seine Vorteile: Ein kritischerer Blick auf die Verhältnisse ist zumindest leichter möglich, wenn auch nicht garantiert.

Es war mir angenehm, trotz der erstaunlichen Meinungsvielfalt in einer Einheitsgewerkschaft, mit einer kapitalismuskritischen Perspektive in der Gewerkschaft nicht sofort in die Spieglecke für Hofnarren und Freaks verwiesen zu werden. So lassen sich auch die eine oder andere Irritation in der Anfangsphase gut abfedern, wenn die Teilnahme an einem gewerkschaftlichen Treffen nicht als ernstgemeintes Signal verstanden wird, sondern Ärzt*in freundlich, vereinzelt auch befremdet, darauf hingewiesen wird, dass es sich hier übrigens um die Pflegegewerkschaft handelt, während die



Protestkundgebung an der Charité anlässlich des Warnstreiks im März 2015

Ärzt*innen sich doch beim *Marburger Bund* treffen. Es kann auch etwas Zeit brauchen, bis man – gerade als Ärzt*in – unter seinen Vertrauensleuten Akzeptanz findet. Die Alltagserfahrung, dass Ärzt*innen auf Station Anordnungen treffen, wirft folgerichtig die Frage auf, worauf sich der Vertrauensleutekreis jetzt einzustellen hat, wenn wir dort auftauchen.

Meine Erfahrung war: Die anfängliche Verkrampfung löst sich in der gemeinsamen Praxis, wenn sich über die Probleme an den Arbeitsplätzen ausgetauscht wird, über Gruppen von Kolleg*innen, die per Outsourcing abserviert werden sollen, über eiskalte Entscheidungen von oben oder Gleichgültigkeit auf kollegialer Ebene, über Rechtsbrüche im Unternehmensalltag oder die große gewerkschaftspolitische Linie. In ver.di öffnet sich auch eine Tür zu gewerkschaftlichen Bildungs- und Seminarangeboten, die den Blickwinkel erweitern und auch mal Raum geben können für Kreatives und Utopisches.

Wie viel politische Radikalität steckt also in ver.di? Ja mei – bunt ist auch die Einheitsgewerkschaft. Divergente politische Positionen, vielerorts konstruktives, mancherorts destruktives Klima, viel Diskussion, vereinzelt ideologische Kämpfe. Die Spanne geht vom linksradikalen Habitus – wie eine Monstranz vor sich her getragen, bis zu sozialpartnerschaftlicher Kungelei in Mitbestimmungsgremien, die in gespielter Harmlosigkeit zu verdrängen suchen, dass hinter jedem Sachzwang und jedem faden Kompromiss doch Klassenverhältnisse hervorleuchten.

Gegenmacht benötigt profundes, auch juristisches Wissen über die zur Verfügung stehenden Instrumente in der betrieblichen Mitbestimmung, wie ein Werkzeugkasten oder halt ein Waffenarsenal. Die Gegenseite, im Jargon der Sozi-

alpartnerschaft »Betriebspartner« genannt, hat mehr Ressourcen zur Verfügung, auch mal fiese externe Berater*innen, weiß vorgeblich wenig über die juristischen Regeln oder will jedenfalls nichts davon wissen, provoziert, beugt und bricht Regeln. Schon Legalität durchzusetzen ist oftmals auch im Krankenhaus ein Kraftakt, aber nicht nur unbedingt notwendig, sondern auch effektiv – wenn das Mitbestimmungsgremium sich einigt ist und bei Bedarf auch mal beharrlich kämpft, in der Betriebsöffentlichkeit und auch vor Gericht.

Diese Widersprüche sind auch persönlich fordernd. Auf ehrenamtlicher Basis ist es schwierig, die nötigen Ressourcen aufzubringen und professionell genug zu werden. Sich alternativ als Betriebsrat ganz oder teilweise freistellen zu lassen, schafft solche Spielräume. Dafür leidet aber die Anbindung an den klinischen Betrieb, das Miterleben des aktuellen Geschehens, der Debatten und Konflikte. Wer sich für eine bewegungsorientierte, kämpferische Gewerkschaftspolitik einsetzt, kann nicht leugnen, dass in der Welt der Stellvertreterpolitik, in den betrieblichen Gremiensitzungen der Hals schon mal trocken wird. Unversehens verbringt man kaum noch Zeit in seinem Team, dafür aber umso mehr mit Zipfelklatchern¹.

Dass es für Fortschritte unerlässlich ist, Bewegungsorientierung zu leben und dabei Kämpfe zu führen, erlebt interessanterweise auch gerade der *Marburger Bund*. Er hat mit dem letzten Tarifabschluss (TVÄ-VKA) 2019 neben der Vergütung auch neue Regelungen zur verlässlichen Dienstplanung, zur Begrenzung der Bereitschaftsdienste und zur Arbeitszeiterfassung vereinbart, die weiten Teils von den Ar-



Warnstreik an der Uniklinik Frankfurt/Main im Juni 2020

beitgebern schlicht nicht umgesetzt werden, wie es scheint. Da der Ärzt*innen-Tarifvertrag des mb mit der *Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA)* so etwas wie die tarifvertragliche Leitwährung im ärztlichen Bereich geworden ist, sollten auch wir Ärzt*innen uns schon aufgrund unserer persönlichen Betroffenheit damit auseinandersetzen. Der Strategiewechsel in der Tarifpolitik ist nicht zu unterschätzen, ging es dem mb früher nur um Geld und wurden dafür absurde Arbeitszeitengrenzungen akzeptiert (»Opt Out«), so geht es jetzt auch um die Vereinbarkeit des Berufs mit dem ganzen Leben. Die nächste Tarifrunde mb-VKA steht im 4. Quartal 2021 an.

Logisch bleibt der mb in den Grenzen einer standespolitischen Lobbyorganisation, die sich darum bemüht, aus der kontraproduktiven Arztzentriertheit im deutschen Gesundheitswesen Nutzen zu ziehen und allgemein die Privilegien für Ärzt*innen zu erhalten. Dass Solidarität anders geht haben wir zuletzt einsehen müssen, als wir 2020 im Bündnis *Krankenhaus statt Fabrik* mit dem mb-Landesverband Berlin-Brandenburg darüber verhandelt haben, in welcher Form er die Corona-Resolution des Bündnis KsF unterstützen würde.² Unvereinbar blieben die Positionen zur Privatisierung im Gesundheitswesen. Für den mb war Kritik daran tabu. Anscheinend werden ärztliche Interessen, sich dabei einen Teil der Beute zu sichern, höher bewertet als das gesellschaftliche

Interesse an einer gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung.

■ Zurück zu ver.di und den Ärzt*innen

Abschließend lohnt sich vielleicht noch ein Wechsel der Perspektive: Nach der Frage, was bringt mir Zugehörigkeit zur und Mitarbeit in der Gewerkschaft, was verändert das, was bedeutet es für mich, nun die Frage: Welche Bedeutung haben wir für ver.di, braucht ver.di solche wie uns? Na klar ist 1% des Bruttogehalts angesichts der ärztlichen Einkommen ein willkommener Beitrag zu den vielfältigen Aktivitäten der Gewerkschaft und übrigens auch zur Streikkasse. Und, auch klar, hat eine Gewerkschaft, die alle Beschäftigten vertreten will, ein Interesse daran, dass sich eben alle Berufsgruppen in ver.di artikulieren und dabei für eine solidarische Gewerkschafts- und Tarifpolitik agieren. In der *Fachkommission Ärztinnen und Ärzte*³ auf Bundesebene wird zu vielfältigen gewerkschaftlichen tariflichen und politischen Fragen und Problemen ärztlicher Sachverstand angefragt und diskutiert. Unerwartet habe ich in der letzten Tarifrunde im eigenen Krankenhaus eine Lektion gelernt, für welche Position ver.di notwendig Ärztinnen und Ärzte für die Zukunft braucht: für Arbeitskämpfe, für die Abwehr einstweiliger Verfügungen gegen Streikaktionen, für Schlichtungsstellen im Arbeitskampf: Zunächst hatte ich mich nur bereiterklärt, für eine eventuelle Schlichtungs-

stelle im Streik als Arzt zur Verfügung zu stehen. Unversehens geriet der Kampf um eine verdammt Notdienstvereinbarung, um das legitime Ausmaß betrieblicher Einschränkungen im Streik, konkret das Schließen von OP-Sälen und Stationen, so in den Mittelpunkt des Arbeitskampfes in meinem Krankenhaus, dass ich in die Streikleitung eingetreten bin, um die Streikmaßnahmen abzusichern. Für den Erfolg von Arbeitskampfmaßnahmen ist eben mitunter die Beteiligung von Kolleg*innen an Schlüsselstellen wichtig. In anderen Betrieben mag es das Rechenzentrum sein, im Krankenhaus kann ärztliche Solidarität wichtig sein. Gegen eine ärztliche Einschätzung, wieviel Personal für die Sicherstellung der Notdienstversorgung wirklich notwendig ist, kann der Arbeitgeber nur schwer argumentieren.

Aber am Ende geht es auch als Ärzt*in in ver.di als erstes ums Anfangen. Das Weitere findet sich dann schon – auf die eine oder auf die andere Weise.

Peter Hoffmann arbeitet als Anästhesist in einem städtischen Krankenhaus in München und ist Mitglied des erweiterten Vorstands des vdää.

1 Bayrische Mundart, vulgär, aber nicht besonders. Ein Zipfelklatzcher ist eigentlich ein Schimpfwort. Es kommt dabei auf den Tonfall an.

2 <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53194>

3 <https://gesundheit-soziales.verdi.de/ueber-uns/gremien/fachkommission-aerztinnen-und-aerzte>

Fachkommission Ärztinnen und Ärzte in ver.di

Ohne Ärztinnen und Ärzte läuft im Gesundheitswesen nichts. Aber: Erfolgreich sind wir nur im Team. Ob im Krankenhaus, in der Reha, in Medizinischen Versorgungszentren oder der Forschung, überall arbeiten wir mit anderen Berufsgruppen – Pflegekräften, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Logopä*innen, MTA, Psychotherapeut*innen und vielen mehr – zusammen. Was uns auch verbindet: Uns allen bleibt zu wenig Zeit, uns zu erholen, zu wenig Raum für Familie, Freunde und andere Aktivitäten. Gute Arbeitsbedingungen durch mehr Personal sind überfällig!

■ Zeit für Patientinnen und Patienten

Unser Ziel ist es, Patientinnen und Patienten gut zu versorgen. Dafür brauchen wir mehr Zeit. Das Gefühl, trotz größter Motivation seine Arbeit nicht richtig machen zu können, ist belastend. Unser beruflicher Alltag ist gekennzeichnet durch Arbeit am Limit, zu wenig Personal, Schichtdienst oder stressige Bereitschaftsdienste. Unregelmäßige und nicht planbare Arbeitszeiten kommen dazu.

Eine gute Personalausstattung ist die Voraussetzung für eine sichere Versorgung. Deshalb brauchen wir eine gesetzliche Regelung für mehr Personal, insbesondere für die Pflege, aber auch für andere Berufsgruppen im Krankenhaus.

»Durch die Fallpauschalen und die Ökonomisierung von Krankenhäusern ist eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten schwierig. Ich finde, der Mensch, nicht die Profite müssen im Mittelpunkt stehen. Dafür braucht es auch ausreichend Personal in allen Bereichen.« Johanna Henatsch, Oberärztin Krankenhaus Berlin

■ Stark mit Gewerkschaft

Gute Arbeitsbedingungen durchzusetzen, geht am besten mit einer starken Gewerkschaft, die Erfahrung damit hat. ver.di vertritt alle Berufe im Gesundheitswesen – sprich: das ganze Team. Wir erreichen viel, wenn wir uns gemeinsam organisieren. Deshalb braucht es Solidarität unter Ärztinnen und Ärzten genauso wie mit allen anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Dafür steht ver.di.

ver.di ist die Gewerkschaft im Gesundheitswesen. Der Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen hat mehr als 385.000 Mitglieder.

■ Wir in ver.di

Ärztinnen und Ärzte bringen sich in ver.di ein, beraten den Vorstand im Fachbereich, nehmen zu Gesundheits-, Berufs- und Tarifpolitik Stellung – und gestalten die Gewerkschaft mit. Wir wenden uns gegen die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen, machen uns für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung sowie eine solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung und Pflege stark.

Austausch und Vernetzung bietet die Bundesfachkommission. Sie vertritt die Interessen der Ärztinnen und Ärzte auch nach außen. Ärztinnen und Ärzte sind auch in Betriebsgruppen, im Betriebs- oder Personalrat oder der Mitarbeitervertretung aktiv. Es gibt viele Möglichkeiten, sich einzubringen.

Kontakt:

Melanie Wehrheim, Bereichsleitung Berufspolitik/Jugend, 030/6956-1830 – melanie.wehrheim@verdi.de (Quelle: Flyer der Fachkommission, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/ueber-uns/gremien/fachkommission-aerztinnen-und-aerzte>)

Leseempfehlung:

Ökonomie und Medizin

Kai-Uwe Helmers: Ökonomie und Medizin. Zur Entwicklung des Gesundheitssystems unter besonderer Berücksichtigung der gegenwärtigen politischen Ökonomie, hg. von vdäa und Solidarisches Gesundheitswesen e.V., Frankfurt 2021, Broschüre DIN A 4, 48 Seiten

Das Verhältnis von Ökonomie zu Medizin und umgekehrt ist ein zentrales Thema einer emanzipatorisch ausgerichteten Kritik des Gesundheitswesens. Medizin einzubetten in einen historisch gesellschaftlichen Zusammenhang und damit auch in politökonomische Strukturen gehört zum Grundverständnis des Vereins Solidarisches Gesundheitswesen e.V. und des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Nicht zuletzt durch die Schriften von Hans-Ulrich Deppe, einem Gründungsmitglied des vdäa, sind viele von uns inspiriert und in ihrer kritischen Haltung bestärkt worden. Mit dem hier vorliegenden Diskussionsbeitrag von Kai-Uwe Helmers, Arzt für Allgemeinmedizin und Mitglied der vdäa-Regionalgruppe Hamburg, über »Ökonomie und Medizin« eröffnet das Solidarisches Gesundheitswesen e.V. in Kooperation mit dem vdäa eine neue kleine Schriftenreihe, in der wir bei Bedarf und in unregelmäßigen Abständen Texte herausgeben wollen, die in dieser Tradition stehen und die wir in diesem Umfang nicht als Zeitschriftenbeitrag veröffentlichen können. Wir hoffen, mit dieser Broschüre dazu beitragen zu können, die gesellschaftlichen und politökonomischen Zusammenhänge sowie die historischen Hintergründe unseres Gesundheitswesens besser zu verstehen und kritisches Handeln zu ermöglichen.

Die Broschüre ist hier zum Download: https://www.vdaee.de/images/Helmers-Medizin_und_Oekonomie-2021.pdf und bei der Geschäftsstelle und bei Kai-Uwe gegen einen Selbstkostenbeitrag erhältlich.



Von der Bremse zum Motor?

Stefan Schoppengerd und Nadja Rakowitz über die Besonderheiten der Arbeitskämpfe in ökonomisierten Krankenhäusern

Den gewerkschaftlichen Konflikten in Krankenhäusern wurde seit 2015 größte Aufmerksamkeit zuteil. Im Krankenhaus zeigen sich Motivationsmuster der beteiligten Belegschaften, die die Vertretung materieller Interessen aufs Engste mit gesellschaftspolitischen Fragestellungen verbinden.

Der Arbeitskampf an der Berliner Universitätsklinik Charité hat im Jahr 2015 für Schlagzeilen – und Probleme bei ver.di – gesorgt. In Krankenhäusern wurde bislang – nicht nur in Deutschland – selten gestreikt. In den 1990ern kam es zu vereinzelt Delegationsstreiks, bei denen einzelne Kolleg*innen zu Streikkundgebungen delegiert wurden, während die Anderen normal weiterarbeiten. Alle Patient*innen wurden versorgt, es entstand kein wirtschaftlicher Druck. In den 2000ern gab es einige Arbeitskämpfe, bei denen OPs bestreikt wurden, aber kaum Normal- und Intensivstationen. Aufsehen erregten zum ersten Mal die Streiks im Jahr 2006. Z.B. wurde im Uniklinikum Homburg/Saar drei Monate lang für den Erhalt der Tarifbindung gestreikt; es folgte eine mediale Hexenjagd gegen die Streikenden, weil sie Patient*innen »im Stich ließen«. Ebenfalls 2006 kam es zu Streiks von nicht-ärztlichen Beschäftigten in Krankenhäusern und von Ärzt*innen – organisiert vom *Marburger Bund*.

Im Frühjahr 2011 schlugen die Kolleg*innen in der Charité ein neues Kapitel der Krankenhausgeschichte auf: Weil die Personaldecke besonders bei den Pflegekräften im Zuge der Ökonomisierung so dünn geworden war, dass die Besetzung aus der Notdienstvereinbarung von 2006 höher war als die reguläre Personalausstattung 2011, war an Streik im laufenden Betrieb nicht zu denken. Sie beschlossen deshalb den per Notdienstvereinbarung angekündigten Stations- und Bettenschließungsstreik. In der Streikbewegung wurden 1.500 Betten gesperrt,

90 Prozent der Operationen fielen aus. Nach fünf Tagen erzielten die Kolleg*innen ein gutes Ergebnis. Gestärkt durch diese Streik-Erfahrung trauten sich die Pflegekräfte der Charité noch mehr zu. Nachdem eine Befragung der Kolleg*innen ergeben hatte, dass sich die große Mehrheit mehr Personal wünscht, nahm die ver.di-Tarifkommission ihre Arbeit auf und entwickelte entsprechende Forderungen. Ein von der LINKEN in Auftrag gegebenes Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags klärte, dass die Forderung nach mehr Personal tariffähig sei, also nicht gegen das Grundgesetz verstößt. Mit Unterstützung durch externe Organizer und auch durch das 2013 gegründete Bündnis »Berliner*innen für mehr Personal im Krankenhaus« kam im Frühjahr 2015 die nächste Verhandlungsrunde: Wieder ohne Ergebnisse. Auch nach einem Warnstreik machte der Arbeitgeber kein akzeptables Angebot.

Im Juli 2015 traten die Kolleg*innen dann in einen unbefristeten Streik für eine verbindliche Personalquote in der Charité. Mit dem Slogan »Mehr von uns ist besser für Alle« und einer Notdienstvereinbarung im Rücken wurden 1.000 von 3.000 Betten »leergestreikt«, 20 Stationen geschlossen. Die Charité verzeichnete jeden Tag einen ökonomischen Schaden von 500.000 Euro, aber Patient*innen kamen nicht zu Schaden, im Gegenteil. Sowohl Patient*innen als auch 99% der Berliner Bevölkerung hielten laut einer Umfrage des *Berliner Kuriers* den »Charité-Streik für angemessen«. Prof. Dr. Ulrich Frei, der Ärztliche Direktor der Charité, kommentierte die

gewerkschaftliche Strategie mit den Worten »Sie haben die Notdienstregelung zu einem Eskalationsinstrument gemacht«. In der Sache ist das zutreffend, und dieses Vorgehen sollte Früchte tragen. Nach elf Tagen wurde zum ersten Mal in der Geschichte der Krankenhäuser ein Tarifvertrag über Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung im Krankenhaus vereinbart, der nun mit allen Schwierigkeiten umgesetzt werden muss.

■ Besonderheiten dieses Arbeitskamps

Doch das war nicht das einzige Besondere an diesem Arbeitskampf. Dass solche Auseinandersetzungen auch als Emanzipationschance ernst genommen werden können, zeigte die während des Streiks stattfindende von Aktivist*innen des Bündnisses und dem vdäa mitorganisierte »Streik-Uni«, in deren Rahmen mehr als 15 Workshops und Vorlesungen zu gewerkschafts- und gesundheitspolitischen Themen stattgefunden und an denen mehr als 300 Beschäftigte teilgenommen haben. In der zweiten Streikwoche formulierten die Beschäftigten selbst Inhalte und Themen, für die Seminare oder Workshops. Die Idee sprach sich unter Krankenhausbeschäftigten in der ganzen Republik herum und im TVöD-Warnstreik im Frühjahr 2016 gab es in verschiedenen Städten ebenfalls kleinere Streik-Uni-Workshops. Irritierend wurde dies in der offiziellen ver.di-Berichtserstattung über den Streik nicht erwähnt.

Eine Besonderheit der Charité-Auseinandersetzungen lag im Konzept der



so genannten Tarifberater*innen: Vertreter*innen aller Stations-Teams sollten an jedem entscheidenden Punkt gemeinsam mit der Tariff Kommission diskutieren, damit es keine Abkoppelung der Gremien von der Basis gab, sondern eine gemeinsame Diskussion. Die Teams waren in den Verlauf des Arbeitskampfes eingebunden und konnten ihn aktiv mitgestalten, anstatt sich lediglich über das Ergebnis zu freuen oder zu klagen. Die Idee dahinter war, dass die Beschäftigten die Expert*innen sind, die wissen, wie viel Personal gebraucht wird. Die Treffen der Tarifberater*innen waren mit oft mehr als 70 Teilnehmer*innen sehr gut besucht und erwartungsgemäß war die Diskussion nicht einfach. Aber so kristallisierte sich eine Kerngruppe von gewerkschaftlich Aktiven heraus, von denen der Streik und alle Aktivitäten anschließend getragen wurden und werden. Die Voraussetzung dafür, Tarifberater*in zu werden, war sehr niedrigschwellig. Die meisten Tarifberater*innen waren bereits ver.di-Mitglieder, viele andere sind im Laufe der Auseinandersetzung eingetreten (alleine an der Charité 500 neue Mitglieder) – als Folge einer überzeugenden Gewerkschaftsarbeit, nicht als deren Voraussetzung.

Im Zuge der die Auseinandersetzungen begleitenden Bildungsarbeit wurde den Kolleg*innen deutlich, dass ihr Kampf für eine Personalregelung mit der Perspektive auf eine Verallgemeinerung in Form einer gesetzlichen Regelung zugleich ein Angriff auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist. Die Kolleg*innen fordern damit eine andere Logik als die des Marktes. Es geht um eine politische Planung und Steuerung, die orientiert sein soll an den Bedarfen, nicht an der betriebswirtschaftlichen Situation. Nur so können Pflegekräfte ihren Beruf gemäß dessen eigenem Ethos gut ausführen. Die Kolleg*innen an der Charité gingen so weit, selbstbewusst Leistungseinschränkungen zu fordern, wenn es nicht genügend Personal gibt. Das kapitalistische permanente quantitative Mehr Mehr Mehr wird von ihnen zugunsten qualitativer Kriterien in Frage gestellt.

Trotz aller Umsetzungsschwierigkeiten stellte der Charité-Vertrag ein Signal an die Politik dar und flankiert die Forderung nach gesetzlich geregelten Personalstandards. Darü-

ber hinaus war er eine Botschaft an die Beschäftigten in anderen Krankenhäusern. Wie sehr der Charité-Erfolg ermutigt hat, zeigte sich an den zwei Warnstreiktagen im Rahmen der Tarifverhandlungen zum TVöD, die am 25./26. April 2016 bundesweit stattfanden. In mehreren Krankenhäusern wurden die beiden Tage gewissermaßen für Testläufe genutzt, die Streikmethoden der Charité auszuprobieren – Betten- und Stationsschließungen – und sich so vorzubereiten auf die anstehenden Auseinandersetzungen um einen Entlastungstarifvertrag. Das Signal hatten allerdings auch die Arbeitgeber verstanden und reagierten zum Teil mit massiver Härte. Verantwortung gegenüber den Patient*innen und das Berufsethos machen Arbeitsniederlegungen für die Beschäftigten schon immer schwer. Diesen Knoten hat erst die Streikstrategie an der Charité zum Platzen gebracht: Stationsschließungen sieben Tage vor Streik anzumelden, Bettenschließungen drei Tage vorher, und einen Notdienst selbstverständlich aufrecht zu erhalten. Die Streikleitung musste jederzeit gewährleisten, dass in einem Notfall das nötige Personal sofort wieder an die Arbeit geht. Diese Strategie hat sich als sehr sinnvoll erwiesen und den Beschäftigten die Last genommen, Schaden für Patient*innen zu riskieren. Die Beschäftigten können vielmehr mit gutem Grund argumentieren, dass die »Normalbesetzung« des Krankenhausalltags eine Gefahr für die Patient*innen darstellt, nicht aber der Streik. Wenn die Arbeitgeber*innen sich also weigern, eine Notdienstvereinbarung zu unterschreiben, haben die Beschäftigten zwar abstrakt das Recht zu streiken, konkret aber das Problem, dass sie die Station nicht verlassen können, so lange dort Patient*innen unversorgt zurückbleiben.

Der Frühlingswind, der von den Charité-Erfolgen durchs ganze Land wehte, beflügelte viele Krankenhaus-Beschäftigte, es den Kolleg*innen nachzumachen. Von wegen, die Pflege streikt nicht! Als nächstes kündigte ver.di Saar/Trier an, einen landesweiten Kampf für mehr Personal in allen 21 Krankenhäusern des Saarlandes zu führen. In vielen weiteren Städten fingen Belegschaften – auch zum Teil unterstützt durch externe von ver.di angeheuerte Organizer – dann auch an, sich auf diesen Weg zu machen. Forsche ver.di-Sekretäre kündigten gar im TV an, dass es zu einer bundesweiten Streikbewegung in deutschen Krankenhäusern kommen werde. Da wurde es wiederum der ver.di-Führung in Berlin, auch wegen der nicht ganz so vollen Streikkassen, mulmig und sie sah sich – ob zu Recht oder nicht – genötigt, Ordnung in den Prozess zu bringen. Diese sah dann 2017 so aus, dass es in der Bewegung für Entlastung einen Dreiklang geben sollte: Tarifliche Strategie (insgesamt ca. 20 Krankenhäuser aus allen Trägerschaften und aus jedem Bundesland sollten in den Arbeitskampf für einen Tarifvertrag Entlastung geführt werden), betriebliche Strategie (ca. 80 KH machen Aktionen unterhalb der Streikebene, Ultimaten etc.) und politische Kampagnen für gesetzliche Personalbemessung auf der Ebene von parlamentarischer Einflussnahme, Öffentlichkeitsarbeit etc.

Dies erwies sich als ziemlich erfolgreich: Inzwischen gibt es in 17 Krankenhäusern Entlastungstarifverträge, Kosten für die »Pflege am Bett« wurden per Gesetz aus den DRG herausgenommen und werden seit letztem Jahr nach dem Selbstkostendeckungsprinzip bezahlt und die Deutsche Kran-

kenhausgesellschaft hat sich mit ver.di und dem Deutschen Pflegerat an einen Tisch gesetzt und ein Instrument zur gesetzlichen Personalbemessung konzipiert, das in Anlehnung an die PflegePersonalRegelung (PPR) heute PPR 2.0 heißt und bei Spahn auf dem Tisch zur Prüfung liegt. Dann kam Corona und es rückten andere Fragen in den Vordergrund.

■ Nicht kapitalismuskompatibel

Beschäftigte in sozialen Berufen müssen notgedrungen anders argumentieren als die Kolleg*innen in den Industrieergewerkschaften, die sich beim Entwickeln ihrer Lohnforderungen auf die Produktivitätsentwicklung und Inflation berufen können. Im Care-Bereich spielen ethische Konzepte eine deutlich höhere Rolle. Die Beschäftigten und ihre Gewerkschaften argumentieren mit der Notwendigkeit gesellschaftlicher Aufwertung ihrer Tätigkeiten und setzen dabei voraus, dass die (Mehrheit in der) Gesellschaft den hohen ethischen Anspruch ihrer Profession und damit zusammenhängende Qualitätsansprüche teilt. Sie argumentieren damit, dass die aktuellen Bedingungen die Umsetzung genau dieser Qualitätsansprüche bzw. die Verwirklichung der ethischen Ansprüche verhindern. Diese Argumentationsmuster treffen nicht nur einen Nerv bei den Beschäftigten, sondern stoßen auch in der breiteren Öffentlichkeit auf große Sympathie. Bei der betrieblichen Macht sieht es dagegen unterschiedlich aus: In den Krankenhäusern, zumal in den privatisierten, ist sie zumindest, was die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen eines Streiks angeht, inzwischen relativ hoch. Je mehr dieser Sektor ökonomisiert wird, umso höher wird sie werden, ohne die Macht von streikenden Lokführern oder Autozulieferbetrieben erreichen, deren Streik ganze Industriezweige lahmlegen kann. Dennoch lässt sich feststellen, dass Privatisierungen und Ökonomisierung – zeitversetzt – eine zunehmende Konfliktrichtigkeit der »industriellen Beziehungen« auch in nicht-industriellen Berufszweigen bedingen.

Doch steckt vielleicht noch mehr in der »logic of care«? Ist das Berufsethos, das lange Zeit auch von den Beschäftigten in diesen Berufen selbst eher als Hindernis angesehen wurde, angesichts der Ökonomisierungsprozesse zur Ressource von Widerstand geworden? Entwickelt sich damit »eine Art Facharbeiterinnenbewußtsein«¹ ähnlich dem in anderen Industrien, oder haben wir es hier, wegen der zum Teil eben nicht kapitalismuskompatiblen Inhalte der Arbeit, mit einer anderen Form von Klassenbewusstsein zu tun, das schneller als in anderen Branchen grundsätzlichere gesellschaftliche Fragen berührt: den Umgang mit Kranken, Pflegebedürftigen und Kindern, mithin den »unproduktiven« Teilen der Gesellschaft? Stellen sich von hier aus vielleicht schneller die grundsätzlichen Fragen, wieviel Kalkül wir zulassen in der Beziehung zu den »Schwächsten« in der Gesellschaft?

Es geht aber auch um einen gewerkschaftsinternen Konflikt um Formen gewerkschaftlichen Engagements: Wie viel Demokratie? Wie viel Eigenverantwortung der Basis? In den Krankenhäusern war das Mobilisierungspotential größer als (Teilen) der Führung lieb ist – die Basis hat Streik als Chance auf Emanzipation ernst genommen und entsprechende Erfahrungen gemacht. Das zeigen die Streikdelegierten, die Ta-



Protestkundgebung an der Charité anlässlich des Warnstreiks im März 2015

rifberater*innen und die »Streik-Uni«. Zugleich geht es hier um gewerkschaftliches Neuland, denn die Gewerkschaft bzw. die Beschäftigten argumentieren gesellschaftspolitisch. Gewerkschaftspraxis vertritt eine gesellschaftliche Utopie, die deutlich über Lohnprozente hinausgeht. Vermittelt über die Forderung nach besseren Arbeitsbedingungen werden Fragen des gesellschaftlichen Miteinanders thematisiert, die sich nicht auf betriebswirtschaftliches Kalkül reduzieren lassen. Aber auch mit Blick auf Finanzierungsfragen werden in Krankenhäusern durch die Arbeitskämpfe Probleme aufgeworfen, die nur im größeren Zusammenhang zu lösen sind – die Finanzierung der Krankenhäuser und Einrichtungen ist eine (verteilungs-)politische Frage (Steuern, Sozialversicherungen, Staatsausgaben ...). Mit Streiks – und 2020 mit den Pandemie-Maßnahmen – in die Bredouille gebrachte Arbeitgeber*innen könnten auch zu Verbündeten für einen größeren politischen Kurswechsel werden. So hat der Chef der DKG mehrfach gefordert, zumindest während der Pandemie zum Selbstkostendeckungsprinzip für die gesamten Krankenhauskosten zurückzukehren...

Für Gewerkschaften ergibt sich die Aufgabe, im Rahmen der laufenden Konflikte über größere Zusammenhänge aufzuklären und Sachzwangargumente der Gegenseite zu entmystifizieren. Anders ausgedrückt: Gewerkschaften haben gar keine andere Wahl, als solche Konflikte unter Wahrnehmung ihres gesellschaftspolitischen Mandats zu führen und ihr betriebs- / branchenbezogenes Handeln als einen Bau-

stein im Kampf um eine grundsätzlich andere Wirtschaftsordnung zu rahmen.

Es bleibt dabei aber das Problem, das zwar im Rahmen von Tarifaueinandersetzen und insbesondere im Rahmen von Streikaktivitäten wie Kundgebungen oder Veranstaltungen nach dem Vorbild der Streik-Uni alles Mögliche zum Thema gemacht werden kann, so dass die Diskussionen im Rahmen von Arbeitskämpfen in Verbindung mit der kollektiven Außer-Kraft-Setzung der Routine, des Alltags und mit der konkreten Erfahrung von Solidarität einen beachtlichen utopischen Überschuss freisetzen können – am Ende bleibt als unmittelbares, handfestes Ergebnis dennoch nur das, was in Form eines Tarifvertrages festgehalten werden und dann spürbar für die Kolleg*innen auf Station umgesetzt werden kann.

Aktuell planen ver.di und die Beschäftigten von der Charité und von Vivantes eine große Auseinandersetzung für eine Personalbemessung in Berlin. Nachdem das Berliner Landesverfassungsgericht im Januar 2021 ohne mündliche Anhörung die Fortführung des Volksentscheids für mehr Personal gestoppt hat, weil die Bundesregierung nach Auffassung des Gerichts mit den Pflegepersonaluntergrenzen schon »umfassende Regelungen gegen den Personalmangel« in den Krankenhäusern ergriffen habe, ist der Unmut bei den Beschäftigten verstärkt durch die Pandemie Erfahrungen besonders groß. Wir dürfen uns auf einen heißen Sommer und Herbst gefasst machen.

Stefan Schoppengerd ist Politikwissenschaftler, Redakteur von express – Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit und aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik.

(Es handelt sich bei diesem Text um eine gekürzte und aktualisierte Fassung eines Textes aus der Zeitschrift »Widersprüche«, Nr. 145/2017 zum Schwerpunkt: Heft 145: Konfliktbereitschaft und (Selbst-)Organisation im Care-Sektor unter veränderten Bedingungen)

1 Vgl. Klaus Dörre / Thomas Goes / Stefan Schmalz / Marcel Thiel: »Streikrepublik Deutschland? Die Erneuerung der Gewerkschaften in Ost und West«, Frankfurt a. M. 2016, S. 165

Die Umstürzler organisieren sich

Die linke Ärzte-Szene rührt sich wieder. Nach spektakulären Auftritten auf den Deutschen Ärztetagen in Berlin (1974/1980) und Hamburg (1975) war es still geworden um die „innerärztliche Opposition“. Ohne großes Aufsehen zu erregen, hat sie in diesen Jahren den Marsch durch die Institutionen (Ärztekammer-Versammlungen) angetreten.

Unter dem Namen „Liste demokratischer Ärzte“ sitzen sie im Parlament der hessischen Ärztekammer oder in der von Nordrhein. In Berlin konnte die oppositionelle „Fraktion Gesundheit“ – durchaus nicht voll auf einer ideologischen Linie mit den „demokratischen Ärzten“ – Ende 1982 sogar 39,6 Prozent der Wählerstimmen auf sich vereinen. In diesem Jahr strebt sie die absolute Mehrheit in der Kammerversammlung an. Präsident soll der Alternative Ellis Huber, berufsmäßiger Gesundheitsstadtrat in Kreuzberg, werden. Huber ist durch Immobilien-Spekulationen in Kanada (ca. 300 000 DM) am Rande in die Berliner „Filz“-Affäre geraten.

Die oppositionellen Listen sogenannter „demokratischer“ Ärzte haben in verschiedenen Kammern zwischen 10 und 17 Prozent (Hessen) der Stimmen erringen können. Sie wollen mehr. Um das zu erreichen, planen sie einen neuen Ärzteverband. Ihr Sprecher ist Dr. Winfried Beck, 42jähriger niedergelassener Orthopäde aus Frankfurt. Obwohl Freiberufler, schwimmt er voll auf dem Kurs der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV). Deren Interessen will er zwar weiter verfolgen, doch da die Gewerkschaft für Freiberufler nicht offen ist, strebt er die Gründung eines Ärzteverbandes an, dem auch niedergelassene Ärzte beitreten könnten. Der Marburger Bund, die Gewerkschaft der angestellten und beamteten Ärzte, ist für Beck

„keine echte Vertretung“ der angestellten Ärzte. Er falle vielmehr den gewerkschaftlichen Positionen in den Rücken, weil er „opportunistischerweise“ dem Geldtrieb der jungen Krankenhausärzte nachgebe. Immerhin räumt selbst Beck ein, daß die finanziellen Interessen der Ärzte bisher nicht schlecht vertreten worden sind: „Auch die Angestellten verdienen nicht schlechter als die anderen Berufsgruppen“.

Erklärtes Ziel: Alternative Medizin verwirklichen ...

Die „Umstürzler“ innerhalb der Ärzteschaft wollen sich aber jetzt zusammenschließen, um die „übergeordneten Interessen von Ärzten und Patienten“ zu vertreten.

Die „Listen Demokratischer Ärzte“ haben in einer Erklärung ihrer (noch losen) „Arbeitsgemeinschaft“ zur Kostenexplosion wirksam bestritten, daß es diese überhaupt gegeben habe. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt sei von 1975 bis 1983 von 10,45 Prozent auf 10,2 Prozent gesunken. Sie fordern daher, die Ausgaben der Versicherten auf 10 Prozent der Einkommen einzufrieren. Das entstehende Defizit sei durch Erhöhung des Arbeitgeberanteils sowie durch Steuergelder zu finanzieren. Das klingt gut, in Wahrheit wären aber die Niedergelassenen die Dummen, wenn solch utopische Vorstellungen je verwirklicht würden.

Beck und seinen Mitstreitern geht es um eine „andere Medizin, in der auch Sozialarbeiter, Psychologen und so weiter“ ihren Platz haben. „Eine unserer Aufgaben wird es sein, gesundheitspolitische Utopien zu entwerfen“ (sic!).

Programm, gesundheitspolitische Ziele und Forderungen sollen in einigen Monaten auf einem Gründungskongreß erörtert und beschlossen werden. AS/EB

Von »Mehr von uns ist besser für alle«...

... in Richtung »Keine Profite mit Gesundheit« – von Thomas Zmrzly

Thomas Zmrzly hat den Streik an der Uniklinik Düsseldorf 2018 aktiv mitorganisiert. Er berichtet, wie dieser über 46 Tage durchgehalten werden konnte und was – nicht nur – die Streikenden daraus lernen können.

Ich hatte über den von ver.di-Kolleg*innen initiierten Streik in der *Charité* 2015 gelesen und war begeistert von der Idee, die Probleme auch in unserem Haus endlich anzupacken. Endlich mehr Personal, endlich sich dem Problem der eigenen Überlastung und dem der Kolleg*innen entgegenstellen. Endlich alle zusammenbringen und darüber beraten, was sich ändern müsste um wieder Verhältnisse zu schaffen, in denen wir unsere Aufgaben sicher und ohne Stress bewältigen können.

Das war 2017 für mich der Grund, aktiv in die Vorbereitung und später ebenso in die Streikleitung einzusteigen. Voran ging dem Streik eine Diskussionsphase innerhalb der lokalen und regionalen ver.di-Strukturen, welche Forderungen zu einer grundsätzlichen Verbesserung unserer Situation führen könnten. Dabei ging es vor allem um mehr Personal und damit verbunden natürlich um die Forderung nach einer vertraglichen Festlegung von Soll- und Regelbesetzungen (Konsequenzenmanagement bei Unterbesetzung) und dies für alle Kolleg*innen, nicht nur für den Pflegebereich. In den Mittelpunkt rückten darüber hinaus die Forderungen: »Keine Nacht allein!« und nach der Verbesserung der Ausbildungsqualität. Gleichzeitig befanden sich die Kolleg*innen in den beiden ausgelagerten Tochterfirmen (zusammen über 800 Kolleg*innen) schon seit längerer Zeit in Streikphasen zur Durchsetzung von Tarifverträgen.

Es folgte die Wahl einer Tarifkommission aus dem Kreis der ver.di-Kolleg*innen und eine lange Phase der Aufforderungen an den Vorstand, Verhandlungen mit uns aufzunehmen. Der Vorstand beantwortete dies stets

gleichmütig mit Ablehnung von Verhandlungen. Dies sollte sich erst nach mehreren Wochen des Streiks in den Unikliniken Düsseldorf und Essen ändern.

Die letzte Phase vor Streikeintritt war durch rege Diskussion in den eigenen Reihen gekennzeichnet und zentral mit der Frage verbunden, wie wir die Stimmung im Betrieb richtig einschätzen und für unsere Strategie brauchbar machen können. Am Ende entschieden wir uns für den Einsatz und die Unterstützung von Organizing-Kolleg*innen, um vor Streikeintritt alle Bereiche ausreichend mobilisieren zu können. Auch wurde von vorneherein den Kolleg*innen signalisiert, dass dies ihr Streik ist, der sich um ihre Forderungen für ihre Bereiche handelt. Vorgeschlagen wurde ein System von Teamdelegierten, das möglichst alle Bereiche abbilden sollte. Es sollte sich später zeigen, dass jene Bereiche, die sich von Anfang einbrachten, auch jene sein würden, die später mit konkreten Forderungen in die Verhandlungen eintraten und deren Forderungen auch tatsächlich Berücksichtigung gefunden haben. Vor dem Streikbeginn fand die so genannte Urabstimmung statt, zusätzlich fragten wir bei nicht-gewerkschaftlich organisierten Kolleg*innen ab, wie sie zu unseren Forderungen stehen und ob sie sich am Streik beteiligen wollen oder nicht. Das Ergebnis war eindeutig – mehr als 95% der ver.di-Kolleg*innen stimmten für den Streik und eine überwältigende Mehrheit der befragten (noch) nicht-gewerkschaftlich organisierten Kolleg*innen stimmten ebenfalls zu.

EXKURS: Die Besonderheit der Unikliniken zeichnet sich auch durch die Trennung von Arzt*innen und

nichtwissenschaftlichen Personal aus. Diese drückt sich auch durch die jeweils eigenen Personalräte aus. Der Streik wurde gänzlich ohne das wissenschaftliche (ärztliche) Personal durchgeführt. Die klammheimliche Unterstützung der Assistenzärzt*innen zeigt sich an allen Ecken und Enden, während die ärztliche Führungsebene offen gegen den Streik agitierte. Vertreter*innen des *Marburger Bundes* in der Düsseldorfer Uniklinik ließen sich sogar zu Äußerungen herab, dass noch geklärt werden müsse, ob es nicht »arbeitsrechtliche Konsequenzen habe, wenn sich Kolleg*innen am Streik beteiligen würden«. In diesen letzten Wochen vor Streikeintritt hatte sich die schon immer bestehende Zusammenarbeit der gewerkschaftlich organisierten Kolleg*innen an den beiden Unikliniken in Essen und Düsseldorf verstärkt. Sie hat erfolgreich dazu beigetragen, immer mehr Aktive in die Streikvorbereitungen miteinzubeziehen. Die gemeinsame Positionsfindung wird später dazu führen, dass auch die Kolleg*innen in Essen in den Streik treten können und wir gemeinsam am Ende in Verhandlungen mit den Vorständen aus Essen und Düsseldorf sitzen.

■ Der Streik, sein Verlauf und seine Konsequenzen

Der Streikbeginn selber zeigte dann schließlich, wer tatsächlich bereit war, für unsere Forderungen aktiv zu werden. Neben den täglichen Treffen der Kolleg*innen im Streikzelt, der Koordination und der Frage nach dem weiteren Verlauf des Streikgeschehens wurde schnell klar, wie zentral die Frage nach Unterstützung von außen ist. Hier trat das bereits vorher im Be-

trieb in Erscheinung getretene *Düsseldorfer Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus* auf. Es versuchte, neben konkreter Unterstützung auch mit Aktionen außerhalb oder in Absprache mit den Streikenden für Unterstützung zu sorgen. Aktivist*innen des Bündnisses traten im Streikzelt auf, halfen dabei, Demonstrationen zu organisieren, und versuchten, den Streik zu politisieren (z.B. mit der Forderung nach der Abschaffung der DRGs).

Mit zunehmender Dauer des Streiks wurde die Bedeutung einer Unterstützung von außen immer wichtiger, weil gleichzeitig immer weniger absehbar wurde, wie lange die Blockade durch die Vorstände noch anhalten würde. Schließlich war die Mehrheit der Kolleg*innen nicht mit dem Bewusstsein gestartet, dass sich ihre konkrete Situation aus der Ökonomisierung des Gesundheitswesens mittels Einführung der Fallpauschalen erklären lässt. Sie waren vielmehr in den Streik getreten, weil sie über viele Jahre mit ansehen mussten, wie sich ihre Arbeitsbelastung stetig erhöhte, ohne dass dies zum Einstellen von zusätzlichem Personal führte. Ihr Wunsch und ihr Ziel, die Versorgung der Patient*innen nach bestem Wissen und Gewissen durchführen zu können, war schon lange mehr Schein als Sein. Von diesem Punkt aus gesehen war einzig die Forderung nach mehr Personal und Kontrolle über die Durchsetzung des Ganzen die unmittelbare Antwort auf den vorliegenden Missstand. Weitergehende Forderungen wurden von den gewerkschaftlich organisierten Kolleg*innen und dem Bündnis in die Auseinandersetzung hineingetragen. Sie wurden erst im Laufe des Streikes zum Thema für die Kolleg*innen. Damit ist z.B. der Zusammenhang zwischen Personalmangel und Einführung der DRG oder auch die mangelnden Finanzierung der Investitionskosten durch das Land, die ebenso zu Sparmaßnahmen beim Personal führte, gemeint!

Dass es trotz mehrmonatigen Streiks nicht gelang, die Vorstände zu verbindlichem Konsequenzenmanagement bei Unterlaufen der Regelbesetzungen zu zwingen, sorgte für viele Diskussionen vor Vertragsunterzeichnung. Am Ende wurde mehrheitlich ak-



Aktion dem Hamburger Rathaus, November 2018

zeptiert, dass wir ein Ergebnis erzielt haben, das in einigen Punkten eine deutliche Verbesserung für Kolleg*innen bedeutete, aber dass in der grundsätzlichen Steuerung der Belastung noch weitere Auseinandersetzungen bzw. Streiks erforderlich sein werden. Zu unseren Erfolgen zählen wir die zusätzlichen Stellen im nicht-pflegerischen Bereich, verbindliche Praxisanleitungen in allen Ausbildungsbereichen, 200 zusätzliche Stellen in der Pflege und die Durchsetzung der Forderung »Keine Nacht mehr allein!«

Der erste Tag nach dem Streik sollte der Beginn der Umsetzung der schuldrechtlichen Vereinbarung¹ werden und er hat sich bis heute fortgesetzt. Den Staffeln der Auseinandersetzung haben wir allerdings erfolgreich an weitere Universitätskliniken gereicht, die im Kampf um einen Belastungsausgleich schon jetzt deutlich bessere Abschlüsse durchsetzen konnten.

Belegschaften in Krankenhäusern können streiken und wir haben es bewiesen. Wir hatten gemeinsam die Vorstände in Verhandlungen gezwungen, und wir haben dies trotz aller Schwierigkeiten über mehrere Monate durchgehalten. Die Kolleg*innen haben formuliert, was sie brauchen und wie ein grundsätzlicher Wandel zu guten Arbeitsverhältnissen und zu einer guten Versorgung der Patient*innen ganz konkret für sie aussehen muss. Mit und durch den Streik haben sie bewiesen, dass sie bereit sind, sich für ihre Forderungen einzusetzen.

Alle Beteiligten haben verstanden, dass sie gemeinsam über alle Berufsgrenzen hinweg erfolgreich sein können. Am Ende gelang uns etwas, das weit über die Unikliniken hinaus Bedeutung hat. Der Vorstand in Düssel-

dorf sicherte nach Abschluss des Streiks die Aufnahme von Verhandlungen mit den Tochterfirmen zu. Die Verhandlungen haben bereits stattgefunden und nun sind die tariflosen Zustände für mehr als 800 Kolleg*innen in den beiden Tochterfirmen Vergangenheit. Dieses Ergebnis hat sich bereits an den anderen Unikliniken in NRW herumgesprochen und wir hoffen, dass es in den kommenden Monaten Schule machen wird und die Kolleg*innen motiviert sind, sich ebenfalls für ihre Interessen in Bewegung zu setzen.

Eine wichtige erste Etappe auf einem langen Weg »Mehr von uns ist besser für alle« zu: »Keine Profite mit Gesundheit!«. Der betriebliche Kampf ist ein notwendiges Druckmittel zur Abwehr weiterer Ökonomisierung. Wo nötig und möglich soll und muss er so breit wie möglich in alle Sektoren des Gesundheitswesens getragen werden. Aber auch dieser kann nur erfolgreich sein, wenn er mit breiten Auseinandersetzungen um die Frage der gesellschaftlichen Organisation der Gesundheitsversorgung verbunden wird! Dabei muss das Ziel sein, eine öffentliche Gesundheitsversorgung unter der Kontrolle von Belegschaften und Bevölkerung zu etablieren. Nur unter Ausschluss des Profits kann eine Patient*innenversorgung nach Bedarf überhaupt wieder gedacht werden!

*Thomas Zmrzly ist Krankenpfleger, Mitglied der ver.di-Vertrauensleuteleitung am UK Düsseldorf und einer der 3 Sprecher*innen des Sechserpaktes, des ver.di-Netzwerks der Unikliniken in NRW.*

¹ Im Gegensatz zum Tarifvertrag kann das Ergebnis einer »Schuldrechtlichen Vereinbarung« nicht individuell eingeklagt werden.

Wo liegt die Macht?

Und was heißt »linke Gewerkschaftspolitik« im Gesundheitssektor?, fragt Kalle Kunkel

Der Gesundheitssektor ist aus linker Perspektive ein widersprüchliches Feld. Einerseits treffen hier viele gesellschaftliche Fragen aufeinander: In kaum einem Bereich der Gesellschaft ist es so weitgehend unumstritten, dass Profitorientierung und die Abhängigkeit vom »freien Spiel der Marktkräfte« verheerende gesellschaftliche Auswirkungen haben.¹ Der Bereich ist darüber hinaus von einem intersektionalistischen »Herrschaftsknoten« (Frigga Haug) geprägt. Klassenfragen, kreuzen sich mit feministischen Fragen nach der gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und der gesellschaftlichen Bedeutung von (Für)Sorge. Der Export des deutschen Pflegenotstands und Ärztemangels durch Anwerbung von Fachkräften im Ausland und deren billiger Anstellung in Deutschland, wirft ein Licht auf internationale (ökonomische) Dominanzverhältnisse und die rassistisch-nationalistische Segregation des Arbeitsmarktes.²

Andererseits ist das Feld geprägt von einer langen konservativen und korporatistischen Tradition. Die Pflege als eine der größten Berufsgruppen steht ursprünglich in einer konservativ-christlichen Tradition der Barmherzigkeit. Wichtige gesellschaftliche Player, wie die Ärzteschaft sind berufsständisch in gesetzlich normierten Kammern organisiert. Der Gesetzgeber hat ein komplexes institutionelles Geflecht einer »Selbstverwaltung« gestrickt, in dem Ärzte-, Kassen- Pharma und Krankenhausvertreter*innen zugleich ihre wirtschaftlichen Interessen geltend machen können und sich gegenseitig in Schach halten sollen.

Auf diese widersprüchliche Ausgangssituation trifft nun spätestens seit den 1980er Jahren ein Ökonomisierungsangriff, in dem »der Markt«

vor allem als politische Technologie eingesetzt wird, um demokratische Kontrolle über das Gesundheitswesen zurück zu drängen und nicht betriebswirtschaftlich-kapitalistische Handlungsmaximen und Ethiken unter Veränderungsdruck zu setzen. Dieser kapitalistische Modernisierungsangriff hatte im Gesundheitswesen den Effekt, den Marx und Engels 1848 schon für die Gesellschaft als Ganze beschrieben hatten: »*Alles Ständische und Stehende verdampft, alles Heilige wird entweiht, und die Menschen sind endlich gezwungen, ihre Lebensstellung, ihre gegenseitigen Beziehungen mit nüchternen Augen anzusehen.*«

Dieser Prozess geht aber nicht ohne Widerstand vor sich. Im Widerstand gegen die Ökonomisierung hat sich eine Vielfalt der Kämpfe entwickelt, in dem sich insbesondere in der Pflege das fürsorgliche Ethos von seiner konservativ-christlichen Tradition emanzipiert und zu einem moralischen Treibstoff für eine neue Konfliktbereitschaft entwickelt hat.³ Doch die Arbeitskämpfe und Streiks, die sich daraus entwickelt haben, bleiben in einem Dilemma gefangen, das sich nicht einfach auflösen lässt: dass die Verweigerung der eigenen Arbeit zunächst jene trifft, die auf die Arbeit angewiesen sind. Und so ist es vielleicht auch kein Zufall, dass Streiks in den Krankenhäusern – hier liegen die Patient*innen im Durchschnitt nur noch sieben Tage – sogar die Tarifbewegung im öffentlichen Dienst prägen können, dass aber z.B. die Langzeit- und Altenpflege sich sehr viel schwerer tut, das berühmte »Alle Räder stehen still...« als ermächtigenden Schlachtruf zu verstehen.

■ Wo liegt die Macht

Und so muss sich linke Gewerkschaftspolitik die Frage stellen, wo die Macht

in diesen Kämpfen liegt. Wenn das Stillstellen der Räder nicht als Machtressource ausreicht, werden die Arbeitskämpfe noch mehr, als sie es ohnehin schon sind, zu Auseinandersetzungen um gesellschaftliche Deutungshoheit. Das allgemeine diffuse Unbehagen in der Gesellschaft, dass mit der Gesundheit Profite gemacht wird, muss dabei als eine eigene Machtressource gesehen und aktiviert werden. Für die Gewerkschaftsarbeit bedeutet das eine Verdopplung der Herausforderung: Organisation im Betrieb und Kampf um gesellschaftliche Mehrheiten. Damit aber streben die Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen von sich aus zu einer Politisierung, die nicht dabei stehen bleiben kann, temporär Solidarität für konkrete Arbeitskämpfe zu organisieren. Vielmehr muss jede einzelne Auseinandersetzung auch gesehen werden als Teil einer Strategie, die Ökonomisierung zu delegitimieren und ihr praktisch den Boden zu entziehen. Die Wechselwirkung zwischen den Entlastungsstreiks in den Krankenhäusern und der Herauslösung der Pflege am Bett aus den DRGs ist das wohl bisher fulminanteste Beispiel für den Erfolg einer solchen Strategie. Dabei bleibt es eine zusätzliche Herausforderung, den Druck aus den Auseinandersetzungen so zu lenken, dass er überhaupt in dem hoch institutionalisierten Feld der Gesundheitspolitik ankommt. Dies ist eine Frage, von Timing, Kommunikation und politischer Strategiefähigkeit in der Auswahl der Adressanten.

■ Herausforderungen für linke Gewerkschaftspolitik

Linke Gewerkschaftspolitik begreift die unmittelbare Verschränkung der gesellschaftlichen und politischen Dimen-



Aktion der Hamburger Krankenhausbewegung

sion mit den betrieblichen Realitäten nicht als Zumutung, sondern als Chance. Dabei muss die Organisierung in den Betrieben auch mit einer politischen Aufklärung verbunden sein. Sie kann dabei aber nicht stehen bleiben. In den Auseinandersetzungen der letzten Jahre ist auch deutlich geworden, dass die beruflichen Selbstverständnisse bereits starkem Veränderungsdruck unterliegen. Die Anrufung eines einheitlichen Care-Ethos droht die Widersprüche, die in diesen Veränderungen liegen, vorschnell zu verdecken. Denn es ist auch unter den Beschäftigten umstritten, was eigentlich ein positives Care-Ethos ausmacht. Welche Bedeutung haben darin Tätigkeiten und Fähigkeiten, die eher im Bereich der Zuwendung und Fürsorglichkeit angesiedelt sind? Welche Bedeutung haben strikter medizinisch ausgerichtete und an wissenschaftlicher Evidenz orientierte Leitlinien etc. für das professionelle Verständnis?⁴ Diese und weitere Fragen, die für die berufliche Identität wichtig sind, werden zwar im Kampf um mehr Personal aufgeworfen, aber nicht beantwortet.

Linke Gewerkschaftspolitik nimmt also die qualitative Dimension der Auseinandersetzungen ernst. Dies gilt auch für die inhaltlichen Fragen. Die Auseinandersetzung um gesellschaftliche Hegemonie ist nur mit einer eigenen Erzählung und einem differenzierten Deutungsangebot möglich, das die neoliberalen Erzählungen angreift und delegitimiert. Eine solche Erzählung muss sich aus den unmittelbaren Erfahrungen in den Betrieben speisen, ist damit aber nicht identisch. Sie braucht vielmehr eigene analytische Anstrengungen, die ein

kritisches Gegenwissen hervorbringen, das in die Gesellschaft hinein wirkt. Dies ist z.B. die Idee hinter der Gründung des Bündnisses »Krankenhaus statt Fabrik«.

Schließlich sollte linke Gewerkschaftspolitik im Gesundheitsbereich die zu Beginn zitierte neoliberale Befürchtung ernst nehmen. Die Fragen, die sich im Gesundheitsbereich stellen, weisen über diesen hinaus. Wenn die kapitalistische Ökonomisierung des Gesundheitswesens bzw. die Warenförmigkeit von Gesundheit als Problema angesehen werden, dann steht auch die kapitalistische Organisation anderer gesellschaftlicher Bereiche zur Disposition. Das kann der Anknüpfungspunkt für gesellschaftliche Bündnisse sein. So stellt sich z.B. in der Stadtpolitik ebenso wie in der Gesundheitspolitik, die Frage, warum private Akteure mit Grundbedürfnissen der Menschen Profite machen sollen. Die Herausforderung besteht jedoch immer wieder darin, aus den theoretischen Überschneidungen auch praktische Anknüpfungspunkte zu machen.

Nach vierzig Jahren neoliberaler Politik und ideologischer Dauerbeschallung ist die kapitalistische Profitideologie im Gesundheitswesen aktuell möglicherweise so stark unter Druck wie noch nie. Linke Gewerkschaftspolitik hat die Aufgabe, diesen Druck in betriebliche und politische Konflikte zu übersetzen. Sie sollte diese Konflikte als Chance begreifen, den Horizont des Denkbaren zu erweitern. Eine demokratische Gestaltung der Gesellschaft jenseits der Zwänge von Profitproduktion und Marktgesetzen ist nicht nur denkbar. Das Gesundheitswesen zeigt, dass sie alternativlos ist.

Kalle Kunkel ist Gewerkschafter und Sozialist. Er ist aktiv bei »Krankenhaus statt Fabrik« und der Kampagne »Deutsche Wohnen & Co enteignen« und promoviert aktuell zu dem Thema »Tarifauseinandersetzung als politischer Konflikt«.

- 1 Die neoliberal geprägte Gesundheitsökonomie hatte die Gefahr, die von dieser moralischen Ökonomie des Gesundheitswesens für die Legitimation des Kapitalismus insgesamt ausgeht, in ihren Anfangsjahren deutlich vor Augen: »Die ethische Maxime, mit der Not anderer kein Geschäft machen zu sollen, wird heute von der Mehrzahl der Menschen geteilt. Daß Krankheit eine Not-situation darstellt, ist ebenfalls völlig unbestritten. Genauso wenig läßt sich allerdings bezweifeln, dass auch Hunger, Durst, Obdachlosigkeit und Erfrieren menschliche Notlagen darstellen. (...) Bei konsequenter Anwendung des genannten moralischen Prinzips müßte es folglich auch unethisch sein, aus der Bereitstellung von Nahrung, Getränken, Wohnraum oder Heizmaterial Gewinne zu ziehen.« Friedrich Breyer: »Preisbildung und Vergütung im stationären Sektor«, in: Andersen/Henke/Graf v. Schulenburg (Hg.): »Basiswissen Gesundheitsökonomie«, Bd. 1., 1992
- 2 Vgl. grundsätzlich zur kontroversen Diskussion innerhalb der Linken und der Gewerkschaften über Migration und Arbeitsmarkt: Barth et al: »Auslassung und Suggestion – Wie ein Thesenpapier daran arbeitet, eine realistische Perspektive auf Migration zu verhindern«, https://www.labournet.de/wp-content/uploads/2018/05/migration_ad_linke.pdf
- 3 Vgl. Luigi Wolf: »Patienten wegstreiken – Arbeitskämpfe an der Charité«, <https://www.zeitschrift-luxemburg.de/patienten-wegstreiken-arbeitskaempfe-an-der-charit-2/>
- 4 Julia Dück: »Feministische Klassenpolitiken in Kämpfen um soziale Reproduktion. Zu den Auseinandersetzungen an der Berliner Charité für mehr Personal im Krankenhaus«, in: Suburban – Magazin für kritische Stadtforschung 2018 Heft 1, S. 129-140, <https://zeitschrift-suburban.de/sys/index.php/suburban/article/view/343/573>

Filmempfehlung: »Pride«

Praktische Solidarität zwischen Gewerkschafter*innen, Schwulen und Lesben – und eine wahre Geschichte aus Thatchers Zeiten

Motivierende, gute und witzige Kinofilme über gewerkschaftliche Organisation haben keine Tradition in Deutschland. Die sucht man besser in Großbritannien. Sehenswert immer noch sicher Ken Loachs »Bread and Roses« von 2000. Eine fiktive Geschichte über ein gewerkschaftliches Organizing-Projekt mit illegalisierten Putzfrauen in den USA angelehnt an die »Justice for Janitors«-Kampagne der US-Gewerkschaft SEIU.

2010 erzählte der britische Film: »Made in Dagenham« von Nigel Cole, der in Deutschland unter dem blöden Titel »We Want Sex« lief, vom Kampf der Näherinnen bei Ford in Dagenham in den 1960er Jahren um gleichen Lohn für gleiche Arbeit, der in eine politische Initiative für gleichen Lohn für Männer und Frauen mündete. Witzig und ernsthaft zugleich zeigt er die Auf's und Ab's dieser Auseinandersetzung, die Emanzipationsprozesse von Frauen und Männern und die Widersprüche in den sozialen Verhältnissen und in der Gewerkschaft. Ein oft gezeigter Film in Gewerkschaftsseminaren – und eine wahre Geschichte.

Genauso wie die Geschichte, die Matthew Warchus in seinem Film »Pride« von 2014 erzählt. Der Plot spielt im Jahr 1984/85. Er beginnt und endet jeweils mit der *Lesbian and Gay Pride Parade* 1984 und 1985 in London. Dazwischen fand einer der längsten und heftigsten Streiks in Großbritannien statt, der legendäre Streik der Bergarbeiter.

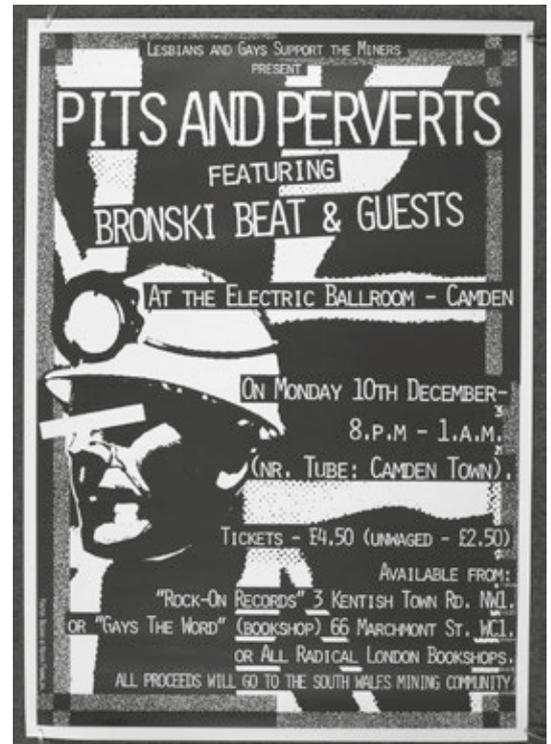
Der Film handelt von Solidarität zwischen Lesben / Schwulen und Bergarbeitern und ihren Familien: Zu Beginn gründet sich die Gruppe »Lesbians and Gays Support the Miners« (LGSM)¹, weil deren Aktivist*innen feststellen, dass die Bergarbeiter denselben Schikanen und Repressionen

ausgesetzt sind wie die Homosexuellen im Jahr 1984 in Großbritannien: Sie werden angegriffen von der »Polizei, den Medien und vom Staat«, so Marc Ashton, der Initiator des Ganzen. LGSM beginnen, Geld zu sammeln und – mühsam – Bergarbeiter zu suchen, die ihr Geld auch wollen. Dabei erweist sich, dass die Gemeinsamkeiten zwar da, aber die Fremdheiten auch groß sind. Eine großartige Szene, als der Gewerkschafter Dai Donovan aus Dulais in South Wales die LGSM-Aktivist*innen zum ersten Mal trifft und erst jetzt erfährt, was die Abkürzung bedeutet: »Ihr seid die ersten Schwulen, die ich kennenlernen«. Darauf Mark Ashton: »Und Du bist der erste Bergarbeiter, den wir kennenlernen...« Damit sind die beiderseitigen Fremdheiten und zugleich die erste Gemeinsamkeit benannt.

Während des ganzen Films ist keineswegs klar, welche der beiden Seiten bornierter und welche emanzipierter ist. Wie souverän und problemlos man mit dem Schwulsein umgehen kann, zeigt die Szene zwischen dem älteren Bergarbeiter Cliff und Hefina, der Frau eines Kollegen. Cliff gesteht ihr beim Broteschmieren, dass er schwul ist. Sie antwortet: »Ich weiß«, und er fragt sie erstaunt, seit wann sie es wisse: »Seit die Schwulen hier angekommen sind?«, »Nein, seit 1968«. Und damit endet der Dialog. Was sollte dazu auch mehr zu sagen sein?

Es bewegt sich im Laufe des Films auf beiden Seiten viel – und das im wahrsten Sinne des Wortes. Denn beim ersten Besuch der LGSM in Dulay Valley treffen massive Vorurteile

aufeinander. Das Eis auf Seite der walisischen Bergarbeiter und ihrer Frauen bricht, als einer der LGSM – als erster Mann auf dieser walisischen Tanzfläche – die Bergarbeiterfrauen mit Discotanz beglückt (»God, I miss disco« – er spricht mir aus dem Herzen). Aber keine Angst. Das ist nicht Saturday Night Fever für Linke und Gewerkschafter*innen. Nachdem sich erste Freundschaften bilden und verschiedene andere Handlungsstränge (AIDS, Streit unter den LGSM um eine exklusive Frauengruppe »Lesben gegen Grubenschließungen«, Schwierigkeiten des Coming out in einer stockkonservativen Spießfamilie etc.) aufgemacht werden, kippt die Stimmung, als der Streik und die Repression der Regierung Thatcher immer härter werden und eine Hetzkampagne der Presse, lanciert von einer homophoben Bergarbeiterfrau, die Solidarität auf eine harte Probe stellt.



Die LGSM, erprobt im Umgang mit Verleumdung, Denunziation und Schmähungen, wissen sich gegen die »Perverts support the Pits!«-Kampagne der britischen Boulevardpresse und des Klassengegners kreativ zur Wehr zu setzen: Sie eignen sich die Schmähparole an und veranstalten (das alles ist wahre Geschichte!) im Dezember 1984 unter dem Titel »Pits and Perverts« ein Benefiz-Konzert im Electric Ballroom im Londoner Stadtteil Camden – mit Bronski Beat als Top Act und sicher zum ersten Mal einer Masse Bergarbeiter und Bergarbeiterfrauen im Publikum. Bei einer improvisierten Pressekonferenz fragt einer der Journalisten: »Warum sollen Schwule wie ich Bergarbeiter unterstützen?« Antwort eines der Organisator*innen: »Bergarbeiter bauen Kohle ab, aus der Strom gemacht wird, und ohne Strom könnten Schwule wie Du nicht bis in die Puppen zu Bananarama tanzen.« Noch Fragen?

Am Ende des Pits- und Perverts-Benefizballs wurden sage und schreibe 5.650 Pfund für die streikenden Bergarbeiter von Dulais gesammelt.

Der Streik endet im Film wie in der Wirklichkeit mit einer großen Niederlage der Bergarbeiter und mit dem politischen Niedergang der Gay Pride Bewegung. Aber die Geschichte der Solidarität zwischen den Bergarbeitern und den Schwulen und Lesben bleibt ein Sieg der Emanzipationsbewegung bis in die heutigen Tage, in denen die Arbeiter*innen in Großbritannien die Solidarität von vielen bitter nötig haben. Dass am Ende des Films auch noch Billy Bragg »There is Power in the Union« singen darf, ist wunderbar und er hat dazu auch allen Grund; den verraten wir hier aber nicht. Schaut Euch den Film an, einer der schönsten Gewerkschaftsfilme ever.

Nadja Rakowitz

1 Die Gruppe gibt es immer noch: <http://lgsm.org/>

2 Wer sich die Originalszenen anschauen will, möge auf youtube suchen nach »All Out! Dancing in Dulais«, in: <https://www.youtube.com/watch?v=IHJhbwEcgrA>

Wir sind keine Pflegeroboter!

Bernd Landsiedel über den Kampf um das öffentliche Gesundheitssystem in Frankreich

Wir dokumentieren hier einen leicht gekürzten Text über Arbeitskämpfe in französischen Krankenhäusern aus der im Dezember 2020 von Julia Dück und Stefan Schoppengerd herausgegebenen, sehr lesenswerten Borschüre: »Krankenhäuser in Bewegung. Internationale Kämpfe für gute Versorgung und Arbeitsbedingungen«. Besonders interessant an den Kampfformen scheint uns der Kodier-Streik der französischen Kolleg*innen. Ein solcher dürfte im deutschen DRG-System ebenfalls extrem wirksam sein...

An einem Montag, es war der 18. März 2019, begann in der Notaufnahme des öffentlichen Krankenhauses Saint-Antoine im zwölften Arrondissement von Paris ein unbefristeter Streik des Personals. Auslöser waren die täglichen Beleidigungen durch Patient*innen und deren Angehörige sowie wiederholt tätliche Übergriffe, beides hervorgerufen durch endlose Wartezeiten in den hoffnungslos überlasteten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Niemand konnte bei Streikbeginn wissen, dass gerade der Startschuss zu einer der längsten und entschlossensten Bewegungen im öffentlichen Gesundheitssystem eines Industrielandes gefallen war. Die französische Regierung unter Präsident Emmanuel Macron reagierte mit erheblichen Zugeständnissen, was die Bewegung noch verstärkte. Sie griff auf weitere Bereiche der öffentlichen Krankenhäuser über, erfasste auch Ärzt*innen und sogar die Leitungen der großen Krankenhäuser, die sich um den Weiterbestand des öffentlichen Gesundheitssystems in Frankreich sorgen. Drei Ereignisse skizzieren das Ausmaß des Konflikts:

1. Am 14. Juni 2019 versprach Gesundheitsministerin Agnès Buzyn zusätzliche 70 Millionen Euro für die Notaufnahmen in ganz Frankreich.

Abgesehen von einer monatlichen Prämie von 100 Euro ab dem 1. Juli für das nicht ärztliche Personal der Notaufnahmen würde das Geld allerdings nur für die Urlaubsvertretungen in den Notaufnahmen während der Sommerferien reichen.

2. In den Sommermonaten war die Zahl der Notaufnahmen, die sich der Bewegung anschlossen, weitergewachsen und Agnès Buzyn kündigte am 9. September 2019 einen »Neugründungspakt« an, der zusätzliche Kredite in Höhe von 754 Millionen Euro für die Notaufnahmen bis zum Jahr 2022 vorsah. Um die Notaufnahmen zu entlasten, wurde außerdem der Aufbau einer Plattform (Service d'accès aux soins) für 340 Millionen Euro innerhalb von drei Jahren beschlossen, die 24 Stunden am Tag für Notfälle über Telefon oder Internet erreichbar sein soll. François Béguin kommentierte die Neuerungen am selben Tag in *Le Monde*: »Die Gesundheitsministerin hat am Montag eine Serie von Maßnahmen über drei Jahre vorgestellt. Aber ohne zusätzliche Betten oder zusätzliches Personal.«
3. Motiviert durch die ersten Zugeständnisse der Regierung an die Notaufnahmen schlossen sich der Bewegung der gesamte Kranken-

hausbereich und weitere Berufsgruppen an. Neben der Eigeninitiative der Beschäftigten waren es die Gewerkschaften, die den Protest vorantrieben, insbesondere die Dachverbände *Confédération générale du travail (CGT)*, *Force ouvrière (FO)* und *Solidaires unitaires et démocratiques (SUD)*; eine wichtige Rolle spielten auch öffentliche Versammlungen, die den gewerkschaftlichen Kampf politisch flankierten. Am 20. November 2019 verkündete der Ministerrat den Dreijahresplan »Investir pour l'hôpital«, der zusätzliche 1,5 Milliarden Euro für die öffentlichen Krankenhäuser vorsah. Außerdem würde der Staat mit zehn Milliarden Euro ein Drittel der Schulden der öffentlichen Krankenhäuser übernehmen.

Das Entgegenkommen der Regierung ist eine Reaktion auf die Entschlossenheit der Bewegung und die enorme Unterstützung, die sie in der Bevölkerung genießt. Dass alle bisherigen Zugeständnisse nicht in der Lage waren, das Feuer der Empörung zu löschen, zeigt, unter welchem Druck das Personal in dem chronisch unterfinanzierten System steht. Dazu kommt der psychologische Druck neuer, auf Rentabilität ausgerichteter Managementmethoden, die wir in allen Bereichen des öffentlichen Dienstes finden und die mit der Parole »Ich bin kein Roboter, ich pflege Menschen!« kritisiert werden. Die Proteste aus dem Gesundheitsbereich waren spätestens ab dem 5. Dezember 2019 von der Massenbewegung gegen die Rentenreform beeinflusst, überlagert und zeitweise in der öffentlichen Wahrnehmung an den Rand gedrängt, was zwischen beiden Bewegungen zu Spannungen führte. Einige Aktive aus der Krankenhausbewegung plädierten deutlich für getrennte Aktionen, um nicht »in Forderungen zu ertrinken« und sich nicht mit der ruppigeren Protestkultur etwa der Bahngewerkschafter*innen gemein zu machen. Die Mobilisierung des Krankenhauspersonals werde dadurch eher erschwert. Während es im Kampf gegen die Rentenreform zwischen Gewerkschaften und Regierung unentschieden stand, als im März 2020 die Pandemie über Frankreich hereinbrach, sah sich das Personal der Notaufnahmen und der Krankenhäuser im Kampf gegen Corona zur gleichen Zeit an vorderster Front, besonders im Elsass und im Großraum Paris mit seinen circa zwölf Millionen Einwohner*innen.

■ **Vorgeschichte: das Krankenhaus als Wirtschaftsbetrieb**

Der Grund für die Unzufriedenheit des Krankenhauspersonals, so der Notfallmediziner Patrick Pelloux, liegt im Paradigmenwechsel in der französischen Gesundheitspolitik von einer angeblichen »Überbeanspruchung der Pflege« hin zum »Krankenhaus als Wirtschaftsbetrieb«. Er und seine Kolleg*innen kritisierten diesen Wandel Ende 2019 in einem offenen Brief: »Ist es nicht das Ziel, die soziale Absicherung und das öffentliche Krankenhauswesen zu zerstören?« In der Kritik stehen vor allem Maßnahmen aus dem 2003 beschlossenen »Plan Krankenhaus 2007«, der eine neue Krankenhauspolitik und das Abrechnungssystem *T2A (tarification à l'activité)*, das den deutschen Fallpauschalen entspricht, einführte. Diese traten 2004 in Kraft und erzeugten verschie-



Streik bei Charité und Vivantes Berlin, Oktober 2020

denste Fehlanreize. Die Schulden der öffentlichen Krankenhäuser stiegen auf 30 Milliarden Euro. Dieser Weg wurde mit dem 2007 angekündigten »Plan Krankenhaus 2012« fortgesetzt. Am 21. Juli 2009 wurde dann das Gesetz »Hôpital, patients, santé et territoire« (HPST) verabschiedet. Über allem steht das »Nationale Ziel der Ausgaben für die Krankenversicherungen« (ONDAM), das Teil der Gesetze über die Finanzierung der sozialen Sicherheit von 1996 und 2005 ist, die die staatlichen Zuschüsse für die Sozialversicherung deckeln sollen: Für 2019 sollten diese beispielsweise 200,3 Milliarden Euro betragen. Auch unter Macron wurde der Kurs fortgesetzt.

Als die Regierung am 13. Februar 2018 eine globale Reform des Gesundheitssystems ankündigte, waren keine zusätzlichen Mittel für Stellen vorgesehen, aber ambitionierte umfassende Änderungen des Pflegeangebots, so beschrieb es François Béguin in seinem Artikel am 13. Februar 2018 in *Le Monde*. Damit sind vor allem organisatorische Veränderungen und die Revision von Qualitätskriterien in der Pflege gemeint. Die Ergebnisse dieser Politik zeigen sich in einer chronischen Überlastung des Personals und einer Zunahme von berufsbedingter Depression. Diese nach außen nicht zu verheimlichenden Missstände führen zu dem Teufelskreis, dass sich für freie Stellen zu wenige Bewerber*innen finden. Mitglieder der *Französischen Vereinigung der Notfallmediziner (AMUF)* beschreiben die prekäre Lage konkret: »Am Montag, den 4. November, um acht Uhr sind 35 Patienten im Gang einer Pariser Notaufnahme aufgenommen worden. Das bedeutet, dass das Krankenhaus diese 35 Patienten nicht aufnehmen konnte, die aber einen Krankenhausaufenthalt während des langen Wochenendes von Allerheiligen gebraucht hätten. Es fehlen 35 Krankenhausbetten, was einen Bedarf von zwei Krankenschwestern, zwei Ärzten und zwei Pflegehelfern darstellt.« Die Zahl der Betten in der Geriatrie

der öffentlichen Krankenhäuser von Paris beispielsweise wurde 2005/06 um 800 Betten auf 2.392 reduziert, berichtete Joran Jamelot, Pflegehelfer und CGT-Sekretär im Pariser Krankenhaus Georges Pompidou im Juli 2019 in einem Gespräch. Geplant sei eine weitere Halbierung auf 1.200 Betten in den nächsten fünf Jahren. Dies soll unter anderem durch eine drastische Verkürzung der Liegezeiten erreicht werden. In den letzten 20 Jahren wurden 100.000 Betten in den französischen Krankenhäusern abgebaut. Patient*innen, die woanders nicht mehr versorgt werden können, sind heute gezwungen, die Notaufnahmen aufzusuchen. Deren Fallzahlen haben sich von 1996 bis 2016 verdoppelt. Die explodierenden Anmeldezahlen sind unter anderem eine Folge dieser Abbaumaßnahmen, so Joran. Geradezu zynisch klingt es für ihn, wenn die Regierung versucht, den Bürger*innen die Schuld zu geben, die bei den kleinsten Wehwehchen sofort in die Notaufnahmen rennen würden. Im Dezember 2018 war eine 55 Jahre alte Patientin in der Notaufnahme des Pariser Krankenhauses Lariboisière gestorben, zwölf Stunden nach ihrer Ankunft und ohne dass ein Arzt sie gesehen hätte.

Zum zusätzlichen Arbeitsdruck kommen zu niedrige Löhne, Joran schätzt den Reallohnverlust auf 25% seit 2002. »Die Verkleinerung der Belegschaften hört seit zehn Jahren nicht auf, mit seit 15 Jahren eingefrorenen Löhnen. Es wird immer schwieriger, mit dem Lohn einer Krankenschwester oder Pflegehelferin eines öffentlichen Krankenhauses die Kosten für Wohnung und Ernährung zu stemmen«, so Aglawen Vega, seit 15 Jahren Krankenschwester in der Notaufnahme des Krankenhauses Cochin.

■ Mehr Geld, mehr Personal, bedarfsgerechte Finanzierung!

Zitieren wir stellvertretend die Forderungen des Anfang September 2019 gegründeten *Kollektivs Inter-Hôpitaux (CIH)* – ein landesweites Netzwerk von offenen Bündnissen, die gemeinsam mit den Gewerkschaften die Mobilisierung tragen:

- »[Wir fordern] einen Wandel in der Logik der Finanzierung des öffentlichen Krankenhauses und ein Ende der Fallpauschalen. Die Regel muss lauten: richtige Pflege zu den geringsten Kosten und nicht die Suche nach der rentabelsten Vergütung für die Einrichtung. Als Folge muss das Budget für die Krankenhäuser (ONDAM) um mindestens vier Prozent erhöht werden;
- eine signifikante Erhöhung der Löhne des Krankenhauspersonals mit dem Ziel, den Durchschnitt der OECD-Länder für vergleichbare Tätigkeiten zu erreichen (sofortige Erhöhung aller Löhne um 300 Euro im Monat);
- Schluss mit dem Bettenabbau. [Wir fordern mehr] Betten in den Bereichen, wo sie gebraucht werden, mit den erforderlichen Mitteln: Einstellung von Personal und Bereitstellung der Ausrüstung;
- Integration und Beteiligung der Patienten und Pflegekräfte aller Bereiche bei pflegerischen Entscheidungen.«
- **Streiks, Demonstrationen, Codierungsstreik, Rückzug von administrativen Aufgaben**

Natürlich konnten die Beschäftigten der Notaufnahmen nicht einfach die Arbeit niederlegen, denn hier geht es um Menschenleben. »Die Schwierigkeit ist: Wenn wir streiken, sieht man uns nicht. Die Eisenbahner blockieren die Gleise, die Lkw-Fahrer blockieren die Straßen, aber wenn wir streiken, muss der Krankenhausbetrieb weiterlaufen«, so Yann Guittier, Generalsekretär der CGT im Krankenhaus Robert Debré. Eine Krankenschwester erzählte auf der nationalen Demonstration der Notaufnahmen am 2. Juli 2019 in Paris, dass für sie Streik auch bedeute, Arbeitskleidung mit den Streikparolen wie »Wir sind keine Pflegeroboter!« zu tragen. Wichtig und für sie stark motivierend sei die Sympathie, die der Streik in der Bevölkerung genieße. Das Personal einiger Dienstschichten ließ sich trotz allem krankschreiben, um die Forderungen zu unterstützen. In manchen Fällen wurde darauf mit einer Dienstverpflichtung des Personals reagiert, die polizeilich

durchgesetzt wurde. »Die Ordnungskräfte sind um ein Uhr nachts gekommen, um gegen die Wohnungstür einer Krankenschwester zu trommeln. Und das, obwohl sie davor 72 Stunden in der Woche gearbeitet hatte«, berichtet Éric Loupiac, Arzt aus Lons-le-Saunier (Jura) und Delegierter der AMUF.

Die Ausweitung des Streiks in den Notaufnahmen lässt sich folgendermaßen skizzieren: Ausgangspunkt war die Notaufnahme von Saint-Antoine am 18. März 2019, es folgten vier weitere Notaufnahmen in Paris am 14. April und Ende April/Anfang Mai streikten alle 25 Notaufnahmen in Paris sowie weitere Notaufnahmen in anderen Städten. Anfang Juni beteiligten sich 84 Notaufnahmen in ganz Frankreich, Ende Juni bereits 132. Mitte August, während der Sommerferien, streikten laut Regierung 195, nach dem rentrée, dem Ende der Sommerferien, am 2. September waren es 233, Mitte September 252 und am 12. Dezember laut Gewerkschaftsbund der Gesundheits- und Sozialdienste CGT-Santé 270 von insgesamt 474 öffentlichen Notaufnahmen in Frankreich. Unterstützt wurden die Aktionen und Demonstrationen von Beginn an von den Gewerkschaften aus den Dachverbänden CGT, FO und SUD, andere Gewerkschaften wie der *Französische Demokratische Gewerkschaftsbund (CFDT)* zogen teilweise nach. Bereits Anfang April 2019 hatte sich das *Collectif Inter Urgences (CIU)* gegründet. Die Bündnisse organisierten zusammen mit dem CIH mehrere nationale Aktionstage mit Streikdemonstrationen in Paris am 2. Juli und am 11. September. Am 4. und 15. Oktober 2019 rief die CIU zu Demonstrationen auf. Am 14. November wurde wieder mit CIH und Gewerkschaften in Paris demonstriert: Bis zu zehntausend Menschen gingen parallel zur Verabschiedung des Krankenhausbudgets für 2020 auf die Straße. An diesem Tag demonstrierten auch mehrere Hundert blouses blanches (dt. weiße Kittel) in Nantes, 400 in Brest und bis zu 3.000 in Toulouse. Die weiteren Aktions- und Streiktage fanden parallel zur breiten Mobilisierung gegen die Rentenreform am 17. Dezember, am 23. Januar und am 14. Februar 2020 statt.

Die erste kleine Demonstration aus dem Gesundheitsbereich nach Verhängung der Corona-Maßnahmen fand am 11. Mai, dem ersten Tag der Lockerungen, in Toulouse statt. Am 17. Dezember 2019 waren auch die »Internes« auf der Demonstration vertreten. Das sind Mediziner*innen, Pharmazeut*innen und Zahnmediziner*innen in Ausbildung, die in zunehmendem Maße organisiert auftreten. Diese Verstärkung der Bewegung ist von Bedeutung, weil der Krankenhausbetrieb ohne diese 24.000 zukünftigen Ärzt*innen und Pharmazeut*innen, die unter fröhen Bedingungen für einen geringen Lohn arbeiten, wahrscheinlich zusammenbrechen würde. Bereits eine Woche zuvor hatte ihre gewerkschaftsübergreifende Interessenvertretung, die *Intersyndicale (ISNI)* den Kampf auf juristisches Terrain getragen, um die Missstände zu bekämpfen. Gleichzeitig hatte sie einen Streikaufruf beschlossen. Das CIH schlug als Aktion die »Demission« vor, die Niederlegung aller Verwaltungs- und Managementaufgaben – dabei wird nicht die medizinische und pflegerische Arbeit eingestellt, sondern allein die Arbeit der Abrechnungsbürokratie. Ermuntert durch die Aktionen des Pflegepersonals und ihrem Berufsethos verpflichtet, hatten schon am 14. Dezember 660 Ärzt*innen damit gedroht. Am 27. Januar 2020 legten dann tatsächlich 54 Mediziner*innen in Rennes ihre Verwaltungstätigkeit nieder, am 13. Februar waren es bereits 600 landesweit. Zur Begründung dieser eher symbolischen Aktion hatten Mediziner*innen des CIH am 14. Januar auf einer Pressekonferenz in Paris erklärt: »2014 haben 500.000 in der Pflege Beschäftigte sieben Millionen Patienten in öffentlichen Krankenhäusern versorgt. Heute sind wir bei 420.000 Pflegekräften für neun Millionen Erkrankte angekommen.« Dem Kollektiv zufolge sind zusätzlich 600 Millionen Euro für 2020 erforderlich, um den Betrieb aufrechtzuerhalten. Die Regierung bot nur 200 Millionen Euro.

Eine weitere vom CIH neu erfundene Form des Widerstands ist der sogenannte *Codierungsstreik (grève du codage)*, bei dem sich das Krankenhauspersonal weigert, die Behandlungsdaten im Rahmen des bereits erwähnten Abrechnungssystems T2A an die Krankenkassen zu übermitteln. Das unternehmerfreundliche Blatt *Les Échos* titelte am 15. Januar: »Der Codierungsstreik treibt den Pariser Krankenhäusern (AP-HP) den kalten Schweiß auf die Stirn!« Diese hätten im letzten Quartal 2019 zwischen 270 und 300 Millionen Euro an Einnahmen verloren, was 17% des für das Finanzjahr erwarteten Betrags entspricht. Dieses Loch im Budget würde die Leitung der AP-HP stärker beunruhigen als der Streik im medizinischen Management. Um die Verspätung in den Abrechnungen aufzuholen, genüge es in einigen Bereichen, einen Knopf zu drücken und die Tarifierung hinter dem Fall würde erscheinen. In anderen Fällen sei es wesentlich zeitaufwändiger, hier müsse das medizinische Dossier der einzelnen Patient*innen komplett neu erstellt und codiert werden. Für die Abteilungen der medizinischen Datenverarbeitung sei das eine langwierige und schwierige Aufgabe. Für 2019 habe die AP-HP eine Reduzierung ihres Defizits um 30 Millionen auf 127 Millionen vorgesehen, für 2023 schließlich eine schwarze Null, so *Les Échos*. Aber das sei vor dem Codierungsstreik gewesen. In einem Interview für die öffentlich-rechtliche Internetseite *francetvinfo* legte Professorin

Agnès Hartemann aus dem Pariser Krankenhaus Pitié-Salpêtrière am 28. Januar 2020 ihre Gründe für den Codierungsstreik dar: »Warum wir das machen? Weil es keinen anderen Weg gibt, wir wollen nicht die Pflege bestreiken. Schließlich haben wir am Anfang an das Abrechnungssystem geglaubt, man hatte uns gebeten, die Abrechnungen zu optimieren und plötzlich bemerkten wir, dass das System ins Trudeln gerät, dass das Personal verschwindet, die Betten abgebaut werden und wir keine Arbeitsmittel mehr haben.« Auf die Frage, ob sie durch die Direktion bedroht werde, antwortet sie: »Man hat uns gesagt, wir seien dabei, unser Krankenhaus zu versenken. Es ist trotz allem hart, sich das anzuhören. Das geht von Mund zu Mund, das wird nicht schriftlich gemacht, aber bestimmte Medikamente werden nicht mehr ausgeliefert, bestimmte Stellen nicht mehr besetzt. Ihr bringt kein Geld mehr in die Kassen, also werdet Ihr in diesem Monat keine schweren Fälle behandeln können. Wir bestreiken die Pflege nicht, wie kann man uns mit so etwas drohen? Die Ärzte sind nicht zur Abrechnung verpflichtet. Wir werden nicht aufgeben. Wenn wir uns früher auf den Kongressen unter Kollegen getroffen haben, haben wir über Forschung und über Pflege gesprochen. Heute sprechen wir über Abrechnungen, wenn wir uns über den Weg laufen. Lasst uns aufhören abzurechnen, lasst uns die Patienten pflegen.«

■ Ausblick

Am 16. Februar 2020 trat Gesundheitsministerin Agnès Buzyn zurück, die auch für die Rentenreform zuständig gewesen war, um als Kandidatin für die Partei *La République en Marche! (LRM)* für den Posten der Pariser Bürgermeisterin anzutreten. Die ausgebildete Ärztin sollte später erklären, sie habe bereits am 31. Januar den Premierminister Édouard Philippe vor einem Tsunami in Form der Corona-Pandemie gewarnt und dringend gefordert, die Kommunalwahlen am 15. März nicht stattfinden zu lassen. Man hörte nicht auf sie, die Wahlen fanden trotz Corona statt, mit dem Ergebnis zahlreicher Infektionen und mehrerer an Covid-19 verstorbener Bürgermeister*innen und Präsident*innen der örtlichen Exekutive. Am 19. März 2020 erstatteten mehr als 600 Ärzt*innen unter dem Gruppennamen *Kollektiv C19* Anzeige gegen Buzyn und den damaligen Premierminister, weil sie nicht rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen ergriffen hätten, um die Ausbreitung der Krankheit zu verlangsamen.

Vielen Verantwortlichen in Macrons Wahlplattform LRM ging während der Krise auf, dass genau diejenigen das System aufrechterhalten, auf die man immer herabgesehen hatte: Arbeiter*innen und schlecht bezahlte Angestellte. Die höheren Ränge verrichteten derweil überwiegend Telearbeit. Der Abgeordnete Guillaume Chiche räumte ein: »Es sind die prekärsten Berufe, die die notwendigsten Tätigkeiten ausführen, um das Land am Laufen zu halten, und die außerdem den Risiken einer Ansteckung am meisten ausgesetzt sind. Das wird ihren Forderungen eine deutliche Rechtfertigung verschaffen.« Er erwartet, dass sich dies in neuen Klassenkämpfen zeigen wird. Auch der Generaldelegierte von LRM, Stanislas Guerini, gesteht ein: »Wir befinden uns in einem Moment der Rehabilitierung der Arbeiter, die für die Nation

unersetzlich sind: die Lieferanten, die Kassierer, die Beschäftigten der Müllabfuhr und der Straßenreinigung [...]. Der lebensnotwendige Charakter einiger Berufe sticht hervor. Frankreich kann ohne sie nicht durchhalten.« Noch deutlicher trifft das zweifellos für das medizinische Personal zu. Die zu späten Kontaktbeschränkungen, fehlende Masken und Schutzausrüstung, die Infektions- und Todesfälle beim Personal und die Angst vor Folgeschäden wie Lungenfibrosen haben ein Gefühl der Bitterkeit erzeugt, das Gefühl, von der Regierung im Stich gelassen worden zu sein. Mit den Lockerungen am 11. Mai verbreitete sich unter Krankenhausbeschäftigten die Angst vor der zweiten Welle, die auf erschöpfte Belegschaften nach Wochen und Monaten der Dauerüberlastung treffen würde. Jeden Abend um 20 Uhr wurde den im Gesundheitssystem beschäftigten Menschen von der Bevölkerung durch Applaus auf den Balkonen Respekt gezollt. Während eine Mehrheit von über 60 Prozent die Rentenreform ablehnte, liegt der Rückhalt aus der Bevölkerung für den Kampf um den Erhalt der öffentlichen Krankenhäuser sogar bei circa 90 Prozent. Diese Unterstützung und die Erkenntnis, dass Reserven im Gesundheitssystem gerade in Krisensituationen essenziell sind, wird die Bewegung auch in Zukunft stark befeuern. Gleichzeitig stehen Regierung und Wirtschaftsverbände wegen der ökonomischen Einbrüche durch den Lockdown unter noch stärkerem Druck, Einsparungen im öffentlichen Bereich durchzuführen. La lutte continue, der Kampf geht weiter.

■ Nachtrag vom Oktober 2020

Am 17. Mai kündigte die Regierung unter der Bezeichnung »Ségur de la santé« ein Gesetzespaket über sechs Milliarden Euro für die öffentlichen und privaten Krankenhäuser an, ab 2022 sollen jährlich 7,5 Milliarden zur Verfügung stehen. Marie-Cécile Renault präzisiert im *Figaro* vom 24. September 2020: acht Milliarden für Lohn-erhöhungen, sechs Milliarden Investitionen und 13 Milliarden, um die Schulden der Krankenhäuser zu übernehmen. Dies ist zweifellos ein Erfolg



Warnstreik an der Charité 2015 mit internationalem Soli-Besuch von Aktivist*innen vom parallel stattfindenden Kongress »Armut und Gesundheit«

der Bewegung, die – auch unter dem Eindruck der Corona-Krise – die Schwächen des Gesundheitssystems offengelegt hat. Das Paket enthält allerdings einige Giftpillen, die die Beschäftigten spalten sollen:

1. Der noch nicht bezifferte Beitrag für die privaten Krankenhäuser ist eine indirekte Unterstützung der Aktiviäre durch öffentliche Gelder.
2. Statt der geforderten Gehaltserhöhung von 300 Euro wird es nur 180 Euro geben. Es ist unklar, wie diese Prämie in die Gehaltstabelle integriert wird und wie sie sich auf die Renten auswirken wird.
3. In jedem Fall sollen die Prämien an die jährliche Evaluation des Personals geknüpft werden.
4. Lokale Absprachen sollen Rechtskraft erlangen. Damit sollen landesweite Schutzbestimmungen ausgehebel werden können, was Arbeits- und Pausenzeiten angeht.
5. Es soll eine Gewinnbeteiligung für das Personal geben, das damit ein Interesse an Betten- und Personalabbau gewinnen soll. In Rennes geht der Bettenabbau trotz Corona weiter: 27 Betten sollen am Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes gestrichen werden, am Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ist der Abbau von 400 Betten geplant.

6. An dem grundsätzlichen Kurs, was Fallpauschalen und Privatisierung angeht, wird sich voraussichtlich nichts ändern.

Unterdessen gerät die Pandemie in Frankreich erneut außer Kontrolle. Die Infektionszahlen steigen, Krankenhauspersonal und Intensivbetten sind knapp. Wie der Journalist Antoine Delcourt in den Abendnachrichten von *France 2* am 11. Oktober 2020 unter Berufung auf Gewerkschaftsquellen berichtete, arbeiten im CHU-Nantes wohl schon ein Dutzend positiv auf Corona getestete Mitarbeiter*innen in der Pflege, in der Notaufnahme und sogar in der Beatmung. Die Krankenhausleitung betonte, es gehe von diesen Mitarbeiter*innen keine Gefahr aus, solange sie »strikt symptomfrei« seien, eine Maske trügen und sich die Hände waschen würden.

Bernd Landsiedel, Diplom-Biologe und Lehrer, arbeitet an einer Integrierten Gesamtschule in der Nähe von Kassel; seit 1992 Gewerkschaftsmitglied (damals ÖTV), seit Jahren aktiv im Arbeitskreis Internationales der GEW Hessen.

(Quelle: Julia Dück und Stefan Schoppengerd (Hrsg.): Krankenhäuser in Bewegung. Internationale Kämpfe für gute Versorgung und Arbeitsbedingungen, Materialien der Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin Dezember 2020, https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Materialien/Materialien35_Krankenhaeuser.pdf

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää

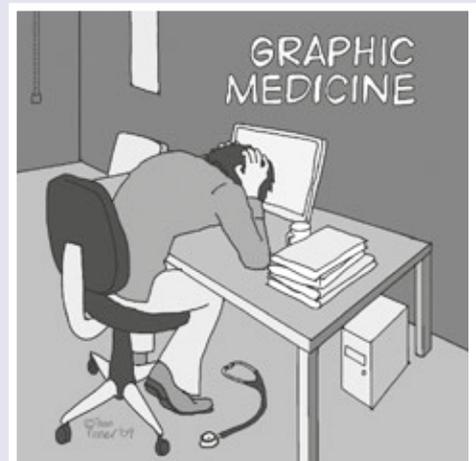
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige*r« Ärzt*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Ständesvertreter*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee