

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 2/2021 | Solibeitrag: 5 Euro



COVID-19
Gesundheit und Gesellschaft
unter dem Brennglas

- 3 Editorial
- 4 Redaktion GbP: Stichworte für eine Debatte über Covid 19
- 7 Kopf an, Stift raus – die Zeit drängt! Bündnis startet Kampagne zur Patente-Aussetzung
- 8 Anne Jung: Schlecht klebende Pflaster statt Solidarität. Initiative Covax und der lange Weg zum Recht auf Gesundheit
- 10 #unteilbar solidarisch – gerade jetzt! Für eine gerechte und solidarische Gesellschaft! Aufruf zur #unteilbar-Demonstration am 4. September 2021
- 11 Moria Corona Awareness Team und Moria White Helmets: This is not Disneyland
- 13 Michael Baumgarten und Janna Wichern: Keine faire Landarbeit. Coronaschutz in der landwirtschaftlichen Saisonarbeit
- 16 Sarah Schilliger: Verschärfte Normalität im Ausnahmezustand. Transnationale Care-Arbeit in Privathaushalten in Zeiten von COVID-19
- 20 Richard Detje und Dieter Sauer: Umkämpfter Arbeits- und Infektionsschutz. Corona-Krise im Betrieb
- 25 Silvia Habekost: Gebraucht, beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so! Die Pandemie und der Kampf der Pflegekräfte in den Krankenhäusern
- 28 Hubertus von Schwarzkopf und Wolfgang Hien: Die Marktwirtschaft richtet das nicht. Kranken- und Altenpflege in Zeiten von Corona
- 31 Krankenhaus statt Fabrik: Die drohende Überlastung der Krankenhäuser. Zur Krankenhausfinanzierung in der Corona-Krise
- 35 Babsi Clute Simon: »Es ist immer ein krankes Kind«. Gespräch mit dem Humanbiologen Jonathan Berman über Impfgegner*innen in den USA
- 38 Babsi Clute Simon: Die Geschichte der Impfgegner*innen
- 39 Spendenaufruf: Investition in die Zukunft kritischer Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitisches Forum
und Jahreshauptversammlung des vdää

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

Samstag, 31. Juli, 10-13 Uhr:
Treffen des AK Stationäre Versorgung zum Thema:
Möglichkeiten einer Rücküberführung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg in öffentliches Eigentum

#unteilbar – Für eine gerechte und solidarische Gesellschaft!
Demonstration am 4. September 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 2/2021
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

United Nations, WHO und medico international
Titelbild: United Nations Covid-19-Response-9gVWbke40tI-unsplash

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: DE05500310001076050003
BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Nun ist es (endlich) soweit: Auch *Gesundheit braucht Politik* wird sich mit der Covid-19-Pandemie beschäftigen. Uns, der Redaktion der Zeitschrift, hat dies aus verschiedenen Gründen einiges an Kopfzerbrechen beschert. Wie umgehen mit einem Thema, das so tagesaktuell und dynamisch ist? Was macht man aus der Corona-Pandemie, zu der so viele etwas zu sagen haben, viel – auch völlig unnötiges – schon gesagt wurde und die unendlich viele Möglichkeiten für Themen hergibt? Und vor allem: Wann ist der beste Zeitpunkt zur Veröffentlichung einer Ausgabe?

Wir sind zu zwei Schlüssen gekommen: Einen perfekten Zeitpunkt gibt es nicht, aber nun kann man zumindest einige Dinge wissenschaftlicher, nüchterner und analytischer betrachten. Und zweitens würden die Themen, die wir anreißen wollen ein einzelnes Heft sprengen. Deshalb werden wir das Thema mindestens auf zwei Hefte verteilen. Während dieses Heft eher allgemeine Themen anschnidet, soll das Folgeheft, das Ende September erscheinen wird, sich vor allem mit den sozialen Determinanten in Zusammenhang mit Covid-19 beschäftigen. Außerdem hielten wir es für nötig, neben dem üblichen Editorial auch einen etwas umfangreicheren Text zu schreiben, der als Diskussionsangebot zu verstehen ist, die Covid-19-Pandemie und viele aktuelle Diskussionsthemen aus der Sicht der Redaktion vorsichtig einzuordnen.

Im Text danach erörtert Anne Jung die globale Situation der Impfstoff(ungleich-)verteilung und warum die Initiative Covax bei weitem nicht ausreicht, um das Recht auf Gesundheit im globalen Süden durchzusetzen. Es folgt eine vom vdää unterstützte Petition des Bündnisses »Sign« zur Aussetzung der Patentrechte von Covid-19 Impfstoffen und Behandlungsutensilien. Mit einem offenen Brief wenden sich die Flüchtlinge aus dem Lager Moria II angesichts der sich dramatisch zuspitzenden Lage an die europäische Öffentlichkeit, dringend wirksame Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie unter den Geflüchteten einzuleiten. Dabei wird mit dem drastischen Vergleich mit Disneyland auch die äußerst problematische Rolle der vielen NGO-Mitarbeiter*innen und Aktivist*innen im Lager kritisch beleuchtet.

Michael Baumgarten und Janna Wichern von der Initiative »Faire Landarbeit« berichten über Corona-Schutzmaßnahmen für die vorrangig osteuropäischen Saisonarbeiter*innen in der Landwirtschaft. Daran anschließend zeigt Sarah Schilliger die Situation meist migrantischer Care-Arbeiter*innen in Privataufhalten auf und verdeutlicht, dass diese Arbeitsverhältnisse – wie die der Landarbeiter*innen – nicht erst seit der Pandemie problematisch sind.

Leider haben wir keinen Artikel gefunden, der uns einen Überblick über die Corona-Schutzmaßnahmen in den Betrieben und Fabriken über möglichst viele oder gar alle Branchen hinweg hätte geben können. Das hat auch nach anderthalb Jahren Pandemie noch niemand erfragt oder untersucht.

Umso mehr freuen wir uns, dass uns Richard Detje und Dieter Sauer erlaubt haben, einen Teil der Ergebnisse einer Studie über die Corona-Krise in ausgewählten Betrieben und den umkämpften Arbeits- und Infektionsschutz zur Verfügung zu stellen.

Richard Detje und Dieter Sauer erläutern die Ergebnisse ihrer Studie über die Corona-Krise im Betrieb und den umkämpften Arbeits- und Infektionsschutz. Silvia Habekost zeigt die kämpferische Reaktion der Pflegekräfte über die Misere in den Kliniken während der Covid-19-Pandemie auf. Einen Einblick in die Arbeitsverhältnisse der Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege geben darauffolgend Hubertus von Schwarzkopf und Wolfgang Hien. Ein Factsheet des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik erklärt die Wirkmechanismen und die Probleme der Corona-»Rettungsschirme« und stellt Forderungen und Alternativen für gemeinwohlorientiertere Kliniken auf. Einen Blick in die USA wagt Babsi Clute-Simon im Gespräch mit dem Humanbiologen Jonathan Berman über Impfgegner*innen dort. Es folgt ein kurzer Überblick zur Geschichte und soziale Zusammensetzung der Impfgegner*innen.

Ihr werdet hier auch noch einen Spendenaufruf finden, in dem wir Euch bitten, die Arbeit des Solidarischen Gesundheitswesens, des Kooperationspartners des vdää zu unterstützen, damit wir uns in Zukunft zusammen noch besser einmischen können in die Gesundheitspolitik und die Bewegung der Beschäftigten für ein solidarisches Gesundheitswesen.

Wir wünschen euch eine anregende und kritische Lektüre.

Eure Redaktion

Zu den Bildern dieser Ausgabe:

Wir haben uns entschlossen, diese Ausgabe mit Infografiken zum Thema Covid 19 der United Nations und der WHO zu bebildern. Wir sind uns der Ambivalenz dieser Grafiken bewusst, die auf den ersten Blick sicher »modern« und aufklärerisch wirken und Menschen nicht auf einer wissenschaftlichen Ebene sondern im täglichen Leben ansprechen wollen.

Andererseits demonstrieren sie zum Teil gerade mit ihrer Einfachheit auch die Hilflosigkeit und Einfallsllosigkeit dieser Institutionen gegenüber der Pandemie. Und sie sind auch Dokumente des Klassencharakters bzw. der Klassenblindheit dieser Institutionen, die mit ihren »Homeoffice«, »Stay home« und »Protect Each other by Staying Apart«-Ratschlägen bloß auf Verhaltensprävention setzen und nur auf bestimmte Schichten in der Gesellschaft ausgerichtet sind, deren Arbeits- und Lebensbedingungen ihnen dies auch ermöglichen.

Stichworte für eine Debatte über Covid 19

Wie die ganze Welt beschäftigt uns im Frühjahr 2020 das Covid 19 Virus – als praktische tätige Ärzt*innen, als Individuen und als Mitglieder dieser Gesellschaft und als politisch Engagierte. Wir waren als vdää lange zurückhaltend mit Äußerungen und Einschätzungen, weil wir nicht einstimmen wollten in den Chor der Ahnungslosen oder an Halbwissen Orientierten und weil wir auch keine Banalitäten zum Besten geben wollten. Klar war für uns im Vorstand und in der Redaktion ist, dass die Basis für unsere Diskussionen der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand bezüglich SARS-CoV-2 ist: Es ist ein neuartiges, potentiell für viele Menschen lebensbedrohliches Virus, das dadurch eine besondere Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung darstellt; es hat eine Pandemie ausgelöst; es droht in jeder Region ein exponentieller Anstieg von Infizierten und Todesopfern, wenn nicht gegengesteuert wird und adäquate Maßnahmen sind Kontaktreduktion, Hygiene und Nachverfolgung von Infektionsketten.

Als es im April/Mai 2020 erste Demonstrationen von Leugner*innen, Verharmloser*innen, Kritiker*innen der Regierungsmaßnahmen, Verschwörungsgläubigen, Impfgegner*innen, Rechtsextremen und auch einfach Verwirrten gab, die von einigen Ärzt*innen Rückendeckung bekamen, haben wir uns als vdää geäußert mit einem – viel gelobten – Plädoyer für »Rationalität in Zeiten der Unsicherheit«. Dort haben wir die besondere Aufmerksamkeit thematisiert, die Menschen in Gesundheitsberufen seit der Covid-19-Pandemie bekommen haben. Dass Gesundheit Politik braucht, wie der etwas hölzerne Name unserer Zeitschrift postuliert, ist Gemeingut geworden.

Aber welche Politik? Wir wollten die Rufe der Anti-Aufklärer*innen unter den Mediziner*innen nicht unwidersprochen lassen und uns der Verantwortung stellen und bei all der Unsicherheit und Komplexität an Informationen und Daten unsere Stimme für die Rationalität erheben. Folgendes stand in dem Flugblatt: »Ja, wir alle leben in Zeiten der Unsicherheit und wir haben nicht alle Informationen, die wir bräuchten, um ganz sicher zu urteilen. Im Übrigen gilt dies auch für »normale« Zeiten. Es scheint trivial, aber Unsicherheiten sind Teil des Lebens und auch der medizinischen Wissenschaft und Patient*innenversorgung. Um diese unvermeidliche Unsicherheit nicht ertragen zu müssen, bietet sich die Flucht in Glaubensgebäude wie Verschwörungsmethoden an. Aber auch wenn sich manche ihrer Ideologen als kritische Geister stilisieren, sind ihre »Alternativen« zum scheinbaren Konsens genauso bequem, wie das unkritische Hinnehmen des Bestehenden. Dazu sagen wir: Nein, gerade in der Krise muss die Grundlage unseres ärztlichen Handelns weiterhin eine kritische Rationalität sein. Zum Wohl der Bevölkerung und jedes Einzelnen nutzen wir wissenschaftliche, medizinische Forschung, nicht ohne ihre Einbettung in die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse kritisch zu betrachten. Das

heißt, immer einen besonderen Blick auf ökonomische und politische Machtstrukturen zu haben, die sowohl die Gesundheitslage der Bevölkerung als auch die Medizin prägen. Kritisch zu sein, heißt eben nicht, sich die Welt so zusammen zu spinnen, wie es uns am besten passt.« Nach einer Auflistung von Problemen der politisch getroffenen Maßnahmen, die zum Teil unsere Grundrechte einschränken und die nicht immer und überall logisch konsistent waren und sind, kommen wir zu dem nach wie vor gültigen bzw. heute noch mehr als letztes Jahr gültigen Schluss: »Und ja, auch wir kritisieren Demokratiedefizite und politische Alleingänge von Regierungen. Aber unsere Lösung heißt mehr Demokratie und nicht weniger. Mehr Aufklärung und Rationalität und nicht Verschwörungsglaube und einfachste Antworten auf komplexe Probleme. Wir stellen uns lieber der schwierigen Aufgabe kritischer Rationalität, als unkritisch das Bestehende hinzunehmen oder die Flucht ins Irrationale anzutreten.« So ist es bis heute und deshalb widmen wir erst jetzt diese und die nächste Ausgabe unserer Zeitschrift dem Thema Covid-19 und die letzte Ausgabe dem Thema, das wir auch bei der diesjährigen Jahreshauptversammlung diskutieren wollen: *Ein anderes Gesundheitssystem ist möglich und nötig: Was heißt Demokratisierung?* Eine Frage, die sich uns als Verein demokratischer Ärzt*innen immer noch und immer wieder in jeder neuen historischen Konstellation stellt. Die aktuelle Konstellation beinhaltet eine andauernde Virus-Pandemie in einer globalen Gesellschaft, die durch die Dominanz kapitalistischer Verhältnisse geprägt ist. Diesen Zusammenhang von kapitalistischer Produktion, ihrer (Gewalt-)Geschichte und ihren brutalen Konsequenzen mit der Entstehung, dem Verlauf und der Bekämpfung der Pandemie wollen wir im nächsten Heft genauer beleuchten.

Es zeigt sich aktuell insgesamt eine Regierungspolitik, die teils mit zuvor ideologisch abgelehnten Maßnahmen den Status Quo von vor der Pandemie fortzuführen gedenkt, dabei jedoch nicht umhin kommt, die Tür zu neuen politischen Richtungen etwas aufzustoßen. Kalle Kunkel, ehemals ver.di Sekretär in Berlin und hochgeschätzter Mitstreiter bei Krankenhaus statt Fabrik, hat im Dezember 2020 »15 Thesen zur Politik in der Krise« verfasst, die wir im vdää ausführlich in einer Veranstaltung diskutiert haben. Sie beginnen geradezu apodiktisch mit dem Satz: »Nie war so viel Politik in einer Krise.« Jede Krise sei geprägt durch das Wechselspiel von ökonomischen Dynamiken, Kapitalstrategien und politischen Eingriffen. Die durch Covid-19 und die Regierungsmaßnahmen ausgelöste Krise habe aber eine neue Qualität, »denn noch nie wurde außerhalb von Kriegszeiten die Ökonomie politisch bewusst in diesem Ausmaß eingeschränkt und gleichzeitig der kapitalistische Meltdown bislang durch Gegenmaßnahmen erfolgreich verhindert.«

Letzteres lässt sich im Juni 2021 an den aktuellen Wirtschaftsdaten der großen Ökonomien weltweit gut ablesen.

Dass sich z.B. in vielen Ländern Süd- und Osteuropas, die durch die vorhergehende Krise eine ökonomische und soziale Katastrophe ereilte, durch die jetzige Krise die ökonomische und soziale Lage der Mehrheit der Bevölkerung noch weiter verschlechtert, wird kaum diskutiert. Wie willkürlich die Setzungen in der öffentlichen Debatte sind und wie sehr sie sich nach politischen Opportunitäten richten, zeigt das Beispiel Griechenland, dessen Staatsverschuldung noch bis vor ein paar Jahren als so dramatisch dargestellt wurde, dass die EU daran zu Grunde zu gehen drohte. Nun haben sich mit der Pandemie und den Folgen der Lockdownmaßnahmen die griechischen Staatsschulden weiter vergrößert, aber es juckt nun scheinbar niemanden mehr. Als im Frühjahr 2021 in Indien die Pandemie dramatische Ausmaße angenommen hat, wurde hierzulande ein paar Tage berichtet mit den üblichen Schreckensbildern einerseits und der Versicherung andererseits, dass man sich vor Einreisenden aus Indien schützen würde und dass man Hilfe nach Indien schicken würde. Und dann, wie von einem auf den anderen Tag, waren die Bilder und Berichte aus Indien aus unseren Nachrichten verschwunden. Man wird den zynischen Gedanken nicht los, dass sie die gute Stimmung stören, die mit dem Impffortschritt (in Deutschland und im Globalen Norden) kurz vor der Ferienzeit und dem Zurück in die – brutale – Normalität hergestellt werden sollen: Jetzt muss gute Laune verbreitet werden. Öffnung der Gastronomie. EM. Bundestagswahl. – Aber auch Urlaub. Pause. Kapitalismuskritik hin oder her, wir alle sehnen uns danach und sind froh über dieses Privileg. Willkommen in den gemeinen Widersprüchen.

Dabei waren zu Beginn der Krise 2020 plötzlich ganz andere »Sprüche« von z.B. Angela Merkel oder auch Ursula von der Leyen über den globalen Kampf gegen die Pandemie zu vernehmen, die wie selbstverständlich das Vernünftige aussprachen: Es war von Solidarität und Gleichheit die Rede. Es brauche eine global gerechte Verteilung von Impfstoffen, das Aussetzen von Patentrechten etc. Als der Impfstoff dann aber vorhanden war, waren



die Positionen längst wieder eingeschwenkt in »normale« nationalstaatliche Logik unter kapitalistischen Verhältnissen. Ob Joe Bidens Votum gegen das Patentrecht etwas daran ändert, ist noch nicht ausgemacht.

Dass die Reden von Gleichheit, Freiheit und Solidarität in der EU für bestimmte Menschengruppen nicht allzu viel wert sind, zeigt sich auch in der Pandemie an den EU-Außengrenzen. Von Solidarität gibt es dort keine Spur. Im März 2020 hat der vdää dazu geschrieben: »Der einende Faktor unter den Regierungen Europas scheint mittlerweile die auch gewalttätige Bekämpfung Schutzsuchender zu sein und das stabilste an der EU-Politik die kontinuierliche Missachtung der Menschenrechte. Dabei werden sowohl europäische Gesetze als auch nationale Gesetze gebrochen, wenn etwa das Recht auf Asyl »ausgesetzt« wird, wenn Menschen direkt an den Grenzen gewaltsam wieder abgeschoben werden (sog. Pushbacks) und wenn Menschen Gesundheitsversorgung vorenthalten wird.«

Und doch ließen im Frühjahr 2020 aufkommende Diskussionen uns, wie viele andere Linke sicher auch, aufhorchen: Im Wirtschaftsteil der *Süddeutschen Zeitung* wurde plötzlich diskutiert, welche Produkte der (deutschen) Industrie eigentlich gesellschaftlich sinnvoll seien und ob man bestimmte Produktionszweige umrüsten könne auf sinnvolle Produkte. Hat es so etwas überhaupt schon mal gegeben? Eine offene Debatte über sinnvolle Produktion? Und nicht nur das: Plötzlich merkte sogar das saturierte Bürgertum, wie relevant Beschäftigte im Einzelhandel, in der Logistikbranche, in der Fleischfabrik und auf dem Spargelfeld etc. sind. Nach fast 50 Jahren neoliberalen Streben, dies alles zum

Niedriglohnsektor zu degradieren, eine erstaunliche Volte.

Auch dieser Frühlingswind sollte nicht lange wehen bzw. nicht zu einer neuen Saat gesellschaftlichen Wandels führen. Seitdem wurde die Arbeitswelt, die Produktions- und Distributionssphäre in den öffentlichen Debatten weitestgehend wieder so ignoriert wie vor der Pandemie. Allenfalls wurden noch die Belastungen durch Homeoffice und gleichzeitiges Kinderbetreuen und -beschulen thematisiert. Eine systematische Untersuchung, ob und wie die Menschen in den meisten anderen Sektoren dieser Gesellschaft vor Corona geschützt werden, fand bis heute nicht statt. Konsequenzen gibt es entsprechend auch nicht.

Das war durchaus anders im Gesundheitswesen, womit wir nun auf bekannterem Terrain wären. Die Arbeitsbelastung der dort Beschäftigten, vor allem in den Krankenhäusern und dort in den Intensivstationen sind Dauerthema – auch dank der vielen gewerkschaftlich engagierten und aktiven Kolleg*innen vor allem aus der Pflege, die es mit klugen, kritischen und auch zukunftsweisenden Slogans und Aktionen immer wieder auf die Agenda gehoben haben. Zuletzt anlässlich der Gesundheitsminister*innenkonferenz am 16. Juni. »Wir sind im falschen System relevant« war die kritische Reaktion auf Applaus und Taschengeldversprechen. Wenn man irgendetwas Gutes sehen will an der Entwicklung seit Anfang 2020, dann, dass die Ökonomisierung der Krankenhäuser und ihr schärfstes Schwert, die DRG, dermaßen ins Wanken geraten sind, dass selbst ihre neoliberalen Verteidiger sie mit ihren Vorschlägen zur Rettung eher weiter aushöhlen als stärken (Diese etwas kryptisch anmutenden Feststellungen sollen im nächsten Covid-19-Heft erläutert werden).

Gerade in der Gesundheitspolitik zeigt sich das, was wir anfangs mit Kalle Kunkel gesagt haben: Nie war so viel Politik in der Krise: In der Pandemie wurden für Jede*n die Probleme des Systems der Steuerung der Krankenhäuser über Marktmechanismen offensichtlich. Es gibt inzwischen bei den relevanten Akteur*innen fast eine Einigkeit, dass es nach der Pandemie zumindest eine Finanzierung der Vor-

haltekosten braucht. Aber nicht nur das. Bis hinauf (oder hinab?) zur Deutschen Krankenhausgesellschaft scheint das – in der Daseinsvorsorge sinnvolle – Prinzip der Selbstkostendeckung seinen »Schrecken« verloren zu haben und wieder im Bereich des Möglichen aufzutauchen. Natürlich sind auch unsere Gegner*innen auf der Hut und brüten über die Rettung des Marktprinzips. Dazu fallen ihnen »Capitation«, »Pflege-DRGs« und immer noch die Idee der Zentralisierung der Krankenhaushauslandschaft ein (genaueres dazu findet Ihr in der auf- und ausgezeichneten Veranstaltung des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik auf dessen Homepage).

Mit der Frage einer bedarfsgerechteren Finanzierung kommt die Planung zurück ins gesundheitspolitische Spiel. Wir stellen fest, dass Politiker*innen auf der Ebene der Landespolitik gerade dabei sind, sich ein wenig ihrer freiwillig dem Markt überlassenen Souveränität zurückzuholen und wieder konkretere Vorstellungen von Krankenhausplanung zu entwickeln. Nicht nur zum guten Zweck, das versteht sich im Rahmen neoliberaler Politik, die diese vertreten. Für uns heißt das aber, dass wir uns in Zukunft hier verstärkt einmischen müssen. Sowohl im Bündnis als auch in unseren vdää-Arbeitskreisen rüsten wir uns für diese Debatten. Die Diskussionen sind gerade extrem spannend und produktiv – und wir werden mehr gehört als vor der Pandemie. Noch nie in den letzten Jahren war der Spalt in der Tür größer.

Weniger Beachtung fand in der öffentlichen Debatte der ambulante Sektor der Medizin, weil sich die ganze Aufmerksamkeit auch der Medien auf spektakuläre Bilder aus technisch hochgerüsteten Intensivstationen konzentriert hat. Gut so, könnte man meinen, denn die Rolle der organisierten kleinunternehmerischen Ärzteschaft in Corona war peinlich bis skandalös. Die Haltung so manches Ärztesfunktionärs wurde auch deutlich an Aussagen des Ärztekammerpräsidenten Reinhardt: Statt der verunsicherten Bevölkerung die auch für Ärzt*innen schwer einzuschätzende Lage zu erklären, setzte dieser sich am Anfang der Pandemie in eine Talk-Show und schwadronierte über den Sinn von Mund-Nasenbedeckungen.

Gravierender dürfte allerdings gewesen sein, dass die KVen zu Beginn des ersten Lockdowns ihrem Sicherstellungsauftrag einfach nicht mehr nachkamen und vielerorts den Niedergelassenen willkürlich überließen, ob sie ihre Praxen geöffnet hielten. Als im weiteren Verlauf der Pandemie zunehmend das ökonomische Interesse der Niedergelassenen an einem Normalbetrieb ihrer Praxen stieg, veröffentlichte die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusammen mit dem umstrittenen Virologen Streeck ein Papier, das statt des Lockdowns einen »Schutz der Risikogruppen« favorisierte – wohlwissend, dass dies nicht möglich würde und die Risikogruppen großen Gefahren aussetzen würden. Schließlich kam mit der Impfung die große Stunde der Niedergelassenen. Als zunächst die Impfberechtigten mehr oder weniger gut arbeiteten und die Ärzt*innen zunächst einige Wochen Außen vor waren, liefen sie publizistisch Sturm. Dies natürlich ausschließlich deshalb, damit die Patient*innen eine bessere Versorgung erhielten. Als schließlich die Praxen in die Impfkampagne miteinbezogen wurden, sollte neben den als lästige Konkurrenz wahrgenommenen Impfberechtigten auch die medizinisch sinnvolle Impfpriorisierung abgeschafft werden. Inzwischen ist allzu deutlich, dass die KV-Funktionär*innen den Mund mit der Leistungsfähigkeit der impfenden Praxen übervoll genommen haben. (Übrigens ist unabhängig von Covid 19 Impfen ein schönes Beispiel wie in den letzten Jahrzehnten eine Gesundheitsleistung aus dem öffentlichen Sektor der Gesundheitsämter in die privaten Praxen transferiert wurden.)

Dabei hatte sich auch im ambulanten Bereich in der Pandemie gezeigt, wie wichtig hier eine an den Bedarfen und sozialen Determinanten orientierte Medizin wäre. Nachdem lange Zeit gesagt worden war, dass vor dem Virus »alle gleich« seien, stellte sich schnell heraus, dass dem gesellschaftlich betrachtet nicht so ist und dass das Virus Menschen unterschiedlicher sozialer Klassen unterschiedlich trifft. Die Kolleg*innen von der Poliklinik in der Veddel, einem armen Hamburger Stadtteil, haben das schon vor Beginn der Pandemie immer wieder thematisiert.

In der Pandemie wurde dann offensichtlich, wie Armut und Gesundheit zusammenhängen. Es dauerte aber viel zu lange, bis man endlich auf die Idee kam, Menschen aus ärmeren Schichten z.B. ebenfalls prioritär die Möglichkeit der Impfungen zukommen zu lassen. Die Poliklinik Veddel hat gezeigt, wie wichtig eine community- und sozialmedizinisch orientierte Primärversorgung nicht nur in solchen Situationen sein kann. Auch daran, an einem Konzept für eine solche Primärversorgung haben wir im vdää in den letzten Monaten gearbeitet. Dies sind für uns aber keine Lehren aus der Covid 19-Pandemie, sondern diese hat offenbart, wie wichtig grundsätzliche Veränderungen sind.

Wir Ihr sicher bemerken werdet, folgen die Themen, mit denen wir uns in diesem Heft beschäftigten, dieser Einschätzung der Situation nach anderthalb Jahren Pandemie. Und wie Ihr sicher auch gemerkt habt, haben wir vieles nicht angesprochen, was man noch hätte ansprechen müssen. In der nächsten Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* wollen wir uns weiter mit der Pandemie und grundsätzlicheren sozialen Fragen beschäftigen. Wie immer bei solchen Vorhaben stellen sich mit jeder Antwort immer neue Fragen und sicher hinterlassen wir große Lücken bei der Bearbeitung des Themas.

Wir hatten uns eigentlich auch schon mehr für diesen Text und diese Ausgabe vorgenommen, aber liebe Leser*innen, Ihr mögt gnädig mit uns sein. Auch wir sind von diesem langen Winter erschöpft, erschöpft von der Pandemie, vom Verlust von Freund*innen durch die Pandemie, erschöpft von dem eingeschränkten gesellschaftlichen Leben, aber auch von manchen leidigen Debatten, von manchen dummen Polarisierungen in den politischen Debatten.

Versteht diesen Text als Einladung zur Diskussion, nicht als eine fertige Interpretation der aktuellen gesellschaftlichen Lage. Wer behauptet, diese heute leisten zu können (und das sind nicht wenige), macht sich etwas vor. Also: Schreibt uns, beteiligt Euch an der Debatte.

Felix Ahls, Thomas Kunkel,
Nadja Rakowitz, Bernhard Winter

Kopf an, Stift raus – die Zeit drängt!

»Sign!«: Bündnis startet Kampagne zur Patente-Aussetzung

Über 100 Staaten der Welt, 250 Forschungsinstitute, der Papst höchstpersönlich und nun sogar der noch ganz frische US-Präsident sind überzeugt: *Ohne globale Patentfreigabe kein Ende der Pandemie! Doch während weiter jeden Tag zehntausende Menschen an Covid sterben, wird der überfällige Schritt sowohl von deutscher als auch europäischer Seite aktiv blockiert. Motiviert durch fadenscheinige Argumente der Pharma-Lobby, verliert Europa so gekonnt den Anschluss. Die gute Nachricht: Lenkt Deutschland ein, zieht Europa nach. Wir wollen die Bundesregierung zum Handeln drängen – und zwar schnellstmöglich! Der vdää ist Mitglied des Bündnisses »Sign!«, das nicht – wie sonstige Unterschriftenaktionen – Individuen zur oft völlig wirkungslosen Unterschrift auffordert, sondern die Staatslenker*innen, die in diesem Fall tatsächlich sinnvolle und wirkungsmächtige Entscheidungen fällen können.*

Ein Bündnis zivilgesellschaftlicher Akteure und politischer Initiativen startet heute eine Kampagne zur Aufhebung des Schutzes von geistigen Eigentumsrechten auf Impfstoffe, Medikamente und andere medizinische Güter zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie.

Unter dem Kampagnenmotto »Sign! – Mensch vor Patent« soll der politische Druck auf Bundesregierung und Europäische Union erhöht werden, sich dem Vorstoß von mehr als 100 Staaten des globalen Südens anzuschließen und sich für den bei der Welthandelsorganisation (WTO) verhandelten »Waiver« (Verzichtserklärung) im Rahmen des TRIPS-Abkommens einzusetzen. Diese sieht die Aussetzung der Covid-19-Patente auf Impfstoffe, Medikamente und andere medizinische Güter bis zur Eindämmung der Pandemie vor. Kürzlich hatte sich auch die Biden-Administration diesem Vorstoß angeschlossen und die zeitweise Aussetzung von Patenten auf Covid-19-Impfstoffe befürwortet.

Patente dienen, so das Bündnis, vor allem den Interessen der Pharmaindustrie. Sie seien eine große Barriere bei der Ausweitung von Produktionsstandorten und stei-

geren die Kosten für dringend benötigte Gesundheitsgüter. Die Aussetzung der Patente könne einen bedeutsamen Beitrag zur Eindämmung der größten Gesundheitskrise der letzten 100 Jahre leisten, weil in der Folge dezentraler, schneller und kostengünstiger Impfstoffe produziert werden könnten. Um eine gerechte Verteilung von Impfstoffen zu gewährleisten und Virusmutationen Einhalt zu gebieten, brauche es eine massive Steigerung der Produktion.

Angesichts der globalen Impfungerechtigkeit und deren dramatischen Folgen für Millionen Menschen sei die Zeit für die Aussetzung der Patente überreif. »Deutschland und die EU sind derzeit die zentralen Akteure, die den Waiver und damit die Freigabe von Eigentumsrechten in Bezug auf die Corona-Pandemie blockieren. Die scheidende Bundeskanzlerin Angela Merkel sollte das Momentum nutzen und im Menschheitsinteresse der Pandemieeindämmung umsteuern«, so Roland Süß von attac. Die Pandemie könne nur mit einem globalen Ansatz eingedämmt werden. Daher sei die Blockadehaltung aus Sicht des Kampagnen-Bündnisses völlig inakzeptabel.

»Der bestmögliche Zugang zu Gesundheitssystemen, Medikamenten und Impfstoffen ist ein fundamentales Menschenrecht. Eines der größten Hindernisse für eine gerechte Versorgung mit Impfstoffen ist das Patentsystem. Aus diesem Grund werden wir den Druck auf die Bundesregierung und die EU in Solidarität mit dem Globalen Süden erhöhen. Das ist die Kernidee des Kampagnen-Bündnisses«, so Anne Jung von medico international und Mitinitiatorin des Bündnisses.

Zum Auftakt sind eine Social Media-Kampagne sowie Protestaktionen rund um die nächste Verhandlungsrunde der WTO am 8. Juni geplant. Weitere Aktionen und Demonstrationen werden in den Monaten bis zur Bundestagswahl folgen. Weitere Informationen und eine Liste der beteiligten Organisationen finden sich unter: <https://makethesign.eu/>

Pressekontakt: Anne Jung,
medico international, jung@medico.de

Schlecht klebende Pflaster statt Solidarität

Anne Jung zur Initiative Covax und dem langen Weg zum Recht auf Gesundheit

Die Initiative Covax setzt auf internationale Hilfe bei der Impfstoffbeschaffung, doch dies kann nur ein Moment des Kampfs gegen die globale gesundheitliche Ungleichheit sein. In der Pandemie wäre das Aussetzen der Patentrechte ein wichtiger Schritt für die konkrete Verbesserung der Situation, aber eben nur einer von Vielen, die notwendig wären. Anne Jung schildert den weiten Weg.

Solidarität ist das Zauberwort dieser Pandemie. In nicht enden wollender Stereotypie wird sie gleichermaßen von der Politik, der Weltbank, Pharmaunternehmen und der Zivilgesellschaft angerufen, eingefordert, erwartet. So heißt es beispielsweise in einer gerade veröffentlichten Erklärung von Staatschef*innen von Chile über Südafrika bis Deutschland anlässlich des Weltgesundheitstages am 7. April: »Pandemievorsorge erfordert globale Führung für ein weltweites Gesundheitssystem, das den Anforderungen dieses Jahrtausends gewachsen ist. Wir müssen uns der Solidarität, Fairness, Transparenz, Teilhabe und Gerechtigkeit verschreiben, um dieser Verpflichtung gerecht zu werden.«

Ein Blick auf die globale Verteilung der Corona-Impfstoffe zeigt, dass es in der globalen Gesundheitspolitik weder gerecht noch solidarisch zugeht. Die Zahlen sind bekannt: Lediglich 0,3 Prozent der Impfdosen entfallen auf die 30 ärmsten Länder des Globalen Südens – sie werden noch bis zu zwei Jahre auf die ausreichend Versorgung mit dem Impfstoff zur Erlangung von Herdenimmunität warten müssen. Jahre, in denen die Schutzmaßnahmen wie Lockdowns selbst lebensgefährlich bleiben, weil die Menschen ohne jede soziale Absicherung unmittelbar ihr Einkommen verlieren. Jahre, in denen Hunderttausende an Covid-19 sterben werden, auch, weil es in ihren Ländern nur unzureichende öffentliche Gesundheitssysteme und viel zu wenig Beatmungsgeräte gibt, wo Armut und Hunger durch die prekärer werdenden

(informellen) Arbeitsverhältnisse zu nehmen werden und die Rückkehr zur Normalität nicht mehr bedeutet als die Rekonstruktion der alten Verhältnisse, die schon vor Corona krank waren.

Die Pandemie weist auf die vorher bereits existierenden Risse in unserer Weltgesellschaft hin. »Seien Sie ehrlich und sagen Sie: Mein Volk zuerst«, sagte die ehemalige ruandische Gesundheitsministerin Agnes Binagwaho: »Lügen Sie uns nicht an und sagen Sie nicht, wir seien gleichberechtigt.«

■ Wer von Patenten nicht reden will, schweige von Solidarität

Eines der größten Hindernisse bei der gerechten Versorgung mit Impfstoffen ist das Patentsystem. Patente sorgen dafür, dass die Kosten für die Impfstoffe hochpreisig sind und die Produktion nicht – wie es dringend nötig wäre – auf viele Orten der Welt von Dhaka bis Kapstadt ausgeweitet wird. Die Zusammensetzung und die Technologie für die Impfstoffe zu kennen ist eine Voraussetzung für einen Technologietransfer und den Ausbau der lokalen Produktion.

Die Industriestaaten halten dennoch am Patentsystem und der Kapitalisierung von Wissen fest. Und dies, obwohl das Patentsystem bereits bei der HIV/Aids-Pandemie dazu geführt hat, dass Millionen Menschen starben, weil sie die teuren Medikamente nicht bezahlen konnten.

Es sind Deutschland, Europa und mit ihnen fast alle Industrienationen,

die durch intransparente Verträge dafür sorgen, dass das Wissen, das Voraussetzung für die Entwicklung der Covid-19-Impfstoffe war und ist, den Pharmaunternehmen gehört, obwohl Milliardenbeträge aus öffentlichen Kassen in die Erforschung und Entwicklung der Impfstoffe geflossen sind. Die Industrienationen haben den Unternehmen vertraglich die Entscheidungsmacht verliehen, wie, wo und in welcher Anzahl die Impfstoffe hergestellt werden und wie viel sie kosten. Das ist privatwirtschaftliche Enteignung, organisiert durch den Staat. Es wäre die Verpflichtung der Regierungen gewesen, in den Finanzierungsverträgen die Offenlegung der Forschungsergebnisse und die faire Verteilung festzulegen – dies ist nicht geschehen.

Die Industrienationen waren es also, die mitten in einer Jahrhundertgesundheitskrise entschieden haben, die bestehende Ordnung bis zur letzten Impfdosis gegen die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen und gegen die epidemiologischen Notwendigkeiten der Pandemieeindämmung zu verteidigen. Dies taten sie, indem sie die Initiative von über 100 Ländern des Globalen Südens zur Aussetzung des Schutzes auf verschiedenste Formen von geistigem Eigentums, den sogenannten *Waiver*, bei der Welthandelsorganisation Verhandlungsrunde für Verhandlungsrunde torpedierten. Noch deutet nichts darauf hin, dass beim nächsten Treffen im Juni ein Akt progressiver Solidarität zu erwarten wäre, auch wenn inzwischen Bewegung in die Sache gekommen ist, weil sich ne-



Plakat von medico international zur Kampagne »Patente töten«

ben politischen Initiativen und Parlamentarier*innen aus aller Welt auch Präsident Biden und der Papst für die Aussetzung der Patente stark machen.

■ Impfstoffe müssen allen gehören – überall

Die Folge von alledem ist eine künstliche Verknappung der Impfstoffe. Spendenbasierte Initiativen wie Covax, eine klassische Public-Private-Partnership, die an die Weltgesundheitsorganisation angedockt wurde und auf freiwillige Zuwendungen von Staaten, Pharmaindustrie und philanthropischen Stiftungen basiert, wurden als Feigenblatt des Kapitalismus ins Leben gerufen. Doch Covax kann eine globale Verteilungsgerechtigkeit des Impfstoffs nicht ermöglichen und hält zudem die benachteiligten Länder in Abhängigkeit. Denn ihnen bleibt nichts, als auf freiwillige Lieferungen zu warten. Mehr noch, Covax wird von der Europäischen Union gegen die strukturellen Maßnahmen in Stellung gebracht: Man fürchte, die Forderung nach Aussetzung der Patente würde die Pharmaindustrie so verärgern, dass sie aus Covax aussteigen könnte, heißt es von der EU.

Hilfe ersetzt also dieser Logik nach das Recht auf bestmöglichen Zugang zu Gesundheit. Angesichts struktureller Ungleichheit kann sie nicht mehr sein als ein schlecht klebendes Pflaster, das die »sichtbaren Wundstellen

der Gesellschaft planmäßig zukleben soll« (Adorno). Das ist die gelebte neoliberal gewendete Solidarität, wie sie im Eingangszitat der Erklärung »Lehren aus Covid-19« präsentiert wird. Unter den 20 Staats- und Regierungschef*innen, die den Aufruf unterzeichnet haben, finden sich übrigens auch Vertreter*innen jener Länder des Globalen Südens wie Südafrika und Costa Rica, die gleich nach dem Ausbruch der Pandemie im Frühjahr 2020 einen Technologie- und Wissenstransfer sowie die Freigabe der Patente gefordert haben. Was daraus wurde, ist bekannt: Nichts.

Es spricht Bände, dass in der Erklärung, die eine »Grundlage für eine bessere Vorbeugung und Bekämpfung von Seuchen schaffen soll«, kein Wort von Patenten und Eigentumsverhältnissen zu finden ist. Es liest sich daher wie eine Kapitulationserklärung der Länder, die es gewagt haben, mit ihren Ideen die bestehende Ordnung zu hinterfragen.

Organisationen und Bündnisse in vielen Ländern des Globalen Südens wehren sich gegen diese Abhängigkeiten und vernetzen ihre Kämpfe. Ein herausragendes Beispiel dafür ist der breite Zusammenschluss der *C19 People's Coalition* in Südafrika, die ihr politisches Handeln in der Pandemie mit Forderungen nach einem Grundeinkommen, einer Reform des öffentlichen Gesundheitswesens und der nationalen Gesetzgebung zu Rechten des

geistigen Eigentums verbindet. Unter dem Motto Black Lives Matter demonstrieren sie für den Waiver bei der WTO und für globale Impfgerechtigkeit. Zurecht wenden sie und viele andere sich auch an uns mit der Forderung nach einer dezidierten transnationalen Solidarität.

Dieser geschichtliche Moment ist wie geschaffen für eine breitere globale Bewegung, um das Recht auf bestmöglichen Zugang zu Gesundheit allumfassend und universell auch jenseits von Pandemien zu erstreiten. Es ist genau der Moment, um eine an den Gesundheitsbedürfnissen aller Menschen ausgerichtete Politik einzufordern, die öffentliche Gesundheitssysteme gegen Kapitalinteressen verteidigt und darin auch die Macht der Pharmaindustrie begrenzt. Das ist im Interesse aller und noch dazu kostengünstiger als das System von Patenten.

*Anne Jung ist Gesundheitsreferentin bei der Hilfs- und Menschenrechtsorganisation medico international und leitet dort die Öffentlichkeitsabteilung. Gemeinsam mit Partner*innen aus dem globalen Süden hat medico den Aufruf »Patente töten« lanciert.*

(Quelle: Der Text ist zuerst erschienen im ak vom 20.04.2021. <https://www.akweb.de/ausgaben/670/initiative-covax-internationale-hilfe-corona-impfstoff-beschaffung/> – Anne Jung hat ihn für uns leicht überarbeitet und aktualisiert.)

#unteilbar solidarisch – gerade jetzt! Für eine gerechte und solidarische Gesellschaft!

Der vdä unterstützt den Aufruf zur #unteilbar-Demonstration am 4. September 2021 in Berlin

Die politischen und gesellschaftlichen Missstände haben sich im vergangenen Jahr dramatisch zugespitzt. Weltweit wurde mit der Pandemie offensichtlich, was gesellschaftlich falsch läuft. Auch in Deutschland sind immer mehr Menschen von Armut betroffen oder haben Existenzängste. Gleichzeitig werden die Auswirkungen des Klimawandels immer bedrohlicher. Während Menschenfeindlichkeit und Rassismus vermehrt Zustimmung finden, sterben täglich Menschen an den EU-Außengrenzen.

Gerade jetzt ist der Moment, um #unteilbar auf die Straße zu gehen: Stoppen wir die soziale Spaltung der Gesellschaft und die Verschärfung der Klimakrise! Streiten wir für eine Gesellschaft, in der alle Menschen ohne Angst selbstbestimmt leben können und in der das Wohl *aller* im Mittelpunkt steht! Im Vorfeld der Wahlen machen wir unmissverständlich klar: Wir lassen nicht zu, dass soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte und Klimaschutz gegeneinander ausgespielt werden.

So kann es nicht weitergehen.

In der Coronakrise wird der Abstand zwischen Wohlstand und Armut noch größer. Menschen im Niedriglohnbereich, in prekärer Beschäftigung und ohne Einkommen werden nicht nur sozial und wirtschaftlich härter von der Krise getroffen. Sie haben auch ein deutlich erhöhtes Risiko, schwer an Covid 19 zu erkranken. Derweil steigen Mieten ungebremst. Viele Menschen müssen in zu kleinen Wohnungen oder in Gemeinschaftsunterkünften wohnen. Geflüchtete müssen in Lagern leben. Arbeitsmigrant*innen, etwa in der Fleischindustrie oder in der häuslichen Pflege, arbeiten oft jenseits aller sozialen Standards. Der große

Personal-mangel im Gesundheits- und Pflegebereich und, damit verbunden, die nicht hinnehmbaren Arbeitsbedingungen sind Folgen jahrzehntelanger Kommerzialisierung. Und es sind vor allem Frauen, die die Krise mit bezahlter und unbezahlter Sorge-Arbeit abfedern. Die Auswirkungen dieser Politik sind für uns alle spürbar: Sie verstärkt Ungleichheit und spaltet unsere Gesellschaft. Rassistische, antifeministische und antisemitische Gewalt nehmen zu.

Die wachsende Ungleichheit zeigt sich auch auf internationaler Ebene: Statt Impfstoffe zu globalen öffentlichen Gütern zu machen – wie im letzten Jahr versprochen –, haben sich die reichsten Länder den Löwenanteil gesichert und die Patente bleiben in den Händen weniger Großunternehmen. Obwohl der Klimawandel ungebrochen voranschreitet, wird der dringend notwendige sozial-ökologische Umbau nationaler Egoismen und kurzfristigen Profitinteressen geopfert.

Wir fordern andere politische Prioritäten:

- Wir wollen eine Gesellschaft ohne Armut, in der die Grundbedürfnisse aller Menschen gesichert sind. Menschenwürdige Arbeits- und Lebensbedingungen, Bildung, Gesundheitsversorgung und Wohnraum dürfen nicht dem Markt überlassen werden!
- Wir wollen eine Politik, bei der diejenigen, die Reichtum angehäuft haben, die Kosten der Krise tragen. Für eine Umverteilung von oben nach unten!
- Wir wollen eine Demokratie, die für alle da ist und die von allen mitgestaltet werden kann. Für eine ge-



schlechtergerechte, antirassistische und inklusive Gesellschaft, an der alle gleichermaßen teilhaben können und die allen Kindern ein kindgerechtes Aufwachsen ermöglicht!

- Wir kämpfen gegen strukturellen Rassismus und jegliche Zusammenarbeit mit der extremen Rechten und stehen für einen gesellschaftlichen Antifaschismus – im Osten wie im Westen. Wir schließen die Reihen gegen Rassismus, Antisemitismus, antimuslimischen Rassismus und Antifeminismus!
- Wir setzen uns ein für die Menschenrechte aller, für das Recht auf Schutz und Asyl und für eine gerechte Bewältigung der Klimakrise – vor Ort und weltweit. Menschenrechte sind #unteilbar!
- Wir fordern einen weltweit gerechten Zugang zu COVID 19-Impfstoffen!

Für einen demokratischen Aufbruch der Vielen!

Wir kommen aus antirassistischen Gruppen, der Krankenhaus- und Care-Bewegung, Mieter*innen-Initiativen, Menschenrechtsorganisationen, aus antifaschistischen Gruppen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, netzpolitischen Organisationen, der Anti-Kriegs-Bewegung und der Klimabewegung. Wir sind religiös oder nicht, BIPOC und Weiße, mit und ohne Migrationsgeschichte, jung und alt, mit oder ohne Behinderung, haben unterschiedliche Geschlechter und sexuelle Orientierungen. Gemeinsam gehen wir am 4. September 2021 in Berlin auf die Straße: #unteilbar für eine gerechte und solidarische Gesellschaft – gerade jetzt!

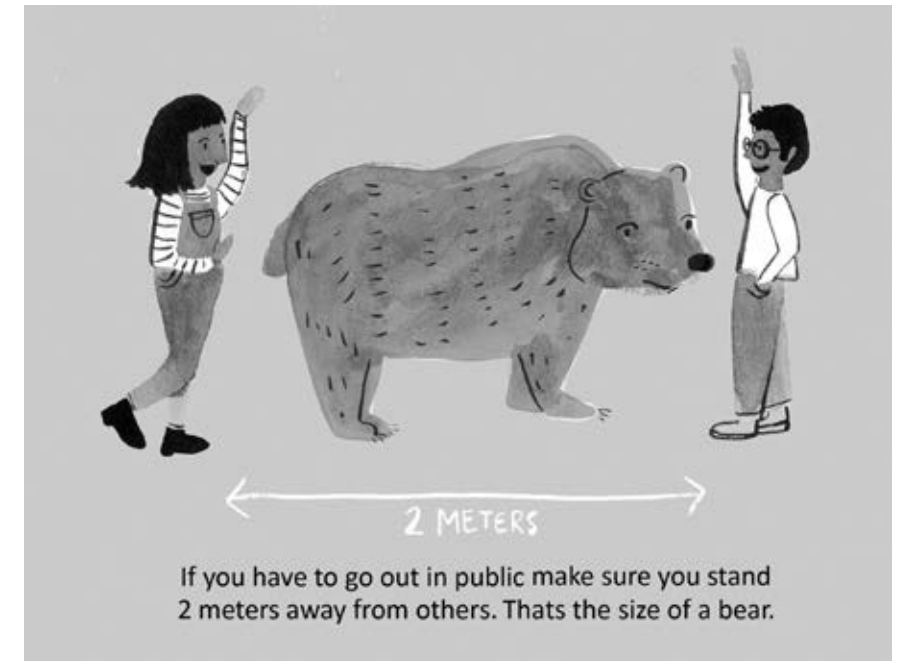
Hier kann man den Aufruf unterzeichnen: <https://www.unteilbar.org/berlin-demo-2021/>

This is not Disneyland

Während sich Griechenland auf die Urlaubssaison vorbereitet und Geschäfte und Restaurants nach und nach wieder öffnen, verschlimmert sich die Situation der Geflüchteten in den Lagern. Im Nachfolgelager von Moria auf Lesbos ist die Zahl der Corona-Infizierten zuletzt stark angestiegen. Über hundert Menschen sind in Quarantäne. Dass sich Mitarbeiter*innen von Hilfsorganisationen vor diesem Hintergrund nicht an Hygieneregeln halten, empört die als Moria Corona Awareness Team und Moria White Helmets selbst organisierten Geflüchteten, die seit einem Jahr alles dafür tun, dass Corona sich nicht im Lager ausbreitet. Da außerhalb des Lagers kaum jemand von den steigenden Corona-Zahlen unter den Flüchtlingen Notiz zu nehmen scheint, wenden sie sich erneut mit einem Brief an die europäische Öffentlichkeit. Wir dokumentieren den offenen Brief, der zuerst von medico international veröffentlicht wurde.

■ Offener Brief an alle Bürgerinnen und Bürger Europas,

Sie können es wahrscheinlich nicht mehr hören, aber da kaum jemand etwas darüber schreibt, wenden wir uns direkt an die Öffentlichkeit. Wir möchten mit diesem Brief darauf aufmerksam machen, dass die bedrohliche Covid-19-Situation im Lager nicht vorbei ist, sondern im Gegenteil eskaliert: Alles,



wovon wir vor einem Jahr gewarnt haben, scheint nun Realität zu werden! Die Menschen sind sehr verängstigt deswegen. Das letzte Mal, als wir viele Fälle von Covid-19 im Lager hatten, brannte das Lager bald darauf ab. Alles, was in der Nacht des Brandes und in den Wochen danach passierte, brachte uns in eine noch schlimmere Situation.

Während Griechenland nun seine Grenzen für die beginnende Urlaubssaison öffnet und Restaurants und Geschäfte Touristinnen und Touristen willkommen heißen, verschlechtert sich unsere Situation im Lager zusehends. Immer mehr Menschen werden positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Mehr als hundert sind in Quarantäne.

Covid-19 geht mit vielen negativen Begleiterscheinungen einher. Nicht nur, dass Menschen krank werden und möglicherweise daran sterben, oder dass es zu wenige Krankenhausbetten, Personal und Ausstattung für die Behandlung gibt: Im Dezember letzten Jahres wurde ein Bericht veröffentlicht, der besagt, dass jede:r dritte Geflüchtete auf Lesbos Selbstmordgedanken hat und jede:r fünfte schon einmal versucht hat, sich umzubrin-

gen. Auch das ist eine Folge von Covid-19. Wegen Covid-19 dürfen wir seit letztem Jahr nur noch an bestimmten Tagen aus dem Lager raus. Deshalb können wir keine Angebote von Hilfsorganisation wahrnehmen und auch nicht einfach in einen Laden gehen, um Lebensmittel oder etwas anderes zu kaufen.

Die gesamte informelle Bildung im Lager wurde bis auf Weiteres ausgesetzt, so dass unsere Kinder keine Möglichkeit haben, etwas zu lernen. Mit dem wärmer werdenden Wetter sind unsere Zelte voller Insekten und es kommen mehr und mehr Schlangen. Die Essenssituation ist auch nicht gut, aber wir können uns nichts anderes besorgen und sind daher noch stärker als zuvor von der Essensausgabe im Lager abhängig. Und dieses Essen ist schlecht, oft ist es nicht richtig gekocht und wir müssen es halbgar essen. Außerdem bekommen wir zu wenig. Manchmal ist das Essen sogar verdorben – manche haben durch den Verzehr eine Lebensmittelvergiftung bekommen! Alles in allem sind die Menschen gezwungen, die meiste Zeit innerhalb des Lagerzauns zu verbringen, abhängig von so vielen Din-



gen, die nicht gut sind. Viele beginnen zu vergessen, wie das Leben außerhalb des Lagers ist. Diese Situation verschlimmert die mentalen Gesundheitsprobleme.

Was wir vor diesem Hintergrund nicht verstehen können ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von mehreren NGOs, die eigentlich ein Vorbild für alle sein sollten, ohne Maske und ohne Abstand im Lager herumlaufen. Manche posten sogar Bilder in den sozialen Medien, auf denen das zu sehen ist. Im Laufe des letzten Jahres haben sie trotz all unserer Warnungen immer wieder gegen die Vorschriften zum Schutz vor Corona verstoßen. Wir haben von mehreren NGOs gehört, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammen gefeiert haben, als Lesbos im tiefroten Lockdown war, und einige von ihnen haben das Lager nach ihrer Ankunft auf Lesbos ohne Quarantäne betreten, manche haben sogar im Lager übernachtet.

■ Sorry, aber das ist nicht Disneyland!

Gute Absichten legitimieren nicht jedes Verhalten. Gerade während der Pandemie hat Ihr Verhalten möglicherweise sogar negative Auswirkungen auf uns und auf die griechische Bevölkerung. Wenn Sie wirklich hier sind, um uns zu helfen, dann hören Sie bitte, was wir sagen, denn wir sind unmittelbar betroffen. Wir tun, was wir können, aber alle müssen kooperieren, damit wir das durchstehen. Las-

sen Sie uns Ihnen helfen, uns zu helfen!

Das Ergebnis davon, dass NGOs die Maßnahmen zur Covid-19-Prävention nicht respektieren, ist, dass viele Geflüchtete denken, die Maßnahmen seien nicht wichtig, das Coronavirus gebe es vielleicht gar nicht und Covid-19 sei für sie nicht gefährlich. Dann tragen sie auch keine Masken und halten keinen Abstand. Und wenn sie krank werden, verstehen sie nicht, warum sie in Quarantäne müssen. Das ist ein Teufelskreis für alle Beteiligten. Wir haben über ein Jahr lang getan, was wir konnten, um im Lager über Corona aufzuklären und den Leuten beizubringen, wie sie sich und andere schützen können. Was sollen wir jetzt tun?

Wir versuchen, friedlich zu bleiben und zu kooperieren, aber das geht nur, wenn unsere Lebensbedingungen verbessert werden. Bitte verstehen Sie: Wir bitten um nichts, was uns nicht zusteht, aber unsere Situation ist sehr schlecht. Wir brauchen sofortige Anstrengungen, um die Probleme im Lager zu lösen, damit es nicht zu erneut zu einer Explosion kommt!

In den letzten Wochen haben viele Menschen gegen die Zustände demonstriert. Die Menschen sind völlig erschöpft und hoffnungslos. Das Versprechen, das uns von griechischen Politikerinnen und Politikern und von der EU gegeben wurde, war: Nie wieder Moria. Mit diesem Brief wollen wir Sie an dieses Versprechen erinnern. Denn wir, die Geflüchteten, sind immer noch hier auf Lesbos und unsere

Situation droht, wieder sehr schlimm zu werden. Deshalb rufen wir dazu auf:

1. An das Personal und die Freiwilligen von Hilfsorganisationen: Nehmen Sie die Covid-19-Prävention ernst, wenn Sie nach Lesbos kommen und Geflüchteten helfen wollen! Sie sind gute Vorbilder der Covid-19-Prävention,

- wenn Sie Masken tragen und Abstand halten,
- wenn Sie das Lager nur mit einem negativen Testergebnis betreten,
- wenn Sie die Anzahl von Personal und Freiwilligen im Lager reduzieren.

2. An alle anderen: Unsere Stimmen werden in der EU nicht ernst genommen und unsere Warnungen nicht gehört. Bitte leiten Sie daher unsere Forderungen an die Europäische Union weiter. Niemand soll sagen können, er oder sie wisse von nichts. Was es jetzt braucht, sind wirksame Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie unter den Geflüchteten. Dazu ist eine Kooperation aller Verantwortlichen dringend geboten. Wir sind gerne bereit mitzuwirken bei allem, was uns hilft, uns selbst zu helfen.

*Moria Corona Awareness Team,
Moria White Helmets*

(Der Text ist zuerst auf der Homepage von medico international erschienen: <https://www.medico.de/this-is-not-disneyland-18199>)

Keine faire Landarbeit

Michael Baumgarten und Janna Wichern über Coronaschutz in der landwirtschaftlichen Saisonarbeit

Ganz ähnlich wie bei der Krankenpflege ist es auch bei der Saisonarbeit in der Landwirtschaft. Die Misere war vor der Pandemie bekannt: Wer wollte, konnte wissen, wie prekär die Arbeitsbedingungen der meist osteuropäischen Saisonkräfte ist. Aber dann schmeckt halt der Spargel bitter... Michael Baumgarten und Janna Wichern berichten über Erfahrungen der Initiative Faire Landarbeit in Zeiten der Pandemie. In der nun schon zweiten Pandemie-Ernte-Saison hat sich nicht viel geändert.

Seit 2020 steht die Saisonarbeit in der deutschen Landwirtschaft unter verstärkter öffentlicher Beobachtung. Das massenhafte Einfliegen von Saisonbeschäftigten in Mitten des ersten Lockdowns hatte die Bedeutung der Saisonbeschäftigten für die deutsche Landwirtschaft sichtbar gemacht. Die erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit führte dazu, dass der schlechte Umgang einiger Arbeitgeber*innen mit den Saisonbeschäftigten vermehrt diskutiert wurde. Wöchentlich war in den Medien von Betrieben mit katastrophalen Zuständen zu hören. Ein Betriebsinhaber aus Norddeutschland scheute sich nicht davor, zur besten Sendezeit kundzutun, dass er selbstverständlich die Pässe der Beschäftigten einbehalte, um zu verhindern, dass sie den Betrieb verlassen.

Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass es auch um den Sozialschutz der Saisonbeschäftigten häufig nicht gut gestellt ist. Die meisten Saisonbeschäftigten werden im Rahmen der kurzfristigen Beschäftigung auf deutschen Feldern tätig. Das bedeutet, dass sie beitragsfrei in allen Zweigen der deutschen Sozialversicherung sind. Dieses Konstrukt lässt sich nur durch eine äußerst großzügige Auslegung bestehender Standards und eine sehr oberflächliche Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen aufrechterhalten. Trotzdem wurde durch den Druck landwirtschaftlicher Interessenverbände, die maximale Dauer der kurzfristigen Beschäftigung von 70 auf 115 Tage in 2020 und auf 102 Tage in 2021 noch erheblich ausgedehnt. Faktisch bedeutet das, dass

viele Beschäftigte auf den deutschen Feldern keinen Krankenversicherungsschutz genießen, weil es Arbeitgeber*innen freigestellt ist, ob sie für die Beschäftigten eine private Krankenversicherung abschließen oder nicht. Diese privaten Krankenversicherungen werden den Betrieben von verschiedenen Versicherungsgesellschaften angeboten. Der Preis liegt bei etwa 50 € für einen Zeitraum von drei Monaten. Wenn Leistungen in Anspruch genommen werden, werden die Saisonbeschäftigten als Privatpatienten behandelt. Ob diese Versicherungen in der Praxis reibungslos funktionieren und ob sie eine ähnliche Absicherung am

Arbeitsplatz bieten wie bei der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Versicherung, darf bezweifelt werden. Allem Anschein nach handelt es sich eher um eine Art Reiseversicherung.

Verschiedene Medienberichte sowie interne Berichte aus den Beratungsstellen für Beschäftigte aus Mittel- und Osteuropa werfen darüber hinaus ein Schlaglicht auf den Umgang mit Krankheit in einigen Betrieben. Da ist das Beispiel einer ukrainischen Studierenden, die 2018 trotz starker Schmerzen in der Brust nicht zu einer* Ärzt*in gebracht wird. Sie starb auf dem Weg ins Krankenhaus – sie wurde von einem Mitarbeiter des Betriebs ge-



Leseempfehlung:

Ökonomie und Medizin

Kai-Uwe Helmers: Ökonomie und Medizin. Zur Entwicklung des Gesundheitssystems unter besonderer Berücksichtigung der gegenwärtigen politischen Ökonomie, hg. von vdää und Solidarisches Gesundheitswesen e.V., Frankfurt 2021, Broschüre DIN A 4, 38 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 vdää, 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 vdää-Regionalgruppe Hamburg, über »Ökonomie und Medizin« eröffnet das Solidarische Gesundheitswesen e.V. in Kooperation mit dem vdää 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.vdaae.de/images/Helmers-Medizin_und_Oekonomie-2021.pdf und bei der Geschäftsstelle und bei Kai-Uwe gegen einen Selbstkostenbeitrag erhältlich.



fahren, ein Krankenwagen wurde nicht verständigt, wie die taz im Sommer 2020 recherchierte. Ebenfalls 2018 meldete sich ein rumänischer Beschäftigter bei der Beratungsstelle des *Europäischen Vereins für Wanderarbeiterfragen e.V. (EVW)* in Frankfurt am Main. Er berichtete davon, dass es ihm bei der Arbeit auf dem Feld nicht gut gegangen sei und er deshalb ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Am Ende habe sein Arbeitgeber ihm die Kosten für die Behandlung vom Lohn abziehen wollen. Er war nicht krankenversichert. In einem aktuellen Fall, von dem Faire Mobilität berichtet, hatte sich ein Saisonbeschäftigter aus Rumänien bei der Arbeit an der Hand verletzt. Es stellte sich heraus, dass sein Arbeitgeber ihn ebenfalls nicht bei der Krankenversicherung angemeldet hatte. Da es sich um einen Arbeitsunfall handelt, wäre ohnehin die *Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)* als Berufsgenossenschaft zuständig gewesen. Hier scheute sich der Arbeitgeber aber den Arbeitsunfall zu melden, obwohl der behandelnde Arzt in seinem Bericht eindeutig erwähnt, dass es sich um einen Arbeitsunfall handelte. Vermutlich wollte der Arbeitgeber verhindern, dass er für einen Verstoß gegen grundlegende Meldefristen belangt wird.

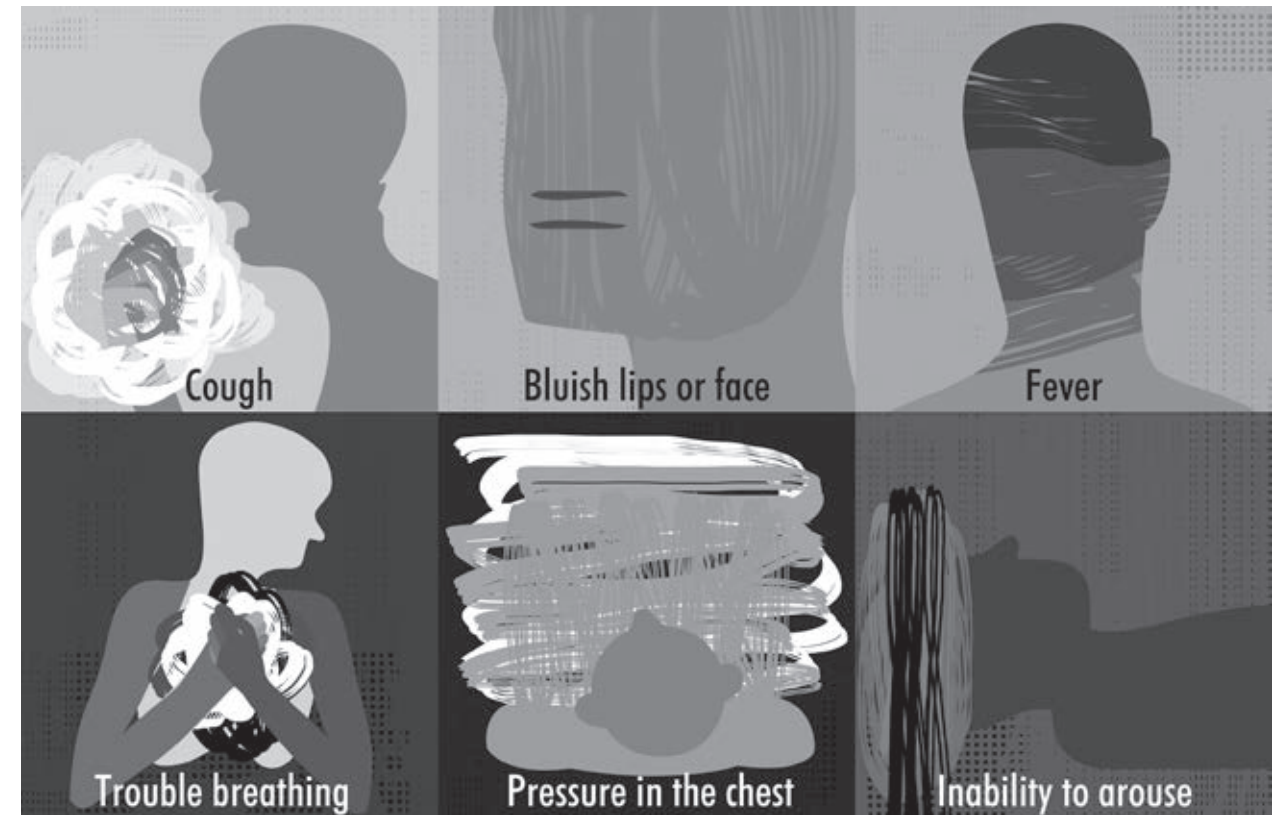
Welche Folgen dieser betriebliche Umgang mit Krankheit in der Corona-Pandemie haben kann, zeigt der Fall des Rumänen Nicolae B., der im April 2020 in einem Betrieb in Baden-Württemberg verstarb. Der Fall ist im April 2020 unter anderem von der *Zeit* und vom *Spiegel* dokumentiert worden. Untersuchungen ergaben, dass er sich mit Corona infiziert hatte. Laut Bericht habe er sich mehrere Tage mit Erkältungssymptomen auf seinem Zimmer in der Unterkunft ausgeruht. Nach vier Tagen verstarb er. Trotz eindeutiger Symptome hatte er bis dahin keinen Arzt gesehen.

Daran, dass es Betriebe gibt, in denen der Profit vor dem Wohl der Beschäftigten steht, hat sich also auch unter Corona nichts geändert. Das zeigt auch die betriebliche Umsetzung der Schutzmaßnahmen. Oberflächlich werden die Maßnahmen, deren Einhaltung durch die Prüfbehörden leicht zu

kontrollieren sind, umgesetzt. Dazu gehört es, dass die Maximalbelegung der Zimmer in den Unterkünften in der Regel eingehalten wird. Maßnahmen hingegen, deren Kontrolle durch staatliche Behörden nicht so einfach ist, werden vielfach ignoriert: So zeigen zahlreiche Medienbeiträge Bilder von vollbesetzten Bussen, die die Beschäftigten zu den Feldern fahren. Rumänische Beschäftigte und ukrainische Studierende eines Gurkenbetriebes im Spreewald berichteten einem Team der IFL, dass sie pro Monat nur zwei Schutzmasken bekämen. Davon zeugten die verstaubten und kaputten Masken, die die Beschäftigten beim abendlichen Einkauf trugen.

Zu beobachten ist auch die Tendenz, die höheren Kosten der Betriebe, die durch die Umsetzung der Quarantänemaßnahmen verursacht werden, an die Beschäftigten weiterzugeben. So gab es im Jahr 2020 u.a. übereinstimmende Berichte darüber, dass Beschäftigten, die im Rahmen der vom Bauernverband initiierten und organisierten Luftbrücke mit dem Flugzeug nach Deutschland kamen, diese Kosten vom Lohn abgezogen wurden. Ein Fall, der im Bericht der IFL aus 2020 dokumentiert ist, zeigt außerdem, wie rumänische Saisonbeschäftigte jenseits der Belastungsgrenze arbeiten mussten, um die Corona bedingte Ernteverzögerung aufzuholen und die Personalknappheit auszugleichen. Die Beschäftigten arbeiteten bis zu 14 Stunden am Tag. Sie kündigten vorzeitig und wollten nach Rumänien abreisen. Nur dem gemeinsamen Handeln von Saisonbeschäftigten, IG BAU und Beratungsstellen ist es zu verdanken, dass sie den ihnen zustehenden Lohn vom Arbeitgeber bekommen haben.

Welche Folgen ein Ausbruch des Coronavirus für Beschäftigte haben kann, wurde zu Beginn der Erntesaison 2021 deutlich. Im niedersächsischen Betrieb Thiermann GmbH & Co. KG bricht Ende April unter den polnischen und rumänischen Saisonbeschäftigten Corona aus. Innerhalb kurzer Zeit stecken sich 130 Beschäftigte an, wie unter anderem die taz berichtet. Die Erkrankten kamen in Quarantäne, für den Rest der Beschäftigten wird Arbeitsquarantäne verhängt.



Das hieß, dass sie sich nur noch zum Arbeiten aus den Unterkünften entfernen durften. Ein Ausbruch, der möglicherweise hätte verhindert werden können. Im Artikel der taz gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass die betrieblichen Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten nicht ausreichend waren, so wurden unter anderem Personen immer wieder in unterschiedlichen Arbeitsgruppen eingesetzt.

Vielfach werden die Kolleg*innen der IFL gefragt, ob sich an den Arbeits- und Lebensbedingungen der Saisonbeschäftigten etwas verbessert habe, seit es ein vermehrtes Interesse an deren Lebensrealität gibt. Schließlich gab es in der Fleischindustrie nach zahlreichen Skandalen ein erkennbares Bemühen der Politik, eine stärkere arbeitsrechtliche Regulierung durchzusetzen. Hierzu muss gesagt werden, dass Saisonbeschäftigte in sehr vielen landwirtschaftlichen Betrieben auf sehr gute Lebens- und Arbeitsbedingungen treffen. Ein flächendeckendes Phänomen der extremen Arbeitsausbeutung wie es in den Subunternehmen der Fleischindustrie zu verzeichnen ist, gibt es in der Form in der Landwirtschaft in Deutschland nicht. Das Problem in der Landwirtschaft besteht eher darin, dass durch die Verbände der Arbeitgeber*innen verbind-

liche Regelungen behindert werden und Kontrollen zur Durchsetzung bestehender Regeln selten und ineffizient sind. Dadurch obliegt es letztlich der Moral der Betriebsinhaber*innen, ob sie sich an die Regeln halten oder ihren Profit zu Ungunsten der Beschäftigten ausdehnen. Angesichts des starken Preisdrucks eine gefährliche Konstellation – insbesondere für den betrieblichen Arbeits- und Gesund-

heitsschutz, denn der ist in diesen Tagen teuer. Die IG BAU fordert daher verbindliche Regelungen. Dazu gehören die Einschränkungen der kurzfristigen Beschäftigung und eine generelle Krankenversicherungspflicht für die Betriebe sowie die Unterbringung der Beschäftigten in Einzelzimmern.

Michael Baumgarten und Janna Wichern arbeiten beim PECO-Institut e.V..

Initiative Faire Landarbeit

Das PECO-Institut e.V. (PECO) ist ein Bildungsträger der Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt (IG BAU). In dem über 20-jährigen Bestehen von PECO haben die Saisonbeschäftigten aus Mittel- und Osteuropa in der deutschen Landwirtschaft immer eine wichtige Rolle gespielt. Vor einigen Jahren wurde auf Initiative einer Kollegin von PECO und einer Kollegin der IG BAU die Initiative Faire Landarbeit (IFL) ins Leben gerufen. Ziel war es zunächst, die Arbeit der vielen lokalen Gruppen zu koordinieren, die in unterschiedlichen Regionen Deutschlands Informationskampagnen für die Saisonbeschäftigten durchführen. Mittlerweile wird die IFL von über 10 Gruppen getragen. An ihren Aktionen beteiligen sich Gewerkschaftsfunktionär*innen, Berater*innen der Beratungsstellen für mobile Beschäftigte und viele Einzelpersonen. In fast allen Regionen Deutschlands können mittlerweile direkte Gespräche mit den Saisonbeschäftigten geführt werden und jährlich werden über 10.000 Flyer mit Informationen zur Entlohnung, Arbeitszeiten, Arbeitsschutz und Krankenversicherung in den relevanten Sprachen verteilt. Darüber hinaus gibt die Initiative jährlich einen Bericht über die Erfahrungen in der aktuellen Saison heraus. Die Berichte der letzten Jahre sind auf der Website von PECO zu finden: <https://www.peco-ev.de/>

Verschärfte Normalität im Ausnahmezustand

Sarah Schilliger über transnationale Care-Arbeit in Privathaushalten in Zeiten von COVID-19

Sarah Schilliger beschreibt hier am Beispiel der Schweiz, wie in den transnationalen Betreuungsarrangements die Logik eines Arbeitsvertrags kontrastiert und konterkariert wird durch die Logik der häuslichen Sphäre, in der familiäre Normen wie die uneingeschränkte Verfügbarkeit und der Aspekt der unbezahlten »Arbeit aus Liebe« gelten. Der Text erschien zuerst im 2021 im Blog der deutschen Gesellschaft für Soziologie. Wir danken der Autorin, dass wir die ungekürzte Fassung hier veröffentlichen können.

Wenn COVID-19 etwas aufgedeckt hat, dann ist es die Fragilität des kollabierenden Gesundheits- und Pflegesystems. Das Virus wirft ein Licht auf die unterfinanzierte Care-Infrastruktur, den Mangel an Personal in Spitälern und Pflegeheimen und auf die belastenden und häufig prekären Arbeitsbedingungen von jenen Menschen, die lebensrelevante Care-Arbeit leisten. Ein weiterer Aspekt, der uns im Zuge der Corona-Krise deutlich vor Augen geführt wurde: Die Abhängigkeit unseres Gesundheits- und Pflegesystems von migrantischen Care-Arbeiter*innen. In der Schweiz, wo laut OECD 47 Prozent der Ärzt*innen nicht in der Schweiz geboren sind und wo auch beim Pflegepersonal der Migrationsanteil überdurchschnittlich hoch ist, wurde deutlich, dass die Intensivstationen ohne Migrant*innen nicht funktionieren würden. Das Gesundheitssystem beruht zu einem hohen Prozentsatz auf zugewanderten Arbeitskräften und ausländischem Fachwissen – ohne sie wäre die Corona-Pandemie gar nicht zu bewältigen.

Am unmittelbarsten zeigte sich in den letzten Monaten die Abhängigkeit von migrantischen Care-Arbeiterinnen jedoch im Bereich der Senioren-Betreuung in Privathaushalten (der sog. 24h-Betreuung). Die Live-in-Betreuer*innen – allermeist sind es Frauen – betreuen ältere Menschen in deren Privathaushalt, wo sie gleichzeitig

auch wohnen. Oft arbeiten sie rund um die Uhr auf Abruf. Zwischen ihren mehrwöchigen Arbeitseinsätzen reisen sie in der Regel zurück in ihr Herkunftsland – nach Polen, Ungarn, Rumänien oder in die Slowakei. Häufig kommen die Care-Arbeiterinnen über profitorientierte und transnational agierende Vermittlungs- und Verleih-Agenturen nach Deutschland, Österreich und in die Schweiz. Mit ein paar Mausklicks kann heute ein transnationales Care-Arrangement organisiert werden.

■ Breakdown im Lockdown

Normalerweise bleiben transnationalen Care-Arbeiterinnen unsichtbar und von staatlicher Seite kaum anerkannt, auch wenn ihre Arbeit für das Pflegesystem in der Schweiz – und noch deutlicher in Deutschland und Österreich – unverzichtbar geworden ist. Im vergangenen Frühling drohte diese Care-Ressource auf einen Schlag wegzufallen. Und es zeigte sich einmal mehr: Care-Arbeit gerät erst dann ins gesellschaftliche Bewusstsein, wenn sie *nicht* mehr selbstverständlich geleistet wird. Während des Lockdowns im Frühling kam das etablierte Pendelmigrationssystem und damit die transnationale Mobilität der Live-in-Betreuerinnen zeitweilig ganz zum Erliegen. Weil Grenzen abrupt geschlossen wurden und Verkehrsverbindungen unter-

brochen waren, konnten Care-Arbeiterinnen ihren Arbeitseinsatz nicht antreten.

In zahlreichen Haushalten von Senior*innen fiel damit die geplante Ablösung für die Betreuerin aus. Agenturen und Familien versuchten, die zu der Zeit in der Schweiz anwesenden Care-Arbeiterinnen zu überzeugen, an Ostern nicht nach Hause zu fahren, sondern ihren Arbeitseinsatz zu verlängern. Viele leisteten dem Folge – da unklar war, wann sie wieder in die Schweiz zu ihrem Arbeitsplatz zurückkommen können, aber auch wegen den Quarantäne-Auflagen im Herkunftsland (teilweise mit Unterbringung in Kasernen oder unter Polizeiaufsicht) oder aufgrund der beschwerlichen und gesundheitlich riskanten Reise (meist in engen Kleinbussen).

Gleichzeitig fühlten sich viele Care-Arbeiterinnen auch moralisch verpflichtet, in der Schweiz zu bleiben. »Sie wollen die Person, die sie betreuen, in dieser Situation nicht im Stich lassen«, sagt Barbara Metelska. Die ausgebildete Psychologin aus Polen, die selber jahrelang in Schweizer Haushalten gearbeitet hat und im gewerkschaftlichen Netzwerk Respekt@vpod aktiv ist, hat mit vielen Betreuerinnen über ihre Situation während der Corona-Krise geredet und kennt deren Sorgen. Die Ungewissheit, wie lange diese Situation andauern würde, hätte viele belastet: »Die Betreuerinnen

wissen nicht, wann sie ihre Familie wiedersehen können. Sie möchten in dieser Krisenzeit lieber zu Hause bei ihren Liebsten sein.«

■ Grenzerfahrungen

Zwar waren die Grenzen für die dringend benötigten osteuropäischen Arbeitskräfte im Care-Sektor (wie auch für die Ernte-Arbeiter*innen während der Spargelsaison) bereits im Frühling wieder offen – zumindest für jene, die eine gültige Arbeitsbewilligung oder Meldebescheinigung vorweisen konnten. Doch blieb das Reisen beschwerlich. Eine Care-Arbeiterin erzählt, dass sie die Grenzübertritte an die Zeit vor der EU-Personenfreizügigkeit erinnert hätten – mit langen Wartezeiten, Fussmärschen über die Grenze und verbunden mit einer grossen Anspannung und Unsicherheit.

Als im Herbst die Corona-Zahlen in vielen osteuropäischen dramatisch anstiegen, hat sich insbesondere die Quarantäne-Situation nochmals verschärft. Kurz vor Weihnachten teilte der Schweizer Bundesrat mit, dass alle Einreisenden aus Ungarn und Polen nach der Einreise in eine zehntägige Quarantäne müssten – eine kaum umsetzbare Option für die Care-Arbeiterinnen, die in der Schweiz keine eigene Wohnung haben, sondern im Haushalt der pflegebedürftigen Personen leben. Damit wiederholte sich für einige Frauen die Situation vom Frühling und sie blieben auch an Weihnachten weg von ihren eigenen Familien. Erst mit einiger Verspätung meldeten die Behörden auf Anfrage, dass Care-Arbeiterinnen in Privathaushalten von der Quarantänepflicht ausgenommen seien, da »ihre Einreise beruflich erforderlich« sei. Gleichzeitig wurde unterstrichen »möglichst auf Kontakte mit der hiesigen Bevölkerung« zu verzichten.

■ Ausnahmezustand als Normalität

Eine von ihnen ist Edyta Wiczorek (Name geändert). Die 60-jährige Frau aus Schlesien wirkt erschöpft, als ich sie kurz vor Weihnachten in einem kleinen Dorf nahe Bern zu einem Spaziergang treffe. Schon viele Jahre be-

If you are experiencing violence during COVID-19:



Reach out to supportive family, friends or neighbours



Call a hotline or access information online if possible



Seek out local services for survivors



treut die ehemalige Notaufnahme-Pflegerin hier die bald 100-jährige Frau Felber in ihrem Zuhause. Seit August ist Edyta Wiczorek ohne Unterbruch im Einsatz. Eigentlich wäre längst eine ärztliche Kontrolle in ihrer Heimat nötig, da ihr Blutdruck zu hoch ist. Aber unter den aktuellen Umständen hat auch sie – die vierfache Mutter und sechsfache Grossmutter – sich schweren Herzens entschieden, nicht nach Hause zu fahren und Weihnachten ohne Familie zu verbringen. »Und so leiste ich halt weiterhin systemrelevante Arbeit«, sagt Edyta Wiczorek mir bei unserem Treffen mit einem Augenzwinkern.

Systemrelevanz – laut Nicole Mayer-Ahuja und Richard Detje bedeutet dies vor allem, dass »der Zugriff auf deren Arbeitskraft im Lockdown ausgeweitet« wird: Längere Schichten, verkürzte Arbeitspausen, unbezahlte Überstunden. Bei Live-in-Care-Arbeiterinnen sind diese Kennzeichen keine Ausnahmesituation, sondern normaler Alltag – auch schon vor Corona. Von den Care-Arbeiterinnen wird flexible Abrufbereitschaft und permanente Anwesenheit erwartet, was dazu führt, dass sie kaum jemals Feierabend ein-

läuten können. Live-in Betreuerinnen haben sich dem Rhythmus und den Bedürfnissen der betreuten Person anzupassen. Auch die Entgrenzung der Arbeit – ein Stichwort, das in sozialwissenschaftlichen Diagnosen zu Arbeit unter Corona oft fällt – ist für Care-Arbeiterinnen in Privathaushalten nicht neu, die Linie zwischen Arbeit und Freizeit stets verwischt. Und »home« und »office« fallen bei ihrer Live-in-Beschäftigung immer schon wie selbstverständlich zusammen.

Bei Edyta Wiczorek steht im Arbeitsvertrag, dass sie 42 Stunden pro Woche arbeitet – tatsächlich ist sie wöchentlich rund 60 Stunden in Einsatz. Wenn es der Tochter von Frau Felber aufgrund ihrer psychischen Krankheit nicht gut geht, kümmert sie sich auch noch um sie. »Letzte Woche habe ich an meinem freien Tag eine Geburtstagstorte für die Tochter gebacken und ihren Hund spazieren geführt«, erzählt Edyta Wiczorek. Abends liest sie Frau Felber aus der Zeitung oder einem Buch vor – manchmal bis zehn Uhr abends. Für die eigene Lektüre oder das Telefonat mit der Familie zuhause bleibt häufig kaum Zeit übrig.

In diesen transnationalen Betreuungsarrangements wird die Logik des Arbeitsvertrags kontrastiert durch die Logik der häuslichen Sphäre, in der familiäre Normen wie die uneingeschränkte Verfügbarkeit der Hausfrau und der Aspekt der unbezahlten »Arbeit aus Liebe« wichtige Bezugsfiguren sind. Die personalisierten und häufig intimen Beziehungen zwischen den Betreuerinnen und den Menschen, um die sie sich kümmern, führen zudem häufig zu einem starken Gefühl der moralischen Verpflichtung und Verantwortung – vergleichbar mit dem, was die feministische Ökonomin Nancy Folbre das »prisoners of love dilemma« nennt. Lehnt die Care-Arbeiterin eine Aufgabe ab oder pocht auf ihre eigene Freizeit, kann dies als Liebesentzug und Distanzierung gewertet werden. Diese Situation macht sie besonders anfällig für Ausbeutung.

■ Verschärfte Ausbeutung während Corona

Die Grundproblematik von Live-in-Arbeitsverhältnissen, nämlich die fehlende Freizeit und die soziale Isolation im Haushalt, habe sich während der Corona-Krise verschärft, erläutert Barbara Metelska: »Einige Angehörige verbieten den Frauen, das Haus zu verlassen. Sie fürchten, dass sie das Virus mitbringen könnten. Das ist unmenschlich und rechtlich natürlich nicht zulässig.« In der aussergewöhnlichen Lage sind die Care-Arbeiterinnen nun erst recht sozial isoliert. Hinzu kommt, dass Angehörige, die bisher die Care-Arbeiterinnen am Wochenende abgelöst und Letzteren damit einen Ruhetag ermöglicht haben, nun teilweise fernbleiben. Sie wollen damit die Ansteckungsgefahr mindern. Aus dem gleichen Grund haben einzelne Haushalte auch die Ablösung durch die ambulante Pflege oder durch Freiwilligendienste wie dem Roten Kreuz unterbrochen. Für die betroffenen Betreuerinnen heisst dies nun, dass sie über Tage und Wochen fast pausenlos arbeiten. Viele sind in den letzten Wochen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gekommen.

Eine Entschädigung für die zusätzliche Mehrarbeit während der Coronakrise gab es in den wenigsten Fällen.



Edyta Wieczorek hat es immerhin geschafft, in den letzten Monaten einen 13. Monatslohn auszuhandeln, worauf sie sehr stolz ist. Barbara Metelska hofft, dass sich in der gegenwärtigen Situation für einige Care-Arbeiterinnen ein Gelegenheitsfenster auftut. Familien in der Schweiz erfahren beispielsweise gerade selbst, was es bedeutet, wochenlang die eigenen Angehörigen nicht mehr besuchen zu können – etwas, was für die Care-Arbeiterinnen Alltag ist. »Vielleicht blicken sie in Zukunft anders auf die Arbeit von Betreuerinnen«, meint Barbara Metelska.

■ Regulierte Irregularität

Auch wenn durchaus neue Aufmerksamkeitsfenster für die Situation der transnationalen Care-Arbeiterinnen auszumachen sind – diese Anerkennung übersetzt sich bisher nicht in bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne (was nicht nur für die Schweiz, sondern auch für Österreich und Deutschland gilt). Der Bundesrat hält weiterhin an dem Beschluss fest, dass bezahlte Hausarbeit nicht dem Schweizer Arbeitsgesetz unterstellt werden soll. Dessen Bestimmungen zu Arbeits- oder Ruhezeiten oder zum Gesundheitsschutz gelten für die Live-in-Betreuerkräfte deshalb nicht. Ihre Arbeit wird damit lediglich in unverbindlichen kantonalen Normalarbeitsverträgen geregelt – auch wenn dies die ILO-Konvention 189¹ für die Rechte der Hausarbeiter*innen

verletzt, die die Schweiz vor rund fünf Jahren ratifiziert hat.

Gleichzeitig fallen die Care-Arbeiterinnen in Privathaushalten durch die Maschen der staatlichen Corona-Rettungsschirme. Jene Betreuerinnen, die aufgrund der Reisebeschränkungen ihren Einsatz in der Schweiz nicht antreten können und im Herkunftsland stecken geblieben sind, stehen ohne Kurzarbeitsentschädigungen da und verlieren ihr Einkommen. Die verschärfte Ausbeutung der Care-Arbeiterinnen, die vielen unbezahlten Überstunden und Dauereinsätze, die Ansteckungsrisiken auf der Reise, das noch längere Wegsein von der eigenen Familie, die Einsamkeit, die fehlende soziale Sicherung der Einkommen – dies alles zeigt: Die Kosten der Corona-Krise werden im Fall der Live-in-Betreuer ins Private, d.h. auf die einzelnen Care-Arbeiterinnen übertragen, aber gleichzeitig auch transnational verschoben – in die Herkunftsländer im peripherisierten Osten.

Die deutsche Soziologin Christa Wichterich hat hierfür den prägnanten Begriff des »Sorgeextraktivismus«² geprägt. Damit bezeichnet sie ausbeuterische Strategien, um Krisen der sozialen Reproduktion kostengünstig zu überbrücken. Dazu gehören sowohl Rationalisierungsmassnahmen im Pflegebereich, bei der die Fürsorge-Logik torpediert und unbezahlte Arbeit extraktiviert wird, als auch Formen eines transnationalen Extraktivismus: Die Care-Krise in reicheren Ländern und

wohlhabenderen Haushalten wird um den Preis ihrer Auslagerung in ärmere Regionen entschärft und die Kosten werden dadurch externalisiert. Der transnationale Sorgeextraktivismus ist dabei als Teil einer »imperialen Lebensweise« zu verstehen, wie Ulrich Brand und Markus Wissen die Produktions- und Konsumformen der globalen Mittel- und Oberschichten zu Lasten anderer, natürlicher und menschlicher Ressourcen im Globalen Süden und in ärmeren Weltregionen nennen.

■ Care-Infrastruktur jenseits von Sorgeextraktivismus

Immerhin: Die COVID-19-Krise zeigt den Handlungsbedarf in dieser Branche deutlich auf. Ein zentraler Schritt hierbei ist die in den letzten Jahren in der Schweiz und seit kurzem auch in Österreich zu beobachtende Selbstorganisation von Live-in-Betreuerinnen. Das von polnischen Care-Arbeiterinnen gegründete basisgewerkschaftliche Netzwerk »Respekt@vpod« in Basel sowie die Organisation »DREPT« (rumänisch für »Recht«), die in Österreich rumänische Betreuerinnen versammelt, sind diesbezüglich wegweisende Beispiele: Beide Gruppen sind aus der Community heraus entstanden und stellen den Versuch dar, der Vereinzelung zu entkommen, die erlittene Not zu teilen und sich kollektiv zu ermächtigen. Mittels Infokampagnen über die ihnen zustehende Rechte, individuelle Beratung (in der Muttersprache), gegenseitige Unterstützung im Alltag und politischem Lobbying arbeiten die beiden Gruppen an besseren Bedingungen in der Live-in-Betreuer. Insbesondere der digitale Raum und der Austausch über Facebook- oder WhatsApp-Gruppen ist dabei ein wichtiges Mittel.

Die nun breiter geteilte Einsicht in die Systemrelevanz von Care sollte genutzt werden, um auf die ganz normale, nicht-pandemiegeprägte Prekarität im Alltag von Care-Arbeiterinnen hinzuweisen und eine stärkere Regulierung voranzutreiben. Gleichzeitig wird deutlich: Für eine echte Verbesserung der Alltagsrealitäten von Care-Arbeiterinnen in Privathaushalten

Governments can help protect women and their children from violence during COVID-19

Include violence against women essential services in COVID-19 emergency preparedness and response plans

Support hotlines, shelters and other specialized services to provide services in the context of COVID-19 prevention measures



gibt es keine einfachen Lösungen. Entscheidend sind letztlich die Ausgestaltung bzw. der Ausbau einer öffentlichen Care-Infrastruktur, mittels derer die ganze Bevölkerung Zugang zu qualitativ guten Diensten in der ambulanten Pflege, Betreuung und Haushaltshilfe bekommt. Care – als Sorge für sich, für andere, für die Umwelt – müsste in verschiedensten gesellschaftlichen Feldern ins Zentrum politischen Handelns gestellt werden – u.a. in der Sozialpolitik, der Arbeitsmarktpolitik, der Familienpolitik. Denn wie die Soziologin Paula-Irene Villa warnt: »Wenn weiterhin systemrelevante Tätigkeiten, Logiken und Leistungen derart vernachlässigt und derart paradox zugleich romantisiert und ausgebeutet werden, dann wird dies uns allen auf die Füße fallen – eher früher denn später.« Eine bedürfnisorientierte Post-Corona-Care-Infrastruktur ist nicht nur geschlechtergerechter, demokratischer und weniger marktzentriert, sondern macht auch nicht an nationalstaatlichen Grenzen Halt und überwindet die Reproduktion einer rassistischen Arbeitsteilung. Dabei soll garantiert werden, dass die Care-Bedürfnisse aller Menschen geachtet

werden, auch jener, die sich selber um Pflegebedürftige kümmern – und diejenigen ihrer Familien.

Dr. Sarah Schilliger ist Soziologin und Geschlechterforscherin, forscht an der Universität Bern und ist Lehrbeauftragte an der Universität Basel und im internationalen Masterstudiengang »Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession« in Berlin. Sie hat 2014 mit einer ethnographischen Studie zu transnationalen Care-Arrangements in Schweizer Privathaushalten promoviert.

*Ein Dank geht raus an die Initiative Care.Macht.Mehr (<https://care-macht-mehr.com/>), welche die ursprüngliche redaktionelle Arbeit an diesem Artikel geleistet hat. Care.Macht.Mehr hat sich 2010 mit dem Ziel gegründet, einen interdisziplinären und länderübergreifenden Austausch zu Care und Gender zu organisieren. Die Mitglieder des Initiativkreises sind Sozial- und Gesundheitswissenschaftler*innen aus der Schweiz, aus Österreich und Deutschland.*

- 1 Auch Deutschland hat die ILO-Konvention 189 ratifiziert, Österreich hingegen bisher nicht.
- 2 Siehe dazu Christa Wichterich: Der prekäre Care-Kapitalismus – Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung, in *Gesundheit braucht Politik*, Nr. 3/2019, <https://gbp.vdaee.de/index.php/180-2013/2019-3/1279-gbp-3-2019-wichterich> (Anm. der Red.)

Von den Krankenhäusern abgesehen, war die Arbeitswelt nicht im Fokus der Öffentlichkeit und auch nicht staatlicher Maßnahmen. Der Lockdown ab November 2020 konzentrierte sich wieder auf Kontaktbeschränkungen im privaten Bereich und auf die Schließung von privaten und öffentlichen Dienstleistungsbranchen mit starkem Kundenkontakt. Die Beschäftigten in der Industrie und anderen Teilen des Dienstleistungssektors waren weiter dem Infektionsgeschehen ausgesetzt und leisteten im Zweifelsfall so selbst einen »Beitrag« zur Verbreitung des Virus – entweder durch Kontakte im Betrieb oder aber wegen der Infektionsrisiken auf dem Weg zum und vom Arbeitsplatz. Um den Schleier, der auf der Arbeitswelt liegt, etwas zu heben, haben Richard Detje und Dieter Sauer vom April bis Juli 2020 mit Betriebs-, Personalrät*innen und Gewerkschaftssekretär*innen aus der Metall- und Elektroindustrie (Automobilindustrie und Zulieferer, IT und Automatisierungstechnik, Maschinenbau, Werkzeughersteller) sowie aus unterschiedlichen Dienstleistungsbereichen (wie Pflege, Einzelhandel, Post, Logistik und Luftverkehr, Telekommunikation und Öffentlicher Dienst) Interviews durchgeführt, um zu erfahren, wie diese die »Corona-Krise« in ihren arbeitsweltlichen Bezügen erlebt haben. Wir dokumentieren einen Teil aus dem im März bei VSA erschienen Buch.

Umkämpfter Arbeits- und Infektionsschutz

Richard Detje und Dieter Sauer zur Corona-Krise im Betrieb

■ Infektionsherd Betrieb

Bisherigen Erkenntnissen zufolge verbreitet sich das Virus SARS-CoV-2 in den meisten Fällen durch Kontakte in den »eigenen vier Wänden«, also im privaten Haushalt, in Wohnstätten, Alten- und Pflegeheimen, in Flüchtlingsunterkünften sowie Wohnheimen.¹ Der öffentliche Raum – dem in der Diskussion über Kontaktbegrenzungen oft eine herausragende Rolle als Infektionsherd zugeschrieben wird – scheint im Vergleich dazu weniger Übertragungsrisiken aufzuweisen. Weniger auch als die Arbeitswelt, der weit über den ersten Lockdown hinweg eine große Bedeutung bei der Übertragung des Virus bzw. der Minimierung der Infektionsgefahren und damit bei der Pandemiebekämpfung zukommt. Das betrifft nicht nur spektakuläre Fälle wie in der Fleischindustrie, wo zwischen der 20. und 30. Woche der Fallmeldungen eine hohe Infektionsrate auf inhumane Arbeitsbedingungen und eklatante Verstöße gegen Auflagen des Gesundheitsschutzes hinwies. Mit der verstärkten Wiederaufnahme von Produktion und Geschäftstätigkeit nach der ersten Corona-Welle hat die Bedeutung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Betrieben noch zugenommen.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und das IAB haben in repräsentativen Betriebsbefragungen die wesentlichen Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsschutz gemäß SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard und Arbeitsschutzregel untersucht (Robelski u.a. 2020). Danach kann zwischen Verhaltens- und Hygienemaßnahmen einerseits sowie technischen und arbeitsorganisatorischen Schutzmaßnahmen andererseits unterschieden werden.

Erstere kommen am häufigsten zur Anwendung – vom verbindlichen Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung (66% der befragten Betriebe), über vermehrtes Lüften (75%) bis hin zu Maßnahmen zur besseren Handhygiene (88%). Technische und organisatorische Veränderungen erfolgten demgegenüber seltener. In nur etwa einem Drittel der Betriebe sind Arbeitszeit- und Pausenregeln verändert sowie Schutzscheiben eingebaut worden, um eine Aerosolübertragung des SARS-CoV-2 zu minimieren. Mobilarbeit wurde in einem Viertel der Betriebe eingeführt und in 20% von ihnen wurden Klima- und Lüftungsanlagen nach ihrer Wirksamkeit überprüft. Auch Maßnahmen zum Schutz gesonderter Risikogruppen fallen in 22-29% der Betriebe deutlich hinter den verhaltensbezogenen Gesundheitsschutz zurück.

Wer die Maßnahmen veranlasst hat, ist der Befragung eindeutig zu entnehmen: In 98% der Betriebe war und ist es die Geschäftsleitung. Durch die Intervention »von oben« sei laut BAuA/IAB auch sichergestellt, dass »Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung auf dem gesetzlich geforderten Qualitätsniveau« realisiert werden. Allerdings, so kann man den Befunden entnehmen, auf einem nicht sonderlich hohen Niveau, da vor allem verhaltensbezogene Maßnahmen im Vordergrund standen. »Andere Personengruppen waren nach Auskunft der befragten Betriebe deutlich seltener an Erstellung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen beteiligt. Für den Arbeits- und Gesundheitsschutz Zuständige wie Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder Betriebsärzte wurden von rund 44 % der Betriebe hinzugezogen.« Den Expert*innen kommt damit in einer

Mehrheit der Betriebe – vor allem Klein- und Mittelbetriebe – eine geringere Bedeutung zu. Und es gibt eine zweite Botschaft, die interessenspolitisch noch stärker ins Gewicht fällt: »Die Einbindung von Arbeitnehmervertretungen wurde von 15% der Betriebe bejaht.« (Ebd.: 3) Das liegt sogar noch leicht über dem Anteil der Betriebe, in denen die Interessenvertretung über einen nach Betriebsverfassungsgesetz gewählten Betriebsrat erfolgt.² Die negative Botschaft lautet mithin: In mehr als vier Fünfteln der Betriebe findet der Kampf um die Maßnahmen gegen das Infektionsgeschehen und um deren Qualität ohne gewählte Interessenvertretungen statt.

Die Erfahrungen, die in unseren Interviews mit Betriebs- und Personalräten ausgebreitet werden, geben mithin nur einen kleinen, positiv überzeichneten Ausschnitt der interessenspolitisch weitgehend kargen Wirklichkeit wieder. Sie zeigen, wie »kleinteilig« das Geschäft der Interessenvertretung ist, aber wie wichtig gerade in den Regelungsdetails deren Bedeutung ist. Der Betriebsrat eines Logistikunternehmens in der automobilen Wertschöpfungskette, der entschieden Wert darauf legt, nichts »unter der Hand« zu machen, sondern eng am Betriebsverfassungsgesetz entlang die erforderlichen Vereinbarungen zu treffen, beschreibt die Arbeit im Detail:

»Wir haben also jetzt Pandemieverantwortliche, Altersteilzeitler, auch teilweise Auszubildende, die Klinken putzen, die Desinfektionsmittel nachbestellen, wir haben das Ausstellen der Atemschutzmasken, wir haben auch Arbeitsplätze verändert, dass sie weiter auseinander sind die Kollegen. Wie sind die Toilettenansagen? Was machen wir mit der Kantine? Was machen wir mit den Pausenräumen? Was machen wir mit den Umkleieräumen? Kann nach der Arbeit geduscht werden oder darf nicht geduscht werden? Ja und das, das haben wir alles jetzt, sag ich mal, das machen wir mit so einer Pandemievereinbarung, dass wir sagen, wir sind ja in der Mitbestimmung, wir wollen hier alles so gut wie möglich und sozial wie möglich regeln und machen jetzt dazu einmal wöchentlich eine Sitzung, wo wir das abstimmen. Wie stechen wir ein? Wie stechen wir



aus? Wir haben unsere Stechuhren, die hatten früher so ein Touchscreen, aber die haben wir jetzt berührungslos gemacht, zum Beispiel, dass man da nur so ein Chip dran hält auf fünf Zentimeter Abstand und dann sticht die Uhr selber ein und sticht auch selber wieder aus, dass man also so wenig wie möglich Kontakt dazu hat, ne? Wir lassen uns unsere Mitbestimmungsrechte nicht wegnehmen, sondern wollen bei allen, was hier gemacht wird, wollen wir hier ein Wörtchen mitzusagen haben, so und das, das haben wir in Form der BV-Kurzarbeit und in dieser Pandemievereinbarung jetzt geregelt.« (IB 7)

■ Gesundheits- und Infektionsschutz: kooperativ und konfliktuell

Selbstverständlich haben Betriebe und deren Geschäftsleitungen ein eigenständiges Interesse an der Einhaltung von Infektionsschutzregeln. Das Schlimmste, was ihnen passieren kann, ist die erzwungene Schließung, wenn sich das Virus im Betrieb ausbreiten sollte. Die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs steht dabei im Vordergrund. Ökonomie und Gesund-

heitsschutz sind hier zwei sich wechselseitig bedingende Größen:

»... die machen alles, was ihnen einfällt, greifen jede Idee auf ..., machen eigentlich mehr, wie sie von den Behörden her müssten. Auch natürlich um Gefahr von der Schließung vorzubeugen. Am Anfang stand immer so Schließung oder Teilschließung als drohendes Gespenst im Raum. Und um dem gleich vorzubeugen, haben sie alles Mögliche gleich gemacht: die Kantinen gesperrt, nur noch Take-away-Essen, jetzt Schutzmasken verteilt, überall Desinfektionsmittel aufgestellt, also die machen wirklich alles, was irgendwie geht und was ihnen einfällt.« (IB 10)

In Großunternehmen kommt dabei gebündelte Kompetenz zum Tragen. Eine Betriebsrätin aus einem Werk der großen OEMs (= Hersteller, die Red.) der Automobilindustrie mit über 17.000 Beschäftigten listet die involvierten Gremien für Arbeits- und Infektionsschutz auf:

»... wir haben 24 Infizierte am Standort XY, das ist eine geringe Zahl, die ist jetzt eine ganze Zeit schon so stabil ..., das wird ja täglich getrackt über den Gesundheitsschutz bei uns und wir haben alle Arbeitsplätze, die

jetzt von den Kolleg*innen quasi wieder belegt worden sind mit den Bereichsbetriebsräten, mit der Werkssicherheit, der Werktechnik, mit den Vorgesetzten ... Begehungen gemacht, um einzuschätzen, welche Schutzmaßnahmen sind hier erforderlich? Es gelten natürlich die Abstandsregeln von 1,5 Meter und es gilt Maskenpflicht für die Bereiche, wo dieser Abstand nicht eingehalten werden kann ... Was ist zu beachten? Haben wir was übersehen? Das läuft super, es läuft wirklich super und in großem Einvernehmen.« (IB 2)

Doch ein »Selbstgänger« war das kooperative Vorgehen auch in diesem Werk mit einer starken Interessenvertretung nicht. Die Aussage, »die machen alles, was ihnen einfällt«, ist zu relativieren. Das Nadelöhr des Gesundheits- und Infektionsschutzes ist die Wirtschaftlichkeit des Betriebes. Diese ist zum einen dadurch bestimmt, dass Produktion und Verwaltung möglichst aufrechterhalten, Shutdowns verhindert werden, was entschlossene Maßnahmen gegen die Verbreitung des Virus erfordert. Zum anderen sollen die Produktivität gewahrt werden und die Kosten nicht übermäßig steigen. Dabei bleibt es nicht aus, dass Wirtschaftlichkeit und Infektionsschutz vonseiten des Managements und der Interessenvertretungen der Beschäftigten unterschiedlich bewertet werden:

»... das war auch ein Konflikt mit dem Vorstand, die hätten natürlich das [den Shutdown] gerne noch ein bisschen herausgezögert ... und dann kam genau die Diskussion, ja wie lange setzen wir denn unsere Kolleginnen und Kollegen in der Arbeit der Gefahr aus? Das musste man miteinander in ein vernünftiges Verhältnis bringen und letztlich haben wir die Überzeugungsarbeit für den Vorstand [des Konzerns] geleistet ...« (IB 2)

Es bleibt eine Frage der Abwägung, wie weit die Maßnahmen im Einzelnen zu gehen haben und wann ggf. der Zeitpunkt gekommen ist, die Produktion weiter oder ganz herunterzufahren bzw. Arbeit ganz aus dem Betrieb heraus zu verlagern. Wo es nicht so »super« läuft, wird von konfliktuellen Auseinandersetzungen berichtet:

»Also wir hatten bei uns ab Mitte März erhebliche Auseinandersetzun-

gen, die vor allem vor der Sorge vor Infektionen geprägt waren, wo viele Beschäftigte deutlich gemacht haben, dass sie große Angst haben, mit diesem unbekanntem Virus in Kontakt zu kommen, was dazu führte, dass etliche Unternehmen daraufhin die Produktion runtergefahren haben, zum Teil erzwungen durch die Mitarbeiter, ja?« (IH 5)

Es waren auch Proteste aus der Belegschaft, die zu Produktionseinstellungen führten, so beispielsweise Mitte März im weltgrößten LKW-Werk des Daimler-Konzerns in Wörth am Rhein (*Die Rheinpfalz*, 17.3.2020), wo unter normalen Bedingungen täglich 400 Lastkraftwagen vom Band laufen. Das war nicht nur in Deutschland der Fall. In Italien beispielsweise steht dafür der Slogan: »Non siamo carne da macello« – wir sind kein Schlachtvieh. Die Vorsitzende der italienischen Metallgewerkschaft *FIOM* berichtet: »Die Metallarbeiter waren die ersten, die es beschlossen haben: Stopp mit der Produktion unter unsicheren Umständen. Die verbindlichen Maßnahmen gegen Corona außerhalb der Fabrik müssen auch in der Fabrik gelten ... Wir haben für unsere Sicherheit gestreikt. Zuerst lokal, bei Fiat zum Beispiel. Danach national. Bis die Industrie nachgegeben hat und ein Protokoll unterzeichnete. Erst dann hat die Regierung eingegriffen. Sie hat letztlich beschlossen, alle nicht essentiellen Betriebe stillzulegen. Das alles haben wir selbst erzwingen müssen.« (Mertens 2020)³

Ein für die Bereiche Postdienste, Spedition, Logistik zuständiger Hauptamtlicher der Gewerkschaft ver.di beschreibt die Konfliktlagen zwischen Gesundheitsschutz und kostengeleiteten Unternehmenszielen. Dabei geht es um die Qualität und Reichweite der Maßnahmen:

»... also das war ein zäher Kampf und eigentlich so ein Nachlaufen also von den Betriebsräten, dass man da was durchsetzt. Also die Firmen haben praktisch immer am Anfang gesagt ja Gesundheitsschutz ganz, ganz wichtig, aber halt am Anfang nur Maßnahmen gemacht, die im Zweifelsfall nichts gekostet haben: Also es war, zum Beispiel bei der Post ein Riesenkampf... Es war von Anfang an eine Forderung, dass die Menschen, die das wollen,

eine Maske zur Verfügung gestellt kriegen. So und gerade die Risikopatienten. Da sind wir circa drei Wochen lang den Arbeitgebern nachgelaufen und die haben dann erst ganz spät eben eingelenkt.« (VH 2)

Nicht so sehr, was notwendig ist, sondern was es kosten darf, wird hier zum Gegenstand der Auseinandersetzung. »... das ist relativ schnell gelaufen, das Organisatorische, aber alles, was Geld gekostet hat, Desinfektionsmittel, Masken, Handschuhe, das war also wirklich ein Kampf.« (VH 2)

Dabei handelt es sich in vielen Fällen auch um Auseinandersetzungen innerhalb der Belegschaft, sodass Betriebs-/Personalräten hier gleichsam nach »innen« eine Aufklärungs- und Vermittlungsrolle zukommt. »... wir stellen im Moment fest, weil alle merken, dass das Arbeiten mit einer Maske nicht besonders komfortabel ist, Kolleg*innen freiwillig drauf verzichten ...« (IB 2)

Hier reproduziert sich die Frage der Priorisierung von verhaltensbezogenen- oder organisatorischen Maßnahmen. Ein Betriebsrat eines Zulieferunternehmens präsentiert eine klare Stufenfolge, bei der letztlich unvermeidbare Verhaltensmaßnahmen erst am Schluss der Maßnahmenkette stehen dürfen: »Der Vorschlag von der Geschäftsleitung war dann halt eben, wir machen das Schichtmodell platt und führen stattdessen eine Maskenpflicht ein. Da habe ich dann denen den Vogel gezeigt ... Also technisch, organisatorisch und dann erst persönlich. Auf jeden Fall ja ..., dass halt der Betriebsrat sagt, solange wir die organisatorische Möglichkeit haben, die Leute irgendwie auseinander zu halten, sehen wir es nicht ein, dass wir denen diese Maskenpflicht aufdrücken sollen.« (IB 13)

Der Mund- und Nasenschutz zur Begrenzung von aerosolen Infektionsketten hat im Einzelhandel noch eine weitere reichende Dimension: »Mundschutz ist im Einzelhandel eine Katastrophe. Also die Beschäftigten empfinden das als, gelinde gesagt als Demütigung, aber es ist wirklich auch belastend, das muss man sich mal geben, trag mal einen Mundschutz. Wenn der feucht und nass wird, dann mit Kunden und dann verstehen sie

Dich nicht, umgekehrt ist es so, die Kunden spucken Dich an. In Bayern ist es so, dass der Kunde Strafe zahlt, wenn er kein Mundschutz trägt, wenn der Beschäftigte keinen Mundschutz trägt, dann zahlt der Ladeninhaber. Und zwar 150 € beim Kunden 5.000 € beim Ladeninhaber und jetzt ist es so, dass die Ladeninhaber Druck machen auf die Beschäftigten, ihr trägt den Mundschutz, er kümmert sich aber nicht drum, ob der Kunde den Mundschutz trägt. Da kann man auch argumentieren, ist ja nicht seine Aufgabe, er könnte auch nichts machen, weil Ordnungswidrigkeit muss das Ordnungssamt ausstellen. Da ist das Problem, dass die Gewerbeaufsicht in den letzten 30 Jahren massiv an Funktion verloren hat, umgebaut wurde und Personal abgebaut wurde.« (VH 1)

Hier werden die Unterschiede in der Arbeitsbelastung zwischen Industrie- und Dienstleistungsbereichen, die sich durch engen Kundenkontakt auszeichnen, besonders deutlich. Die gleiche Maßnahme kann dann unterschiedliche Belastungen mit sich bringen. Zur Ergänzung noch ein Kollege aus einem Gartencenter: »Das ist sehr belastend, dieses Maskentragen auf lange Sicht, also am Anfang habe ich es auch belächelt, aber mittlerweile muss ich sagen, Du wirst unkonzentrierter und Du wirst müde. Ich ertappe mich sehr häufig, wie ich nach, weiß ich nicht, nach der Mittagspause anfangs zum Gähnen hinter dieser Maske, also es muss schon irgendwas dran sein an, ich will nicht sagen, dem Sauerstoffmangel, aber an diesem CO₂, wo ich dann vielleicht nicht in dem Maße komplett ausatme, ich weiß es nicht, oder ist es ein subjektives Empfinden aber ich fühle mich da schon eingegrenzt ... Man erkennt ganz klar den Unterschied, ob ich jetzt ein Samentütchen auf dem Tresen lege oder ob ich irgendwelche Betonkübel auspacke. Also da kommst Du ganz schnell in Schnappatmung, wenn Du Dich körperlich anstrengst als unter ja, normalen Begebenheiten. Wenn ich am PC hock, dann ist das was anderes, als wenn ich wirklich rödeln darf auf der Fläche, keine Frage.« (VB 4)

Ein anderer Punkt der Auseinandersetzung betrifft die arbeitszeit- und arbeitsorganisatorischen Maßnahmen,



die es ermöglichen, Infektionsgefahren bei Arbeitsbeginn und -ende zu minimieren. Das gilt in unseren Interviews vor allem mit Blick auf Schichtarbeit. Die Schichten zu entkoppeln, ist jedoch für das Unternehmen mit Einbußen verbunden, wenn das erfordert, die Arbeitszeit zu verkürzen. Aber auch für die Beschäftigten bringt diese kontaktreduzierende Maßnahme Probleme, wie der bereits zitierte ver.di-Kollege aus dem Post- und Logistikbereich ausführte: »Was aber vom ersten Tag gelaufen ist, also was sie gemacht haben, sind diese organisatorischen Änderungen mit Abstand und dass eben auch zu anderen Arbeitszeiten gearbeitet wird, also diese zeitliche Entzerrung. Wobei das natürlich für unsere Beschäftigten und Mitglieder also nicht nur Gutes hatte: Also gerade in der Zustellung zum Beispiel, wenn Du dann zwei Stunden später zur Arbeit kommst, kommst Du eben auch zwei Stunden später nach Hause und das ist halt alles nicht so toll, weil die Menschen haben ja ihr Leben irgendwie anders eingerichtet und haben Familie.« (VH 2)

Wenn vorstehend von Konflikt die

Rede ist, kann dieser auch sehr subtile Formen annehmen. Ein Beispiel: »Wir hätten gerne, dass es einen Schutz für Risikogruppen gibt ... aber bei einem 60-Jährigen, der immer noch in der Montage arbeitet, für den gibt es keine besonderen Maßnahmen. Die oberste Direktive des Arbeitgebers: Entgelt gibt es nur gegen Arbeitsleistung. So und deswegen gehen wir als Betriebsräte – das dürfen wir natürlich nicht offiziell sagen innerhalb unseres Konzerns – zu den Kollegen einfach mal hin ... und sagen: »Ich glaube, Du hast ein kleines Kratzen im Hals, geh doch mal zum Arzt. Vielleicht hast Du in einer Woche dann auch noch Schnupfen.« (IB 12)

Hierin zeigt sich subtile Sabotage gegen ein autoritäres Regime, das auch in der Pandemie den ökonomischen Ertrag zur Maxime erklärt.

■ Konflikte entlang der alten Kragenlinie?

Produktion geht nicht von zu Hause, hieß es in den Interviews mit Betriebsräten von Industrieunternehmen immer wieder. Was als eine Banalität da-

herkommt, erhielt mitunter die Qualität eines Konflikts zwischen verschiedenen Beschäftigtengruppen. Damit wurde zum Ausdruck gebracht: Wo nicht Kurzarbeit Null angesagt war, mussten die Produktionsarbeiter vor Ort im Betrieb sein und waren dort – trotz Gesundheitsschutz – Infektionsgefahren ausgesetzt. Wer hingegen ins Homeoffice geschickt wurde, konnte im Social distancing Risikominimierung betreiben. »Die Kollegen in den Fabriken haben natürlich schon ein bisschen ... Vorbehalte geäußert so ungefähr, wir werden Gesundheitsrisiken ausgesetzt, in dem wir weiterarbeiten müssen, und unsere Büroleute, die dürfen von zu Hause arbeiten. Aber ich meine, das ist nun mal so. In der Fabrik kann man halt nicht zu Hause arbeiten.« (IB 8)

Was hier als gegeben hingenommen wird, schiebt sich in anderen Fällen zu einem sozialen Konflikt zusammen. Ein IG Metall-Bevollmächtigter und ein Betriebsrat schildern ihre diesbezüglichen Erfahrungen: »Mitarbeiter in dem Produktionsbereich fühlen sich als Beschäftigte zweiter Klasse, weil die einen dürfen sich relativ geschützt zu Hause bewegen, die anderen müssen körperlich dicht beieinander vor Ort arbeiten...« (IH 5)

»Die Angestellten, die ... dürfen von zu Hause arbeiten, der 60-jährige Werker, der immer noch Gießanlagen zusammenschraubt, der muss auch weiterhin Gießanlagen zusammenschrauben. Eine Freistellung wird es nicht geben, auch wenn er zur Risikogruppe gehört ... Wir haben da einen sehr ideologisierten Arbeitsrechtler bei uns an der Konzernspitze, der halt sagt, Entgelt gibt es nur gegen Arbeitsleistung, und ich glaube, der haut sich lieber eine Axt ins Bein, bevor der irgendjemanden bezahlt freistellt.« (IB 12)

Alte Ressentiments zwischen direkten und indirekten Bereichen scheinen hier schnell wieder aufzubrechen – was wir als »Wiederkehr der alten Krangelinie« mit Fragezeichen bezeichnen.⁴ »Bei manchen Betrieben, die



weitergearbeitet haben, waren die Direkten im Betrieb und die Angestellten im Homeoffice und da gab es dann natürlich ein paar herbe Diskussionen, weil so ein Arbeiter gesagt hat: »Die sitzen im Wohnzimmer und tun so, als würden sie arbeiten und wir dürfen hier schuften und haben das Risiko, dass wir uns anstecken.« Also da gab es schon ziemlich heftige Diskussionen in ein paar Betrieben.« (IH 5)

Dabei ist der Gesundheitsschutz nur eine Seite der Medaille. Hinzu kommen erhebliche einkommenspolitische Ungleichheiten, wie ein Hauptamtlicher aus einer Bezirksleitung der IG Metall am Beispiel beantragter Kurzarbeit in der Produktion und fortgesetzter Vollzeitarbeit im Homeoffice ausführte: »Es gab zu Beginn der Kurzarbeitsvereinbarung auch Konflikte in den Betrieben. Der Arbeitgebervorschlag war: Die Produktionsbeschäftigten gehen in Kurzarbeit, die Angestellten ins Homeoffice. Also eine Ungleichbehandlung, wo in manchen Betrieben dann die Betriebsräte interveniert haben und gesagt haben, Kurzarbeit wird bei uns gleichmäßig auf alle Beschäftigtengruppen verteilt, auch auf die Angestellten. Also das war durchaus in einigen Betrieben ein Konfliktpunkt.« (IH 1)

Mit dem Wiederhochfahren der Produktion und dem Rückruf von Beschäf-

tigten aus dem Homeoffice in die Büros hat sich die Konfliktlage minimiert. Es wäre jedoch näher zu untersuchen, ob sie mit der Ausweitung von mobiler Arbeit/Homeoffice latent vorhanden bleibt und Stoff für soziale Differenzierungs- und Fragmentierungsprozesse bietet.⁵ (...)

(Quelle: Richard Detje / Dieter Sauer: Corona-Krise im Betrieb. Empirische Erfahrungen aus Industrie und Dienstleistungen, VSA Verlag, Hamburg 2021, Ausschnitte aus Kapitel 3, S. 53-64 – Das ganze Kapitel mit den Literaturverweisen findet sich auf der Homepage von GbP oder ist über die Geschäftsstelle zu beziehen.)

- 1 Wir beziehen uns hier auf die Angaben des Robert Koch-Instituts. Wie eindeutig die angegebenen Infektionsherde tatsächlich ausgewiesen werden können, ist fraglich. Die Dunkelziffern in verschiedenen Bereichen können erheblich sein. Der Lockdown im November 2020 wurde ja nicht zuletzt mit der Begründung verhängt, dass 75% der Infektionen nicht mehr zurückverfolgt und deswegen keinem Bereich mehr zugeordnet werden können. Deshalb kommt es uns hier auch nicht auf die spezifischen Angaben, sondern – mit allen Vorbehalten – nur auf die grobe Gewichtung der verschiedenen Lebensbereiche an.
- 2 Der Anteil der Betriebe mit Betriebsrat liegt im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt bei neun bis zehn Prozent.
- 3 Weitere in Mertens 2020 aufgeführte Beispiele: In Belgien zwangen »die Arbeiter von Audi in Brüssel, Volvo Trucks in Gent und Safran Aero Boosters in Lüttich die Geschäftsleitung, die Produktion zeitweilig einzustellen. In Frankreich darf Amazon France laut richterlichem Beschluss nur noch essenzielle Produkte versenden. Der Betrieb muss die Gewerkschaften bei der Risikoanalyse auf der Arbeit einbeziehen, so entscheidet das Gericht.«
- 4 Andere Beobachtungen stützen das. »Aus der betrieblichen Wirklichkeit erfahren wir, dass der sofortige Abschied von Entwickler:innen, Marketingleuten und Personal:innen ins Homeoffice vonseiten der Beschäftigten in der Produktion sehr genau wahrgenommen wurde – als starke Markierung der Ungleichheit zwischen Anzug- und Kostümfraktion auf der einen Seite und Blaumannfraktion auf der anderen. Alte Spaltungslinien zwischen Arbeiterschaft und Angestellten wurden schlagartig virulent (white und blue collar-workers). Die einen können sich in Sicherheit flüchten, die anderen stehen in der Werkhalle.« (Grimm et al. 2020: 316)
- 5 Siehe dazu insbesondere Kapitel 5.2.

Gebraucht, beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so!

Silvia Habekost über die Pandemie und den Kampf der Pflegekräfte in den Krankenhäusern

Die Pflegekräfte in den Krankenhäusern wollen nicht nur als Opfer der Ökonomisierung und Objekt der Pandemie angesehen werden, sie haben sich in der Pandemie artikuliert, Forderungen gestellt und zur Wehr gesetzt gegen die Zumutungen in den Krankenhäusern. Sie können das, weil sie sich schon vor der Pandemie auf den Weg gemacht haben. Silvia Habekost berichtet über aktuelle Entwicklungen.

Selten haben wir als Pflegekräfte so viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und den Medien bekommen wie zur Zeit der Pandemie. Das Gesundheitssystem allgemein ist in den Fokus der Öffentlichkeit gekommen. Immer wieder ist vom Brennglas die Rede, das die Probleme, die es vorher schon gegeben hat, sichtbar macht und noch verstärkt. So ein Brennglas kann aber auch Feuer entfachen. Und so hat die Pandemie bei mir und meinen Kolleg*innen gewirkt. Wir schüren dieses Feuer gerade und wollen für einen Flächenbrand sorgen...

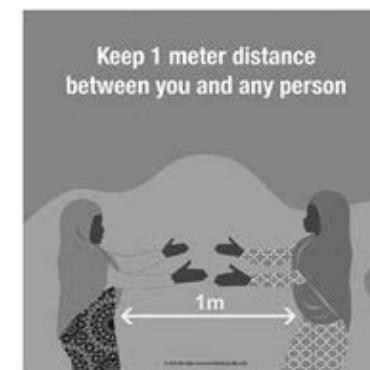
Die Berichte, die über die Pflege in den Medien zu lesen und zu sehen sind, handeln mehrheitlich von der anstrengenden Situation auf den Intensivstationen. Für alle, die im Gesundheitsbereich arbeiten – egal ob im Krankenhaus, in einer Praxis, in einer anderen Institution oder im häuslichen Setting –, war und ist diese Pandemie sehr belastend. Zur Angst vor diesem unbekanntem Virus kam bei uns die reale Gefahr der Ansteckung am Arbeitsplatz hinzu und damit die Gefahr, dass



wir unsere Patient*innen und unsere Angehörigen anstecken könnten. Die Kriegsmetapher wurde und wird immer wieder benutzt. Durch den Mangel an Schutzmaterial haben wir uns im Frühjahr 2020 wirklich wie Kanonenfutter gefühlt. Und viele Arbeitgeber*innen haben uns auch so behandelt: als wären wir ihrem Kommando unterstellt und müssten so handeln, wie sie uns befehlen.

Aber das war kein Krieg, sondern eine Pandemie in einem Gesundheitssystem, das schon seit Jahren auf Markt und Profit getrimmt wurde und sich nicht an den Interessen von Patient*innen und Personal orientiert. Das haben wir schon vor der Pandemie gewusst und dagegen angekämpft. Vorher hat uns kaum jemand zugehört – vielleicht ändern sich das bald. Über politische Gegenwehr und Kritik wird allerdings nach wie vor nicht gerne berichtet. Es wird viel über die Pflege geredet, aber unsere systemkritischen Stimmen werden nicht gehört. Bestes Beispiel ist die Pflege-Personal-Regelung 2.0 (PPR 2.0). Ein Personalbe-

messungsinstrument, das 2019 im Auftrag vom Gesundheitsministerium von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), ver.di und dem Deutschen Pflegerat erarbeitet wurde. Das landet jetzt in der Schublade, weil es nicht »wissenschaftlich« sei? Seit Jahren kämpfen wir mit ver.di für eine gesetzliche Personalbemessung. Jetzt wird eine erarbeitet, die sich an der in der Praxis bewährten PPR orientiert und die 2019 auch in der Praxis erprobt wurde. Das gilt als nicht wissenschaftlich? Lieber werden Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt, die die





schlimmste Patientengefährdung verhindern sollen und sich an einem Papier von Gesundheitsökonomen orientieren, das einfach nur Durchschnitte von empirischen (also unterirdischen) Personalbesetzungen errechnet hat und dann die 25 Prozent am unteren Rand auf mindestens die – schlechte – Quote der anderen 75 Prozent angehoben hat. Ist das etwa Wissenschaft? Da können wir uns ja ausmalen, was bei dem wissenschaftlich erarbeiteten Instrument, das 2025 fertig sein soll, rauskommen wird.

■ **Es rettet uns kein höheres Wesen...**

Der Schluss, den wir Beschäftigten vor Ort ziehen: Wir müssen es also selbst in die Hand nehmen und zwar so, wie das die Kolleg*innen der Charité 2015 mit dem Tarifvertrag Gesundheitsschutz begonnen haben. Mittlerweile gibt es tarifvertragliche Regelungen zur Entlastung an 17 Kliniken bundesweit. Und diese Verträge haben sich stetig verbessert – vor allen Dingen bei den Konsequenzen, wenn die Besetzungen nicht eingehalten werden. So wurde in den zuletzt abgeschlossenen Tarifverträgen/Vereinbarungen geregelt, dass es Belastungspunkte



gibt, wenn z.B. in Unterbesetzung gearbeitet wird. Für eine vertraglich festgelegte Anzahl von Belastungspunkten bekommen die Beschäftigten dann entweder eine Freischicht oder/und einen finanziellen Ausgleich. Das führt zur Entlastung der Kolleg*innen und übt Druck auf die Arbeitgeber*in aus, Unterbesetzungen zu vermeiden.

Wie sieht nun das Feuer aus, das ich anfangs erwähnt habe? Wie kann ich mich als Pflegekraft verhalten, wenn meine Arbeitsbedingungen unerträglich werden? Ich reduziere meine Arbeitszeit, bevor ich krank werde. Ich suche mir einen besseren Job in der Pflege, wo ich meine Arbeitsbedingungen bestimmen kann, gehe also z.B. ins Leasing. Ich suche mir was ganz Anderes, z.B. in der Industrie, wo die Expertise von Pflegekräften sehr gefragt ist. Das alles führt dazu, dass unsere Arbeitgeber*innen sich darüber beklagen, dass sie keine Pflegekräfte finden. Hinzukommt, dass zu wenig Pflegekräfte ausgebildet werden bzw. diese entweder ihre Ausbildung abbrechen oder sich gleich im Anschluss schon einen anderen Job suchen.

Die andere Möglichkeit ist, dass wir uns entscheiden gemeinsam, für bessere Arbeitsbedingungen zu kämpfen, statt nur persönliche, also individuelle Konsequenzen zu ziehen. Dieser Kampf hat aber nicht erst mit der Pandemie angefangen, sondern die Pandemie hat vielen noch deutlicher gemacht, dass sie so nicht mehr arbeiten können und wollen. Immer mehr Kolleg*innen entscheiden sich zu kämpfen. Wichtig ist die Betonung, dass das unser Kampf ist. Es ist nicht unsere Gewerkschaft, die uns sagt, dass und wie wir kämpfen sollen. Das kommt von uns und gibt uns die Stärke, an der niemand mehr vorbei kommt.



Am 12. Mai haben wir, die Berliner Krankenhausbewegung, 8.397 Unterschriften an die Geschäftsführungen von Vivantes und Charité und an die Politik übergeben. Das ist die Mehrheit der Kolleg*innen von Vivantes, Charité und den Tochterunternehmen. Diese Unterschriftenpetition und die Kundgebung mit 1.000 Kolleg*innen und Unterstützer*innen waren der erste Stärketest. Es war nicht einfach eine Unterschriftensammlung. Jede Unterschrift steht für eine Kolleg*in, die sich entschieden hat, für bessere Arbeitsbedingungen und faire Löhne zu kämpfen.

Die Tochterunternehmen von Vivantes und dem *Labor Berlin* verhandeln bereits für bessere Löhne – also den TVöD. Wir verbinden diese beiden Kämpfe und stärken uns damit gegenseitig. So gab es am 12. Mai den ersten Warnstreik einer Vivantes Tochter – der *Vivantes Reha*. Diese Verbindung macht das große Problem der Krankenhausfinanzierung über die DRG und die Profitorientierung deutlich. Nach der Herausnahme der Kosten für die Pflege am Bett aus den DRG ist der Druck auf die Krankenhäuser noch größer geworden, beim restlichen Personal zu sparen – also entweder Stellen abzubauen oder



schlechter zu bezahlen. Die seit Jahren unzureichende Finanzierung der Investitionskosten über die öffentliche Hand verschärft die Situation auch noch.

Unsere Organisation läuft also parallel, aber in unserer Planung denken wir die beiden Auseinandersetzungen gemeinsam. Wir haben am 12. Mai ein 100-Tage-Ultimatum an die Politik ausgesprochen: Entweder werden in diesen 100 Tagen Verhandlungen über einen Tarifvertrag Entlastung aufgenommen und der TVöD für die Töchter durchgesetzt oder wir streiken – vier Wochen vor den Wahlen. In Berlin finden parallel zu den Bundestagswahlen auch Abgeordnetenhauswahlen statt.

Dieser Streik ist keine leere Drohung. Vivantes und Charité – beides Unternehmen in Landesbesitz – haben in ihren Kliniken 40 % der Krankenhausbetten in Berlin. Charité und Vivantes haben den Löwenanteil der Behandlung von Covid 19-Erkrankten in Berlin und darüber hinaus versorgt.

Wir sehen die Streikvorbereitung als den ultimativen Stärketest. Bis Anfang Juli führen die Teams die Diskussion über die Forderungen. Das sind Forderungsinterviews, die geführt werden und damit wird auch die Bereitschaft abgefragt, ob jede*r Einzelne bereit ist, sich für diese Forderung einzusetzen. Das Aufstellen der Forderungen ist ein demokratischer Prozess, an dem sich jede*r – unabhängig von Gewerkschaftsmitgliedschaft – beteiligen und dann auch in den Forderungen wiederfinden kann. Die Bedingung dafür ist, dass sich ein Team mehrheitlich an der Forderungsfindung beteiligt. Dann werden Teamdelegierte gewählt, die diese Forderungen mit der Tarifkommission abstimmen. So hat bereits die Unter-



schriftenpetition funktioniert: Es wurden die Unterschriften gezählt, wo in den Teams mehrheitlich die Petition unterschrieben wurde. Damit führen wir also nicht nur einen Kampf um einen Tarifvertrag sondern wir üben uns in direkter Demokratie im Betrieb. Das ist es, was wir der Kriegsmetapher und den autoritären Vorstellungen, die durch die Pandemiesituation als gerechtfertigt dargestellt wurden, entgegensetzen.

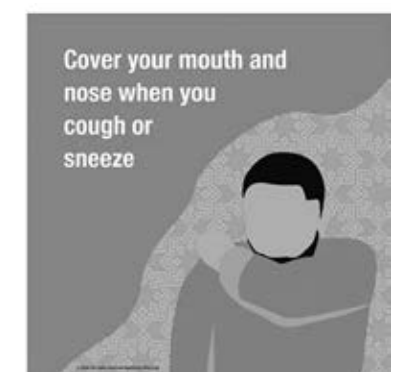
Bei den Töchtern ist die Forderung klar. Da läuft die Organisation direkt Richtung gewerkschaftlicher Stärke. Auch dieser Kampf ist nur zu gewinnen, wenn die Mehrheit bereit ist, in die Gewerkschaft einzutreten.

Gleichzeitig nutzen wir die 100 Tage, um die Unterstützung der Stadtgesellschaft aufzubauen und den Druck auf die Politik zu erhöhen. Begonnen hat das mit der digitalen Stadtversammlung am 25.4., an der fast 600 Bürger*innen und Beschäftigte teilgenommen haben. Das wird unterstützt und begleitet vom *Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite*. Weiter geht es mit Petitionsübergaben vor den einzelnen Standorten. Wir laden Abgeordnete und Kandidat*innen für die Bezirke, Abgeordnetenhaus und Bundestag ein. Vor Ort können sie sich

verpflichten, sich für die Ziele unserer Bewegung – also den Tarifvertrag Entlastung und den TVöD für die Tochterunternehmen einzusetzen.

Wir sind in Berlin nicht die ersten, die nach diesem Prinzip organisieren. Auch in Jena und in beim UKSH in Kiel und Lübeck wurden so Entlastungstarifverträge durchgesetzt. In der letzten TVöD-Runde wurden diese Organisationsinstrumente benutzt und in der TdL-Runde wird ähnlich vorgegangen. Die Auseinandersetzung hier in Berlin wird vom ver.di-Bundesvorstand, dem ver.di-Landesbezirk Berlin Brandenburg und natürlich vom ver.di Fachbereich 3 unterstützt und begleitet. Ich habe schon oben betont, dass wir keine Stellvertreterauseinandersetzung führen. Mit den sogenannten Stärke- oder Strukturtests schaffen wir Mehrheiten. Die Kolleg*innen merken, dass sich nur etwas verändern wird, wenn sie sich selber daran beteiligen. Wir wollen diese Kämpfe gewinnen: mit Mehrheiten in den Betrieben und Stärke in den Köpfen. Ohne den Druck auf die Politik wird es nicht gehen, aber unsere Streikandrohung wird keine leere Geste sein.

Silvia Habekost ist Krankenpflegerin, aktiv im Berliner Bündnis Gesundheit statt Profit, im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik und in ver.di-Gremien.



Die Marktwirtschaft richtet das nicht

Hubertus von Schwarzkopf und Wolfgang Hien über Kranken- und Altenpflege in Zeiten von Corona

Der Artikel fasst einen Forschungsbericht auf Basis von Interviews mit Pflegekräften zusammen. Die zwischen Mai und Juli 2020 Befragten arbeiten in verschiedensten Bereichen von Notaufnahme bis stationäre Altenpflege, von Intensivstation bis Kinderklinik. Die Autoren haben eine gekürzte Fassung in der Zeitschrift *lunapark* veröffentlichten Fassung zur Verfügung gestellt.

Corona traf die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen unvorbereitet – weltweit wie auch in Deutschland. Mitte Mai waren mehr als 800 Pflegekräfte schwer erkrankt, 58 von ihnen so schwer, dass sie daran verstarben. Die Etablierung von Infektionsschutzmaßnahmen sorgte dafür, dass diese Zahlen seither nicht wesentlich angestiegen sind.

■ Der ganz normale Krampf in der Altenpflege

Die Altenpflege leidet aufgrund der Vermarktlichung noch deutlicher unter Personalmangel. Es entstanden Pflegekonzerne mit Versorgungskonzepten, die der industriellen Produktion entlehnt sind. Rationalisierungskonzepte der »lean production« werden auf die Pflegearbeit übertragen, was den grundrechtlichen Auftrag einer menschenwürdigen Pflege unterminiert. Eine Studie der Universität Bremen konstatiert, dass in Pflegeeinrichtungen bundesweit ein Defizit von 100.000 Vollzeitstellen besteht. Wie die Krankenhäuser leidet die Altenpflege an unzureichender Raum- und Materialausstattung und unzureichender Arbeitsschutz-Organisation. Präventive Maßnahmen für den Fall einer Epidemie fehlten flächendeckend.

»Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, nee, das haben wir eigentlich nicht, Hygiene schon ein bisschen, aber mit Lücken. Besonders gravierend sind die Lücken in so kleinen Häusern... schon krass.«

Die Pandemie erzwang überall da, wo Infektionen ausbrachen oder Infizierte ins Haus kamen, innerhalb kürzester Zeit Raumtrennungen und das Errichten von Schutzwänden. Von fast allen Befragten erfuhren wir, dass es bis vor wenigen Jahren – zumindest in den Kliniken – wesentlich mehr Isoliermöglichkeiten gab, die dann abgebaut wurden und nun wieder überstürzt eingerichtet werden mussten.

■ Im Brennpunkt von Corona: Kliniken

Fehlende Kommunikationsstrukturen mit staatlichen Stellen, insbesondere den Gesundheitsämtern, wurden durch Corona evident. Rolle und Zusammensetzung der Krisenstäbe erwiesen sich als problematisch. So war der Arbeitsschutz in manchen Fällen überhaupt nicht beteiligt. Das Erfahrungspotential der Pflegekräfte vor Ort wurde nicht oder nur ungenügend berücksichtigt. Zimmer wurden für Covid-Patienten in verschiedenen Bereichen definiert und eingerichtet, was als Aufgabe den Pflegekräften »aufgedrückt« wurde, ohne dass die entsprechenden Räumlichkeiten zur Verfügung standen. Ein Klinik-Stationsleiter gab zu Protokoll:

»Chaos pur, es gab Tage mit drei unterschiedlichen Ansagen des Gesundheitsamtes, Mundschutz ja, Mundschutz nein, und dann waren innerhalb kürzester Zeit acht Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter infiziert, sieben davon sind erkrankt, drei sind richtig



schwer erkrankt, keine Luft und so, riesige Unsicherheit, auch bei den Familien, die dann betroffen waren, Quarantäne, beklemmende Situation... Was kommt da auf uns zu? Was können wir tun? Und dann ging es los mit der Improvisiererei... Corona hat uns ganz schön aus der Bahn geworfen, es war ja dann die halbe Abteilung in Quarantäne. Zum Glück gab es dann unter den Pflegekräften genügend Freiwillige, die aus dem »Frei« kamen und ausgeholfen haben.«

Unter Pandemiebedingungen ergaben sich neue Arbeitsaufgaben, so z.B. Geburtshilfe bei Corona-Infizierten auf einer Normalstation, d.h. Arbeitsaufgaben, die nun vom Personal abgedeckt werden sollten, das dafür nicht ausgebildet ist.

■ ... und Pflegeheime

Erst Mitte April gab es für Altenpflegeheime differenzierte Anweisungen der Gesundheitsämter. Die Corona-Krise brachte die Pflegekräfte an ein emotionales Limit. Fehlende überbetriebliche Unterstützung war Thema in allen Interviews. Es gab, so eine Stationsleiterin, »einen Rückfall in die allernötigste Grundpflege«. Die psychosoziale Seite der Pflege wurde aufgrund der ohnehin schmalen Personaldecke vernachlässigt. Kleinere Einrichtungen konnten über Tage hinweg niemanden beim Gesundheitsamt erreichen. Trat ein Corona-Fall ein, konnte es sein, dass Heimleitung und Stationsleitung überfordert waren. Dann rächte sich die fehlende Arbeitsschutzorganisation:

»Das Traurige war, dass es niemanden vom Gesundheitsamt gab, keinen Arzt, kein Mensch, da, wo wir wirklich jemanden gebraucht hätten, der uns sagt, was wir machen müssen.«

Krisenstäbe gab es im Altenpflegebereich, wenn überhaupt, nur überregional, weit weg.

»Die Sache mit dem Gesundheitsamt, das hat uns echt Probleme gemacht. Wir hatten hier Verdachtsfälle, und das hat Tage gedauert, einmal sogar eine Woche, bis das Ergebnis kam.«

»In meinem Fall, ich war negativ getestet, ich sollte aber trotzdem in häuslicher Quarantäne bleiben – Anweisung vom Gesundheitsamt – und dann kamen ein paar Tage später zwei Herren von Gesundheitsamt und sagten: »Nee, das wäre aber nicht nötig gewesen.« Sowas macht mich richtig sauer.«

Die widersprüchlichen und manchmal von Stunde zu Stunde sich ändernden Anweisungen führten zu doppelter Arbeit. Gesundheitsämter, Heimaufsicht, Ordnungsämter, Polizeidienststellen sprachen sich untereinander oft nicht ab und erzeugten paradoxe Situationen.

»Die Heimaufsicht sagt hüh und das Gesundheitsamt sagt hott, also ob Besuch kommen darf oder nicht, und dann wird gesagt, die Heimleitung soll das entscheiden, und dann aber, wenn was passiert, ist die Heimleitung, ja und letztlich die Pflegedienstleitung verantwortlich.«

Häufig mussten die Pflegekräfte den eigenen Gesundheitsschutz hintanstellen. Gewerbeaufsicht und Unfallversicherungsträger waren in allen untersuchten Fällen abwesend.

■ Arbeitskultur und -atmosphäre

In Bereichen der Krankenhäuser, in denen schon zuvor ein hierarchisches Verhältnis zwischen Medizin und Pflege bestand, verstärkte sich diese Unwucht. »Eigentlich müssten man die Hierarchien abbauen, doch gerade werden wieder welche aufgebaut.«

In den Pflegeheimen erlebten Heimleitungen wie Beschäftigte die Auflagen und Vorschriften seitens der Ämter als undurchdacht und oft als realitätsuntauglich. Die Isolation alter Menschen wird von vielen Pflegekräften als unmenschlich angesehen. Die Auflage, nur »bewachen« Besuch in separaten Besuchszimmern zu erlauben, scheiterte nicht selten an mangelnden Räumlichkeiten und konnte aufgrund des Perso-



nalmangels kaum realisiert werden. Skurril wurde es, wenn Schlaganfall-Folgen mit schweren Schluckstörungen »auf Abstand« und mit doppeltem Mundschutz behandelt werden sollten.

Die Mehrheit der Befragten nahm und nimmt die Corona-Gefährdung ernst. Uns imponierte die hohe Bereitschaft vieler Pflegekräfte, sich zu engagieren, teilweise bis an der Rand der Erschöpfung. Ausschlaggebend für diese Bereitschaft ist eine hausinterne solidarische Atmosphäre. Dem entgegen wirken die mangelnde Gratifikation seitens der Politik und der Organisation.

»Ich glaube, dass Pflegekräfte in einer Krise auch mal bereit sind, alles zu geben, nur muss da auch mal irgendwann was zurückkommen. Es wurden uns ja schon jahrelang Zuschläge versprochen, doch auch jetzt, im fünften Monat dieser Ausnahmesituation, ist nichts passiert, keine Zuschläge, keinen Bonus, kein Nix. Ich muss kein Held sein, aber ich möchte anständig behandelt werden. Wir sind eigentlich ein Super-Team, doch dann stellt sich irgendwann der Frust ein, und das Schlimme ist ja, dass mit Frust dann auch der Teamgeist bröckelt.«

Manche Stationsleitungen gaben den Druck, den sie »von oben« bekamen, an ihre Beschäftigten weiter, was die Atmosphäre im Team verschlechterte und das »Einzelkämpfertum« verstärkte. Wo Stationsleitungen eine partizipative Kultur pflegten, ihr Personal in die Entscheidungsprozesse einbezogen, wurde das Team als solidarisch und als Resource wahrgenommen.

■ Erhobenen Hauptes

Einzelne Befragte thematisierten eine Unterwürfigkeit vieler Pflegekräfte, eine Haltung aus langer Tradition selbstlosen Helfens und Mitleidens. Während bei den im Krankenhaus Arbeitenden zumindest Ansätze eines professionellen Selbstbewusstseins spürbar waren, fand sich diese Haltung bei Altenpflegenden kaum. Immer wieder wurde das Fehlen eines durchsetzungsfähigen beruflichen Selbstbewusstseins be-

dauert. Und um sich gewerkschaftlich zu organisieren, fehle die Kraft. Der Beruf ist anstrengend, die freie Zeit wird benötigt, sich halbwegs zu regenerieren.

»Ich bin Kinderkrankenschwester geworden, aus Überzeugung. Das wollte ich machen. Und ja, die Arbeit ist eigentlich toll, das Team ist toll, wir haben ein klasse Verhältnis mit den jungen Ärzten und Ärztinnen, wir sind alle per >du<, ja, ich arbeite gern da. Aber die Arbeitsbelastung ist schon auf der Kippe, wir haben zu wenige Leute. Die Corona-Krise hat das Problem hervortreten lassen: die Attraktivität in der Pflege. Und da muss ich sagen: Es ist nicht allein das Geld, sondern die Arbeitsbedingungen insgesamt. Ich arbeite sehr gern in der Pflege, aber es wird mir dadurch vermiest, dass die Arbeitsbelastung immer mehr wird... Nur wenn es wieder einen besseren Personalschlüssel gibt, wird sich was ändern. Natürlich muss dann auch mehr Geld kommen, damit wieder mehr in der Pflege arbeiten. Gerade auch der Schichtdienst ist sehr belastend, das kann man auf Dauer nicht durchhalten. Da müssen andere Lösungen her, gesellschaftlich und politisch. Die Marktwirtschaft richtet das nicht.«

■ Gesundheitliche Gefährdung der Pflegekräfte

Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sind gegenüber SARS-CoV-2 exponiert und tragen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Die Gefährdung hat die Beschäftigten zunächst verunsichert und führte bei manchen zu Angstzuständen, die aber von den Leitungen – bei wenigen Ausnahmen – sukzessive aufgelöst werden konnten. Was sich zum Schlechteren entwickelt hat, war die mit der Maskenpflicht steigende körperliche Belastung. Die Anweisung in manchen Kliniken, FFP2-Masken mit OP-Mundschutz zu verstärken, führte zu Herz-Kreislauf-Belastung mit Müdigkeit, Erschöpfungszuständen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen.

»Diese Art zu arbeiten mag in manchen Fällen notwendig sein, sie aber durchgängig anzuordnen, das ist eine Zumutung. Und die schönen Pausenempfehlungen, die das RKI hierzu abgibt, sind komplett realitätsfern.«

Ein zusätzliches Ärgernis war in vielen Fällen die mangelhafte Qualität der Schutzausrüstungen. Berichtet wurde von stinkenden Masken und Overalls, die schon beim Anziehen auseinanderfielen: »Wie kann das sein, dass man uns als Schutzmaterial reinen Schrott anbietet? Eine Zumutung. Wir haben aber gezeigt, dass wir uns das nicht gefallen lassen.«

Belastungen verursachten auch die Verlegungen von Stationen und Arbeitsbereichen, was die Zahl der Bettentransporte und der Begleitungen von Wohnenden und Angehörigen erhöhte. Dies wiederum verstärkte die Personalnot, so dass die einzelne Pflegekraft extremen Anstrengungen ausgesetzt war.

Unter den Befragten haben zwei Personen eine mittelschwere Covid-Erkrankung durchgemacht.

■ Leitungskräfte im Stress

Pflegedienst- und Stationsleitungen mussten den Betrieb am Laufen halten, über Änderungen informieren und Widersprüchlichkeiten klären. Von den Vorgesetzten wurde ein Höchstmaß an Flexibilität gefordert, um dem Schutz von Pa-

tienten und Beschäftigten ausreichend Rechnung zu tragen – und das bei unsicherer Faktenlage.

»Täglich Neues, mit der Folge von Umorganisation, Mehraufwand durch zusätzlich rekrutiertes Personal, das geschult werden musste. ... Viel Zeit für An- und Aussprache. Dann die sozial isolierten Patienten, weil keine Besuche möglich waren – auch das bedeutete einen erheblichen Mehraufwand: Gespräche, Telefonate mit Verwandten, dann die Probleme mit dem Datenschutz, der dann auch nicht mehr immer gewährleistet war.«

Stationsleitungen hatten Arbeitszeiten bis zu zwölf Stunden am Tag und mussten in ihrer knappen freien Zeit die andauernd neuen Verordnungen und Vorschriften studieren und in vor Ort umsetzungsfähige Anweisungen transformieren. Auch in Pflegeheimen standen Leitungen immer wieder vor Herausforderungen. Alte und demente Menschen verstanden nicht, warum sie isoliert wurden. In vielen Fällen verschlechterte sich ihr Zustand.

»Es war furchtbar, ansehen zu müssen, wie unsere Alten leiden, weil wir ihnen die sozialen Kontakte versagen mussten, die sie manchmal im wörtlichen Sinne noch am Leben erhalten. Es sind oft die letzten Monate oder Wochen, und wir nehmen ihnen die Lebensfreude.«

■ In Zukunft ...

Auf eine Pandemie war, trotz gewisser politischer Vorgaben, das Gesundheits- und Sozialwesen offensichtlich auf allen Ebenen nicht oder nur unzureichend vorbereitet. Die Corona-Krise deckte die seit Jahren sich kumulierenden Versäumnisse auf.

Forderungen der Seuchenbekämpfung waren mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz »mehr schlecht als recht« verknüpft, Konflikt-Konstellationen vorprogrammiert, wozu die als problematisch empfundene Dreigliederung der Gesundheitsämter zwischen Bund, Land und Kommune beitrug. Es sind weniger die Ängste vor dem Virus als eher die mangelhaften Abstimmungsprozesse zwischen den zuständigen Behörden und den Leitungskräften, die dem Pflegepersonal ein hohes Maß an psychischen Belastungen aufbürden. Deutlich zugenommen haben Schlafstörungen, Unruhe, Grübeln, weniger Energie und Freude im Alltag und die Befürchtung, den Berufsalltag nicht mehr gut bewältigen zu können.

Die Corona-Pandemie hat einmal mehr offenkundig gemacht, dass Politik, Gesellschaft und Organisationen herausgefordert sind, Pflegearbeit die gesellschaftliche Wertschätzung zuzuerkennen, die sie verdient, den Pflegeberuf erkennbar attraktiver zu gestalten und dem Pflegenotstand entgegen zu wirken. Kranken- und Altenpflege erfordern eine andere Rationalität als die der betrieblichen Profitabilität.

(Quelle: Der Artikel ist zuerst in der Zeitschrift Lunapark 21, 03.02.2021 erschienen. Siehe: <https://www.lunapark21.net/die-marktwirtschaft-richtet-das-nicht/>. Der für Lunapark stark gekürzte Forschungsbericht ist ein Projekt des Bremer Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie; <http://www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf>. Wir danken den Autoren und Lunapark für die Genehmigung des Nachdrucks.)

Die drohende Überlastung der Krankenhäuser

KH statt Fabrik zur Krankenhausfinanzierung in der Corona-Krise

Wir dokumentieren hier ein Factsheet des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, in dem die Mechanismen und die Wirkungsweise der »Corona-Rettungsschirme« erläutert und die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden.

Seit Anfang Februar 2021 steigen die Corona-Infektionszahlen wieder an. Damit geht eine zunehmende Belegung der Intensivstationen mit Covid-19 Patient*innen einher. In dieser Situation wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem vor allem unter einem eklatanten Personalmangel leidet. Ein erheblicher Teil der technischen intensivmedizinischen Kapazitäten kann nicht genutzt werden, weil hierfür das ausgebildete Personal, insbesondere Fachpflegekräfte fehlen. Obwohl schon im Normalbetrieb maximal eine Quote von einer Fachkraft für zwei Patient*innen auf Intensivstationen vertretbar ist, kommt es aktuell zu Besetzungen von 1-3 bis 1-4.

Zugleich nehmen die Meldungen über die Überlastung insbesondere der Pflegekräfte auf den Intensivstationen zu. In Hamburg kam es Mitte Dezember zu einem Eklat, als Pflegekräfte über die Arbeitsbedingungen in einem Haus des Asklepios-Konzerns berichteten und in der Folge von Asklepios der Lüge bezichtigt wurden. Eine Pflegekraft sollte daraufhin gekündigt werden. Nach massiven öffentlichen Protesten hat Asklepios die Kündigung jedoch zurückgezogen.

Um diese Entwicklungen besser einordnen zu können, wollen wir hier darstellen, welchen Einfluss die Krankenhausfinanzierung auf den Umgang der Krankenhäuser mit der Krise hat.

■ Krise als Stresstest für Gesellschaften

Jede Krise stellt für die Gesellschaft und gesellschaftliche Infrastrukturen einen immensen Stress dar. Wie gut



United Nations Infographic zu Corona

oder schlecht Gesellschaften jedoch auf diese Stresssituation reagieren können, hängt ganz wesentlich davon ab, wie sie organisiert sind. Auch die Corona-Krise zeigt wieder einmal, dass zum Beispiel soziale Ungleichheit und soziale Unsicherheit unmittelbar gesundheitliche Auswirkung haben. Dies wird etwa deutlich bei den Ausbrüchen in den Fleischfabriken von Tönnies und Co, wo die Wohn- und Arbeitsbedingungen eine wesentliche Ursache für den Ausbruch waren. Es zeigt sich aber auch global z.B. in den USA, wo sich das Virus in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (und Stadtteilen) stärker ausbreitet als im Rest des Landes.¹

■ Die Krankenhausfinanzierung in der Corona-Krise

Auch die Reaktion der Krankenhäuser auf die Krise ist von den gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geprägt. Dabei wird deutlich:

1. Für eine vernünftige Reaktion auf die Krise muss die Politik planerisch in die Krankenhauslandschaft eingreifen können.
2. Die negativen Auswirkungen von Gewinnanreizen im System verstärken sich in der Krise.
3. Es zeigt sich, dass ein System, in dem keine Vorhaltekosten finanziert werden, ungeeignet ist für die Fi-

finanzierung sozialer Infrastrukturen.

- Die politischen Reaktionen auf die Krise waren jedoch davon geprägt, das System der Fallpauschalen-Finanzierung (DRG) auch bei der krisenbedingten Anpassung des Systems aufrecht zu erhalten.
- Das führt zu dem bereits aus dem »Normalbetrieb« bekannten Nebeneinander von Geldverschwendung, Kostendruck und Fehlsteuerung, was jedoch in einer Krise existenzielle Konsequenzen hat.

Die politische Reaktion auf die Corona-Krise lässt sich für den Krankenhausbereich in drei Phasen einteilen.

■ Phase 1 (Freihaltepauschale von 560 €):

Als im März 2020 die Infektionszahlen in Deutschland in die Höhe schnellten, setzte die Politik gegenüber den Krankenhäusern durch, dass diese die planbaren Eingriffe (»Elektivprogramm«) so weit wie möglich herunterfahren, damit die Kapazitäten für die erwarteten Covid-19-Patient*innen bereitgehalten werden konnten. Durch die Reduzierung wurde es notwendig zu klären, wie die Krankenhäuser finanziert werden sollen, wenn sie keine Einnahmen mehr durch die Behandlung von Patient*innen erzielen können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schlug vor, für das Jahr 2020 die Finanzierung nach DRG auszusetzen und zu einem System der Selbstkostendeckung zurückzukehren. Zwar hatte dieser Vorschlag interessegeleitete Probleme: die DKG wollte gar keine Kontrolle der Kosten mehr durch die Krankenkassen zulassen (was der Idee von Kostendeckung widerspricht – denn diese muss ja überprüft werden). Er war jedoch insofern rational, als die finanzielle Steuerung über die DRG aufgehoben werden sollte. Die Krankenhäuser wären damit vor allem in ihrer wirtschaftlichen Existenz gesichert worden, unabhängig davon, wie viele »Fälle« sie hätten abrechnen können. Dies ist in einer so dynamischen Situation wie der Corona-Krise zentral. Über ein System der Kostenkontrolle – es wird nur bezahlt, was auch ausgegeben wurde – hätten

Gewinnmitnahmen verhindert werden können.

Der Vorschlag wurde jedoch vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) abgelehnt. Stattdessen wurde eine »Freihaltepauschale« eingeführt: Den Krankenhäusern wurde für jedes wegen der Krise frei gehaltene Bett pauschal 560 € pro Tag gezahlt – unabhängig von den realen Kosten. Warum der Vorschlag der DKG nicht ernsthaft geprüft und – um die interessengeleiteten Fehler korrigiert – umgesetzt wurde, wurde überhaupt nicht Teil der Debatte. Lediglich in einem krankenhaupolitischen Fachforum äußerte sich Jens Spahn zu dieser Frage. Hier führte er als einziges Argument an, dass das Aussetzen der DRG zu Problemen bei der Kostenzuordnung zwischen den Krankenkassen führen würde.

Die Pauschalregelung führte zu Unterfinanzierung und gleichzeitigen Mitnahmeeffekten. So berichtete ein Mitarbeiter einer Krankenhausberatungsfirma im ARD-Magazin *Kontraste* von Anfragen aus Krankenhäusern, die errechnen haben wollten, ob es sich eher lohnt, das Bett frei-zuhalten oder es weiterhin zu belegen.² Für die Krankenhäuser bestand nun ein finanzieller Anreiz auszurechnen, in welcher Fachrichtung (= für welche Behandlungen) es sich eher rechnet, die Betten nicht zu belegen und die Pauschale zu kassieren, und in welchen sich eine Fortführung des Normalbetriebs lohnt. Beides hat nichts mit einer medizinisch orientierten Kapazitätssteuerung der knappen Krankenhausressourcen zu tun. Vor allem private Kliniken konnten davon Gebrauch machen. Gleichzeitig reichte die Pauschale bei den meist sich in öffentlicher Hand befindlichen Krankenhäusern der Maximalversorgung nicht aus, weil diese viel höhere Vorhaltekosten haben als z.B. kleine Krankenhäuser oder Fachkrankenhäuser.

Dieses Problem wurde auch von einem »Expertenbeirat«, der vom BMG eingesetzt wurde, erkannt. Eine Begleitstudie zum »Krankenhausrettungsschirm« der Gesundheits-ökonom Prof. Boris Augurzky und Prof. Reinhard Busse kommt zu dem Ergebnis: »Freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben überdurch-

schnittliche Erlössteigerungen realisiert, während Universitätskliniken Erlösrückgänge von bis zu -6,0% aufweisen.«³

Durch das ideologische Festhalten am DRG-System (das durch diese Freihaltepauschalen lediglich ergänzt wurde) wurde also auf der einen Seite Geld verschwendet, während auf der anderen Seite viele der Krankenhäuser, die die Hauptlast der Corona-Krise stemmten, in finanzielle Probleme gerieten. Obendrein durften die Krankenhäuser die durch die Freihaltepauschalen ggf. gemachten Gewinne behalten.

■ Phase 2 (differenzierte Freihaltepauschale):

Nach dem Bericht des »Expertenbeirats« wurden Änderungen an der Freihaltepauschale vorgenommen. Diese Differenzierung orientierte sich jedoch an der Systematik des DRG-Systems, womit die Lage verschlimmbessert wurde.

Auf Anraten des »Expertenbeirats« wurden die Freihaltepauschalen ab Juli 2020 differenziert. Dafür wurden die Krankenhäuser, die nach DRGs bezahlt werden, Gruppen zugeordnet, die in fünf Abstufungen Freihaltepauschalen erhielten:

- Gruppe 1: 360 €
- Gruppe 2: 460 €
- Gruppe 3: 560 €
- Gruppe 4: 660 €
- Gruppe 5: 760 €

Für die Krankenhäuser, die nicht nach DRGs bezahlt werden (vor allem psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser bzw. Abteilungen), wurden zwei weitere Gruppen gebildet, die 190 € bzw. 280 € abrechnen konnten. Außerdem wurde die Zahlung der Freihaltepauschalen bis zum 30. September 2020 befristet.

Zwar stellte diese Differenzierung eine gewisse Verbesserung der Pauschalen dar, da so zum Beispiel die Unikliniken mehr Geld erhielten (760 €). Betrachtet man die Regelung jedoch im Detail, wird abermals deutlich, dass mit den DRGs keine vernünftige Krankenhaussteuerung zu machen und nur eine Kostenerstattung sinnvoll ist.

Entscheidend für die Wirkungsweise der differenzierten Regelung war der



Maßstab für die Zuordnung der Krankenhäuser in die fünf Gruppen. Für die Zuordnung wurde eine zentrale Kennziffer der DRGs verwendet: der sog. Casemix-Index. Dieser zeigt – verkürzt gesagt – an, wie kostenintensiv die Fälle sind, die ein Krankenhaus insgesamt behandelt: Jeder DRG sind konkrete Casemix-Punkte (CP) zugeordnet, die aussagen sollen⁴, wie viele Kosten eine DRG im Verhältnis zu allen anderen DRGs verursacht. Eine DRG mit zwei Casemix-Punkten verursacht im Durchschnitt also doppelt so viele Kosten wie eine DRG mit einem Casemix-Punkt. Der Casemix-Index wird gebildet, indem alle Casemix-Punkte, die ein Krankenhaus in einem Jahr gesammelt hat, addiert und dann geteilt werden durch die Anzahl der von diesem Krankenhaus behandelten Fälle. Der Casemix-Index ist also ein Maß der durchschnittlichen Schwere der Behandlungsfälle eines Krankenhauses.

■ Ein Beispiel

Krankenhaus 1 hat im Jahr drei Behandlungen mit drei unterschiedlichen DRGs durchgeführt: DRG x = 1 CP; DRG y = 2 CP; DRG z = 3 CP. Casemix-Index: 6 CP / 3 Fälle = Casemix-Index 2
Krankenhaus 2 hat auch drei Behandlungen durchgeführt mit drei anderen DRGs: DRG a = 2 CP; DRG b = 4 CP; DRG c = 6 CP. Casemix-Index: 12 CP / 3 Fälle = Casemix-Index 4

Anhand der Größe des Casemix-Index wurden die Krankenhäuser den unterschiedlichen Gruppen der Freihaltepauschale zugeordnet, weil ein höherer CMI sowohl höhere Kosten als auch höhere Einnahmen bedeutet und dementsprechend auch die »Ausfallvergütung« angepasst sein sollte.

Wie so oft gehen jedoch bei der Reduzierung der komplexen Realität auf eine Zahl wichtige Informationen verloren. In diesem Fall ist entscheidend, dass gar nicht berücksichtigt wurde, welche tatsächlichen Kosten durch das Freihalten des jeweiligen Bettes entstanden und welche durch den Verzicht

auf die Behandlung eingespart wurden (z.B. Materialkosten für Operationen). Mit der nach Gruppen ausdifferenzierten Freihaltepauschale wurde also letztlich gar nicht berücksichtigt, welche Konsequenzen es für die wirtschaftliche Situation eines Hauses hatte, wenn eine geplante Behandlung nicht mehr durchgeführt werden konnte.

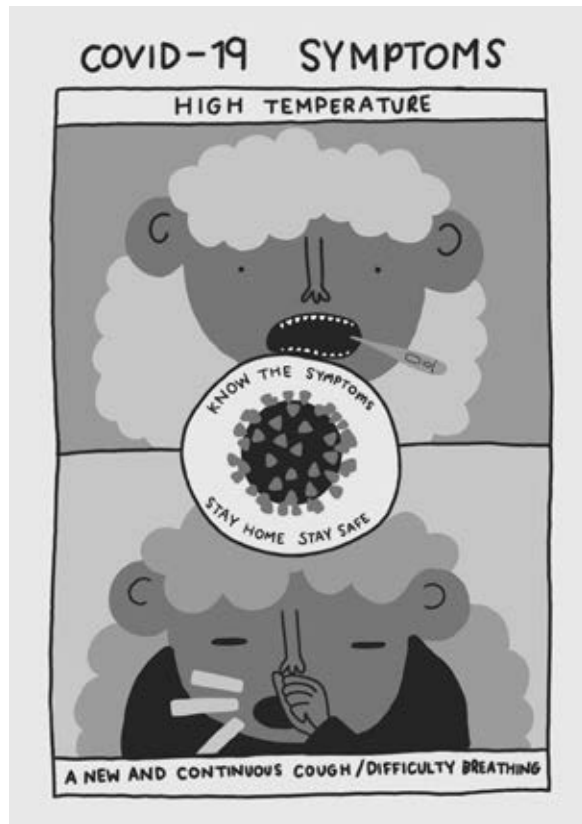
Hinzu kommt, dass Fachkrankenhäuser, die in sehr vielen Fällen in privater Hand sind und die sich auf wenige (lukrative) Diagnosen konzentrieren, in aller Regel einen hohen CMI haben und damit in die höchste Vergütungsstufe der Freihaltepauschale fallen. Krankenhäuser der Maximalversorgung, die ein breiteres Diagnosespektrum haben, decken damit auch Fachgebiete mit einem niedrigeren durchschnittlichen CMI ab (z.B. Augen, HNO). Folge ist, dass ihr Gesamt-CMI nicht so hoch ist und sie in eine niedrigere Vergütungsstufe der Freihaltepauschale abrutschen, obwohl ihre Vorhaltekosten deutlich höher sind als die von Fachkrankenhäusern.

Auch die Differenzierung der Pauschalen führt also durch sachlich nicht berechnete Gleichbehandlung von Krankenhäusern zu Gewinnern und Verlierern in der Pandemie. Damit zeigen sich wie in einem Brennglas die Probleme der DRG-Finanzierung in der Krise. Dadurch entstehen hoch problematische finanzielle Anreize in einer Situation, in der die Finanzierung allein darauf gerichtet sein sollte, das zu bezahlen, was für die Beherrschung der Pandemie einschließlich der dafür erforderlichen Vorhaltekosten an personellen und materiellen Ressourcen als notwendig erachtet wird.

Da die Freihaltepauschalen bis zum 30. September 2020 begrenzt waren, begannen die Krankenhäuser ab Oktober wieder, massiv zu operieren. Dabei war natürlich auch das Nachholen von verschobenen Behandlungen von Bedeutung. Zugleich standen die Häuser jedoch wieder unter finanziellem Druck, der die Abwägung zwischen medizinischen Notwendigkeiten bei den Nicht-Covid-19-Patient*innen und der Notwendigkeit, die vorhandenen Ressourcen (vor allem das Personal) zu schonen, überlagerte: Das Personal, das schon während der ersten Covid-Hochphase stark belastet war, wurde jetzt wieder an und über Grenzen geführt.

■ Phase 3 (differenzierte Freihaltepauschale und begrenzter Kreis der Berechtigten)

Obwohl durch die politisch verursachten betriebswirtschaftlichen Fehlanreize und durch die differenzierte Freihaltepauschale die Finanzierung von freien Kapazitäten eigentlich delegitimiert worden war, wurde mit dem »Dritten Bevölkerungsschutzgesetz« diese differenzierte Freihaltepauschale grundsätzlich beibehalten. Allerdings wurde sie um 10% in jeder Gruppe gekürzt. Zusätzlich wurde der Kreis der Krankenhäuser begrenzt, der die Pauschale in Anspruch nehmen kann. In Anspruch nehmen können die Pauschale nun nur noch Häuser in Regionen mit hohen Inzidenzzahlen und nur dann, wenn die Intensivkapazitäten (nur noch 25% freie Kapazitäten) knapp werden.⁵ Außerdem müssen die Häuser bestimmte Kriterien zur Notfallversorgung erfüllen (Fachabteilungen, Größe Intensivstationen, Personalvoraussetzungen, med.-technische Voraussetzungen), die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt wurden. Die zu-ständi-



2. Durch die Regelungen entsteht der Effekt, dass Krankenhäuser trotz Covid-19-Welle jetzt so viel Patient*innen wie möglich behandeln und ihre Intensivstationen möglichst voll belegen müssen, damit sie nicht unter die gesetzlich vergebenen freien Kapazitäten (15% bis 25%) fallen. Das schon durch die Behandlung der Corona-Patient*innen überlastete Personal wird so noch mehr belastet. Die finanzielle Steuerung konterkariert also das Ziel, Kapazitäten freizuhalten, und sie verschärft die Arbeitsüberlastung und verschlechtert dadurch auch die Versorgung der Patient*innen.

gen Landesbehörden müssen darüber hinaus das Krankenhaus explizit als berechtigt definieren, damit es Gelder bekommt (§21 KHG).

Während der erste Punkt darauf zielt, genauer zu definieren, ab wann die Situation so ernst ist, dass die Abbestellung von Patient*innen nicht mehr vermieden werden kann, zielt der zweite Punkt offensichtlich darauf, nur den Krankenhäusern zu ermöglichen, Kapazitäten freizuhalten, die man von der Ausstattung her für geeignet hält.

Beides geht jedoch an den realen Problemen in der Co-vid-19-Krise vorbei:

1. Durch die Krise verändert sich das Leistungsgeschehen in allen Krankenhäusern. Nicht nur die Krankenhäuser, in denen viele Covid-19-Fälle behandelt werden (müssen), haben ungeplante Einnahmeausfälle. Unter anderem meiden Patient*innen generell Krankenhäuser aus der Befürchtung heraus, sich dort anzustecken.

Solche Einnahmeverluste werden durch die Regelungen in Phase 3 nicht mehr ausgeglichen.

Am Ende des Jahres sollen dann die Krankenhäuser mit den Krankenkassen über einen »Erlösausgleich« verhandeln. Welche Mindereinnahmen und Veränderungen in den Kostenbelastungen hier genau anerkannt werden, ist noch unklar. Die finanzielle Unsicherheit der Krankenhäuser bleibt.

Nötig werden die restriktiven Vorgaben überhaupt nur, weil die Politik gegen die Mitnahmeeffekte und Profitanreize gegensteuern muss, die sich aus der Aufrechterhaltung der DRGs unter Pandemiebedingungen und aus der Pauschalfinanzierung der Freihaltungen ergeben. Vor dem Hintergrund, dass schon vor der Corona-Pandemie über 40% der Krankenhäuser Verluste geschrieben haben, drohen damit weitere betriebswirtschaftlich begründete Krankenhausschließungen, während einige wenige Akteure mit den Versicherungsgeldern weiter Gewinne machen können.

Die Entwicklungen der letzten Monate haben gezeigt:

1. Es bleibt notwendig, eine an den realen Kosten der Krankenhäuser

orientierte Finanzierung sicherzustellen. Nur das garantiert, dass die Planungsentscheidungen der Länder und Gemeinden vor Ort auch von den Krankenhäusern umgesetzt werden (können) und nicht wegen finanzieller Anreize unterlaufen werden.

2. Die Steuerung der Krankenhauskapazitäten muss in der Krise vor allen Dingen an den sachlichen Problemen orientiert sein und durch demokratisch legitimierte politische Entscheidungen vor Ort passieren. Der Versuch der Steuerung durch Finanzierungsanreize auf Bundesebene ist ein Irrweg.
3. Die pauschale Finanzierung ermöglicht eine legalisierte Plünderung der Sozialkassen durch private Konzerne. Ein bedarfsorientiertes Krankenhauswesen muss öffentlich kontrolliert werden. Gewinnanreize sind für die Steuerung der Krankenhausversorgung ungeeignet.

- 1 Für einen Überblick über die Untersuchungen dazu: Wachtler et al: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM_S7_2020_Soziale_Ungleichheit_COVID_19.pdf?__blob=publicationFile
- 2 <https://www.daserste.de/information/reportage-dokumentation/dokus/videos/exclusiv-im-ersten-markt-macht-medizinvideo-102.html>
- 3 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Analysen_zum_Leistungsge-schehen_zur_Erloessituation_von_Krankenhaeusern_und_zu_betroffenen_Patienten_und_ihrer_Versorgung_in_der_Corona-Krise.pdf
- 4 Wie geeignet das Instrument für die Messung der realen Kosten ist, soll hier nicht vertieft werden. Entscheidend ist, dass von den politisch Verantwortlichen davon ausgegangen wird, dass mit diesem Wert eine sinnvolle Aussage über die Kosten gemacht werden kann.
- 5 Nach Kritik an dieser Regelung wurde später noch den Ländern die Möglichkeit eröffnet, auch weitere Krankenhäuser in die Regelung des Rettungsschirms aufzunehmen, wenn sich die Situation weiter zuspitzt (nur noch 15% freie Intensivkapazitäten).
- 6 Vgl.: DKI: Krankenhaus Barometer 2020 <https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20fi%20nal.pdf>

»Es ist immer ein krankes Kind«

Babsi Clute-Simon im Gespräch mit dem Humanbiologen Jonathan Berman über Impfgegner*innen in den USA

In der Covid-19-Pandemie erhält die US-amerikanische Antiimpfbewegung viel Zulauf. Ihre Anhänger*innen verbreiten vor allem über soziale Medien Fehlinformationen und erreichen damit viele Menschen. Babsi Clute-Simon hat sich mit der Geschichte der Impfgegner*innen wie mit ihrer gegenwärtigen Gestalt in Europa und den USA beschäftigt. Wir dokumentieren ein Interview aus der jungle world und fassen einen Text von ihr aus der taz zusammen (siehe Kasten).

Wie stark ist die Antiimpfbewegung in den USA?

Hierzulande ist die Bewegung stärker als jemals zuvor. Das lässt sich zum Beispiel an der Mitgliederzahl von Online-Gruppen zeigen, die in der Pandemie in einem völlig neuen Ausmaß gestiegen ist. Die Bewegung profitiert von der Politisierung der Frage, ob man eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen sollte, um Infektionen mit dem Virus zu vermeiden. Der große Widerstand gegen Infektionsschutzmaßnahmen in Teilen der Bevölkerung hat Impfgegner*innen ein riesiges Publikum beschert, was jetzt zu viel Zögern in Bezug auf die Covid-19-Impfungen führt.

Welche Gruppen und Personen sind besonders wichtig?

Zentral sind Organisationen wie *Children's Health Defense*, früher bekannt unter dem Namen *World Mercury Project*, eine Gruppe um den Anwalt und Impfgegner Robert F. Kennedy Jr. Er ist seit den frühen nuller Jahren sehr aktiv hier im Land und sprach im vergangenen August auch auf einer Demonstration in Berlin. Auch Andrew Wakefield, der berühmte Hauptautor der Studie, die 1998 eine seither vielfach widerlegte Verbindung zwischen der MMR-Impfung und Autismus behauptete (in der Fachzeitschrift *The Lancet* veröffentlicht; MMR steht für Mumps, Masern und Röteln, Anm. d. Red.), ist ein wichtiger Akteur.

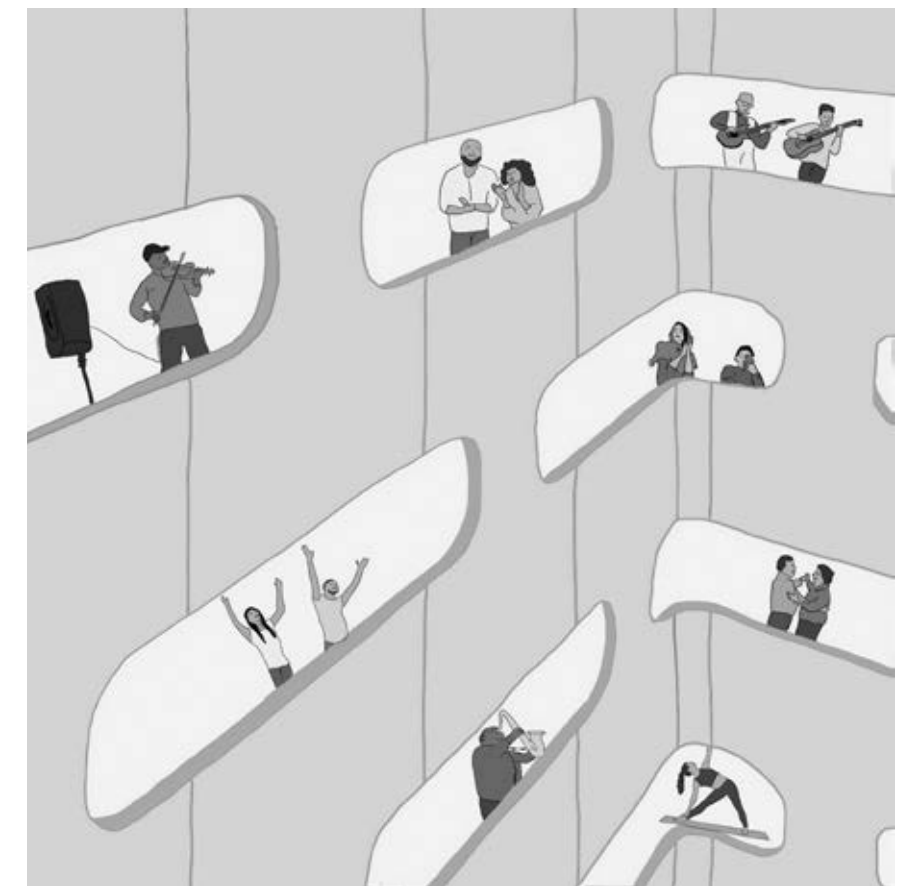
In den vergangenen Jahren sind immer mehr Personen aus der Yoga-

und Wellness-Szene hinzugekommen, die über ihren Antiimpfaktivismus dann auch den Weg auf die Kundgebung gefunden haben, die kürzlich vor dem Kapitol in Washington, D.C., stattfand und zur Erstürmung des Gebäudes führte. Auch einige rechtsextreme Radiomoderatoren wie Alex Jones, der Gründer des Online-Portals *Infowars*, bewerben auf ihren Kanälen Alternativen zu Impfungen.

Was lässt sich über das Verhältnis dieser Bewegung zu unterschiedlichen

Protestbewegungen in den USA sagen?

Die Bewegung ist sehr gut darin, soziale und politische Bewegungen aufzugreifen und sie für sich zu nutzen. Als die Black-Lives-Matter-Proteste groß waren, gab es Impfgegner*innen, die auf den Protesten redeten und Desinformation streuten. Sie versuchten auszunutzen, dass das Verhältnis von Afroamerikaner*innen zum US-amerikanischen Gesundheitssystem eine belastete Vorgeschichte hat. Die Bewe-



gung ist auch stark beteiligt an der Formierung des conspiracy-Milieus, ein Kofferwort aus conspiracy und spirituality. Das ist ein Phänomen der US-amerikanischen Rechten, dessen Sinnbild der sogenannte Qanon-Schamane Jake Angeli ist, der durch seine Beteiligung an der Erstürmung des Kapitols bekannt wurde. So etwas wie eine klare politisch linke oder rechte Orientierung gibt es aber nicht. Als ich 2017 den »March for Science« (weltweit stattfindende Demonstrationen gegen Wissenschaftsfeindlichkeit, Anm. d. Red.) mitorganisierte, haben Impfgegner*innen auch dort versucht, sich zu beteiligen, was mich sehr überrascht hat.

Wie groß ist die Bewegung?

Um das zu beantworten, müssen wir unterscheiden zwischen Menschen, die Impfungen skeptisch gegenüberstehen, und denjenigen, deren Impfgegnerschaft gefestigt ist oder die gegen Impfungen sogar politisch aktiv sind. Von Ersteren gibt es unglaublich viele, was sich auch in Umfragen spiegelt, aber ich denke, das verzerrt das Bild, da sie häufig eben nur in diesen Umfragen auftauchen und ihre Kinder trotzdem impfen lassen. Ich würde schätzen, dass es in den USA neun bis zehn Millionen Impfgegner*innen gibt. Die Aktiven, die Protestkundgebungen anmelden oder diese besuchen, das sind nur ein paar Tausend.

Welchen sozialen Hintergrund hat die zuletzt genannte Gruppe?

Demographisch auffällig ist, dass es vor allem weiße, finanziell gutgestellte Menschen sind. Die meisten haben ein College besucht und leben im vorstädtischen Raum. Damit stehen sie im Gegensatz zu ihrem Publikum, das ethnisch sehr viel diverser und sozial wie ökonomisch häufiger prekariert ist.

In ihrem Buch »Anti-vaxxers« datieren Sie den Anfang der Antiimpfbewegung auf die fünfziger Jahre des 19. Jahrhunderts. Was passierte damals?

Der Anfang der Bewegung war eine Reaktion auf die Gesetzgebung im

Rahmen ersten Impfungen in Großbritannien, namentlich die Pockenimpfung. Die Regierung versuchte, diese gesetzlich durchzusetzen, zunächst 1840, dann 1853 erneut. Damit löste sie Widerstand in der Bevölkerung aus. Damals gab es ähnliche Bedenken wie heutzutage: Impfgegner*innen fürchteten Eingriffe der Regierung in ihre körperliche Autonomie, hatten Angst vor Giftstoffen und um ihre Kinder.

Und was geschah danach?

Als die Pocken Anfang des 20. Jahrhunderts in Europa so gut wie ausgerottet waren, gingen die Proteste dort zurück. Als in den dreißiger Jahren in den USA sechs Kinder an einem fehlerhaften Impfstoff starben, kam dort eine neue Protestwelle auf, Ähnliches geschah hier in den fünfziger Jahren noch einmal. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren es vor allem Aufsätze in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, die ein Aufleben der Bewegung auslösten. 1974 wurde in der Zeitschrift *Archives of Disease in Childhood* ein Artikel veröffentlicht, der behauptete, die DTP-Impfung (DTP steht für Diphtherie, Tetanus und Pertussis, also Keuchhusten, Anm. d. Red.) habe bei 36 Kindern Hirnschäden ausgelöst, was später widerlegt wurde. Und 1998 erschien dann Andrew Wakefields Studie, mit deren Nachwirkungen wir ja noch immer umgehen müssen.

Ist die jüngste Welle der Antiimpfbewegung die historisch stärkste?

Ich denke, eigentlich nicht. Im britischen Leicester demonstrierten 1885 rund 100.000 Menschen gegen die Pockenimpfung. Allgemein denke ich, dass das späte 19. Jahrhundert die Zeit mit der größten sozialen Verbreitung der Bewegung war. Die Impfgesetzgebung wurde in Nachfolge des britischen *Poor Law Amendment Act* von 1834 gesehen, der die Armen in die workhouses gezwungen hatte. Die Impfung wurde als ein weiterer Eingriff in die körperliche Autonomie der Armen wahrgenommen und zu einer Frage der sozialen Gerechtigkeit erklärt. Die Verbreitung solcher Ansich-

ten hat mit der Zeit abgenommen und ist nur in Wellen, meist als Reaktion auf einen Aufsatz oder ein anderes Ereignis, wieder gestiegen. Aber seit den nuller Jahren wächst die Bewegung wieder stetig.

Die Zahlen, die Sie genannt haben, weisen nicht auf eine Massenbewegung hin. Was können solche Kampagnen denn dann bewirken?

In der Regel lokale Ausbrüche von Krankheiten wie Masern oder Windpocken. Diese finden vor allem in kleinen, isolierten Gruppen statt. Nehmen wir zum Beispiel die US-amerikanischen Waldorfschulen – an einigen dieser Schulen sind nur 20 Prozent der Kinder gegen Masern geimpft. Das mag angesichts einer zu 85 Prozent geimpften Gesamtbevölkerung marginal erscheinen, aber in diesen kleinen Gruppen reicht es, um einen eigentlich vermeidbaren Ausbruch zu erzeugen. Häufig sind es Gruppen, die sich ideologisch abschotten und unter sich bleiben, also religiöse oder spirituelle Gruppen, in denen die größten Erfolge erzielt werden.

Mit welchen Techniken versucht die Bewegung, Einfluss zu gewinnen?

Es gibt viel Propagandamaterial. Es reicht von professionell gemachten Filmen wie dem von Wakefield gedrehten Dokumentarfilm »Vaxxed« von 2016 bis hin zu Memes, die sich in Facebook-Gruppen und aus diesen heraus verbreiten. Die Antiimpfbewegung streut ihre Informationen und die meisten Leute durchschauen das Material als Lüge, sobald sie es sehen, aber ein paar Leute beißen an. Die werden dann tiefer reingezogen.

In welchen gesellschaftlichen Räumen agiert die Antiimpfbewegung?

Ich denke, am wichtigsten sind heutzutage die sozialen Medien, vor allem die Plattformen, auf denen die meisten jungen Eltern sind. Derzeit dürften das wohl Instagram und Youtube sein, in ein paar Jahren dann vielleicht Tiktok. Da geht die Bewegung mit der Gesellschaft mit. Die Entstehung dieser Art von Netzwerken hat zu einer Explosion

an Informationen geführt, die Menschen jeden Tag aufnehmen, und die Frage aufgeworfen, wie wir diese Informationen verarbeiten können. Dabei zeigt sich, dass wir soziale Wesen sind, also dass wir uns anschauen, was Menschen um uns herum glauben, uns Gedanken darüber machen, was sie über uns denken, und uns in unseren Ansichten an sie angleichen. Die Antiimpfbewegung ist sehr gut darin, diese Dynamiken auszunutzen. Ich schreibe: »Ich kriege jetzt meine Impfung«, und jemand schreibt darunter: »Oh, ich war auch mal für Impfungen, bis mein Kind dadurch krank wurde« – es ist immer ein krankes Kind! –, und Du gerätst in ein Gespräch.

Und danach?

Erstmal kriegst Du einfach nur mehr Material und findest neue Freundinnen und Freunde, die Dich verstehen. Deshalb wird schnell auch mehr daraus, eher ein wichtiger sozialer Ort. Wenn Du dann irgendwann nicht mehr so darüber denkst und vielleicht aussteigen willst oder Zweifel ausdrückst, erfährst Du schnell einen unglaublichen sozialen Druck und verlierst, je nachdem, wie tief Du drin bist, im Zweifel all Deine sozialen Bezugspunkte. Viele Menschen, die aus der Bewegung aussteigen, beschreiben, wie schmerzhaft so ein Ausstieg ist.

*In Ihrem Buch schreiben Sie, dass die argumentative Auseinandersetzung mit Impfgegner*innen sinnlos sei. Was meinen Sie damit?*

Ich würde nicht sinnlos sagen. Diese These zielt auf Regierungen, die der USA im speziellen, deren Herangehensweise es ist, factsheets über Impfungen zu drucken und sich zu denken: »Dann werden sie es schon verstehen.« Es lässt sich zeigen, dass diese Herangehensweise nicht funktioniert, weil die Bewegung eben eine sehr effektive Desinformationskampagne betreibt. Fakten alleine sind nicht sonderlich überzeugend. Es müsste mehr darum gehen, auf die Bedürfnisse und kulturellen Eigenheiten gerade der Gruppen einzugehen, die anfällig für diese Art von Desinformation sind.

COVID-19 #COVID19 #ITHRIVE
NOT ONLY CAN YOUNG PEOPLE SPREAD COVID-19, THEY ARE ALSO AT RISK.*

10 TIPS TO PROTECT YOURSELF AND OTHERS DO NOT RISK YOUR LIFE

- Physical distancing **can help protect you** from COVID-19. Stay home with members of your household if you are asked to; meet up virtually with friends or other family members.
- Wash your hands** often and well with soap and water or alcohol-based gel.
- Disinfect surfaces** you touch a lot, like cell phones, computers, doorknobs, etc.
- The COVID-19 situation is a **stressful time for everyone**, including young people. Chat with or videocall friends and family to stay connected.
- Limit how much social media and news you consume. **Avoid rumors and misinformation** by getting news from trusted sources.
- Exercise or meditate** at home.
- Maintain a familiar routine** – while still practicing physical distancing – to **help you feel calmer and more in control**.
- Reach out to a trusted adult** or professional if you need help or are feeling sad or stressed.
- Do not leave your house if you are sick. **Follow guidance from your health authorities** on how to contact health services if you need medical care.
- Listen to your local authorities** for other advice and directions on how to stay safe.

*Young people are also at risk for severe sickness, hospitalization, and death from COVID-19 and can spread the disease to people who have a higher risk of serious illness and death.

PAHO Pan American Health Organization World Health Organization
BE AWARE. PREPARE. ACT.
www.paho.org/coronavirus

Babsi Clute-Simon schreibt in verschiedenen Publikationen über Gesundheits- und Geschlechterpolitiken und auf Facebook über Gott und die Welt und die Witze, die sich daraus ergeben. Zurzeit wartet sie sehnsüchtig auf ihre Coronaimpfung.

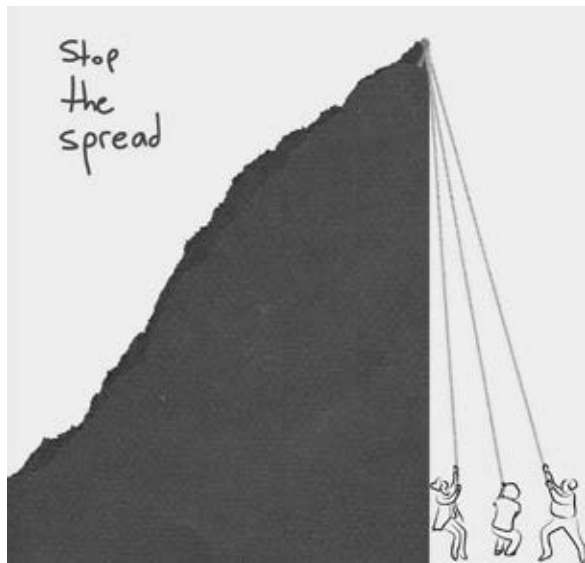
Jonathan M. Berman ist Assistant Professor im Department of Basic Sciences at NYIT-COM-Arkansas; sein Buch: »Anti-vaxxers: How to Challenge a Misinformed Movement« ist im September 2020 erschienen. Einen Vortrag von ihm unter dem gleichen Titel kann man bei youtube sehen: <https://www.youtube.com/watch?v=-jL1hjYCgbOQ>

(Quelle: Der Text ist zuerst erschienen in Jungle world, 05/2021 <https://jungle.world/artikel/2021/05/es-ist-immer-ein-krankes-kind>; wir bedanken uns für die Nachdruckgenehmigung)

Die Geschichte der Impfgegner*innen

Von Babsi Clute-Simon

Die historische Anti-Impf-Bewegung war proletarisch geprägt. Heute besteht sie vor allem aus Menschen mit akademischer Bildung, so Babsi Clute-Simon, deren gleichnamigen Artikel aus der taz vom 10.03.20181 wir hier mit freundlicher Genehmigung der Autorin zusammengefasst haben.



Mehr als 20.000 Menschen demonstrieren 1885 im britischen Leicester gegen die fortschreitende Impfpflicht. Nachdem im 18. Jahrhundert die Pockenimpfung aus der Türkei importiert wurde, entwickelt sich eine systematische Praxis des Impfens, die von Gesetzen begleitet werden. Und von Widerstand. Die Argumente von damals ähneln den heutigen: Der Impfprozess sei unnatürlich. Der Schulmedizin könne man nicht trauen, da sie den Menschen nicht als ganzheitliches Wesen betrachte. Krankheiten gehörten zum Leben und stärkten die Menschen. Als gegen mehr und mehr Epidemien Impfstoffe gefunden werden, kommt ein neues Argument dazu: Impfungen seien Tricks, mit denen die Pharmaindustrie Gewinne auf Kosten der Patient*innen generiert.

1971 wird der MMR-Impfstoff eingeführt, die Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln – drei Kinderkrankheiten, die weltweit verheerenden Schaden anrichten. Die frühe Kritik an der Kombiimpfung erreicht die Öffentlichkeit 1998: Eine Forschungsgruppe des britischen Royal Free Hospitals um Andrew Wakefield stellt im *Lancet* eine Studie vor, die eine Verbindung zwischen einer Darmerkrankung, Masern und Autismus gefunden haben will. Aber keine der nachfolgenden Studien kann die Theorie bekräftigen. Trotzdem fallen die Impfquoten. In den 2000ern wird öffentlich, dass Wakefield große Summen Geld entgegengenommen

hat, um den in der Studie festgestellten Zusammenhang zu beweisen; er selbst ist Teilhaber eines Patents für eine einzelne Masernimpfung – deren Erfolg am Misserfolg der MMR-Impfung hängt. Dazu kommt, dass Ergebnisse im Vorfeld der Studie, die Wakefields Theorie entgegenstehen, von ihm schlichtweg ignoriert wurden. 2004 wird nach einer ersten Überprüfung des General Medical Councils die Studie teilweise widerrufen, 2010 nach einer zweiten vollständig. Wakefield wird die Approbation als Arzt entzogen. Allerdings endet seine Geschichte hier nicht. Wakefield hält Vorträge, gibt Interviews und widmet sich weiteren Projekten. Für die, die ihm glauben, ist er zum Märtyrer geworden. 2016 dreht Wakefield den Film »Vaxxed« und geht mit einer Wiederholung seiner Thesen damit auf Kinotour – auch in Deutschland.

Die Anti-Impf-Bewegung drängt seit 1998 in ganz Europa wieder in die Öffentlichkeit, doch etwas hat sich geändert: Die historische Bewegung war stark proletarisch geprägt. Heute hingegen sind es vor allem Akademiker*innen, die aus ihrer Bildung die Energie ihres Aktivismus ziehen. Die Argumentationsstrategien von Menschen wie Wakefield sind genau darauf eingestellt: Im wissenschaftlichen Duk-

tus werden die Grundlagen empirischer Wissenschaften delegitimiert, daneben Einzelschicksale voller Anreiz für die Tränenrüse ausgeschlachtet. Diese Aufteilung entspricht ebendiesem kritischen Geist, dessen Kritik immer auch die an einem entmenslichten, viel zu rationalen Wirtschaftssystem ist. Dieser entseelten Gesellschaft wird eine spirituelle Rückkehr entgegengestellt: Impfskepsis und Anthroposophie, alternative Heilkunde und Alltagspiritualität gehen oft Hand in Hand. Die Art und Weise, auf die Impfgegner*innen dabei Argu-

mente abblocken oder relativieren, verweist jedoch auch in eine andere Richtung. Es sind dieselben Muster, die Diskussionen über Chemtrails und die Hohlherde begleiten.

Allerdings sind die wenigsten Eltern, die ihre Kinder nicht impfen, deshalb gleich militante Impfkritiker*innen. Deren Zahl wird letztlich nur auf ein bis drei Prozent der Bevölkerung geschätzt. Bei der Mehrzahl handelt es sich um Impfskeptiker*innen, und es ist genau diese Skepsis, auf die die Argumente der überzeugten Aktivist*innen zugeschnitten sind. Besonders nahrhaften Boden finden sie in Regionen mit hohem Bildungsgrad und Lebensstandard: Die Gegenden mit den niedrigsten Impfquoten sind neben Wohlstandsenklaven wie Prenzlauer Berg in Berlin der Speckgürtel im Süden Deutschlands, vor allem das südliche Bayern und Baden-Württemberg. Einerseits haben viele dort einen Hang zu einem natürlichen Lebensstil, zu Naturheilkunde und Meditation. Aber auch rein ökonomisch braucht es den hohen Lebensstandard, denn Heilpraktiker*innen und Homöopath*innen sind teuer.

1 Siehe: <https://taz.de/Die-Geschichte-der-Impfgegner/!5490195/>

Investitionen in die Zukunft kritischer Gesundheitspolitik

Große Überraschung! Wir benötigen Euer Geld.

Inzwischen ist es ein Allgemeingut und wird auch in den Leitmedien breit diskutiert, dass die Coronakrise uns die Defizite des Gesundheitswesens wie in einem Brennglas vor Augen geführt hat. Sei dies der desolate Zustand des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in den vergangenen Jahrzehnten bis zur Hilflosigkeit zusammengespart wurde. Oder die Finanzierung der Krankenhäuser, die diejenigen Häuser, die die Hauptlast in der Krise zu tragen haben, an den Rand des Ruins bringt, während Krankenhauskonzerne zweistellige Gewinnzuwächse aufweisen. Sei es das schamlose Agieren dieser Konzerne, die jetzt einen Teil der Beschäftigten entlassen, die die Corona-Patient*innen versorgen. Oder die fehlende sektorenübergreifende Kooperation. Sei es die Vernachlässigung von Menschen in prekären Lebensverhältnissen und überhaupt die mangelnde Berücksichtigung von sozialen Determinanten bei der Krankheitsbewältigung. Oder die skandalöse Selbst-Privilegierung der reichen Länder beim Zugang zu den Impfstoffen.

Es bedarf keiner hellseherischen Fähigkeiten, um vorherzusagen, dass es spätestens nach der Bundestagswahl auch um die Verteilung der Krisenlasten heftige gesellschaftliche Auseinandersetzungen geben wird. Aktuell bringen sich diejenigen in Position, die unter dem Deckmantel Eigenverantwortung und Zentralisierung weitere Privatisierungen und eine noch stärkere Marktorientierung im Gesundheitswesen fordern.

Wir setzen dem den Vorschlag einer solidarischen Bürger*innenversicherung entgegen; eine gemeinsame Planung des Krankenhauswesens und der ambulanten Versorgung, die

sich an den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung orientiert, ist uns unabdingbar. Gerade bisher benachteiligte Stadtteile und Regionen müssen besonders berücksichtigt werden. Dies sind nur einige Vorstellungen, die wir gerade im Solidarischen Gesundheitswesen diskutieren.

Wir wollen diese Diskussion verbreitern, in die Bevölkerung tragen und möglichst zur praktischen Umsetzung beitragen. Dies geht nur zusammen mit Bündnispartner*innen wie dem vdää, den Kritischen Mediziner*innen, dem Bündnis Krankenhaus statt Fabrik und anderen, mit denen wir schon in den letzten Jahren gemeinsam aktiv waren.

Und hier kommen Sie/kommt Ihr ins Spiel: Um diese Arbeit zu verstetigen und vor allem personell zu unterstützen und über einen längeren Zeitraum planen zu können, be-

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



Solidarisches Gesundheitswesen e.V. Falkstr. 34, 60487 Frankfurt/Main

nötigen wir in den nächsten Jahren regelmäßige Spenden. Wir könnten am besten arbeiten, wenn Ihr hierfür eine **Selbstverpflichtung für eine regelmäßige Spende** in bestimmter Höhe eingehen würdet, so haben wir Planungssicherheit.

Natürlich werden wir wie schon in den vorangegangenen Jahren weiter regelmäßig über die Verwendung der Spendengelder und die Fortschritte bei dieser kritischen Gesundheitsarbeit berichten.

Die Spende ist steuerlich abzugsfähig.

Hiermit erkläre ich mich bereit, monatlich jährlich
 10 € 20 € 50 € 100 €
anderer Betrag _____ zu spenden.

Name: _____

Adresse: _____

Unterschrift: _____

Die Kontoverbindung des Solidarische Gesundheitswesen e.V. ist:

Frankfurter Sparkasse
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25
BIC: HELADEF1822

Bitte schickt uns auch ein Mail und informiert uns über Höhe und Dauer Eurer Spende: solid.g-wesen@gmx.de

Jahreshauptversammlung und **Gesundheitspolitisches Forum** des vdää

Ein anderes Gesundheitssystem ist möglich und nötig: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

12.–14. November 2021 in der Evangelischen Schule Berlin Zentrum

(Wenn ein physisches Treffen wegen Corona nicht möglich sein sollte, werden wir eine Videokonferenz durchführen)

Rettet das Datum – Vorläufiges Programm/Arbeitstitel

Freitagabend, 12. November

Vdää Regionalgruppen Berlin und Halle: Thema wird noch festgelegt

Samstag, 13. November

Ein anderes Gesundheitssystem ist möglich und nötig: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

Vormittag

Panel I Was bedeutet Demokratisierung?

Theorie und Praxis demokratischer Bewegungen

- Kalle Kunkel: Was bedeutet Demokratisierung? Überblick über verschiedene Demokratievorstellungen
- Joanna Kusiak: Die Kampagne »Deutsche Wohnen enteignen« und ihre gesellschaftspolitischen Implikationen

Panel II Was bedeutet Demokratie im das Gesundheitswesen?

- Nadja Rakowitz: Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Phil Dickel / NN: Demokratie in den Poliklinik-Projekten: interne und transformatorische Praxis

Nachmittag

Workshops parallel

1. Patient*innen als Beschäftigte in den Community Health Centers in Canada (angefragt)
2. Demokratie im brasilianischen Gesundheitswesen und aktuelle politische Entwicklungen in Brasilien – mit Ligia Giovanella (Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro/Brasilien)
3. Klassenloses KH Neustadt am Rübenberge (und Hanau) – mit Heidrun Nitschke
4. Krankenkassen: wie könnte eine Demokratisierung der Selbstverwaltung aussehen?
5. Kritische Medizinstudierende

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik

Sonntag, 14. November

- Mitgliederversammlung des vdää (einschließlich Wahl eines neuen Vorstands)
- Welche Lehren ziehen wir als Verein aus der Krise, die sich mit der Corona-Pandemie zugespitzt hat?

Information und Anmeldung

Geschäftsstelle des vdää | Nadja Rakowitz | www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee